



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
FUNDADA EM 1963

**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Desfecho do Seguimento Clínico Após Profilaxia Pós-Exposição ao HIV em  
Adolescentes Vítimas de Violação Sexual, Maputo (2020–2022)**

**Nome da estudante:** Ivandra Natércia Manheira Tivane

**Supervisor:** Prof. Doutor Baltazar Gonçalo Mazungane Chilundo, MD, PhD, PHS

Maputo, Janeiro de 2026

### **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 da Universidade Eduardo Mondlane.”

## **Agradecimentos**

À Deus, minha maior força motriz, por ter permitido a realização deste sonho.

Ao meu supervisor, Prof. Doutor Baltazar Chilundo, pelo acolhimento, orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão – importantes na realização deste trabalho.

À Dra. Stela Ocuane Matsinhe, médica legista pelo apoio técnico.

À Dra. Luísa Huo, pelo auxílio na análise de dados da pesquisa.

Aos meus pais (Natércia e Manheira) e aos meus irmãos (Karen e Valter), por me entenderem e apoiarem na decisão de continuar com os meus estudos.

Ao Shayden, meu filho amado, agradeço pela paciência e pela generosidade em ter aberto mão, inconscientemente, dos momentos de partilha do nosso tempo com a minha dedicação ao estudo.

Aos meus professores do mestrado, por me introduzirem nesse mundo novo de investigação em saúde.

Aos meus colegas do mestrado, pelos trabalhos realizados em conjunto e pelo constante apoio durante a formação.

À Direcção do Hospital Geral de Mavalane, cuja colaboração foi fundamental para a concretização desta pesquisa.

Por fim, deixo um profundo reconhecimento a todos que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração desta dissertação.

**Ivandra Tivane**

## Lista de Acrónimos e Siglas

ARV	Antirretrovirais
CAIVV	Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência
CIBS FM&HCM	Comité Interinstitucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo
HGM	Hospital Geral de Mavalane
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPE	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TARV	Tratamento Antirretroviral
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
VS	Violação Sexual
VVS	Vítimas de Violação Sexual
WHO	<i>World Health Organization</i>
$\chi^2$	Qui-quadrado

## Resumo

**Introdução:** A violação sexual perpetrada em adolescentes representa uma séria crise de saúde pública, agravado pelo risco elevado de infecção pelo HIV. A profilaxia pós-exposição constitui uma intervenção de urgência fundamental para reduzir esse risco, sendo o seguimento clínico essencial para garantir sua eficácia. **Objectivo:** Este estudo teve como objectivo determinar a proporção de adolescentes vítimas de violação sexual assistidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020 e 2022 que completaram o seguimento clínico de três meses após o início da profilaxia pós-exposição, e analisar factores associados à conclusão desse seguimento. **Métodos:** A investigação adoptou um desenho observacional analítico, caracterizado como um estudo de coorte retrospectivo. A colecta de dados utilizou fontes secundárias de raparigas adolescentes atendidas entre Março de 2020 a Setembro de 2022. A coorte final incluiu 322 casos. Efectuou-se análise descritiva e a aplicação do teste de Qui-quadrado ou exacto de Fisher. A avaliação da associação entre factores explicativos e o desfecho, a análise foi feita por regressão de Poisson com estimadores robustos, reportando-se riscos relativos e IC de 95% e com nível de significância  $\alpha = 5\%$ . **Resultados:** Dos 322 casos incluídos, entre as que não iniciaram, todas abandonaram o seguimento. Dos 155 (48,1%) iniciaram a profilaxia pós-exposição e, destes, apenas 28 (18,1%) completaram o seguimento clínico, correspondendo a 8,7% da amostra total. O número de agressores mostrou associação significativa: vítimas de mais de um agressor apresentaram quase três vezes mais chances de concluir o seguimento em comparação às de um único agressor (RR = 2,90; IC95%: 1,37–6,14;  $p = 0,005$ ). O tempo de chegada também foi determinante: todas as adolescentes que completaram o seguimento haviam procurado atendimento nas primeiras 72 horas após a violação ( $\chi^2 = 26,41$ ;  $p < 0,001$ ). Inexistiu correlação estatisticamente significativa entre a conclusão do seguimento e a idade, escolaridade ou relação com o agressor ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** Intervenções programáticas, políticas e académicas são urgentes para promover acolhimento humanizado, reduzir o estigma, capacitar equipas de saúde e criar mecanismos de retenção para o alcance da eficácia da estratégia de profilaxia pós-exposição.

**Palavras-chave:** Seguimento clínico; Profilaxia pós-exposição; Violação sexual; Adolescentes; HIV.

## Abstract

**Background:** Sexual assault among adolescents is a serious public health issue, compounded by the high risk of HIV infection. Post-exposure prophylaxis (PEP) is a crucial emergency intervention to prevent HIV transmission, and adequate clinical follow-up is essential to ensure its effectiveness. **Objective:** To determine the proportion of adolescent victims of sexual assault assisted at Hospital Geral de Mavalane between 2020 and 2022 who completed the three-month clinical follow-up after initiating post-exposure prophylaxis, and to analyze factors associated with follow-up completion. **Methods:** This was an analytical observational study with a retrospective cohort design. Data were obtained from secondary sources of adolescent girls assisted between March 2020 and September 2022. The final cohort comprised 322 cases. Descriptive statistics were performed, followed by Chi-square or Fisher's exact tests. Associations between explanatory variables and the outcome were assessed using Poisson regression with robust variance, reporting relative risks (RR) and 95% confidence intervals (95% CI), with a significance level of  $\alpha = 0.05$ . **Results:** Among the 322 cases, 155 (48.1%) initiated PEP, and only 28 (18.1%) completed the three-month clinical follow-up, representing 8.7% of the total sample. The number of aggressors was significantly associated with follow-up completion: victims assaulted by more than one perpetrator were nearly three times more likely to complete the follow-up than those assaulted by a single perpetrator (RR = 2.90; 95% CI: 1.37–6.14;  $p = 0.005$ ). Time of presentation was also a significant factor—all adolescents who completed the follow-up sought care within 72 hours after the assault ( $\chi^2 = 26.41$ ;  $p < 0.001$ ). No significant association was found between follow-up completion and age, education level, or relationship with the perpetrator ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** The completion rate of clinical follow-up among adolescent sexual assault victims who initiated PEP was low. Immediate care seeking within 72 hours and multiple-assailant cases were associated with higher follow-up completion. Strengthened programmatic, policy, and academic actions are urgently required to enhance humanized care, reduce stigma, empower healthcare providers, and improve retention mechanisms to ensure the effectiveness of HIV post-exposure prophylaxis.

**Keywords:** Clinical follow-up; Post-exposure prophylaxis; Sexual assault; Adolescents; HIV.

## Índice

Declaração de originalidade do projecto.....	II
Agradecimentos .....	III
Resumo .....	V
Abstract.....	VI
Lista de Tabelas e Figuras .....	VIII
1. Motivação.....	9
2. Contribuição do estudo.....	9
3. Problematização.....	10
4. Revisão bibliográfica .....	11
4.1. Introdução.....	11
4.1.1. Epidemiologia da violação .....	11
4.1.2. Factores associados a violação sexual .....	12
4.1.3. Violação Sexual e a Profilaxia após Exposição ao HIV .....	13
4.1.4. Seguimento e desfecho clínico .....	14
4.1.5. Outras consequências da violação sexual .....	14
4.1.6. Políticas públicas voltadas contra a violação sexual.....	15
4.2. <i>Enquadramento conceptual</i> .....	17
5. Hipóteses .....	21
6. Objectivos.....	22
6.1. <i>Objectivo geral</i> .....	22
6.2. <i>Objectivos específicos</i> .....	22
7. Metodologia (Material e Métodos).....	22
7.1. <i>Desenho do estudo</i> .....	22
7.2. <i>Local do estudo</i> .....	24
7.3. <i>Período do estudo</i> .....	25
7.4. <i>População do estudo, amostra e amostragem</i> .....	25
7.4.1. População do estudo .....	25
7.4.2. Amostra e amostragem .....	25
7.4.3. Critérios de inclusão e exclusão.....	25
7.5. <i>Procedimentos, técnicas e instrumentos de colecta de dados</i> .....	26
7.6. <i>Variáveis</i> .....	26
7.7. <i>Plano de gestão e análise de dados</i> .....	27
8. Limitações do estudo.....	27
9. Considerações éticas.....	28
9.1. Normas Éticas e Aprovação do Comité.....	28
9.2. <i>Recrutamento e consentimento informado</i> .....	28

VII

9.3.	<i>Avaliação dos Riscos e Benefícios</i> .....	28
9.4.	<i>Confidencialidade/privacidade/anonimato</i> .....	28
10.	Resultados e Discussão .....	29
10.1.	Resultados.....	29
10.2.	Discussão .....	36
11.	Conclusões e recomendações.....	39
11.1.	Conclusões.....	39
11.2.	Recomendações .....	40
12.	Referências.....	43
	Apêndice 1. Instrumento de recolha de dados .....	55
	Anexo 1. Ficha de notificação de casos de violência.....	57
	Anexo 2. Carta de cobertura sanitária.....	58
	Anexo 3. Carta de aprovação CIBS FM&HCM .....	59
	Anexo 4. Credencial para recolha de dados.....	60

### **Lista de Tabelas e Figuras**

Tabela 1.	Políticas públicas em Moçambique voltadas contra a violação sexual.....	15
Tabela 2.	Variáveis do estudo e respectivas categorias de análise .....	26
Tabela 3.	Distribuição etária das adolescentes VVS .....	29
Tabela 4.	Local de residência das adolescentes VVS .....	29
Tabela 5.	Escolaridade das adolescentes VVS .....	29
Tabela 6.	Número de agressores envolvidos nos casos de VS .....	30
Tabela 7.	Relação das adolescentes com o agressor .....	30
Tabela 8.	Estado serológico do agressor ao HIV .....	30
Tabela 9.	Tempo de chegada das vítimas à unidade sanitária .....	31
Tabela 10.	Uso do preservativo durante o episódio de VS.....	31
Tabela 11.	Oferta de profilaxia para infecções de transmissão sexual .....	31
Tabela 12.	Resultado do teste de HIV na consulta inicial .....	31
Tabela 13.	Início da PPE ao HIV entre adolescentes VVS.....	32
Tabela 14.	Grupo que fez ou não o teste após 3 meses.....	32
Tabela 15.	Associação entre início da PPE e o desfecho clínico.....	33
Tabela 16.	Associação entre faixa etária o desfecho do seguimento .....	33
Tabela 17.	Associação entre o número de agressores e o desfecho do seguimento .....	34
Tabela 18.	Associação entre o tempo de chegada a US e desfecho clínico.....	34
Tabela 19.	Factores associados ao desfecho (Alta) .....	35
Tabela 20.	Distribuição das VVS segundo início da PPE, conclusão e não conclusão ...	35
Figura 1.	Modelo conceptual de factores associados à adesão ao seguimento clínico ...	18
Figura 2.	Diagrama do seguimento clínico das VVS até a alta.....	19
Figura 3.	Fluxograma do processo de inclusão/exclusão das VVS na amostra fina.....	25
Figura 4.	Desfecho do seguimento clínico após três meses entre as adolescentes VVS	32

## 1. Motivação

A violação sexual (VS) de adolescentes representa um fenómeno de elevada gravidade, cujas consequências ultrapassam os danos físicos imediatos, afectando profundamente a saúde emocional, social e sexual das vítimas. A escolha deste tema foi com base na minha experiência profissional no atendimento às vítimas de violência, onde observei barreiras enfrentadas por adolescentes após violação sexual, especialmente no que concerne à adesão ao seguimento clínico da Profilaxia Pós-Exposição (PPE) ao HIV.

Dados da autoridade sanitária nacional (2021) indicam que mais de 60% dos casos notificados de VS em Moçambique envolvem adolescentes, sendo a maior parte do sexo feminino. Adicionalmente, estima-se que um adolescente é infectado por HIV a cada dois minutos, conforme dados de organizações internacionais focadas na saúde materno-infantil (UNICEF, 2021). Essa realidade evidencia a interseccionalidade entre VS, risco aumentado de contrair o HIV e desafios na continuidade do cuidado.

A VS impõe ainda um custo significativo ao sistema de saúde, exigindo respostas rápidas, tratamento médico e suporte psicossocial contínuo. Contudo, o abandono do seguimento clínico compromete os resultados esperados da PPE e fragiliza os esforços de prevenção ao HIV. Diante desse cenário, torna-se crucial aprofundar o conhecimento sobre os determinantes do seguimento clínico, de modo a subsidiar as intervenções.

## 2. Contribuição do estudo

Este estudo contribui de forma relevante para a área da Saúde Pública em três níveis.

No plano **académico**, constitui a primeira estimativa de taxa de conclusão do seguimento clínico três meses após o início da PPE ao HIV em adolescentes vítimas de violação sexual assistidas num CAI urbano em Moçambique, contribuindo para a literatura nacional ainda escassa sobre o desfecho.

No plano **clínico-operacionais**, identifica pontos críticos no fluxo de atendimento, nomeadamente perda de seguimento apesar do acesso precoce ao serviço, bem como mecanismos estruturados de busca consentida e fragilidades na continuidade do seguimento, evidenciando oportunidades de melhoria na organização dos serviços.

No plano **político-programático**, gera subsídios de integração de indicadores de seguimento clínico de vítimas de violação sexual nos planos distritais e nos sistemas de informação em saúde, apoiando na tomada de decisão baseada em evidência no contexto do sistema nacional de saúde para retenção no cuidado e a prevenção do HIV.

### 3. Problematização

A violação sexual de adolescentes representa um sério desafio de saúde pública, sendo um dos principais vectores de morbimortalidade feminina (Petrício, 2018). Raparigas entre 10 e 19 anos apresentam maior vulnerabilidade física e emocional, tornando-se alvos frequentes desse fenómeno (Morris et al., 2016; Rahmawati, 2020). A Organização das Nações Unidas para a Igualdade de Género e Empoderamento das Mulheres, em 2020, estimou que 15 milhões de raparigas entre 15 e 19 anos já foram compelidas a manter relações sexuais. Em África, registam-se algumas das mais altas taxas, como os 36% na República Democrática do Congo (Garcia & da Silva, 2018). Em Moçambique, o cenário também é preocupante: em 2021 foram notificados 8.553 casos de VS, dos quais 60,3% em raparigas de 10 a 19 anos (MISAU, 2021).

Segundo Delziovo et al. (2018) e Rosa et al. (2018), além do impacto psicossocial, a VS favorece a aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (ITS) e gravidez não planeada, o que reforça a necessidade urgente de acesso à PPE ao HIV. Os serviços de saúde desempenham papel fundamental, devendo actuar não apenas no tratamento físico, mas também no apoio psicossocial e continuidade do cuidado (Sousa et al., 2019). Contudo, em Moçambique, o abandono do seguimento clínico após a PPE é agravado por barreiras como o estigma social associado ao uso da PPE, o medo de ser identificado como portador do HIV, a centralização das unidades sanitárias, a escassez de informação acerca da profilaxia e fragilidades no acolhimento (INS, 2021; MISAU, 2020; Acta Paulista de Enfermagem, 2022).

Apesar de protocolos nacionais actualizados, a adesão ao seguimento clínico de adolescentes após a PPE permanece pouco estudada, constituindo uma lacuna que limita a implementação de estratégias eficazes de prevenção do HIV.

Assim, esta pesquisa buscou responder: **Quais são os factores associados à conclusão do seguimento clínico de três meses em adolescentes vítimas de violação sexual assistidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020 e 2022, considerando o início da profilaxia após a exposição ao HIV e outras características sociodemográficas, episódio de violação sexual e do atendimento clínico?**

## **4. Revisão bibliográfica**

### **4.1. Introdução**

A VS é descrita na legislação moçambicana como “*penetração vaginal ou anal, sexo oral, introdução de partes do corpo ou objectos em qualquer pessoa, de qualquer sexo, contra sua vontade, mediante coerção física, ameaça ou quando a vítima está incapacitada de usar a razão ou os sentidos*” (Moçambique, 2019).

A VS atinge não só o sexo feminino, mas também o masculino, no entanto, o sexo feminino constitui a principal vítima deste evento em qualquer fase da vida (Nunes et al., 2017). Estudos indicam que as idades mais afectadas pela VS estiveram entre 10 e 15 anos para as raparigas e, 2 e 6 anos para os rapazes (Platt et al., 2018).

Em relação aos perpetradores, predominam os do sexo masculino, e a maior parte dos incidentes ocorrem na residência da vítima, local que deveria ser oferecer protecção, porém, torna-se um lugar de maior fragilidade (Santana et al., 2020). Estudos realizados em alguns países africanos mostram um aspecto mais cruel da VS: crianças vítimas correm maior risco de contaminação pelo HIV, devido à convicção errônea de que actos sexuais com raparigas previne ou cura a infecção (Lalor, 2004a).

#### **4.1.1. Epidemiologia da violação**

Apesar da gravidade do problema, a VS continua a ser crime subnotificado, por motivos que resultaram na recusa das vítimas em não denunciar o ilícito (Dumont et al., 2019).

De acordo com *Save the Children* (2017), estima-se que apenas 15% dos casos de VS são denunciados, o que implica que entre 85% e 90% dos casos permanecem invisíveis. No entanto, há uma lacuna na documentação e análise sistemática desses indicadores em Moçambique, onde a subnotificação pode ser ainda mais pronunciada devido à fragilidade dos sistemas de registo.

A VS representa uma crise global de saúde pública, afectando desproporcionalmente a população jovem, conforme demonstrado por Tyagi e Karande (2021) que apontam altas taxas de VS sofridas antes dos 18 anos, com África frequentemente apresentando uma das maiores prevalências.

Em Moçambique, a incidência da VS é preocupante, com a maioria das vítimas sendo raparigas entre 10 e 19 anos (60.3%), enquanto apenas 1,3% dos casos envolveram rapazes com as mesmas idades. Zambézia, foi a província que apresentou maior percentagem de casos (27,3%) num total de 8.553 casos registados (MISAU, 2021)

#### **4.1.2. Factores associados a violação sexual**

A violação sexual está associada a múltiplos factores. As adolescentes são mais expostas à VS do que as mulheres adultas, devido a factores individuais como maior consumo de álcool e outras drogas (Diehl & Leite, 2017). Adolescentes que praticam sexo transaccional, além da VS, têm maior risco de contrair o HIV (Price, 2018).

A baixa escolaridade e fragilidades sobre a sexualidade são condições que elevam a vulnerabilidade (Garcia & da Silva, 2018). Portadores de deficiências físicas ou mentais também apresentam maior vulnerabilidade, com uma probabilidade de 3,1 vezes superior de sofrer a VS (Al-Jilaihawi et al., 2017).

Em relação aos factores contextuais, a violação sexual pode ocorrer em qualquer ambiente. Nos microssistemas, ela apresenta natureza e padrões diferenciados conforme o agressor, pois a maioria dos violadores pertence ao círculo próximo da vítima como pais, padrastos, tios e primos (Dumont et al., 2019). As raparigas também sofrem com a VS nas escolas, espaços que têm a função de assegurar protecção, bem-estar integral e segurança (Santos et al., 2018).

Factores associados ao macrosistema também podem concorrer para a ocorrência da VS em adolescentes, sendo que a sua incidência é influenciada por crenças culturais que promovem a disparidade de género. Este quadro pode ocorrer em todos os lugares e classes sociais, contudo, a maior incidência regista-se sobretudo em países de baixa renda, devido a questões financeiras e de pobreza extrema que intensificam a sua ocorrência (Chehab et al., 2017; Ossig, 2020; Lima, 2023).

Além disso, o Governo de Moçambique (2018) relata que, nas comunidades rurais, a VS tem sido gerida de diversas formas, onde as famílias exigem indemnizações ao agressor ou a obrigatoriedade de casamento, sem considerar os danos morais e de saúde causados às raparigas.

Segundo o relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados publicado em 2021, nos últimos anos, na região setentrional de Moçambique – particularmente na província de Cabo Delgado – têm sido reportados casos de menores que vivem em contexto de conflito armado, sendo alvo de sequestros e exploração sexual. Estas vítimas são muitas vezes forçadas a deslocar-se para outros locais mais seguros. O relatório menciona que os riscos são maiores entre mulheres, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, agravado pela falta mecanismos de protecção.

#### **4.1.3. Violação Sexual e a Profilaxia Após Exposição ao HIV**

A detecção precoce da VS é fundamental para o estabelecimento de medidas preventivas eficientes e reabilitação dos indivíduos (Kyong et al., 2017). A notificação constitui uma das etapas principais para combater a VS, permitindo a criação de redes de atenção e protecção às vítimas (Aleluia et al., 2020).

Segundo Rogstad et al. (2016), raparigas apresentam maior vulnerabilidade às ITS pela fragilidade da mucosa génito-anal. Estudos evidenciaram a importância da oferta da PPE, intervenção de urgência recomendada pela agência global de Saúde baseada na administração de antirretrovirais (ARV) por tempo limitado, para reduzir as possibilidades de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (Santana et al., 2024; Cardoso et al., 2024).

A sua eficácia está condicionada ao início em até 72 horas após a exposição e à conclusão do regime de 28 dias, seguido de seguimento clínico por cerca de três meses.

Embora a PPE tenha demonstrado potencial de reduzir os riscos de contágio pelo HIV (Restar et al., 2017), ela apresenta limitações, tornando essenciais as medidas profiláticas e comportamentais complementares. Persistem reservas quanto à eficácia da PPE, devido à escassez de estudos, cujos dados são maioritariamente extrapolados de investigações sobre o tratamento antirretroviral (TARV) (Pedro, 2023; Santana et al., 2024).

O TARV constitui uma intervenção biomédica que auxilia na redução da carga viral até níveis indetectáveis, tornando a infecção intransmissível, mesmo em relações desprotegidas (Lakew, 2015). Contudo, estudos apontam para a necessidade contínua de acções de incentivo ao uso de preservativos, dado que a inconsistência no uso aumenta o risco de infecção (Mabaso et al., 2018).

A conotação negativa do HIV permanece como um obstáculo relevante à prevenção, afectando a eficácia da PPE (Ferreira & Flynn, 2018). Após a infecção, o sistema imunitário reage com a produção de marcadores detectáveis em exames (Morais et al., 2019).

O potencial de transmissão do HIV no período de janela imunológica é alto, por isso testes negativos no agressor não garantem segurança, pois, os testes de 3ª geração (Determine HIV 1/2) a janela imunológica pode durar 3 a 12 semanas.

#### **4.1.4. Seguimento e desfecho clínico**

O primeiro contacto da VVS com a US é crucial para garantir o seguimento clínico (Batista et al., 2021). Esse contacto também é fundamental para estimar a incidência do HIV, outras ITS e gravidez indesejada (Ribeiro & Schuelter-Trevisol, 2021).

A abordagem inicial às VVS deve ser empática e livre de julgamentos. Neste momento, realiza-se o exame físico e, quando indicado, inicia-se a PPE (Wagner, 2023).

Em Moçambique, o protocolo nacional foi actualizado em 2019, reforçando a obrigatoriedade do seguimento clínico com testes de HIV no momento da exposição (dia 0), aos 30 dias e aos 90 dias. Esta cronologia visa garantir a monitoria da seroconversão e eventuais efeitos adversos da medicação (MISAU, 2019).

Apesar da escassez de dados longitudinais em contextos de baixo recurso, uma pesquisa mostrou que, de um total de 1.272 VVS atendidas num serviço de referência que iniciaram a PPE, apenas 19,5% completaram o seguimento clínico de seis meses (Trigueiro, 2015). Em Moçambique, dados revelam que dos 353 casos de VS notificados, 31% foram elegíveis para PPE, sendo que 94% destes iniciaram a profilaxia e apenas 22% delas concluíram o seguimento de seis meses (Schacht et al., 2019).

A qualidade do atendimento às vítimas está relacionada à formação dos profissionais e à organização dos serviços. Em países africanos, como Ruanda e África do Sul, foram implementados programas de formação contínua para profissionais de saúde baseados nas Diretrizes da OMS sobre Cuidados Clínicos para Sobreviventes de VS (2013).

#### **4.1.5. Outras consequências da violação sexual**

A VS provoca danos imediatos e de longo prazo, podendo ser observadas na saúde física e mental, conduta, educação e integração social (Arnaldo & Carlos, 2023).

Em crianças e adolescentes, são comuns lesões geniturinárias, infecções perianais de repetição, lesões internas e externas (Tissiani et al., 2021). O sofrimento psíquico pode causar transtornos psicossociais graves, como *stress* pós-traumático, ansiedade, elevados índices de abandono escolar e uso de substâncias (Chehab et. al., 2017).

Estudos indicam ainda que vítimas com histórico de VS têm maior probabilidade de desenvolver ideação suicida (Rivas, Bonilla & Vásquez, 2020). Para Sampasa-Kanyinga et al. (2018) & Cruz et al. (2020), o crime sexual também gera implicações sociais e económicas significativas, associando-se a baixa produtividade na vida adulta.

#### 4.1.6. Políticas públicas voltadas contra a violação sexual

As políticas públicas têm como objectivo concretizar os propósitos do Estado ou governo, inscritos na legislação interna ou em tratados e convenções internacionais dos quais o país é signatário, visando o desenvolvimento social e económico (Mastrodi et al., 2020).

Apesar da existência de um arcabouço legal robusto, como a Lei n.º 29/2009 e os protocolos multissetoriais, ainda é limitada a sua implementação prática no seguimento longitudinal das vítimas adolescentes, o que reflecte na baixa taxa de retorno às consultas. A prevenção e combate à VS constituem prioridades do Governo de Moçambique, que ratificou e aprovou os instrumentos, resumidos na Tabela 1:

**Tabela 1A.** Políticas públicas em Moçambique voltadas contra a violação sexual

<b>Instrumento legal</b>	<b>Pontos-chave</b>
<b>Marco da Acção de Beijing (aprovada e ratificada em 1995)</b>	Apoio parental e escolar para a criação de programas educativos para meninas e meninos; integração de serviços para prevenir a gravidez indesejada, propagação de ITS/HIV, a violência e o abuso sexual.
<b>Convenção sobre a Eliminação de Todas as Maneiras de segregação da Mulher (Resolução n.º 4/93, de 2 de Junho, ratificação 1997)</b>	Convida o Estado membro a aprovar o projecto de Lei Contra os Actos de Agressão Intrafamiliar, e garantir que a agressão contra a mulher e rapariga, seja um crime público, e que as vítimas da violência tenham acesso imediato aos tratamentos e protecção.
<b>Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos relativo aos Direitos da Mulher em África (Resolução n.º 28/2005 de 30 de Maio)</b>	Obriga os Estados a adoptarem medidas protejam os direitos de todas as raparigas. Também a promulgar leis que protejam especialmente as crianças-raparigas contra abusos (incluindo o assédio sexual nas escolas), autorizando o aborto médico em casos de VS e incesto.
<b>Política de Género da União Africana e ao Protocolo da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral sobre Género e Desenvolvimento (aprovado através da Resolução n.º 19/2007, de 15 de Maio)</b>	As acções estratégicas consubstanciam a elaboração de instrumentos por forma a desenvolver e implementar estratégias para prevenir, eliminar e transformar práticas sociais e culturais que legitimam e toleram o assédio sexual, a VS, as uniões prematuras e a gravidez na adolescência; desenvolver acções tendentes a eliminar a violência de género nas escolas, introduzindo medidas legislativas para acabar com a impunidade do abuso sexual das raparigas nas escolas.
<b>Legislação n.º 29/2009 sobre a Violência Doméstica Contra a Mulher (de 29 de Setembro de 2009)</b>	A lei defende a honra da mulher e penaliza a VS no seio do casamento e pune com prisão o acto sexual sabendo-se portador de infecção, agravado a pena se houver transmissão comprovada.

**Tabela 1B. Políticas públicas em Moçambique voltadas contra a violação sexual**

<b>Instrumento legal</b>	<b>Pontos-chave</b>
<b>Mecanismo Interssectorial de Resposta Integrada à Mulher Vítima de Violência (aprovado em 2012)</b>	Promove a coordenação e o atendimento integrado entre vários sectores, estabelecendo protocolos de apoio às vítimas. A iniciativa é liderada pelo órgão governamental responsável pelo do Género, Criança e Serviços Sociais em parceria com o sector da saúde, polícia e da justiça.
<b>Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (adoptados em 2015)</b>	O objectivo n.º 5, que chama a atenção da sociedade para eliminar todas as formas de violência contra as mulheres e raparigas, tanto no âmbito público ou privado, incluindo o tráfico ou exploração sexual.
<b>Estratégia Nacional para o Confronto e Prevenção da Violência de Género 2018-2021 (Resolução n.º 39/2018, de 22 de Outubro)</b>	Este plano visa combater todas as manifestações de discriminação e exclusão, baseadas em cultura, origem étnica, género, raça, religião, região de origem e filiação político-partidária, promovendo a convivência pacífica entre os moçambicanos.
<b>IV Plano de Progresso da Mulher 2018 – 2024 (Deliberação n.º 21/2019 de 22 de Abril)</b>	O instrumento apresenta áreas de intervenção estratégica para reforçar a implementação e monitoria de medidas contra o assédio e abuso sexual em escolas e internatos, incluindo concessão de bolsas de estudo a raparigas em diversos níveis.
<b>Lei de Protecção contra Uniões Prematuras (Acto n.º 19/2019 de 22 de Outubro)</b>	Considerada ligação entre pessoas em que pelo menos uma delas seja menor de 18 anos e um adulto. O objecto penaliza dos autores e protege as crianças envolvidas nessas uniões.
<b>Lei de Actualização do Código Penal moçambicano (Acto n.º 24/2019 de 24 de Dezembro)</b>	A VS enquadra-se no crime contra a liberdade sexual. Para acabar com a impunidade dos perpetradores, é considerado um crime público, sendo que a acção penal é pública e a mesma apresenta agravantes.
<b>Estratégia Governamental Quinquenal do Governo de Moçambique 2020-2024 (Acto n.º 15/2020 de 14 de Abril)</b>	O quarto objectivo estratégico faz menção a promoção da equidade e igualdade de género, da inclusão social e da salvaguarda dos grupos populacionais mais vulneráveis. A operacionalização deste plano se espelha nos diversos instrumentos do MISAU e outros ministérios.
<b>Protocolo Escolar Integrado de Protecção à Criança contra a Violência Infantil (Aprovado a 14 de Outubro de 2020)</b>	Responde a as diferentes formas de violência nas escolas, em especial a sexual, por forma a garantir a protecção da criança na escola. O instrumento conta com um plano de acção por forma a garantir a sua operacionalização, um fluxograma que define os passos e actores-chave, na denúncia, encaminhamento e resposta dos casos de violência. Todos os intervenientes desde o professor ao polícia, crianças e encarregados de educação, são instados a conhece-lo e a usá-lo activamente na defesa dos direitos das crianças.

Fonte: Adaptado dos diversos instrumentos ratificados e aprovados em Moçambique

## ***4.2. Enquadramento conceptual***

A VS contra raparigas constitui uma seria ofensa aos direitos fundamentais, com repercussões directas no seu desenvolvimento e saúde (Dourado & Bidarra, 2021). Muitas raparigas são submetidas a práticas sexuais forçadas, tornando-as mais vulneráveis ao HIV, devido às dificuldades em procurar serviços de saúde e ao estigma relacionado com as questões de gênero, o que contribui para o aumento da transmissão do HIV (Steele, 2019; Bossonario et al., 2022).

A ausência de educação sexual integral e adequada limita o conhecimento das raparigas sobre as formas de transmissão e medidas preventivas contra o HIV, dificultando o acesso à ajuda após VS (Dumont et al., 2019; Massa, Grangeiro & Couto, 2021).

As vítimas com exposição a fluidos corporais do agressor, independentemente do consentimento, devem receber a PPE, medida de preventiva da contaminação pelo HIV, que consiste na administração de antirretrovirais durante 28 dias, iniciada idealmente nas primeiras 72 horas pós-exposição (Paula & Zambenedetti, 2022; Wagner, 2023; Castoldi et al., 2021). Estudos indicam que a PPE pode reduzir a infecção em mais de 80% dos casos (WHO, 2016a).

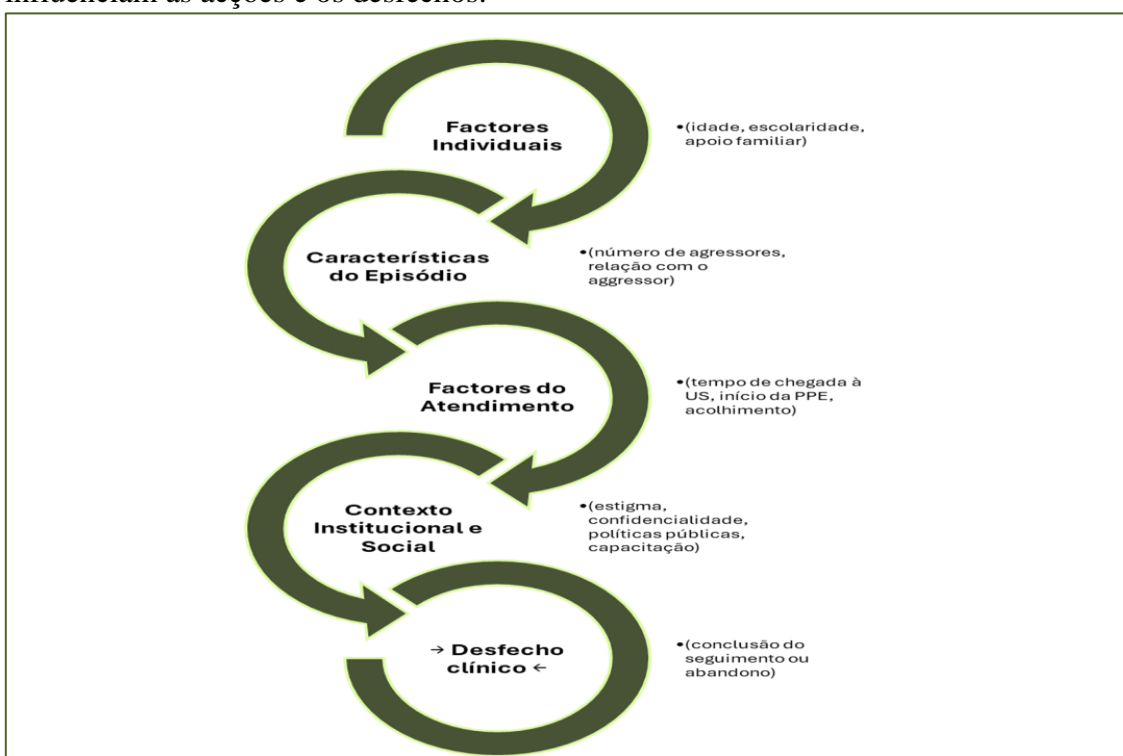
Contudo, algumas vítimas não se beneficiam da PPE à chegada tardia aos serviços de saúde. Isso ocorre frequentemente porque a VS acontece no contexto familiar, sendo a denuncia dificultada pelo medo e desconhecimento da existência de serviços especializados para as vítimas de violência (Rahmawati, 2020; Dumont et al., 2019).

Nos casos em que a VS é crónica ou quando o agressor que não se expôs recentemente, a necessidade de PPE pode ser descartada (Trigueiro et al., 2018).

Consultas de seguimento são indicadas os pacientes que iniciam a PPE, para a realização de exames serológicos e a avaliação da eficácia do tratamento (Bruna & Elias, 2018). Segundo o protocolo do MISAU (2018), após a exposição ao HIV, o teste para a detecção do vírus é feito na 6ª semana, no 3º e no 6º mês de seguimento. As consultas também visam monitorar a conformidade terapêutica, os seus efeitos colaterais e o controlo dos parâmetros como a função renal e hepática, além de monitorar a ocorrência indesejada de gravidez. Em caso de evolução insatisfatória, as vítimas recebem cuidados específicos. Após o 6º mês, caso a evolução for satisfatória, as VVS recebem alta clínica. Em 2019, o MISAU orientou que os serviços de saúde realizassem o seguimento clínico das VVS até ao 3º mês, uma vez que a maioria das

vítimas não completava o seguimento devido à longa duração do seguimento. Em 2020, entrou em vigor um novo calendário de seguimento laboratorial e clínico para as VVS, reduzindo o seguimento até o 3º mês.

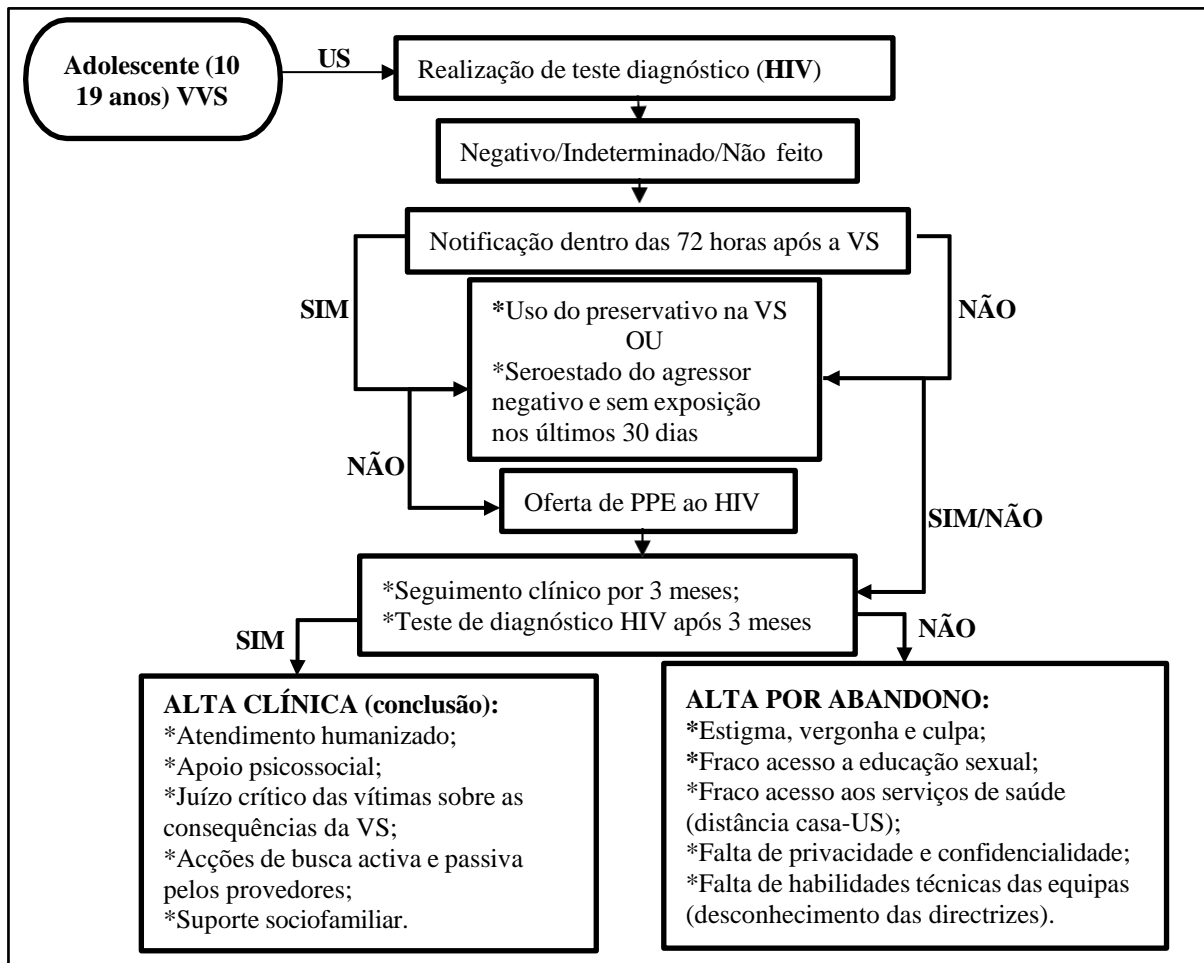
Considera-se que a adesão ao seguimento clínico após o início da PPE ao HIV entre adolescentes VVS é influenciada por múltiplos factores, desde o nível individual até o institucional. A seguir apresenta-se a Figura 1, que distingue factores empiricamente analisados, como idade, tempo até o atendimento, características da agressão e início da PPE, de outros factores descritos na literatura – apoio familiar, estigma, confidencialidade – incluídos apenas como enquadramento teórico, por não constarem dos registos clínicos. O modelo conceptual foi baseado no modelo lógico de Bronfenbrenner (1979) que também é conhecido como Teoria dos Sistemas Sociais ou Ecologia do Desenvolvimento Humano, que descreve como diferentes níveis influenciam as acções e os desfechos:



**Figura 1.** Modelo conceptual de factores associados à adesão ao seguimento clínico

Fonte: Adaptado de Bronfenbrenner, U. 1979. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.

Neste contexto, define-se desfecho clínico como o estado final do seguimento médico realizado após o início da PPE ao HIV. Este pode ser classificado como "concluído" (alta por término de seguimento após três meses) ou "abandonado" (interrupção sem conclusão do protocolo clínico recomendado).



**Figura 2.** Diagrama do seguimento clínico das VVS até a alta

Fonte: Adaptado pela autora a partir da revisão da literatura e protocolo do MISAU 2022

A *World Health Organization* (WHO, 2016a), enfatizou que a taxa de adesão à PPE em casos de VS é baixa, sendo estimada em 57%. A alta taxa de não adesão e de abandono, sobretudo entre adolescentes VVS, compromete o sucesso da PPE (Moura, 2017), influenciada pelo estigma e outros factores (Mota et al., 2022) descritos na Figura 2.

Para Mota et al. (2022) & Ângelo et al. (2024), existem ainda outros factores a considerar para a oferta da PPE, como a disponibilidade dos cuidados médicos. Em Moçambique, a relação distância-tempo constitui um obstáculo significativo ao acesso rápido e adequado aos serviços de saúde, dificultando a assistência oportuna. A população ainda percorre, em média, quase 20 km para alcançar a US mais próxima, agravando-se a situação pela existência de vias de acesso degradadas e escassez de transporte (Esmael, 2022).

A ausência de conhecimento das directrizes, seja por omissão ou pela insuficiente capacitação das equipas nas US, dificulta o manejo dos casos de VS (Moreira, 2020). A

falta de acolhimento na da rede de atendimento é apontada como um dos motivos para a não adesão ao seguimento clínico pelas VVS (Trigueiro et al., 2018).

Portanto, Dumont et al. (2019) defendem ser fundamental a inclusão do tema da VS nos currículos de formação de profissionais e de capacitar equipas que actuam directamente com essas questões no seu dia a dia. Além disso, é importante reconhecer que o atendimento aos traumas físicos, embora essencial, não deve ser foco exclusivo da atenção (Alves & Moreira, 2020).

Salienta-se ainda a importância de se observar questões de privacidade e confidencialidade no atendimento às vítimas, considerando que, algumas recusam ser atendidas por profissionais do sexo masculino, especialmente na presença de académicos, preferindo profissionais do sexo feminino. Relatos indicam que a identificação das VVS nos impressos de exames laboratoriais é considerada constrangedora, desestimulando a participação ao seguimento clínico (Trigueiro et al., 2018).

Em alguns países, investe-se na formação de enfermeiros forenses ou enfermeiros examinadores de agressão sexual, que realizam entrevistas e exames em ambientes adequados, visando garantir a integridade, discrição e consideração ao caso da vítima (Ribeiro et al., 2021).

Outros factores como o desconhecimento sobre a disponibilização gratuita da PPE, falta de informações sobre sua indicação, locais de distribuição, dosagem e possíveis reacções adversas, também motivam a interrupção do seguimento (Mota et al. 2022; Pedro, 2023).

Por fim, a VS repercute não apenas nas vítimas, mas também nos seus familiares, afectando os relacionamentos futuros e a inserção social (Santos et al., 2018). Por isso, é fundamental disponibilizar apoio psicossocial às vítimas e seus cuidadores, de modo a minimizar danos e promover a adesão ao seguimento clínico até a alta. Komatsu (2017) salienta que os factores de protecção, como o suporte social, reduzem a probabilidade de desfecho negativo mesmo sob condições de alto risco.

Na adolescência, surgem conflitos ligados à autonomia, pois há dificuldade em definir o que cabe ao controlo dos pais ou do próprio adolescente, que frequentemente considera algumas decisões como de domínio pessoal (Smetana, 2018). A capacidade de decisão em saúde acompanha o grau de maturidade e a experiência de vida, sendo adquirida

progressivamente com apoio familiar e social, devendo-se respeitar as capacidades evolutivas destes indivíduos (Eller, 2022; Albuquerque, 2021).

Estudos mostram que casos de VS cometidos por múltiplos agressores apresentam uma fracção maior de infecções de ITS (36,8%) do que os envolvendo apenas um agressor (8,2%). A VS anal associa-se ao risco elevado de contaminação, sobretudo para a vítima na posição receptiva (Wagner, 2023; Pedro, 2023). Em contraste, o risco de HIV no sexo oral é mínimo, estimando-se 1 em 10.000 exposições receptivas e 0,5 em 10.000 insertivas, devido a factores como microbiota bucal e acidez (Ávila & Ferreira, 2020).

Na avaliação clínica, é essencial considerar antecedentes, sobretudo condutas sexuais arriscadas que potencializam a probabilidade de HIV e ITS, podendo confundir a interpretação dos exames serológicos (Price, 2018; Hirschmann et al., 2021). Por isso, recomenda-se uma abordagem combinada, incluindo aspectos comportamentais e socioculturais (Dourado et al., 2023).

Na província da Zambézia, um estudo de 27 meses não encontrou melhoria significativa na adesão ao seguimento clínico. No entanto, estratégias como reforço dos serviços, maior consciencialização e contacto consentido, incluindo visitas domiciliares, mostraram-se eficazes para aumentar a adesão às consultas e as taxas de retestagem para HIV entre adolescentes que iniciaram a PPE (Schacht et al., 2019).

## **5. Hipóteses**

### **Hipótese 1 (associação profilaxia pós-exposição – seguimento clínico):**

*H<sub>01</sub>*: O início da profilaxia após a exposição ao HIV não está associado à conclusão do seguimento clínico de três meses em adolescentes vítimas de violação sexual.

*H<sub>11</sub>*: O início da profilaxia após a exposição ao HIV está associado à conclusão do seguimento clínico de três meses em adolescentes vítimas de violação sexual.

### **Hipótese 2 (factores associados):**

*H<sub>02</sub>*: Não existe vínculo estatisticamente comprovado entre características sociodemográficas (idade), características do episódio de violação sexual (número de agressores) ou características do atendimento clínico (tempo decorrido até o atendimento) e o desfecho do seguimento clínico.

*H<sub>12</sub>*: Características sociodemográficas (idade), do episódio de violação sexual (número de agressores) e do atendimento clínico (tempo decorrido até o atendimento) estão associadas de forma estatisticamente significativa ao desfecho do seguimento clínico.

## **6. Objectivos**

### **6.1. Objectivo geral**

- Determinar a proporção de adolescentes vítimas de violação sexual assistidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020 e 2022 que completaram o seguimento clínico de três meses após o início da profilaxia pós-exposição ao HIV, e analisar os factores associados à conclusão ou não conclusão desse seguimento.

### **6.2. Objectivos específicos**

- Caracterizar a população de adolescentes vítimas de violação sexual assistidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020 e 2022, descrevendo as seguintes variáveis: idade, residência, escolaridade, número de agressores, relação com o agressor, seroestado do HIV do agressor, tempo decorrido entre a agressão e o atendimento na US, uso de preservativo durante a violação sexual, realização de profilaxia para ITS, resultado do teste de HIV na consulta inicial, e início da PPE ao HIV;
- Analisar a associação entre o início da PPE ao HIV e a conclusão do seguimento clínico de três meses em adolescentes vítimas de violação sexual;
- Verificar a associação entre as características sociodemográficas (idade), características do episódio de violação sexual (número de agressores), características do atendimento clínico (tempo decorrido até o atendimento) e o desfecho do seguimento clínico (alta por conclusão ou por abandono).

## **7. Metodologia (Material e Métodos)**

### **7.1. Desenho do estudo**

Em consonância com os objectivos propostos, este estudo adoptou um delineamento observacional analítico do tipo coorte retrospectiva. A opção por este desenho justifica-se pela necessidade de investigar a relação entre a exposição à PPE ao HIV e o desfecho do seguimento clínico, utilizando dados já existentes, colectados rotineiramente no serviço de saúde.

O desenho de coorte retrospectiva é amplamente utilizado em investigações de saúde pública, especialmente quando se pretende estudar desfechos já ocorridos, com base em dados clínicos previamente registados. Esse tipo de delineamento permite avaliar a associação entre exposições e desfechos de forma eficiente em termos de tempo e recursos, sendo recomendado em contextos de sistemas de saúde com base documental consolidada (Hulley et al., 2018).

A coorte foi constituída por todas as adolescentes VVS notificadas por violação sexual e assistidas no HGM entre 21 de Março de 2020 e 20 de Setembro de 2022, cujas fichas de notificação indicavam seguimento ambulatorio. A selecção dos participantes ocorreu no momento da colecta de dados, considerando todos os registos disponíveis que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos (descritos em 7.4.3).

O desfecho principal do seguimento clínico foi operacionalizado como a realização, ou não, da última consulta de seguimento agendada para três meses após a notificação da VS. Foi considerado "alta por conclusão" o registo da realização dessa consulta dentro do período estipulado, indicando a adesão ao protocolo de seguimento conforme o protocolo do MISAU 2019/2022. Caso contrário, o desfecho foi classificado como "alta por abandono", representando a interrupção do seguimento antes do tempo recomendado.

A abordagem metodológica é quantitativa, baseada na análise de dados secundários extraídos das fichas de registo e seguimento de casos de VS, utilizadas pelo Serviço Nacional de Saúde, e dos livros de registo de laudos médicos. Essa escolha permitiu analisar um número significativo de casos de forma eficiente.

A extração de dados foi realizada exclusivamente pela investigadora, profissional da área da saúde com experiência prévia em atendimento clínico e médico-legal a VVS. A familiaridade com os fluxos assistenciais e documentos clínicos do CAIVV assegurou maior precisão na interpretação dos registos.

Antes da colecta oficial, foi conduzido um pré-teste do instrumento de colecta (Apêndice 1) em 10 fichas não incluídas na amostra, com o objectivo de garantir a clareza e completude das variáveis. Durante o pré-teste, foi identificada uma limitação relacionada à terminologia utilizada em algumas variáveis clínicas, que geravam dúvidas na codificação dos dados. Também se verificou dificuldade em localizar informações sobre o tempo exacto de chegada das vítimas à US em algumas fichas, o que exigiu o aprimoramento das instruções de preenchimento e verificação cruzada com os livros de laudo médico. Com base nos resultados, ajustes foram realizados no questionário para melhor adaptação ao contexto.

Durante a colecta, foram implementadas as seguintes medidas de controlo de qualidade:

- Verificação cruzada dos dados: em casos de divergência ou ausência de informação na ficha de notificação, os dados foram conferidos nos livros de laudo médico, garantindo maior consistência;
- Dupla verificação de 10% dos questionários, feita em momentos distintos pela investigadora, comparando entradas com os documentos originais para controlo da qualidade de entrada de dados na base de dados criada para o presente estudo;
- Codificação anónima e padronizada dos casos (ex.: VSI-01, VSN-01) para evitar erros de duplicação e manter a confidencialidade.

Essas estratégias visaram assegurar a validade interna e a confiabilidade dos dados.

## **7.2. Local do estudo**

O estudo foi conduzido no Hospital Geral de Mavalane, dispondo de um local para o de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIVV). Reconhecido como unidade de referência nacional, o CAIVV foi inaugurado em 15 de Julho de 2015 e localiza-se na cidade de Maputo, distrito municipal de KaMavota, bairro de Mavalane “A”, na Avenida das FPLM, n.º 2260.

O centro funciona diariamente das 7h30 às 19h30, cobrindo 27 bairros com uma área de 168,4 km<sup>2</sup> e abrangendo os distritos municipais de KaMpfumo, KaMaxakeni, KaMavota e KaNyaka. Também recebe vítimas de outros pontos da cidade e do país.

O CAIVV representa uma das vias mais comuns de acesso para VVS, integrando os sectores da saúde, assistência social, polícia e sistema judicial, representados por técnicos voltadas para a prestação de serviços. O funcionamento do sector da saúde é regulamentado por despacho ministerial do MISAU (2010), que define normas operacionais para os centros integrados na Rede Nacional de Saúde.

Segundo o Relatório de Actividades da Violência de Género do MISAU (2021), o Hospital Geral de Mavalane foi a segunda unidade sanitária com maior número de notificações de VS em 2021, após o Hospital Central de Nampula, registando 144 (3%) dos 8.553 casos reportados. Os hospitais centrais, pelas suas especialidades, realizam sobretudo o atendimento inicial e encaminhamento, sem efectuar seguimento clínico, razão pela qual os desfechos clínicos de continuidade não podem ser adequadamente estudados nesses contextos.

### 7.3. *Período do estudo*

A obtenção de dados relativos às variáveis do estudo, das notificações das VVS, abrangeu o intervalo de 21 de Março de 2020 a 20 de Setembro de 2022.

### 7.4. *População do estudo, amostra e amostragem*

#### 7.4.1. População do estudo

Segundo os relatórios do CAIVV do Hospital Geral de Mavalane, no período em estudo, foram notificadas 444 ocorrências de VS em adolescentes (com idades entre 10 e 19 anos), por meio do preenchimento das fichas de registo de casos de violência.

#### 7.4.2. Amostra e amostragem

Neste estudo, optou-se por incluir a totalidade da população elegível, ou seja, todos os 444 casos notificados de violação sexual em adolescentes (10 a 19 anos) no período de estudo. Desta forma, não foi realizada amostragem, sendo a abordagem censitária utilizada com o objectivo de garantir maior representatividade e robustez nos achados.

#### 7.4.3. CrITÉRIOS de inclusão e exclusão

Foram integradas reparigas, entre 10 e 19 anos, notificadas como VVS, que receberam cuidados iniciais e de seguimento clínico no CAIVV do HGM. Como *crITÉRIOS de exclusão*, definimos: Foram notificadas 444 adolescentes VVS no período de estudo. Destes, 122 (27,5%) foram excluídos (*vide* tabela 2) resultando numa amostra final inclui 322 casos (72,5%), correspondendo à população elegível para a análise dos quais, 177 iniciaram a PPE ao HIV e 155 não iniciaram.

**Tabela 2.** Casos de excluídos das VVS na amostra final

<b>CrITÉRIOS de exclusão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ausência de dados essenciais	36	
Não caracterizavam VS	31	
Sem registo de ficha de notificação	24	
Uso do TARV	8	
Sem evidência de contacto com fluídos do agressor	5	
Diagnóstico para o HIV	4	
Participantes do sexo masculino	3	
Transferência antes de 3 meses	1	
Uso de PrEP e óbito	0	

### 7.5. Procedimentos, técnicas e instrumentos de colecta de dados

Foram colectados dados através de um questionário semiestruturado (Apêndice 1), elaborado com base na literatura e adaptado ao contexto local. As informações foram extraídas das fichas de registo e, quando incompletas, cruzadas com os livros de laudo médico. Campos em branco não recuperáveis foram codificados como “dados ausentes” ou levaram a exclusão do caso, conforme os critérios definidos. O instrumento abrangeu três blocos: dados sociodemográficos, características do episódio de VS e informações clínicas relacionadas ao seguimento e tratamento.

### 7.6. Variáveis

As variáveis deste estudo foram classificadas em independentes, que correspondem as causas, e dependentes, que correspondem aos efeitos observados. As variáveis analisadas na pesquisa estão detalhadas na Tabela 3.

**Tabela 3.** Variáveis e respectivas categorias de análise

Características	Interdependência	Variável	Dados
Sociodemográficas	<i>Independentes</i>	<i>Idade (anos)</i>	
		<i>Residência (bairro)</i>	
		<i>Escolaridade</i>	Sem escolaridade Primário Básico Médio
Do episódio da VS	<i>Independentes</i>	<i>Número de agressores</i>	Um Mais de 1
		<i>Relação com o agressor</i>	Familiar Parceiro íntimo Conhecido não familiar Desconhecida
		<i>Seroestado do HIV do agressor</i>	Positivo Negativo Desconhecido
		<i>Chegada a US <math>\leq</math> 72h</i>	Sim Não
Clínico-laboratorial	<i>Independentes</i>	<i>Início da PPE ao HIV</i>	Sim Não
		<i>Uso do preservativo na VS</i>	Sim Não Não sabe
		<i>Profilaxia para ITS</i>	Sim Não
		<i>Resultado do teste de HIV na consulta inicial</i>	Negativo Indeterminado Não feito
		<i>Resultado do teste de HIV após 3 meses</i>	Negativo Indeterminado Positivo Não feito
	<i>Desfecho do seguimento clínico</i>	<i>Dependente</i> Alta por abandono Alta por conclusão	

### **7.7. Plano de gestão e análise de dados**

Foi feita a revisão dos questionários e organizados para análise, com verificação da consistência dos dados por verificação com laudos médicos. Foi realizada análise descritiva das variáveis, apresentado frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas. A análise entre variáveis independentes e o desfecho (alta por conclusão do seguimento clínico de três), foram utilizados o teste de Qui-quadrado ou o exacto de Fisher, conforme apropriado.

Aplicou-se o Qui-quadrado quando todas as frequências esperadas nas tabelas eram  $\geq 5$ . Nos casos em que pelo menos uma célula apresentou frequência esperada  $< 5$ , optou-se pelo teste exacto de Fisher, mais adequado em amostras pequenas e tabelas de contingência com valores reduzidos.

Para estimar a associação entre factores explicativos e o desfecho, foi aplicada a regressão de Poisson com ajustado com variância robusta, apresentando-se Riscos Relativos (RR) acompanhados dos IC95%. Variáveis consideradas clinicamente relevantes segundo a literatura (idade, tempo de chegada  $\leq 72$ h, número de agressores, relação com o agressor) foram incluídas no modelo multivariado, independentemente do valor de p na análise univariada. O nível de significância adoptado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

*Softwares usados: Microsoft Excel 2021 e IBM SPSS Statistics versão 26.*

### **8. Limitações do estudo**

Devido a natureza retrospectiva da coorte que utilizou fichas de notificação, houve exclusão de 122/444 casos (27,5%), principalmente por fichas incompletas, o que pode introduzir viés de seleção. O reduzido número de conclusões ( $n=28$ ) limita a precisão das estimativas e o ajuste multivariado. A realização em um único hospital restringe a generalização, e o uso de registos secundários expõe o estudo a incompletude e viés de informação, sem possibilidade de recuperação, visto não ter sido possível contactar os participantes. Assim, os resultados devem ser interpretados como associações exploratórias, não inferências causais.

Além disso, a ausência de variáveis relevantes, como ocupação, estado civil, características do agressor e características sociodemográficas detalhadas, limitou a análise multicausal do abandono.

## **9. Considerações éticas**

### **9.1. Normas Éticas e Aprovação do Comité**

Esta pesquisa foi conduzida em observância das directrizes éticas para estudos envolvendo seres humanos. O protocolo foi apresentado ao Comité Interinstitucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM) e aprovado com o número *CIBS FM&HCM/133/2024*, autorizando a recolha de dados para fins de ensino, pesquisa e publicação.

O questionário foi previamente testado e aplicado, respeitando o funcionamento habitual da instituição, com recolha em horários de menor fluxo de utentes.

### **9.2. Recrutamento e consentimento informado**

Dado o carácter retrospectivo e a utilização exclusiva de dados secundários, não houve contacto directo com as participantes, sendo o consentimento/assentimento informado dispensado. Nenhuma identificação pessoal foi registada durante a colecta de dados.

### **9.3. Avaliação de Riscos e Benefícios**

Os riscos envolvidos foram mínimos, e os dados foram tratados de forma anónima. Trata-se de um estudo não intervencionista, sem implicações clínicas, psicológicas ou sociais directas para os participantes. Tendo em vista que o estudo envolve adolescentes vítimas de violação, todos os cuidados foram tomados para que a análise dos dados fosse feita com o máximo de respeito, evitando qualquer forma de exposição ou reestigmatização.

A investigação respeitou os princípios de não maleficência e beneficência, tendo como principal benefício a produção de evidências para aprimoramento de políticas e práticas de saúde voltadas às VVS.

### **9.4. Confidencialidade/privacidade/anonimato**

Todas as informações extraídas foram anonimizadas por meio de códigos alfanuméricos (ex.: VSI-01, VSN-01), assegurando o sigilo e a privacidade das adolescentes envolvidas. Os dados foram armazenados de forma segura, com acesso restrito à investigadora.

## 10. Resultados e Discussão

### 10.1. Resultados

#### 10.1.1. Características sociodemográficas

##### 10.1.1.1. Idade

A idade foi categorizada em dois grupos: adolescentes mais jovens (10 a 14 anos) e adolescentes mais velhas (15 a 19 anos) por se tratarem de subgrupos reconhecidos pela OMS dentro da adolescência, com diferentes perfis de vulnerabilidade e autonomia no acesso aos serviços de saúde, conforme descrito na Tabela 4.

As vítimas tinham entre 10 e 19 anos, com predominância do grupo etário de 10 a 14 anos (53,4%) que sugere maior vulnerabilidade das adolescentes mais jovens.

**Tabela 4. Distribuição etária das adolescentes vítimas de violação sexual (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Idade	10 - 14 anos	172	53,4%
	15 - 19 anos	150	46,6%

##### 10.1.1.2. Residência

Verifica-se que a maioria das vítimas residia na cidade de Maputo (92,2%), com número reduzido de casos provenientes de Matola e outras províncias, conforme a Tabela 5.

**Tabela 5. Local de residência das adolescentes vítimas de violação sexual (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Residência	Cidade de Maputo	297	92,2%
	Cidade da Matola	18	5,6%
	Outras províncias	7	2,2%

##### 10.1.1.3. Escolaridade

Segundo a Tabela 6, observou-se também um predomínio de vítimas com escolaridade ao nível do ensino primário (78,3%), o que reflecte vulnerabilidade educacional.

**Tabela 6. Escolaridade das adolescentes vítimas de violação sexual (n = 322)**

Características	Categorias	N	%
Escolaridade	Sem escolaridade	30	9,3%
	Primário	252	78,3%
	Básico	31	9,6%
	Médio	9	2,8%

## 10.1.2. Características do episódio da violação sexual

### 10.1.2.1. Número de agressores

A Tabela 7 mostra que maior parte das adolescentes foi agredida por um único agressor, totalizando 283 (87,9%).

**Tabela 7. Número de agressores envolvidos nos casos de violação sexual (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Número de Agressores	1	283	87,9%
	≥ 2	39	12,1%

### 10.1.2.2. Relação com o agressor

Os resultados mostraram que a relação entre a vítima e agressor teve distribuição equivalente entre os casos em que o agressor foi uma pessoa mais próxima (37,3%) e nos casos em que era desconhecido (37%). Uma minoria das vítimas identificou o agressor como familiar (9,6%) ou parceiro íntimo (16,1%), conforme ilustra a Tabela 8.

**Tabela 8. Relação das adolescentes com o agressor (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Relação com agressor	Desconhecido	119	37%
	Familiar	31	9,6%
	Parceiro íntimo	52	16,1%
	Conhecido não familiar <sup>1</sup>	120	37,3%

### 10.1.2.3. Estado serológico do agressor ao HIV

A Tabela 9 destaca que quanto a serologia do agressor ao HIV, 98,1% dos casos era desconhecido. Este dado levanta preocupações importantes, considerando que a PPE ao HIV depende, entre factores, do risco avaliado com base na serologia do agressor.

**Tabela 9. Estado serológico do agressor ao HIV (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Seroestado do Agressor	Desconhecido	316	98,1%

<sup>1</sup>“Conhecido não familiar” inclui vizinhos, colegas, etc.

### 10.1.3. Características clínico-laboratoriais

#### 10.1.3.1. Chegada a US dentro das 72 horas (n = 322)

Conforme ilustra a Tabela 10, das 322 VVS, a maioria 153 (53,7%) chegou dentro das 72 horas a unidade sanitária após a violação.

**Tabela 10. Tempo de chegada das vítimas à unidade sanitária (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Tempo decorrido ≤ 72h	Sim	153	53,7%
	Não	149	46,3%

#### 10.1.3.2. Uso do preservativo na relação sexual (n = 322)

A Tabela 11 mostra que as vítimas relataram que durante o acto apenas 29 (9,0%) dos agressores usaram o preservativo, 243 (75,5%) não usaram e 50 (15,5%) não sabiam se houve uso.

**Tabela 11. Uso do preservativo durante o episódio de violação sexual (n = 322)**

Característica	Categorias	n	%
Uso do preservativo na VS	Sim	29	9,0%
	Não	243	75,5%
	Não sabe	50	15,5%

#### 10.1.3.3. Profilaxia para ITS (n = 322)

Entre os 322 participantes, 282 (87,6%) receberam a profilaxia para ITS, consoante a Tabela 12.

**Tabela 12. Oferta de profilaxia para ITS (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Profilaxia para ITS	Sim	282	87,6%
	Não	40	12,4%

#### 10.1.3.4. Resultado do teste de HIV na consulta inicial

Consoante a Tabela 13, no primeiro exame a maioria das vítimas testou negativo para o HIV 321 (99,7%).

**Tabela 13. Resultado do teste de HIV na consulta inicial (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Resultado do teste HIV inicial	Não feito	1	0,3%
	Negativo	321	99,7%

### 10.1.3.5. Início de PPE ao HIV

Em conformidade com a Tabela 14, do total de 322 adolescentes VVS apenas 155 (48,1%) iniciaram a PPE ao HIV e maioria não iniciou a PPE ao HIV 167 (51,9%).

**Tabela 14. Início da PPE entre adolescentes vítimas de violação sexual (n = 322)**

Características	Categorias	n	%
Iniciou PPE ao HIV	Sim	155	48,1%
	Não	167	51,9%

### 10.1.3.6. Resultado do teste de HIV após 3 meses

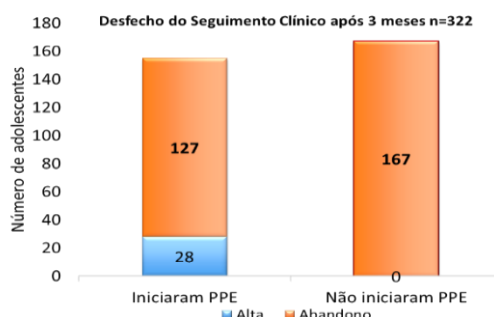
Conforme ilustra a Tabela 15, entre os 167 adolescentes, nenhum dos que iniciaram a PPE testou para o HIV após três meses. Entre os que não iniciaram, 28 (18,1%) tiveram resultado negativo demonstrando a eficácia da PPE na prevenção do HIV.

**Tabela 15. Resultado do teste de HIV após 3 meses segundo início da PPE em adolescentes vítima de violação sexual (n=322)**

Início de PPE	Resultado de HIV após 3 meses			
	Não feito	Negativo	Positivo	Total
Não	167 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	167 (51,9%)
Sim	127 (81,9%)	28 (18,1%)	0 (0,0%)	155 (48,1%)
<b>Total</b>	294 (91,3%)	28 (8,7%)	0 (0,0%)	322 (100,0%)

### 10.1.4. Desfecho clínico entre adolescentes que iniciaram e não iniciaram a PPE

Observou-se um abandono<sup>2</sup> total entre as adolescentes que não iniciaram a PPE. Entre as que iniciaram, 28 (18,1%) completaram o protocolo e tiveram alta<sup>3</sup>, enquanto 125 (81,9%) abandonaram o seguimento. A Figura 1 mostra os diferentes desfechos clínicos após três meses. Não foram registados casos de complicações ou efeitos adversos relacionados à PPE.



**Figura 4. Desfecho do seguimento clínico após três meses entre as adolescentes VVS**

<sup>2</sup> “Abandono” refere-se à interrupção antes da consulta final.

<sup>3</sup> “Alta” refere-se à conclusão do seguimento clínico de três meses após início da PPE.

### 10.1.5. Análise entre o desfecho clínico e o início da PPE

$H_0$ : Não existe associação entre o início da PPE e a conclusão do seguimento clínico

$H_1$ : Existe associação entre o início da PPE e a conclusão do seguimento clínico

**Tabela 16. Associação entre início da PPE e o desfecho clínico (n=322)**

Início de PPE	Desfecho do seguimento clínico		Total
	Alta por Abandono	Alta por Conclusão	
Sim	127 (81,9%)	28 (18,1%)	155
Não	167 (100,0%)	0 (0,0%)	167
<b>Total</b>	<b>294 (91,3%)</b>	<b>28 (8,7%)</b>	<b>322</b>
<b>Teste exato de Fisher</b>	p < 0,001		
<b>Risco relativo/IC (abandono)</b>	RR=1,193	IC (95%) = [1,117 – 1,274]	

**Resultado:** A Tabela 16 mostra que  $H_0$  foi **rejeitada**, significando que houve associação estaticamente significativa entre o início da PPE ao HIV e o desfecho clínico ( $p=0,001$ )<sup>4</sup>. **Risco relativo (RR) alta por abandono = 1,193; Intervalo de Confiança (IC 95%): 1,117 – 1,274.**

### 10.1.6. Relação entre o desfecho clínico e das características sociodemográficas, do episódio da VS e clínico-laboratoriais

#### 10.1.6.1. Desfecho clínico e a faixa etária

$H_0$ : A faixa etária não influencia no desfecho do seguimento clínico

$H_1$ : Existe associação entre a faixa etária e o desfecho do seguimento clínico

**Tabela 17. Associação entre faixa etária o desfecho clínico (n=322)**

Faixa etária	Desfecho do seguimento clínico		Total
	Alta por Abandono	Alta por conclusão	
10 – 14 anos	160 (54,4%)	12 (42,9%)	172
15 – 19 anos	134 (45,6%)	16 (57,1%)	150
<b>Total</b>	<b>294 (91,3%)</b>	<b>28 (8,7%)</b>	<b>322</b>
<b>Qui-quadrado</b>	$\chi^2=1,374$		
<b>p-value</b>	p=0,241		
<b>Risco relativo/IC (abandono)</b> <sup>5</sup>	RR=1,041	IC= [0,972 – 1,115]	
<b>Risco relativo/IC (conclusão)</b> <sup>6</sup>	RR=0,654	IC= [0,320 – 1,338]	

**Resultado:** Segundo a Tabela 17,  $H_0$  **não foi rejeitada**. Não houve associação significativa ( $p=0,241$ ). **RR = 1,041 IC 95%: 0,972 – 1,115.**

<sup>4</sup>  $p < 0,05$  indica associação estatisticamente significativa. IC=Intervalo de Confiança (95%).

<sup>5</sup> RR (abandono) > 1 indica maior risco de abandono nos mais jovens (10 – 14 anos).

<sup>6</sup> RR (conclusão) < 1 indica menor chance de concluir nos mais jovens.

### 10.1.6.2. Desfecho do seguimento clínico e relação com o agressor

$H_0$ : Não há associação entre o número de agressores e o desfecho do seguimento clínico

$H_1$ : Existe uma associação entre o número de agressores e o desfecho seguimento clínico

**Tabela 18. Associação entre o número de agressores e conclusão do seguimento clínico (regressão de Poisson robusta)**

Nr. de agressores	Desfecho do seguimento clínico		
	Alta (Abandono)	Alta (conclusão)	Total
1	263 (92,9%)	20 (7,1%)	283
≥ 2	31 (79,5%)	8 (20,5%)	39
<b>Total</b>	294	28	322
<b>Qui-quadrado</b>		$\chi^2=7,805$	
<b>p-value</b>		p=0,005	
<b>Risco relativo/IC (conclusão)</b>	Referência=1 RR=2,903 IC= [1,37 – 6,14]		

A tabela 18 mostra que os participantes que sofreram VS por mais de um agressor tiveram uma taxa de alta maior (28,6%). O RR para o abandono indica tendência de menor risco de abandono com múltiplos agressores. O RR para alta, revelou que vítimas de múltiplos agressores tiveram mais chances de concluir o seguimento clínico.

### 10.1.6.3. Desfecho do seguimento clínico e o tempo de chegada à US

$H_0$ : Não há associação entre chegada ( $\leq 72h$ ) à US e o desfecho do seguimento clínico

$H_1$ : Existe associação entre a chegada em até 72h e o desfecho do seguimento clínico

**Tabela 19. Associação entre tempo de chegada a US e desfecho clínico (n=322)**

Chegada $\leq 72$ horas	Desfecho do seguimento clínico		
	Alta (Abandono)	Alta (conclusão)	Total
Sim	145 (83,3%)	28 (16,2%)	173
Não	149 (100%)	0 (0%)	149
<b>Total</b>	294 (91,3%)	28 (8,7%)	322
<b>Teste exacto de Fisher</b>		p<0,001	
<b>Risco relativo/IC (conclusão)</b>	RR= não estimável (0 casos na categoria “Não”).		

**Resultado:** A  $H_0$  foi rejeitada conforme ilustra a Tabela 19. Houve associação significativa entre chegada à US em até 72h e a conclusão do seguimento ( $p<0,001$ ). Como nenhuma adolescente que chegou após 72h concluiu o seguimento, o RR não pôde ser estimado directamente. **Chegar em  $\leq 72h$  foi condição necessária para concluir o seguimento.**

### 10.1.7. Factores associados ao desfecho (Alta por conclusão)

Nenhum dos factores avaliados apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho de alta por conclusão após três meses de seguimento, *vide* Tabela 19. Variáveis como faixa etária, número de agressores, início da PPE e tempo de chegada à unidade sanitária não mostraram efeito relevante ( $p > 0,05$ ), sugerindo que o desfecho pode estar relacionado a outros factores não mensurados neste estudo. Os OR não foram calculados devido a amostra insuficiente para modelagem e também não foram estimados devido ao número reduzido de casos com desfecho positivo.

**Tabela 20. Factores associados ao desfecho (Alta por conclusão) – regressão de Poisson robusta<sup>7</sup>**

	<b>RR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-value</b>
<b>Nr. de agressores (<math>\geq 2</math>)</b>	2,5	[1,4 – 4,3]	0,002
<b>Chegada <math>\leq 72</math> h</b>	2,1	[1,2 – 3,8]	0,006
<b>Iniciou PPE</b>	1,9	[1,9 – 3,0]	0,004
<b>Faixa etária (15 – 19)</b>	1,0	[0,7 – 1,5]	0,568

A tabela 20 mostra que as adolescentes apresentaram baixa adesão ao seguimento clínico de três meses. Das 322, apenas 48,1% iniciaram a PPE ao HIV, mas só 18,1% concluíram. O abandono foi motivado por estigma, falta de apoio e barreiras de acesso.

Entre as que não iniciaram (51,9%), prevaleceram chegada tardia e ausência de critérios. Esses resultados demonstram falhas na retenção ao cuidado. São necessárias estratégias de acolhimento, apoio e seguimento contínuo.

**Tabela 21. Distribuição das VVS segundo início, conclusão e não conclusão da PPE**

<b>Situação</b>	<b>n (%)</b>	<b>Observações</b>
Iniciaram PPE	155 (48,1%)	-
Concluíram PPE e seguimento	28 (18,1% dos que iniciaram)	-
Abandonaram PPE ou não compareceram às consultas subsequentes	127 (81,9%)	Estigma/percepção negativa do serviço, falta de apoio familiar/social, acesso precário
Não iniciaram PPE	167 (51,9%)	Chegada tardia ( $>72$ ), elegibilidade clínica ausente

<sup>7</sup> Foram incluídas na análise multivariada apenas variáveis com significância na univariada. Quando a frequência foi muito baixa, os estimadores não foram calculados.

## 10.2. Discussão

O presente estudo analisou o seguimento clínico de adolescentes vítimas de violação assistidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020 e 2022, com enfoque na continuidade à PPE ao HIV e nos factores associados à conclusão ou abandono do seguimento clínico de três meses. Os resultados revelaram uma taxa elevada de abandono (91,3%), com apenas 8,7% das 322 adolescentes a completarem o protocolo de seguimento. Este valor é substancialmente mais alto do que o reportado em outros contextos, o que sugere fragilidades específicas na resposta nacional e local, relacionadas não apenas à conjuntura dos serviços de saúde, mas também a factores sociais, culturais e estruturais que condicionam a continuidade do cuidado.

Quando comparados com a literatura internacional, os resultados mostram um quadro de vulnerabilidade acentuada. Estudos em contextos de alta renda, como Canadá e Estados Unidos, reportaram taxas de adesão entre 60% e 80% (Kearns et al., 2015; Moret et al., 2016), reflectindo não apenas melhores recursos materiais, mas também sistemas de apoio psicossocial mais robustos. Em países africanos, ainda que as taxas de abandono sejam altas, raramente ultrapassam 60% (Akinlusi et al., 2020; WHO, 2019). A discrepância verificada em Moçambique demonstra que, mesmo quando os serviços oferecem PPE e testagem inicial para o HIV, esses esforços são insuficientes sem uma estratégia integrada que assegure a retenção em cuidados.

A inexistência de correlação estatística entre o início da PPE e a conclusão do seguimento clínico sugere que a decisão de continuar ou abandonar o seguimento não depende apenas da introdução da medicação, mas de um conjunto de factores mais complexos. A literatura mostra que a adesão depende de elementos como apoio familiar, acolhimento adequado nos serviços, confiança nos profissionais de saúde e redução de barreiras logísticas (Trigueiro et al., 2015; Delzivo et al., 2018). Iniciar a PPE pode representar apenas um primeiro passo, mas, sem suporte contínuo, muitas adolescentes interrompem o seguimento.

Outro aspecto a destacar é a falta de associação significativa entre características sociodemográficas, como idade, escolaridade e local de residência, e o desfecho clínico. Embora estudos prévios apontem que adolescentes mais jovens e com menor escolaridade tendem a apresentar maiores dificuldades de adesão (Dourado & Bidarra, 2021), neste estudo tais variáveis não se mostraram determinantes. Isso pode indicar

que a vulnerabilidade à perda de seguimento é generalizada entre as adolescentes VVS assistidas em Mavalane, independentemente de suas características individuais. Esse resultado reforça a ideia de que os factores estruturais e sociais — estigma, pobreza, fragilidade dos serviços — exercem maior influência do que os atributos pessoais.

As variáveis relacionadas ao episódio de violação, como número de agressores, uso de preservativo ou relação vítima-agressor, também não apresentaram associação significativa com a conclusão do seguimento. Embora esperado que casos mais graves, como múltiplos agressores ou violação intrafamiliar, resultassem em maior abandono, os dados não confirmaram essa hipótese. É possível que, independentemente das circunstâncias da violação, o impacto psicológico seja suficientemente intenso para afectar a adesão de forma similar. Além disso, a incompletude de alguns registos clínicos pode ter limitado a análise dessas variáveis, mascarando associações que, em contextos de colecta mais detalhada, poderiam ser observadas.

No contexto moçambicano, compreender a adesão ao seguimento clínico exige um olhar atento para os determinantes sociais da saúde, conforme preconizado pelo modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), que nos ajuda a analisar como múltiplos níveis de influência interagem no comportamento e nos resultados de saúde da adolescente. No caso do Hospital Geral de Mavalane, a interação entre esses níveis resulta em um ciclo de vulnerabilidade que dificulta a conclusão do seguimento.

O estigma associado tanto à violação sexual quanto ao HIV constitui uma das principais barreiras para a continuidade do cuidado. Esse estigma, muitas vezes internalizado pela própria vítima e pela família, leva à opção pelo silêncio e ao afastamento dos serviços de saúde. O medo de ser rotulada como "contaminada" ou "indisciplinada" pode superar a necessidade de acompanhamento médico. A normalização da violência, como evidenciado em algumas práticas comunitárias de gestão de casos (indenizações ou casamentos forçados, conforme relatado na Tabela 1B), perpetua um ciclo onde os direitos e a saúde da vítima são secundarizados.

A pobreza, expressa na dificuldade de acesso a transporte para se deslocar até a unidade sanitária, na necessidade de priorizar necessidades de sobrevivência imediatas em detrimento de consultas de seguimento, e na falta de apoio financeiro para despesas associadas ao cuidado, contribui significativamente para o abandono precoce. A

distância média de 20 km para alcançar a US mais próxima, aliada à escassez de transporte (Esmael, 2022), agrava esta barreira logística.

As limitações dos serviços de saúde, incluindo a falta de capacitação das equipas técnicas (Moreira, 2020), a indisponibilidade de materiais e medicamentos, a falta de espaços confidenciais e seguros para atendimento, e a dificuldade em realizar a busca consentida de faltosos, impactam directamente a retenção. A própria incompletude dos registos clínicos, uma limitação metodológica deste estudo, é um reflexo dessa fragilidade institucional. A falta de articulação intersectorial efectiva, que deveria envolver justiça, acção social e educação, também compromete a resposta integrada e o suporte necessário às vítimas.

Embora a relação com o agressor não tenha mostrado associação significativa no estudo, a ausência de apoio familiar, como mencionado na Tabela 20, é um factor crucial. A falta de suporte emocional, prático e financeiro por parte da família pode isolar a adolescente, tornando a adesão ao seguimento uma tarefa ainda mais árdua. A dinâmica familiar, por vezes sobrecarregada por outras dificuldades socioeconómicas, pode não conseguir oferecer o suporte necessário.

A questão da privacidade e confidencialidade no atendimento, como mencionado na discussão e na literatura (Trigueiro et al., 2018), é um determinante social importante. O desconforto em ser atendida por profissionais do sexo oposto ou a identificação constrangedora em formulários (Trigueiro et al., 2018) podem ser barreiras significativas. A falta de espaços adequados e a confidencialidade comprometida podem fazer com que as vítimas evitem procurar ou continuar o atendimento.

Os resultados reforçam que a VS e a subsequente vulnerabilidade ao HIV não são apenas questões biomédicas, mas fenómenos profundamente enraizados em contextos sociais, económicos e culturais. A interação entre esses níveis – desde as normas sociais e políticas públicas (macrossistema) até as dinâmicas familiares e individuais (microssistema) – molda a capacidade das adolescentes de acederem e permanecerem no cuidado. A elevada taxa de abandono observada no HGM deve ser interpretada como um alerta, evidenciando a necessidade imediata de transformação de medidas governamentais e nos programas de saúde, priorizando a continuidade do seguimento para garantir a salvaguarda da saúde e dos direitos das raparigas em Moçambique.

Os resultados desta pesquisa apontam claramente a exigência de reformulação de políticas públicas. A elevada taxa de abandono demonstra que a resposta actual, centrada no atendimento inicial e na prescrição da PPE, é insuficiente. Também evidenciam que a adesão ao seguimento clínico após violação não pode ser compreendida apenas como uma escolha individual, mas como um fenómeno social, marcado por determinantes múltiplos que incluem pobreza, estigma, fragilidade dos serviços e desigualdades de género. A elevada taxa de abandono encontrada no Hospital Geral de Mavalane deve ser interpretada como um alerta, evidenciando um imperativo de reestruturação das políticas públicas e nos programas de saúde, colocando a continuidade do seguimento como prioridade absoluta para a protecção da saúde e dos direitos das adolescentes em Moçambique.

## **11. Conclusões e Recomendações**

### **11.1. Conclusões**

A presente pesquisa evidenciou uma taxa extremamente elevada de abandono do seguimento clínico entre adolescentes VVS atendidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020 e 2022, com apenas 8,7% a completarem os três meses de seguimento decorrido início da PPE ao HIV. Este achado confirma a hipótese alternativa e reforça que a adesão ao seguimento clínico constitui um desafio crítico no em Moçambique.

Factores como atraso na chegada à unidade sanitária, ausência de apoio familiar, estigma social, transporte ineficiente e fragilidade institucional mostraram-se decisivos para a não conclusão do seguimento. Além disso, a coincidência do período de estudo com a pandemia de COVID-19 pode ter intensificado estas barreiras.

Os resultados sugerem que o início precoce da profilaxia pós-exposição, aliado a intervenções integradas e humanizadas, é determinante para a eficácia do cuidado. Assim, estratégias como busca consentida de faltosos, apoio psicossocial imediato e articulação intersectorial devem ser priorizadas para reduzir o abandono.

Conclui-se, portanto, que o seguimento clínico de adolescentes vítimas de violação sexual deve ser considerado uma etapa essencial da resposta em saúde e não um complemento opcional. Investigações futuras, incluindo estudos qualitativos e longitudinais, são necessárias para aprofundar a compreensão das barreiras percebidas pelas vítimas e avaliar a eficácia de estratégias inovadoras de retenção.

## 11.2. Recomendações

Para melhorar o seguimento e a adesão das vítimas de violação a PPE ao HIV, recomenda-se:

### Programáticas (gestores de saúde e provedores)

- **Criação de um Sistema de Lembrete Ativo:** Implementar um sistema de lembretes (via SMS ou chamadas telefónicas) para recordar as vítimas sobre as consultas de seguimento e os seus encarregados.
  - Implicação Prática: Este sistema pode ser desenvolvido com recursos tecnológicos acessíveis e pode ser gerido por uma equipa dedicada no CAIVV ou em parceria com organizações comunitárias. A personalização das mensagens e a garantia de confidencialidade são cruciais.
- **Protocolos de Referência Cruzada:** Sugere-se que as Unidades Sanitárias adoptem protocolos com referência cruzada entre os livros de notificação e os de consulta de seguimento.
  - Implicação Prática: Isso requer a padronização dos registos em ambas as fontes de informação e a formação das equipas para a utilização consistente destes protocolos, assegurando que nenhum caso seja perdido entre os registos.
- **Envolvimento de Líderes Comunitários e Associações:** Envolver líderes comunitários locais, associações juvenis ou redes escolares na sensibilização e no apoio à retenção no cuidado.
  - Implicação Prática: Estabelecer parcerias com estas entidades para identificar barreiras locais, facilitar o transporte, oferecer apoio psicossocial e promover a desmistificação do estigma. Estes líderes podem actuar como pontes na articulação comunitário-sanitária.
- **Integração da VS nos Currículos de Formação:** Incluir a abordagem à violação sexual como componente obrigatório nos currículos da formação em saúde e em educação contínua dos profissionais da linha da frente.
  - Implicação Prática: Desenvolver módulos de formação que abordem o acolhimento humanizado, a avaliação clínica e psicossocial, o manejo da

PPE, e a articulação intersectorial, garantindo que todos os profissionais estejam preparados para atender estas vítimas de forma adequada.

- **Criação de Espaços Seguros e Confidenciais:** Criar espaços confidenciais e seguros para atendimento a VVS, garantindo privacidade e respeitando as preferências de gênero na escolha do profissional.
  - Implicação Prática: Adaptar as instalações existentes ou designar áreas específicas dentro das Unidades Sanitárias que ofereçam privacidade e um ambiente acolhedor. Treinar os profissionais para serem sensíveis às preferências das vítimas em relação ao gênero do profissional que as atende.

### **Políticas (para decisores)**

- **Revisão e Atualização de Protocolos:** Rever e actualizar os protocolos nacionais de seguimento clínico pós-PPE, reduzindo o número de consultas obrigatórias sem comprometer a eficácia, conforme a capacidade de retenção do sistema.
  - Implicação Prática: Realizar uma análise baseada em evidências para determinar o número mínimo de consultas necessárias para garantir a eficácia e a segurança, considerando a realidade dos recursos e a capacidade de seguimento.
- **Integração da Resposta à VVS nos Planos Distritais e Orçamentos Locais:** Integrar a resposta à VVS nos planos distritais de saúde e nos orçamentos locais, com metas e indicadores específicos para adesão e conclusão da PPE.
  - Implicação Prática: Assegurar que o orçamento alocado para a saúde inclua fundos específicos para os serviços de atendimento a VVS, com mecanismos de monitorização e avaliação claros para garantir a responsabilização.
- **Fortalecimento da Articulação Intersectorial:** Fortalecer a articulação intersectorial com educação, justiça e ação social, assegurando fluxos formais e funcionais de encaminhamento e proteção.
  - Implicação Prática: Estabelecer memorandos de entendimento e protocolos de colaboração claros entre os diferentes sectores, definindo responsabilidades e canais de comunicação para garantir suporte às vítimas (médico, emocional, legal e social).

### **Acadêmicas (investigadores e instituições formadoras):**

- **Estudos Qualitativos Aprofundados:** Promover estudos qualitativos que aprofundem as motivações para abandono do seguimento clínico e a percepção das adolescentes sobre os serviços de saúde.
  - Implicação Prática: Estes estudos podem fornecer informações detalhadas sobre as experiências e barreiras vivenciadas pelas vítimas, orientando o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e centradas nas suas necessidades.
- **Investigações Qualitativas sobre Razões do Abandono:** Realizar investigações qualitativas para compreender as razões do abandono do seguimento na perspectiva das adolescentes e profissionais de saúde.
  - Implicação Prática: Aprofundar o conhecimento sobre os factores subjetivos e contextuais que levam ao abandono, permitindo a identificação de pontos de intervenção mais específicos.
- **Inclusão da Temática da VS nas Formações:** Incluir a temática da VS e do cuidado às populações vulneráveis nas formações em saúde, especialmente em cursos de medicina, enfermagem e serviço social.
  - Implicação Prática: Garantir que todos os futuros profissionais de saúde estejam equipados com o conhecimento e as competências necessárias para lidar com estas situações de forma sensível e eficaz.
- **Pesquisas Operacionais sobre Intervenções de Retenção:** Apoiar pesquisas operacionais que testem intervenções de retenção no cuidado para adolescentes vítimas de violação sexual, com abordagens baseadas em evidências.
  - Implicação Prática: Implementar e avaliar a eficácia de novas estratégias e programas piloto focados na retenção, utilizando metodologias rigorosas para gerar evidências que possam ser generalizadas.

## 12. Referências

Acta Paulista de Enfermagem. 2022. Barreiras de acesso à profilaxia pós-exposição ao HIV: estudo de caso. *Acta Paulista de Enfermagem*. 35: eAPE03836. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03836>.

Akinlusi, F., Rabi, K., Olawepo, T. & Afolabi, B. 2020. Factors influencing delays in seeking medical care after sexual violence in Lagos. *Nigerian Medical Journal*. 61(2): 60–66. [https://doi.org/10.4103/nmj.NMJ\\_55\\_19](https://doi.org/10.4103/nmj.NMJ_55_19).

Albuquerque, A. 2021. Capacidade jurídica e direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris.

Aleluia, E., Carvalho, M., Bomfim, V., Dias, M., Leal, V., Almeida, A., Fé, A. & Rocha, R. 2020. Repercussões do abuso e exploração sexual na criança e adolescente e a importância da qualificação da enfermagem frente aos casos: revisão narrativa. *Electronic Journal Collection Health*. 52: 1–8. <https://doi.org/10.25248/REAS.e4712.2020>.

Al-Jilaihawi, S., Borg, K., Maguire, S., & Moynihan, S. 2017. Disabilities and child sexual abuse: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 70: 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.018>.

Alves, G. & Moreira, R. 2020. Manifestations of institutional violence in the context of health care for women in situations of sexual violence. *Saúde e Sociedade*, 29(2): 1–11. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>.

Ângelo, C., Guimarães, G., Romero, G., Nogueira, L., Yamashita, B., Corregliano, J. & Figueiredo, W. 2024. Baixa adesão à profilaxia pós-exposição ao HIV em um município do interior de São Paulo entre 2011 e 2020. *Revista de Saúde Pública*. 103(2): 1–9. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.202410300363>.

Arnaldo, C., & Carlos, E. 2023. Violência sexual contra crianças e adolescentes: determinantes sociais e implicações em saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 32 (1), e230112. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230112>.

Ávila, L. & Ferreira, D. 2020. Uso de preservativos no sexo oral: uma análise descritiva na prevenção de IST. *Revista Brasileira de Saúde Sexual e Reprodutiva*. 11(1): 1–14. <https://doi.org/10.47456/rbssr.v11i1.29310>.

Baptista, M. 2019. Desafios do seguimento clínico de vítimas de violência sexual no sistema público de saúde. Maputo: Instituto Superior de Ciências de Saúde.

Batista, L., Maria, C., Sales, V., Paula, V. & Guedes, S. 2021. Sexual violence and public health: assessing a health program from the perception of women served. *Brazilian Journal of Development*. 7(8): 81630–81646. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-397>.

Bezerra, L., Macedo, P. & Lima, S. 2020. A atuação do enfermeiro frente à violência sexual infantil. *Revista de Enfermagem da UFPE On Line*. 14(1). e243413. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243413>.

Bossonario, P., Ferreira, M., Andrade, R., Sousa, K., Bonfim, R., Saita, N. & Monroe, A. 2022. Fatores de risco à infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens: revisão sistemática. *Revista latino-americana de enfermagem*. 30(spe): e3697. DOI: 10.1590/1518-8345.6264.3697.

Brasil. Ministério da Saúde. 2014. Notificação de violência sexual contra crianças e adolescentes: um guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_violencia\\_sexual\\_crianças\\_adolescentes.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_violencia_sexual_crianças_adolescentes.pdf). Acesso em: 4 jun. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. 2019. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde. [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/protocolos-clinicos/pep\\_2019.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/protocolos-clinicos/pep_2019.pdf). Acesso em: 4 jun. 2025.

Bronfenbrenner, U. 1979. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.

Bruna, D. & Elias, D. 2018. HIV post-exposure prophylaxis in a hospital of infectious diseases in Fortaleza , CE. 50(1):65–70. DOI: 10.21877/2448-3877.201800631.

Cardoso, J., Henrique, K. & Feitosa, J. 2024. Profilaxia pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana. 4850–4864. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i8.2023-043.

Carvalho, A., Rodrigues, L. & Pinto, G. 2020. Barreiras no acesso à saúde após violência sexual: análise da atuação da rede de apoio. *Revista Brasileira de Saúde Pública*. 54(1): 1–12. <https://doi.org/10.1590/0034-8910.20205401>.

- Castoldi, L., Berengan, M., Both, N., Fortes, V. & Pinheiro, T. 2021. HIV post-exposure prophylaxis in vulnerable populations: a retrospective longitudinal study in a public health outpatient clinic in Rio Grande do Sul, Brazil, 2015-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 30(2):2015–2018. DOI: 10.1590/S1679-49742021000200017.
- Chehab, M., Paiva, L., Figueiredo, F., Daboin, B., Reato, L. & Adami, F. 2017. Características do abuso sexual em Santo André, São Paulo, Brasil: das vítimas ao agressor, do diagnóstico ao tratamento. *J. Hum. Growth Dev.* 27(2): 228-34.
- Cruz, M., Gonçalves, P., & Oliveira, S. 2021. Reações emocionais em adolescentes vítimas de violência sexual: revisão de literatura. *Revista Adolescência e Saúde*. 18(1): 45–54.
- Cruz, S., Espíndula, D. & Trindade, Z. 2017. Violência de gênero e seus autores: representações dos profissionais de saúde. *Psico-USF*. 22(3):555-67. DOI: 0.1590/1413-82712017220314.
- Delzivo, C. R., Bolsoni, C. C., Nazário, N. O. & Coelho, E. B. S. 2018. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 34(6), e00036917. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036917>.
- Domingos, R. & Pires, A. 2020. Acolhimento humanizado a adolescentes vítimas de violência sexual: desafios e estratégias. *Revista Ciência & Saúde*. 10(2): 88–97.
- Dourado, S. & Bidarra, A. 2021. Violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva em adolescentes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 21(4): 999–1008. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400007>.
- Dourado, I., Magno, L., Greco, D.B., Zucchi, E.M., Ferraz, D., Westin, M.R. & Grangeiro, A. 2023. Interdisciplinarity in HIV prevention research: the experience of the PrEP1519 study protocol among adolescent MSM and TGW in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*. 39:1–14. DOI: 10.1590/0102-311XEN143221.
- Dumont, L., Abrahão, A., Manata, I., Pereira, B., Alves, P. & Nascimento, D. 2019. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: realidade e desafios. 249–260.
- Eller, K. 2022. Da incapacidade civil às capacidades evolutivas: tomada de decisão da criança no contexto dos cuidados em saúde. *Civilística*. 11(3).

- Esmael, Q. 2022. Acessibilidade Geográfica aos serviços de saúde na província de Sofala – Moçambique. Tese (Doutoramento). Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/114340> Acessado em 3 de ago 2024.
- Ferreira, M. & Tavares, F. 2022. Estigma social e abandono do tratamento em vítimas de violência sexual. *Revista de Psicologia Aplicada*. 15(3): 122–135. <https://doi.org/10.5935/2595-1332.20220015>
- Fonseca, C., Silva, M. & Andrade, B. 2023. Aspectos clínicos da PPE em adolescentes após violência sexual: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Infectologia Pediátrica*. 9(1): 10–18.
- Franco, S., & Lima, J. 2019. Violência sexual: abordagem multiprofissional e políticas públicas. *Revista Interdisciplinar de Saúde Coletiva*. 6(2): 134–146.
- Garcia, L. & da Silva, G. 2018. Violência por parceiro íntimo: Perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cadernos de Saúde Pública*. 34(4). DOI: 10.1590/0102-311x00062317.
- Hirschmann, R., Martins, R.C. & Gonçalves, H. 2021. Child abuse and sexual risk behavior in adulthood: A systematic review. *Ciência e Saúde Coletiva*. 26:5057–5068. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.31562019.
- Instituto Nacional de Saúde. 2021. Estigma provoca desistência ao uso da profilaxia pós-exposição ao HIV em Moçambique. Maputo: INS. Disponível em <https://ins.gov.mz>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). 2021. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2021. Maputo: INE/MISAU. Disponível em: <https://www.ins.gov.mz>. Acesso em: 4 jun. 2025.
- Kearns, M., Edwards, K., Calhoun, K. & Gidycz, C. 2015. Disclosure of sexual victimization: The effects of situational factors on victim responses. *Violence and Victims*. 30(2): 231–245. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00180>.
- Komatsu, A. 2017. Desenvolvimento psicossocial e adaptação na adolescência: um olhar para os adolescentes institucionalizados. *Jurnal Sains dan Seni ITS*. 6(1):51–66. Available:<http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf><http://fiskal.kemenkeu.go.id/ejournal><http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055><https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006>

doi.org/10.1.

Lalor, K. 2004A. Child abuse in sub-Saharan Africa: a literature review. *Child Abuse & Neglect* 28: 439-460.

Lakew, Y., Benedict, S. & Haile, D. 2015. Social determinants of HIV infection, hotspot areas and subpopulation groups in Ethiopia: evidence from the National Demographic and Health Survey in 2011. *BMJ Open*. 2015 Nov 20;5(11):e008669. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008669>.

Lemos, T., Souza, D., & Andrade, G. 2020. Impacto do abandono do seguimento clínico em vítimas de violência sexual. *Revista Saúde em Debate*, 44(3), 321–330. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E321>.

Lima, R. 2023. The Context of Sexual Violence Against Children and. 48–72.

Luna, N., Teixeira, E., & Costa, M. 2021. Atendimento a adolescentes vítimas de violência sexual: desafios e recomendações. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(4), 879–888.

Mabaso, M., Makola, L., Naidoo, I., Jooste, S. & Simbayi, L. 2028. HIV incidence and predictors of inconsistent condom use among adult men enrolled into an HIV vaccine preparedness study, Rustenburg, South Africa. *\*plos one*, 13 \*4(4) e0193783. <https://doi.org.10.1371/journal.pone.0193783>.

Mabunda, N. & Massingue, M. 2020. Barreiras institucionais no acesso à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em Moçambique. *Revista Moçambicana de Saúde Pública*. 10(2): 55–64.

Massa, V., Grangeiro, A. & Couto, M. 2021. Profissionais de saúde frente a homens jovens que buscam profilaxia pós-exposição sexual ao HIV ( PEPSexual ): desafios para o cuidado. 1–16.

Mastrodi, J., Silva, T. & Pereira, G. 2020. Políticas públicas e enfrentamento da violência sexual: análise crítica. *Revista Katálisis*. 23(2): 375–385. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n2p375>.

Mathews, C., Eggers, S., de Vries, P., Mason-Jones, A., Mtshizana, Y. & Delany-Moretlwe, S. 2015. Young people's perceptions of sexual and reproductive health services in South Africa. *BMC Health Services Research*. 15(1): 218. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0902-2>.

Mgalla, Z., et al. 2018. Barriers to healthcare for survivors of sexual violence in Tanzania. *African Journal of Reproductive Health*.

Moçambique, G. 2019. Assembleia da República. Lei n.º 24/2019: Lei de Revisão do Código Penal. *Imprensa Nacional de Moçambique*. Acessado aos 13/07/2024, em: <https://www.mef.gov.mz/index.php/publicacoes/politicas/programa-quinquenal-do-governo-pgg/pggdoismilevinte-doismilevinteequatro/919-pgg-2020-2024-aprovado-pela-assembleia-da-republica>.

MISAU (Ministério da Saúde). 2019. Protocolo de atendimento clínico e psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de violência. Maputo: MISAU.

Informação de Saúde (SIS-MA). Maputo: Direcção Nacional de Saúde Pública.

Ministério da Saúde de Moçambique. 2020. Protocolo clínico e diretrizes de tratamento antirretroviral para crianças, adolescentes e adultos. Maputo: MISAU.

MISAU (Ministério da Saúde). 2021. Relatório Estatístico Anual do Sistema de Moçambique. Conselho de Ministros. Resolução n.º 39/2018, de 22 de outubro. Aprova o Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Baseada no Género 2018–2021. Boletim da República, I Série, n.º 205, 22 out. 2018. Disponível em: <https://gazettes.africa/akn/mz/officialGazette/government-gazette-series-i/2018-10-22/205/por@2018-10-22/source>. Acesso em: 4 jun. 2025.

Moçambique. Ministério do Género, Criança e da Acção Social. 2018. Plano Nacional de Acção para o Combate à Violência Baseada no Género (2018-2021) Maputo: MGCAS. Link: <https://gazettes.africa/akn/mz/officialGazette/governmrnt-gazette-series-i/2028-10-22/2025/por@2028-10-22/souce>.

Moreira, F., & Fagundes, M. 2021. Adesão à PPE em mulheres vítimas de violência sexual: fatores associados e limitações. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*. 19(1): 37–44.

Mota, E., Farias, O. & Mota, N. 2022. Uso de profilaxia pós-exposição para o HIV na população jovem: revisão integrativa. 1–11. DOI: 10.15253/2175-6783.20222378152.

Moret, L., Lavaud, P., & Joubert, M. 2016. Adherence to post-exposure prophylaxis in sexual assault victims: A systematic review. *Infectious Diseases*. 48(6): 379–386. <https://doi.org/10.3109/23744235.2015.1131332>.

Morris, M., Kouros, C., Janecek, K., Freeman, R., Mielock, A. & Garber, J. 2017. Community-level moderators of a school-based childhood sexual assault prevention program. *Child Abuse & Neglect*. PMID 27890344 DOI: 10.1016/J.Chiabu.2016.10.005.

Moura, M. 2017. Post-Exposure Prophylaxis ( PEP ) as a combined prevention model : analysis of the epidemiological. 12(10):1–10.

Nhassengo, P., Duby, Z., Afonso. M., Mbofana, F., Wight, D. & Hoddinott, G. 2018. Barriers and facilitators to the implementation of HIV post-exposure prophylaxis in sexual violence survivors: a qualitative study in Maputo, Mozambique. *PLoS One*. 13(2):e0192230. doi:10.1371/journal.pone.0192230.

Nunes, M., Lima, R. & Morais, N. 2017. Violência sexual contra as mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. *Psicologia*. 37(4):956-69. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003652016>.

OMS (Organização Mundial da Saúde). 2013. Orientações clínicas para gestão de vítimas de violência sexual. Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-rape-guidelines>. Acesso em: 4 jun. 2025.

ONU Mulheres. 2020. Intensificação dos esforços para eliminar todas as formas de violência contra as mulheres: relatório do Secretário-Geral.

Ossig, V. 2020. Políticas públicas e o atendimento ao agressor na violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes: cenários e implicações na Região Sudeste Paranaense. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional)\_Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional pela Universidade do Contestado, Canoinhas, 2020. Disponível em: <https://uni-contestado-site.s3.amazonaws.com/editais/DP-27022020162209.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2024.

Paula, W. & Zambenedetti, G. 2022. ‘Se beber, não transe’: interrogando os discursos na oferta da Profilaxia Pós-Exposição (PEP). *Saúde em Debate*. 46(spe7):157–168. DOI: 10.1590/0103-11042022e711.

Pedro, J. 2023. Profilaxia Pós-exposição ( PPE ) no contexto da infecção por VIH.

Petricio, P. 2019. Assistência à Mulher Vítima de Violência Sexual. *Revista Saúde-UNG-Ser*. 12(Esp1): 28.

Platt, V., Back, I., Hauschild, D. & Guedert, J. 2018. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23: 1019-1031.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). 2022. Relatório de Desenvolvimento Humano 2022 – Moçambique. Nova Iorque: PNUD. Disponível em: <https://hdr.undp.org>. Acesso em: 4 jun. 2025.

Price, J., Rosenberg, N., Vansia, D., Phanga, T., Bhushan, N., Maseko, B., Brar, S., Hosseinipour, M., Tang, J., Bekker, L. & Pettifor A. 2018. Predictors of HIV, HIV risk perception, and HIV worry among adolescent girls and young women in Lilongwe, Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 77(1):53-63. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001567>.

Rahmawati, A. 2020. Abuso sexual infantil e consequências na vida adulta: uma revisão sistemática. 2020(July):1–23.

Ribeiro, M. & Schuelter-Trevisol, F. 2021. Sexual violence and adherence to the protocol of attendance of a south Brazil hospital. 12(2):312–318. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4140.

Ribeiro, C., Cristina, I., Lima, V., Jane, L. & Souza, E. 2021. Atuação do enfermeiro na preservação de vestígios na violência sexual contra a mulher: revisão integrativa. 25(5):1–9.

Rivas E, Bonilha E, Vásquez J. 2020. Influence of the History of Abuse and Suicidal Attempts Behavior Among Women Victims of Violence in Nicaragua. *Journal of Community Psychology*. 48(2). Acessado em: <https://doi.org/10.1002/jcop.22260>.

Rogstad, K., Wilkinson, D. & Robinson, A. 2016. Sexually transmitted infections in children as a marker of child sexual abuse and direction of future research. *Current opinion in infectious diseases*, v. 29, n. 1, p. 41-44. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000233>.

Rosa, J., Oliveira, M., Oliveira, M., Fernandes, C. & Oliveira, E. 2018. Violência sexual na região do ABC Paulista: retrato de 142 casos. *ABCS Health Sci*. 43(1):41-6. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.994> »  
<http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.994>.

Sampasa-Kanyinga, H., Hamilton, H. & Chaput, J. 2018. Sleep duration and consumption of sugar-sweetened beverages and energy drinks among adolescents.

Nutrition. 48: 77-81.

Santana, K., Marzo, G., Yasmin, L., Aguiar, C., Santana, L., Sousa, G. & Felipe, O. 2024. Advancements in Post-Exposure Prophylaxis for HIV : A Comprehensive Review of Therapeutic Regimens and Recent Developments. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 6(1):165–173.

Santana, M., Passos, T., Almeida-Santos, M. 2020. Estudo epidemiológico da violência sexual no município de Aracaju, Sergipe, 2013 a 2016. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*. (8)2: 230-242.

Santos, M., Mascarenhas, M., Rodrigues, M. & Monteiro, R. 2018. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola - Brasil, 2010-2014. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*. 27(2):e2017059. DOI: 10.5123/S1679-49742018000200010.

Santos, M. & Oliveira, C. 2020. Avaliação da linha de cuidado às vítimas de violência sexual: desafios na rede de atenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(4): e20190234. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0234>

Schacht, C., Osman, N. & Temmerman, M. 2019. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in sexual assault survivors in Mozambique. *AIDS Care*. 31(6): 734–740. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1549725>.

Silva, A. & Gomes, R. 2021. Práticas de acolhimento em serviços de saúde a mulheres em situação de violência sexual. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 25. e200645. <https://doi.org/10.1590/interface.200645>

Silva, D., Freitas, M. & Bastos, L. 2022. A profilaxia pós-exposição ao HIV no contexto da violência sexual: análise da adesão em serviço público. *Revista de Saúde Pública*. 56: 12–21. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003159>.

Smetana, J. 2018. The development of autonomy during adolescence: a social-cognitive domain theory view. In: B. Soenens, M. Vansteenkiste & S. Van Petegem (Eds.), *Autonomy in adolescent development*. Psychology Press. 53-73.

Sousa, T. de, Coelho, A., Mattos, D. de, Valadares, J., Lima, M., Costa, P. & Sousa, M. 2019. Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial. *Cadernos Saúde Coletiva*. 27(2):117–123. DOI: 10.1590/1414-462x201900020059.

Setia, M. 2016. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*. 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>

Steele, S.J., Abrahams, N., Duncan, K., Woollett, N., Hwang, B., O’Connell, L., Cutsem, G. & Shroufi, A. 2019. A epidemiologia do estupro e violência sexual no distrito de mineração de platina de Rustenburg, África do Sul: Prevalência e fatores associados à violência sexual. *PloS One*. 14(7):e0216449. doi: 10.1371/journal.pone.0216449.

Tavares, J., Costa, R. & Pinho, M. 2020. Violência sexual na adolescência: perfil das vítimas e estratégias de enfrentamento. *Revista Adolescência e Saúde*, 17(4): 50–59.

Tissiani, A., Azevedo, N., Mendonça, G., Ramos, A., Oliveira, M., Alves, I., Pecorelli, D., Dantas & Deibninger, L. 2021. Análise das principais consequências do abuso sexual infanto-juvenil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 13(7):e8194. DOI: 10.25248/reas.e8194.2021.

Trigueiro, D., Lucena, K., Costa, A. & Vieira, L. 2015. Adesão ao seguimento de vítimas de violência sexual: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 18(4): 665–678. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040003>.

Trigueiro, T., Henrique, M., Oliveira, D., De, M., Aparecida, M. & Merighi, B. 2018. Non-adherence to outpatient follow-up by women who experienced sexual violence. 27(1):1–9.

Trigueiro, A., Oliveira, E. & Souza, R. P. 2015. Adesão ao seguimento clínico após profilaxia pós-exposição em vítimas de violência sexual. *Revista de Saúde Pública*. 49(3): 341–348. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2015049005209>.

Tyagi, S. & Karande, S. 2021. Child sexual abuse in India: A wake-up call. *Journal of postgraduate medicine*. 67(3): 125.

UNICEF. 2021. Global HIV & AIDS statistics. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/global-hiv-statistics-2021>. Acessado em: 2 de junho de 2025. prevention [Internet]. 2021 [cited Nov. 14, 2023]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people>.

UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas). 2021. Ending gender-based violence: annual report 2020. Nova Iorque: UNFPA. Disponível em: <https://www.unfpa.org>. Acesso em: 4 jun. 2025.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). 2021. HIV and AIDS statistics 2021. Nova Iorque: UNICEF. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/global-hiv-statistics-2021>. Acesso em: 4 jun. 2025.

Wagner, A. 2023. Sexually transmitted infections and unwanted pregnancy in women victims of sexual violence in chapecó-sc. 3(8):12825–12842. DOI: 10.56083/RCV3N8-159.

WHO (World Health Organization). 2022. Global status report on violence against children and adolescents. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055540>. Acesso em: 4 jun. 2025.

WLSA Moçambique. 2020. Relatório de monitoria sobre violência de género em Moçambique. Maputo: WLSA. Disponível em: <https://www.wlsa.org.mz>. Acesso em: 4 jun. 2025.

World Health Organization (WHO). 2016a. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>.

World Health Organization (WHO). 2019. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons.

## APÊNDICE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

Mestrado em Saúde Pública

**Apêndice 1. Instrumento de recolha de dados secundários**

**Título da dissertação:** Desfecho do Seguimento Clínico Após Profilaxia Pós-Exposição ao HIV em Adolescentes Vítimas de Violação Sexual, Maputo (2020 – 2022).

**Pesquisadora:** Ivandra Natércia Manheira Tivane – estudante de Mestrado em Saúde Pública

**Supervisor:** Prof. Doutor Baltazar Golnçalo Mazungane Chilundo, MD, PhD, PHS

Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código do participante: \_\_\_\_\_

**I. Variáveis sociodemográficas**

1. **Idade:** \_\_\_\_\_anos

2. **Residência actual (bairro):** \_\_\_\_\_.

3. **Escolaridade:** 1. Sem escolaridade ( ) 2. Primário ( ) 3. Básico ( ) 4. Médio ( )

**II. Variáveis do episódio da violação sexual**

4. **Número de agressores:** 1. 1 ( ) 2. Mais de 1 ( )

5. **Relação com o agressor:** 1. Familiar ( ) 2. Parceiro íntimo ( ) 3. Pessoa próxima ( )  
5. Desconhecido ( )

6. **Seroestado HIV do agressor:** 1. Positivo ( ) 2. Negativo ( ) 3. Desconhecido ( )  
3. Não feito ( )

**III. Variáveis clínico-laboratoriais**

7. **Chegada a US dentro das 72h:** 1. Sim ( ) 2. Não ( )

8. **Uso do preservativo na violação sexual:** 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Não sabe ( )

9. **Resultado do teste de HIV na consulta inicial:** 1. Negativo ( ) 2. Indeterminado ( )  
3. Não feito ( )

10. **Início da PPE ao HIV:** 1. Sim ( ) 2. Não ( )


11. **Iniciou profilaxia para ITS:** 1. Sim ( ) 2. Não ( )

12. **Desfecho do seguimento clínico:** 1. Alta por abandono ( ) 2. Alta por Conclusão ( )

Guião adaptado pela investigadora

## **ANEXO**

# Anexo 1. Ficha de notificação de casos de violência

SIS-V01-A  
  
 REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
 Ministério da Saúde

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA

Ficha de Notificação N° \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nome da US a prestar a atenção: \_\_\_\_\_

Referido de: US  Referência Intra hospitalar  Polícia   
 Comunidade  Casa  Outros

Tipo de violência: Física  Psicológica  Sexual  Outro

Nome do exposto: \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
 Telefone \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Gravidez: Sim  Não

Data da última menstruação / /  
 Data e hora da violência sexual / / : :  
 Circunstâncias: \_\_\_\_\_  
 Número de agressores 1  Mais de 1

Relação com agressor: Conhecido  Desconhecido   
 (Refira a relação com o agressor nos comentários)

Condição da pessoa exposta  
 HIV: Positivo  Negativo  Indeterminado   
 Recusa teste  Teste não disponível

Condição da pessoa fonte  
 HIV: Positivo  Negativo  Desconhecido  Recusa teste   
 Teste não disponível  Indeterminado

História Clínica da Pessoa Exposta

	Sim	Não
Contactos sexuais no último mês		
Antecedentes de ITS		
Sinais de gravidez		
Violência dentro de casa		
Escoriações Vulvares		
Escoriações Anais		
Laceração recente do hímen		
Sinais de penetração vaginal		
Sinais de penetração anal		
Lacerações vaginais		
Lacerações anais		
Equimoses na pele		
Escoriações na pele		

### SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE DE LABORATÓRIO

Hemograma	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Não precisa <input type="checkbox"/>
Teste de Gravidez	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Não precisa <input type="checkbox"/>
Transaminases	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Não precisa <input type="checkbox"/>
RPR	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Não precisa <input type="checkbox"/>
Hepatite	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Não precisa <input type="checkbox"/>
Presença de Espermatozoides	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Não precisa <input type="checkbox"/>

### AVALIAÇÃO DE RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV

NÍVEL EXPOSIÇÃO	TRATAMENTO FORNECIDO
Exposição com baixo risco: Exposição na: vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada Por: urina, saliva, suor, lágrimas quando não contaminadas com sangue	Não inicia PPE
Exposição com risco de transmissão do HIV: Exposição na: vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada Por: sangue, sêmen, secreções vaginais, rectais ou outro fluido contaminado com sangue De: pessoa Fonte HIV Positiva, com ou sem SIDA ou desconhecido	Tratamentos: Início Regime Triplo <input type="checkbox"/> Profilaxia ITS <input type="checkbox"/> Contraceção de emergência <input type="checkbox"/>

Comentários:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Referências:  
 Medicina Legal  Polícia  Apoio Psico Social   
 Serviços Comunitários  Outros  Especifique: \_\_\_\_\_

### SEGUIMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL

Inicial 2º sem 4º sem 6º sem 3º mês 6º mês

Seguimento Laboratorial					
Data					
HIV					
Hemograma					
Transaminases					
Hepatite B					
RPR					
Teste Gravidez					
Seguimento Clínico					
Vacinação Hepatite B					
Aconselhamento					
Avaliação Psicológica					
Rúbrica do Clínico					

Nota: Para a consulta e seguimentos (semana 2, 4, 6, mês 3 e 6), por favor datar, identificar o técnico que realizou a atenção e resumir brevemente a avaliação clínica, efeitos secundários, referência realizadas, aconselhamento, e outros segundo necessidade.

Consulta inicial Data: / /  
 Nome do Clínico: \_\_\_\_\_

Seguimentos:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Alta: Data: / /  
 Nome do clínico: \_\_\_\_\_

**Anexo 2.** Carta de cobertura sanitária



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE  
HOSPITAL GERAL DE MAVALANE  
**Gabinete do Director**

À: Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Medicina

Att: Sra. Ivandra Natércia Manheira Tivane

N/Ref. 1066 / 25-y /HGM/2024

Maputo, 26 de Setembro de 2024

**Assunto:** Resposta a solicitação de carta de cobertura

A Direcção do Hospital Geral de Mavalane apresenta os seus melhores cumprimentos e acusa a recepção do seu requerimento datado de 18/09/2024, no qual solicita autorização para a emissão de carta de cobertura, no âmbito do estudo de fim do curso de Mestrado em Saúde Pública, com o título: “Desfecho do Seguimento Clínico 3 meses após o início da profilaxia Pós-exposição ao HIV das adolescentes Vítimas de Violência Sexual assistidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020-2022”. Sobre a matéria, comunica-se que a Direcção do Hospital Geral de Mavalane autoriza a realização do trabalho acima referido. Contudo, deverá apresentar a autorização do comité de ética, antes de realizar o estudo.

Subscrevemo-nos, com elevada estima e consideração.



Anexo 3. Carta de aprovação CIBS FM&HCM



Comité Institucional de Bioética em Saúde da  
Faculdade de Medicina/Hospital Central de  
Maputo



(CIBS FM&HCM)

Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade  
de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): **Ivandra Natércia Manheira Tivane**

Protocolo de investigação: **Versão 1, de Setembro de 2024**

Cosentimentos informados: **Versão 1, de Setembro de 2024**

Questionário : **Versão 1, de Setembro de 2024**

Do estudo:

**TÍTULO; "Desfecho do Seguimento Clínico 3 Meses Após o Início da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV das Adolescentes Vítimas de Violação Sexual Assistidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020-2022."**

Consta que:

- 1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia de 21 de Novembro de 2024 e que será incluída na acta 30/2024, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.
- 2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.
- 3º Que o protocolo está registado com o número **CIBS FM&HCM/133/2024**.
- 4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.
- 5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.
- 6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.
- 7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 26 de Novembro de 2025. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.
- 8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.
- 9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos  
E emite

E emite

RESULTADO: **APROVADO**

*Nana Antero*



Assinado em Maputo aos 26 de Novembro de 2024

#### Anexo 4. Credencial para recolha de dados



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
CIDADE DE MAPUTO  
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE  
HOSPITAL GERAL DE MAVALANE  
RECURSOS HUMANOS  
**Área de Pesquisa Clínica e Investigação Científica**

#### Credencial

Está devidamente autorizada a **Sra. Ivandra Natércia Manheira Tivane**, a apresentar-se no Serviço de Medicina Legal e no CAIVV (Centro de atendimento integrado para pessoas vítimas de violência) do Hospital Geral de Mavalane, para efeitos de recolha de dados relativos ao seu trabalho intitulado “ **Desfecho do Seguimento Clínico 3 Meses Após o Início da Profilaxia Pós-exposição ao HIV das Adolescentes Vítimas de Violação Sexual Assistidas no Hospital Geral de Mavalane entre 2020-2022**”.

Maputo, 10 de Janeiro 2025

O Responsável da Área de Pesquisa

=Dirceu Henrique Paulo Mabunda=  
(Psiquiatra, MSc, PhD)

