

■ Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto EpiMigra

Luís Távora-Tavira,* Rosa Teodósio,* Jorge Seixas,* Emília Prieto,** Rita Castro,** Filomena Exposto** e Jorge Atouguia*

Resumo Introdução: Por razões geográficas e história recente, Portugal é porta de entrada e fixação de imigrantes de países da África subsariana. Impressões e preconceitos relativos a estas populações consideram-nas frequentemente como núcleos de alta prevalência e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Dados epidemiológicos obtidos com base na evidência são necessários para compreender esta realidade e os estudos de base são uma ferramenta para atingir este objectivo. Metodologia: Um estudo prospectivo abrangeu 220 migrantes africanos (171 homens e 49 mulheres) recém-chegados a Portugal na altura da primeira consulta. A presença de IST foi avaliada usando um sistema de abordagem sindromática e confirmação biológica para gonorreia, clamídose genital, sífilis, hepatite B e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Resultados: A prevalência das infecções estudadas foi de 1,8% para gonorreia, 4,1% para sífilis, 7,3% para a infecção pelo vírus da Hepatite B e 7,3% para a infecção pelo VIH. Não se observaram casos de clamídose genital. Conclusões: As taxas de prevalência encontradas são semelhantes às descritas para população portuguesa não-migrante considerada de alta frequência de transmissão de IST com enquadramento social e económico semelhante ao da população estudada. A migração da África subsariana não parece constituir um factor isolado especialmente crítico de risco para a saúde pública nestas populações.

Palavras-chave: infecções sexualmente transmissíveis, migrantes africanos, prevalência, Portugal.

Summary Introduction: For reasons of geography and recent history, Portugal is a fixed point of entry for immigrants from sub-Saharan African countries. The relative impressions and preconceptions

* Unidade de Clínica das Doenças Tropicais, Centro de Malária e Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

** Unidade de Doenças Sexualmente Transmitidas, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

about these populations is that they are considered to have a great prevalence for and the passing on of sexually transmitted diseases (IST). The epidemiological data obtained forms the basis of evidence, is necessary in understanding the reality and its studies can be used as a tool in reaching this objective. Methodology: A prospective study covering 220 African migrants (171 men and 49 women) who recently arrived in Portugal at the time of their first consultation. The presence of IST was assessed using a biological syndromatic and confirmation approach for testing for gonorrhoea, genital clamídiase, syphilis, hepatitis B and the HIV virus. Results: The prevalence of the infections studied were 1,8% for gonorrhoea, 4,1% for syphilis, 7,3% for infection through the Hepatitis B virus and 7,3% for infection through HIV. No cases of genital clamídiase were observed. Conclusions: The rates of prevalence found are similar to those for the non-migrant Portuguese population considered to be of high risk in transmitting IST within a social and economic framework similar to the population studied. Migration from sub-Saharan Africa does not appear to constitute a specific isolated risk factor for public health within these populations.

Key-words: sexually transmitted diseases, African migrants, prevalence, Portugal.

Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto EpiMigra

Luís Távora-Tavira, Rosa Teodósio, Jorge Seixas, Emília Prieto, Rita Castro, Filomena Exposto e Jorge Atouguia

Projecto EpiMigra

Um dos problemas que mais tem perturbado a organização dos sistemas de saúde, na Europa no final deste século, tem sido o fluxo de migrantes oriundos de áreas geográficas diversas, no contexto do aumento das condições de mobilidade a nível mundial. A queda de barreiras socioculturais e políticas, associada ao desenvolvimento das comunicações, obriga a que os problemas de saúde pública do próximo século tenham de ser encarados numa perspectiva integrada e global. Assim, as consequências sanitárias destes fluxos migratórios tornaram-se um problema mundial que tem de ser encarado nas suas diferentes vertentes locais, tendo em conta as vicissitudes e particularidades geográficas e culturais de cada região e/ou país.

Por razões históricas recentes e geográficas, Portugal é ponto de passagem e fixação para migrantes da África subsariana. De facto, após um processo de descolonização recente, manteve-se um constante fluxo migratório de países de língua portuguesa daquela região, bem como de países vizinhos que partilham as mesmas rotas migratórias. Estes fenómenos migratórios são geralmente baseados em factores económicos e conflitos regionais e não têm características distintivas marcantes, quando comparados com fenómenos semelhantes de países do Sul da Europa.

A Consulta de Doenças Tropicais e de Medicina das Viagens do Instituto de Higiene e Medicina Tropical atende anualmente cerca de três mil pessoas, incluindo viajantes, migrantes, refugiados e requerentes de asilo em Portugal. Esta população recorre à consulta directamente ou encaminhada ao abrigo de protocolos de cooperação estabelecidos com outras instituições, como Organizações Não-Governamentais (ONG) e o Conselho Português para os Refugiados (CPR). Não existe conhecimento epidemiológico estruturado sobre as doenças transmissíveis que afectam esta população no nosso país.

Foi assim desencadeada a criação, implementação e divulgação de um Núcleo de Diagnóstico, Prevenção e Controlo de doenças transmissíveis, oferecendo diagnóstico clínico e laboratorial, aconselhamento e encaminhamento, no âmbito da prevenção primária e secundária destas patologias, em comunidades migrantes. Esta população incluiu um contingente significativo de indivíduos oriundos de

países tropicais, nomeadamente Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), e dos países do Leste Europeu.

O projecto, financiado por verbas próprias e pela Fundação Calouste Gulbenkian, designa-se EPI-MIGRA – Núcleo de Estudo Epidemiológico de Doenças Transmissíveis em Populações Migrantes e é liderado pela Unidade de Clínica das Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa). Participaram como parceiros iniciais a Unidade de Doenças de Transmissão Sexual (IHMT), Conselho Português para os Refugiados, Liga dos Africanos e Amigos de África, AGIR XXI, Associação dos Jovens Promotores da Amadora Saudável.

Resumidamente, o projecto teve como objectivos a criação, implementação e divulgação de um Núcleo de Diagnóstico, Prevenção e Controlo de doenças transmissíveis, tendo em vista: i) a caracterização epidemiológica das doenças transmissíveis na população-alvo, ii) definir o padrão das grandes doenças endémicas nesta população e seus factores de transmissão, iii) caracterizar as doenças de importação associadas à migração, iv) estabelecer protocolos adequados à prevalência e tipo de patologias encontrados e, v) promover na população abrangida e seus contactos atitudes preventivas com base em acções de educação para a saúde, nomeadamente em relação à tuberculose, SIDA e doenças de transmissão sexual.

O projecto cumpriu o seu tempo de execução, tendo alargado, neste período, a sua estrutura e parceiros, sobretudo Organizações Não-Governamentais. A Unidade integrou a Rede Alargada de Saúde dos Refugiados. Foram incluídos no programa cerca de 900 indivíduos.

Devemos notar que, embora não prevista como fundamental no início do projecto, se tornou necessária uma atitude mais pró-activa no contacto com a população migrante, implicando a execução de consultas fora do IHMT, nos pólos de residência dos núcleos migrantes. Ainda assim, o número de indivíduos atendidos e/ou estudados ficou aquém do previsto para o total do projecto, motivando a decisão de prolongar o período de estudo por pelo menos mais um ano.

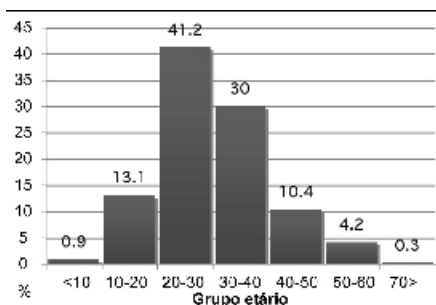
Indicadores de Realização

Dos indivíduos estudados, 20,9% são do sexo feminino e 79,1% do sexo masculino, estando esta distribuição de acordo com o esperado para um grupo de migrantes, *i.e.*, a regra é a da migração com base na procura de trabalho por parte do homem, ficando a restante família no país de origem. Esta relação não é tão nítida no que toca a população proveniente de países do leste europeu, em que a

distribuição entre sexos é quase igual, o que atribuímos aos padrões de migração (familiar) nesta subpopulação do estudo.

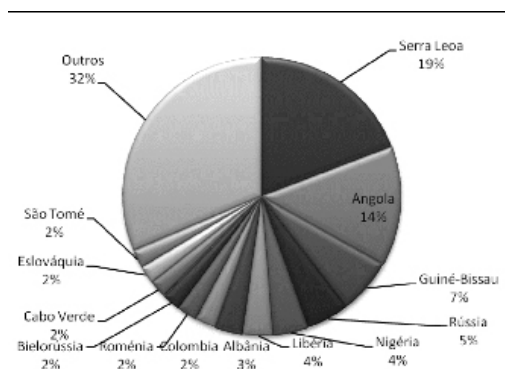
Trataram-se, na sua maioria, de adultos jovens (idade média de 30,7 anos), com a distribuição etária que se pode apreciar no gráfico seguinte. Esta distribuição corresponde aos padrões conhecidos para população migrante activa com as características de proveniência da população do estudo.

Gráfico 1 – Distribuição etária.



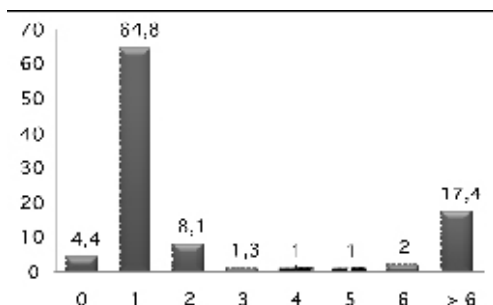
Os países de proveniência dos indivíduos que recorreram ao projecto são, na sua maioria, países da África subsariana, logo seguidos pelos países da Europa de Leste que, actualmente, mostram clara tendência para se tornarem mais pre-va-lescentes, como se pode ver no gráfico seguinte. Esta tendência está de acordo com as modificações dos padrões de migração existentes em Portugal e corresponde ainda a uma maior solicitação de apoio por parte de organizações ligadas a comunidades migrantes do Leste Europeu.

Gráfico 2 – Origem dos migrantes incluídos no estudo.



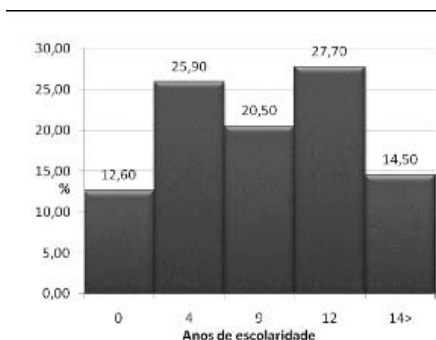
A nossa população é constituída por pessoas recentemente chegadas a Portugal (gráfico seguinte), em média há cerca de cinco meses, estando 77,7% dos indivíduos a residir há menos de dois meses no nosso país. Tal fica a dever-se, em grande parte, à grande celeridade no apoio e referenciação dos migrantes nas instituições de acolhimento, nomeadamente pelo Centro de Acolhimento do Conselho Português para os Refugiados.

Gráfico 3 – Tempo (meses) de estadia em Portugal, à data primeira consulta no IHMT.



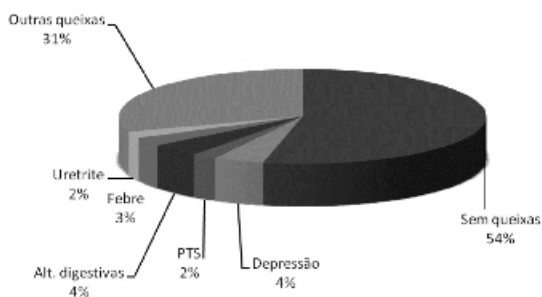
Embora com origens e culturas bastante diversificadas, tratam-se de pessoas com um grau de escolarização apreciável, atendendo aos seus países de origem. Assim, mais de metade dos indivíduos refere ter nove ou mais anos de escolaridade, cuja distribuição está ilustrada no gráfico seguinte.

Gráfico 4 – Escolaridade.



Quase metade (46%) dos indivíduos estudados tinha pelo menos uma queixa clínica, salientando-se as alterações do comportamento como as mais frequentes.

Gráfico 5 – Sintomas na altura da primeira consulta.



O número de indivíduos incluídos no estudo tem ficado aquém dos máximos previstos inicialmente. Embora não significativo, tal facto ficou, na nossa análise, a dever-se a um conjunto de factores não previsíveis, nomeadamente na dificuldade de mobilidade dos migrantes por razões que têm a ver com o trabalho, distância entre o local de acolhimento e o Instituto, horário da consulta e dificuldades económicas. Adoptámos entretanto medidas correctivas, nomeadamente diversificando os horários disponíveis e efectuando consultas nos locais de residência, em parceria com as organizações de acolhimento ou de bairro.

Uma parte considerável dos indivíduos consultados (cerca de 20%) não efectuou a totalidade dos exames complementares protocolados no estudo. Na maioria dos casos, tal resultou de desacordo com exames invasivos e/ou não assinatura do termo de consentimento informado, bem como da não entrega de produtos biológicos em data posterior à consulta. O receio, não dissipado, de consequências legais de testes positivos seguramente está sempre presente, sobretudo em refugiados e requerentes de asilo.

Consideramos ainda assim uma taxa de adesão dentro do previsto, não sendo prejudicadas as conclusões e objectivos do programa. A grande prevalência recente de indivíduos do Leste Europeu, com maiores dificuldades linguísticas, pode explicar uma parte dos casos. Evoluímos, em termos de exames complementares, para testes minimamente invasivos (ex. utilização de amostras de urina, sempre que possível) a fim de reduzir os níveis de recusa de testes.

A ligação entre os parceiros do programa tem funcionado adequadamente, sendo menos satisfatória a capacidade de encaminhamento de doentes, sobretudo indocumentados ou sem papéis da segurança social, para o sistema nacional de

saúde, à semelhança do que acontece com programas semelhantes noutros países europeus.

O problema da integração administrativa é de difícil solução no âmbito do programa e tem sido mitigado combinando a abordagem casuística e pessoal com o recurso a instituições de solidariedade, organizações de migrantes, numa base quase sempre graciosa e voluntarista. Não sendo objectivo do *EpiMigra* substituir-se ao papel do Serviço Nacional de Saúde, as situações de carência em indivíduos indocumentados mantêm-se como a dificuldade principal com que nos deparamos quase diariamente.

Duas conclusões importantes podem ser desde já retiradas do programa, nesta data. As doenças transmissíveis afectam uma parte importante, cerca de um terço, deste grupo populacional, logo seguidas pelos distúrbios psicológicos, muitas vezes ligados ao próprio processo de migração ou fuga. Torna-se assim prioritário oferecer diagnóstico e tratamento reforçados nestas duas áreas aos migrantes, com especial saliência para o apoio psicológico e as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo VIH/SIDA.

As infecções sexualmente transmissíveis e a condição de migrante

Ideias não baseadas na evidência sobre estas populações levam frequentemente a considerá-las como núcleos de alta transmissão ou grupos de risco para a transmissão e disseminação de doenças transmissíveis, com relevo para as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Escassos estudos noutros países europeus parecem associar uma prevalência aumentada de IST nestas populações mais a factores económicos e sociais (condições de vida, trabalhadoras do sexo) do que ao factor migração em si, embora por vezes dificilmente dissociáveis. Acresce que estudos comparativos com a prevalência de IST em migrantes de proveniência não-africana não mostram diferenças significativas de prevalência em relação aos migrantes africanos. Apesar disto, continua a ser frequentemente assumida a associação entre alta prevalência de IST e migração, especialmente em migrantes de origem africana.

Por razões diversas, os dados sobre prevalência de IST em Portugal são muito escassos e reconhecidos como tal pelas autoridades de saúde e comunidade científica. Por maioria de razão, são quase inexistentes em relação a populações migrantes. Dados baseados na evidência são assim da maior importância para a correcção de visões distorcidas do problema e para suportar estratégias e políticas de saúde. Estudos de base sobre prevalência constituem o ponto de partida para isso. O objectivo do nosso estudo é a avaliação da prevalência das IST em migrantes de origem africana recém-chegados a Portugal, utilizando critérios de diagnóstico clínico confirmados biologicamente.

Material e Métodos

Estudámos uma população constituída por 220 migrantes de origem africana. Os indivíduos foram incluídos no estudo após explicação presencial e assinatura de termo de consentimento informado redigido na sua língua-mãe. Foram adoptados como critérios de exclusão a não aceitação dos termos do estudo e da terapêutica com antimicrobianos no mês anterior à consulta. Todos os indivíduos foram submetidos a um questionário padronizado incluindo questões sobre história pregressa de infecções sexualmente transmissíveis, número e tipo de parceiros sexuais, história ginecológica e obstétrica na mulher e abuso de substâncias. A população de estudo inclui 171 homens e 49 mulheres, com uma idade média de 33,1 anos e recentemente chegados a Portugal (média = 1,2 meses à data da consulta). Os países de origem dos migrantes mais frequentes foram a Serra Leoa (n=65, 30,1%), Angola (47/21,7%), Guiné-Bissau (21/9,7%), Nigéria (14/6,5%) e Libéria (12/5,6%).

Após o inquérito e consulta, incluindo exame objectivo, foram colhidos sangue por venipunção e exsudado genital (uretral nos homens e vaginal e cervical nas mulheres) e processados para pesquisa biológica de infecção por agentes de IST, conforme descrito anteriormente (CDC, 2002; 2006). As amostras de sangue foram centrifugadas e o soro separado e congelado a -20° C até serem testados em séries. As zaragoas de exsudado foram processadas para microscopia, imunofluorescência directa e cultura numa base diária, de acordo com metodologia padronizada. Resumidamente, para o diagnóstico de sífilis foi usado como teste de primeira linha o R.P.R. (Rapid Plasma Reagin Test) da Melotec®, seguido do T.P.H.A. (Treponema pallidum Haemagglutination Assay) PHASYL 210 da Diagast Laboratories para confirmação dos casos positivos; para a detecção do antígeno de superfície do vírus da Hepatite B foi usado um teste de E.L.I.S.A. Melotest HbsAg da Melotec Biotechnologyand®; para o diagnóstico de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), foram pesquisados anticorpos anti VIH I e II usando ELAVIA Ac (Diagnostics Pasteur®), com confirmação dos casos positivos por Western Blot, usando New Lav Blot II (Sanofi Pasteur®). O diagnóstico de infecção por *Neisseria gonorrhoea* foi efectuado por exame corado pelo Gram de esfregaços uretrais/cervicais, seguidos de cultura em NYCM (New York City Medium) e identificação por testes bioquímicos API NH®; para a detecção de infecção por *Chlamydia trachomatis* infection usámos o IFD kit da BioMerieux®. A análise de dados foi feita a partir de uma base de dados protegida sobre Access®, usando o SPSS® da SPSS Inc.

Resultados

Os nossos resultados mostraram que 16,36% dos migrantes estudados tinham pelo menos uma das IST consideradas no estudo, com a distribuição e frequências descritas no Quadro 1. Não verificámos diferenças significativas entre a pre-

sença de infecção e factores de risco considerados, nomeadamente sexo, idade, educação, país de origem ou número de parceiros sexuais nos seis meses anteriores.

Parâmetros	Homens N = 171		Mulheres N = 49		Global N = 220	
	média	d.p.	média	d.p.	média	d.p.
Idade	28,25	9,74	32,73	12,05	29,25	10,15
Meses após a chegada	5,67	12,9	9,32	16,60	6,21	13,60
Anos de escolaridade	7,62	5,18	7,67	3,62	7,63	5,02
Parceiros sexuais nos últimos 6 meses	1,93	2,48	0,86	0,36	1,82	2,37
	n	%	n	%	n	%
Casados	37	21,6	7	14,3	44	20
Empregados	13	7,6	5	10,2	18	8,2
Recorreram ao SNS	1	0,6	0	0,0	1	0,5
Uso regular de preservativo	1	2,0	2	1,2	3	1,4
Separação/ruptura familiar	90	52,6	10	24,0	100	45,5
IST anterior	47	27,5	3	6,1	50	22,7
IST detectada no estudo	30	17,5	6	12,2	36	16,4
Gonorreia	4	2,3	0	0	4	1,8
Clamidiose	0	0	0	0	0	0
Sífilis	8	4,7	1	2,0	9	4,1
Hepatite B	12	7,0	1	2,0	13	5,9
Infecção VIH	12	7,0	4	8,2	16	7,3

Discussão e conclusões

Estudámos uma população constituída por adultos sexualmente activos de origem africana, tendo encontrado uma prevalência global e distribuição de IST concordante com taxas de prevalência descritas noutros estudos semelhantes em migrantes. Embora o sistema de vigilância de IST seja recente em Portugal, tornando as projecções e estudos comparativos difíceis ou impossíveis, os valores detectados na população estudada parecem não diferir significativamente de grupos específicos de origem europeia, quando considerados *clusters* de comportamento semelhantes (Matic, *et al.*, 2006).

As prevalências encontradas foram inferiores ao esperado no que respeita a infecções clássicas curáveis (gonorreia e clamidiose genital) e ligeiramente superiores ao esperado quando consideradas as infecções com detecção serológica (sífilis, VIH e hepatite B). Este facto pode ser interpretado como infecção maioritariamente adquirida no país de origem, mais do que relacionada com o comportamento ou padrão de migração, já que a infecção aguda clínica esteve presente em apenas alguns casos de gonorreia. As maiores prevalências nos homens podem reflectir mais alta frequência de contactos sexuais e número de parceiros e/ou factores culturais associados ao comportamento sexual, sendo semelhantes a padrões de diferença de género encontrados em não-migrantes.

Concluimos que a prevalência de IST na população do nosso estudo se aproxima dos valores encontrados em alguns estudos envolvendo grupos considerados «de risco» em Portugal, nomeadamente população prisional e trabalhadoras do sexo, sendo mais altas do que na população em geral (Fenton e Lowndes, 2004). A migração, como factor isolado, não parece assim ser um factor-chave de influência, contudo, mesmo na ausência de dados nacionais que permitam o estudo comparativo, os altos níveis de infecção VIH e pelo vírus da Hepatite B aproximam-se de valores encontrados em populações de alto risco na Europa.

Referências Bibliograficas

- CDC (2002), "Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines", *MMWR*, No. RR6, 51.
- CDC (2006), "Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines updated", *MMWR*, 55.
- Fenton, K.A. e Lowndes, C.M. (2004), "Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union", *Sexually Transmitted Infections*, 80 pp. 255-263.
- Matic, S., Lazarus, J.V. e Donoghoe, M.C. (2006), *HIV/AIDS in Europe: Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Agradecimentos

Este trabalho foi parcialmente financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Os autores agradecem ao pessoal da Unidade de Clínica das Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, ao Conselho Português para os Refugiados e aos Médicos do Mundo, pelo suporte e colaboração.