



**INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL**  
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE  
NOVA  
DE LISBOA**

**Universidade Nova de Lisboa  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**Mobilidade e comportamentos sexuais de imigrantes  
originários da África Subsariana residentes no distrito  
de Lisboa**

**Mónica Ferreira Borges**

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE  
PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO**

**JANEIRO, 2019**





INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
DESDE 1902



UNIVERSIDADE  
**NOVA**  
DE LISBOA

**Universidade Nova de Lisboa**  
**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**Mobilidade e comportamentos sexuais de imigrantes  
originários da África Subariana residentes no distrito  
de Lisboa**

**Autora:** Mónica Ferreira Borges

**Orientadora:** Professora Doutora Sónia Dias

**Coorientadora:** Professora Doutora Inês Fronteira

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento



*À Mãe, ao Pai e ao amigo de sempre, Tobias;*  
*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sónia Dias por (mesmo a milhares de quilómetros) nunca me*  
*deixar desorientada;*  
*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inês Fronteira pela ajuda a assentar ideias;*  
*À Dr.<sup>a</sup> Violeta Alarcão por me direccionar nos ajustes finais;*  
*E a toda a equipa envolvida no estudo “Imigrantes e VIH/SIDA” por me*  
*fornecerem a base para o trabalho desenvolvido.*



## RESUMO

A crescente mobilidade de pessoas associada ao processo de globalização tem vindo a colocar novos desafios de saúde pública, nomeadamente na área das infeções sexualmente transmissíveis, na qual os migrantes internacionais têm sido identificados como uma população vulnerável. Verifica-se que as pessoas com origem nos países africanos subsarianos representam uma larga percentagem dos novos casos de VIH na população migrante, a nível global. Sendo Portugal um país tipicamente recetor de migrantes originários da África Subsariana, e perante o aumento da mobilidade populacional, surgiu a necessidade de caracterizar o padrão de mobilidade de migrantes originários da África Subsariana, após a sua chegada a Portugal, avaliando a relação entre a mobilidade e os comportamentos sexuais adotados, objetivo geral da presente tese.

Através do método não probabilístico *venue-based*, selecionaram-se, em Lisboa, 790 migrantes originários da África Subsariana, residentes em Portugal, com vida sexual iniciada e idade igual ou superior a 18 anos. Para responder aos objetivos delineados, seguiu-se um desenho de estudo observacional, analítico e transversal.

Partindo de estudos anteriores, que verificaram uma maior adoção de comportamentos sexuais de risco em associação ao ato de viajar, analisou-se a relação entre mobilidade e comportamentos de risco. Sendo a transmissão sexual o principal método de transmissão de VIH entre a população migrante, destacaram-se dois fatores de risco: o uso inconsistente do preservativo e o desconhecimento do estatuto serológico dos parceiros sexuais. Em adição, verificou-se não existir diferença significativa no número de parceiros ocasionais entre os migrantes que viajaram ou não. Contudo, as restantes hipóteses testadas conduzem à necessidade de investigação futura de modo a obter um maior conhecimento sobre fatores específicos da mobilidade, como a motivação dos migrantes para viajarem, após se estabelecerem em Portugal, e a sua perceção do risco para a aquisição e/ou transmissão de infeções sexualmente transmissíveis.

Perante as conclusões obtidas impera-se a necessidade de continuar a intervir no seio das comunidades de migrantes, bem como na personalização de cuidados por parte dos profissionais de saúde na prevenção e tratamento, consciencializando e capacitando os migrantes para a adoção de comportamentos promotores de saúde.

**Palavras-chave:** África subsariana, comportamentos sexuais, migrantes, mobilidade, VIH.



## ABSTRACT

The increasing mobility of people associated with the globalization process has been posing new public health challenges, particularly in the area of sexually transmitted infections, in which international migrants have been identified as a vulnerable population. People from sub-Saharan African countries represent a large proportion of new HIV cases in the migrant population globally. As Portugal is a country that typically receives migrants from sub-Saharan Africa, and considering the population mobility increase, the need to characterize the mobility pattern of migrants from sub-Saharan Africa after their arrival in Portugal was felt, as well as assessing the relation between mobility and the sexual behaviors adopted, the main objective of this thesis.

Through the non-probabilistic venue-based method, 790 migrants from Sub-Saharan Africa, living in Portugal, with their sexual life started and aged 18 years or over, were selected in Lisbon. To follow the objectives outlined, an observational, analytical and cross-sectional study design was followed.

Based on previous studies that verified a greater adoption of sexual risk behaviors associated with the act of traveling, the relation between mobility and sexual risk behaviors was analyzed. Since sexual transmission is the main HIV transmission method among the migrant population, two risk factors were highlighted: inconsistent condom use and lack of knowledge of the sexual partners' HIV status. In addition, it was verified that there was no significant difference in the number of casual partners among migrants who traveled or not. Nevertheless, the remaining hypotheses tested led to the need for future research in order to gain a better understanding of mobility-specific factors such as the motivation of migrants to travel after establishing themselves in Portugal, and their risk perception for the acquisition and/or transmission of sexually transmitted infections.

In view of the conclusions drawn, there is a need to continue to intervene within migrant communities, as well as continuing the personalization of care by caregivers both for prevention and treatment and making migrants more aware and empowering them to adopt health promoting behaviors.

**Keywords:** HIV, migrants, mobility, sexual behaviors, Sub-Saharan Africa.



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
2.1. O fenómeno da migração .....	3
2.1.1. O caso português.....	4
2.1.2. Migração em números .....	5
2.2. O efeito da globalização na migração.....	6
2.3. Desafios de saúde pública associados à migração .....	10
2.3.1. Determinantes sociais da saúde dos migrantes.....	13
2.4. As doenças infecciosas em associação à migração .....	16
2.4.1. VIH/SIDA na população migrante .....	17
2.4.2. Comportamentos de risco para a transmissão de VIH/SIDA .....	21
3. OBJETIVOS .....	25
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	27
4.1. Tipo de estudo.....	27
4.2. Amostra e amostragem .....	27
4.3. Processo de recolha de dados.....	29
4.3.1. Instrumento de recolha de dados .....	30
4.4. Análise de dados .....	30
4.5. Questões éticas.....	31
5. RESULTADOS .....	33
5.1. Caracterização sociodemográfica .....	33
5.2. Mobilidade dos participantes .....	35
5.2.1. Mobilidade referente a viagem para África .....	37
5.2.2. Mobilidade referente a viagem para outro país europeu.....	40
5.3. Comportamentos sexuais .....	42
5.4. Mobilidade e comportamentos sexuais.....	52
6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....	59
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição das características sociodemográficas dos participantes, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p.33
<b>Tabela 2</b> – Distribuição da orientação sexual dos participantes, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 34
<b>Tabela 3</b> – Distribuição do tempo de residência em Portugal dos participantes, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 35
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos participantes por país de nascimento e tempo de residência em Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 36
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos participantes por > 6 meses de residência num país africano que não o de origem e num país europeu que não Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 36
<b>Tabela 6</b> – Distribuição dos participantes por viagem para África após vinda para Portugal e por viagem para outro país europeu após vinda para Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 37
<b>Tabela 7</b> – Distribuição dos participantes que viajaram para África, e dos que não viajaram, em função das suas características sociodemográficas, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 38
<b>Tabela 8</b> – Distribuição dos participantes que viajaram para África, e dos que não viajaram, em função da sua orientação sexual, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 39
<b>Tabela 9</b> – Distribuição dos participantes que viajaram para outro país europeu, e dos que não viajaram, em função das suas características sociodemográficas, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 40
<b>Tabela 10</b> – Distribuição dos participantes que viajaram para outro país europeu, e dos que não viajaram, em função da orientação sexual, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 41
<b>Tabela 11</b> – Distribuição dos participantes por existência de parceiro sexual atual, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 42
<b>Tabela 12</b> – Distribuição dos participantes por parceiro sexual atual e parceiro a viver no mesmo país, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 43

<b>Tabela 13</b> – Distribuição dos participantes por relações sexuais com alguém VIH+, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 43
<b>Tabela 14</b> – Distribuição dos participantes por relações sexuais nos últimos 12 meses, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 44
<b>Tabela 15</b> – Distribuição dos participantes por país onde tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 44
<b>Tabela 16</b> – Distribuição dos participantes por país onde tiveram última relação sexual, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 44
<b>Tabela 17</b> – Distribuição dos participantes por tipo de parceiro com que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 45
<b>Tabela 18</b> – Mediana do número de parceiros nos últimos 12 meses .....	p. 46
<b>Tabela 19</b> – Distribuição dos participantes por uso do preservativo em função do tipo de parceiro, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 47
<b>Tabela 20</b> – Distribuição dos participantes por tipo de parceiro, país de origem, utilização de preservativo e estatuto serológico do último parceiro sexual em Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 48
<b>Tabela 21</b> – Distribuição dos participantes por relações sexuais em África após terem vindo para Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 49
<b>Tabela 22</b> – Distribuição dos participantes por espaço temporal da última relação sexual em África, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 49
<b>Tabela 23</b> – Distribuição dos participantes por tipo de parceiro, país de origem, utilização de preservativo e estatuto serológico do último parceiro sexual em África, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 50
<b>Tabela 24</b> – Distribuição dos participantes por relações sexuais noutro país europeu após terem vindo para Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 50
<b>Tabela 25</b> – Distribuição dos participantes por espaço temporal da última relação sexual noutro país europeu, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 51
<b>Tabela 26</b> – Distribuição dos participantes por tipo de parceiro, país de origem, utilização de preservativo e estatuto serológico do último parceiro sexual num país europeu que não Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%) .....	p. 51
<b>Tabela 27</b> – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para África após se estabelecer em Portugal e ter relações sexuais com alguém VIH+.....	p. 53

**Tabela 28** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para outro país europeu após se estabelecer em Portugal e relações sexuais com alguém VIH+.....p. 53

**Tabela 29** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para África após se estabelecer em Portugal e uso do preservativo com parceiros regulares nos últimos 12 meses.....p. 54

**Tabela 30** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para África após se estabelecer em Portugal e uso do preservativo com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses ...p. 55

**Tabela 31** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para outro país europeu que não Portugal e uso do preservativo com parceiros regulares nos últimos 12 meses.....p. 55

**Tabela 32** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para outro país europeu que não Portugal e uso do preservativo com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses.....p. 56

**Tabela 33** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para África e utilização do preservativo nos últimos 12 meses com um parceiro cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido..... p. 56

**Tabela 34** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para outro país europeu que não Portugal e utilização do preservativo nos últimos 12 meses com um parceiro cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido .....p. 57



## LISTA DE SIGLAS

**AIDS** – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

**AJPAS** – Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde

**CEPAL** – *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**ECDC** – *European Centre for Disease Prevention and Control*

**EEE** – Espaço Económico Europeu

**GAT** – Grupo de Ativistas em Tratamentos

**GEPF** – Gabinete de Estudos, Planeamento e Formação

**HIV** – *Human Immunodeficiency Virus*

**IBM** – *International Business Machine*

**IHMT** – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**IOM** – *International Organization for Migration*

**IST** – Infecção Sexualmente Transmitida

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONG** – Organização Não-Governamental

**PALOP** – Países de Língua Oficial Portuguesa

**PT** – Portugal

**SEF** – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**TESSy** – *European Surveillance System*

**UE** – União Europeia

**UNAIDS** – *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*

**VFR** – *Visiting Friends and Relatives*

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana



### 1. INTRODUÇÃO

A procura pela sobrevivência e bem-estar tem motivado os seres humanos a migrarem desde o início dos tempos pelo que, progressivamente, nos tornámos capazes de avaliar como o processo de migração, e consequente mobilidade de populações, se interliga com a dimensão da saúde.

Segundo Wilson (1), os viajantes, e aqui incluem-se os migrantes, alteram os lugares por onde passam, mas também as populações, durante e após a viagem (1). Este impacto pode persistir por muito tempo após a viagem propriamente dita pelo que o migrante, enquanto ser viajante, é visto como “uma unidade biológica interativa que capta, processa, transporta e deixa material genético”<sup>1</sup> pelos locais que cruza pelo seu caminho (1). Ao pensarmos nos migrantes como seres móveis, estes surgem como uma ponte entre diferentes populações e áreas geográficas, e percebemos o quão fácil se torna a propagação de infeções transmitidas de pessoa para pessoa a qualquer área do globo (1). Esta constatação leva-nos à interdependência entre os conceitos de saúde e migração verificando-se mesmo que muitas das disparidades que levam à propagação de doenças globalmente conduzem igualmente ao movimento migratório (2).

Vivemos num período de enorme movimento populacional em que a contínua deslocação de pessoas influencia os padrões e a distribuição de doenças infecciosas a nível global (1). Assim, uma boa gestão da saúde dos migrantes, aliada à preocupação com a saúde pública em geral, promovem o bem-estar de todos pois as questões de saúde que respeitam às populações móveis têm influência sobre os migrantes, mas também sobre os seus países de origem e destino, e claro, respetivas populações (2). É assim cada vez mais relevante compreender a movimentação de populações bem como o seu impacto, seja da perspetiva dos países de destino, trânsito, ou origem, ou da perspetiva das populações migrantes e/ou das populações autóctones (3,4) reconhecendo que o impacto da migração a todos estes níveis constitui um desafio a nível global (4).

Tendo em mente a crescente mobilidade populacional, e se a aliarmos aos comportamentos dos indivíduos a nível global, percebemos que esta pode ser a base para compreender como determinadas doenças se dispersam por todo o mundo.

Dentro da esfera das doenças transmissíveis surgem as infeções sexualmente transmissíveis (IST's) (5). A migração, bem como a mobilidade inerente à mesma, têm

---

<sup>1</sup> (Wilson, 2003, p.1)

## 1. INTRODUÇÃO

vindo a ser identificadas como facilitadoras de práticas sexuais de risco (5). Se pensarmos no caso específico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), estamos perante um exemplo de uma doença que, em poucas décadas, se dispersou por todo o mundo muito através de comportamentos, nomeadamente de práticas sexuais de risco (1). Neste sentido, o papel do comportamento sexual tem sido destacado no fenómeno da transmissão de IST's (6).

Portugal continua a ser escolhido como destino de vários migrantes com origem na África Subsariana e países como Cabo Verde, Angola e Guiné-Bissau estão entre as nações mais representativas dos imigrantes em Portugal (7). Em 2014, dos casos de VIH identificados em território nacional, cerca de 17,1% correspondiam a casos diagnosticados em imigrantes, 67,1% dos quais com origem em países africanos subsaarianos (8) o que vem destacar a importância de intervir junto deste grupo populacional.

Perante a dificuldade em encontrar dados referentes à mobilidade dos migrantes e sobre os seus comportamentos sexuais de risco após se estabelecerem no país de destino, em específico no que toca à realidade nacional, pretende-se com o presente trabalho de investigação contribuir para essa discussão, justificando-se assim a sua pertinência.

A presente dissertação encontra-se dividida em seis capítulos principais iniciando-se com a “Introdução” em que é feita uma contextualização da temática abordada na presente tese. De seguida, no “Enquadramento teórico” explora-se o conceito e os números relativos ao fenómeno da migração, o efeito da globalização bem como a influência da migração na saúde pública explorando os determinantes influenciadores da saúde dos migrantes, e ainda as doenças infecciosas associadas à migração (em específico o VIH/SIDA), bem como comportamentos de risco associados. Seguem-se os capítulos “Objetivos” onde se enunciam os objetivos da presente dissertação e o de “Material e Métodos” onde se caracteriza a amostra e desenho do estudo e se descreve o processo de recolha de dados bem como a metodologia adotada para a análise dos mesmos. Os dados encontrados são apresentados no capítulo “Resultados” e, por fim, surge o capítulo “Discussão e Conclusões” onde é realizado o confronto dos dados obtidos com a literatura existente, e se analisam as conclusões obtidas bem como o contributo da presente investigação para a atualidade, e para o futuro.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. O fenómeno da migração

A nível internacional não existe uma definição unânime para o termo “migrante”(9). Diferentes definições, diferentes entendimentos sobre o termo e diferentes enquadramentos teóricos originam, claro, dificuldades na obtenção de informação e dados reais em temas que vão desde o verdadeiro impacto da migração ao estado de saúde dos migrantes (10,11).

Ao entrarmos na esfera do tema migração deparamo-nos com conceitos tão díspares como migração legal, migração de retorno, migração forçada, migração irregular, contrabando ou tráfico (2,12), surgindo assim a necessidade de organizar os conceitos associados à migração.

Partindo da definição da *International Organization for Migration* (IOM), a migração, *per se*, corresponde ao movimento de uma pessoa, ou grupo de pessoas, de uma área geográfica para outra, atravessando uma barreira administrativa ou política, de modo a estabelecer-se temporariamente, ou definitivamente, num lugar (2,12). Quando as pessoas se mudam para um país diferente do seu país habitual de residência estamos perante a definição de migrantes internacionais, termo utilizado na assembleia geral das Nações Unidas de 4 de agosto de 2016 (13).

Segundo as Nações Unidas é possível distinguir dois grandes grupos de migrantes internacionais, os migrantes a longo e curto prazo (14). No caso dos migrantes a longo-prazo, estamos perante pessoas que estabeleceram residência num país diferente, por um período de pelo menos um ano, estando ou não motivadas por fatores tão distintos como o emprego, educação, reunificação ou formação familiar, razões humanitárias e/ou regularização da sua condição legal, por exemplo (4). Até mesmo a saúde, nomeadamente a procura de cuidados, pode constituir um fator causal de mobilidade (4). Por sua vez, os migrantes a curto prazo correspondem às pessoas que se movem para um país diferente ao de residência habitual por um período de pelo menos três meses, mas inferior a um ano (14). Caso o movimento aconteça puramente por motivos de lazer, férias, visitas a familiares e amigos, negócios, tratamentos clínicos ou peregrinações religiosas (14), não é possível considerá-lo como movimento migratório pois não há uma mudança efetiva do país de residência (9).

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A partir deste conceito-base de migração podemos avançar para as definições do Banco Mundial que opta por dividir a migração em dois grupos: migração voluntária e migração forçada (15). A migração voluntária ocorre sobretudo por motivação económica, sem que haja obrigação de um evento imediato que leve ao ato migratório pelo que estes migrantes têm tempo de avaliar fatores como o “onde” e “como” da migração (15). Em oposição surge a migração forçada a qual ocorre quando o migrante não tem opção de escolha, ou tempo, para determinar para onde, quando ou como irá migrar (15).

Uma vez definido o termo “migrante” podemos também refletir sobre dois outros conceitos que surgem frequentemente em associação ao tema da migração: emigrante e imigrante. O primeiro, emigrante, diz respeito a pessoas que abandonam ou saem do seu Estado com o objetivo de se estabelecer noutro. Já o termo imigrante é aplicado quando indivíduos não-nacionais se movem para outro país para aí se estabelecerem (16).

### 2.1.1. O caso português

No que toca à realidade nacional, ainda que atualmente Portugal seja escolhido como país de destino de migrantes originários de países europeus desenvolvidos, continua a ser igualmente destino de migrantes originários de África, da América Latina, Leste europeu e mais recentemente da Ásia (17), nomeadamente de países como a China ou a Índia (18). De acordo com os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) para o ano de 2017, entre as nações mais representativas dos imigrantes em Portugal encontramos, por ordem decrescente: Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Roménia, China, Reino Unido, Angola, França, Guiné-Bissau, e Itália (19).

No passado a imigração em território nacional superou a emigração por quase três décadas, fenómeno com início em 1974 e com especial relevo para os migrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), sobretudo Cabo Verde (17,18). Nos anos 80, após a adesão à Comunidade Europeia, verificou-se a diversificação dos fluxos migratórios em Portugal com a chegada de imigrantes laborais do Brasil e de outros PALOP como Angola e Guiné-Bissau (18). Nos anos 90, não só se consolidaram as comunidades imigrantes do Brasil e dos PALOP, como surgiram ainda fluxos migratórios com origem na Europa de Leste (18). É evidente o impacto da história colonial no entendimento do fenómeno de migração em Portugal (20) e importa relembrar que a

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

análise da população imigrante em Portugal implica considerar as mudanças legislativas ocorridas ao longo dos anos, as relações históricas e culturais com outros países, os contextos económicos e sociais das diferentes nações, a operacionalização de medidas de imigração ou mesmo o aumento das aquisições de nacionalidade portuguesa por cidadãos com origem fora do espaço comunitário europeu (7), complexificando assim a análise migratória.

Ainda que desde meados da primeira década do século em curso Portugal vivesse uma situação de défice migratório (17), em 2017 verificou-se um saldo migratório positivo no país (21). Em adição, desde 2008 que se observa uma alteração dos perfis de imigração em Portugal, que antes era procurado sobretudo por razões de natureza laboral (especialmente para o exercício de atividades subordinadas), mas que hoje em dia é também procurado para fins de educação e reagrupamento familiar, ou mesmo para residência de população reformada (22).

### 2.1.2. Migração em números

O aumento do número de pessoas migrantes está associado ao aumento da população humana (23). Em 2017 ainda que apenas 3,4% da população mundial tenha correspondido a migrantes internacionais, o correspondente a 258 milhões de migrantes a nível global, verificou-se um aumento significativo de 69% em comparação ao ano de 1990 (24). Para uma ideia mais clara, em 2000 verificaram-se apenas 173 milhões de migrantes internacionais, em contraste com os 220 milhões de migrantes registados em 2010 (25), o que poderá ser uma prova da crescente mobilidade dos migrantes ao longo das últimas décadas.

Cerca de 57% dos migrantes internacionais residem em regiões desenvolvidas sendo que, em 2017, mais de 60% dos migrantes internacionais residia na Europa (78 milhões) e Ásia (80 milhões) (24) estimando-se que cerca de 8,4% do total da população europeia corresponda a migrantes internacionais, perfazendo um terço dos migrantes internacionais a nível mundial (9).

Em 2016 verificou-se que 5 milhões de pessoas migraram de forma permanente para países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o que corresponde ao nível mais alto de migração desde 2007. A migração por motivos humanitários foi o principal impulsionador deste aumento entre

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2015 e 2016, mas também a migração de reunificação familiar e a livre circulação da União Europeia (UE) assumiram papéis de relevância (26).

Em 2017 Portugal assumia o vigésimo primeiro lugar entre os países da UE no que toca à importância relativa de estrangeiros comparativamente ao total de residentes, apresentando um total de residentes estrangeiros no país de aproximadamente (21). Tem-se vindo a verificar uma diminuição da população estrangeira residente no país (22), um decréscimo de 454.191 pessoas em 2009 para 397.731 em 2016 (27). Não obstante, em 2016 houve uma inversão da tendência de decréscimo da população estrangeira residente em Portugal que se vinha a verificar desde 2010 (7). Em 2016 registou-se assim um aumento de 2,3% da população estrangeira residente, comparativamente a 2015, tendo-se registado 46.921 novos residentes estrangeiros em território nacional (7).

Em simultâneo, vivemos um período com um alto número de pessoas deslocadas forçadamente, 40 milhões em 2015, sendo que o número de refugiados e pessoas à procura de asilo ultrapassou os 24 milhões nesse mesmo ano (14). Importa aqui destacar a importância do movimento de migrantes irregulares, isto é, sem permissão legal para migrarem, entrarem ou residirem num país anfitrião (23), grupo onde se incluem pessoas que se movem para um país sem cumprir as normas regulatórias do mesmo entrando, vivendo ou trabalhando sem os documentos ou autorizações necessários para tal (28,29). Nesta categoria podemos incluir os migrantes sem documentação, à procura de asilo político, ou mesmo aqueles que foram vítimas de tráfico humano (23) o que nos leva novamente à problemática de uma análise real de dados relativos à migração dada a abrangência do termo “migrante irregular” e à falta de dados concretos sobre estes migrantes.

### **2.2. O efeito da globalização na migração**

Há muito que os migrantes não optam apenas por se moverem para uma cidade próxima à de nascimento ou para uma cidade que seja capital do seu país (30). A migração internacional começou muito antes de se ouvir falar do termo “globalização”, mas não podemos negar que este fenómeno veio aumentar o alcance, velocidade, complexidade bem como o volume de migração a nível mundial (31).

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que a globalização corresponde a um processo que comporta a crescente interligação e interdependência entre nações e as suas populações (32). Esta resume-se a duas grandes realidades: abertura de fronteiras internacionais (levando a fluxos rápidos de serviços, dinheiro, bens, pessoas ou até mesmo de ideias), e, por outro lado, mudanças que ocorreram a nível político e institucional que facilitaram e/ou promoveram estes mesmos fluxos (32). A globalização tanto pode desempenhar um papel positivo como negativo na saúde e a migração é um fenómeno bastante evidente do mundo globalizado em que vivemos atualmente (10,32).

O aumento da complexidade migratória, que engloba o aumento do volume de migrantes e do alcance geográfico, ou mesmo a questão da diversidade, estão comumente ligadas aos avanços tecnológicos no setor dos transportes e da comunicação (33). Estes avanços permitiram não só baixar os custos das viagens, mas também baixar os custos dos meios de comunicação facilitando o contacto com familiares e amigos, o envio de dinheiro e até mesmo viajar com maior frequência entre o país de destino e o país de origem (33). Neste sentido, vivemos uma modernização dos meios de transporte o que veio a tornar a mobilidade de pessoas mais fácil, menos dispendiosa e mais rápida (34) e é hoje comum que as pessoas migrem temporariamente ou que viajem com maior frequência entre o seu país de origem e país de destino de migração, algo que não era comum na migração dita tradicional (35).

Assistimos assim à realidade da migração moderna que é parte integrante do processo de globalização e está ligada a aspetos diversificados como economia, segurança e questões ambientais (34). Há também que considerar a dimensão política bem como o aumento da literacia das populações e uma maior atenção dada à educação melhorando assim o acesso à informação (33).

Ainda que a globalização seja apontada como aparente incentivo à migração internacional, não existe um aumento proporcional de oportunidades para as populações (30). Isto acontece pois, de forma geral, os países que atraem migrantes bloqueiam em simultâneo a sua entrada, o que muitas vezes se baseia na reflexão sobre eventuais consequências negativas da migração (30).

Entre alguns dos aspetos apontados como menos vantajosos para os países recetores encontram-se os possíveis conflitos ou tensões sociais motivados por diferenças culturais, linguísticas ou religiosas, o eventual risco de “erosão” da cultura nacional, o possível peso fiscal provocado pelos migrantes ou a redução de oportunidades de emprego para os locais, por exemplo (30). Existem, claro, fatores positivos bem claros da

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

migração para os locais de destino, nomeadamente o preenchimento de lacunas demográficas e/ou laborais, o facto de os países recetores poderem receber recursos humanos qualificados de forma gratuita, a redução da inflação e o aumento da produtividade (30), entre outros, ainda que muitas vezes sejam aparentemente desvalorizados. Na perspetiva dos países de origem dos migrantes, a migração traz a oportunidade de dinamizar a sua economia e ajudar à modernização do país, além de permitir que os migrantes obtenham uma maior mobilidade social, que sofram um alívio de tensões sociais e podendo-se mesmo promover a emancipação da mulher (uma vez que o sexo feminino representa atualmente 48% dos migrantes internacionais) (30). Tudo isto leva a que a migração contribua, a longo termo, para a redução de pobreza, melhoria dos sistemas educativo e de saúde e mesmo a um maior grau de independência dos cidadãos (36) nos países de origem dos migrantes (30). Por sua vez, a migração pode conduzir ao fenómeno de *brain drain* nos países de origem, e podem-se ainda gerar situações em que os migrantes possam ser alvo de discriminação racial e social, o que pode conduzir a dificuldades de comunicação e adaptação (30).

Esta crescente mobilidade de capitais, bens, serviços e pessoas foi criando redes de interdependência económica e/ou social a nível global (36). Ironicamente, o desenvolvimento económico veio a acentuar o hiato entre países de baixa e alta renda o que, segundo Moses (37), pode ser visto como um dos paradoxos da globalização (36). A globalização tem-se vindo a sentir na migração mas com maior enfoque no que toca aos países de destino e não exatamente na perspetiva dos países de origem, isto é, os migrantes concentram-se num pequeno grupo de países de destino o que reforça que nem tudo é linear quando se fala de globalização e migração (33). Ainda assim podemos falar de diversificação no que toca aos países de origem e destino dos migrantes (33). Exemplo disso mesmo é o facto de estarmos perante uma época “eurocêntrica” verificando-se que a emigração por parte de nativos europeus se encontrar em declínio (33). O continente que antigamente era conhecido pelo número de emigrantes e colonos é hoje em dia um continente de eleição no que toca à imigração, como verificado por Czaika e Haas(33). Outro exemplo revelador da diversificação leva-nos até ao passado, quando a maioria dos migrantes transcontinentais acabava por escolher o seu país de destino com base em relações coloniais e/ou históricas, como é o caso dos migrantes africanos francófonos que migraram para França (33), ou claro, dos migrantes originários dos PALOP para Portugal.

De forma resumida, Castles, Haas e Miller (38) identificam diversas tendências no panorama atual da migração e globalização (38). Em primeiro lugar verifica-se a

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

globalização das migrações, isto é, há uma maior tendência para que um maior número de países seja afetado por movimentos migratórios ao mesmo tempo (38). Há também uma aceleração das migrações (com aumento do volume de migrações internacionais) e uma maior diferenciação das migrações (pois a maioria dos países possui vários tipos de migrantes) (38). Deparamo-nos ainda com a crescente politização das migrações, com a feminização das migrações (dado o crescente papel das mulheres nos movimentos de migração) e não menos importante, pela proliferação da transição migratória, isto é, o fenómeno que ocorre quando países tipicamente de origem de migrantes se transformam em países de trânsito, ou mesmo de destino (36,38).

Na era que vivemos atualmente, de uma forma global, verifica-se que a migração tende a ocorrer de regiões menos desenvolvidas para regiões desenvolvidas (31). Nessas mesmas regiões desenvolvidas vive-se o envelhecimento da população e declínio da natalidade pelo que estas regiões dependem da migração internacional a nível ocupacional, mas também para o crescimento da população (31). Alguns destes países chegam mesmo a ampliar a permissão de entrada de mais migrantes para dar resposta a estas necessidades, como é o caso do Canadá onde os imigrantes representam cerca de 20% da força laboral do país (31). Porém, a globalização tem conduzido a um fenómeno contraditório relativamente à procura de trabalho (31). Nos países de alta renda procuram-se sobretudo trabalhadores altamente qualificados e nos países de baixa renda procuram-se trabalhadores para o chamado trabalho de baixo-custo industrial (31). Outro dos fenómenos verificados no seguimento da globalização é o facto de diferentes tipos de migrantes sentirem-se atraídos por países altamente desenvolvidos, partilhando razões semelhantes para a escolha dos mesmos, ainda que a oferta dos países difira consoante o tipo de migrante (31). Por um lado, temos os migrantes qualificados que procuram oportunidades de trabalho e melhor remuneração, por outro, temos os migrantes que vêm estes países como uma oportunidade de melhorar a sua vida ainda que muitos acabem por apenas ter acesso a empregos mal remunerados e em setores considerados marginais (31).

Outro dos fenómenos analisados é o aumento da diversidade racial e cultural (31). Com a globalização, e a migração internacional de países menos desenvolvidos para países desenvolvidos, é cada vez mais evidente que não já não vivemos num mundo dividido em populações historicamente homogéneas (31). É cada vez mais comum o intercâmbio étnico e cultural ainda que muitas vezes a população nativa não reaja de forma positiva a essa heterogeneidade trazida pela migração (31). Ainda que a migração possa contribuir para um desenvolvimento e crescimento económico sustentável, tanto

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

para a comunidade de origem como para a de destino, o estigma associado à migração existe de tal forma que os migrantes representam um dos grupos populacionais mais vulneráveis (34). São dos primeiros grupos a perder o seu emprego em caso de recessão económica, as suas condições laborais são geralmente mais precárias que as dos habitantes nativos além de que muitos migrantes passam por violações de direitos humanos, nomeadamente situações de abuso e discriminação (34). Ainda assim, a migração continua a ser, para muitas pessoas, a única solução para tentar evitar a pobreza, perseguição e violência (34).

Como referido por Martine (30), a migração não vai terminar, havendo assim necessidade de encontrar soluções que ajudem à potencialização dos seus efeitos positivos e claro, a reduzir as suas possíveis consequências negativas (30). Ainda que não seja possível antecipar o que o futuro da migração na era global trará, prevê-se que países recetores de migrantes continuem a facilitar a entrada de pessoas qualificadas enquanto, simultaneamente, restringem a entrada a migrantes não qualificados ou requerentes de asilo (31). Estamos assim perante dois movimentos opostos na era da globalização (39).

### 2.3. Desafios de saúde pública associados à migração

A maior mobilidade das pessoas, bem como a crescente diversificação dos fluxos migratórios, vêm colocar novos desafios de saúde pública (40) na atualidade. A migração internacional surge como componente e, em parte, consequência do processo de globalização pelo que o fluxo de populações entre locais com amplas diferenças ao nível dos determinantes e resultados de saúde pode, e cria, situações em que as ameaças e riscos de saúde, que antes estavam cingidos a um nível local, assumam relevância global (23). Existem cada vez mais pessoas a viajar, mais rapidamente e para mais destinos, o que vem a tornar a migração uma preocupação de saúde pública (2). Basta pensarmos na facilidade com que populações móveis podem ligar zonas de baixa prevalência de uma doença a zonas de emergência da mesma através do movimento internacional (23).

Ao refletirmos na relação entre migração e saúde devemos considerá-la como progressiva, interativa e com diferentes variáveis associadas, entre elas o tempo e lugar (35). Se uma pessoa migra, seja temporariamente, sazonalmente ou permanentemente, haverá sempre contacto entre esse indivíduo e os fatores ambientais de saúde de, pelo

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

menos, duas comunidades distintas (2). Assim, situações em que haja movimento da população para fora da área considerada de risco para uma doença terá inevitavelmente impacto epidemiológico na região que recebe essa mesma população (35), e/ou nos locais de trânsito envolvidos (2,12).

A mobilidade da população a nível internacional surge assim como um dos fatores associados ao surgimento de ameaças e riscos a nível de saúde pública pelo que autores como Gushulak, Weekers e MacPherson (23) interpretam a mobilidade populacional como um determinante major de saúde pública global (23). Verifica-se assim que a migração, enquanto processo, pode ter um papel decisivo na propagação de doenças pois pode contribuir para despoletar o início de surtos de doenças agudas, alterar a prevalência de doenças infecciosas num determinado lugar ou mesmo mudar o panorama das doenças crónicas resultantes de infeções anteriores (41).

Ainda que o individuo migrante possa funcionar como ponte, exercendo uma ligação entre áreas de elevada e baixa prevalência de doenças (42) importa realçar que na relação entre migrantes e saúde se observa frequentemente o chamado “efeito migrante saudável”, fenómeno em que os migrantes se apresentam num estado de saúde mais saudável do que a população nativa do local para onde migram aquando da sua chegada (4,10,43). Este fenómeno pode ainda ser visto como uma consequência do processo de seleção natural que ocorre durante o processo migratório, levando a que apenas os indivíduos mais saudáveis e capazes ultrapassem os desafios que surjam no processo migratório (28). Neste sentido, ainda que a migração *per se* seja considerada um determinante de saúde (44) existem sim diversas condições em torno do processo de migração que podem aumentar a vulnerabilidade para situações de doença (14). Neste sentido, a migração deve ser considerada em conjunto com os determinantes presentes na vida de cada migrante que vão desde o tipo de migração, às condições de acolhimento, ou mesmo ao tipo de contato mantido com o país de origem (4,45,46).

A conjuntura apresentada veio justificar que a saúde dos migrantes se tornasse numa área especializada dado o rápido crescimento dos desafios de saúde pública motivados pela mobilidade (2). Esta é uma área que se foca nos diferentes tipos de populações móveis desde deslocados internos, refugiados, vítimas de tráfico humano, entre outros, e foca-se em todas as fases do processo de migração (2). Aqui devemos incluir igualmente o fenómeno *visiting friends and relatives*, expressão que se refere a pessoas que viajam por períodos mais prologados de tempo para visitar amigos e/ou familiares, permanecem em casas locais, consomem comida preparada localmente (tendo

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

menos controlo sobre a sua dieta e fatores de salubridade), poderão recorrer a serviços clínicos não disponíveis nos seus países de migração, e adotam menos precauções pré-viagem (47,48). Ao contrário dos turistas, este tipo de viajante tem uma perceção de risco ou ameaça menor, o que se relaciona com a sua familiaridade com o país que visita e com as suas doenças endémicas (48). Esta perceção faz com que estes viajantes procurem menos os cuidados médicos e adiram menos às recomendações pré-viagem (48). Partindo do exemplo dos *visiting friends and relatives*, a aproximação às condições de vida da comunidade local leva a que os migrantes possam apresentar um risco de exposição à doença semelhante ao apresentado pela população local, num país em desenvolvimento (48), sendo este um fenómeno crescente na esfera de saúde pública.

De forma geral pode-se afirmar que os países tipicamente recetores possuem sistemas de saúde bem equipados e com experiência no tratamento e diagnóstico clínicos o que pressupõe que estejam equipados para prestar esses mesmos cuidados a migrantes (49). Entre as implicações a nível de saúde pública, em caso de um país receber um grande grupo de pessoas, encontra-se a necessidade de cooperação efetiva entre países, de preparação (nomeadamente conhecer as características da população) e mesmo de definir cenários de contingência, por exemplo (49). Não obstante, é necessário que continuem a ser desenvolvidas, e implementadas, estratégias que promovam e melhorem a saúde dos migrantes nos diferentes países o que poderá passar por criar serviços clínicos que sejam “amigos dos migrantes” e considerar a população migrante no desenvolvimento de planos de emergência e contingência para as mais diversas doenças (35,50).

A Direção-Geral de Saúde (DGS) identifica como principais desafios de saúde pública em associação à migração, uma gestão apropriada de risco, o combate eficaz de diferenças culturais e linguísticas entre os migrantes e os prestadores de cuidados, novos pedidos de cuidados de saúde e ainda a necessidade de combate à discriminação no acesso aos cuidados de saúde (40). Há que refletir sobre políticas e/ou estratégias de saúde integradoras e sustentadas que possam produzir efeitos reais no que toca à redução de riscos e vulnerabilidades e potenciar, e sensibilizar, os profissionais de saúde para lidarem com a diversidade cultural (4). Há ainda que reforçar que falar da saúde dos migrantes é falar de direitos humanos e de equidade social pelo que a gestão da saúde vai muito além da gestão de doença tradicional (51).

Reconhecer que a resposta às necessidades de saúde dos migrantes trará melhorias a nível da saúde de toda a comunidade tem inúmeras vantagens (35). Evitar a estigmatização e marginalização dos migrantes, facilitar a sua integração, reduzir os

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

custos a longo termo a nível social e de saúde, contribuir para a coesão e desenvolvimento social e económico e, claro, funcionar como fator protetor de saúde pública (35) são apenas alguns dos exemplos. Espera-se que melhorar a saúde dos migrantes e, claro, reduzir os efeitos adversos de saúde associados ao processo de migração, seja cada vez mais uma preocupação global (2,35).

### 2.3.1. Determinantes sociais da saúde dos migrantes

Após a 62<sup>a</sup> Assembleia da OMS, a IOM reconheceu a necessidade de ver a migração *per se* como um determinante na saúde dos migrantes (52) reconhecendo contudo outros determinantes sociais com influência direta na saúde dos mesmos.

Segundo o modelo definido pela IOM existem cinco diferentes grupos de determinantes sociais que influenciam a saúde dos migrantes (52). O primeiro grupo remete para os determinantes relativos à idade, sexo e fatores hereditários dos indivíduos (52). De seguida encontramos o grupo dos fatores individuais relativos ao estilo de vida e aqui incluem-se determinantes tão diversos como a classe económica, o estatuto legal do indivíduo, a possibilidade de abuso de substâncias por isolamento, a possibilidade de existirem barreiras linguísticas e/ou culturais no que toca à obtenção de informação e/ou cuidados de saúde, escolaridade e a separação das normas culturais (52). Segue-se o grupo dos determinantes sociais referente às influências sociais e culturais em que se agrupam a separação familiar, exclusão social, a possibilidade de xenofobia, discriminação ou de estigma na comunidade recetora e ainda a existência, ou não, de serviços de saúde *migrant-friendly* (52). O quarto grupo remete-nos para as condições de vida e ocupacionais e aqui inclui-se o acesso a habitações seguras e limpas, acesso a água potável e saneamento, acesso a empregos que possam providenciar um salário mínimo, bem como a existência, ou não, de condições de trabalho satisfatórias e de acesso a esquemas de saúde ocupacional (52). No que toca especificamente aos fatores ocupacionais verifica-se frequentemente que os migrantes estão envolvidos em atividades laborais em que há exposição a diversos riscos físicos, ou mesmo a agentes de doença, havendo por vezes negligência quanto à utilização de mecanismos de proteção(4). Os migrantes em situação irregular assumem aqui um especial relevo pois sentem-se especialmente vulneráveis à exploração laboral (4,53). Por fim surge o grupo referente às condições socioeconómicas, culturais e ambientais onde se incluem a existência de

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

políticas de trabalho efetivas na proteção dos trabalhadores, a existência de políticas que proíbam práticas discriminatórias, a existência de legislação que assegure o acesso dos migrantes a cuidados de saúde (independentemente do seu estatuto legal) e ainda políticas em qualquer outro setor que possa afetar a saúde dos migrantes (52).

Entre os vários determinantes a considerar são os socioeconómicos os que ganham um maior destaque pois é frequente que os migrantes apresentem piores condições de vida que as populações autóctones, vivendo muitas vezes em zonas degradadas e sem infraestruturas básicas e estando associados a contextos de pobreza e exclusão social (4).

Se pensarmos no caso nacional, a maioria da população estrangeira residente em Portugal apresenta um maior risco de pobreza e maior privação material (45,6%), do que os residentes de nacionalidade portuguesa sendo este um cenário que se repete pela Europa (21). Em 2016 registaram-se 118 milhões de pessoas em risco de pobreza e/ou exclusão social, por toda a UE, o correspondente a 23,5% da população (54). Dados do *Eurostat* (54) apontam para que cerca de 4 em cada 10 cidadãos estrangeiros enfrente risco de pobreza ou exclusão social na UE. No ano de 2016 verificou-se que cerca de um quarto dos cidadãos nacionais da UE (22,9%) enfrentava risco de pobreza ou exclusão social e que o risco para cidadãos estrangeiros originários de outros países da UE foi de 27,9%. Contudo, se avaliarmos o risco junto dos cidadãos de países não pertencentes à UE, praticamente metade deste subgrupo populacional (48,6%) enfrentou risco de pobreza e ou exclusão/social (54). Em Portugal, à semelhança da Suécia e da Holanda, o rendimento médio de cidadãos europeus não nacionais foi pelo menos 50% mais alto do que os cidadãos originários de países não pertencentes à UE (54).

A avaliação dos determinantes da saúde dos migrantes pode também ser realizada segundo as diferentes fases do processo migratório como o modelo de Gushulak e MacPherson sugere (35). Os autores identificaram alguns fatores que influenciam a saúde dos migrantes, e que são transversais a todas as fases da migração, dividindo-os em ambiente, genética, fatores biológicos, comportamentos e fatores socioeconómicos (35). Há no entanto fatores característicos de cada fase do processo migratório pelo que, partindo do modelo de Gushulak e MacPherson, podemos avaliar a influência da migração na saúde pública de acordo com as suas diferentes fases: pré-partida, trânsito, após chegada à comunidade de receção e após o regresso ao país de origem (35).

Começando pela fase de pré-partida, podemos deparar-nos com migrantes que iniciem o processo migratório com uma condição médica pré-existente ou que poderão encontrar diversas diferenças a nível da utilização dos serviços de saúde no país de destino

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

(35). Aqui pode-se ainda incluir a própria experiência de afastamento e rutura das relações sociais e/ou familiares como geradora de redução do suporte emocional e social dos indivíduos migrantes constituindo um fator de vulnerabilidade (55).

Seguindo-se à pré-partida surge a fase de trânsito entre país de origem e país de destino (35). Aqui devemos considerar a possibilidade de o migrante sofrer impactos de saúde durante o processo de migração (como eventos traumáticos) o que eventualmente levará a que estes migrantes apresentem uma maior prevalência de doenças resultantes do eventual trauma, tortura, abuso ou exposição a que possam ter sido sujeitos (35). É ainda importante refletir sobre a disparidade existente nesta fase comparando o trajeto de uma pessoa em processo de migração voluntária em oposição a uma pessoa que tenha sido forçada a migrar (2).

Segue-se a fase de chegada ao país de destino. Segundo Gushulak e MacPherson os migrantes poderão estar expostos a limites legais ou administrativos, poderão estar a viver em situação de pobreza, apresentam frequentemente uma capacidade linguística diminuída (dificultando o conhecimento e utilização dos serviços de saúde, por exemplo) e poderão estar expostos a riscos ocupacionais elevados (35), fatores igualmente mencionados nos determinantes sociais de saúde dos migrantes da IOM (52).

Por fim temos a fase de regresso ao país de origem, ou retorno, onde se incluem os migrantes de visita a amigos e/ou familiares mas também os que se restabelecem novamente no país de origem (35). Na fase de retorno os migrantes podem-se deparar-se com diferenças significativas nos sistemas de saúde do país de origem (35), comparativamente aos países de destino, sejam estas positivas ou negativas, o que assume enorme relevância quando requerem tratamento contínuo para determinada doença e voltam a um ambiente com recursos de saúde limitados (56). Os migrantes poderão também sofrer efeitos cumulativos de situações vividas ao longo do processo de migração, tanto a nível físico como psicológico, e poderá verificar-se a introdução de novos agentes patogénicos no país de origem através do seu regresso (56). O retorno ao local de origem pode também implicar voltar a uma área de elevada prevalência de certa doença (em oposição ao país de residência) (2). Por fim, associada à fase de retorno, devemos lembrar-nos da 2ª geração de migrantes, grupo onde se incluem as crianças nascidas num país diferente dos seus pais, e que viajem para o país dos mesmos, podendo assim ver o seu risco de doença aumentado uma vez que lhes falta a imunidade adquirida pelos pais antes de migrarem, sendo esta uma geração associada ao aumento de consequências adversas de saúde (35,47,48).

### 2.4. As doenças infecciosas em associação à migração

A movimentação de populações acaba por funcionar como um eficiente meio de transporte para agentes patogénicos e vetores (6,57) e este é um dos fatores subjacentes ao surgimento, e ressurgimento, de doenças com relevância a nível de saúde pública internacional como é demonstrado através dos surtos de doenças comunicáveis (35). A migração tem vindo a ser indicada como condutor de doenças infecciosas no norte e oeste europeu, com especial relevo para os países que recebem migrantes de locais com uma taxa de prevalência de doenças infecciosas muito superior ao da realidade vivida na Europa (55).

Na esfera desta problemática encontramos o conceito de doenças infecciosas emergentes, doenças que surgiram recentemente ou que tiveram um aumento recente da sua frequência, da sua distribuição geográfica, ou de ambas (6,58). As doenças infecciosas emergentes estão associadas a fatores que variam desde o aumento do alcance geográfico de um determinado microrganismo até ao aumento da sua incidência (6) como se verificou com o VIH/SIDA (59) que, a par de outras doenças, viu a sua incidência e prevalência aumentada em diversos países europeus (55).

As populações móveis tornaram-se assim um dos grupos vulneráveis na transmissão de doenças infecciosas (60) sendo que atualmente os efeitos adversos da migração associados a doenças infecciosas são aqueles aos quais é atribuída maior atenção global(35). Há contudo que ser cauteloso ao analisar a ligação entre migrantes e doenças infecciosas pois não é recente a discriminação contra migrantes por serem constantemente associados à transmissão de doenças infecciosas e à ideia infundada de que a migração traz mais desvantagens do que vantagens aos países que escolhem como destino (61).

Devemos reconhecer que vários migrantes saem de regiões com um sistema de saúde que não conseguiu dar resposta às suas necessidades de saúde (e intervir nas mesmas) (61) e importa lembrar que os migrantes, como já mencionado, tendem a ser jovens e potencialmente mais saudáveis do que a população nativa (61). De facto, a relação entre a migração e a epidemiologia de doenças na área de destino do migrante não é sempre negativa e a mobilidade populacional pode mesmo resultar em situações em que os migrantes chegados a um novo país possuam melhores indicadores de saúde do que aqueles observados juntos da população nativa (35).

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Fatores ambientais ou a falta de condições sanitárias estão no centro causal de várias doenças infecciosas emergentes mas devemos ter também em mente o impacto dos comportamentos humanos como fator causal (6) nomeadamente o papel importantíssimo do comportamento sexual na transmissão de IST's (6), ou mesmo da mobilidade populacional (62). Com isto, é importante que os países possuam sistemas de saúde que providenciem uma resposta eficaz e apostem na educação das populações tendo em vista a prevenção (6). Não menos importante, é necessário garantir que os migrantes tenham o mesmo nível de acesso aos cuidados de saúde que a restante população (63).

### 2.4.1. VIH/SIDA na população migrante

A infeção por VIH é identificada como um dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial (64) e a migração por si só acarreta vários fatores que poderão colocar o indivíduo migrante em risco acrescido de adquirir VIH, em qualquer uma das fases do processo migratório (65). Se por um lado há o risco de os migrantes não terem sido diagnosticados antes de migrarem pode também dar-se o caso de serem VIH positivos e terem um risco acrescido de interromper o tratamento após se moverem, ou mesmo por se depararem com programas inadequados que não incluam os migrantes no tratamento local destinado ao VIH (65).

A OMS reconhece atualmente cinco grupos populacionais que, pelos seus comportamentos de risco em junção com uma vulnerabilidade aumentada, provocada por barreiras sociais e legais, têm um risco acrescido de adquirir VIH, independentemente do contexto em que estejam inseridos (66). Entre estes cinco grupos encontramos os homens que fazem sexo com homens, pessoas inseridas em sistemas prisionais ou de detenção, utilizadores de drogas injetáveis, trabalhadores do sexo e as pessoas transgénero (66). A OMS reconhece adicionalmente grupos especialmente vulneráveis ao VIH, ainda que a vulnerabilidade destes grupos difira consoante os países em causa ou consoante o contexto da epidemia (66). É aqui, no grupo das populações vulneráveis, que a OMS inclui os migrantes (66), grupo representativo de parte significativa dos novos diagnósticos de VIH na EU/EEE e a que a evidência continua a identificar como um grupo vulnerável ao vírus (67).

Estima-se que 15% das pessoas infetadas por VIH na Europa não estejam diagnosticadas (68). Ainda assim, no ano de 2016 diagnosticaram-se cerca de 160.453

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

novos casos de infeção por VIH nos países da região europeia da OMS, tendo este sido o maior número de novos casos diagnosticados, até à data, no período de um ano (68). Afunilando aos países da UE/EEE, em 2016 diagnosticaram-se 29.747 novos casos de infeção por VIH sendo que 42% desses casos estavam associados a homens que praticam sexo com homens, único grupo populacional a nível da UE/EEE a não verificar um declínio no número de novas infeções na última década (69).

Relativamente ao grupo dos migrantes verificou-se que 37% de novos casos de infeção por VIH diagnosticados em países da UE/EEE correspondem a pessoas nascidas noutra país que não o país declarante, sendo 22% dos novos casos atribuídos a migrantes originários de países não pertencentes à UE/EEE (70). A nível global, entre 2007 e 2012, 53% dos novos casos de VIH diagnosticados entre migrantes foram diagnosticados em pessoas com origem em países da África Subsariana (71). Em 2014, 43% dos casos de infeções pelo VIH na Europa, correspondiam a africanos subsarianos e 16% correspondiam a latino-americanos ou caribenhos (20).

A maioria das infeções por VIH diagnosticada entre migrantes aparenta ter sido adquirida nos seus países de origem (55,72), sobretudo nos casos de pessoas com origem na África Subsariana (73). Não obstante, a maioria dos casos de VIH em pessoas originárias de países endémicos para o vírus foi diagnosticada pela primeira vez na Europa (73). Investigações recentes têm apontado para que, entre os países da UE/EEE, haja um fenómeno crescente de aquisição e transmissão do VIH por migrantes sobretudo após terem migrado para a Europa (69) nomeadamente no Reino Unido onde o estudo de Rice *et al.* (74) estimou que 31% dos migrantes com origem na África Subsariana apenas adquiriram VIH após estarem estabelecidos no Reino Unido (74). O mesmo verificou-se em França onde o estudo de Desgrées-du-Loû *et al.* (75) estimou que cerca de um terço das pessoas originárias da África Subsariana infetadas por VIH e residentes no país tinham adquirido VIH enquanto viviam em França (75).

No que toca à realidade nacional, entre o início do ano 2016 e 15 de abril de 2017, diagnosticaram-se 841 casos de infeção por VIH em Portugal verificando-se um decréscimo de 73,5% de novos casos entre 2000 e 2016 (76). Em 2014, dos 1.101 novos casos de infeção por VIH em Portugal, 17,1% corresponderam a imigrantes (n=161), e destes, 67,1% eram originários da África Subsariana, 23% da América da Latina e 6,2% de outros países da União Europeia (8). Ainda que os casos de VIH entre migrantes tenham vindo a diminuir em Portugal (tendo atingindo o seu máximo até à data em 2010

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

com 26,4%), mais uma vez reforça-se a necessidade de continuar a intervir diretamente junto da população migrante (8).

Ao contrário do *status* de doença fatal que tinha anteriormente, a infeção pelo VIH é agora vista como uma condição crónica e, efetivamente, uma pessoa VIH+ apresenta atualmente uma esperança média de vida muito semelhante a uma pessoa não infetada (77,78). Ao considerar os migrantes na Europa Ocidental, ainda que os homens heterossexuais latino-americanos e as mulheres caribenhas apresentem uma taxa de mortalidade superior à da população nativa, homens homossexuais e a maioria dos migrantes heterossexuais apresentam uma taxa de mortalidade semelhante ou inferior à da população nativa, fenómeno que pode estar associado ao efeito do migrante saudável (65).

Ainda assim, em 2009, num estudo relativo ao panorama português realizado por Williamson *et al.* (79), verificou-se que a mortalidade por SIDA entre migrantes africanos em Portugal era superior à mortalidade verificada entre pessoas nascidas em Portugal e ainda que a mortalidade por SIDA entre homens cabo-verdianos era duplamente superior à dos homens nascidos em Portugal (79). O estudo demonstrou também que a taxa de mortalidade por SIDA entre africanos em Portugal era muito superior à verificada entre africanos em Inglaterra e no País de Gales (79) e uma das possíveis explicações dadas foi o fato de, em Portugal, os migrantes africanos serem sobretudo cabo-verdianos, moçambicanos e angolanos, países onde a prevalência de VIH é superior comparativamente a países como o Gana e Nigéria, nações de origem da maioria dos migrantes africanos no Reino Unido (55,79).

A morte pela síndrome e as elevadas taxas de SIDA têm sido associadas a diagnósticos tardios, o que pode ser refletivo da presença de barreiras no acesso aos cuidados (55,80). Os migrantes irregulares constituem um grupo particularmente afetado pelas mais diversas barreiras no acesso aos cuidados de saúde, barreiras estas que muitas vezes assentam em obstáculos burocráticos que podem ter efeitos limitativos no acesso a serviços de saúde (81). Entre os fatores que têm vindo a ser identificados como barreiras no acesso aos cuidados de saúde por migrantes temos as barreiras políticas (onde se incluem as barreiras legais, necessidade de ter seguro de saúde ou a necessidade de apresentar documentação por exemplo) mas também barreiras individuais como uma capacidade comunicativa limitada, falta de recursos e experiências de vergonha ou estigma social (81). Em adição surge o medo de deportação que tem sido apontado como a maior barreira no acesso a serviços de saúde, mesmo em países que os providenciam a

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

migrantes irregulares (81).

Mesmo que a migração esteja cada vez mais presente na vida dos europeus (51), e ainda que reconhecida a importância de responder às necessidades dos migrantes, Portugal é um dos apenas quatro estados-membro da UE que providencia acesso aos cuidados de saúde a migrantes irregulares, ao mesmo nível dos habitantes locais, desde que estes cumpram certos pré-requisitos como a prova de identidade ou residência (55) tal como consta no Despacho n.º 25 360/2001 (2.ª série) (82).

Entre os países da UE/EEE verifica-se que mais de 50% das nações não providencia terapêutica antirretroviral a migrantes irregulares (83). Esta medida permitiria promover o acesso a cuidados de prevenção e tratamento a todas as categorias de migrantes e, a longo prazo, resultaria na diminuição de infeção por VIH tanto entre migrantes como na restante comunidade (83) permitindo um diagnóstico e tratamento atempados (73). Países como a Bielorrússia, Polónia, Moldávia e Rússia requerem que os indivíduos estrangeiros que pretendam permanecer no país por mais de 3 meses realizem um teste ao VIH (84). Apesar da evidência que aponta medidas políticas anti-imigração como inefetivas e discriminatórias (2), a nível europeu, países como a Moldávia ou a Rússia não concedem vistos de longa-duração a indivíduos portadores de VIH (84). Estas medidas são justificadas como preocupação pela saúde pública ainda que estas restrições de mobilidade tendam a ser inefetivas e a dar um falso sentido de proteção aos países, contribuindo em simultâneo para aumentar a discriminação e estigma contra os portadores do vírus (84). Em Portugal, o tratamento antirretroviral para doentes com VIH é gratuito, sendo igualmente gratuito para cidadãos estrangeiros que residam no país (85) medida que se afirma como essencial sendo Portugal um dos países europeus com maior peso no que toca à infeção por VIH (70,85).

A fraca utilização dos serviços de saúde associados à prevenção e tratamento do VIH/SIDA constitui um fator de vulnerabilidade entre os migrantes que tendem a apresentar altas taxas de infeção por VIH não diagnosticado bem como a recorrer aos serviços de saúde numa fase tardia da doença (85). Esta procura tardia de cuidados, e a evidência de uma maior procura das especialidades médicas de clínica geral ou urgência, é comum entre pessoas de grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, onde os migrantes tendem a estar incluídos (86). Há contudo que ter em mente que uma procura tardia de cuidados reduz as hipóteses de os migrantes obterem todos os cuidados necessários atempadamente e mesmo de melhorarem o seu estado de saúde (86). Há assim uma subutilização dos serviços de saúde pelos migrantes o que, a longo-termo, poderá

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

resultar no agravamento do estado de saúde por adiamento dos cuidados, mas poderá também constituir um risco para a saúde pública (81).

Além do tratamento torna-se assim imperativo apostar em cuidados preventivos que envolvam as comunidades migrantes(87). Entre algumas das medidas preventivas propostas pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) encontram-se assegurar que a prevenção de VIH é um tema abordado em centros de asilo ou em serviços de integração de migrantes, financiar serviços/organizações que trabalhem com migrantes (assumindo-se aqui a importância das ONG's), apostar no treino de profissionais de saúde bem como em serviços de tradução e, por exemplo, assegurar o teste para o VIH em espaços comunitários frequentados por migrantes (87). Em adição destaca-se a importância de continuar a apostar na pesquisa científica de modo a colmatar falhas de conhecimento relativas à população migrante no seio da EU, especialmente em áreas como os comportamentos de risco para a transmissão de VIH, as atitudes de saúde dos migrantes ou a procura de cuidados por parte dos migrantes (87).

### 2.4.2. Comportamentos de risco para a transmissão de VIH/SIDA

A SIDA é um ótimo exemplo de uma doença que em poucas décadas, e em pleno período de globalização, se dispersou por todo o mundo muito através de comportamentos tão díspares como a prática sexual desprotegida, partilha de dispositivos injetáveis ou do uso de instrumentos e contacto com sangue contaminado (1).

O risco de adquirir VIH/SIDA varia substancialmente consoante o tipo de exposição ou comportamento adotado (88) e o estudo de Hernando *et al.* (71) demonstrou que as vias de transmissão do VIH mais frequentes variam entre países ou regiões de origem (71). Entre 2007 e 2012, dados do *European Surveillance System* (TESSy) revelaram que 87% dos novos casos entre migrantes originários de países da África Subsariana foram reportados como transmissão heterossexual e 2% como transmissão vertical, de mãe para filho (71,73). Entre os migrantes originários da América Latina, 60% dos novos casos decorreu de transmissão homossexual entre homens e 33% por transmissão heterossexual (71,73). Já na região do Leste Europeu, o grupo de utilização de drogas injetáveis assumiu um papel relevante com 23% dos casos e, entre os migrantes da Europa Ocidental, Leste Asiático, Pacífico, Austrália e Nova Zelândia, os casos de transmissão homossexual entre homens predominaram (71,73).

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Relativamente à escolha do parceiro sexual verificou-se que as pessoas tendem a estabelecer relações de cariz sexual com pessoas do mesmo grupo cultural ou étnico (83). A prevalência de VIH entre heterossexuais em países europeus, sobretudo na Europa Ocidental, é mais elevada entre comunidades africanas o que coloca as pessoas de origem africana, que tendem a estabelecer relações sexuais com outras pessoas igualmente de origem africana, em maior risco de contrair VIH (83). Não obstante, um estudo realizado com migrantes nascidos em países da África Subsariana a residir em Paris e arredores da cidade, veio demonstrar que podemos estar a assistir a uma mudança nas relações estabelecidas pelos migrantes (89). Se estudos anteriores demonstraram que a maioria dos migrantes com origem na África Subsariana tinha parceiros sexuais nascidos no mesmo país de origem, o estudo de Marsicano *et al.* (89), baseado em dados franceses, demonstrou que 50% dos homens e 47% das mulheres participantes estudo tinham um parceiro sexual de um país diferente ao de origem, ainda que na maioria dos casos as relações envolvessem parceiros sexuais de diferentes países mas ainda assim de países da África Subsariana (89). Uma das explicações encontradas para este fenómeno foi o facto de, em França, as populações migrantes com origem nos países da África Subsariana, enfrentarem discriminação, e mesmo segregação, no acesso a emprego e a habitação o que limita as hipóteses de conhecer parceiros sexuais fora deste círculo social (89).

Uma vez que as relações sexuais são a principal forma de transmissão de VIH entre o grupo dos migrantes (90) e tendo em mente que a migração tem vindo a ser associada com o aumento de comportamentos sexuais de risco, é importante lembrarmos que reconhecendo estes comportamentos é possível intervir preventivamente junto dos indivíduos de forma a impedir a transmissão do vírus (91).

Estudos anteriores demonstram que uma quantidade considerável de migrantes apresenta múltiplos parceiros sexuais (92) o que à partida aumenta o risco de transmissão de vírus (91). Se uma pessoa com VIH estiver no seio de uma rede de relações sexuais com vários indivíduos, todos estarão conseqüentemente em risco de contrair o vírus o que contrasta com as relações monogâmicas em que, se o vírus for transmitido numa relação entre dois indivíduos, este não continuará a ser transmitido enquanto esse mesmo relacionamento durar (91).

Importa também refletir sobre o tipo de parceiro sexual e o uso de preservativo. O estudo de Dias *et al.* (92) realizado com migrantes na área metropolitana de Lisboa, demonstrou que o uso de preservativo foi inconsistente para 33,1% dos participantes do estudo sendo que, nas relações com parceiros regulares, o uso do preservativo não foi

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

consistente em 81,7% dos casos (92). Destacou-se também aqui que o género feminino apresentou uma maior proporção de uso inconsistente de preservativo, em comparação com o género masculino, o que pode ser associado ao fenómeno de desigualdade de género e a uma maior vulnerabilidade das mulheres face aos comportamentos de risco dos parceiros (92,93).

Outro dado importante do estudo de Dias *et al.* (92) foi o facto de 38% dos participantes nunca ter sido testado para o VIH e esse mesmo grupo de indivíduos registou uma proporção maior do uso inconsistente do preservativo tanto com parceiros ocasionais como regulares (quando comparados com as pessoas que conheciam o seu estatuto serológico) (92). Entre os comportamentos de risco registados, sobretudo entre o género masculino enumerou-se ainda o sexo comercial, a prática sexual em relações homossexuais, bem como as taxas mais altas de sexo com múltiplos parceiros o que colocava o género masculino numa posição de destaque no risco de contrair VIH (92).

Indo ao encontro destes dados, também o estudo de Fenton *et al.* (94), referente a migrantes originários da África Subsariana residentes em Londres, reporta que mesmo após o estabelecimento no Reino Unido, os migrantes continuam vulneráveis à transmissão do VIH muito devido aos seus comportamentos de risco nomeadamente contraírem outras IST's e apresentarem uma baixa utilização de preservativo, mas também a fatores como uma perceção diminuída do risco de adquirir VIH (94).

Outro dos comportamentos em destaque na atualidade perante o risco acrescido de contrair VIH é a mobilidade populacional, e mais especificamente o ato de viajar.

Estudos anteriores demonstraram que entre os indivíduos VIH+, mais de 20% viajam para países estrangeiros e destinos tropicais todos os anos (95). Na esfera do grupo de migrantes de visita a amigos e familiares, grupo em que se prevê que a prevalência de VIH pode aumentar (96), tem-se descrito que estes apresentam mais práticas de risco para a aquisição de doenças infecciosas durante o período de viagem, nomeadamente contatos sexuais de risco (97).

A título comparativo, o facto de a Holanda manter uma relação com as suas antigas colónias tem facilitado a mobilidade de migrantes nativos desses mesmos países e tem-se verificado que proporção de pessoas infetadas pelo VIH na Holanda tem vindo a aumentar (42). Estima-se que 21% dos casos de VIH na Holanda se tenham originado no Suriname, nas Antilhas Holandesas e em Aruba, e acredita-se ainda que metade das pessoas VIH+ nativas das Antilhas ou do Suriname, e residentes na Holanda, ficaram infetadas durante uma visita ao país de origem (42). Indo ao encontro desses dados, uma

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

análise prévia da base de dados *GeoSentinel* relativamente a pessoas que foram observadas após viagem, verificou-se que a maior proporção de morbidade por IST's se verificou em pessoas nascidas em países de baixo rendimento mas que viviam em países de alto rendimento e que tinham viajado de volta à sua região de origem para visitar amigos e/ou familiares (47,98).

O ato de viajar pode surgir assim como elemento interruptor de comportamentos habituais dos indivíduos, ou mais especificamente das suas práticas sexuais, por motivos como a separação física dos parceiros ou mesmo a remoção de tabus sociais que inibam a liberdade sexual (98–100). São vários os estudos que têm vindo a mostrar que os viajantes adotam comportamentos de risco quando se encontram no estrangeiro o que, claro, aumenta o seu risco de adquirir infeções sexualmente transmissíveis (101,102), pelo que estamos perante um fenómeno de alteração dos comportamentos sexuais dos indivíduos em associação à mobilidade.

Comportamentos de risco como taxas elevadas de sexo casual e a uma taxa reduzida do uso do preservativo estão associadas ao ato de viajar (103). Vivancos *et al.* (101) afirmam mesmo que metade das pessoas que admitiram a prática de sexo casual no estrangeiro reconheceu um uso inconsistente do preservativo (101,104). Entre outros comportamentos observados em período de viagem verificam-se novas relações sexuais, as quais são estabelecidas entre parceiros de viagem, entre expatriados com locais ou mesmo com outros expatriados durante o tempo passado no estrangeiro (105). Cerca de um em cada cinco viajantes internacionais é propenso a ter um novo parceiro sexual no estrangeiro (104). No Reino Unido, por exemplo, um estudo que teve como foco indivíduos com origem na África subsariana a viver em Londres demonstrou que 40% dos homens e 20% das mulheres tinham adquirido novos parceiros sexuais aquando de viagens ao estrangeiro (42).

É ainda difícil compreender o verdadeiro impacto da migração no aumento de número de casos de VIH/SIDA a nível europeu (55), sobretudo a nível nacional, pelo que continua a ser necessária mais informação relativamente à associação entre o ato de viajar e a sua influência na mudança dos comportamentos sexuais (98).

### 3. OBJETIVOS

Partindo da questão de investigação “Existe relação entre o padrão de mobilidade de migrantes originários da África Subsariana residentes em Portugal e a adoção de determinados comportamentos sexuais?” surge como objetivo geral da presente dissertação de Mestrado caracterizar o padrão de mobilidade de migrantes originários da África Subsariana após a sua chegada a Portugal avaliando a relação entre a mobilidade e os comportamentos sexuais adotados. Assim, como objetivos específicos surgem:

- Caracterizar perfil sociodemográfico dos migrantes originários da África Subsariana residentes em Portugal;
- Caracterizar os padrões de mobilidade e de comportamentos sexuais dos migrantes originários da África Subsariana residentes em Portugal;
- Estudar a relação entre os padrões de mobilidade dos migrantes originários da África Subsariana residentes em Portugal e os seus comportamentos sexuais.



## 4. MATERIAL E MÉTODOS

A presente dissertação teve como ponto de partida os dados obtidos através do estudo “Imigrantes e VIH/SIDA” desenvolvido no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa com a parceria das organizações não-governamentais (ONG) Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde (AJPAS), Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA (Ser+) e do Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos VIH/SIDA (GAT-In Mouraria). O estudo teve como objetivos estimar a prevalência de VIH nas populações imigrantes estudadas, identificar comportamentos relevantes para a infeção pelo VIH e caracterizar o acesso, bem como a utilização dos serviços de saúde, no contexto da infeção pelo vírus(106), tendo tido a coordenação da Professora Doutora Sónia Dias.

### 4.1. Tipo de estudo

Para a presente dissertação foi seguido um desenho de estudo observacional, ou não experimental, estudo no qual há observação e a intervenção do investigador resume-se a registar, classificar e/ou analisar resultados (107).

Considerando a esfera de estudos observacionais, este pode ser classificado como estudo analítico uma vez que se procuram testar hipóteses de investigação (107). Nos estudos analíticos os indivíduos da população em estudo podem ser classificados segundo as características do seu comportamento pessoal, ou do ambiente em que estão inseridos, as quais podem influenciar a ocorrência de uma determinada doença (107).

Por fim, o presente estudo pode ainda ser classificado como transversal uma vez que este tipo de estudo permite examinar a relação entre doenças e outras variáveis de interesse de uma população, definidas num período de tempo específico (107).

### 4.2. Amostra e amostragem

A amostra em estudo envolveu 790 migrantes recrutados no distrito de Lisboa. Como critérios de inclusão (106) consideraram-se:

#### 4. MATERIAL E MÉTODOS

- Ser imigrante de 1<sup>a</sup> ou 2<sup>a</sup> geração oriundo da África Subariana;
- Residir em Portugal;
- Ter idade  $\geq$  18 anos;
- Ter iniciado a vida sexual.

Não existindo uma base de amostragem que permitisse gerar uma amostra probabilística da população imigrante em Portugal optou-se pelo método de amostragem por conveniência, recorrendo-se ao método não-probabilístico *venue-based* (106). Este é um método que se baseia numa amostragem assente nas dimensões tempo e lugar (108). Para este método pressupõe-se que a população frequenta determinados locais pelo que, identificados os mesmos, os indivíduos são abordados com o intuito de verificar se cumprem os critérios de elegibilidade e, em caso positivo, confirmar que estes dão o seu consentimento para participarem no estudo (109), caso o desejem.

Uma vez que a distribuição geográfica da população estrangeira residente em Portugal assenta sobretudo no litoral do país, e estando 68,8% desse grupo populacional concentrado no distrito de Lisboa (7), este foi o distrito escolhido para o recrutamento de participantes. Para que fosse possível determinar locais para o recrutamento realizou-se um mapeamento geográfico (106). Para tal recorreu-se a informação oficial sobre a população imigrante no distrito lisboeta realizando-se de seguida uma pesquisa formativa com os parceiros comunitários (e informadores-chaves das comunidades imigrantes) para assim conhecer os locais de socialização mais frequentados, os locais onde os parceiros do estudo “Imigrantes e VIH/SIDA” habitualmente desenvolviam trabalho comunitário, para saber o número aproximado de imigrantes a frequentar esses mesmos locais numa base regular e as características dos mesmos relativamente ao seu género e país de origem (106).

Para calcular o tamanho da amostra considerou-se uma precisão de 3,5% e o nível de confiança a 95%. Considerou-se ainda a existência de 50% das características estudadas junto dos indivíduos pelo que se previu inquirir 784 imigrantes (106).

### 4.3. Processo de recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre Setembro de 2014 e Março de 2015 nas ONG's parceiras e cuja atividade envolve o trabalho com comunidades migrantes no distrito de Lisboa (106).

Numa primeira fase foi pedido aos vários parceiros da investigação para que divulgassem a mesma junto da população migrante (106). Procedeu-se à aplicação de um inquérito, na forma de questionário, e ainda à realização de testes rápidos de VIH a todos os participantes do estudo (106).

Identificados os locais de recrutamento, após o processo de mapeamento geográfico, os migrantes que apresentaram os critérios de inclusão definidos foram abordados e convidados a participar no estudo (106). Os migrantes que aceitaram a participação foram encaminhados para as estruturas físicas das ONG's parceiras para permitir a recolha de dados num espaço confortável e que providenciasse a privacidade necessária para a partilha de informação (106).

Para que fosse possível assegurar a uniformidade nos procedimentos de recolha de dados, para garantir a qualidade da informação e ainda de modo a incluir participantes com literacia reduzida (ou com fraca proficiência na língua portuguesa), optou-se pela realização de questionários aplicados por entrevista individual (106). Foi assim necessário recorrer a técnicos das ONG's parceiras que tivessem recebido formação prévia sobre o procedimento de recolha de dados, sobre técnicas de aplicação e preenchimento de questionários e sobre as questões éticas associadas ao anonimato e privacidade (106).

Além do questionário procedeu-se à realização do teste rápido para o VIH através da punção digital de todos indivíduos participantes o qual foi igualmente aplicado por técnicos das ONG's parceiras, e com qualificações para tal. Para os testes rápidos foram seguidos os procedimentos *standard* pré-definidos de cada instituição (106).

Após o processo de recolha de dados os participantes receberam um kit composto por preservativos e folhetos informativos relativos à prevenção de VIH/SIDA bem como de outras IST's, sobre o tratamento do VIH/SIDA, sobre a importância de realizar o teste do VIH bem como os locais onde este pode ser realizado gratuitamente e sob anonimato e confidencialidade (106).

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.3.1. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados recorreu-se a um questionário de perguntas de resposta fechada que teve por base os indicadores internacionais desenvolvidos pelo *Global AIDS Response Progress Reporting* (106,110). O questionário foi construído e posteriormente testado em colaboração com as ONG's parceiras do estudo sendo que, numa primeira fase, se realizou um pré-teste do questionário com uma amostra de conveniência para que fosse possível avaliar a aplicabilidade, mas também selecionar e/ou ajustar eventuais itens e/ou instruções de resposta (106).

Dos temas incluídos no questionário desenvolvido, e que se consideraram pertinentes para a presente investigação destacam-se as questões relativas às características sociodemográficas dos participantes, ao processo de migração, às práticas sexuais e estatuto serológico auto reportado de infeção pelo VIH e/ou outras IST (106).

### 4.4. Análise de dados

De modo a comparar o grupo dos migrantes que viajaram após se estabelecerem em Portugal e os que não viajaram nem para África nem para outro país europeu recorreu-se, em primeiro lugar à seleção de duas variáveis: viagem para África após se estabelecer em Portugal e viagem para outro país europeu que não Portugal. Posteriormente, tendo essas variáveis por base e de modo a avaliar a relação com comportamentos sexuais de risco, escolheram-se para análise: o número de parceiros ocasionais diferentes nos últimos 12 meses, ter relações sexuais com alguém VIH, uso do preservativo com parceiros regulares nos últimos 12 meses, uso do preservativo com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses e utilização do preservativo com um parceiro cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido. A escolha das variáveis referidas prendeu-se com o facto de a multiplicidade de parceiros e o uso inconsistente do preservativo serem apontados como comportamentos de risco para a transmissão de VIH frequentes entre os migrantes (91,92). Foram também analisadas as variáveis sociodemográficas.

Os dados recolhidos através da aplicação dos questionários realizados foram inseridos numa base de dados criada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), da IBM SPSS Statistics (versão 25), no qual foram, igualmente,

#### 4. MATERIAL E MÉTODOS

realizados o tratamento de dados e a análise estatística. Ao longo do estudo recorreu-se ao arredondamento do SPSS a uma casa decimal pelo que o somatório das células totais (100%) pode resultar numa diferença de 0,1.

Para iniciar a análise de dados procedeu-se a uma análise estatística descritiva, para cálculo de percentagens, médias e medianas. Posteriormente, para verificar existência de relação entre as variáveis qualitativas selecionadas, isto é, de modo a avaliar a sua independência e/ou homogeneidade, recorreu-se ao teste não paramétrico de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson (111). Por fim, para a comparação de valores de medianas de uma variável em dois grupos independentes recorreu-se ao teste de Mann-Whitney (112).

Para o presente estudo adotou-se o intervalo de 95% de confiança e admitiu-se um nível de significância de 0,05.

#### 4.5. Questões éticas

O estudo “Imigrantes e VIH/SIDA” e, conseqüentemente, a presente dissertação, pressupôs a participação voluntária de todos os indivíduos pelo que foi obtido o consentimento informado de todos os participantes tendo-lhes sido dada a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados com a participação no estudo.

A investigação foi aprovada pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical e foram seguidos os princípios éticos de beneficência, justiça e respeito.



## 5. RESULTADOS

### 5.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra do presente estudo é constituída por 790 migrantes com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos. Entre os indivíduos participantes do estudo verificou-se uma idade média de 38 anos ( $\sigma = 14,5$  anos) sendo o grupo etário dos 25 aos 44 anos aquele em que se registou uma maior percentagem de participantes (45,1%) (Tabela 1).

		n	%
<b>Grupo etário</b>	25-44	356	45,1
	45-64	221	28,0
	18-24	179	22,7
	> ou =65	34	4,3
<b>Sexo</b>	Masculino	458	58,0
	Feminino	332	42,0
<b>País de nascimento</b>	Guiné-Bissau	262	33,2
	Cabo Verde	203	25,7
	Angola	134	17,0
	Portugal	96	12,2
	São Tomé e Príncipe	68	8,6
	Outro	19	2,4
	Moçambique	8	1,0
<b>Nacionalidade</b>	De país Africano	481	60,9
	Portuguesa	189	23,9
	Dupla nacionalidade (Portuguesa e outra)	114	14,4
	Dupla nacionalidade (Estrangeiras)	6	0,8
<b>Nível de escolaridade</b>	Nenhum, não sabe ler nem escrever	71	9,0
	Não tem grau de ensino, mas sabe ler e escrever	35	4,4
	1º ciclo (ensino primário)	104	13,2
	2º ciclo (5º- 6º anos)	135	17,1
	3º ciclo (até ao 9º ano)	226	28,6
	Secundário (até ao 12º ano)	174	22,0
	Ensino superior	45	5,7
<b>Situação profissional</b>	Desempregado	377	47,7
	Empregado	257	32,5
	Estudante	70	8,9
	Reformado	36	4,6
	Trabalhador-estudante	25	3,2
	Doméstica(o)	13	1,6

## 5. RESULTADOS

	Nunca trabalhou	12	1,5
<b>Estado civil atual</b>	Solteiro(a)	413	52,3
	Casado(a) ou em união de facto	312	39,5
	Divorciado(a)/separado(a)	37	4,7
	Viúvo(a)	28	3,5

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas dos participantes, por frequência absoluta (n) e relativa (%)<sup>2</sup>.

Relativamente às restantes características sociodemográficas dos participantes, verificou-se que 58,0% dos indivíduos era do sexo masculino (Tabela 1) e que, entre os participantes, 60,9% tinha nacionalidade de um país africano e 23,9% tinha nacionalidade portuguesa (Tabela 1). Verificando o país de nascimento, aferiu-se que, dos inquiridos 33,2% nasceu na Guiné-Bissau, 25,7% em Cabo-Verde, 17,0% em Angola e 12,2% em Portugal (Tabela 1).

Relativamente à escolaridade verificou-se que 28,6% dos indivíduos possuía o 3º ciclo, mas não deixa de ser interessante verificar que 9,0% dos inquiridos não possuía qualquer nível de escolaridade, não sabendo ler ou escrever, percentagem superior aos 5,7% dos inquiridos com ensino superior ou mesmo aos 4,4% de indivíduos sem grau de escolaridade, mas que sabiam ler e/ou escrever (Tabela 1). Já relativamente à situação profissional, 47,7% dos indivíduos encontravam-se desempregados (Tabela 1).

No que toca ao estado civil a maioria dos inquiridos (52,3%) apresentou-se como solteiro (Tabela 1) e, em adição, os indivíduos foram também questionados relativamente à orientação sexual verificando-se que 98,4% dos mesmos se identificaram como heterossexuais (Tabela 2).

		n	%
<b>Orientação sexual</b>	Heterossexual	777	98,4
	Bissexual	8	1,0
	Homossexual	5	0,6

**Tabela 2** – Distribuição da orientação sexual dos participantes, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

<sup>2</sup> Dado o arredondamento do SPSS a uma casa decimal, o somatório das células totais resulta numa diferença de 0,1.

## 5.2. Mobilidade dos participantes

Uma vez que a maioria dos indivíduos não nasceu em Portugal, como verificado na análise sociodemográfica, torna-se interessante analisar o tempo de residência em Portugal. Dos inquiridos, 34,9% residiam em Portugal num período compreendido entre 6 e 15 anos, já a minoria, 2,8% ainda não tinha completado um ano de residência em Portugal (Tabela 3).

	n	%	
<b>Tempo de residência em Portugal</b>	< ou = 1 ano	22	2,8
	1-5	133	16,8
	6-15	276	34,9
	16-29	241	30,5
	30 anos ou mais	118	14,9

**Tabela 3** – Distribuição do tempo de residência em Portugal dos participantes, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Os indivíduos nascidos em Portugal apresentaram, na sua maioria, um tempo de residência entre 16-29 anos (65,6%) imediatamente seguidos pela classe de 30 ou mais anos de tempo de residência (32,3%) (Tabela 4).

Entre os indivíduos nascidos em Angola verificou-se que a maioria dos indivíduos (49,3%) apresentava igualmente um tempo de residência compreendido entre os 16-29 anos (Tabela 4). Para as pessoas nascidas em Cabo Verde o tempo de residência mais frequente, para 38,4% dos indivíduos foi entre 6 e 15 anos, grupo temporal onde a maioria dos indivíduos nascidos na Guiné-Bissau (45,4%) nascidos em São Tomé e Príncipe (36,8%), e nascidos em Moçambique (25,0%) também se incluiu (Tabela 4).

## 5. RESULTADOS

		Tempo de residência									
		< ou = 1 ano		1-5 anos		6-15 anos		16-29 anos		30 anos ou mais	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
País de nascimento	Portugal	0	0,0	1	1,0	1	1,0	63	65,6	31	32,3
	Angola	0	0,0	7	5,2	48	35,8	66	49,3	13	9,7
	Cabo Verde	9	4,4	40	19,7	78	38,4	27	13,3	49	24,1
	Guiné-Bissau	8	3,1	63	24,0	119	45,4	61	23,3	11	4,2
	São Tomé e Príncipe	4	5,9	16	23,5	25	36,8	17	25,0	6	8,8
	Moçambique	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	6	75,0
	Outro	1	5,3	6	31,6	3	15,8	7	36,8	2	10,5

**Tabela 4** - Distribuição dos participantes por país de nascimento e tempo de residência em Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Do total de participantes, 13,3%, já tinham vivido mais de 6 meses noutro país africano (que não o país de origem) e 18,5% já tinham vivido noutro país europeu que não Portugal (Tabela 5).

		n	%
<b>Tempo de residência &gt; 6 meses num país Africano sem ser país de origem</b>	Sim	105	13,3
	Não	685	86,7
<b>Tempo de residência &gt; 6 meses num país Europeu que não Portugal</b>	Sim	146	18,5
	Não	644	81,5

**Tabela 5** – Distribuição dos participantes por > 6 meses de residência num país africano que não o de origem e num país europeu que não Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

No âmbito do padrão de mobilidade dos migrantes importa ainda avaliar se estes viajaram ou não, após se estabelecerem em Portugal. Assim, seguindo os dados da Tabela 6 é possível verificar que 356 indivíduos viajaram para África após vir para Portugal, o correspondente a 45,1% dos indivíduos do estudo, face aos 54,9% de indivíduos que não viajaram para o continente Africano (Tabela 6).

## 5. RESULTADOS

		Viajou para outro país Europeu após vinda para Portugal							
		Sim			Não			Total	
		N	%	% viagem para África + viagem para outro país europeu	n	%	% não viagem o a África + sem viagem para outro país europeu	n	%
Viajou para África após vir para Portugal	Sim	191	53,7	24,2	165	46,3	20,9	356	45,1
	Não	173	39,9	21,9	261	60,1	33,0	434	54,9
Total		364	46,1	46,1	426	53,9	53,9	790	100

**Tabela 6** – Distribuição dos participantes por viagem para África após vinda para Portugal e por viagem para outro país europeu após vinda para Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Ao falarmos de viajar para outros países europeus após a vinda para Portugal verificamos que 46,1% dos indivíduos o fizeram face aos 53,9% que não viajaram para outro destino europeu (Tabela 6).

Por fim verifica-se que 191 indivíduos viajaram para África, mas também para outro país europeu após estabelecerem-se em Portugal, o correspondente a 24,2% da amostra do estudo, e ainda que 261 indivíduos (33,0%), não tenham viajado nem de para África nem para outro país europeu (Tabela 6).

### 5.2.1. Mobilidade referente a viagem para África

Analisando o perfil dos indivíduos que voltaram a África, após se estabelecerem em Portugal, é possível verificar que na sua maioria, 43,0%, tinham idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos sendo maioritariamente do sexo masculino (56,7%) (Tabela 7).

## 5. RESULTADOS

		Viajou para África após vir para Portugal			
		Sim (n=356)		Não (n=434)	
		n	%	n	%
<b>Classes de idade</b>	18-24	49	13,8	130	30,0
	25-44	153	43,0	203	46,8
	45-64	132	37,1	89	20,5
	> ou =65	22	6,2	12	2,8
<b>Sexo</b>	Feminino	151	42,4	181	41,7
	Masculino	205	57,6	253	58,3
<b>País de nascimento</b>	Portugal	26	7,3	70	16,1
	Angola	68	19,1	66	15,2
	Cabo Verde	104	29,2	99	22,8
	Guiné-Bissau	114	32,0	148	34,1
	São Tomé e Príncipe	30	8,4	38	8,8
	Moçambique	4	1,1	4	0,9
	Outro	10	2,8	9	2,1
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	81	22,8	108	24,9
	De país Africano	189	53,1	292	67,3
	Dupla nacionalidade (Portuguesa e outra)	82	23,0	32	7,4
	Dupla nacionalidade (Estrangeiras)	4	1,1	2	0,5
<b>Nível de escolaridade</b>	Nenhum, não sabe ler nem escrever	38	10,7	33	7,6
	Não tem grau de ensino, mas sabe ler e escrever	23	6,5	12	2,8
	1º ciclo (ensino primário)	62	17,4	42	9,7
	2º ciclo (5º-6º anos)	59	16,6	76	17,5
	3º ciclo (até ao 9º ano)	78	21,9	148	34,1
	Secundário (até ao 12º ano)	70	19,7	104	24,0
	Ensino superior	26	7,3	19	4,4
<b>Situação profissional</b>	Nunca trabalhou	4	1,1	8	1,8
	Empregado	123	34,6	134	30,9
	Desempregado	168	47,2	209	48,2
	Doméstica(o)	6	1,7	7	1,6
	Reformado	24	6,7	12	2,8
	Estudante	18	5,1	52	12,0
	Trabalhador-estudante	13	3,7	12	2,8
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	150	42,1	263	60,6
	Casado(a) ou em união de facto	173	48,6	139	32,0

## 5. RESULTADOS

	Divorciado(a)/separado (a)	20	5,6	17	3,9
	Viúvo(a)	13	3,7	15	3,5

**Tabela 7** – Distribuição dos participantes que viajaram para África, e dos que não viajaram, em função das suas características sociodemográficas, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Na esfera das nacionalidades, 53,1% dos indivíduos que voltaram a África tinha nacionalidade de país africano (Tabela 7) sendo que a Guiné-Bissau foi o país que mais se destacou como país de nascimento dos indivíduos com 32,0% da amostra (Tabela 7).

No que toca ao nível de escolaridade a maioria dos indivíduos (21,9%) possuía o 3º ciclo de ensino concluído (Tabela 7) e, relativamente ao estado civil, 48,6% das pessoas inquiridas encontrava-se casada ou em união de facto (Tabela 7).

Em adição, a grande maioria dos indivíduos (98,6%) identificou-se como heterossexual (Tabela 8).

		Viajou para África após vir para Portugal			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
Orientação sexual	Homossexual	3	0,8	2	0,5
	Heterossexual	351	98,6	426	98,2
	Bissexual	2	0,6	6	1,4

**Tabela 8** – Distribuição dos participantes que viajaram para África, e dos que não viajaram, em função da sua orientação sexual, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Para os indivíduos que não viajaram para África as características sociodemográficas revelaram-se semelhantes às dos indivíduos que viajaram à exceção do estado civil uma vez que a maioria dos indivíduos que não viajaram para África era solteiro (60,6%) (Tabela 7).

## 5. RESULTADOS

### 5.2.2. Mobilidade referente a viagem para outro país europeu

Relativamente ao perfil dos indivíduos que viajaram para outros países europeus após estarem estabelecidos em Portugal verificou-se que a faixa etária predominante foi novamente a dos 25-44 anos com 43,7% dos casos, e o sexo masculino voltou a destacar-se com uma percentagem de 62,4% (Tabela 9).

Dos indivíduos que viajaram para outro país europeu 44,8% tinham nacionalidade de país africano (Tabela 9) tendo-se verificado novamente o destaque da Guiné-Bissau como país de nascimento da maioria dos indivíduos (30,2%).

Relativamente ao nível de escolaridade voltou a verificar-se que a maioria (31,9%) tinha o 3º ciclo escolar concluído e, no que toca à situação profissional os indivíduos desempregados destacaram-se novamente com 49,2% dos casos (Tabela 9).

Entre os indivíduos que viajaram para outros países europeu há uma maioria de 53,3% de pessoas solteiras e, no que toca à orientação sexual destacam-se novamente os indivíduos heterossexuais (98,1%) (Tabela 10).

		Viajou para outro país Europeu após vinda para Portugal			
		Sim (n=364)		Não (n=426)	
		n	%	n	%
<b>Classes de idade</b>	18-24	86	23,6	93	21,8
	25-44	159	43,7	197	46,2
	45-64	106	29,1	115	27,0
	> ou =65	13	3,6	21	4,9
<b>Sexo</b>	Feminino	137	37,6	195	45,8
	Masculino	227	62,4	231	54,2
<b>País de nascimento</b>	Portugal	62	17,0	34	8,0
	Angola	67	18,4	67	15,7
	Cabo Verde	86	23,6	117	27,5
	Guiné-Bissau	110	30,2	152	35,7
	São Tomé e Príncipe	22	6,0	46	10,8
	Moçambique	6	1,6	2	0,5
	Outro	11	3,0	8	1,9
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	118	32,4	71	16,7
	De país Africano	163	44,8	318	74,6
	Dupla nacionalidade (Portuguesa e outra)	78	21,4	36	8,5
	Dupla nacionalidade (Estrangeiras)	5	1,4	1	0,2

## 5. RESULTADOS

<b>Nível de escolaridade</b>	Nenhum, não sabe ler nem escrever	21	5,8	1	0,2
	Não tem grau de ensino, mas sabe ler e escrever	14	3,8	50	11,7
	1º ciclo (ensino primário)	46	12,6	21	4,9
	2º ciclo (5º-6º anos)	54	14,8	58	13,6
	3º ciclo (até ao 9º ano)	116	31,9	81	19,0
	Secundário (até ao 12º ano)	86	23,6	110	25,8
	Ensino superior	27	7,4	88	20,7
<b>Situação profissional</b>	Nunca trabalhou	2	0,5	10	2,3
	Empregado	118	32,4	139	32,6
	Desempregado	179	49,2	198	46,5
	Doméstica(o)	7	1,9	6	1,4
	Reformado	15	4,1	21	4,9
	Estudante	29	8,0	41	9,6
	Trabalhador-estudante	14	3,8	11	2,6
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	194	53,3	219	51,4
	Casado(a) ou em união de facto	138	37,9	174	40,8
	Divorciado(a)/separado(a)	20	5,5	17	4,0
	Viúvo(a)	12	3,3	16	3,8

**Tabela 9** – Distribuição dos participantes que viajaram para outro país europeu, e dos que não viajaram, em função das suas características sociodemográficas, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

		<b>Viajou para outro país Europeu após vinda para Portugal</b>			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
<b>Orientação sexual</b>	Homossexual	2	0,5	3	0,7
	Heterossexual	357	98,1	420	98,6
	Bissexual	5	1,4	3	0,7

**Tabela 10** – Distribuição dos participantes que viajaram para outro país europeu, e dos que não viajaram, em função da orientação sexual, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

## 5. RESULTADOS

Relativamente ao grupo de indivíduos que não viajaram para outro país europeu, as características sociodemográficas revelaram-se semelhantes às dos indivíduos que viajaram à exceção do grau de escolaridade pois a maioria dos indivíduos que não viajaram tinham completado o ensino secundário (25,8%).

### 5.3. Comportamentos sexuais

Os participantes do estudo foram questionados quanto à existência de um parceiro sexual atual sendo que 52,4% dos indivíduos reconheceu ter um parceiro sexual regular (Tabela 11).

		n	%
Existência de parceiro sexual	Não	210	26,6
	Sim, 1 parceiro regular	414	52,4
	Sim, 1 parceiro ocasional	46	5,8
	Sim, vários parceiros	99	12,5
	Sim, 1 parceiro regular + 1 parceiro ocasional	21	2,7

**Tabela 11** – Distribuição dos participantes por existência de parceiro sexual atual, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Das 311 pessoas que responderam à questão relativa ao país de residência do parceiro sexual verificou-se que, entre as pessoas que tinham um parceiro regular, a maioria (76,8%) tinha o parceiro a viver no mesmo país (Tabela 12). Já entre o grupo de pessoas com um parceiro ocasional verificou-se que 66,7% vivia num país diferente do parceiro (Tabela 12). Esta mesma tendência repetiu-se para os indivíduos com vários parceiros, em que 53,8% vivia num país diferente dos parceiros sexuais, bem como para os indivíduos que afirmaram ter um parceiro regular e um parceiro ocasional sendo que para este grupo 64,3% vivia num país diferente dos parceiros sexuais (Tabela 12).

## 5. RESULTADOS

		Parceiro vive no mesmo país			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
Parceiro sexual atual	Não	8	25,0%	24	75,0%
	Sim, 1 parceiro regular	179	76,8%	54	23,2%
	Sim, 1 parceiro ocasional	2	33,3%	4	66,7%
	Sim, vários parceiros	12	46,2%	14	53,8%
	Sim, 1 parceiro regular + 1 parceiro ocasional	5	35,7%	9	64,3%

**Tabela 12** – Distribuição dos participantes por parceiro sexual atual e parceiro a viver no mesmo país, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

No que toca especificamente ao VIH+, e a ter relações sexuais com alguém VIH+, a grande maioria dos inquiridos (61,5%) revelou não saber o estatuto serológico de pelo menos 1 parceiro (Tabela 13).

		n	%
Relações sexuais com alguém VIH+	Sim, uma vez	4	0,5
	Sim, mais do que uma vez	16	2,0
	Nunca (ou seja, todos os seus parceiros eram VIH-)	284	35,9
	Não sabe (desconhece o estatuto serológico de 1 ou mais parceiros)	486	61,5

**Tabela 13** – Distribuição dos participantes por relações sexuais com alguém VIH+, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Entrando numa esfera temporal mais limitada, os participantes no estudo foram também questionados relativamente às suas práticas sexuais nos últimos 12 meses. Avaliando o período de 12 meses imediatamente anterior à realização dos questionários verificou-se que 16,8% dos indivíduos não tinha tido relações sexuais nesse mesmo período (Tabela 14).

## 5. RESULTADOS

		n	%
<b>Relações sexuais nos últimos 12 meses</b>	Sim	656	83,2
	Não	132	16,8

**Tabela 14** – Distribuição dos participantes por relações sexuais nos últimos 12 meses, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Dos indivíduos que afirmaram ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses, 80,5% tiveram relações sexuais em Portugal (Tabela 15).

		n	%
<b>Teve relações sexuais em Portugal nos últimos 12 meses</b>	Sim	636	80,5
	Não	154	19,5
<b>Teve relações sexuais num país europeu sem ser Portugal nos últimos 12 meses</b>	Sim	36	4,6
	Não	740	95,4
<b>Teve relações sexuais no país de origem nos últimos 12 meses</b>	Sim	93	12,0
	Não	684	88,0
<b>Teve relações sexuais num país africano sem ser o país de origem nos últimos 12 meses</b>	Sim	7	0,9
	Não	782	99,1

**Tabela 15** – Distribuição dos participantes por país onde tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Indo ao encontro destes dados, no momento do inquérito, 88,9% das pessoas tinha tido a última relação sexual em Portugal (Tabela 16).

		n	%
<b>País da última relação sexual</b>	Portugal	702	88,9
	País Africano	73	9,2
	Outro país Europeu	13	1,6
	Outro	2	0,3

**Tabela 16** – Distribuição dos participantes por país onde tiveram última relação sexual, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

## 5. RESULTADOS

Ainda relativamente aos últimos 12 meses anteriores à realização do inquérito, 83,2% dos indivíduos afirmou ter tido sexo com um parceiro regular (Tabela 17).

		n	%
<b>Relações sexuais com parceiro/a regular nos últimos 12 meses</b>	Sim	546	83,2
	Não	110	16,8
<b>Relações sexuais com parceiro/a ocasional nos últimos 12 meses</b>	Sim	283	43,1
	Não	373	56,9
<b>Relações sexuais com cliente sexual nos últimos 12 meses</b>	Sim	25	3,8
	Não	631	96,2
<b>Relações sexuais com trabalhador do sexo nos últimos 12 meses</b>	Sim	64	9,8
	Não	592	90,2
<b>Sexo comercial nos últimos 12 meses</b>	Sim	71	10,8
	Não	585	89,2

**Tabela 17** – Distribuição dos participantes por tipo de parceiro com que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

O número de parceiros regulares diferentes para cada indivíduo, ao longo dos últimos 12 meses, variou entre 0 e 11 parceiros e a mediana foi de 1 parceiro (Tabela 18). O mesmo verificou-se para o número de parceiros diferentes nos últimos 12 meses, número que variou entre 1 e 201 parceiros por indivíduo (Tabela 18).

Por sua vez, para os parceiros ocasionais verificou-se uma mediana de 0 parceiros ainda que este número tenha variado entre 0 e 200 parceiros (Tabela 18).

## 5. RESULTADOS

	<b>Número de parceiros regulares diferentes nos últimos 12 meses</b>	<b>Número de parceiros ocasionais diferentes nos últimos 12 meses</b>	<b>Número de parceiros diferentes nos últimos 12 meses</b>
Média*	1,0	2,5	3,4
Mediana	1,0	0,0	1,0
Desvio-Padrão	0,7	12,9	12,9
Mínimo	0,0	0,0	1,0
Máximo	11,0	200,0 <sup>3</sup>	201,0 <sup>4</sup>

**Tabela 18** – Mediana do número de parceiros nos últimos 12 meses.

No âmbito dos comportamentos sexuais os participantes foram também questionados relativamente ao uso de preservativo.

Nos indivíduos com parceiro regular verificou-se que o preservativo nunca era utilizado em 45,3% dos casos (Tabela 19). Para os indivíduos com parceiros ocasionais 19% afirmaram usar sempre o preservativo face aos 9,2% que afirmaram nunca utilizar o preservativo (Tabela 19). Nos indivíduos com clientes sexuais, a grande maioria, 96,5%, afirmou não ter tido relações sexuais com esse parceiro e, dos restantes, 2,5% afirmaram usar sempre o preservativo (Tabela 19). Junto dos indivíduos que se envolveram com trabalhadores do sexo 6% afirmaram usaram sempre o preservativo face aos 91,1% que afirmaram não ter tido relações sexuais com esse parceiro (Tabela 19). No que toca aos indivíduos numa relação em que era desconhecido o parceiro tinha ou não VIH+, 28,8% tiveram relações sexuais sem usar preservativo face aos 18,4% que utilizaram sempre preservativo (Tabela 19).

No período de um ano anterior à realização dos inquéritos verificou-se ainda que do grupo de indivíduos numa relação em que uma das pessoas era VIH+, 90,1% não tiveram relações com esse parceiro face aos 5,6% que afirmaram ter utilizado sempre o preservativo e aos 2,0 % que afirmaram nunca o ter utilizado (Tabela 19). Por fim, nos casos em que ambos os parceiros eram VIH+ ou VIH-, 59,3% dos indivíduos afirmou

---

<sup>3</sup> Realça-se que apenas 1 indivíduo afirmou ter tido 200 parceiros ocasionais diferentes nos últimos 12 meses. Registaram-se igualmente casos individuais para n.º de parceiros igual a 80, 100, 150 e 155 parceiros ocasionais, por exemplo.

<sup>4</sup> Realça-se que apenas 1 indivíduo afirmou ter tido 201 parceiros diferentes nos últimos 12 meses. Registaram-se igualmente casos individuais para n.º de parceiros igual a 80, 101, 150 e 156 parceiros diferentes, por exemplo.

## 5. RESULTADOS

não ter tido relações sexuais com esse parceiro, 6,4% afirmaram ter utilizado sempre o preservativo e 21,2% das pessoas afirmaram nunca ter utilizado preservativo (Tabela 19).

		n	%
<b>Frequência de relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses (com parceiro/a regular)</b>	Sempre sem preservativo	295	45,3
	Algumas vezes	169	26,0
	Nunca sem preservativo	78	12,0
	Não teve relações com esse parceiro	109	16,7
<b>Frequência de relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses (com parceiro/a ocasional)</b>	Sempre sem preservativo	60	9,2
	Algumas vezes	94	14,4
	Nunca sem preservativo	124	19
	Não teve relações com esse parceiro	373	57,3
<b>Frequência de relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses (com cliente sexual)</b>	Sempre sem preservativo	3	0,5
	Algumas vezes	4	0,6
	Nunca sem preservativo	16	2,5
	Não teve relações com esse parceiro	628	96,5
<b>Frequência de relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses (com trabalhador do sexo)</b>	Sempre sem preservativo	7	1,1
	Algumas vezes	12	1,8
	Nunca sem preservativo	39	6,0
	Não teve relações com esse parceiro	593	91,1
<b>Frequência de relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses (com parceiro cujo estatuto VIH era desconhecido)</b>	Sempre sem preservativo	189	28,8
	Algumas vezes	156	23,8
	Nunca sem preservativo	121	18,4
	Não teve relações com esse parceiro	190	29,0
<b>Frequência de relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses (com uma das pessoas VIH+ e outra VIH-)</b>	Sempre sem preservativo	13	2,0
	Algumas vezes	15	2,3
	Nunca sem preservativo	37	5,6
	Não teve relações com esse parceiro	591	90,1
<b>Frequência de relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses (com ambos os parceiros VIH+ ou VIH-)</b>	Sempre sem preservativo	139	21,2
	Algumas vezes	86	13,1
	Nunca sem preservativo	42	6,4
	Não teve relações com esse parceiro	389	59,3

**Tabela 19** – Distribuição dos participantes por uso do preservativo em função do tipo de parceiro, por frequência absoluta (n) e relativa (%)<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Dado o arredondamento do SPSS a uma casa decimal, o somatório das células totais resulta numa diferença de 0,1.

## 5. RESULTADOS

Focando-nos nos indivíduos que tiveram relações sexuais em Portugal, e mais especificamente no último parceiro sexual no país (independentemente da dimensão temporal) verificou-se que em 70,4% dos casos o último ato sexual foi com um parceiro regular (Tabela 20).

O país de origem do último parceiro sexual em Portugal foi, em 70,8% dos casos, um país africano (Tabela 20). Relativamente à última relação sexual em Portugal, o preservativo foi utilizado em 32,8% dos casos, entre os 748 indivíduos que responderam à questão, ainda que em 63,9% dos casos o estatuto serológico VIH do parceiro fosse desconhecido (Tabela 20).

		n	%
<b>Último parceiro sexual em Portugal - Tipo de parceiro</b>	Parceiro ocasional	223	29,6
	Parceiro regular	531	70,4
<b>Último parceiro sexual em Portugal - País de origem</b>	País Africano	534	70,8
	Portugal	188	24,9
	Outro	21	2,8
<b>Último parceiro sexual em Portugal - uso de preservativo na última relação sexual</b>	Sim	245	32,8
	Não	503	67,2
	Não sabe	11	1,5
<b>Último parceiro sexual em Portugal - Estatuto serológico VIH</b>	VIH-positivo (Tem VIH)	11	1,5
	VIH-negativo (Não tem VIH)	261	34,6
	Não sabe	482	63,9

**Tabela 20** – Distribuição dos participantes por tipo de parceiro, país de origem, utilização de preservativo e estatuto serológico do último parceiro sexual em Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Avaliando agora os indivíduos que tiveram relações sexuais no continente Africano, dos 356 dos inquiridos que viajaram para África após terem vindo para Portugal (Tabela 6), 61,5% afirmaram ter tido relações sexuais em África (Tabela 21).

## 5. RESULTADOS

	n	%	
<b>Relações sexuais em África após vinda para Portugal</b>	Sim	219	61,5
	Não	137	38,5
	Total	356	100,0

**Tabela 21** – Distribuição dos participantes por relações sexuais em África após terem vindo para Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Entre os indivíduos que tiveram relações sexuais em África destaca-se que 33,6% dos mesmos tiveram esse ato sexual há menos de um ano e 37,6% tiveram-no há mais de cinco anos (Tabela 22).

	n	%	
<b>Espaço temporal da última relação sexual em África</b>	Há menos de 1 ano	74	33,6
	Entre 1 ano e 2 anos	27	12,3
	Entre 2 anos e 5 anos	37	16,8
	Há mais de 5 anos	82	37,3

**Tabela 22** – Distribuição dos participantes por espaço temporal da última relação sexual em África, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

No que toca ao último parceiro sexual em África, em 52,3% dos casos o último parceiro sexual foi um parceiro regular e para 29,5% dos indivíduos foi um parceiro ocasional, residentes em África (Tabela 23).

Relativamente ao país de origem, em 97,7% dos casos o parceiro tinha como origem um país africano.

O uso de preservativo com o último parceiro sexual em África foi reportado por 26,2% dos indivíduos que responderam à questão face aos 71,5% que admitiriam não ter utilizado o método preventivo (Tabela 23).

Por fim, no que toca ao estatuto serológico VIH do último parceiro sexual em África, verificou-se que 68,3% dos indivíduos que responderam à questão desconheciam o estatuto serológico VIH do parceiro (Tabela 23)

## 5. RESULTADOS

		n	%
<b>Último parceiro sexual em África - Tipo de parceiro</b>	Um parceiro ocasional que vive em África	65	29,5
	Um parceiro ocasional com quem viajou	2	0,9
	Um parceiro regular que vive em África	115	52,3
	Um parceiro regular com quem viajou	38	17,3
<b>Último parceiro sexual em África - País de origem</b>	Africano	216	97,7
	Portugal	2	0,9
	Outro	1	0,5
	Não sabe	2	0,9
<b>Último parceiro sexual em África - Uso de preservativo na última relação sexual</b>	Sim	58	26,2
	Não	158	71,5
	Não se lembra	5	2,3
<b>Último parceiro sexual em África - Estatuto serológico VIH</b>	VIH-positivo	2	0,9
	VIH-negativo	68	30,8
	Não sabe	151	68,3

**Tabela 23** – Distribuição dos participantes por tipo de parceiro, país de origem, utilização de preservativo e estatuto serológico do último parceiro sexual em África, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Por fim, deparamo-nos com os indivíduos que viajaram para outro país europeu após a vinda para Portugal. De 364 pessoas, 36,0% tiveram relações sexuais noutro país europeu que não Portugal (Tabela 24).

		n	%
<b>Relações sexuais noutro país europeu após vinda para Portugal</b>	Sim	131	36,0
	Não	233	64,0

**Tabela 24** – Distribuição dos participantes por relações sexuais noutro país europeu após terem vindo para Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Deste grupo de indivíduos, e entre os 132 que responderam à questão, 38,6% teve o último ato sexual fora de Portugal há mais de 5 anos e para 34,1% o ato sexual tinha acontecido há menos de 1 ano (Tabela 25).

## 5. RESULTADOS

	n	%	
<b>Espaço temporal da última relação sexual noutro país europeu</b>	Há menos de 1 ano	45	34,1
	Entre 1 ano e 2 anos	9	6,8
	Entre 2 anos e 5 anos	27	20,5
	Há mais de 5 anos	51	38,6

**Tabela 25** – Distribuição dos participantes por espaço temporal da última relação sexual noutro país europeu, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

Focando-nos no último parceiro sexual que estes indivíduos tiveram noutro país europeu que não Portugal, das 130 pessoas que responderam às questões, verifica-se que 50,0% teve relações sexuais com um parceiro ocasional a viver noutro país europeu (Tabela 26).

Em 44,6% dos casos o parceiro sexual tinha origem num país africano e em 36,9% dos casos o parceiro sexual tinha origem num país que não Portugal ou um país africano (Tabela 26).

Relativamente à utilização do preservativo verificou-se que 56,2% das pessoas afirmaram não ter utilizado este método preventivo (Tabela 26).

Por fim, em 79,2% dos casos o estatuto serológico do parceiro sexual era desconhecido (Tabela 26).

	n	%	
<b>Último parceiro sexual noutro país europeu - Tipo de parceiro</b>	Um parceiro ocasional que vive noutro país Europeu	65	50,0
	Um parceiro ocasional com quem viajou	3	2,3
	Um parceiro regular que vive noutro país Europeu	33	25,4
	Um parceiro regular com quem viajou	29	22,3
<b>Último parceiro sexual noutro país europeu -- País de origem</b>	Africano	58	44,6
	Portugal	16	12,3
	Outro	48	36,9
	Não sabe	8	6,2
<b>Último parceiro sexual noutro país europeu - Uso de preservativo na última relação sexual</b>	Sim	55	42,3
	Não	73	56,2
	Não se lembra	2	1,5
	VIH-positivo	0	0,0

## 5. RESULTADOS

<b>Último parceiro sexual noutro país europeu - Estatuto serológico VIH</b>	VIH-negativo	27	20,8
	Não sabe	103	79,2

**Tabela 26** – Distribuição dos participantes por tipo de parceiro, país de origem, utilização de preservativo e estatuto serológico do último parceiro sexual num país europeu que não Portugal, por frequência absoluta (n) e relativa (%).

### 5.4. Mobilidade e comportamentos sexuais

Para testar a hipótese nula de que a mediana do número de parceiros ocasionais era igual para os indivíduos que não tinham viajado para África e para os que tinham viajado para África recorreu-se ao teste de Mann-Whitney. Perante uma mediana de 0 tanto para os indivíduos que não tinham viajado para África, como para os indivíduos que viajaram, verificou-se não existir uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,66$ ). Entre os indivíduos que viajaram para outro país europeu (além de Portugal) e os que não viajaram, perante uma mediana de número de parceiros ocasionais de 0 para os dois grupos, verificou-se também não existir diferença significativa ( $p=0,86$ ).

Passando para as relações sexuais com indivíduos VIH+, verificou-se que dos indivíduos que afirmaram ter tido sexo com alguém VIH+ uma vez, 50,0% viajaram para África depois de estabelecidos em Portugal (Tabela 27). Dos indivíduos que o fizeram mais do que uma vez 56,3% não viajaram para África, dos indivíduos que nunca o fizeram (sabendo que os parceiros eram VIH-), 55,3% não viajaram igualmente para África e, por fim, dos indivíduos que desconheciam o estatuto serológico de 1 ou mais parceiros, não sabendo assim se tiveram sexo com alguém VIH+, 54,7% não viajaram para África após estabelecerem-se em Portugal (Tabela 27).

Posteriormente testou-se a hipótese de independência entre as variáveis de ter relações sexuais com alguém VIH+ e ter viajado para África (Tabela 27). Perante o teste de Qui-quadrado de Pearson verificou-se que as duas variáveis são independentes ( $\chi^2=0,72$ ;  $p=0,995$ ).

## 5. RESULTADOS

			Após estabelecer-se em PT viajou para África	
			Sim	Não
<b>Ter relações sexuais com alguém VIH positivo</b>	Sim, uma vez	n=	2	2
		%	50,0%	50,0%
	Sim, mais do que uma vez	n=	7	9
		%	43,8%	56,3%
	Nunca (ou seja, todos os seus parceiros eram VIH-negativos)	n=	127	157
		%	44,7%	55,3%
	Não sabe (desconhece o estatuto serológico de 1 ou mais parceiros)	n=	220	266
		%	45,3%	54,7%

**Tabela 27** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para África após se estabelecer em Portugal e ter relações sexuais com alguém VIH+.

Relativamente a ter relações sexuais com alguém VIH+, em relação a viajar para outro país europeu após estabelecimento em Portugal, verificou-se que 100,0% dos indivíduos que afirmaram ter tido sexo com alguém VIH+ uma vez viajaram para outro país europeu (Tabela 28). Por sua vez, dos indivíduos que afirmaram ter tido sexo com alguém VIH+ mais do que uma vez, 87,5% não viajaram para outro país europeu. Dos indivíduos que afirmaram nunca o ter feito, sabendo que os parceiros eram VIH-, 57,4% não viajaram para outro país europeu e, por fim, dos indivíduos que desconheciam o estatuto serológico dos parceiros 51,2% não viajaram para outro país europeu (Tabela 28).

Testando a mesma hipótese, mas para as variáveis de ter relações sexuais com alguém VIH+ e ter viajado para outro país europeu que não Portugal (Tabela 28), verificou-se a dependência das variáveis ( $\chi^2=14,732$ ;  $p=0,002$ ).

			Após estabelecer-se em PT viajou para outro país europeu	
			Sim	Não
<b>Ter relações sexuais com alguém VIH positivo</b>	Sim, uma vez	n=	4	0
		%	100,0%	0,0%
	Sim, mais do que uma vez	n=	2	14
		%	12,5%	87,5%

## 5. RESULTADOS

	Nunca (ou seja, todos os seus parceiros eram VIH-negativos)	n=	121	163
		%	42,6%	57,4%
	Não sabe (desconhece o estatuto serológico de 1 ou mais parceiros)	n=	237	249
		%	48,8%	51,2%

**Tabela 28** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para outro país europeu após se estabelecer em Portugal e ter relações sexuais com alguém VIH+.

Para avaliar se a frequência do uso do preservativo era semelhante para as pessoas que não tinham viajado, e para as que tinham, agruparam-se as categorias descritas na Tabela 19. Assim, “sempre sem preservativo” e “algumas vezes” foram agrupadas em “uso inconsistente” e a categoria “nunca sem preservativo” foi denominada de “uso consistente”.

Ao verificar se a frequência do uso do preservativo com parceiros regulares era idêntica para pessoas que não tinham viajado para África e para pessoas que tinham viajado para o continente (Tabela 29) concluiu-se, através do teste Qui-Quadrado de Pearson, que as variáveis são independentes ( $\chi^2=2,252$ ,  $p=0,133$ ).

		Após estabelecer-se em PT viajou para África		
		Sim	Não	
Uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros regulares nos últimos 12 meses	Uso inconsistente	n=	215	249
		%	46,3%	53,7%
	Uso consistente	n=	29	49
		%	37,2%	62,8%

**Tabela 29** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para África após se estabelecer em Portugal e uso do preservativo com parceiros regulares nos últimos 12 meses.

Ao verificar se a frequência do uso do preservativo com parceiros ocasionais era idêntica para pessoas que não tinham viajado para África e para pessoas que tinham viajado para o continente (Tabela 30) concluiu-se, através do teste Qui-Quadrado de Pearson, que as variáveis são independentes ( $\chi^2=0,15$ ;  $p=0,904$ ).

## 5. RESULTADOS

			Após estabelecer-se em PT viajou para África	
			Sim	Não
<b>Uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses</b>	Uso inconsistente	n=	61	93
		%	39,6%	60,4%
	Uso consistente	n=	50	74
		%	40,3%	59,7%

**Tabela 30** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para África após se estabelecer em Portugal e uso do preservativo com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses.

Alternando para os indivíduos que viajaram, ou não, para outro país europeu que não Portugal (Tabela 31), não se verificou a existência de diferenças significativas relativamente à frequência do uso do preservativo com parceiros regulares ( $\chi^2=0,210$ ;  $p=0,647$ ) nem relativamente à frequência do uso do preservativo com parceiros ocasionais ( $\chi^2=0,835$ ;  $p=0,361$ ) (Tabela 32).

			Após estabelecer-se em PT viajou para outro país europeu	
			Sim	Não
<b>Uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros regulares nos últimos 12 meses</b>	Uso inconsistente	n=	219	245
		%	47,2%	52,8%
	Uso consistente	n=	39	39
		%	50,0%	50,0%

**Tabela 31** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para outro país europeu que não Portugal e uso do preservativo com parceiros regulares nos últimos 12 meses.

## 5. RESULTADOS

			Após estabelecer-se em PT viajou para outro país europeu	
			Sim	Não
<b>Uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses</b>	Uso inconsistente	n=	83	71
		%	53,9%	46,1%
	Uso consistente	n=	60	64
		%	48,4%	51,6%

**Tabela 32** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para outro país europeu que não Portugal e uso do preservativo com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses.

Por fim analisou-se se a frequência na utilização do preservativo com um parceiro cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido verificando-se existirem diferenças significativas entre os migrantes que viajaram para África e os que não viajaram (Tabela 33) ( $\chi^2=4,281$ ;  $p=0,039$ ). Por outro lado, entre os indivíduos que viajaram, ou não, para outro país europeu que não Portugal não se verificou diferença significativa (Tabela 34) ( $\chi^2=0,951$ ;  $p=0,329$ ).

			Após estabelecer-se em PT viajou para África	
			Sim	Não
<b>Uso de preservativo, nos últimos 12 meses, em relações sexuais com parceiros cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido</b>	Uso inconsistente	n=	160	185
		%	46,4%	53,6%
	Uso consistente	n=	43	78
		%	35,5%	64,5%

**Tabela 33** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para África e utilização do preservativo nos últimos 12 meses com um parceiro cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido.

## 5. RESULTADOS

			Após estabelecer-se em PT viajou para outro país europeu	
			Sim	Não
<b>Uso de preservativo, nos últimos 12 meses, em relações sexuais com parceiros cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido</b>	Uso inconsistente	n=	166	179
		%	48,1%	51,9%
	Uso consistente	n=	52	69
		%	43,0%	57,0%

**Tabela 34** – Tabulação cruzada para as variáveis viagem para outro país europeu que não Portugal e utilização do preservativo nos últimos 12 meses com um parceiro cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido.



### 6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Com a presente tese avaliou-se a relação entre a mobilidade e os comportamentos sexuais adotados por migrantes originários da África Subsariana, após a sua chegada a Portugal. Concomitantemente com o objetivo geral, caracterizou-se o perfil sociodemográfico dos migrantes bem como o padrão de mobilidade e comportamentos sexuais dos mesmos.

Partindo dos dados obtidos obteve-se um perfil sociodemográfico dos migrantes originários da África Subsariana residentes em Portugal. Verificou-se que os migrantes do estudo eram na sua maioria do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos, dados que vão ao encontro das características demográficas apontadas pelas Nações Unidas para os migrantes internacionais (25). Segundo a organização, as mulheres representam pouco menos de metade dos migrantes internacionais, tal como verificado nos resultados, e aponta ainda que a maioria dos migrantes internacionais migra em idade laboral, isto é, entre os 20 e os 64 anos de idade (25).

A maioria dos migrantes da amostra tinha nacionalidade de um país africano sendo que a Guiné-Bissau, Cabo Verde e Angola foram, por ordem decrescente, os países com maior expressão no que toca aos países de nascimento dos indivíduos. Importa lembrar que as três nações mencionadas estão incluídas entre as mais representativas dos imigrantes em Portugal, segundo dados do SEF (19). No que toca ao *status* profissional, a maioria dos migrantes apresentava-se desempregada aquando da recolha de dados. Tal fenómeno pode ser associado ao panorama nacional de aumento do número de imigrantes desempregados, algo que tem vindo a ser associado à diminuição do investimento público nos setores onde os migrantes tendencialmente estão empregados em Portugal (como a construção civil ou a restauração, por exemplo) (113). É de destacar ainda que o grupo de imigrantes dos PALOP, especificamente, é visto como grupo vulnerável ao desemprego em Portugal por, de forma geral, apresentarem menos recursos e apresentarem maior dependência de setores e/ou atividades mais afetados pela crise económica (114). Relativamente ao nível de escolaridade a maioria dos inquiridos tinha concluído o 3º ciclo. Segundo dados do Eurostat (115) é de destacar que Portugal é um dos países da União Europeia onde os imigrantes de segunda geração, com idades entre os 25 e os 54 anos apresentam uma maior percentagem de indivíduos com o nível de educação superior concluído, em comparação com os nativos (45,2% face a 23% em

## 6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

2014) (115). Já no que toca aos imigrantes de 1ª geração a escolarização no ensino superior é de 29,4% face à média europeia de 30,7% (115). Ainda nas características sociodemográficas, mais de metade dos indivíduos da amostra apresentou-se como solteiro. Por fim, relativamente ao tempo de residência em Portugal, verificou-se que a maioria dos indivíduos habitava em território nacional há um período de tempo superior a 6 e inferior a 15 anos, sendo assim migrantes a longo prazo, segundo a definição das Nações Unidas (14).

Perante o momento em que vivemos de aumento do número de migrantes e do alcance geográfico dos mesmos, a par dos avanços em múltiplos setores que vieram diminuir os custos do ato de viajar e, de forma geral, facilitar uma maior frequência de viagens (33), procurou-se aferir se os migrantes do estudo iam ao encontro dessa evidência. Assim, verificou-se que aproximadamente metade dos indivíduos em estudo já tinha viajado para África após a vinda para Portugal e aproximadamente metade tinha viajado para outro país europeu. Da amostra, 24,2% dos indivíduos viajaram tanto para África como para outro país europeu. Em adição, dos indivíduos que viajaram para África e/ou outro país europeu verificou-se, relativamente ao seu perfil sociodemográfico, que a maioria era do sexo masculino, e tinham maioritariamente idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Relativamente a viver noutros países, por mais de 6 meses, verificou-se que percentagens diminuídas dos indivíduos já o tinham feito noutro país africano (que não o de origem) e/ou noutro país europeu (que não Portugal).

Relativamente aos comportamentos sexuais, mais de metade dos indivíduos reportou ter um parceiro sexual regular. Não obstante, percentagens significativas de indivíduos afirmaram ter vários parceiros sexuais ou a existência de parceiros ocasionais, destacando-se aqui o facto de a multiplicidade de parceiros ter vindo a ser associada ao aumento do risco de transmissão do VIH (91). Outro dos dados encontrados, e que vai ao encontro da evidência, é que a grande maioria dos migrantes se apresentou como heterossexual, sendo o ato sexual em relações heterossexuais a via de transmissão mais comum para o VIH entre migrantes originários da África Subsariana (71), quando adotados comportamentos de risco. Relativamente ao país de residência do parceiro sexual, verificou-se se que, entre as pessoas que tinham um parceiro regular, a grande maioria tinha o parceiro a viver no mesmo país, seguidas por aproximadamente 23,2% que tinham o parceiro a viver num país diferente. Outra das conclusões obtidas através dos resultados foi que, tendencialmente, os migrantes com origem num país da África Subsariana se envolvem sexualmente com parceiros que têm como origem um país

## 6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

africano, nomeadamente subsariano. Este dado verificou-se tanto relativamente às relações sexuais em Portugal, como nos migrantes que tinham viajado para África ou para outro país europeu, indo ao encontro de autores como Marsicano *et al.* ou mesmo do ECDC (83,89).

Avaliando o período de 12 meses anterior à realização das entrevistas, nos indivíduos com parceiro regular verificou-se que o preservativo não era utilizado em mais de metade dos casos. Para os indivíduos com parceiros ocasionais 21,6% afirmaram nunca utilizar o preservativo. Estes dados vão ao encontro de estudos anteriores que destacam o não-uso de preservativo entre indivíduos originários de países africanos subsarianos, sobretudo com parceiros regulares (116). A baixa utilização de preservativo, a par de uma perceção diminuída do risco de adquirir VIH, têm sido apontadas como fatores de risco comuns entre migrantes originários da África Subsariana (94) para a infeção pelo VIH. Dos indivíduos que afirmaram ter tido relações sexuais no ano anterior às entrevistas, a grande maioria afirmou ter tido relações sexuais em Portugal, verificando-se percentagens diminuídas de relações sexuais no estrangeiro por parte dos mesmos. Contudo, estudos anteriores têm revelado taxas elevadas de sexo casual associadas ao ato de viajar (103).

No que toca especificamente a ter relações sexuais com alguém VIH+, mais de metade dos indivíduos revelou não saber o estatuto serológico de pelo menos 1 parceiro. Em adição, aproximadamente 28,8% dos indivíduos consumaram relações sexuais sem o uso do preservativo com um parceiro com estatuto serológico desconhecido (nos 12 meses anteriores à realização das entrevistas). Destacam-se assim dois fatores de risco entre os migrantes do grupo: o desconhecimento do estatuto serológico dos parceiros sexuais, e o uso inconsistente do preservativo (nomeadamente o não uso do método preventivo com parceiros com estatuto VIH desconhecido).

Refletindo sobre a relação entre os padrões de mobilidade e comportamentos sexuais, diversos estudos apontam as viagens ao estrangeiro como propensas para a aquisição de novos parceiros sexuais (42,104,105). Contudo, os dados do presente estudo revelaram não existirem diferenças significativas no número de parceiros ocasionais entre indivíduos que viajaram para África ou para outro país europeu, e entre os que não viajaram.

Relativamente ao facto de ter relações sexuais com alguém VIH+ quando em viagem, verificou-se não existirem diferenças significativas para o grupo de migrantes que viajou para o continente africano após se estabelecer em Portugal. Contudo ao considerar os

## 6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

migrantes que viajaram para outro país europeu, que não Portugal, verificaram-se diferenças significativas comparativamente aos indivíduos que não viajaram.

Associando agora o uso do preservativo ao fator mobilidade não se verificaram diferenças significativas relativamente ao uso de preservativo com parceiros regulares e o facto de viajar, ou não, para África (ou para outros países europeus). Refletindo sobre os parceiros sexuais ocasionais, não se verificaram novamente diferenças significativas relativamente ao uso do preservativo entre os indivíduos que viajaram (tanto para África como para outro país europeu) e os que não viajaram.

Por fim, relativamente ao uso do preservativo com um indivíduo cujo estatuto de VIH era desconhecido, verificaram-se diferenças significativas relativamente aos migrantes que viajaram para África e os que não viajaram, em oposição ao grupo dos que viajaram, ou não, para outro país europeu que não Portugal onde as variáveis se revelaram independentes.

Uma vez dada resposta aos objetivos específicos estabelecidos, e consequentemente ao objetivo geral, foi assim possível responder à questão de investigação da tese verificando-se que existe relação entre o padrão de mobilidade de migrantes originários da África Subsariana residentes em Portugal e adoção de determinados comportamentos sexuais ainda que, no presente estudo, esta se tenha prendido a situações pontuais e não à maioria das hipóteses testadas.

O presente estudo permitiu simultaneamente a reflexão sobre a necessidade para o avanço no conhecimento sobre o padrão de mobilidade dos migrantes originários da África Subsariana, estabelecidos em Portugal. É necessário estudar mais aprofundadamente as suas motivações para viajarem para o estrangeiro (nomeadamente o fenómeno *visiting friends and family*) e seria também interessante avaliar se, com o avançar do tempo, a mobilidade dos migrantes estabelecidos em Portugal continua, ou não, a aumentar. Igualmente relevante seria obter um maior entendimento da perceção de risco de saúde dos migrantes ao viajarem. Nesse seguimento seria também relevante avaliar se os comportamentos de risco associados ao ato de viajar representam comportamentos motivados pela deslocação geográfica ou se estão diretamente relacionados com o comportamento individual e habitual dos indivíduos (117). Tendo este sido um estudo realizado através do método de amostragem *venue-based* circunscrito à cidade de Lisboa, uma outra sugestão futura seria alargar os objetivos do estudo à realidade nacional podendo conduzir a uma representação dos migrantes a nível nacional.

## 6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Um das limitações do estudo, bem como da generalidade da investigação sobre o tema da migração, é a impossibilidade de obter dados concretos sobre os migrantes irregulares, os quais poderiam ter influência sobre os resultados obtidos. Em adição, tendo sido utilizados dados secundários na presente tese, surgiram diversas questões durante o tratamento de dados, sobretudo acerca da mobilidade, que não foram idealizadas por não serem objetivo do estudo primário.

Uma vez feita a reflexão sobre os dados obtidos, e numa tentativa de continuar a diminuir a transmissão do vírus na era de globalização que vivemos, existem medidas direcionadas para os migrantes que devem ser promovidas. Os dados encontrados apontam para a necessidade de continuar a aposta em cuidados preventivos que envolvam os migrantes, de abordar o tema da prevenção da transmissão do VIH em espaços frequentados pelas comunidades, de continuar a investir na formação de profissionais de saúde quanto à personalização dos cuidados e promover o teste regular para o VIH em espaços comunitários (87). Além da prevenção deve haver também educação para a saúde para a não transmissão do vírus nos casos das pessoas infetadas pelo mesmo. Igualmente importante é a promoção do tratamento e reencaminhamento dos casos identificados para que haja acompanhamento clínico, ou mesmo reencaminhamento para organizações que possam providenciar apoio suplementar e direcionado para os migrantes. Em adição, o reconhecimento dos migrantes como população vulnerável e a inclusão de medidas direcionadas para os mesmos nos programas nacionais da prevenção do VIH/SIDA (118) não devem ser esquecidos.

Entre as medidas específicas para a mobilidade sugere-se, por exemplo, que haja uma abordagem específica às IST's quando as consultas pré-viagem são possíveis (104), e, quando a mobilidade é prevista a nível ocupacional, dedicar momentos das consultas de saúde ocupacional à área da saúde sexual e reprodutiva (101).

Pode-se assim afirmar que continua a haver necessidade de promoção de saúde junto dos migrantes, transmitindo informação que permita quebrar o ciclo de transmissão do VIH, a par de outras IST's, e capacitar os migrantes para tomadas de decisão que promovam a saúde nesta era de crescente globalização.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilson ME. The traveller and emerging infections: sentinel, courier, transmitter. *J Appl Microbiol.* 2003;94 Suppl:1S-11S.
2. International Organization for Migration. Migrant Health for the Benefit of All The Eighty-Eight Session of the IOM Council, MC/INF/275 [Internet]. International Organization for Migration; 2004 [citado 10 de Julho de 2017]. Disponível em: [https://governingbodies.iom.int/system/files/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about\\_iom/en/council/88/MC\\_INF\\_275.pdf](https://governingbodies.iom.int/system/files/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/en/council/88/MC_INF_275.pdf)
3. Carballo M, Nerukar A. Migration, refugees, and health risks. *Emerg Infect Dis.* 2001;7(3 Suppl):556–60.
4. Dias S, Gonçalves A. Migração e Saúde. *Rev Migrações - Número Temático Imigr E Saúde.* 2007;(1):15–26.
5. Al Rifai R, Nakamura K, Seino K, Kizuki M, Morita A. Unsafe sexual behaviour in domestic and foreign migrant male workers in multinational workplaces in Jordan: occupational-based and behavioural assessment survey. *BMJ Open.* 11 de Junho de 2015;5(6):e007703.
6. Soto SM. Human migration and infectious diseases. *Clin Microbiol Infect.* 1 de Janeiro de 2009;15(Supplement 1):26–8.
7. SEF/GEFP. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2016 [Internet]. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras; 2017. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2016.pdf>
8. Diniz A, Duarte R, Bettencourt J, Melo T, Gomes M, Oliveira O. Portugal - Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2015. 2015;
9. World Health Organization Regional Office for Europe. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region: Regional Committee for Europe 66th Session [Internet]. World Health Organization Regional Office for Europe; 2016. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/314725/66wd08e\\_MigrantHealthStrategyActionPlan\\_160424.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1)
10. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet Lond Engl.* 6 de Abril de 2013;381(9873):1235–45.
11. Anderson B, Bidley S. Who Counts as a Migrant? Definitions and their

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consequences [Internet]. Migration Observatory Briefing, COMPAS, University of Oxford; 2017 [citado 22 de Novembro de 2017]. Disponível em: [http://www.migrationobservatory.ox.ac.uk/wp-content/uploads/2016/04/Briefing-Who\\_Counts\\_Migrant.pdf](http://www.migrationobservatory.ox.ac.uk/wp-content/uploads/2016/04/Briefing-Who_Counts_Migrant.pdf)

12. International Organization for Migration. World Migration Report 2003: Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move [Internet]. Genebra; 2003 [citado 11 de Outubro de 2017]. 396 p. Disponível em: <http://publications.iom.int/books/world-migration-report-2003-managing-migration>

13. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Statistics Division. Recommendations on Statistics of International Migration, Statistical Papers [Internet]. United Nations. Nova Iorque; 1998 [citado 24 de Setembro de 2017]. (Series M; vol. Revision 1). Disponível em: [https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM\\_58rev1e.pdf](https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1e.pdf)

14. United Nations. International migration and development - Report of the Secretary-General (A/71/296). Em: A/71/296 [Internet]. 2016 [citado 24 de Setembro de 2017]. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/international-migration-and-development-report-secretary-general-a71296-enar>

15. The World Bank. Migration and development : a role for the World Bank Group [Internet]. The World Bank; 2016 Ago [citado 26 de Novembro de 2017] p. 1–55. Report No.: 108105. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/690381472677671445/Migration-and-development-a-role-for-the-World-Bank-Group>

16. Perruchoud R, Redpath-Cross J, editores. International Migration Law N°25 - Glossary on Migration. 2ª Edição. Vol. 25. Genebra: International Organization for Migration; 2011. 114 p.

17. Pires R, Pereira C, Azevedo J, Espírito-Santo I, Vidigal I. Emigração Portuguesa. Relatório Estatístico 2016 [Internet]. Lisboa: Observatório da Emigração e Rede Migra, CIES-IUL, ISCTE-IUL; 2016 [citado 12 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://observatorioemigracao.pt/np4/5751.html>

18. Fonseca M, Silva S, Esteves A, McGarrigle J. Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal [Internet]. Lisboa: Departamento de Geografia / Centro de Estudos Geográficos - Universidade de Lisboa; 2009 p. 55. (MIGRARE Working Papers). Disponível em: [http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/MighealthnetSOAR\\_por.pdf](http://www.ceg.ul.pt/migrare/publ/MighealthnetSOAR_por.pdf)

19. SEF. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2017 [Internet]. Serviço de

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Estrangeiros e Fronteiras; 2018. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
20. Synthesis of the National Reports [Internet]. França: AIDS-Fondet, AIDS-Hilfe NRW e.V, BCN Checkpoint-Hispanosida, ICO-CEEISCAT, Institute Tropical Medicine, GAT-Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA, Legebitra; 2017 [citado 27 de Novembro de 2017] p. 54. (AIDES. Euro HIV EDAT Project. WP8 Access to HIV testing and linkage to care for migrant populations in Europe). Disponível em: [https://eurohivedat.eu/arxius/ehe\\_docsmenu\\_docsmenu\\_doc\\_115-National\\_Reports\\_Synthesis\\_WP8\\_Euro\\_HIV\\_EDAT\\_Finale\\_version.pdf](https://eurohivedat.eu/arxius/ehe_docsmenu_docsmenu_doc_115-National_Reports_Synthesis_WP8_Euro_HIV_EDAT_Finale_version.pdf)
21. Catarina Reis Oliveira (Coord.), Natália Gomes. Indicadores de Integração de Imigrantes - Relatório Estatístico Anual 2018 [Internet]. Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações (ACM). 2018 [citado 26 de Janeiro de 2018]. (Coleção Imigração em Números). Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2018+%E2%80%93+Indicadores+de+Integra%C3%A7%C3%A3o+de+Imigrantes.pdf/00de4541-b1ad-42ed-8ce9-33056321ecdb>
22. Catarina Reis Oliveira (Coord.), Natália Gomes. Indicadores de Integração de Imigrantes - Relatório Estatístico Anual 2017 [Internet]. Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações (ACM). [citado 18 de Fevereiro de 2018]. (Coleção Imigração em Números). Disponível em: <http://www.om.acm.gov.pt/-/relatorio-estatistico-anual-2017>
23. Gushulak B, Weekers J, MacPherson D. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerg Health Threats J* [Internet]. 31 de Março de 2010;2. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3167650/>
24. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. International Migration Report 2017 [Internet]. United Nations (ST/ESA/SER.A/403); 2017 [citado 18 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017.pdf>
25. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. International Migration Report 2017: Highlights [Internet]. United Nations (ST/ESA/SER.A/404); 2017 [citado 18 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: [http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf)

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

26. OECD. International Migration Outlook 2017 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017. (International Migration Outlook). Disponível em: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2017\\_migr\\_outlook-2017-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2017_migr_outlook-2017-en)
27. SEFSTAT. Evolução Global da População Estrangeira 1980 - 2016 [Internet]. 2018 [citado 25 de Março de 2018]. Disponível em: <http://sefstat.sef.pt/evolucao.aspx>
28. Estrela P. A saúde dos imigrantes em Portugal. *Rev Port Clin Gera.* 2009;(25):45–55.
29. International Organization for Migration. Key Migration Terms [Internet]. 2018 [citado 8 de Abril de 2018]. Disponível em: <https://www.iom.int/key-migration-terms>
30. Martine G. A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo Em Perspect.* Setembro de 2005;19(3):3–22.
31. Li PS, Atlantic Metropolis Centre, Centre of Excellence for Research on Immigration, Integration and Cultural Diversity, Canadian Electronic Library (Firm). *World migration in the age of globalization: policy implications and challenges.* Em Halifax, N.S: Atlantic Metropolis Centre; 2008. (Canadian Electronic Library). Disponível em: [http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks0/gibson\\_cppc/2010-08-06/1/10248718](http://myaccess.library.utoronto.ca/login?url=http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=/ebooks/ebooks0/gibson_cppc/2010-08-06/1/10248718)
32. World Health Organization. Globalization [Internet]. Health topics. 2017 [citado 27 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/globalization/en/>
33. Czaika M, Haas H. The Globalization of Migration: Has the World Become More Migratory? *Int Migr Rev.* 1 de Junho de 2014;48(2):283–323.
34. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *International Migration Report 2015* [Internet]. United Nations; 2015 [citado 18 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: [http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf)
35. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerg Themes Epidemiol.* 4 de Maio de 2006;3:3.
36. Rodrigues T, Ferreira S. Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de segurança — Português.* *Popul E Soc.* 2014;22:137–55.
37. Moses JW. *International Migration: Globalization's Last Frontier.* New York: Zed

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Books; 2006. 282 p.

38. Castles S, Haas H, Miller M. *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World* [Internet]. 5ª Edição. Palgrave Macmillan; 2013 [citado 28 de Novembro de 2017]. 420 p. Disponível em: <https://he.palgrave.com/page/detail/The-Age-of-Migration/?K=9780230355774>
39. CEPAL, United Nations. Chapter 8: International migration and globalization. Em: *Globalization and development* [Internet]. Brasília: CEPAL; 2002 [citado 12 de Outubro de 2017]. p. 30. Disponível em: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/11186/LCG2157\\_chap8\\_i.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/11186/LCG2157_chap8_i.pdf)
40. DGS. Migrações [Internet]. 2017 [citado 24 de Novembro de 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/internacional1/temas/migracoes.aspx>
41. Barnett ED, Walker PF. Role of immigrants and migrants in emerging infectious diseases. *Med Clin North Am*. Novembro de 2008;92(6):1447–58, xi–xii.
42. Kramer M, van den Hoek A, Coutinho R, Prins M. Sexual risk behaviour among Surinamese and Antillean migrants travelling to their countries of origin. *Sex Transm Infect*. Dezembro de 2005;81(6):508–10.
43. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The «healthy immigrant» effect: Does it exist in Europe today? *Ital J Public Health*. 1 de Setembro de 2012;9:e7532.
44. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 18 de Março de 2015;36:375–92.
45. Jolly S, Reeves H. *Gender and Migration: Overview report* [Internet]. Brighton: Bridge/Institute of Development Studies; 2005 [citado 1 de Janeiro de 2018]. 64 p. Disponível em: [http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1\\_art1.pdf/ce5ad029-c2ae-4dfc-81ee-de95738c016f](http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_art1.pdf/ce5ad029-c2ae-4dfc-81ee-de95738c016f)
46. McKay L, Macintyre S, Ellaway A. *Migration and Health: A Review of the International Literature*. Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit; 2003. 206 p. (Occasional Papers).
47. Leder K, Tong S, Weld L, Kain KC, Wilder-Smith A, von Sonnenburg F, et al. Illness in travelers visiting friends and relatives: a review of the GeoSentinel Surveillance Network. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 1 de Novembro de 2006;43(9):1185–93.
48. Angell SY, Cetron MS. Health Disparities among Travelers Visiting Friends and

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Relatives Abroad. *Ann Intern Med.* 4 de Janeiro de 2005;142(1):67.

49. World Health Organization Regional Office for Europe. Migration and health: key issues [Internet]. Migration and health. 2017 [citado 10 de Dezembro de 2017]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>

50. Truman BI, Tinker T, Vaughan E, Kapella BK, Brenden M, Woznica CV, et al. Pandemic influenza preparedness and response among immigrants and refugees. *Am J Public Health.* Outubro de 2009;99 Suppl 2:S278-286.

51. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants [Internet]. International Organization for Migration; 2006 [citado 26 de Dezembro de 2018]. (Background Paper.). Disponível em: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/index.cfm?action=media.download&uuid=2AA986F7-DBA1-D96C-9028652AF54FC2C1>

52. International Organization for Migration. Social Determinants of Migrant Health [Internet]. 2018 [citado 25 de Março de 2018]. Disponível em: <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>

53. Wolffers I, Verghis S, Marin M. Migration, human rights, and health. *Lancet Lond Engl.* 13 de Dezembro de 2003;362(9400):2019–20.

54. Eurostat. Migration integration statistics - at risk of poverty and social exclusion [Internet]. 2018 [citado 30 de Março de 2018]. Disponível em: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration\\_integration\\_statistics\\_-\\_at\\_risk\\_of\\_poverty\\_and\\_social\\_exclusion](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_integration_statistics_-_at_risk_of_poverty_and_social_exclusion)

55. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, editores. Migration and health in the European Union [Internet]. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. McGraw Hill, Open University Press; 2011. 257 p. (European Observatory on Health Systems and Policies Series). Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/migration-and-health-in-the-european-union-2011>

56. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLOS Med.* mai de 2011;8(5):e1001034.

57. Rey J. Enfermedades Infecciosas Emergentes. IFAS Extension [Internet]. 2007

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[citado 10 de Dezembro de 2017];Gainesville: University of Florida(ENY-740S). Disponível em: <http://edis.ifas.ufl.edu/pdffiles/IN/IN73100.pdf>

58. McMichael AJ, Woodruff RE, Hales S. Climate change and human health: present and future risks. *The Lancet*. 11 de Março de 2006;367(9513):859–69.

59. Morens DM, Fauci AS. Emerging Infectious Diseases: Threats to Human Health and Global Stability. *PLoS Pathog* [Internet]. 4 de Julho de 2013 [citado 26 de Maio de 2018];9(7). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701702/>

60. Thomas F, Haour-Knipe M, Aggleton P. *Mobility, Sexuality and AIDS*. Routledge; 2009. 235 p.

61. The Lancet Infectious Diseases. Migration and health. *Lancet Infect Dis*. 1 de Agosto de 2016;16(8):867.

62. Gushulak BD, MacPherson DW. Population Mobility and Infectious Diseases: The Diminishing Impact of Classical Infectious Diseases and New Approaches for the 21st Century. *Clin Infect Dis*. 1 de Setembro de 2000;31(3):776–80.

63. European Academies Science Advisory Council. Impact of migration on infectious diseases in Europe [Internet]. EASAC; 2007 [citado 19 de Fevereiro de 2017]. Disponível em:

[https://www.easac.eu/fileadmin/PDF\\_s/reports\\_statements/Migration.pdf](https://www.easac.eu/fileadmin/PDF_s/reports_statements/Migration.pdf)

64. Dias S, Gonçalves A, Luck M, Fernandes MJ. [Risk of HIV/AIDS infection. Access and utilization of health services in a migrant community]. *Acta Med Port*. Junho de 2004;17(3):211–8.

65. Gill MJ, Krentz HB. Mortality in migrants with HIV in western Europe. *Lancet HIV*. 1 de Dezembro de 2015;2(12):e508–9.

66. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [Internet]. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=1>

67. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report [Internet]. Stockholm: ECDC; 2017 [citado 19 de Fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV%20and%20migrants.pdf>

68. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO, Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data [Internet]. Stockholm:

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ECDC; 2017. Disponível em: [https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual\\_HIV\\_Report\\_Cover%2BInner.pdf](https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf)
69. European Centre for Disease Prevention and Control. The status of the HIV response in the European Union/European Economic Area, 2016 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016 [citado 2 de Janeiro de 2018]. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/Status-of-HIV-response-in-EU-EEA-2016-30-jan-2017.pdf>
70. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016 [citado 1 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>
71. Hernando V, Álvarez-del Arco D, Alejos B, Monge S, Amato-Gauci AJ, Noori T, et al. HIV Infection in Migrant Populations in the European Union and European Economic Area in 2007-2012: An Epidemic on the Move. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 de Outubro de 2015;70(2):204–11.
72. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet Lond Engl*. 3 de Julho de 2004;364(9428):83–94.
73. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, Burns F, Delpech V, Cowan S, et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health* [Internet]. 10 de Dezembro de 2015 [citado 7 de Abril de 2018];15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676131/>
74. Rice BD, Elford J, Yin Z, Delpech VC. A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. *AIDS Lond Engl*. 24 de Setembro de 2012;26(15):1961–6.
75. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2015;20(46).
76. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a infeção VIH, SIDA e Tuberculose - 2017. Lisboa; 2017.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

77. Nielsen U, Jensen-Fangel S, Pedersen G, Lohse N, Pedersen C, Kronborg G, et al. Travelling with HIV: A cross sectional analysis of Danish HIV-infected patients. *Travel Med Infect Dis.* 2014;(12):72–8.
78. Obel N, Omland LH, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen C, Pedersen G, et al. Impact of non-HIV and HIV risk factors on survival in HIV-infected patients on HAART: a population-based nationwide cohort study. *PloS One.* 2011;6(7):e22698.
79. Williamson LM, Rosato M, Teyhan A, Santana P, Harding S. AIDS mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Sex Transm Infect.* Outubro de 2009;85(6):427–31.
80. Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV Med.* Julho de 2008;9 Suppl 2:23–5.
81. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy.* 30 de Outubro de 2015;8:175–83.
82. Ministério da Saúde. Despacho n.º 25 360/2001 (2.ª série) [Internet]. Nov 16, 2001. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18613/2059720599.pdf>
83. European Centre for Disease Prevention and Control. Migrant health: Sexual transmission of HIV within migrant groups in the EU/EEA and implications for effective interventions [Internet]. Stockholm: ECDC; 2013 [citado 1 de Junho de 2018] p. 53. Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/Migrant-health-sexual-transmission.pdf>
84. Lazarus JV, Curth N, Wait M, Matic S. HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey. *J Int AIDS Soc.* 15 de Janeiro de 2010;13:2.
85. Dias S, Gama A, Severo M, Barros H. Factors associated with HIV testing among immigrants in Portugal. *Int J Public Health.* 1 de Outubro de 2011;56(5):559–66.
86. Fonseca M, Esteves A, McGarrigle J, Silva S. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Migrações* [Internet]. 2007 [citado 7 de Abril de 2018];1. Disponível em: <http://www.ceg.ulisboa.pt/migrare/publ/migracoesart.pdf>
87. European Centre for Disease Prevention and Control. Migrant health: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2009 [citado 26 de Maio de 2018]. Disponível em: [https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0907\\_TER\\_Migrant\\_health\\_HIV\\_Access\\_to\\_treatment.pdf](https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_HIV_Access_to_treatment.pdf)

88. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Risk Behaviors [Internet]. 2015 [citado 11 de Abril de 2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html>

89. Marsicano E, Lydié N, Bajos N. ‘Migrants from over there’ or ‘racial minority here’? Sexual networks and prevention practices among sub-Saharan African migrants in France. *Cult Health Sex*. 29 de Julho de 2013;15(7):819–35.

90. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Migrant health: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries. Estocolmo; 2010.

91. Dosekun O, Fox J. An overview of the relative risks of different sexual behaviours on HIV transmission. *Curr Opin HIV AIDS*. Julho de 2010;5(4):291–7.

92. Dias S, Marques A, Gama A, Martins MO. HIV risky sexual behaviors and HIV infection among immigrants: a cross-sectional study in Lisbon, Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 20 de Agosto de 2014;11(8):8552–66.

93. Patrão AL, McIntyre T, Costa E. Factores de risco psicosociais e sócio-cognitivos para o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/Sida) na mulher africana. *Rev Port Saúde Pública*. Dezembro de 2015;33(2):222–34.

94. Fenton K, Chinouya M, Davidson O, Copas A. HIV testing and high risk sexual behaviour among London’s migrant African communities: a participatory research study. *Sex Transm Infect*. Agosto de 2002;78(4):241–5.

95. Schuhwerk MA, Richens J, Zuckerman JN. HIV and travel. *Travel Med Infect Dis*. Julho de 2006;4(3–4):174–83.

96. Pérez-Molina JA, Martínez-Perez A, Serre N, Treviño B, Ruiz-Giardín JM, Torrús D, et al. Characteristics of HIV infected individuals traveling abroad. Results from the +REDIVI Collaborative Network. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. Fevereiro de 2016;34(2):108–13.

97. Monge-Maillo B, Norman FF, Pérez-Molina JA, Navarro M, Díaz-Menéndez M, López-Vélez R. Travelers visiting friends and relatives (VFR) and imported infectious disease: travelers, immigrants or both? A comparative analysis. *Travel Med Infect Dis*.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fevereiro de 2014;12(1):88–94.

98. Matteelli A, Schlegelhauf P, Carvalho AC, Weld L, Davis XM, Wilder-Smith A, et al. Travel-associated sexually transmitted infections: an observational cross-sectional study of the GeoSentinel surveillance database. *Lancet Infect Dis*. 1 de Março de 2013;13(3):205–13.

99. Memish ZA, Osoba AO. International travel and sexually transmitted diseases. *Travel Med Infect Dis*. Março de 2006;4(2):86–93.

100. Hynes NA. Sexually Transmitted Diseases in Travelers. *Curr Infect Dis Rep*. Março de 2005;7(2):132–7.

101. Vivancos R, Abubakar I, Hunter PR. Foreign travel, casual sex, and sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*. 1 de Outubro de 2010;14(10):e842–51.

102. Sundbeck M, Agardh A, Östergren P-O. Travel abroad increases sexual health risk-taking among Swedish youth: a population-based study using a case-crossover strategy. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1330511.

103. Matteelli A, Carosi G. Sexually transmitted diseases in travelers. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 1 de Abril de 2001;32(7):1063–7.

104. Croughs M, Remmen R, Van den Ende J. The effect of pre-travel advice on sexual risk behavior abroad: a systematic review. *J Travel Med*. Fevereiro de 2014;21(1):45–51.

105. Richens J. Sexually transmitted infections and HIV among travellers: a review. *Travel Med Infect Dis*. Julho de 2006;4(3–4):184–95.

106. Dias S (Coordenação). Relatório Final do Projeto «Imigrantes e VIH/SIDA» [Internet]. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa; 2015. Disponível em: [www.pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/estudos11/imigrantes-e-vihsida.aspx](http://www.pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/estudos11/imigrantes-e-vihsida.aspx)

107. Porta M, editor. *A Dictionary of Epidemiology* [Internet]. 6ª Edição. Oxford University Press; 2014 [citado 3 de Março de 2018]. Disponível em: <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199976720.001.0001/acref-9780199976720>

108. Muhib FB, Lin LS, Stueve A, Miller RL, Ford WL, Johnson WD, et al. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations. *Public Health Rep*. 2001;116(Suppl 1):216–22.

109. Gonçalves L. A Amostragem por Tempo - Local no Estudo de Populações de Difícil Acesso. Rosado F, editor. 2012 [citado 13 de Maio de 2017]; Disponível em:

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://www.spestatistica.pt/images/boletim/boletim-spe-outono-12.pdf>

110. UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Construction of core indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV/AIDS. Genebra: UNAIDS; 2013.

111. McHugh ML. The Chi-square test of independence. *Biochem Medica*. 15 de Junho de 2013;23(2):143–9.

112. Hart A. Mann-Whitney test is not just a test of medians: differences in spread can be important. *BMJ*. 18 de Agosto de 2001;323(7309):391–3.

113. Valadas C, Góis P, Marques JC. Quando o trabalho desaparece: imigrantes em situação de desemprego em Portugal. [Internet]. 1ª. Lisboa: Alto-Comissariado para as Migrações; 2014 [citado 4 de Agosto de 2018]. Disponível em: <https://ces.uc.pt/pt/investigacao/projetos-de-investigacao/projetos-financiados/quando-o-trabalho-desaparece>

114. Valente AC, António JHC, Correia T, Costa LPD. Imigrantes desempregados em Portugal e os desafios das políticas ativas de emprego [Internet]. 1ª edição. Lisboa: Alto Comissariado para as migrações I.P. (ACM, I.P.); 2016 [citado 1 de Outubro de 2018]. Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+OM+59.pdf/ef6513fc-c350-4bef-a8c1-c29f176a31c7>

115. Eurostat. Migrant population characteristics: Second generation immigrants in the EU generally well integrated into the labour market and have high educational attainment. Newsrelease [Internet]. 2016 [citado 1 de Outubro de 2018];(213/2016). Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7724025/3-28102016-BP-EN.pdf/6e144b14-d5e1-499e-a271-2d70a10ed6fe>

116. Smith J, Nyamukapa C, Gregson S, Lewis J, Magutshwa S, Schumacher C, et al. The Distribution of Sex Acts and Condom Use within Partnerships in a Rural Sub-Saharan African Population. *PLOS ONE*. fev de 2014;9(2):e88378.

117. Sundbeck M, Emmelin A, Mannheimer L, Miörner H, Agardh A. Sexual risk-taking during travel abroad – a cross-sectional survey among youth in Sweden. *Travel Med Infect Dis*. 1 de Maio de 2016;14(3):233–41.

118. UNAIDS. The Gap Report 2014: Migrants [Internet]. Genova; 2014. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/04\\_Migrants.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04_Migrants.pdf)