

# **ESTRATÉGIA DE ACELERAÇÃO DA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV**

## **I. Introdução**

Desde que, em 1986, foi registado o primeiro caso de SIDA em Moçambique, o número de casos tem vindo a crescer rapidamente. Até finais de 1992, tinha sido registado um total cumulativo de 662 casos de SIDA, passando de um total de 10.963 casos em 1998 para cerca de 1.35 e 1.60 milhões em 2002 e 2007, respectivamente. As estimativas de prevalência do HIV, baseadas nos resultados das Rondas de Vigilância Epidemiológica (RVE) dos anos de 2001 (14%), 2002 (15%), 2004 e 2007 (16%) indicam que a epidemia do SIDA continua a agravar-se no país, ainda que na última RVE se tenham registado sinais de estabilização nas zonas centro e norte. No entanto na zona sul, continuamos a assistir índices de incidência extremamente altos.

Os dados supracitados indicam que em Moçambique a epidemia do SIDA se sobrepõe aos esforços envidados para a sua contenção e que ela está a corroer seriamente os ganhos em todos os sectores de actividade económica e social, incluindo de serviços. A epidemia obriga assim a desviar os recursos destinados ao desenvolvimento para minimizar as múltiplas crises que ela própria origina. Assiste-se a uma contínua fragilização das estruturas familiares, devida à pressão criada pelos cuidados e apoio que têm de ser proporcionados a um número crescente de pessoas debilitadas e/ou aos órfãos devido ao SIDA. Se as actuais taxas de infecção pelo HIV assim continuarem, as perspectivas de crescimento económico e de desenvolvimento humano reduzir-se-ão de forma drástica.

**A Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV surge assim como a resposta nacional à necessidade de, com a maior urgência, se controlar a situação explosiva do SIDA no nosso País.**

A presente Estratégia estabelece mecanismos para reduzir, de forma progressiva mas sustentada, a incidência (ou seja, o número de novas infecções) do HIV. A finalidade da Estratégia é identificar as intervenções mais críticas que possam contribuir para a redução significativa da incidência do HIV no País. Este exercício de identificação implica: 1) uma compreensão mais profunda dos factores epidemiológicos e sociológicos que impulsionam a epidemia e 2) um conhecimento das causas que explicam por que razão as acções de prevenção até agora utilizadas não surtiram o efeito desejado.

Em Moçambique, o vírus do SIDA é transmitido sobretudo (em mais de 90% dos casos) através de relações sexuais. Na epidemia do SIDA há a distinguir 2 tipos de factores impulsionadores: 1) o **factor chave é a existência de relações sexuais concomitantes com múltiplos parceiros e sem/com baixo recurso à protecção pelo preservativo** 2) **os factores contribuintes sociais e estruturais** (tais como a grande mobilidade populacional, as desigualdades de género e as desigualdades económicas) e **comportamentais** (tais como a violência de género e sexual, consumo de álcool e droga, o estigma e a falta de comunicação sobre sexualidade, sexo e SIDA no seio da família). Por isso, a redução da incidência do HIV implica necessariamente uma MUDANÇA DE COMPORTAMENTO.

## **II. Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV**

A Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV tem 2 vectores:

- Identificação de áreas prioritárias de acção.
- Capacitação técnica e institucional para uma resposta mais efectiva.

### **Áreas Prioritárias de Acção**

As Áreas prioritárias de Acção são:

- Aconselhamento e Testagem em Saúde;
- Preservativos;
- Grupos de Alto Risco;
- Detecção Precoce e Tratamento das Infecções de Transmissão Sexual;
- Circuncisão Masculina;
- Prevenção da Transmissão Vertical (Transmissão da Infecção da Mãe para o Bebé);
- Acesso ao Tratamento;
- Biossegurança.

Para uma resposta mais efectiva à epidemia do SIDA há que capacitar os quadros e as instituições para se melhorar:

- A coordenação da Resposta à Epidemia;
- A comunicação visando a Mudança de Comportamento;
- A Monitoria e Avaliação das Acções de Prevenção.

## **1. Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)**

### **1.1. Constatações**

- a) O aconselhamento e testagem (AT) é uma componente fundamental para a prevenção do HIV/SIDA visto que é uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento;
- b) Há falta de recursos humanos qualificados para a provisão de serviços no sector da saúde em geral, seja em quantidade suficiente e qualidade desejável, associada à ausência de conselheiros não médicos integrados no SNS;
- c) Os princípios básicos que orientam o Aconselhamento e Testagem (Consentimento Informado, Aconselhamento e Confidencialidade) não são compreendidos pela população nem pela maioria dos profissionais de saúde, afectando a qualidade da oferta deste serviço bem como a procura do mesmo pelos cidadãos;
- d) Há fraca adesão ao teste de HIV, motivada pela superstição, obscurantismo, vergonha e receio face ao resultado e por alguma desinformação;
- e) Nalgumas comunidades existe o sentimento de que a testagem deve ser obrigatória tendo em conta o carácter de emergência e de epidemia generalizada em que o país se encontra.

### **1.2. Estratégia**

- a) A promoção da qualidade e da expansão dos serviços de Aconselhamento e Testagem no contexto clínico, nas Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS) e na comunidade deve assumir-se como prioritária, integrando o aconselhamento e testagem nas actividades de rotina dos profissionais de saúde, expandindo o aconselhamento e testagem comunitária e potenciando uma comunicação virada à mobilização social para a adesão ao teste, procura de serviços subsequentes e adesão ao tratamento;
- b) Desenvolver uma estratégia de inclusão de conselheiros não médicos no quadro do Serviço Nacional de Saúde;
- c) Incluir, na actual Estratégia Nacional de Comunicação para o HIV/SIDA, campanhas de comunicação de massas com vista a promoção dos serviços de Aconselhamento e Testagem e para o conhecimento do estado serológico;
- d) Implantar um Sistema Nacional de Controlo de Qualidade da Testagem, integrado no controlo de qualidade das actividades de laboratório do Serviço Nacional de Saúde;
- e) Adequar os grupos de activistas e portadores de mensagens em relação aos grupos alvo ou seja, formar grupos de activistas comunitários compostos por homens e mulheres adultos, por mulheres grávidas e anciãos de modo a tornar mais credível a informação.

## **2. Preservativos**

### **2.1. Constatações**

- a) Fraco e/ou não uso do preservativo, ligado a questões de discordância entre cônjuges, barreiras culturais e religiosas e a posição dominante do homem perante a mulher;
- b) Fragilidade dos sistemas de gestão e de distribuição do preservativo masculino, sobretudo nas zonas rurais;
- c) A venda de preservativo diminui o acesso ao mesmo;
- d) Fraca divulgação e acesso ao preservativo feminino;
- e) Mensagens inadequadas à realidade dos valores socioculturais, incluindo a não segmentação da comunicação por grupos etários.

### **2.2. Estratégia**

- a) Elaborar e divulgar um documento orientador para a comunicação e educação sobre o preservativo, devendo assegurar a adequação das mensagens às realidades socioculturais, assim como garantir o respeito à segmentação consoante os grupos alvo;
- b) Dar prioridade aos corredores de desenvolvimento, como uma das zonas privilegiadas para a divulgação massiva e permanente do preservativo, cobrindo grupos de pessoas de alta mobilidade;
- c) Melhorar a capacidade logística e de gestão da distribuição de preservativos a todos os níveis, sobretudo nas zonas rurais, através de uma melhor coordenação entre os intervenientes (sectores público e privado e sociedade civil), incluindo distribuição gratuita do preservativo masculino e feminino;
- d) Criar capacidade técnica e logística para responder à crescente procura de preservativos femininos por algumas organizações femininas e pelas mulheres, como usuárias privilegiadas deste instrumento de prevenção;
- e) Estabelecer parcerias multisectoriais, para melhorar a condição da mulher, reduzir as relações sexuais por coacção ou violência, e apoiar a integridade familiar entre os trabalhadores emigrantes e com mobilidade;
- f) Produzir materiais de comunicação apropriados ao contexto moçambicano, tanto para o preservativo masculino, como para o feminino, incluindo material a ser utilizado pelos líderes comunitários e conselheiros dos ritos de iniciação;

## **3. Grupos de Alto Risco (GAR)**

### **3.1. Constatações**

- a) Falta de uma plataforma estratégica de âmbito nacional, destinada aos Grupos de Alto Risco;
- b) Existência de intervenções pontuais, sem visão continuada e institucionalizada, com fraco envolvimento das instituições governamentais;

- c) A falta de definição clara até ao momento, dos GAR, levou a que a maior parte das intervenções específicas fosse concentrada em trabalhadoras de sexo e seus clientes, ficando de lado outros grupos importantes de alto risco;
- d) Barreiras no acesso à informação e aos serviços de saúde;
- e) Dificuldade de encaminhamento para aconselhamento, testagem e assistência sanitária e social.

### **3.2. Estratégia**

- a) Melhorar a coordenação entre as instituições de tutela dos GAR para desenho e harmonização de instrumentos (políticas, estratégias) que facilitem as intervenções sobre estes grupos. As Mulheres, Crianças e Adolescentes, Membros das Forças de Defesa e Segurança, Profissionais de Saúde, Professores, Reclusos, Atletas de Alta Competição, Mineiros, Marinheiros e Trabalhadoras de Sexo, são os que devem merecer prioridade do Governo para intervenções imediatas;
- b) Assegurar a participação de membros das instituições de tutela dos grupos identificados como de alto risco no grupo de trabalho GAR;
- c) Assegurar o desenvolvimento de programas e estratégias para a promoção da saúde, incluindo a prevenção de ITS/HIV, para os GAR;
- d) Em coordenação com os Países vizinhos, estabelecer mecanismos coordenados de controlo, acompanhamento e protecção dos grupos vulneráveis a nível regional;
- e) Elaborar instrumentos de monitoria e avaliação padronizados para cada grupo de alto risco, de modo a ter um sistema uniforme e compreendido por todos os utilizadores a nível nacional e que permita a tomada de acções futuras com base em evidências, assim como a comparação de resultados entre diferentes áreas geográficas.

## **4. Detecção Precoce e Tratamento das Infecções de Transmissão Sexual (ITS)**

### **4.1. Constatações**

- a) Demora na procura de tratamento pelos doentes com ITS, por desconhecimento e/ou menosprezo dos sinais, sintomas e consequências destas infecções, associados à falta de respeito e de sigilo por parte de alguns profissionais de saúde aliado ao facto de os praticantes da medicina tradicional disseminarem crenças culturais de associação das ITS a questões de ordem espiritual;
- b) Muitas mulheres têm problemas de abordar os parceiros, receando represálias e agressões como resultado da sua fraca capacidade de negociação;
- c) Deficiente ligação entre os diferentes serviços nas unidades sanitárias, com consequentes deficiências no registo, notificação, monitoria e avaliação das actividades desta componente.

## **4.2. Estratégia**

- a) Sensibilizar as comunidades sobre a importância da detecção precoce e tratamento das ITS incluindo os contactos, integrando as actividades de comunicação para as ITS nas estratégias de comunicação para o HIV;
- b) Expandir e sistematizar as actividades conjuntas com os praticantes de medicina tradicional e parteiras tradicionais e, desenvolver um sistema de monitoria para estas actividades;
- c) Melhorar a coordenação, a todos os níveis, entre o MISAU, MEC e MJD para aumentar a detecção precoce e tratamento das ITS nos jovens e adolescentes;
- d) Dar prioridade aos grupos de alto risco no benefício destes serviços;
- e) Melhorar os registos, notificação, monitoria e avaliação das ITS, incluindo os contactos.

## **5. Circuncisão Masculina**

### **5.1. Constatações**

- a) A evidência de estudos epidemiológicos efectuados revelou uma redução da transmissão do HIV da mulher para o homem nos casos em que este é circuncidado;
- b) A prática da circuncisão masculina é variável de uma província para outra e até de um distrito para o outro. Há ainda aspectos que fragilizam a sua prática: a falta de colaboração entre os profissionais de saúde e os responsáveis deste acto nas comunidades; a maneira como a circuncisão é feita nos ritos de iniciação - o uso de material não esterilizado bem como os conselhos transmitidos durante os ritos de iniciação; o elevado custo cobrado pelas unidades sanitárias e; a falta de formação dos responsáveis deste acto nas comunidades em matéria de prevenção ao HIV.

### **5.2. Estratégia**

- a) Ainda que se reconheça a prova científica sobre o efeito da circuncisão na redução da transmissão do HIV da mulher para o homem, há necessidade de aprofundamento do contributo que esta área poderá prestar à resposta no país, como um elemento adicional aos esforços para a prevenção do HIV e das ITS;
- b) Realizar campanhas educativas sobre o tema, envolvendo as autoridades comunitárias, uma vez que se reconhece a sua relação directa com os hábitos e costumes locais;
- c) Criar mecanismos para garantir as questões de biossegurança para a circuncisão;
- d) Formar os líderes comunitários e responsáveis pelos ritos de iniciação em matéria de prevenção ao HIV.

## **6. Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)**

### **6.1. Constatações**

- a) Houve uma rápida expansão do PTV mas as crianças continuam a ser as menos beneficiadas por fraca sensibilidade dos familiares e acompanhantes;
- b) Fraco acesso ao TARV para a mulher grávida, agravado pela fraca adesão;
- c) Fraca capacidade de monitoria dos serviços prestados.

### **6.2. Estratégia**

- a) Desenhar e implementar intervenções comunitárias para melhorar a percepção sobre a importância da PTV para a saúde da mãe e da criança e sobre o impacto da sobrevivência da mãe no bem-estar familiar, principalmente na educação das crianças:
  - Estimular a participação dos pais, maridos e sogras nas consultas de Saúde Materno-Infantil (SMI).
  - Assegurar a ligação sistemática do Serviço Nacional de Saúde com acções tendentes ao empoderamento da Mulher, como os grupos de mães, de modo a reduzir a Feminização do HIV e melhorar a PTV.
- b) Melhorar a coordenação entre os diversos sectores da unidade sanitária para aumentar o acesso ao TARV para a mulher grávida e o seguimento regular da criança exposta.
- c) Revitalizar os processos de supervisão formativa regular, incluindo a actualização dos instrumentos para supervisão, definição das actividades e normas orientadoras para supervisão.

## **7. Acesso ao Tratamento e Prolongamento de Vidas**

### **7.1. Constatações**

- a) Muitos doentes de SIDA não procuram as unidades sanitárias ou procuram-nas num estado avançado de doença, morrendo pouco depois do internamento, devido ao fraco acesso ao aconselhamento e testagem, apesar de se ter expandido o TARV para todos os distritos e haver disponibilidade de medicamentos de forma gratuita;
- b) O tratamento anti-retroviral pode reduzir a infecciosidade e, por conseguinte, a transmissão do HIV, através da redução da quantidade total de vírus nos fluidos do sangue e nas secreções genitais;
- c) A disponibilização acrescida da terapia anti-retroviral pode contribuir para a prevenção através da motivação das pessoas a realizarem voluntariamente o aconselhamento e testagem, o que pode resultar num maior aconselhamento preventivo, redução de comportamentos de alto risco e uma menor transmissão;
- d) Necessidade de apoio alimentar aos doentes em tratamento e sem fontes de rendimento;

- e) Existência de doentes que não tomam regularmente a medicação, que faltam às consultas de controlo ou que abandonam o tratamento. As crianças são as mais afectadas por dependerem das mães e/ou substitutas;
- f) Fraca capacidade de identificar e trazer de volta à unidade sanitária os doentes que abandonam o tratamento.

## **7.2. Estratégia**

- a) A curto prazo, não expandir o TARV para novos locais, mas concluir a integração do atendimento aos utentes HIV/SIDA no SNS com qualidade, através do fortalecimento da capacidade de formação, supervisão, monitoria e avaliação das Direcções Provinciais de Saúde, em coordenação com os parceiros de implementação;
- b) Reforçar a formação dos técnicos de saúde em ética e deontologia profissional, para garantir a confidencialidade;
- c) Fortalecer a capacidade das organizações da sociedade civil para realizarem actividades nas comunidades, de modo a assegurar um elevado nível de adesão ao tratamento e, por conseguinte, reduzir as possibilidades de abandono ao tratamento;
- d) Melhorar o aproveitamento dos recursos existentes para potenciar a componente de nutrição, quer através de promoção de projectos de geração de renda, como de promoção e educação nutricional;
- e) Aprovar o projecto-lei de protecção às PVHS contra a discriminação, passando a considerar a discriminação como um crime público.

## **8. Biossegurança**

### **8.1. Constatações**

- a) Falta de segurança do sangue e hemoderivados transfundidos nas unidades sanitárias devido a fraca disponibilidade de equipamento de protecção individual, de infra-estruturas e de equipamento para testagem, colheita e conservação do sangue e seus derivados;
- b) Falta de sistemas centralizados de esterilização nos hospitais provinciais, gerais e distritais;
- c) Deficiente implementação das normas de Profilaxia Pós Exposição e fraca notificação e seguimento dos casos de acidentes de Exposição ao HIV;
- d) Fraca capacidade dos Técnicos de Laboratório em aconselhar dadores de sangue detectados como positivos para o HIV.

### **8.2. Estratégia**

- a) Fornecer regularmente equipamento de protecção individual às unidades sanitárias e aumentar a capacidade e qualidade das infra-estruturas e de equipamento para testagem, colheita e conservação do sangue e seus derivados em todas as unidades sanitárias com serviços de transfusão de sangue;

- b) Garantir sistemas centralizados de esterilização nos hospitais provinciais, gerais e distritais;
- c) Melhorar a notificação e seguimento da Profilaxia Pós Exposição;
- d) Capacitar os Técnicos de Laboratório em aconselhamento pós-teste.

## **9. Coordenação da Resposta**

### **9.1. Constatações**

- a) Fraca coordenação, com tendência para a *projectização* da abordagem do HIV e SIDA aos vários níveis, ao invés de integrar o SIDA nos planos de cada um dos sectores de tutela;
- b) Fraquezas dos sectores público e privado na mobilização de uma resposta multisectorial dinâmica e efectiva;
- c) A liderança e acção da Sociedade Civil é ainda reduzida ao nível central e principalmente ao nível provincial e distrital;
- d) Capacidade limitada de recursos humanos, a todos os níveis, resultando na falta de pessoal em quantidade e qualidade desejáveis para planificar, implementar e monitorar a maior parte das acções previstas no PEN II;
- e) Deficiente gestão e partilha de informação a todos os níveis.

### **9.2. Estratégia**

- a) Continuar a promover o comando das acções, ao nível da liderança política e da técnica, com base numa abordagem de consenso a nível do Conselho Directivo do CNCS, redefinindo as funções dos núcleos provinciais;
- b) Reforçar o princípio dos três Uns (Um único Plano Estratégico, Um único sistema de Monitoria e Avaliação e Uma única entidade coordenadora), tornando-se necessária a promoção de uma visão formal e comunitária mais integrada e harmonizada;
- c) Assegurar e readaptar a capacitação técnica e institucional a todos os níveis, para uma resposta mais efectiva, envolvendo as seguintes áreas: (1) Coordenação da Resposta; (2) Comunicação para a Mudança de Comportamento; (3) Monitoria e Avaliação;
- d) Assumir como prioritárias, as seguintes áreas de acção: (1) Aconselhamento e Testagem em Saúde; (2) Disponibilização e Uso do Preservativo (3) Grupos de Alto Risco; (4) Detecção Precoce e Tratamento das Infecções de Transmissão Sexual (ITS's); (5) Circuncisão Masculina; (6) Prevenção da Transmissão Vertical ou seja da mãe para o bebé (PTV); (7) Acesso ao Tratamento e Prolongamento de Vidas; (8) Biossegurança;
- e) Eliminar grupos paralelos e não consensuais de coordenação e proceder à sua integração e alinhamento, em fóruns já formalizados, para se providenciar informação programática e financeira dos seus investimentos na área do SIDA e potenciar o sistema integrado de monitoria e avaliação da resposta nacional;

- f) Vincular todos os actores acreditados no país e que estejam envolvidos na luta contra o SIDA ao uso dos mesmos instrumentos de documentação e informação às autoridades nacionais sobre as suas acções e respeitarem o ciclo programático do Governo;
- g) A liderança e acção da sociedade civil na coordenação da resposta desde o nível central ao comunitário devem ser sustentáveis.

## **10. Comunicação para Mudança de Comportamento**

### **10.1. Constatações**

- a) Estudos feitos sobre comportamentos, atitudes e práticas têm revelado um alargamento da cadeia de informação sobre os modos de transmissão e manifestações do SIDA, sem que tal conhecimento se reverta numa real mudança de atitudes e práticas comportamentais para evitar a infecção;
- b) A comunicação não está direccionada para os padrões de comportamento que estão a alimentar a epidemia;
- c) A comunicação não consta entre as prioridades das instituições, o que faz com que não haja investimento suficiente no recrutamento e na capacitação de recursos humanos nesta área;
- d) Fraco envolvimento das comunidades nas intervenções de comunicação;
- e) As intervenções não levam em consideração as dinâmicas de género no contexto da prevenção do HIV.

### **10.2. Estratégia**

- a) Capacitar os professores, líderes comunitários, religiosos, tradicionais, decisores das famílias (sogra, tias, madrinhas, etc) para serem os principais mensageiros e exemplos nas comunidades, sobre a importância capital da redução de parceiros sexuais como uma das medidas mais efectivas de prevenção do HIV e SIDA;
- b) Considerar os resultados dos estudos já existentes nas abordagens de comunicação para a prevenção, dando prioridade aos comportamentos e condições que estão a impulsionar a epidemia do HIV em Moçambique, nomeadamente, a questão de parceiros sexuais múltiplos e simultâneos, o sexo transaccional e o intergeracional e os Grupos de Alto Risco;
- c) Desenhar e implementar acções que ajudem a ultrapassar os obstáculos de género para uma comunicação mais orientada para a mudança de comportamento;
- d) Introduzir no currículo escolar do ensino primário e secundário “Habilidades para a Vida”. A educação das crianças sobre a sexualidade deve começar na família e na escola;
- e) Estimular o diálogo permanente entre pais e filhos e outros membros da família, fazendo do lar um espaço privilegiado para os jovens tirarem dúvidas sobre sexo, HIV/SIDA e outros assuntos de interesse;

- f) A educação de pares deve ser fortalecida sobretudo para os grupos mais sensíveis, tais como idosos, casados, etc;
- g) Usar o contacto regular dos doentes em tratamento com a unidade sanitária, para desenvolver acções de prevenção com positivos, nomeadamente, a promoção da mudança de comportamento no seio dos seropositivos e a educação de pares;
- h) Continuar a estimular a participação activa de seropositivos em actividades de comunicação para a mudança de comportamento;
- i) Encorajar as organizações a implementarem iniciativas que tenham grande participação da comunidade. Quanto mais localizada e participativa for a intervenção, maior é a probabilidade de se atingir o impacto desejado;
- j) Estimular um investimento equilibrado e participativo de comunicação, fortemente enraizado na realidade cultural moçambicana e apoiado pelos meios de comunicação de massas, em coordenação com intervenções comunitárias localizadas;
- k) Realizar debates públicos envolvendo as comunidades e os praticantes de medicina tradicional, dos ritos de iniciação, líderes comunitários e tradicionais para a identificação de melhores práticas de purificação das viúvas;
- l) Investir na capacitação de recursos humanos em comunicação para a mudança social e em metodologias participativas;
- m) O CNCS deverá continuar o seu apoio efectivo na Operacionalização da Estratégia de Comunicação nas Províncias, coordenando as actividades de monitoria e promovendo o cumprimento dos Planos Provinciais de Comunicação, como parte integrante dos planos operacionais anuais;
- n) Promover uma monitoria contínua das intervenções de comunicação e uma avaliação do impacto dessas iniciativas para produzir evidências de sucessos e estimular investimentos para a expansão das boas práticas.

## **11. Monitoria e Avaliação (M & A)**

### **11.1. Constatações**

- a) Lacunas no processo de harmonização de definições, metodologias de cálculo e de interpretação de dados, incluindo os instrumentos de recolha e análise contínua da informação;
- b) Os implementadores estão apenas preocupados em produzir informação para os seus financiadores e não para visualizar a resposta provincial e nacional;
- c) As evidências das atitudes comportamentais e do impacto das acções preventivas existentes baseiam-se em estudos não representativos a nível nacional e provincial;
- d) Alguns indicadores-chave, para a Monitoria e Avaliação da prevenção, ainda não estão integrados nos actuais sistemas (exemplos de grupos de alto risco, prevenção em PVHS).

## **11.2. Estratégia**

- a) Desenvolver e usar indicadores-chave sobre a prevenção no Sistema Nacional de Monitoria e Avaliação;
- b) Fortalecer a capacidade técnica na análise de dados e produção de informação estratégica sobre a prevenção;
- c) Elaborar um plano operacional de Monitoria e Avaliação multisectorial orçamentado;
- d) Realizar inquéritos epidemiológicos e comportamentais mais detalhados e regulares, incluindo os estudos já planificados, tais como, INSIDA, BSS+, IRARE;
- e) Apoiar pesquisas chave para melhorar o entendimento dos condutores da epidemia e intensificação das actividades de prevenção, com especial enfoque para a análise da informação;
- f) Manter o sistema de acompanhamento dos gastos financeiros em HIV/SIDA em todos os sectores;
- g) Definir um mecanismo que obrigue todos os implementadores da resposta nacional a prestarem informação programática e financeira das acções da resposta nacional, em geral, e da prevenção, em particular, ao Conselho Nacional de Combate ao Sida.