



FACULDADE DE MEDICINA

**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA COM ORIENTAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE
SAÚDE, PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS**

**Adesão à Profilaxia Pré-Exposição para HIV e percepções de exposição a outras infeções
de transmissão sexual entre mulheres trabalhadoras de sexo na Província de Maputo**

Nome da estudante: **Isabel Alfredo Chissone**

Nome e título do Supervisor: **Prof. Doutor Baltazar Chilundo, MD, PhD, PHS**

Maputo, Março de 2026



FACULDADE DE MEDICINA

**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA COM ORIENTAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE
SAÚDE, PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS**

**Adesão à Profilaxia Pré-Exposição para HIV e percepções de exposição a outras infeções
de transmissão sexual entre mulheres trabalhadoras de sexo na Província de Maputo**

Nome da estudante: Isabel Alfredo Chissone

Nome e título do Supervisor: Prof. Doutor Baltazar Chilundo, MD, PhD, PHS

Maputo, Março de 2026

Declaração de originalidade da dissertação

“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 trabalho individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, com orientação para Promoção de Saúde, Prevenção e Controlo de Doenças na Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina.”

Maputo, Março de 2026

Isabel Alfredo Chissone

Dedicatória

Aos meus pais Alfredo e Dúlia, meus irmãos Ambrósio, Alcídio e Agness, minha filha Giovanna, pelo apoio incondicional, por me terem encorajado e inspirado nesta grande caminhada. Que Deus os abençoe eternamente.

Agradecimentos

Estou profundamente grata pela ajuda e contribuições que recebi para concluir este nível académico. Tenho a sã consciência que não sou capaz de enumerar todas as pessoas que me prestaram ajuda. Às pessoas que consigo enumerar, não posso expressar suficiente gratidão. Não obstante:

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, todo-poderoso, por me ter guiado e abençoado no percurso de elaboração desta dissertação; ao Secretário Executivo do Conselho Provincial de Combate ao SIDA; aos meus colegas de trabalho, minhas amigas e amigos; ao Director Provincial de saúde de Maputo Província; à Direcção do Centro de Saúde da Matola C e seus respectivos profissionais; à Associação Ungagodoli e seus respectivos colaboradores; ao meu supervisor Prof. Doutor Baltazar Chilundo; ao Professor Doutor Brazão Mazula; ao Registo Académico e à Direcção da UEM – Faculdade de Medicina. A todos, obrigada pela abertura e apoio.

Em segundo lugar, à minha família, especialmente ao meu companheiro, colegas de turma, docentes e coordenador do curso. Para eles, vai o meu muito obrigada.

Índice

Declaração de originalidade da dissertação	i
Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Resumo	vi
Abstract	viii
Abreviaturas	ix
Epígrafe	x
1. Problema de pesquisa.....	11
2. Perguntas de pesquisa	12
3. Objectivos da pesquisa.....	13
3.1. Objectivo Geral	13
3.2. Objectivos específicos.....	13
4. Contribuição.....	14
5. Revisão bibliográfica	15
5.1. Adesão à PrEP na população chave	15
5.2. Risco de contaminação por ITSs na população chave	18
5.3. Adesão à PrEP e o risco de ITSs na população chave	19
6. Enquadramento teórico-conceptual	23
6.1. Adesão	24
6.2. Atitudes	25
6.3. Percepções	25
6.4. Risco em saúde.....	26
6.5. Comportamento de risco	27
6.6. Factor de risco	28

6.8. Referencial teórico	29
7. Metodologia	33
7.1. Tipo/desenho de estudo.....	33
7.2. Local de estudo.....	34
7.3. Período de estudo	36
7.4. Universo do estudo.....	36
7.5. Modo de selecção dos participantes, amostra e amostragem.....	37
7.6. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados	40
7.7. Núdulos temáticos	42
7.8. Plano de gestão de dados.....	43
8. Limitações do estudo	44
9. Considerações éticas	45
9.1. Consentimento informado	45
9.2. Confidencialidade.....	46
9.3. Anonimato.....	46
9.4. Riscos	46
9.5. Benefícios.....	47
9.6. Intimidade e privacidade	47
11. Resultados.....	48
11.1. Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa	48
11.2. Atitudes e percepções das MTS sobre a PrEP.....	50
11.2.1 Atitudes das MTS	50
11.2.2. Percepções das MTS.....	53
11.3. Práticas de adesão à PrEP entre as MTS	56
11.3.1. Mobilização e sensibilização das MTS para adesão à PrEP.....	56

11.3.2. Prestação de serviço da PrEP às MTS no CS da Matola C	59
11.3.3. Uso da PrEP entre as MTS	62
11.4. Contaminação por ITSs entre as MTS	64
11.5. Contexto e comportamentos de risco de contaminação por ITSs entre as MTS.....	66
12. Discussão	69
13. Conclusões e recomendações.....	72
13.1. Conclusões	72
13.2. Recomendações	74
13.2.1. Recomendações Programáticas	74
13.2.2. Recomendações Académico-Científicas	75
Referências	76
Apêndices.....	83
Anexos	110

Resumo

INTRODUÇÃO: A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) constitui uma estratégia importante de prevenção do HIV entre populações-chave, incluindo mulheres trabalhadoras de sexo. Contudo, persistem desafios relacionados com a adesão à PrEP, as percepções sobre a sua eficácia e a forma como essas percepções influenciam práticas associadas à exposição a outras infecções de transmissão sexual (ITS). A compreensão dessas percepções e práticas é fundamental para fortalecer as estratégias de prevenção combinada e melhorar a eficácia das intervenções dirigidas a populações vulneráveis. Neste contexto, o presente estudo teve como objectivo examinar como a adesão à PrEP é percebida e vivida por mulheres trabalhadoras de sexo e de que forma essas percepções e práticas se articulam com contextos de exposição a outras infecções de transmissão sexual.

METODOLOGIA: Foi realizado um estudo qualitativo retrospectivo, baseado na realização de entrevistas individuais e discussões em grupo focal. A selecção dos participantes foi intencional, visando incluir diferentes actores envolvidos na implementação e utilização da PrEP. Participaram no estudo mulheres trabalhadoras de sexo que aderiram ou não à PrEP, profissionais de saúde do Centro de Saúde da Matola C e membros da associação Ungagodoli, organização comunitária responsável por actividades de mobilização e apoio à adesão à profilaxia. Os dados foram analisados através de análise de conteúdo, permitindo identificar percepções, experiências e práticas associadas à utilização da PrEP e à exposição a infecções de transmissão sexual.

RESULTADOS: Os resultados mostram que o perfil sociodemográfico das mulheres trabalhadoras de sexo participantes no estudo é heterogéneo, embora predomine o perfil de mulheres jovens, solteiras, com escolaridade básica ou técnica e dedicadas exclusivamente ao trabalho sexual. As atitudes em relação à PrEP revelaram, de modo geral, valorização da adesão como estratégia de prevenção do HIV, embora persistam dúvidas e resistências associadas à aparência dos medicamentos, à percepção da sua eficácia e ao receio de estigma social ou reacção de parceiros. As percepções sobre a PrEP demonstraram evolução ao longo do tempo, particularmente após as actividades de mobilização e sensibilização realizadas pela associação Ungagodoli em colaboração com o Centro de Saúde da Matola C. A PrEP passou a ser predominantemente percebida como um mecanismo de prevenção do HIV, embora tenham sido também mencionadas limitações relacionadas com a necessidade de testagem regular, deslocação aos serviços de saúde, estigma e possibilidade de interrupção do tratamento. Foram igualmente relatados casos de infecções de transmissão sexual entre mulheres usuárias da PrEP, incluindo gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase, bem como casos de reincidência. Esses relatos sugerem a persistência de comportamentos e contextos de risco, tais como o não uso consistente de preservativos, multiplicidade de parceiros, dificuldades na negociação do uso do preservativo com clientes e parceiros, consumo de álcool ou drogas e procura infrequente de serviços de diagnóstico e tratamento de ITS.

CONCLUSÕES: Os resultados indicam que as percepções e práticas associadas à utilização da PrEP entre mulheres trabalhadoras de sexo são influenciadas por um conjunto de factores individuais, relacionais e estruturais. Embora a PrEP seja amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz de prevenção do HIV, persistem crenças, percepções e condições contextuais que podem influenciar comportamentos relacionados com a exposição a outras infecções de transmissão sexual. A relação entre a utilização da PrEP e a ocorrência de ITS revela-se complexa e mediada por factores sociais, percepções individuais e dinâmicas relacionais, não sendo possível afirmar que a adesão à profilaxia esteja directamente associada ao aumento ou à redução dessas infecções. Os resultados sugerem a necessidade de fortalecer estratégias de prevenção combinada que integrem a promoção da PrEP com intervenções educativas, comunitárias e estruturais voltadas para a redução do risco e para o reforço do acesso a serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de ITS entre mulheres trabalhadoras de sexo.

Palavras-chave: Adesão, Atitudes, Percepções, Contexto de risco, Comportamentos de risco, Infecções de transmissão sexual.

Abstract

INTRODUCTION: Pre-exposure prophylaxis (PrEP) is an important HIV prevention strategy among key populations, including female sex workers. However, challenges remain regarding adherence to PrEP, perceptions of its effectiveness, and how these perceptions may influence practices related to exposure to other sexually transmitted infections (STIs). Understanding these perceptions and practices is essential for strengthening combined prevention strategies and improving the effectiveness of interventions targeting vulnerable populations.

METHODOLOGY: This study aimed to examine how PrEP adherence is perceived and experienced by female sex workers and how these perceptions and practices are articulated with contexts of exposure to other sexually transmitted infections. A retrospective qualitative study was conducted using individual interviews and focus group discussions. Participants were purposively selected and included female sex workers who had adhered to PrEP and those who had not, as well as health professionals from Matola C Health Centre and members of the Ungagodoli association, a community-based organization involved in mobilization and support for PrEP uptake. Data were analysed using content analysis to identify perceptions, experiences, and practices related to PrEP use and exposure to sexually transmitted infections.

RESULTS: The findings revealed a heterogeneous sociodemographic profile among female sex workers, although most participants were young women aged 18–35 years, predominantly single, with basic or technical education, and mainly engaged in sex work as their primary occupation. Attitudes towards PrEP were generally positive, with many participants recognizing its role in HIV prevention. Nevertheless, some concerns persisted, including doubts about the medication's effectiveness, fears of stigma, partner reactions, and the appearance of the medication. Participants also reported cases of sexually transmitted infections such as gonorrhoea, syphilis, chlamydia, and trichomoniasis, including recurrent infections. These reports suggest the persistence of risk contexts, including inconsistent condom use, multiple partners, difficulties negotiating condom use with clients, substance use, and limited use of STI diagnostic and treatment services.

CONCLUSIONS: The study concludes that perceptions and practices related to PrEP use among female sex workers are shaped by a combination of individual, relational, and structural factors. While PrEP is widely recognized as an effective strategy for HIV prevention, beliefs about its protective role and broader social contexts may influence behaviours related to exposure to other sexually transmitted infections. These findings highlight the importance of strengthening integrated prevention strategies that combine PrEP promotion with community-based interventions, health education, and improved access to STI prevention, diagnosis, and treatment services.

Keywords: Adherence, Attitudes, Perceptions, risk context, risk behaviors, STI.

Abreviaturas

ARV	Anti-Retrovirais
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
CCTS	Código de Conduta dos Trabalhadores de Sexo
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
CS	Centro de Saúde
CSR	Comportamentos Sexuais de Risco
DGF	Discussão em Grupo Focal
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MG	Mycoplasma Genitalium
MISAU	Ministério da Saúde
MTS	Mulheres Trabalhadoras de Sexo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPE	Profilaxia Pós-Exposição
PP	Políticas Públicas
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SRHS	Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva
TARV	Terapia Anti-retroviral
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
US	Unidade Sanitária

Epígrafe

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.

Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

(Paulo Freire, 2000)

1. Problema de pesquisa

Sobre o problema de saúde pública resultante do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), aponta-se que o número de novas infecções em todo o mundo diminuiu em apenas 3% entre 2020 e 2021 (menor declínio anual desde 2016), todavia, em regiões como Europa Central, Ásia Central, Médio Oriente e África foram registados aumentos anuais de novas infecções (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA [ONUSIDA], 2022). Casos particulares são encontrados em África, onde o Zimbabwe, Costa de Marfim, África do Sul e Quênia reduziram as novas infecções desde o final dos anos 90 até 2020 em 90%, 72%, 45% e 44%, respectivamente. No entanto, no cômputo geral, o continente africano alcançou um nível de redução apenas em 31% no período 2010-2020, o que está muito além do 75% previsto para 2020 pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) (United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2015). Segundo esta organização, em todo o mundo, a população chave¹ tem uma contribuição significativa para a ocorrência de novas infecções pelo HIV, tendo contribuído com 65% mundialmente, com 93% fora da África subsaariana e 39% dentro dessa região. Nessa população, continua a UNAIDS (2015), o risco de contaminação é, por exemplo, 34 e 26 vezes mais alto para Mulheres Trans e Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS), respectivamente. Por seu turno, o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS, 2021) afirma que Moçambique alcançou uma redução de 35% novas infecções pelo HIV em 2019, mas apresentou pouco mais de 130 mil novos casos, número para o qual os Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) contribuíram com 0,2%, e as MTS, 5,2% (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA [CNCS], 2021).

Os níveis e ritmos de desaceleração de novas infecções pelo HIV em pessoas expostas, que receberam a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), não se verificam em relação a outras Infecções de Transmissão Sexual (ITSs). Em países de alta renda onde essa profilaxia foi introduzida, assiste-se uma redução da incidência do HIV (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019). Apesar desse efeito positivo, a PrEP gera preocupações quando se procura associar às elevadas taxas de contaminação por outras ITSs. Em todo o mundo, em 2019, foi reportada a ocorrência de 376 milhões de novos casos de outras ITSs curáveis: clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase (OMS,

¹ Define-se população chave na perspectiva do Ministério da Saúde (MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública [DNSP] e PNC ITS-HIV/SIDA, 2021) como aquela que devido às suas práticas, enfrentam barreiras legais, culturais e sociais que aumentam a sua vulnerabilidade e risco de contrair a infecção pelo HIV, incluindo barreiras ao acesso à prevenção, tratamento e outras questões de saúde e serviços sociais.

2019). Em 2020, pelo menos, 1 milhão de pessoas eram infectadas por ITSs como clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase (OMS, 2022). Em África, a OMS estima que em cerca de 86 milhões de novos casos de outras ITSs, pessoas com idades entre os 15 e 45 anos são as que mais contraem essas infecções (OMS, 2021). Em Moçambique, os dados apontam para “uma tendência crescente em 63% do total de novos casos de ITSs reportados, de 588.095 em 2013 para 953.092 em 2017.” (MISAU, 2018, p. 16) Apesar dessas diferenças de taxas, globalmente, a OMS (2022) entende que a situação das ITSs é mais preocupante nas populações chave para as quais as metas estabelecidas para 2030 (>95% rastreados e tratados se positivos) estão longe de ser alcançadas.

O crescimento das taxas de novos casos de ITSs, num contexto em que as novas infecções pelo HIV apresentam alguma redução, pode estar associado aos efeitos latentes da PrEP. A associação entre os Comportamentos Sexuais de Risco (CSR) e a adesão à PrEP é controversa, separando diferentes autores. De um lado, estão aqueles (ex: UNAIDS, 2015; Streeket al., 2022) que defendem não existir nenhuma relação entre os CSR e a PrEP; do outro lado, estão autores (ex: Traegeret al., 2019; Stewart e Baeten, 2022; Williams et al., 2022) que argumentam haver uma relação positiva ao demonstrar a maior incidência de ITSs em pessoas que aderiram à PrEP; e, em posição relativamente intermédia, destaca-se a OMS (2019), que embora advogue as vantagens da PrEP, não se fecha à possibilidade de a adesão à mesma estar associada às ITSs, especialmente no seio das populações chave.

Foi neste sentido que se entendeu ser relevante analisar a potencial relação entre a PrEP e outras ITS na população chave em Moçambique, olhando para o caso específico das MTS. Para esse fim, levantou-se a seguinte questão de pesquisa: **Como as mulheres trabalhadoras de sexo percebem e interpretam a adesão à PrEP e a sua relação com práticas e contextos de exposição a outras ITS?**

2. Perguntas de pesquisa

Com base no problema apresentado foram definidas as seguintes questões de pesquisa:

1. Quais são as características sócio-demográficas predominantes das mulheres trabalhadoras de sexo participantes no estudo na Província de Maputo?

2. Quais são as atitudes e percepções das mulheres trabalhadoras de sexo em relação à PrEP para HIV?
3. Que práticas de adesão à PrEP para HIV são reproduzidas entre as mulheres trabalhadoras de sexo?
4. Como ocorre a contaminação por outras infecções de transmissão sexual entre mulheres trabalhadoras de sexo?
5. Que condições contextuais e individuais da adesão à PrEP para HIV estão relacionadas com outras infecções de transmissão sexual entre mulheres trabalhadoras de sexo?

3. Objectivos da pesquisa

3.1. Objectivo Geral

- Examinar como a adesão à PrEP é percebida e vivida por mulheres trabalhadoras de sexo e de que forma essas percepções e práticas se articulam com contextos de exposição a outras infecções de transmissão sexual.

3.2. Objectivos específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico das mulheres trabalhadoras de sexo.
- Captar as atitudes e percepções das mulheres trabalhadoras de sexo em torno da PrEP para HIV.
- Descrever as práticas de adesão à PrEP reproduzidas entre as mulheres trabalhadoras de sexo.
- Descrever como é relatada a ocorrência de outras ITS entre as participantes.
- Analisar as condições contextuais, relacionais e comportamentais que, na perspectiva das participantes, influenciam a exposição a ITS.

4. Contribuição

O HIV é uma área de saúde cujas preocupações relativas à sua erradicação vêm resultando em avanços em termos de inovações, que levaram a reduções significativas nas novas infecções em escala mundial. A UNAIDS (2015) afirma que de 1997 até 2020, as novas infecções pelo HIV reduziram em cerca de 50% em todo o mundo. A introdução da PrEP na luta contra o HIV foi uma inovação que tem sido significativamente adoptada em vários Sistemas Nacionais de Saúde (SNS), dentre os quais o moçambicano pode ser citado como exemplo desde que o país ractificou a Coalização Global de Prevenção em 2017, tendo em vista reduzir o número de novas infecções até 2025 (MISAU, DNSP e PNC ITS-HIV/SIDA, 2021). Foi neste contexto que se assumiu a relevância de continuar a estudar as práticas de luta contra o HIV. Apesar da bibliografia internacional e nacional produzida até então sobre a PrEP, existem ainda aspectos que carecem de análises mais aprofundadas como é o caso dos possíveis efeitos colaterais decorrentes da adesão à essa profilaxia. Essa constatação motivou e fundamentou o interesse em analisar a relação que se pode estabelecer entre a PrEP e a exposição da população chave ao risco de ITSs.

A pesquisa sobre a adesão à PrEP e sua possível associação às ITSs é um exercício com grande potencial para estimular o debate em torno dessa questão. Esse reconhecimento ocorre num momento em que muitos actores assumem a importância de introduzir essa terapia nas US sem problematizar os seus efeitos colaterais, sendo um deles a exposição ao risco de ITSs (ex: UNAIDS, 2015). Na busca exploratória realizada inicialmente, foram identificados estudos que relacionam a PrEP às ITSs, embora em número limitad. Verificou-se a oposição entre perspectivas em torno dessa relação como está demonstrado no problema de pesquisa (Vide n.º1). É no âmbito desta contradição de posições que a presente pesquisa, comprovando ou não a relação entre a adesão à PrEP e as ITSs, chama atenção de outros autores para sua inserção neste debate, na medida em que explorou essa realidade para trazer novas evidências susceptíveis de sustentar qualquer das posicões em destaque.

Quando se assumiu como objecto de estudo a realidade moçambicana, na qual os comportamentos de risco de ITSs no seio da população chave podem estar associados a uma diversidade de factores culturais, sociais, económicos, tornou-se possível destacar e valorizar as peculiaridades do contexto nacional. O foco nessas particularidades pode dismistificar crenças e pré-conceitos em torno da PrEP, o que é importante, pois a OMS (2019) reconhece que a adesão a

esse serviço de saúde e os resultados alcançados, mesmo que se revelem globalmente positivos, apresentam variações socio-culturalmente contextualizáveis. Com a presente pesquisa, tornou-se possível explorar as perspectivas (atitudes e percepções) das MTS relativas tanto à PrEP quanto às ITSs, podendo facilitar a concepção e operacionalização de referências teóricas e conceptuais que melhor se adequem e expliquem as experiências moçambicanas.

No âmbito programático, a problematização da associação entre a PrEP e o risco de ITSs desempenha um papel relevante no que tange à oferta de ambos os serviços de saúde à população chave nos Centros de Saúde (CS). Trata-se de encontrar a melhor forma de programar a oferta e promoção da PrEP no seio das MTS no país, que contribuem significativamente para as taxas de novas infecções pelo HIV e por ITSs, com vista a alcançar as metas definidas até 2025 (MISAU, DNSP e PNC ITS-HIV/SIDA, 2021). A redução de novas infecções por meio da PrEP exige que não se actue às cegas, com risco de gerar efeitos contrários, isto é, provocar o aumento das ITSs. Os resultados da presente pesquisa têm o potencial de facilitar aos tomadores de decisão nos níveis central e local avaliarem criticamente as suas intervenções na oferta da PrEP e os efeitos que podem estar a gerar no seio dos seus pacientes. As MTS, enquanto população chave, merece destaque na tomada de decisão relativamente à oferta e promoção da PrEP, o que pode ocorrer por meio da sua participação na formulação e implementação de Políticas Públicas (PP) de saúde.

5. Revisão bibliográfica

Esta revisão bibliográfica está dividida em três, cada uma com seu respectivo tópico: adesão à PrEP no seio da população chave, ocorrência de ITSs na população chave e relação entre a adesão à PrEP e ITSs. Os estudos apresentados a abaixo estão agrupados em internacionais e nacionais, começando pelos primeiros.

5.1. Adesão à PrEP na população chave

Para contextualizar a situação do uso da PrEP entre mulheres MTS, iniciou-se esta apresentação de um modo geral, trazendo estudos que abordam o estágio da adesão a esse serviço por parte da

população chave. Tendencialmente, os estudos apresentados descrevem um cenário crítico de adesão demonstrando a baixa procura, fraco acesso e os seus respectivos determinantes.

Ao nível internacional, está o estudo realizado no contexto brasileiro por Zucchi et al. (2018) analisando os desafios enfrentados na oferta da PrEP na população vulnerável do ponto de vista do sistema de saúde e dos usuários. Este estudo, baseado numa metodologia qualitativa, demonstra que os benefícios da PrEP estão associados às peculiaridades dos contextos das necessidades dos indivíduos sujeitos ao risco substancial de infecção pelo HIV. Os desafios transversalmente enfrentados na oferta da profilaxia estão relacionados à adesão e ao enfrentamento das ITSs. Na perspectiva dos autores, as ITSs nas populações vulneráveis devem ser vistas como uma porta de entrada à PrEP, o que sugere o aprimoramento de estratégias comunitárias de prevenção das ITSs, bem como de facilitação do seu diagnóstico. De modo geral, o estudo conclui que a PrEP agrega vantagens no combate à pandemia nos grupos vulneráveis, pelo que, é relevante que esse serviço de saúde seja adequado às novas configurações culturais e sociais.

A preocupação na oferta da PrEP assume outra configuração quando o grupo em referência são as MTS, pois, diferente da maior parte da sociedade, elas ainda se debatem com o acesso a esse tratamento. Este é o argumento de Monteiro et al. (n.d) frente ao cenário brasileiro, que demonstram no seu trabalho que a PrEP é um tratamento eficaz na prevenção e redução da transmissão do HIV, sobretudo se for usado adequadamente. No entanto, as MTS estão ainda afastadas das vantagens desse serviço porque enfrentam barreiras para aceder e iniciar o seu uso, uma vez que, continuam vulneráveis e marginalizadas frente ao acesso aos dispositivos de saúde. Face a esse cenário, os autores inferem ser necessário introduzir medidas interventivas mais abrangentes e capazes de alcançar e remover as barreiras individuais, comunitárias, estruturais e políticas impostas ao acesso aos serviços de saúde por parte das profissionais de sexo.

Achados semelhantes foram evidenciados no mesmo contexto nacional por Kolling et al. (2020), que demonstram que as profissionais de sexo têm pouco conhecimento relativamente às novas tecnologias de prevenção do HIV, oferecidas nos serviços de saúde com foco para a PrEP e para a Profilaxia Pós-Exposição (PPE). Este baixo conhecimento concorre para que as profissionais de sexo não procurem esses serviços e as poucas que procuram por eles enfrentem barreiras de acesso, relacionadas ao estigma e à discriminação. O estudo mostra ainda que o fraco conhecimento da

PrEP e PPE resulta da não vinculação a Organizações Não Governamentais (ONGs), não participação em palestras e não acesso à informação sobre serviços de prevenção do HIV.

Reflectindo um contexto internacional mais global, a OMS (2014), no âmbito dos entraves enfrentados pela população chave para aceder à PrEP, afirma que esse grupo tem preferências específicas que devem ser consideradas para facilitar e promover o seu acesso e adesão a esse serviço de saúde. Trata-se, de acordo com a fonte, de melhorar o tratamento através de serviços específicos. Estes, geralmente, são prestados por meio da extensão da actuação de ONGs e do apoio de pares, que facultam informações acerca dos efeitos colaterais e dos benefícios individuais para a saúde; sobre benefícios resultantes do início prematuro do tratamento; e, fornecem evidências da relação entre a carga viral e a transmissão do HIV. Para as organizações, essas informações devem estar focalizadas também nos mitos sobre o tratamento, uma vez que, têm interferido como factor inibidor ao lado do estigma e da discriminação.

Ao nível de Moçambique, destaca-se o estudo da ONUSIDA (2020), que defende a existência de vantagens decorrentes do uso da PrEP baseando-se no número crescente de pessoas que aderem a esse tratamento em todo o mundo, bem como nos resultados alcançados. Este estudo constata que em países como Quênia, Lesoto, México e Namíbia, a oferta e uso desse método de prevenção tem sido classificado como “bom” e “muito bom”. E, em países como China, Moçambique, a sua oferta está progressivamente a ser alargada à população chave. O aumento de pessoas beneficiárias desse tratamento foi de 21.000 em 2016-2017 para 266.000 em 2019-2020. Este crescimento reflecte um avanço nesses países, embora os números estejam aquém da quota estimada de 2,25 milhões. Quanto aos resultados, cerca de 72% ou 73% das pessoas que aderiam à PrEP apresentou cargas virais suprimidas em países como Botswana, Namíbia, Uganda, Malawi e Myanmar.

Por seu turno, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PUND, 2020), reflectindo um contexto contemporâneo em que se expande a oferta da PrEP, aponta que a prevenção de novas contaminações na população chave por meio desse tratamento está associada, dentre outros factores, aos desafios que pessoas desse grupo enfrentam no acesso aos serviços de saúde. Relativamente às MTS, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PUND, 2020) afirma que as profissionais do sexo deparam-se com barreiras relacionadas com o estigma e discriminação quando frequentam Unidades Sanitárias (US). Este cenário agrava-se pelo facto de Moçambique não possuir legislação específica punitiva contra pessoas que discriminam e

estigmatizam essas mulheres. É neste sentido que se torna justificável falar do desafio da promoção da adesão à PrEP, uma vez que, essas formas de tratamento podem estar a contribuir para afastar as MTS dos serviços de prevenção e tratamento do HIV e outras ITSs.

5.2. Risco de contaminação por ITSs na população chave

É recorrente apontar-se para a população chave como grupo de reprodução de comportamentos de risco de ITSs. Esta alegação tem servido de base para argumentar a favor da concepção de serviços de saúde especializados para essa categoria de utentes.

Ao internacional, o argumento acima é assumido pela OMS (2023) que, baseada numa revisão da literatura sistemática, denuncia a falta de impacto de várias intervenções comunitárias na prevenção contra o HIV, hepatite e ITSs. Segundo a fonte, o aconselhamento não tem sido uma estratégia suficientemente poderosa para levar a população chave a mudar de comportamentos de risco tais como sexo desprotegido, uso e partilha de seringas. Isto remete à reprodução de comportamentos de risco no seio dessa população, mesmo perante intervenções que visam e lutam pela mudança de comportamento.

A vulnerabilidade da população chave relativamente à contaminação por ITSs está associada a uma diversidade de barreiras, dentre as quais se destacam os factores sociais, legais, estruturais e contextuais (OMS, 2022). Esta organização esmiúça, neste segundo estudo, os factores estruturais em: criminalização do trabalho ou questões de género; aplicação de legislação punitiva e práticas policiais; estigma e discriminação no contexto sanitário; violência e outras formas de abuso dos direitos humanos; desemprego e pobreza. É entendimento da OMS é que esses factores, actuando conjunta e simultaneamente, concorrem para a redução do acesso aos serviços de combate e prevenção das ITSs, o que pode resultar na fraca adopção de métodos de prevenção como o preservativo e a PrEP. Em outras palavras, esses são, na verdade, factores de risco de ITSs, na medida em que favorecem a reprodução de comportamentos de risco na população chave.

É um espaço comum, ou melhor, um reconhecimento generalizado que novos casos de ITSs estão a aumentar em todo o mundo, levando vários autores se preocuparem mais em identificar os comportamentos de risco e os factores que os originam. Stewart e Baeten (2022) afirmam que no

seio da população chave, em todo o mundo nota-se a reprodução e intensificação de relações sexuais desprotegidas, da redução do medo de contaminação por ITSs durante as relações sexuais e do envolvimento em uma rede de múltiplos parceiros.

Ao nível nacional, destaca-se o estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde (INS) et al. (2013), no qual analisaram a situação das MTS em três cidades de Moçambique (Maputo, Beira e Nampula), constatou-se que entre as trabalhadoras de sexo. Existem as que revelaram comportamentos de risco de ITSs, associados especificamente ao não uso do preservativo nas relações sexuais com seus clientes. Os dados deste estudo mostram que nem todas as MTS usaram o preservativo em todas suas relações sexuais em Maputo (14.2%), na Beira (26.6%) e em Nampula (37.2%).

Os dados dos três cenários moçambicanos expostos, relativamente ao uso do preservativo, demonstram que dentre as MTS, algumas sujeitam-se ao risco de contaminação por ITSs por não se proteger durante as suas relações sexuais, apesar do conhecimento que possuem sobre o preservativo masculino e a importância da protecção contra essas infecções para sua saúde. O INS et al. (2013) mostram ainda que o preservativo feminino nunca foi usado entre as MTS, ainda que tenham algum conhecimento sobre a sua existência e utilidade. Trata-se assim de três contextos em que o não uso do preservativo durante as relações sexuais foi o principal comportamento de risco de contaminação por ITSs, o que não está associado à falta de informação relevante.

5.3. Adesão à PrEP e o risco de ITSs na população chave

Após a apresentação de estudos que reflectem acerca da adesão da população chave à PrEP e da sua exposição ao risco de contaminação por ITSs, a seguir abordou-se a relação que se estabelece entre a adesão à PrEP e o risco de ITSs. Duas posições destacam-se em torno dessa questão: uma optimista, que defende que a terapia não está associada à elevada prevalência de ITSs e outra pessimista, na qual se advoga que a PrEP favorece o aumento de ITSs.

Na posição optimista, a base para negar qualquer relação entre a adesão à PrEP e o aumento da prevalência de ITSs é a ideia segundo a qual a PrEP pode servir de porta de entrada para maior prevenção contra ITS. Ao nível internacional, a OMS (2018) afirma que a PrEP é eficaz para

combater ITS quando baseada numa abordagem combinada. Esta combinação consiste em integrar o tratamento aos serviços e sistema de notificação já existentes, incluindo os mais amplos – como outros de HIV, das ITSs –, inseridos na rede de prestadores como instituições de saúde, ONG’s. Em outras palavras, a oferta da PrEP está ou, pelo menos, deve estar associada à prevenção também das ITSs. Afirmou-se acima, noutra intervenção, que a OMS (2022) defende que os métodos de prevenção do HIV contribuem, igualmente, para a prevenção de ITSs.

Importa ressaltar que, noutra estudo, a OMS (2019) reconhece que no contexto da oferta da PrEP ocorre paralelamente o aumento de novos casos de ITSs. No entanto, de acordo com a fonte, essa coexistência não pode ser razão suficiente para associar causalmente os dois fenómenos, uma vez que, antes da introdução da PrEP, os casos de ITSs já vinham apresentando crescimento significativo em vários países. Ao invés de buscar essa associação – sem negar a sua possibilidade –, a fonte encontra na PrEP, oportunidade para a redução das ITSs, na medida em que pode servir de “um ponto de entrada para que as pessoas tenham acesso a Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (SRHS) mais abrangentes, dos quais a triagem e o tratamento de ITSs são um elemento crítico.” (OMS, 2019, p. 7)

Nos termos expostos, a PrEP está associada às ITSs num sentido positivo, em que a devida introdução da primeira pode conduzir à redução de novos casos das últimas. Esta visão reflecte, de facto, um optimismo relativamente aos resultados susceptíveis de serem alcançados com a PrEP para além da prevenção do HIV. Alistados nesta posição, ao nível internacional, estão Streeket al. (2022) que estudaram as populações chave na Alemanha. com especial enfoque nos HSH. Este estudo identificou uma alta prevalência de ITSs, particularmente da infecção bacteriana sexualmente transmissível *Mycoplasma genitalium* (MG), embora também tenha constatado a gonorreia e a clamídia. O estudo não encontrou nenhuma associação entre a prevalência de ITSs e o uso da PrEP no seio de HSH, o que foi reforçado pelos achados que demonstraram existir poucas diferenças no engajamento em CSR entre os usuários e os não usuários da PrEP.

Streek et al. (2022) apontaram como um dos factores para a não associação entre o uso da PrEP e as ITSs o facto de os seus entrevistados terem sido assistidos em CS especializados no atendimento a minorias sexuais. Este atendimento possibilitou aos utentes acederem a boas práticas de aconselhamento, com impacto positivo no combate ao risco de contaminação por ITSs. Desta forma, os autores defenderam a importância de submeter a população de risco à triagem, mesmo

em casos de indivíduos assintomáticos. Perspectiva similar foi encontrada no contexto nacional moçambicano num estudo realizado pela UNAIDS (2015).

A UNAIDS (2015) defende não existirem evidências que indicam que a PrEP irá provocar a redução dos comportamentos sexuais mais seguros, o que, conseqüentemente, levaria à exposição ao risco de contaminação por ITSs por parte dos seus usuários. Ao contrário, afirma a fonte, “evidências de ensaios clínicos sugerem que a PrEP pode permitir que as pessoas considerem todas as suas estratégias de sexo mais seguro porque possibilita que trabalhem seu medo do HIV e a negação conseqüente de estarem sob maior risco.” (UNAIDS, 2015, p. 8) Este posicionamento assemelha-se ao assumido pela OMS (2019) ao ver a PrEP como uma oportunidade para promover o maior controlo e prevenção das ITSs.

A não associação da PrEP aos elevados índices de infecção por ITSs na população chave está relacionada, dentre outros factores, à integração dos serviços de testagem destas infecções no âmbito da oferta daquela terapia, o que é concebido, pelos autores expostos, como uma abordagem com elevada probabilidade de eficácia. Este posicionamento é rebatido por autores alistados na posição pessimista, na qual, ao nível internacional, especificamente da Austrália, Traeger et al. (2019) defendem a relação positiva entre a adesão à PrEP e as elevadas taxas de ITSs. Ao analisar casos de homens *gays* e bissexuais na Austrália, constataram que a incidência de ITSs aumentou do momento pré ao momento pós início do uso da PrEP, predominando a infecção por clamídia (Traeger et al., 2019). Este estudo não encontrou a associação entre o uso do preservativo e a infecção por ITSs. Isto sugere que outros factores de risco não testados influenciaram o surgimento de novas infecções tais como as mudanças no tamanho e constituintes das redes sexuais ou comportamentos sexuais não medidos.

Um dado relevante para destacar em Traeger et al. (2019) é que a maioria das ITSs observadas foram diagnosticadas num subgrupo que experimentava altas taxas de reinfecção, ou seja, são casos de reincidência às ITSs. Este achado é interpretado como uma oportunidade para interromper a transmissão das infecções na comunidade por meio de medidas que consistem na redução do tempo para diagnóstico e tratamento de ITSs, promovendo acesso fácil e testes frequentes. Elevado número de parceiros sexuais casuais e participação em sexo grupal foram relatados como os principais comportamentos de risco de ITSs entre homens *gays* e bissexuais.

No mesmo sentido, Stewart e Baeten (2022), com base numa pesquisa bibliográfica, relatam números tendencialmente crescentes de ITSs num contexto mundial de intensificação do combate ao HIV tanto antes quanto depois do início da oferta da PrEP. Esse fenómeno ocorreu em diferentes partes do mundo como na África e Austrália. De acordo com as autoras, directamente – por meio de uma relação causal – ou indirectamente – associado às percepções dos indivíduos quanto à PrEP como estratégia de prevenção contra HIV –, a PrEP está relacionada com os elevados níveis de ITSs, pois nota-se que os indivíduos que aderem a essa terapia estão progressivamente a adoptar comportamentos de risco geralmente relacionados às ITSs.

Contrário à primeira posição exposta, nesta segunda, Stewart e Baeten (2022) ressaltam a contribuição particular dos indivíduos que aderem à PrEP para a elevação das taxas de ITSs actualmente observadas. Em outras palavras, ainda que no seio de indivíduos que não usam a PrEP, as ITSs estejam a aumentar, é entre os usuários da profilaxia que os novos casos de infecções são mais significativos, sendo, por exemplo, a gonorreia e a clamídia as mais notáveis ao ponto de representarem cerca de 50% de todos os casos relatados.

Ainda ao nível internacional, Williams et al. (2022) analisam o conhecimento, consciência e atitudes sobre a PrEP e ITSs, bem como as percepções de risco entre a população chave, com enfoque específico na categoria de HSH. Os autores afirmam que seus interlocutores possuem conhecimento sobre o impacto da PrEP e informação razoável acerca das ITSs. Verificou-se que a PrEP conduziu à flexibilidade na relação com o preservativo, reduzindo o seu uso com parceiros regulares como resultado da crença na protecção conferida pela profilaxia contra ITSs. Esta crença gerou despreocupação relação ao risco pessoal de contrair infecções sexuais.

Estes últimos autores, embora tenham reconhecido a complexidade da associação entre a PrEP e as ITSs, bem como das particularidades das mudanças comportamentais relacionadas ao risco de infecção como o não uso regular do preservativo, ressaltaram a influência que as percepções e crenças sobre a PrEP e o risco de infecção exercem sobre a preocupação das populações chave com a possibilidade de serem contaminadas mais pelo HIV do que pelas ITSs. Desta forma, na perspectiva de Williams et al. (2022), a redução da preocupação com ITSs faz da PrEP uma porta de entrada para novas infecções. Esta realidade torna relevante que os provedores de saúde que fornecem a PrEP às populações chave estejam atentos para explicar a importância da continuidade da preocupação com outras ITSs.

Não foi encontrado um estudo nacional que se insere nesta segunda posição, demonstrando a relação positiva entre a PrEP e ITSs. No entanto, importa destacar o estudo realizado em Malawi por Rutstein et al. (2022), cuja relevância reside no facto de relativizarem as duas posições acima. Com base na análise da oferta da profilaxia em uma clínica de ITSs, os autores inferem a não existência de evidências que comprovem a eficácia da integração da PrEP nessas clínicas. A partir dessa constatação, os autores advogam que caso se pretenda investir nessa abordagem combinada, é relevante que mais estudos sejam realizados para aferir e fundamentar a sua eficácia, o que poderá servir de base para o planeamento de programas da PrEP. Até então, para eles, sem evidências convicentes, é mais prudente assumir que a oferta da profilaxia não tem nenhuma relação directa com ITS, nem positiva nem negativa.

Contrariamente aos autores das posições optimista e pessimista acima, estes últimos autores supramencionados são cautelosos em associar a PrEP às ITSs enquanto não encontrarem evidências inquestionáveis para o efeito. Este cuidado é relevante do ponto de vista metodológico, pois evita qualquer compromisso a priori, capaz de actuar como preconceito em relação à adesão à PrEP e às ITS, originando viéses no decorrer da pesquisa. Foi neste sentido que na presente pesquisa, a relação entre esses dois fenómenos foi uma realidade por constatar e, caso existisse, demonstrar factualmente sem nenhum posicionamento adoptado aprioristicamente.

Neste estudo, a relação entre PrEP e ITS não é tratada como associação causal a ser medida, mas como realidade socialmente percebida, interpretada e vivida pelas mulheres trabalhadoras de sexo e por outros actores envolvidos na oferta e uso da profilaxia

6. Enquadramento teórico-conceptual

Neste enquadramento foram definidos sete conceitos fundamentais para a análise e interpretação dos resultados. São os conceitos de adesão, atitudes, percepções, risco em saúde, comportamento de risco e factores de risco. A seguir, para complementar este quadro conceptual, apresentou-se o enquadramento teórico adoptado.

6.1. Adesão

O conceito de adesão tem variado de sentido de acordo com a área de saúde no qual é aplicado, o que faz com que seja definido de diversas formas (Cruz, 2017; Gusmão e Mion Jr., 2006). Ainda assim, pode-se encontrar elementos transversais às definições propostas.

Conforme Cruz (2017), falando especificamente da terapêutica farmacológica, a adesão pode ser definida como a utilização dos medicamentos prescritos, respeitando escrupulosamente os horários, a dose e a duração do tratamento. O autor afirma que se trata, de um modo geral, do grau em que o comportamento de uma pessoa, relacionado não só com a administração de medicamentos, mas também pelo seguimento de uma dieta ou pelas mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações do médico ou de outro profissional de saúde.

O último sentido atribuído ao conceito de adesão por Cruz (2017), mesmo que geral, é que aproxima grande parte das definições. A OMS, no seu Projecto Adesão, também define a adesão como o comportamento de uma pessoa quanto à ingestão/administração de medicamentos de acordo com as recomendações médicas, o que exige, em certa medida, a mudança no seu estilo de vida (Gusmão e Mion Jr., 2006).

Dois aspectos podem ser destacados nas definições acima. Primeiro é que a adesão é um meio para alcançar um fim, isto é, melhora na condição de vida dos indivíduos (Miller et al., 1997). Em segundo lugar, a adesão abrange e reconhece a vontade do indivíduo em participar e colaborar no tratamento (Gusmão e Mion Jr., 2006).

Todas as definições expostas contêm elementos relevantes para este trabalho. No entanto, a definição do MISAU (2021) revela-se mais apropriada. De acordo com a fonte, a adesão refere-se ao uso de medicamentos Anti-Retrovirais (ARV) por pessoas HIV negativas, que se encontram sob o risco substancial de infecção pelo HIV de modo a reduzir a probabilidade de adquirir a infecção. Este foi o sentido atribuído ao conceito de adesão neste trabalho, acrescentando-se apenas o cumprimento das orientações médicas com a finalidade de promover a melhoria na saúde e a necessidade de mudanças no estilo de vida.

6.2. Atitudes

O conceito de atitudes pode assumir a carga semântica da área na qual é definido. Nas ciências sociais, Boudon et al. (1990) afirmam que atitudes são uma orientação das condutas ou dos juízos, quando estes apresentam uma certa coerência e estabilidade. Portanto, para os autores, define-se, operacionalmente, uma atitude pelo que é comum a um conjunto de opiniões expressas verbalmente ou, mais raramente, a um conjunto de comportamentos.

As atitudes implicam, de acordo com a definição acima, orientação de condutas ou de valores, a coerência e estabilidade, o que coloca de fora orientações ou juízos circunstanciais. No mesmo sentido, de um ponto de vista mais psicológico, pode-se definir atitudes como uma organização duradoura de crenças e cognições, imbuída de uma carga afectiva pró ou contra essas crenças e cognições, o que pré-dispõe o indivíduo para uma acção coerente com as cognições e afectos (Rodrigues et al., 2016 *cit in* Morreira, 2000).

Outros elementos ressaltam nesta segunda definição como é o caso da pré-disposição do indivíduo para agir de um determinado modo. Desta forma, ter atitudes é estar regularmente pré-disposto a agir. Desta forma, as atitudes são igualmente entendidas como influenciadoras de comportamentos. Foi neste sentido que se aplicou o conceito de atitudes neste trabalho, significando pré-disposições coerentes, estáveis e duradoiras que informam a conduta e juízos de valores do indivíduo perante uma determinada realidade.

6.3. Percepções

O conceito de percepção esteve, inicialmente, intimamente ligado à área da psicologia, mas é de grande utilidade para a compreensão de fenómenos em outras áreas a saúde pública. Davidoff (1983), um dos grandes autores a discutir a percepção, define-a como o processo de organizar e interpretar os dados sensoriais, recebidos do exterior para desenvolver a consciência de si mesmo e do ambiente.

A perspectiva exposta mostra que a percepção implica a relação entre o indivíduo e o meio em que se encontra inserido. É o acto de perceber que possibilita a existência de ambos (indivíduo e meio),

na medida em que aparecem na consciência do indivíduo. Neste sentido, a realidade é o que é na forma como aparece na percepção do indivíduo. Logo, compreendê-la (a realidade) é analisar como o indivíduo a organiza e interpreta.

Similar perspectiva é apresentada por Matos e Jardimino (2016), que definem a percepção como a representação dos objectos externos/exteriores. Esta definição implica assumir que não percebemos o mundo directamente ou como nos é apresentado, pois a nossa percepção é sempre uma interpretação desse mundo, ou seja, a percepção é a reconstrução do mundo como ele se apresenta à consciência.

Com base nas contribuições expostas, entendeu-se por percepção, neste trabalho, a organização e interpretação dos dados oriundos do mundo externo, representando-os em forma de imagens e ideias que aparecem como consciência que o indivíduo possui de si e do ambiente. Possuir percepção sobre algo implica, igualmente, interpretar, pelo que, atribuir significados.

6.4. Risco em saúde

O conceito de risco é um dos mais transversais entre as diversas disciplinas para além da medicina, o que o torna polissémico. É por essa razão que se fala de risco em saúde, mesmo que o sentido que se atribui não seja peculiar à área médica ou seja igual ao das demais disciplinas.

Independentemente da definição que se adopta, de acordo com Gondim (n.d), o risco, na sua acepção moderna, possui três componentes básicas: o seu potencial de perdas e danos; a incerteza das perdas e danos; e, a relevância das perdas e danos. Esta trindade resume-se nos termos potencial, incerteza e relevância.

O potencial, incerteza e relevância de perdas e danos para a pessoa ou ambiente são delineadores do conceito de risco. No mesmo sentido, Navarro (2009) afirma que o risco está associado à possibilidade de ocorrência de um evento indesejado e sua severidade, o que não pode ser representado apenas numericamente. Isto significa, para o autor, que é importante saber o quão danoso é o evento, de modo que seja possível minimizar os prejuízos e maximizar os benefícios.

A ideia de possibilidade foi assumida como probabilidade na acepção técnico-científico do conceito de risco, revelando a sua fundamentação matemática. No entanto, de acordo com Almeida (1999), para revelar o seu enraizamento social, na contemporaneidade, define-se o risco a partir da percepção dos indivíduos. Neste sentido, o autor afirma que o conceito de risco pode ser definido como a possibilidade percebida de ocorrência de um evento desfavorável cuja avaliação remete a perdas ou prejuízos.

Para ser ainda mais específico à área da saúde, embora não se distancie de Navarro (2009), pode-se trazer Seta e Reis (n.d), que definem risco em saúde como a possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde, ou seja, que possam causar algum tipo de dano à saúde de um indivíduo, de um grupo populacional ou ambiente.

Para especificar o sentido atribuído ao conceito de risco no contexto das ITSs neste trabalho, importa antes definir essas infecções como a variedade de síndromes clínicas e infecções causadas por patógenos que podem ser adquiridos e transmitidos por meio da actividade sexual (Fundo de População das Nações Unidas [FNUAP], 2020). Desta forma, o risco de ITSs refere-se à probabilidade de contaminação por patógenos que podem ser adquiridos e transmitidos por meio de relações sexuais, causando maior ou menor dano à saúde da pessoa contaminada.

6.5. Comportamento de risco

O conceito de comportamento de risco está intrinsecamente associado ao de risco à saúde acima discutido e à realidade em estudo, o que o torna relevante de ser igualmente definido. Define-se comportamento de risco como um conjunto de atitudes reveladas pelos indivíduos que se mostram prejudiciais à sua saúde (Alves et al., 2006; Igra e Irwin, 1996). Baseado nestes autores, Ribeiro (2017), focando-se nos jovens e adolescentes, infere que comportamento de risco refere-se às acções que essas duas categorias sociais adoptam ameaçando o seu são desenvolvimento.

Na(s) perspectiva(s) acima, o comportamento de risco implica, por um lado, tanto atitudes quanto acções e, por outro lado, a ameaça à saúde de quem apresenta essas atitudes e acções. Isto significa que, enquanto atitude, o comportamento de risco pode-se limitar a uma pré-disposição para agir de uma determinada forma sem que seja necessário que tal acção seja realizada. Por seu turno,

como acção, de outro lado, é necessário que o indivíduo haja para que seja considerado comportamento de risco, mesmo que não tenha antes apresentado qualquer pré-disposição.

Para Souza e Oliveira (2011), o comportamento de risco deve ser considerado um factor de risco importante do ponto de vista da epidemiologia comportamental. Desta forma, do prisma epidemiológico, são problemas associados ao comportamento de risco de ITSs, dentre outros, as relações sexuais desprotegidas.

Inspirado nas contribuições acima, o conceito de risco neste trabalho refere-se ao conjunto de atitudes e/ou acções que se configuram como uma ameaça à saúde dos indivíduos, que seriam, neste caso específico, as MTS. Desta forma, tratou-se de atitudes e/ou acções que poderiam conduzir à contaminação por ITSs no seio das trabalhadoras de sexo.

6.6. Factor de risco

De um ponto de vista geral, as definições de factor de risco não apresentam grandes diferenças entre si. Para introduzir esta discussão, pode-se definir factor de risco como um atributo, característica ou uma exposição que aumenta a probabilidade de um indivíduo ter um resultado negativo para a saúde imediatamente ou no futuro. (OMS *cit. in* Organização Pan-Americana da Saúde, 2018)

Nesta definição, o factor de risco pode ser visto em dois sentidos. Primeiro, como capaz de originar um resultado negativo na saúde de um indivíduo e, segundo, como um agravante a um estado de saúde já negativo. Não obstante essa distinção, em ambos os casos trata-se de conduzir a um estágio negativo da saúde.

Ribeiro (2017) realiza uma discussão na qual traz contribuições de vários autores e da qual depreende, diferente do comportamento de risco, que o factor de risco pode ser definido como condições ou variáveis individuais e contextuais que aumentam a possibilidade da ocorrência de resultados negativos e indesejados à saúde de um indivíduo, o que interfere no seu desenvolvimento humano, bem-estar e desempenho social.

Neste sentido, diferente do comportamento de risco, que está relacionado com as condições pessoais susceptíveis de comprometer a saúde (Feijó e Oliveira, 2001), o factor de risco refere-se às condições presentes no meio social no qual o indivíduo está inserido (*Ibidem*). Desta forma, afirma Ribeiro (2017), o factor de risco está vinculado aos acontecimentos susceptíveis de aumentar a possibilidade de o indivíduo estar numa situação de vulnerabilidade social ou, para ser mais específico, vulnerabilidade para saúde.

Paludo e Koller (2005) afirmam que um factor pode ser de risco numa situação e de protecção em outras circunstâncias, o que levanta a discussão sobre os critérios considerados válidos para significar risco ou protecção. Para escapar a necessidade de definir e justificar os critérios de classificação dos factores, tem sido comum alistar e classificar alguns factores de risco associados às ITSs, como se pode ver na Tabela 1.

Tabela 1: Factores de vulnerabilidade na transmissão e aquisição das ITSs

Factores comportamentais	Factores biomédicos
Práticas sexuais desprotegidas; Múltiplos parceiros sexuais; Sexo transaccional; Início precoce da actividade sexual; Sexo com parceiros cujo estado de infecção é desconhecido.	Existência de várias fontes de infecção (diferentes fluídos corporais); Existência de vários modos de transmissão (uso de droga injectável e transfusão sanguínea); As infecções de transmissão sexual podem ser assintomáticas; As infecções de transmissão sexual aumentam a transmissão e aquisição do HIV.
Factores psicológicos	Factores sócio-culturais
Baixa auto-estima; Fraca percepção de riscos pessoais; Medo do estigma.	Influência de crenças, atitudes e práticas culturais; Influência dos meios de comunicação no comportamento sexual; Violência Sexual; Fraco poder de negociação sobre sexo seguro; Falta de envolvimento comunitário; Baixo nível de educação, pobreza e desemprego; Normas sociais e estigma atrasam a procura de cuidados e tratamento; Violência doméstica resultante da desigualdade de género.
Factores demográficos	
Afecta pessoas de todas as idades.	

Fonte: MISAU (2018, p. 17)

6.8. Referencial teórico

As atitudes, percepções e crenças arroladas nos objectivos específicos são algumas das dimensões da realidade das MTS cuja compreensão exigiu, não apenas um quadro conceptual, bem como um referencial teórico que possibilitasse interligar os conceitos operacionalizados por meio de proposições teóricas. Estas serviram para captar a realidade a partir dos significados atribuídos à realidade estudada pelos participantes da pesquisa, na qualidade de actores sociais.

Uma busca bibliográfica possibilitou encontrar na área sócio-antropológica, contribuições da perspectiva construtivista de Berger e Luckmann (2016) relevantes para a presente pesquisa. A Construção social da realidade é a teoria proposta por estes autores para o estudo dos processos por meio dos quais os indivíduos constroem a sociedade e são, ao mesmo tempo, por ela construídos. Basicamente, são quatro os conceitos que reflectem os quatro momentos do processo de construção mútua na relação indivíduo-sociedade.

O primeiro conceito é o de interiorização. Este refere-se ao momento no qual o indivíduo acede e aprende os recursos pré-existent e disponíveis na sociedade, necessários para que conviva, relacione-se e interaja com outros indivíduos nos diferentes espaços de interacção social. Tais recursos podem ser materiais e imateriais. Nesta última categoria encontram-se os valores, normas, linguagem, significados, conhecimentos. Isto significa que o homem é então produzido, pelo que, produto da sociedade.

Segundo Berge e Luckmann (2016), as diferenças individuais iniciam neste primeiro momento, uma vez que, os indivíduos não têm acesso às mesmas realidades sociais, pelo que, não interiorizam mesmos recursos. Segue-se, nesta teoria, o momento da subjectivação. Esta refere-se ao acto de selecção dos recursos interiorizados para que sirvam de referência à orientação das acções. Este é igualmente um espaço de diferenciação entre os indivíduos, em resultado da sua capacidade reflexiva de interpretar e seleccionar a realidade.

A reflexividade é o conceito usado pelos autores para se referir à capacidade que os indivíduos possuem de interpretar e seleccionar os recursos que interiorizam na sociedade, o que lhes possibilita escolher aqueles que consideram plausíveis para a realização das suas acções. A reflexividade demonstra ainda que os indivíduos podem reconstruir os significados aprendidos e atribuir novos à realidade, diferentes dos anteriores.

A atribuição de significados é fundamental neste quadro teórico, pois é por meio desse acto que os indivíduos tomam consciência da realidade. Este acto confere existência aos objectos e a si como sujeitos. Recorrendo à fenomenologia schutziana, Berger e Luckmann (2016) aplicam o conceito de *stock* de conhecimento ou conhecimento a mão, definido como toda a informação acumulada pelos indivíduos a partir das experiências passadas com base na qual atribuem sentido ao mundo ao seu redor, reconhecendo-o ou estranhando-o. Schuzt (1979) afirma que uma das

características deste conhecimento é ser não homogéneo. Isto significa que cada indivíduo possui seu próprio *stock* de conhecimento, pelo que, uma mesma realidade pode ter significados diferentes para dois ou mais indivíduos.

Em teóricos como Moscovici (1988), o *stock* de conhecimento é um conceito usado para explicar a forma como os indivíduos representam a realidade. Este psicólogo, no lugar de *stock* de conhecimento, sugere o conceito de ancoragem para se referir ao acto por meio do qual os indivíduos transformam a realidade desconhecida em realidade familiar por via da sua integração em categorias mentais interpretativas já possuídas. Em outras palavras, a ancoragem refere-se ao processo de transformação do estranho, perturbador ou intrigante em um sistema particular de categorias que se pensa serem apropriadas por já possuí-las (Moscovici, 1988).

Segue-se, retomando a Berger e Luckmann (2016), o momento da exteriorização, que se refere ao acto de o indivíduo tornar a sua subjectividade acessível aos outros com os quais passa a partilhar significados, valores, normas, entre outros recursos subjectivados. Este acto de exteriorizar o subjectivado é a base para o processo de objectivação, que é o quarto conceito dos quatro fundamentais deste referencial teórico. Os autores afirmam que objectivar é o processo pelo qual os indivíduos partilham a realidade exteriorizada assumindo-a como obrigatória para orientar as suas acções e relações sociais.

Moscovici (1988) apresenta uma forma diferente de aplicar o conceito de objectivação. Este conceito, na perspectiva deste autor, refere-se ao acto por meio do qual o indivíduo transforma a realidade abstracta em realidade tangível, susceptível de ser observada a medida que se torna objectiva para todos. Este entendimento não se opõe à visão de Berger e Luckmann (2016). Pelo contrário, oferece uma forma complementar de compreender a complexidade característica do acto de objectivar, o que implica assumir que não se trata apenas de tornar o subjectivado acessível, mas também de traduzi-lo em uma realidade concreta e tangível.

O último conceito, que complementa os quatro centrais, é o de legitimação, que se refere ao processo pelo qual os indivíduos são levados a reconhecer a validade de uma realidade objectiva, assumindo-a como base para orientação das suas acções. Neste sentido, os padrões sociais (significados, valores, normas, crenças, etc) são facilmente subjectivados e objectivados se interpretados como legítimos. Para conferir legitimidade a uma realidade, Berger e Luckmann

(2016) afirmam que se pode recorrer a teorias ou explicações científicas, aos ditados populares, que servem para reforçar as atitudes, percepções, crenças, que servem de base para orientar as condutas/comportamentos dos indivíduos.

A partir deste referencial teórico, mas especificamente dos conceitos operacionalizados, tornou-se possível abordar tanto a adesão à PrEP quanto o risco de ITSs entre as MTS do ponto de vista das suas atitudes, percepções e crenças em torno desses fenómenos, bem como dos factores e comportamentos de risco. Tratou-se de assumir que a forma como essas mulheres relacionaram-se com a adesão e com risco de ITSs foi condicionada pela maneira como interpretaram essas realidades, o que foi influenciado, por sua vez, pelas suas experiências passadas e pelos factores circunstanciais. Desta forma, conceitos como *stock* de conhecimento, reflexividade, legitimação, ajudaram a explorar as semelhanças e diferenças entre as experiências significativas das MTS, relacionadas com a PrEP e com o risco de ITSs.

Na Figura 1 abaixo, está representado o modelo de análise, adaptado a partir da combinação e articulação entre os conceitos definidos e o quadro teórico exposto:

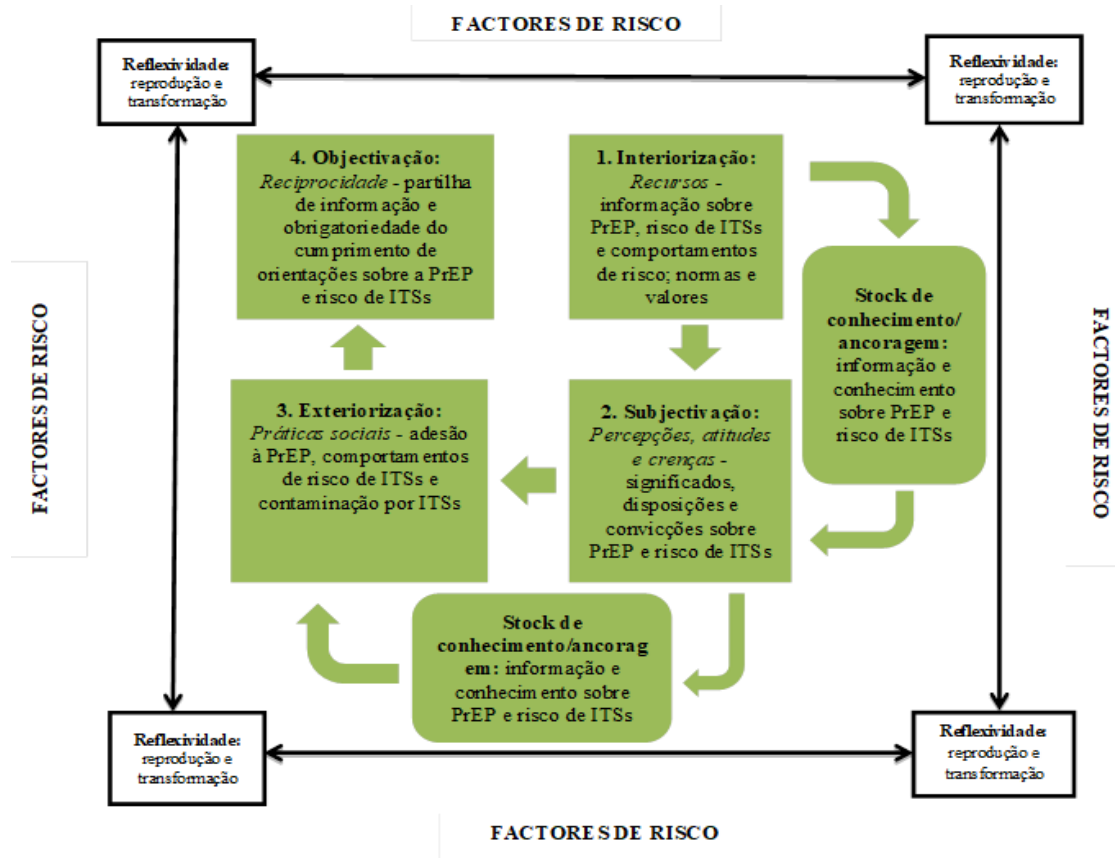


Figura 1. Modelo de análise

Fonte: Adaptado a partir da articulação entre os conceitos-chave e as teorias da Construção Social da Realidade de Berger e Luckmann (1966) e da Representação Social de Moscovici (1988)

7. Metodologia

7.1. Tipo/desenho de estudo

Foi realizada uma pesquisa descritiva retrospectiva, baseada numa abordagem de pesquisa qualitativa. Escolheu-se a abordagem de pesquisa qualitativa por se caracterizar pela valorização da complexidade da realidade social e pela sua incidência nos significados que os indivíduos atribuem às suas experiências e ao mundo ao seu redor (Goldenberg, 2004). Este tipo de pesquisa foi aplicado para aprofundar as atitudes, percepções e experiências de adesão à PrEP e de exposição ao risco de ITSs entre as MTS. O foco nessa realidade implicou não apenas incidir sobre as interpretações feitas por essas mulheres, bem como inserir essas interpretações no contexto social e sanitário em que se encontravam inseridas.

Em termos de procedimentos, a pesquisa descritiva consistiu na descrição da realidade das MTS em três níveis. No primeiro, baseando-se nas suas narrativas, foram descritas suas experiências e os significados que elas atribuíam às mesmas do ponto de vista das suas atitudes e percepções. No segundo nível, o relacional, cruzando as perspectivas das MTS com as dos profissionais de saúde e da Ungagodoli, foram aprofundadas as relações e interações vivenciadas entre esses actores alargando o quadro de análise. Por fim, no nível estrutural, conjugando as dimensões individual (subjectiva), relacional (intersubjectiva) e contextual (objectiva), foram arrolados os factores e comportamentos de risco, estabelecendo uma distinção entre os contextuais – escapam ao controlo das MTS – e comportamentais – resultantes das decisões tomadas pelas trabalhadoras de sexo, baseadas nas informações possuídas sobre a PrEP e ITSs.

7.2. Local de estudo

O estudo foi realizado na província de Maputo, especificamente na cidade da Matola, tendo como referência a associação *Ungagodoli* e o CS da Matola C, instituições às quais estavam vinculadas as MTS. Estas duas instituições foram seleccionadas por terem estado empenhadas em trabalhar com as MTS na promoção da sua saúde por meio da oferta de vários serviços.

A associação Ungagodoli oferecia serviços relacionados com o aconselhamento e testagem do HIV para populações chave (MTS, HSH e usuários de drogas); sensibilização das MTS para o uso correcto e consciente do preservativo, redução de múltiplos parceiros, violência baseada no género e adesão à PrEP e PPE; promoção dos direitos humanos; disponibilização de preservativos masculinos e femininos; visitas ao estabelecimento penitenciário; educação de pares; sensibilização de agentes comunitários e da polícia em matéria de estigma e discriminação das populações chave; referência das MTS para serviços de saúde para o rastreio de ITSs; realização de feiras (*hotspot*) nocturnas. Por seu turno, o CS da Matola C prestava uma diversidade de serviços de saúde que incluíam consulta pré-natal e planeamento familiar; diagnóstico e rastreio de ITSs; testagem do HIV; exames de bioquímica; dispensa mensal e trimestral de ARV; consulta de triagem de crianças e adultos; rastreio de tuberculose; rastreio de cancro de colo do útero e de mama; palestras de sensibilização sobre amamentação, cólera, uso correcto e consciente de

7.3. Período de estudo

O estudo focou-se no ano de 2024, especificamente de 1 de Março até 2 de Maio. Foram analisadas experiências vivenciadas pelos participantes durante o curso da pesquisa. Fazer coincidir os períodos de estudo e de realização do mesmo foi uma exigência teórica. O construtivismo postula que percepções são fenómenos captáveis no momento de sua vivência.² Esta sincronia permitiu a compreensão das manifestações contemporâneas das atitudes, percepções, experiências, o que facilita com que os resultados gerados sejam usados para a tomada de decisão tendo em vista futuras intervenções.

7.4. Universo do estudo

De um modo geral, a pesquisa trabalhou com uma população que incluiu quatro grupos de participantes, nomeadamente: dos profissionais de saúde do CS da Matola C afectos no sector dos serviços de oferta da PrEP – facultou dados referentes à promoção da adesão e prestação dos serviços da PrEP e sobre a ocorrência de ITSs entre as MTS; dos membros da associação *Ungagodoli* inseridos na mobilização de MTS para adesão à PrEP – facilitou dados referentes à mobilização das MTS para adesão à PrEP e acerca dos factores e comportamentos de risco de ITSs; das MTS que aderiram à PrEP – disponibilizaram dados relativos à adesão à PrEP, à contaminação por ITSs e aos factores e comportamentos de risco de ITSs; e, das MTS que não aderiram à PrEP – este foi um grupo estratégico³ no seio do qual foram recolhidos dados sobre a não adesão à PrEP, contaminação por ITSs e factores e comportamentos de risco de ITSs.

² Esta é uma abordagem de pesquisa sincrónica, que consiste em captar a realidade em estudo no momento em que ela se manifesta, o que significa que existe uma sincronia entre a pesquisa e a manifestação do seu objecto de estudo. Procede-se desta forma em conformidade com o referencial teórico adoptado, pois Berger e Luckmann (2016), baseados no método da redução fenomenológica, assumem que a realidade é aquilo que se observa – a partir dos discursos ou não dos sujeitos – no momento em que se interpela a realidade.

³Sardan (2017) define grupo estratégico de uma pesquisa como aquele que, não sendo o grupo-alvo principal, está relacionado com a realidade em estudo servindo, desta forma, para oferecer uma perspectiva/visão diferente e complementar acerca do fenómeno em análise, o que não apenas complementa a perspectiva/visão do grupo principal, bem como possibilita confrontá-la diversificando e enriquecendo os resultados da pesquisa.

7.5. Modo de selecção dos participantes, amostra e amostragem

A diversificação foi o critério básico adoptado para a selecção dos participantes. No seio da MTS, as participantes foram diversificadas em função da adesão e não adesão à PrEP; entre os membros da associação *Ungagodoli*, a diversificação foi com base nas funções desempenhadas no trabalho que realizavam junto das MTS (activista/educador/coordenador); e, no seio dos profissionais de saúde, a diversificação baseou-se nas funções que desempenhavam na oferta da PrEP.

Inicialmente, pretendeu-se seleccionar todos os participantes da pesquisa com base na amostragem intencional, escolhendo aqueles em posição privilegiada para facultar os dados relevantes. No entanto, só foi possível usar esse procedimento para recrutar os membros da associação *Ungagodoli* e profissionais de saúde do CS da Matola C, pois as MTS mostraram-se relutantes em participar da pesquisa. Estas, mesmo depois de terem sido informadas, sensibilizadas e convidadas a participar do estudo, apresentaram grande resistência em se fazer presente aos locais e datas agendados, devido à falta de benefícios materiais que atendessem às suas expectativas – a recompensa assegurada para os gastos relacionados com o transporte foram considerados insuficientes –. O receio de exposição, associado à natureza da sua profissão e à não adesão à PrEP – para as MTS que não tinham aderido –, foram outros factores que concorreram para o não comparecimento das MTS que já se tinham comprometido.

Em termos práticos, após a submissão do pedido de realização do trabalho de campo junto da Direcção Provincial da Saúde e do Secretariado Executivo do Conselho Provincial de Combate ao SIDA, as cartas aprovadas, juntamente com a credencial, foram apresentadas à Direcção da associação *Ungagodoli*. Com a anuência desta e dos seus membros previamente informados, a pesquisadora, com o apoio do Oficial de Monitoria e Avaliação da associação, seleccionou um total de 3 coordenadores e activistas, considerados em melhor posição para facultar os dados pretendidos.

No CS da Matola C, a carta de cobertura e a credencial foram apresentadas na Direcção da US, à qual coube aprovar a solicitação para a realização do trabalho de campo e encaminhar a pesquisadora para o sector da PrEP. Neste sector, após a disponibilização da lista dos funcionários existentes, foram seleccionados 3 profissionais de saúde que ofereciam os serviços da PrEP. Os

profissionais de saúde foram relativamente cépticos em consentir a sua participação na pesquisa, embora tenham consentido depois de se assegurar o cumprimento rigoroso dos aspectos éticos.

O recrutamento das MTS foi antecedido pela sensibilização e convite feitos pela coordenação da *Ungagodoli*, que disponibilizou e agendou as datas para o encontro entre a pesquisadora e as trabalhadoras de sexo. No entanto, nos dois dias marcados, apenas um número bastante reduzido de MTS se fez presente, das quais uma pequena parte manifestou interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Desta forma, o trabalho com essa categoria de participantes iniciou com apenas 4 entrevistadas, sendo que a persistência da coordenação da associação em remarcar os encontros não estava a gerar os resultados pretendidos. Estrategicamente, decidiu-se recorrer à amostragem por conveniência que apesar do seu baixo rigor, cumpriu adequadamente com os propósitos de recrutamento.

A amostragem convencional conduziu o processo de recrutamento em duas frentes. De um lado, continuou-se a visitar as instalações da *Ungagodoli* tendo em vista interpelar as MTS que se dirigiam às mesmas para, dentre outras finalidade, buscar preservativos e lubrificantes que a associação oferecia. Por outro lado, começou-se a frequentar o CS da Matola C, onde eram igualmente abordadas as MTS que se faziam ao mesmo para aceder aos serviços da PrEP. As activistas da associação que actuavam como pontos focais no CS desempenharam papel relevante na facilitação de encontros com MTS nos dias e horas em que estas últimas estiveram na US.

A estratégia adoptada, apesar de ter servido aos propósitos para os quais foi escolhida, não isentou a pesquisadora de enfrentar o constrangimento temporal durante o trabalho de campo. Foi necessário permanecer longo período no campo para encontrar as MTS, especialmente as que não aderiram à PrEP, que só podiam ser encontradas nas instalações da *Ungagodoli*. Não foram todos os dias que as MTS visitaram a associação ou o CS da Matola C. No final, foram seleccionadas um máximo de 20 MTS, dentre as quais 12 aderiram à PrEP, e 8, não. Desta forma, a amostra da pesquisa foi composta por um total de 29 participantes.

A saturação foi aplicada para definir o tamanho da amostra, pelo que, também para validar os dados. Nas quatro categorias de participantes da pesquisa, o processo de recolha de dados atingiu um estágio no qual os casos que iam sendo seleccionados não ofereciam dados novos relevantes. Pode-se notar na apresentação dos resultados da pesquisa mais abaixo, momentos nos quais as

narrativas dos interlocutores se revelam repetitivos tanto no seu conteúdo quanto na forma de expressá-las. Decidiu-se cessar com o recrutamento de mais participantes ao alcançar esses casos. Para reforçar a densidade e riqueza da descrição em cada caso estudado, foram igualmente saturados os dados disponíveis sobre os temas em análise até um ponto em que cada entrevistado não tinha mais nenhuma informação importante por facultar ou disposto a partilhar. Como estratégia de validação complementar, as MTS que não aderiram à PrEP, os membros da *Ungagodoli* e os profissionais de saúde foram inseridos na pesquisa também como grupos estratégicos, na medida em que permitiram cruzar diferentes perspectivas sobre uma mesma realidade. Esse cruzamento foi relevante para evitar transformar este trabalho num espaço de reprodução das narrativas das MTS em PrEP sobre suas experiências de exposição ao risco de contaminação por ITSs.

- **CrITÉrios de inclusão e exclusão**

Para a seleco dos participantes dos grupos acima alistados, foram observados os crITÉrios de inclusão e exclusão descritos na Tabela 2 seguinte:

Tabela 2: CrITÉrios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

Amostra	CrITÉrios de inclusão	CrITÉrios de exclusão
MTS que aderiram à PrEP	Ter 18 anos de idade ou mais; Estar a aderir à PrEP em 2024 no CS da Matola C; Ter sido encaminhada à PrEP pela associao Ungagodoli; Estar activa no trabalho de sexo em 2024 na cidade Matola; Consentir a sua participao na pesquisa.	Não estar disponível a responder ao inquÉRito quando solicitada; Não estar na base de dados da PrEP no CS da Matola C.
MTS que não aderiram à PrEP	Ter 18 anos de idade ou mais; Ter sido abordada pela Ungagodoli para aderir à PrEP; Ter sido testada para adesão à PrEP no CS da Matola C; Preencher os crITÉrios para adesão à PrEP; Não ter aderido à PrEP depois de convidada em 2024; Estar activa no trabalho de sexo em 2024 na cidade Matola; Consentir a sua participao na pesquisa	Não assinar o termo de consentimento; Não estar disponível a responder ao inquÉRito quando solicitada
Membro da Ungagodoli	Ser membro formal da associao Ungagodoli; Ser membro da associao há pelo menos seis meses; Estar envolvida na mobilizao de MTS na cidade da Matola para adesão à PrEP em 2024 no CS da Matola C.	Não estar confirmada a sua filiao à associao; Não assinar o termo de consentimento; Não estar disponível
Profissional de saúde	Ser funcionário formal do CS da Matola C; Estar afecto no SAAJ no CS da Matola C; Estar inserido na oferta da PrEP no CS da Matola C; Oferecer a PrEP a MTS no CS da Matola C; Ter pelo menos seis meses na oferta da PrEP; Ter 18 anos de idade ou mais; Estar no CS no momento do trabalho de campo; Consentir a sua participao	Não desempenhar nenhum papel na oferta da PrEP às MTS em 2024; Não assinar o termo de consentimento; Não estar disponível para entrevista; Ser estagiário

7.6. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi feita por meio de entrevistas, uma semi-estruturada e outra em Discussão em Grupo Focal (DGF). As entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas para a recolha de dados junto dos profissionais de saúde sobre a prestação de serviços de saúde relacionados com a adesão à PrEP e à contaminação por ITSs entre as MTS; dos membros da *Ungagodoli* acerca da mobilização para adesão à PrEP e dos factores de risco de ITSs entre as MTS; e, das MTS referentes às suas atitudes, percepções e experiências em relação à adesão à PrEP, contaminação por ITSs e factores e comportamentos de risco de ITSs.

Para administrar as entrevistas individuais, foram definidos quatro guiões de entrevista, um para cada uma das quatro categorias de participantes da pesquisa. Todos os guiões possuíam questões pré-definidas em número limitado, reservando espaço para a introdução de novas perguntas durante as conversas. A relevância de introduzir novas questões justificou a opção pela entrevista semi-estruturada, o que se revelou útil para tirar proveito da abordagem qualitativa, que se caracterizada pela sua flexibilidade, exigindo a capacidade de adaptação às situações encontradas no campo de estudo. As entrevistas individuais foram conduzidas pela pesquisadora, acompanhada por uma assistente de pesquisa, previamente treinada para o efeito. Todas as conversas foram administradas em português por preferência dos entrevistados. O bloco de notas e telefone celular serviram para documentar os dados recolhidos. Todos os participantes anuíram o uso desses instrumentos. Em média, as entrevistas duraram de 30-40min.

As entrevistas com os membros da *Ungagodoli* foram realizadas do dia 4 ao dia 8 de Março de 2024, nas suas instalações, localizadas na cidade da Matola, bairro do Fomento, onde foi disponibilizada uma sala específica, com ambiente calmo e isolado, adequado para uma conversa aberta entre duas pessoas. Com os profissionais de saúde, as entrevistas iniciaram no dia 15 de Março e terminaram no dia 4 de Abril do mesmo ano. A indisponibilidade dos profissionais abordados concorreu para o prolongamento do processo de recolha de dados junto do pessoal da saúde, bem como para que as conversas fossem realizadas nas instalações do CS da Matola C, numa sala disponibilizada e durante o horário normal de trabalho. No entanto, a recolha de dados foi bem-sucedida.

Junto das MTS, as entrevistas individuais foram realizadas de 3 de Abril a 28 de Junho, devido aos constrangimentos enfrentados no seu recrutamento já mencionados. A marcação das conversas com as MTS que aderiram à PrEP foi facilitada pela vontade de maior parte delas de se expressarem sobre os problemas que enfrentavam no acesso a esses serviços de saúde no CS da Matola C. Com as MTS que não aderiram, o cenário foi diferente. Estas apontaram a falta de tempo por causa do seu trabalho como o principal impasse que enfrentavam para participar da pesquisa. Serviram-se igualmente dessa razão para questionar sobre o ganho que teriam pela participação para além da compensação financeira para transporte.

A grande dificuldade enfrentada para trabalhar com as MTS foi relativa ao local onde seriam conduzidas as entrevistas, especificamente as recrutadas no CS da Matola C. Todos os lugares disponíveis nesta US eram abertos e expostos, representando uma quebra total de confidencialidade e anonimato. Alternativamente, solicitou-se um espaço nas instalações da *Ungagodoli*. Esta disponibilizou a sua sala de reuniões, na qual foram conduzidas as entrevistas individuais com MTS, tanto as recrutadas directamente na associação quanto as recrutadas no CS da Matola C. Poucas entrevistas foram realizadas fora da *Ungagodoli*, em locais indigitados pelas entrevistadas, em situações nas quais a entrevistadora teve de ir ao encontro da participante depois de acordarem acerca da data da conversa.

A **DGF**, sendo uma técnica qualitativa de recolha de dados baseada na comunicação e interacção entre pessoas reunidas num mesmo espaço com o objectivo de reunir informações detalhadas sobre tópicos específicos relacionados, geralmente, com atitudes e percepções sobre um tema, a partir de um debate entre participantes previamente e criteriosamente seleccionados (Kitzinger, 2000), foi aplicada para a obtenção de dados no seio das MTS, relacionados com as atitudes, percepções e experiências acerca da PrEP e factores e comportamentos de risco de ITSs. Esta técnica foi escolhida para encontrar pontos de convergência e divergência entre as participantes, aprofundando suas convicções relativamente à PrEP e ITSs.

Inicialmente, projectou-se conduzir uma DGF com cada categoria de MTS. No entanto, não foi possível trabalhar com as que não aderiram à PrEP por causa da dificuldade em reuni-las. Com efeito, foi administrado apenas um DGF com MTS que aderiram à PrEP. Esta entrevista decorreu no espaço da associação, no dia 20 de Junho. Participaram do DGF um total de 8 MTS. Destas, apenas duas tinham participado das entrevistas individuais. Para realizar a discussão, as

participantes foram organizadas em formato circular. A pesquisadora assumiu o papel de moderadora, e sua assistente, observadora e anotadora. Com base no guião de entrevista, a discussão foi realizada com uma duração de 53min e foi documentada com recurso ao bloco de notas e ao gravador profissional. O uso de ambas as ferramentas foi anuído pelas entrevistadas. Todas as recomendações para o DGF foram observadas para garantir a participação equilibrada na discussão: o anonimato, o respeito entre as participantes e pela diversidade de pontos de vista, entre outras.

De modo geral, focando-se apenas no processo de recolha de dados, o trabalho de campo teve uma duração de quatro meses, de 1 de Março a 28 de Junho de 2024. Dentro deste período, houve dias sem a entrada no campo pela falta de marcação de entrevistas ou de previsão de encontrar MTS. Mas também houve dias em que a assistente de pesquisa foi ao campo sem marcação e sem previsão, tendo permanecido todo o dia na expectativa de conseguir manter contacto com pelo menos uma MTS. Todo o trabalho foi apenas realizado durante os dias úteis da semana (da 2ª feira à 6ª feira), iniciando no período da manhã (8 horas) e se estendendo, quando justificável, até próximo do final do horário de trabalho na função pública (15h30min).

7.7. Nódulos temáticos

Para a recolha e análise dos temas, foram definidos e operacionalizados os seguintes nódulos temáticos (Tabela 3).

Tabela 3: Categorias de nódulos temáticos e sua relação com os objectivos específicos

Objectivos	Categoria	Nódulos temáticos
• Caracterizar o perfil sócio-demográfico das mulheres trabalhadoras de sexo.	Demográficas	<i>Idade, residência, estado civil, escolaridade.</i>
	Sociais	<i>Formação profissional, outra ocupação, tempo de actividade, tempo como membro na associação.</i>
• Captar as atitudes e percepções das mulheres trabalhadoras de sexo em torno da Profilaxia Pré-Exposição de HIV.	Atitudes	<i>Inclinação para determinado agir; avaliação; classificação.</i>
	Percepções	<i>Significados; imagens/ideias sobre a realidade; consciência da realidade.</i>
• Descrever os níveis de adesão das mulheres trabalhadoras de sexo à PrEP para HIV.	Adesão à PrEP	<i>Orientações médicas ARV; medicação voluntária arv; acesso à medicação ARV; tempo de medicação ARV; cumprimento das orientações médicas; melhora na saúde.</i>
• Descrever a magnitude de infecções de transmissão sexual entre mulheres trabalhadoras de sexo.	Infecção por ITSs	<i>Número de MTS infectadas por ITSs; número de vezes de contaminação por ITS; tipos de ITSs contraídas.</i>
	Adesão à PrEP	<i>Orientações médicas anti-retroviral; medicação voluntária anti-retroviral; acesso à medicação anti-retroviral; tempo de</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Analisar os factores associados à adesão à PrEP para HIV que estão independentemente associados ao risco de aquisição de outras infecções de transmissão sexual entre mulheres trabalhadoras de sexo 		<i>medicação anti-retroviral; Cumprimento das orientações médicas; melhora na saúde.</i>
	Risco de ITSs	<i>Probabilidade de contaminação; contaminação por patógenos; probabilidade de dano grave à saúde.</i>
	Factores e Comportamentos de risco	<i>Orientações; avaliação; acções; probabilidade de contaminação; ameaça à saúde;</i>

7.8. Plano de gestão de dados

Globalmente, a análise e interpretação dos dados foram feitas com recurso à técnica da análise de conteúdo. Esta foi uma técnica aplicada neste trabalho para o alcance de todos os objectivos. Foram observados todos os procedimentos definidos por Creswell (2007), que consistem na extracção do sentido dos dados do texto e linguagem, o que implica a preparação, aprofundamento, representação e interpretação do significado mais amplo. Estes procedimentos resumem-se em: organizar e preparar os dados; ler e codificar os dados; e, fazer a análise e interpretação com base na codificação.

Sob orientação das etapas expostas, após a transcrição dos dados recolhidos, realizou-se inicialmente a primeira leitura dos dados. Este procedimento permitiu construir uma ideia geral acerca dos conteúdos dos mesmos, separando-os e agrupando-os em função da sua inerência à cada variável do estudo, nomeadamente: atitudes, percepções, adesão à PrEP, contaminação por ITSs, risco de ITSs, factores de risco e comportamento de risco. Isto significa que os conteúdos foram atribuídos à sua respectiva variável. Por exemplo, os conteúdos referentes às atitudes foram atribuídos a essa variável e os relacionados com a adesão à PrEP, também a essa variável. A saturação foi usada para esgotar os conteúdos relevantes dos dados que se revelaram indispensáveis para aprofundar as variáveis definidas.

O procedimento seguinte consistiu na leitura minuciosa do conteúdo inserido em cada variável, identificando seus sentidos e respectivas tendências. Desta forma, os dados foram seleccionados considerando suas diferenças e semelhanças, destacando de um lado mais significativos, confrontando-os, do outro lado, com os dados menos representados. Por exemplo, distinguiu-se as atitudes positivas em relação à PrEP representadas por grande parte das entrevistadas das atitudes negativas, reveladas por uma ou poucas entrevistadas. Por fim, realizou-se análise e interpretação

dos dados, recorrendo-se às ilustrações extraídas das entrevistas transcritas para servirem de suporte das principais ideias e inferências analíticas e interpretativas.

8. Limitações do estudo

Considerou-se relevante destacar três limitações que poderiam ter impactado negativamente na validade dos dados se não se tivesse adoptado estratégias de minimização. A primeira limitação, partilhada com outros estudos, foi de ter analisado a contaminação por ITSs entre as MTS apenas do ponto de vista destas, excluindo o prisma dos parceiros sexuais. Ao proceder desta forma, deixou-se de fora um lado relevante da realidade, o masculino, do qual resultam estratégias de negociação para relações sexuais desprotegidas, entre outras práticas de risco, especialmente em sociedades como a moçambicana, em que a estrutura patriarcal reproduz a dominação masculina. Em países como Sudão e Malawi, os clientes das MTS são também considerados população chave (OMS, 2018). Para minimizar o efeito desta limitação, procurou-se captar através das entrevistadas, a postura assumida pelos seus clientes no seu ambiente de trabalho. Com a mesma finalidade, abriu-se espaço para discutir com estudos que tenham aprofundado a vertente masculina.

A outra limitação, resultante da dificuldade enfrentada para recrutar as MTS não inscritas na PrEP, foi a impossibilidade de organizar e realizar uma DGF com esta categoria de participantes. A inclusão destas trabalhadoras de sexo na amostra tinha o objectivo de cruzar e confrontar suas perspectivas com as perspectivas das MTS inscritas na PrEP, colocando-as no mesmo nível de relevância. Entretanto, sem uma DGF conduzido, agravado pelo número reduzido de MTS não inscritas na PrEP participantes da pesquisa, tal objectivo foi apenas parcialmente alcançado. Minimizou-se a interferência desta limitação buscando saturar os dados de cada caso das trabalhadoras de sexo que não estavam em PrEP relativos às variáveis operacionalizadas. Esta saturação possibilitou recolher informação relevante que, de certo modo, serviu para confrontar com dados obtidos junto das MTS inscritas na PrEP e reforçar a validade dos dados⁴.

⁴ Rever rodapé n.º 3.

Em terceiro lugar, pode-se apontar para o viés de amostragem enfrentado, resultante da dificuldade de recrutar especialmente as MTS não inscritas em PrEP, o que concorreu para que se recrutasse maioritariamente MTS inscritas em PrEP. Ainda assim, a amostragem convencional condicionou para que se trabalhasse apenas com aquelas mulheres que se dirigiram à associação *Ungagodoli* e ao CS da Matola C durante o trabalho de campo, deixando de fora as que não o fizeram. Como efeito dessa limitação, as inferências extraídas neste trabalho têm a generalização válida assegurada apenas no seio da amostra com a qual se trabalhou. Apesar da saturação alcançada, a possibilidade de ter deixado casos distintos de fora faz com que as conclusões sejam apenas assumidas como conjecturas para as MTS de casos não estudados.

9. Considerações éticas

Na pesquisa, foram observadas questões éticas: consentimento informado, confidencialidade, anonimato, riscos, benefícios, intimidade, privacidade e divulgação dos resultados. Antes de demonstrar como essas questões foram asseguradas no curso deste trabalho, importa ressaltar que o protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBSFM&HCM) e pelo MISAU, como atestam as cartas de aprovação emitidas por esses órgãos. (Vide anexo 1)

9.1. Consentimento informado

O consentimento informado garantiu que a participação na pesquisa fosse resultado de uma decisão voluntária e informada, baseada na informação sobre a pesquisa que estava a ser desenvolvida. Para esse fim, foi elaborado um Termo de Consentimento (Apêndice 2) por meio do qual foram transmitidas informações básicas aos participantes da pesquisa referentes ao tema de pesquisa, foco e âmbito da pesquisa, objectivos e relevância da pesquisa, metodologia aplicada, questões éticas observadas, procedimentos para a selecção dos participantes, direitos e deveres dos participantes e os contactos para sugestões, esclarecimentos, reclamações. Os participantes e as pesquisadoras assinaram dois Termos de Consentimento, ficando ambas as partes com uma versão física.

9.2. Confidencialidade

Os dados recolhidos em formato digital (transcrições das entrevistas) foram conservados numa pasta no computador. Esta pasta esteve durante a pesquisa – e continua no mesmo estado – trancada por meio de uma palavra *pass* apenas do domínio da pesquisadora principal. Apenas esta pode aceder ao conteúdo dessa pasta.

9.3. Anonimato

Para garantir o anonimato, não foram solicitados nomes pessoais dos participantes, mesmo em situações em que alguns deles tenham consentido a sua utilização. As ilustrações das entrevistas que constam deste relatório de pesquisa foram identificadas por meio de variáveis sócio-demográficas: situação em relação à PrEP, tempo de envolvimento no trabalho de sexo, função exercida no CS da Matola C, género e tempo de filiação na associação *Ungagodoli*.

9.4. Riscos

Foram considerados alguns riscos tanto para os profissionais de saúde quanto para as MTS. Para os primeiros, o risco foi de a instituição na qual trabalhavam tomar conhecimento que as práticas de oferta dos serviços da PrEP não estavam rigorosamente em conformidade com as normas, valores e procedimentos institucionais, definidos ao nível do MISAU e do CS para o efeito. Para as MTS, o risco esteve associado à possibilidade de a associação *Ungagodoli* ficar a saber que elas praticavam relações sexuais desprotegidas com seus respectivos clientes. Estas práticas sexuais representavam uma violação do Código de Conduta das Trabalhadoras de Sexo (CCTS), o que poderia resultar numa penalização ou discriminação entre colegas de profissão.

Para evitar ou minimizar os riscos acima, a primeira estratégia adoptada foi informar aos participantes sobre os riscos aos quais estariam sujeitos ao consentirem a sua participação na pesquisa e as medidas que seriam aplicadas para minimizá-los. A segunda foi assegurar criteriosamente a observância da confidencialidade dos dados e do anonimato dos participantes, impossibilitando associar a informação deste relatório e as suas respectivas fontes.

9.5. Benefícios

Não foi previsto oferecer qualquer benefício directo e material aos participantes da pesquisa. No entanto, devido às condições do campo, que exigiram que as MTS se deslocassem às instalações da *Ungagodoli*, decidiu-se oferecer a elas uma compensação de 150MT para cobrirem os custos de transporte e para água mineral. Destacaram-se alguns benefícios indirectos para as três categorias de entrevistados. Para os membros da *Ungagodoli* e profissionais do CS da Matola C, constitui benefício indirecto, a possibilidade de adquirir um conhecimento confiável referente, especialmente, às formas de adesão à PrEP e aos factores e comportamentos associados ao risco de contaminação por ITSs entre as MTS. Esse conhecimento poderá alicerçar as suas futuras intervenções com vista a mudança de comportamento no seio das trabalhadoras de sexo.

Para as MTS, constitui benefício indirecto, primeiro, a sua participação num espaço de interacção no qual puderam falar abertamente das suas experiências relacionadas com o trabalho do sexo e com a adesão à PrEP, isto para as que tinham aderido à profilaxia. Esse foi um ganho que elas obtiveram, considerando que a sua actividade continua, na contemporaneidade, a ser discriminada e estigmatizada, pelo que, ainda não podem falar sem inibições do que fazem no seu meio laboral. Segundo, os resultados desta pesquisa têm o grande potencial de servir de evidências científicas e de base para a melhoria das intervenções junto da população chave, especificamente das MTS, no âmbito tanto da oferta da PrEP quanto da prevenção de ITSs. Futuramente, as MTS poderão beneficiar-se de serviços de saúde melhorados.

9.6. Intimidade e privacidade

A adesão à PrEP, bem como o risco de contaminação por ITSs foram considerados temas sensíveis, em torno dos quais poderia haver certa timidez em abordá-los abertamente. A intimidade e a privacidade serviram para reservar, especificamente às MTS, o direito de não partilharem informações que não se sentiam preparadas para fazê-lo sem se sentirem constrangidas. Para garantir estes dois aspectos, pautou-se, em primeiro lugar, por contratar uma assistente de pesquisa do sexo feminino para facilitar a interacção entre mulheres. Segundo, os guiões de entrevista foram previamente testados junto de um total de três mulheres para identificar as perguntas constrangedoras, o que possibilitou melhorar algumas perguntas do ponto de vista da sua

formulação e colocação, sendo outras removidas definitivamente. Terceiro, foi clarificado às participantes sobre o seu direito de não responderem todas as perguntas e de desistirem de participar da pesquisa caso assim decidissem. Por fim, durante a conversa, não foi adoptada nenhuma forma manipuladora de colocar as questões do guião de forma estratégica para que as participantes fornecessem respostas que não quisessem.

11. Resultados

Nesta parte do trabalho são apresentados os principais resultados obtidos na pesquisa, assegurando que os descritos satisfazem os objectivos definidos e as questões colocadas. Subdividiu-se a seguinte exposição em cinco sessões.

11.1. Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa

A seguinte secção apresenta as características sócio-demográficas das três grandes categorias de participantes da pesquisa. Começa-se com as MTS e finaliza-se com os provedores de saúde e membros da associação *Ungagodoli*.

Os dados da Tabela 4 abaixo mostram que se trabalhou com MTS entre as quais uma maioria de 9 tinha idades que iam dos 18 aos 25 anos. Seguem-se 6 participantes com idades que iam dos 26 aos 35 anos. Todas elas eram residentes na cidade da Matola. No que tange ao estado civil, a maioria (18 MTS) era solteira, diferente da minoria (2), que afirmou ser casada.

Quanto à escolaridade, 7 MTS tinham o nível básico/técnico concluído, seguindo 5 delas com o nível primário. De referir que pelo menos 4 MTS não tinham frequentado a educação formal. No que se refere à formação profissional, 13 participantes não possuíam nenhuma. As 7 mulheres restantes eram formadas em activismo.

Em termos de ocupação, entre as participantes, 12 dedicavam-se unicamente ao trabalho do sexo, não tendo outra actividade. Outras 8 dedicavam-se complementarmente ao activismo, negócio próprio e estudos. No trabalho de sexo, a maioria de 11 participantes estava há mais de 6 anos, outras 4 estavam na actividade há cerca de 1 a 3 anos.

Tabela 4: Dados sócio-demográficos das MTS entrevistadas

Variáveis	Categorias	Fr.	%.
Idade	18-25 anos	9	45
	26-35 anos	6	30
	36-45 anos	5	25
Residência	Cidade da Matola	18	100
Estado civil	Solteira	18	90
	Casada	2	10
Escolaridade	Primário	5	25
	Básico/técnico	7	35
	Médio/técnico	4	20
	Sem escolaridade	4	20
Formação profissional	Sim	7	35
	Não	13	65
Outra ocupação	Sim	8	40
	Não	12	60
Tempo como MTS	Menos de 1 ano	2	10
	1-3 anos	4	20
	4-6 anos	3	15
	Mais de 6 anos	11	55
Situação da adesão	Aderiu	12	60
	Não aderiu	8	40

A Tabela 5 abaixo descreve as características sócio-demográficas dos profissionais de saúde e dos membros da *Ungagodoli*. De acordo com os dados apresentados na mesma, trabalhou-se com profissionais apenas do sexo feminino e com membros da associação Ungagodoli maioritariamente mulheres (5).

Em relação às idades, entre as profissionais de saúde, 2 situavam-se na faixa etária dos 26 aos 35 anos, e a outra, dos 36 aos 45 anos. Os membros da *Ungagodoli* possuíam as idades distribuídas entre as faixas etárias dos 26 aos 35 anos (3), dos 36 aos 45 anos (2) e mais de 45 anos (1).

Quanto à residência, na cidade da Matola residiam 2 profissionais de saúde e 3 membros da *Ungagodoli*. Fora desta cidade, 1 profissional da saúde residia no bairro de Jonasse, 3 membros da *Ungagodoli* residiam em Bulane (1). e o último membro, na Katembe (2).

As 3 profissionais de saúde possuíam formação profissional nas áreas de enfermagem geral e aconselhamento. Dentre os membros da *Ungagodoli*, apenas 1 não tinha qualquer formação profissional. Os outros eram formados nas áreas de sociologia, oficial de programa, activismo, digitação de dados e secretariado.

Relativamente ao tempo de trabalho no CS da Matola C, o profissional de saúde mais novo na instituição tinha menos de 1 ano, seguindo-se o com cerca de 4 a 6 e, por fim, o mais antigo com

mais de 6 anos. Entre os membros da *Ungagodoli*, a maioria estava há mais tempo na associação com cerca de mais de 6 anos de trabalho (3). Os outros tinham de 4 a 6 anos (2) e menos de 1 ano (1) de trabalho. Nas duas instituições laborais, as profissionais de saúde exerciam as funções de ponto focal em enfermagem e conselheiras nos serviços da PrEP. Na *Ungagodoli*, as funções exercidas pelos entrevistados eram de oficial de género, programático, educador de pares, assistente de dados, activista e coordenador.

Tabela 5: Características sócio-demográficos dos membros da Ungagodoli e das profissionais de saúde

Variáveis	Categorias	Profissional de saúde		Membro da Ungagodoli	
		Fr.	%.	Fr.	%.
Sexo	Masculino	0	0	1	16.7
	Feminino	3	100	5	83.3
Idade	26-35 anos	2	66.7	3	50
	36-45 anos	0	0	2	33.3
	Mais de 45 anos	1	33.3	1	16.7
Residência	Cidade da Matola	2	66.7	3	50
	Fora da cidade da Matola	1	33.3	3	50
Escolaridade	Primário	0	0	1	16.7
	Básico/Técnico	0	0	1	16.7
	Médio/Técnico	3	100	1	16.7
	Superior	0	0	3	50
Formação profissional	Sim	3	100	6	100
Tempo de trabalho	Menos de 1 ano	1	33.3	1	16.7
	1-3 anos	0	0	0	0
	4-6 anos	1	33.3	2	33.3
	Mais de 6 anos	1	33.3	3	50
Função exercida	Sim	3	100	6	100

11.2. Atitudes e percepções das MTS sobre a PrEP

A seguir são apresentados os dados relativos às atitudes e percepções das MTS sobre a PrEP. Para o efeito, são cruzados dados recolhidos junto das mulheres que aderiram e das que não aderiram aos serviços da profilaxia. Com vista a melhor exposição, aprofunda-se cada variável isoladamente.

11.2.1 Atitudes das MTS

As atitudes foram descritas com base em três variáveis. Questionadas sobre o que pensavam em relação às mulheres que aceitaram aderir à PrEP, todas as participantes que aderiram à profilaxia

afirmaram ser uma boa acção. Entre as MTS que não aderiram à profilaxia, apenas algumas assumiram semelhante posicionamento. As ilustrações seguintes atestam essa semelhança:

“Estão a fazer uma boa coisa para elas, estão a cuidar da sua saúde, mesmo que não seja fácil.”
(E#8 MTS não inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

“Essas sim sabem o que estão a fazer, conhecem os riscos que correm. Achas que aceitei por quê?”
(E#2 MTS inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Atitudes positivas em relação à aceitação da PrEP estão fundamentadas na contribuição da profilaxia para o melhor cuidado que as MTS podem ter com a sua saúde. No entanto, no seio das MTS que não aderiram, identificou-se aquelas que se mantiveram indiferentes perante à aceitação da PrEP, como representa a seguinte ilustração:

“Cada uma sabe da sua vida. Se aguentam com medicação, podem fazer como quiser, não é obrigatório.” (E#4 MTS não inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Esta interlocutora assumiu não existir qualquer obrigação objectiva para se aderir à PrEP. A responsabilidade de fazê-lo era de cada MTS, cabendo a mesma decidir aderir ou não à profilaxia, dependendo da sua capacidade de suportar e permanecer na medicação.

Em sentido contrário, questionada a opinião das entrevistadas em relação às MTS que rejeitam o convite de aderir à PrEP, apenas na categoria das interlocutoras que não aderiram à profilaxia é que foram encontradas as que se posicionaram positivamente, como se pode notar:

“Acho que é bom. Como eu, também não aceitei. Aquilo parece comprimido de doença e não para prevenir.” (E#2 MTS não inscrita na PrEP, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

O facto de a profilaxia apresentar uma aparência semelhante a dos comprimidos destinados ao tratamento de doenças serviu de justificativa para concordar com as MTS que não aceitaram aderir à PrEP, vendo-se esta decisão como acertada. Em sentido oposto, foi apenas entre as MTS que aderiram que se identificou as que defenderam que a rejeição do convite de adesão à profilaxia foi um comportamento estranho como está baixo atestado:

“É muito estranho. Nós estamos numa profissão de risco e você ainda nega usar um método de protecção.” (E#4 MTS inscrita na PrEP, com mais 6 anos como trabalhadora de sexo)

As MTS que entenderam ser estranho rejeitar a PrEP fundamentaram seu posicionamento na consciência do risco ao qual estavam sujeitas no trabalho sexual. Esta actividade, na sua

perspectiva, tornava relevante aceitar e adoptar os métodos de protecção disponibilizados contra esse risco.

Nas duas categorias de MTS, foi possível encontrar aquelas que se mantiveram indiferentes em relação às colegas de profissão que rejeitam o convite para adesão à PrEP como se pode ver:

“Não acho nada, cada uma pensa o que quiser. Quem sou eu para condenar? Eu também não estou a tomar PrEP.” (E#4 MTS não inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

“Cada uma sabe o que faz. Você vai tentar convencer-lhe, vai zangar consigo.” (E#2 MTS participante da DGF, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Reserva-se assim à cada MTS, a liberdade de escolher rejeitar o convite para adesão à PrEP, uma vez que, cada uma é responsável pelo que pensa e faz no âmbito da profissão de sexo.

Ainda nas atitudes perante à PrEP, questionou-se às participantes acerca da própria reacção ao convite que lhes foi feito para adesão à PrEP. Nas duas categorias, encontrou-se as que manifestaram indiferença, como se ilustra abaixo:

“É normal, estão a fazer trabalho deles, mas não sou obrigada a aceitar. Disse-lhes que ainda ia pensar.” (E#3 MTS não inscrita na PrEP, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

“Era mais uma informação, na pensei nada na altura. Só muito depois de falar com amiga, vi que dava para fazer.” (E#1 MTS inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Estas MTS entenderam que o convite que lhes foi feito era um acto normal, uma simples partilha de informação diante da qual não tinham nenhuma obrigação de assumir qualquer posicionamento imediato. Consequentemente, não decidiram imediatamente aceitar ou rejeitar o convite feito.

Todavia, entre as MTS que não aderiram, a maior parte foi daquelas que rejeitaram de imediato o convite que lhes foi feito como corrobora a ilustração seguinte:

“Mesmo que tenha achado interessante, eu rejeitei no momento em que me falaram. Sabia que me iam convidar, tinha decidido não aceitar.” (E#1 MTS não inscrita na PrEP, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

Ao contrário, foi entre as MTS que aderiram à PrEP que se identificou muitas mulheres que manifestaram satisfação face ao convite feito como se pode ver no caso da seguinte:

“Fiquei muito animada. Não levei tempo a pensar mais, disse que queria. Então, comecei a fazer.” (E#1 MTS participante da DGF, com 1 a 3 anos como trabalhadora de sexo)

Para casos como estes, o convite para aderir à PrEP representou uma oportunidade para se ter acesso aos serviços e a um método de protecção relevante para o trabalho de sexo.

11.2.2. Percepções das MTS

Procurou-se saber junto das participantes sobre a primeira imagem que lhe apareceu na mente na primeira vez que ouviram falar da PrEP com os profissionais de saúde ou membros da *Ungagodoli*. Existem aquelas MTS que perceberam logo que se tratava de um método de prevenção contra o HIV como se ilustra abaixo:

“Que é uma forma de se prevenir para não apanhar doença, não apanhar HIV.” (E#3 MTS não inscrita na PrEP, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

Por outro lado, outras MTS, tanto entre as que aderiram quanto entre as que não aderiram à profilaxia, identificou-se um pequeno número que, de modo contrário, olhou para a PrEP como um método de tratamento do HIV:

“É um medicamento para pessoas que têm HIV e veio ajudar aqueles anti-retrovirais.” (E#5 MTS não inscrita na PrEP, com 1 a 3 anos como trabalhadora de sexo)

Neste sentido, como método de tratamento, a PrEP teria sido introduzida para complementar ou substituir a Terapia Anti-retroviral (TARV). No entanto, foi apenas entre as MTS que aderiram à PrEP que foi possível encontrar dois casos de estranheza no momento da recepção da informação acerca da profilaxia. A ilustração seguinte atesta essa constatação:

“Achei muito estranho porque nunca tinha ouvido falar de tal coisa, mas mesmo assim decidi aceitar, pois vi suas vantagens.” (E#3 MTS participante da DGF, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

A estranheza esteve relacionada com o facto de nessa altura, as interlocutoras não possuírem conhecimento da existência e disponibilidade de comprimidos produzidos especificamente para a prevenção contra o HIV, pelo que, tratou-se de uma informação nova.

Quando questionadas sobre a interpretação que faziam sobre a situação de quem tomava a PrEP, parte significativa das MTS que não aderiram e todas que aderiram afirmaram que significava estar prevenida contra o HIV como se ilustra abaixo:

“Estamos prevenidas e podemos fazer sexo como quisermos, que não temos mais nenhum risco. O mau é medicar todos os dias.” (E#7 MTS não inscrita na PrEP, com menos de 1 ano como trabalhadora de sexo)

“Estou prevenida contra o HIV, mas tenho que prevenir contra outras doenças sexuais.” (E# 6 MTS inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Notou-se uma diferença entre as participantes quanto ao sentido atribuído à prevenção contra o HIV, conferida pela PrEP. Enquanto as MTS que não aderiram afirmaram que a prevenção anula a exposição a qualquer risco de ITSs, as MTS que aderiram defenderam a prevalência da necessidade de se proteger contra outras doenças, mesmo estando a tomar a PrEP, pois este medicamento previne apenas do HIV.

Por seu turno, pelo menos duas MTS que não aderiram à PrEP apresentaram outra interpretação da situação da toma da PrEP, como se pode ver no pronunciamento de uma delas:

“Que você está quase para apanhar HIV porque não se previne ou que faz sexo com cliente sem preservativo.” (E#4 MTS não inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Tratou-se de entender que a PrEP revelava a sua situação de risco, no sentido de mostrar que se estava preste a contrair HIV, ou que se envolvia em relações sexuais desprotegidas com seus clientes. Deste modo, a PrEP chamava atenção para essa condição de intensa exposição ao risco de contrair HIV.

Constatou-se uma convergência consensual entre as participantes das duas categorias de MTS quanto às vantagens resultantes da adesão à PrEP. Todas as interlocutoras pronunciaram-se nos seguintes termos:

“Só ajuda a se proteger para não apanhar HIV.” (E#5 MTS não inscrita na PrEP, com 1 a 3 anos como trabalhadora de sexo)

De referir, em primeiro lugar, que todas as participantes do estudo reconheceram que aderir à PrEP tem suas vantagens e que, em segundo lugar, tais vantagens resumiam-se na protecção contra o HIV.

As particularidades entre as duas categorias de MTS manifestaram-se quanto às desvantagens da PrEP por elas percebidas. De um lado, entre as MTS que aderiram, uma das desvantagens

apontadas refere-se à possibilidade de interrupção da medicação após iniciar com a toma da mesma, como se pode ver abaixo:

“Eu posso aceitar e começar a tomar a PrEP, mas no caminho, interromper e aumentar o risco de apanhar HIV.” (E#3 MTS não inscrita na PrEP, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

Tratou-se de reconhecer que se podia interromper a PrEP e que, dessa interrupção, resultaria uma maior exposição ao risco de contrair o HIV. Referiu-se ainda à desvantagem de poder ser infectada pelo HIV, mesmo estando a tomar a PrEP:

“Nenhum medicamento funciona cem por cento, ainda posso apanhar HIV.” (E#8 MTS não inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Isto significa que a PrEP, como qualquer outro medicamento, tem a desvantagem de não oferecer uma protecção absoluta, pelo que, não anula totalmente o risco de contrair o HIV.

A outra desvantagem está relacionada com o risco de a descoberta da adesão à PrEP resultar na desconfiança do parceiro sobre sua condição sanitária, como se ilustra abaixo:

“Não é fácil tomar sem ninguém descobrir. Então, meu namorado pode saber e pensar que eu tenho alguma doença.” (E#5 MTS não inscrita na PrEP, com 1 a 3 anos como trabalhadora de sexo)

Ainda no seio das MTS que não aderiram, existem, em número significativo, aquelas que perceberam ser uma desvantagem o facto de a PrEP ser oferecida em forma de comprimido, como se ilustra abaixo:

“Essa coisa de tomar comprimido todos os dias não funciona bem porque posso esquecer de tomar e fazer sexo a vontade e, aí, apanhar HIV.” (E#6 MTS não inscrita na PrEP, com menos de 1 ano como trabalhadora de sexo)

A oferta da profilaxia em forma de comprimido apareceu como uma desvantagem pelo facto de a toma do mesmo ser diária, o que não se mostrava funcional por estar sujeita ao risco de esquecimento. Este risco tornava-se problemático por estar inserido num contexto laboral em que algumas MTS se sentiam livres para ter relações sexuais desprotegidas.

Do lado das MTS inscritas, foram apontadas duas desvantagens. Uma referente à necessidade de se submeter ao teste de HIV para iniciar com a toma da profilaxia, como se vê abaixo:

“Tenho que fazer teste de HIV para começar a tomar.” (E#7 MTS participante da DGF, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

E a outra relativa à necessidade de ter que se dirigir à US quando se pretende interromper à medicação, como está abaixo ilustrado:

“É de ter que ir ao hospital quando querer deixar de tomar.” (E#5 MTS participante da DGF, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

Verificou-se uma particularidade entre todas as MTS desta última categoria. Parte significativa reconheceu não identificar qualquer desvantagem. Veja-se abaixo:

“Não vejo nenhuma até agora. Não tive nenhum problema.” (E#2 MTS inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Entre os factores apontados para a inexistência de desvantagens da PrEP, destacou-se a ausência de problemas durante as experiências de adesão.

11.3. Práticas de adesão à PrEP entre as MTS

Descreve-se a seguir as práticas de adesão à PrEP a partir de três dimensões: mobilização das MTS para adesão; prestação dos serviços da PrEP às MTS; e, uso da PrEP.

11.3.1. Mobilização e sensibilização das MTS para adesão à PrEP

A *Ungagodoli* assumiu para si a responsabilidade de sensibilizar as MTS para que aderissem à PrEP no CS da Matola C. Durante o período em estudo, a associação realizou uma série de acções baseadas numa estratégia mista, como documentam as seguintes ilustrações:

“Fazemos campanhas nas comunidades, as conselheiras realizam conversas de pares sobre a PrEP para o seu conhecimento. Faz-se também a testagem e identifica-se a população-chave.” (E#1 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

“Usamos as conselheiras e educadoras de pares para criar um ambiente favorável à identificação de MTS. Fazemos sensibilização em pares, referindo para retenção nos hospitais, nas comunidades. Organizamos sessões e rodas de conversa.” (E#4 Homem membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

As acções de sensibilização consistiram basicamente na realização de campanhas nas comunidades e nos hospitais, onde as conselheiras e educadoras de pares identificavam as MTS, conversavam com elas e faziam testes. As intervenções foram feitas igualmente por meio de sessões e rodas de

conversa, nas quais interagiam-se com o grupo-alvo, dando a conhecer a existência da PrEP e os critérios de elegibilidade para adesão. Os testes eram feitos nas clínicas móveis como expressou o seguinte membro:

“Trabalhávamos também durante o período nocturno com educadoras de pares. De noite encontrava-se mais mulheres. Usávamos clínicas móveis para testes.” (E#6 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

Estrategicamente, a mobilização era igualmente realizada de noite, considerando o facto de ser o período no qual era possível encontrar mais MTS nos seus pontos de trabalho. Nesse processo de intervenção, os membros da associação deparavam-se com diferentes reacções por parte das MTS interpeladas. Sobre essa questão, um dos entrevistados expressou-se nos seguintes termos:

“Apresentam dificuldades por causa do estigma, pois o medicamento está num frasco semelhante ao do TARV fazendo com que elas fiquem desmoralizadas e com medo de ser conotadas.” (E#3 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

Reconheceu-se a dificuldade que se enfrentava para persuadir as MTS a aderirem à PrEP, devido a diversos factores que incluem o estigma e o medo. A aparência do frasco dos comprimidos da PrEP concorria para que os mesmos fossem associados à TARV e, conseqüentemente, à seropositividade das trabalhadoras do sexo para o HIV.

Entretanto, outros membros da associação deparavam-se com reacções diversas, que não se limitavam a dificuldades, como se pode constatar:

“Algumas aceitam e outras precisam de mais informações, precisam de sensibilização. Há resistência porque perguntam o porquê de ter que tomar medicação se não estão doentes.” (E#4 Homem membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

Enquanto algumas MTS aceitavam sem nenhuma resistência, outras careciam de alguma insistência para que, finalmente, o fizessem. A necessidade de tomar medicamentos sem estar a padecer de qualquer doença fazia com que algumas trabalhadoras de sexo estivessem pouco inclinadas a aceitar prontamente aderir à PrEP.

Perante a diversidade de reacções por parte das MTS, a *Ungagodoli* conseguiu levar algumas delas a iniciar a PrEP no CS da Matola C. Ainda assim, existem contradições entre os membros entrevistados quanto aos níveis de inscrição das MTS. Grande parte dos interlocutores possuía a crença segundo a qual os níveis de inscrição eram normais, como ilustra o depoimento seguinte:

“Posso dizer que é normal, embora estejam longe das metas que definimos como associação.” (E#6 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

O seguinte entrevistado entendia que os níveis poderiam ser considerados altos:

“Têm sido muito elevados, mesmo que não tenhamos alcançado as metas.” (E#2 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

E outro ainda, distanciando-se dos anteriores, defendia que os níveis eram reduzidos, devido ao medo da discriminação e do estigma:

“Têm sido reduzidos por causa do medo da discriminação, do estigma.” (E#3 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

Independentemente da avaliação que se fez dos níveis de inscrição das MTS na PrEP (normais, elevados ou reduzidos), os entrevistados convergiram ao assumir que não chegaram a alcançar as metas definidas pela associação.

Para garantir que as MTS inscritas continuassem na PrEP, a associação levava a cabo ações com vista a apoiar as beneficiárias a cumprir com as orientações médicas. As duas ilustrações seguintes reflectem as formas de intervenção com este fim:

“Usámos o lembrete para as MTS irem buscar os comprimidos na data marcada. Entre elas, algumas podiam pedir às outras para fazerem o levantamento dos comprimidos quando não podiam ir pessoalmente por diversas razões.” (E#1 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

“Procurámos disponibilizar sempre o preservativo e lubrificantes para elas virem à associação e aproveitarmos fazer o acompanhamento da sua situação em relação à adesão aos serviços da PrEP.” (E#2 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

O apoio consistia fundamentalmente em realizar o acompanhamento das formas de adesão à PrEP entre as MTS beneficiárias. Servindo-se de lembretes, procurava-se garantir que as beneficiárias fossem buscar os medicamentos nas datas marcadas para que não houvesse interrupção da terapia. Estrategicamente, a associação disponibilizava preservativos e lubrificantes para que as MTS fossem buscá-los nas suas instalações, o que facilitava a vigilância da adesão à PrEP. De igual forma, em situações em que as MTS não podiam buscar pessoalmente os comprimidos na US, a associação orientava-as a pedirem a colegas de profissão que o fizessem por elas.

Não obstante esses esforços, um dos membros da associação reconheceu, como uma das limitações das acções de apoio, o facto de não terem podido fazer chamadas telefónicas para algumas MTS que não possuíam telefone. Veja-se a passagem seguinte:

“As acções eram reduzidas porque não se podia fazer chamadas às beneficiárias que não tinham telefone celular.” (E#5 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

Para agravar as limitações das acções de apoio, o outro membro entrevistado lamentou o facto de terem enfrentado casos de desistência por parte de algumas MTS, fenómeno que procuravam combater por meio da partilha de informações-chave, como se ilustra abaixo:

“Para piorar, as que iniciam, depois desistem ao longo do processo. Então procurámos partilhar informações-chave.” (E#3 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

No processo de mobilização das MTS, a associação *Ungagodoli* enfrentava constrangimentos para além da limitação acima descrita. O entrevistado seguinte referiu-se a um dos constrangimentos como a resistência à mudança por parte de algumas MTS:

“Este trabalho não é nada fácil. Deparavámo-nos com situações de resistência à mudança de comportamento. Mesmo depois de muitas campanhas de sensibilização, elas não aderiam.” (E#2 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

As campanhas de sensibilização não se revelaram suficientes para levar as MTS abordadas a mudarem de comportamento no sentido de aderirem à PrEP. O outro entrevistado referiu-se especificamente ao incumprimento das orientações médicas, como se pode notar abaixo:

“Existem aquelas mulheres bastante teimosas, que mesmo sendo sensibilizadas não seguem os conselhos médicos por causa dos clientes que dizem que não usam preservativo.” (E#1 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

Neste caso específico, o constrangimento ocorreu no seio das MTS que estavam a aderir à PrEP. Entre elas existiam aquelas que não cumpriam com as orientações médicas, especialmente no que concerne ao uso do preservativo durante as relações sexuais com seus clientes.

11.3.2. Prestação de serviço da PrEP às MTS no CS da Matola C

As profissionais de saúde do CS da Matola C desempenhavam um papel relevante na adesão à PrEP entre as MTS. Questionou-se às três participantes dessa categoria sobre as acções que

desencadeavam para mobilizar as MTS para adesão. Todas concordaram que realizavam tais acções, sendo que um deles descreve-as nos seguintes termos:

“Realizámos acções combinadas. Trabalhámos com os pontos focais das trabalhadoras de sexo, fizemos campanhas de sensibilização aqui mesmo na unidade sanitária, colaborámos com a associação *Ungagodoli* para facilitar o acesso ao serviço sem discriminação.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto focal da PrEP)

Baseada numa estratégia de acções combinadas, a intervenção das profissionais de saúde consistia na colaboração com os pontos focais das MTS para levar a cabo campanhas de sensibilização na US. Com a *Ungagodoli*, essas profissionais colaboravam no sentido de facilitar o encaminhamento das MTS à US e o acesso à PrEP sem que as mesmas estivessem sujeitas a práticas de discriminação. Uma das profissionais, na qualidade de conselheira, expressou-se da seguinte forma:

“Costumava a conversar com as trabalhadoras de sexo na unidade sanitária acerca das vantagens e desvantagens do uso da PrEP.” (E#2 Provedora de saúde, Conselheira da PrEP)

Neste caso, a mobilização era feita por meio de conversas directas com as MTS. O objectivo era de levar estas a conhecerem e entenderem as vantagens e desvantagens às quais estariam sujeitas ao decidir pela adesão ou não à PrEP.

A actuação das profissionais de saúde no âmbito da prestação dos serviços da PrEP era baseada em instrumentos que serviam de recursos orientadores da realização do seu trabalho, como se pode ver abaixo:

“Basicamente, temos o guia da oferta da PrEP. Também usamos a ficha do utente e o cartão dos utentes.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto focal da PrEP)

“Baseamo-nos no livro de aconselhamento e testagem em saúde.” (E#3 Provedora de saúde, Conselheira da PrEP)

Dependendo da sua função, cada profissional de saúde servia-se de instrumentos específicos para realizar seu trabalho. O ponto focal da PrEP usava o guia da oferta desse serviço, a ficha do utente e o cartão do utente. Por seu turno, as conselheiras recorriam ao livro de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) para a sua actuação diária.

Convidadas a falar especificamente do aconselhamento, uma das profissionais, quando questionada, afirmou que:

“No aconselhamento, ocorre a partilha de informações relevantes sobre a importância da prevenção do HIV por meio da adesão à PrEP, formas de continuidade no serviço e cuidados a serem tomados.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto focal da PrEP)

O aconselhamento era basicamente um espaço de partilha de informações acerca da PrEP. Como se pode ver, essas informações eram relativas à importância da prevenção do HIV por meio da PrEP; formas de continuidade na PrEP; e, aos cuidados inerentes à adesão à PrEP.

No processo de oferta da PrEP, o seguimento era uma actividade inerente ao trabalho quotidiano das profissionais de saúde. Para esse fim, elas investiam no aconselhamento e na sensibilização, como está expresso nos dois seguintes casos:

“É necessário de facto fazer o seguimento. Para tal, temos feito um aconselhamento contínuo e a sensibilização para as utentes seguirem as orientações que damos com rigor.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto focal da PrEP)

“Damos aconselhamento de forma contínua, focando nas vantagens que estão a obter com o serviço.” (E#3 Provedora de saúde, Conselheira da PrEP)

O aconselhamento para continuidade na PrEP era uma actividade que consistia na partilha de conteúdos referentes, dentre outros aspectos, às vantagens decorrentes da profilaxia. Por sua vez, a sensibilização visava garantir que as beneficiárias seguissem rigorosamente as orientações que lhes eram transmitidas pelas profissionais de saúde. Ambas as actividades eram realizadas continuamente com a finalidade de acompanhar as formas de adesão entre as MTS.

No entanto, um dos grandes desafios enfrentados era relativo à permanência das MTS na PrEP. As profissionais de saúde relataram os esforços que levavam a cabo para garantir que as beneficiárias permanecessem no uso da profilaxia. As ilustrações seguintes documentam as acções realizadas:

“Fizemos palestras nas comunidades e na unidade sanitária, onde falámos da importância da PrEP, principalmente no ATS.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto focal da PrEP)

“Temos feito um trabalho colaborativo com a associação *Ungagodoli*, que tem desempenhado um papel relevante na saúde das trabalhadoras de sexo.” (E#3 Provedora de saúde, Conselheira da PrEP)

As palestras nas comunidades e na US focalizavam a importância da PrEP, o que era igualmente realizado no ATS. Paralelamente, as profissionais de saúde colaboravam com a associação *Ungagodoli*, reconhecendo e considerando o papel preponderante desta agremiação no trabalho com as MTS no que tange à promoção da saúde no seio destas trabalhadoras.

11.3.3. Uso da PrEP entre as MTS

Antes de aprofundar as práticas de adesão entre as MTS que aderiram à PrEP, importou identificar os factores que concorreram para a não adesão à PrEP por parte das MTS que assim optaram.

Uma diversidade de factores conduziu à não adesão à PrEP, começando pela desconfiança manifestada pela seguinte interlocutora:

“Logo que me falaram e convidaram para ir, rejeitei, mas depois quis aceitar. Apenas a desconfiança dos resultados dos medicamentos é que me faz não estar a fazer a PrEP.” (E#2 MTS não inscrita na PrEP, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

A desconfiança do resultado dos medicamentos concorreu para a não adesão à PrEP, mesmo com o interesse em aderir. Outras MTS escolheram não aderir pela necessidade de medicar e pela natureza dos medicamentos, como expressa a seguinte ilustração:

“No início eu aceitei, mas quando vi os medicamentos que pareciam anti-retrovirais, desisti. Disse que voltaria, mas não voltei mais.” (E#4 MTS não inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Outro factor foi o medo da reacção do parceiro, associado ao medo de ser identificada com pessoas seropositivas que estavam no TARV. A ilustração seguinte expressa simultaneamente essas duas razões:

“Tive medo do meu parceiro e de ficar como as pessoas que estão a fazer TARV. As pessoas pensariam que também estou doente.” (E#6 MTS não inscrita na PrEP, com menos de 1 ano como trabalhadora de sexo)

Com foco nas MTS que aderiram à PrEP, foram aprofundados os dados referentes às formas de adesão. Sobre essa questão, as profissionais de saúde pronunciaram-se nos seguintes termos:

“Temos tido uma adesão normal porque ainda existe muito trabalho por se fazer num momento em que algumas mulheres trabalhadoras de sexo abandonam a PrEP.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto focal da PrEP)

“É uma adesão muito elevada contando que não é fácil convencer as trabalhadoras de sexo a vir à unidade sanitária.” (E#2 Provedora de saúde, Conselheira da PrEP)

De um modo geral, as profissionais de saúde assumiram como aceitáveis os níveis de adesão observados ao tomarem em consideração alguns factores. O primeiro foi o esforço necessário para persuadir as MTS a se dirigirem à US. O outro foi o facto de algumas MTS que tinham aderido à

PrEP terem posteriormente abandonado a toma da profilaxia ao longo do percurso. Desta forma, as MTS que permaneceram nesse serviço de saúde fundamentaram a avaliação de adesão normal ou elevada feita por algumas profissionais de saúde.

A adesão à PrEP implicava o acesso a orientações médicas sobre as formas de toma da profilaxia. As MTS que aderiam destacaram as orientações recebidas das profissionais de saúde no CS da Matola C, tendo uma delas resumindo-as da seguinte maneira:

“A PrEP não previne outras doenças, por isso, disseram-nos que tínhamos que usar o preservativo nas nossas relações sexuais, que deveríamos tomar os medicamentos todos os dias, sempre a hora certa e ir buscar os medicamentos antes de acabarem.” (E#4 MTS inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

As orientações médicas incidiam sobre os procedimentos a adoptar na toma dos comprimidos, devendo estes serem tomados todos os dias e a mesma hora. Acrescentava-se a necessidade de as MTS se dirigirem ordinariamente às US para buscar nova dose de comprimidos, após o término da anterior. Juntou-se a essas orientações a importância de continuarem a usar o preservativo como medida de protecção. Isto significa que se clarificava que a PrEP não excluía a pertinência do uso de outros meios de protecção contra ITSs como o preservativo.

Quanto ao cumprimento dessas orientações, foram identificadas duas situações distintas entre as MTS. A maioria delas afirmou que estava a ser normal cumprir com o que os profissionais de saúde recomendavam, como reflecte a seguinte interlocutora:

“É normal, basta não perder a hora e não acabar os comprimidos. Mas tenho visto colegas que dizem que se esquecem as vezes.” (E#3 MTS participante da DGF, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

Para esta interlocutora, a normalidade do cumprimento das orientações médicas exigia apenas que se tomasse os comprimidos como recomendado. No entanto, no seu ambiente de trabalho acompanhava casos de colegas de profissão que se esqueciam de tomar os comprimidos, o que revelou situações de incumprimento. É o caso da seguinte participante que reconheceu ter enfrentado dificuldades para cumprir integralmente com as recomendações médicas:

“Não é nada fácil cumprir com a toma de comprimidos à mesma hora porque há dias que estamos com clientes e eles não podem gostar de saber que estamos a medicar. Para piorar, naquele frasco de HIV e comprimidos que parecem anti-retrovirais.” (E#4 MTS participante da DGF, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

As dificuldades enfrentadas estavam relacionadas com o facto de a profilaxia ser de tomada diária e a hora pré-determinada, o que concorria para que, por vezes, coincidissem com o momento de atendimento de clientes. A possibilidade de os clientes tomarem conhecimento de que estavam a tomar medicamentos assustava algumas interlocutoras, principalmente porque tanto os frascos dos comprimidos quanto os próprios comprimidos tinham a aparência de anti-retrovirais. Essa aparência fazia com que as MTS pensassem que seus clientes poderiam duvidar da sua condição sanitária, associando-as a pessoas seropositivas.

Não obstante a dificuldade em cumprir rigorosamente com as orientações médicas, de modo geral, todas as entrevistadas afirmaram que a permanência e continuidade na PrEP estava a ser um processo fácil, como revelou a seguinte ilustração:

“Muito fácil, aprendi a viver assim e falo sempre da PrEP com qualquer pessoa a quem acho que pode interessar.” (E#9 MTS inscrita na PrEP, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

A facilidade da continuidade na PrEP era vivida, dentre outras maneiras, com a abertura para partilhar informação acerca da profilaxia com outras pessoas. A toma da PrEP tornou-se uma experiência com a qual as interlocutoras aprenderam a vivenciá-la com facilidade.

11.4. Contaminação por ITSS entre as MTS

Solicitou-se às profissionais de saúde dados referentes à ocorrência da contaminação por ITSS entre as MTS em PrEP no CS da Matola C. Face à ausência de uma base de dados referente aos casos de ITSS nessa US, as interlocutoras expressaram-se nos seguintes termos:

“Não posso dizer com precisão quantos casos já tivemos, mas acredito que não sejam muitos porque não temos recebido muitos. Podem ser muitos se incluir as que não estão a fazer a PrEP.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto Focal da PrEP)

Para esta profissional de saúde, embora não tenham dados comprovativos, baseada na sua experiência quotidiana com MTS, existiam casos de contaminação por ITSS no seio das trabalhadoras de sexo que recebiam no CS, mesmo sendo em níveis reduzidos. Entendimento diferente foi revelado pela seguinte profissional que, também não dispendo de dados, baseando-se igualmente no seu dia-a-dia, defendeu a ocorrência de ITSS em níveis elevados entre as MTS por ela atendidas na US:

“Não dispomos de dados concretos, mas concordo muito quando se diz que existe um elevado nível de contaminação por infeções de transmissão sexual entre as mulheres trabalhadoras de sexo. As mulheres que aparecem aqui mostram isso.” (E#2 Provedora de saúde, Conselheira da PrEP)

Tanto uma quanto outra profissional de saúde toma como base o número de MTS que apareciam no CS da Matola C com ITSs para inferir que os níveis de infeções eram reduzidos ou elevados. Independentemente da avaliação que cada uma fez, o que se constata é que existe um reconhecimento comum da existência de casos de contaminação por ITSs no seio das MTS, especialmente das inscritas na PrEP.

Questionou-se às profissionais de saúde sobre a ocorrência de casos de reincidência às ITSs no seio das MTS. Aquelas interlocutoras foram consensuais em reconhecer que a ocorrência desses casos era comum no CS da Matola C. A ponto focal da PrEP expressou-se da seguinte forma:

“Recebemos todos os tipos de casos. Mulheres que vêm pela primeira vez, pela segunda vez, até pela terceira vez, já vimos. Uma mesma trabalhadora de sexo teve o mesmo tipo de infeção.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto Focal da PrEP)

Este pronunciamento revela a possibilidade de encontrar diferentes situações no seio das MTS quanto ao número de vezes de contaminação por ITSs. Existem as que até o momento da realização deste estudo tinham sido contaminadas apenas uma vez; as que tinham sido contaminadas duas vezes; e, as que tinham sido contaminadas mais de duas vezes. Esta variação torna a reincidência às ITSs um fenómeno normal entre as MTS em PrEP.

Quando indagadas sobre os tipos de ITSs mais comuns entre as MTS, especialmente em PrEP, no CS da Matola C, uma das profissionais de saúde resumiu nas seguintes quatro:

“Foram múltiplas infeções. Querendo falar das mais comuns, posso dizer gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase.” (E#2 Provedora de saúde, Conselheira da PrEP)

O que estes dados mostram é que não ocorreu comumente um único tipo de ITSs entre as MTS em PrEP. Pelo contrário, foram vários tipos, desde a gonorreia, passando pela sífilis e clamídia até a tricomoníase.

Perante à contaminação por ITSs, procurou-se saber das profissionais de saúde acerca dos serviços oferecidos face aos casos identificados entre as MTS. Os dados revelaram a prestação de serviços de saúde integrados, como mostram as ilustrações seguintes:

“Todos os serviços previstos incluem o rastreio, testagem, disponibilização de métodos de prevenção, tratamento, aconselhamento. Oferecemos um pacote completo.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto focal da PrEP)

“Fazemos os testes necessários e disponibilizamos os métodos de prevenção e tratamento de infeções.” (E#2 Provedora de saúde, Conselheira)

O CS da Matola C oferecia assim às MTS um pacote de serviços virados especificamente para as ITSS, focados no rastreio, testagem, prevenção e tratamento por meio da disponibilização de métodos indicados para o efeito. O aconselhamento era uma actividade também realizada nessa intervenção.

As ilustrações seguintes revelaram que o aconselhamento incidia especialmente sobre a necessidade de prevenção contra as ITSS, mesmo estando em PrEP, como se pode ver abaixo:

“Oferecemos conversas sobre a necessidade de prevenção. Sensibilizamos sobre o uso contínuo do preservativo, até se estiverem a usar a PrEP.” (E#1 Provedora de saúde, Ponto focal da PrEP)

Diferente de outros serviços virados para as ITSS, o aconselhamento tinha igualmente a finalidade de incentivar as MTS em PrEP a pautarem pela prevenção contra essas infeções por meio do uso contínuo e correcto do preservativo.

11.5. Contexto e comportamentos de risco de contaminação por ITSS entre as MTS

Nesta última sessão, foram aprofundadas as condições contextuais e comportamentais de risco de contaminação por ITSS entre as MTS, procurando especificar a situação das trabalhadoras de sexo em PrEP e a relação com esta profilaxia. Começou-se por aprofundar os constrangimentos enfrentados pela associação *Ungagodoli* no âmbito do apoio das MTS no combate às ITSS.

Dois grandes grupos de factores foram destacados entre os membros da *Ungagodoli*. O primeiro foi relativo à disponibilização de medicamentos virados às ITSS, como referiu a seguinte interlocutora:

“Falta de métodos de prevenção, de medicamentos e testes como metronidazol, ciproflexacina, fluconazol, por causa da ruptura de *stock*.” (E#5 Mulher membro da *Ungagodoli*, com 6 anos de filiação à associação)

De acordo com estes resultados, a associação enfrentava a ruptura de *stock* no concerne à disponibilização de medicamentos, o que concorreu para que as MTS não tivessem acesso a esses medicamentos em momento oportuno e apropriado.

O outro grupo de factores esteve relacionado com a limitação dos resultados alcançados durante a intervenção da associação. Dificuldades eram enfrentadas para modificar determinados comportamentos que favoreciam a contaminação por ITSs, apresentados por algumas MTS. A seguinte ilustração descreve alguns desses comportamentos:

“Ainda não conseguimos combater comportamentos relacionados com o uso de bebidas alcoólicas, fraca negociação do preservativo, uso de drogas.” (E#6 Mulher membro da Ungagodoli, com 6 anos de filiação à associação)

Tratava-se assim da reprodução de comportamentos como consumo de bebidas alcoólicas, fraca capacidade de negociação quanto ao uso do preservativo e o uso de drogas perante os quais a associação *Ungagodoli* se mostrava incapaz de influenciar para modificação.

Abordando directamente as MTS em PrEP, foi possível constatar outros factores. O primeiro foi a crença ou não na vulnerabilidade das MTS perante o risco de contaminação por ITSs. Questionadas sobre a ideia segunda a qual as MTS representavam um grupo de risco, duas delas expressaram-se da seguinte forma:

“Não vejo dessa forma porque podemos proteger-nos como qualquer pessoa e podemos apanhar como outras pessoas.” (E#6 MTS não inscrita na PrEP, com menos de 1 ano como trabalhadora de sexo)

“Discordo completamente, basta prevenimo-nos.” E#4 MTS inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Notou-se uma discordância em relação à ideia segundo a qual as trabalhadoras do sexo são um grupo de risco para a contaminação por ITSs, pelo que, exigem maior cuidado e protecção. De acordo com as interlocutoras, as MTS não são diferentes de outros grupos sociais, sendo que todos estão sujeitos a contrair ITSs nas mesmas proporções. Do mesmo modo, todos podem prevenir-se. O importante, em qualquer dos grupos sociais, é a prevenção.

Buscou-se, de forma mais específica, saber sobre as particularidades existentes entre as MTS que não aderiram e as que aderiram à PrEP em termos de probabilidade de contaminação por ITSs.

Todas as MTSs em PrEP concordaram que elas estavam mais propensas pela mesma razão, como expressou uma delas:

“Eu que estou a fazer PrEP, pois posso ter aquela ideia de que já estou prevenida porque tomo comprimidos, então posso fazer sexo sem preservativo a vontade.” (E#8 MTS inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

Prevalencia entre as MTS em PrEP a crença segundo a qual as trabalhadoras de sexo que estavam na profilaxia tinham a maior probabilidade de contrair uma ITS, devido à convicção na sua imunidade por estar a tomar uma medicação contra o HIV, o que as isentava de usar o preservativo durante as relações sexuais. A partir dessa consciência, procurou-se aprofundar as experiências do uso do preservativo entre as MTS entrevistadas.

Muitas das MTS participantes da pesquisa insistiram na ideia e prática do uso contínuo do preservativo nas suas relações sexuais. No entanto, pelo menos algumas delas, assumindo que usavam o preservativo, reconheceram a existência de algumas exceções, como se pode ver abaixo:

“Procuo sempre me proteger usando o preservativo, mas existe alguma interrupção no seu uso.” (E#4 MTS participante da DGF, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

“Estaria a mentir se dissesse que uso sempre. Tem havido algumas situações em que acabo por envolver-me com clientes sem preservativo.” (E#5 MTS inscrita na PrEP, com 1 a 3 anos como trabalhadora de sexo)

Isto mostrou que existiam entre as MTS em PrEP aquelas que, durante o exercício da sua profissão sexual, envolviam-se em relações sexuais desprotegidas. Diversos factores concorriam para a aceitação dessa forma de práticas sexuais, como se pode constatar nas seguintes duas ilustrações:

“As vezes, é um pouco difícil conversar com o parceiro para usar um método de protecção. Nalguns momentos, acabamos por ceder à pressão que os clientes fazem.” (E#5 MTS inscrita na PrEP, com 1 a 3 anos como trabalhadora de sexo)

“Não tem sido fácil viver com a pressão dos clientes, principalmente quando colocam dinheiro acrescido na mão. Temos filhos e famílias por alimentar e estamos aqui por dinheiro.” (E#8 MTS participante da DGF, com 1 a 3 anos como trabalhadora de sexo)

As MTS em PrEP indigitaram a pressão dos clientes como o principal factor para que aceitassem realizar relações sexuais sem o uso do preservativo. Essa pressão era reforçada pela promessa de pagamento de dinheiro acima do valor monetário inicialmente acordado pelos serviços prestados.

Perante essa pressão, associada à necessidade de assegurar a sobrevivência da sua família, as MTS acabavam por ceder à solicitação dos clientes.

Outra questão colocada às MTS foi referente às suas preferências quanto ao número de parceiros sexuais com os quais se envolviam. Todas as interlocutoras indigitaram parceiros múltiplos. Uma delas expressou-se da seguinte forma:

“Tem que ser parceiros múltiplos. Nosso trabalho é assim. Não podemos apenas ficar com um único cliente. É quase impossível, se não, não teremos dinheiro suficiente.” (E#9 MTS inscrita na PrEP, com 4 a 6 anos como trabalhadora de sexo)

A preferência por múltiplos parceiros foi justificada pela natureza da profissão, na medida em que optar por único parceiro seria impossível, pois reduziria a possibilidade de obter ganhos financeiros suficientes. Desta forma, ter múltiplos parceiros era uma exigência para a obtenção de mais ganhos financeiros.

O último aspecto descrito neste quadro de dados foi referente à frequência da procura dos serviços de saúde entre as MTS. Foram identificadas as seguintes duas situações:

“Vou sempre depois de fazer sexo sem protecção. Mas quando vou levar comprimidos da PrEP, as médicas falam sobre outras infecções e orientam a fazer testes.” (E#1 MTS participante da DGF, com 1 a 3 anos como trabalhadora de sexo)

“Faço isso quando desconfio ou tenho sintomas de uma ITS.” (E#7 MTS inscrita na PrEP, com mais de 6 anos como trabalhadora de sexo)

De um lado, estão as MTS que procuravam os serviços de ITSs só depois de se terem envolvido em relações sexuais desprotegidas, sentindo que se colocaram sobre o risco de contaminação. Por outro lado, encontraram-se as MTS que apenas procuravam os serviços de ITSs quando desconfiavam que tinham contraído uma ITS ou quando sinais da infecção apareciam. No entanto, existe o reconhecimento de que durante o acesso aos serviços da PrEP, as MTS recebiam aconselhamento e orientações relativas à prevenção de ITSs.

12. Discussão

A discussão dos resultados revela uma heterogeneidade significativa no perfil sócio-demográfico das MTS quanto às idades, estado civil, escolaridade e ocupações variadas. Embora essa

diversidade exista, predominaram perfis de mulheres jovens (18-35 anos), solteiras, com escolaridade básica/técnica, sem formação profissional específica e dedicadas exclusivamente ao trabalho sexual. Esses achados corroboram resultados de estudos anteriores que apontam para um perfil semelhante de trabalhadoras do sexo (Aquino et al., 2008; Salmeron e Pessoa, 2012; Braga et al., 2020).

Em contraponto, as profissionais de saúde e os membros da associação *Ungagodoli* apresentaram maior escolaridade e formações profissionais alinhadas às suas funções, sugerindo elevada capacidade para actuar na promoção da PrEP. Este diferencial em formação e qualificação ilustra a importância do conhecimento técnico para a implementação eficaz de programas de saúde, como destacado por Berger e Luckmann (2016). Zucchi et al. (2018) reforçam essa necessidade de competências técnicas adaptadas ao contexto cultural e social, especialmente para um público-alvo com barreiras de acesso à saúde como as MTS (ONUSIDA, 2020; Kolling et al., 2020; PNUD, 2020; OMS, 2014).

Quanto às atitudes em relação à PrEP, observou-se convergência entre as usuárias e parte das não usuárias na valorização da adesão como um acto positivo de cuidado com a saúde. Entretanto, as não usuárias mostraram maior diversidade de opiniões, reflectindo reflexividade para diferenciação de interpretação da PrEP. A indiferença de algumas e a concordância de outras com a não adesão à PrEP, justificadas pela semelhança dos comprimidos da PrEP com os medicamentos para HIV, revelam a capacidade dos indivíduos de atribuírem significados distintos à mesma realidade social com base em seu conhecimento prévio, conforme observado por Villela (2018).

As percepções sobre a PrEP também variaram: enquanto algumas participantes a identificaram correctamente como método de prevenção do HIV, outras a associaram ao tratamento. Essa variação na compreensão da profilaxia reflecte a influência de processos cognitivos como a ancoragem, onde o novo (PrEP) é incorporado em esquemas pré-existentes (Moscovici, 1998), e a escassez de informação sobre novas tecnologias de prevenção (Kolling et al., 2020). A estranheza inicial com a PrEP, reportada apenas pelas usuárias, demonstra a recente introdução da profilaxia em algumas regiões (Porto et al., 2022; Bernardes et al., 2022).

As estratégias de mobilização, tanto da *Ungagodoli* quanto do CS, combinaram campanhas comunitárias com o aconselhamento individual, alcançando resultados positivos, embora abaixo

das metas pretendidas. Os desafios incluíram resistência à mudança comportamental, desistência após o início da PrEP e dificuldades de acesso a esses serviços. A utilização de clínicas móveis e a sensibilização no CS demonstraram-se estratégias eficazes, alinhadas com directrizes nacionais e internacionais (OMS, 2014; MISAU, 2016; Zucchi et al., 2018; PEPFAR e ICAP, 2019; MISAU, 2021). A oferta de serviços integrais para ITSs no CS reflecte igualmente as recomendações da OMS (2018, 2019, 2022) e MISAU (2021), porém a ausência de dados sobre a incidência de ITSs entre as usuárias de PrEP destaca as lacunas na colecta e gestão de dados em saúde (USAID et al., 2017; Mandjate, 2018-19).

A reincidência em ITSs, constatada entre as participantes, evidencia a persistência de comportamentos de risco, apesar das intervenções levadas a cabo. Esses comportamentos (não uso consistente de preservativos, múltiplos parceiros, fraca negociação do uso de preservativos, uso de drogas e acesso limitado a serviços de ITSs) revelam a complexa interacção entre factores sociais, culturais, económicos e individuais que influenciam as práticas das trabalhadoras do sexo. A pressão dos clientes e as dificuldades financeiras emergem como factores estruturais significativos, corroborando estudos anteriores (INS et al., 2013; OMS, 2022). A crença na imunidade resultante da PrEP, compartilhada entre as usuárias, é um factor de risco adicional.

A análise evidencia a importância de se considerar tanto a perspectiva individual quanto a influência das estruturas sociais na compreensão e gestão do risco de ITSs entre as trabalhadoras do sexo, conforme a perspectiva de Berger e Luckmann (2016). A PrEP, nesse contexto, apresenta-se como um recurso que pode tanto contribuir para a redução quanto para o aumento do risco de ITSs, dependendo da forma como é utilizada e interpretada pelas trabalhadoras do sexo, bem como da resposta a factores estruturais e contextuais. Apesar dos desafios, a experiência demonstra progressos na adesão à PrEP, embora haja espaço para aprimorar as estratégias de mobilização e acompanhamento, considerando a complexidade da relação entre PrEP, comportamentos de risco e acesso aos serviços de saúde para a população-chave (Batista et al., 2020; Williams et al., 2022; Silva et al., 2024).

13. Conclusões e recomendações

13.1. Conclusões

Este estudo examinou como a adesão à PrEP é percebida e vivida por mulheres trabalhadoras de sexo, bem como a forma como essas percepções e práticas se articulam com contextos de exposição a outras ITS. Os resultados indicam que as práticas associadas à prevenção de ITS entre mulheres trabalhadoras de sexo são influenciadas por uma combinação de factores individuais, relacionais e estruturais, que moldam tanto a adesão à PrEP como os comportamentos de risco.

O perfil sociodemográfico das mulheres trabalhadoras de sexo revelou elevada heterogeneidade. Contudo, predominou o perfil de mulheres jovens entre os 18 e 35 anos, maioritariamente solteiras, com escolaridade básica ou técnica, sem formação profissional adicional e dedicadas exclusivamente ao trabalho sexual. Este perfil é consistente com achados de estudos anteriores realizados em populações semelhantes. Em contraste, os profissionais de saúde e membros da associação Ungagodoli apresentaram níveis mais elevados de escolaridade e formação profissional, o que sugere maior capacidade institucional para apoiar a promoção da PrEP e a prestação de serviços de saúde sexual.

As atitudes em relação à PrEP revelaram, de modo geral, uma valorização da adesão como estratégia positiva de prevenção do HIV. Tanto entre usuárias como entre parte das não usuárias observou-se reconhecimento da importância da profilaxia. No entanto, entre estas últimas persistiram atitudes de indiferença ou rejeição, frequentemente associadas à aparência dos medicamentos, à desconfiança quanto à sua eficácia e ao receio de reacções negativas por parte de parceiros ou da comunidade. Entre as usuárias, por sua vez, predominou a satisfação com a adesão e a percepção de protecção contra o HIV.

As percepções sobre a PrEP mostraram-se dinâmicas ao longo do tempo. Antes das actividades de mobilização comunitária, eram comuns interpretações marcadas por estranheza, desinformação ou compreensão parcial da intervenção. Após a mobilização e as actividades de sensibilização, consolidou-se sobretudo a percepção da PrEP como mecanismo de prevenção do HIV. As vantagens da profilaxia foram amplamente reconhecidas, enquanto as limitações — como a possibilidade de interrupção do tratamento, a eficácia não absoluta, o estigma associado, a

necessidade de testagem regular e as dificuldades de deslocação aos serviços – foram mais frequentemente mencionadas por mulheres que não aderiram ao método.

As estratégias de mobilização para adesão à PrEP, implementadas pela associação Ungagodoli em colaboração com o Centro de Saúde da Matola C, incluíram campanhas comunitárias, mobilização por pares e aconselhamento nos serviços de saúde. Essas estratégias contribuíram para aumentar o conhecimento e a aceitação da PrEP, embora os níveis de adesão tenham permanecido abaixo das metas programáticas. A resistência à adesão esteve associada principalmente à desconfiança em relação ao medicamento, ao estigma social e à influência de parceiros.

Relatos de ocorrência de ITS entre mulheres usuárias da PrEP foram identificados, embora com limitações na disponibilidade e sistematização de dados clínicos. As ITS mais mencionadas foram gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase, incluindo casos de reincidência. Esses achados sugerem a persistência de comportamentos e contextos de risco, mesmo em cenários onde a PrEP é utilizada.

Os factores associados à exposição a ITS incluem dimensões psicológicas, como o medo do estigma e a percepção reduzida de risco pessoal, bem como factores socioculturais e estruturais, tais como rupturas no fornecimento de métodos de prevenção, dificuldades na negociação do uso do preservativo com clientes e parceiros, consumo de álcool ou drogas e fraca procura de serviços de diagnóstico e tratamento de ITS. Entre os comportamentos de risco mais frequentemente identificados destacam-se o não uso consistente de preservativos, a multiplicidade de parceiros e a limitada capacidade de negociação nas relações sexuais.

Embora alguns participantes tenham referido a crença de que a PrEP poderia conferir protecção contra todas as ITS, os resultados deste estudo não permitem afirmar que a adesão à PrEP esteja directamente associada ao aumento ou à redução da ocorrência dessas infecções. A relação observada revela-se complexa e mediada por factores sociais, percepções individuais, dinâmicas relacionais e condições estruturais que influenciam as práticas de prevenção.

Por fim, os resultados sugerem que, apesar dos progressos alcançados nas políticas públicas de promoção da PrEP em Moçambique, persistem desafios importantes na implementação das intervenções e na promoção de mudanças sustentadas de comportamento. Esses desafios reforçam a necessidade de estratégias integradas que combinem o acesso à profilaxia com intervenções

educativas, comunitárias e estruturais voltadas para a redução do risco e para o fortalecimento da prevenção combinada entre populações-chave.

13.2 Recomendações

13.2.1 Recomendações Programáticas

Considerando os resultados do estudo, recomenda-se o fortalecimento de estratégias programáticas voltadas para a melhoria da adesão à PrEP e para a redução da exposição a infecções de transmissão sexual entre mulheres trabalhadoras de sexo.

À **Associação Ungagodoli** e ao **Centro de Saúde da Matola C**, recomenda-se reforçar a coordenação das actividades de mobilização comunitária, aconselhamento e acompanhamento das mulheres trabalhadoras de sexo, com particular atenção à continuidade do fornecimento de métodos de prevenção e à redução de barreiras relacionadas ao estigma e à desinformação sobre a PrEP. A adopção de abordagens de mobilização entre pares e a expansão de estratégias comunitárias, incluindo clínicas móveis e actividades de sensibilização, podem contribuir para melhorar a aceitação e a utilização dos serviços.

Adicionalmente, recomenda-se fortalecer os mecanismos de acompanhamento das mulheres que interrompem a utilização da PrEP, de modo a compreender melhor os factores associados à desistência e facilitar o seu eventual retorno aos serviços. A melhoria do registo e da utilização de dados sobre adesão à PrEP e ocorrência de ITS nos serviços de saúde poderá apoiar a monitoria das intervenções e a tomada de decisões programáticas.

Aos **decisores políticos** e **parceiros de saúde**, recomenda-se reforçar as estratégias de prevenção combinada dirigidas às populações-chave, integrando a disponibilização da PrEP com intervenções educativas, comunitárias e estruturais que promovam mudanças sustentadas de comportamento e reduzam factores sociais e contextuais associados à exposição a ITS.

13.2.2 Recomendações Académico-Científicas

Do ponto de vista científico, recomenda-se o aprofundamento da investigação sobre os factores que influenciam a adesão e a descontinuidade da PrEP entre mulheres trabalhadoras de sexo, com particular atenção às percepções, práticas e contextos sociais que moldam a utilização desta intervenção.

Sugere-se também a realização de estudos quantitativos e longitudinais que permitam analisar a evolução da ocorrência de infecções de transmissão sexual antes, durante e após a utilização da PrEP, complementando os achados qualitativos deste estudo.

Por fim, recomenda-se a realização de investigações adicionais sobre os processos de implementação das políticas públicas de promoção da PrEP e sobre a colaboração entre serviços de saúde e organizações comunitárias, de modo a identificar estratégias mais eficazes para ampliar o acesso, melhorar a adesão e fortalecer a prevenção combinada entre populações-chave.

Referências

Almeida, AB, 1999, A Percepção Social do Risco de Barragens, Jornada Técnica Explotación Y Emergencias en Presas, Madrid.

Alves, KT, Amparo, DM, Frajorge, KC, 2006, Factores de risco na adolescência: discutindo dados do df, Paidéia, vol. 16, n. 35, pp. 377-384.

Aquino, PS, Nicolau, AIO, Moura, ERF, Pinheiro, AKB, 2008, Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza – CE, Texto Contexto Enferm, vol. 17, n. 3, pp. 427-34.

Batista, AT, Saldanha, AAW, Furtado, FMF, 2020, Vantagens e desvantagens percebidas pelas populações chaves no uso da profilaxia pré-exposição, Mudanças – Psicologia da Saúde, vol. 28, n. 2, pp. 11-20.

Berger, PL, Luckmann, T, 2016, A sociedade como realidade objectiva. A construção social da realidade, Vozes, Petrópolis.

Bernardes, CTV, Port, ME, Freire, MQ, Souza, IG, Rocha, JS, Borges, NMP, Freitas, YJF, 2022, O conhecimento e a Prescrição Da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV por médicos em Goiás, SciELO.

Boudon, R, Besnard, P, Cherkaoui, M, Lécuyer, BP, 1990, Dicionário de sociologia, Publicações Dom Quixote, Lisboa.

Braga, LP, Szwarcwald CL, Damacena, GN, 2016, Caracterização de mulheres trabalhadoras do sexo em capitais brasileiras, Epidemiol. Serv. Saude, vol. 29, n. 4, pp. 1-13.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, 2021, Plano estratégico nacional de resposta ao HIV e SIDA – PEN V (2021-2025), Maputo, CNCS.

Creswell, JW, 2007, Projecto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto, 2ª ed, Artmed, Porto Alegre.

Cruz, RS, 2017, Evolução do conceito de adesão à terapêutica, Saúde & Tecnologia, n. 18, pp. 11-16.

Davidoff, LL, 1983, Introdução à psicologia, McGraw-Hill do Brasil, São Paulo.

Feijó, RB, Oliveira, EA, 2001, Comportamento de risco na adolescência, *Jornal de Pediatria*, vol. 77, n. 2, pp. 125-134.

Fundo de População das Nações Unidas, 2020, Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis, UNFPA.

Goldenberg, M, 2004, A arte de pesquisar; como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais, Editora Record, rio de Janeiro, São Paulo.

Gondim, GMM, n.d, Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismo e incertezas, pp. 87-120.

Gusmão, JL, Mion Jr., D, 2006, Adesão ao tratamento – conceitos, *Ver BrasHipertens*, vol. 12, n. 1, p. 23-25.

Igra, V, Irwin, CE, 1996, Theories of adolescent risk-taking behavior. In DiClemente, RJ, Hansen, WB, Ponton, LE, (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 35-51), Plenum Press, New York.

Instituto Nacional de Estatística, 2019, IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: Resultados definitivos de Moçambique, Maputo.

Instituto Nacional de Saúde, Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, Universidade de Califórnia, São Francisco, Pathfinder Internacional e I-TECH, 2013, Relatório Final: Inquérito Integrado, Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique 2011, UCSF, São Francisco.

Kitzinger, J, 2000, Focus groups with users and providers of health care. In Pope, C, Mays, N, (Org.), *Qualitative research in health care*, 2^a ed., BMJ Books, London.

Kolling, AF, Oliveira, SB, Merchan-Hamnn, E, 2020, Factores associados ao conhecimento e utilização de estratégias de prevenção do HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades brasileiras, *Ciências e Saúde Colectiva*, vol. 26, n. 8, pp. 3053-3064.

Mandjate, S, 2018/19, Informação de saúde para a tomada de decisões, SWUIss TPH, Moçambique resumo do projecto PHISICC.

Matos, DAS, Jardimino, JRL, 2016, Os conceitos de concepção, percepção, representação e crença no campo educacional: similaridades, diferenças e implicações para a pesquisa, Educação & Formação, vol. 1, n. 3.

Miller, NH, Hill, M, Kottke, T, Ockene, IS, 1997, The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals, Circulation, n. 95, pp. 1085-1090.

Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC ITS-HIV/SIDA, 2021, Guião de Oferta da Profilaxia Pré -Exposição ao HIV, Maputo.

Ministério da Saúde, 2018, Plano Estratégico de Acção – Prevenção e controlo das infecções de transmissão sexual, 2018-2021, Direcção Nacional de Saúde Pública.

Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, PNC ITS-HIV/SIDA, 2016, directriz para integração dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento do HIV e Sida para a população chave no sector da saúde.

Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC ITS - HIV/SIDA, 2018, Plano Estratégico de Acção para a Prevenção e Controlo das Infecções de Transmissão Sexual 2018-2021, Maputo.

Monteiro, PVA, Lima, AEC Barbosa, RBL, Cabral, BVB, Cruz, MR, Pereira, MLD, n.d, O acesso à profilaxia pré-exposição ao HIV por profissionais do sexo, XXIV ENFERMAIO – Enfermagem agora: A força do cuidado na valorização da profissão, III Seminário Internacional de Integração Institucional Ensino, Pesquisa e Serviço (SIEPS, PET).

Moreira, PL, 2020, Atitudes: mensuração, formação e mudança, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Universidade Federal do Espírito Santo, pp. 1-22.

Moscovici S, 1988, Notes towards a description of Social Representations. Eur J SocPsychol, vol. 18, n. 3, pp. 211–50.

Navarro, MVT, 2009, Conceito e controlo de riscos à saúde, In. Risco, Radiodiagnóstico e Vigilância Sanitária, EDUFBA, Salvador, pp. 37-75.

ONUSIDA, 2020, Novo Relatório sobre HIV/SIDA no Mundo Alerta sobre o Aumento de Infecções e Redução de Recursos para o Combate da Epidemia. Disponível em <https://mozambique.un.org/pt/192591-novo-relatório-sobre-hivsida-no-mundo-alerta-sobre-o-aumento-de-infecções-e-redução-de>

Organização Mundial da Saúde, 2014, Valores e preferências de populações-chave: relatório consolidado, OMS.

Organização Mundial da Saúde, 2018, Foco nas populações chave na Estratégia Nacional de HIV, Plano na Região Africana, Escritório Regional para África.

Organização Pan-Americana da Saúde, 2018, Acção Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): guia de orientação para apoiar a Implementação pelos países, Washington, D.C.

Organização Mundial da Saúde, 2021, Quadro para uma resposta multisectorial integrada à tuberculose, ao HIV, às infecções sexualmente transmissíveis e à hepatite 2021-2030 na Região Africana da OMS, Escritório Regional para África.

Organização Mundial da Saúde, 2022, Directrizes consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de HIV, hepatite viral e IST para populações-chave: resumo de política, OMS, Genebra.

Organização Mundial da Saúde, 2023, Nova declaração de boas práticas sobre intervenções comportamentais de aconselhamento para populações-chave para prevenir HIV, hepatite viral e DSTs: resumo de política, OMS, Genebra.

Paludo, SS, Koller, SH, 2005, Resiliência na rua: Um estudo de caso, Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 21, n. 2, pp. 189-195.

Freire, P, 2000, Um educador para contextos e tempos actuais, 1ª ed., Editora Bagai, Curitiba.

PEPFAR, ICAP, 2019, Treinamento em Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para Provedores em Ambientes Clínicos: Manual do Treinador, ICAP et Columbia Universit, New York.

Porto, AHR, Santos, DO, Alexandre, AR, Monfredini, GF, Reis, ST, Silva, PG, 2022, Avaliação do conhecimento e uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) entre populações-chave em um município mineiro, Ver Med UFC, vol. 62, n. 1, pp. 1-7.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2022, Prevenção do HIV 2025. Roteiro – No rumo certo para acabar com a SIDA como ameaça à saúde pública até 2030, GPC – Global HIV PreventionCoalition.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA, 2020, Implementação do Roteiro de Prevenção do HIV 2020, Quarto relatório intercala, Genebra, Suíça.

Ribeiro, A, 2017, Comportamento de risco, factores de riscos e de protecção em adolescentes e jovens moçambicanos, Tese de Doutoramento, Instituto de Psicologia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Rutstein, SE, Matoga, M, Chen, JS, Mathiya, E, Ndalama, B, Nyirenda, N, Bonongwe, N, Chithambo, S, Chagomerana, M, Tegha, G, Hosseinipour, MC, Herce, ME, Jere, E, Krysiak, RG, Hoffman, IF, 2022, Integrating enhanced HIV pre-exposure prophylaxis into a sexually transmitted infection clinic in lilongwe: protocol for a prospective cohort study, JMIR Res Protoc, vol. 11, n. 12, pp. 1-16.

Salmeron, NA, Pessoa TAM, 2012, Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos, Acta Paul Enferm, vol. 25, n. 4, pp. 549-54.

Sardan, J-PO, 2017, “A política do trabalho de campo: sobre a produção de dados em sócio-antropologia”, Regardscroisés França-Moçambique, Maputo.

Schutz, A, 1979, Fenomenologia e relações sociais, Zahar Editores, Rio de Janeiro.

Seta, MH, Reis, LGC, n.d, As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho, Qualificação de Gestores do SUS, pp. 219-262.

Silva, MS, Souza, MP, Galúcio, MG, Silva, TMB, 2024, O impacto da PrEP e seus benefícios para as populações em vulnerabilidade: uma revisão de literatura, *Revista Contemporânea*, vol. 4, n. 9, pp. 1-24.

Souza, MTS, Oliveira, AL, 2011, Factores de protecção familiares, situações de risco, comportamentos e expectativas de jovens de baixa renda. In Dell'Aglio, DD, Koller, SH, (Eds.) *Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de protecção* (pp. 47-75), Casa da Psicologia, São Paulo.

Stewart, J, Baeten, J, 2022, HIV pre-exposure prophylaxis and sexually transmitted infections: intersection and opportunity, *Nat Rev Urol*, vol. 19, n. 1, pp. 7-15.

Streeck, H, Jansen, K, Crowell, TA, Esber, A, Jessen, HK, Cordes, C, Scholten, S, Schneeweiss, S, Brockmeyer, N, Spinner, CD, Bickel, M, Esser, S, Hartikainen, J, Stoehr, A, Lehmann, C, Marcus, U, Vehreschild, JJ, Knorr, A, Brillen, A, Tiemann, C, Robb, ML, Michael, NL, 2022, HIV pre-exposure prophylaxis was associated with no impact on sexually transmitted infection prevalence in a high-prevalence population of predominantly men who have sex with men, Germany, 2018 to 2019, *Euro Surveill*, vol. 27, n. 14, pp. 1-9.

Traeger, MW, Cornelisse, VJ, Asselin, J, Price, B, Roth, NJ, Willcox, J, Tee, BK, Fairley, CK, Chang, CC, Armishaw, J, Vujovic, O, Penn, M, Cundill, P, Forgan-Smith, G, Gall, J, Pickett, C, Lal, L, Mak, A, Spelman, TD, Nguyen, L, Murphy, DA, Ryan, KE, El-Hayek, C, West, M, Ruth, S, Batrouney, C, Lockwood, JT, Hoy, JF, Hellard, ME, Stoové, MA, Wright, EJ, 2019, Association of HIV Preexposure Prophylaxis With Incidence of Sexually Transmitted Infections Among Individuals at High Risk of HIV Infection, vol. 321, n. 14, pp. 1380-1390.

United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015, *Profilaxia pré-exposição oral: contextualizando uma nova opção*, Genebra.

USAID, PEPFAR, LINKAGES e FHI360, 2017, *População chave guia de implementação de programas*, FHI360-LINKAGES, Washington (DC).

Villela MM, 2018, *Percepções sobre o uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) e possível compensação de risco entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais (Trans) potencialmente elegíveis para o uso da PrEP no estudo PrEP Brasil*, Dissertação da Pós-

Graduação, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Williams, AND, Wood, F, Gillespie, D, Couzens, Z, Hughes, K, Hood, K, 2022, The relationship between HIV pre-exposure prophylaxis, sexually transmitted infections, and antimicrobial resistance: a qualitative interview study of men who have sex with men, BMC Public Health, vol. 22, pp. 1-10.

World Health Organization, 2019, Prevention and control of sexually transmitted infections (stis) in the era of oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV, WHO.

Zuchi, EM, Grangeiro, A, Ferraz, D, Pinheiro, TF, Alencar, T, Ferguson, L, Estevam, DL, Munhoz, R, 2018, Da evidência à acção: desafios do Sistema único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade, Cad. Saúde Pública, vol. 34, n. 7, pp. 1-16.

Apêndices

Apêndice 1. Instrumentos de recolha de dados

1.1. GUIÃO DE ENTREVISTA PARA MTS QUE ADERIRAM À PREP

Mestrado em Saúde Pública

Adesão à PrEP para HIV como factor de risco para outras infecções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo

I- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	
1	Idade 18-25 anos () 26-35 anos () 36-45 anos () Mais de 45 anos ()
2	Residência Fora da cidade da Matola () Na cidade da Matola ()
3	Se respondeu que reside fora da cidade da Matola, diga em que bairro? _____
4	Estado civil Solteira () Casada () Divorciada () Viúva ()
5	Nível de escolaridade Primário () Básico/Técnico () Médio/Técnico () Superior () Sem escolaridade ()
6	Formação profissional Não () Sim ()
7	Outra ocupação Trabalhadora de outrem () Trabalhadora própria () Estudante () Não tem () Outra () Especifique _____
8	Tempo no trabalho de sexo Menos de 1 ano () 1-3 anos () 4-6 anos () Mais de 6 anos ()
ATITUDES, PERCEPÇÕES E CRENÇAS DAS MTS ACERCA DA PREP	

9	Qual foi a sua reacção quanto foi convidada para se inscrever na PrEP?	Aceitação () Indiferença () Rejeição ()
10	O que acha das mulheres que recusam se inscrever na PrPE?	Bom () Indiferente () Mau ()
11	O que lhe ocorreu na mente quando ouviu falar da PrEP? _____	
12	Onde ouviu falar da PrEP?	Na associação () Na família () Na comunidade () No Centro de Saúde () Com amigas ()
13	Neste momento, quando lhe falam da PrEP, o que lhe ocorre na mente? _____	
14	Como trabalhadora do sexo, o que significa tomar medicamentos da PrEP?	Satisfazer a associação () Prevenção contra o HIV () Prevenção contra ITSS () Ausência do risco de contrair HIV () Outros () Especifique _____
15	Como explicaria o que é a PrEP para outra colega de profissão do sexo? _____	
16	O que se costuma dizer sobre a PrEP entre suas colegas de profissão?	É muito bom () É bom () É mau () É muito mau ()
17	Quais são as vantagens de tomar os medicamentos da PrEP?	Protecção segura contra o HIV () Prevenção de outras ITSS () Disponibilidade () Facilidade de acesso () Não sabe () Outra () Especifique _____
18	Quais são as desvantagens de inscrita na PrEP?	Testes a realizar para se inscrever () Regras de medicação () Não sei () Outra () Especifique _____
19	Como a mulher que inscrita na PrEP deve ser comportar no trabalho do sexo?	Prevenir-se nas relações sexuais () Manter relações sem protecção () Outra () Especifique _____
20	Estando a tomar a PrEP, o que podes fazer com os seus clientes?	Tudo o que quiser () Manter relações sem protecção () Ceder aos desejos do cliente ()

		Outros () Especifique _____
III- Adesão das MTS à PrEP		
21	Como chegou a se inscrever na PrEP no C.S da Matola C?	Convidada pela associação () Aconselhada no C.S. Matola C () Convidada por colega/amiga () Iniciativa própria () Outro (Especifique) _____
22	O que teve que fazer no C.S da Matola C para se inscrever na PrEP?	Fazer o teste de HIV () Dar o consentimento informado () Passar pelo aconselhamento () Outros () Especifique _____
23	Que informações recebeu sobre a PrEP no aconselhamento no C.S da Matola C?	_____
24	Que orientações médicas lhe foram dadas sobre a PrEP no C.S da Matola C?	_____
25	Como tem sido seguir essas orientações?	Muito difícil () Difícil () Normal () Fácil () Muito fácil ()
26	Como tem sido o seu dia-a-dia da toma de medicamentos da PrEP?	Muito difícil () Difícil () Normal () Fácil () Muito fácil ()
27	Como tem sido permanecer inscrita na PrEP a seguir as recomendações?	Muito difícil () Difícil () Normal () Fácil () Muito fácil ()
III- Risco de contaminação por ITSs entre as MTS		
28	O que acha da afirmação de que as trabalhadoras do sexo são um grupo de risco?	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
29	Que cuidados as trabalhadoras do sexo devem ter contra as ITSs?	Prevenir-se sempre () Prevenir-se quando pode () Nenhum () Outro () Especifique _____
30	Depois de se inscrever na PrEP, que cuidados passou a ter contra as ITSs?	
31	Como tem sido as suas relações sexuais após se inscrever na PrEP?	Sempre protegidas () Sempre desprotegidas ()

		Protegidas com interrupção ()
32	Como negocia as relações com os clientes depois de inscrever na PrEP? _____	
33	Qual é a preferência do número de parceiros depois de se inscrever na PrEP?	Apenas um parceiro () Múltiplos parceiros ()
34	Em que momentos procura os serviços de saúde das ITSS?	Sempre () Quando faz sexo sem protecção () Quando desconfia de ter contraído () Quando apresenta sintomas () Nunca procurou ()
35	Que tem mais probabilidade de contrair ITSS entre você e a colega não inscrita na PrEP?	Não inscrita na PrEP () Eu, inscrita na PrEP () As duas () Nem uma, nem outra ()
36	Pode justificar por que deu essa resposta à pergunta 35? _____	
37	São os princípios de comportamento que uma trabalhadora de sexo deve conhecer e aplicar?	Manter relações com protecção () Fazer teste de ITSS com frequência () Nenhum () Outro () Especifique _____
IV- COMENTÁRIOS GERAIS		

Descrição:	Categoria de MTS: Que aderiram à PrEP (___)/ Que não aderiram à PrEP (___) Local de realização: _____ Data de realização: _____ Duração: _____ Número de participantes: _____
I- Atitudes, percepções e crenças das MTS acerca da PrEP	
1	O que uma mulher espera encontrar quando se inscreve na PrEP? _____
2	Para as mulheres trabalhadoras de sexo, o que é que significa a PrEP? <i>(Como explicariam isso a uma colega que nunca ouviu falar da PrEP?)</i> _____
3	Quais são as vantagens de estar a tomar os medicamentos da PrEP? <i>(E desvantagens?)</i> _____
4	Que comportamento sexual deve ter uma trabalhadora de sexo depois de se inscrever na PrEP? <i>(E na relação com clientes?)</i> _____
II- Adesão das MTS à PrEP	
4	Que informações são transmitidas às mulheres no aconselhamento para a PrEP no Centro de Saúde? <i>(Qual a importância dessas informações?)</i> _____
6	Que orientações médicas as mulheres recebem sobre como tomar os medicamentos da PrEP? <i>(Como tem sido cumprir essas orientações?)</i> _____
7	Como tem sido continuar a tomar os medicamentos da PrEP no dia-a-dia das mulheres à PrEP? _____
III- Risco de contaminação por ITSs entre as MTS	
8	Costuma a se dizer que as trabalhadoras de sexo são um grupo de risco de serem contaminadas por ITSs. O que acham sobre isso? _____
9	Que cuidados as trabalhadoras de sexo devem ter contra as ITSs? <i>(E as mulheres inscritas na PrEP? Por que apanham ITSs?)</i> _____
10	Depois de aderirem à PrEP, qual passou a ser a preferência sexual das trabalhadoras de sexo? <i>(protecção? Número de parceiros?)</i> _____

11	Qual tem sido o interesse das trabalhadoras de sexo inscritas na PrEP em negociarem sexo seguro com seus parceiros sexuais? <i>(O que faz elas cederem?)</i> _____ –
12	Na vossa opinião, entre uma mulher inscrita na PrEP e uma não inscrita, quem tem maior probabilidade de contrair ITSs? <i>(Porquê?)</i> _____ –
13	Quais são os princípios do código de conduta das trabalhadoras de sexo que conhecem? <i>(Quais desses princípios aplicam para se prevenir contra ITSs durante o vosso trabalho?)</i> _____ –

1.3.

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA MTS QUE NÃO ADERIRAM À PrEP**Mestrado em Saúde Pública****Adesão à PrEP para HIV como factor de risco para outras infecções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo**

I- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		
1	Idade	18-25 anos () 26-35 anos () 36-45 anos () Mais de 45 anos ()
2	Residência	Fora da cidade da Matola () Na cidade da Matola ()
3	Se respondeu que reside fora da cidade da Matola, diga em que bairro? _____	
4	Estado civil	Solteira () Casada () Divorciada () Viúva ()
5	Nível de escolaridade	Primário () Básico/Técnico () Médio/Técnico () Superior () Sem escolaridade ()
6	Formação profissional	Não () Sim ()
7	Outra ocupação	Trabalhadora de outrem () Trabalhadora própria () Estudante () Não tem () Outra () Especifique _____
8	Tempo no trabalho de sexo	Menos de 1 ano () 1-3 anos () 4-6 anos () Mais de 6 anos ()
ATITUDES, PERCEPÇÕES E CRENÇAS DAS MTS ACERCA DA PrEP		
9	Qual foi a sua reacção quanto foi convidada para se inscrever na PrEP?	Aceitação () Indiferença () Rejeição ()
10	O que acha das mulheres que recusam se inscrever na PrEP?	Bom () Indiferente () Mau ()

11	O que lhe ocorreu na mente quando ouviu falar da PrEP? _____	
12	Onde ouviu falar da PrEP?	Na associação <input type="checkbox"/> Na família <input type="checkbox"/> Na comunidade <input type="checkbox"/> No Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Com amigas <input type="checkbox"/>
13	Neste momento, quando lhe falam da PrEP, o que lhe ocorre na mente? _____	
14	O que se costuma dizer sobre a PrEP entre suas colegas de profissão?	É muito bom <input type="checkbox"/> É bom <input type="checkbox"/> É mau <input type="checkbox"/> É muito mau <input type="checkbox"/>
15	Quais são as vantagens de tomar os medicamentos da PrEP?	Protecção segura contra o HIV <input type="checkbox"/> Prevenção de outras ITSS <input type="checkbox"/> Disponibilidade <input type="checkbox"/> Facilidade de acesso <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Especifique _____
16	Quais são as desvantagens de inscrita na PrEP?	Testes a realizar para se inscrever <input type="checkbox"/> Regras de medicação <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Especifique _____
III- Adesão das MTS à PrEP		
17	Como chegou a se inscrever na PrEP no C.S da Matola C?	Convidada pela associação <input type="checkbox"/> Aconselhada no C.S. Matola C <input type="checkbox"/> Convidada por colega/amiga <input type="checkbox"/> Iniciativa própria <input type="checkbox"/> Outro (Especifique) _____
18	Que informações recebeu sobre a PrEP no aconselhamento no C.S da Matola C? _____	
19	Em que momento decidiu não se inscrever na PrEP?	Logo que fui convidada <input type="checkbox"/> Ao chegar no C.S da Matola C <input type="checkbox"/> Depois do aconselhamento <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Especifique _____
20	Por que não aceitou se inscrever na PrEP no C.S da Matola C?	Não estava interessada <input type="checkbox"/> Influência de colegas de profissão <input type="checkbox"/> Não tem necessidade de se prevenir <input type="checkbox"/> Não gostou do aconselhamento <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Especifique _____
III- Risco de contaminação por ITSS entre as MTS		

21	O que acha da afirmação de que as trabalhadoras do sexo são um grupo de risco?	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
22	Que cuidados as trabalhadoras do sexo devem ter contra as ITSSs?	Prevenir-se sempre () Prevenir-se quando pode () Nenhum () Outro () Especifique _____
23	Como tem sido as suas relações sexuais após se inscrever na PrEP?	Sempre protegidas () Sempre desprotegidas () Protegidas com interrupção ()
24	Em que momentos procura os serviços de saúde das ITSSs?	Sempre () Quando faz sexo sem protecção () Quando desconfia de ter contraído () Quando apresenta sintomas () Nunca procurou ()
25	Que tem mais probabilidade de contrair ITSSs entre você e a colega não inscrita na PrEP?	Não inscrita na PrEP () Eu, inscrita na PrEP () As duas () Nem uma, nem outra ()
26	Pode justificar por que deu essa resposta à pergunta 35? _____	
27	São os princípios de comportamento que uma trabalhadora de sexo deve conhecer e aplicar?	Manter relações com protecção () Fazer teste de ITSSs com frequência () Nenhum () Outro () Especifique _____
IV- COMENTÁRIOS GERAIS		

Descrição	Categoria de MTS: Que aderiram à PrEP (___)/ Que não aderiram à PrEP (___)
	Local de realização: _____ Data de realização: _____ Duração: _____ Número de participantes: _____
I- Atitudes, percepções e crenças das MTS acerca da PrEP	
1	O que uma mulher espera encontrar quando se inscreve à PrEP? _____ —
2	Para as mulheres trabalhadoras de sexo, o que é que significa a PrEP? <i>(Como explicariam isso a uma colega que nunca ouviu falar da PrEP?)</i> _____ —
3	Quais são as vantagens da PrEP para as trabalhadoras de sexo? <i>(E desvantagens?)</i> _____ —
4	Que comportamento sexual deve ter uma trabalhadora de sexo depois de se inscrever na PrEP? _____ —
II- Adesão das MTS à PrEP	
5	Que informações são transmitidas às mulheres no aconselhamento para a PrEP no centro de saúde? <i>(Qual é a importância dessas informações?)</i> _____ —
6	O que é que faz com uma trabalhadora de sexo não aceitar se inscrever na PrEP? _____ —
III- Risco de contaminação por ITSs entre as MTS	
7	Costuma a se dizer que as trabalhadoras de sexo são um grupo de risco de ser contaminadas por ITSs. O que acham sobre isso? _____ —
8	Que cuidados as trabalhadoras de sexo devem ter contra as ITSs? <i>(Por que apanham ITSs?)</i> _____ —
9	Qual é a capacidade de as trabalhadoras de sexo negociarem sexo seguro com seus parceiros sexuais? _____ —
10	Na vossa opinião, entre uma mulher inscrita na PrEP e uma não inscrita, quem tem maior probabilidade de contra ITSs? <i>(Porquê?)</i> _____ —
11	Quais são os princípios do código de conduta das trabalhadoras de sexo? <i>(Quais desses princípios aplicam para se prevenir contra ITSs?)</i> _____ —

1.5.

**GUIÃO DE ENTREVISTA PARA PROVEDORES DE SAÚDE DOS
SERVIÇOS DA PREP**

Mestrado em Saúde Pública

**Adesão à PrEP para HIV como factor de risco para outras infecções de transmissão sexual
na população-chave na Província de Maputo**

I- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	
1	Sexo Feminino () Masculino ()
2	Idade 18-25 anos () 26-35 anos () 36-45 anos () Mais de 45 anos ()
3	Residência Fora da cidade da Matola () Na cidade da Matola ()
4	Se respondeu que reside fora da cidade da Matola, diga em que bairro? _____
5	Nível de escolaridade Primário () Básico/Técnico () Médio/Técnico () Superior () Sem escolaridade ()
6	Formação profissional Não () Sim () Especifique a área _____
7	Tempo de trabalho na saúde Menos de 1 ano () 1-3 anos () 4-6 anos () Mais de 6 anos ()
8	Tempo de trabalho no CS da Matola Menos de 1 ano () 1-3 anos () 4-6 anos () Mais de 6 anos ()
9	Tempo de trabalho na oferta da PrEP Menos de 1 ano () 1-3 anos () 4-6 anos () Mais de 6 anos ()
10	Função nos serviços da PrEP Médico(a) () Enfermeiro(a) () Conselheiro(a) () Outra () Especifique _____

II- OFERTA DA PREP NO CENTRO DE SAÚDE DA MATOLA C		
11	Que critério aplicam para seleccionar as mulheres a se beneficiar da PrEP?	Sexualmente activos () Resultado do teste de HIV negativo () Risco de infecção por HIV () Sem suspeita de infecção aguda por HIV () Consentimento do utente () Sem contra- indicação para a PrEP ()
12	Em que consiste o aconselhamento para a PrEP? _____	
13	Como é feito o seguimento das MTS inscritas na PrEP?	Aconselhamento contínuo () Consultas periódicas () Atribuição periódica de medicamentos () Outros () Especifique _____
14	O que é feito para ajudar as MTS a se prevenirem das ITS?	Testes periódicos () Aconselhamento () Disponibilização de métodos () Outro () Especifique _____
15	Que instrumentos normativos usam para oferecer a PrEP no C.S da Matola C? _____	
III- Adesão das MTS à PrEP		
16	Qual tem sido o nível de adesão das MTS à PrEP?	Muito elevado () Elevado () Normal () Reduzido () Muito reduzido ()
17	O que é que tem feito para promover a adesão das MTS à PrEP?	Campanhas de sensibilização () Trabalhos associação Ungagodoli () Visitas ao seu local de trabalho () Outro () Especifique _____
18	Depois de se inscreverem na PrEP, qual tem sido o nível de continuidade das MTS nesse serviço?	Muito elevado () Elevado () Normal () Reduzido () Muito reduzido ()
19	O que o C.S tem feito para melhorar a permanência das MTS na PrEP?	Aconselhamento de reforço () Acompanhamento constante () Facilidades de toma de medicamentos () Sensibilização no seu local de trabalho () Outro () Especifique _____

20	Que serviços de ITSs são oferecidos às MTS no âmbito da oferta dos serviços da PrEP?	Rastreio () Testagem () Disponibilização de métodos de prevenção () Tratamento () Outro () Especifique _____
21	Qual tem sido o nível de casos de contaminação por ITSs entre as MTS da cidade da Matola, reportados no Centro de Saúde?	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
22	O que tem sido feito para apoiar as MTS no geral a se prevenirem contra as ITSs? _____	
23	Como tem sido a relação com a Associação Ungagodoli para promover a demanda à PrEP por parte das MTS na cidade da Matola?	Muito boa () Boa () Normal () Má () Muito má ()
24	Em que tem consistido essa relação? _____	
IV- COMENTÁRIOS GERAIS		

1.6.

**GUIÃO DE ENTREVISTA PARA MEMBROS DA ASSOCIAÇÃO
UNGAGODOLI**

Mestrado em Saúde Pública

**Adesão à PrEP para HIV como factor de risco para outras infecções de transmissão sexual
na população-chave na Província de Maputo**

I- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	
1	Sexo Feminino () Masculino ()
2	Idade 18-25 anos () 26-35 anos () 36-45 anos () Mais de 45 anos ()
3	Residência Fora da cidade da Matola () Na cidade da Matola ()
4	Se respondeu que reside fora da cidade da Matola, diga em que bairro? _____
5	Nível de escolaridade Primário () Básico/Técnico () Médio/Técnico () Superior () Sem escolaridade ()
6	Formação profissional Não () Sim () Especifique _____
7	Tempo de filiação na Associação Ungagodoli Menos de 1 ano () 1-3 anos () 4-6 anos () Mais de 6 anos ()
8	Função na Associação Ungagodoli Gestor(a) () Coordenador(a) () Programático(a) () Activista () Outra () Especifique _____
II- OFERTA DA PREP NO CENTRO DE SAÚDE DA MATOLA C	
9	Qual foi a sua reacção quanto foi convidada para se inscrever na PrEP? _____
10	Que trabalho realiza com o S.C da Matola C? Sensibilizar as MTS para aderir à PrEP () Encaminhamento das MTS ao centro () Apoio na testagem de ITSs () Outros ()

		Especifique _____
11	O que a associação tem feito na Matola para promover a inscrição das MTS na PrEP? _____	
12	Como as MTS tem reagido às acções da associação para levá-las a se inscrever na PrEP?	Positivamente () Com indiferença () Negativamente ()
13	Qual tem sido o nível de inscrição das MTS ao serviço da PrEP?	Muito elevado () Elevado () Normal () Reduzido () Muito reduzido ()
14	Que acções a associação realiza para garantir a continuidade da MTS inscritas na PrEP neste serviço de saúde? _____	
15	Qual é a posição da associação quanto à afirmação de que as MTS são um grupo de risco?	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
16	O que é que tem feito para promover a adesão das MTS à PrEP?	
17	Depois de se inscreverem na PrEP, qual tem sido o nível de continuidade das MTS nesse serviço?	Muito elevado () Elevado () Normal () Reduzido () Muito reduzido ()
18	O que a associação tem feito para apoiar as MTS inscritas na PrEP a se prevenirem outras ITSs?	Sensibiliza para se prevenirem () Disponibiliza métodos de prevenção () Encaminha ao C.S da Matola C () Outro () Especifique _____
19	Que dificuldades a associação enfrenta para apoiar as MTS na prevenção de outras ITSs?	Resistência das MTS () Falta de recursos () Dificuldades de acesso no S.C da Matola C () Outra () Especifique _____

III- COMENTÁRIOS GERAIS

--

1.7. QUESTIONÁRIO PARA MTS

Mestrado em Saúde Pública

Adesão à PrEP para HIV como factor de risco para outras infecções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo

I- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		
1	Idade	18-25 anos () 26-35 anos () 36-45 anos () Mais de 45 anos ()
2	Residência	Fora da cidade da Matola () Na cidade da Matola ()
3	Se respondeu que reside fora da cidade da Matola, diga em que bairro? _____	
4	Estado civil	Solteira () Casada () Divorciada () Viúva ()
5	Nível de escolaridade	Primário () Básico/Técnico () Médio/Técnico () Superior () Sem escolaridade ()
6	Formação profissional	Não () Sim ()
7	Outra ocupação	Trabalhadora de outrem () Trabalhadora própria () Estudante () Não tem () Outra () Especifique _____
8	Tempo no trabalho de sexo	Menos de 1 ano () 1-3 anos () 4-6 anos () Mais de 6 anos ()
II- ADESÃO DAS MULHERES TRABALHADORAS DE SEXO À PREP		
9	Há quanto tempo está inscrita na PrEP no Centro de Saúde da Matola C?	Menos de 1 ano () 1-3 anos () 4-6 anos () Mais de 6 anos () Não está inscrita () Não se recorda ()

10	Se respondeu que não está inscrita, diga por que não se inscreveu?	Desinteresse () Medo de discriminação/estigma () Não tem risco de apanhar HIV () Não foi bem informada () Outros () Especifique _____
11	Se respondeu que está inscrita, diga por que se inscreveu depois de ser sensibilizada pela associação Ungagodoli?	Para prevenir contra HIV () A associação convenceu () Influência de colegas de trabalho () Outras () Especifique _____
12	Tenho acesso a todos os medicamentos da PrEP que os médicos recomendaram.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
13	Estou a tomar todos os medicamentos sem interrupção desde que comecei a PrEP.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
14	Nunca interrompi a PrEP desde que iniciei no Centro de Saúde da Matola C.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
15	Tomo os medicamos da PrEP todos os dias sem falha.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
16	Tomo os medicamentos da PrEP de forma voluntária sem ninguém me obrigar.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
17	Recebi informação suficiente sobre a PrEP no Centro de Saúde da Matola C	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
18	Recebi orientações médicas sobre como devo tomar os medicamentos da PrEP.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
19	Cumpro com todas as orientações médicas que	Concordo muito () Concordo ()

	recebi quando comecei com a PrEP no Centro de Saúde da Matola C.	Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
20	Sinto que a minha saúde está a melhorar ou está boa desde que iniciei a PrEP.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
21	Sinto que tenho pouca probabilidade de apanhar HIV desde que comecei com a PrEP.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
22	Fui submetida ao teste de ITSS na oferta da PrEP no Centro de Saúde da Matola	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
23	Recebi aconselhamento sobre as ITSS na oferta da PrEP no Centro de Saúde da Matola.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
24	Se respondeu que interrompeu os medicamentos da PrEP, pode dizer o porquê da interrupção?	Discriminação/Estigmatização () Falta de acompanhamento médico () Falta de medicamentos () Dificuldade com orientações médicas () Outras () Especifique _____
III- RISCO DE ITSS ENTRE AS MULHERES TRABALHADORAS DO SEXO		
25	Antes de ser convidada pela Associação Ungagodoli para a PrEP no C.S da Matola C, quais das seguintes ITSS tinha contraído?	Herpes () Hepatites B/C () Papilomavírus Humano () Sífilis () Cancro de mole () Gonorreia () Clamídia () Outra () Especifique _____ Nenhuma ()
26	E depois de se inscrever na PrEP, quais das ITSS contraiu?	Herpes () Hepatites B/C () Papilomavírus Humano () Sífilis () Cancro de mole () Gonorreia () Clamídia () Outra () Especifique _____

		Nenhuma ()
27	Se respondeu que contraiu ITSs, quantas vezes contrair ITSs depois de ser convidada para se inscrever na PrEP?	1 vez () 2 vezes () 3 vezes () Mais de 3 vezes ()
28	Como que frequência fez teste de ITSs depois de ter sido convidada para se inscrever na PrEP no C.S da Matola C?	Muitas vezes () Poucas vezes () Muito poucas vezes () Nenhuma vez ()
IV- COMPORTAMENTO E FACTORES DE RISCO DE ITSS ENTRE MTS		
a) Factores comportamentais		
29	Pratiquei relações sexuais sem usar o preservativo.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
30	Envolvei-me em relações sexuais com múltiplos parceiros.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
31	Pratiquei sexo transaccional.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
32	Não conhecia o estado de infecção dos meus parceiros com os quais fiz sexo.	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
b) Factores psicológicos		
33	Senti-me com baixa auto-estima	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
34	Tive medo de ser estigmatizada/discriminada	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
35	Não soube quais os riscos de contaminação por ITSs aos quais estava exposta	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
c) factores biomédicos		

36	Não conhecia os sintomas de ITSS	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
37	Usei drogas injectáveis com múltiplos parceiros	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
38	Consumi bebidas alcoólicas enquanto estava no trabalho de sexo	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
39	Fui sujeita à transfusão de sangue	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
d) Factores socioculturais		
40	Sofri violência sexual	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
41	Sofri violência doméstica praticada pelo meu parceiro	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
42	Cedi ao pedido do cliente para fazer sexo sem protecção	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
43	Envolvei-me em eventos de sensibilização comunitária	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
44	Procurei serviços de saúde relacionados com ITSS	Concordo muito () Concordo () Indiferente () Discordo () Discordo muito ()
45	Por que fez sexo sem preservativo?	Gosto () Estou a tomar a PrEP () Fui pressionada () Outras ()

		Especifique _____
46	Por que se envolveu com múltiplos parceiros?	<p>Gosto () Estou a tomar a PrEP () Fui pressionada () Outras ()</p> <p>Especifique _____</p>
47	Por que praticou sexo transaccional?	<p>Gosto () Estou a tomar a PrEP () Fui pressionada () Outras ()</p> <p>Especifique _____</p>
48	Porque fez sexo sem conhecer o estado de infecção do parceiro sexual?	<p>Não me interessa () Estou a tomar a PrEP () Eles negam de revelar () Outras ()</p> <p>Especifique _____</p>
49	Por que cedeu ao pedido do cliente de fazer sexo sem protecção na vossa negociação?	<p>Ele pressionou () Estou a tomar a PrEP () Pagou bem () Outras ()</p> <p>Especifique _____</p>

Apêndice 2. Termo de Consentimento Informado

Tema da pesquisa

Adesão à Profilaxia Pré Exposição de HIV como um factor de risco para outras infecções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo

Versão 1: 05/09/23

Investigadora: Isabel Chimosse

(Mestranda na Universidade Eduardo Mondlane)

Apresentação

Eu, Isabel Alfredo Chissone, estudante do Curso de Mestrado em Saúde Pública, na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, estou neste momento a realizar uma pesquisa para a elaboração da minha dissertação, como requisito para a conclusão da formação, com o tema “*Adesão à Profilaxia Pré Exposição de HIV como um factor de risco para outras infecções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo*”.

Tipo de estudo

Este é um estudo que se baseia na combinação das abordagens de pesquisa qualitativa e a quantitativa, o que significa que serão colectados dados qualitativos que incidem sobre os significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências e dados quantitativos acerca de suas opiniões e comportamentos.

Objectivo

Estou a realizar a minha pesquisa no distrito da Matola, especificamente no Centro de Saúde da Matola “C”, com o objectivo de analisar a adesão à PrEP de HIV como factor de risco de contaminação por outras Infecções de Transmissão Sexual (ITSs) por parte das Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS). Esta informação é muito importante não apenas para a elaboração da dissertação, bem como para que as intervenções realizadas na área de prevenção e controlo de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DTSs) sejam melhor concebidas e realizadas. Portanto, gostaria de convida-lo(a) a participar nesta pesquisa para assegurar a sua materialização.

Por que razão se está a realizar este estudo?

Este estudo está a ser realizado porque existe uma preocupação em torno das pessoas que aderem à PrEP e a possibilidade de aumentar o risco de contaminação por ITSs. Essa possível relação tornou interessante e relevante analisar a realidade das MTS na cidade da Matola, uma vez que, sabe-se que uma parte delas aderiu à PrEP no Centro de Saúde da Matola “C” dentre as quais algumas continua a contrair ITSs. Não se encontrou em Moçambique algum estudo que tenha

problematizado a relação entre a PrEP e o risco de ITSs no seio dessas mulheres. Deste modo, este estudo poderá contribuir tanto para o melhor conhecimento das experiências das MTS, quanto para que essas mulheres tenham uma adesão positiva à PrEP prevenindo-se do HIV e, simultaneamente, de outras ITSs.

Porquê foi convidada a participar do estudo?

Esta pesquisa procura incluir todas as pessoas que estão relacionadas com a oferta dos serviços da PrEP no Centro de Saúde da Matola “C”. O(A) Sr(a) é uma pessoa ligada como provedor/colaborador/usuário aos serviços de saúde da PrEP, pelo que foi identificado e está a ser convidado para participar do estudo, pois acredita-se que está em posição de facultar informação relevante para a pesquisa.

O que acontecerá se você decidir não participar?

A sua participação no estudo é totalmente voluntária. Sinta-se livre para decidir se quer ou não participar no estudo. Se concordar em participar, assinará um documento no qual autoriza a sua participação. Se não quiser participar, a sua decisão não terá qualquer consequência para si e nem influenciará no seu trabalho. Saiba que ninguém tem o direito de lhe obrigar a participar do estudo por qualquer razão que seja.

O que faremos se aceitar participar do estudo?

Depois de todas as suas perguntas serem respondidas e o(a) Sr(a) sentir que percebeu perfeitamente como será envolvido(a) no estudo, pediremos para que assine ou coloque a sua impressão digital (marca do dedo pintado) no formulário de consentimento informado. Se não souber ler, recomendamos que tenha uma testemunha presente e que ela veja a sua impressão digital.

Solicitamos que responda as perguntas que serão feitas com base no guião de entrevista e/ou no questionário. As perguntas falam das suas experiências ligadas à oferta/uso dos serviços da PrEP no Centro de Saúde da Matola “C”. Sinta-se a vontade para escolher não responder as perguntas que lhe incomodarem ou desistir de participar do estudo se entender que não está em condições de continuar.

Com a sua permissão, a conversa (entrevista/questionário) será gravada por meio de um telefone, mas se não permitir, será apenas registada num bloco de notas. A conversa terá uma duração em média de cerca de 30min à 1hora de tempo. Iremos pedir que responda às perguntas da forma mais fiel e profunda possível oferecendo detalhes que reflectam realmente a sua perspectiva e experiências.

Quais são os benefícios e riscos de participar no estudo?

Não existe nenhum risco e nem benefício material por participar do estudo. Mas, considera-se ser um benefício para si poder expressar sua opinião sobre a oferta da PrEP e o risco de ITSs, pois estará a contribuir para que possivelmente sejam introduzidas melhorias ao nível do Centro de Saúde da Matola “C”. A sua opinião será totalmente valorizada neste estudo e estará reflectida no relatório final, pelo que, as pessoas que forem a ler saberão o que e como pensam os participantes deste estudo.

O que será feito com os resultados?

Os resultados do estudo serão, primeiramente, apresentados na Faculdade de Medicina como defesa do grau de mestrado. De seguida, os resultados serão partilhados com entidades de saúde e com a comunidade académica ao nível nacional, para que sejam avaliados, criticados e aplicados servindo de base para a realização de pesquisas futuras e melhorias da prestação dos serviços de PrEP. A utilização dos resultados de pesquisa para outras finalidades deverá passar pela aprovação do Comité de Bioética da Faculdade de Medicina.

Aspectos éticos

Toda informação recolhida a seu respeito neste estudo será usada de forma responsável e confidencial, cabendo à proponente do estudo conservar todos os dados em um arquivo electrónico e outro arquivo físico. A sua identidade será totalmente mantida em anonimato, não havendo qualquer possibilidade de associar o que disser consigo. Para tal, serão usados códigos para identificar os arquivos/documentos de cada participante e as ilustrações a serem apresentadas no relatório de pesquisa.

A quem posso contactar caso queira consultar qualquer coisa relacionada com a pesquisa?

Se o(a) Sr.(a.) tiver qualquer pergunta ou necessite de esclarecimentos a respeito deste estudo, pode contactar a pesquisadora principal pelo contacto +258 879422677 ou ao supervisor Dr. Baltazar Chilundo (MD, PhD) pelo contacto +258 84 3158350. Caso tenha alguma reclamação, queixa ou dúvida não esclarecida, pode contactar o Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBSFM&HCM), que vela pela protecção dos direitos daqueles que participam em trabalhos de pesquisa como este, através do número do Presidente (+258 823992590) ou do Vice-Presidente (+258 846073868). Se preferir, pode dirigir-se aos seus escritórios, no Edifício do Ministério da saúde, na Cidade de Maputo.

Você receberá uma cópia deste documento, datado e assinado por si e pela pesquisadora principal. Aconselha-se a conservar a cópia que receberá de modo a servir de comprovativo.

Apêndice 3. Consentimento Informado

Adesão à Profilaxia Pré Exposição de HIV como um factor de risco para outras infecções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo

Recebi e li a folha informativa apresentada relativa ao estudo e também recebi uma cópia deste documento. Tive oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e recebi respostas satisfatórias e informações suficientes sobre o estudo. Eu tive tempo suficiente para avaliar cuidadosamente e profundamente a minha participação neste estudo. Eu estou ciente que a minha participação é voluntária. Estou ciente que tenho direito de recusar ou interromper a minha participação no estudo, a qualquer momento, sem precisar dar justificação da minha decisão, sem nenhuma consequência para o trabalho que realizo. Estou ciente que, como parte do estudo, as minhas informações poderão ser revistas por pessoas autorizadas e serão tratadas com estrita confidencialidade.

Aceito participar deste estudo

Impressão
digital

Nome do participante

Assinatura ou Impressão digital do participante

/ /
Data

Testemunha

(opcional, apenas se for usada a impressão digital do participante)

/ /
Data

Assinatura da investigadora ou pessoa que obteve o CI

/ /
Data

Anexos

Anexo 1. Cartas de aprovação do protocolo de pesquisa



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



(CIBS FM&HCM)

Dra. Jacinta Silveira Langa, 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): **Isabel Alfredo Chissone**

Protocolo de investigação: **Versão 2, de Novembro de 2023**

Consentimentos informados: **Versão 1.0, de 05 de Setembro de 2023**

Instrumentos de recolha de dados: **Sem Versão e sem data**

Do estudo:

TÍTULO: " Adesão à Profilaxia Pré-Exposição de HIV como factor de risco para outras infeções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo. "

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 01 de Fevereiro de 2024 e que será incluída na acta 01/2024, 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/126/2023**.

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 08 de Fevereiro de 2025. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenha 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

RESULTADO: APROVADO

Jacinta Silveira Langa
Assinado em Maputo aos 09 de Fevereiro de 2024

**CIBS
FM & HCM**

Faculdade de Medicina

Comité Científico
Exma Senhora
Isabel Alfredo Chissone

Maputo, 25 de janeiro de 2024

Assunto: Parecer sobre o **Protocolo 126/2023** “Adesão à Profilaxia Pré-Exposição de HIV como factor de risco para outras infeções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo”.

O Comité Científico da Faculdade de Medicina avaliou, e consta da acta CC/35/2023 de 21 de Dezembro de 2023, a Versão 2 de Novembro de 2023, o protocolo n.º 126/2023 com o título em epígrafe e sobre o mesmo chegou a seguinte conclusão:

Não havendo nenhuma inconveniência que impeça a realização do estudo **recomenda a sua aprovação** e que o Investigador o mantenha informado do decurso do mesmo.

Sem mais de momento as nossas cordiais saudações.

A Vice-Presidente do Comité Científico



Prof. Doutora Mónica Mússa, MDV MSc PhD
(Professora Auxiliar)

Anexo 2. Cartas de autorização do trabalho de campo



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVÍNCIA DE MAPUTO
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

A
Senhora
Isabel Alfredo Chissone
Contactos: 847552241 / 879422677
Matola

N/Ref.Nº: 346/2023 DPSM-DFP/2023

Matola, 28 de Setembro de 2023

Assunto: Autorização para a recolha de dados para o estudo intitulado: *"Adesão a profilaxia pré-exposição de HIV como um factor de risco para outras infecções de transmissão sexual na população-chave na Província de Maputo"*.

Em resposta ao seu pedido de recolha de dados no Centro de Saúde da Matola C no âmbito da realização do estudo em referência, esta Direcção é seguinte pronunciamento:

- a) Autoriza à senhora **Isabel Alfredo Chissone**, estudante do Curso de Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, a realizar o seu estudo no Centro de Saúde da Matola C, no Distrito da Matola;
- b) Orienta-se a estudante a iniciar a recolha de dados após completar o seu protocolo e obter aprovação pelo um comité de ética em pesquisa em saúde humana; e
- c) Igualmente, orienta-se que comunique esta Direcção a data de início e do fim dos trabalhos, devendo partilhar os resultados da pesquisa com o local de estudo e esta Direcção.

Para qualquer necessidade de comunicação e monitoramento da recolha de dados na Província de Maputo é indicada a Pesquisadora, **Cármem Ângela Cristos Bruno**, contactável pelo celular nº 84 509 90 75.

Cordiais saudações.

O Director Provincial

Daniel Arlindo Chemane
(Médico de Clínica Geral Principal)

CC: SDSMAS - Matola



A Associação Ungagodoli, que visa a promoção da defesa dos direitos humanos das mulheres atingidas pela violência e preconceito social.

**Exma Senhora
Isabel Alfredo Chissone**

Matola

N.Refº /UGGL/23

Assunto: Pedido de Autorização para realização de pesquisa científica

A UNGAGODOLI - Associação para promoção e defesa dos direitos humanos das mulheres atingidas pela violência e preconceito, serve-se da presente para acusar e agradecer a recepção da carta enviada por V.Excias, através da qual solicita autorização para realizar pesquisa científica nesta Instituição.

Relativamente ao assunto em questão, comunica-se que foi autorizada a realização da referida pesquisa, estando a Associação Ungagodoli disponível para apoiar-la nos aspectos relacionados com o âmbito comunitário.

Maputo, aos 09 de Novembro de 2023



Esmeralda G. M. Cossa
(Directora Executiva)



Anexo 3. Carta de cobertura



Faculdade de Medicina

Visto

O Director da Faculdade
Professor Doutor Jahit Sacarlal, MD, MPH, PhD
(Professor Catedrático)

Ao Comité Institucional de Bioética em Saúde
da Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo (CIBS FM&HCM)

CARTA DE COBERTURA AO PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO
ESTUDANTE DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Como parte integrante das obrigações do curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, a Mestranda **Isabel Alfredo Chissone**, pretende efectuar uma investigação intitulada "*Adesão à Profilaxia Pré Exposição de HIV como um Factor de Risco para outras Infecções de Transmissão Sexual na População-Chave na Província de Maputo*"

Espera-se assim que a experiência adquirida nesta pesquisa possa contribuir para elevar o grau de conhecimentos científicos da proponente e acima de tudo contribuir para enriquecer evidências científicas no campo de Saúde Pública em Moçambique e no mundo em desenvolvimento.

Ciente da relevância desta pesquisa e por se tratar de estudante, a Faculdade de Medicina espera maior ponderação e assim apoia e sugere sua implementação.

Maputo, aos 19 de Setembro de 2023

A Coordenadora do Curso



Prof. Doutora Khátia Rebeca Munguambe
(Prof. Auxiliar)