



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Barreiras e facilitadores na adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV entre as Mulheres Trabalhadoras de Sexo nas Cidades de Maxixe e Inhambane, Província de Inhambane, 2024

Nome do estudante: **Gonçalves Maibaze, MD**

Local, data de apresentação: Faculdade de Medicina, Maputo



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Barreiras e facilitadores na adesão à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV entre as Mulheres Trabalhadoras de Sexo nas Cidades de Maxixe e Inhambane, Província de Inhambane, 2024

Nome do estudante: Gonçalves Isac Maibaze, MD

Nome e título da Supervisora: Cynthia Semá Baltazar, MSc, MPH, PhD

Local, data de apresentação: Faculdade de Medicina, Maputo

Declaração de originalidade do projecto

“Declaro que esta Dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta Dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública ou da Universidade Eduardo Mondlane”

1. Agradecimentos

A elaboração deste protocolo de dissertação representa uma etapa marcante na minha trajetória académica e profissional — um percurso de aprofundamento teórico, reflexão ética e compromisso com o contexto em que este estudo se inscreve.

À minha supervisora, Cynthia Semá Baltazar, expresso a mais profunda gratidão pela orientação generosa, pela escuta atenta e pelo rigor intelectual com que acompanhou este processo. A sua sensibilidade ao contexto, aliada à exigência científica, foram determinantes para o amadurecimento deste trabalho.

Agradeço igualmente ao corpo docente e aos colegas do Mestrado em Saúde Pública (ramo de gestão e lideranças em sistemas de Saúde), em especial a Dra Elzier M. Mangunyane, pelo ambiente de partilha, pelas discussões enriquecedoras e pelo apoio mútuo ao longo desta caminhada formativa.

À Direcção Provincial de Saúde de Inhambane reconheço e valorizo o apoio institucional, a disponibilidade para o diálogo e a confiança depositada na relevância desta proposta de investigação. A colaboração foi essencial para enraizar este protocolo na realidade que o inspira.

Por fim, à minha família (minha esposa Maira Maibaze e filhos Apollo e Zayon) e aos amigos que caminham comigo com paciência, apoio e generosidade: o meu muito obrigado. A vossa presença foi um pilar fundamental nos momentos de maior exigência.

A todas e todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este protocolo ganhasse forma e sentido, deixo aqui o meu mais sincero reconhecimento.

Conteúdo

Declaração de originalidade do projecto	iii
1. Agradecimentos	iv
2. Resumo	ix
Abstract (Resumo em ingles)	xi
3. Lista de abreviaturas	xiii
4. Motivação	1
5. Introdução	2
6. Revisão bibliográfica	4
6.1. Enquadramento Teórico ou Conceptual	5
6.1.1. <i>Benefícios da PrEP para a autonomia das MTS</i>	6
6.1.2. <i>Obstáculos enfrentados</i>	6
6.1.3. <i>Modelo Teórico</i>	7
7. Hipóteses ou Questões de Pesquisa	9
8. Objectivos	10
8.1. Objectivo Geral	10
8.2. Objectivos Específicos	10
9. Metodologia (Material e Métodos)	11
9.1. Tipo/desenho de estudo	11
9.2. Local do estudo	11
9.3. Período do estudo	12
9.4. População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes	12
9.4.1. <i>População do estudo</i>	12
9.4.2. <i>Amostra</i>	12
9.4.3. <i>Amostragem ou modo de selecção dos participantes</i>	14

9.5.	Procedimentos, técnicas e instrumentos de colheita e recolha de dados	16
9.6.	Plano de gestão e análise de dados	17
9.6.1.	<i>Análises descritivas e comparativas</i>	17
9.6.2.	<i>Análise por objectivos específicos</i>	18
10.	Considerações éticas	20
10.1.	Normas éticas seguidas para aprovação do estudo	20
10.2.	Recrutamento e Consentimento Informado	20
10.3.	Confidencialidade/privacidade/anonimato	21
11.	Limitações do estudo	22
12.	Resultados	23
12.1.	Características sociodemográficas	23
12.1.1.	<i>Características sociodemográficas das MTS</i>	24
12.1.2.	<i>Características sociodemográficas dos provedores de saúde</i>	24
12.2.	Resultados — Organização pelo Modelo IMB	25
12.3.	Informação	25
12.3.1.	<i>Compreensão do regime e da “janela de proteção”</i>	26
12.3.2.	<i>Efeitos iniciais e rumores biomédicos</i>	26
12.4.	Motivação	27
12.4.1.	<i>Estigma percebido e gestão da identidade</i>	27
12.4.2.	<i>Risco percebido e autoproteção</i>	27
12.4.3.	<i>Autonomia e apoio relacional</i>	28
12.5.	Habilidades Comportamentais	28
12.5.1.	<i>Rotina laboral, mobilidade e logística</i>	28
12.5.2.	<i>Estratégias práticas e suporte operativo</i>	29
12.6.	Papel dos Serviços de Saúde (eixo transversal IMB)	29
12.6.1.	<i>Qualidade do acolhimento</i>	29
12.6.2.	<i>Seguimento após interrupções</i>	30

12.6.3.	<i>Mediação por educadoras de pares</i>	30
12.7.	Matriz de Síntese dos Achados por Domínio IMB	30
13.	Discussão	31
14.	Conclusões.....	34
15.	Recomendações	35
16.	Implicações para Políticas Públicas.....	38
17.	Referências Bibliográfica	42
18.	Apêndices	47
18.1.	Instrumentos de colecta de dados.	47
18.2.	Evidência de participação em eventos científicos (evidência de ter apresentado um comunicado oral e/ou poster produzido em eventos científicos)	51
18.3.	Folha de consentimento informado.	52
19.	Anexos.....	57
19.1.	Anexo 1 - Quadro de Caracterização das Participantes.....	57
19.1.1.	<i>Participantes MTS – Utentes Activas da PrEP</i>	57
19.1.2.	<i>Participantes MTS – Utentes que Descontinuaram a PrEP</i>	58
19.1.3.	<i>Participantes – Profissionais de Saúde e Educadores de Par</i>	59
19.2.	Anexo 2 - Excertos Adicionais de Entrevistas	60
19.2.1.	<i>Estigma e Confusão com TARV</i>	60
19.2.2.	<i>Efeitos Colaterais e Falta de Explicação</i>	61
19.2.3.	<i>Mobilidade, Instabilidade e Vida Laboral</i>	61
19.2.4.	<i>Confiança, Escuta e Relação com Profissionais</i>	62
19.2.5.	<i>Papel das Educadoras de Pares</i>	62
19.2.6.	<i>Percepção de Risco e Motivação para Início</i>	62
19.2.7.	<i>Sugestões Espontâneas para Melhoria</i>	63
19.3.	Anexo 3 – Excertos Adicionais de Entrevistas com Profissionais de Saúde.....	63
19.3.1.	<i>Dificuldades Operacionais e Recursos Humanos</i>	64

19.3.2.	<i>Estigma Associado à PrEP e ao Frasco</i>	64
19.4.	Anexo 4 Estratégias de Retenção e Acompanhamento	64
19.4.1.	<i>Sugestões para Melhoria dos Serviços</i>	64
19.5.	Anexo 5 – Códigos Temáticos Analíticos	65
19.5.1.	<i>Eixos Analíticos – Entrevistas com MTS</i>	65
19.5.2.	<i>Comentário analítico final</i>	68
19.5.3.	<i>Dimensões Analíticas – Entrevistas com Profissionais de Saúde</i>	68
19.5.4.	<i>Síntese Analítica</i>	70
19.6.	Anexo 6 – Matriz de Participantes por Código Temático	70
19.7.	Anexo 7 – Cronograma de Colecta e Localizações.....	72
19.8.	Carta de cobertura do local onde foi realizado o estudo.....	74
19.9.	Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação (Modelo 22).....	75

2. Resumo

A epidemia do HIV em Moçambique afecta desproporcionalmente as populações-chave, incluindo as Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS). A introdução da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como estratégia biomédica de prevenção do HIV representa um avanço relevante, mas sua eficácia depende directamente da adesão contínua mediada por factores sociais, estruturais e relacionais em que as utentes vivem. Este estudo qualitativo tem como objectivo explorar os factores que facilitam ou dificultam a continuidade da PrEP entre MTS nas cidades de Inhambane e Maxixe, com o objectivo de gerar evidências para políticas e práticas mais inclusivas.

A investigação decorreu entre Março e Abril de 2025, através de entrevistas semiestruturadas com 18 MTS (10 em uso activo e 8 que descontinuaram) e 7 profissionais de saúde, educadoras de pares, técnicos de medicina geral e enfermeiras da saúde materno-infantil. A amostragem foi intencional e em cadeia (*bola de neve*). Os dados foram analisados tematicamente usando o software NVivo, adoptando uma abordagem mista (dedutiva e indutiva), com codificação cruzada para assegurar validade analítica.

Os resultados revelaram que a adesão sustentada está fortemente relacionada à percepção de risco, confiança nos profissionais de saúde e ao suporte contínuo das educadoras de pares. Estratégias simples, como lembretes e explicações claras, fortaleceram a motivação e as habilidades comportamentais para manter a medicação. Contudo, persistem barreiras significativas: estigma associado à PrEP (especialmente por confusão com o medicamento antirretroviral usado para o tratamento de HIV), efeitos colaterais não esclarecidos, horários incompatíveis, mobilidade laboral e falta de seguimento activo.

A discussão evidencia que a adesão à PrEP vai além da motivação individual, dependendo da interacção entre informação, motivação e suporte institucional, conforme o Modelo Informação-Motivação-Comportamento (IMB). O estudo destaca que a continuidade da PrEP é viável quando apoiada por serviços de saúde empáticos, práticas de acolhimento e acompanhamento activo. Recomendações incluem a reformulação da embalagem da PrEP, horários flexíveis, reforço das educadoras de pares e integração com outros serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Conclui-se que o sucesso da PrEP entre MTS em Inhambane exige um compromisso institucional que reconheça as especificidades desta população, investindo em práticas de cuidado inclusivas, estratégias comunitárias e políticas de saúde pública ajustadas à

realidade social e laboral das MTS. O estudo evidencia que a continuidade do uso da PrEP está menos relacionada a uma motivação individual estática e mais condicionada à responsividade dos serviços — ou seja, à capacidade do sistema de saúde de acolher de forma sensível as experiências das utentes, adaptar suas abordagens às realidades vividas pelas mulheres trabalhadoras do sexo, e garantir um seguimento próximo, flexível e humanizado ao longo do tempo

Palavras Chaves: HIV; Prevenção Combinada; Profilaxia Pré-Exposição; Populações-chave; Determinantes Sociais da Saúde; Moçambique; África Subsariana.

Abstract (Resumo em ingles)

The HIV epidemic in Mozambique continues to disproportionately affect key populations, including Female Sex Workers (FSWs). The introduction of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) as a biomedical HIV prevention strategy represents significant progress; however, its effectiveness depends directly on continuous adherence shaped by social, institutional, and relational factors. This qualitative study aimed to explore the factors that facilitate or hinder the continuity of PrEP among FSWs in the cities of Inhambane and Maxixe, in order to generate evidence to inform more inclusive and effective policies and practices.

The research was conducted between March and April 2025 through semi-structured interviews with 18 FSWs (10 active users and 8 who had discontinued PrEP) and 7 healthcare providers, including peer educators, general medical technicians, and maternal-child health nurses. Sampling was purposive and chain-referral (snowball). Data were thematically analyzed using NVivo software, adopting a mixed approach (deductive and inductive), with cross-coding to ensure analytical validity.

The results revealed that sustained adherence is strongly linked to risk perception, trust in healthcare professionals, and ongoing support from peer educators. Simple strategies such as reminders and clear explanations reinforced motivation and behavioral skills to maintain PrEP. However, significant barriers persist, including stigma associated with PrEP (especially confusion with ART for HIV), unaddressed side effects, incompatible clinic hours, high mobility, and lack of active follow-up.

The discussion highlights that adherence to PrEP goes beyond individual motivation, depending on the interaction between information, motivation, and institutional support, as outlined in the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model. The study underscores that PrEP continuity is achievable when supported by empathetic health services, welcoming practices, and active follow-up. Recommendations include redesigning PrEP packaging, implementing flexible clinic hours, strengthening the role of peer educators, and integrating PrEP with other sexual and reproductive health services.

In conclusion, the success of PrEP among FSWs in Mozambique requires an institutional commitment that recognizes the specificities of this population, investing in inclusive care practices, community-based strategies, and public health policies tailored to the social and occupational realities of FSWs. The study highlights that the continued use of PrEP is influenced less by individual motivation and more by the health system's ability to listen to,

adapt to, and adequately respond to the specific needs and lived realities of women, including tailored counseling, consistent follow-up, and non-judgmental, gender-affirming care.

Key words: HIV Prevention; Pre-Exposure Prophylaxis; Key Populations; Health Systems; Social Determinants of Health; Sub-Saharan Africa.

3. Lista de abreviaturas

3TC	Lamivudina
AES	<i>Advanced Encryption Standard (Padrão de Criptografia Avançado)</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças – EUA)</i>
CS	Centro de Saúde
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno Infantil
FGH	Friends in Global Health
HIV	Vírus de Imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
IMB	<i>Information-Motivation'-Behaviora Skills Model (Modelo de Informação–Motivação–Comportamento)</i>
INS	Instituto Nacional de Saúde
MISAU	Ministério da Saúde
MTS	Mulheres Trabalhadoras de Sexo
OMS	Organização Mundial da Saúde
Desc.	Descontinuado
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
PC	Populações-Chave
PEPFAR	<i>U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA)</i>
PF	Ponto Focal
PID	Pessoas que Injectam Drogas
PrEP	Profiláxia Pré-Exposição
SAAJ	Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarato
TG	Transgéneros
TMG	Técnico de Medicina Geral
TS	Trabalhadores de Sexo
US	Unidade Sanitária

4. Motivação

Este estudo surge em resposta à crescente preocupação com a persistência da epidemia do HIV entre populações-chave em Moçambique, com destaque para as MTS, que continuam a enfrentar riscos elevados de infeção. A introdução da PrEP constitui uma estratégia inovadora e promissora para a prevenção do HIV, mas a sua eficácia depende diretamente da adesão contínua e do seguimento adequado. Diante dos desafios observados na implementação e retenção da PrEP entre as MTS, esta pesquisa foi motivada pelo compromisso de gerar evidências que contribuam para o fortalecimento das intervenções preventivas e para o aprimoramento das respostas em saúde pública.

5. Introdução

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) continua a ser um dos principais problemas de Saúde Pública a nível global. Em 2022, aproximadamente 1,3 milhões de pessoas no mundo e 500 mil na África Oriental e Austral contraíram o HIV (UNAIDS, 2023). As populações-chave (PC) são grupos sociais particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV devido a factores comportamentais, estruturais e sociais, incluem mulheres trabalhadoras do sexo (MTS), homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que usam drogas injectáveis (PID), pessoas transgénero (TG) e pessoas encarceradas. A maioria das novas infecções ocorreu entre indivíduos pertencentes a essas populações. (UNAIDS, 2023).

As disparidades de género, o estigma, a discriminação e leis punitivas e práticas prejudiciais limitam significativamente a capacidade das pessoas se protegerem contra o HIV (Cindy et al., 2023; Kuchukhidze et al., 2023). Consequentemente, a pandemia do HIV continua a afectar as de forma desproporcional as PC em relação à população geral.

Segundo dados do ONUSIDA, em 2022, a prevalência do HIV a nível global foi quatro vezes maior entre trabalhadores do sexo (TS) em comparação com os adultos da população geral dos 15 aos 49 anos (UNAIDS, 2023).

Em 2020, Moçambique foi classificado como o terceiro país com maior carga de novas infecções por HIV e pessoas vivendo com HIV no mundo (UNICEF, 2021). Em 2021 o país registou uma prevalência de HIV de 12,4% em indivíduos dos 15-49 anos de idade, sendo maioritariamente nas mulheres (15,0%) comparado com os homens (9,5%) da mesma faixa etária (INS, 2023). O Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA (PEN IV e V) reconhece as PC como prioritárias na resposta à pandemia do HIV em Moçambique (CNCS, 2015b, 2021a). Estimativas de modelagem sugerem que as MTS desempenham um papel significativo como potencial fonte de novas infecções na população em geral, contribuindo com 5,2% das novas infecções por HIV em Moçambique (CIA, 2021).

Moçambique tem priorizado intervenções específicas na resposta ao HIV em PC, com uma abordagem de prevenção combinada, isto é, combinação de factores comportamentais, biomédicos e estruturais para a prevenção do HIV usando o método de protecção mais recente: a

PrEP (WHO, 2016; CNCS, 2021; CDC, 2022). No entanto, apesar desses avanços, a epidemia do HIV/SIDA continua a apresentar elevada incidência e desafios persistentes, especialmente entre as Populações-Chave (UNAIDS, 2023)

A PrEP é uma ferramenta potencialmente crucial para a prevenção do HIV para pessoas com alto risco de contrair o vírus, incluindo PC, e é altamente eficaz quando administrada conforme prescrito (CDC, 2022). Apesar da elevada eficácia da PrEP, o acesso desigual, a estigmatização e a baixa percepção de risco entre MTS limitam sua adoção, sobretudo em contextos de recursos limitados. Dados da UNAIDS/Global AIDS Update 2024 mostram que, embora cerca de metade das MTS tenham recebido pelo menos dois serviços de prevenção nos três meses anteriores, menos de 5% iniciaram ou mantiveram a PrEP em 2022 (UNAIDS, 2023). Esse cenário reflete uma discrepância preocupante entre eficácia e acesso, atribuída a barreiras estruturais, estigma, percepção de risco reduzida, e limitações no desenho dos programas de saúde pública.

Em Moçambique, especificamente na província de Inhambane, dados programáticos recentes revelam uma lacuna semelhante: apesar de números significativos de novos inícios, apenas cerca de 19% das MTS mantêm a PrEP ao longo do tempo, em comparação com aproximadamente 30% na população geral. Em 2024, por exemplo, 3045 MTS iniciaram PrEP na província, mas apenas 568 mantiveram o uso, ilustrando um desafio persistente de continuidade que exige respostas contextualizadas e baseadas em evidência.

Compreender as barreiras ao uso da PrEP entre MTS, prestadores de cuidados e o sistema de saúde na província de Inhambane e identificar oportunidades para melhorar os cuidados diversos às MTS no contexto do sistema de saúde é fundamental para informar estratégias multifacetadas que aumentem a adesão à PrEP e a retenção nos cuidados nesta província.

No entanto, são ainda limitadas as evidências sobre os factores que influenciam a adesão e continuidade da PrEP entre MTS em contextos rurais e semiurbanos de Moçambique, o que torna essencial investigar essas barreiras e facilitadores neste contexto específico.

6. Revisão bibliográfica

Em todas as regiões do mundo, existem PC particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV. Esses grupos apresentam um risco significativamente maior de adquirir HIV em comparação com a população geral devido a uma série de factores complexos, como comportamentos de alto risco, desigualdades sociais, acesso limitado a serviços de prevenção e estigmatização (WHO, 2016; CNCS, 2021).

Em 2021, as PC e seus parceiros sexuais representaram 70% das infecções por HIV em todo o mundo, com 51% dessas infecções ocorrendo na África Subsaariana. Além disso, 3% das novas infecções por HIV na população em geral foram atribuídas às PID, enquanto 15% foram atribuídas às MTS.

No âmbito da redução da transmissão do HIV, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou, em 2015, a oferta do uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas HIV negativas e em risco substancial de infecção pelo HIV (a PrEP), de modo a reduzir a probabilidade de aquisição do vírus (WHO, 2016). Desde então, diferentes modelos de oferta da PrEP têm sido desenvolvidos, incluindo a PrEP diária oral e modelos diferenciados de prestação de serviços que buscam ampliar o acesso e a adesão, como a PrEP intermitente (uso sob demanda), a PrEP injectável de longa duração e abordagens comunitárias, adaptadas às necessidades de populações específicas (WHO, 2022)

Em 2017, Moçambique aderiu à PrEP como um dos pilares para a redução do número de novas infecções até 2025, tendo iniciado em 2018 um projecto piloto na Província da Zambézia, inicialmente em casais sero-discordantes, e expandido em 2019 para Manica e Nampula, incluindo adolescentes, mulheres jovens e PC (MISAU, 2021).

Diversas pesquisas ressaltam o impacto positivo do uso da PrEP entre indivíduos com alto risco de contrair o HIV, com evidências da redução da incidência do HIV (Vissers et al., 2008; Gomez et al., 2012), especialmente quando há adesão adequada ao método (Marrazzo, 2017; Giovenco et al., 2021).

Entretanto, o sucesso da PrEP está intrinsecamente ligado à disposição e adesão ao regime prescrito, o que envolve etapas fundamentais como o início, a continuidade e a persistência no uso da profilaxia. O início refere-se ao processo de aceitação e decisão de começar a tomar a

PrEP, enquanto a continuidade está relacionada ao seguimento das doses recomendadas nas consultas regulares. A persistência diz respeito à manutenção da PrEP de forma consistente ao longo do tempo, sem interrupções prolongadas.

As principais barreiras à sua eficácia incluem a falta de conscientização e o conhecimento insuficiente por parte de profissionais de saúde e dos próprios usuários (Ghayda et al., 2020). Estudos apontam que os efeitos colaterais, mobilidade geográfica, percepção reduzida de risco e falta de interesse são causas significativas de descontinuidade da PrEP entre as MTS (Giovenco et al., 2021; Ndenkeh et al., 2022). Outros factores incluem a exigência da toma diária do medicamento, falta de apoio familiar, estigma, uso de múltiplos medicamentos e riscos de infeções sexualmente transmissíveis e gravidez (Emmanuel et al., 2020; Kagaayi et al., 2020; Makhakhe et al., 2022).

Em Moçambique, um estudo realizado na província da Zambézia, em uma zona rural, em 2020, destacou a visão positiva dos profissionais de saúde quanto à PrEP, mencionando como facilitadores a disponibilidade de medicamentos, o registo adequado e coordenação eficaz dos serviços. No entanto, pesquisa também identificou a falta de formação adequada e problemas no preenchimento de registos como barreiras importantes a implementação da PrEP no contexto estudado (Sack et al., 2021).

A continuidade da PrEP também é incentivada pela consciencialização sobre o risco de contrair HIV, desejo de preservar a saúde, qualidade do atendimento e planos futuros, como a vontade de ter filhos (Giovenco et al., 2021).

6.1. Enquadramento Teórico ou Conceptual

MTS são aquelas que se envolvem em actividades sexuais em troca de dinheiro ou outras formas de compensação ou benefício económico. Trata-se de uma população altamente vulnerável e frequentemente sujeita a violência, estigma, marginalização e dificuldades económicas e sociais (Ghayda et al., 2020). No contexto moçambicano, essa vulnerabilidade é agravada pela ausência de proteções laborais formais, condições precárias de trabalho marcadas pela informalidade, insegurança e violência, e pelo acesso limitado a serviços sociais e de saúde sensíveis às suas

necessidades específicas, factores que contribuem para a perpetuação de riscos ampliados e barreiras significativas à busca de cuidados de saúde, incluindo a prevenção do HIV.

A PrEP ao HIV é o uso de medicamentos antirretrovirais por indivíduos seronegativos, com o objectivo de reduzir de reduzir significativamente o risco de aquisição do vírus (WHO, 2015). A OMS recomenda o uso de regimes de PrEP oral contendo Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF), e Moçambique adotou o regime combinado de TDF 300 mg / Lamivudina (3TC) 300 mg (MISAU, 2021).

A PrEP tem-se mostrado uma opção eficaz e sustentável para a prevenção do HIV/SIDA entre MTS (Celum & Baeten, 2012). Contudo, seu sucesso depende fortemente da adesão e do cumprimento do regime prescrito. As principais barreiras incluem a falta de conscientização, conhecimento insuficiente de profissionais de saúde e pacientes, e o contexto de pobreza, falta de oportunidades educacionais e de cuidados de saúde adequados (Campbell et al., 2013; Gutin et al., 2023).

6.1.1. Benefícios da PrEP para a autonomia das MTS

A PrEP é uma abordagem capacitadora que permite às MTS protegerem-se de forma independente, sem a necessidade de consentimento dos parceiros (Celum & Baeten, 2012). Isso fortalece a autonomia dessas mulheres na gestão da sua saúde sexual e reprodutiva, promovendo o empoderamento individual e colectivo. Em contextos africanos, as evidências sugerem que embora a PrEP represente uma ferramenta controlada pela mulher, a sua continuidade e efetiva adoção encontram barreiras estruturais significativas. Por exemplo, um estudo com trabalhadoras do sexo em eThekweni (África do Sul) verificou que a maioria interrompia a PrEP pouco tempo após a iniciação (Rao et al., 2022).

6.1.2. Obstáculos enfrentados

A PrEP constitui uma abordagem inovadora e capacitadora que permite às MTS protegerem-se de forma independente contra o HIV, sem depender da negociação com os parceiros ou do uso

do preservativo. Contudo, existem obstáculos misóginos¹, financeiros, sociais e culturais que limitam sua implementação (Wechsberg, Luseno & Lam, 2005; Shannon et al., 2014). Além disso, a falta de conscientização e o conhecimento limitado por parte de profissionais de saúde e usuárias comprometem a eficácia das estratégias de prevenção. O contexto de pobreza, mobilidade, criminalização do trabalho sexual, uso de múltiplos medicamentos e riscos de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez também contribuem para a descontinuidade da PrEP (Campbell et al., 2013; Gutin et al., 2023).

6.1.3. Modelo Teórico

O Modelo de Informação-Motivação-Habilidades Comportamentais (*Information-Motivation-Behavioral Skills - IMB*), proposto por Fisher e Fisher (1992), oferece um quadro útil para examinar os determinantes da adesão à PrEP. Este modelo postula que a informação sobre um comportamento de saúde, a motivação para realizá-lo e as habilidades comportamentais para executá-lo com sucesso são determinantes fundamentais da adoção e manutenção desse comportamento (Fisher, Fisher & Harman, 2009).

No contexto das MTS e PrEP, as barreiras e facilitadores podem ser mapeados dentro dos três domínios do modelo IMB:

- **Informação** – conhecimento preciso sobre a PrEP, compreensão dos seus benefícios e regime de toma;
- **Motivação** – atitudes e crenças em relação à PrEP, normas sociais, risco percebido, autoeficácia;
- **Habilidades Comportamentais** – habilidades para obter, tomar corretamente e manter a adesão à PrEP.

¹ *Obstáculos misóginos referem-se a barreiras baseadas em desigualdades de gênero que reforçam a subordinação e o controle das mulheres, limitando sua autonomia e acesso a serviços de saúde. Incluem práticas como violência de gênero, controle sexual por parte dos parceiros, discriminação por profissionais de saúde e normas sociais que restringem a liberdade das MTS.*

Factores estruturais como estigma, criminalização do trabalho sexual, pobreza, mobilidade e acesso aos serviços moldam os determinantes da informação, motivação e habilidades. Para fins de sistematização visual e alinhamento com abordagens utilizadas em estudos sobre determinantes sociais da saúde, os facilitadores e barreiras à adesão à PrEP entre MTS foram organizados de forma multinível: individual, social e estrutural. Esta organização complementa o modelo IMB, permitindo uma análise integrada que considera não apenas factores comportamentais, mas também os contextos sociais e institucionais que moldam as decisões individuais. A **Tabela 1** apresenta essa síntese, elaborada a partir da literatura revisada e organizada pelo autor, com o objetivo de ilustrar de forma clara os múltiplos fatores que influenciam a adesão e continuidade da PrEP entre MTS em contextos semelhantes ao moçambicano.

Tabela 1. Facilitadores e barreiras à adesão à PrEP entre MTS, organizados por nível de influência

Fonte: Elaboração própria com base em Fisher & Fisher (1992); Fisher, Fisher & Harman (2009); Cowan et al. (2016); Scorgie et al. (2021); Rao et al. (2022).

Nível	Facilitadores	Barreiras
Individual	Educação sobre PrEP, estratégias não estigmatizantes, lembretes, ferramentas de adesão e suporte de educadoras de pares.	Pouco conhecimento, medo de efeitos colaterais, baixa percepção de risco, estigma internalizado e estigma relacionado ao frasco da PrEP.
Social	Apoio de parceiros e redes de MTS, campanhas de conscientização, espaços seguros, suporte comunitário.	Estigma antecipado, violência por parceiros íntimos e medo de exposição involuntária
Estrutural	Profissionais capacitados, serviços adaptados e confidenciais, entrega comunitária, políticas adequadas, clínicas móveis e horários flexíveis.	Atitudes discriminatórias, proteção de dados, criminalização do trabalho sexual, mobilidade das MTS, falta de salas privativas e insegurança habitacional

7. Hipóteses ou Questões de Pesquisa

O presente estudo parte do pressuposto de que compreender e enfrentar as barreiras à adesão à PrEP entre MTS é essencial para ampliar o impacto desta estratégia de prevenção do HIV. Considera-se que tais barreiras se manifestam em múltiplos níveis — individual, social e estrutural — e que as MTS enfrentam desafios específicos que exigem abordagens diferenciadas em relação à população geral.

Com base nesse enquadramento analítico, o estudo é orientado pelas seguintes **hipóteses exploratórias**:

- **H1 – Nível individual:** A percepção de risco pessoal em relação ao HIV está positivamente associada à adesão à PrEP entre MTS.
- **H2 – Nível social:** O apoio social e a aceitação da PrEP no seio das redes de pares influenciam positivamente a continuidade da sua utilização.
- **H3 – Nível estrutural:** Barreiras institucionais, como o estigma nos serviços de saúde e a criminalização do trabalho sexual, estão negativamente associadas à adesão e retenção na PrEP.

Embora o estudo tenha uma abordagem qualitativa e exploratória, estas hipóteses ofereceram uma estrutura inicial para a formulação das questões de entrevista e para a interpretação dos resultados, contribuindo para a análise dos determinantes multicausais da adesão à PrEP neste grupo populacional prioritário.

8. Objectivos

8.1. Objectivo Geral

- a) Identificar e analisar os determinantes na adesão à PrEP para prevenção ao HIV entre as MTS na província de Inhambane.

8.2. Objectivos Específicos

- a) Descrever as barreiras à adesão à PrEP reportadas pelas MTS que alguma vez tenham estado em profilaxia;
- b) Descrever os factores facilitadores da adesão continua da PrEP reportados pelas MTS que iniciaram e mantêm o regime;
- c) Identificar e analisar o papel dos serviços de saúde na mediação das barreiras ou facilitadores à adesão à PrEP dentre as MTS.

9. Metodologia (Material e Métodos)

9.1. Tipo/desenho de estudo

Realizou-se um estudo descritivo, usando uma abordagem qualitativa e de natureza exploratória, com o objectivo de compreender as experiências relacionadas à adesão da PrEP pelas MTS, bem como os factores que constituem facilitador ou barreira para adesão à PrEP. O mesmo foi desenvolvido com recurso a entrevistas a informantes-chave. Considerando a limitada produção científica sobre a PrEP entre MTS em Moçambique, especialmente fora dos grandes centros urbanos, a abordagem exploratória mostrou-se apropriada para gerar evidências iniciais e aprofundar a compreensão deste fenómeno no contexto local.

9.2. Local do estudo

O estudo foi realizado na Província de Inhambane, com foco específico no Centro de Saúde Urbano da cidade de Inhambane e no Centro de Saúde da Maxixe. A escolha desta província baseou-se em considerações estratégicas e praticas. Inhambane é uma província turística proeminente em Moçambique, especialmente durante os períodos de pico, como o verão, quando há um aumento significativo do fluxo de visitantes) (Inhambane Province, n.d.). Nesses períodos observa-se uma mobilidade acentuada de MTS para áreas para áreas turísticas impulsionadas pela percepção de melhores oportunidades económicas (Scorgie et al., 2013). Este dinamismo torna a província um contexto relevante para o estudo da adesão à PrEP entre uma população sujeita a múltiplas vulnerabilidades e mobilidade constante.

Em termos epidemiológicos, Inhambane apresenta uma prevalência do HIV de aproximadamente **12,6%** entre adultos (15 anos ou mais), sendo 9,3% em homens e 14,6% em mulheres (INSIDA 2021).

De acordo com dados do primeiro semestre do MISAU (MISAU, 2024), a Província de Inhambane superou as metas esperadas na oferta de PrEP, com 2960 novos inícios, dos quais 76% foram mulheres. No entanto, não há informações disponíveis sobre a retenção dessas mulheres no uso contínuo da PrEP.

A escolha dos Centros de Saúde Urbano e da Maxixe justificou-se pelo facto de serem unidades sanitárias (US) pioneiras na implementação da PrEP para a PC nesta província. A selecção desses locais permite uma análise mais aprofundada dos impactos da implementação da PrEP

nesse contexto específico, contribuindo assim para uma compreensão mais abrangente dos desafios e oportunidades associados à introdução dessa intervenção preventiva.

9.3. *Período do estudo*

O estudo foi conduzido ao longo de um período de quatro meses após a aprovação ética. A recolha de dados teve lugar em Abril de 2025, com duração de aproximadamente 3 semanas. Este período incluiu a organização logística, obtenção do consentimento informado das participantes, bem como a recolha e verificação dos dados. As fases subsequentes, como a transcrição, análise e validação dos resultados, prolongaram-se até Junho de 2025.

9.4. *População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes*

9.4.1. População do estudo

A população do estudo foi composta por informantes-chave, que incluem MTS que actualmente utilizam a PrEP, bem como aquelas que interromperam o uso, e de profissionais de saúde que atendem MTS e fornecem serviços de PrEP, incluindo Educadores de Pares. As MTS foram seleccionadas devido à sua significativa vulnerabilidade ao HIV, sendo a segunda maior população-chave nesse contexto em Moçambique. Já os profissionais de saúde foram incluídos pelo seu papel estratégico na promoção, disponibilização e seguimento da PrEP, possuindo, portanto, percepções valiosas sobre os factores que facilitam ou dificultam a adesão contínua à medicação. No caso específico dos Educadores de Pares, sua participação foi considerada fundamental, dado o vínculo directo com a comunidade e o envolvimento activo na sensibilização, aconselhamento e apoio diário às MTS, o que os posiciona como mediadores privilegiados entre os serviços de saúde e as utentes.

9.4.2. Amostra

Na presente pesquisa qualitativa, a selecção dos participantes seguiu os princípios da amostragem intencional, baseada na representatividade social em relação ao problema estudado, e considerando o critério de saturação da informação (Moser & Korstjens, 2018).

Inicialmente, previu-se entrevistar 26 participantes no total distribuídos entre MTS que actualmente utilizam a PrEP, aquelas que descontinuaram seu uso, e profissionais de saúde que fornecem serviços relacionados à PrEP. No entanto o número final de participantes foi de 25, conforme descrito na **Tabela 2**.

A escolha desse número de participantes visou garantir uma diversidade suficiente de perspectivas e experiências, proporcionando uma compreensão rica e detalhada sobre os factores que influenciam o uso e descontinuação da PrEP, bem como a prestação de serviços de saúde relacionados. O tamanho final da amostra foi determinado com base no critério de saturação teórica da informação, isto é, quando os dados coletados deixam de trazer novas informações relevantes para os objetivos do estudo (Guest, Bunce & Johnson, 2006; Moser & Korstjens, 2018).

Essa abordagem baseada na saturação permitiu capturar a variabilidade e complexidade do fenómeno em estudo, assegurando que as principais questões e nuances sejam adequadamente exploradas. A definição do número de participantes, portanto, foi orientada não apenas pela diversidade necessária e pelos objectivos do estudo, mas também pelas limitações práticas e recursos disponíveis. A **Tabela 2** resume o tipo de participantes e o tamanho da amostra do estudo. Foram incluídos três grupos principais: MTS que actualmente usam a PrEP, MTS que descontinuaram o uso da PrEP e profissionais de saúde que prestam serviços de PrEP (incluindo educadores de pares). A tabela apresenta o número previsto de participantes para cada grupo e o número efectivamente alcançado, facilitando a visualização da representatividade da amostra.

Tabela 2. Resumo dos tipos de participantes e tamanho da amostra.

Tipo de Participantes	Número de participantes previstos	Número de participantes alcançados
MTS que actualmente utilizam a PrEP	05 a 10 participantes	10 participantes
MTS que descontinuaram o uso da PrEP	05 a 10 participantes	08 participantes
Profissionais de saúde que fornecem serviços de PrEP(incluindo educadores de pares)	02 a 6 participantes	07 participantes
Total de Participantes	26 participantes	25 participantes

9.4.3. Amostragem ou modo de selecção dos participantes

Para este estudo, a determinação do tamanho da amostra foi feita com base na amostragem intencional, e na técnica de bola de neve. Trata-se de amostragem não probabilística na qual foram seleccionados apenas os participantes que satisfaziam o objecto do estudo com base na convicção dos investigadores e recomendação de outros participantes do estudo (Patton, 2002).

Numa amostragem de forma intencional não probabilística, buscou-se incluir participantes que tenham experiência sobre o tópico da pesquisa e capazes de responder à pergunta de pesquisa com base nas suas vivências. As participantes foram seleccionadas com base na disponibilidade e acessibilidade dentro dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ) e das consultas integradas e que obedecessem os critérios de elegibilidade conforme a **Tabela 3**.

As MTS que estavam a utilizar ou que já haviam utilizados a PrEP foram referidos pelos profissionais de saúde das US seleccionadas para o entrevistador. Este método permitiu que o pesquisador recolha dados de forma prática e rápida, aproveitando a disponibilidade dos participantes dentro desses contextos de saúde. Além disso, foi utilizada a técnica de amostragem bola de neve, na qual as participantes iniciais (por exemplo, MTS que faziam ou já haviam feito o uso da PrEP referidas pelos profissionais de saúde) foram convidadas a indicar MTS que possam ter experiência relevante com a PrEP. Essa abordagem possibilitou alcançar participantes que podem não estar acessíveis através de métodos tradicionais de amostragem, ampliando assim a diversidade e representatividade da amostra (Biernacki & Waldorf, 1981).

A **Tabela 3** apresenta de forma sistemática os critérios de elegibilidade e exclusão aplicados aos três grupos de participantes incluídos no estudo: MTS activas em PrEP, MTS que iniciaram e descontinuaram a PrEP e profissionais de saúde. Esses critérios foram elaborados para garantir a coerência e a relevância da amostra, assegurando que cada participante tivesse experiências significativas com a PrEP e pudesse contribuir de forma informada para o objectivo do estudo.

A inclusão de profissionais de saúde ampliou a compreensão das dinâmicas institucionais, revelando tensões, lacunas e oportunidades. A combinação dos perfis das MTS e dos profissionais de saúde permitiu captar diferentes dimensões da experiência com a PrEP, desde

as motivações individuais e rotinas de adesão até os desafios institucionais para garantir continuidade e cuidado personalizado.

Tabela 3. Critérios de elegibilidade e exclusão

Participantes	Critérios de elegibilidade	Critérios de exclusão
MTS activas em PrEP	<ul style="list-style-type: none"> • Ser HIV negativa; • Estar inscrita nos serviços de PrEP; • Ter pelo menos 18 anos de idade; • Ter tido relações sexuais em troca de dinheiro, serviços ou bens nos últimos 6 meses; • Estar activa nos serviços de PrEP por pelo menos 3 meses; • Estar disposta a dar o consentimento informado para a entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em fornecer consentimento autónomo (ex.: intoxicação, crise emocional no momento da entrevista); • Situação que comprometa privacidade ou segurança durante a entrevista; • Participação simultânea em outro estudo sobre PrEP/TS na província; • Relação de dependência com a equipa do estudo (ex.: funcionária de ONG/instituição parceira diretamente envolvida);
MTS que iniciaram e descontinuaram a PrEP	<ul style="list-style-type: none"> • Ter usado e descontinuado os serviços de PrEP; • Ter pelo menos 18 anos de idade; • Ter tido relações sexuais em troca de dinheiro, serviços ou bens nos últimos 6 meses; • Estar disposta dar o consentimento informado para a entrevista; 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicação médica documentada à PrEP como motivo da interrupção; • Dificuldade em fornecer consentimento autónomo; • Participação em outro estudo relacionado à PrEP; • Relação de dependência com a equipa do estudo;
Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar na US do estudo a tempo inteiro nos diferentes sectores que oferecem a PrEP pelo menos 3 meses ou trabalhar na comunidade na área de saúde da US seleccionada; • Oferecer serviços de PrEP 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito de interesse (ex.: membro da equipa de investigação ou supervisão direta do estudo) • Participação em avaliação institucional ou pesquisa paralela sobre PrEP • Impossibilidade de garantir

	(incluindo aconselhamento, educação de pares).;	confidencialidade e consentimento livre.
	<ul style="list-style-type: none"> • Estar apto (a) e disposto (a) para dar o consentimento informado para a entrevista. 	

9.5. *Procedimentos, técnicas e instrumentos de colheita e recolha de dados*

A recolha de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais em profundidas, com guiões abertos contendo os principais temas a serem abordados. O guião foi desenvolvido especificamente para este estudo, com base nos objetivos da pesquisa, na experiência prévia do investigador principal em implementação de programas para as populações-chave, e ancorado na revisão de literatura científica e documentos programáticos relevantes sobre PrEP e trabalhadoras do sexo (WHO, 2016; MISAU, 2021; Giovenco et al., 2021) tendo sido previamente validado para o efeito. A sua estrutura foi desenhada para reflectir os principais determinantes da adesão à PrEP, incluindo factores individuais, sociais e estruturais, em alinhamento com o modelo de Informação-Motivação-Habilidades Comportamentais (Fisher & Fisher, 1992).

As entrevistas foram conduzidas pelo próprio investigador, fluente em português e com familiaridade com a língua local. Esta abordagem assegurou maior sensibilidade cultural e continuidade metodológica durante o processo de recolha de dados. As entrevistas realizaram-se entre as 07h30 e 15h30, em locais privados previamente acordados com os participantes, e tiveram duração média de 15 a 35 minutos.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, com consentimento informado por escrito, para garantir a fidelidade da transcrição e análise. Foram utilizados gravadores digitais de alta qualidade, blocos de notas e materiais de apoio.

Os arquivos foram armazenados num servidor seguro com criptografia AES-256 e transcritos integralmente. Durante o processo, foram utilizados dispositivos de áudio de alta qualidade, blocos de notas, canetas. Os arquivos de áudio foram armazenados em servidor seguro com criptografia AES-256 e posteriormente transcritos. O investigador também foi responsável por abordar os participantes, verificar a elegibilidade e obter o consentimento informado por escrito.

Todo o processo de abordagem, verificação da elegibilidade, obtenção do consentimento e condução das entrevistas foi executado exclusivamente pelo investigador principal, o que permitiu manter a consistência metodológica, o rigor ético e a sensibilidade cultural no decorrer de toda a recolha de dados.

9.6. Plano de gestão e análise de dados

As transcrições foram organizadas e codificadas no software NVivo, utilizando uma estrutura pré-definida baseada no guião de entrevistas. A análise temática foi realizada para identificar e categorizar temas emergentes, respeitando protocolos éticos e legais de confidencialidade. A análise incluiu quatro fases: organização da análise, codificação, categorização e interpretação.

Construção dos códigos. O processo de codificação seguiu uma abordagem mista: foram aplicadas categorias dedutivas, fundamentadas na literatura científica (WHO, 2016; MISAU, 2021; Giovenco et al., 2021) e nos objectivos do estudo, e categorias indutivas emergentes a partir das leituras iterativas das transcrições. Este procedimento garantiu a flexibilidade para capturar temas específicos ao contexto das MTS em Inhambane e Maxixe.

Codificação cruzada. Para assegurar a fiabilidade da análise e reduzir o viés individual, as entrevistas foram duplamente codificada por um segundo investigador. As discrepâncias identificadas foram discutidas e resolvidas em reuniões de consenso, garantindo a consistência interpretativa e fortalecendo a validade dos resultados.

Saturação teórica: A saturação teórica foi considerada atingida quando as entrevistas adicionais não trouxeram novos códigos ou temas significativos, confirmando a repetição de padrões e a robustez das categorias analíticas. Este critério fundamentou a conclusão da recolha de dados e a consolidação das interpretações finais.

9.6.1. Análises descritivas e comparativas

Além da análise temática, foram realizadas análises descritivas para caracterizar o perfil sociodemográfico das participantes e identificar padrões de uso da PrEP. Também foram efectuadas análises comparativas entre subgrupos (MTS que continuaram vs. descontinuaram a

PrEP, e profissionais de saúde), de modo a evidenciar diferenças nas barreiras e facilitadores percebidos.

9.6.2. Análise por objectivos específicos

Objetivo Específico 1

Identificar e descrever as barreiras à adesão à PrEP reportadas pelas MTS que alguma vez tenham estado em profilaxia.

Constructos/dimensões analíticas (IMB):

- Informação: (i) compreensão do regime e da “janela de proteção”; (ii) perceções sobre segurança/efeitos iniciais; (iii) qualidade/clareza da comunicação.
- Motivação: (i) estigma percebido (familiar, comunitário, nos serviços); (ii) risco percebido; (iii) autoeficácia.
- Habilidades comportamentais: (i) gestão da rotina e mobilidade; (ii) logística de levantamento/armazenamento; (iii) condições de vida.

Indicadores empíricos (exemplos de códigos): “medo do frasco”, “linguagem técnica”, “rumores biomédicos”, “sem local seguro para guardar”, “trabalho noturno”, “falha de seguimento”.

Análise:

Análise temática reflexiva, com codificação aberta e axial, agrupando códigos em subcategorias e categorias alinhadas aos domínios IMB. Posteriormente, contraste intra-casos (trajetórias individuais) e inter-casos (quem continuou vs. descontinuou), para identificar padrões de barreiras e suas combinações.

Objetivo Específico 2

Identificar e descrever os fatores facilitadores da adesão contínua à PrEP reportados pelas MTS que iniciaram e mantêm o regime.

Constructos/dimensões analíticas (IMB):

- Informação: (i) aconselhamento compreensível; (ii) mediação por educadoras de pares; (iii) materiais/lembretes.
- Motivação: (i) sentido de proteção/autonomia; (ii) apoio de pares/família; (iii) saliência do risco.
- Habilidades comportamentais: (i) rotinização da toma; (ii) lembretes/associações a eventos do dia; (iii) entrega comunitária/horários flexíveis.

Indicadores empíricos (exemplos de códigos): “explicação clara”, “quadro/lembrete”, “educadora como ponte”, “ligar à hora do pequeno-almoço”, “entrega comunitária”.

Análise:

Análise temática reflexiva para mapear facilitadores por domínio IMB e suas configurações úteis (ex.: informação clara + apoio de pares + entrega flexível). Realizou-se comparação de padrões entre participantes com continuidade sustentada vs. continuidade intermitente.

Objetivo Específico 3

Identificar e analisar o papel dos serviços de saúde na mediação das barreiras e/ou facilitadores à adesão à PrEP entre MTS.

Constructos/dimensões analíticas (transversal IMB):

- Organização do cuidado: (i) acolhimento/empatia; (ii) privacidade/sigilo; (iii) tempos/horários.
- Continuidade programática: (i) seguimento ativo após interrupção; (ii) reconexão ao cuidado; (iii) papel das educadoras de pares.
- Ajuste serviço-contexto: (i) entrega diferenciada/comunitária; (ii) comunicação cultural e linguisticamente adequada.

Indicadores empíricos (exemplos de códigos): “ninguém ligou após parar”, “sentir-se julgada”, “clínica móvel”, “educadora traz a medicação”, “sala privativa”.

Análise:

Análise de conteúdo temático focada em experiências com os serviços, identificando mecanismos institucionais que reforçam (ou fragilizam) os três domínios IMB. Procedeu-se a

triangulação interna (falas de MTS ativas/descontinuadas e profissionais de saúde, quando aplicável) para robustez interpretativa.

10. Considerações éticas

10.1. Normas éticas seguidas para aprovação do estudo

Para garantir o cumprimento dos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, este estudo seguiu rigorosamente as diretrizes nacionais e internacionais de ética em pesquisa.

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comité Institucional de Bioética para Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e do Hospital Central de Maputo (CIBS FM & HCM), antes do início da recolha de dados.

As seguintes medidas foram implementadas durante todas as etapas do estudo:

- Antes de sua inclusão no estudo, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e potenciais riscos do estudo, e forneceram um consentimento informado por escrito;
- Foi assegurado o direito à autonomia e à decisão livre e informada, sem qualquer forma de coerção ou pressão para participar.
- A confidencialidade e o anonimato foram garantidos por meio do uso de códigos alfanuméricos e do armazenamento seguro dos dados, sem vinculação a informações pessoais identificáveis;
- Os dados em formato áudio e texto foram armazenados em servidor protegido com criptografia AES-256, acessível apenas ao investigador principal;
- O estudo foi conduzido de forma a minimizar quaisquer riscos psicológicos, sociais ou legais, garantindo o respeito à dignidade e ao bem-estar dos participantes.

Reconhecendo a condição de grupo vulnerável das MTS, foram asseguradas salvaguardas éticas adicionais, incluindo linguagem respeitosa, não estigmatizante e locais seguros para as entrevistas

10.2. Recrutamento e Consentimento Informado

As participantes foram recrutadas com base na disponibilidade e acessibilidade dentro do SAAJ e das consultas integradas pelos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde indicaram todas as participantes que fazem ou que já fizeram PrEP para o entrevistador que realizou a verificação dos critérios de elegibilidade. Além disso, as MTS que iniciaram, e descontinuaram a PrEP foram contactadas telefonicamente pelos profissionais de saúde e serão convidadas para participar no estudo.

O consentimento informado foi solicitado individualmente a todas as participantes elegíveis antes da realização das entrevistas. O processo incluiu a leitura de uma folha informativa, a explicação detalhada dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios, e a garantia de voluntariedade e confidencialidade. As dúvidas foram esclarecidas antes da assinatura.

Cada participante assinou dois formulários de consentimento, um para participação e outro para gravação de áudio, ficando com uma via assinada. Os códigos identificadores atribuídos foram usados para manter o anonimato dos dados, que foram arquivados separadamente, em bases de dados protegidas.

10.3. Confidencialidade/privacidade/anonimato

Com o objectivo de assegurar a proteção dos participantes do estudo, cada entrevistado foi identificado por um número ou código exclusivo, atribuído especificamente para fins deste estudo. Todos os dados recolhidos foram vinculados unicamente a esse código de identificação, sem qualquer associação direta a nomes ou outras informações pessoais.

Nenhuma informação identificável foi compartilhada com terceiros ou incluída em publicações resultantes do estudo. Antes da redação final, os dados passaram por uma verificação cruzada rigorosa, de modo a garantir que nenhum conteúdo potencialmente identificável permanecesse nos materiais analisados ou divulgados.

A eliminação final dos dados e registos sensíveis será realizada de acordo com as normas da faculdade, por um serviço profissional especializado, assegurando a remoção permanente dos dados dos dispositivos de armazenamento, prevenindo assim qualquer possibilidade de acesso ou reutilização não autorizada.

11. Limitações do estudo

Apesar da profundidade analítica alcançada, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a pesquisa foi conduzida apenas nas cidades de Inhambane e Maxixe, o que pode limitar a generalização dos achados para outras regiões do país com contextos socioculturais distintos.

Em segundo lugar, embora o número de participantes tenha sido suficiente para identificar padrões consistentes, o estudo não incorporou a perspectiva de outros actores relevantes, como familiares, gestores de programas a diferentes níveis ou membros da comunidade, cujas contribuições poderiam ter enriquecido a análise.

Além disso, reconhece-se a possibilidade de viés de desejabilidade social, especialmente em relação a temas sensíveis como adesão à PrEP, práticas sexuais e experiências de estigma. Algumas participantes podem ter ajustado suas respostas para corresponder às expectativas percebidas dos entrevistadores.

Adicionalmente, o recrutamento pode ter privilegiado as mulheres que estavam mais ligadas aos serviços de saúde ou às redes comunitárias, podendo deixar de fora aquelas em situação mais precária ou menos interessadas em participar. Essa limitação pode ter enviesado os resultados para perspectivas mais favoráveis à PrEP ou ao serviço.

Outro aspecto a considerar é que a recolha de dados foi realizada num único momento (Março e Abril de 2025), o que impossibilita a análise de possíveis mudanças ao longo do tempo, como alterações sazonais na actividade laboral ou nos serviços de saúde que poderiam afectar a adesão à PrEP.

Por fim, embora tenham sido realizadas entrevistas individuais, a influência da presença das educadoras de pares na mediação do contacto com as participantes pode ter afectado o grau de abertura ou de crítica das entrevistadas em relação aos serviços de saúde.

Essas limitações não invalidam os resultados obtidos, mas apontam para a necessidade de cautela na extrapolação dos achados e destacam o potencial para aprofundamentos futuros em contextos diversos e com múltiplos interlocutores.

12. Resultados

12.1. Características sociodemográficas

12.1.1. Características sociodemográficas das MTS

Tabela 4. Características sociodemográficas das participantes

Participantes	MTS (N=18)
Sexo Feminino	18
Faixa Etária	
19-24 anos	1
25-29 anos	9
30-34 anos	2
35-39 anos	5
40 anos ou mais	1
Escolaridade	
Ensino primário	9
Ensino secundário	8
Técnico	1
Cidade alcançada	
Maxixe	8
Inhambane	10
Área de Residência	
Urbana	14
Peri-Urbana	4
Estado da PrEP	
Activo	10
Descontinuada	8
Trabalho sexual	18
Outra Fonte de renda	
Banca	3
Servente	1
Activista	1
Vendedora de Roupa	3
Sem outra fonte	10

A Tabela 4 apresenta as características sócio-demográficas das 18 mulheres MTS participantes do estudo, das quais 10 encontravam-se em uso activo da PrEP e 8 haviam descontinuado. As participantes tinham idades compreendidas entre os 23 e os 41 anos, com maior concentração na faixa etária dos 25 aos 29 anos (n=9; 50%).

Relativamente ao estado civil, a maioria declarou-se solteira (n=13; 72%), ao passo que 3 afirmaram estar casadas (17%) e duas relataram viver em união de facto (11%). Estas diferentes configurações relacionais introduzem variações na negociação do risco e no apoio à adesão à PrEP.

No que respeita ao nível de escolaridade, a maioria das participantes havia frequentado o ensino primário (n=9; 50%), seguida pelo ensino secundário (n=8) e ensino técnico (n=1). Nenhuma possuía formação superior.

Todas as participantes tinham no trabalho sexual a sua principal fonte de rendimento. No entanto, algumas complementavam os seus ganhos com actividades informais, como venda ambulante ou revenda de vestuário.

12.1.2. Características sociodemográficas dos provedores de saúde

Tabela 5. Perfil dos provedores de saúde

Provedores de Saúde	Técnicos Médios (N=4)	Educadores de Par (N=W)
Sexo		
Feminino	2	3
Masculino	2	0
Formação de base		
ESMI	2	0
TMG	2	0
Faixa Etária		
19-24 anos	0	0
25-29 anos	1	1
30-34 anos	0	1
35-39 anos	3	1
40 anos ou mais	0	0
Tempo de Experiência com a PrEP		
2 anos	1	1
3 anos	0	1
4 anos	3	1

Além das MTS, o estudo incluiu 7 profissionais de saúde (5 mulheres e 2 homens) com actuação directa junto à PC. A **Tabela 5** apresenta o perfil profissional dos provedores de saúde participantes, detalhando sua distribuição por sexo, faixa etária e tempo de experiência com a PrEP.

Suas funções variavam entre educadoras de pares, técnicas de Saúde Materno Infantil e técnicos de medicina geral, actuando em US e clínicas moveis.

Os participantes apresentavam idade compreendida entre 25 e 39 anos, sendo que a maioria se concentrava na faixa dos 35 aos 39 anos. Quanto à formação, todos possuíam nível técnico ou experiência comunitária formalizada. O tempo de experiência com a PrEP variava entre dois e quatro anos, com maior concentração de profissionais com quatro anos de envolvimento directo na oferta e seguimento do serviço.

12.2. Resultados — Organização pelo Modelo IMB

A análise temática foi reestruturada segundo o modelo Informação–Motivação–Habilidades Comportamentais (IMB), de modo a explicitar como lacunas informacionais, dinâmicas psicossociais e condições práticas do dia a dia se articulam e condicionam a iniciação, continuidade e descontinuidade da PrEP entre MTS em Inhambane e Maxixe. As categorias e subcategorias emergiram de codificação aberta e axial, com saturação temática observada nos eixos abaixo.

12.3. Informação

12.3.1. Compreensão do regime e da “janela de proteção”

Diversas participantes relataram compreensão parcial do regime de toma e dos procedimentos após interrupção, incluindo dúvidas sobre teste de re-início e janela necessária para proteção adequada.

i "Quando fui tomar a PrEP não percebi tudo que a senhora explicou, só fui tomando mesmo."

Maxixe_MTS_03_Activa_CS_Urbano

“Eu não sabia que se parar, tem que fazer o teste de novo... ninguém explicou isso direito, ou talvez não entendi bem.”

Inhambane_MTS_02_Activa_CS_Urbano

Os dados sugerem assimetria de informação entre o aconselhamento ofertado e a compreensão efetivamente retida, com potencial risco de uso subótimo após interrupções.

12.3.2. Efeitos iniciais e rumores biomédicos

Relatos de tonturas, náuseas e dor abdominal foram mais frequentes nas primeiras semanas de uso. Rumores locais sobre “danos ao estômago” e “doenças” circularam como barreiras cognitivas.

i “Comecei a sentir enjoos e dores, e fiquei com medo. Ninguém me explicou que era normal no início.”

(Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano)

i “Dizem que essa medicação pode estragar o estômago ou dar doenças que nem sabemos. Por isso, algumas de nós ficam com medo de tomar.”

(Maxixe_MTS_04_Desc_CS_Urbano)

A literacia em saúde heterogénea, associada a comunicação técnica pouco adaptada e a circulação de boatos, limita a formação de crenças corretas sobre eficácia e segurança, afetando decisões imediatas de continuidade.

12.4. Motivação

12.4.1. Estigma percebido e gestão da identidade

A semelhança do frasco com antirretrovirais de tratamento foi citada como gatilho de rotulagem social, levando a uso oculto, evitação e abandono.

i “Minha tia disse que aquilo era remédio de HIV, e começou a espalhar no bairro.”
(*Inhambane_MTS_05_Desc_CS_Urbano*)

i “Tenho medo que alguém veja o frasco e pense que sou doente.”
(*Inhambane_MTS_01_Desc_CS_Urbano*)

i “Se fosse outro frasco, não pensavam que eu sou doente.”
(*Inhambane_MTS_05_Desc_CS_Urbano*)

A motivação é socialmente produzida; a ameaça de estigma reconfigura custos/benefícios percebidos, tendendo a desencorajar a continuidade quando a privacidade não pode ser garantida.

12.4.2. Risco percebido e autoproteção

Medo de exposição ao HIV (preservativo inconsistente, coerção sexual, “stealthing”) sustentou decisões de início e manutenção.

i “Fiquei com medo porque já tinha apanhado um susto antes, então aceitei logo quando falaram da PrEP.”
(*Inhambane_MTS_02_Activa_CS_Urbano*)

i “Tem cliente que tira a camisinha sem avisar. A PrEP é o que me protege se isso acontecer.”

(Inhambane_MTS_05_Activa_CS_Urbano)

12.4.3. Autonomia e apoio relacional

A PrEP foi percebida como proteção controlada pela mulher, especialmente quando negociar preservativo não é viável; apoio de pares/familiares ampliou autoeficácia.

i “Gosto de conversar com a educadora porque ela entende o que a gente passa.”

(Inhambane_MTS_02_Activa_CS_Urbano)

i “Sou MTS, e tem clientes que não querem usar camisinha... então a PrEP me dá mais segurança.”

(Inhambane_MTS_03_Activa_CS_Urbano)

Dois vectores operam em sentidos opostos: estigma (desmotivador) vs. autoproteção/autonomia (motivadores), modulados pela percepção de risco e apoio social.

12.5. *Habilidades Comportamentais*

12.5.1. Rotina laboral, mobilidade e logística

Instabilidade residencial e deslocações frequentes entre bairros/cidades dificultaram recolha regular, armazenamento e toma diária.

i “Hoje durmo aqui, amanhã já estou noutra lado. Isso atrapalha de ir buscar o remédio.”

(Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano)

i “Às vezes não tenho onde dormir direito, muito menos onde guardar os comprimidos.”
(*Inhambane_MTS_03_Desc_CS_Urbano*)

As “habilidades” não são apenas traços individuais; são capacidades situadas, dependentes de condições materiais (tempo, espaço seguro, previsibilidade de rotina).

12.5.2. Estratégias práticas e suporte operativo

Rotinas ancoradas em eventos do dia (ex.: pequeno-almoço), lembretes visuais e entrega comunitária (educadoras/clinicas móveis) facilitaram execução consistente.

i “Tenho um quadro no quarto com o horário. Quando vejo aquilo, lembro logo.”
(*Inhambane_MTS_05_Activa_CS_Urbano*)

i “Às vezes não dava para ir no hospital. Então a educadora trazia para mim, era muito mais fácil.”
(*Maxixe_MTS_01_Activa_CS_Urbano*)

Sempre que o serviço “acompanha a rotina” (flexibiliza local/horário/entrega), as habilidades práticas emergem e a continuidade aumenta.

12.6. *Papel dos Serviços de Saúde (eixo transversal IMB)*

12.6.1. Qualidade do acolhimento

A escuta ativa e a comunicação clara reforçaram vínculo e permanência:

i “Ela me atendeu com calma, me explicou tudo, sem pressa. Isso me ajudou muito.”
(*Inhambane_MTS_04_Activa_CS_Urbano*)

i “Gostei do atendimento porque me trataram como pessoa, me escutaram sem pressa.”
(*Maxixe_MTS_03_Activa_CS_Urbano*)

12.6.2. Seguimento após interrupções

A inexistência de contactos reativos/proativos após paragens foi relatada como quebra de continuidade programática:

i “Tomei um mês, depois parei. Ninguém me ligou, ninguém perguntou nada.”
(Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano)

i “Ninguém me ligou, ninguém perguntou nada.”
(Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano)

12.6.3. Mediação por educadoras de pares

As educadoras funcionaram como ponte operacional e ética (informação adaptada, lembretes, entrega), reduzindo barreiras informacionais, desmotivadores e inabilidades práticas:

i “Quando vejo a educadora, lembro logo de tomar. Ela sempre pergunta como estou.”
(Maxixe_MTS_03_Activa_CS_Urbano)

Onde há acolhimento sensível, seguimento estruturado e mediação por pares, observam-se trajetórias de adesão mais estáveis. A ausência destes elementos associa-se a descontinuidade.

12.7. *Matriz de Síntese dos Achados por Domínio IMB*

Domínio IMB	Focos empíricos observados	Efeitos típicos na trajetória
Informação	Dúvidas sobre reinício/testagem; efeitos iniciais; rumores	Insegurança cognitiva → hesitação/abandono nos primeiros meses
Motivação	Estigma do frasco; medo de julgamento; risco percebido alto; autonomia	Estigma ↓ motivação; risco/autonomia + apoio ↑ motivação
Habilidades	Mobilidade; falta de local seguro; horários incompatíveis	Dificuldade de execução diária/levantamento; perdas de seguimento
Serviços (transversal)	Acolhimento; seguimento; pares/entrega móvel	Vínculo e continuidade quando presentes; descontinuidade quando ausentes

Os padrões descritos reaparecem em ambos os locais (Inhambane e Maxixe), com variações de intensidade associadas a contextos de mobilidade e organização dos serviços. As citações de casos negativos (ex.: boa informação, mas abandono por mobilidade extrema) demonstram que um único domínio IMB favorável não é suficiente; trajetórias sustentadas exigem combinações favoráveis entre informação clara, motivação socialmente viável e habilidades apoiadas por serviços flexíveis.

Os resultados documentam mecanismos práticos pelos quais informação incompleta, estigma social e constrangimentos logísticos impactam a continuidade da PrEP, assim como condições de proteção (educação por pares, acolhimento, entrega flexível) que sustentam a adesão. A secção seguinte discute implicações teórico-programáticas à luz do IMB e do contexto provincial, delineando oportunidades de melhoria para estratégias de comunicação, desenho de serviços e apoio comunitário.

13. Discussão

A adesão e continuidade da PrEP entre MTS em Inhambane e Maxixe revelam-se um processo multifactorial, cuja dinâmica ultrapassa a simples disponibilidade do medicamento. Os resultados mostram que a PrEP é apropriada, rejeitada ou interrompida em função de interações entre factores cognitivos, psicossociais, materiais e institucionais — evidenciando que a decisão de usar a PrEP é continuamente renegociada na vida quotidiana e em contextos marcados por vulnerabilidades e mobilidade. O enquadramento pelo Modelo IMB demonstrou ser útil para compreender como informação, motivação e habilidades comportamentais estruturam as trajetórias de utilização da PrEP, em consonância com estudos prévios (Golub et al., 2013; Ddaaki et al., 2021).

1. Informação: compreensão, clareza e mediação comunitária

A dimensão informacional mostrou-se central no início e manutenção da PrEP. Entrevistadas destacaram que explicações acessíveis, repetidas e culturalmente alinhadas foram determinantes para compreender a lógica de proteção da PrEP e os procedimentos em caso de interrupção. As educadoras de pares desempenharam papel crítico nesta mediação, traduzindo o aconselhamento clínico em linguagem compreensível, aproximando o serviço das experiências quotidianas das MTS.

Contudo, lacunas persistiram. Algumas mulheres expressaram que a comunicação técnica e pouco adaptada contribuiu para dúvidas sobre efeitos iniciais e protocolos de retomada, alinhando-se a evidências de que linguagem clínica não contextualizada pode limitar o entendimento e prejudicar a adesão (Moameri et al., 2024). Assim, a informação não apenas inicia o processo de adesão como precisa ser reforçada, sobretudo em momentos críticos, como o início da profilaxia ou o retorno após interrupções.

Em síntese, a qualidade da informação recebida e o modo como ela é transmitida influenciam diretamente o nível de confiança e o uso consistente da PrEP.

2. Motivação: estigma, risco percebido e autonomia

A motivação emergiu como dimensão fortemente moldada por contextos sociais. O estigma associado ao frasco da PrEP, frequentemente confundido com TARV, surgiu como barreira transversal, gerando receio de rotulagem e levando algumas participantes a ocultar ou abandonar o medicamento. Tal dinâmica confirma que marcadores visuais e simbólicos podem operar como barreiras sociais e emocionais ao uso de tecnologias preventivas (Wood et al., 2019; Golub et al., 2013).

Em contraste, a percepção elevada de risco e o desejo de autoproteção, especialmente em cenários de relações sexuais sem preservativo ou de violência/“stealth”, reforçaram a decisão de usar a PrEP. A autonomia surgiu como motivador importante, indicando que a PrEP é percebida como ferramenta de agency e proteção pessoal, sobretudo em situações onde a negociação do preservativo é limitada.

O apoio relacional — de educadoras, pares ou familiares — reforçou autoeficácia e confiança, mostrando que motivação individual é frequentemente sustentada por suporte emocional e

social. Portanto, a motivação para usar a PrEP é tanto individual quanto socialmente produzida, atravessada pelo estigma mas reforçada pela percepção de vulnerabilidade e desejo de autocuidado.

3. Habilidades comportamentais: rotinas, logística e condições de vida

A capacidade de manter o regime de PrEP revelou-se estreitamente vinculada às condições materiais e logísticas das MTS. A mobilidade laboral, a instabilidade residencial e a ausência de locais seguros para guardar a medicação dificultaram a continuidade. Tais achados mostram que habilidades comportamentais, no contexto das MTS, são contingentes a estruturas de vida marcadas por incerteza e precariedade, e não apenas atributos individuais (Ddaaki et al., 2021).

Práticas facilitadoras incluíram o uso de lembretes, associação da toma da pílula a rotinas diárias e entrega comunitária pelos serviços de saúde ou educadoras de pares. Estas estratégias demonstraram como apoio prático e adaptação dos serviços facilitam a internalização de rotinas e mitigam desafios logísticos.

Assim, o domínio “habilidades” no IMB é indissociável de condições sociais e programáticas, reforçando que programas eficazes precisam alinhar-se aos ritmos e espaços de vida das MTS.

4. Papel transversal dos serviços de saúde

Embora não seja um componente original do IMB, a literatura reconhece o papel das estruturas de cuidado como elemento transversal na formação de informação, motivação e habilidades (Golub et al., 2013). Neste estudo, a qualidade do acolhimento e o acompanhamento após interrupções foram especialmente relevantes.

A ausência de estratégias de seguimento activo após abandono da PrEP contribuiu para rupturas no cuidado e sentimento de desamparo, sugerindo que a descontinuidade não deve ser lida como falta de interesse, mas como falha programática de retenção e reconexão ao cuidado (Nguyen, 2010). Por outro lado, a presença de profissionais acolhedores e de educadoras de pares reforçou confiança e continuidade, revelando o potencial transformador de abordagens comunitárias.

14. Conclusões

Este estudo evidencia que a PrEP é amplamente reconhecida pelas MTS como uma estratégia eficaz e desejada para a prevenção do HIV. Mais do que uma ferramenta biomédica, representa uma oportunidade concreta de autocuidado e de protecção face às vulnerabilidades da profissão, contribuindo para a manutenção de projectos pessoais e familiares.

A decisão de iniciar e manter a PrEP está profundamente vinculada à percepção de risco individual e às experiências nos serviços de saúde. As participantes que mantiveram a adesão relataram trajetórias marcadas por acolhimento, escuta activa, apoio contínuo — especialmente das educadoras de pares — e esclarecimentos claros sobre a profilaxia. Estes factores reforçam o papel central do suporte comunitário e da qualidade relacional na promoção da adesão.

Por outro lado, as barreiras identificadas — estigma social e institucional, a semelhança do frasco da PrEP com TARV, horários de atendimento incompatíveis com a rotina nocturna, falta de espaços privativos e a ausência de seguimento activo — evidenciam limitações nos actuais modelos de cuidado. Estas barreiras não significam falta de interesse das utentes, mas antes desafios concretos que exigem ajustes programáticos e institucionais.

Analisados à luz do Modelo Informação-Motivação-Comportamento, os resultados confirmam que a adesão à PrEP não é uma escolha individual isolada, mas sim fruto da interacção entre informação clara e acessível, motivação sustentada e competências comportamentais — dimensões profundamente mediadas pelas condições sociais e institucionais. A confiança construída com profissionais específicos, o papel das educadoras de pares como mediadoras e a sensibilidade dos serviços às realidades vividas pelas MTS são elementos essenciais para garantir a continuidade da PrEP.

Em síntese, o sucesso da PrEP entre as MTS em Inhambane e Maxixe não depende apenas da sua disponibilização, mas da construção de serviços de saúde acessíveis, empáticos, flexíveis e contínuos, que respondam às especificidades desta população com compromisso ético. Reconhecer as MTS como protagonistas legítimas do cuidado, combater o estigma, adaptar

horários e espaços, e investir em estratégias de seguimento activo emergem como elementos-chave para assegurar o pleno exercício do direito à prevenção e à dignidade.

15. Recomendações

Com base nos achados deste estudo qualitativo, propõem-se as seguintes recomendações programáticas para fortalecer a adesão e a continuidade do uso da PrEP entre MTS em contextos urbanos e periurbanos de Moçambique. As propostas foram formuladas a partir das experiências narradas pelas próprias utentes e profissionais de saúde, com foco em soluções viáveis, sensíveis e alinhadas às realidades do trabalho sexual.

a) Redução do Estigma e Aumento da Discrição da Medicação

- Redesenhar as embalagens da PrEP, adotando frascos mais discretos, neutros e visualmente distintos dos medicamentos antirretrovirais usados para o tratamento de HIV, com o objetivo de evitar estigmatização e exposição involuntária das utentes.
- Promover campanhas comunitárias de sensibilização, desmistificando a PrEP e reforçando sua natureza preventiva, para combater suposições erradas e interpretações morais negativas nos bairros.
- Envolver líderes locais, educadoras de pares e activistas comunitários na desconstrução de mitos e na normalização do uso da PrEP como cuidado legítimo e digno.

b) Adaptação dos Serviços às Rotinas e Condições de Vida das MTS

- Estabelecer horários de atendimento alternativos e flexíveis, incluindo finais de tarde, noites e fins de semana, compatíveis com as rotinas noturnas das MTS.
- Criar fluxos de atendimento diferenciados dentro das unidades sanitárias, com espaços privativos, evitando a exposição a filas comuns e reduzindo a ansiedade de serem reconhecidas.

- Expandir o acesso descentralizado à PrEP, por meio de clínicas móveis, pontos de dispensa em feiras de saúde e centros comunitários em zonas de alta concentração de MTS.

c) Fortalecimento do Vínculo com os Serviços de Saúde

- Implementar estratégias de seguimento activo, como telefonemas, mensagens de texto e visitas domiciliares, especialmente após abandono ou em situações de risco de descontinuação.
- Facilitar o retorno à PrEP com processos simplificados, acolhimento livre de julgamento e reforço positivo, tratando interrupções como oportunidades de reengajamento e não como falhas.
- Integrar a PrEP com outros serviços de saúde sexual e reprodutiva, como testagem, ITSs, planeamento familiar e apoio em casos de violência de género.

d) Reconhecimento e Expansão do Papel das Educadoras de Pares

- Formalizar a inserção das educadoras de pares nas equipas de saúde, com remuneração ajustada a natureza do trabalho, contratos institucionalizados e acesso contínuo a capacitações.
- Ampliar sua actuação para além da mobilização, incluindo aconselhamento, seguimento personalizado, mediação entre serviços e utentes, e entrega descentralizada da PrEP.
- Disponibilizar educadoras de par fixas em unidades sanitárias, como ponto de escuta e referência acessível para as MTS, fortalecendo o vínculo e a continuidade do cuidado.

e) Qualificação Humanizada do Atendimento

- Capacitar de forma sistemática todos os profissionais envolvidos, incluindo recepcionistas e seguranças, para garantir uma abordagem empática, não discriminatória e culturalmente competente.

- Criar ambientes de escuta protegida, onde as utentes possam esclarecer dúvidas sem medo de exposição ou julgamento moral.
- Desenvolver materiais educativos acessíveis e inclusivos, utilizando linguagem simples, formatos visuais e conteúdos em áudio, considerando níveis variados de escolaridade.

f) Inovação e Diversificação dos Esquemas de PrEP

- Avaliar a introdução de formulações injetáveis de longa duração, especialmente para MTS com dificuldades em manter rotinas diárias e que expressaram interesse por esquemas menos frequentes.
- Estabelecer mecanismos de autocuidado supervisionado, com kits para uso domiciliar acompanhados de apoio remoto ou comunitário, promovendo maior autonomia das utentes.

g) Integração de Apoio Psicossocial

- Reforçar serviços de apoio psicossocial, com escuta especializada para lidar com estigma, conflitos familiares, ansiedade e outras vulnerabilidades emocionais comuns entre as MTS.
- Promover espaços coletivos de apoio, como grupos terapêuticos ou rodas de conversa facilitadas por pares ou técnicos, para reforçar a apropriação, solidariedade e autoestima.
- Garantir acompanhamento individualizado contínuo, sobretudo nos momentos de vulnerabilidade, início da medicação ou após descontinuação, com foco no fortalecimento de vínculos e redução do abandono.

Estas recomendações apontam caminhos concretos para a construção de serviços de saúde mais equitativos, acolhedores e eficazes. Ao escutar as necessidades das próprias utentes e traduzir suas experiências em práticas institucionais, é possível garantir que a PrEP não seja apenas disponível — mas verdadeiramente acessível, sustentável e centrada na dignidade das MTS.

16. Implicações para Políticas Públicas

Os achados deste estudo oferecem subsídios estratégicos para o redesenho e aprimoramento das políticas públicas voltadas à prevenção do HIV entre MTS em Moçambique. Ao trazer à tona as vozes de utentes e profissionais de saúde, a pesquisa revela que a efetividade da PrEP, enquanto ferramenta biomédica de prevenção, está directamente vinculada à capacidade do sistema de saúde em criar ambientes de cuidado que sejam acessíveis, acolhedores e responsivos às realidades sociais e laborais dessa população-chave.

a) Reconfiguração dos Modelos de Oferta da PrEP

As políticas públicas devem ultrapassar o foco na distribuição da medicação e investir na estruturação de modelos de cuidado adaptados ao cotidiano das MTS. Isso implica, entre outras medidas:

- Adoção de extensão de horários de funcionamento mais flexíveis, com atendimento em períodos alternativos (finais de tarde, noites e fins de semana), considerando a dinâmica noturna do trabalho sexual.
- Criação de fluxos diferenciados e salas reservadas nas unidades sanitárias, para garantir privacidade, reduzir o estigma institucional e minimizar barreiras à adesão.
- Reconhecimento formal das educadoras de pares como agentes comunitárias de saúde, com formação sistemática, remuneração adequada e inserção nos planos operacionais dos serviços.

b) Resposta Estrutural ao Estigma e Discriminação

A persistência do estigma — tanto social quanto institucional — representa um obstáculo decisivo à continuidade da PrEP. As políticas devem incorporar estratégias robustas e intersectoriais de enfrentamento à discriminação, como:

- Campanhas nacionais de comunicação pública que reafirmem o caráter preventivo da PrEP, desassociando-a da TARV e promovendo sua normalização como tecnologia de autocuidado.
- Adequar os frascos e materiais de dispensa, com estética neutra e discreta, que reduza o risco de exposição involuntária das utentes.
- Mobilização de lideranças locais, educadoras de pares e redes comunitárias, promovendo mudanças culturais sustentadas e o combate ao boato e julgamento moral.

c) Institucionalização do Seguimento Activo e Retorno Humanizado

A experiência das utentes evidencia que a descontinuação da PrEP é muitas vezes reflexo de falhas institucionais de seguimento e suporte contínuo, e não de desinteresse. Assim, recomenda-se que as políticas incorporem:

- Protocolos nacionais de seguimento activo, com mecanismos formais para identificação e contacto com utentes que interromperam o uso da PrEP.
- Formação de profissionais em abordagens empáticas e não punitivas dos utentes que retornam, reduzindo a culpabilização das utentes e promovendo o reengajamento como parte do cuidado.
- Uso sistemático de ferramentas de comunicação, como mensagens SMS, chamadas pós-consulta e lembretes digitais personalizados.

d) Integração da PrEP em uma Abordagem Ampliada de Saúde Sexual

A ampliação da cobertura da PrEP deve estar inserida em uma perspectiva de cuidado integral, garantindo acesso contínuo a outros componentes da saúde sexual e reprodutiva, como:

- Serviços de contracepção, testagem e tratamento de ITSs, bem como apoio psicossocial e acolhimento em casos de violência baseada no gênero.
- Capacitação contínua dos profissionais de saúde em temas como ética do cuidado, diversidade sexual e de gênero, comunicação inclusiva e escuta activa.

- Monitoria e avaliação com indicadores sensíveis ao contexto das MTS, incorporando dimensões como mobilidade, autonomia, discrição, vínculo e experiência de estigma.

e) Articulação Intersectorial com Políticas Sociais e de Justiça

Por fim, a adesão sustentável à PrEP poderá ser possível mediante políticas públicas que reconheçam e enfrentem os determinantes sociais da saúde que impactam as MTS, incluindo:

- Instabilidade habitacional e mobilidade urbana, que dificultam a continuidade do cuidado;
- Violência baseada no gênero, que fragiliza a autonomia das mulheres sobre sua saúde e decisões;
- Barreiras estruturais ao exercício pleno dos direitos sociais, como acesso à educação, renda, proteção legal e cidadania.

f) Consolidação da Oferta Comunitária da PrEP como Estratégia Facilitadora

A recorrência de menções à entrega comunitária da PrEP nos relatos das participantes e nos dados apresentados evidencia que esta modalidade de oferta constitui não apenas uma solução logística, mas também uma estratégia de empoderamento e redução de barreiras estruturais. A descentralização da PrEP, por meio de pontos comunitários móveis, distribuição por educadoras de pares ou integração em redes locais de apoio, tem o potencial de:

- Ampliar o acesso de MTS em situação de mobilidade ou que enfrentam obstáculos ao deslocamento até as unidades sanitárias;
- Reduzir o estigma institucional, ao permitir que a medicação seja obtida em ambientes mais neutros e seguros;
- Fortalecer o vínculo entre utentes e profissionais de saúde comunitária, favorecendo o seguimento e a adesão contínua;
- Funcionar como inovação disruptiva, no sentido positivo, desafiando práticas centralizadas e promovendo maior equidade no acesso à saúde.

Por tanto, recomenda-se que a política nacional de PrEP integre formalmente mecanismos de distribuição comunitária, com protocolos operacionais claros, supervisão qualificada e articulação com redes locais já existentes.

A PrEP, nesse sentido, não deve ser pensada como uma intervenção isolada, mas como parte de uma agenda intersectorial de direitos, proteção e inclusão. Garantir o sucesso dessa estratégia requer compromissos políticos concretos que articulem saúde, equidade de gênero, justiça social e protagonismo comunitário.

17. Referências Bibliográfica

Campbell, J.D., Herbst, J.H., Koppenhaver, R.T. & Smith, D.K. 2013. Antiretroviral prophylaxis for sexual and injection drug use acquisition of HIV. *American Journal of Preventive Medicine*. 44(1 Suppl 2):S63-69. DOI: 10.1016/j.amepre.2012.09.045.

CDC. 2022. *Preventing New HIV Infections of HIV/AIDS* |. Available: <https://www.cdc.gov/hiv/guidelines/preventing.html> [2024, March 03].

Celum, C. & Baeten, J.M. 2012. Antiretroviral-based HIV-1 prevention: antiretroviral treatment and pre-exposure prophylaxis. *Antiviral Therapy*. 17(8):1483–1493. DOI: 10.3851/IMP2492.

Rao A., Mhlophe H., Comins C., Young K., Mcingana M., Lesko C., Mulumba N., Baral S., Hausler H., Schwartz S. (2022). *Persistence on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) among female sex workers in eThekweni, South Africa, 2016-2020*. PLoS ONE, 17(3): e0265434.

Cindy, L.S., Nitika, P.P., Susan, J.B., Aliasgar, E., Keertan, D. & Sahir, B. 2023. Available: <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0001502> [2024, March 03].

UNICEF. (2021). *HIV and AIDS in Mozambique*. Retrieved from <https://www.unicef.org/mozambique/en/hiv-and-aids>

CNCS. 2015. *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015-2019 (PEN IV)*. Available: <https://www.medbox.org/document/plano-estrategico-nacional-de-resposta-ao-hiv-e-sida-2015-2019-pen-iv> [2024, April 23].

CNCS. 2021. *PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV e SIDA - PEN V*. Mozambique: Conselho Nacional do Combate ao HIV/SIDA.

Ministério da Saúde [MISAU]. (2024). *Relatório semestral de desempenho do programa de prevenção do HIV – Janeiro a Junho de 2024*. Maputo, Moçambique: MISAU.

Scorgie, F., et al. (2013). “Short-Term Mobility and the Risk Environment for Sex Work in Southern Africa.” *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 39(10), 1719–1735.

- Emmanuel, G., Folayan, M., Undelikwe, G., Ochonye, B., Jayeoba, T., Yusuf, A., Aiwonodagbon, B., Bilali, C., et al. 2020. Community perspectives on barriers and challenges to HIV pre-exposure prophylaxis access by men who have sex with men and female sex workers access in Nigeria. *BMC public health*. 20(1):69. DOI: 10.1186/s12889-020-8195-x.
- Etikan, I. 2016. Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*. 5:1. DOI: 10.11648/j.ajtas.20160501.11.
- Fisher, W., Fisher, J. & Harman, J. 2009. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior. In *Social psychological foundations of health and illness*. 82–106. DOI: 10.1002/9780470753552.ch4.
- Ghayda, R.A., Hong, S.H., Yang, J.W., Jeong, G.H., Lee, K.H., Kronbichler, A., Solmi, M., Stubbs, B., et al. 2020. A Review of Pre-Exposure Prophylaxis Adherence among Female Sex Workers. *Yonsei Medical Journal*. 61(5):349–358. DOI: 10.3349/ymj.2020.61.5.349.
- Giovenco, D., Kuo, C., Underhill, K., Hoare, J. & Operario, D. 2021. Adolescent-Centered HIV Prevention: Perspectives on Acceptability of Oral Antiretroviral Pre-exposure Prophylaxis for Adolescents in a Global Priority Setting. *Archives of sexual behavior*. 50(7):2921–2931. DOI: 10.1007/s10508-021-02052-2.
- Gomez, G.B., Borquez, A., Caceres, C.F., Segura, E.R., Grant, R.M., Garnett, G.P. & Hallett, T.B. 2012. The potential impact of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among men who have sex with men and transwomen in Lima, Peru: a mathematical modelling study. *PLoS medicine*. 9(10):e1001323. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001323.
- Gutin, S.A., Neilands, T.B., Charlebois, E.D., Getahun, M., Okiring, J., Akullian, A., Maeri, I., Eyul, P., et al. 2023. Mobility is Associated with Higher-risk Sexual Partnerships Among Both Men and Women in Co-resident Couples in Rural Kenya and Uganda: A Longitudinal Cohort Study. *AIDS and Behavior*. 27(5):1418–1429. DOI: 10.1007/s10461-022-03878-0.
- HIV/AIDS – people living with HIV/AIDS - The World Factbook*. 2021. Available: <https://web.archive.org/web/20210204222908/https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/hiv-aids-people-living-with-hiv-aids/country-comparison> [2024, June 23].

“Inhambane Province”. n.d. Available:

<https://destinationmozambique.net/provinces/inhambane/> [2024, April 24].

Instituto Nacional de Saúde (INS). (2022). Inquérito sobre o Impacto do HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2021–2022). Recuperado em 24 de janeiro de 2023, de <https://www.slideshare.net/armandomateuscastigo/resultados-do-insida-202101122022finalpdf> [2023, January 24].

Kagaayi, J., Batte, J., Nakawooya, H., Kigozi, B., Nakigozi, G., Strömdahl, S., Ekström, A.M., Chang, L.W., et al. 2020. Uptake and retention on HIV pre-exposure prophylaxis among key and priority populations in South-Central Uganda. *Journal of the International AIDS Society*. 23(8):e25588. DOI: 10.1002/jia2.25588.

Kuchukhidze, S., Panagiotoglou, D., Boily, M.-C., Diabaté, S., Eaton, J.W., Mbofana, F., Sardinha, L., Schrubbe, L., et al. 2023. The effects of intimate partner violence on women’s risk of HIV acquisition and engagement in the HIV treatment and care cascade: a pooled analysis of nationally representative surveys in sub-Saharan Africa. *The lancet. HIV*. 10(2):e107–e117. DOI: 10.1016/S2352-3018(22)00305-8.

Makhakhe, N.F., Sliep, Y. & Meyer-Weitz, A. 2022. “Whatever is in the ARVs, is Also in the PrEP” Challenges Associated With Oral Pre-exposure Prophylaxis Use Among Female Sex Workers in South Africa. *Frontiers in Public Health*. 10:691729. DOI: 10.3389/fpubh.2022.691729.

Marrazzo, J.M. 2017. HIV Prevention: Opportunities and Challenges. *Topics in Antiviral Medicine*. 24(4):123–126.

MISAU. 2021. *Guião de Oferta da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV*. Available: <https://www.scribd.com/document/574784506/Guiao-de-Oferta-da-Profilaxia-Pre-Exposicao-ao-HIV-Final> [2024, April 02].

Moser, A. & Korstjens, I. 2018. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*. 24(1):9–18. DOI: 10.1080/13814788.2017.1375091.

Ndenkeh, J.J.N., Bowring, A.L., Njindam, I.M., Folem, R.D., Fako, G.C.H., Ngueguim, F.G., Gayou, O.L., Lepawa, K., et al. 2022. HIV Pre-exposure Prophylaxis Uptake and Continuation Among Key Populations in Cameroon: Lessons Learned From the CHAMP Program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. 91(1):39–46. DOI: 10.1097/QAI.00000000000003012.

Sack, D.E., Schacht, C.D., Paulo, P., Graves, E., Emílio, A.M., Matino, A., Fonseca, C.L., Aboobacar, A.U., et al. 2021. Pre-exposure prophylaxis use among HIV serodiscordant couples: a qualitative study in Mozambique. *Global Health Action*. 14(1). DOI: 10.1080/16549716.2021.1940764.

Shannon, K., Goldenberg, S.M., Deering, K.N. & Strathdee, S.A. 2014. HIV infection among female sex workers in concentrated and high prevalence epidemics: why a structural determinants framework is needed. *Current opinion in HIV and AIDS*. 9(2):174–182. DOI: 10.1097/COH.0000000000000042.

UNAIDS. 2020. *UNAIDS data 2020*. Available: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/unaids-data> [2024, April 24].

UNAIDS. 2023. *The path that ends AIDS*. Available: <https://thepath.unaids.org/> [2024, June 23].

Vissers, D.C.J., Voeten, H.A.C.M., Nagelkerke, N.J.D., Habbema, J.D.F. & de Vlas, S.J. 2008. The impact of pre-exposure prophylaxis (PrEP) on HIV epidemics in Africa and India: a simulation study. *PloS One*. 3(5):2077. DOI: 10.1371/journal.pone.0002077.

Wechsberg, W.M., Luseno, W.K. & Lam, W.K. 2005. Violence against substance-abusing South African sex workers: intersection with culture and HIV risk. *AIDS care*. 17 Suppl 1:S55-64. DOI: 10.1080/09540120500120419.

Central Intelligence Agency (CIA). (2021). *The World Factbook: Mozambique – HIV/AIDS – people living with HIV/AIDS*. Retrieved from <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/mozambique/>

WHO. 2015. *Pre-exposure prophylaxis (PrEP)*. Available: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/pre-exposure-prophylaxis> [2024, April 01].

WHO. 2016. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. World Health Organization. Available:

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/> [2021, March 29].

UNAIDS. 2021. *Global commitments, local action*. Available:

<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/global-commitments-local-action> [2021, July 09].

Nguyen, V.K. 2010. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham: Duke University Press.

Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

18. Apêndices

18.1. Instrumentos de colecta de dados.

Questionário para Mulheres Trabalhadoras de Sexo Activas na PrEP

Número de identificação de participante: [__ / __ / __ / ____ / ____]

Data da entrevista: [__|__ / __|__ / 2_0_ __|__]

Hora da entrevista: Início [__|__: __|__] Fim [__|__: __|__]

I. DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Que idade tem?

_____ anos

Não Sabe

2. Qual é o seu estado civil?

Solteira (sem parceiro)

A viver maritalmente ou casada oficialmente

Separada ou divorciada

Viúva

Outro (por favor, especifique): _____

Prefere não dizer

3. Área de residência?

Urbana

Peri-urbana

rural

Prefere não dizer

4. Qual foi o nível de escolaridade mais alto que conseguiu obter?

- Nenhuma escolaridade
- Primário
- Secundário
- Técnico
- Superior
- Prefere não dizer

5. Para além de trabalho sexual tem alguma outra fonte de renda?

- Sim
- Não

Se sim, especifique _____

II. Experiência com a PrEP

1. Já alguma vez ouviu falar sobre PrEP? Aprofundar (o que ouviu, onde, quando)
2. Porque razão decidiu iniciar a PrEP?
3. Com que frequência você toma a PrEP conforme prescrito?
4. Você enfrentou algum desafio ao utilizar a PrEP? Se sim, por favor, descreva.

III. Motivação e Percepções:

1. Quais foram os principais motivos que a levaram a iniciar a PrEP?
2. Como você percebe a eficácia da PrEP na prevenção do HIV?
3. Você recebeu apoio adequado dos serviços de saúde ao iniciar a PrEP?

IV. Acesso aos Serviços de Saúde:

1. Como foi sua experiência ao acessar os serviços de saúde para obter a PrEP?
2. Você encontrou alguma dificuldade para obter a PrEP? Se sim, quais foram

Questionário para Mulheres Trabalhadoras de Sexo que Descontinuaram a PrEP

Número de identificação de participante: [__ / __ / __ / ____ / ____]

Data da entrevista: [__ | __ / __ | __ / _2_ | 0_ | __ / __]

Hora da entrevista: Início [__ | __ : __ | __]

Fim [__ | __ : __ | __]

I. DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Que idade tem?

_____ anos

Não Sabe

2. Qual é o seu estado civil?

Solteira (sem parceiro)

A viver maritalmente ou casada oficialmente

Separada ou divorciada

Viúva

Outro (por favor, especifique): _____

Prefere não dizer

3. Área de residência?

Urbana

Peri-urbana

rural

Prefere não dizer

4. Qual foi o nível de escolaridade mais alto que conseguiu obter?

Nenhuma escolaridade

Primário

- Secundário
- Técnico
- Superior
- Prefere não dizer

5. Para além de trabalho sexual tem alguma outra fonte de renda?

- Sim
- Não

Se sim, especifique _____

II. Experiência com a PrEP

1. Já alguma vez ouviu falar sobre PrEP? Aprofundar (o que ouviu, onde, quando)
2. Porque razão decidiu iniciar a PrEP?
3. Você enfrentou algum desafio ao utilizar a PrEP? Se sim, por favor, descreva
4. Você recebeu apoio suficiente dos serviços de saúde enquanto estava tomando a PrEP?

III. Razões para Descontinuar a PrEP:

1. Por que você decidiu parar de tomar a PrEP?
2. Houve algum factor específico que contribuiu para sua decisão de descontinuar a PrEP?

IV. Percepções sobre a PrEP:

1. Como você percebe a eficácia da PrEP na prevenção do HIV?
2. Você consideraria retornar a PrEP no futuro? Por quê ou por que não?

Questionário para Profissionais de Saúde e Educadores de Par

I. DADOS GERAIS

1. Que idade tem?

_____ anos

Não Sabe

3. Profissão: _____

4. Tempo de experiência na prestação de serviços relacionados à PrEP: _____

II. Qualidade dos Serviços de Saúde

1. Como você descreveria o nível de suporte e aconselhamento fornecido aos pacientes que iniciam a PrEP?

2. Você enfrentou algum desafio ao oferecer serviços relacionados à PrEP? Se sim, por favor, descreva.



3. Percepções sobre Barreiras e Facilitadores:

a. Quais são, na sua opinião, as principais barreiras enfrentadas pelas MTS na continuidade da toma da PrEP?


b. O que a US tem feito para garantir a continuidade da PrEP pelas MTS

c. Que medidas você acredita que poderiam facilitar a adesão à PrEP entre esse grupo de pacientes?

18.2. Evidência de participação em eventos científicos (evidência de ter apresentado um comunicado oral e/ou poster produzido em eventos científicos)

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE




PEPFAR
U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

Paving the way to safety: Harm reduction successes in challenging settings

C. Rafael¹, C. Belo¹, J. Seleme², G. Maibaze³, C. De Schacht¹, C.W. Wester^{4,5}, J. Tique¹



¹Friends in Global Health (FGH), Maputo, Mozambique, ²Ministry of Health, National Directorate of Public Health, HIV program, Maputo, Mozambique, ³US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Division of Global HIV & TB, Maputo, Mozambique, ⁴Vanderbilt University Medical Center (VUMC), Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, Nashville, Tennessee, United States, ⁵Vanderbilt Institute for Global Health (VIGH), Nashville, Tennessee, United States

Effect of training and clinical mentoring on prevention, linkage, and retention in HIV services among Key Populations in Zambézia Province, Mozambique



AIDS 2024

22 – 26 July · Munich, Germany and virtual aids2024.org

Tive a oportunidade de participar da IAS em 2024, em Munich e apresentar o trabalho "Effect of training and clinical mentoring on prevention, linkage, and retention in HIV services among Key Populations in Zambézia Province, Mozambique", durante uma sessão paralela no espaço do PEPFAR. Este estudo foi fruto de uma colaboração entre o CDC, a Friends in Global Health (FGH) e o (MISAU), destacando os impactos positivos da capacitação e da mentoria clínica na melhoria da prevenção, vinculação e retenção nos serviços de HIV voltados às Populações Chave na província da Zambézia..

18.3. Folha de consentimento informado.

Barreiras e facilitadores da adesão a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV entre as Mulheres Trabalhadoras de Sexo nas Cidades de Maxixe e Inhambane, Província de Inhambane, Maio de 2024

Folha de Informação e Consentimento Informado

Investigador Principal: Gonçalves Maibaze, UEM, FM

Bom Dia / Boa Tarde. Eu sou, estou a realizar um estudo sobre “Barreiras e facilitadores da adesão a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV entre as Mulheres Trabalhadoras de Sexo nas Cidades de Maxixe e Inhambane, Província de Inhambane, Maio de 2024”.

O (a) senhor(a) é convidado (a) a participar no nosso estudo para ajudar saber mais sobre os potenciais factores que levam a descontinuação de PrEP nas MTS. Queremos também investigar formas de ajudar esse grupo a melhorar a adesão à PrEP.

Antes de decidir participar é importante que o (a) Senhor (a) compreenda claramente a informação apresentada neste formulário porque explica todos os objectivos, possíveis riscos e benefícios relacionados ao estudo. A sua participação deverá ser voluntária. Saiba que têm o direito de recusar e não participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento. O (a) senhor (a) também tem o direito de apresentar questões relacionados com o estudo a qualquer momento e, poderá levar o tempo necessário para tomar a decisão de fazer parte ou não do estudo. Caso aceite participar assinará e receberá uma cópia deste formulário.

Objectivos do estudo

(1) Identificar e descrever as barreiras para a sua adesão à PrEP reportadas pelas MTS que a tenham iniciado, independentemente de continuarem a toma da PrEP ou não; (2) Identificar e descrever os facilitadores da adesão à PrEP reportados pelas MTS que a tenham iniciado e que

mantenham a tomar a PrEP; (3) Avaliar o efeito dos serviços de saúde a vários níveis como barreiras ou facilitadores da adesão à PrEP dentre as MTS.

Procedimentos

Se o(a) senhor(a) aceitar a participar neste estudo, vamos fazer algumas perguntas para obtermos os seus dados pessoais e em seguida faremos uma entrevista na qual colocaremos algumas questões sobre os factores que influenciam para a descontinuação de PrEP; sua experiência usando a PrEP ou fornecendo serviços de PrEP nesta US e quais os serviços e apoios que poderíamos fornecer para melhorar a adesão à PrEP. A nossa conversa irá durar cerca de 30 a 45 minutos. Saiba que não há problema se você não quiser participar.

Voluntariedade

Não é obrigado a participar neste estudo e não irá sofrer quaisquer penalidades por não participar ou desistir de participar a qualquer momento.

Riscos antecipados ou desconforto

Essas populações são altamente discriminadas. Dizer que você os conhece pode prejudicar outras pessoas ou a lei. Para evitar isso, a entrevista será confidencial. Não registaremos seu nome ou qualquer outra coisa sobre você que possa identificá-lo. Ninguém, exceto a equipe do estudo, jamais verá ou saberá das informações que você forneceu. Faremos anotações em papel e também gravaremos a entrevista para que possamos ouvi-la mais tarde. Ao final do estudo, as anotações e a gravação em fita da entrevista serão destruídas. Nossas equipes de estudo são treinadas em confidencialidade e privacidade e são obrigadas a assinar um contrato de confidencialidade.

Benefícios antecipados

Você não receberá nenhum benefício direto de sua participação neste exercício. As informações que você partilha pode ajudar-nos a desenvolver e adaptar programas desenhados para ajudar a

PC que usa PrEP. Isto poderia beneficiar a sociedade moçambicana reduzindo a taxa de incidência de HIV e garantido o bem-estar da população.

Confidencialidade

Todas as informações que o (a) Sr. (a) vai dar serão mantidas em segurança para proteger a sua privacidade. Garantimos que iremos agrupar suas respostas, juntamente com as respostas dos outros participantes do estudo, de modo que se diminua a possibilidade de saber-se como você respondeu às perguntas. Assim, durante a análise, nenhuma informação que você for a compartilhar conosco será ligada ao seu nome. Também gostaríamos de gravar a entrevista em áudio. A mesma não será utilizada para fins publicitários ou não relacionados ao estudo. Você pode solicitar que paremos de gravar a qualquer momento. Se o (a) Sr. (a) não quiser ser gravado em áudio, um membro da nossa equipe de estudo anotará a entrevista.

Divulgação e Compartilhamento de Resultados

Os resultados deste estudo serão utilizados pelo Ministério da Saúde e seus parceiros para melhorar a oferta de serviços de saúde nos estabelecimentos penitenciários. Os dados coletados poderão contribuir para a criação de políticas públicas mais eficazes e para a melhoria dos programas de saúde existentes, neste caso a PrEP. Qualquer publicação dos resultados, seja em artigos científicos, relatórios ou apresentações, não incluirá o seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo(a). As conclusões do estudo serão compartilhadas com as comunidades envolvidas, bem como com outras partes interessadas, para garantir que os benefícios dos resultados sejam amplamente disseminados e aplicados.

Responsabilidade do Participante

Ao concordar em participar neste estudo, é da sua responsabilidade dar de forma mais correcta e fiel toda a informação que lhe for requerida.

Quem pode contactar em caso de problemas?

Este estudo foi revisto e aprovado pelos Comités Institucional d Faculdade de Medicina, UEM
Se você tiver alguma dúvida e / ou preocupação, pode entrar em contacto com o pesquisador

principal deste estudo: Dr. Gonçalves Maibaze , Tel: +258 820835290, e-mail: goisma@gmail.com ou Sra. Elzier Mavume Tel: +258 840495530 e-mail: elzier.mavume@gmail.com do Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de medicina da Universidade Eduardo Mondlane (CIBS FM&HCM)

Você concorda em fazer parte da entrevista completa?

- 1. SIM, concordo.
- 2. NÃO, recuso.

Inicias: _____

Você concorda que a nossa conversa seja gravada?

- 1. SIM, concordo.
- 2. NÃO, recuso.

Iniciais: _____

Se você leu este documento ou o documento foi lido para si, foi-lhe dada a oportunidade de fazer qualquer pergunta e concordar em participar da pesquisa, assine abaixo.

- Fui informado sobre esta pesquisa.
- Eu também recebi uma cópia escrita desta informação.
- Eu sei que um relatório final será feito com os dados.
- Todas as minhas perguntas sobre a pesquisa foram respondidas.
- Estou pronto para fazer parte da pesquisa.

Nome do Participante _____

Assinatura ou impressão digital do participante: _____ Data: ___ / ___ / 20___

Nome da testemunha: _____

Assinatura da Testemunha _____ Data: / / 20__

Expliquei a(o) participante o propósito e os procedimentos da pesquisa e discutimos todos os riscos envolvidos. Respondi às perguntas que o(a) participante tinha da melhor forma.

Nome do inquiridor: _____

Assinatura do inquiridor: _____ Data: / / 20__

Cópia para: Participante

Arquivo do investigador

19. Anexos

19.1. Anexo 1 - Quadro de Caracterização das Participantes

19.1.1. Participantes MTS – Utentes Activas da PrEP

Código	Idade	Estado Civil	Área de Residência	Escolaridade	Outra Fonte de Renda
Maxixe_MTS_01_Activa _CS_Urbano	32	Solteira	Urbana	Primário	Não
Maxixe_MTS_02_Activa _CS_Urbano	35	Solteira	Urbana	Primário	Sim
Maxixe_MTS_03_Activa _CS_Urbano	37	Casada	Urbana	Primário	Não
Maxixe_MTS_04_Activa _CS_Urbano	37	Solteira	Urbana	Primário	Sim
Maxixe_MTS_05_Activa _CS_Urbano	34	Solteira	Urbana	Primário	Sim

Inhambane_MTS_01_Activa_CS_Urbano	27	Solteira	Urbana	Secundário	Não
Inhambane_MTS_02_Activa_CS_Urbano	27	Casada	Urbana	Secundário	Não
Inhambane_MTS_03_Activa_CS_Urbano	28	Solteira	Urbana	Primário	Não
Inhambane_MTS_04_Activa_CS_Urbano	23	Solteira	Urbana	Superior	Não
Inhambane_MTS_05_Activa_CS_Urbano	29	Solteira	Urbana	Secundário	Sim

Este anexo apresenta a caracterização sociodemográfica das participantes MTS utentes activas da PrEP, entrevistadas nas cidades de Maxixe e Inhambane. As participantes tinham entre 23 e 35 anos, eram em sua maioria solteiras, com escolaridade até o nível secundário e residentes em áreas urbanas. Apenas algumas relataram outra fonte de renda além do trabalho sexual.

19.1.2. Participantes MTS – Utentes que Descontinuaram a PrEP

Código	Idade	Estado Civil	Área de Residência	Escolaridade	Outra Fonte de Renda
Maxixe_MTS_01_Desc_CS_Urbano	38	Casada	Urbana	Primário	Sim
Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano	26	Casada	Periurbana	Técnico	Não
Maxixe_MTS_03_Desc_CS_Urbano	29	Casada	Urbana	Primário	Sim
Inhambane_MTS_01_Desc_CS_Urbano	26	Solteira	Periurbana	Secundário	Não
Inhambane_MTS_02_Desc_CS_Urbano	29	Casada	Periurbana	Secundário	Sim

Inhambane_MTS_03_De sc_CS_Urbano	26	Solteira	Periurbana	Secundário	Não
Inhambane_MTS_04_De sc_CS_Urbano	41	Solteira	Urbana	Secundário	Sim
Inhambane_MTS_05_De sc_CS_Urbano	36	Solteira	Urbana	Primário	Sim

Este anexo apresenta a caracterização sociodemográfica das participantes MTS que descontinuaram o uso da PrEP, entrevistadas nas cidades de Maxixe e Inhambane. As participantes tinham entre 22 e 39 anos, eram predominantemente solteiras e residentes em zonas urbanas. A maioria possuía escolaridade até o nível primário e relatou não ter outra fonte de renda além do trabalho sexual. Em alguns casos, a descontinuação ocorreu em contextos de mobilidade, estigma nos serviços ou ausência de seguimento adequado. Essas características sociodemográficas ajudam a contextualizar as barreiras relatadas ao longo das entrevistas.

19.1.3. Participantes – Profissionais de Saúde e Educadores de Par

Código	Função	Local de Actuação	Envolvimento com PrEP e MTS
Maxixe_PS_01_Educadora_Pares_CS_Urbano	Educadora de Pares	Maxixe	Mobilização comunitária, apoio à adesão e entrega da PrEP no terreno.
Maxixe_PS_02_ESMI_SAAJ_CS_Urbano	Enfermeira de Saúde Materno-Infantil no SAAJ	Maxixe	Aconselhamento e seguimento de adolescentes e MTS em idade reprodutiva.
Maxixe_PS_03_TM_G_CS_Urbano	Técnica de Medicina Geral – PF de HIV	Maxixe	Dispensa de PrEP, aconselhamento inicial, testagem e atendimento diário.

Inhambane_PS_04_E educadora_Pares_CS_ Urbano	Educadora de Pares	Inhambane	Acompanhamento próximo às utentes da PrEP, visitas domiciliares.
Inhambane_PS_05_E educadora_Pares_CS_ Urbano	Educadora de Pares	Inhambane	Acompanhamento próximo às utentes da PrEP, visitas domiciliares.
Inhamabane_PS_06_ ESMI_CS_Urbano	Enfermeira de Saúde Materno-Infantil	Inhambane	Responsável por adesão e monitoramento da PrEP no serviço SMI.
Inhambane_PS_07_T MG_CS_Urbano	Técnico de Medicina Geral	Inhambane	Atendimento geral, diagnóstico, aconselhamento clínico sobre HIV e PrEP.

Este anexo apresenta a caracterização dos profissionais de saúde que participaram do estudo, os quais atuam em unidades sanitárias urbanas ou periurbanas nos distritos de Inhambane e Maxixe. Todos têm envolvimento direto com a prestação de serviços de saúde a populações-chave, especialmente MTS, no contexto de prevenção ao HIV com uso da PrEP.

19.2. Anexo 2 - Excertos Adicionais de Entrevistas

A seguir, apresentam-se excertos selecionados das entrevistas com MTS. Os trechos estão organizados por temas transversais e ilustram as dimensões subjectivas, relacionais e institucionais da experiência com a PrEP.

19.2.1. Estigma e Confusão com TARV

“A minha tia viu o frasco e disse logo que era remédio de HIV. Aquilo começou a circular no bairro.” (*Inhambane_MTS_05_Desc_CS_Urbano*)

“O frasco da PrEP devia ser diferente, porque tem pessoas que olham e pensam que você está doente.” (*Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano*)

“Prefiro esconder o frasco para não dar confusão. Já me perguntaram se estou com HIV.”

(Inhambane_MTS_03_Activa_CS_Urbano)

“Tinha medo de tomar na frente do meu namorado. Ia pensar que eu estava a esconder algo.”

(Inhambane_MTS_01_Desc_CS_Periférica)

19.2.2. Efeitos Colaterais e Falta de Explicação

“Fiquei com tonturas e dor no estômago. Pensei que o remédio estava me fazendo mal. Se

tivessem me explicado...” *(Inhambane_MTS_01_Desc_CS_Urbano)*

“Parecia que estava grávida de tanto enjoio. Depois passou, mas podia ter sido explicado.”

(Inhambane_MTS_05_Activa_CS_Urbano)

“No começo senti náuseas, mas ninguém me disse que era normal. Isso me assustou.”

(Maxixe_MTS_03_Desc_CS_Urbano)

“Parei porque achei que estava a me fazer mal. Só soube depois que era normal no início.”

(Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano)

19.2.3. Mobilidade, Instabilidade e Vida Laboral

“Hoje durmo aqui, amanhã estou noutra lado. Não tenho como guardar a medicação num lugar

certo.” *(Inhambane_MTS_03_Desc_CS_Urbano)*

“Viajo muito entre bairros e isso atrapalha. Às vezes esqueço de levar os comprimidos.”

(Maxixe_MTS_01_Activa_CS_Urbano)

“Não tenho casa fixa, às vezes estou com cliente, outras vezes com amiga. O remédio fica

perdido.” *(Maxixe_MTS_04_Desc_CS_Urbano)*

“Meu trabalho depende do cliente. Às vezes saio às pressas e esqueço de tomar.”

(Inhambane_MTS_02_Activa_CS_Urbano)

19.2.4. Confiança, Escuta e Relação com Profissionais

“A enfermeira que me atende me trata como pessoa. Sempre me escuta, mesmo quando tenho vergonha de perguntar.” (*Maxixe_MTS_03_Activa_CS_Urbano*)

“Quando fui atendida com paciência, fiquei com vontade de voltar.”
(*Inhambane_MTS_01_Desc_CS_Urbano*)

“Gosto quando explicam com calma. Tem gente que só manda tomar, sem dizer nada.”
(*Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano*)

“Com a enfermeira da SMI eu me sinto à vontade. Ela não julga.”
(*Inhambane_MTS_04_Activa_CS_Urbano*)

19.2.5. Papel das Educadoras de Pares

“Ela me liga, me lembra do horário, pergunta se tomei... Sem ela eu teria parado.”
(*Maxixe_MTS_01_Activa_CS_Urbano*)

“Quando vejo a educadora, lembro logo de tomar. Ela sempre pergunta como estou.”
(*Maxixe_MTS_03_Activa_CS_Urbano*)

“Gosto de conversar com a educadora porque ela entende o que a gente passa.”
(*Inhambane_MTS_02_Activa_CS_Urbano*)

“Foi ela que me convenceu a voltar. Explicou de novo e me deu força.”
(*Inhambane_MTS_03_Desc_CS_Urbano*)

19.2.6. Percepção de Risco e Motivação para Início

“Sou MTS, e tem clientes que não querem usar camisinha... então a PrEP me dá mais segurança.” (*Inhambane_MTS_03_Activa_CS_Urbano*)

“Quando fiz o teste deu negativo, me motivou mais a tomar o PrEP para não ter a doença de HIV.” (*Maxixe_MTS_01_Activa_CS_Urbano*)

“Já fui violada uma vez. Desde aí decidi tomar sempre.”

(*Maxixe_MTS_04_Activa_CS_Urbano*)

19.2.7. Sugestões Espontâneas para Melhoria

“Se tivesse um espaço só para nós na unidade, seria melhor. A gente sente vergonha de ser vista na fila.” (*Maxixe_MTS_02_Desc_CS_Urbano*)

“Devia ter horário de noite. A gente trabalha à noite, não consegue ir de manhã.”

(*Inhambane_MTS_05_Activa_CS_Urbano*)

“Era bom se a PrEP tivesse frasco mais pequeno, tipo de vitamina, só para não parecer TARV.” (*Maxixe_MTS_03_Activa_CS_Urbano*)

“Se ligassem para saber se a gente tomou, seria mais fácil voltar.”

(*Maxixe_MTS_04_Desc_CS_Urbano*)

“Querida que dessem explicação mais vezes. Às vezes a gente esquece porque não entendeu bem.” (*Inhambane_MTS_01_Desc_CS_Urbano*)

Esses excertos reforçam o entendimento de que as decisões em torno da adesão ou descontinuação da PrEP são marcadas por uma multiplicidade de factores, que envolvem desde o ambiente familiar até as condições institucionais de cuidado. Dar visibilidade a essas falas é central para produzir intervenções mais humanizadas, efetivas e sintonizadas com as experiências vividas.

19.3. Anexo 3 – Excertos Adicionais de Entrevistas com Profissionais de Saúde

Este anexo apresenta excertos selecionados das entrevistas com os sete profissionais de saúde que participaram do estudo. Os trechos estão organizados por temas transversais e ilustram

percepções institucionais, desafios práticos e sugestões dos provedores de cuidados envolvidos na implementação da PrEP para MTS.

19.3.1. Dificuldades Operacionais e Recursos Humanos

"Tem dias que somos poucos no turno e não dá para acompanhar todas as utentes como gostaríamos." (*Inhambane_PS_05_ESMI_CS_Urbano*)

"Falta formação específica sobre como lidar com populações-chave. Às vezes temos boa intenção, mas falta orientação." (*Maxixe_PS_02_ESMI_CS_Urbano*)

19.3.2. Estigma Associado à PrEP e ao Frasco

"Mesmo depois de explicar o que é PrEP, algumas pessoas continuam a achar que é medicamento para quem já tem HIV." (*Inhambane_PS_03_TMG_CS_Urbano*)

"O frasco é muito parecido com o de TARV. Devia ser outro tipo de embalagem." (*Maxixe_PS_02_ESMI_CS_Urbano*)

19.4. Anexo 4 Estratégias de Retenção e Acompanhamento

"Precisamos de mais estratégias para manter contato com quem abandona. Telefonemas, visitas comunitárias, qualquer coisa." (*Inhambane_PS_02_ESMI_CS_Urbano*)

"Quando conseguimos manter o vínculo com as utentes, mesmo se elas param, fica mais fácil de retomar depois." (*Maxixe_PS_02_ESMI_CS_Urbano*)

19.4.1. Sugestões para Melhoria dos Serviços

"Horários alternativos seriam uma grande ajuda. Muitas trabalham à noite e não conseguem vir de manhã, mas não somos suficientes para fazer a extensão de horários." (*Inhambane_PS_03_TMG_CS_Urbano*)

"Devíamos ter um fluxo específico para MTS, com mais privacidade e rapidez no atendimento." (*Maxixe_PS_02_ESMI_CS_Urbano*)

Estes excertos demonstram que os profissionais de saúde compartilham preocupações legítimas e propostas viáveis para melhorar a oferta e continuidade da PrEP. Suas vozes reforçam a necessidade de políticas institucionais mais inclusivas, flexíveis e centradas nas especificidades das MTS.

19.5. Anexo 5 – Códigos Temáticos Analíticos

Este anexo apresenta a matriz de codificação temática elaborada a partir da análise qualitativa das entrevistas com MTS. Os códigos foram definidos por meio de um processo interactivo, de leitura profunda e categorização indutiva, conduzido com o apoio do software Nvivo e posteriormente organizados em eixos analíticos que dialogam com os objetivos do estudo: compreender os facilitadores, barreiras e sugestões ligadas ao uso contínuo da PrEP.

A codificação buscou captar tanto aspectos objetivos (barreiras logísticas, dinâmicas de acesso), quanto subjetivos e simbólicos (sentimento de segurança, estigma, autonomia), estruturando um campo de compreensão relacional entre as utentes, contexto e sistema de saúde.

19.5.1. Eixos Analíticos – Entrevistas com MTS

Eixo Temático	Código Temático	Descrição Analítica	Exemplo de Citação
1. Motivação Inicial e Sentido da PrEP	Percepção de risco pessoal	PrEP como resposta directa à vulnerabilidade percebida no trabalho sexual e à baixa autonomia negociadora	“Sou MTS e tem clientes que não querem usar camisinha...”

	Influência de figuras de confiança	Educadoras, amigas, parceiros ou profissionais como catalisadores da decisão inicial	“Foi a educadora que me trouxe, ela explicou tudo.”
	Curiosidade ou redes informais	Acesso à informação por meios alternativos, como vizinhas ou redes sociais	“Ouvi da minha vizinha e fui perguntar no hospital.”
2. Experiência Corporal e Subjetiva com a PrEP	Reações físicas e mal-estar	Enjoo, tontura, dor abdominal; efeitos não previstos e sem explicação que provocam medo	“Senti enjoo e tontura, parei com medo.”
	Estruturação de rotinas de uso	Estratégias próprias de adesão: lembretes, quadros, horários fixos	“Tenho um quadro no quarto com a hora de tomar.”
	Sentimento de autonomia	Uso da PrEP como reforço da autoestima e autocuidado	“Eu só tenho essa vida. Então tenho que me cuidar como posso.”
3. Causas da Descontinuação	Estigma e confusão com TARV	Associação do frasco com tratamento de HIV e suas implicações sociais e familiares	“A minha tia espalhou que eu estava com HIV.”
	Falta de acompanhamento pós-interrupção	Ausência de retorno, silêncio institucional após abandono	“Tomei um mês, depois parei. Ninguém me ligou.”

	Barreiras de contexto	Mobilidade, insegurança habitacional, horários incompatíveis, falta de espaço privado	“Não tenho onde guardar, mudo muito de lugar.”
4. Qualidade do Encontro com os Serviços	Escuta e vínculo profissional	Atendimento com paciência, clareza e sem julgamento como chave para continuidade	“Ela me explicou tudo com paciência, por isso voltei.”
	Ambiente e dinâmica de acesso	Filas, falta de privacidade, exposição pública e julgamento como entraves	“Fico com vergonha de ir lá porque me olham mal.”
	Modelos alternativos de dispensação	Entrega comunitária, horários flexíveis, dispensação informal	“Às vezes a educadora traz para mim, é mais fácil.”
5. Propostas Espontâneas e Demandas por Melhoria	Frasco e apresentação da PrEP	Desejo de mudança visual na embalagem para evitar estigmatização	“Devia parecer vitamina, não remédio de HIV.”
	Infraestrutura e fluxos diferenciados	Gabinetes reservados, filas separadas, maior discrição	“Podia ter um gabinete só para nós.”
	Apoio emocional e continuidade	Desejo de receber chamadas, visitas, mensagens e escuta	“Precisamos de alguém que nos ligue, que pergunte como estamos.”

		sensível após início ou abandono	
--	--	----------------------------------	--

19.5.2. Comentário analítico final

A organização por eixos permite observar o percurso experiencial das participantes: do reconhecimento do risco à decisão pela PrEP, passando pela vivência corporal e emocional do uso, até os momentos de descontinuidade e suas motivações. Ao final, emergem propostas que, se incorporadas, têm potencial de gerar respostas mais sintonizadas com as necessidades reais dessa população-chave.

19.5.3. Dimensões Analíticas – Entrevistas com Profissionais de Saúde

As entrevistas com profissionais de saúde envolvidos na implementação da PrEP nas cidades de Inhambane e Maxixe revelaram percepções e práticas relacionadas à introdução da medicação, à adesão das utentes e aos desafios institucionais na manutenção do cuidado. As categorias abaixo organizam os principais códigos temáticos utilizados na análise, refletindo tanto os limites operacionais quanto as oportunidades de fortalecimento da resposta programática.

Eixo Temático	Código Temático	Descrição Analítica	Exemplo de Citação
1. Estratégias de Introdução e Acompanhamento da PrEP	Apresentação do serviço	Modo como a PrEP é explicada às utentes e desafios na comunicação inicial	“Explicamos que é para prevenir, mas às vezes elas confundem com TARV.”
	Aconselhamento e vínculo	Abordagens utilizadas para estabelecer confiança e promover adesão	“Algumas só aderem depois de conversar muito e sentir confiança.”

	Retenção e seguimento	Percepção sobre mecanismos de apoio após início da medicação	“Precisamos de estratégias de contacto após o abandono.”
2. Limitações Institucionais e Operacionais	Carga de trabalho e tempo	Sobrecarga clínica e falta de tempo para seguimento personalizado	“Temos muitos utentes, nem sempre dá para ligar ou acompanhar todas.”
	Falta de formação específica	Reconhecimento de dificuldades na abordagem às MTS por falta de capacitação adequada	“Precisamos de mais formação para falar com elas sem preconceito.”
	Estigma visual da PrEP	Reflexões sobre a aparência do frasco e seu impacto na adesão	“O frasco é um problema. Mesmo explicando, continuam a desconfiar.”
3. Papel das Educadoras de Pares	Mediação entre serviço e utentes	Valorização do papel relacional e pedagógico das educadoras na adesão	“Elas conseguem falar com as MTS num outro tom, mais próximo.”
	Reconhecimento institucional	Falta de estruturação e valorização formal do trabalho das educadoras	“Fazem muito, mas ainda são vistas como voluntárias.”
4. Propostas para Fortalecer o Programa	Flexibilização do acesso	Sugerem horários alternativos, espaços específicos e modelos mais acessíveis	“Um horário de tarde ou sábado já seria uma grande ajuda.”

	Melhoria da comunicação e seguimento	Sugestões para garantir continuidade e retorno de utentes após abandono	“Precisamos de estratégias de contacto após o abandono.”
--	--------------------------------------	---	--

19.5.4. Síntese Analítica

As falas dos profissionais revelam um compromisso crescente com o acolhimento das MTS, mas também evidenciam barreiras estruturais importantes, como sobrecarga laboral, lacunas formativas e ausência de protocolos consistentes de retenção. A valorização das educadoras de pares, a necessidade de formação continuada e a flexibilização dos serviços foram destacadas como caminhos concretos para melhorar a resposta à PrEP nesse contexto.

19.6. *Anexo 6 – Matriz de Participantes por Código Temático*

Este anexo apresenta uma matriz que sistematiza a presença dos principais códigos temáticos identificados nas entrevistas realizadas com as 18 MTS participantes do estudo. A matriz permite visualizar de forma comparativa a distribuição dos temas transversais por participante, destacando padrões analíticos relevantes e recorrências ao longo do corpus empírico.

Cada linha representa uma participante (identificada por cidade, estado na PrEP e localização), enquanto cada coluna corresponde a um código temático previamente definido na análise (por exemplo: “Estigma e julgamento”, “Relação com profissionais de saúde”, “Mobilidade e instabilidade”, entre outros). A marcação “1” indica a presença clara do tema na entrevista correspondente, enquanto “0” representa sua ausência explícita ou irrelevância contextual.

Codigos das Participantes	Percepção de risco	Estigma e Julgamento	Efeitos colaterais	Barreiras logísticas	Confiança profissional	Apoio de educadoras	Privacidade e horários	Sugestões Espontâneas
Maxixe_MTS_01_Activa_CS Urbano	1	1	0	1	1	1	0	1
Maxixe_MTS_01_Desc CS Urbano	1	1	1	1	0	0	1	1
Maxixe_MTS_02_Activa_CS Urbano	1	0	1	0	1	1	0	1
Maxixe_MTS_03_Activa_CS Urbano	0	0	0	1	1	1	1	0
Maxixe_MTS_02_Desc CS Urbano	1	1	1	1	0	0	1	1
Maxixe_MTS_03_Desc CS Urbano	1	1	1	1	0	0	1	1
Maxixe_MTS_04_Activa_CS Urbano	0	0	0	0	1	1	0	0
Maxixe_MTS_04_Desc CS Urbano	0	1	0	1	0	0	1	1
Inhambane_MTS_01_Desc CS Urbano	1	1	1	1	1	1	1	1
Inhambane_MTS_01_Activa CS Urbano	1	0	0	0	1	1	0	1
Inhambane_MTS_02_Activa CS Urbano	1	0	0	1	1	1	0	0
Inhambane_MTS_02_Desc CS Urbano	0	1	1	1	0	0	1	1
Inhambane_MTS_03_Activa CS Urbano	1	0	0	0	1	1	0	1
Inhambane_MTS_04_Activa CS Urbano	1	0	0	0	1	1	0	1
Inhambane_MTS_03_Desc CS Urbano	1	1	1	1	0	0	1	1
Inhambane_C_MTS_05 Activa CS Urbano	1	1	1	1	1	1	1	1
Inhambane_C_MTS_04 Desc CS Urbano	1	1	1	1	0	0	1	1
Maxixe_MTS_05_Activa_CS Urbano	0	1	0	0	1	1	0	1

A matriz foi concebida com o objectivo de:

- Evidenciar a heterogeneidade das experiências entre utentes activas e desistentes da PrEP;
- Identificar correlações entre contextos sociodemográficos e barreiras/facilitadores à adesão;

- Apoiar a triangulação dos dados e a estruturação das análises transversais apresentadas nos resultados.

Esta abordagem favorece a rastreabilidade da análise qualitativa, reforçando o rigor metodológico e a transparência na interpretação dos achados. Ao mesmo tempo, oferece uma ferramenta visual útil para pesquisadores, gestores e formuladores de políticas interessados em compreender a dinâmica de adesão à PrEP entre MTS em contextos urbanos e periurbanos.

19.7. Anexo 7 – Cronograma de Colecta e Localizações

Este anexo apresenta o cronograma detalhado das entrevistas realizadas no âmbito do estudo, bem como as localizações das unidades sanitárias onde a coleta de dados foi conduzida. As informações visam oferecer transparência metodológica e permitir a replicabilidade futura da investigação.

Código da Entrevista	Cidade	Tipo de Participante	Local da Entrevista	Data da Entrevista
Inhambane_MTS_01_Desc CS Urbano	Inhambane	MTS – PrEP Descontinuada	CS Urbano	14/04/2024
Inhambane_MTS_01_Activa CS Urbano	Inhambane	MTS – PrEP Activa	CS Urbano	14/04/2024
Inhambane_MTS_02_Desc CS Urbano	Inhambane	MTS – PrEP Descontinuada	CS Periférica	15/04/2024
Inhambane_MTS_02_Activa CS Urbano	Inhambane	MTS – PrEP Activa	CS Urbano	15/04/2024
Inhambane_MTS_03_Activa CS Urbano	Inhambane	MTS – PrEP Activa	CS Urbano	16/04/2024
Inhambane_MTS_03_Desc CS Urbano	Inhambane	MTS – PrEP Descontinuada	CS Urbano	16/04/2024
Inhambane_C_MTS_04_Activa CS Urbano	Inhambane	MTS – PrEP Activa	CS Urbano	17/04/2024
Inhambane_C_MTS_04_Desc CS Urbano	Inhambane	MTS – PrEP Descontinuada	CS Urbano	17/04/2024
Inhambane_PS_03_TMG CS Urbano	Inhambane	Profissional de Saúde	CS Urbano	14/04/2024
Inhambane_PS_04_ESMI_CS Urbano	Inhambane	Profissional de Saúde	CS Urbano	15/04/2024
Inhambane_PS_01_Educadora Pares CS Urbano	Inhambane	Profissional de Saúde	CS Urbano	16/04/2024
Inhamabane_PS_02_Educadora Pares CS Urbano	Inhambane	Profissional de Saúde	CS Urbano	17/04/2024

Maxixe_MTS_01_Activa_CS Urbano	Maxixe	MTS – PrEP Activa	CS Urbano	18/04/2024
Maxixe_MTS_01_Desc_CS Urbano	Maxixe	MTS – PrEP Descontinuada	CS Urbano	18/04/2024
Maxixe_MTS_02_Activa_CS Urbano	Maxixe	MTS – PrEP Activa	CS Urbano	19/04/2024
Maxixe_MTS_02_Desc_CS Urbano	Maxixe	MTS – PrEP Descontinuada	CS Urbano	19/04/2024
Maxixe_MTS_03_Activa_CS Urbano	Maxixe	MTS – PrEP Activa	CS Urbano	20/04/2024
Maxixe_MTS_03_Desc_CS Urbano	Maxixe	MTS – PrEP Descontinuada	CS Urbano	20/04/2024
Maxixe_MTS_04_Activa_CS Urbano	Maxixe	MTS – PrEP Ativa	CS Urbano	21/04/2024
Maxixe_MTS_04_Desc_CS Urbano	Maxixe	MTS – PrEP Descontinuada	CS Urbano	21/04/2024
Maxixe_PS_01_Educador Pares CS Urbano	Maxixe	Profissional de Saúde	CS Urbano	18/04/2024
Maxixe_PS_02_ESMI_CS Urbano	Maxixe	Profissional de Saúde	CS Urbano	19/04/2024
Maxixe_PS_03_TMG_CS Urbano	Maxixe	Profissional de Saúde	CS Urbano	21/04/2024

19.8. Carta de cobertura do local onde foi realizado o estudo.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVÍNCIA DE INHAMBANE
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

À

UNIVERSIDADE EDUARDO
MONDLANE

Nota nº USS/DPSI/NIOI/001.5/2024

Data: 23/04/2024

Assunto: Re: Pedido de Carta de Cobertura para a realização do “*Barreiras e facilitadores da toma contínua da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV entre as Mulheres Trabalhadoras de Sexo nas Cidades de Maxixe e Inhambane, Província de Inhambane, 2024*”

Exmo. Senhor.

Gonçalves Isac Maibaze, **Investigador Principal**

Em conformidade com o pedido por vós formulado, para a realização do inquérito supracitado, com o objectivo de Analisar os determinantes da continuidade da toma da profilaxia pré-exposição ao HIV entre as MTS na província de Inhambane, 2023, com vista a propor recomendações para o aumento da adesão à PrEP nesta população.”. Autoriza-se a sua realização na Província, desde que o protocolo tenha a aprovação ética do Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) ou Comité Institucional de Bioética para a Saúde (CIBS) e a aprovação administrativa do Ministério da Saúde que deverão ser apresentados a Direcção Provincial antes da recolha de dados. Recomenda-se a coordenação das actividades com Núcleo de Investigação Operacional de Inhambane (NIOI). O ponto de contacto será o Senhor Amílcar Petim (Membro do NIOI), que poderá ser contactado através de amipetim@gmail.com ou +258 845406087.

AP-NIOI/DPSP/DPS

Endereço:
Direcção Provincial de Saúde de Inhambane
Av. Acordo de Lusaka, 253
Caixa Postal, 23 – Inhambane * República de Moçambique

Telefones: (293) 20549 / 20346
Fax: (293) 20346

19.9. Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação (Modelo 22)

Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação

Parecer do supervisor para a submissão de Dissertação

Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane

Departamento: Saúde Pública

Curso: Mestrado em Saúde Pública (Ramo de Gestão e Lideranças em Sistemas de Saúde)

Cynthia Semá Baltazar Msc, MPH e PHD , afecta ao PSI (Population Service International), supervisora do estudante Gonçalves Isac Maibaze , do curso Mestrado em Saúde Pública (Ramo de Gestão e Lideranças em Sistemas de Saúde) , tendo verificado que a dissertação Barreiras e Facilitadores na adesão à Profilaxia Pré- Exposição (PrEP) ao HIV entre as Mulheres Trabalhadoras de Sexo nas Cidades de Maxixe e Inhambane, Província de Inhambane, 2024, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, 20 de Junho de 2025

Assinatura

