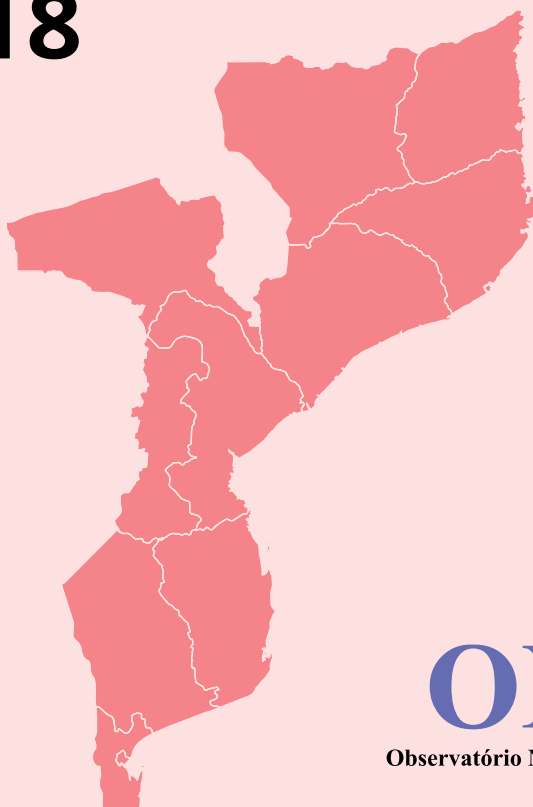




REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE

Plataforma de Observação para HIV

Atlas de Indicadores Seleccionados de Monitoria do HIV em Moçambique, Edição 2018



ONS
Observatório Nacional de Saúde



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE

Plataforma de Observação para HIV

Atlas de Indicadores Seleccionados de Monitoria do HIV em Moçambique

Edição 2018

Maputo, 2020



Ficha Técnica

Coordenação Geral

Sandra Gaveta (INS) - Co-coordenadora da Plataforma para HIV

Aleny Couto (MISAU) - Co-coordenadora da Plataforma para HIV

Revisão

Eduardo Samo Gudo (INS)

Sérgio Chicumbe (INS)

Annette Cassy (INS)

Grupo Técnico de Elaboração do Atlas

Sandra Gaveta (INS), Maria Vilma Jossefa (INS), Timothy Kellogg (INS/UCSF), Rui Langa (INS), Didier Mugabe (INS), Auria Banze (INS), Noela Chicuecue (MISAU - PNC ITS-HIV/SIDA), Eudóxia Filipe (MISAU - PNC ITS-HIV/ SIDA), Guita Amane (MISAU - PNC ITS-HIV/SIDA), Isabel Sathane (MISAU - PNC ITS-HIV/SIDA), Jéssica Seleme (MISAU - PNC ITS-HIV/ SIDA), Helga Guambe (MISAU - PNC ITS-HIV/SIDA), Kwalila Timbana (MISAU - PNC ITS-HIV/ SIDA), Roxanne Hoek (MISAU - PNC ITS-HIV/SIDA), Lourena Manembe (CNCS), Alex Cox (CDC), Neha Mehta (CDC), Peter Kerndt (CDC), Timóteo Simone (CDC), Denise Giles (CDC), Francina Mucambe (CDC), Nilesh Bhatt (EGPAF), Paula Simbine (USAID), Baltazar Chilundo (ICAP), Maria Ruano (I-TECH), Makini Boothe (ONUSIDA), Veronique Collard (ONUSIDA), Cláudia Aguiar (MSF), Onésia Chitsembe (SERNAP), Maria Cacilda Manuel (SERNAP).

Produção de Mapas

Edna Zimba (INS), Rui Cossa (INS) e Orrin Tibérri (CDC)

Revisão Linguística

Maider Mavie (INS)

Agradecimentos

Thandie Harris (CNCS), Adelino Juga (CDC), Albano Matsinhe (MISAU), Ana Torrens (MSF), Artur Sulemane (Pathfinder), Cremilde Anli (SERNAP), Dulcídio Matusse (SERNAP), Josina Mussengue (CNCS), Nuno Gaspar (USAID), Paula Pateguana (CNCS), Raquel Cossa (MISAU), Susana Lorent (PEPFAR).

Design Gráfico

Moisés Gulele (TPC)

Revisão Gráfica e Impressão

M&N Serviços, Lda.

Este atlas contou com o apoio do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (PEPFAR), através dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) sob os termos de GH002021-2. Os resultados e conclusões deste boletim são da responsabilidade dos autores e não representam necessariamente a posição oficial das agências que financiaram o projecto (CDC e PEPFAR).

A primeira edição da série dos Atlas de HIV em Moçambique apresenta indicadores seleccionados de monitoria do HIV. A elaboração deste Atlas foi coordenada pela Plataforma de Observação para HIV do Observatório Nacional de Saúde (ONS).

ÍNDICE

Acrónimos	iv
Prefácio	1
Introdução	3
Metodologia	4
Seleção e tratamento dos Indicadores	4
Produção de Mapas	4
Como ler o Mapa	4
Fontes de Dados	4
Limitações	6
Resposta Nacional ao HIV/SIDA em Moçambique 1986 – 2018	7
1- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV	9
Total de Pessoas Vivendo com HIV	10
Crianças de 0-14 Anos Vivendo com HIV	11
Mulheres ≥ 15 Anos Vivendo com HIV	12
Homens ≥ 15 Anos Vivendo com HIV	13
Prevalência de HIV em Adultos ≥ 15 Anos	14
Risco Relativo de Incidência de HIV em Adultos ≥ 15 Anos	15
Novas Infecções por HIV em Adultos ≥ 15 Anos	16
Mulheres ≥ 15 Anos Vivendo com HIV e Novas Infecções em Mulheres ≥ 15 Anos	17
Homens ≥ 15 Anos Vivendo com HIV e Novas Infecções em Homens ≥ 15 Anos	18
Prevalência de HIV em Homens de 25-34 Anos e Número de Novas Infecções por HIV em Mulheres de 15-24 Anos	19
2 -CUIDADOS E TRATAMENTO	21
Cobertura do TARV em Mulheres ≥ 15 Anos	22
Cobertura do TARV em Homens ≥ 15 Anos	23
Cobertura do TARV em Crianças de 0-14 Anos	24
Novas Infecções por HIV e Novos Inscritos em TARV em Mulheres ≥ 15 Anos	25
Novas Infecções por HIV e Novos Inscritos em TARV em Homens ≥ 15 Anos	26
Retenção aos 12 Meses nos Cuidados TARV	27
Retenção aos 12 Meses nos Cuidados de TARV em Mulheres ≥ 15 Anos	28
Retenção aos 12 Meses nos Cuidados e TARV em Homens ≥ 15 Anos	29
Retenção aos 12 Meses nos Cuidados de TARV em Crianças de 0-14 Anos	30
Retenção aos 12 Meses nos Cuidados de TARV e Supressão Viral	31
Perfil da Supressão Viral	32
Supressão Viral de HIV em Mulheres ≥ 15 Anos	33
Supressão Viral de HIV em Homens ≥ 15 Anos	34
Supressão Viral de HIV em Crianças de 0-14 Anos	35
Proporção de Pacientes Aprovados para Segunda Linha de TARV	36
Retenção ao TARV aos 12 meses em Mulheres Grávidas e Lactantes e Positividade do PCR da Criança Exposta aos 9 meses	37
Supressão Viral de HIV em Mulheres Grávidas e Positividade do PCR em Menores de 2 Meses de idade	38
Cobertura da Colheita de PCR nas Crianças Expostas ao HIV em Menores de 2 Meses de Idade	39
Total de Mulheres HIV Positivas na CPN e Proporção de Mulheres Grávidas em TARV	40

3- PREVENÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS DA INFECÇÃO POR HIV	41
Positividade de HIV no Aconselhamento e Testagem em Saúde	42
Casos de Infecções de Transmissão Sexual Diagnosticados, Distribuição de Preservativos Masculino e Uso de Preservativo na Última Relação Sexual	43
Conhecimento do Seroestado à Entrada na Consulta Pré-Natal	44
Cobertura de Testagem e Positividade da Sífilis na Consulta Pré-Natal	45
Diagnóstico Definitivo Positivo em Relação as Novas Infecções Pediátricas Esperadas	46
Número de Vítimas de Violência Sexual que Iniciaram Profilaxia Pós-Exposição	47
Disponibilidade de Serviços de Profilaxia Pós-Exposição	48
Número de Pessoas que Receberam Profilaxia Pré-Exposição na Zambézia	49
Cobertura de Circuncisão nos Homens de 15-29 Anos	50
Positividade e Cobertura de Testagem de HIV em Homens que Fazem Sexo com Homens	51
Positividade e Cobertura de Testagem de HIV em Mulheres Trabalhadoras de Sexo	52
Positividade e Cobertura de Testagem de HIV em Pessoas que Injectam Drogas	53
Taxa de Positividade em População Reclusória nas Penitenciárias com Serviço de Testagem em HIV	54
4- INDICADORES DE SISTEMAS DE SAÚDE PARA RESPOSTA AO HIV	55
Pacientes em TARV e Percentagem de Clínicos Competentes	56
Rácio de Pacientes em TARV por Clínico Competente	57
Disponibilidade de Recursos Humanos Competentes para Cuidados de HIV nas US com TARV	58
Disponibilidade de Provedores de Apoio Psicossocial vs Activos em TARV	59
Unidades Sanitárias com Sistema Electrónico de Seguimento de Pacientes (SESP)	60
Glossário	61

Acrónimos

APSS	Apoio Psicosocial
ATIP	Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
ATS-C	Aconselhamento e Testagem em Saúde Comunitária
CCR	Consulta da Criança em Risco
CLC	Camionistas de Longo Curso
CM	Circuncisão Masculina
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
CPN	Consulta Pré-Natal
DPI	Diagnóstico Precoce Infantil
ETV	Eliminação de Transmissão Vertical
GATV	Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária
GTM	Grupo Técnico Multisectorial
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IBBS	Inquérito Integrado Biológico e Comportamental
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
MTS	Mulheres Trabalhadoras de Sexo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONS	Observatório Nacional de Saúde
ORHS	Observatório de Recursos Humanos em Saúde
PCR	Reacção em Cadeia da Polimerase (Polymerase Chain Reaction)
PEN	Plano Estratégico Nacional
PID	Pessoas que Injectam Drogas
PNC ITS-HIV/SIDA	Programa Nacional de Controle de ITS HIV/SIDA
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RHS	Recursos Humanos para Saúde
SESP	Sistema Electrónico de Seguimento de Pacientes
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS-MA	Sistema de Informação em Saúde para Monitoria e Avaliação
SMI	Saúde Materno-Infantil
TARV	Tratamento Antiretroviral
TMG	Técnico de Medicina Geral
UATS	Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde
US	Unidade Sanitária

PREFÁCIO

O Atlas de Indicadores Seleccionados de Monitoria do HIV em Moçambique , 2018 , representa a primeira edição da série de Atlas de Indicadores de HIV no país, tendo sido concebido e produzido pela Plataforma de Observação para HIV do Observatório Nacional de Saúde (ONS). Pretende -se que o Atlas seja produto regular da Plataforma de Observação para HIV , com periodicidade bienal , enquadrado no Plano Operacional do ONS. Com este Atlas , a Plataforma de Observação para HIV presta um importante contributo na geração de evidência para a tomada de decisão na área do HIV em Moçambique , particularmente numa etapa em que o país está a intensificar várias intervenções para o alcance das metas de 90-90-90.

A Plataforma de Observação para HIV foi criada no âmbito do ONS com a missão de fazer observação sistemática e gerar evidência sobre o HIV e seus determinantes, a partir de fontes primárias e multidisciplinares de dados gerados em Moçambique, não só ao nível do sector da Saúde, mas também com recurso a dados sócio-económicos e demográficos gerados por outros sectores. O objectivo fundamental é melhorar o conhecimento sobre a epidemia do HIV em Moçambique, incluindo os seus determinantes sociais.

Melhorar a compreensão do estado actual da epidemia do HIV em Moçambique e seus determinantes é crucial para planificar a resposta nacional ao HIV, permitindo aos gestores, implementadores, decisores e formuladores de políticas de saúde determinar melhores estratégias e direccionar recursos apropriados para se alcançar o almejado controlo da epidemia.

Este Atlas utilizou, pela primeira vez, informação de nível distrital, permitindo uma melhor visualização de heterogeneidade espacial de vários indicadores-chave, contribuindo para uma análise mais desagregada dos vários indicadores e melhor compreensão das inequidades geográficas dentro das Províncias. Contudo, a rápida dinâmica dos indicadores leva com que a Plataforma de HIV do ONS actualize este Atlas a cada 2 anos.

A concepção e elaboração do Atlas contou com valiosa contribuição de vários profissionais e instituições , pelo que em nome do Comité Consultivo do ONS endereçamos os nossos agradecimentos pelo seu contributo inestimável, e ao Grupo Técnico de elaboração deste Atlas pela informação aqui trazida.

Maio de 2020

O Co-Presidente do Observatório Nacional de Saúde



Illesh V. Jani, MD, PhD.

Director-Geral do Instituto Nacional de Saúde



INTRODUÇÃO

Moçambique é um dos países mais afectados pela epidemia do HIV/SIDA no mundo, com uma prevalência de HIV de 13.2% em adultos dos 15 aos 49 anos. A prevalência do HIV é maior nas mulheres (15.4%) em relação aos homens (10.1%). Estima-se que em 2018 cerca de 2.2 milhões de moçambicanos viviam com a infecção pelo HIV. O país tem vindo a expandir os serviços de Tratamento Antiretroviral (TARV) e até finais de 2018 existiam 1455 Unidades Sanitárias (US) a prover TARV, correspondendo a 89% das US existentes no país.

O país comprometeu-se a alcançar até 2020 as metas globais 90-90-90: 90% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) devem conhecer o seu estado serológico, destas 90% devem estar em tratamento e 90% das pessoas em tratamento devem alcançar a supressão viral; o compromisso inclui ainda a eliminação da epidemia de HIV até 2030. Embora tenham sido registados progressos assinaláveis no combate a epidemia de HIV, o país ainda está longe de alcançar as metas globais. Em 2018, 73% das PVHIV conheciam o seu seroestado, 55% estavam em TARV e somente 32% das PVHIV tinham alcançado a supressão viral.

Mesmo considerando que em Moçambique a epidemia de HIV seja generalizada, existem variações geográficas associadas à epidemiologia, em parte devido a inequidades sociais e de acesso e uso dos serviços de saúde, incluindo serviços comunitários. Há ainda a considerar factores geográficos que favorecem a alta transmissão como distribuição e dispersão dos grupos de alto risco e populações vulneráveis. Hoje entende-se melhor que o contexto local da epidemia, incluindo seus determinantes e indicadores programáticos devem ser considerados nos processos de planificação de políticas e intervenções multissectoriais para o controlo do HIV. Neste contexto, a geração de evidência geospacial com desagregação até ao nível distrital de vários indicadores de monitoria do HIV permitirá com que gestores e planificadores tomem decisões mais apropriadas ao contexto local de cada distrito ou comunidade tendo em consideração o seu contexto sócio-económico e cultural.

Para melhorar o conhecimento actual sobre a epidemia do HIV no país é necessária uma constante monitoria da epidemia para identificar as inequidades e heterogeneidade geográficas com vista a assegurar que nenhuma população ou comunidade fique para trás rumo as metas nacionais de controlo e eliminação do HIV no país.

Este Atlas é apresentado sob a forma de um atlas geográfico de Moçambique, com a representação de indicadores seleccionados de HIV em forma de mapas e é composto por 47 mapas de nível distrital, agrupados em 4 capítulos:

- Indicadores Epidemiológicos
- Indicadores de Cuidados e Tratamento
- Indicadores de Prevenção e Determinantes Sociais
- Indicadores de Sistemas de Saúde

Seleção e tratamento dos Indicadores

Os indicadores apresentados neste atlas foram seleccionados com base na relevância programática e epidemiológica e de acordo com a disponibilidade dos mesmos, de modo a trazer informação que permita a compreensão do estado actual da epidemia e da resposta nacional. Os indicadores foram estratificados em quatro componentes principais: *Perfil Epidemiológico; Cuidados e Tratamento; Prevenção e Determinantes de Saúde; e Sistemas de Informação em Saúde*. Para cada uma destas componentes identificou-se os indicadores importantes a serem representados e as respectivas fontes de dados para cada indicador. Posteriormente procedeu-se a limpeza e preparação dos dados correspondentes num formato apropriado para a produção de mapas. Os mapas gerados foram verificados, revistos e aprovados pelos sub-grupos técnicos.

O Atlas corresponde ao ano 2018, salvo se indicado outro período no mapa.

Produção de Mapas

Todos os mapas foram gerados usando o software ArcGIS for Desktop, na Versão 10.2 (2013). Este pacote fornece um conjunto de aplicativos computacionais dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG), desenvolvido pela empresa norte americana ESRI (*Environmental Systems Research Institute*) que fornece ferramentas avançadas para análise espacial e manipulação de dados cartográficos. O ArcGIS é um software comercial, que comporta um modelo de dados próprios denominados Geodatabase. Este software trabalha com um modelo de dados vectoriais em formato de shapefiles, que contêm segmentos de pontos, linhas e polígonos, bem como com dados matriciais (*raster*). Os mapas temáticos foram produzidos no *ArcMap*, que é um módulo do *ArcGIS*, responsável pelo processamento, edição, visualização, análise espacial e por fim criação dos mapas.

Como ler o Mapa

Todos os mapas são compostos por um título indicando o conteúdo da informação representada no mapa e por uma legenda com duas a cinco classes de categorização do respectivo indicador. O número de distritos ou US correspondentes a cada classe da legenda são indicados entre parêntesis na legenda. O mapa é acompanhado por uma breve descrição que fornece informação adicional sobre o(s) indicador(es) representado(s) no mapa.

Fontes de Dados

Este atlas usa dados de diversas fontes. Alguns indicadores foram calculados pela equipa técnica a partir de dados primários obtidos das respectivas fontes. As seguintes fontes e bases de dados foram usadas:

- a. ***Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação (SIS-MA)*** - introduzido em 2016 pelo Ministério da Saúde, é um sistema de informação baseado na tecnologia open-source específica denominada *District Health Information System (DHIS2)*. Este sistema recolhe dados programáticos de rotina de diversos programas e serviços de saúde, incluindo HIV, ao nível da Unidade Sanitária (US). É o principal sistema de monitoria e avaliação de indicadores de saúde.
- b. ***Monitoring, Evaluation, and Reporting Indicators (MER)*** – Os indicadores de Monitoria, Avaliação e Reporte (MER) são usados globalmente pelo Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos da América para o Alívio do SIDA (PEPFAR) para monitorar o progresso de várias actividades do Programa de HIV/SIDA nos países apoiados pelo PEPFAR. Apenas

os serviços de saúde apoiados pelo PEPFAR reportam os indicadores do MER. Os dados do MER são agregados e colhidos a nível das US, portanto, não é possível rastrear indivíduos específicos por meio destes indicadores. Para mais informações consulte a página: <https://www.pepfar.gov/documents/organization/263233.pdf>

- c. **DISA** - é um sistema electrónico de gestão de informação laboratorial que permite aos laboratórios o registo e gestão de pedidos de testes, dos resultados e emissão de Atlases dos testes. Em Moçambique é a fonte de dados laboratoriais para testes de carga viral. O DISA é baseado no sistema *Open Laboratory Data Repository (OpenLDR)*. As Províncias de Manica, Sofala e Inhambane processam uma parte dos testes de carga viral nos laboratórios geridos pelo Sant' Egidio (DREAM Lab) na Cidade da Beira, Sofala. Neste atlas foram usados dados de carga viral dos laboratórios geridos pelo Sant' Egidio para as Províncias de Manica e Inhambane devido ao maior volume de testes reportados neste sistema, e para Sofala foram usados dados registados no DISA pelos mesmos motivos.
- d. **Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2015)** - é um inquérito de base populacional (agregados familiares) que foi realizado em 2015. O inquérito colheu dados sobre comportamentos sexuais, conhecimentos relacionados com o HIV, testagem e prevalência de HIV entre pessoas dos 15 a 59 anos.
- e. **HIV Estimation (HIVE)** - o HIVE é um modelo geoespacial para estimativas de HIV desenvolvido pela ONUSIDA (Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/SIDA) com apoio técnico do Imperial College London, para melhor explicar a variação geográfica da epidemia de HIV no nível subnacional. O modelo HIVE de 2019 fornece estimativas de indicadores epidemiológicos a nível de distrito para 2018. Os indicadores incluem número de PVHIV, risco relativo de incidência, número de novas infecções, prevalência de HIV. As entradas no modelo HIVE incluem dados das estimativas do Spectrum, DHS, vigilância sentinela, dados de rotina da Consulta Pré-Natal (CPN), coordenadas geográficas, censo e co-variáveis como correcção de viés da CPN, luzes nocturnas, vegetação, acessibilidade. Pode obter mais informações sobre o HIVE na página: <http://www.epidem.org/>
- f. **Spectrum** - é um sistema de modelos de políticas que dá suporte a análise, planificação e apoio para programas de saúde. É usado para projectar futuras necessidades e examina os efeitos das opções de políticas. Este software usa dados da vigilância de HIV, dos inquéritos e dos programas, combinados com dados demográficos para gerar tendências históricas e projecções de curto-prazo de indicadores-chave. Estes indicadores, incluindo o número de pessoas a viver com HIV, a mortalidade devido ao SIDA e a cobertura de tratamento são úteis para avaliar as tendências epidémicas e o impacto global da resposta, assim como para a planificação de futuros serviços de cuidados e necessidades farmacêuticas.
- g. **Inventário de Infraestruturas, Recursos Humanos, Equipamentos e Serviços de Saúde (SARA 2018)** – realizado em 2018 a nível nacional nas US, instituições de formação de saúde e infraestruturas administrativas de saúde para colher informação sobre a prontidão e disponibilidade de Infraestruturas, Recursos Humanos, Equipamentos e Provisão de Serviços de Saúde.
- h. **Sistema de Informação Integrado de Recursos Humanos da Saúde (e-SIP Saúde)** - é um sistema criado sobre a base dos sistemas do Governo (eCAF) que reporta dados sobre recursos humanos para saúde, bem como dados de formação inicial (matriculados e graduados) e formação contínua (em serviço). A sua arquitectura contempla também a ligação com o sistema de pagamento de salário (eFolha) e com o Sistema de Informação de Saúde (SIS). Estão cadastradas apenas instituições públicas (do Serviço Nacional de Saúde).
- i. **Ferramenta para Estimativas do Tamanho das Populações-Chave** - Neste Atlas são apresentadas as estimativas de tamanho para as populações-chave em 2017, nomeadamente Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS), Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) e Pessoas que Injectam Drogas (PID). Dada a falta de um padrão-ouro, uma metodologia de

triangulação foi usada para combinar dados de várias fontes para produzir estimativas de tamanho da população-chave a nível distrital para MTS, HSH e PID, incluindo o número destas populações-chave infectadas por HIV.

Nesta análise foram incluídos dados do Censo de 2017 como denominador da população geral por distrito, estimativa do tamanho da população e prevalência de HIV dos Inquéritos Biológicos e Comportamentais (IBBS) entre a população chave (2011-2014), prevalência de HIV, tendo em conta a desagregação província/urbano/rural do IMASIDA e revisão de literatura regional sobre a estimativa do tamanho da população de MTS, HSH e PID.

Para as cidades onde o IBBS foi realizado gerou-se a mediana a partir da estimativa do tamanho da população dos IBBS e da literatura. O número da população-chave urbana infectada com o HIV foi calculado usando estimativas de prevalência do HIV provenientes dos inquéritos do IBBS multiplicada pela estimativa do tamanho da população das áreas urbanas na região correspondente. Para obter uma estimativa da população-chave infectada pelo HIV nas áreas rurais, a razão de prevalência regional do HIV rural/urbana do IMASIDA foi aplicada. Os resultados foram validados pelas partes interessadas que trabalham com população-chave no país.

- j. *Mozambique Antiretroviral Therapy (MozART)*** - o MozART é uma base de dados longitudinal, ao nível do paciente (Sistema Electrónico de Seguimento de Pacientes – SESP), de pessoas em cuidados para HIV com dados não identificatórios do paciente. Este sistema reporta dados apenas das US com SESP e contém o registo do histórico médico do paciente, incluindo informações clínicas e de tratamento como a data início do TARV e o regime terapêutico, os resultados dos testes de CD4 e de carga viral, retenção ao TARV, entre outros. Até Dezembro de 2018, existiam 734 US com SESP correspondendo a aproximadamente 50% de todas US com TARV. Contudo, em termos de cobertura de pacientes em TARV estima-se que o SESP cubra cerca de 82% de pacientes, uma vez que um dos critérios usados para a instalação do SESP numa US foi número de pacientes em TARV maior que 500 pacientes.

LIMITAÇÕES

As principais limitações referem-se à qualidade dos dados primários, sobretudo à escassez dos dados. Distritos sem dados para alguns indicadores são indicados como sem informação.

A falta de padrões de referência para a definição das classes utilizadas na legenda para a representação dos indicadores em mapas constituiu uma limitação. Para tal, os autores utilizaram o melhor do seu julgamento baseando-se na revisão da literatura e metas nacionais ou globais para alguns indicadores para criar classes de legenda.

Até a altura da finalização deste Atlas as projecções populacionais com base no Censo 2017 para os distritos não estavam disponíveis.

**RESPOSTA NACIONAL
AO HIV/SIDA
EM MOÇAMBIQUE
1986 – 2018**

Perfil Epidemiológico do HIV

A compreensão do peso e dos padrões de transmissão do HIV é crucial para a monitoria da epidemia em Moçambique. Essas informações podem orientar no controlo da epidemia. Além disso, entender a epidemia com um nível de desagregação geográfica maior, utilizando dados georreferenciados mais precisos, ajuda a direccionar os serviços e intervenções, e identificar as áreas críticas onde é necessário intensificar as intervenções de prevenção.

Este capítulo ilustra vários indicadores sobre o perfil epidemiológico, que foram gerados pelo modelo geoespacial do HIVE.

Compõem este capítulo, os seguintes indicadores:

- Pessoas Vivendo com HIV
- Prevalência de HIV
- Número de novas infecções
- Risco Relativo de Incidência de HIV

Estes indicadores são desagregados também por idade e sexo sempre que aplicável.

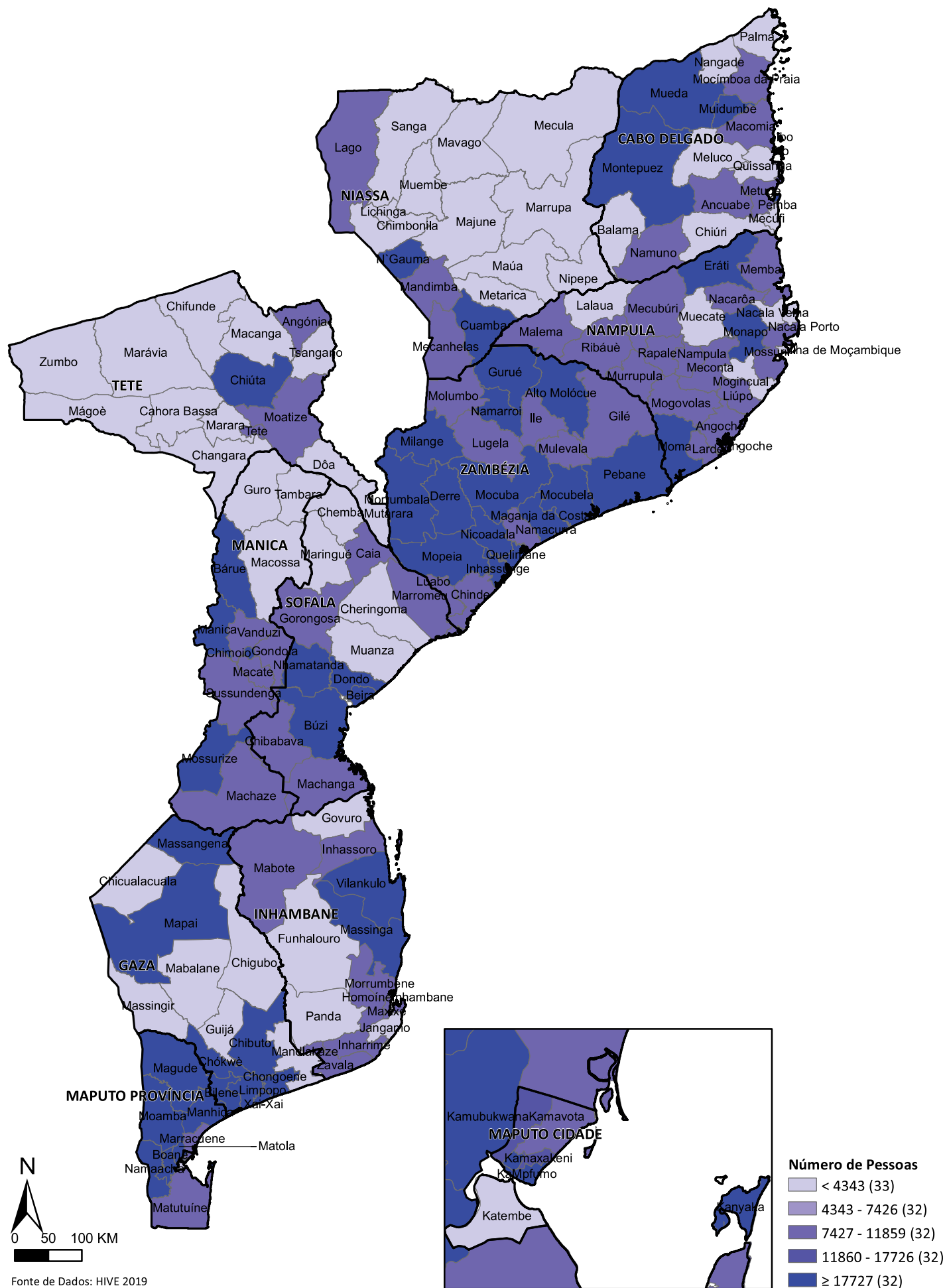
O Número de PVHIV é um indicador fundamental para estimar o peso do HIV que reflecte as pessoas infectadas pelo HIV, independentemente do conhecimento do seu estado de infecção. Em 2018, aproximadamente 2.2 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV, e destes, cerca de 6.6% eram crianças dos 0 aos 14 anos. A distribuição das PVHIV varia consideravelmente entre os limites geográficos do país. Existem mais mulheres VHIV (61%) em relação a homens VHIV (39%).

A Prevalência de HIV desagregada ao nível distrital foi calculada usando o modelo de HIVE. Neste modelo a prevalência de HIV é de aproximadamente 12.6%, sendo que as mulheres apresentam uma prevalência mais alta que os homens, com 15.1% infectadas comparando com 10% para os homens. Estas estimativas são semelhantes aos resultados do IMASIDA 2015 (Inquérito de Indicadores de Imunização de Malária e HIV/SIDA) que estimou uma prevalência nacional de HIV de 13.2% entre indivíduos dos 15 a 49 anos, com uma prevalência de 15.1% em mulheres e 10.1% nos homens.

Outro indicador importante é o **Número de Novas Infecções** que ocorreram no país, que é um indicativo de transmissão contínua. Estima-se que em 2018 tenham ocorrido 128.000 novas infecções por HIV em indivíduos maiores de 15 anos, sendo que, a maioria das infecções (57%) ocorreram em mulheres. Entre as mulheres, mais da metade das novas infecções ocorreu em mulheres de 15 a 24 anos, uma faixa etária importante para monitoria e medição de progresso no controlo de epidemias.

O Risco Relativo de Incidência é um indicador de novas transmissões do HIV em cada distrito. Os resultados deste sugere maior risco de novas infecções nas províncias do Sul do país, mas também indica o risco relativo mais alto em alguns distritos das províncias da Zambézia, Nampula e Cabo Delgado. A análise de triangulação de PVHIV e novas infecções indica que tanto para homens como para mulheres estão a ocorrer em áreas com maior densidade de PVHIV.

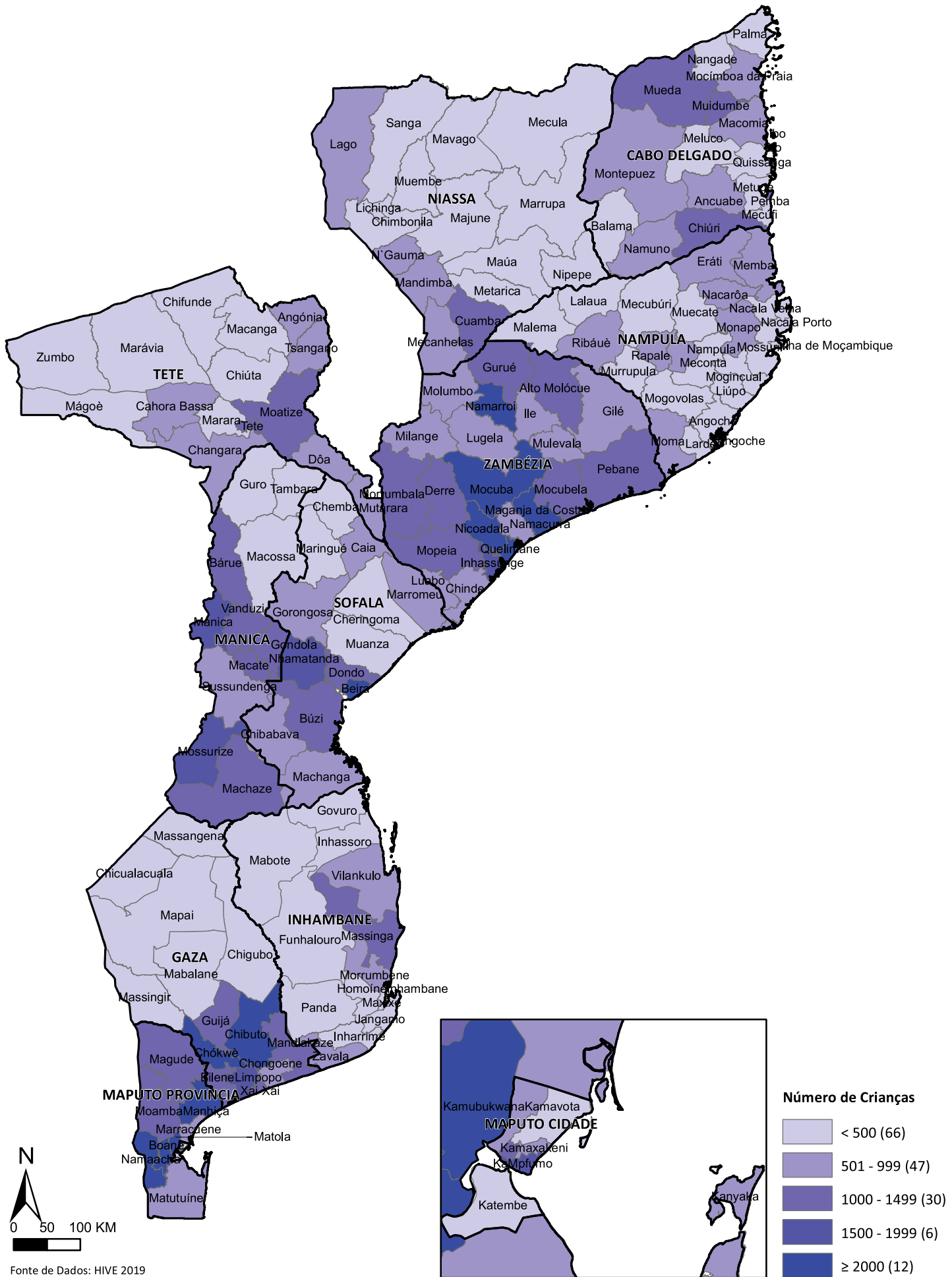
Total de Pessoas Vivendo com HIV



Em 2018, cerca de 2.2 milhões de Pessoas Viviam com o HIV (PVHIV) em Moçambique.

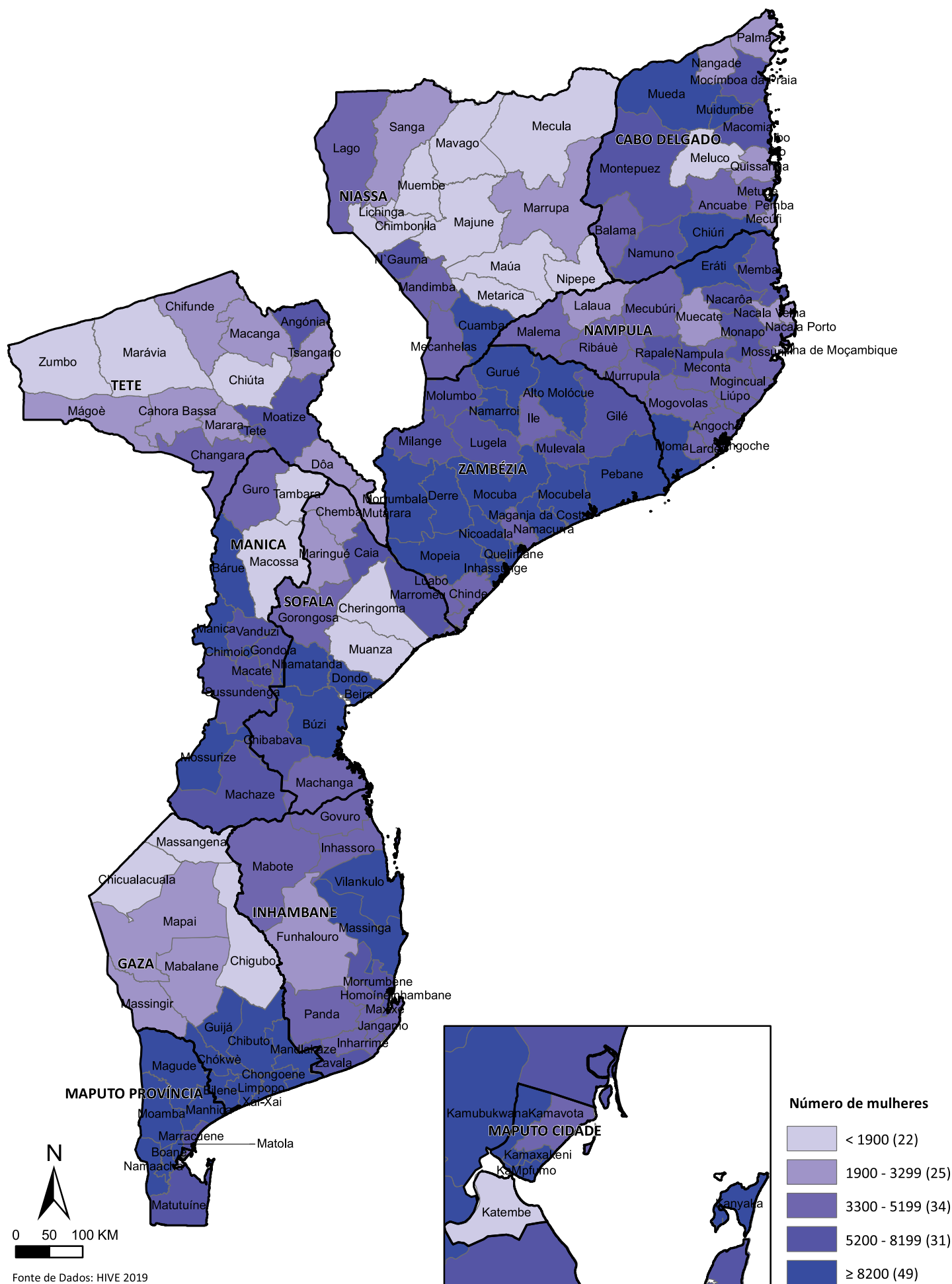
Os distritos com mais PVHIV encontram-se na Zambézia, norte de Nampula, noroeste de Cabo Delgado ao longo do corredor Beira-Chimoio, Maputo Província e Maputo Cidade. Tete, Niassa e centro de Gaza têm um número relativamente menor de PVHIV.

Crianças de 0-14 Anos Vivendo com HIV



Estima-se que em 2018 cerca de 144 000 crianças viviam com o HIV em Moçambique, o que representa 6.5% do total das PVHIV.

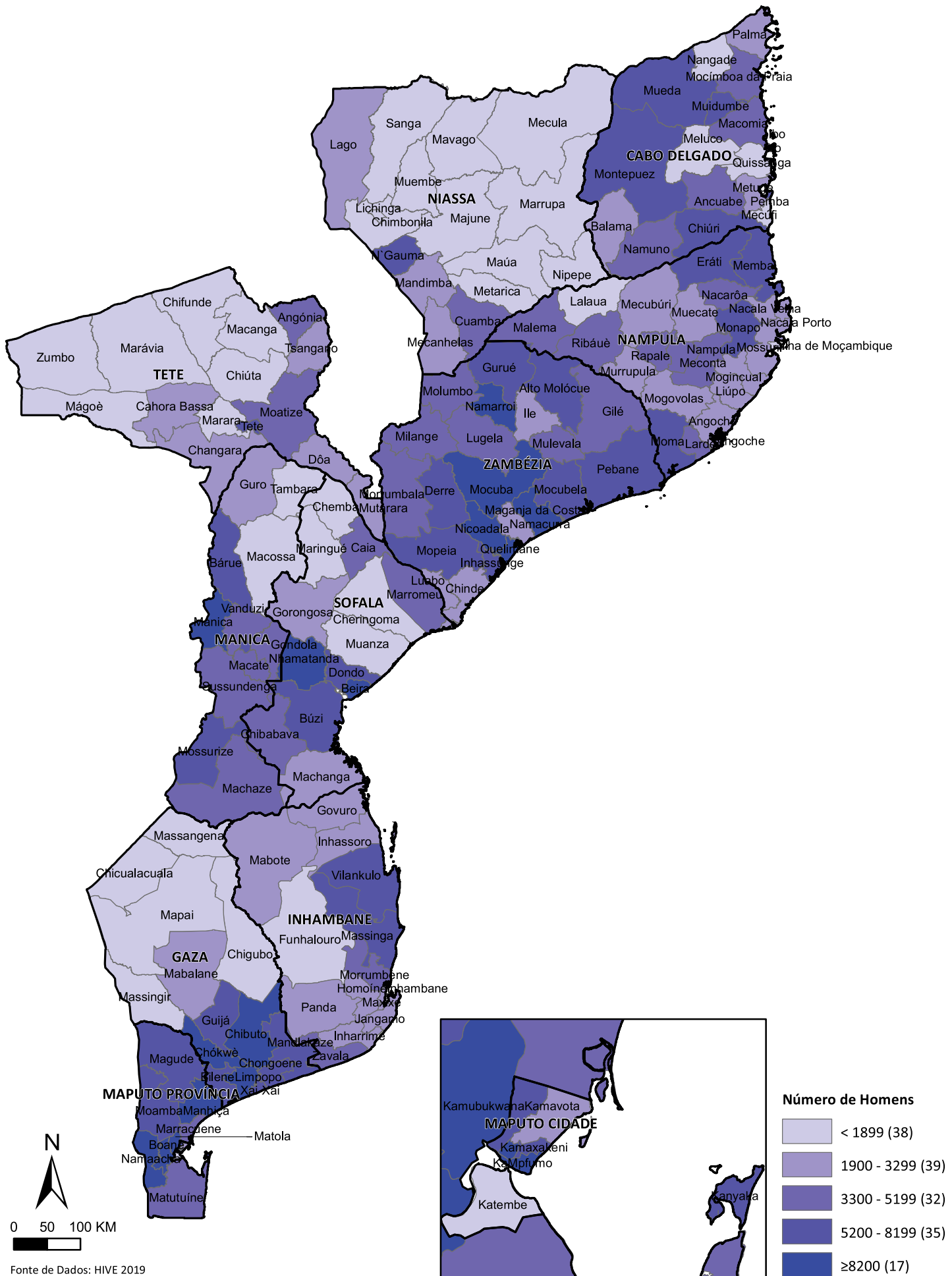
Mulheres ≥ 15 Anos Vivendo com HIV



As mulheres carregam o maior fardo da epidemia do HIV em Moçambique. Estima-se que 1.241.000 mulheres ≥ 15 anos viviam com o HIV a nível nacional (56.4% de todas as PVHIV) em 2018.

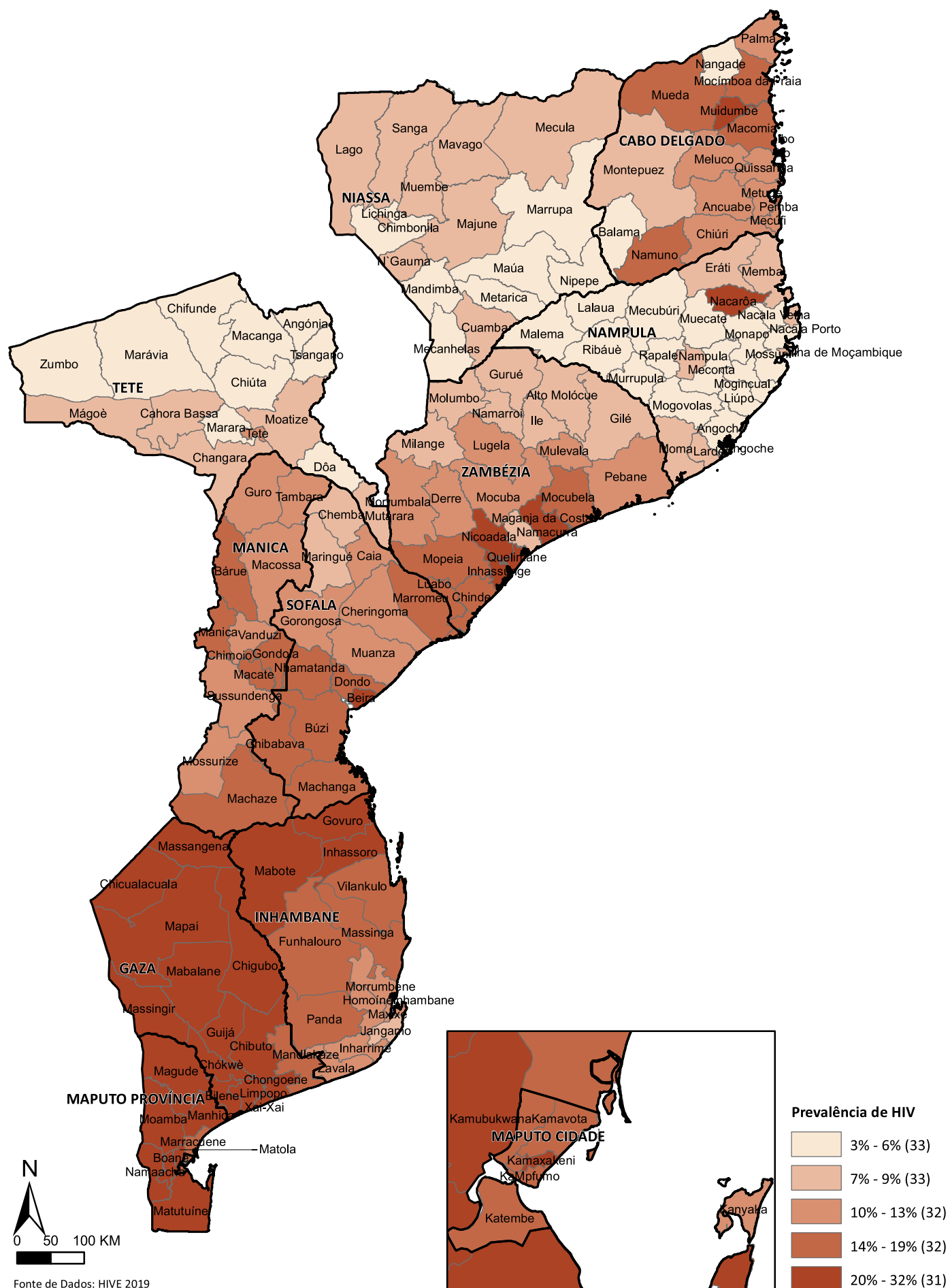
O distrito da Matola, na Província de Maputo, com cerca de 110.000 mulheres infectadas, seguido da Beira na província de Sofala com 46.000 mulheres e o distrito Municipal de Kampfumo com 29.000 mulheres apresentam o maior fardo da doença nas mulheres.

Homens ≥15 Anos Vivendo com HIV



Embora em menor número comparativamente as mulheres, os homens vivendo com o HIV são um fardo significativo. Estima-se 798.000 homens infectados, representando 36.3% de todas as PVHIV em 2018. A distribuição geográfica de homens HIV infectados é semelhante à das mulheres. Os distritos com o maior número de homens que vivem com o HIV são os distritos da Matola com 82.000 e cidade da Beira com 28.000.

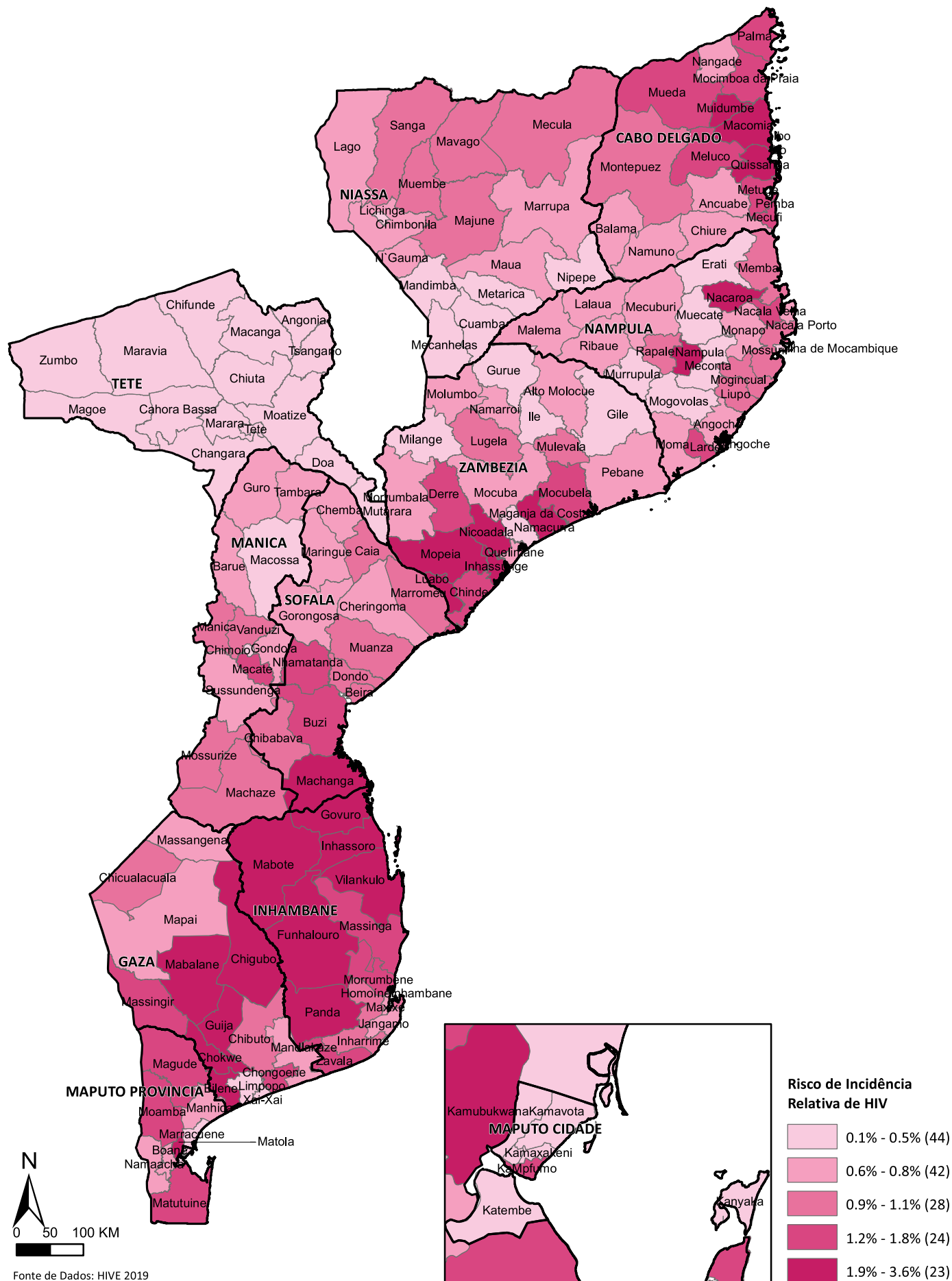
Prevalência de HIV em Adultos ≥15 Anos



A prevalência do HIV varia por distritos, de 3.4% a 31.8%. Os distritos com maior prevalência concentram-se no Sul do país, em Gaza e Maputo Província. A alta prevalência nestas áreas é comparável à situação em alguns países da região, como é o caso de Kwa-Zulu-Natal, na África do Sul e Eswatini, áreas de alto intercâmbio populacional com Moçambique.

Em Cabo Delgado, que é uma área de turismo e comércio crescente, com alto movimento populacional, nota-se também uma alta prevalência em vários distritos. A prevalência é relativamente baixa nas províncias de Niassa e Tete.

Risco Relativo de Incidência de HIV em Adultos ≥ 15 Anos



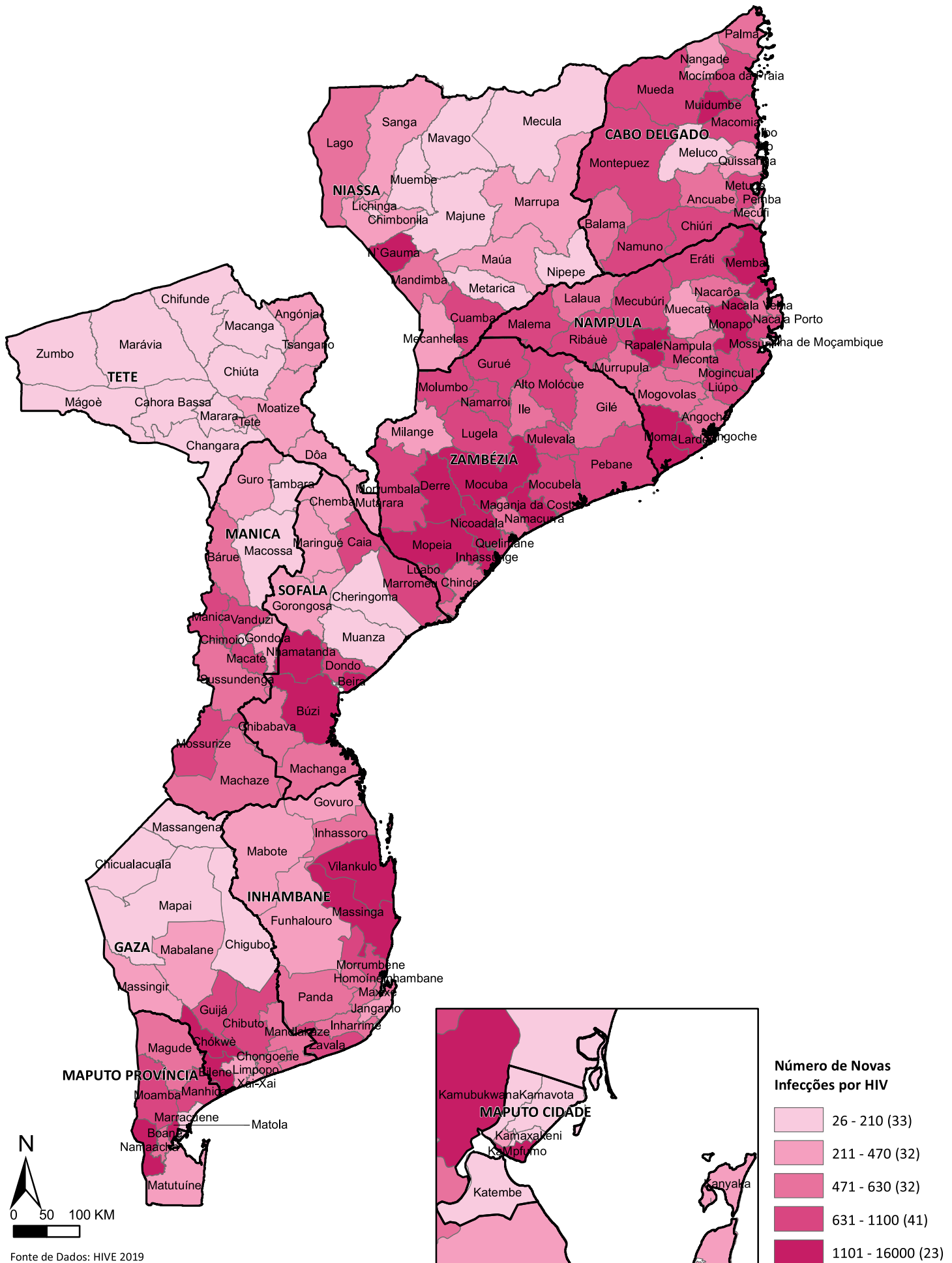
O risco relativo de incidência de HIV representa a incidência anual de novas infecções pelo HIV em relação à média nacional dos distritos.

Os distritos com valores abaixo de 1.0 têm menor risco de novas infecções do que a média nacional, enquanto que distritos com valores acima de 1.0 têm maior risco do que a média nacional.

As diferenças dependem principalmente da distribuição de indivíduos com carga viral detectável, mas não consideram factores comportamentais ou estruturais que afectam o risco.

Áreas de alto risco de incidência, como a maioria dos distritos da Província de Inhambane, correspondem com áreas de baixa cobertura de TARV nos homens.

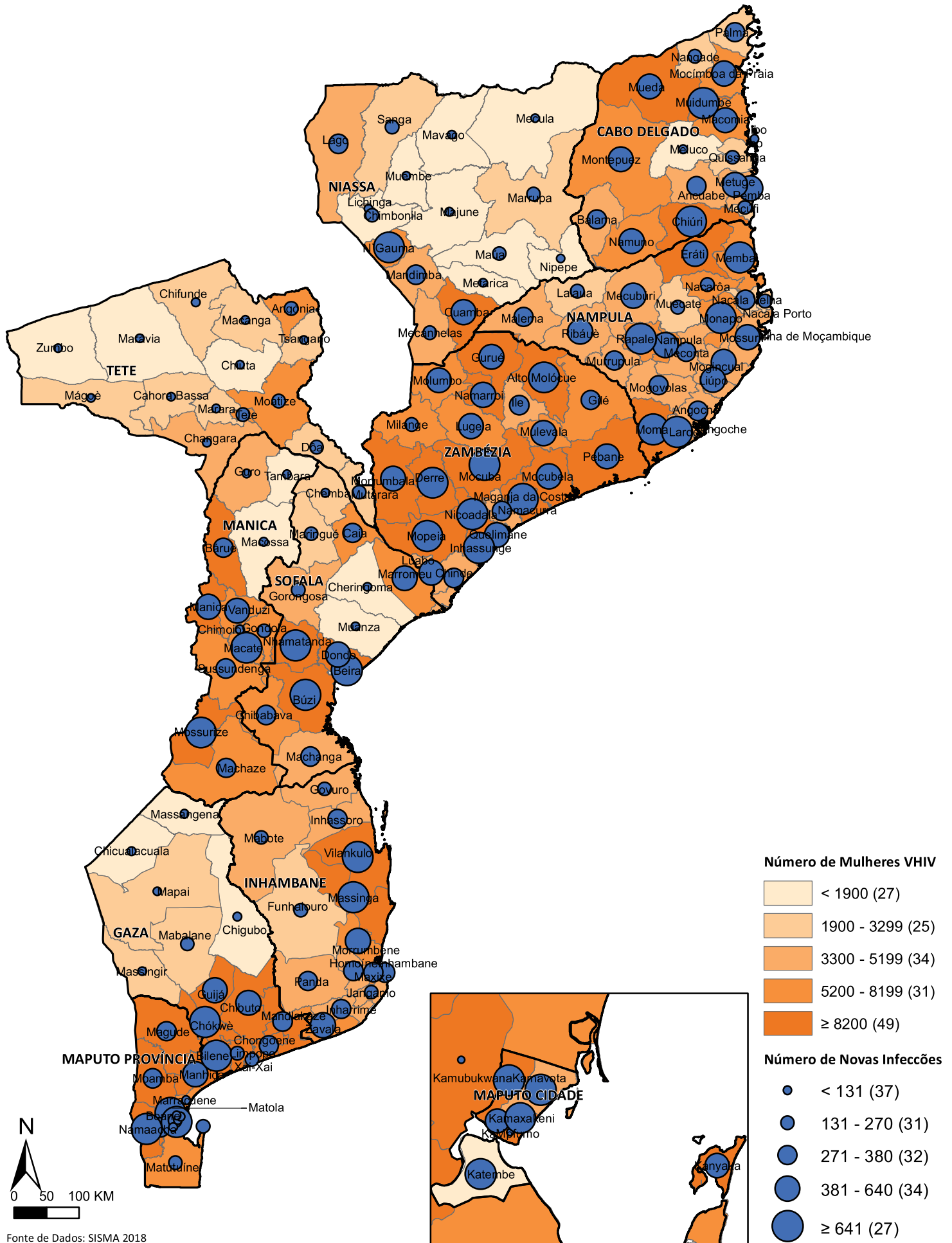
Novas Infecções por HIV em Adultos ≥15 Anos



Fonte de Dados: HIVE 2019

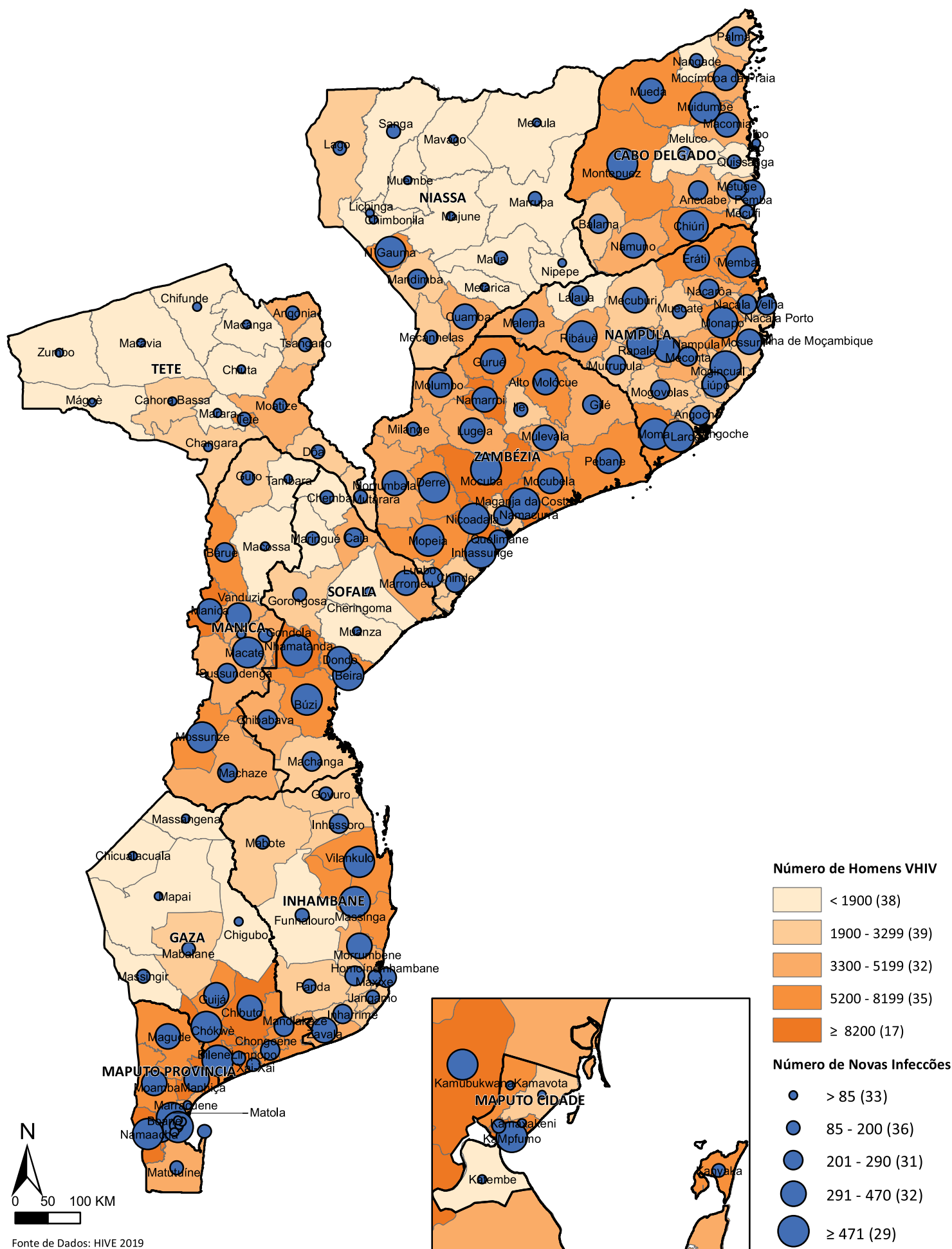
Em 2018, foram estimadas 128.000 novas infecções em pessoas com idade ≥ 15 anos. No global, o padrão geográfico das novas infecções segue uma distribuição similar ao número de pessoas vivendo com HIV. O distrito da Matola é uma exceção, tem maior número de novas infecções, com 16.000 quando se compara com 3.500 novas infecções no distrito Municipal de Kampfumo, o distrito com o segundo maior número de novas infecções.

Mulheres ≥ 15 Anos Vivendo com HIV e Novas Infecções em Mulheres ≥ 15 Anos



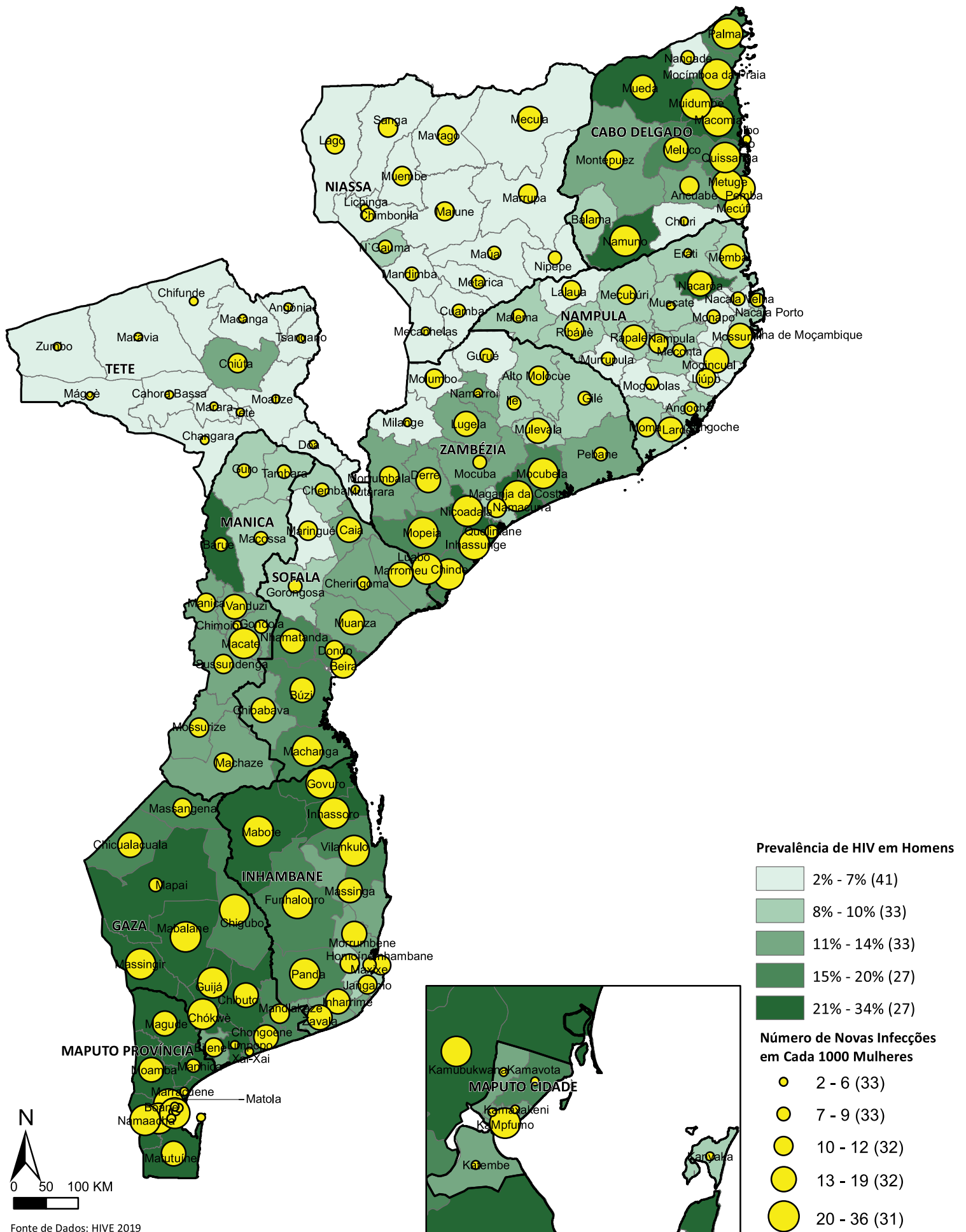
A distribuição geográfica das Mulheres Vivendo com HIV e novas infecções geralmente são semelhantes, pois ambos indicadores estão relacionados ao tamanho da população. Estima-se que em 2018 tenham ocorrido cerca de 74.000 novas infecções em mulheres. O maior número de novas infecções ocorreu em áreas com número elevado de mulheres vivendo com HIV. As províncias de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, e Maputo Província tiveram o maior número de novas infecções em 2018.

Homens ≥ 15 Anos Vivendo com HIV e Novas Infecções em Homens ≥ 15 Anos



A distribuição geográfica dos Homens Vivendo com HIV e novas infecções é similar ao que acontece com as mulheres, apesar do número de novas infecções em homens ser menor. Estima-se que em 2018 tenham ocorrido 55.240 novas infecções em homens.

Prevalência de HIV em Homens de 25-34 Anos e Número de Novas Infecções por HIV em Mulheres 15-24 Anos



Mulheres jovens de 15 a 24 anos são uma população vulnerável a novas infecções por HIV. A transmissão pode ocorrer através de relacionamentos intergeracionais.

O mapa mostra que áreas de maior prevalência de HIV entre homens de 25 a 34 anos também apresentam altas taxas de novas infecções entre mulheres jovens. A taxa de novas infecções (em cada 1000 mulheres) foi calculada dividindo o número de novas infecções pelo tamanho da população feminina.

2

Cuidados e Tratamento

Com apoio de programas como PEPFAR e Fundo Global para o Combate a SIDA, Malária e Tuberculose, Moçambique alcançou avanços significativos na luta contra HIV/SIDA nos últimos 10 anos. Por exemplo, o número de US que oferecem TARV a nível nacional aumentou significativamente atingindo 1455 US TARV até Dezembro de 2018, o que corresponde a uma cobertura de quase 90% de todas as US do país. Além disso, o número de pessoas em TARV aumentou aproximadamente quatro vezes, de 309 mil em 2012 para 1.2 milhões em 2018. A estratégia Testar e Iniciar recomendada pela OMS, implementada no país desde Agosto de 2016, foi uma das principais impulsionadoras do acesso a testagem e cuidados e tratamento de HIV.

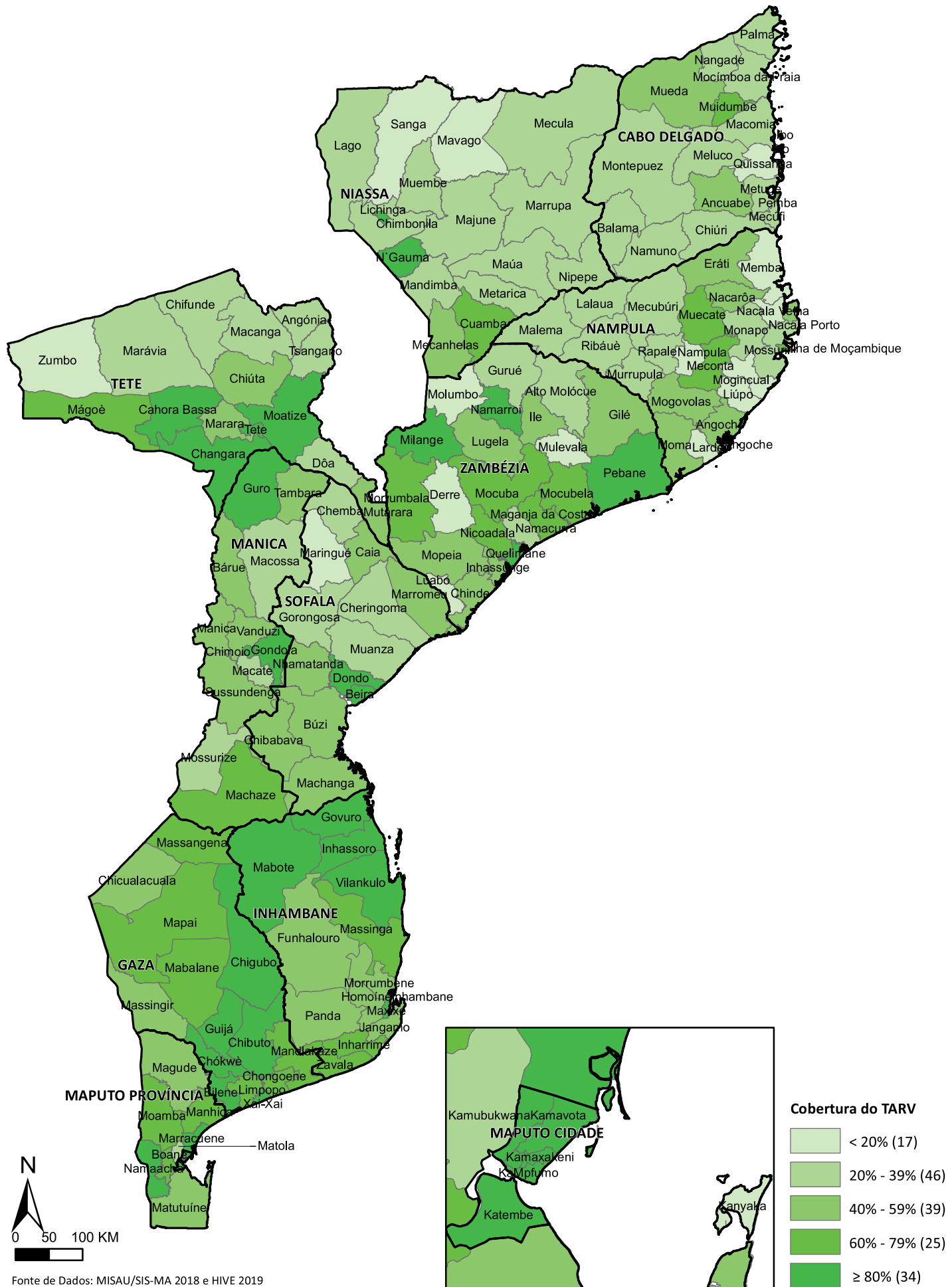
A testagem de carga viral, uma das formas de monitorar o TARV, foi expandida com o Testar e Iniciar para todas as províncias, atingindo uma “cobertura” nacional de 51% em 2018. A supressão viral do HIV (carga viral < 1000 cópias/ml), um dos principais indicadores de sucesso no tratamento antirretroviral no paciente, foi de 73% no mesmo ano.

A retenção nos cuidados TARV (particularmente a retenção aos 12 meses) é um indicador importante para se avaliar a adesão dos pacientes ao longo do tempo. A retenção nos cuidados reportada no presente Atlas foi estimada a partir da avaliação de uma coorte de pacientes com início em Janeiro a Dezembro de 2017, sendo que a avaliação da retenção foi de 12 meses. No ano de 2018, a taxa de retenção aos 12 meses foi de 68%.

A Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) é uma estratégia implementada pelo MISAU desde 2002. Em 2011 o MISAU estabeleceu que o TARV na mulher grávida e lactante vivendo com HIV fosse para toda a vida. Esta abordagem esteve alinhada a iniciativa Global de Eliminação da Transmissão Vertical (ETV) cujos objectivos são a redução da transmissão vertical (TV) para menos de 5%. Em Junho de 2013 teve início a implementação da Opção B+ (TARV Universal para mulheres grávidas e lactantes) no país. Em 2018, 93% das US que estavam a oferecer os serviços de PTV, 97% das US oferecia TARV a mulheres grávidas (opção B+).

O Diagnóstico Precoce Infantil (DPI) é essencial para garantir o início atempado do TARV e assegurar a sobrevivência da criança infectada pelo HIV. Em 2006 foi introduzida a colheita de sangue para o DPI usando o teste Polimerase Chain Reaction (PCR), e em 2018, cerca de 78% das crianças expostas fizeram PCR antes dos 2 meses de vida.

Cobertura do TARV em Mulheres ≥ 15 Anos

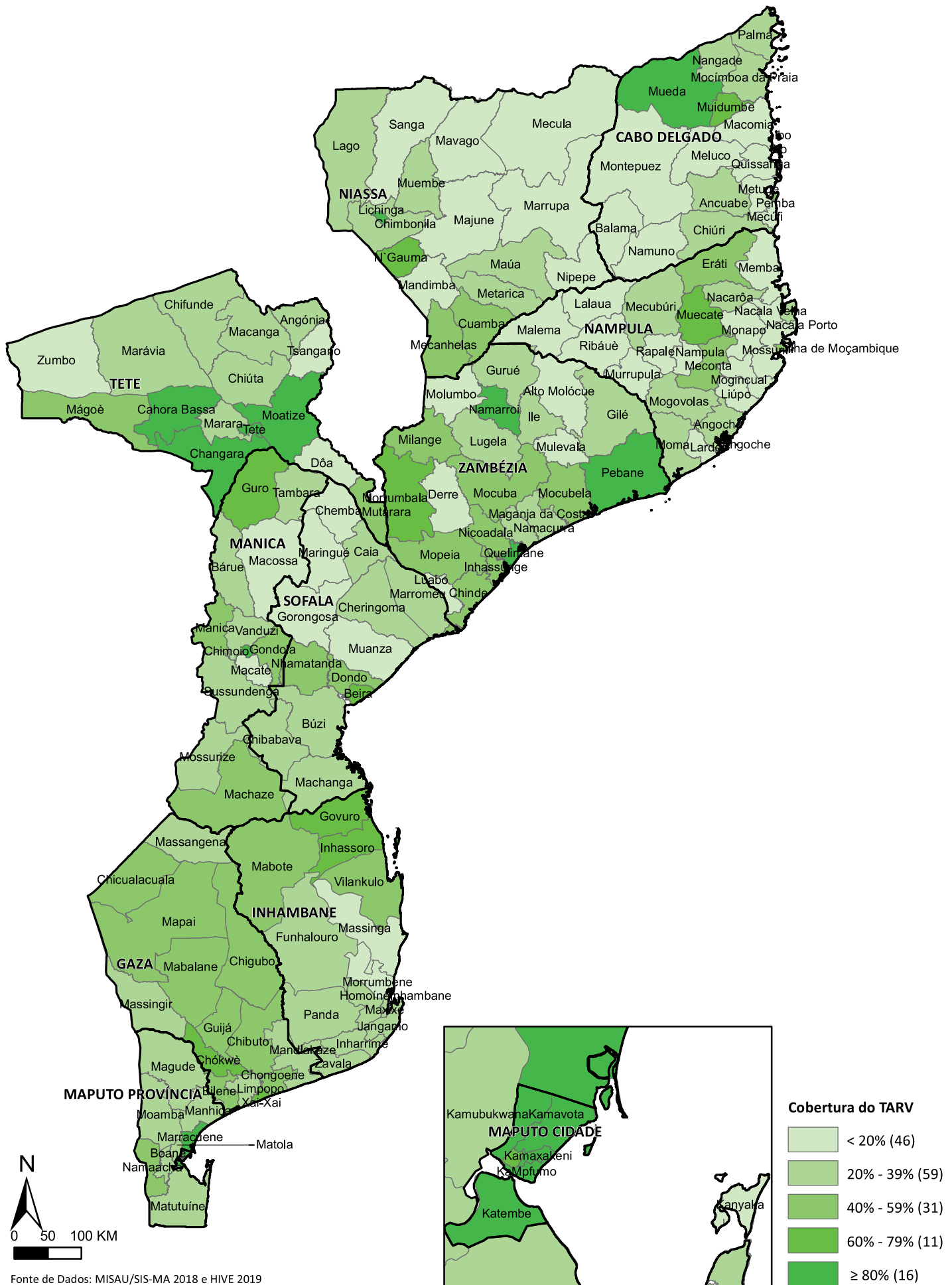


Em 2018, 791.397 mulheres receberam o TARV em Moçambique. A cobertura nacional do TARV em mulheres foi de 65%, variando por regiões do país.

Notou-se uma elevada cobertura de TARV em mulheres nas regiões Centro e Sul comparativamente a região Norte do país.

A cobertura nacional do TARV nas mulheres foi maior comparativamente aos homens (ver mapa: Cobertura do TARV em Homens ≥ 15 Anos)

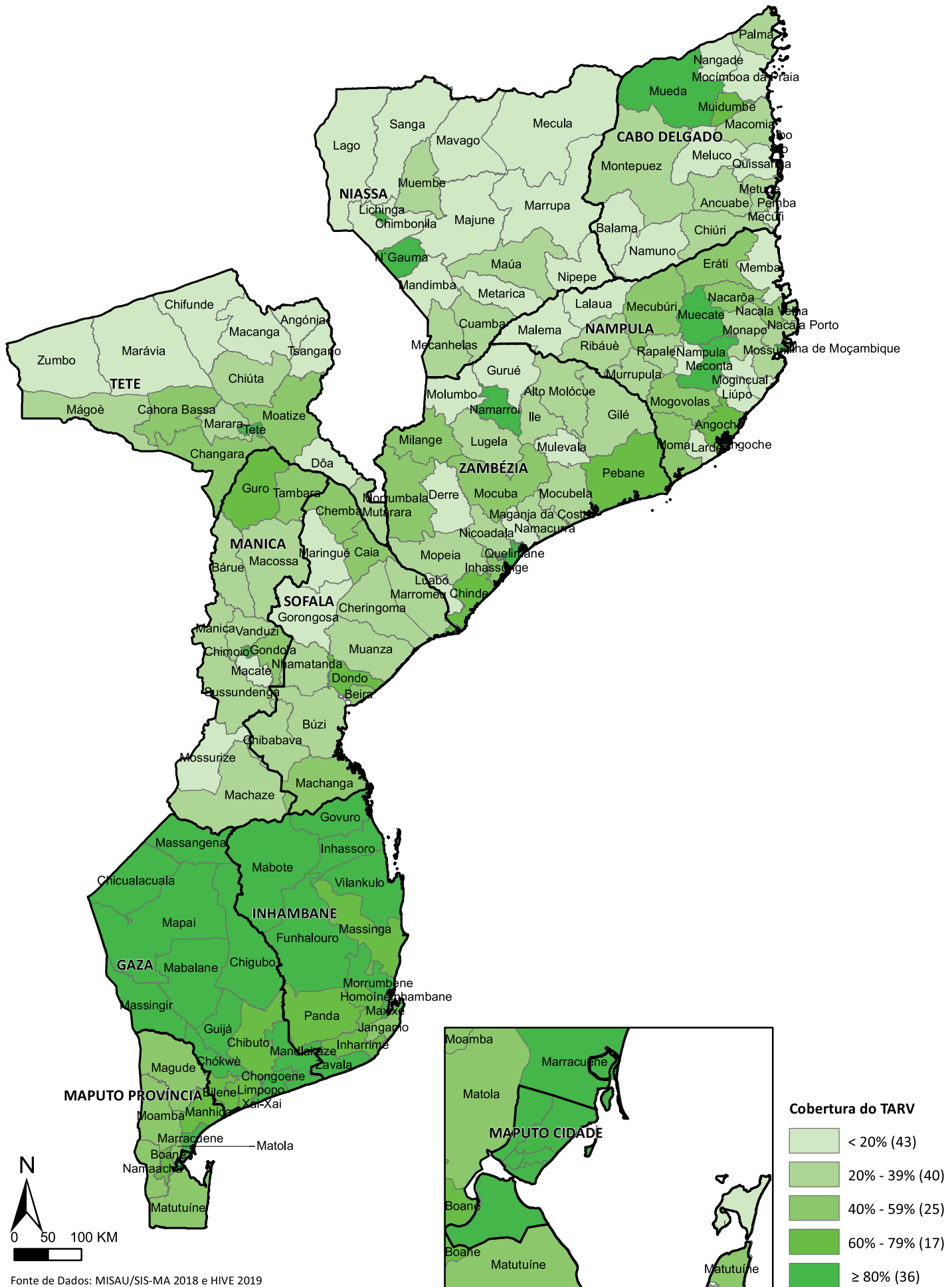
Cobertura do TARV em Homens ≥ 15 Anos



Em 2018, 334.245 homens receberam o TARV em Moçambique. A cobertura nacional do TARV em homens foi de 28%.

Ao contrário das mulheres, não é pronunciada uma tendência de maior cobertura de TARV por regiões do país (ver mapa Cobertura do TARV em Homens ≥ 15 Anos)

Cobertura do TARV em Crianças de 0-14 Anos

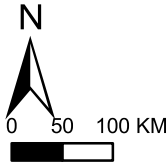
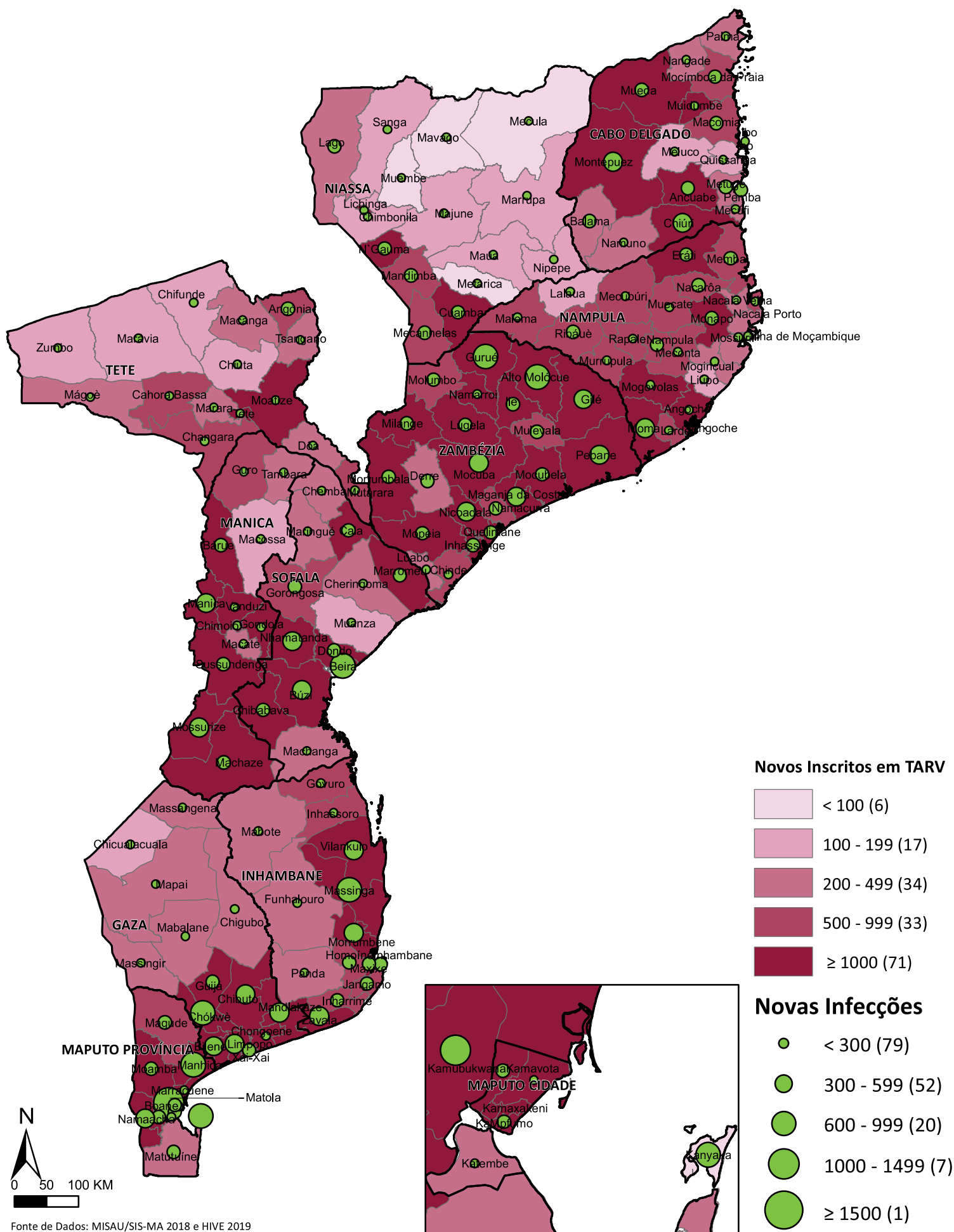


Em 2018, 86.920 crianças receberam o TARV em Moçambique.

A cobertura nacional do TARV em crianças foi de 52%.

Esta cobertura variou por regiões do país, notando-se uma elevada cobertura na região Sul quando comparado com as regiões Centro e Norte do país.

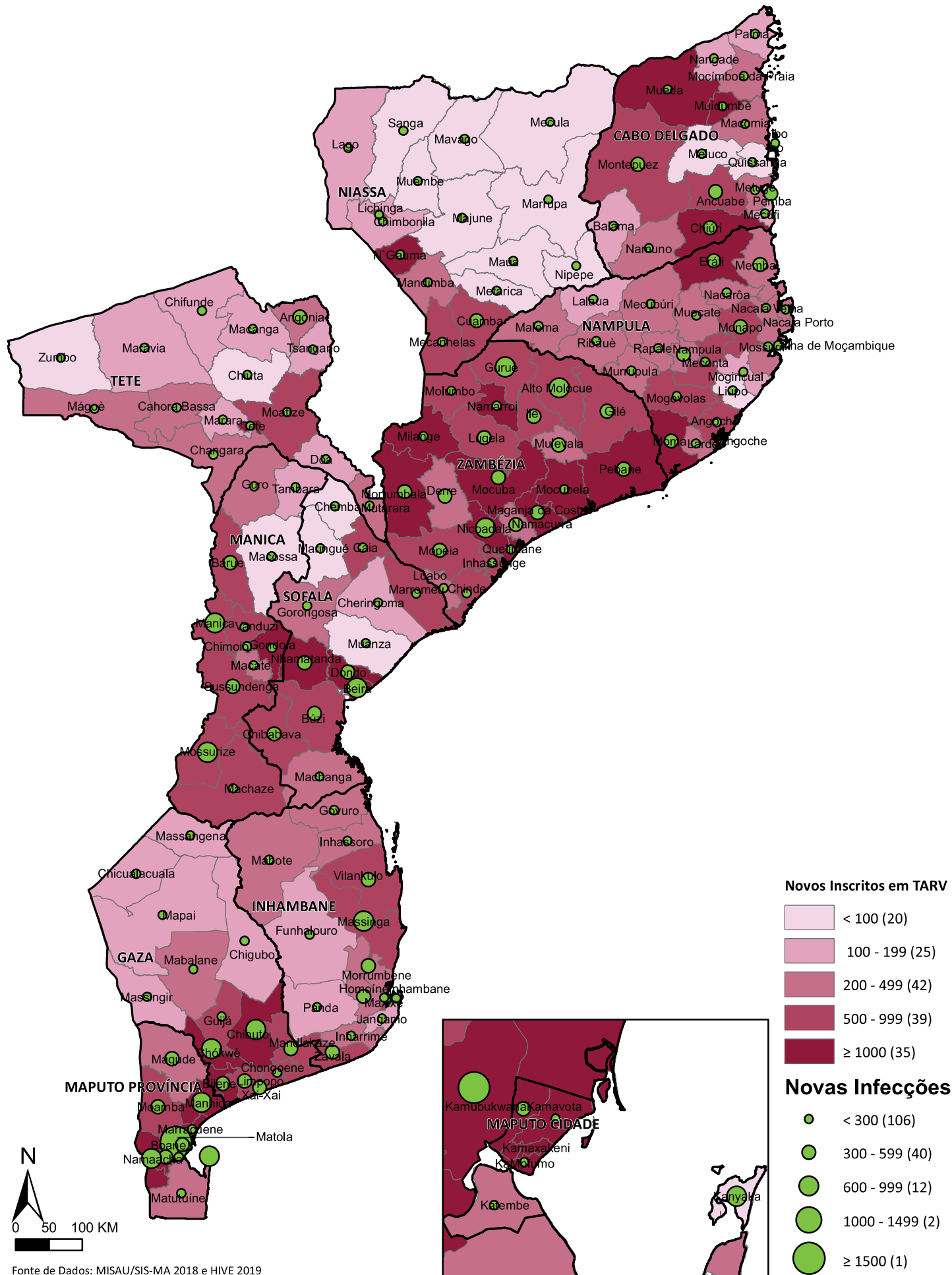
Novas Infecções por HIV e Novos Inscritos em TARV em Mulheres ≥ 15 Anos



Fonte de Dados: MISAU/SIS-MA 2018 e HIVE 2019

Em 2018 foram estimadas cerca de 73.528 novas infecções por HIV em mulheres. Observa-se maior número de novas infecções em mulheres nos distritos costeiros e nos corredores de desenvolvimento das 3 regiões do país. Cerca de 197.561 mulheres iniciaram TARV no mesmo período. O padrão de distribuição de novos inícios é maior nos corredores de desenvolvimento das 3 regiões do país.

Novas Infecções por HIV e Novos Inscritos em TARV em Homens ≥ 15 Anos

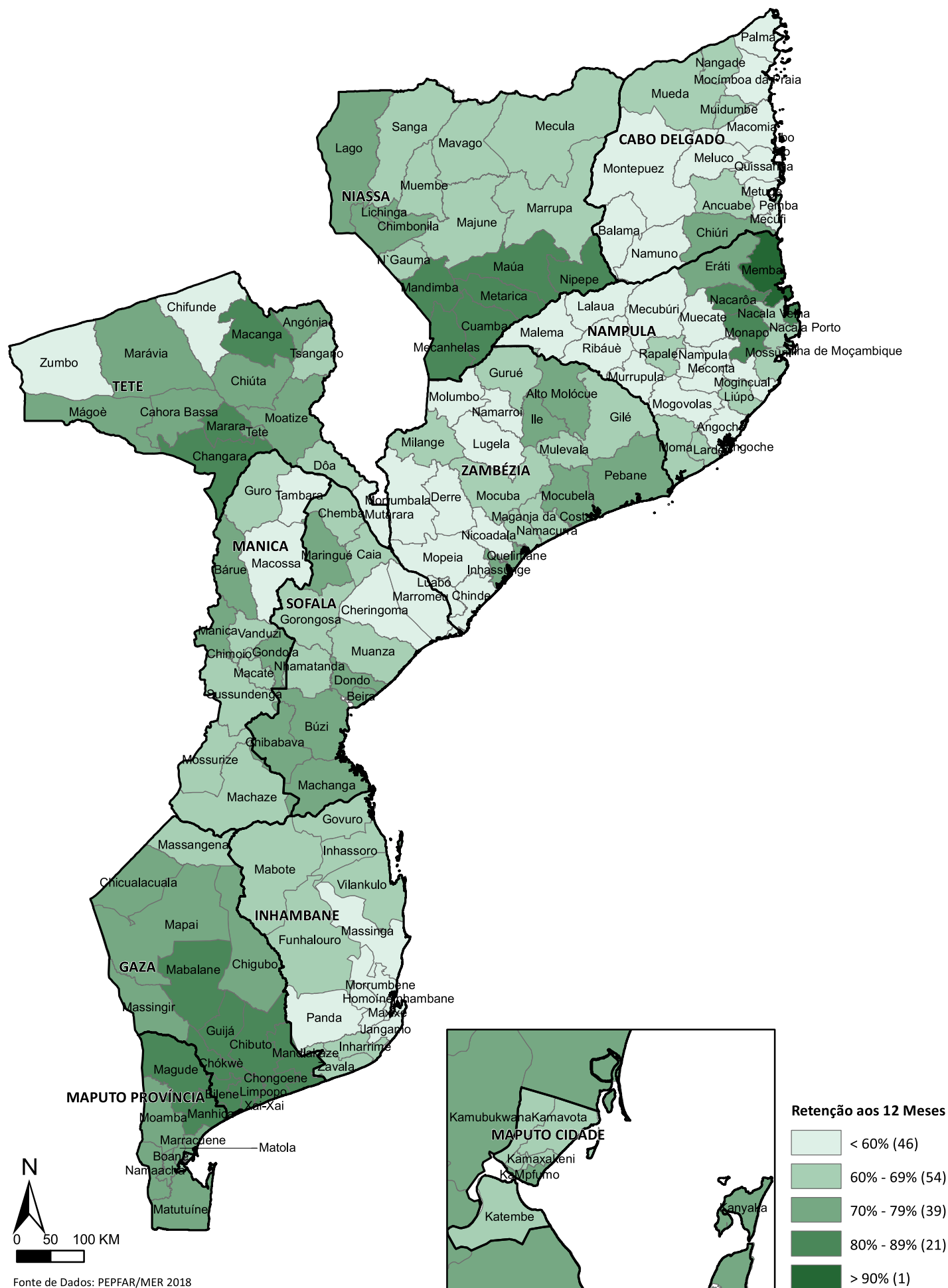


Em 2018 foram estimadas 55.240 novas infecções por HIV em homens no país.

Observou-se maior número de novas infecções (acima 1000) em homens em seis distritos, nomeadamente Matola, Kamapfumo, Namacurra, Nicoadala, Chókwè e Beira. Cerca de 114.707 pacientes homens iniciaram TARV no mesmo período.

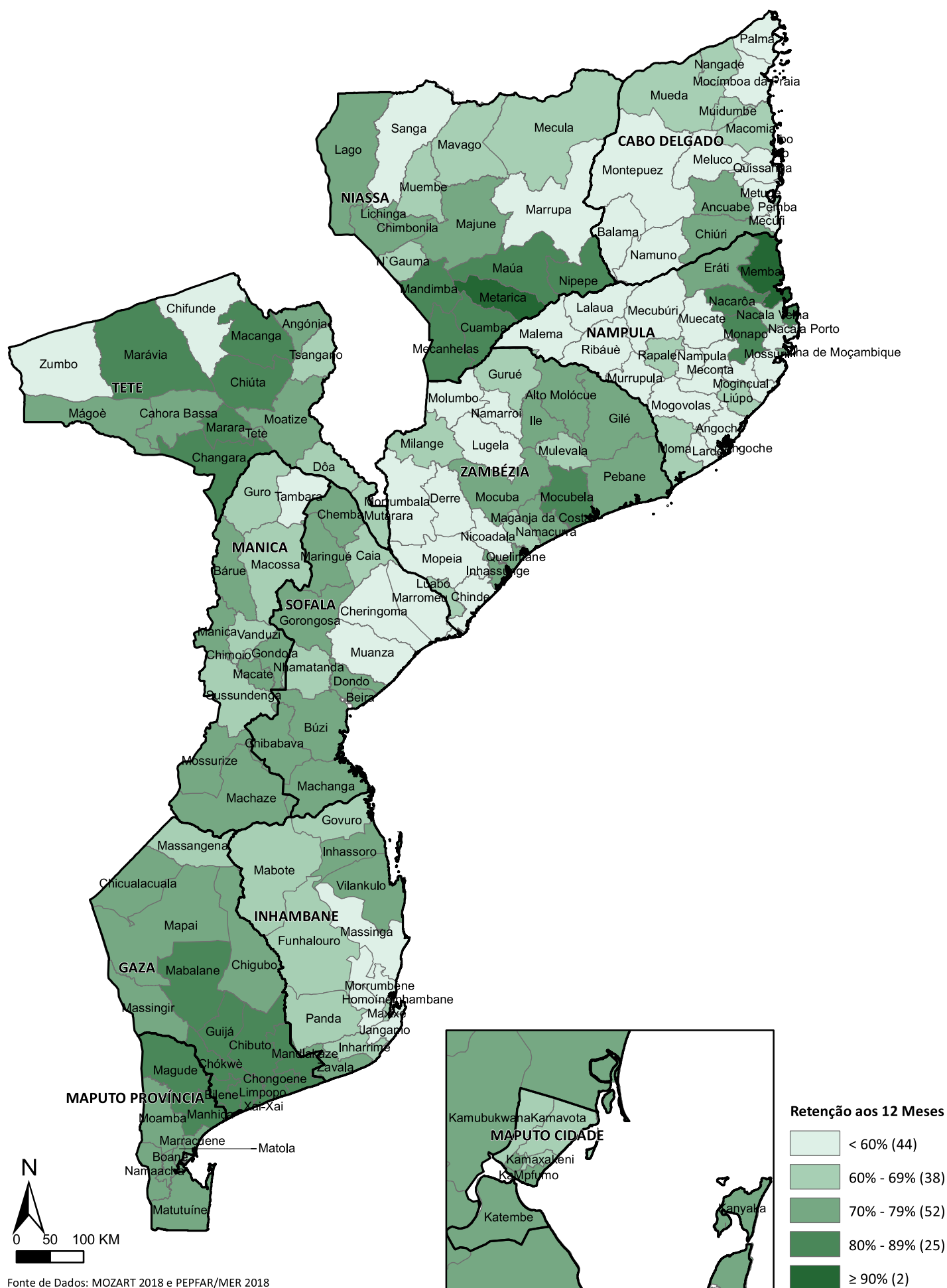
Comparativamente às mulheres, o número de novas infecções e novos inícios em TARV é menor nos homens (ver mapa Novas Infecções por HIV e Novos Inscritos em TARV em Mulheres ≥ 15 Anos)

Retenção aos 12 Meses nos Cuidados em TARV



Em 2018, a retenção nos cuidados aos 12 meses entre pacientes em TARV, em todas idades, foi de 67%. A melhor retenção foi observada nas províncias de Gaza, Maputo, Tete, e alguns distritos do Niassa. Observou-se baixa retenção ao longo do corredor da Beira e em vários distritos de Nampula e Cabo Delgado, Zambezia e Inhambane.

Retenção aos 12 Meses nos Cuidados de TARV em Mulheres ≥ 15 Anos



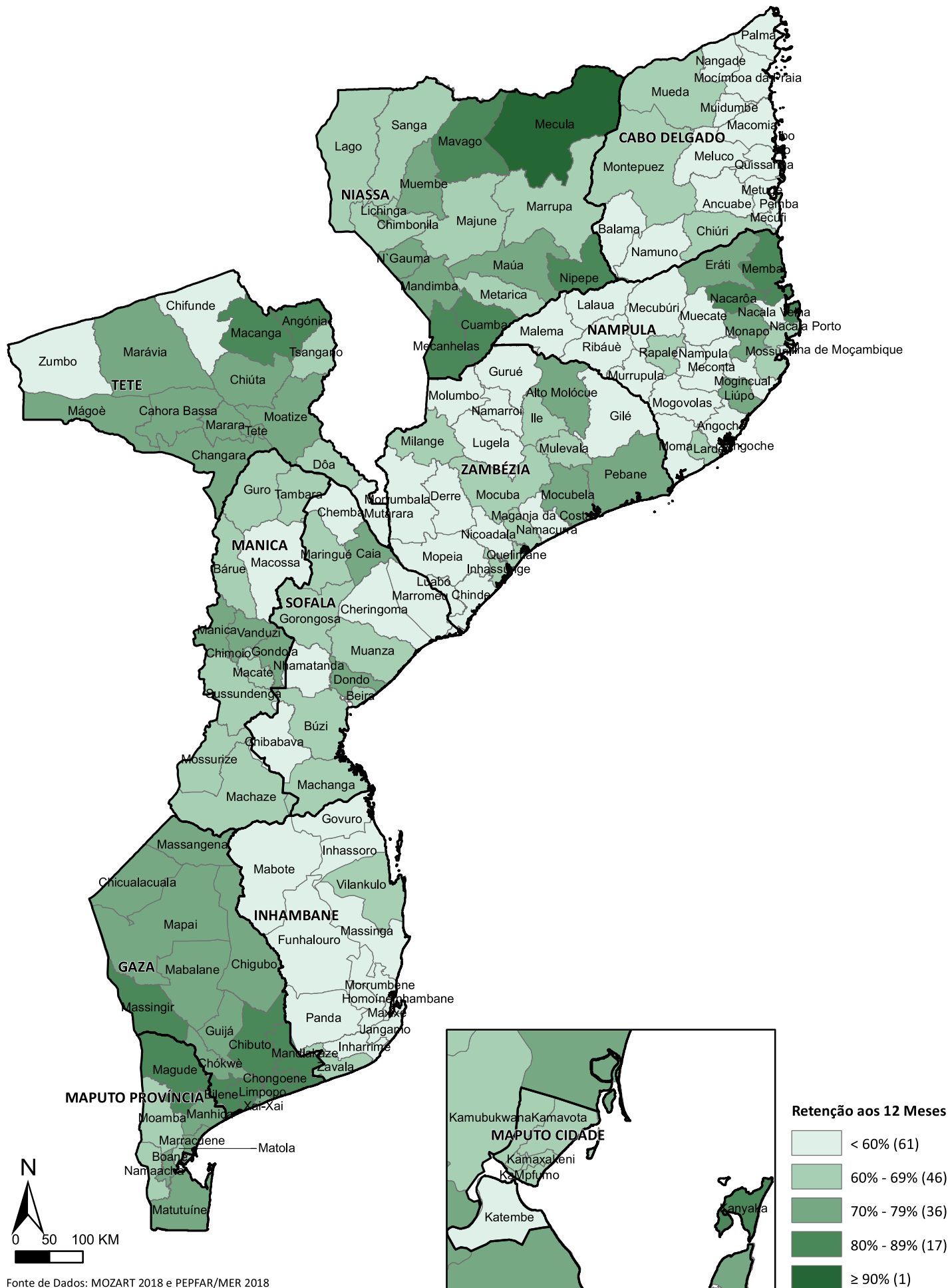
Fonte de Dados: MOZART 2018 e PEPFAR/MER 2018

Em 2018 a retenção nos cuidados TARV em mulheres >15 anos foi de 67% no país.

A retenção aos 12 meses nas mulheres foi baixa na região Norte e em alguns distritos da zona Centro e da província de Inhambane.

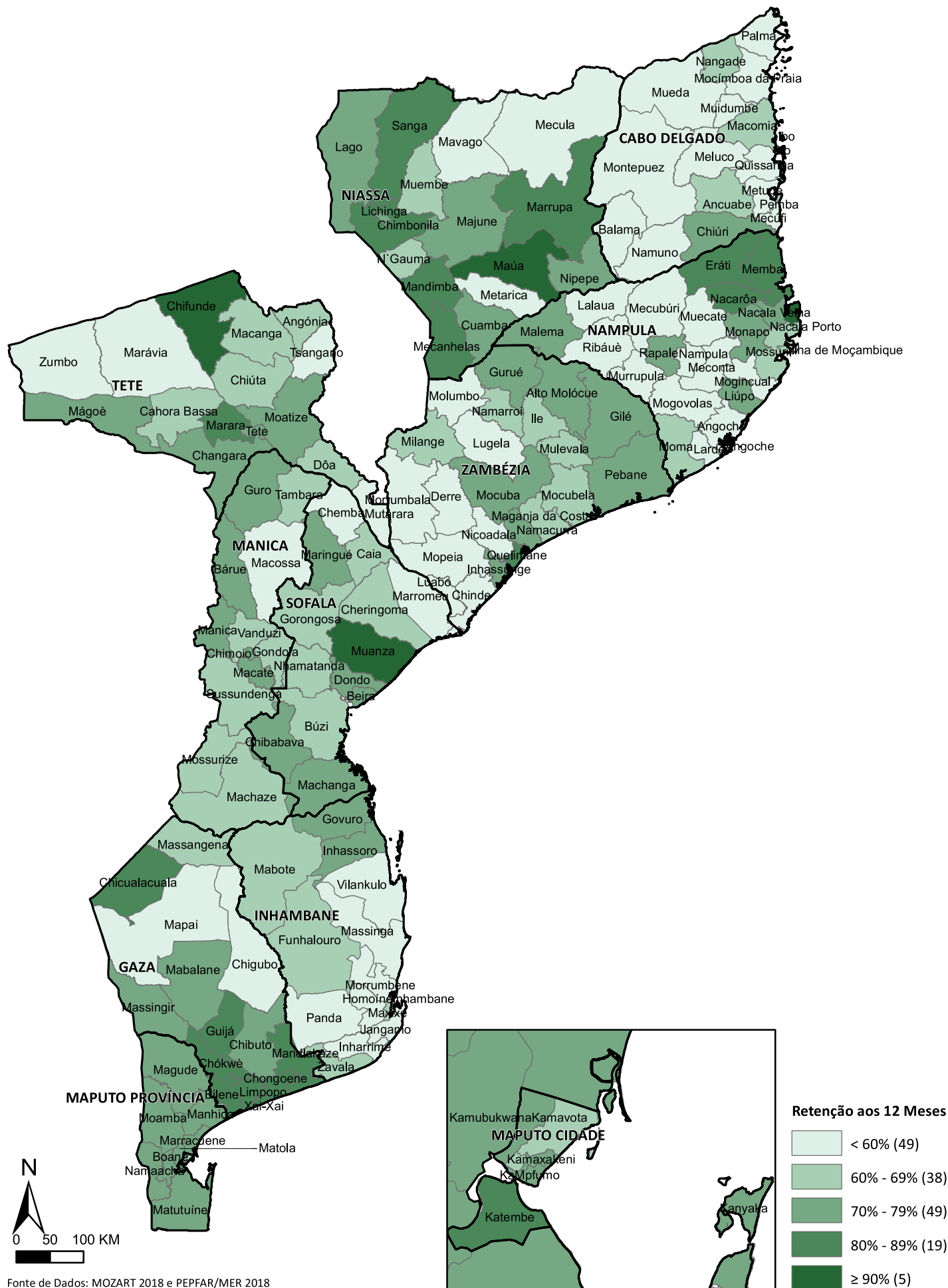
Apenas dois distritos (Membra, na província de Nampula e Metarica na província do Niassa) atingiram 90% de retenção aos 12 meses nos cuidados TARV.

Retenção aos 12 Meses nos Cuidados de TARV em Homens ≥ 15 Anos



Em 2018 a retenção aos 12 meses nos cuidados de TARV a nível nacional foi de 62% em homens. A retenção aos 12 meses nos cuidados TARV em homens foi menor nos distritos das regiões Centro e Norte e na província de Inhambane. Apenas um distrito (Mecula, na província do Niassa) alcançou 90% de retenção.

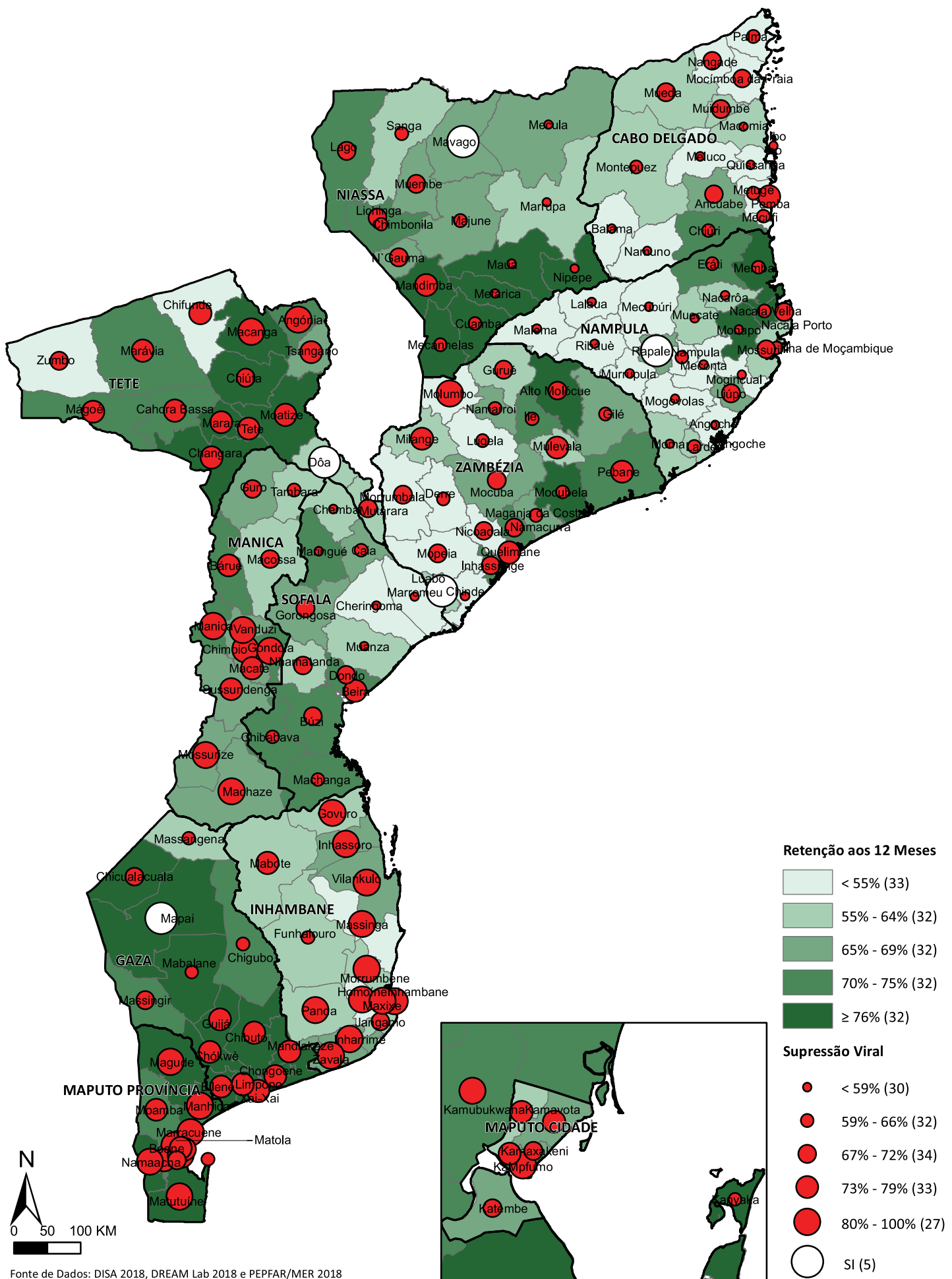
Retenção aos 12 Meses nos Cuidados de TARV em Crianças de 0-14 Anos



Em 2018 a retenção aos 12 meses nos cuidados TARV em crianças foi de 62% no país.

Apenas cinco distritos atingiram 90% de retenção aos 12 meses nos cuidados TARV, nomeadamente: Muanza em Sofala, Chifunde em Tete, Ibo em Cabo Delgado, Nacala Velha em Nampula e o distrito de Maúa em Niassa.

Retenção aos 12 Meses nos Cuidados em TARV e Supressão Viral

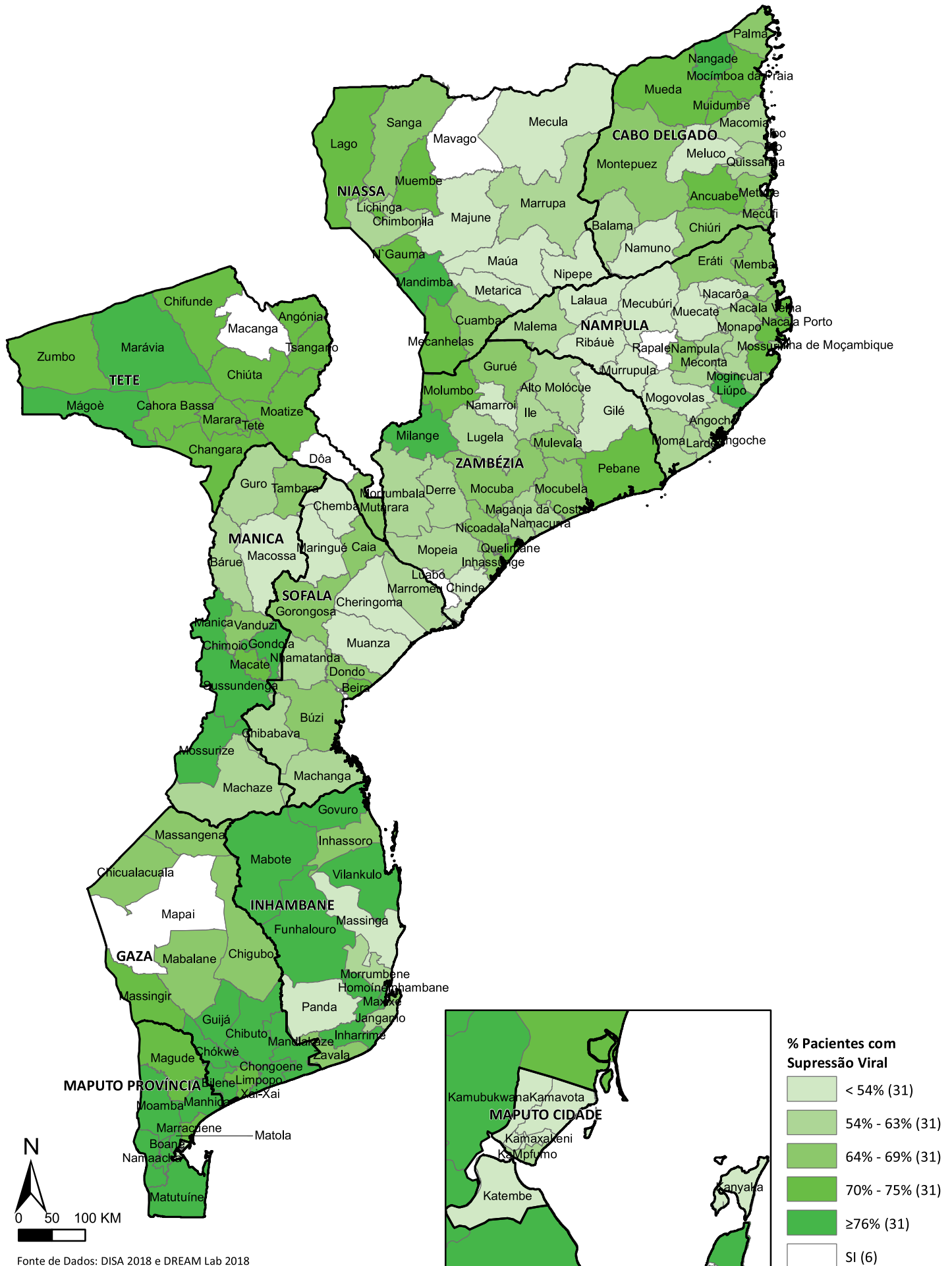


A supressão viral e a retenção variam em todo o país e não obedecem um padrão.

As regiões Centro e Sul tiveram maior número de distritos com retenção superior a 60%.

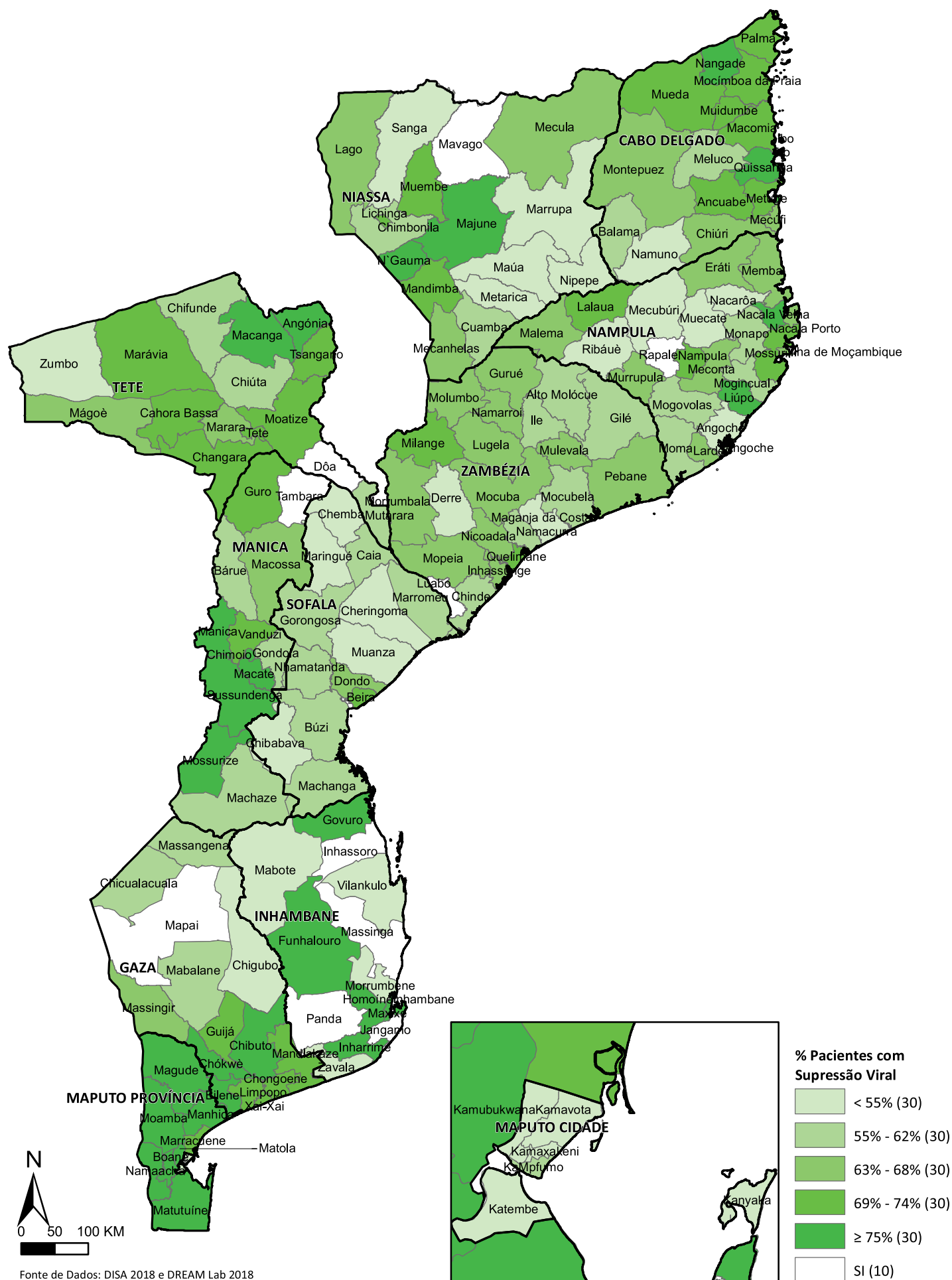
Relativamente a supressão viral observou-se que os distritos com maior retenção têm também maior supressão viral.

Supressão Viral de HIV em Mulheres ≥ 15 Anos



Em 2018 a supressão viral de HIV em mulheres em TARV, com resultado de carga viral, foi de 67% no país. Notou-se maior supressão (>70%) na maior parte dos distritos das províncias de Inhambane, Manica, Tete e Maputo província.

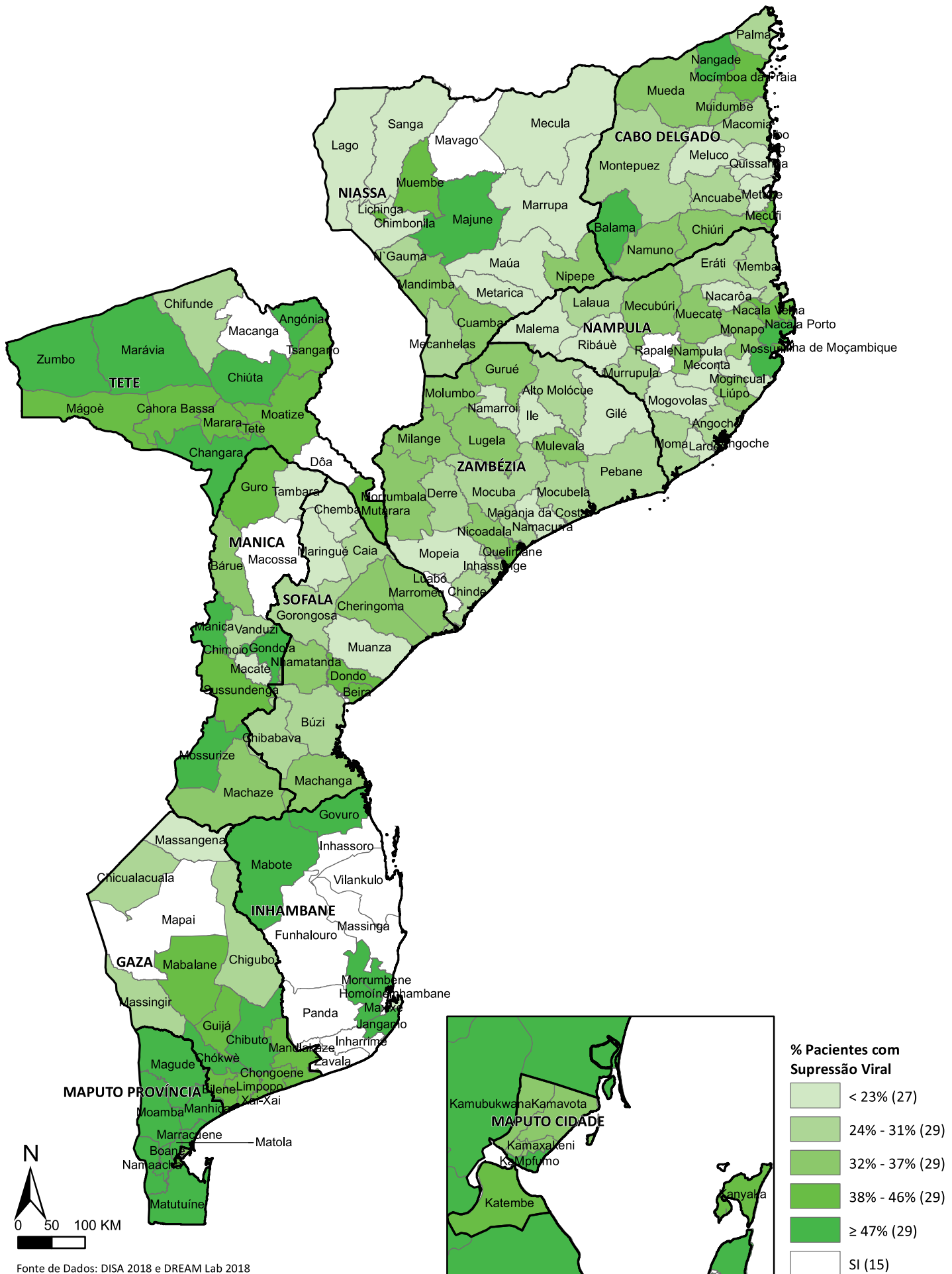
Supressão Viral de HIV em Homens ≥ 15 Anos



A supressão viral de HIV em homens em TARV, com resultado de carga viral, foi de 67% no país, semelhante ao que acontece com as mulheres.

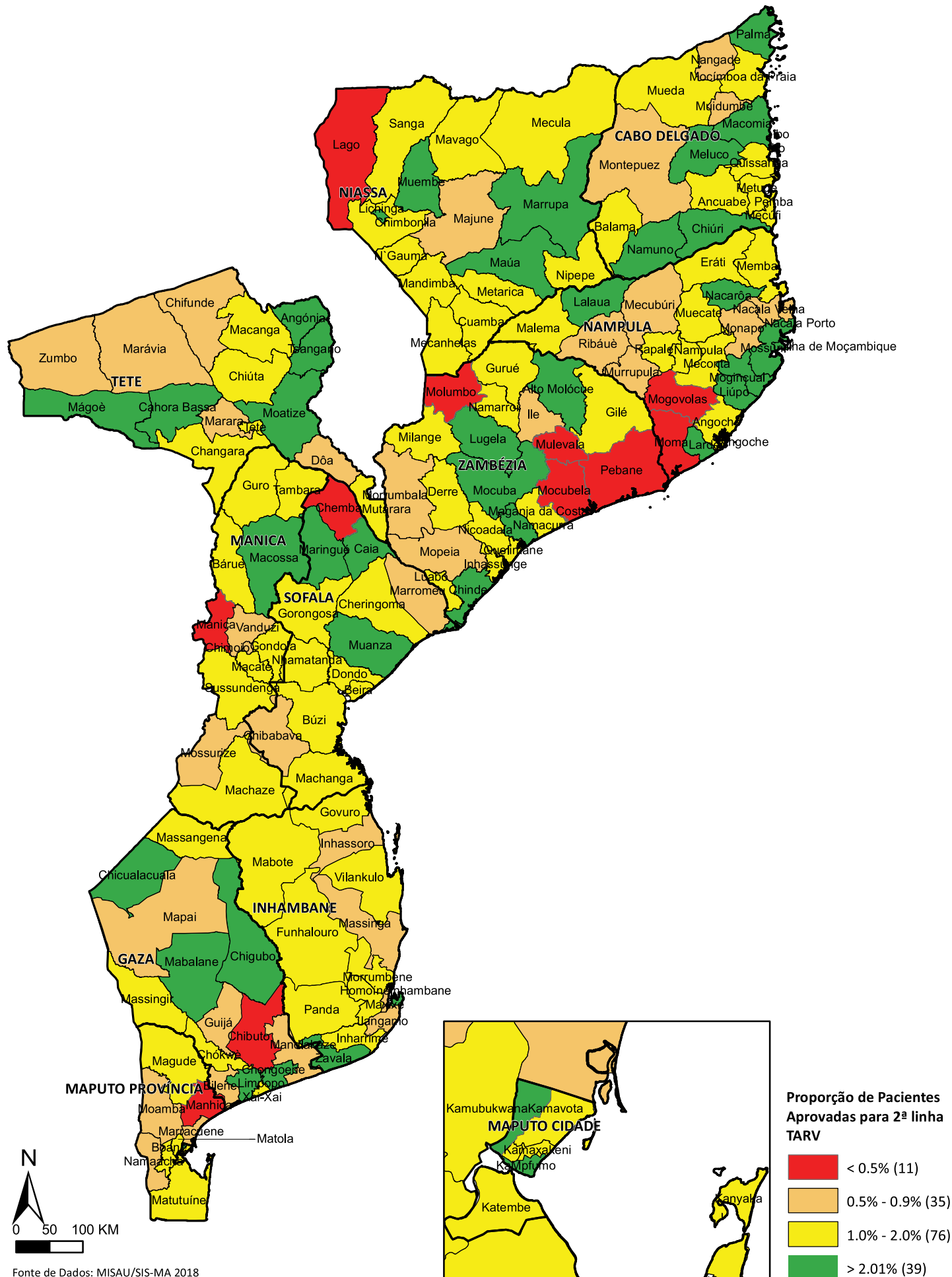
Nota-se que a supressão viral assume uma distribuição semelhante com o que acontece com as mulheres, onde a supressão viral é >70% na maioria dos distritos das províncias de Inhambane, Manica, Tete e Maputo província.

Supressão Viral de HIV em Crianças 0-14 Anos



No geral, as regiões Centro e Norte apresentam menor supressão viral. As províncias de Maputo, Tete, Manica e Gaza apresentam maior número de distritos com supressão viral. A supressão viral em menores de 15 anos é relativamente mais baixa quando comparada aos adultos (Ver os mapas Supressão viral de HIV em Homens e Mulheres ≥ 15 Anos).

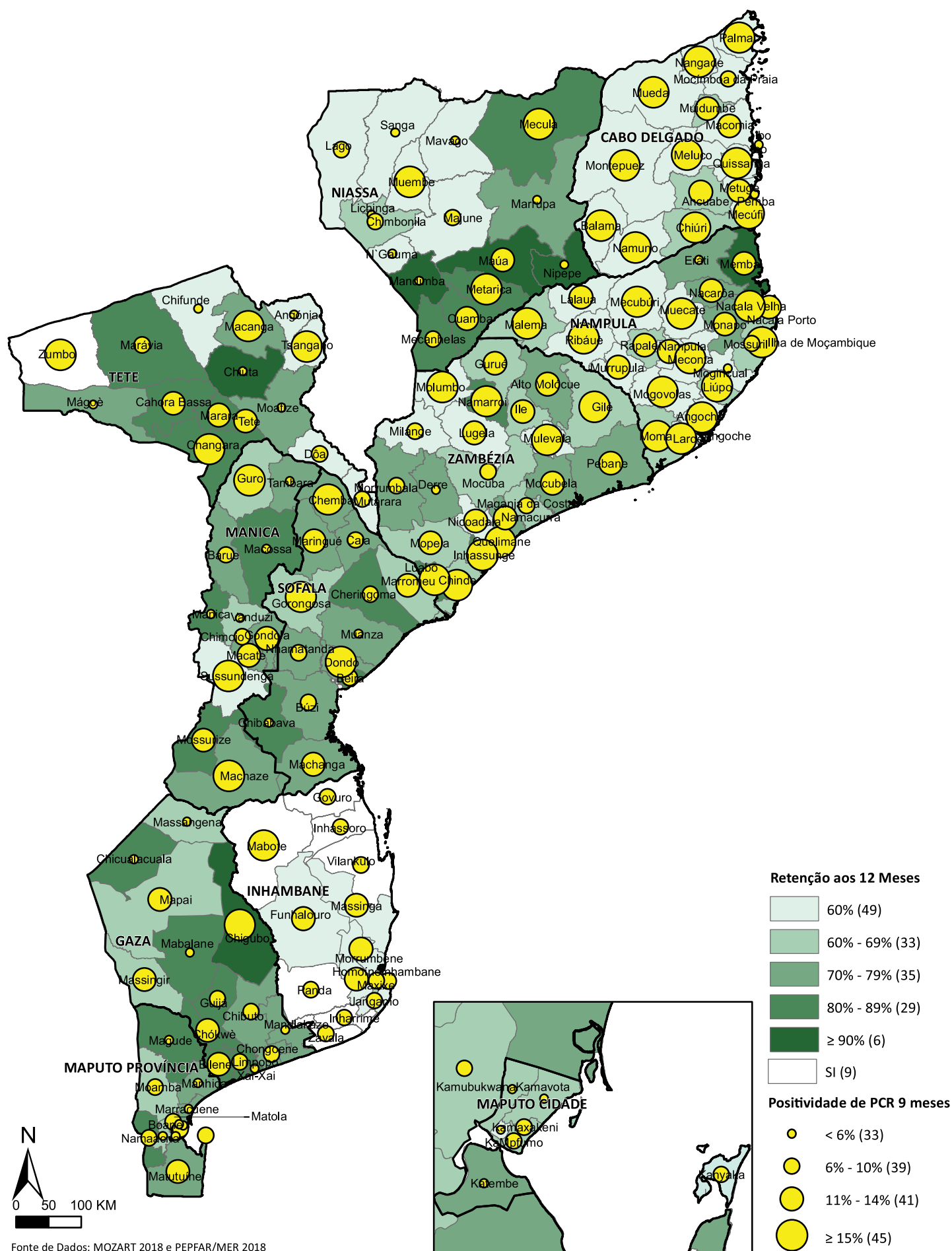
Proporção de Pacientes Aprovados para 2ª Linha TARV



Sabe-se que uma parte dos pacientes em TARV acabará apresentando falta de resposta ao tratamento ao longo do tempo. Estima-se que pelo menos 5-10% dos pacientes que iniciam TARV não irão atingir a supressão viral após 12 meses de tratamento, mesmo com uma boa adesão.

O mapa representa a proporção de pacientes aprovados para a segunda linha de TARV em relação ao total de pacientes em TARV por distrito. Os distritos com maior proporção de pacientes aprovados para a segunda linha apresentam melhor desempenho relativamente ao reporte.

Retenção ao TARV aos 12 meses em Mulheres Grávidas e Lactantes e Positividade do PCR da Criança Exposta aos 9 meses

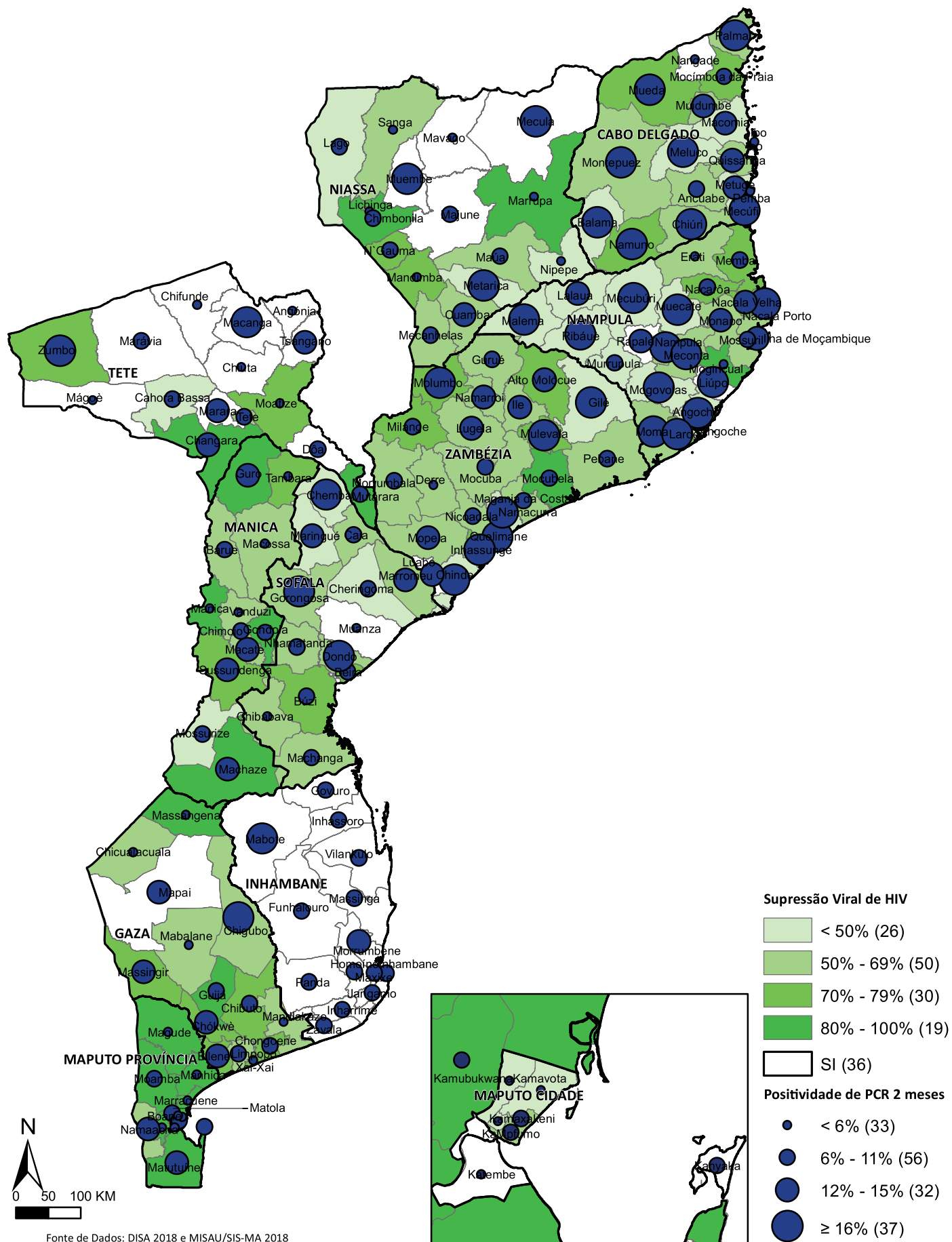


O mapa faz uma correlação entre a retenção da mulher grávida e lactantes nos cuidados aos 12 meses e a positividade do PCR em crianças expostas.

No geral, a região Norte apresenta maior número de distritos com baixa retenção ao TARV e relativamente elevada positividade do PCR quando comparado com a Zona Centro e Sul do país.

Existe uma aparente correlação inversa entre retenção na mulher grávida e positividade do PCR na criança exposta. Porém, noutros distritos, não existe um padrão de correlação. Por exemplo, Mecula (Niassa) e Chigubo (Gaza) têm boa retenção, no entanto a positividade de PCR é elevada.

Supressão Viral de HIV em Mulheres Grávidas e Positividade do PCR em Menores de 2 Meses

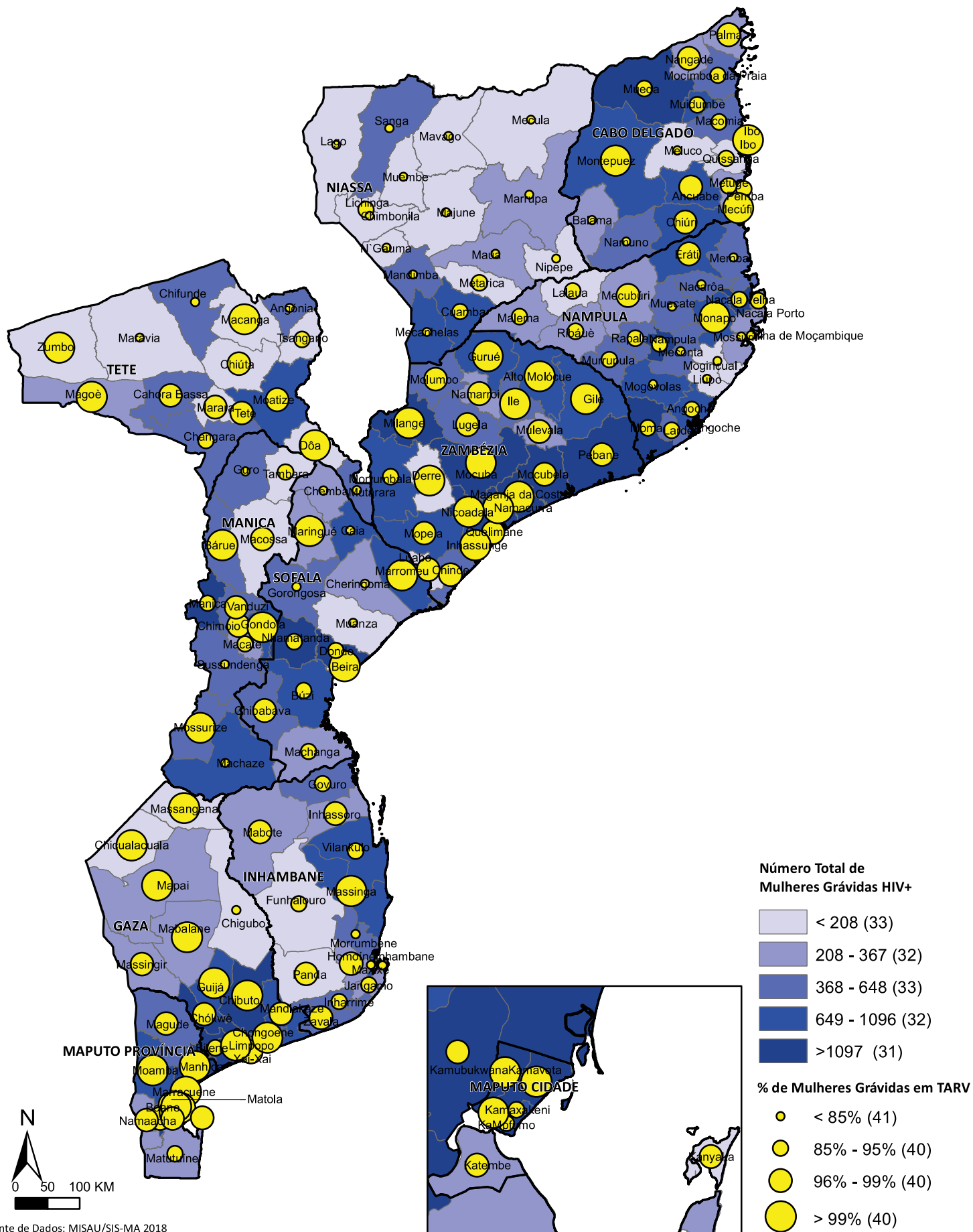


No geral, os distritos das regiões Centro e Norte do país (com maior foco para Nampula, Zambézia e Cabo Delgado) apresentam maior número de distritos com proporções de supressão viral mais baixas comparativamente aos distritos da região sul, onde províncias como Gaza e Maputo Cidade destacam-se com maior supressão viral.

Observa-se uma distribuição semelhante relativamente a positividade do PCR com maior número de distritos do Norte e Centro tendo PCR positivo em crianças menores de 2 meses.

No geral, existe uma aparente correlação inversa entre a supressão viral na mulher grávida e positividade de PCR em menores de 2 meses.

Total de Mulheres HIV Positivas na CPN e Proporção de Mulheres Grávidas em TARV



A cobertura de TARV provido na CPN foi globalmente alta. Mais de 80% dos distritos alcançaram mais de 80% de cobertura de TARV. As províncias de Maputo, Gaza, Tete, Manica, Zambézia e Cabo delgado apresentam relativamente maior número de distritos com alta cobertura de TARV.

No geral, distritos das regiões costeiras apresentam maior número de mulheres grávidas HIV+.

Com exceção das províncias de Gaza, Tete e Inhambane, observa-se uma aparente correlação entre o número de mulheres HIV+ e a cobertura do TARV.

3

Prevenção e Determinantes Sociais da Infecção por HIV

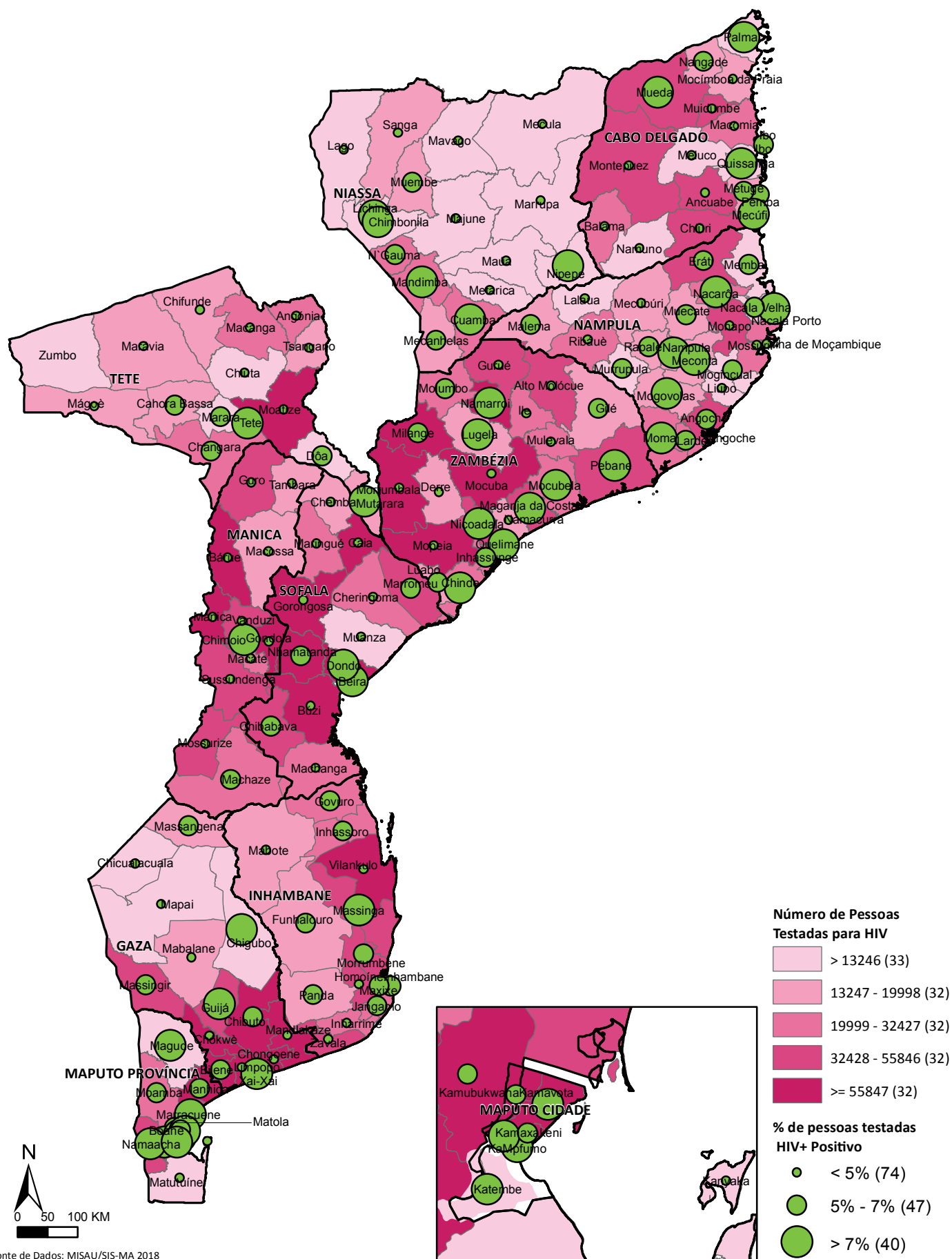
A frequência de novas infecções por dia e por conseguinte a transmissão do HIV ainda permanece elevada em Moçambique. Neste contexto, novas estratégias foram introduzidas e vários esforços estão em curso com vista a acelerar o alcance das metas nacionais de redução da transmissão do HIV e controlo da epidemia. Os esforços na área de Prevenção da infecção pelo HIV têm como objectivos estratégicos: i) reduzir o número de novas infecções por transmissão sexual; ii) reduzir o número de novas infecções por transmissão vertical; iii) reduzir os comportamentos de risco associados à transmissão do HIV, inclusive aqueles relacionados a normas sócio-culturais; iv) aumentar o número de PVHIV que conhecem o seu seroestado; v) eliminar o impacto negativo do estigma e da discriminação e assegurar os direitos legais e humanos na abordagem à saúde das populações; e vi) assegurar a provisão de serviços para as populações-chave à luz das suas necessidades, como forma de se potencializar o efeito da resposta nacional. Almeja-se também garantir melhor qualidade de vida às PVHIV e seus dependentes, bem como reduzir e mitigar os impactos do SIDA nos sectores de vida económica e social do país.

Este capítulo ilustra o leque e o respectivo perfil de intervenções de prevenção do HIV realizadas no Sistema Nacional de Saúde, desenvolvidas ao longo do ano 2018, nas áreas de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS), incluindo subgrupos populacionais como População-Chave (PC), Prevenção de Infecções de Transmissão Sexual (ITS), Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), Violência Baseada no Género (VGB) e Circuncisão Masculina (CM).

As intervenções na área de Prevenção têm incluído novas abordagens no âmbito das intervenções biomédicas e de prevenção combinada. Em 2018 teve início a provisão da profilaxia pré-exposição (PrEP), que consiste no uso de medicamentos antiretrovirais por pessoas que são HIV negativas para reduzir o risco de infecção por HIV. A PrEP é a mais recente estratégia de prevenção implementada no país no âmbito da adopção das Directrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estudos demonstraram que o uso da PrEP é eficaz, permitindo alcançar um maior nível de protecção quando usada de forma correcta e consistente em combinação com outros métodos de prevenção como preservativo e circuncisão. O Ministério da Saúde, em colaboração com os seus parceiros de implementação, iniciou em 2018 a implementação faseada da PrEP em casais serodiscordantes através de um Piloto na Província da Zambézia para aferir a viabilidade, aceitabilidade e adesão da PrEP na população alvo.

A cobertura dos serviços de prevenção bem como o registo e reporte das intervenções nas diferentes bases de dados existentes constitui ainda um desafio. Como por exemplo, a informação relativa ao conhecimento e uso consistente do preservativo é referente ao IMASIDA 2015, o que limita a análise sobre o conhecimento, o uso do preservativo e o número de casos de Infecções de Transmissão Sexual (ITS). Há limitações nos dados de ATS, onde existem sectores em que os resultados dos testes feitos não são reportados no resumo mensal de ATS, uma vez que estes sectores têm o seu próprio resumo mensal. O programa de circuncisão masculina teve início na Cidade de Maputo em 2009. Na maioria dos distritos, particularmente em Manica e Tete, que tinham uma linha de base de circuncisão muito baixa e começaram mais tarde o programa de CM, as coberturas ainda estão baixas.

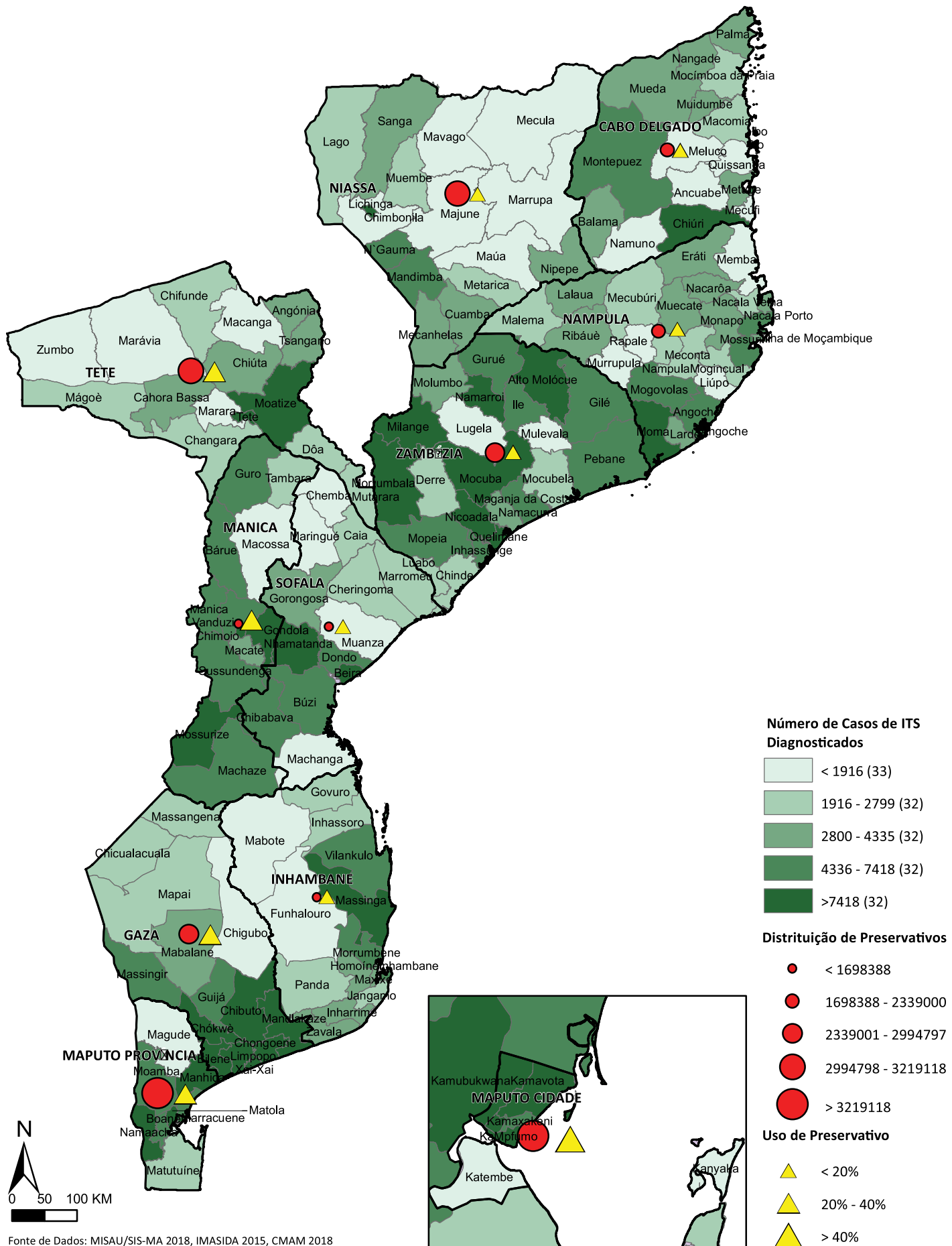
Positividade de HIV nos Serviço de Aconselhamento e Testagem em Saúde



A cobertura dos serviços de ATS obedece ao perfil da epidemia. O comportamento da positividade não é linear ao longo dos país, havendo necessidade de se avaliar melhor as abordagens de testagem em curso, tendo em conta os factores de risco e determinantes sociais por forma a focalizar e melhorar a identificação das pessoas positivas que eventualmente não estejam a ser alcançadas.

Destacando a província de Nampula, há distritos com uma positividade acima de 7% que ultrapassa a média provincial, apesar de ter um número menor de pessoas testadas comparativamente a outros distritos da mesma província.

Casos de Infecções de Transmissão Sexual Diagnosticados em Homens e Mulheres Versus Conhecimento e Distribuição de Preservativos Masculino

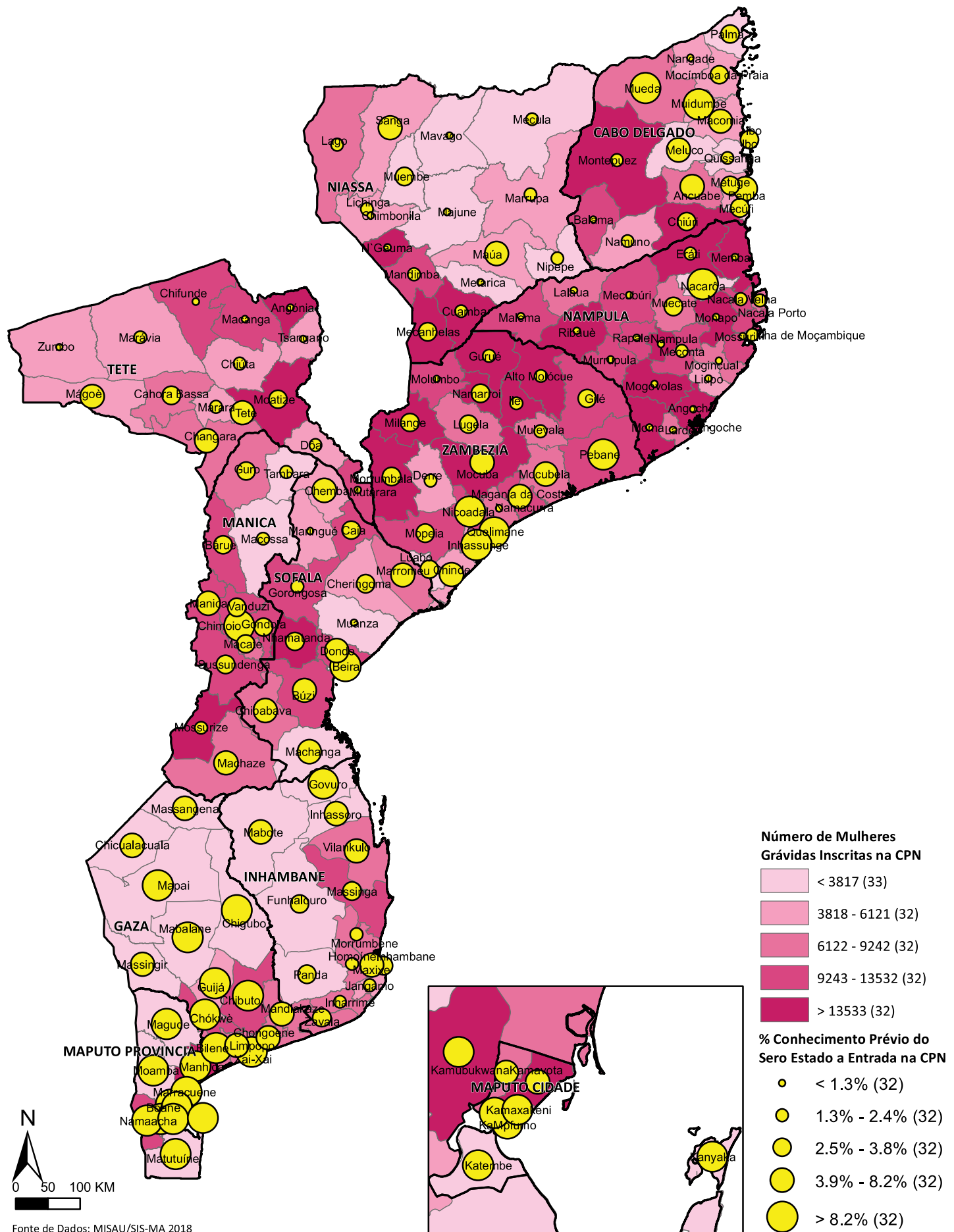


O mapa demonstra um número elevado de casos diagnosticados de ITS nas províncias com menor volume de distribuição de preservativos com a exceção da Cidade e Província de Maputo.

As províncias de Manica e Sofala apresentam fraca distribuição de preservativos, com baixo uso do preservativo e um número de casos consideravelmente elevado de ITS.

A província de Niassa apresenta uma certa particularidade, baixo uso de preservativo, distribuição de preservativos consideravelmente alta e um número baixo de casos ITS.

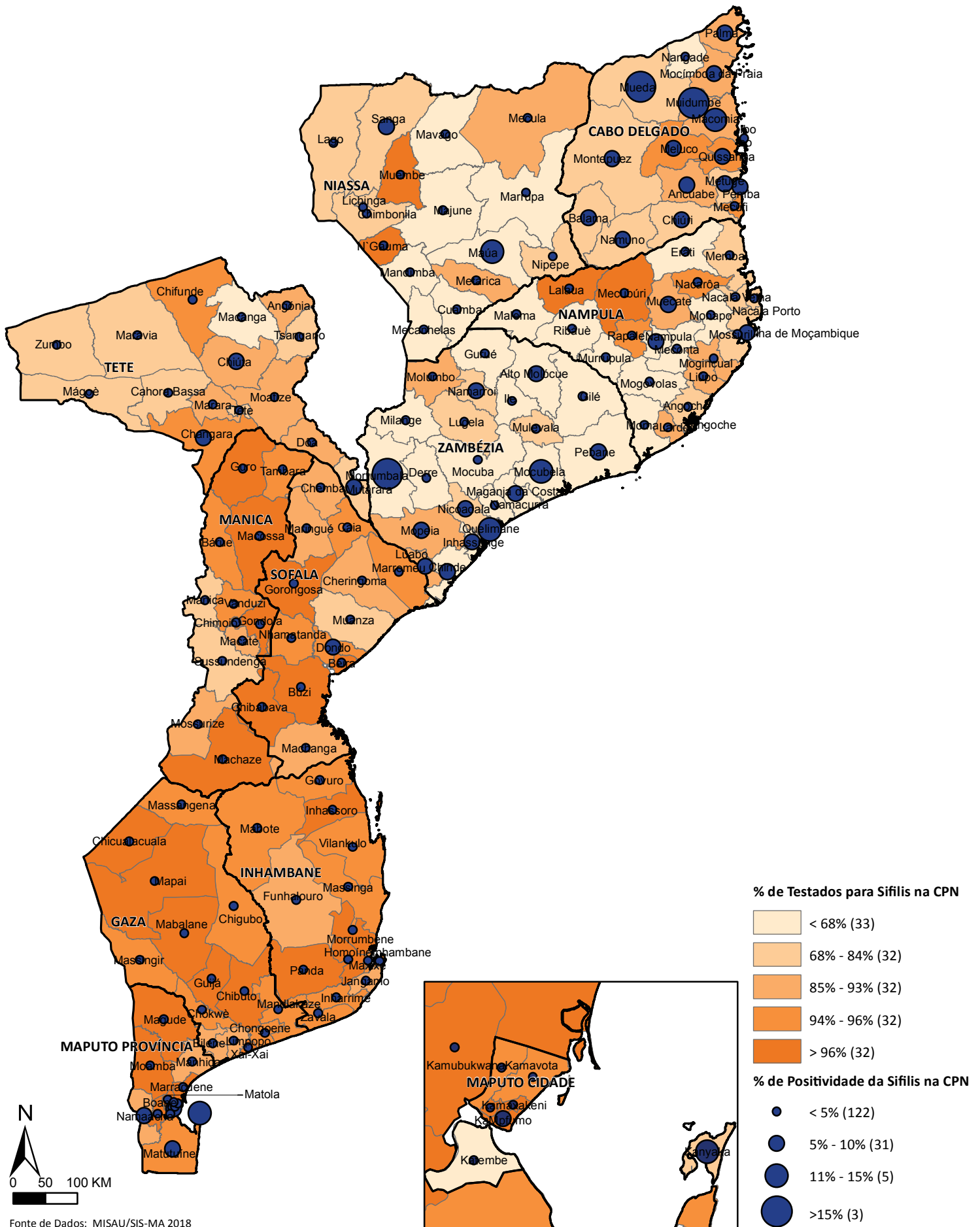
Conhecimento do Seroestado à Entrada na Consulta Pré-Natal



Na região Centro-Norte do país, observa-se que as mulheres grávidas têm menor grau de conhecimento do seroestado a entrada na CPN comparativamente aos distritos da região Centro-Sul do país, significando que estas mulheres só passam a ter informação sobre o seu seroestado quando ficam grávidas, através da testagem de rotina (ATIP), oferecida nos serviços de Saúde Materno-Infantil (SMI).

Isto revela que maiores esforços devem ser investidos no primeiro pilar do PTV, que preconiza a oferta de um pacote básico de cuidados preventivos a serem oferecidos as Mulheres em Idade Fértil (MIFs) e seus parceiros, dentre os quais o conhecimento do seroestado através da oferta de aconselhamento e testagem para HIV.

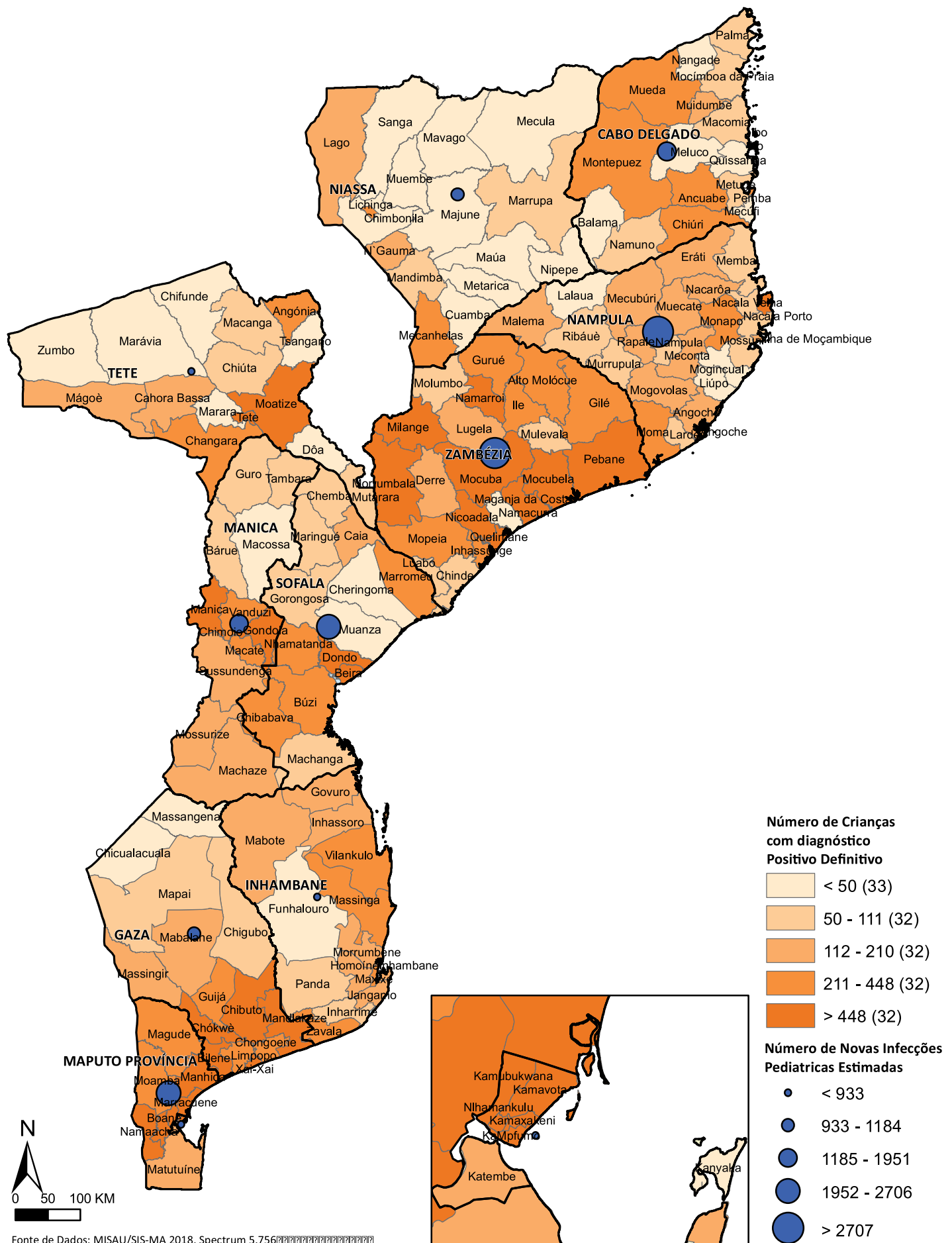
Cobertura de Testagem e Positividade da Sífilis na Consulta Pré Natal



Nota-se uma maior cobertura de testagem nos distritos da região Sul e Centro do país (com exceção dos distritos da Zambézia) comparativamente aos distritos da zona Norte, com maior foco para os distritos de Niassa e Nampula.

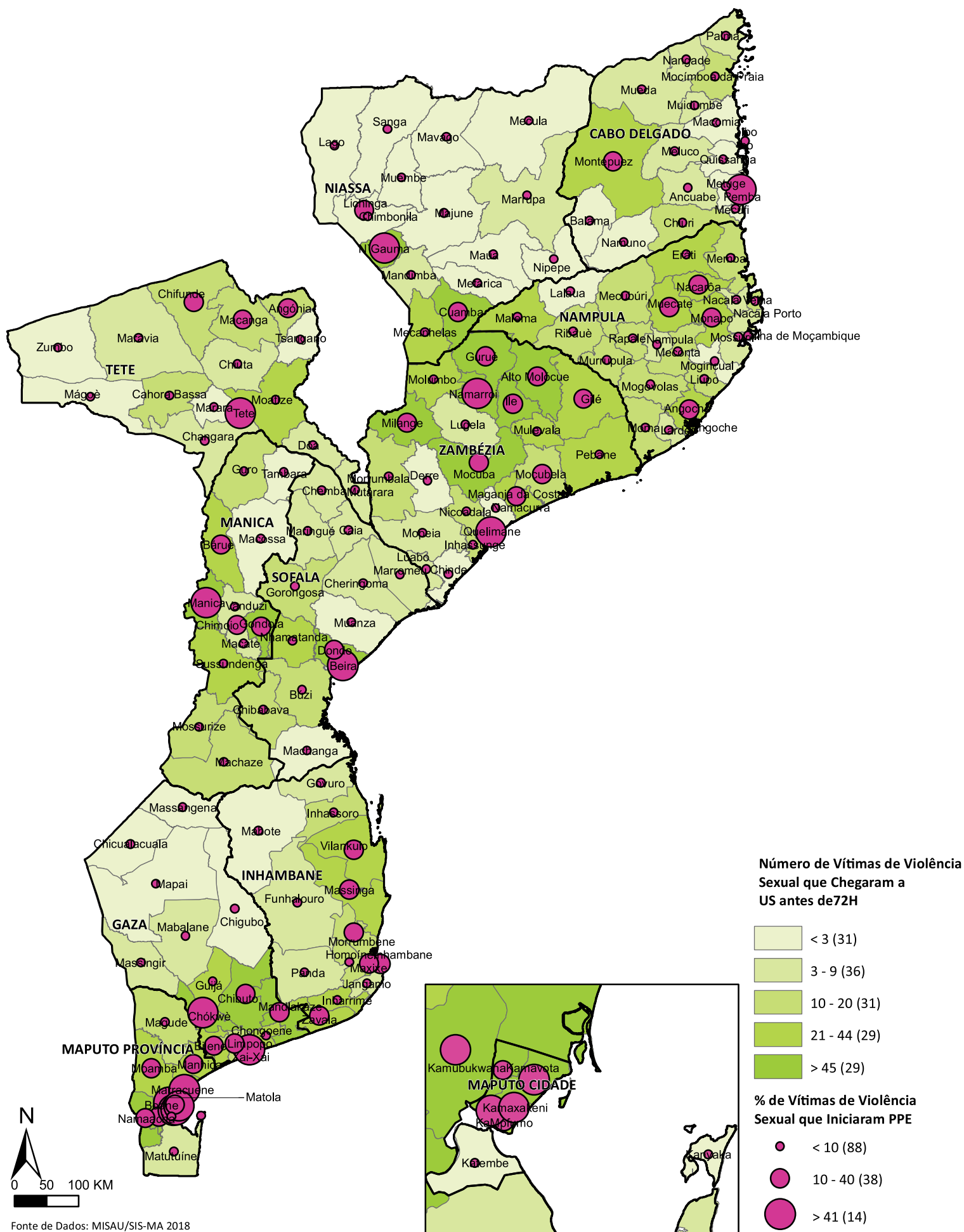
No entanto, a positividade mostra uma tendência contrária em termos de distribuição pelo país, onde se pode notar que os distritos da região Norte e uma parte do centro (Tete e Zambézia) têm uma positividade elevada, comparativamente aos distritos da zona sul (com exceção de alguns distritos da província e Cidade de Maputo).

Diagnóstico Definitivo Positivo em Relação as Novas Infecções Pediátricas Esperadas



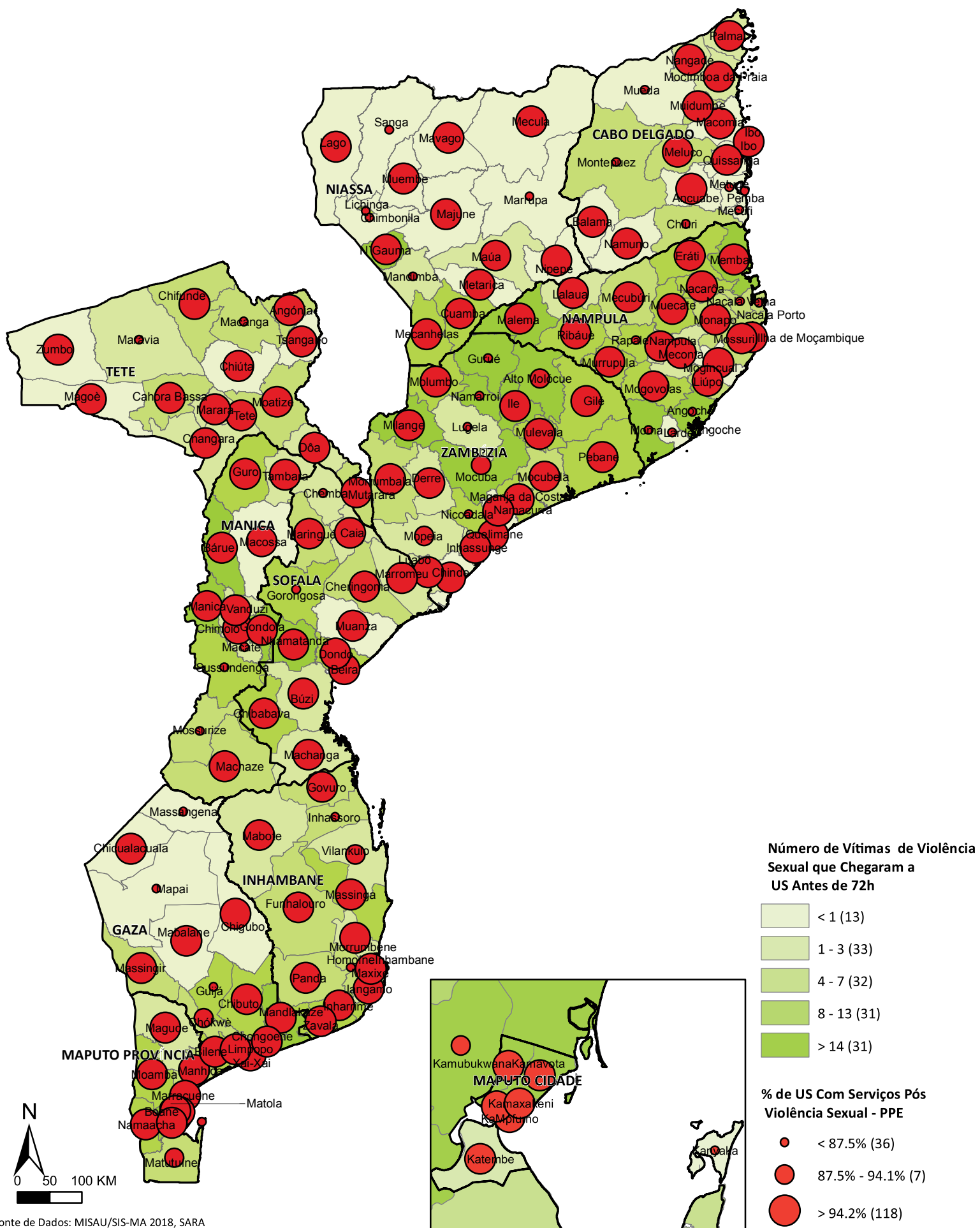
O mapa mostra o número de crianças com diagnóstico definitivo positivo por distrito, comparativamente ao número de crianças esperadas por província de acordo com projecções do Spectrum. Verifica-se que as províncias da Zambézia, Maputo, Gaza e Niassa apresentam concordância em relação a diagnósticos definitivos positivos reportado e o esperado. Contudo, províncias como Nampula e Cidade de Maputo mostram uma relação inversa entre o número esperado e o que efectivamente foi reportado, mostrando a necessidade de uma revisão constante dos dados reportados, através de um sistema de monitoria e avaliação robusto.

Número de Vítimas de Violação Sexual que Iniciaram Profilaxia Pós-Exposição



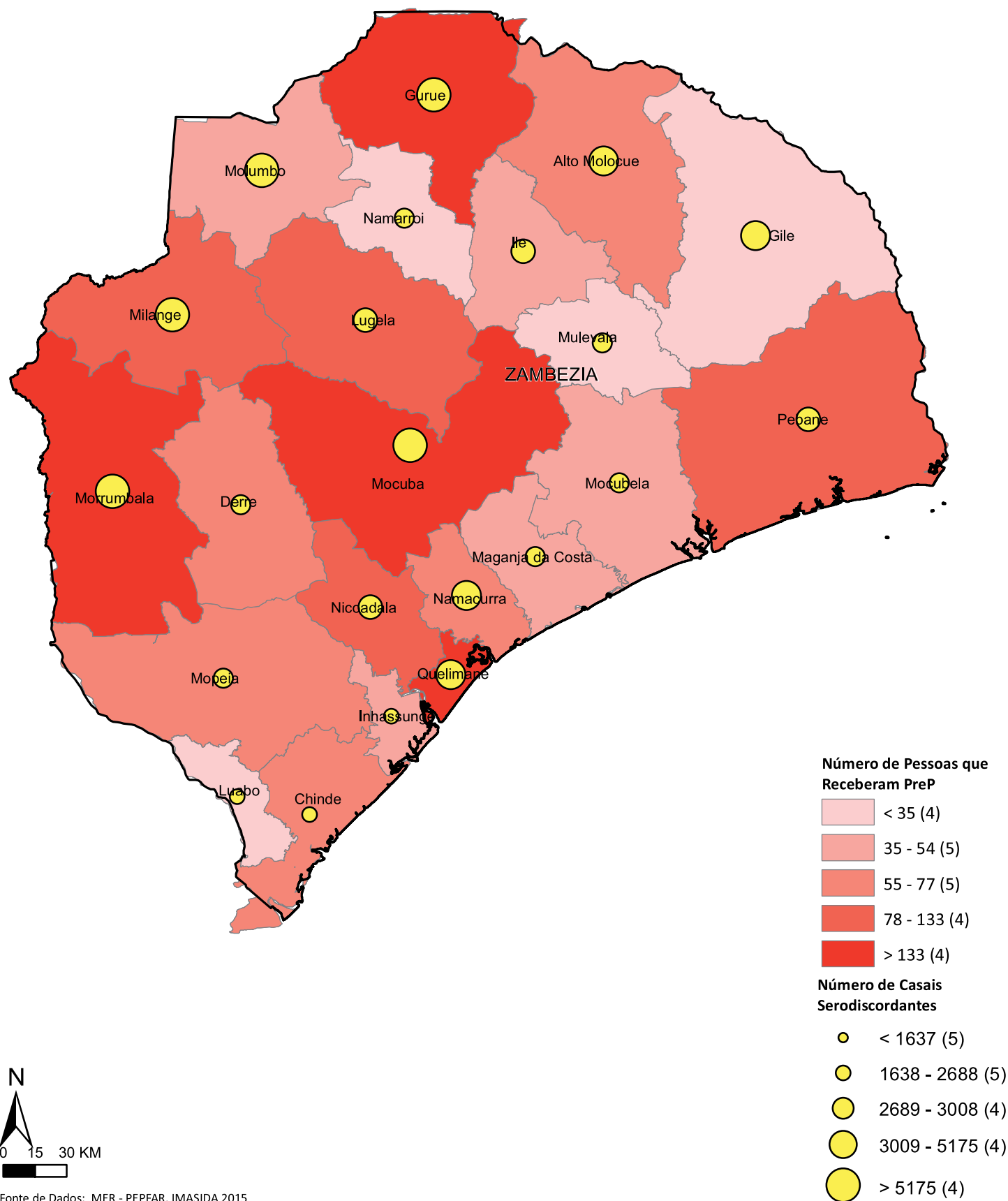
O mapa mostra que em todo o país o número de vítimas que chegam à US antes de 72h ainda é muito baixo, e a cobertura da PPE também ainda é baixa. A zona Sul do país, em particular, o sul de Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade apresentam um número elevado de vítimas de violência sexual que chegam à US antes de 72h e também pode – se observar uma maior cobertura de utentes que iniciaram PPE.

Disponibilidade de Serviços de Profilaxia Pós-Exposição



Nas províncias que apresentam maior número de vítimas de violência sexual, as mesmas, têm maior acesso aos serviços de Profilaxia Pós-Exposição (PPE). Contudo, as províncias de Nampula e Tete apesar de apresentarem um boa disponibilidade de serviços têm um baixo número de vítimas de violência sexual que iniciam PPE. (Ver o mapa anterior)

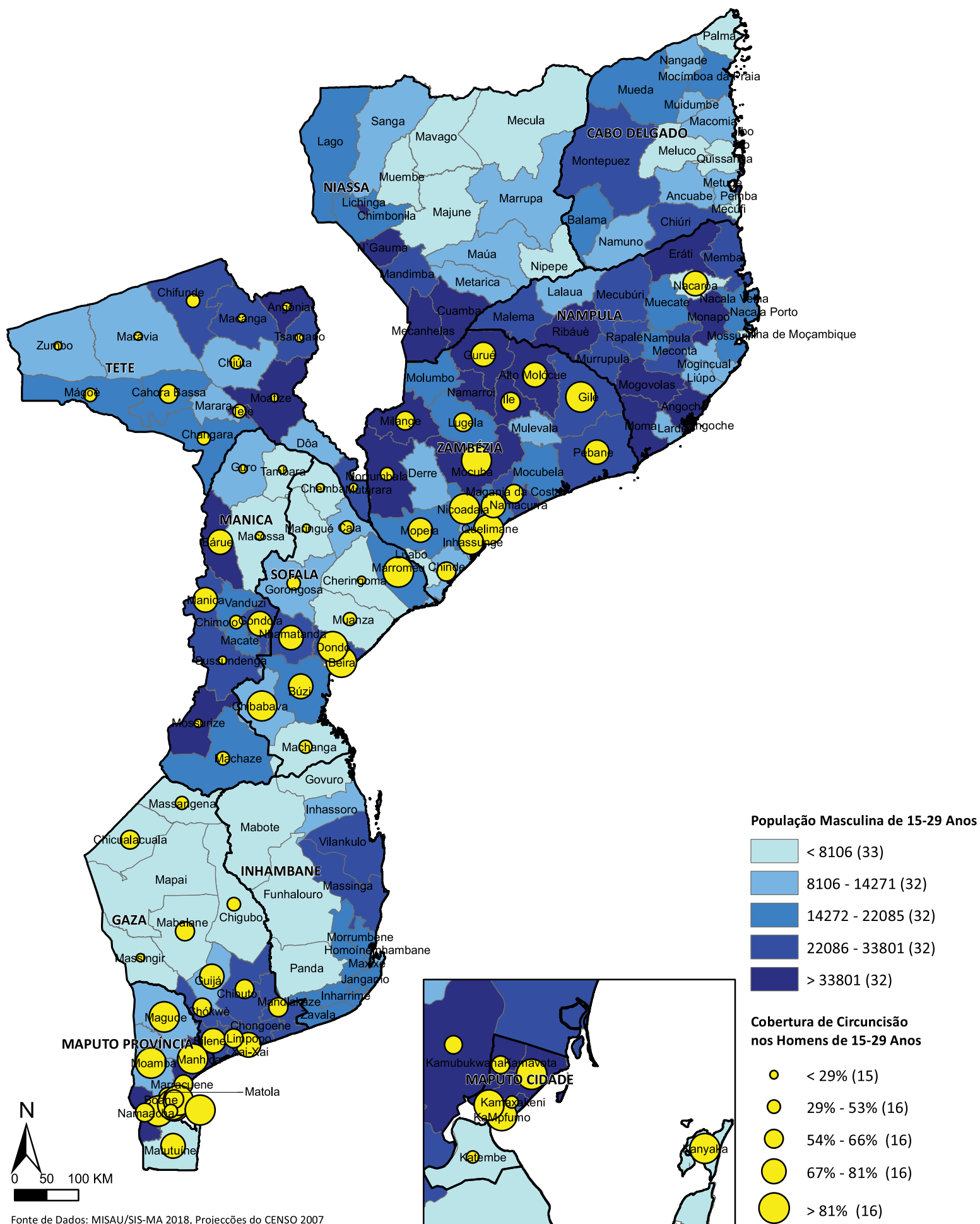
Número de Pessoas que Receberam Profilaxia Pré-Exposição na Zambézia



Em 2018 um total de 22 Unidades Sanitárias (US) na província da Zambézia ofereceram a PrEP em 2 US por distrito com excepção de Quelimane com 7 US.

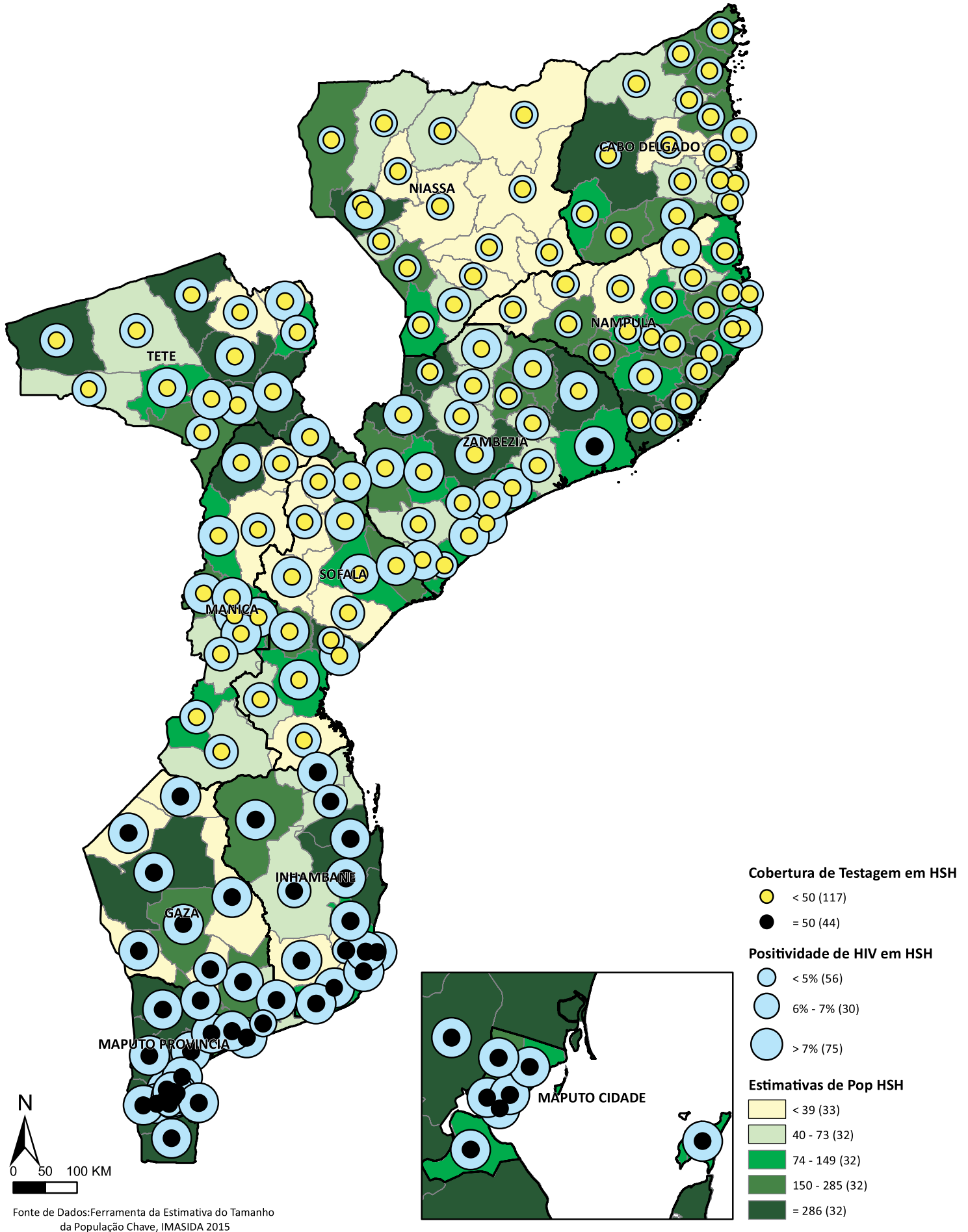
Quelimane apresenta maior número de pessoas em PrEP comparativamente a outros distritos com maior número de casais sero-discordantes. Sugerindo que o aumento da disponibilidade da PrEP, poderá levar a um aumento na cobertura. A expansão da PrEP em alguns subgrupos está previsto para 2019.

Cobertura de Circuncisão nos Homens de 15-29 anos



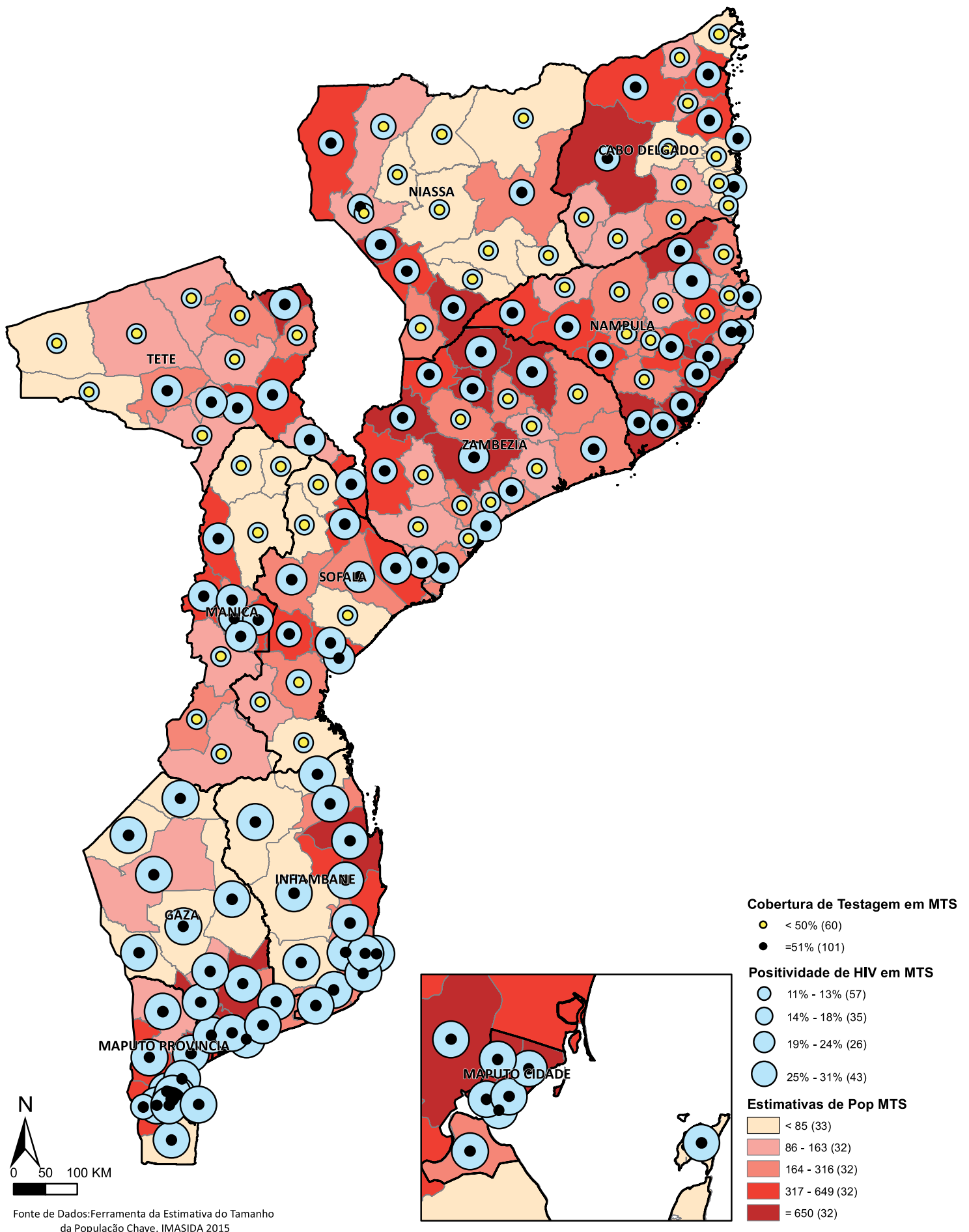
Elevada cobertura de circuncisão entre homens de 15 a 29 anos está longe de ser alcançada, apenas a cidade e província de Maputo apresentam cobertura acima de 80%. Destacam-se as províncias de Tete e Gaza onde se verifica cobertura abaixo de 54%.

Positividade e Cobertura de Testagem de HIV em Homens que Fazem Sexo com Homens



O mapa mostra que a zona Sul e Centro tem um tamanho de HSH considerável e uma positividade alta. Relativamente a cobertura de testagem somente a zona sul apresenta uma cobertura acima de 50%. Os dados remetem a uma análise da cobertura de testagem nas zonas centro e norte do país.

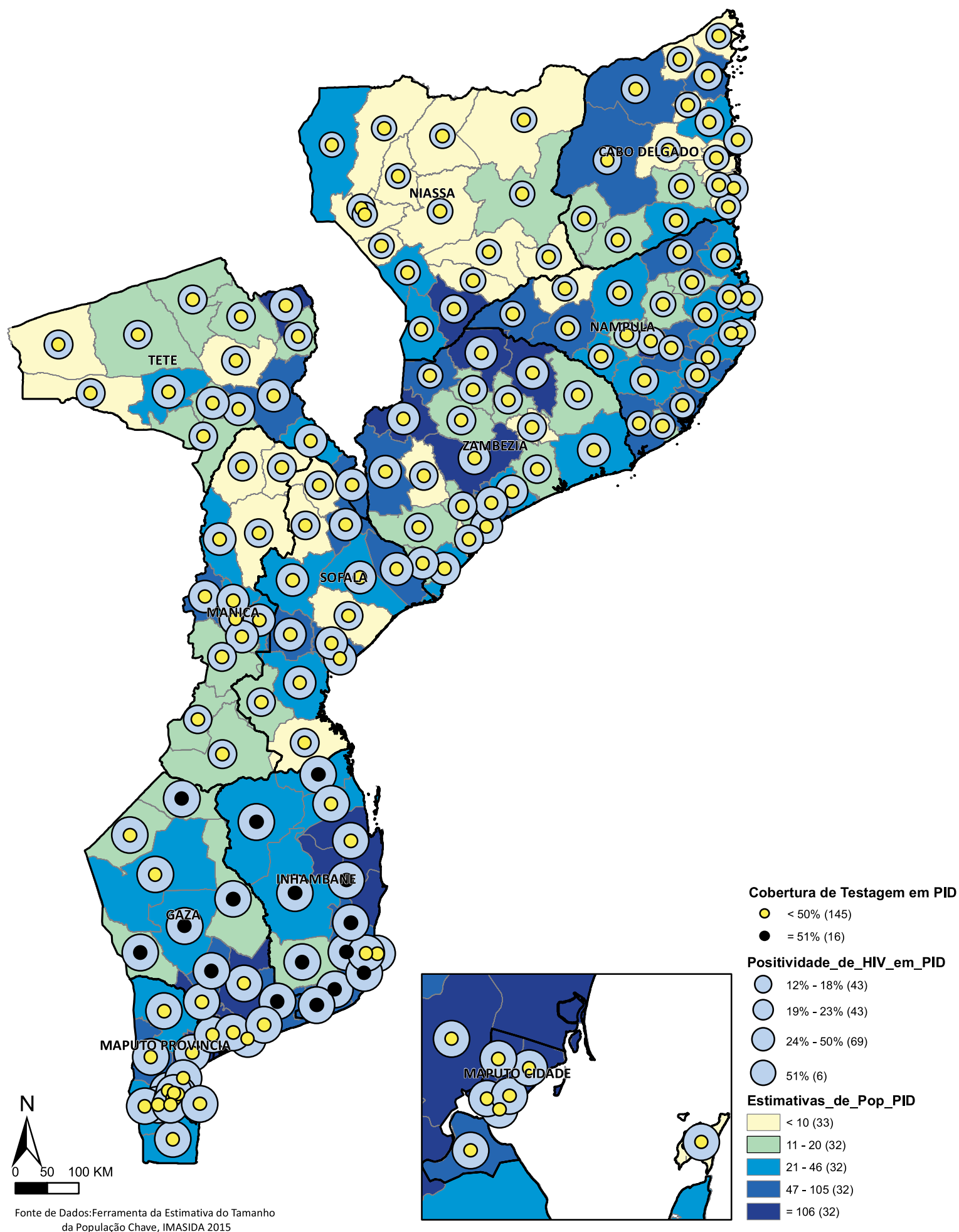
Positividade e Cobertura de Testagem de HIV em Mulheres Trabalhadoras do Sexo



Há uma maior concentração de MTS nos distritos das províncias de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, zonas costeiras de Sofala e Inhambane, Maputo Província e Cidade.

No entanto, tanto a positividade de HIV como a cobertura de testagem são mais elevadas nas províncias do Sul, enquanto que no Norte e Centro a positividade e a cobertura de testagem são mais baixas.

Positividade e Cobertura de Testagem de HIV em Pessoas que Injectam Drogas

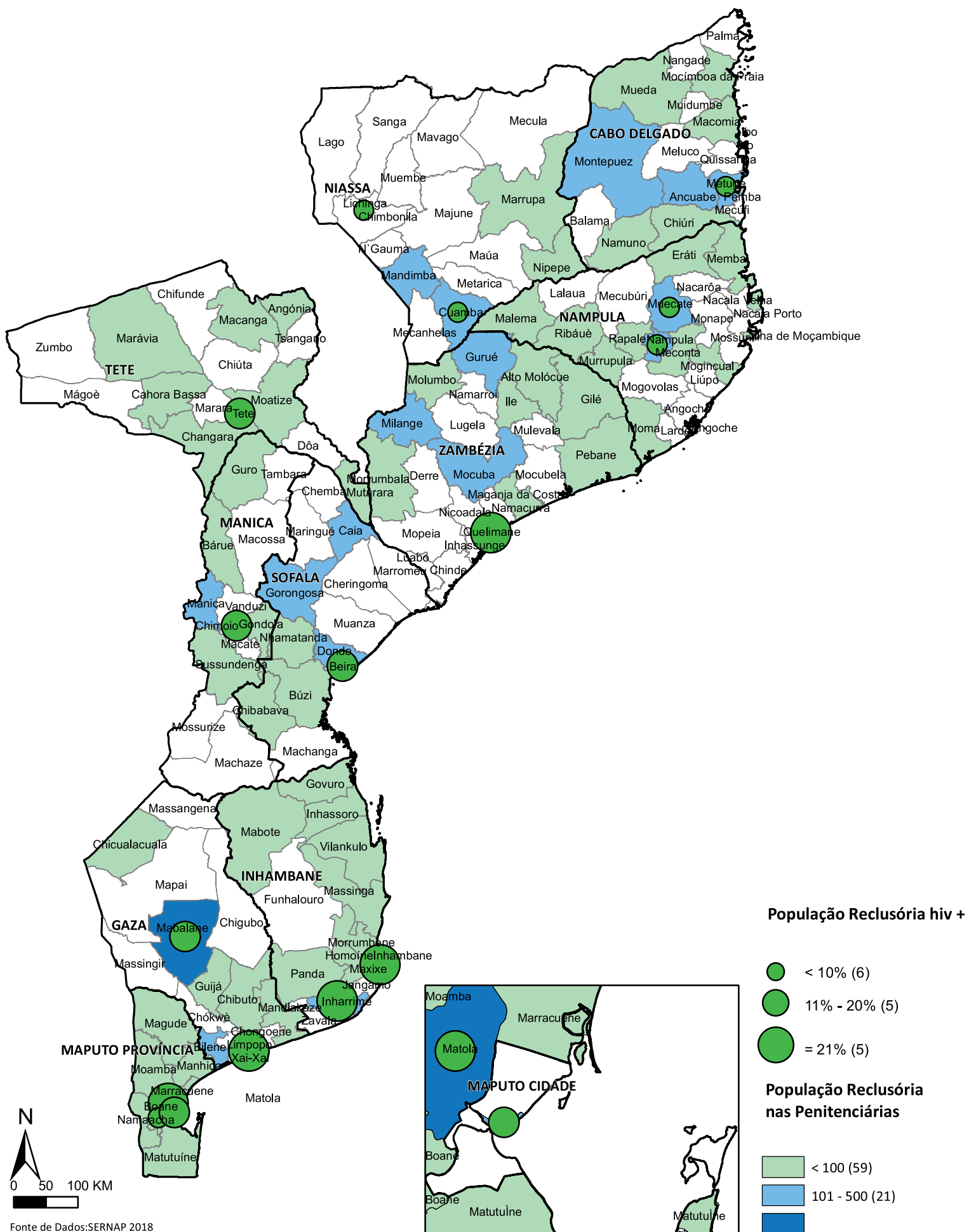


A distribuição desta população não é uniforme em todo país, estando mais concentrada nas zonas costeiras do país.

A cobertura dos serviços de testagem em áreas geográficas com maior tamanho da PID é bastante baixa, apenas as províncias de Gaza e Inhambane têm uma cobertura de testagem acima de 50%.

A positividade é mais acentuada no Sul do país em relação as províncias do Centro e Norte do país.

Taxa de Positividade em População Reclusória nas Penitenciárias com Serviços de Testagem em HIV



O serviço de testagem para HIV nos serviços penitenciários ainda é baixo e não cobre todos os estabelecimentos penitenciários o país. O mapa mostra que no Sul do país regista-se maior positividade em relação ao Norte e Centro do país. Há uma necessidade de se expandir o serviço de testagem nesta população específica para que haja melhor controlo.

4

Indicadores de Sistemas de Saúde para Resposta ao HIV

Este capítulo está focado nos sistemas de saúde, especificamente em duas áreas: Recursos Humanos para Saúde (RHS) e Sistemas de Informação para resposta ao HIV.

A produção de informação estratégica para tomada de decisão através do cruzamento de dados de RHS do sistema de informação eSIP-Saúde e dados de prestação de serviços TARV/B+ para tomada de decisão, tem sido um dos objectivos do Observatório de Recursos Humanos para Saúde de Moçambique (ORHS), fornecendo informação de RHS para a monitoria da implementação da estratégia 90-90-90 da ONUSIDA.

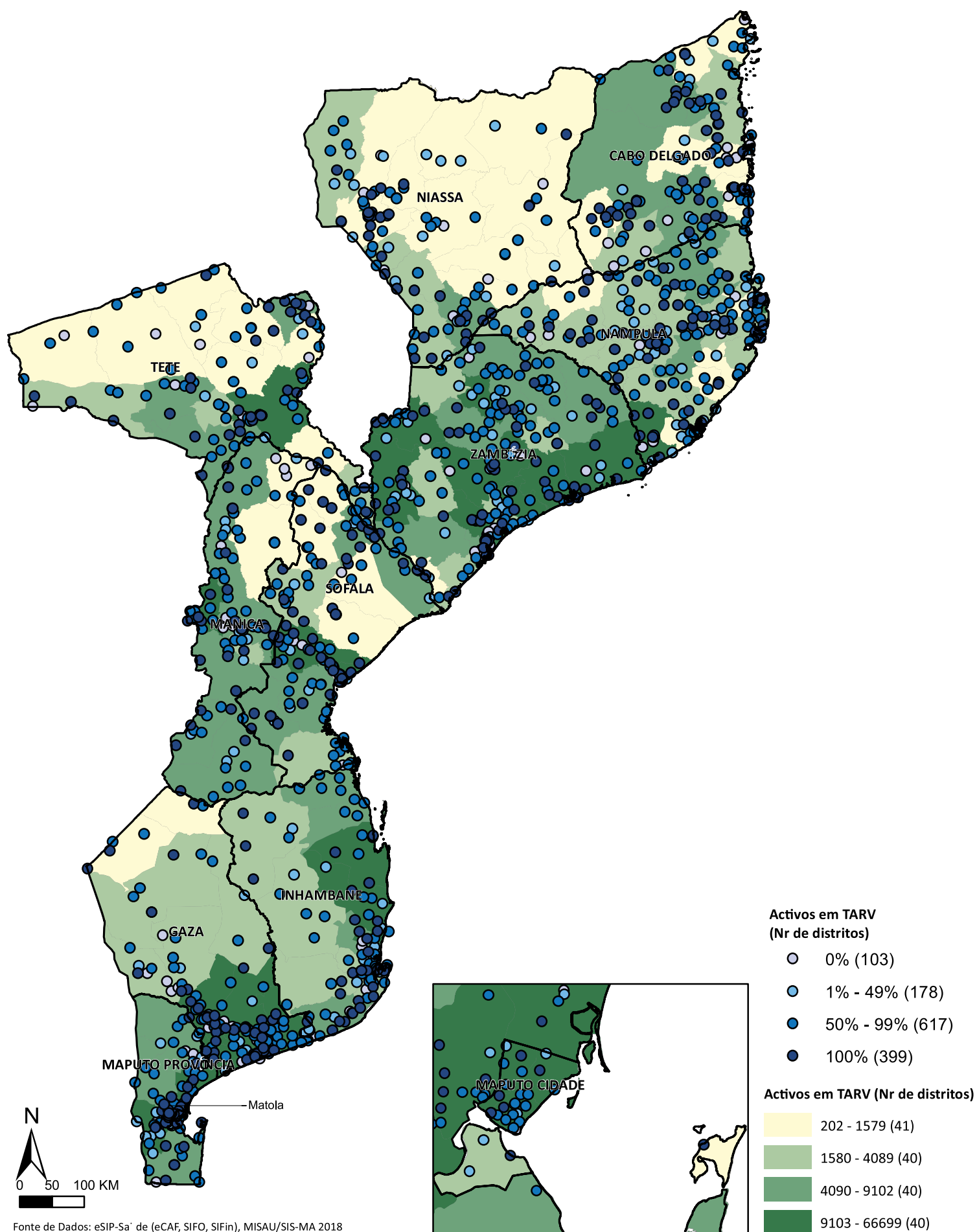
Esta informação estratégica está visualizada em forma de mapas georeferenciados que resultam do cruzamento de dados do efectivo de Provedores de Apoio Psicossocial (APSS), Clínicos com competências para prestar cuidados de HIV por distrito, US e a lista das US que prestam TARV/B+ com o número de pacientes em TARV/B+.

Clínicos com competências para prestar cuidados de HIV - são definidos como todos Técnicos e Agentes de Medicina, Enfermeiros de todos os níveis, Enfermeiros de Saúde Materno-Infantil (ESMI) de todos os níveis, Médicos de Clínica Geral, Médicos Hospitalares internistas, Médicos Hospitalares com especialidade de doenças infecciosas e Médicos Hospitalares Pediatras que adquiriram competências de cuidados em HIV através da formação inicial ou formação contínua.

Provedores de Apoio Psicossocial (APSS) - são definidos como todos os profissionais da área de Psiquiatria e Saúde Mental do Serviço Nacional de Saúde.

A informação sobre RHS apresentada nos mapas reflecte os dados que foram registados nos vários subsistemas de informação do eSIP-Saúde (SIFO, SIFIn e eCAF). Os dados representados nos mapas são referentes a 1297 US reportados no eSIP-Saúde.

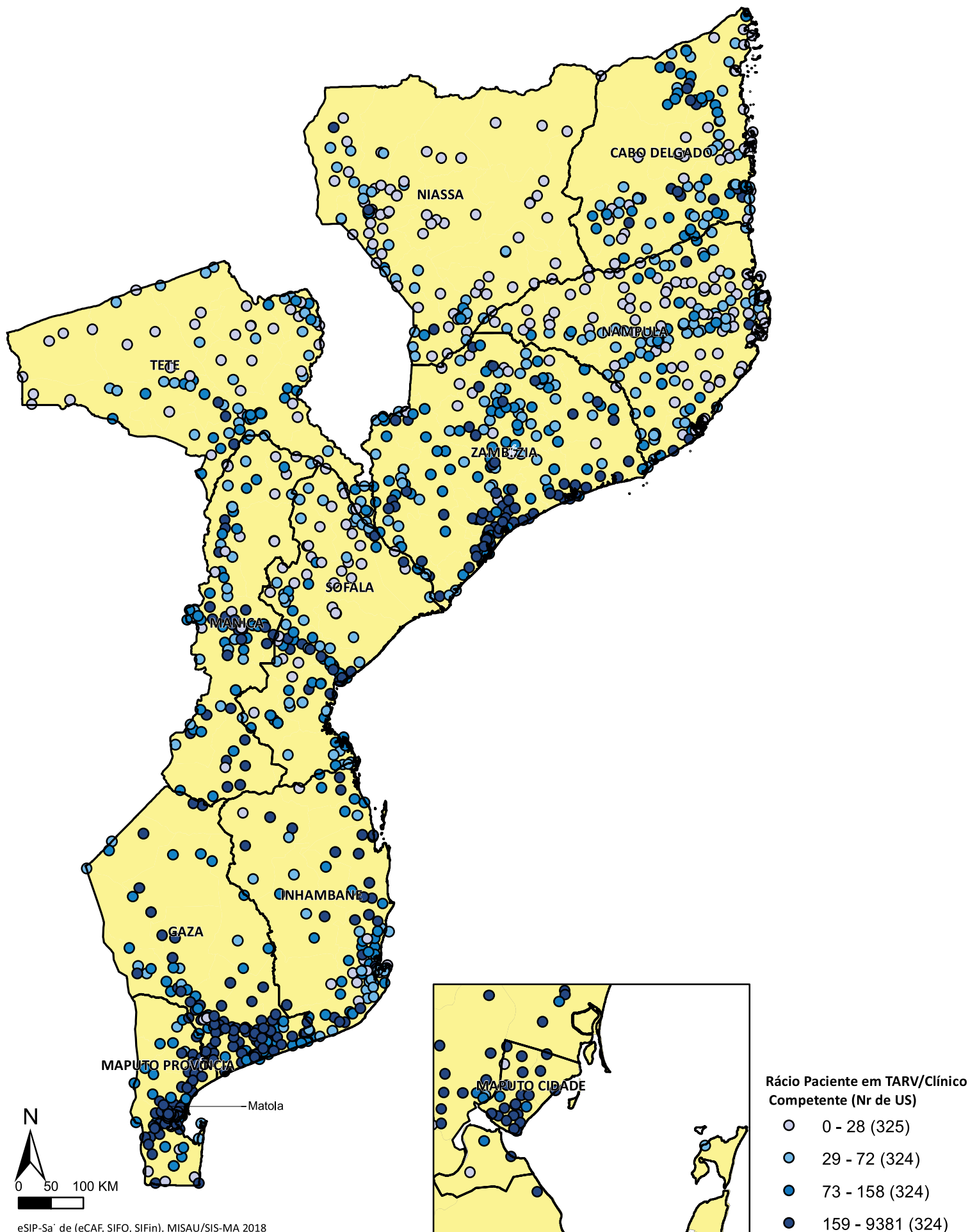
Pacientes em TARV e Percentagem de Clínicos Competentes



Num universo de 1297 US cadastradas no eSIP SAUDE existem 103 (8%) que não têm clínicos competentes alocados.

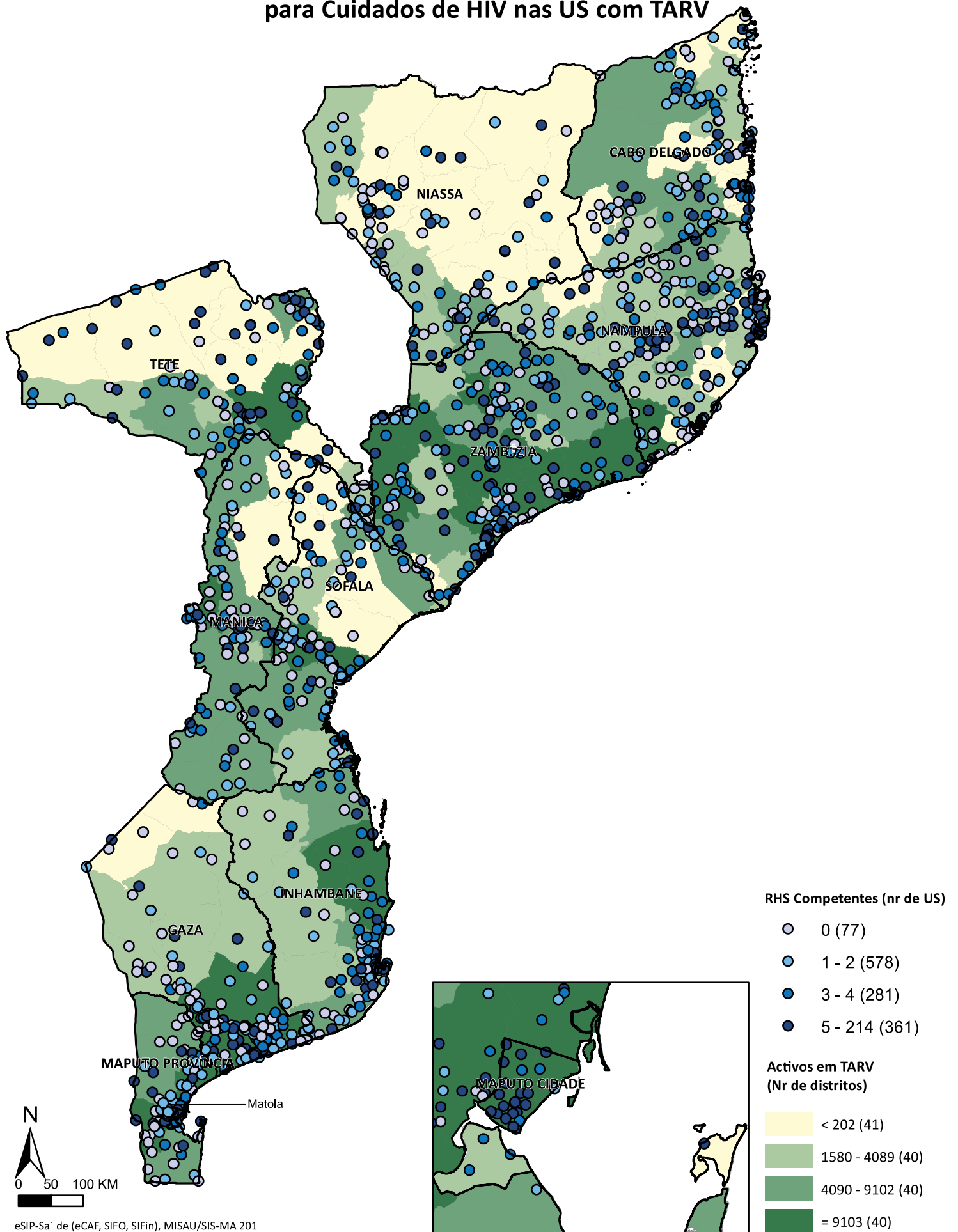
Menos de 50% dos clínicos competentes estão alocados em 22% das US (281).

Rácio Pacientes em TARV/Clínico Competente



Em 25% dos distritos um clínico está para 159 a 9381 pacientes em TARV. Destaque para as províncias de Gaza (9381), Maputo Província (3348) e Nampula (3034).

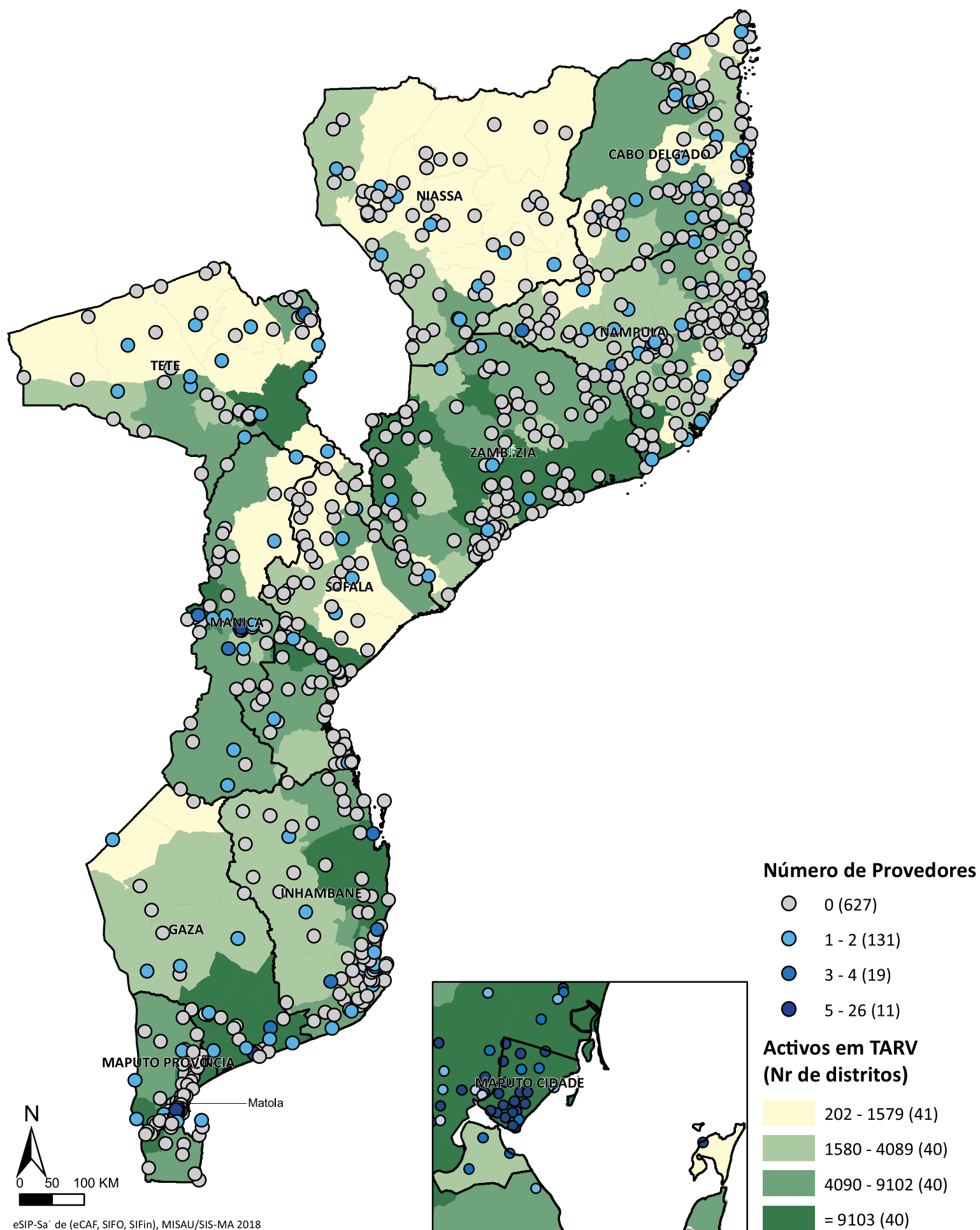
Disponibilidade de Recursos Humanos Competentes para Cuidados de HIV nas US com TARV



Em 6% das US que prestam serviços TARV/B+ não há recursos humanos competentes para cuidados de HIV e 26% dessas US estão localizadas em distritos com o maior volume de pacientes em TARV (9103 – 66699).

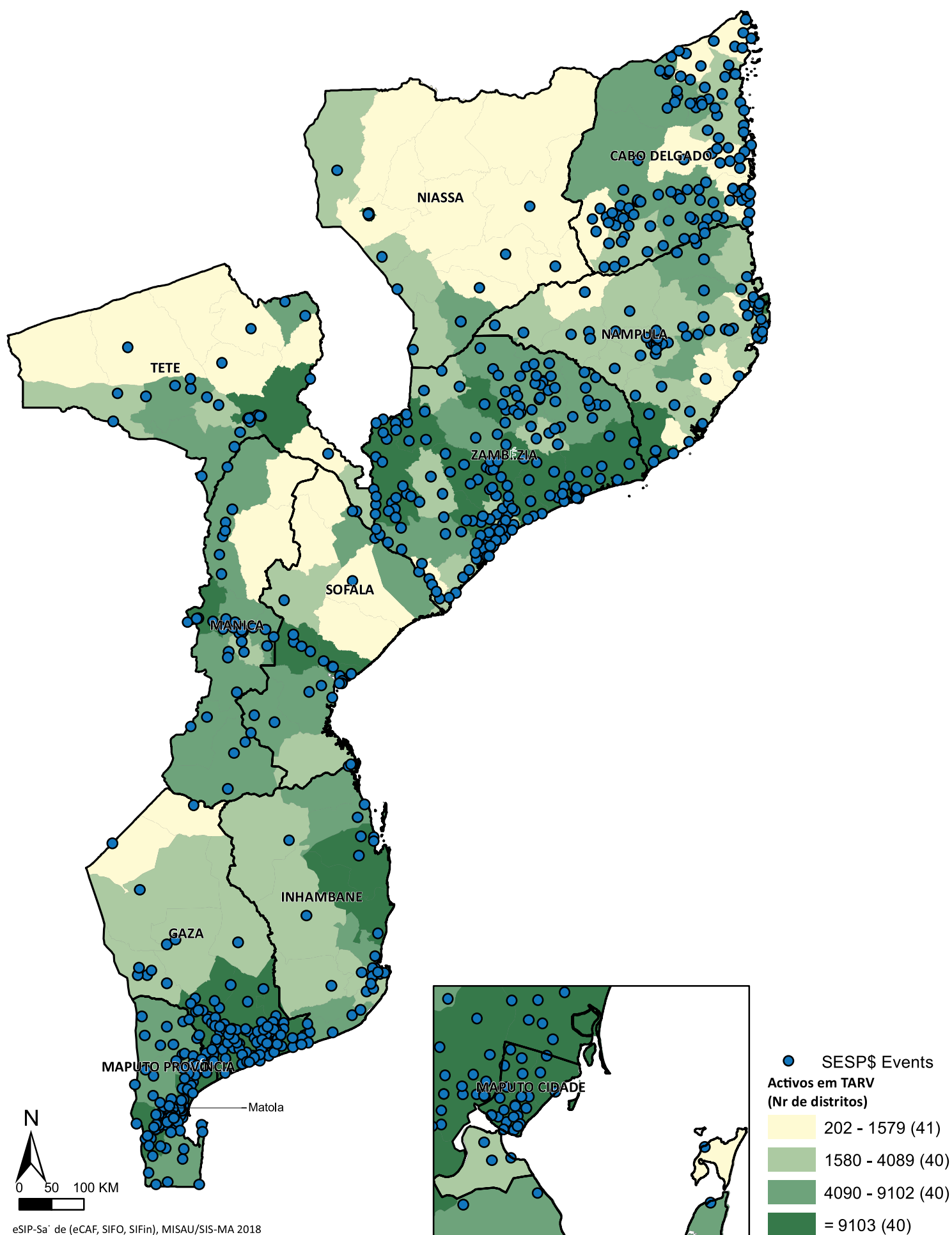
Das US que não fornecem TARV, 77 (65%) US têm alocados clínicos competentes para cuidados de HIV.

Disponibilidade de Provedores de Apoio Psicossocial vs Activos em TARV



Cerca de 627 US (48%) não possuem psicólogos e técnicos de psiquiatria e saúde mental.

Unidades Sanitárias com Sistema Electrónico de Seguimento de Pacientes (SESP)



SESP é um sistema electrónico de seguimento de pacientes HIV positivos instalado em 734 US que representam 50% de total de US provendo TARV no país.

Quanto maior for o número de pacientes activos em TARV nas US, maior é a disponibilidade de SESP nas mesmas e isto vai de acordo com o critério de alocação do SESP que iniciou em US com mais de 500 pacientes em TARV.

GLOSSÁRIO

Centro do país - corresponde as Províncias da Zambézia, Tete, Manica e Sofala.

Circuncisão médica - cirurgia de remoção do prepúcio, tecido que cobre a cabeça do pênis onde estão localizadas células altamente receptivas ao vírus da imunodeficiência humana.

Cobertura de TARV - proporção (%) de pacientes em TARV entre pessoas vivendo com HIV (numerador: pessoas HIV positivas em TARV; denominador: pessoas HIV positivas).

Crianças expostas - crianças nascidas de mães HIV positivas e/ou em amamentação por uma mulher HIV positiva.

Homens que Fazem Sexo com Homens - todos os homens que têm relações sexuais com outros homens, regularmente ou ocasionalmente.

Mulheres Trabalhadoras de Sexo - mulheres (acima dos 18 anos) que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, regularmente ou ocasionalmente.

Norte do país - corresponde as províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula.

Novas Infecções por HIV - número estimado de infecções incidentes pelo HIV que ocorreram durante o ano mas não são divididas pela população como na incidência.

Novos inícios em TARV - número de indivíduos HIV positivos que iniciaram ao TARV durante o período em referência.

Pessoas que Injectam Drogas - pessoas que injectam psicotrópicos por razões não terapêuticas, por via intra-venosa, intra-muscular, sub-cutânea ou outras vias de injeção.

Pessoas Vivendo com HIV - refere-se a adultos e crianças que vivem com a infecção pelo HIV, incluindo aqueles que estão cientes (diagnosticados) da sua infecção e aqueles que desconhecem (não diagnosticados).

População-Chave - são populações que devido ao seu comportamento têm um risco maior de contrair a infecção pelo HIV e enfrentam barreiras legais, culturais e sociais que aumenta a sua vulnerabilidade à infecção.

Positividade do PCR - proporção (%) de crianças com PCR positivo entre crianças expostas.

Prevalência de HIV - expressa a proporção de indivíduos numa população que vive com HIV num momento específico. A prevalência do HIV também pode se referir ao número de pessoas que vivem com o HIV. A prevalência não é uma taxa e, portanto, o termo “prevalência” é suficiente.

Profilaxia Pré-Exposição - refere-se a medicamentos antiretrovirais prescritos antes da exposição (ou possível exposição) ao HIV com o objectivo de reduzir o risco de adquirir a infecção por HIV por transmissão sexual.

Retenção ao TARV aos 12 Meses - percentagem de pessoas dentro de uma coorte que iniciaram o TARV e que se mantêm em tratamento activo 12 meses após o início do tratamento.

Risco Relativo de Incidência de HIV – é a taxa de incidência anual estimada de novas infecções por HIV em relação à média nacional a nível de distrito. Neste Atlas, um risco relativo de 1.0 indica que o distrito está na média nacional. Um risco relativo de >1.0 indica que o distrito tem um risco maior de novas infecções. Um risco relativo de <1.0 indica que o distrito tem um risco menor de novas infecções.

Segunda linha de TARV - regime de TARV introduzido ao paciente HIV positivo após falência do primeiro regime TARV (primeira linha TARV) em que o paciente esteve exposto.

Sul do país - corresponde as províncias de Gaza, Inhambane, Maputo e Cidade de Maputo.

Supressão Viral - redução da quantidade de cópias de RNA de HIV que circula no sangue para níveis indetectáveis, apresentada como o número de cópias por milímetro (ml) de sangue. Em Moçambique a supressão viral é definida como <1000 cópias/ml.

Violência Sexual - qualquer conduta que constrange a praticar, manter ou a participar de relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou utilizar de qualquer modo a sua sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimónio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite, anule o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

