

“TENHO MEDO DE APANHAR HIV”: PERCEPÇÕES DO RISCO E ADESÃO À PREP ENTRE MULHERES JOVENS TRABALHADORAS DO SEXO NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE

“I’M AFRAID OF GETTING HIV”: RISK PERCEPTIONS AND PREP ADHERENCE AMONG YOUNG FEMALE SEX WORKERS IN MAPUTO CITY, MOZAMBIQUE

Amade Sucá¹

Zeca Manuel Salimo²

Humberto Cláudio Enoque Inguane³

Assucênio Hortêncio Chissaque⁴

Wilson Pereira Silva⁵

Carlos Eduardo Cuinhane⁶

RESUMO: **Introdução:** Em Moçambique, o Ministério da Saúde recomenda a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) combinada com o uso de preservativo para prevenir a infecção pelo HIV em pessoas com alto risco, incluindo mulheres jovens trabalhadoras do sexo (MJTS). No entanto, a adesão a este método de prevenção ainda é baixa, e pouco se sabe sobre como as MJTS percebem a PrEP, e os valores que orientam as suas decisões de uso desta profilaxia. Este estudo analisou qualitativamente a relação entre as percepções do risco de infecção pelo HIV e a aceitação e adesão à PrEP entre MJTS na cidade de Maputo, em Moçambique. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso qualitativo realizado entre Junho e Setembro de 2024, que consistiu na administração de 52 entrevistas em profundidade e cinco discussões em grupo focal com MJTS e 44 entrevistas semi-estruturadas com provedores de saúde. As entrevistas foram analisadas segundo a técnica de análise temática. **Resultados:** As narrativas indicaram que nem todas as MJTS usam a PrEP. As que usam este método percebem a PrEP como um mecanismo de prevenção do HIV, especialmente como uma alternativa quando a negociação do uso de preservativo com clientes se torna difícil. No entanto, algumas MJTS relataram não utilizar a PrEP devido a factores como estigma social relacionado ao HIV, dificuldades no acesso ao medicamento e falta de informação precisa sobre esta profilaxia. **Conclusão:** A aceitação e adesão a PrEP não é influenciada apenas pela percepção do risco de infecção pelo HIV, mas também por outros factores individuais, estruturais e contextuais em que as MJTS vivem. Estratégias que integrem educação em saúde, combate ao estigma e acesso aos medicamentos são necessárias para promover a adesão sustentável à PrEP.

959

Palavras-chave: Aceitação. Adesão. Mulheres jovens trabalhadoras do sexo. Moçambique. Percepções. Profilaxia Pré-Exposição.

¹Doutorando em Sociedade e Desenvolvimento pela Universidade Eduardo Mondlane. Director Nacional da Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation.

²Doutor em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas em convénio com a Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, Manaus-Brasil. Professor e Pesquisador da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio, Nampula-Moçambique.

³Mestrando em Estatística Aplicada à Saúde pela Universidade Eduardo Mondlane. Gestor de Dados e Analista para avaliações na Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation.

⁴Doutor em Doenças Tropicais e Saúde Global pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Lisboa. Gestor Sénior de Pesquisa na Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation em Moçambique.

⁵PhD em Ciências Básicas das Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Consultor Sénior em Saúde Pública e Fundador da Quantum Saúde – Consultoria, LDA.

⁶Doutor em Sociologia pela Vrije Universiteit Brussel, Bélgica. Professor Auxiliar do Departamento de Sociologia, Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane.

ABSTRACT: **Introduction:** In Mozambique, the Ministry of Health recommends Pre-exposure prophylaxis (PrEP) combined with condom use to prevent HIV infection in people at high risk, including young female sex workers (YFSWs). However, adherence to this prevention method remains low, and little is known about how YFSWs perceive PrEP and the values that guide their decisions to use it. This study qualitatively analyzed the relationship between perceptions of HIV risk and acceptance of, and adherence to, PrEP among YFSW in Maputo City, Mozambique. **Methods:** This qualitative case study was conducted between June and September 2024. It consisted of 52 in-depth interviews and five focus group discussions with YFSWs, as well as 44 semi-structured interviews with healthcare providers. The interviews were analyzed using thematic analysis. **Results:** The narratives indicated that not all YFSWs use PrEP. Those who do use this method perceive PrEP as an HIV prevention mechanism, especially as an alternative when negotiating condom use with clients becomes difficult. However, some YFSWs reported not using PrEP due to factors such as social stigma related to HIV, difficulties in accessing the medication, and a lack of accurate information about this prophylaxis. **Conclusion:** Acceptance of, and adherence to, PrEP is influenced not only by the perception of HIV infection risk, but also by individual, structural, and contextual factors in which YFSWs live. Strategies that integrate health education, combat stigma, and improve access to medication are necessary to promote sustainable PrEP adherence.

Keywords: Acceptance. Adherence. Young female sex workers. Mozambique. Perceptions. Pre-Exposure Prophylaxis.

INTRODUÇÃO

Em Moçambique, o Ministério da Saúde (MISAU) promove a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como método prioritário para prevenir a infecção pelo HIV entre as populações chave – trabalhadores do sexo (mulheres e homens), homens que fazem sexo com outros homens, pessoas que injectam drogas, pessoas transgénero e reclusos (MISAU, 2021; CNCS, 2023). O MISAU recomenda o uso de preservativo e a PrEP, além de testes de HIV a cada três meses e consulta com profissionais de saúde, como forma de prevenção combinada (MISAU, 2023). A PrEP oral, baseada na toma diária de emtricitabina e tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF) ou de lamivudina e tenofovir disoproxil fumarato (3TC/TDF), é reconhecida pela sua eficácia, podendo reduzir em mais de 90% o risco de infecção quando usada de forma consistente (OMS, 2015; Antonini et al., 2023; Navarro et al., 2024). No entanto, apesar da sua disponibilização gratuita nas unidades sanitárias e do esforço de organizações da sociedade civil em promover o seu uso, estudos indicam que a adesão a este método de prevenção ainda permanece baixa (Celum et al., 2015; Hosek et al., 2016; Koppe et al., 2021a; De Souza et al., 2025). Muitas MJTS que poderiam se beneficiar da PrEP não a utilizam de forma consistente, ou não a utilizam de todo.

A literatura documenta os factores que dificultam a adesão à PrEP em contextos africanos. Entre os principais, destacam-se o estigma social relacionado ao HIV, a confusão

entre PrEP e tratamento antirretroviral (TARV), o déficit de conhecimento sobre o seu funcionamento, a ausência de apoio social, e as barreiras estruturais associadas à acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde (Croome et al., 2017; Atukunda et al., 2022; Admassu et al., 2024). Para além disso, as condições de vida marcadas pela pobreza, pela violência e pela desigualdade de género condicionam a decisão das MJTS de iniciar ou manter a PrEP (Sagaon-Teyssier et al., 2016). Estudos na África Subsaariana evidenciam ainda que a adesão é um processo dinâmico, moldado por factores individuais, interpessoais, comunitários e sociais que ultrapassam a dimensão biomédica (Arnold et al., 2017; Nuvunga et al., 2024).

Embora a literatura enfatize as barreiras à adesão à PrEP, poucos estudos qualitativos exploram como as MJTS percebem o risco de infecção pelo HIV e de que forma essas percepções influenciam a aceitação ou rejeição da PrEP (Croome et al., 2017; Atukunda et al., 2022). Em Moçambique, em particular, pouco se sabe sobre as percepções que as MJTS têm sobre a PrEP, os valores que orientam as decisões da sua adesão e as interações entre elas e provedores de saúde.

Este artigo analisa a relação entre as percepções do risco de infecção pelo HIV e a aceitação e adesão à PrEP entre MJTS na cidade de Maputo, por forma a explorar o ambiente social e os factores que influenciam na construção do risco à saúde e valores considerados relevantes para aceitação e adesão à PrEP. Para tal, utilizou-se o modelo socioecológico de Dahlgren e Whitehead (1991), adaptado ao contexto do HIV, de modo a identificar os múltiplos factores interdependentes que estruturam as percepções de risco e moldam as práticas preventivas. A análise das percepções de risco e da sua relação com aceitação e adesão à PrEP entre MJTS permite compreender como estas mulheres, inseridas num contexto de múltiplas vulnerabilidades sociais e estruturais, interpretam e gerem o risco de infecção pelo HIV. Esta compreensão é essencial para o desenho de estratégias de prevenção mais sensíveis ao contexto sociocultural, ao estigma, às dinâmicas de género e às condições de acesso aos serviços de saúde. Ao reconhecer o risco como uma construção social, esta análise procura contribuir para o desenho de estratégias de prevenção mais sensíveis ao contexto sociocultural, às desigualdades estruturais e às dinâmicas relacionais que atravessam a vida destas mulheres (Baral et al., 2013; CNCS, 2021).

MÉTODOS

DESENHO E LOCAIS DO ESTUDO

Este estudo de caso baseado no método qualitativo (Yin, 2001) foi realizado na cidade de Maputo; que localiza-se na margem ocidental da baía de Maputo, no extremo sul de Moçambique. Tem uma área de 346,69 km² e faz fronteira com a província de Maputo a Norte, Sul e Oeste; tendo o oceano Índico a Este (Instituto Nacional de Estatística, 2019). Tem uma população estimada de 1.130.565 habitantes, dos quais 51,3% são do sexo feminino, e mais da metade da população (60,3%) tem entre 15 e 59 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2019). A cidade de Maputo é composta por sete distritos urbanos: KaMpfumu, KaMaxakeni, Nhlamankulu, KaMavota, KaMubukwana, KaTembe e KaNyaka (Município de Maputo, 2022). A cidade de Maputo possui 35 unidades sanitárias sendo 4 hospitais gerais, 1 hospital especializado em saúde mental e 30 centros de saúde (UCCLA, 2024).

Recrutamento de participantes e colecta de dados

O recrutamento e as entrevistas com os participantes do estudo ocorreram entre Junho e Setembro de 2024 em cinco centros de saúde (CS) situados em três distritos municipais da cidade de Maputo: KaMpfumu (CS do Alto-Maé e CS do Porto), Nhlamankulu (CS do Chamanculo e CS do Xipamanine) e KaMaxakeni (CS 1º de Maio) (Tabela 1). Estes CS representam unidades sanitárias de maior e menor volume de pacientes em tratamento antirretroviral (TARV), oferecem gratuitamente a PrEP à MJTS e outras populações de alto risco de infecção pelo HIV.

O estudo utilizou amostragem intencional para seleccionar 52 MJTS com idades compreendidas entre 18 e 24 anos. Participaram 12 MJTS no CS de Chamanculo e no CS de Xipamanine enquanto que no CS do Alto-Maé, do Porto e 1º de Maio, participaram 10, 10 e 8 mulheres, respectivamente. O mesmo método foi usado para seleccionar 44 provedores de saúde. As MJTS constituíram o grupo central do estudo, dada a necessidade de compreender os factores que influenciam a sua aceitação, adesão ou rejeição da PrEP. Os provedores de saúde participaram pelo facto de providenciarem os serviços da PrEP às MJTS.

Ao seleccionar os participantes, o pesquisador principal visitou previamente os CS seleccionados depois de obter a autorização ética. Os provedores de saúde que oferecem a PrEP e as MJTS foram informados sobre os objectivos, benefícios e os procedimentos da pesquisa antes das entrevistas.

As entrevistas com as MJTS e os provedores de saúde foram realizadas nos CS em uma sala silenciosa, confortável e que oferecia privacidade. Um dos pesquisadores, com experiência

prévia em pesquisa qualitativa, conduziu as entrevistas em profundidade. As entrevistas duraram aproximadamente 60 minutos, foram gravadas com aprovação prévia dos participantes. O guião desenvolvido para entrevistas semi-estruturadas foi previamente testado e validado pelos pesquisadores.

O estudo também incluiu cinco discussões em grupo focal (DGF) com MJTS. As discussões foram realizadas nas mesmas salas nos centros de saúde. Cada DGF era composto por 8 a 12 participantes e teve duração de cerca de 60 minutos.

Os critérios de selecção para as MJTS nas entrevistas individuais e nas DGFs foram: ter entre 18 e 24 anos e ser MJTS, frequentar o CS, e concordar em participar do estudo. Tanto as entrevistas individuais em profundidade com MJTS quanto as DGFs foram conduzidos em português, a língua nacional, para aquelas que sabiam ler, escrever e falar na língua portuguesa. Tsonga, a língua vernácula local, foi usada para aquelas que não entendiam o português.

A faixa etária das MJTS varia entre 18 e 24 anos, com uma experiência média de dois anos na actividade de trabalho sexual. A maior parte das MJTS envolvidas no estudo é solteira, embora algumas tenham reportado manter relacionamentos afectivos. O nível de escolaridade da maior parte das participantes centra-se entre os níveis primários e pré-universitários (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição do perfil sociodemográfico das participantes

Perfil das participantes	MJTS (n= 52) Proporção descritiva (%)
Centro de Saúde (CS)	
CS do Alto-Maé	10 (19,2)
CS do Chamanculo	12 (23,1)
CS do Porto	10 (19,2)
CS do Xipamanine	12 (23,1)
CS 1º de Maio	8 (15,4)
Distrito Municipal onde foi realizada a entrevista	
KaMaxakeni	8 (15,4)
KaMpfumu	20 (38,5)
Nlhamankulu	24 (46,2)
Sexo	
Feminino	52 (100,0)
Idade	
18-24	52 (100,0)
Estado civil	
Solteiro(a)	41 (78,8)
Casado(a)/	3 (5,8)

Vive maritalmente	8 (15,4)
Nível de escolaridade	
Primário (até 7ª classe)	19 (36,5)
Secundário básico (8ª -12ª classe)	27 (51,9)
Secundário geral (11ª -12ª classe)	6 (11,5)
Religião	
Cristã-Católica	4 (7,7)
Cristã-Protestante	24 (46,2)
Cristã-Anglicana	6 (11,5)
Islâmica	4 (7,7)
Zione	1 (2,3)
Outra	13 (25,0)
Ocupação adicional para além de ser MJTS	
Não	22 (42,3)
Sim	30 (57,7)
Com quem vive	
Com filhos	15 (28,3)
Com pais	14 (27,2)
Com amigos	9 (18,0)
Com avós	6 (11,8)
Com esposo/namorado	5 (9,6)
Sozinha	3 (5,1)

Predominantemente, os provedores de saúde (PS) que participaram neste estudo, são do sexo feminino. Um número equivalente possui formação universitária ou pós-graduação. A faixa etária dos participantes deste grupo varia entre 21 a 60 anos, com uma experiência média de 10 anos de actuação profissional (Tabela 2).

Tabela 2: Descrição do perfil sociodemográfico dos provedores de saúde

	PS (n= 44)
	Proporção descritiva (%)
Centro de Saúde (CS)	
CS do Alto-Maé	11 (25,0)
CS do Chamanculo	6 (13,6)
CS do Porto	12 (27,3)
CS do Xipamanine	7 (15,9)
CS 1º de Maio	8 (18,2)
Distrito Municipal onde foi realizada a entrevista	
KaMaxakeni	8 (18,2)

KaMpfumu	23 (52,3)
Nlhamankulu	13 (29,5)
Sexo	
Feminino	30 (68,2)
Masculino	14 (31,8)
Idade	
18-24	4 (9,1)
25-34	22 (50,0)
34<	18 (40,9)
Estado civil	
Solteiro(a)	19 (43,2)
Casado(a)/	17 (38,6)
Vive maritalmente	8 (18,2)
Nível de escolaridade	
Secundário básico (8ª -12ª classe)	4 (9,1)
Secundário geral (11ª -12ª classe)	11 (25,0)
Universitário	17 (38,6)
Pós-graduação	8 (18,2)
Outro	4 (9,1)
Religião	
Cristã-Católica	6 (13,6)
Cristã-Protestante	17 (38,6)
Cristã-Anglicana	14 (31,8)
Islâmica	4 (9,1)
Zione	1 (2,3)
Outra	2 (4,5)

Guião de entrevista

Os guiões de entrevista em profundidade, entrevista semiestruturada e DGF foram desenvolvidos e revistos pelos autores do artigo, antes e depois da realização de um teste piloto do guião. Após a testagem, validação e aprovação dos guiões pelos autores, estes foram usados para a colecta de dados. As entrevistas em profundidade e o guião das DGF com MJTS exploraram temas semelhantes: percepções das MJTS sobre o risco de infecção pelo HIV, influência das percepções das MJTS sobre o risco de infecção pelo HIV na aceitação e adesão à PrEP e facilitadores e barreiras para aceitação e adesão à PrEP entre as MJTS. O guião de entrevista semiestruturada para provedores de saúde consistiu em explorar temas relacionados às razões para aceitação e adesão ou não da PrEP entre MJTS.

Procedimentos

O estudo foi conduzido em conformidade com a Declaração de Helsinque e os princípios da Lei n.º 06/2023 de 8 de Junho, de Moçambique sobre o regime jurídico de investigação em saúde humana. O protocolo do estudo recebeu aprovação ética do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM) (carta de referência CIBS FM&HCM/08/2023, de 13 de Setembro de 2023). Foram fornecidas informações sobre os objectivos do estudo e obtido o consentimento informado, por escrito, de cada participante. Os participantes que sabiam escrever, assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os participantes que não sabiam ler ou assinar foram convidados a escolher alguém da sua confiança para assinar em seu nome após explicação em língua local – Tsonga – e aceitação em fazer parte do estudo. De forma unânime os participantes concordaram em participar. A recolha de dados foi realizada por sete pesquisadores, que também falavam a língua local: um investigador principal (o primeiro autor) e seis assistentes de pesquisa, que receberam formação sobre os objectivos, os instrumentos de recolha de dados e procedimentos do estudo. O investigador principal coordenou o trabalho de campo, entrevistou os participantes e moderou as DGFs. Os assistentes de investigação conduziram entrevistas em profundidade com MJTS e entrevistas semi-estruturadas com os provedores de saúde.

Análise de dados

A análise de dados qualitativos foi desenvolvida com o auxílio do programa NVivo, versão 15, permitindo recursos aprimorados para organizar, analisar e visualizar informações das entrevistas. Uma abordagem de análise temática foi aplicada (Braun & Clarke, 2006) para obter os temas-chave que emergiram dos dados. Este processo envolveu seis etapas (Braun & Clarke, 2006): Primeiro, todas as entrevistas foram transcritas. Em segundo lugar, cada transcrição foi lida mais de uma vez e códigos iniciais foram gerados. A codificação inicial consistiu em identificar padrões, significados e categorias emergentes das narrativas para análise, tais como experiências, práticas e percepções dos participantes. Além disso, palavras frequentemente repetidas, ou números que emergiram das narrativas dos participantes, foram identificados.

Em terceiro lugar, os códigos gerados foram usados para identificar e, em seguida, buscar vários temas e subtemas nos dados. Nesse sentido, um tema é considerado um conjunto de palavras que captura algo importante sobre os dados e representa um nível de significado

expresso como um padrão dentro do conjunto de dados (Braun & Clarke, 2006). Este processo consistiu em identificar temas dentro do significado explícito dos dados. Vários temas emergiram da análise: percepções das MJTS sobre o risco de infecção pelo HIV, influência das percepções das MJTS sobre o risco de infecção pelo HIV na aceitação e adesão à PrEP, e facilitadores e barreiras para aceitação e adesão à PrEP entre as MJTS. Em cada tema, vários subtemas também emergiram da análise. Estes incluíram factores relacionados a aceitação, adesão e desistência à PrEP.

Em quarto lugar, os temas que emergiram da análise foram revistos e refinados conforme recomendado por Braun e Clarke, (2006). Os autores deste manuscrito estiveram envolvidos no processo de revisão e refinamento dos temas, tendo verificado a relação entre a codificação e os temas gerados, bem como avaliar a relação entre os subtemas e os temas.

Na quinta etapa, foram definidos os temas finais que são apresentados na secção de resultados qualitativos. Seguidamente, retornou-se às entrevistas dos participantes e organizou-se as narrativas de acordo com os temas identificados. O conteúdo e os dados de apoio de cada tema também foram identificados.

A sexta e última etapa da análise temática consistiu em produzir um relatório dos achados da pesquisa.

RESULTADOS

Os temas que emergiram da análise de dados foram os seguintes: percepções das mulheres jovens trabalhadoras do sexo sobre o risco de infecção pelo HIV, influência das percepções das MJTS sobre o risco de infecção pelo HIV na aceitação e adesão à PrEP, facilitadores e barreiras para aceitação e adesão à PrEP. Em cada tema, as participantes discutiram suas opiniões sobre o risco de infecção de HIV e sua aceitação e adesão à PrEP.

Percepções das mulheres jovens trabalhadoras do sexo sobre o risco de infecção pelo HIV

As percepções das mulheres sobre o risco de infecção pelo HIV revelam-se diversas e moldadas por contextos sociais e económicos diferenciados. Embora, de forma recorrente, as participantes demonstrem consciência da vulnerabilidade ao HIV, essa percepção não é uniforme, variando de acordo com a trajetória individual, local de residência, acesso à informação, escolaridade e rede de apoio social.

Nos bairros periféricos como KaMaxakeni e Nlhamankulu, onde predominam condições habitacionais precárias, insegurança alimentar e serviços públicos limitados, as

MJTS tendem a apresentar percepções de risco traduzidas pelo sentimento de inevitabilidade da exposição ao HIV, pela percepção de vulnerabilidade a situações de violência e coerção sexual, e pela consciência de relações de poder desiguais na sua relação com os clientes durante o trabalho sexual. Essas percepções estão associadas a maior exposição à violência, dificuldade na negociação do uso de preservativo e à frequência de clientes com poder de barganha sobre o tipo de relação sexual. Uma das participantes declarou:

Aqui no bairro é complicado. Às vezes os clientes são agressivos, não querem preservativo e pagam mais. Então fico com medo do HIV. É por isso que aceitei a PrEP. (ESE_MJTS_22, 8ª classe).

Entre as participantes com nível de escolaridade básico ou incompleto, observou-se um padrão de condições de vida marcado pela coabitação com familiares — frequentemente com filhos dependentes — e pela ausência de emprego formal, o que resulta numa dependência económica total do trabalho sexual como principal fonte de rendimento. A precariedade desta situação, associada à responsabilidade pelo sustento familiar, intensifica a percepção de vulnerabilidade face ao HIV e limita a capacidade de negociação do uso de preservativo com os clientes. Este tipo de percepção, fortemente enraizada na experiência diária de insegurança económica e social, foi particularmente frequente entre mulheres jovens residentes em bairros periféricos. Nesses casos, a PrEP é interpretada como mecanismo de autoproteção num cenário de alta vulnerabilidade estrutural.

968

Em contrapartida, MJTS com maior nível de escolaridade (ensino secundário completo), sobretudo residentes em bairros como KaMpfumu, reconhecem o risco do HIV, mas tendem a enquadrá-lo como um evento previsível e possível de ser gerido, desde que mantenham um controlo rigoroso sobre os parceiros e o uso de preservativos. Como afirmou uma delas:

O risco existe sim, mas eu controlo. Não aceito clientes sem preservativo e estou sempre a fazer teste. Só uso a PrEP para ter mais segurança. (ESE_MJTS_11, 12ª classe)

A idade também se revelou uma variável explicativa relevante. As participantes mais jovens (18-20 anos), com menor experiência na actividade, reportaram percepções mais ambíguas e, por vezes, contraditórias. Algumas não reconheciam o risco de forma clara ou minimizavam-no, particularmente quando envolvidas em relações afectivas com parceiros fixos. Como ilustra uma participante:

O meu namorado é o único que tenho relações sem preservativo. Não acho que ele me passe doenças. Não vejo necessidade da PrEP. (ESE_MJTS_05-19 anos).

Estes relatos mostram como, a nível interpessoal, as relações afectivas actuam como dispositivos de redução simbólica do risco, mesmo em contextos de alta exposição.

Entre participantes com filhos e/ou responsabilidades familiares, a percepção do risco era amplificada pelo sentido de responsabilidade individual e pelo desejo de manter-se saudável para cuidar da família. Uma das participantes sintetizou:

Tenho medo do HIV. Quero viver e continuar a cuidar dos meus filhos. A PrEP ajuda nisso. (DGF_Alto-Maé_o2)

Tais relatos reforçam a dimensão ética e relacional da percepção do risco, com base no papel social de cuidadoras que muitas MJTS desempenham, sobretudo em contextos de vulnerabilidade económica.

A origem do conhecimento sobre o HIV e a PrEP variou entre os grupos. Entre MJTS com escolaridade mais elevada, a informação provinha principalmente dos centros de saúde ou de organizações da sociedade civil. Já entre as que apresentavam menor escolaridade, o conhecimento era frequentemente mediado por redes de pares e experiências partilhadas. A confiança no serviço de saúde e nos provedores de saúde também se mostrou determinante para legitimar a percepção do risco:

Foi no centro de saúde que aprendi sobre o HIV e a PrEP. Eles explicam bem. É por isso que aceitei. (ESE_MJTS_28_12ª classe)

Os dados da pesquisa revelam que o estigma social do HIV na sociedade também influenciou a percepção do risco. Algumas MJTS relatam sentir-se julgadas por usar a PrEP, pois esta é confundida com medicação para o HIV, o que lhes atribui, simbolicamente, o estatuto de “pessoa doente”. Esse estigma contribui para o silêncio em torno da profilaxia e reforça representações negativas associadas ao trabalho sexual:

Aqui no bairro, se veem alguém com comprimidos, logo dizem que tem SIDA. Isso assusta. (ESE_MJTS_31)

Influência das percepções das MJTS sobre o risco de infecção pelo HIV na aceitação e adesão à PrEP

As percepções das mulheres sobre o risco de infecção pelo HIV são influenciadas essencialmente pela compreensão da sua vulnerabilidade no exercício do trabalho sexual, da PrEP como mecanismo de dupla protecção e do desejo de cuidar da própria saúde e da família.

A decisão de aceitar e aderir à PrEP entre as MJTS não é homogénea e resulta da articulação de múltiplos factores de ordem individual, interpessoal e estrutural. De forma geral, 16 das participantes relataram adesão contínua à PrEP, 7 iniciaram mas interromperam o uso,

enquanto 6 retomaram após interrupção. A maior parte das participantes (23), no entanto, nunca aderiu ao método.

As participantes que aceitaram e aderiram à PrEP apresentaram várias razões. Uma das razões foi a percepção da sua vulnerabilidade no exercício do trabalho sexual. Estas participantes reconhecem a sua exposição constante ao risco de HIV em virtude da natureza instável e pouco controlável das interações com os clientes. Esta vulnerabilidade manifesta-se em duas dimensões principais: incerteza quanto ao estado serológico dos clientes e práticas sexuais consideradas agressivas ou violentas.

O primeiro aspecto revela uma percepção do risco centrada na impossibilidade de avaliar o grau de exposição em cada relação sexual, agravada pelo número elevado de parceiros e pela ausência de testagem regular entre os clientes. Esta incerteza intensifica o medo do HIV, que surge como uma ameaça latente e transversal ao quotidiano destas mulheres. A PrEP, neste contexto, é valorizada como um mecanismo de protecção biomédica que reduz a imprevisibilidade e proporciona uma sensação de controlo e segurança.

O segundo aspecto diz respeito à frequência de episódios de violência simbólica e física no contexto do trabalho sexual, particularmente por parte de clientes que recusam o uso do preservativo ou adoptam práticas sexuais que implicam maior risco de ruptura do mesmo. Aqui, a PrEP é incorporada como recurso estratégico de auto-defesa, numa lógica de redução de danos.

970

Os motivos que me levaram a iniciar a PrEP é que às vezes tenho tido clientes que praticam sexo de forma agressiva e o preservativo pode romper. Então, com a PrEP e usando preservativo, é uma dupla protecção. (ESE_MJTS_50)

A narrativa acima exemplifica como a experiência da violência sexual conduz à adopção de estratégias de protecção múltipla.

Outra razão que concorre para o uso da PrEP está relacionada com a desconfiança das participantes nas relações afectivas com parceiros fixos ou namorados. Algumas participantes relataram dúvidas quanto à fidelidade dos seus companheiros, mesmo quando existia um vínculo emocional estável. Essa desconfiança acentua o sentimento de vulnerabilidade e reforça a decisão de recorrer à PrEP como medida de protecção individual, mesmo em contextos de supostas relações monogâmicas.

Eu digo que estou a tomar esse medicamento para me proteger do HIV, porque eu não confio no meu namorado, porque hoje em dia há muita traição, então eu tenho que me proteger. (ESE_MJTS_04)

Esta forma de gestão do risco interpessoal revela que, para muitas participantes, a percepção de ameaça ao HIV não se restringe ao contexto do trabalho sexual, estendendo-se também às relações íntimas e afectivas. Essa percepção está associada a experiências de infidelidade por parte de parceiros, resistência ao uso de preservativo nas relações afectivas e episódios de violência emocional ou física, que reforçam a sensação de vulnerabilidade. Contudo, estas percepções não são uniformes: enquanto algumas participantes expressaram confiança e segurança com os parceiros íntimos, outras consideraram estas relações potencialmente mais arriscadas do que as interações com clientes, devido à menor capacidade de negociação de práticas sexuais seguras.

Algumas participantes que aceitaram e aderiram à PrEP fizeram-no devido a percepção da profilaxia como mecanismo de dupla protecção. Estas participantes demonstraram compreender a PrEP não como substituto do preservativo, mas como uma abordagem complementar. Esta valorização da dupla protecção revela um conhecimento prático sobre gestão do risco e uma abordagem realista sobre as limitações do uso exclusivo de um único método preventivo.

Eu tomo a PrEP também para me prevenir do HIV. Porque ando com muitos homens e não conheço o seroestado de todos os homens com quem mantenho relações sexuais. E deve-se usar a PrEP e o preservativo ao mesmo tempo. (ESE_MJTS_10)

971

Esta racionalidade expressa um exercício deliberado de autoprotecção face à fragilidade dos métodos convencionais, e deve ser interpretada como uma forma informada de preservação do controlo sobre as suas escolhas e práticas, mesmo em condições de vulnerabilidade.

O desejo de cuidar da própria saúde e da família foi também mencionado como outra razão para o uso da PrEP. Isto porque em algumas intervenções, emergem motivações de ordem moral e afectiva ligadas ao desejo de preservar a saúde para continuar a cumprir funções familiares.

Com a PrEP, vale a pena, é mais fácil prevenir o HIV, cuidar da saúde para continuar a cuidar da família. (ESE_MJTS_49)

Neste caso, a adesão à PrEP é atravessada por um sentido de responsabilidade colectiva que implica a protecção individual e familiar.

Vários factores foram mencionados entre as participantes que desistiram do uso da PrEP, incluindo a exigência da toma diária, a confiança em parceiros fixos, o estigma social, os efeitos adversos, a indisponibilidade da medicação, dificuldades financeiras e o consumo de substâncias psicoactivas.

Algumas participantes relataram que a obrigatoriedade de tomar o comprimido todos os dias entra em conflito com as dinâmicas instáveis de sobrevivência que caracterizam as suas vidas, originando interrupções frequentes e, em muitos casos, o abandono definitivo da profilaxia. Uma participante relatou:

Cansei de tomar todos os dias. Não é fácil, e às vezes esqueço. (ESSE_MJTS_23).

Outras participantes desistiram da PrEP devido à redução do número de clientes no trabalho sexual e à existência de um parceiro fixo seronegativo, o que diminuiu a percepção de necessidade de continuar a medicação. Uma participante afirmou:

Já não tenho muitos clientes, agora só estou com um parceiro, e ele é negativo, por isso parei. (ESE_MJTS_45).

O estigma social em torno da PrEP, sobretudo devido à sua associação com o tratamento do HIV, também motiva a interrupção da toma do medicamento. Ao tornar visível o uso da medicação, o frasco da PrEP assume um papel simbólico que expõe a utente ao escrutínio da comunidade. Uma das participantes afirmou:

A vizinhança começou a dizer que eu estava doente porque me viam com os comprimidos. (DGF_1º de Maio_04).

Os efeitos adversos também surgem como factores desencorajadores à continuidade da PrEP. Algumas participantes referiram náuseas, dores estomacais e mal-estar geral, sem terem recebido, previamente, aconselhamento clínico indicando tais possíveis efeitos colaterais; tal como testemunhou uma participante:

Quando comecei a tomar, sentia náuseas e dores no estômago. Depois disso, parei logo. (ESE_MJTS_27).

Outras participantes deixaram de tomar a PrEP devido a indisponibilidade do medicamento em algumas unidades sanitárias. Uma das participantes relatou:

Fui à unidade sanitária duas vezes e não tinham a medicação. Desanimei. (DGF_Alto Maé_02).

As dificuldades financeiras foram também referenciadas como motivo para desistirem da PrEP. Uma participante afirmou:

Não tenho sempre dinheiro para ir buscar o medicamento. (ESE_MJTS_37). Outra participante relatou que: Como é que vou tomar um comprimido com o estômago vazio se não tenho o que comer? Prefiro parar (ESE_MJTS_22). Outro testemunho reforça esse aspecto: Às vezes fico dias sem comer bem. Quando tomo a PrEP sem comer, fico tonta e vomito, então prefiro não tomar. (ESE_MJTS_21).

Outra razão apontada por algumas participantes para a desistência da PrEP, foi a gestão do tempo. Uma participante relatou:

Perco o dia todo para ir buscar a PrEP e acabo sem dinheiro nem clientes. Isso atrasa o meu trabalho e a minha vida. (ESE_MJTS_22).

Outras participantes apontaram o consumo de substâncias psicoativas como razão para desistirem da PrEP, salientando que o estilo de vida associado à dependência compromete a memória, a disciplina e a motivação necessárias para manter a profilaxia, como explicou uma das participantes:

Quando estou sob efeito da droga, não lembro de nada, muito menos de tomar o comprimido. (ESE_MJTS_36).

Esse impacto foi corroborado por outro depoimento:

Uso droga quase todos os dias. Às vezes acordo sem saber onde estou, como vou lembrar de tomar esse comprimido? (ESE_MJTS_21).

Algumas participantes, 23 das 52 MJTS, que não aceitaram e nem aderiram a PrEP, apresentaram razões como falta de informação clara sobre a PrEP, confusão entre PrEP e TARV, dificuldade de manter uma rotina diária da medicação, entendimento de que preservativo é suficiente e percepções religiosas.

Várias participantes referiram que não receberam informação clara, suficiente ou compreensível sobre a PrEP. Esta lacuna foi identificada tanto entre aquelas que já haviam ouvido falar da PrEP, mas de forma superficial, como entre as que foram apenas convidadas a usá-la no centro de saúde, sem um processo adequado de aconselhamento. Em muitos casos, o conteúdo partilhado pelos provedores de saúde foi considerado técnico, ambíguo ou limitado à prescrição formal. Uma das participantes afirmou:

Eu não tomo porque não tenho informação clara sobre a PrEP. Ainda não ouvi bem o que é, como se toma, quais são os problemas. (DGF_Xipamanine_03)

Nesta intervenção, percebe-se que a ausência de conhecimento não se refere necessariamente ao desconhecimento total da existência da PrEP, mas à falta de informação aprofundada e contextualizada que permita compreender a sua finalidade, modo de funcionamento e efeitos secundários. Esta lacuna limita o processo de tomada de decisão autónoma e consciente. A informação que as participantes esperavam diz respeito, sobretudo, a três aspectos: como a PrEP funciona no organismo e protege contra o HIV, quais os possíveis efeitos secundários da medicação e como geri-los, e como integrá-la de forma prática na rotina diária.

Para algumas participantes, o facto de o frasco da PrEP ter aparência semelhante aos frascos do TARV gera medo de serem identificadas como seropositivas, o que implicaria julgamento moral, exclusão social e possíveis repercussões nas suas relações afectivas ou familiares. Uma participante relatou:

Muita gente pensa que a PrEP é TARV, porque os frascos são iguais, e isso assusta.
(ESE_MJTS_17).

Outra complementou:

Não quero que me vejam com aquele frasco, depois pensam que sou seropositiva.
(DGF_Porto_01)

Estes testemunhos revelam que a decisão de não aderir não é, necessariamente, motivada por rejeição ao método em si, mas pela carga simbólica que o acompanha num contexto comunitário marcado pelo estigma relacionado ao HIV.

Outras participantes mencionaram como uma das razões para a não aceitação e adesão à PrEP, a exigência de tomar a medicação diariamente, mesmo quando se sentem saudáveis. Esta exigência é percebida como desproporcional, sobretudo para aquelas que não identificam risco iminente ou que confiam plenamente no uso de preservativo. Nestes casos, a PrEP é entendida como um fardo adicional e desnecessário, que interfere com a rotina diária ou que carece de legitimidade por não haver uma condição visível de doença. Como afirmou uma das participantes:

Às vezes, estou ocupada. E como não estou doente, não vejo necessidade de tomar sempre. (ESE_MJTS_22)

Algumas participantes que não aceitaram e nem aderiram à PrEP expressaram que já utilizam preservativo de forma consistente e que, por isso, consideram desnecessário adicionar outro método preventivo. Esta percepção, embora indique uma prática preventiva positiva, ignora a existência de falhas ou rupturas no uso do preservativo, bem como os constrangimentos na sua negociação com clientes ou parceiros. Uma participante relatou:

Eu já uso preservativo com todos os meus clientes. Não preciso da PrEP. Acho que é exagero. (DGF_Chamanculo_02)

Este tipo de argumento demonstra uma racionalização individual do risco, onde a confiança na própria capacidade de gestão do corpo e do acto sexual exclui a necessidade de recorrer a uma medida biomédica adicional. Ao mesmo tempo, revela um possível défice de informação sobre os limites da eficácia isolada do preservativo e a importância da abordagem combinada.

Outras participantes que não aceitaram e nem aderiram à PrEP revelaram que as normas religiosas ou morais impostas pelas igrejas, famílias ou líderes comunitários influenciaram a sua decisão. Nesses contextos, o uso de medicamentos preventivos é interpretado como uma forma de falta de fé ou de promiscuidade.

Na minha igreja, não aceitam que eu tome esses medicamentos. Dizem que é falta de fé.
(ESE_MJTS_12)

Esta razão revela a importância do nível comunitário e normativo na formação das decisões individuais. A moral religiosa actua como um sistema de regulação da sexualidade, restringindo o acesso à informação e à prevenção, sobretudo quando esta se associa ao trabalho sexual.

Facilitadores da aceitação e adesão à PrEP entre MJTS

A aceitação e adesão à PrEP entre mulheres é influenciada por um conjunto de factores facilitadores que actuam a diferentes níveis — individual, interpessoal, comunitário e institucional. Para além das motivações das próprias usuárias, os discursos dos provedores de saúde revelam estratégias e acções programáticas que têm desempenhado um papel fundamental no estímulo à aceitação e continuidade do uso da PrEP. Entre os factores facilitadores, emergiram como centrais a disponibilidade de aconselhamento direccionado e acolhedor, campanhas de sensibilização comunitária, disponibilização gratuita da PrEP, confiança estabelecida com provedores de saúde, e integração da PrEP com outros serviços de saúde.

Alguns provedores de saúde destacaram que a oferta de aconselhamento clínico e psicossocial contínuo, adaptado à realidade das MJTS, tem sido uma prática estratégica para promover a aceitação e adesão à PrEP. Durante o aconselhamento, são abordadas questões como o funcionamento da PrEP, a sua eficácia, possíveis efeitos adversos e o modo correcto de administração. Vários provedores de saúde sublinharam a importância de uma comunicação clara, empática e livre de julgamentos, reconhecendo a especificidade do grupo populacional.

O aconselhamento é feito com foco na realidade delas. Explicamos que a PrEP não substitui o preservativo, mas é uma protecção adicional. E tentamos ganhar confiança para que elas façam perguntas sem medo. (ESE_PS_15)

Este tipo de aconselhamento, quando bem conduzido, constitui um espaço de escuta activa e validação das experiências das MJTS, permitindo-lhes esclarecer dúvidas e desenvolver maior confiança no serviço de saúde.

Outros provedores de saúde indicaram como factor facilitador para aceitação e adesão à PrEP, o impacto de campanhas de mobilização comunitária realizadas em parceria com organizações da sociedade civil. Estas campanhas decorrem frequentemente nos bairros de maior concentração de mulheres, em mercados informais e nas chamadas “zonas quentes”. São realizadas por activistas comunitários, muitas vezes pares ou ex-trabalhadoras do sexo, que utilizam linguagem acessível e referências culturais próximas das participantes.

Temos feito sessões de sensibilização nos bairros com ajuda das activistas. Elas explicam de mulher para mulher, com linguagem simples, e isso ajuda muito na aceitação da PrEP. (ESE_PS_06)

Estas estratégias aumentam a literacia sobre a PrEP e ajudam a reduzir o estigma associado ao uso da medicação, uma vez que a informação é partilhada em espaços comunitários e em redes de confiança.

Outro factor facilitador indicado por alguns provedores de saúde, é a oferta gratuita da PrEP no Sistema Nacional de Saúde, sobretudo para MJTS em situação de pobreza ou instabilidade financeira. A eliminação da barreira do custo directo da medicação é particularmente relevante para este grupo populacional. Adicionalmente, a presença de unidades sanitárias em bairros como Nlhamankulu, KaMpfumu e KaMaxaquene, próximas das zonas de residência e trabalho destas mulheres, foi indicada como um factor que facilita o acesso, reduzindo os custos de transporte e o tempo necessário para chegar ao serviço.

Temos unidades sanitárias próximas das zonas de trabalho que oferecem a PrEP gratuitamente, e isso ajuda muito. Quando elas sabem que podem vir cá rapidamente, vêm buscar os comprimidos. (ESE_PS_22)

Alguns provedores de saúde também reconheceram que o estabelecimento de uma relação de confiança com as MJTS é essencial para garantir a aceitação e adesão sustentada. Quando as utentes percebem que são tratadas com respeito, discrição e sem julgamento moral, tendem a retornar com maior frequência aos serviços.

Se forem maltratadas ou julgadas, elas desaparecem. Então tentamos sempre acolher, ouvir e tratar com dignidade. (ESE_PS_19)

976

Este ambiente acolhedor cria condições subjectivas para que a decisão de aceitar e aderir à PrEP seja mantida ao longo do tempo, mesmo quando surgem efeitos adversos, dúvidas ou dificuldades práticas.

Outros provedores de saúde relataram que, nas unidades sanitárias com maior afluência de MJTS, há uma integração da PrEP com serviços de planeamento familiar, testagem de infecções de transmissão sexual (ITS) e consultas de saúde sexual e reprodutiva. Esta abordagem integrada permite que as utentes recebam vários serviços numa única visita, o que reduz o tempo de espera e reforça a utilidade e a relevância da ida ao centro de saúde.

Aproveitamos o momento em que vêm para o planeamento familiar para oferecer a PrEP, explicar e fazer o aconselhamento direccionado. Tudo num só atendimento. (ESE_PS_11)

Esta prática conhecida por “paragem única” operacionaliza o princípio da “janela de oportunidade” e parece aumentar as chances de aceitação da PrEP.

Barreiras à aceitação e adesão à PrEP entre MJTS

A aceitação e adesão sustentada à PrEP entre MJTS enfrenta diversos entraves, que vão além de dificuldades operacionais ou individuais. As narrativas das participantes e dos

provedores de saúde evidenciam barreiras interligadas de ordem individual, interpessoal, comunitário e estrutural, que comprometem o uso contínuo do método, mesmo entre aquelas que já o iniciaram. Foram identificadas como principais barreiras os efeitos adversos da medicação, o estigma social, a dificuldade de manter rotinas estáveis de uso da medicação, os constrangimentos financeiros e a falta de apoio do parceiro íntimo.

Algumas participantes referiram que interromperam ou rejeitaram o uso da PrEP devido ao medo ou experiência directa de efeitos secundários da medicação, como náuseas, tonturas, dores de estômago e alterações no apetite. Para algumas participantes, esses sintomas foram percebidos como indicadores de que a medicação faz mal, gerando desconfiança e abandono do tratamento.

Eu tomei por duas semanas, mas comecei a sentir tonturas e dores na barriga. Então parei, fiquei com medo. (ESE_MJTS_15)

Em outros casos, mesmo sem experimentar directamente os efeitos, a circulação de relatos negativos entre pares foi suficiente para gerar receios e desincentivar a continuidade do uso.

Alguns provedores de saúde reconhecem que a forma como os efeitos adversos são comunicados no aconselhamento tem impacto directo na adesão. Quando não se explicam os efeitos esperados e transitórios da medicação, qualquer sintoma é interpretado como um sinal de risco, em vez de uma manifestação normal de adaptação do organismo.

Se não explicarmos às pacientes que alguns efeitos são normais e temporários, qualquer mal-estar que sintam é visto como perigoso, e isso leva muitas a interromper a PrEP," (ESE_PS_12).

Outra barreira mencionada para a interrupção da PrEP tem a ver com o estigma social relacionado ao HIV e ao uso da terapia antirretroviral (TARV). A semelhança entre os frascos da PrEP e os do TARV leva à associação directa entre o seu uso e a condição seropositiva, o que desencadeia medo de julgamento, rejeição e isolamento.

As pessoas veem o frasco e dizem logo que tens SIDA. Então para evitar isso, prefiro não tomar. (DGF_Alto-Maé_04)

Este estigma é particularmente forte nos bairros periféricos, onde a vigilância social e a moral religiosa operam como mecanismos de controlo e regulação da sexualidade das mulheres.

Outras participantes indicaram como barreira prática e simbólica para aceitação e adesão à PrEP, a exigência de tomar a medicação diariamente, mesmo na ausência de sintomas ou de risco percebido imediato. A irregularidade na rotina diária — marcada por deslocamentos constantes, trabalho nocturno, consumo excessivo de álcool ou substâncias psicoactivas — dificulta a adesão à PrEP.

Às vezes esqueço. Às vezes bebo. Outras vezes fico sem vontade de tomar os medicamentos. Tomar todos os dias cansa. (ESE_MJTS_o8)

Para algumas participantes, a ausência de uma sensação física de protecção imediata compromete a motivação para manter a medicação. Isto revela um desafio de natureza simbólica: ao contrário do preservativo, que é visível e associado directamente ao acto sexual, a PrEP requer uma lógica preventiva de longo prazo.

Com o preservativo eu sinto logo que estou protegida, vejo e toco nele na hora do sexo. Já com a PrEP é diferente, porque não sinto nada no momento. Tomo o comprimido, mas parece que não está a fazer efeito, não é como o preservativo que dá logo a certeza. Por isso, às vezes fico sem motivação de continuar a tomar todos os dias. (ESE_MJTS_50)

Algumas participantes mencionaram como barreiras as dificuldades financeiras e horários de funcionamento das unidades sanitárias incompatíveis com as suas rotinas de trabalho. Adicionalmente, referiram que, por vezes, não conseguem tomar a medicação porque estão com fome ou com alimentação insuficiente, o que agrava os efeitos secundários.

Por vezes não tenho dinheiro para comprar comida. Tomar o comprimido com fome dá enjoo. Se não comi, não tomo. (DGF_1º de Maio_01).

Outra participante indicou que:

Às vezes quero ir ao centro de saúde buscar mais comprimidos, mas não tenho dinheiro para pagar o transporte. Ou chego e já fecharam. (ESE_MJTS_25)

Alguns provedores de saúde reconhecem que os serviços ainda não são suficientemente flexíveis ou adaptados às necessidades específicas das MJTS, o que compromete a continuidade do seguimento.

Ainda não conseguimos oferecer serviços realmente adaptados às necessidades das MJTS, e essa falta de flexibilidade acaba por afastá-las do seguimento," (ESE_PS_09).

Algumas MJTS relataram ter interrompido o uso da PrEP devido à pressão ou oposição dos seus parceiros íntimos. Em muitos casos, o parceiro vê a medicação como indício de infidelidade ou como uma acusação implícita de ser portador do HIV, o que gera conflitos e rupturas.

Ele dizia que eu estava a tomar porque não confiava nele. Que eu devia parar. (ESE_MJTS_20)

DISCUSSÃO

As narrativas das participantes sugerem que a aceitação e adesão à PrEP entre as mulheres jovens trabalhadoras do sexo (MJTS) em Maputo são moldadas por factores interligados a diferentes níveis: individual, interpessoal, comunitário e estrutural. A análise permitiu compreender que as percepções de risco ao HIV, aliadas às condições de vida e às

normas sociais, influenciam directamente na decisão de iniciar, manter ou interromper a PrEP entre as MJTS na cidade de Maputo.

No nível individual, as participantes revelaram percepções distintas sobre o risco de infecção pelo HIV. Algumas expressaram consciência da sua vulnerabilidade no exercício do trabalho sexual, especialmente em contextos de violência, múltiplos parceiros e dificuldades na negociação do preservativo (Sagaon-Teyssier et al., 2016; Ankomah et al., 2011; Pillay et al., 2020). Nestes casos, a PrEP foi entendida como uma forma de autoprotecção, funcionando tanto como recurso biomédico quanto como estratégia de redução de danos. Mas também há reconhecimento de que a PrEP não oferece protecção contra outras ITSs, como sífilis e gonorreia, nem substitui o uso de preservativo. Esses achados corroboram com outros resultados em Moçambique (Nuvunga et al., 2024), bem como em outros países da África Subsaariana, como África do Sul (Pillay et al., 2020; Shipp et al., 2024), Zimbabué (Velloza et al., 2022), Nigéria (Ankomah et al., 2011) e Uganda (Cowan et al., 2016). No entanto, outras participantes, particularmente as mais jovens ou envolvidas em relações afectivas estáveis, tendiam a minimizar o risco, reduzindo a motivação para iniciar ou manter a PrEP. Estas diferenças confirmam que o risco é uma construção social contextualizada, moldada pela idade, experiência, escolaridade e condições económicas (Ankomah et al., 2011; Pillay et al., 2020). Adicionalmente, observou-se que a falta de conhecimento funcional sobre a PrEP e a desvalorização da medicação diária emergem como limitações práticas e simbólicas. Ademais, o desejo de protecção individual é uma motivação intrínseca para a protecção contra o HIV e um motor poderoso para a adesão à PrEP (Maria et al., 2023). Assim, a percepção de risco e a vontade de evitar a infecção pelo vírus são factores importantes na decisão de usar a profilaxia (Kadiamada-Ibarra et al., 2021; Jackson-Gibson et al., 2021b).

As relações interpessoais surgiram como determinantes centrais da aceitação e adesão à PrEP. A confiança ou desconfiança em parceiros íntimos moldou decisões sobre iniciar ou interromper a profilaxia. A PrEP foi adoptada por algumas participantes como protecção diante da suspeita de infidelidade, mas rejeitada por outras para evitar conflitos com os parceiros, que interpretavam o seu uso como sinal de desconfiança. Este padrão já foi documentado em outros contextos africanos, onde o apoio ou a oposição dos parceiros influenciam fortemente a continuidade da profilaxia (Arnold et al., 2017; Zucchi et al., 2018). O apoio psicossocial de pares, familiares e provedores de saúde também se destacou como elemento que pode incentivar

ou desmotivar a continuidade da PrEP. Outros estudos realizados no Zimbabué corroboram com esses achados (De Souza et al., 2025; Hosek et al., 2016).

Ao nível comunitário, os dados revelaram que o estigma permanece um dos principais entraves. O estigma e a discriminação são também destacados na literatura como um dos principais entraves à adesão a PrEP, sendo descrito de diversas formas (Arnold et al., 2017; Ellison et al., 2019; Jackson-Gibson et al., 2021a; Wood et al., 2019). As narrativas dos participantes mostram que a PrEP é frequentemente confundida com o TARV, expondo as utentes ao julgamento social e reforçando representações negativas da sexualidade feminina. Este achado converge com investigações em outros países da África Subsaariana (Arnold et al., 2017; Wood et al., 2019; Jackson-Gibson et al., 2021b; Sack et al., 2021). Em contraste, iniciativas comunitárias lideradas por activistas pares mostraram-se eficazes para reduzir esse peso simbólico, promovendo a aceitação social da PrEP (Baral et al., 2013; De Souza et al., 2025). Ademais, a influência das relações sociais e dos clientes foi objecto de estudo em outras investigações, tendo se concluído que quanto maior for a influencia social maior será a probabilidade do indivíduo abraçar o discurso interpretativo dominante (Bauermeister et al., 2020; Edeza et al., 2020). Igualmente, tanto ao nível interpessoal bem como a nível comunitário, o medo do estigma, o julgamento social e as normas religiosas inibem a procura, aceitação e adesão à PrEP.

No nível estrutural, as condições socioeconómicas e institucionais mostraram-se decisivas. A indisponibilidade de medicamentos, os custos de transporte, os efeitos adversos e a rigidez dos serviços de saúde dificultaram a continuidade da PrEP. Os efeitos secundários são bastante documentados na literatura como factores desmotivantes à adesão da PrEP (Koppe et al., 2021b; O'Rourke et al., 2021; Wood et al., 2019). Já foi reportado descontinuação massiva de participantes que experimentaram efeitos colaterais como perda de apetite, tonturas, vômitos e dor em países como Congo (Cowan et al., 2016) e Nigéria (Ankomah et al., 2011), dados que corroboram com os nossos achados. Arnold (2017) ressaltou que preocupações com a toxicidade da medicação da PrEP a longo prazo e possíveis efeitos adversos futuros também são barreiras importantes na adesão da PrEP. Ademais, a ausência de estratégias adequadas de comunicação em saúde contribui para perpetuar a confusão entre PrEP e TARV, limitando o alcance da prevenção. Estes obstáculos confirmam que a adesão depende de condições de vida mínimas, como alimentação regular e tempo disponível para cuidar da saúde (Arnold et al., 2017; Wood et al., 2019; Nhamo et al., 2022; Admassu et al., 2024).

Os resultados desta pesquisa também revelam que a adesão à PrEP é reforçada por condições estruturais favoráveis, como a disponibilidade regular do medicamento e a proximidade das unidades sanitárias, empatia dos profissionais de saúde durante o aconselhamento, integração da PrEP com outros serviços de saúde sexual e reprodutiva, e pela oferta gratuita da medicação (Celum et al., 2015; Molina et al., 2015; Hosek et al., 2016; Koppe et al., 2021a).

Assim, a adesão à PrEP entre MJTS na cidade de Maputo não pode ser entendida apenas como escolha individual, mas como um processo condicionado por factores individuais, interpessoais, comunitários e estruturais. Simultaneamente, as percepções de risco de infecção pelo HIV funcionam como valores que orientam a decisão de iniciar, manter ou interromper a profilaxia. Reconhecer esta pluralidade de sentidos é fundamental para o desenho de estratégias de prevenção mais sensíveis ao contexto sociocultural e às dinâmicas de poder que atravessam a vida destas mulheres (Cornwall & Edwards, 2010; Cowan et al., 2016; Sack et al., 2021).

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira relaciona-se com um possível viés de selecção, dado que participaram apenas MJTS que recebem serviços da PrEP nas unidades sanitárias incluídas no estudo. Esta delimitação excluiu mulheres em condições de vulnerabilidade semelhantes que não acedem a esses serviços nas unidades sanitárias do estudo, reduzindo assim a diversidade de experiências captadas. A segunda, refere-se à ausência de desagregação dos provedores de saúde por categorias profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, activistas comunitários, voluntários), o que pode ter restringido a análise diferenciada das perspectivas institucionais. Apesar destas limitações, os achados qualitativos mantêm robustez e validade interna, contribuindo para compreender as dinâmicas de aceitação e adesão à PrEP entre MJTS no contexto urbano de Maputo.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo revelam que as percepções das mulheres jovens trabalhadoras de sexo sobre o risco de infecção pelo HIV são centrais para compreender os processos de aceitação e adesão à PrEP. A vulnerabilidade percebida sobre o risco de infecção pelo HIV não se restringe ao exercício do trabalho sexual, mas estende-se também às relações íntimas, revelando uma construção social do risco que se articula em diferentes níveis:

individual, interpessoal, comunitário e societal. Essa pluralidade de percepções orienta as estratégias de protecção contra o HIV, que vão desde o uso do preservativo até à procura da PrEP como recurso adicional de prevenção.

O uso da PrEP é influenciado pela forma como as MJTS interpretam a sua exposição ao HIV, o que leva à concepção da suposição de que quando a percepção de risco é significativa, a PrEP é valorizada como um método essencial de protecção e de preservação do controlo sobre as suas escolhas e práticas em contextos de vulnerabilidade. Em contrapartida, quando o risco é minimizado — seja pela confiança no parceiro íntimo, ou pela negociação com clientes ou pela preferência por métodos alternativos de prevenção — a adesão tende a ser baixa.

O estudo também evidenciou que os principais facilitadores incluem o acesso aos serviços de saúde, o apoio emocional e social entre pares, familiares e provedores de saúde, e a valorização da autonomia individual. Em sentido oposto, emergem barreiras em múltiplos níveis: no nível individual, o esquecimento, o cansaço associado à toma diária e os efeitos adversos; no nível interpessoal, o receio da reacção dos parceiros; no nível comunitário, a estigmatização nos serviços de saúde; e no nível estrutural, a precariedade socioeconómica e as dificuldades logísticas de acesso regular à PrEP.

Assim, a decisão de aceitar ou não a PrEP não é uma escolha meramente individual, mas um processo condicionado por determinantes sociais, económicos e institucionais. A gestão do risco e a adesão a PrEP estão enraizadas em contextos de desigualdade, estigma e vulnerabilidade. Por isso, promover uma adesão sustentável à PrEP entre MJTS na cidade de Maputo exige estratégias que ultrapassem a dimensão biomédica e incluam educação em saúde, combate ao estigma, apoio social e psicossocial, e garantia de condições concretas como acesso regular à medicação, transporte e acolhimento nas unidades sanitárias.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos participantes pela sua disponibilidade em tomar parte neste estudo. Agradecimentos especiais à equipe de pesquisa e aos que colaboraram directa e indirectamente com sua dedicação e conhecimento na execução deste trabalho. Agradecimentos extensivos à Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Departamento de Sociologia da Universidade Eduardo Mondlane por tornar possível este estudo.

Contribuição dos autores

O estudo foi planificado por AS e CEC, e executado por AS, ZMS, HCI, WPS e CEC. AS e CEC foram responsáveis pelas análises de conteúdo. AS, CEC, HCI, WPS e ZMS foram

envolvidos na interpretação dos dados. AS escreveu o primeiro rascunho e os outros autores contribuíram para a versão final do artigo.

Financiamento

Este estudo teve financiamento próprio.

Conflito de interesses

Os autores declaram que a pesquisa foi conduzida na ausência de quaisquer relações comerciais ou financeiras que possam ser interpretadas como um potencial conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMASSU, M., Nöstlinger, C., & Hensen, B. (2024). Barriers to PrEP use and adherence among adolescent girls and young women in Eastern, Southern, and Western Africa: a scoping review. *BMC Women's Health*, 24(1), 665. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03516-y>

ANKOMAH, A., Omoregie, Akinyemi, Anyanti, J., Ladipo, & Adebayo. (2011). HIV-related risk perception among female sex workers in Nigeria. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 93. <https://doi.org/10.2147/HIV.S23081>

ANTONINI, M., Silva, I. E. da, Elias, H. C., Gerin, L., Oliveira, A. C., & Reis, R. K. (2023). Barreiras para o uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0963pt>

ARNOLD, T., Brinkley-Rubinstein, L., Chan, P. A., Perez-Brumer, A., Bologna, E. S., Beauchamps, L., Johnson, K., Mena, L., & Nunn, A. (2017). Social, structural, behavioral and clinical factors influencing retention in Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) care in Mississippi. *PLOS ONE*, 12(2), e0172354. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172354>

ATUKUNDA, E. C., Owembabazi, M., Pratt, M. C., Psaros, C., Muyindike, W., Chitneni, P., Bwana, M. B., Bangsberg, D., Haberer, J. E., Marrazzo, J., & Matthews, L. T. (2022). A qualitative exploration to understand barriers and facilitators to daily oral PrEP uptake and sustained adherence among HIV-negative women planning for or with pregnancy in rural Southwestern Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 25(3). <https://doi.org/10.1002/jia2.25894>

BAUERMEISTER, J. A., Downs, J. S., & Krakower, D. S. (2020). PrEP Product Acceptability and Dual Process Decision-Making Among Men Who Have Sex with Men. *Current HIV/AIDS Reports*, 17(3), 161-170. <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00497-z>

BRAUN, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

CELUM, C. L., Delany-Moretlwe, S., McConnell, M., van Rooyen, H., Bekker, L., Kurth, A., Bukusi, E., Desmond, C., Morton, J., & Baeten, J. M. (2015). Rethinking HIV prevention to prepare for oral PrEP implementation for young African women. *Journal of the International AIDS Society*, 18(4S3). <https://doi.org/10.7448/IAS.18.4.20227>

CHARMAZ, K. (2006). *Grounded theory: A practical research guide through qualitative analysis* (pp. 96–122). sage publications.

CNCS. (2023). Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2023–2028. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA. In *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/National-Strategic-Plan-of-Response-to-HIV-and-AIDS-NSP-V-2021-25.pdf* (pp. 1–100). Conselho Nacional de Combate ao SIDA.

COWAN, F. M., Delany-Moretlwe, S., Sanders, E. J., Mugo, N. R., Guedou, F. A., Alary, M., Behanzin, L., Mugurungi, O., & Bekker, L. (2016). PrEP implementation research in Africa: what is new? *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6). <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21101>

CROOME, N., Ahluwalia, M., Hughes, L. D., & Abas, M. (2017). Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 31(7), 995–1007. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001416>

CUINHANE, C. E., Roelens, K., Vanroelen, C., Quive, S., & Coene, G. (2018). Perceptions and decision-making with regard to pregnancy among HIV positive women in rural Maputo Province, Mozambique – a qualitative study. *BMC Women's Health*, 18(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0644-7>

DE SOUZA, G. B., De Souza, G. C., Cariello, N. W., Paiva, N. da S. F., Vannier, R. C., De Azevedo, R. P., Júnior, R. O., Da Costa, S. P., Do Nascimento, T. L., & De Andrade, V. S. (2025). Adesão, efetividade e impacto da PrEP: explorando evidências na prevenção do HIV no Município de Teresópolis, RJ. *Revista Da Jopic*, 1(13), 25–35.

EDEZA, A., Galárraga, O., Santamaria, E. K., Sosa-Rubí, S., Operario, D., & Biello, K. B. (2020). “I Do Try To Use Condoms, But...”: Knowledge and Interest in PrEP Among Male Sex Workers in Mexico City. *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 355–363. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01473-4>

ELLISON, J., van den Berg, J. J., Montgomery, M. C., Tao, J., Pashankar, R., Mimiaga, M. J., & Chan, P. A. (2019). Next-Generation HIV Pre-Exposure Prophylaxis Preferences Among Men Who Have Sex with Men Taking Daily Oral Pre-Exposure Prophylaxis. *AIDS Patient Care and STDs*, 33(11), 482–491. <https://doi.org/10.1089/apc.2019.0093>

GRANEHEIM, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

HOSEK, S., Celum, C., Wilson, C. M., Kapogiannis, B., Delany-Moretlwe, S., & Bekker, L. (2016). Preventing HIV among adolescents with oral PrEP: observations and challenges in the

United States and South Africa. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6). <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21107>

INEE. (2018). Apoio psicossocial (AP). In <https://inee.org/pt/glossario-EeE/apoio-psicossocial-ap> (pp. 1-2).

INSTITUTO Nacional de Estatística. (2017). *IV recenseamento geral da população e habitação. Censo 2017. Resultados preliminares*.

JACKSON-Gibson, M., Ezema, A. U., Orero, W., Were, I., Ohiomoba, R. O., Mbullo, P. O., & Hirschhorn, L. R. (2021a). Facilitators and barriers to HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake through a community-based intervention strategy among adolescent girls and young women in Seme Sub-County, Kisumu, Kenya. *BMC Public Health*, 21(1), 1284. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11335-1>

JACKSON-Gibson, M., Ezema, A. U., Orero, W., Were, I., Ohiomoba, R. O., Mbullo, P. O., & Hirschhorn, L. R. (2021b). Facilitators and barriers to HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake through a community-based intervention strategy among adolescent girls and young women in Seme Sub-County, Kisumu, Kenya. *BMC Public Health*, 21(1), 1284. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11335-1>

KADIAMADA-Ibarra, H., Hawley, N. L., Sosa-Rubí, S. G., Wilson-Barthes, M., Franco, R. R., & Galárraga, O. (2021). Barriers and facilitators to pre-exposure prophylaxis uptake among male sex workers in Mexico: an application of the RE-AIM framework. *BMC Public Health*, 21(1), 2174. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12167-9>

KOPPE, U., Marcus, U., Albrecht, S., Jansen, K., Jessen, H., Gunsenheimer-Bartmeyer, B., & Bremer, V. (2021a). Barriers to using HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and sexual behaviour after stopping PrEP: a cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 21(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10174-4>

KOPPE, U., Marcus, U., Albrecht, S., Jansen, K., Jessen, H., Gunsenheimer-Bartmeyer, B., & Bremer, V. (2021b). Barriers to using HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and sexual behaviour after stopping PrEP: a cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 21(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10174-4>

KVALE S., & Brinkmann S. (2009). *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing* (2nd ed.). SAGE Publications Inc.

LABORDE, N. D., Kinley, P. M., Spinelli, M., Vittinghoff, E., Whitacre, R., Scott, H. M., & Buchbinder, S. P. (2020). Understanding PrEP Persistence: Provider and Patient Perspectives. *AIDS and Behavior*, 24(9), 2509-2519. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02807-3>

MARIA, M. P. M., Carvalho, M. P. de, & Fassa, A. G. (2023). Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311Xpt099622>

MILLER, W. M. J. M. F. (2018). *Mapeamento Programático e Prevalência de HIV entre Populações Chave em 5 Províncias de Moçambique: Estudo PLACE 2017 RELATÓRIO FINAL*. <https://doi.org/https://doi.org/10.15139/S3/MN6GA6>

MISAU. (2021). Guião de Oferta da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV. In *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/Guide-to-Delivering-HIV-Pre-Exposure-Prophylaxis-2021.pdf* (pp. 1–67).

MISAU. (2023). *Circular da PrEP _ Atualização 2023 Orientação para Expansão Nacional da Profilaxia Pré-exposição ao HIV em Moçambique* (p. 1).

MOLINA, J.-M., Capitant, C., Spire, B., Pialoux, G., Cotte, L., Charreau, I., Tremblay, C., Le Gall, J.-M., Cua, E., Pasquet, A., Raffi, F., Pintado, C., Chidiac, C., Chas, J., Charbonneau, P., Delaugerre, C., Suzan-Monti, M., Loze, B., Fonsart, J., ... Delfraissy, J.-F. (2015). On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine*, 373(23), 2237–2246. <https://doi.org/10.1056/NEJMoai506273>

MUNICÍPIO de Maputo. (2022). Município de Maputo. In http://www.cmmaputo.gov.mz/?page_id=125.

NAVARRO, R. M., & Salimo, Z. M. (2024). Contextualização da origem e expansão do HIV/SIDA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(8), 3290–3295. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15382>

NAVARRO, R. M., Salimo, Z. M., & Lemos, S. M. (2024). Factores envolvidos nas dificuldades de negociação do uso de preservativo com parceiro fixo por parte de mulheres profissionais de sexo. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(8), 4013–4055. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15448>

NHAMO, D., Duma, S. E., Ojewole, E. B., Chibanda, D., & Cowan, F. M. (2022). Factors motivating female sex workers to initiate pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in Zimbabwe. *PLOS ONE*, 17(7), e0264470. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264470>

986

NUVUNGA, S., Langa, D. C., Sacarlal, J., Rossetto, E., & Baltazar, C. S. (2024). HIV prevalence and associated factors among married women, Mozambique, 2015: analysis of the 2015 National AIDS Indicator Survey (IMASIDA). *The Pan African Medical Journal*, 47, 1–14. <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.47.94.42781>

OMS. (2015). Guideline on when to start antiretroviral therapy and on preexposure prophylaxis for HIV. In <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186275>.

O'ROURKE, S., Hartmann, M., Myers, L., Lawrence, N., Gill, K., Morton, J. F., Celum, C. L., Bekker, L.-G., & van der Straten, A. (2021). The PrEP Journey: Understanding How Internal Drivers and External Circumstances Impact The PrEP Trajectory of Adolescent Girls and Young Women in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 25(7), 2154–2165. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03145-0>

PILLAY, D., Stankevitz, K., Lanham, M., Ridgeway, K., Murire, M., Briedenhann, E., Jenkins, S., Subedar, H., Hoke, T., & Mullick, S. (2020). Factors influencing uptake, continuation, and discontinuation of oral PrEP among clients at sex worker and MSM facilities in South Africa. *PLOS ONE*, 15(4), e0228620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228620>

RICE, W. S., Stringer, K. L., Sohail, M., Crockett, K. B., Atkins, G. C., Kudroff, K., Batey, D. S., Hicks, J., Turan, J. M., Mugavero, M. J., & Turan, B. (2019). Accessing Pre-exposure

Prophylaxis (PrEP): Perceptions of Current and Potential PrEP Users in Birmingham, Alabama. *AIDS and Behavior*, 23(11), 2966–2979. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02591-9>

SACK, D. E., De Schacht, C., Paulo, P., Graves, E., Emílio, A. M., Matino, A., Fonseca, C. L., Aboobacar, A. U., Van Rompaey, S., & Audet, C. M. (2021). Pre-exposure prophylaxis use among HIV serodiscordant couples: a qualitative study in Mozambique. *Global Health Action*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1940764>

SAGAON-Teyssier, L., Suzan-Monti, M., Demoulin, B., Capitant, C., Lorente, N., Préau, M., Mora, M., Rojas Castro, D., Chidiac, C., Chas, J., Meyer, L., Molina, J.-M., Spire, B., & for the ANRS IPERGAY Study Group. (2016). Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial. *AIDS Care*, 28(sup1), 48–55. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146653>

SHIPP, L. M., Ryan, S., Comins, C. A., Mcingana, M., Mulumba, N., Guddera, V., Phetlhu, D. R., Hausler, H., Baral, S. D., & Schwartz, S. R. (2024). PrEP discontinuation, cycling, and risk: Understanding the dynamic nature of PrEP use among female sex workers in South Africa. *PLOS ONE*, 19(9), e0310489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310489>

SUN, C. J., Anderson, K. M., Bangsberg, D., Toevs, K., Morrison, D., Wells, C., Clark, P., & Nicolaidis, C. (2019). Access to HIV Pre-exposure Prophylaxis in Practice Settings: a Qualitative Study of Sexual and Gender Minority Adults' Perspectives. *Journal of General Internal Medicine*, 34(4), 535–543. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04850-w>

UCCLA. (2024). Mapa Sanitário. In <https://www.uccla.pt/noticias/inauguracao-do-centro-de-saude-municipal-de-maputo>.

VELLOZA, J., Donnell, D., Hosek, S., Anderson, P. L., Chirenje, Z. M., Mgodi, N., Bekker, L.-G., Marzinke, M. A., Delany-Moretlwe, S., & Celum, C. (2022). Alignment of PrEP adherence with periods of HIV risk among adolescent girls and young women in South Africa and Zimbabwe: a secondary analysis of the HPTN 082 randomised controlled trial. *The Lancet HIV*, 9(10), e680–e689. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00195-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00195-3)

WOOD, S., Gross, R., Shea, J. A., Bauermeister, J. A., Franklin, J., Petsis, D., Swyryn, M., Lalley-Chareczko, L., Koenig, H. C., & Dowshen, N. (2019). Barriers and Facilitators of PrEP Adherence for Young Men and Transgender Women of Color. *AIDS and Behavior*, 23(10), 2719–2729. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02502-y>

ZUCCHI, E. M., Grangeiro, A., Ferraz, D., Pinheiro, T. F., Alencar, T., Ferguson, L., Estevam, D. L., & Munhoz, R. (2018). Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206617>