Revista Prevenção de Infecção e Saúde
The Official Journal of the Human Exposome and Infectious Diseases Network

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.26694/repis.v11i.1.7029

# Facilitadores e barreiras da adesão a profilaxia pré-exposição entre mulheres jovens trabalhadoras do sexo

## Facilitators and barriers to adherence to pre-exposure prophylaxis among young female sex workers

## Facilitadores y barreras de la adhesión a la profilaxis previa a la exposición entre las jóvenes trabajadoras sexuales

**Amade Sucá[1], Zeca Manuel Salimo[2], Humberto Cláudio Inguane[3], Assucênio Hortêncio Chissaque[3], Wilson Pereira Silva[4], Carlos Eduardo Cuinhane[1]**

**Como citar este artigo:**
**Sucá** A, Salimo ZM, Inguane HC, Chissaque AH, Silva WP, Cuinhane CE. Facilitadores e barreiras da adesão a profilaxia pré-exposição entre mulheres jovens trabalhadoras do sexo. Rev Pre Infec e Saúde [Internet]. 2025; 11:01: 7029. Disponível em: http://periodicos.ufpi.br/index.php/repis/article/view/7029. DOI: https://doi.org/10.26694/repis.v11i.1.7029.

[1]Universidade Eduardo Mondlane. Programa de Doutoramento em Desenvolvimento e Sociedade. Maputo, Moçambique.

[2]Universidade Lúrio. Nampula, Moçambique.

[3]Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. Maputo, Moçambique.

[4]Quantum Saúde - Consultoria, LDA. Maputo, Moçambique.

Check for updates

**Autor Correspondente:**
Amade Sucá
Endereço: Av. Paulo Samuel Kankhomba, número 280, Sommerchield, Maputo, Moçambique.
CEP: 280.
Telefone: +258 843124969
E-mail: amade.suca@gmail.com

## ABSTRACT

Introduction: The Mozambican Ministry of Health offers free pre-exposure prophylaxis (PrEP) to people at substantial risk of human immunodeficiency virus (HIV) infection, including HIV-negative young female sex workers (FSWs). However, studies indicate low adherence to this prophylaxis in Mozambique, for reasons still unknown. Objective: To analyze the factors associated with PrEP adherence among young female sex workers in Maputo city. Method: A cross-sectional, quantitative study was conducted in Maputo city, Mozambique, between June and September 2024. The sample consisted of 272 FSWs (18–24 years old), selected by stratified probability sampling from five health centers offering PrEP. Data were collected through a structured questionnaire administered in person. The data were digitized in Open Data Kit (ODK), analyzed in Stata version 17, using descriptive statistics, Pearson's chi-square test and multinomial logistic regression ($p<0.05$) to estimate odds ratios (OR) of PrEP adherence and refusal. Results: Of the 272 respondents, 43.4% refused PrEP. Psychosocial and family support was positively associated with adherence (OR = 5.7; p = 0.002; 95% confidence interval (CI): 2.022–9.380), while social stigma associated with taking prophylaxis (OR = 1.7; p = 0.025; 95% CI: 0.22–3.32) and medication shortages at health centers (OR = 2.95; p = 0.001; 95% CI: 1.13–4.76) increased the likelihood of refusal. Implications: The study results indicate that although prophylaxis is free, not all eligible FSWs adhere to it due to medication shortages and the social stigma associated with taking them. Promoting awareness campaigns on PrEP use among FSWs and in the community, and improvements in the regular supply of medication at health centers can increase adherence to prophylaxis.

## DESCRIPTORS

Medication adherence. Pre-exposure prophylaxis. HIV. Young female sex workers.

Submetido: 31/08/2025
Aceito: 29/09/2025
Publicado: 14/10/2025

## INTRODUÇÃO

O HIV continua a ser um dos principais problemas de saúde pública a nível global, afectando de forma desproporcional populações-chave, entre as quais se incluem as trabalhadoras do sexo[1-3]. A profilaxia pré-exposição (PrEP) tem-se revelado uma estratégia preventiva eficaz e segura, reduzindo significativamente o risco de infecção quando utilizada de forma consistente[4-6]. Por um lado, estudos internacionais realizados nos Estados Unidos da América[7,8] e no Quénia[9] indicam que a sua adesão enfrenta barreiras persistentes, relacionadas com o estigma social, efeitos colaterais percebidos, acesso limitado e fragilidades nos sistemas de saúde. Por outro lado, factores como suporte social, redes comunitárias e qualidade do atendimento em saúde têm-se mostrado determinantes para a adesão sustentada, conforme demonstrado em estudos realizados nos Estados Unidos[10] e em contextos africanos, nomeadamente na África do Sul[11] e Zimbabué[12].

No contexto de Moçambique, a epidemia do HIV permanece generalizada, com a cidade de Maputo a registar uma prevalência estimada de 16,2% entre a população geral e de cerca de 31% entre trabalhadoras do sexo, um dos grupos mais vulneráveis à infecção[13-15]. Em resposta, o Ministério da Saúde adoptou a estratégia de prevenção combinada, que integra a PrEP como intervenção prioritária para populações-chave[16]. Apesar da disponibilização gratuita da PrEP desde Setembro de 2021, a evidência nacional mostra baixa adesão [3,17]. E, observa-se interrupções frequentes no uso, o que revela desafios estruturais e sociais persistentes[18]. Estudos realizados em Moçambique permanecem limitados, com maior incidência em análises de aceitabilidade inicial[14-17], existindo escassa produção de dados quantitativos sobre factores que influenciam a adesão sustentada entre MJTS.

Neste contexto, torna-se fundamental compreender os facilitadores e barreiras que condicionam a aceitação e continuidade da PrEP neste grupo, particularmente em contextos urbanos como a cidade de Maputo. Tal análise é essencial não apenas para preencher lacunas na literatura científica nacional, mas também para informar políticas públicas, orientar intervenções mais sensíveis ao contexto e fortalecer a resposta nacional ao HIV.

Assim, o presente estudo teve como objectivo analisar os factores associados à adesão a PrEP entre MJTS na cidade de Maputo.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa, conduzido na cidade de Maputo, Moçambique, entre Junho e Setembro de 2024.

A cidade de Maputo, capital de Moçambique, localiza-se no extremo sul do país, com uma população estimada em 1.130.565 habitantes, dos quais 51,3% são do sexo feminino[19]. A cidade apresenta elevada prevalência de HIV, estimada em 16,2%, com maior incidência entre populações-chave, incluindo as MJTS[20].

A selecção dos centros de saúde foi por amostragem intencional, baseada nos critérios do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo (SSCM): disponibilidade de serviços de prevenção combinada com oferta da PrEP, volume de utentes elegíveis e capacidade de registo programático. Esta abordagem permitiu incluir centros de saúde representativos do contexto urbano da cidade de Maputo, assegurando a viabilidade da recolha de dados e a pertinência dos resultados para o grupo populacional em análise. Adicionalmente, os centros de saúde escolhidos são os de elevada concentração de MJTS a receber serviços de prevenção, para além de representarem diferentes zonas socioeconómicas da cidade.[14] Assim, foram seleccionados cinco centros de saúde: Centro de Saúde (CS) 1° de Maio, CS do Xipamanine, CS do Alto Maé, CS do Porto e CS do Chamanculo.

A população em estudo foi constituída por MJTS, residentes na cidade de Maputo, identificadas nos livros de registos programáticos dos cinco centros de saúde seleccionados. O critério etário de inclusão foi definido entre 18 e 24 anos, em conformidade com o objectivo de analisar as experiências de mulheres jovens no início da vida adulta, fase em que a vulnerabilidade social e epidemiológica é mais acentuada[15-16].

Foram consideradas elegíveis as MJTS que se autodeclararam como tal, apresentaram sorologia negativa para o HIV confirmada por teste de rotina nos serviços de saúde antes da oferta da PrEP, e demonstraram capacidade para compreender e responder adequadamente ao questionário, com apoio de

tradução para a língua Tsonga sempre que necessário. No momento da entrevista foi realizada triagem breve sobre consumo de álcool, drogas psicoactivas e saúde mental. Apenas mulheres em condições de responder de forma lúcida e voluntária foram incluídas.

Foram excluídas do estudo mulheres com diagnóstico positivo para HIV, aquelas que se encontravam sob efeito de álcool ou drogas em níveis que inviabilizassem respostas fiáveis no momento da entrevista.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com base na fórmula proposta por Hosmer, Lemeshow e Sturdivant[21] para estudos transversais com variáveis categóricas. Esta fórmula permite estimar o número mínimo de participantes necessários para assegurar precisão estatística, considerando o nível de confiança, o erro absoluto máximo e a proporção esperada. Aplicou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \,.\, \hat{p} \,.\, \hat{q} \,.\, (Z_{\frac{\alpha}{2}})^2}{\hat{p} \,.\, \hat{q} \,.\, (Z_{\frac{\alpha}{2}})^2 + (N-1) \,.\, E^2}$$

Onde: *n* é o tamanho da amostra, *Z* o valor crítico da distribuição normal (1,96 para 95% de confiança), *p* a proporção esperada (assumida em 0,5 na ausência de estimativas prévias) e *d* o erro máximo tolerável (0,05). Com base nestes parâmetros, obteve-se um tamanho amostral de 272 participantes, assegurando poder estatístico adequado e representatividade da população-alvo.

A amostragem foi probabilística estratificada, sendo os estratos definidos de acordo com as quatro categorias de uso da PrEP entre as MJTS previamente estabelecidas (Tabela 1). A distribuição proporcional considerou o número total de utentes elegíveis registadas em cada centro de saúde, assegurando equilíbrio na representatividade das diferentes zonas socioeconómicas da cidade de Maputo. Desta forma, cada estrato contribuiu para a amostra final em função da sua dimensão relativa no universo de MJTS elegíveis, em cada um dos cinco centros de saúde selecionados, conforme ilustrado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Amostra estratificada por Centro de Saúde. Maputo, Moçambique, 2025.

| Centro de Saúde (CS) | Iniciaram a PrEP e mantêm-se em tratamento preventivo | Iniciaram a PrEP e depois interromperam | Iniciaram, interromperam a PrEP e depois reiniciaram | Oferecidos a PrEP e não aceitaram | Total por CS |
|---|---|---|---|---|---|
| CS do Xipamanine | 46 | 11 | 2 | 22 | 81 |
| CS do Porto | 24 | 5 | 7 | 36 | 72 |
| CS do Alto-Maé | 5 | 5 | 0 | 26 | 36 |
| CS do Chamanculo | 3 | 13 | 20 | 12 | 48 |
| CS 1° de Maio | 5 | 5 | 3 | 22 | 35 |
| Total geral | 83 | 39 | 32 | 118 | 272 |
| % * | 30,5 | 14,3 | 11,8 | 43,4 | 100 |

Legenda:*% calculada sobre o valor total.
**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

A colheita de dados foi realizada entre Junho e Setembro de 2024 nos cinco centros de saúde seleccionados da cidade de Maputo, em salas reservadas para garantir sigilo e privacidade. O processo foi conduzido por assistentes de pesquisa previamente treinados em ética e aplicação de inquéritos estruturados. Cada inquérito teve duração média de 60 minutos e foi administrado de forma individual em língua portuguesa, com tradução para Tsonga sempre que fosse necessário. Não foi oferecido qualquer incentivo financeiro ou material às participantes, assegurando o carácter voluntário da sua participação.

O instrumento de recolha consistiu num inquérito estruturado, previamente testado em estudo piloto, que incluiu variáveis sociodemográficas, económicas e comportamentais. A variável dependente foi a adesão a PrEP, classificada em quatro categorias: iniciaram e mantiveram o uso; iniciaram e interromperam; interromperam e reiniciaram; e recusaram a PrEP.

As variáveis independentes foram distribuídas em quatro grupos. As sociodemográficas compreenderam idade, estado civil, nível de escolaridade, maternidade, local de residência (urbana ou

periurbana), tipo de habitação e composição do agregado familiar. As económicas abrangeram fontes de rendimento, rendimento mensal estimado e despesas mensais. As variáveis relacionadas à experiência como trabalhadora do sexo incluíram tempo de actividade, motivos para ingresso, redes de apoio (amigas, família, parceiros), ocupações adicionais e percepção dos riscos associados ao trabalho sexual. Por fim, as variáveis de conhecimento e práticas em saúde englobaram conhecimento sobre HIV e PrEP, fontes de informação, participação em actividades educativas ou grupos de discussão, apoio recebido para prevenção, experiência prévia de testagem, percepção sobre acessibilidade da PrEP, qualidade do atendimento em saúde, uso de preservativos e mudanças no comportamento sexual após início da profilaxia.

Os dados foram registados directamente em tablets utilizando o ODK e transferidos para um servidor seguro, acessível apenas à equipa de pesquisa. Todas as respostas foram anonimizadas no momento da recolha, de modo a garantir confidencialidade e impossibilidade de associação das informações à identidade das participantes.

Os dados recolhidos foram exportados do software ODK para o programa Stata versão 17.0. Inicialmente, realizou-se análise descritiva com frequências absolutas e relativas para caracterizar as participantes em termos sociodemográficos, económicos, experiência como trabalhadoras do sexo e conhecimento em saúde.

A variável dependente do estudo foi definida operacionalmente como a decisão e comportamento de iniciar e manter a profilaxia pré-exposição ao HIV. Esta definição está em consonância com a Organização Mundial da Saúde[22], que entende a adesão como o grau em que o comportamento da pessoa relativamente à toma da medicação corresponde às recomendações acordadas com profissionais de saúde. Para fins analíticos, a variável dependente foi avaliada por auto-relato das participantes durante a recolha de dados quantitativos. As MJTS foram questionadas acerca do uso actual da PrEP (se se encontravam em utilização no momento do inquérito), do histórico de utilização (se já haviam iniciado previamente o regime profiláctico), da continuidade ou interrupção (se mantinham a toma diária conforme prescrito ou se a haviam descontinuado) e da recusa (se a PrEP lhes tinha sido oferecida e não aceite até ao momento do estudo).

A opção por esta categorização justifica-se pelo facto da adesão a PrEP não se limitar a uma decisão dicotómica (aderiu/não aderiu), mas englobar diferentes trajectórias de uso que expressam dinâmicas de aceitação inicial, continuidade, abandono temporário e recusa. Esta abordagem permitiu captar a complexidade do fenómeno, distinguindo padrões de comportamento que têm implicações programáticas distintas: a manutenção representa adesão sustentada; a interrupção indica barreiras à continuidade; o reinício sugere processos de reavaliação do risco; e a recusa revela resistência inicial ou estigma associado ao uso da profilaxia.

As variáveis independentes foram tratadas segundo a sua natureza. As categóricas foram descritas em frequências e comparadas com a variável dependente por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, considerando nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Para identificar factores associados a adesão, recusa ou interrupção da PrEP, aplicou-se regressão logística multinomial[21], estimando-se OR brutos e ajustados com respectivos IC 95%[21,23]. A multicolinearidade entre variáveis independentes foi avaliada pelo Factor de Inflação da Variância (FIV), tendo sido removidas variáveis com correlação elevada[21].

O estudo foi conduzido em conformidade com a Declaração de Helsínquia e a Lei n.º 06/2023 de Moçambique sobre Investigação em Saúde Humana[6]. O Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo aprovou o protocolo através do parecer número 08/2023 de 13 de setembro de 2023, ref. CIBS FM&HCM/08/2023. Todas as participantes receberam informação detalhada sobre os objectivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido e Informado (TCEI). Para aquelas que não sabiam ler ou escrever, a informação foi traduzida para Tsonga e um representante de confiança assinou em seu nome.

## RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta as principais características sociodemográficas das 272 MJTS inclusas no estudo. A idade média foi de 21,7 anos (desvio padrão [DP] = 3,1). Das participantes, 255 (93,7%) eram solteiras e 208 (76,5%) tinham filhos. Quanto a escolaridade, 51,5% (n=140) concluíram apenas o ensino

primário, 35,3% (n=96) tinham nível secundário, 8,8% (n=24) chegaram ao pré-universitário e 4,4% (n=12) não tinham educação formal.

A residência concentrou-se em zonas periurbanas com 71,0% (n=191), sendo 95,2% (n=259) em habitações convencionais. Em termos habitacionais, 44,9% (n=122) viviam em casas alugadas ou cedidas por amigas, 35,3% (n=96) em casas de familiares e 19,9% (n=54) em residência própria.

O trabalho sexual foi a principal fonte de rendimento para 85,7% (n=233), enquanto 14,3% (n=39) combinavam esta actividade com outros empregos. O rendimento mensal de 86 participantes (44,1%) foi entre 5.000 e 10.000 meticais, de 55 (28,2%) entre 10.000 e 20.000 meticais, e de 27 (13,8%) entre 20.000 e 50.000 meticais. Quanto as despesas, 72 (26,5%) relataram valores entre 5.000 e 10.000 meticais e 63 (23,1%) entre 10.000 e 30.000 meticais.

**Tabela 2.** Características sociodemográficas e económicas da população. Maputo, Moçambique, 2025.

| Características | N = 272 | %** |
|---|---|---|
| **Estado civil** | | |
| Solteira | 255 | 93,7 |
| Casada ou união de facto | 16 | 5,9 |
| Sem resposta | 1 | 0,4 |
| **Idade em anos*** | | |
| Média (min. – max.) | 21,7 (18,1–24,4) | |
| Mediana (DP) | 21,8 (3,1) | |
| **Maternidade** | | |
| Sim | 208 | 76,5 |
| Não | 64 | 23,5 |
| **Nível de educação** | | |
| Sem educação formal | 12 | 4,4 |
| Primário | 140 | 51,5 |
| Secundário | 96 | 35,3 |
| Pré-universitário | 24 | 8,8 |
| **Localização da residência** | | |
| Periurbana | 191 | 71,0 |
| Urbana | 78 | 29,0 |
| Sem resposta | 3 | |
| **Tipo de residência** | | |
| Convencional | 259 | 95,2 |
| Madeira e zinco | 13 | 4,8 |
| **Residência** | | |
| Alugada ou de amigas | 122 | 44,9 |
| De pais familiares | 96 | 35,3 |
| Própria | 54 | 19,8 |
| **Com quem vive** | | |
| Com filhos | 77 | 28,3 |
| Pais | 74 | 27,2 |
| Com amigas | 49 | 18,0 |
| Avós | 32 | 11,8 |
| Com esposo ou namorado | 26 | 9,6 |
| Sozinha | 14 | 5,1 |
| **Fontes de renda** | | |
| Trabalho sexual | 233 | 85,7 |
| Trabalho sexual e outros empregos | 39 | 14,3 |
| **Renda mensal estimada** | | |
| Menos 5 mil | 27 | 13,8 |
| Entre 5 mil e 10 mil | 86 | 44,1 |
| Entre 10 mil e 20 mil | 55 | 28,3 |
| Entre 20 mil e 50 mil | 27 | 13,8 |
| Sem resposta | 77 | |
| **Gasto mensal estimado** | | |
| Menos 5 mil | 53 | 28,2 |

| | | |
|---|---|---|
| Entre 5 mil e 10 mil | 72 | 38,3 |
| Entre 10 mil e 30 mil | 63 | 33,5 |
| Sem resposta | 84 | |

**Legenda**: *Para o caso da idade o n= 268 (4 missing); ** % calculada sobre respostas válidas.
**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

A quase totalidade das participantes, 99,3% (n=270), tinha ouvido falar do HIV e 87,0% (n=235) sabiam como ocorre a infecção. A testagem foi amplamente reportada: 99,6% (n=269) tinham realizado pelo menos um teste de HIV, sendo todos negativos no último resultado.

Relativamente a PrEP, 98,9% (n=269) declararam conhecer o método, principalmente por intermédio de profissionais de saúde indicado por 75,0% (n=204). A maioria, 82,4% (n=224), participou em actividades educativas sobre a profilaxia incluindo palestras, das quais 53,6% (n=120) assistiram a pelo menos uma e 33,9% (n=76) entre duas e quatro.

Quanto ao conhecimento sobre o uso da PrEP, 83,8% (n=228) sabiam como tomar a medicação. A participação em grupos ou associações de discussão sobre HIV foi reportada por 50,4% (n=137) (Tabela 3).

Sobre relações sexuais sem preservativo desde o início da PrEP, 42,3% (n=63) declararam nunca ter aceite, 38,3% (n=57) algumas vezes e 19,5% (n=29) raramente.

**Tabela 3.** Experiência como MJTS e conhecimento sobre HIV e PrEP. Maputo, Moçambique, 2025.

| Variável | N = 272 | %* |
|---|---|---|
| **Quanto tempo é MJTS** | | |
| Até 12 meses | 56 | 29,3 |
| Entre 1 e 3 anos | 84 | 44,0 |
| Entre 3 e 5 anos | 36 | 18,8 |
| Mais 5 anos | 15 | 7,9 |
| Sem resposta | 81 | |
| **Principais motivos para ser MJTS** | | |
| Necessidade financeira | 129 | 47,5 |
| Falta de emprego alternativo | 110 | 40,4 |
| Ajudar sustento família | 33 | 12,1 |
| **Quem apoiou nesta profissão** | | |
| Minhas amigas | 234 | 87,0 |
| Minha família | 13 | 4,9 |
| Meu parceiro | 10 | 3,7 |
| Agente saúde | 3 | 1,1 |
| Ninguém | 9 | 3,3 |
| Sem resposta | 3 | |
| **Ocupação adicional** | | |
| Não | 115 | 42,3 |
| Sim | 157 | 57,7 |
| **Riscos que identifica como MJTS** | | |
| Exposição ao HIV | 209 | 76,8 |
| Estigma/discriminação | 18 | 6,6 |
| Violência sexual | 18 | 6,6 |
| Exposição a Infecções de Transmissão Sexual (ITS) | 17 | 6,3 |
| Violência física ou verbal | 10 | 3,7 |
| **Ouviu falar do HIV** | | |
| Sim | 270 | 99,3 |
| Não | 2 | 0,7 |
| **Sabe como a pessoa se infecta pelo HIV** | | |
| Sim | 235 | 87,0 |
| Não | 35 | 13,0 |
| Sem resposta | 2 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Fez teste de HIV na vida** | | |
| Sim | 269 | 99,6 |
| Não | 1 | 0,4 |
| Sem resposta | 2 | |
| **Resultado do último teste de HIV** | | |
| Negativo | 268 | 99,6 |
| Não me lembro | 1 | 0,4 |
| Sem resposta | 3 | |
| **Pessoas que ti apoiam na prevenção do HIV** | | |
| Amigas | 130 | 47,8 |
| Meu parceiro | 24 | 8,8 |
| Organizações comunitárias | 63 | 23,2 |
| Profissional de saúde | 55 | 20,2 |
| **Apoio que recebe de pessoas próximas para a prevenção do HIV** | | |
| Apoio emocional | 192 | 70,5 |
| Apoio prático na toma do medicamento | 57 | 21,0 |
| Outro | 23 | 8,5 |
| **Faz parte de grupo/associação onde se discute HIV** | | |
| Sim | 137 | 50,4 |
| Não | 135 | 49,6 |
| **Ouviu falar da PrEP** | | |
| Sim | 269 | 98,9 |
| Não | 3 | 1,1 |
| **Sabe como se toma PrEP** | | |
| Sim | 228 | 84,8 |
| Não | 41 | 15,2 |
| Sem resposta | 3 | - |
| **Como obteve informação sobre PrEP** | | |
| Colegas da escola ou Serviço/familiares/vizinhos | 39 | 14,5 |
| Profissional de saúde | 204 | 75,8 |
| Redes sociais/TV/radio | 26 | 9,7 |
| Sem resposta | 3 | - |
| **Participou em eventos sobre PrEP** | | |
| Sim | 224 | 83,3 |
| Não | 45 | 16,7 |
| Sem resposta | 3 | - |
| **Palestras sobre a PrEP que participou** | | |
| Nenhuma | 1 | 0,4 |
| Uma | 120 | 53,6 |
| Entre 2 a 4 | 76 | 33,9 |
| Mais de 4 | 27 | 12,1 |
| Sem resposta | 48 | - |
| **Alguma vez tomou PrEP** | | |
| Sim | 154 | 57,2 |

| | | |
|---|---|---|
| Não | 107 | 39,8 |
| Não me lembro | 8 | 3,0 |
| Sem resposta | 3 | - |
| **O que mudou na relação sexual desde que começou PrEP** | | |
| Aumentei o número de parceiros | 90 | 62,9 |
| Interrompi o uso do preservativo | 8 | 5,6 |
| Reduzi o número de parceiros | 45 | 31,5 |
| Sem resposta | 129 | - |
| **Frequência de uso de preservativo depois de iniciar PrEP** | | |
| Raramente uso | 3 | 2,0 |
| Sempre uso | 135 | 91,2 |
| Uso ocasionalmente | 10 | 6,8 |
| Sem resposta | 124 | - |
| **Vezes que aceitou sexo sem preservativo desde que iniciou PrEP** | | |
| Nunca fiz | 63 | 42,3 |
| Algumas vezes | 57 | 38,3 |
| Raras vezes | 29 | 19,4 |
| Sem resposta | 123 | - |

**Legenda:** * % calculada sobre respostas válidas.
**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

Entre as 272 participantes, 42,3% (n=115) reportaram adesão e reinício a PrEP, enquanto 57,7% (n=157) recusaram tanto iniciar assim como reiniciar o uso. Das 154 participantes que já tinham iniciado a PrEP, 53,8% (n=83) mantiveram o uso. Outras, 25,4% (n=39) interromperam e 20,8% (n=32) reiniciaram após interrupção (Tabela 1).

Dos 143 participantes que iniciaram a PrEP, 62,9% (n=90) reportaram aumento do número de parceiros, 31,5% (n=45) referiram redução e 5,6% (n=8) indicaram interrupção do uso do preservativo. 148 participantes que responderam sobre uso do preservativo após iniciar a PrEP, 91,2% (n=135) declararam uso sempre, 6,8% (n=10) uso ocasional e 2,0% (n=3) uso raro. Houve 124 não respostas (Tabela 4).

Na regressão logística multinomial (Tabela 4) 37,5% (n=102) relataram suporte psicossocial e familiar (OR = 5,7; IC 95%: 2,022–9,38; p = 0,002). A percepção de acessibilidade da PrEP foi referida por 26,1% (n=71) e a participação em grupos de discussão sobre o tema por 19,1% (n=52). O bom atendimento prestado pelos profissionais de saúde foi reportado por 17,3% (n=47).

Entre as barreiras, destacaram-se o estigma e discriminação relacionados com a profilaxia, mencionados por 59,6% (n=162), as rupturas de medicamentos nos centros de saúde por 19,1% (n=52), a não participação em grupos de discussão sobre HIV por 19,1% (n=52) e a residência em áreas urbanas por 2,2% (n=6).

**Tabela 4.** Facilitadores e barreiras da adesão a PrEP. Maputo, Moçambique, 2025.

| | Total n=272 | | OR; IC 95% | Valor de *p* |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | | |
| **Facilitadores** | | | | |
| Suporte psicossocial e familiar | 102 | 37,5 | 5,7; 2,022 – 9,38 | 0,002 |
| Percepção sobre a acessibilidade da PrEP | 71 | 26,1 | 4,6; 1,44 – 7,89 | 0,005 |
| Participar em grupos de discussão sobre a PrEP | 52 | 19,1 | 1,3; 0,77 – 3,3 | 0,001 |
| Receber bom atendimento dos provedores de saúde | 47 | 17,3 | 2,1; 1,02 – 4,81 | 0,000 |
| **Barreiras** | | | | |
| Estigma e discriminação | 162 | 59,6 | 1,7; 0,22 – 3,32 | 0,025 |
| Ruptura de medicamentos nas US | 52 | 19,1 | 2,95; 1,13 – 4,76 | 0,001 |
| Não Participar em grupos de discussão sobre HIV | 52 | 19,1 | 3,1; 2,44 – 6,74 | 0,000 |
| Residir em zonas urbanas | 6 | 2,2 | 2,19; 0,49 – 3,89 | 0,011 |

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que menos da metade das participantes aderiu a profilaxia, evidenciando que a recusa e a interrupção continuam a constituir barreiras importantes para a prevenção combinada do HIV[24-25]. O suporte psicossocial e familiar destacou-se como facilitador central da adesão, enquanto o estigma social e as rupturas no fornecimento da medicação emergiram como barreiras críticas. A acessibilidade da profilaxia, a participação em grupos de discussão e a qualidade do atendimento em saúde também se associaram positivamente à continuidade da PrEP.

Estes resultados indicam que a adesão não se reduz a uma decisão individual, mas resulta da interacção de factores situados em diferentes níveis[26]. No nível individual, a motivação, o conhecimento sobre o HIV e a percepção da eficácia do medicamento mostraram-se determinantes para iniciar e manter a profilaxia, em linha com a definição da Organização Mundial da Saúde[22].

No nível interpessoal, o suporte psicossocial e familiar reforçou a confiança das participantes e favoreceu a continuidade do uso, confirmando resultados de estudos realizados no Zimbabué e na África do Sul, que demonstraram que redes de apoio interpessoal funcionam como determinantes da adesão sustentada[12,27].

No nível comunitário, o estigma social mostrou-se uma barreira transversal. Muitas mulheres recearam ser vistas como pessoas vivendo com HIV pelo simples facto de usarem a PrEP, o que já foi descrito em estudos realizados nos Estados Unidos da América e no Quénia, que identificaram o estigma como causa de recusa ou interrupção da profilaxia[7,9]. Esse estigma, enquanto fenómeno simbólico e social, ultrapassa o plano individual e reforça desigualdades de género e exclusão social, como documentado em Uganda[28].

No nível institucional, as rupturas de medicamentos e falhas na qualidade do atendimento fragilizaram a confiança no sistema de saúde, confirmando evidências de estudos na África do Sul que demonstram que a continuidade da PrEP depende fortemente da estabilidade no fornecimento do medicamento e da qualidade das interacções clínicas[10-11].

Estes resultados demonstram que, apesar da disponibilidade gratuita da PrEP em Moçambique, a sua utilização efectiva permanece limitada por barreiras que ultrapassam a esfera individual das utentes, incluindo factores interpessoais, comunitários e estruturais. A decisão de aderir, manter, interromper ou recusar a PrEP é um processo complexo. As MJTS gerem simultaneamente o risco de infecção pelo HIV[26], o estigma social associado ao seu uso[4] e, as falhas institucionais na provisão contínua do medicamento[29]. Neste contexto, a gestão do risco não depende apenas da motivação individual, mas é profundamente influenciada pelas redes de apoio interpessoal e comunitário e pela capacidade do sistema nacional de saúde em garantir acesso contínuo e fiável à profilaxia[26]. Face a esta realidade, recomenda-se o reforço de campanhas de sensibilização comunitária orientadas para a redução do estigma em torno da PrEP, envolvendo líderes locais, redes de apoio e as próprias MJTS como protagonistas na promoção da adesão. Paralelamente, é fundamental assegurar a estabilidade no abastecimento dos medicamentos nos centros de saúde, de modo a consolidar a confiança no sistema de saúde e garantir continuidade no uso da profilaxia, posicionando a PrEP como um dos pilares da prevenção combinada do HIV em

Moçambique[13,14,17].

Os resultados evidenciam que os mecanismos de adesão e recusa são interdependentes e não lineares. O suporte interpessoal atenua fragilidades individuais, mas é limitado pelo estigma comunitário e pela ineficiência institucional. Estes achados alinham-se com a literatura internacional, que destaca a importância da articulação entre factores clínicos, psicossociais e comunitários para fortalecer a adesão a PrEP[12,30,31].

Quanto as mudanças comportamentais, observou-se uma ambivalência: parte das participantes reportou aumento no número de parceiros após início da PrEP, fenómeno descrito como compensação de risco em França e noutros contextos europeus[32-33], enquanto a maioria manteve o uso regular do preservativo, sugerindo incorporação da profilaxia em estratégias combinadas de prevenção, como observado na África do Sul[5,30,31,34]. Esta heterogeneidade confirma que a PrEP é apropriada de formas diferenciadas, funcionando ora como substituto parcial, ora como complemento de práticas preventivas, sempre situada em contextos de vulnerabilidade social e desigualdade.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Os dados foram obtidos por auto-relato, o que pode introduzir viés de memória e desejabilidade social, sobretudo em questões sobre práticas sexuais e uso da PrEP. A amostra restringiu-se a cinco centros de saúde da cidade de Maputo, limitando a generalização dos resultados para outras regiões do país e para mulheres de diferentes faixas etárias. Ainda assim, os resultados apresentam robustez interna e oferecem evidência relevante para compreender, numa perspectiva multinível, os factores associados a adesão e recusa da PrEP entre MJTS em contexto urbano[7,10,12,35].

## CONCLUSÃO

Este estudo analisou os factores associados à adesão a PrEP entre MJTS na cidade de Maputo e mostrou que menos da metade das participantes aderiu, confirmando a recusa e a interrupção como barreiras persistentes à prevenção combinada do HIV.

A adesão revelou-se condicionada por fatores situados em múltiplos níveis: motivação e conhecimento individual; suporte psicossocial e familiar; estigma comunitário; e falhas institucionais no fornecimento da medicação e na qualidade do atendimento clínico. Para enfrentar estas barreiras, é essencial promover campanhas comunitárias de conscientização sobre a PrEP, fortalecer redes de apoio e assegurar abastecimento regular da medicação com serviços de saúde de qualidade, consolidando esta profilaxia como componente central da prevenção do HIV em Moçambique.

## REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Estatísticas de HIV/SIDA em Moçambique [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 8]. p. 1–5. Available from: https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique.

2. UNAIDS. Estatística globais sobre HIV/SIDA [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 8]. p. 1–7. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2024 / 07/20240722_UNAIDS_Global_HIV_Factsheet_PTBR.pdf.

3. Navarro RM, Salimo ZM, Lemos SM. 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. 2024 Aug 29;10(8):4013–55. Available from: https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15448.

4. Celum CL, Delany-Moretlwe S, McConnell M, van Rooyen H, Bekker L, Kurth A, et al. Rethinking HIV prevention to prepare for oral PrEP implementation for young African women. J Int AIDS Soc. 2015 Jul 20;18(4S3). Available from: https://doi.org/10.7448/IAS.18.4.20227.

5. Hosek S, Celum C, Wilson CM, Kapogiannis B, Delany-Moretlwe S, Bekker L. Preventing HIV among adolescents with oral PrEP: observations and challenges in the United States and South Africa. J Int AIDS Soc. 2016 Oct 18;19(7S6). Available from: https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21107.

6. Suca A, Salimo ZM, Inguane HCE, Chissaque AH, Silva WP, Cuinhane CE. “Tenho medo de apanhar HIV”: Percepções do risco e adesão à PREP entre mulheres jovens trabalhadoras do sexo na cidade de Maputo, Moçambique. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2025 Sep 8;11(9):959–87. Available from: https://doi.org/10.51891/rease.v11i9.20919.

7. Arnold T, Brinkley-Rubinstein L, Chan PA, Perez-Brumer A, Bologna ES, Beauchamps L, et al. Social, structural, behavioral and clinical factors influencing retention in Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) care in Mississippi. PLoS One. 2017 Feb 21;12(2):e0172354. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172354.

8. Nieto O, Brooks RA, Landrian A, Cabral A, Fehrenbacher AE. PrEP discontinuation among Latino/a and Black MSM and transgender women: A need for PrEP support services. PLoS One. 2020 Nov 5;15(11):e0241340. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241340.

9. Jackson-Gibson M, Ezema AU, Orero W, Were I, Ohiomoba RO, Mbullo PO, et al. 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. 2021 Dec 1;21(1):1284. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-021-11335-1.

10. Camp C, Saberi P. Facilitators and barriers of 2-1-1 HIV pre-exposure prophylaxis. PLoS One. 2021 May 20;16(5):e0251917. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251917.

11. Pillay D, Stankevitz K, Lanham M, Ridgeway K, Murire M, Briedenhann E, et al. Factors influencing uptake, continuation, and discontinuation of oral PrEP among clients at sex worker and MSM facilities in South Africa. PLoS One. 2020 Apr 30;15(4):e0228620. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228620.

12. Velloza J, Donnell D, Hosek S, Anderson PL, Chirenje ZM, Mgodi N, et al. 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. Lancet HIV. 2022 Oct;9(10):e680–9. Available from: https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00195-3.

13. MISAU. Circular da PrEP: Actualização 2023 Orientação para Expansão Nacional da Profilaxia Pré-exposição ao HIV em Moçambique; 2023.

14. MISAU. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA); 2018.

15. Miller WMJMF. Mapeamento Programático e Prevalência de HIV entre Populações Chave em 5 Províncias de Moçambique; 2018.

16. CNCS. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2023–2028. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA; 2023.

17. MISAU. Guião de Oferta da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV; 2021.

18. Salimo ZM, Manhiça LE, Biquiza AS, Ribeiro R V., Gotine AREM, Mazalo J V., et al. Update on Typhoid Fever: An ongoing threat to public health. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2024 Jun 1;10(6):1–18. Available from: https://doi.org/10.51891/rease.v10i6.13911.

19. Instituto Nacional de Estatística. IV recenseamento geral da população e habitação. Censo 2017. Resultados preliminares. Maputo; 2017.

20. Município de Maputo. Cidade de Maputo; 2022.

21. Hosmer DW, Lemes D, Sturdivant RX. Applied Logistic regression. 3rd ed. New York; 2013.

22. OMS. Diretrizes consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais no tratamento e prevenção da infecção pelo HIV e Recomendações para uma abordagem de saúde pública; 2016.

23. Salimo ZM, Avelino-Silva VI, Silva EF da, Chaves YO, Kadri MR de A El, Nogueira PA, et al. Factors related to loss to follow-up among people living with HIV: a systematic review. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2025;67. Available from: https://doi.org/10.1590/S1678-9946202567053.

24. Gois DAB, Almeida GO de, Mendes MP, Carvalho RM, Gonçalves AS. Adesão a Profilaxia Pré-exposição por mulheres profissionais do sexo: revisão integrativa da literatura. Revista ft. 2024 Sep 11;20–1. Available from: https://doi.org/10.69849/revistaft/ra10202409111520.

25. Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinheiro TF, Alencar T, Ferguson L, et al. 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. Cad Saude Publica. 2018 Jul 23;34(7). Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311X00206617.

26. Ulrich Beck. Sociedade de risco: Rumo a uma outra modernidade. 1st ed. Vol. 1. São Paulo, Brasil: 34 Ltda; 2010. 1–56 p.

27. Beck U, Giddens A. Modernização reflexiva: Política, tradição e estética na ordem social moderna. 2nd ed. Vol. 1. São Paulo: Editora UNESP; 2001. 1–133 p.

28. Atukunda EC, Owembabazi M, Pratt MC, Psaros C, Muyindike W, Chitneni P, et al. 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. J Int AIDS Soc. 2022 Mar 24;25(3). Available from: https://doi.org/10.1002/jia2.25894.

29. De Souza GB, De Souza GC, Cariello NW, Paiva N da SF, Vannier RC, De Azevedo RP, et al. Adesão, efetividade e impacto da PrEP: explorarndo evidências na prevenção do HIV no Municipio de Teresópolio, RJ. Revista da Jopic. 2025;1(13):25–35. Available from: https://doi.org/10.29327/2430932.1.13-3.

30. Stoner MCD, Rucinski KB, Giovenco D, Gill K, Morton JF, Bekker LG, et al. Trajectories of PrEP Adherence Among Young Women Aged 16 to 25 in Cape Town, South Africa. AIDS Behav. 2021 Jul 2;25(7):2046–53. Available from: https://doi.org/10.1007/s10461-020-03134-3.

31. Admassu M, Nöstlinger C, Hensen B. Barriers to PrEP use and adherence among adolescent girls and young women in Eastern, Southern, and Western Africa: a scoping review. BMC Womens Health. 2024 Dec 26;24(1):665. Available from: https://doi.org/10.1186/s12905-024-03516-y.

32. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. New England Journal of Medicine. 2015 Dec 3;373(23):2237–46. Available from: https://doi.org/10.1056/NEJMoa1506273.

33. Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, Demoulin B, Capitant C, Lorente N, Préau M, et al. Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial. AIDS Care. 2016 Mar 24;28(sup1):48–55. Available from: https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146653.

34. Eakle R, Venter F, Rees H. Profilaxia pré-exposição (PrEP) em uma era de prevenção do HIV estagnada: ela pode mudar o jogo? Retrovirology. 2018;15(1):1–10. Available from: https://doi.org/10.3390/pathogens12070924.

35. Sun CJ, Anderson KM, Bangsberg D, Toevs K, Morrison D, Wells C, et al. Access to HIV Pre-exposure Prophylaxis in Practice Settings: a Qualitative Study of Sexual and Gender Minority Adults' Perspectives. J Gen Intern Med. 2019 Apr 4;34(4):535–43. Available from: https://doi.org/10.1007/s11606-019-04850-w.

## ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Discursos e Práticas sobre Aceitação e Adesão à PrEP entre as Mulheres Jovens Trabalhadoras do Sexo na Cidade de Maputo, a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade, da Universidade Eduardo Mondlane, em 2026.

## CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção ou desenho do estudo: Sucá A, Cuinhane CE. Coleta de dados: Sucá A, Inguane HC. Análise e interpretação dos dados: Sucá A, Cuinhane CE, Inguane HC, Salimo ZM, Silva WP, Chissaque AH. Redação do artigo ou revisão crítica: Sucá A, Cuinhane CE, Inguane HC, Salimo ZM, Silva WP, Chissaque AH. Aprovação final da versão a ser publicada: Sucá A, Cuinhane CE, Inguane HC, Salimo ZM, Silva WP, Chissaque AH.

## AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde e aos cinco centros de saúde por possibilitarem a execução dessa pesquisa. À todas inquiridas pela sua disposição em participar neste estudo. À equipe do estudo e a todos que colaboraram direta e indiretamente por sua dedicação e paciência na execução deste trabalho. À Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Departamento de Sociologia da Universidade Eduardo Mondlane por tornar possível este estudo.

## FINANCIAMENTO

Não houve custos associados à realização desta pesquisa e não houve envolvimento de fontes externas de financiamento.

## APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo, tendo o protocolo sido aprovado através do parecer n.º 08/2023, de 13 de setembro de 2023, ref. CIBS FM&HCM/08/2023.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.