



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Experiência de violência numa população imigrante em
Portugal: Estudo dos fatores relacionados**

22º Curso de Mestrado em Saúde Pública

Ágata de Oliveira Baginha

Novembro 2021



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Experiência de violência numa população imigrante em
Portugal: Estudo dos fatores relacionados**

22º Curso de Mestrado em Saúde Pública

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica de Professora Doutora Sónia Dias e Doutora Ana Gama

Ágata de Oliveira Baginha

Novembro 2021

Agradecimentos

À Doutora Ana Gama, pela gentileza com que me ensinou e sobretudo pela serenidade que me transmitiu e que foi fundamental para avançar.

À Professora Doutora Sónia Dias, por ter acreditado que era possível desenvolver este estudo e ter aceite orientá-lo não obstante a exiguidade do prazo disponível.

A todas as pessoas a quem prestei cuidados ao longo dos últimos 11 anos, em tantos lugares e contextos, que apesar das situações difíceis que viviam evidenciaram um desafiante nível de dignidade existencial, mostrando que há muito trabalho por fazer e que nenhuma barreira ao cuidado é digna de o ser.

Às e aos colegas de trabalho que tive ao longo dos anos que sendo competentes me fizeram querer ser melhor.

À minha família, que me educou para a equidade e para o respeito pela dignidade humana e explicou que o mundo é um lugar grande e diverso. Grata por terem mantido a tese na nossa agenda apoiando-me incondicionalmente.

Às amigas, aos amigos e amigues que acreditam sempre que vale a pena criar.

Às e aos colegas de mestrado, que por condicionantes de vida atual ainda não conseguiram terminar, também estou convosco.

Ao meu companheiro, que me motivou sempre. Sereno, inabalável e acolhedor.

Resumo

A violência constitui um problema global de Saúde Pública e uma ameaça aos Direitos Humanos com consequências na saúde das vítimas e sociedades. Origina-se na interação entre fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais e compreender como se relacionam é essencial para preveni-la e apoiar as vítimas. Ser imigrante pode significar um risco adicional de exposição à violência.

Num estudo observacional e transversal foi analisado o reporte de violência e determinantes sociais da saúde numa população imigrante residente em Portugal, através de um inquérito por questionário. Os critérios de inclusão foram: ≥ 18 anos de idade, origem na África Subsariana, residir em Portugal e ter iniciado vida sexual. Analisou-se a associação entre diversos fatores e a experiência de violência com cálculo de *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança a 95% (IC 95%) através de regressão logística multivariada.

Do total de 790 inquiridos, 25,3% reportou experiência de violência alguma vez na vida. Uma maior probabilidade de ter reportado violência foi associada a ser mulher (OR:3,044; IC95%:1,824-5,080), ter entre 26 e 45 anos (OR:2,051; IC95%:1,181-3,563), estar desempregado (OR:3,016; IC95%:1,276-7,125), percecionar rendimentos como insuficientes (OR:1,900; IC95%:1,090-3,313), viver em Portugal há 10-20 anos (OR:2,446; IC95%:1,238-4,830), não ter conseguido recusar práticas sexuais indesejadas sempre que quis (OR:5,677; IC95%:3,565-9,041) e ter mais de um parceiro sexual ocasional diferente nos últimos 12 meses (OR:1,933; IC95%:1,084; 3,447).

Este estudo realça a importância de medidas de redução da vulnerabilidade à violência adequadas a imigrantes, em particular mulheres, pessoas jovens e de baixo nível económico, procurando também atuar na prevenção de IST.

Palavras-chave: Imigrantes, violência, Portugal, infeções sexualmente transmissíveis, comportamentos sexuais, medidas preventivas

Abstract

Violence is a global Public Health problem and a threat to Human Rights with consequences on the health of victims and societies. It originates in the interaction between individual, relational, community and social factors and understanding how they are related is essential to prevent it and support victims. Being an immigrant can mean an additional risk of exposure to violence.

In an observational and cross-sectional study, the report of violence and social determinants of health in an immigrant population living in Portugal was analyzed using a questionnaire survey. Inclusion criteria were: ≥ 18 years of age, origin in Sub-Saharan Africa, living in Portugal and having started sexual life. The association between several factors and the experience of violence was analyzed with *odds ratio* (OR) calculation and 95% confidence intervals (95% CI) through multivariate logistic regression.

Of the total 790 respondents, 25.3% reported experience of violence ever in their lifetime. A higher likelihood of having reported violence was associated with being female (OR:3.044; 95% CI:1.824-5.080), being between 26 and 45 years old (OR:2.051; 95% CI:1.181-3.563), being unemployed (OR:3.016; 95% CI:1.276-7.125), perceiving income as insufficient (OR:1.900; 95% CI: 1.090-3.313), living in Portugal for 10-20 years (OR:2.446; 95%CI:1.238-4.830), not having been able to refuse unwanted sexual practices whenever they wanted (OR:5.677; 95%CI:3.565-9.041), and having more than one different occasional sexual partner in the last 12 months (OR:1.933; 95%CI:1.084; 3.447).

This study highlights the importance of measures to reduce vulnerability to violence appropriate for immigrants, particularly women, young people and those of low economic status, also seeking to act in the prevention of STIs.

Keywords: Immigrants, violence, Portugal, sexually transmitted infections, sexual behavior, preventive measures

Índice

1. Introdução.....	7
2. Enquadramento teórico.....	11
2.1 Violência.....	11
2.1.1 Conceptualizando a violência	11
2.1.2 Determinantes sociais da violência	14
2.2 Consequências da violência para a saúde.....	17
2.3 Migração e violência.....	19
2.3.1 Contexto geral da migração.....	19
2.3.2 Migração como fator de vulnerabilidade para a violência	21
2.3.3 Migração como contexto de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis ..23	
2.3.4 Migração e o acesso aos cuidados de saúde	25
2.4. Lacunas de evidência sobre a temática	26
3. Objetivos.....	29
3.1 Objetivo geral	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4. Métodos.....	31
4.1 Desenho do estudo	31
4.2 Participantes e amostragem	31
4.3 Recrutamento de participantes e recolha de dados	32
4.4 Análise de dados	36
4.5 Considerações éticas	37
5. Resultados.....	39
5.1 Caracterização da amostra.....	39
5.2 Análise da associação entre a experiência de violência e os determinantes sociais da saúde.....	42
5.3 Análise da influência dos fatores relacionados com e experiência de violência estratificada por sexo	51
6. Discussão	55
6.1 Implicações para a prática.....	61
7. Conclusão.....	65
8. Referências bibliográficas	67

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Fatores que contribuem para a violência.....	15
Tabela 2 - Consequências da violência na saúde.....	17
Tabela 3 - Caracterização da amostra, com frequências relativas e percentagens.....	40
Tabela 4 – Análise da associação entre a experiência de violência e os determinantes sociais da saúde em análise com frequências relativas, percentagens e significância estatística.....	44
Tabela 5 – Prevalência e fatores associados à experiência de violência.....	48
Tabela 6 – Análise da associação entre a experiência de violência e os determinantes sociais da saúde estratificada por sexo.....	52

Lista de Figuras

Figura 1 - Tipologias de violência	13
---	-----------

Lista de abreviaturas

AMS – Assembleia Mundial da Saúde

ASS – África Subsariana

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

HPV – Papilomavírus humano

HSV - Vírus do herpes simples

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

LGBTQ – Lésbica Gay Bissexual Transgênero e Queer

MAR – Migrantes, requerentes de asilo e refugiados

MGF – Mutilação Genital Feminina

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONGs – Organizações não-governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

OR – *Odds ratio*

PF – Planeamento Familiar

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SP – Saúde Pública

TS – Trabalhador do sexo

VP – Violência por parceiro

VS – Violência sexual

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Introdução

Em 1996, a Assembleia Mundial de Saúde (AMS) declarou a violência como um dos principais problemas mundiais de Saúde Pública (SP).²¹ O fenómeno tem uma incidência crescente²² e representa uma ameaça aos direitos humanos¹¹. É uma realidade à escala global e, dessa forma, sujeita a diferentes interpretações consoante os contextos culturais.²¹ A conceção do que é a violência é diversa.³⁸ No presente trabalho seguiremos a linha conceptual da Organização Mundial da Saúde, que entende a violência como o uso intencional de força física ou poder, sob forma de ameaça ou real, contra alguém ou um grupo ou comunidade.¹¹

Segundo Krug EG et al.²¹, a violência pode classificar-se em 3 tipos consoante o perpetrador - autoinfligida, interpessoal ou coletiva, e em 4 tipos consoante o tipo de ato violento - física, sexual, psicológica ou por privação ou negligência.²¹ No contexto da violência podem ocorrer simultaneamente diferentes tipos seja ela física, sexual, psicológica ou por privação²¹ e de um modo continuado ao longo do tempo.^{21,52} Os números da violência no mundo são alarmantes.⁶⁵ Esta afeta pessoas de todos os géneros^{32,40,109} mas os números indicam uma carga desproporcional sobre mulheres.¹⁰ Esta carga está associada a normas de género e relações de poder desiguais.^{104,112} Um inquérito realizado na Europa acerca da violência sobre mulheres revelou que duas em cada cinco mulheres (43%) sofreram alguma forma de violência psicológica por parceiro.⁴⁶ Outro resultado reforçou a sobreposição de formas de violência com 7% das mulheres numa relação afirmando ter sofrido quatro ou mais formas diferentes de violência psicológica.⁴⁶ A mesma fonte reporta que 31 % das mulheres na Europa afirmam ter sofrido um ou mais atos de violência física desde os 15 anos de idade e grande parte delas diferentes tipos de violência física sendo que 22% das mulheres com parceiro atual ou antigo, reportaram ter sofrido violência física e/ou sexual por parceiro desde os 15 anos de idade.⁴⁶ Dados do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) revelam em Portugal uma prevalência de violência sexual alguma vez na vida na população geral e à idade de 18 anos de 9,7%.⁹⁰

Globalmente, a violência está entre as principais causas de morte em todo o mundo em pessoas com idade entre os 15 e os 44 anos.²¹ Porém, todos os tipos de violência têm impactos negativos na saúde das vítimas e não necessariamente mortais^{11,21} podendo causar danos a nível físico e mental, condicionando o pleno desenvolvimento e bem estar.^{11,46} Além do seu impacto na vítima, a violência prejudica também o

desenvolvimento comunitário e social ao afetar as pessoas que estão expostas a ambientes violentos, com um papel na perpetuação da violência^{21,117,118,119}. Relativamente ao impacto na saúde das vítimas um dos riscos associados ocorre ao nível da saúde sexual e reprodutiva, as Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST).²¹ A experiência de violência coloca a vítima e numa posição de menor autonomia ⁴⁶ e de menor poder negocial inclusivamente acerca de quando ter relações sexuais⁸⁷ e do uso de preservativo que é um fator protetor para as IST^{93,95} A literatura também afirma que companheiros violentos tendem a envolver-se com mais parceiras sexualmente e a ter comportamentos sexuais de maior risco o que pode colocar as suas companheiras em maior risco de IST.⁹⁶ Um estudo junto de mulheres utentes de uma clínica de ISTs concluiu que a violência por parceiro estava associada a menor uso de preservativo e maior risco de ISTs⁹² e um outro estudo no Uganda verificou também que as vítimas de violência tinham mais probabilidade de reportar ter tido ISTs.⁹³

A violência é um fenómeno evitável e o seu impacto pode ser reduzido através de medidas de saúde pública que incidam sobre o fenómeno em si e fatores relacionados.^{22,97} Esta intervenção requer uma compreensão deste fenómeno e das suas dinâmicas nas populações.^{21,39} A violência é um fenómeno diverso³⁸ e intervir requer compreensão da sua expressão em cada população²¹ sobretudo naquelas em maior risco. Estudos apontam a população migrante como uma população em maior risco de exposição a violência.^{24,26,40,49,61,62,66,67} A literatura aponta o processo migratório como um fator de risco por si só.⁴⁰ Também as condições adversas em que muitas vezes se realiza o percurso migratório, em especial no contexto de migração forçada, irregular ou tráfico humano, os migrantes ficam expostos a situações de violência psicológica, física e sexual.^{4,25} No país de chegada, as condições de vida deficitárias e fragilidade social e económica ^{42,43} são alguns dos fatores que aumentam o risco de exposição a violência.^{17,21,75} Também dificuldades e barreiras no acesso a serviços de saúde dificultam a intervenção em saúde em geral³ e em específico, limitam a identificação de situações de violência e as possibilidades de agir tanto na sua prevenção como no apoio e tratamento das vítimas.²¹

Nas últimas décadas, a chegada de imigrantes à região europeia tem crescido exponencialmente.³ Portugal é um país com importante papel enquanto país de chegada de migrantes.⁴³ Uma das populações mais representativas em Portugal tem origem na África Subsariana, nomeadamente de países de língua portuguesa.² A violência é um dos principais contribuintes para a morte, doença, deficiência, e vários outros de saúde e sociais à escala global mas apesar desta magnitude persistem lacunas nos dados

acerca da violência que dificultam os esforços de prevenção.¹¹ O conhecimento sobre a experiência de violência em populações migrantes na Europa, incluindo em Portugal, é ainda incipiente. Este estudo propõe-se a analisar o reporte de violência de uma população imigrante em Portugal, na sua dimensão e fatores sociodemográficos associados, bem como examinar a associação entre a violência e comportamentos sexuais de risco para ISTs e a utilização de serviços de saúde sexual.

O presente trabalho está organizado em 7 capítulos cuja breve descrição se segue: O 1º e presente capítulo, a introdução oferece uma visão global da temática em estudo e da relevância do mesmo. O 2º capítulo, o enquadramento teórico, apresenta uma revisão da literatura em relação à violência o seu conceito e determinantes sociais, às consequências da violência para a saúde, à migração e contexto global, à migração enquanto fator de vulnerabilidade para a violência, à migração e sua relação com o risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis, ao acesso à saúde da população imigrante e às lacunas de evidência na temática. O 3º capítulo, os objetivos, descreve o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo. O 4º capítulo, os métodos, descreve os materiais e métodos utilizados. nomeadamente o seu desenho, fonte de dados utilizada, população-alvo, análise estatística e considerações éticas. O 5º capítulo, resultados, apresenta a descrição da amostra, a análise do reporte de experiência de violência e dos fatores associados resultante da análise estatística. O 6º capítulo, a discussão, os resultados são discutidos em confronto com literatura, enunciam-se as limitações do estudo e as implicações para a prática. O 7º capítulo e último, a conclusão, apresenta as principais conclusões do estudo com referência aos principais resultados e contribuição para o conhecimento na área da temática em estudo.

2. Enquadramento teórico

2.1 Violência

2.1.1 Conceptualizando a violência

A violência é um fenómeno social transversal que afeta pessoas de todos os géneros e idades de forma global por todo o mundo.²¹

Também por ser um fenómeno presente em ambientes diferentes, é dotado de grande complexidade e sujeito a conceções sociais³⁸, o que requer que, quando se aborda a violência, se clarifique uma definição para o termo.^{21,44}

No presente trabalho, a linha conceptual que se adota é a proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que descreve a violência como o uso intencional de força física ou poder, sob forma de ameaça ou real, contra alguém ou um grupo ou comunidade, que tem grande probabilidade de causar ou causa efetivamente um ferimento, dano psicológico, danos ao desenvolvimento, privação ou morte.¹¹

De uma forma global, a violência é responsável por cerca de 470 000 mortes anuais relacionadas com homicídio. Contudo, outras formas de violência interpessoal que não conduzam à morte vitimam muitos mais milhares de milhões de pessoas.^{11,21,38} É sobre mulheres, crianças e idosos que recai a maior parte da carga da violência não mortal.¹¹ A literatura afirma que as crianças que experienciam violência direta ou indiretamente por negligência, rejeição, castigos corporais ou violência sexual ou que a testemunham em casa ou na comunidade, têm maior risco de desenvolver comportamentos agressivos em adultos.¹¹ Dados respeitantes ao período de tempo entre 2000 e 2018 recolhidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 161 países e regiões concluíram que cerca de 30% das mulheres tenham sido alguma vez vítimas de violência sexual e/ou por parceiro.⁹⁹

O inquérito de 2014 da European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) acerca da violência sobre as mulheres revelou que duas em cada cinco mulheres (43%) sofreram alguma forma de violência psicológica por parceiro e que cerca de 8 % das vítimas sofreu violência física e/ou sexual nos 12 meses que precederam a entrevista do inquérito.⁴⁶ Outro resultado revelou sobreposição de tipos de violência, das mulher com relação atual, 7% afirmou ter sofrido 4 ou mais formas diferentes de violência

psicológica.⁴⁶ A mesma fonte reporta que 31 % das mulheres na Europa sofreram um ou mais atos de violência física desde os 15 anos de idade, grande parte diferentes tipos de violência na medida em que 22% das mulheres com parceiro atual ou antigo, reportou ter sofrido violência física e/ou sexual por parceiro desde os 15 anos de idade.⁴⁶ O Centres for Disease Control and Prevention (CDC) apresenta dados de reportes de violência sexual com contacto físico por 33% das mulheres e 25% dos homens⁶⁵ e violência por parceiro alguma vez na vida por 25% das mulheres e 10% dos homens.⁶⁵ Em Portugal as estatísticas apontam uma prevalência de violência sexual alguma vez na vida na população geral e à idade de 18 anos de 9,7%.⁹⁰

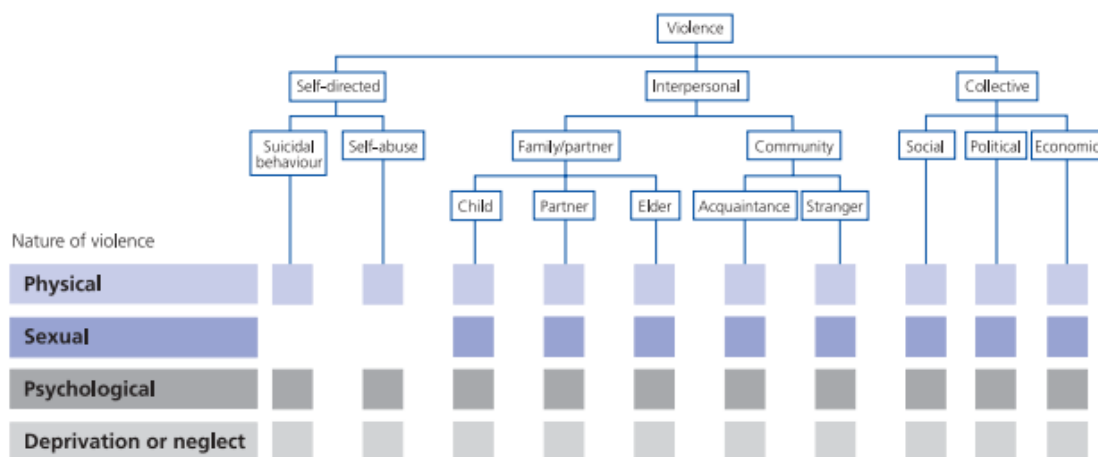
Em resposta à magnitude do fenómeno da violência, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) da Organização das Nações Unidas (ONU), objetivam medidas a adotar para combater o fenómeno. Propõem-se objetivos e metas no combate à violência tanto no ponto 5 relativo à igualdade de género e empoderamento de mulheres como no ponto 16 sobre sociedades pacíficas e acesso à justiça³⁷, porém a natureza multifatorial da violência leva a que a sua eliminação passe também por metas referentes a outros ODSs tais como a erradicação da pobreza, a educação e a redução de desigualdades sociais, entre outros.²¹

A literatura refere um crescente foco na violência, com mais investigação nesta área, sobretudo desde a década de 1970.³⁸ Em 2002, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) lançou o primeiro Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, pretendendo alertar para a violência como problema de Saúde Pública e fixar recursos e intervenções para a sua eliminação.²¹ Embora a conceptualização da violência seja diversa, em parte devido a características culturais,³⁸ bem como o seu enquadramento social e legal,¹⁰ o documento apresenta alicerces à compreensão dos vários tipos de violência, salvaguardando, porém, a necessidade de investigação adicional e adequação aos diferentes contextos.^{21,38}

Segundo Krug EG et al.²¹, a violência pode classificar-se em 3 tipos consoante o perpetrador - autoinfligida, interpessoal ou coletiva, e em 4 tipos consoante o tipo de ato violento - física, sexual, psicológica ou por privação ou negligência.²¹ A violência autoinfligida é infligida pelo próprio sobre si mesmo. No caso da violência interpessoal há 2 subtipos: perpetrada por elemento da família ou parceiro íntimo, e comunitária, i.e. perpetrada por alguém da comunidade, conhecido ou não, mas sem laços de parentesco com a vítima.²¹ A violência coletiva refere-se a atos cometidos por grupos mais amplos ou mesmo estados, e prende-se nomeadamente com situações de conflito

ou guerra.²¹ A proposta de Krug EG et al. (2002) ilustrando a classificação acima referida encontra-se na Figura 1.²¹

Figura 1: Tipologias de violência



Fonte: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (p.7)

À escala global, são as mulheres as mais afetadas em particular por tipos de violência associada às dinâmicas de poder e de género.^{21,97} No caso da violência por parceiro esta traduz agressão por parceiro atual ou antigo, através de abuso psicológico e comportamentos controladores, violência física e coerção sexual.^{11,21} No contexto da violência na intimidade, em geral ocorrem diferentes tipos de violência seja ela física, sexual ou psicológica²¹ e de um modo continuado ao longo do tempo, e menos frequentemente em eventos isolados.^{21,52} A violência por parceiro é uma das formas de violência sobre as mulheres mais comuns,^{19,21} e é mais comum entre mulheres que entre homens tal como revelam os dados do CDC acima referidos, em que 25% das mulheres e 10% dos homens afirma ter sofrido violência por um parceiro alguma vez na vida.⁶⁵ Este tipo de violência existe também por parte de mulheres sobre homens ou em casais homoafetivos,³² porém a literatura aponta que são menos os homens que a reportam relativamente às mulheres.^{21,58}

A violência no contexto de relações íntimas é por vezes encarada como uma realidade da esfera privada, longe da interferência pública e do possível suporte social. A vergonha e o medo de represálias do parceiro são fatores descritos como contribuindo para que muitas situações de violência não sejam reportadas.⁶⁵ A literatura aponta ainda

a falta de alternativas de vida e a esperança de que o comportamento do agressor se altere como outros fatores que contribuem para que a violência seja uma experiência continuada.²¹ Em contextos de relações abusivas, os tipos de violência podem coexistir, estimando-se que a violência física como a violência psicológica sejam em um quarto das vezes acompanhadas de violência sexual.⁵⁸ Os ambientes violentos tendem a ir além de um acontecimento, são dinâmicas de cuja saída é difícil e ocorrem mais do que num evento de separação, num processo de tentativas de afastamento.²¹

Um outro tipo de violência importante neste estudo é a violência sexual, considerada como qualquer ato sexual, tentativa de obter ou outro ato contra a sexualidade de uma pessoa, sob coerção, perpetrado por qualquer pessoa independentemente do seu laço com a vítima²⁵, em qualquer contexto¹⁰¹. O conceito abrange violação por parceiro, por pessoa estranha, violação sistemática em conflitos armados, assédio sexual atos e tentativas na forma de coação para obtenção de favorecimento em relações hierárquicas¹⁰¹, abuso sexual, casamento ou coabitação forçados, mas também negação do direito à toma de anticoncepcionais ou fármacos para proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), violência contra a genitália seja sob a forma de Mutilação Genital Feminina ou testes de virgindade, e escravatura sexual.^{21,23} Uma em cada três mulheres no mundo reporta ter sofrido sexo forçado, sendo que um em cada quatro destes perpetradores é o parceiro íntimo.²¹

A violência psicológica pelos parceiros tem também uma carga muito significativa, com impacto negativo sobre a saúde e bem estar das vítimas.⁴⁶ Um inquérito sobre violência em mulheres na Europa revelou que duas em cada cinco mulheres (43%) sofreram alguma forma de violência psicológica por parceiro, 25% foram menosprezadas ou humilhadas em privado, 14% ameaçadas de sofrer violência física e 5% proibidas de sair de casa.⁴⁶ Outro resultado reforçou a sobreposição de formas de violência, com 7% das mulheres numa relação afirmando ter sofrido quatro ou mais formas diferentes de violência psicológica.⁴⁶

2.1.2 Determinantes sociais da violência

De forma complementar ao entendimento do fenómeno da violência, o modelo Ecológico apresentado no World Report on Violence and Health²¹ reforça a natureza da violência como multifatorial, resultante da interação de fatores de 4 níveis: individuais, relacionais, comunitários e sociais²¹ que interagem entre si e contribuem para a violência. Para a

Saúde Pública intervir na eliminação da violência, atuando nomeadamente na prevenção do fenómeno, é importante conhecer esta multicausalidade, por forma a agir sobre as suas origens nos diferentes níveis sociais com estratégias adequadas. Krug EG et al. propõem a classificação dos fatores causais da violência conforme proposto na Tabela 1.

Tabela 1: Fatores que contribuem para a violência

Individuais	Relacionais	Comunitários	Sociais
<p>Impulsividade</p> <p>Baixo nível de escolaridade</p> <p>Exposição prévia a agressões</p> <p>Abuso de substâncias</p>	<p>Influência/validação por pares</p> <p>Padrões de relacionamento íntimo</p> <p>Duração do tempo de interação</p>	<p>Densidade populacional</p> <p>Heterogeneidade social</p> <p>Mobilidade</p> <p>Índice de desemprego</p> <p>Isolamento social</p> <p>Pobreza</p> <p>Poucos recursos e instituições de suporte</p>	<p>Aceitação social da violência como resolução de conflitos</p> <p>Normas de dominância masculina sobre mulheres e crianças</p> <p>Apoio do uso de força policial sobre civis</p> <p>Conflito político</p> <p>Iniquidade social</p> <p>Políticas de saúde, educação, económicas e sociais que perpetuem a iniquidade</p>

Fonte: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (p.12)

A literatura destaca alguns fatores associados à violência entre os quais o género feminino⁶⁶, a idade jovem^{66,10} baixo estatuto socioeconómico¹⁰¹ e pobreza^{21,47,87}.

A Violência afeta tanto mulheres como homens^{32,40} mas os números indicam uma carga desproporcional sobre mulheres e pessoas Lésbicas Gays Bissexuais Transgénero e Queer (LGBTQ)¹⁰⁸. Esta disparidade está associada a normas de género e relações de poder desiguais.¹⁰⁴ Culturalmente, e de uma forma global, são frequentes os padrões de masculinidade⁴⁸, poder e domínio, que estão subjacentes ao exercício de violência sobre as mulheres. Esta dominação e controle masculinos estão associados a maior risco de violência.⁸⁵ Um outro estudo junto de mulheres do meio rural no Nepal concluiu que as mulheres que afirmaram ter sofrido violência sexual por parceiro tinham 2,56 vezes menor probabilidade de afirmar sentir-se capazes de recusar contactos sexuais indesejados.⁸⁷

A experiência de violência coloca a vítima numa posição de menor autonomia.⁴⁶ Estas dinâmicas relacionam-se em parte com os papéis tradicionais de género segundo os quais a mulher é mais próxima dos cuidados da família e o homem, obtém rendimento económico.²¹ Esta dinâmica conduz a uma dependência económica que coloca as mulheres numa posição desfavorável e propicia a sofrer violência.²¹ O próprio *trigger point* da violência pode ser uma tensão decorrente da emancipação da mulher correspondente à entrada no mundo laboral formal ou progressão na carreira, ou seja, uma tensão do processo emancipatório da mulher face ao *status quo*.²¹

Estudos têm trazido um alerta para a experiência de violência vivida por homens.⁴⁸ A literatura destaca a violência psicológica, física e sexual em contexto de conflito⁴² ou em contextos prisionais, onde é utilizada para punir comportamentos socialmente estigmatizados, como relações homoafetivas, e ainda como forma de definir uma hierarquia dentro deste meio social.²¹

A violência, sob todas as formas, tem uma incidência crescente em pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos.⁶⁵ A mesma fonte, o CDC, afirma que a violência tem uma incidência crescente nas pessoas mais jovens e que se inicia precocemente, 33% mulheres vítimas de violação sofreu o primeiro episódio entre os 11 e 17 anos e 12,5% com menos de 10 anos e 25% dos homens violados sofreu o primeiro episódio entre os 11 e os 17 anos e 10% com menos de 10 anos.⁶⁵ Outro estudo acerca de violência contra mulheres no Uganda aponta que 14.4% das mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos terão sofrido um relação sexual forçada na sua primeira experiência sexual.¹⁰⁰

Baixo estatuto socioeconómico está também associado a maior risco de experienciar violência.^{11,87,19,21,49} Um estudo junto de mulheres no Nepal concluiu que as mulheres do estrato económico mais baixo tinham mais probabilidade de experienciar violência por parceiro relativamente às mulheres de estatuto económico mais elevado.⁸⁷ Outros estudos concluem uma maior prevalência de experiência de violência entre pessoas com menor rendimento.¹⁹ A pobreza aumenta a dependência e vulnerabilidade e também potencia tensões intrafamiliares que podem desencadear fenómenos violentos.²¹ Por outro lado as vítimas de violência experimentam síndromes depressivos, sentimentos de baixa auto-estima que dificultam a vida ativa, a autonomia financeira e a capacidade de quebrar a dinâmica da pobreza.^{101,102} A pobreza condiciona a possibilidade e qualidade formativa e a capacidade de ser independente⁷⁷ nomeadamente libertar-se de ambientes violentos.²¹ Uma revisão sistemática da

literatura acerca de violência sexual e fatores relacionados identificou o baixo nível de formação com o risco de sofrer violência.¹⁰¹ Por outro lado, ser vítima de atos violentos pode gerar incapacidade, absentismo, perda de rendimento e eventualmente perda de emprego.²¹ Um outro estudo junto de utentes de uma clínica de ISTs nos Estados Unidos da América concluiu que as mulheres vítimas de violência por parceiro nos últimos 3 meses tinham mais probabilidade de estar desempregadas.⁹²

2.2 Consequências da violência para a saúde

As diferentes formas de violência têm importantes implicações para a saúde da vítima e comunitária.^{21,38} A OMS apresenta uma proposta (Tabela2) de classificação das referidas consequências em físicas, sexuais e reprodutivas, psicológicas e do desenvolvimento e consequências fatais para a saúde.²¹ À lista apresentada na tabela 2 somam-se eventos como enfarte, diminuição do sistema imunitário, incapacidade decorrente de desordens como síndrome de intestino irritável, transtornos gastro-intestinais e fibromialgia, doença oncológica, e até morte prematura.^{11,38,21}

Tabela2: Consequências da violência na saúde

Físicas	Sexuais e reprodutivas	Psicológicas e do desenvolvimento	Fatais para a saúde
Lesões abdominais/torácicas	Perturbações ginecológicas	Abuso no consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas	Mortalidade relacionada com o SIDA
Contusões e vergões	Infertilidade	Depressão e ansiedade	Mortalidade materna
Síndromes de dor crónica	Disfunção sexual	Perturbações alimentares e do sono	
Incapacidade	Infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA	Sentimentos de vergonha e culpa	
Fibromialgia	Doença inflamatória pélvica	Fobias e distúrbios de pânico	Homicídios
Fraturas	Entrada tardia nos Cuidados Pré-Natais	Inatividade física	
Perturbações gastrointestinais	Parto prematuro	Baixa autoestima	Suicídios
Síndrome do intestino irritável	Baixo peso à nascença	Stress pós-traumático	
Lacerações e abrasões	Aborto espontâneo/inseguro	Perturbações psicossomáticas	
Danos oculares	Gravidez indesejada	Violência autoinfligida e comportamento suicida	
Redução do funcionamento físico	Nado morto	Comportamentos sexuais de risco	

Fonte: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (p.101)

Relativamente ao impacto na saúde das vítimas um dos riscos associados ocorre ao nível da saúde sexual e reprodutiva, as Infeções Sexualmente Transmissíveis.^{21 53} Estas podem conduzir a doença inflamatória pélvica, a infertilidade, a complicações da gravidez e morte fetal, para além de outros impactos enquanto doenças crónicas como o caso da hepatite B ou do VIH.⁵³

Um dos pontos de ligação entre a violência e as IST é a exposição a sexo não consensual e a não possibilidade de uso de preservativo, fatores que expõem a um maior risco de IST^{53,57} sendo o uso de preservativo um fator protetor face a estas infeções.^{93,95}

Um estudo junto de mulheres utentes de uma clínica de ISTs associou a experiência de violência recente a episódios mais frequentes de sexo sem preservativo e maior risco de ISTs.⁹² Em Lisboa um estudo com população imigrante concluiu que as vítimas de violência por parceiro e de violência sexual tinham 3 vezes maior risco de ter tido ISTs.¹⁹

Um outro estudo junto de mulheres no Uganda reportou maior dificuldade em negociar o uso preservativo entre as vítimas de violência e também uma maior a percentagem de mulheres que reportavam sintomas de IST e viviam com VIH entre vítimas de violência, quando comparadas com não vítimas.⁹³ O mesmo estudo revelou que os homens que reportavam utilizar sempre preservativo nas relações sexuais tinham menos probabilidade de ter sido violentos com a sua companheira relativamente aos homens que reportavam não utilizar preservativo.⁹³ Uma revisão sistemática da literatura refere dados de vários estudos associando a violência a maior risco de infeção por VIH.⁹⁷ O impacto da violência na saúde das vítimas assume muitas outras formas. Os danos emocionais de qualquer tipo de violência são muitos fortes. Medo, raiva, vergonha e consequências psicológicas de longo termo como perda de auto-confiança, vulnerabilidade, ansiedade.⁴⁶ Nesta linha, um estudo acerca de violência em mulheres no Uganda concluiu que as mulheres expostas a relacionamentos violentos vêm reduzida a sua agência na negociação de práticas sexuais seguras e que a própria sugestão de uso de preservativo ou de não ter contacto sexual num determinado momento pode terminar em sexo forçado.⁹³ Uma revisão da literatura acerca da violência por parceiro refere que sofrer este tipo de violência é consistentemente associado a uso inconsistente do preservativo, relações com parceiro não monogâmico e pior saúde sexual com gravidez não desejada e infeções sexualmente transmissíveis.¹⁰³

2.3 Migração e violência

Além de outros fatores de risco como as desigualdades de gênero e a pobreza^{19,21,40} a literatura aponta o risco associado a ser imigrante.⁴⁰ Estudos apontam a população migrante como uma população em maior risco de exposição a violência.^{24,26,40,49,61,62,66,67}

2.3.1 Contexto geral da migração

O conceito de migrante utilizado neste estudo é o mesmo adotado pela Organização Internacional para a Migração (OIM) que o define como qualquer pessoa que se movimenta ou movimentou, dentro ou fora de um país, afastando-se do seu local de residência, independente de o fazer com estatuto regular/documentado ou não, independente de o fazer ou não de forma voluntária, das razões do trânsito e da sua duração.¹

Os fatores na gênese do processo migratório são diversos e vão desde uma natureza mais macro como desastres naturais, conflito, violência e desrespeito pelos direitos humanos como questões como a reunificação familiar, a procura de melhoria das condições de vida ou o desejo/necessidade de estudar/trabalhar fora.⁴

Num período histórico em que a mobilidade humana é uma realidade em crescendo, a Europa é um importante ponto de chegada de imigrantes.^{1,3} No continente europeu, com cerca de 920 milhões de habitantes, estima-se que cerca de 9,9% sejam migrantes vindos de outros países.^{1,3} Apesar da população europeia representar apenas cerca de um sétimo da população mundial é na Europa que se concentram cerca de 35% (258 milhões) dos migrantes internacionais.¹ A Organização Mundial da Saúde compromete-se com a saúde para todas as pessoas considerando que não existe SP sem saúde dos refugiados e migrantes.³ Deste modo o aumento da imigração na Europa conduz a que políticas migratórias que incluam políticas de saúde sejam um tema prioritário.⁴ Portugal vive, sobretudo desde meados da década de 70, a chegada de grande número de pessoas, inicialmente com origem em países africanos de língua oficial portuguesa, posteriormente do Brasil e leste da Europa⁴⁹ e sudoeste asiático. O Observatório para as Migrações afirma que, em 2019, Portugal tinha um saldo migratório positivo, ou seja, mais imigrantes chegado ao país do que emigrantes saindo.¹⁰⁸ Este facto possibilitou um saldo natural total positivo, ou seja, que na sua totalidade a população a viver no

país não diminuisse.¹⁰⁸ Este aspeto é importante a considerar tendo em conta que Portugal o 3º país europeu mais envelhecido com um processo de envelhecimento demográfico em curso.¹⁰⁸ A tendência imigratória tem sido crescente, inclusivamente durante o ano de 2020, no qual, apesar de uma desaceleração no ritmo de imigração, o número de estrangeiros em território nacional teve um aumento de 12,2% relativamente a 2019, com um total de 662,095 pessoas.² Segundo o Observatório das Migrações, em 2019 Portugal contava com 5,7% de estrangeiros no total de residentes no país.¹⁰⁸ Nesse ano a tendência de feminização da imigração inverteu-se com os homens a ultrapassar a importância relativa das mulheres no total de estrangeiros residentes¹⁰⁸ com 50,8% de homens e 49,2% de mulheres na população imigrante.² A população imigrante é tendencialmente mais jovem que a população portuguesa¹⁰⁸ e concentra-se no grupo etário dos 25 aos 44 anos². Trata-se de população em idade fértil e verifica-se maior fecundidade entre os estrangeiros residentes relativamente aos portugueses o que contribui para atenuar o envelhecimento demográfico.¹⁰⁸ De acordo com dados oficiais do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) os dez países de origem mais representativas na imigração em Portugal são por ordem decrescente o Brasil, Cabo-Verde, Reino-Unido, Roménia, Ucrainiano, China, Itália, França, Angola, e Guiné-Bissau. Entre estes estão representados 3 Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) nomeadamente Cabo-Verde, Angola e Guiné-Bissau.¹⁰⁸

A distribuição geográfica dos imigrantes em Portugal concentra-se maioritariamente em Lisboa, Faro e Setúbal (68%).² Trata-se de uma população maioritariamente em idade ativa.^{2,108} Em Portugal os imigrantes têm taxas de atividade superiores aos cidadãos nacionais mas continuam a estar mais representados nas atividades profissionais de base face aos cidadãos nacionais. Comparativamente aos cidadãos nacionais os imigrantes apresentam maiores taxas de desemprego, têm atividades laborais que não refletem necessariamente as suas qualificações e uma percentagem maior não usa as suas habilitações nas funções que desempenha.¹⁰⁸ Existe um desequilíbrio na remuneração base média, os trabalhadores estrangeiros continuam a ter remunerações mais baixas que os trabalhadores portugueses.¹⁰⁸ Trata-se de forma geral de uma população que vive com maior privação material, em pior situação habitacional, em maior sobrelotação, têm mais dificuldade em adquirir casa própria e apresentam maior risco de pobreza.¹⁰⁸ Em 2019 tal como em anos anteriores os imigrantes revelam maior capacidade contributiva que os nacionais, com mais contribuintes por cada 100 residentes.¹⁰⁸ Apesar desse facto beneficiam menos de prestações sociais por total de contribuintes face aos cidadãos nacionais.

2.3.2 Migração como fator de vulnerabilidade para a violência

Estudos acerca da violência em populações migrantes revelam que as mulheres que migram são representadas de forma desproporcional entre os grupos mais vulneráveis³, tais como vítimas de violência baseada no gênero, pessoas traficadas e vítimas de exploração sexual.²⁵ Estudos junto da comunidade imigrante em Portugal também verificaram uma relação entre a experiência de violência e o gênero, sendo entre mulheres que se encontram os maiores reportes de violência.^{19,40} Um outro estudo sobre saúde migrante em Portugal revelou um reporte de violência por parceiro de 21,9% e sexo forçado de 9,6% e ressalva que o reporte de violência foi mais prevalente entre mulheres (30,4%) do que entre homens (15,7%).¹⁹

Numa recolha de dados de Médicos do Mundo em 8 países junto de 1809 utentes, 27,6% dos inquiridos afirmou ter sido vítima de assédio ou abuso sexual, 37,6% das mulheres e 7,3% dos homens. O reporte de violação sexual surgiu com prevalência de 14,6%, 24,1% das mulheres e 5,4% dos homens afirmando-o.⁶⁸ Como referido acima, a literatura afirma a carga de violência associada ao gênero inclusivamente nas populações imigrantes. Porém a vulnerabilidade das pessoas imigrantes passa pela influência de outros fatores nas suas vidas. Dados de 2014 a Europa identificaram maior probabilidade de sofrer violência física e/ou sexual por parceiro ou não parceiro relativamente entre mulheres imigrantes face a não imigrantes.⁴⁶ O processo migratório varia muito nas suas condições em virtude nomeadamente dos meios económicos da pessoa migrante.⁵¹ Este processo pode colocar a população migrante face a uma situação de vida mais precária¹⁰ que a expõe a maior risco de violência.⁵¹ As condições em se que realiza o trânsito migratório,^{4,25} mas também a máfias e canais de imigração irregular e organizações de tráfico de pessoas^{25,61,83} são alguns dos fatores que aumentam a vulnerabilidade dos migrantes. A Organização Internacional para as Migrações (OIM) refere que as rotas de migração inseguras ou irregulares aumentam os riscos de violência baseada no gênero.¹⁰⁴ Um estudo internacional acerca da violência sexual em rapazes e homens em contexto de migração e conflito reporta que locais frequentemente referidos como cenário de violência incluíam passagens de fronteira, ao longo da estrada e durante o encarceramento.³³ Um outro estudo acerca da violência reportada por refugiados, requerentes de asilo e migrantes indocumentados num centro de acolhimento Europeu, revelou que 56,6% dos entrevistados reportavam

ter vivido violência sexual e 62% violência psicológica.⁶⁶ Um estudo junto de população MAR em 8 países na Europa revelou ainda o reporte de violência por pessoas de ambos os sexos, mas que enquanto que entre homens era mais frequente perpetrar violência sexual e ser vítima de violência emocional, entre mulheres a tendência era inversa e mais frequentemente as mulheres eram vítimas de violência sexual e perpetradoras de violência emocional.⁶⁷

A estes riscos acresce a influência dos determinantes sociais da saúde nos países de chegada³. Condições de vida deficitárias e fragilidade socioeconómica^{42,43} como falta de residência estável³, insegurança financeira,¹⁰⁴ desconhecimento dos seus direitos legais¹⁰⁴, barreira linguística¹⁰⁴ ou estatuto de migração irregular³ determinam uma precariedade das condições de vida e aumentam o risco de sofrer violência.³

Relativamente ao estatuto socioeconómico no país de chegada, o trabalho e o rendimento são fatores centrais. A pobreza determina piores condições de vida e aumenta o risco de violência.²¹ Por um lado, no meio doméstico uma economia doméstica mais difícil pode estar na base de conflitos intrafamiliares.²¹ Por outro lado, abandonar dinâmicas familiares violentas é muito mais difícil quando a vítima é pobre.²¹ Um estudo no Nepal concluiu que as mulheres do estrato económico mais baixo tinham mais probabilidade de experienciar violência por parceiro relativamente às mulheres de estatuto económico mais elevado.⁸⁷ Um outro aspeto ainda é o de que as vítimas de violência tendem a estar menos empoderadas para construir as suas vidas, devido à experiência de vitimização e assim mais dificilmente romper o ciclo da pobreza.²¹

O estatuto laboral na população migrante em específico, assume também grande importância. Sobretudo quando se sobrepõem fatores como menor qualificação laboral, barreiras linguísticas e racismo, os imigrantes tendem a ter mais dificuldade em encontrar e manter trabalho do que não imigrantes.⁷⁶ Esta dificuldade em ter um estatuto laboral estável pode também aumentar o risco de exposição a violência. As pessoas imigrantes estão expostas à violência nos locais de trabalho⁴⁰ e na ameaça de represálias como despedimento ou outras os imigrantes têm maiores dificuldades em evitar ou se proteger de comportamentos violentos no local de trabalho.⁷⁶ A literatura destaca a carga associada às trabalhadoras imigrantes mulheres.^{74,76} As trabalhadoras imigrantes acabam frequentemente a trabalhar como funcionárias domésticas em casas privadas, isoladas de rede de suporte social onde estão especialmente vulneráveis.⁷⁴ Permanecem muito tempo expostas a patrões numa situação de vulnerabilidade que constituem um risco na dinâmica da violência.⁷⁶ A violência no local de trabalho surge

na literatura junto com dinâmicas de diminuição da pessoa migrante e quando a vítima é mulher conjugado a dinâmicas de género.⁷⁶ Estas trabalhadoras estão em particular risco e o isolamento dificulta a avaliação da sua saúde e da dimensão do fenómeno.⁷⁴

2.3.3 Migração como contexto de risco para Infeções Sexualmente Transmissíveis

As Infeções Sexualmente Transmissíveis são tal como o nome indica transmitidas maioritariamente por via de contacto sexual.⁵³ Segundo a Organização Mundial de Saúde as IST com maior incidência são a hepatite B, a infeção pelo vírus do herpes simples (HSV ou herpes), infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), infeção pelo papilomavírus humano (HPV), a sífilis, a gonorreia, a clamídia e a tricomoníase.⁵³ O impacto negativo das IST na saúde sexual e reprodutiva já foi acima tratado e as consequências vão desde doença inflamatória pélvica, infertilidade, complicações na gestação, transmissão mãe filho para além de outros impactos enquanto doenças crónicas como o caso da hepatite B ou do VIH.⁵³

Segundo o último Relatório sobre a saúde dos refugiados e migrantes na Região Europeia da OMS existem dados limitados relativamente à carga da IST na população imigrante na Europa.³ Sabe-se no entanto que são uma população exposta ao risco de sofrer violência e que sofrer violência aumenta o risco de história de IST¹⁹. Mesmo os migrantes de países sem elevada prevalência de VIH têm maior risco de infeção devido a outros fatores sociais, económicos e políticos ao longo do processo de migração que criam e aumentam a vulnerabilidade ao VIH e outras IST.^{105,115,114} Por um lado, as dificuldades sociais parecem favorecer comportamentos sexuais de risco para IST.⁴⁹ Como referido acima o percurso migratório, incluindo a chegada ao país de destino e as dificuldades encontradas, influenciam a qualidade de vida e o acesso a serviços.³ Em vários Estados-Membros da União Europeia algumas populações imigrantes, incluindo de origem em países africanos, são desproporcionadamente afetadas por IST como o VIH¹⁰⁵ e outras IST.^{4,53} No caso da infeção por VIH, o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) afirma que 39% dos novos casos de infeção identificados na Europa entre 2007 e 2011 foram em pessoas migrantes das quais a maioria com origem africana e alerta para que, muito possivelmente grande parte dos novos diagnósticos traduzem infeções adquiridas após a chegada.¹⁰⁵ Em Portugal um

estudo junto de imigrantes com origem na África subsariana identificou também uma proporção de infecção por VIH nove vezes superior às estimativas para a população geral portuguesa (0,6%).¹⁹ O mesmo estudo identificou também uma percentagem significativa de pessoas infetadas que desconheciam o diagnóstico o que reflete rastreio insuficiente e associado a comportamentos sexuais de risco um risco maior de transmissão da infecção.¹⁹ Relativamente à hepatite B o ECDC afirma que os dados sugerem que a prevalência de hepatite B seja maior entre migrantes de países endémicos na Europa Oriental, Ásia e África subsaariana.¹⁰⁵ No que respeita a prevalência de gonorreia e Clamídia, os imigrantes parecem não ser afetados de modo desproporcional mas a prevalência entre mulheres e trabalhadoras sexuais parece estar a aumentar.¹⁰⁵ Um aspeto interessante comentado pelo ECDC é a transmissão destes casos de infecção por VIH ou de Clamídia ou gonorreia que se dá sobretudo entre relações heterossexuais.¹⁰⁵ Um estudo junto de imigrantes em Portugal revelou que a probabilidade de ter uma IST se verificou mais elevada em pessoas com baixo rendimento, residentes no país há mais de 25 anos, com 3 ou mais parceiros sexuais, com uso inconsistente do preservativo ou que experienciaram violência.¹⁹ Os resultados deste estudo revelaram ainda que dos participantes sexualmente ativos no último ano, 82,5% reportava uso inconsistente do preservativo, cerca de um quarto 3 ou mais parceiros sexuais.¹⁹ No mesmo estudo, o menor uso do preservativo foi associado a ser mulheres e ter relações monogâmicas.¹⁹ O mesmo estudo concluiu que um grupo significativo de participantes VIH positivos que desconheciam o seu estatuto para a infecção eram mulheres, tinham apenas um parceiro sexual e praticavam sexo sem proteção e afirma que os resultados corroboram uma vulnerabilidade muito associada aos comportamentos de risco dos seus parceiros.¹⁹ Como descrito acima, recursos socioeconómicos reduzidos podem aumentar a dependência face ao parceiro, o que favorece situações de exploração ou abuso.¹⁰⁹ Dados acerca da infecção por VIH em imigrantes em outras partes no mundo nomeadamente hispânicos nos EUA estão em linha com estes estudos, nos quais as mulheres hispânicas teriam maior risco de se infetar com VIH através de contactos sexuais com um parceiro homem.¹¹⁰ Estudos acerca dos comportamentos sexuais desta população afirmam que as mulheres têm dificuldade em discutir o uso do preservativo e não esperam que os seus parceiros o utilizem,¹¹⁰ eventualmente por valores culturais e papéis de género que entendem a mulher como casta, obediente e submissa que dificultam a negociação do uso do preservativo.¹¹¹ Um outro estudo relacionando a infecção por VIH, comportamentos sexuais e mobilidade de imigrantes em duas cidades europeias revelou uma proporção

elevada de sexo sem preservativo na última relação sexual (68,1%) e elevada concorrência entre parceiros.⁴⁵ Este estudo concluiu que os migrantes da África Subsaariana têm comportamentos sexuais de risco nos países de residência e enquanto viajam, aumentando o risco de aquisição do VIH após a migração.⁴⁵ Deste modo, o risco de IST surge na literatura, inclusivamente na população imigrante fortemente conectado a dinâmicas de género, à impossibilidade de negociar uso de preservativo, à elevada concorrência entre parceiros e ao desconhecimento do estatuto infeccioso.

2.3.4 Migração e o acesso aos cuidados de saúde

A população migrante tende a fazer o processo migratório em idades jovens e em boas condições de saúde.³ Porém, a natureza do processo migratório e as condições de vida no país de chegada, podem aumentar a sua vulnerabilidade e determinar piores condições de saúde.⁴ Estudos acerca da infeção por VIH em populações migrantes apontam que, embora provenientes de países de alta incidência, muitas pessoas se infetam no país de chegada, alertando para a vulnerabilidade em saúde desta população.³

O afastamento dos serviços de saúde é um fator de risco para a saúde da pessoa migrante.⁴³ Em Portugal, está reportada a existência de barreiras no acesso aos cuidados de saúde por parte da população imigrante,^{42,43} apesar de no Art.º 64 da Constituição da República Portuguesa (CRP) estar plasmado o direito a usufruir de cuidados independentemente da origem ou estatuto documental da pessoa em causa.⁵⁶

Num estudo sobre o padrão de utilização de serviços de saúde por imigrantes em Portugal, verificou-se que ser homem e em particular com estatuto irregular/indocumentado, está associado a menor utilização dos serviços.⁴²

Outros fatores associados à utilização de serviços de saúde por parte de populações imigrantes são a falta de cobertura/seguro de saúde, medo de discriminação, barreiras de idioma e culturais, medo de perder o trabalho e de deportação.⁴

A forma como se processa o acesso a serviços de saúde⁴ também é um fator que afeta a vulnerabilidade em saúde destas populações. Relativamente ao estatuto de migração, este constitui um fator importante na vulnerabilidade das pessoas que migram na medida em que estar em situação regular/documentada ou não, pode condicionar o acesso a vários serviços³ e constituir uma barreira no acesso a serviços de saúde agravando a

vulnerabilidade em saúde.¹⁹ Este afastamento pode levar a que se procurem os serviços de saúde apenas quando a condição de saúde já se tenha deteriorado significativamente.⁴ Especificamente no caso do VIH mas também noutras condições de saúde, consequências graves podem advir desta falta de acesso e atraso ao nível da prevenção/diagnóstico/tratamento.³ Transferindo para a globalidade das IST, o não acompanhamento em saúde pode comprometer o diagnóstico e tratamento prejudicando assim a quebra das cadeias de transmissão de infeção.¹⁰⁵ No que respeita às questões de violência, este afastamento dos serviços pode prejudicar a identificação e apoio de vítimas de violência.²¹

2.4. Lacunas de evidência sobre a temática

A saúde das populações imigrantes tem cada vez mais foco na Europa e é uma prioridade para as grandes agências internacionais.^{3,11,16, 105,114} A literatura aponta a necessidade de recolha de dados relativos a saúde das populações imigrantes¹⁰⁵ e à sua experiência de violência⁹⁹ de forma mais sistemática e uniformes entre si. Fatores como a diversidade das populações migrantes e a mudança dos padrões de migração requerem uma atenção constante.¹⁰⁵

Apesar de conhecida a importância do processo migratório na saúde da população migrante, a literatura aponta uma falha de recolha sistemática de dados relativamente à saúde dos migrantes recém-chegados, excetuando alguns trabalhos em parceria com a academia.⁹

Estudar as questões da violência envolve uma recolha de dados que sejam comparáveis.⁴⁶ A diversidade de conceções em torno dos fenómenos violentos pode dificultar esta uniformidade de conceitos.^{21,38,46} Considerar o período de tempo referido na recolha de dados (i. e. nos últimos 12 meses, algumas vez na vida) também é importante na comparabilidade dos dados acerca da violência. Estas dois aspetos bem como a questão do subreporte¹²⁵ da violência são das dificuldades mais comumente identificadas pela literatura.

Comparativamente aos estudos acerca de violência sexual na população geral, pesquisa na população migrante, requerente de asilo e refugiada é escassa.¹⁰ O inquérito de 2014 da European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) acerca da violência sobre as mulheres revelou que as mulheres imigrantes tinham maior

probabilidade de sofrer violência física e/ou sexual por parceiro ou não parceiro relativamente às mulheres não imigrantes.⁴⁶ Refere ainda o relatório que as mulheres imigrantes estão entre as que mais temem ser vítimas de violência e condicionam a sua mobilidade evitando locais e situações que consideram de risco.⁴⁶ Um estudo acerca da violência em imigrantes em Portugal conclui também que a violência é um problema que afeta os imigrantes, homens e mulheres.⁴⁰

A violência é um tema sensível, de uma forma transversal, a todas as culturas.²¹ Adicionalmente sabe-se que os imigrantes, particularmente se em situação irregular podem mais frequentemente temer represálias legais como deportação, desconhecer circuitos de denúncia e querer evitar conflitos por exemplo laborais.⁴⁰ Este potencial afastamento das estruturas e serviços prejudica o conhecimento do fenómeno da violência nos imigrantes.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar o reporte de violência numa população migrante com origem na África Subariana em Portugal e identificar fatores relacionados, nomeadamente sociodemográficos, comportamentos sexuais de risco para IST e cuidados de saúde sexual.

3.2 Objetivos específicos

- identificar a proporção de violência reportada por uma população imigrante
- Identificar fatores sociodemográficos associados à experiência de violência
- Examinar a relação entre experiência de violência e comportamentos de risco para IST
- Analisar a relação entre experiência de violência e cuidados de saúde sexual, incluindo teste do VIH e acesso a preservativos

4. Métodos

4.1 Desenho do estudo

O presente trabalho teve por base o estudo “Imigrantes e VIH/Sida”, sob a coordenação da Prof. Doutora Sónia Dias, e financiado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) - Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. O estudo, de natureza observacional e transversal, adotou uma metodologia quantitativa que envolveu a aplicação de um inquérito por questionário.

Neste estudo foi adotada uma abordagem participativa, em que foram estabelecidas parcerias com organizações não-governamentais (ONGs), nomeadamente AJPAS, SER+ e GAT-In Mouraria, que participaram nas diferentes fases do projeto.

4.2 Participantes e amostragem

A população em estudo constituiu-se por imigrantes provenientes de África Subsariana residentes em Portugal. Dada a inexistência de uma base de amostragem da população imigrante em Portugal que permitisse gerar uma amostra probabilística de imigrantes, neste estudo optou-se por utilizar uma abordagem de amostragem por conveniência utilizando o método venue-based.⁵⁴

Para efeitos de cálculo do tamanho da amostra considerou-se a existência de 50% das características estudadas (considerado o pior cenário, na medida em que não se conhece a dimensão das características a estudar). No cálculo do tamanho amostral considerou-se uma precisão de 3,5% (e nível de confiança a 95%), prevendo-se inquirir um total de 784 imigrantes.

Numa fase inicial do estudo foi realizado um mapeamento geográfico a fim de identificar locais para o recrutamento de participantes oriundos de África Subsariana. Este mapeamento abrangeu o distrito de Lisboa, a zona de Portugal com maior concentração de populações imigrantes e que por esse motivo foi escolhida para a realização do estudo.⁵⁵

4.3 Recrutamento de participantes e recolha de dados

Em cada local de recrutamento identificado através do mapeamento geográfico, os imigrantes foram sistematicamente abordados e convidados a participar atendendo aos critérios de inclusão definidos: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter origem na África Subsariana, residir em Portugal e ter iniciado a vida sexual. Perante a aceitação de participação no estudo foram encaminhados às estruturas próximas dos parceiros com o propósito de se efetuar a recolha de dados. Para a recolha de dados foi assegurado um espaço com privacidade e conforto para o participante.

O processo de recolha de dados decorreu entre setembro de 2014 e março de 2015 nas ONGs parceiras que desenvolvem trabalho específico com as comunidades imigrantes no distrito de Lisboa.

Os questionários foram aplicados por entrevista individual por técnicos das referidas ONGs devidamente treinados para o efeito. Os inquiridores receberam formação específica sobre os procedimentos de recolha de dados e questões éticas, em especial na temática do anonimato, confidencialidade e gestão de temas sensíveis.^{19,44}

O questionário utilizado incluiu perguntas de resposta fechada relativas a dados sociodemográficos, processo migratório, comportamentos sexuais, experiência de violência e utilização de serviços de saúde^{19,44,45} Com base nas perguntas foram criadas as variáveis em estudo que se apresentam abaixo.

- **Sexo**

- Sexo
- “Feminino” ou “Masculino”

- **Idade**

- Resposta aberta agrupadas em faixas etárias com 3 categorias.
- “< 25”: Agrupa as pessoas com 18 ou mais anos até 25 anos inclusive.
- “26 a 45”: Agrupa as pessoas com idade igual ou superior a 26 anos até 45 anos inclusive.
- “> 45”: Agrupa as pessoas com mais de 45 anos.

- **Escolaridade**

- Nível de escolaridade mais elevado que completou, resposta fechada agrupada em 4 categorias.
- “Sem grau académico, sabe ou não ler e escrever”
- “Até 9º ano”
- “Ensino secundário”
- “Ensino superior”

- **Situação profissional**

- Situação profissional atual agrupada em 3 categorias.
- “Empregado” – Com emprego de momento. Inclui “Empregado” e “Trabalhador-Estudante”
- “Não empregado” - Sem emprego de momento. Inclui “Desempregado” e “Nunca trabalhou”
- “Outro” – Inclui “Estudante”, “Reformado” e “Doméstica”

- **Perceção sobre rendimento familiar atual**

- Resposta fechada em 4 categorias iniciais agrupadas em 2 categorias.
- “Insuficiente” – Inclui “Insuficiente” e “Muito insuficiente”
- “Suficiente” – Inclui “Suficiente” e “Mais do que suficiente”

- **Há quantos anos vive em Portugal**

- Resposta aberta agrupada em 4 categorias.
- “< 5 anos” – Inclui “Há menos de 5 anos”
- “Entre 5 e 10 anos” – Inclui “Entre 5 e 10 anos”
- “Entre 10 e 20 anos” – Inclui “Entre 10 e 20 anos”
- “> 20 anos” – Inclui “Há mais de 20 anos”

- **Estatuto migratório**
 - Estatuto de migração atual em 3 categorias agrupadas em 2 categorias.
 - “Regular” – Inclui “Regular”
 - “Irregular ou em processo de regularização” – Inclui “Não tem situação regularizada” e “Em processo de regularização: está a aguardar documentos”

- **Experiência de violência alguma vez na vida**
 - Foram realizadas duas perguntas: “Durante a sua vida já sofreu violência emocional e/ou física por parte de um parceiro?” e “Já alguma vez foi forçado a ter relações sexuais com alguém?”. Ambas com resposta “Sim” e “Não”. Foi criada uma nova variável “Experiência de violência alguma vez” que agrupa a resposta às duas perguntas iniciais.
 - Resposta “Sim” e “Não”

- **Nos últimos 12 meses, com que frequência foi capaz de recusar relações e práticas sexuais que não queria**
 - Resposta fechada com 4 categorias agrupadas em 2 categorias.
 - “Não conseguiu recusar relações sexuais sempre que quis em todas, algumas ou poucas ocasiões” – Inclui “Nunca conseguiu”, “Algumas vezes” e “Muitas vezes”
 - “Conseguiu sempre recusar relações sexuais quando quis ou NA pois nunca quis recusar” – Inclui “Sempre” e “Não se aplica (nunca quis recusar)”

- **Nos últimos 12 meses teve relações sexuais com cliente sexual**
 - Resposta fechada: “Sim” e “Não”

- **Número de parceiros sexuais ocasionais diferentes com quem teve relações sexuais os últimos 12 meses**
 - Resposta aberta agrupada em 3 categorias
 - “Nenhum”
 - “Um”
 - “Mais de um”

- **Frequência de relações sexuais sem preservativo, nos últimos 12 meses, com parceiro regular**
 - Resposta fechada com 3 categorias.
 - “Sempre” – Sempre sem preservativo
 - “Algumas vezes” – Algumas vezes sem preservativo
 - “Nunca” – Nunca sem preservativo

- **Frequência de relações sexuais sem preservativo, nos últimos 12 meses, com parceiro ocasional**
 - Resposta fechada com 3 categorias.
 - “Sempre” – Sempre sem preservativo
 - “Algumas vezes” – Algumas vezes sem preservativo
 - “Nunca” – Nunca sem preservativo

- **Recebeu preservativos grátis em Portugal nos últimos 12 meses**
 - Resposta fechada com 2 categorias.
 - “Sim” e “Não”

- **Data do último teste de VIH**
 - Há quanto tempo realizou o último teste de VIH. Resposta fechada com 4 categorias agrupadas em 3 categorias.

- “Últimos 12 meses” – Realizou o último teste nos últimos 12 meses
 - “Mais de 1 ano” – Realizou o último teste há mais de 1 ano
 - “Nunca fez ou não sabe se já fez” – Inclui “Nunca fez o teste” e “Não sabe se já fez o teste”
- **Resultado do último teste de VIH**
 - Qual o resultado do último teste de VIH que realizou. Resposta fechada com 4 categorias agrupadas em 2 categorias.
 - “Positivo” – Inclui “Positivo para o VIH (tem VIH)”
 - “Negativo ou não sabe” – Inclui “Negativo para o VIH (Não tem VIH)”, “Não foi buscar o resultado” e “Não sabe o resultado”

4.4 Análise de dados

A análise de dados foi realizada com recurso ao Software IBM SPSS versão 26. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo, todas categóricas. Algumas categorias foram agregadas para efeitos de análise. Em seguida foi analisada a associação entre a variável dependente “experiência de violência alguma vez na vida” e as variáveis independentes de interesse através do teste de Qui-quadrado de *Pearson* de χ^2 . Posteriormente foi realizada uma regressão logística bivariada para testar a associação isolada entre a variável dependente e cada variável independente, com cálculo dos odds ratio (OR) brutos e intervalos de confiança (IC) a 95%. Também uma Regressão logística multivariada foi realizada com cálculo dos OR ajustados a IC de 95% para estimar a associação entre a experiência de violência e as variáveis independentes. Por fim, com vista a explorar a influência dos fatores no reporte de experiência de violência nas mulheres e nos homens em separado, foi realizada uma análise com teste de qui-quadrado estratificada por sexo.

4.5 Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Foi assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. A todos os participantes foi solicitado o consentimento informado.

5. Resultados

5.1 Caracterização da amostra

Apresenta-se na Tabela 3 a caracterização da amostra (n = 790) relativamente às variáveis analisadas.

Características sociodemográficas e relacionadas com migração:

A composição da amostra é maioritariamente masculina, com 42% de mulheres. A amostra é maioritariamente jovem: 25,3% tem idade inferior a 25 anos, 43,8% entre 26 a 45 e 30,9% tem idade superior a 46 anos.

O nível de escolaridade é tendencialmente baixo. A maioria (58,9%) completou até ao 9º ano de escolaridade e 13,4% reportou não ter escolaridade formal enquanto apenas 5,7% tinha o ensino superior.

Quase metade da amostra (49,2%) não estava empregada, situação mais comum entre homens (54,1%) do que entre mulheres (42,5%). A maioria da amostra (77,3%) tinha a perceção de ter rendimento familiar insuficiente.

A maioria da amostra tem um tempo de residência superior a 10 anos (64,2%), sendo que mais de um terço (34,9%) reporta estar em Portugal há mais de 20 anos e apenas 17,3% da amostra reporta estar no país há menos de 5 anos. A maioria da amostra (89,7%) reporta ter estatuto migratório regular, o que é mais frequente entre mulheres (92,5%) do que entre homens (87,8%).

Experiência de violência, comportamentos sexuais e prevenção de VIH/IST:

Do total da amostra, 25,3% afirma ter sofrido algum tipo de violência, sendo bastante mais expressivo entre mulheres (34,6%) que entre homens (18,6%).

Relativamente a comportamentos sexuais, 22,4% da amostra afirmou não ter conseguido recusar relações sexuais sempre que quis nos últimos 12 meses. Esta impossibilidade de recusar relações foi mais comum entre mulheres (26,8%) do que entre homens (19,5%).

Também quase um quarto (24,4%) da amostra referiu que teve mais de um parceiro sexual ocasional diferente nos últimos 12 meses, e esta concorrência de parceiros foi mais comum entre homens (35,2%) do que entre mulheres (8,0%).

Relativamente à frequência de utilização de preservativo com parceiros sexuais regulares, 54,8% da amostra referiu ter usado sempre, proporção bastante mais elevada entre mulheres (61,4%) do que entre homens (49,2%). A utilização de preservativo com parceiros ocasionais foi inferior (reportada por 21,6% da amostra), com 34,7% das mulheres a tê-lo afirmado, face a apenas 18,8% dos homens.

Mais de metade da amostra (57,7%) refere não ter recebido preservativos gratuitos nos últimos 12 meses. A maioria (51,4%) afirmou nunca ter realizado teste de VIH ou desconhecer se o realizou, enquanto 31,3% já o tinha feito há mais de 1 ano e 17,3% nos últimos 12 meses.

Do total de participantes, o reporte de ter tido resultado positivo no último teste de VIH realizado foi de 3,5% (referente a 4,5% das mulheres e 2,8% dos homens).

Tabela 3 - Caracterização da amostra, com frequências relativas e percentagens

	Total		Mulheres		Homens	
	n	%	n	%	n	%
Total	790	100%	332	42,0%	458	58,0%
Características sociodemográficas e de contexto de migração						
Idade faixa etária						
≤25	200	25,3%	84	25,3%	116	25,3%
26 a 45	346	43,8%	161	48,5%	185	40,4%
>46	244	30,9%	87	26,2%	157	34,3%
Escolaridade						
Sem grau académico, sabe ou não ler e escrever	106	13,4%	54	16,3%	52	11,4%
Até 9º ano	465	58,9%	181	54,5%	284	62,0%
Ensino secundário	174	22,0%	78	23,5%	96	21,0%
Ensino superior	45	5,7%	19	5,7%	26	5,7%
Situação profissional						
Empregado	282	35,7%	148	44,6%	134	29,3%
Não empregado	389	49,2%	141	42,5%	248	54,1%
Outro	119	15,1%	43	13,0%	76	16,6%
Perceção sobre rendimento familiar atual						
Insuficiente	611	77,3%	257	77,4%	354	77,3%
Suficiente	179	22,7%	75	22,6%	104	22,7%
Há quantos anos vive em Portugal						
≤ 5	133	17,3%	72	22,5%	61	13,6%
5 a 10	142	18,5%	54	16,9%	88	19,6%
10 a 20	225	29,3%	103	32,2%	122	27,2%
> 20	268	34,9%	91	28,4%	177	39,5%
Estatuto migratório						
Regular	709	89,7%	307	92,5%	402	87,8%
Irregular ou em processo de regularização	81	10,3%	25	7,5%	56	12,2%
Experiência de violência						
Experiência de violência alguma vez na vida						
Sim	200	25,3%	115	34,6%	85	18,6%
Não	590	74,7%	217	65,4%	373	81,4%

Comportamentos sexuais						
Frequência com que conseguiu recusar práticas sexuais sempre que quis, nos últimos 12 meses						
Nunca/algumas vezes	147	22,4%	70	26,8%	77	19,5%
Sempre/NA (nunca quis recusar)	509	77,6%	191	73,2%	318	80,5%
Nos últimos 12 meses teve relações sexuais com cliente sexual						
Sim	16	2,4%	7	2,7%	9	2,3%
Não	641	97,6%	254	97,3%	387	97,7%
Nº de parceiros sexuais ocasionais diferentes com quem teve relações sexuais os últimos 12 meses						
Nenhum	377	57,5%	213	81,6%	164	41,5%
Um	119	18,1%	27	10,3%	92	23,3%
Mais de um	160	24,4%	21	8,0%	139	35,2%
Frequência de relações sexuais sem preservativo, nos últimos 12 meses, com parceiro regular						
Sempre	299	54,8%	153	61,4%	146	49,2%
Algumas vezes	169	31,0%	69	27,7%	100	33,7%
Nunca	78	14,3%	27	10,8%	51	17,2%
Frequência de relações sexuais sem preservativo, nos últimos 12 meses, com parceiro ocasional						
Sempre	60	21,6%	17	34,7%	43	18,8%
Algumas vezes	94	33,8%	13	26,5%	81	35,4%
Nunca	124	44,6%	19	38,8%	105	45,9%
Prevenção de VIH/IST						
Recebeu preservativos grátis em Portugal nos últimos 12 meses						
Sim	333	42,3%	112	33,7%	221	48,5%
Não	455	57,7%	220	66,3%	235	51,5%
Data do último teste de VIH						
Últimos 12 meses	137	17,3%	73	22,0%	64	14,0%
Mais de 1 ano	247	31,3%	138	41,6%	109	23,8%
Nunca fez ou não sabe se já fez	406	51,4%	121	36,4%	285	62,2%
Resultado do último teste de VIH						
Positivo	28	3,5%	15	4,5%	13	2,8%
Negativo ou não sabe	762	96,5%	317	95,5%	445	97,5%

5.2 Análise da associação entre a experiência de violência e os determinantes sociais da saúde

Apresenta-se na Tabela 4 as características associadas à experiência de violência.

Características sociodemográficas:

No que respeita à análise da relação entre a experiência de violência e cada uma das variáveis de interesse, verifica-se que o reporte de violência é mais comum entre mulheres (57,5%) do que entre homens (36,8%) e que mais de metade (55,5%) dos participantes que reportam violência se encontra na faixa etária entre 26 e 45 anos.

Relativamente ao nível de escolaridade não se verificou associação significativa com o reporte de violência.

Mais de metade (56,0%) dos participantes que reporta violência não está empregado, enquanto que esta situação profissional é menos expressiva no grupo de participantes que nunca foi vítima de violência (44,9%). O rendimento familiar é percecionado como insuficiente por 86,5% das pessoas que reportam ter sofrido violência, proporção significativamente superior à reportada pelos participantes que nunca sofreram violência.

A percentagem de reporte de violência aumenta com o aumento do tempo de permanência no país, concentrando-se menos no grupo que está em Portugal há menos de 2 anos (3,6%) e mais em quem está no país há mais de 10 anos (10-20 anos: 37,3%) e há mais de 20 anos (34,7%).

Relativamente ao estatuto migratório não se verificou associação significativa com o reporte de violência.

Comportamentos sexuais:

No que respeita a comportamentos sexuais, 47,5% dos participantes vítimas de violência refere não ter conseguido recusar relações sexuais sempre que quis, enquanto, entre as pessoas que referem não ter sido vítimas de violência, esta percentagem desce aos 14,5%.

Verifica-se que ter tido relações sexuais com cliente sexual é mais frequente entre vítimas de violência (7,6%) do que entre as pessoas que reportam nunca ter sofrido violência (0,8%).

Maior concorrência de parceiros, ou seja, ter tido mais que um parceiro sexual ocasional diferente nos últimos 12 meses é mais comum entre pessoas que reportam violência (32,3%) do que entre quem reporta nunca ter sido vítima (21,9%).

Relativamente à frequência de utilização de preservativo, tanto com parceiros regulares como com ocasionais, os resultados revelam não existir diferenças significativas entre vítimas e não vítimas de violência.

Prevenção de VIH/IST:

Em linha com a associação encontrada entre violência e relações sexuais com múltiplos parceiros ocasionais, os resultados demonstram também uma associação estatisticamente significativa entre a experiência de violência e ter recebido preservativos gratuitamente nos últimos 12 meses: 48,5% das pessoas vítimas de violência afirmam ter recebido este material de prevenção, sendo uma proporção mais expressiva que no grupo que reportou nunca ter sido vítima de violência (40,1%).

Uma maior percentagem de participantes que sofreram violência alguma na vida referem já ter feito o teste do VIH em comparação com quem nunca foi vítima de violência (nos últimos 12 meses: 43% vs. 15,9%; há mais de 1 ano: 35,5% vs. 29,8%).

O reporte de resultado positivo no último teste de VIH é mais comum entre os participantes que reportaram violência (6,0%) do que entre aqueles que não o reportaram (2,7%).

Tabela 4 – Análise da associação entre a experiência de violência e os determinantes sociais da saúde em análise com frequências relativas, percentagens e significância estatística

	Experiência de violência alguma vez na vida				p value
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Total	200	25,3%	590	54,3%	
Características sociodemográficas e de contexto de migração					
Sexo					
Feminino	115	57,5%	217	36,8%	<0,001
Masculino	85	42,5%	373	63,2%	
Idade faixa etária					<0,001
≤25	35	17,5%	165	28,0%	
26 a 45	111	55,5%	235	39,8%	
>46	54	27,0%	190	32,2%	
Escolaridade					0,868
Sem grau académico, sabe ou não ler e escrever	24	12,0%	82	13,9%	
Até 9º ano	119	59,5%	346	58,6%	
Ensino secundário	44	22,0%	130	22,0%	
Ensino superior	13	6,5%	32	5,4%	
Situação profissional					0,010
Empregado	67	33,5%	215	36,4%	
Não empregado	114	57,0%	275	46,6%	
Outro	19	9,5%	100	16,9%	
Perceção sobre rendimento familiar atual					<0,001
Insuficiente	173	86,5%	438	74,2%	
Suficiente	27	13,5%	152	25,8%	
Há quantos anos vive em Portugal					0,018
< 5	27	14,0%	106	18,4%	
5 a 10	27	14,0%	115	20,0%	
10 a 20	72	37,3%	153	26,6%	
> 20	67	34,7%	201	35,0%	
Estatuto migratório					0,225
Regular	175	87,5%	534	90,5%	
Irregular ou em processo de regularização	25	12,5%	56	9,5%	
Comportamentos sexuais					
Frequência com que conseguiu recusar práticas sexuais sempre que quis, nos últimos 12 meses					<0,001
Nunca/algumas vezes	75	47,5%	72	14,5%	
Sempre/NA (nunca quis recusar)	83	52,5%	426	85,5%	
Nos últimos 12 meses teve relações sexuais com cliente sexual					<0,001
Sim	12	7,6%	4	0,8%	
Não	146	92,4%	495	99,2%	
Nº de parceiros sexuais ocasionais diferentes com quem teve relações sexuais os últimos 12 meses					0,029
Nenhum	82	51,9%	295	59,2%	
Um	25	15,8%	94	18,9%	
Mais de um	51	32,3%	109	21,9%	
Frequência de relações sexuais sem preservativo, nos últimos 12 meses, com parceiro regular					0,973
Sempre	67	54,5%	232	54,8%	
Algumas vezes	39	31,7%	130	30,7%	
Nunca	17	13,8%	61	14,4%	

Frequência de relações sexuais sem preservativo, nos últimos 12 meses, com parceiro ocasional					
Sempre	18	24,0%	42	20,7%	0,331
Algumas vezes	29	38,7%	65	32,0%	
Nunca	28	37,3%	96	47,3%	
Prevenção de VIH/IST					
Recebeu preservativos grátis em Portugal nos últimos 12 meses					
Sim	97	48,5%	236	40,1%	0,039
Não	103	51,5%	352	59,9%	
Data do último teste de VIH					
Últimos 12 meses	43	21,5%	94	15,9%	0,019
Mais de 1 ano	71	35,5%	176	29,8%	
Nunca fez ou não sabe se já fez	86	43,0%	320	54,2%	
Resultado do último teste de VIH					
Positivo	12	6,0%	16	2,7%	0,030
Negativo ou não sabe	188	94,0%	574	97,3%	

Na Tabela 5, apresentam-se os resultados da análise de regressão logística bivariada e multivariada relativa aos fatores associados à experiência de violência.

A regressão logística multivariada revela que estão associados à experiência de violência os fatores idade, sexo, tempo de residência em Portugal, situação profissional, perceção sobre os rendimentos, capacidade de recusar práticas sexuais indesejadas nos últimos 12 meses e número de parceiros sexuais ocasionais diferentes nos últimos 12 meses.

Relativamente ao sexo, verificou-se que ser do sexo feminino determina uma maior probabilidade de reportar experiência de violência, mais de 3 vezes mais, relativamente a ser do sexo masculino (OR ajustado = 3,044; IC95%: [1,824; 5,080]).

Imigrantes com idade compreendida entre os 26 e 45 anos têm maior probabilidade de ter reportado violência relativamente a pessoas com idade inferior ou igual a 25 anos (OR ajustado = 2,051; IC95%: [1,181; 3,563]).

Relativamente à situação profissional, verifica-se que estar “Empregado” (OR ajustado = 2,556; IC95%: [1,056; 6,188]) está associado a maior probabilidade de ter reportado violência relativamente a reportar “Outros” que agrupa ser estudante, reformado ou trabalhador doméstico. Também estar “Não empregado” (OR ajustado = 3,016; IC95%: [1,276; 7,125]) revelou representar maior probabilidade de ter reportado violência face à categoria “Outros”.

Quanto à perceção do rendimento familiar atual, verifica-se que percecioná-lo como “Insuficiente”, está associado a maior probabilidade de ter reportado violência

comparativamente a perceber o rendimento com “Suficiente” (OR ajustado = 1,900; IC95%: [1,090; 3,313]).

No que respeita ao tempo de permanência no país, estar no país há um período compreendido “entre 10 e 20 anos” (OR ajustado = 2,446; IC95%: [1,238; 4,830]) está associado a maior probabilidade de ter reportado violência relativamente a estar no país “há menos de 5 anos”. Quanto a estar no país há “entre 5 e 10 anos” e “há mais de 20 anos”, não se identifica associação estatisticamente significativa à probabilidade de ter reportado violência.

Não ter conseguido recusar relações sexuais sempre que quis nos últimos 12 meses “Nunca/algumas vezes” (OR ajustado = 5,677; IC95%: [3,565; 9,041]), está associado a maior probabilidade de ter reportado violência relativamente às pessoas que reportam ter conseguido sempre recusar ou não se aplicar por nunca terem querido recusar.

Relativamente a ter tido relações sexuais com cliente sexual nos últimos 12 meses, embora não se tenha verificado na análise multivariada, na análise bivariada verificou-se que reportar “Sim” ter tido relações sexuais com cliente sexual (OR bruto = 10,171; IC95%: [3,232; 32,012]) está associado a maior probabilidade de ter reportado sofrer violência face a quem reportou não ter tido relações sexuais com este tipo de parceiro.

Verifica-se também que relativamente ao número de parceiros sexuais ocasionais diferentes nos últimos 12 meses, reportar um parceiro ocasional diferente não tem associação estatisticamente significativa com a probabilidade de ter reportado violência. Porém, reportar mais de um parceiro sexual ocasional diferente (OR ajustado = 1,933; IC95%: [1,084; 3,447]) está associado a maior probabilidade de ter reportado violência face a quem reporta nenhum parceiro sexual ocasional diferente.

No mesmo sentido, embora não se tenha verificado na análise multivariada, na análise bivariada verificou-se que ter recebido preservativos gratuitamente nos últimos 12 meses (OR bruto = 1,405; IC95%: [1,017; 1,939]) está associado a maior probabilidade de ter reportado violência face a quem respondeu não ter recebido.

No que respeita a há quanto tempo realizou o último teste de VIH, embora não se tenha verificado na análise multivariada, na análise bivariada verificou-se que tê-lo realizado “Há mais de 1 ano” (OR bruto = 1,501; IC95%: [1,043; 1,160] ou “Nos últimos 12 meses” (OR ajustado = 1,702; IC95%: [1,105; 2,623]) está associado a maior probabilidade de ter reportado sofrer violência face a quem “Nunca fez ou não sabe se já fez”.

Embora não se tenha verificado na análise multivariada, na análise bivariada verificou-se que ter resultado do último teste de VIH “Positivo” (OR bruto = 2,290; IC95%: [1,064;

4,928]) está associado a maior probabilidade de ter reportado violência face a quem teve resultado “Negativo ou não sabe”.

Tabela 5 - Prevalência e fatores associados à experiência de violência

	Prevalência	OR bruto	IC (95%)	p value	OR ajustado	IC (95%)	p value
Características sociodemográficas e de contexto de migração							
Sexo							
Feminino	34,6%	2,326	[1,678; 3,223]	<0,001	3,044	[1,824; 5,080]	<0,001
Masculino	18,6%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
Idade faixa etária							
≤ 25	17,5%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
26 a 45	32,1%	2,227	[1,450; 3,419]	<0,001	2,051	[1,181; 3,563]	0,011
> 46	22,1%	1,340	[0,834; 2,159]	0,226	1,209	[0,614; 2,384]	0,583
Situação profissional							
Empregado	23,8%	1,640	[0,935; 2,877]	0,084	2,556	[1,056; 6,188]	0,037
Não empregado	29,3%	2,182	[1,275; 3,732]	0,004	3,016	[1,276; 7,125]	0,012
Outro	16,0%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
Percepção sobre rendimento familiar atual							
Insuficiente	28,3%	2,224	[1,424; 3,472]	<0,001	1,900	[1,090; 3,313]	0,024
Suficiente	15,1%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
Há quantos anos vive em Portugal							
< 5	38,3%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
5 a 10	19,0%	0,764	[0,461; 1,266]	0,296	1,522	[0,712; 3,225]	0,279
10 a 20	32,0%	0,704	[0,426; 1,164]	0,171	2,446	[1,238; 4,830]	0,010
> 20	25,0%	1,412	[0,952; 2,093]	0,086	1,940	[0,966; 3,898]	0,063
Comportamentos sexuais							
Frequência com que conseguiu recusar práticas sexuais sempre que quis, nos últimos 12 meses							
Nunca/algumas vezes	51,0%	5,346	[3,584; 7,975]	<0,001	5,677	[3,565; 9,041]	<0,001
Sempre/NA (nunca quis recusar)	16,3%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
Nos últimos 12 meses teve relações sexuais com cliente sexual?							
Sim	75,0%	10,171	[3,232; 32,012]	<0,001	2,436	[0,581; 10,213]	0,223
Não	22,8%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
Nº de parceiros sexuais ocasionais diferentes com quem teve relações sexuais nos últimos 12 meses							
Nenhum	21,8%	1 (referência)	-----	0,854	1,213	[0,654; 2,248]	0,540
Um	21,0%	0,957	[0,578; 1,584]	0,013	1,933	[1,084; 3,447]	0,026
Mais de um	31,9%	1,683	[1,114; 2,544]				

Prevenção de VIH/IST							
Recebeu preservativos grátis em Portugal nos últimos 12 meses							
Sim	29,1%	1,405	[1,017; 1,939]	0,039	1,286	[0,833; 1,988]	0,257
Não	22,6%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
Data do último teste de VIH							
Últimos 12 meses	31,4%	1,702	[1,105; 2,623]	0,016	1,051	[0,589; 1,876]	0,865
Mais de 1 ano	28,7%	1,501	[1,043; 1,160]	0,029	0,904	[0,545; 1,501]	0,697
Nunca fez ou não sabe se já fez	21,2%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	
Resultado do último teste de VIH							
Positivo	3,5%	2,290	[1,064; 4,928]	0,034	1,444	[0,367; 5,680]	0,599
Negativo ou não sabe	96,5%	1 (referência)	-----		1 (referência)	-----	

IC = Intervalo de confiança; OR = Odds Ratio

5.3 Análise da influência dos fatores relacionados com e experiência de violência estratificada por sexo

Numa análise posterior procurou-se explorar a influência dos fatores na experiência de violência no grupo das mulheres e no grupo dos homens, realizando-se assim uma análise estratificada por sexo (Tabela 6).

Os resultados mostram que alguns fatores de violência reportada são transversais a mulheres e homens.

Quer nas mulheres quer nos homens, os que referem ter sofrido violência são os que mais reportam ter rendimentos insuficientes (mulheres: 84,3% vs. 73,7% das que não sofreram violência; homens: 89,4% vs. 74,5% dos que não reportaram violência). Também ao nível dos comportamentos sexuais, em ambos os sexos as vítimas de violência são quem mais reporta não ter conseguido recusar práticas sexuais sempre que quis (mulheres: 49,4% vs. 15,9% das que não sofreram violência; homens: 45,2% vs. 13,7% dos que não reportaram violência) e ter tido relações sexuais com cliente sexual (mulheres: 7,1% vs. 0,6% das que não sofreram violência; homens: 8,2% vs. 0,9% dos que não reportaram violência). Em ambos os sexos também se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o uso do preservativo e experiência de violência, embora em sentidos contrários: as mulheres vítimas de violência são quem mais reporta nunca ter tido relações sexuais sem preservativo com parceiro ocasional no último ano comparando com as não vítimas (Nunca: 56,0% vs. 20,8% das que não sofreram violência), enquanto que as vítimas do sexo masculino são quem mais reporta ter tido relações desprotegidas (Sempre: 22,0% vs. 17,9% dos que não reportaram violência). Importa referir que também em ambos os sexos se verificou que a escolaridade não está significativamente associada a reporte de violência.

Adicionalmente, verificou-se que nas mulheres o tempo de residência está positivamente associado à experiência de violência (> 20 anos: 37,5% vs. 23,6% das que não sofreram violência), bem como o ter recebido preservativos gratuitos no último ano (Sim: 42,6% vs. 29,0% das que não sofreram violência), e ter tido um ou mais parceiros sexuais ocasionais diferentes no último ano (Um: 12,9% vs. 9,1% das que não sofreram violência; Mais de um: 17,6% vs. 3,4% das que não sofreram violência). Também nas mulheres, as vítimas de violência são quem mais reporta ter tido um resultado positivo no último teste VIH (Positivo: 8,7% vs. 2,3% das que não sofreram violência). Nos homens, verificou-se que o reporte de experiência de violência está significativamente associado à faixa etária dos 26-45 anos (62,4% vs. 35,4% dos que não reportaram violência), ao estatuto de migração irregular ou em processo de

regularização (20,0% vs. 10,5% dos que não reportaram violência), à situação profissional de não empregado (65,9% vs. 51,1% dos que não reportaram violência), e à realização de teste VIH no último ano (21,2% vs. 12,3% dos que não reportaram violência).

Tabela 6 – Análise da associação entre a experiência de violência e os determinantes sociais da saúde estratificada por sexo

	Experiência de violência alguma vez na vida										
	Mulheres					p value	Homens				
	Sim		Não		Sim		Não		p value		
	n	%	n	%		n	%	n		%	
	115	34,6%	217	65,4%		85	18,6%	373	81,4%		
Características sociodemográficas e de contexto de migração											
Idade faixa etária					0,383					<0,001	
≤ 25	24	20,9%	60	27,6%		11	12,9%	105	28,2%		
26 a 45	58	50,4%	103	47,5%		53	62,4%	132	35,4%		
>46	33	28,7%	54	24,8%		21	24,7%	136	36,5%		
Escolaridade					0,938					0,190	
Sem grau académico, sabe ou não ler e escrever	20	17,4%	34	15,7%		4	4,7%	48	12,9%		
Até 9º ano	63	54,8%	118	54,4%		56	65,9%	228	61,1%		
Ensino secundário	25	21,7%	53	24,4%		19	22,4%	77	20,6%		
Ensino superior	7	6,1%	12	5,5%		6	7,1%	20	5,4%		
Situação profissional					0,075					0,003	
Empregado	42	36,5%	106	48,8%		25	29,4%	109	29,2%		
Não empregado	58	50,4%	83	38,2%		56	65,9%	192	51,1%		
Outro	15	13,0%	28	12,9%		4	4,7%	72	19,3%		
Perceção sobre rendimento familiar atual					0,028					0,003	
Insuficiente	97	84,3%	160	73,7%		76	89,4%	278	74,5%		
Suficiente	18	15,7%	57	26,3%		9	10,6%	95	25,5%		
Há quantos anos vive em Portugal					0,003					0,080	
<5	18	16,1%	54	25,9%		9	11,1%	52	14,2%		
5 a 10	11	9,8%	43	20,7%		16	19,8%	72	19,6%		
10 a 20	41	36,6%	62	29,8%		31	38,3%	91	24,8%		
>20	42	37,5%	49	23,6%		25	30,9%	152	41,4%		
Estatuto migratório					0,773					0,015	
Regular	107	93,0%	200	92,2%		68	80,0%	334	89,5%		
Irregular ou em processo de regularização	8	7,0%	17	7,8%		17	20,0%	39	10,5%		
Comportamentos sexuais											
Frequência com que conseguiu recusar práticas sexuais sempre que quis, nos últimos 12 meses					<0,001					<0,001	
Nunca/algumas vezes	42	49,4%	28	15,9%		33	45,2%	44	13,7%		
Sempre/NA (nunca quis recusar)	43	50,6%	148	84,1%		40	54,8%	278	86,3%		
Nos últimos 12 meses teve relações sexuais com cliente sexual					0,002					<0,001	
Sim	6	7,1%	1	0,6%		6	8,2%	3	0,9%		
Não	79	92,9%	175	99,4%		67	91,8%	320	99,1%		
Nº de parceiros sexuais ocasionais diferentes com quem teve relações sexuais os últimos 12 meses					<0,001					0,019	
Nenhum	59	69,4%	154	87,5%		23	31,5%	141	43,8%		

Um	11	12,9%	16	9,1%		14	19,2%	78	24,2%	
Mais de um	15	17,6%	6	3,4%		36	49,3%	103	32,0%	
Frequência de relações sexuais sem preservativo, nos últimos 12 meses, com parceiro regular										
Sempre	44	55,7%	109	64,1%	0,257	23	52,3%	123	48,6%	0,541
Algumas vezes	23	29,1%	46	27,1%		16	36,4%	84	33,2%	
Nunca	12	15,2%	15	8,8%		5	11,4%	46	18,2%	
Frequência de relações sexuais sem preservativo, nos últimos 12 meses, com parceiro ocasional										
Sempre	7	28,0%	10	41,7%	0,035	11	22,0%	32	17,9%	0,013
Algumas vezes	4	16,0%	9	37,5%		25	50,0%	56	31,3%	
Nunca	14	56,0%	5	20,8%		14	28,0%	91	50,8%	
Prevenção VIH/IST										
Recebeu preservativos grátis em Portugal nos últimos 12 meses										
Sim	49	42,6%	63	29,0%	0,013	48	56,5%	173	46,6%	0,102
Não	66	57,4%	154	71,0%		37	43,5%	198	53,4%	
Data do último teste de VIH										
Últimos 12 meses	25	21,7%	48	22,1%	0,569	18	21,2%	46	12,3%	0,014
Mais de 1 ano	52	45,2%	86	39,6%		19	22,4%	90	24,1%	
Nunca fez ou não sabe se já fez	38	33,0%	83	38,2%		48	56,5%	237	63,5%	
Resultado do último teste de VIH										
Positivo	10	8,7%	5	2,3%	0,008	2	2,4%	11	2,9%	0,765
Negativo ou não sabe	105	91,3%	212	97,7%		83	97,6%	362	97,1%	

6. Discussão

O processo de intervenção da Saúde Pública (SP) sobre a violência conta com vários passos e agentes e aborda o problema desde a definição, identificação de riscos e fatores protetores, ao desenvolvimento e teste de estratégias de prevenção e implementação das mesmas.⁶⁵ Para iniciar este processo e também intervir em Saúde de um modo mais abrangente e identificar e apoiar as vítimas é necessário um conhecimento deste fenómeno complexo e diverso que é a violência^{38 21}. Sabemos que um dos aspetos complexos da violência é a dificuldade de identificar as suas vítimas pois fatores como vergonha, medo de represálias e descrédito em que seja fornecida ajuda, podem determinar um subreporte.^{21,65} O presente estudo permitiu obter dados importantes acerca do fenómeno da violência numa população imigrante de origem Subsariana em Portugal.

Os resultados deste estudo revelam uma prevalência de reporte de algum tipo violência na vida de 25,3%. O Centres for Disease Control and Prevention (CDC) apresenta reporte dos Estados Unidos da América (EUA) relativos a violência sexual com contacto físico por 33% das mulheres e 25% dos homens.⁶⁵ Relativamente à Violência por Parceiro a mesma fonte revela que 25% das mulheres e 10% dos homens afirmam tê-la sofrido alguma vez.⁶⁵ Estes são dados de população geral e são semelhantes aos resultados do presente estudo. Outros estudos focados em população de refugiados, requerentes de asilo e migrantes em situação irregular concluem que estes estão em maior risco de sofrer violência face à população geral com reportes de violência psicológica na ordem dos 62% e violência sexual na ordem dos 40%⁶⁷ e 27,6%⁶⁸, 56,6%.⁶⁶ Segundo a OMS, 30% das mulheres no mundo já sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual mesmo que por não parceiro.²⁵ Um inquérito realizado na Europa acerca da violência sobre mulheres revelou que duas em cada cinco mulheres (43%) sofreram alguma forma de violência psicológica por parceiro.⁴⁶ Outro resultado reforçou a sobreposição de formas de violência com 7% das mulheres numa relação afirmando ter sofrido quatro ou mais formas diferentes de violência psicológica.⁴⁶ A mesma fonte reporta que 31 % das mulheres na Europa afirmam ter sofrido um ou mais atos de violência física desde os 15 anos de idade e grande parte delas diferentes tipos de violência física sendo que 22% das mulheres com parceiro atual ou antigo, reportaram ter sofrido violência física e/ou sexual por parceiro desde os 15 anos de idade.⁴⁶ Dados do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) revelam em Portugal uma prevalência de violência sexual alguma vez na vida na população geral e à idade de 18 anos de 9,7%.⁹⁰ Num estudo acerca da experiência

de violência entre imigrantes em Portugal, 15,1% dos entrevistados reportaram ter sido vítima de pelo menos um episódio de qualquer tipo de violência no último ano, ⁴⁰ valor inferior ao encontrado no presente estudo, porém este estudo não limitámos o intervalo de tempo a 12 meses, o que pode conduzir a uma maior reporte.

Quando analisados que fatores associados ao reporte de experiência de violência, verificou-se que idade, sexo, tempo de residência em Portugal, situação profissional, percepção do rendimento, capacidade de recusar práticas sexuais indesejadas e número de parceiros sexuais ocasionais diferentes nos últimos 12 meses impactam no risco de violência conforme revelado na regressão logística multivariada. A análise destes resultados far-se-á seguidamente discutindo a relação da violência com cada fator de forma individual.

No que respeita ao sexo a violência é mais reportada por mulheres (34,6%) do que por homens (18,6%). Os resultados revelam que ser do sexo feminino determina maior probabilidade de ter sido vítima de violência relativamente a ser do sexo masculino. Estes resultados estão de acordo com a literatura²¹, tanto em população geral como em estudos acerca do reporte de violência em populações migrantes, que também relatam maior carga do fenómeno da violência sobre as mulheres.^{40,67,40,58,69} Um estudo acerca da violência reportada por refugiados, requerentes de asilo e migrantes indocumentados num centro de acolhimento europeu revelou que 69,3% (n=230) das pessoas que reportaram violência eram mulheres.⁶⁶ Outros dados colhidos pela Médicos do Mundo junto também de migrantes, requerentes de asilo e refugiados (MAR) em 11 países, revelam um reporte de contactos sexuais indesejados por 37,6% das mulheres e 7,3% dos homens, entre os quais 24,1% das mulheres e 5,4% dos homens reportaram ter sofrido violação propriamente dita.⁶⁸ Outros estudos envolvendo também MAR, sociedade civil e profissionais e decisores políticos envolvidos na temática do acolhimento e asilo afirmam que as mulheres têm maior probabilidade que os homens de ser vítimas de violência sexual.⁶⁷ Em Portugal, na região de Lisboa, um estudo com população migrante revela também maior carga a Violência por Parceiro nos últimos 12 meses entre as mulheres (7,1%) do que entre os homens (0,9%)⁴⁰

A literatura refere que embora as mulheres possam também ter comportamentos violentos em relacionamentos e ser assim perpetradoras, a grande carga associada à violência por parceiro é sofrida por mulheres e perpetrada por homens, assim como a violência sexual.^{21,81} Deste modo, os resultados obtidos no presente estudo estão respaldados pela literatura.

Relativamente à idade, verifica-se que mais de metade (55,5%) das pessoas que reportam violência se encontra na faixa etária “26 a 45” anos. No que respeita a pessoas com mais de 45 anos, não foi encontrada associação estatisticamente significativa com o reporte de violência. Um estudo realizado em Centros de acolhimento na Europa com requerentes de asilo e outros profissionais do centro, revelou que alguns tipos de violência, como abuso, violação e tráfico de pessoas, tendiam a não ser considerados formas de violência em profissionais com mais de 40 anos e conclui uma disparidade entre as conceções de violência consoante a idade.³⁸ Assim, podemos pensar que uma hipótese explicativa de um menor reporte de violência na faixa etária acima dos 45 anos, se deva a que menos comportamentos sejam considerados como violência, diminuindo assim a identificação de fenómenos vividos como violentos.

Outra hipótese explicativa dos resultados deste estudo é a violência ser de facto mais prevalente em pessoas mais jovens. Esta hipótese é reforçada pelo Centre for Disease Control (CDC), que refere que a violência, sob todas as formas, tem uma incidência crescente em pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos.⁶⁵ A mesma fonte afirma que a Violência por Parceiro e a Violência Sexual se concentram nas pessoas mais jovens e que se inicia precocemente (33% das mulheres vítimas de violação foi vitimada entre os 11 e 17 anos e 12,5% com menos de 10 anos, e 25% das vítimas de violação do sexo masculino vivenciou-o entre os 11 e os 17 anos e 10% com menos de 10 anos).⁶⁵ Também um estudo acerca de violência com base no género junto de migrantes indocumentados, refugiados e requerentes de asilo revelou que mais de metade das vítimas tinham menos de 30 anos.⁶⁶ Estes dados trazem mais uma vez o foco sobre as populações mais jovens, em concordância com os resultados do presente estudo.

Relativamente à situação profissional, os resultados revelam que os imigrantes que não se encontram empregados têm maior probabilidade de ter reportado violência, quando comparado com imigrantes em outra situação profissional (e.g. reformados, estudantes, domésticos).

Não trabalhar pode aumentar a vulnerabilidade económica e social caso signifique fragilidade económica. Por um lado, a dependência económica está frequentemente associada a dinâmicas de género, nas quais as mulheres se ocupam mais de trabalhos não remunerados do que os homens, ficando mais dependentes economicamente e expostas a padrões de violência de género e masculinidade.^{21,48} A população em estudo na sua maioria percebe o rendimento como “Insuficiente”, pelo que estar sem trabalhar pode ser um fator de vulnerabilidade importante. Outra possível explicação para a associação entre reporte de violência e não estar a trabalhar é o facto de que

sofrer violência pode trazer consequências de saúde que determinam um maior absentismo, o que por sua vez pode levar ao despedimento.²¹

Os resultados revelam ainda que os imigrantes empregados apresentam maior probabilidade de ter reportado violência em comparação com imigrantes em outra situação profissional. Na discussão deste resultado importa referir as condições em que as populações migrantes trabalham. A literatura descreve que populações migrantes, sobretudo as pessoas em situação irregular, têm muitas vezes contextos laborais com longas jornadas de trabalho e com baixas remunerações.⁷⁶ É frequente que migrantes desconheçam os seus direitos e os recursos disponíveis, e que encontrem maiores dificuldades em encontrar trabalho face à população em geral.⁷⁶ Esta situação de vulnerabilidade pode expor estas populações ao risco de abuso laboral.⁷⁶ No caso dos riscos associados ao local de trabalho, um exemplo apontado na literatura é o de trabalhadoras migrantes que acabam frequentemente a trabalhar como funcionárias domésticas em casas privadas, durante longos períodos de tempo, podendo ficar expostas a situações de potencial abuso psicológico, físico ou até sexual.⁷⁶ Nestes contextos, o isolamento e a falta de rede de suporte social dificultam a deteção da situação e avaliação da sua saúde.⁷⁴ O assédio sexual no local de trabalho, em particular, surge na literatura junto com dinâmicas de diminuição da pessoa migrante e, quando a vítima é mulher, conjugado a dinâmicas de género.⁷⁶ Estas condições de trabalho precárias podem aumentar o risco de sofrer violência e ser em parte explicativas dos resultados do presente estudo.

Relativamente à perceção do rendimento, 86,5% dos participantes que reportam violência percecionam ter rendimento insuficiente. Importa referir que o baixo rendimento foi associado ao reporte de violência em ambos os sexos. É amplamente reconhecido que a pobreza é um fator de risco para a violência.^{21,87} A pobreza aumenta a vulnerabilidade nas condições de vida atuais^{11,19,29,21} aumentando a dependência face a outrem e diminuindo a autonomia.²¹ Em ambientes de maior carência económica a tensão da pobreza pode ser um fator precipitante de problemas, desacordos e fenómenos violentos.²¹ Além destes mecanismos, as vítimas de violência tendem a estar menos empoderadas para construir as suas vidas, devido à experiência de vitimação⁴⁶, sendo mais difícil romper o ciclo de pobreza.²¹ A população migrante em específico, sobretudo quando sobrepostos fatores como menor qualificação laboral, dificuldades linguísticas e fatores relacionados com estigma e discriminação, poderá ter mais dificuldade em encontrar e manter trabalho do que a não migrante.⁷⁶ Neste contexto, o baixo nível económico pode determinar a incapacidade de a vítima evitar ou se proteger de comportamentos de violência tais como o assédio no local de trabalho^{76,21}. Fatores

como a falta de morada estável e as difíceis condições de vida no país de chegada, aumentam a vulnerabilidade e o risco de sofrer violência.³ Também no meio doméstico, a pobreza está associada à violência.²¹ Maiores dificuldades na situação financeira doméstica podem estar na base de conflitos intrafamiliares e podem impossibilitar sair destes conflitos.²¹ Este cenário é frequente na lógica da violência por parceiro íntimo que afeta sobretudo mulheres.²¹

De uma forma geral, a pobreza condiciona as oportunidades na educação e emprego e pode dificultar o processo longo que pode significar abandonar ambientes e dinâmicas de violência.²¹ Nos imigrantes estes fatores podem sobrepor-se uma vez que no país de acolhimento, por desconhecimento dos processos para a sua regularização, as pessoas migrantes podem ver-se envolvidas com traficantes e exploradores laborais, possíveis perpetradores.^{25,40}

Os resultados deste estudo indicam que o reporte de violência aumenta à medida que aumenta o tempo de residência em Portugal. A percentagens de pessoas que afirmam ter sofrido violência é menor nos grupos reportam estar em Portugal há “<5” anos (17,3%) e é maior nos que reportam estar há mais tempo no país (37,3% nos que residem entre “10 e 20” anos e 34,7% nos que residem há “>20” anos. Embora se desconheça se a experiência de violência sucedeu antes, durante ou após o processo migratório, um estudo sobre a violência em imigrantes em Portugal revelou que 15,1% dos entrevistados reportaram ter sido vítima de pelo menos um episódio de violência no último ano.⁴⁰ Este número elevado alerta para a experiência de violência no país de chegada e reforça que a violência é um problema que afeta também os imigrantes a viver em Portugal.⁴⁰ Assim, verifica-se que aos riscos do percurso migratório,¹⁰ se somam os riscos associados a ser migrante no país de acolhimento. Deste modo, faz sentido considerar de forma hipotética que quanto mais tempo a pessoa está no país de chegada, sobretudo as condições em que vive, exista um risco cumulativo de sofrer violência e que quem está no país há mais tempo tenha um maior reporte de violência.

Além de fatores sociodemográficos, os resultados indicam que fatores comportamentais que representam maior risco de ISTs estão associados ao reporte de violência. No total, verifica-se que 47,5% dos participantes que reportam violência afirmou não ter conseguido recusar práticas sexuais indesejadas nos últimos 12 meses, proporção bastante superior comparado com os participantes que reportam nunca ter sofrido violência (14,5%). No estudo não foi recolhida mais informação que permita contextualizar porque a pessoa não pôde recusar práticas sexuais que não quis – e.g. por ter sido coagida, por necessitar de o fazer em troca de bens ou dinheiro (contexto de trabalho sexual), num contexto de relação no qual teve dificuldade em abster-se.

Deste modo importa perceber o que indica a literatura sobre possíveis explicações para a ligação entre não ter podido recusar sexo indesejado e a experiência de violência. Um estudo acerca da relação entre os padrões da masculinidade e a violência contra as mulheres realizado no Gana concluiu que uma sociedade de raiz patriarcal de masculinidade tradicional tende a conceber o homem como quem decide no ambiente doméstico, nomeadamente no que respeita à prática de relações sexuais, bem como a legitimar o uso da força sobre a mulher.⁸⁴ A literatura refere que na dinâmica da violência por um parceiro os abusos e formas de violência tendem a sobrepor-se.²¹ Em relações conjugais heterossexuais e de forma muito conectada com uma dominação masculina face à mulher, o facto de uma mulher não querer ter relações sexuais num determinado momento pode ser inaceitável para o homem.²¹ Esta dominação e controle masculinos estão associados a maior risco de violência.⁸⁵ Um outro estudo junto de mulheres do meio rural no Nepal concluiu que as mulheres que afirmaram ter sofrido violência sexual por parceiro tinham 2,56 vezes menor probabilidade de afirmar sentir-se capazes de recusar contactos sexuais indesejados.⁸⁷ De certa forma, ao longo do processo de migração os imigrantes podem ser expostos a riscos e a potenciais situações de violência sexual, no país de origem, como em trânsito e no país de chegada, onde as condições de vida condicionam também esta vulnerabilidade.³

Relativamente ao número de parceiros sexuais, os resultados revelam um risco aumentado de violência quando a concorrência de parceiros ocasionais é maior. Também de acordo com a literatura existe uma associação entre ter sofrido violência e comportamentos sexuais de maior risco tais como relações sexuais com múltiplos parceiros.^{87,88,89} Os resultados de um estudo revelaram que as mulheres que reportavam ter sofrido violência por um parceiro tinham 2,89 vezes maior probabilidade de reportar múltiplos parceiros sexuais.⁸⁷ Um outro estudo acerca das ligações entre infeção por VIH e a violência realizado com mulheres na África do Sul concluiu que a experiência de violência por parceiro estava fortemente associada a um maior número de parceiros sexuais no último ano.⁸⁹ Deste modo, os resultados do presente estudo estão em concordância com aqueles que têm vindo a ser descritos na literatura. Também em linha com estes resultados e com a associação encontrada entre experiência de violência e envolvimento em trabalho sexual, verificou-se que os imigrantes que reportam ter sofrido violência são quem mais reporta ter recebido preservativos gratuitos e ter realizado o teste VIH, em especial no último ano. Estes resultados podem remeter para contextos específicos de vulnerabilidade, como o trabalho sexual e relações com múltiplos parceiros ocasionais, para as quais têm

existido iniciativas de intervenção para a prevenção e rastreio de IST dirigidas a grupos mais vulneráveis.

Os resultados devem ser interpretados tendo em conta as limitações do estudo.

O facto de se desconhecer a dimensão exata da população imigrante, incluindo em situação irregular, em Portugal impossibilita gerar uma amostra representativa, e portanto, a amostragem utilizada neste estudo limita a generalização dos resultados dificultando calcular uma dimensão de amostra que permita uma generalização dos resultados à comunidade imigrante em Portugal. Também a metodologia de amostragem pode imitar a dita generalização à população imigrante de África Subsariana a residir em Portugal.

Adicionalmente, a temática da violência é sensível, podendo ocorrer um subreporte.²¹ Fatores como a vergonha e receio podem contribuir para que as vítimas não reportem viver ou ter vivido fenómenos de violência.²¹ Neste contexto, a proporção de reporte de violência encontrada neste estudo pode estar subestimada. O facto de, no presente estudo, a colheita de dados ter sido realizada em entrevista interpessoal por um desconhecido pode também eventualmente contribuir para reporte de violência inferior ao real. No entanto, com o treino dos inquiridores procurou-se minimizar este potencial viés.

Por fim, não foi recolhida informação que permita contextualizar a experiência de violência, nomeadamente se ocorreu antes, durante ou depois do processo migratório, em que contextos e se foi pontual ou continuada.

6.1 Implicações para a prática

Os resultados deste estudo têm potenciais implicações para a intervenção e políticas de saúde que contribuam para prevenir e lidar com os efeitos do fenómeno da violência em populações imigrantes, bem como para a investigação.

Este estudo reforça que as mulheres são um grupo particularmente vulnerável à violência também nas populações imigrantes à semelhança da população geral, e que intervir junto desta população é essencial. A literatura descreve o papel de um sistema no qual o género é ainda definidor de papéis que na sua maioria colocam a mulher em situação de fragilidade económica e social.²¹ A violência por parceiro é um exemplo de como as dinâmicas de género podem influenciar a violência e é muito mais prevalente

em mulheres do que entre homens.^{21,40,65} Sem combater esta base, ou seja um sistema onde determinados papéis de gênero são legitimados socialmente⁸⁴, a vitimação de mulheres pode perpetuar-se. Nesta medida, e no contexto da ação da Saúde Pública, políticas que reforcem a igualdade de gênero e protejam as mulheres são enquadramentos amplos e necessários a um processo de mudança. Não obstante, o estudo revela reportes de violência por participantes do sexo masculino o que nos leva a manter esse tema na agenda da Saúde Pública e a reforçar que deve explorar-se a investigação nessa área com população masculina. O CDC⁶⁵ revela prevalências importantes de violência sobre homens, e outros estudos junto de populações migrantes, requerentes de asilo e refugiadas^{66,67} revelam reportes de violência sexual vivida por homens também alarmantes, pelo que seria importante investigar melhor quem são estas vítimas e quais os contextos de violência. Os próprios resultados da associação entre violência e os diferentes fatores quando separados os sexos revelaram que alguns fatores impactam sobre só um grupo. Assim seria interessante explorar melhor cada uma destas populações, pois algumas intervenções contra a violência são diferentes quando dirigidas a homens e mulheres.^{11,46}

Os resultados revelam que ser mais jovem está associado a maior risco de violência e a literatura afirma que a violência entre jovens está a aumentar^{65,66} Estes dados justificam intervenções contra a violência junto da população jovem, nomeadamente imigrante, nas escolas e nos locais de socialização. Projetos deste âmbito já existem, sobretudo de forma independente e é fundamental que sejam apoiados e promovidos ^{120,121, 122} nomeadamente organizações de base comunitária com foco na população jovem e/ou imigrante.

Este estudo vem reforçar que a pobreza é potencial fator de risco para a violência. O ciclo Pobreza-Doença discutido pelo Banco Mundial que apresenta a pobreza como fator de risco para a doença na medida em que dificulta o acesso a cuidados de saúde pagos, a medicamentos, a subsistir na impossibilidade de trabalhar, mas também porque piores condições de vida mais vulneráveis em de habitabilidade por exemplo, podem aumentar a probabilidade de vir a estar doente.⁹¹ Por outro lado estar doente pode influenciar o nível económico pela menor capacidade laboral, produtiva e de acumulação de capital, além de que pode representar maiores gastos monetários em saúde.⁹¹ Faz sentido falar do papel da Violência num eventual ciclo Pobreza – Violência – Doença. Sabe-se que a pobreza é um fator de risco para a violência por criar tensões e conflitos e menor capacidade de autonomia, o que por sua vez pode ter consequências nefastas na saúde.²¹ Também pior saúde determina menos capacidade de gerar e acumular riqueza, devido a absentismo e/ou a piores condições de trabalho e de vida.^{21,91} Ou seja, o

combate à pobreza é fundamental no combate contra a violência e portanto medidas políticas em saúde devem incidir não só sobre a equidade em saúde mas também na resposta aos determinantes sociais de saúde.

A literatura²¹ aponta a importância de redes seguras que possibilitem o reporte de situações de violência. Serviços sociais e de saúde preparados para o efeito, com canais de referência das vítimas.²¹ Este acompanhamento pode reduzir o medo do *disclosure* e permitir em primeiro lugar apoiar as vítimas e em segundo lugar ter um melhor conhecimento do fenómeno.²¹ Neste estudo foi adotada uma metodologia colaborativa com agentes já integrados nas comunidades e no terreno. Esta metodologia possibilitou um melhor acesso aos participantes. A população imigrante incluindo quando em situação irregular pode ser considerada “*hard to reach*”. É importante que procedimentos, profissionais estruturas de saúde estejam preparadas sensibilizadas para trabalhar com imigrantes. Os próprios profissionais de saúde consideram necessária formação específica na prestação de cuidados intercultural⁸² e a literatura aponta a necessidade de formação específica na temática da violência.²¹ Esta abordagem em saúde pressupõe o acesso aos serviços de saúde. Sabemos que em Portugal, a lei prevê que o acesso ao SNS seja universal, ou seja, disponível para qualquer pessoa independentemente do estatuto socioeconómico ou legal, da origem ou qualquer outro critério⁶⁰ e que o acesso a cuidados de saúde é gratuito para grávidas e puérperas, bem como os serviços de Planeamento Familiar⁴². Ainda assim persistem barreiras no acesso aos serviços para imigrantes, sobretudo em situação irregular⁴³. Considerando que grande parte das vítimas de violência serão provavelmente mulheres, pobres, jovens e em idade fértil, é provável que recorram a serviços de saúde sexual e reprodutiva se assim o conseguirem. É importante valorizar o papel que os serviços de saúde podem ter na identificação de situações de violência e trabalhar para que barreiras burocráticas não coloquem em causa uma prioridade da Saúde Pública. Fatores como ter estatuto de migração irregular,⁴² desconhecimento dos canais de acesso⁴², não inscrição no Serviço Nacional de Saúde, não atribuição de número do Serviço Nacional de Saúde¹²³, falta de documentação necessária a estes procedimentos formais ou a incapacidade económica¹²⁴ não devem limitar o acesso de cidadãos aos serviços de saúde e vice-versa.

7. Conclusão

O presente estudo permitiu identificar uma proporção de reporte de experiência de violência alguma vez na vida de 25,3%. Permitiu ainda identificar que os determinantes sociais da saúde relacionados com maior risco de reportar experiência de violência alguma vez foram ser mulher, ter idade compreendida entre os 26 e os 45 anos, viver em Portugal há entre 10 e 20 anos, estar desempregado, estar empregado, percecionar os rendimentos familiares como insuficientes, não ter conseguido recusar práticas sexuais que não quis nos últimos 12 meses e ter mais de um parceiro sexual ocasional diferente nesse período.

Adicionalmente procurando explorar a influência dos fatores na experiência de violência no grupo das mulheres e no grupo dos homens, a análise estratificada por sexo revelou que alguns fatores de violência reportada são transversais a ambos os sexos. Tanto nas mulheres como nos homens são as vítimas de violência que mais reporta percecionar o rendimento familiar como insuficiente, não ter conseguido recusar práticas sexuais sempre que quis e ter tido relações sexuais com cliente sexual nos últimos 12 meses.

Adicionalmente entre as mulheres verificou-se que o tempo de residência no país, ter recebido preservativos gratuitamente nos últimos 12 meses, ter tido mais de um parceiro sexual ocasional diferente nos últimos 12 meses e reportar último resultado de teste de VIH positivo está positivamente associado à experiência de violência. Entre os homens, verificou-se que o reporte de experiência de violência está significativamente associado à faixa etária dos 26-45 anos, ao estatuto de migração irregular ou em processo de regularização, à situação profissional de não empregado e à realização do último teste de VIH no último ano.

No contexto português e tendo em conta que é um país com importante papel na chegada de imigrantes, este estudo vem realçar a necessidade de maior compreensão do fenómeno da violência na população imigrante por forma a dar resposta às suas necessidades entre as quais em saúde. Salienta-se a importância de analisar separadamente a população por sexo uma vez que alguns fatores relacionados com a experiência de violência parecem ter impacto diferente em mulheres e homens. Outro contributo deste estudo é corroborar a literatura que afirma que a população imigrante é uma população com risco de violência em ambos os sexos, porém com uma aparente carga superior sobre as mulheres.

O presente estudo demonstra a importância da proximidade dos serviços sociais e de saúde junto de populações imigrantes jovens, nomeadamente mulheres. Considerando

que a população vítima de violência reportou maioritariamente considerar o seu rendimento como insuficiente e estar desempregada importa avaliar a gratuitidade de todos os serviços envolvidos desde a prevenção da violência até ao acompanhamento e tratamento das vítimas. Este estudo veio ainda salientar o quão importante é a proximidade com os imigrantes nomeadamente com estatuto irregular ou em processo de regularização. Esta população vive um afastamento dos serviços por barreiras nomeadamente burocráticas (i. e. não ter inscrição no serviço Nacional de Saúde, desconhecimento dos procedimentos específicos) que deve ser ultrapassado.

8. Referências bibliográficas

1. International Organization for Migrations (IOM), [Internet] Key Migration Terms [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>.
2. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [Internet], Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo, 2020 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2020.pdf>.
3. World Health Organization [Internet]. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region, 2018 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. European Centre for Disease Prevention and Control [internet] Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-screening-and-vaccination-infectious-diseases-newly>.
5. International Labour Office [Internet] Promoting a Rights-based Approach to Migration, Health, and HIV and AIDS: A Framework for Action; Geneva: ILO, 2016 [cited 2021 Jul 10]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_605763.pdf
6. Oram S. Sexual violence and mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 10]; 28, 592–593. doi.org/10.1017/S2045796019000106. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/sexual-violence-and-mental-health/B4CCAE87309F7E1A25231C5FEC78E698> .
7. Satyanarayana VA, Chandra PS, Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 18]. Sep;28(5):350-6. doi: 10.1097/YCO.000000000000182. PMID: 26181668. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26181668/>

8. Belanteri RA, Hinderaker SG, Wilkinson E, Episkopou M, Timire C, De Plecker E, Mabhala M, Takarinda KC, Van den Bergh R. Sexual violence against migrants and asylum seekers. The experience of the MSF clinic on Lesbos Island, Greece. *PLoS One*. 2020 [cited 2021 Jul 10]. Sep 17;15(9):e0239187. doi: 10.1371/journal.pone.0239187. PMID: 32941533; PMCID: PMC7498098. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239187> .
9. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. Report on the health status of newly arrived migrants and refugees in EU/EEA Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020 [cited 2021 Jul 18] ISBN 978-92-9478-536-7 doi: 10.2818/164443 EB-01-20-272-EN-N. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/healthstatus_newlyarrivedmigrantsrefugees_en.pdf .
10. De Schrijver, L., Vander Beken, T., Krahé, B., & Keygnaert, I. Prevalence of Sexual Violence in Migrants, Applicants for International Protection, and Refugees in Europe: A Critical Interpretive Synthesis of the Evidence. *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 18]. 15(9), 1979. doi.org/10.3390/ijerph15091979 Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/9/1979> .
11. World Health Organization [Internet] Global status report on violence prevention, 2014 [cited 2021 Jul 18] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>.
12. Casey, S.E.; Larsen, M.M.; McGinn, T.; Sartie, M.; Dauda, M.; Lahai, P. Changes in HIV/AIDS/STI knowledge, attitudes, and behaviours among the youth in Port Loko, Sierra Leone. *Glob. Public Health* [Internet] 2006 [cited 2021 Jul 18]. 1, 249–263. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19153910/> .
13. Feseha, G.; Gerbaba, M. Intimate partner physical violence among women in Shimelba refugee camp, northern Ethiopia. *BMC Public Health* [Internet] 2012 [cited 2021 Jul 18]. 12, 125. doi.org/10.1186/1471-2458 Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-125#citeas> .
14. Harrison, K.M.; Claass, J.; Spiegel, P.B.; Bamaturaki, J.; Patterson, N.; Muyonga, M.; Tatwebwa, L. HIV behavioural surveillance among refugees and surrounding

- host communities in Uganda, 2006. *Afr. J. AIDS Res.* [Internet] 2009 [cited 2021 Jul 21]. 8, 29–41 10.2989/AJAR.2009.8.1.4.717 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25864474/> .
15. Bronsino M, Castagneri C, Spinazzola M, Pepe RR, Sacerdote C, Ricceri F. "Journey of hope": a study on sexual gender-based violence reported by asylum-seeking women during their journey to Europe. *Epidemiol Prev.* [Internet] 2020 [cited 2021 Jul 21] Sep-Dec;44(5-6 Suppl 1):102-106. English. doi: 10.19191/EP20-5-6.S1.P102.079. PMID: 33415952 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33415952/> .
16. World Health Organization. [Internet] Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [cited 2021 Jul 21]. ISBN 978 92 4 156462 5. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625> .
17. World Health Organization [Internet] Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021[cited 2021 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256> .
18. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: WHO; [Internet] 2019 [cited 2021 Jul 21]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331535/9789240001411-eng.pdf?ua=1> .
19. Dias S, Gama A, Tavares AM, Reigado V, Simões D, Carreiras E, Mora C, Pinto Ferreira A. Are Opportunities Being Missed? Burden of HIV, STI and TB, and Unawareness of HIV among African Migrants. *Int J Environ Res Public Health.* [Internet] 2019 [cited 2021 Jul 21] Jul 30;16(15):2710. doi: 10.3390/ijerph16152710. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31366010/> .

20. World Health Organization (WHO), Violence against women prevalence estimates, 2018, WHO African Region fact sheet. [Internet] 2018 [cited 2021 Jul 21] Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341591/WHO-SRH-21.7-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .
21. Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization. [Internet] 2002 [cited 2021 Jul 21] ISBN 92 4 154561 5. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf .
22. FORTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY GENEVA, 20-25 MAY 1996 WHA49.25 Prevention of violence: a public health priority [Internet] 1996 [cited 2021 Jul 21] Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf .
23. World Health Organization, Violence prevention alliance, Approach. [Internet] [cited 2021 Jul 21] Available from: <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>.
24. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Sexual and gender-based violence against refugees, Returnees and internally displaced persons - guidelines for prevention and response. [Internet] 2003 [cited 2021 Jul 21] Available from: <https://www.unhcr.org/protection/women/3f696bcc4/sexual-gender-based-violence-against-refugees-returnees-internally-displaced.html> .
25. World Health Organization (WHO), Violence against women, Key facts. [Internet] 2001 [cited 2021 Jul 21] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> .
26. International Organization for Migrations (IOM), MIGRANTS AND THEIR VULNERABILITY TO HUMAN TRAFFICKING MODERN SLAVERY AND FORCED LABOUR. [Internet] 2019 [cited 2021 Jul 21] Available from: https://publications.iom.int/system/files/pdf/migrants_and_their_vulnerability.pdf .
27. World Health Organization (WHO), Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections Intimate Partner Violence and HIV/AIDS Information Bulletin Series, Number 1 [Internet] 2004 [cited 2021 Jul 21] Available from: https://data.unaids.org/gcwa/gcwa_fs_vaw2_who_01may05_en.pdf .

28. Direção Geral da Saúde (DGS), Instituto Ricardo Jorge (INSA), Infecção VIH e SIDA em Portugal – 2020. [Internet] 2020 [cited 2021 Jul 22] 978-989-8794-76-5. Available from: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7243> .
29. Setayesh Rahmanipour, Shannon Kumar & Rachel Simon-Kumar, Underreporting sexual violence among 'ethnic' migrant women: perspectives from Aotearoa/New Zealand, *Culture, Health & Sexuality*. [Internet] 2019 [cited 2021 Jul 22] DOI: 10.1080/13691058.2018.1519120. Available from: https://www.researchgate.net/publication/330099112_Underreporting_sexual_violence_among_'ethnic'_migrant_women_perspectives_from_AotearoaNew_Zealand .
30. Mthembu, J., Mabaso, M., Reis, S. *et al.* Prevalence and factors associated with intimate partner violence among the adolescent girls and young women in South Africa: findings the 2017 population based cross-sectional survey. *BMC Public Health* [Internet] 2021 [cited 2021 Jul 22] **21**, 1160 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11183-z> Available from: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11183-z> .
31. World Health Organization (WHO), GLOBAL PLAN OF ACTION to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. [Internet] 2016 [cited 2021 Jul 22] ISBN 978 92 4 151153 7. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1> .
32. World Health Organization (WHO), Violence Info, Home [Internet] 2017 [cited 2021 Jul 22] Available from: <https://apps.who.int/violence-info/> .
33. Chynoweth SK, Buscher D, Martin S, Zwi AB. Characteristics and Impacts of Sexual Violence Against Men and Boys in Conflict and Displacement: A Multicountry Exploratory Study. *Journal of Interpersonal Violence*. [Internet] 2020 [cited 2021 Jul 22] doi:10.1177/0886260520967132. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33118459/> .
34. Kuehne A, van Boetzelaer E, Alfani P, et al. Health of migrants, refugees and asylum seekers in detention in Tripoli, Libya, 2018-2019: Retrospective analysis of routine medical programme data. *PLoS One*. [Internet] 2021 [cited 2021 Jul 22] 16(6):

- e0252460. doi:10.1371/journal.pone.0252460 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8177456/> .
35. Decker MR, Wilcox HC, Holliday CN, Webster DW. An Integrated Public Health Approach to Interpersonal Violence and Suicide Prevention and Response. *Public Health Rep.* [Internet] 2018 [cited 2021 Sep 20] 133(1_suppl):65S-79S. doi: 10.1177/0033354918800019. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30426878/> .
36. Koschollek C, Kuehne A, Müllerschön J, et al. Knowledge, information needs and behavior regarding HIV and sexually transmitted infections among migrants from sub-Saharan Africa living in Germany: Results of a participatory health research survey. *PLoS One.* [Internet] 2020 [cited 2021 Jul 22] 15(1):e0227178. doi:10.1371/journal.pone.0227178. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6984683/> .
37. Organização das Nações Unidas (ONU), Guia sobre Desenvolvimento Sustentável, 17 OBJETIVOS PARA TRANSFORMAR O NOSSO MUNDO [Internet] 2018 [cited 2021 Jul 22] Available from: https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf
38. Oliveira C, Oliveira Martins MDR, Dias S, Keygnaert I. Conceptualizing sexual and gender-based violence in European asylum reception centers. *Arch Public Health.* [Internet] 2019 [cited 2021 Jul 22] 77:27. doi: 10.1186/s13690-019-0351-3. Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-019-0351-3> .
39. Krug EG, Mercy JÁ, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet.* [Internet] 2002 [cited 2021 Jul 22] 10.1016/S0140-6736(02)11133-0. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12384003/> .
40. Dias S, Fraga S, Barros H. Interpersonal violence among immigrants in Portugal. *Journal of Immigrant and Minority Health.* [Internet] 2013 [cited 2021 Jul 22] (1):119-124. DOI: 10.1007/s10903-012-9644-0. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22618354/> .
41. Basile, K.C., DeGue, S., Jones, K., Freire, K., Dills, J., Smith, S.G., Raiford, J.L. STOP SV: A Technical Package to Prevent Sexual Violence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and

- Prevention. [Internet] 2016 [cited 2021 Jul 23] Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv-prevention-technical-package.pdf> .
42. Dias S, Gama A, Cortes M, de Sousa B. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health Soc Care Community*. [Internet] 2011 [cited 2021 Jul 23] (5):514-21. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.00996.x. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21585582/> .
43. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res*. [Internet] 2008 [cited 2021 Jul 23] 8:207. doi: 10.1186/1472-6963-8-207. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18840290/> .
44. Sónia Dias, Ana Gama, Patrícia Abrantes, Isabel Gomes, Miguel Fonseca, Vera Reigado, Daniel Simões, Emília Carreiras, Cristina Mora, Andreia Pinto Ferreira, Onome Akpogheneta & Maria O. Martins. Patterns of Sexual Risk Behavior, HIV Infection, and Use of Health Services Among Sub-Saharan African Migrants in Portugal, *The Journal of Sex Research* [Internet] 2020 [cited 2021 Jul 23] 57:7, 906-913, DOI: 10.1080/00224499.2019.1601154 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31002270/> .
45. Dias S, Gama A, Loos J, Roxo L, Simões D, Nöstlinger C. The role of mobility in sexual risk behaviour and HIV acquisition among sub-Saharan African migrants residing in two European cities. *PLoS One*. [Internet] 2020 [cites 2021 Jul 23] 15(2):e0228584. doi: 10.1371/journal.pone.0228584. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228584> .
46. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), *Violence against Women: An Eu-Wide Survey*; Publications Office of the European Union: Luxemburg. [Internet] 2014 [cited 2021 Jul 23] doi:10.2811/60683. Available from: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_en.pdf .
47. Molyneaux R, Gibbs L, Bryant RA, Humphreys C, Hegarty K, Kellett C, Gallagher HC, Block K, Harms L, Richardson JF, Alkemade N, Forbes D. Interpersonal violence and mental health outcomes following disaster. *BJPsych Open*. [Internet] 2019 [cited 2021 Jul 23] 6(1):e1. doi: 10.1192/bjo.2019.82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31796146/> .

48. Gama A, Pedro A, R, de Carvalho M, J, L, Guerreiro A, E, Duarte V, Quintas J, Matias A, Keygnaert I, Dias S: Domestic Violence during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Port J Public Health [Internet]* 2020 [cited Jul 27] 38(suppl 1):32-40. doi: 10.1159/000514341. Available from: <https://www.karger.com/Article/Abstract/514341#> .
49. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS*. [Internet] 2016 [cited 2021 Jul 27] 30(4):645-656. doi:10.1097/QAD.0000000000000957. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732006/> .
50. International Organization for Migrations (IOM), About Migration [Internet] 2021 [cited 2021 Jul 28]. Available from: <https://www.iom.int/about-migration>
51. Nørredam M. Migration and health: exploring the role of migrant status through register-based studies. *Dan Med J*. [Internet] 2015 [cited 2021 Jul 27] 62(4): B5068. PMID: 25872539. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25872539/> .
52. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), Estatísticas APAV Relatório anual 2020. [Internet] 2020 [cited 2021 Aug 15] Available from: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf .
53. World Health Organization (WHO), Sexually transmitted infections (STIs), Key Facts. [Internet] 2019 [cited 2021 Aug 15] Available from: [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)) .
54. Muhib FB, Lin LS, Stueve A, Miller RL, Ford WL, Johnson WD, Smith PJ; Community Intervention Trial for Youth Study Team. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations. *Public Health Rep*. [Internet] 2001 [cited 2021 Aug 15] 116 Suppl 1(Suppl 1):216-22. doi: 10.1093/phr/116.S1.216. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11889287/> .
55. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2014 [Internet] 2015 [cited 2021 Aug 15] Available from: https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf .
56. Constituição da República Portuguesa (CRP), artigo 64º (Saúde) in Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 [Internet] 2021 [cited 2021 Aug 15]

Available from: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775> .

57. Seña AC, Hsu KK, Kellogg N, Girardet R, Christian CW, Linden J, Griffith W, Marchant A, Jenny C, Hammerschlag MR. Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis*. [Internet] 2015 [cited 2021 Aug 15] 61 Suppl 8:S856-64. doi: 10.1093/cid/civ786. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26602623/> .
58. Lori H, Ellsberg M, Ending violence against women [Internet] 1999 [cited 2021 Aug 15] Available from: https://www.researchgate.net/publication/306257623_Ending_violence_against_women .
59. Castagna P, Ricciardelli R, Piazza F, Mattutino G, Pattarino B, Canavese A, Gino S. Violence against African migrant women living in Turin: clinical and forensic evaluation. *Int J Legal Med*. [Internet] 2018 [cited 2021 Aug 15] 132(4):1197-1204. doi: 10.1007/s00414-017-1769-1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29308532/>
60. Rocha, M.; Meireles, P.; Freitas, R. Manual de Procedimentos: Programa de Rastreio Integrado Tetravalente. Lisboa: Grupo de Ativistas em Tratamentos [Internet] 2021 [cited 2021 Sep 20] https://www.redederastreio.pt/public/uploads/publicacoes/Manual_Procedimentos_2021.pdf .
61. Arsenijević, J., Schillberg, E., Ponthieu, A. *et al*. A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Confl Health* **11**, 6 [Internet] 2017 [cited 2021 Aug 15] <https://doi.org/10.1186/s13031-017-0107-z>. Available from: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-017-0107-z#citeas> .
62. Keygnaert I, Guieu A. What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. *Reprod Health Matters*. [Internet] 2015 [cited 2021 Aug 15] 23(46):45-55. doi: 10.1016/j.rhm.2015.11.002. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26718996/> .

63. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC. Gender violence, poverty and HIV infection risk among persons engaged in the sex industry: cross-national analysis of the political economy of sex markets in 30 European and Central Asian countries. *HIV Med.* [Internet] 2017 [cited 2021 Aug 15] 18(10):748-755. doi: 10.1111/hiv.12520. Available from:
64. Steele S, Taylor V, Vannoni M, Hernandez-Salazar E, McKee M, Amato-Gauci A, Stuckler D, Semenza J. Self-reported access to health care, communicable diseases, violence and perception of legal status among online transgender identifying sex workers in the UK. *Public Health.* [Internet] 2020 [cited 2021 Aug 15] 186:12-16. doi: 10.1016/j.puhe.2020.05.066. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32736308/>.
65. Centre for Disease Control and Prevention (CDC), Violence Prevention, Intimate Partner Violence [Internet] 2021 [cited 2021 Aug 15] Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/fastfact.html> .
66. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex.* [Internet] 2012 [cited 2021 Aug 15] 14(5):505-520. doi:10.1080/13691058.2012.671961. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379780/> .
67. Keygnaert I, Dias S, Degomme O, Devillé W, Kennedy P, Kováts A et al., Sexual and gender-based violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile?, *European Journal of Public Health*, Volume 25, Issue 1 [Internet] 2015 [cited 2021 Aug 15] 90–96, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku066>. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/1/90/497997> .
68. Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Vuillermoz C. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. Paris: Doctors of the World - Médecins du monde international network. [Internet] 2015 [cited 2021 Aug 15] Available from: <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/05/mdm-intl-network-full-report-11-countries-18th-may-2015.pdf> .

69. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall MW. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy. *Am J Public Health*. [Internet] 2009 [cited 2021 Aug 20] 99(4):659-665. doi:10.2105/AJPH.2007.129858. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661482/> .
70. Beyrer C, Crago AL, Bekker LG, Butler J, Shannon K, Kerrigan D, Decker MR, Baral SD, Poteat T, Wirtz AL, Weir BW, Barré-Sinoussi F, Kazatchkine M, Sidibé M, Dehne KL, Boily MC, Strathdee SA. An action agenda for HIV and sex workers. *Lancet*. [Internet] 2015 [cited Aug 15] 385(9964):287-301. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60933-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25059950/> .
71. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, The World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva. [Internet] 2013 [cited 2021 Aug 15] 20-39. Available from: https://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/swit_chpt2.pdf .
72. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, Reza-Paul S, Lau J, Deering K, Pickles MR, Boily MC. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. [Internet] 2015 [cited 2021 Aug 15] 385(9962):55-71. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60931-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25059947/> .
73. Magalhães RLB, Sousa LRM, Gir E, Galvão MTG, Oliveira VMC, Reis RK. Factors associated to inconsistent condom use among sex workers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2019 [cited 2021 Aug 15] 27:e3226. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KNTsvgZgmF8ZdtDtVXcD3Ss/?format=pdf&lang=es> .
74. Chaiyanukij C. Violence against women migrant workers in Thailand. *J Med Assoc Thai*. [Internet] 2004 [cited 2021 Sep 20] 87 Suppl 3:S223-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21218599/>.
75. Hall, B.J., Garabiles, M.R. & Latkin, C.A. Work life, relationship, and policy determinants of health and well-being among Filipino domestic Workers in China: a qualitative study. *BMC Public Health* **19**, 229 [Internet] 2019 [cited 2021 Sep 20] <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6552-4>. Available from:

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6552-4#citeas> .

76. Ghaddar A, Khandaqji S, Ghattas J. Justifying abuse of women migrant domestic workers in Lebanon: the opinion of recruitment agencies. *Gac Sanit.* [Internet] 2020 [cited 2021 Sep 20] 34(5):493-499. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.11.001. Available from: <https://www.scielosp.org/article/gaceta/2020.v34n5/493-499/> .
77. Rodríguez-Martínez P, Cuenca-Piqueras C. Interactions Between Direct and Structural Violence in Sexual Harassment Against Spanish and Unauthorized Migrant Women. *Arch Sex Behav.* [Internet] 2019 [cited Oct 11] 48(2):577-588. doi: 10.1007/s10508-018-1265-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291600/> .
78. Alarcón JSR, Perico MF. El impacto de la pobreza y la violencia en la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en El Salvador [The impact of poverty and violence against women's reproductive health and rights in El Salvador]. *Cad Saude Publica.* [Internet] 2020 [cited 2021 Sep 20] 36Suppl 1(Suppl 1):e00039119. Spanish. doi: 10.1590/0102-311X00039119. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LfCFfd3JSt5f3JLQH3Sg7sf/?lang=es> .
79. Direção Geral da Saúde (DGS), Temas da Saúde, Prevenção da Infeção por VIH, Como posso ter acesso gratuito a preservativos? [Internet] 2021 [cited 2021 Sep 20] available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vih/prevencao-da-infecao-por-vih/#sec-3> .
80. Gama A, Fraga S, Dias S. Impact of socio-demographic factors on HIV testing among African immigrants in Portugal. *J Immigr Minor Health.* [Internet] 2010 [cited 2021 Sep 20] 12(6):841-6. doi: 10.1007/s10903-010-9324-x. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20157850/> .
81. World Health Organization (WHO), Women's Health and Development, Violence against women A priority health issue, [Internet] 1997 [cited 2021 Sep 20] Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63553/WHO_FRH_WHD_97.8.pdf .
82. Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health--a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health.* [Internet] 2007 [cited 2021 Sep 20] 33(2):96-104. doi: 10.5271/sjweh.1112. Erratum in: *Scand J Work*

Environ Health. 2007 Jun;33(3):240. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17460797/> .

83. Jureidini R. Trafficking and contract migrant workers in the Middle East. *Int Migr.* [Internet] 2010 [cites 2021 Sep 20] 48(4):142-63. doi: 10.1111/j.1468-2435.2010.00614.x. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20645473/> .
84. Sikweyiya Y, Addo-Lartey AA, Alangea DO, Dako-Gyeke P, Chirwa ED, Coker-Appiah D, Adanu RMK, Jewkes R. Patriarchy and gender-inequitable attitudes as drivers of intimate partner violence against women in the central region of Ghana. *BMC Public Health.* [Internet] 2020 [cites 2021 Sep 20] 20(1):682. doi: 10.1186/s12889-020-08825-z. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20645473/> .
85. Tun T, Ostergren PO. Spousal violence against women and its association with sociodemographic factors and husbands' controlling behaviour: the findings of Myanmar Demographic and Health Survey (2015-2016). *Glob Health Action.* [Internet] 2020 [cited 2021 Sep 20] 13(1):1844975. doi: 10.1080/16549716.2020.1844975. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33215577/> .
86. Zembe YZ, Townsend L, Thorson A, Silberschmidt M, Ekstrom AM. Intimate Partner Violence, Relationship Power Inequity and the Role of Sexual and Social Risk Factors in the Production of Violence among Young Women Who Have Multiple Sexual Partners in a Peri-Urban Setting in South Africa. *PLoS One.* [Internet] 2015 [cited 2021 Sep 20] 10(11):e0139430. doi: 10.1371/journal.pone.0139430. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26599394/> .
87. Shrestha R, Copenhaver MM. Association Between Intimate Partner Violence Against Women and HIV-Risk Behaviors: Findings From the Nepal Demographic Health Survey. *Violence Against Women.* [Internet] 2016 [cited 2021 Sep 20] 22(13):1621-1641. doi: 10.1177/1077801216628690. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26912296/> .
88. Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *Am J Reprod Immunol.* [Internet] 2013 [cited 2021 Sep 20] 69 Suppl 1:20-6. doi: 10.1111/aji.12039. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23216606/> .

89. Jewkes R, Dunkle K, Nduna M, Levin J, Jama N, Khuzwayo N, Koss M, Puren A, Duvvury N. Factors associated with HIV sero-status in young rural South African women: connections between intimate partner violence and HIV. *Int J Epidemiol*. [Internet] 2006 [cited 2021 Sep 20] 35(6):1461-8. doi: 10.1093/ije/dyl218. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17008362/> .
90. Institute for Health and Metrics and Evaluation, Health related SDG's – Viz Hub Portugal [Internet] 2017 [cited 2021 Sep 20] Available from: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>
91. The World Bank, Poverty and Health. [Internet] 2014 [cited 2021 Sep 20] Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/poverty-health> .
92. Mittal M, Senn TE, Carey MP. Mediators of the relation between partner violence and sexual risk behavior among women attending a sexually transmitted disease clinic. *Sex Transm Dis*. [Internet] 2011 [cited 2021 Sep 20] 38(6):510-515. doi:10.1097/OLQ.0b013e318207f59b. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106110/> .
93. Sabri, B., Wirtz, A.L., Ssekasanvu, J. *et al*. Intimate partner violence, HIV and sexually transmitted infections in fishing, trading and agrarian communities in Rakai, Uganda. *BMC Public Health* **19**, 594. [Internet] 2019 [cited 2021 Sep 27] <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6909-8>. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6909-8#citeas>
94. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Condoms and STDs: Fact Sheet for Public Health Personnel [Internet] 2021 [cited 2021 Sep 27] Available from: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.html> .
95. Beksinska M, Wong R, Smit J. Male and female condoms: Their key role in pregnancy and STI/HIV prevention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. [Internet] 2020 [cited 2021 Sep 27] 66:55-67. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.12.001. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32007451/> .
96. Mitchell J, Wight M, Van Heerden A, RoCHAT TJ. Intimate partner violence, HIV, and mental health: a triple epidemic of global proportions. *Int Rev Psychiatry*. [Internet]

- 2016 [cited 2021 Sep 27] 28(5):452-463. doi: 10.1080/09540261.2016.1217829. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27599188/> .
97. Peragallo N, Gonzalez-Guarda RM, McCabe BE, Cianelli R. The efficacy of an HIV risk reduction intervention for Hispanic women. *AIDS Behav.* [Internet] 2012 [cited 2021 Sep 27] 16(5):1316-1326. doi:10.1007/s10461-011-0052-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3528343/> .
98. World Health Organization, Violence prevention the evidence, Series of briefings on violence prevention. [Internet] 2010 [cited 2021 Sep 27] Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y .
99. World Health Organization [Internet] Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women, Geneva [Internet] 2021 [cited 2021 Jul 18] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256> .
100. Koenig MA, Zablotska I, Lutalo T, Nalugoda F, Wagman J, Gray R. Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda. *Int Fam Plan Perspect.* [Internet] 2004 [cited 2021 Sep 27] 30(4):156-63. doi: 10.1363/3015604. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15590381/> .
101. Baigorria, J, Warmling, D, Neves, C, Delziovo, C y Berger Salema Coelho, E. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Medicina Instituto de Salud Pública, *Rev. salud pública* vol.19 no.6 [Internet] 2017 [cited 2021 Sep 27] <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n6.65499>. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000600818
102. Williams MJ, Grimley DM. Depressive symptoms and interpersonal victimization among African American women attending an urban STD clinic. *Womens Health Issues.* [Internet] 2008 [cited 2021 Sep 27] 18(5):375-80. doi: 10.1016/j.whi.2008.06.004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18774455/> .

103. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. [Internet] 2007 [cited 2021 Sep 27] 8(2):149-77. doi: 10.1177/1524838007301162. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17545572/> .
104. International Organization for Migrations (IOM), What makes migrants vulnerable to gender-based violence? [Internet] 2016 [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://rosanjose.iom.int/site/en/blog/what-makes-migrants-vulnerable-gender-based-violence> .
105. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). EXECUTIVE SUMMARY Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. [Internet] 2014 [cited 2021 Oct 03]. doi:10.2900/29734. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations-summary.pdf> .
106. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerg Themes Epidemiol*. [Internet] 2006 [cited 2021 Oct 03] 3:3. doi: 10.1186/1742-7622-3-3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16674820/> .
107. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med*. [Internet] 2011 [cited 2021 Oct 03] 8(5):e1001034. doi:10.1371/journal.pmed.1001034. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101201/> .
108. OLIVEIRA C. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2020. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 5) [Internet] 2020 [cited 2021 Oct 03] Available from: <https://www.om.acm.gov.pt/publicacoes-om/colecao-imigracao-em-numeros/relatorios-anuais> .
109. Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *Am J Reprod Immunol*. [Internet] 2013 [cited 2021 Oct 03]. 69 Suppl 1:20-6. doi: 10.1111/aji.12039. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23216606/> .

110. Centre for Disease Control and Prevention (CDC). HIV and Hispanic/Latino People. [Internet] 2010 [cited 2021 Oct 03] Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/group/raciaethnic/hispanic-latino/index.html> .
111. Shedlin MG, Decena CU, Oliver-Velez D. Initial acculturation and HIV risk among new Hispanic immigrants. *J Natl Med Assoc.* [Internet] 2005 [cited 2021 Oct 03] 97(7 Suppl):32S-37S. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640649/>
112. Cianelli R, Ferrer L, McElmurry BJ. HIV prevention and low-income Chilean women: machismo, marianismo and HIV misconceptions. *Cult Health Sex.* [Internet] 2008 [cited 2021 Oct 03]. 10(3):297-306. doi: 10.1080/13691050701861439. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18432428/> .
113. Nkulu-Kalengayi FK, Jonzon R, Deogan C, Hurtig AK. Evidence and gaps in the literature on HIV/STI prevention interventions targeting migrants in receiving countries: a scoping review. *Glob Health Action.* [Internet] 2021 [cited 2021 Oct 03]. 14(1):1962039. doi:10.1080/16549716.2021.1962039. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8381899/> .
114. Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS), THE GAP REPORT, 04 Migrants, Geneva. [Internet] 2014 [cited 2021 Oct 03]. 156–169. Available from: https://unaidstest.unaids.org/sites/default/files/unaidstest/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf .
115. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) Migrant health: sexual transmission of HIV within migrant groups in the EU/EEA and implications for effective interventions. Stockholm. [Internet] 2013 [cited 2021 Oct 03] Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/migrant-health-sexual-transmission-hiv-within-migrant-groups-eueea-and>.
116. Augsburger M, Basler K, Maercker A. Is there a female cycle of violence after exposure to childhood maltreatment? A meta-analysis. *Psychol Med.* [Internet] 2019 [cited 2021 Oct 03] 49(11):1776-1786. doi: 10.1017/S0033291719000680. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30994081/> .

117. Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia' [Neurobiology of child abuse: the 'cycle of violence']. Rev Neurol. [Internet] 2011 [cited 2021 Oct 03] 52:489-503, doi: <https://doi.org/10.33588/rn.5208.2009256>. Available from: <https://www.neurologia.com/articulo/2009256> .
118. Glasser M, Kolvin I, Campbell D, Glasser A, Leitch I, Farrelly S. Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. Br J Psychiatry. [Internet] 2001 [cited 2021 Oct 03] 179:482-94; discussion 495-7. doi: 10.1192/bjp.179.6.482. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11731348/> .
119. Herrenkohl TI, Fedina L, Roberto KA, Raquet KL, Hu RX, Rousson AN, Mason WA. Child Maltreatment, Youth Violence, Intimate Partner Violence, and Elder Mistreatment: A Review and Theoretical Analysis of Research on Violence Across the Life Course. Trauma Violence Abuse. [Internet] 2020 [cited 2021 Oct 03] 1524838020939119. doi: 10.1177/1524838020939119. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32723166/> .
120. Sexism Free Night. [Internet] 2020-2021 [cited 2021 Oct 03]. Available from: <https://sexismfreenight.eu/> .
121. Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT). Serviços. [Internet] 2021 [cited 2021 Oct 03]. Available from: <https://www.gatportugal.org/> .
122. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), Como Apoiamos. [Internet] 2021 [cited 2021 Oct 03] Available from: https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/a-vitima/como-apoiamos .
123. Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Acesso a Cuidados de Saúde por cidadãos Estrangeiros. [Internet] 2021 [cited 2021 Oct 03] Available from: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1475/Cartaz_Estrangeiros_A3_pt.pdf .
124. Direção Geral da Saúde (DGS). Circular Informativa, Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde Nº12/DQS/DMD DATA: 07/05/09 [Internet] 2009 [cited 2021 Oct 03] Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsdmd-de-07052009-pdf.aspx> .

- 125 Unites Nations Office for Drugs and Crime. Combating violence against migrants Criminal justice measures to prevent, investigate, prosecute and punish violence against migrants, migrant workers and their families and to protect victims. [Internet] 2015 [cited 2021 Oct 03] Available from: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Combating_Violence_against_Migrants.pdf .
- 126 OLIVEIRA C. Sumário Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2020. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 5) [Internet] 2020 [cited 2021 Oct 03] Available from: <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Resumo+Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2020+-+Indicadores+de+Integra%C3%A7%C3%A3o+de+Imigrantes/6c8eb9b6-1cd6-4700-89d5-69b82acef5c1> .

