



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

CONSELHO DE MINISTROS

Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA

2010 – 2014

«O Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA 2010-2014 é um documento do Governo que aborda as políticas e estratégias para o combate a esta epidemia e que prioriza o reforço da prevenção em todas as suas vertentes. No mesmo quadro, este plano procura ser enfático nas acções direccionadas à família, à mulher, à criança, ao adolescente e ao jovem: Dá igualmente destaque às acções de combate contra o estigma e a marginalização para que todos possamos caminhar seguros e confiantes nesta batalha.»

Extracto do Discurso de Sua Excelência o Presidente da República em ocasião do 1 de Dezembro de 2009

ÍNDICE

ABREVIATURAS -----	IV
PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PEN III -----	VII
SUMÁRIO EXECUTIVO -----	IX
I. CONTEXTO -----	1
II. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PAÍS -----	3
II.1. TENDÊNCIA DA EPIDEMIA-----	3
II.2. MAGNITUDE DA EPIDEMIA NA POPULAÇÃO GERAL-----	4
II.3. MAGNITUDE DA EPIDEMIA EM ALGUNS SEGMENTOS POPULAÇÕES EM ALTO RISCO DE EXPOSIÇÃO AO HIV E SIDA-----	4
II.4. PRINCIPAIS FONTES DE NOVAS INFECÇÕES-----	4
II.5. PRINCIPAIS FACTORES IMPULSIONADORES DA EPIDEMIA-----	5
III.1. COORDENAÇÃO DA RESPOSTA-----	6
III.2. PREVENÇÃO -----	7
III.3. ACÇÕES DE ADVOCACIA -----	9
III.4. TRATAMENTO -----	9
III.5. MITIGAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS-----	11
III.6. MONITORIA E AVALIAÇÃO (M&A) -----	11
III.7. INVESTIGAÇÃO-----	12
III.8. COMUNICAÇÃO PARA A MUDANÇA SOCIAL -----	12
IV. VISÃO ESTRATÉGICA E PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO PEN III, 2010 – 2014 -----	14
1. RESPEITO PELOS DIREITOS HUMANOS UNIVERSAIS-----	16
2. MULTISECTORIALIDADE-----	16
3. ORIENTAÇÃO PARA RESULTADOS E INSPIRADO EM EVIDÊNCIAS-----	16
4. ECONOMIA DE RECURSOS -----	16
5. REFORÇO DOS SISTEMAS -----	16
6. COMUNICAÇÃO E <i>MOÇAMBICANIZAÇÃO</i> DA MENSAGEM-----	17
7. DESCENTRALIZAÇÃO DA RESPOSTA-----	17
IV.1. COMPONENTE DE REDUÇÃO DE RISCO E DA VULNERABILIDADE AO HIV E SIDA -----	18
IV.1.1. FACTORES DE RISCO E VULNERABILIDADE INDIVIDUAIS-COMPORTAMENTAIS -----	18
IV.1.2. FACTORES DE RISCO E VULNERABILIDADE COMUNITÁRIOS-----	18
IV.1.3. FACTORES DE RISCO E VULNERABILIDADE ESTRUTURAIS-----	19
IV.1.4. MATRIZ DE RESULTADOS – REDUÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE-----	22
IV.2. COMPONENTE DE PREVENÇÃO -----	24
IV.2.1. ACONSELHAMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE (ATS) -----	24
IV.2.2. PRESERVATIVOS -----	25
IV.2.5. CIRCUNCISÃO MASCULINA (CM) -----	27
IV.2.6. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL -----	28
IV.2.7. BIOSSEGURANÇA -----	29
IV.2.8. PREVENÇÃO DO HIV NO LOCAL DE TRABALHO -----	29
IV.2.10. MATRIZ DE RESULTADOS – PREVENÇÃO -----	31
IV.3. COMPONENTE DE TRATAMENTO E CUIDADOS -----	34
IV.3.2. CO-INFECÇÃO HIV-TUBERCULOSE -----	35
IV.3.3. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS E DE SUPORTE -----	36

IV.3.4. MATRIZ DE RESULTADOS – TRATAMENTO E CUIDADOS -----	38
IV.4. COMPONENTE DE MITIGAÇÃO DO IMPACTO -----	39
IV.4.1. APOIO A CRIANÇAS ÓRFÃS E VULNERÁVEIS -----	39
IV.4.2. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL -----	40
IV.4.3. ASPECTOS LEGAIS -----	41
IV.4.4. PESQUISA NA ÁREA DE MITIGAÇÃO -----	41
IV.4.6. MATRIZ DE RESULTADOS – MITIGAÇÃO DE IMPACTO -----	42
G) COMPONENTES DE SUPORTE DO PEN III -----	44
V.1. COORDENAÇÃO -----	44
V.2. MONITORIA E AVALIAÇÃO -----	45
V.3. PESQUISA OPERACIONAL -----	45
V.4. ABORDAGEM DA COMUNICAÇÃO -----	46
V.5. MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS -----	47
V.5.1. FINANCIAMENTO DA RESPOSTA -----	47
V.6. MATRIZ DE RESULTADOS – COMPONENTES DE SUPORTE DO PEN III -----	48
VI. FORTALECIMENTO DE SISTEMAS -----	49
VI.1 MATRIZ DE RESULTADOS – REFORÇO DE SERVIÇOS E FORTALECIMENTO DE SISTEMAS -----	50
VII. DESAFIOS DA OPERACIONALIZAÇÃO DO PEN III -----	52
H) PRINCIPAIS RISCOS CONFRONTANDO O SUCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO -----	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	58
ANEXO 1 – ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DA RESPOSTA AO SIDA -----	62

Abreviaturas

ACA	Avaliação Conjunta Anual
ACA	Avaliação Conjunta Anual
AFs	Agregados Familiares
AIDAA	Abordagem Integrada para as Doenças de Adolescentes e Adultos
AIDI	Atenção Integrada à Doença da Infância
AMRE	African Medical and Research Foundation
APes	Agente Polivalente Elementar
ARVs	Medicamentos Antiretrovirais
ASAP	Aids Strategy and Action Plan
AT	Aconselhamento e Testagem
ATC	Aconselhamento e Testagem baseados na Comunidade
ATIP	Aconselhamento e Testagem Iniciados pelo Provedor Clínico
ATIU	Aconselhamento e Testagem Iniciados pelo Utente
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntária
BPN	Baixo Peso à Nascimento
BSS	Inquérito de Vigilância Comportamental
CANC	Comportamentos, Atitudes, Normas e Conhecimentos
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CCR	Consulta de Criança de Risco
CDC	Centros de Controlo e Prevenção de Doenças
CDs	Cuidados Domiciliários
CEP	Centro de Estudos da População
CGCM	Centro de Gestão de Conhecimento e Multimédia
CI	Crescimento Insuficiente
CIET	Community Information, Empowerment and Transparency
CM	Circuncisão Masculina
CMC	Comunicação para a Mudança de Comportamento
CMSC	Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA
COVs	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CPN	Consulta Pré-Natal
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DANIDA	Agência Dinamarquesa de Cooperação Internacional
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DRH	Direcção de Recursos Humanos
DTS	Doenças de Transmissão Sexual
EAP	Estratégia de Aceleração de Prevenção
ECOSIDA	Empresários Contra o SIDA
EP1	Ensino Primário (1.a à 5.a classe)
ESAN	Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição
FBOs	Organizações Religiosas
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FHI	Family Health International
FM	Fórum Mulher
GAMET	Global AIDS M&E Team
GASD	Grupo de Activistas Anti-SIDA
GATV	Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária

GHAP	Global HIV & AIDS Programme
GTZ	Agência Alemã para a Cooperação Técnica
H	Homens
HCM	Hospital Central de Maputo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
HSH	Homens que praticam Sexo com outros Homens
ICS	Instituto de Comunicação Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
InSAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
INSIDA	Inquérito Nacional de Vigilância, Comportamento e Informação
IO	Infecções Oportunistas
I-RARE	Estudo de Avaliação e Resposta Rápida
ITSs	Infecções de Transmissão Sexual
JLICA	Iniciativa Conjunta de Estudo sobre a Criança e o HIV e SIDA
M	Mulheres
M&A	Monitoria & Avaliação
MATRAM	Movimento para Acesso ao Tratamento em Moçambique
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEGAS	Medição de Gastos em SIDA
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos de Grupos
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MINAG	Ministério da Agricultura
MISAU	Ministério da Saúde
MJD	Ministério da Juventude e Desportos
MMAS	Ministério da Mulher e da Acção Social
MONASO	Rede Moçambicana de Organizações contra SIDA
MOT	Modos de Transmissão
MPC	Múltiplos Parceiros Concomitantes
NASA	Avaliação das Despesas para o Combate ao SIDA ao Nível Nacional
NPCS	Núcleo Provincial de Combate ao SIDA
NV	Nados Vivos
OBCs/OCBs	Organizações Baseadas na Comunidade
ODMs	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMES	Organização da Mulher Educadora do SIDA
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONUSIDA	Programa das Nações Unidas para o SIDA
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PACOV	Plano Estratégico Nacional de Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PEDD	Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Distritos
PEN I	Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA 2000-2002
PES	Plano Estratégico Sectorial
PESOD	Planos Económico-Social e Orçamento Distrital
PIB	Produto Interno Bruto
PM	Parceiros Múltiplos

PMC	Parceiros Múltiplos Concomitantes
PMT	Praticantes da medicina Tradicional
PNCITS/SIDA	Programa Nacional de Controlo das Infecções de Transmissão Sexual e SIDA
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PNDRHS	Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde
PNI	Incubadores e Parques Tecnológicos
PNTL	Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e a Lepra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PP	Prevenção Positiva
PPE	Profilaxia Pós Exposição
PROMETRA	Promoção da Medicina Tradicional
PSI	Population Services International
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV e SIDA
RENSIDA	Rede Nacional de Associações de Pessoas vivendo com HIV e SIDA
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RVE	Relatório de Vigilância Epidemiológica
SAAJ	Serviços Amigos do Adolescente e Jovem
SADC	Southern Africa Development Community
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SWAP	Sector Wide Approach
TARV	Tratamento Antiretroviral
TB	Tuberculose
TPC	Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol
TPI	Tratamento Preventivo com Isoniazida
TROCAIRE	Irish Charity Working for a Just World
TS	Trabalhadores de Sexo
TSF	Technical Support Facility – Southern Africa
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNAIDS	United Nations Joint Programme on HIV & AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Fund for Population
UNGASS	Declaração de Compromisso em HIV e SIDA na Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organisation

Processo de Elaboração do PEN III

A formulação do presente Plano Estratégico Nacional assumiu um carácter participativo e de busca de consensos mais amplos. O primeiro passo neste exercício deu-se com a formulação de Termos de Referência e de abordagem metodológica, que o Secretariado Executivo do CNCS submeteu à aprovação do Conselho Directivo do mesmo órgão, em Outubro de 2008. Seguiram-se depois, com o aval do Conselho Directivo, concertações com os parceiros nacionais e internacionais, através de reuniões várias que culminaram com a elaboração de um documento orientador do processo, a que se atribuiu a designação de *Documento Conceptual para o PEN III*. Este documento foi exposto a comentários de vários sectores e segmentos organizacionais que intervêm nas acções de resposta ao SIDA em Moçambique.

Para uma condução participada e transparente do processo, foi estabelecido um Comité orientador, congregando representantes do Sector Público, da Sociedade Civil, do Sector Privado, dos Parceiros Internacionais Bilaterais e Multilaterais, sob a liderança do Secretariado Executivo do CNCS, com funções de natureza técnica e de coordenação, tendo um secretariado permanente a documentar e alimentar a evolução do exercício.

O engajamento de consultores nacionais cuja responsabilidade recaiu sobre a recolha de documentos e de sensibilidades sobre o HIV/SIDA no país, análise e sua transformação em texto estratégico, seguiu-se ao estabelecimento do Comité orientador acima referido. Este Comité facilitou a interpretação dos cenários e expectativas esperadas com o processo e intermediou as várias consultas com os grupos temáticos de trabalho¹ estabelecidos ao nível central e provincial, incluindo os encontros com o Grupo Multisectorial comportando pontos-focais de HIV e SIDA nos diferentes órgãos do Governo, representantes de organizações da sociedade civil, incluindo o sector privado.

Atendendo à orientação voltada para resultados e sustentada pela evidência que dá suporte metodológico ao presente Plano Estratégico, os consultores e os membros do comité orientador participaram de uma formação sobre Abordagem Baseada em Resultados. Esta formação foi facilitada por um órgão de provisão de assistência técnica credenciado na Região – o Technical Support Facility.

A documentação e o levantamento de dados, bem como a apreciação das contribuições dos vários intervenientes observou duas direcções: uma baseada em resposta a guiões de questões prévias preparados pelos consultores, que orientou o processo de produção de pequenos relatórios, sobretudo ao nível dos sectores do Estado. Outra que se baseou em reuniões com grupos específicos representando segmentos de grupos de interesse, sendo de destacar a Sociedade Civil (que submeteu os seus pontos de vista através de um manifesto) e o Sector Privado.

Para além dos encontros semanais de concertação para aferir os aspectos críticos da evolução do exercício de elaboração do PEN III, mantidos entre os consultores e os membros do comité condutor, o primeiro esboço do documento mereceu apreciação e orientações de natureza técnica e estratégica pelo Vice-Presidente do CNCS e Ministro da Saúde.

¹ Grupos de Monitoria e Avaliação; pesquisa; Desenvolvimento Institucional; Género; Prevenção; Mitigação; Comunicação; Tratamento e Cuidados, entre outros

A auscultação ao nível provincial foi feita em duas etapas, sendo a primeira na fase de arranque voltada a colher sensibilidades sobre áreas críticas, prioridades, desafios e críticas à resposta nacional, e a segunda, já com o esboço preliminar elaborado, com o objectivo de analisá-lo, criticá-lo e sugerir aspectos que mereçam incorporação e priorização, atendendo aos propósitos que norteiam o desenvolvimento de um documento estratégico e de referência para todos ao longo do tempo de sua vigência.

A busca de outras sensibilidades sobre aspectos técnicos e qualitativos do documento incluiu o recurso a um serviço especializado internacionalmente - ASAP², através dos contactos facilitados pela ONUSIDA e Banco Mundial, tendo os revisores do ASAP facultado o seu parecer.

Uma versão mais actualizada, incorporando os comentários e discussões acima referidos foi circulada para últimos acertos, tendo merecido apreciação de grupos de trabalho, dos membros do comité orientador e do Secretariado Executivo do CNCS. Posteriormente, o documento foi canalizado à consideração do Conselho Directivo do CNCS que, em sessão extraordinária, recomendou-o à aprovação pelo Conselho de Ministros do Governo de Moçambique, acto que teve lugar em Março de 2010.

O presente documento espelha consensos alargados a vários níveis sobre abordagens estratégicas que deverão orientar a resposta ao HIV e SIDA no período que vai de 2010 a 2014. A sua filosofia assenta numa abordagem voltada para resultados e orientada a partir de princípios como sejam o dos direitos humanos, da multisectorialidade, do reforço de sistemas, da economia de recursos e do respeito às dinâmicas sócio-culturais que moldam o comportamento do cidadão moçambicano.

No acto da sua aprovação, o Conselho de Ministros de Moçambique orientou ao Conselho Nacional de Combate ao SIDA a dinamização da produção dos planos operacionais através dos quais dever-se-á proceder ao desdobramento das principais direcções estratégicas do documento em acções realizáveis no tempo e espaço, tomando em consideração a capacidade nacional instalada para o efeito, os recursos financeiros disponíveis e toda a cadeia de interacções entre os actores no contexto das sinergias necessárias para cumprir com êxito os planos de implementação concebidos.

² Aids Strategy and Action Plan (ASAP), um serviço especializado de assistência técnica para o desenvolvimento de planos estratégicos e operacionais, apoiados pela parceria entre a ONUSIDA e o Banco Mundial.

Sumário Executivo

Moçambique vive um ambiente de epidemia do HIV severa. Actualmente, 15% de mulheres grávidas entre os 15 e 49 anos de idade vivem com o vírus causador da SIDA. A epidemia tem um carácter heterogéneo em termos geográficos, sócio-demográficos e socioeconómicos: mulheres, residentes urbanos, pessoas residindo nas regiões sul e centro são mais afectadas pelo HIV e SIDA. A principal via de transmissão continua a ser heterossexual em cerca de 90% dos casos em adultos. Entre os principais factores impulsionadores da epidemia destacam-se os parceiros sexuais múltiplos e concomitantes; baixos níveis de utilização do preservativo; alta mobilidade e migração associada à elevada vulnerabilidade; prática de relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes; relações transaccionais; desigualdade de género e violência sexual; e níveis baixos de circuncisão masculina.

Desde o ano de 2000, e com o intuito de controlar a expansão do HIV que ameaça minar as conquistas da economia, Moçambique tem orientado a sua resposta com base num Plano Estratégico de âmbito Nacional. As duas gerações anteriores de Planos Estratégicos (PEN I-2000-2002 e PEN II – 2005-2009), o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PEN Saúde 2004), a Estratégia de Aceleração de Prevenção (2008), a Estratégia Nacional de Resposta ao HIV e SIDA na Função Pública (2009) e a iniciativa do Presidente da República sobre a reflexão por uma resposta multisectorial ao HIV e SIDA que prima pelo uso de uma abordagem de comunicação contextualmente relevante, criaram bases de orientação para a resposta nacional.

Na sequência da implementação dessas plataformas de orientação estratégica, entre 2005 e 2009, assistiu-se a um aumento marcado de actividades de prevenção, advocacia, cuidados e tratamento e mitigação, incluindo a implementação de iniciativas de comunicação mais atentas à diversidade contextual, com recurso a múltiplos meios. Não obstante os esforços empreendidos, o HIV e SIDA continua a ter efeito devastador em todos os domínios da vida social e económica, à escala nacional e regional.

O principal objectivo do presente Plano Estratégico é o de contribuir para a redução do número de novas infecções pelo HIV em Moçambique, a promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV e SIDA e a redução do impacto do SIDA nos esforços de desenvolvimento nacional. Para o sucesso destas intervenções, a família é chamada a desempenhar o papel nuclear em todas as dimensões de resposta.

A essência do Plano reafirma os princípios orientadores de respeito pelos direitos humanos, de multisectorialidade da resposta, de orientação para resultados informados por evidências, de economia de recursos, do reforço dos sistemas, do respeito do contexto sócio-cultural e *moçambicanização* da mensagem, e de aproveitamento de mecanismos e estruturas legalmente estabelecidas no contexto da descentralização das intervenções.

Estes princípios orientadores deverão nortear a implementação das acções estratégicas sintetizadas em quatro principais componentes que compõem o PEN III, para além das componentes transversais de gestão multisectorial da resposta e de reforço de sistemas de provisão de serviços nos diversos sectores, incluindo comunidades. A comunicação para o desenvolvimento tem um papel fundamental em todas as áreas deste plano. As componentes estratégicas estabelecidas e os respectivos resultados de impacto almejados no PEN III são:

1. Redução de risco e vulnerabilidade	Que a implementação de acções concertadas para a redução do risco e vulnerabilidade consiga aumentar o número de mulheres e homens vulneráveis ao HIV e SIDA que gozam dos seus direitos humanos e sociais.
2. Prevenção	Que a implementação aumentada de acções concertadas de prevenção consiga reduzir a ocorrência de novas infecções pelo HIV em Moçambique em 25% nos próximos 5 anos. Assim, a prevalência de HIV entre as mulheres grávidas de 15-24 anos de idade passará de 11.3% em 2007 para 8.5% em 2014.
3. Tratamento e Cuidados	Que a implementação aumentada de acções concertadas de tratamento e cuidados contribua para a redução relativa da mortalidade por SIDA em 5% nos próximos 5 anos em comparação com o que aconteceria sem as intervenções adicionais propostas neste plano. Assim, de acordo com as projecções do modelo matemático <i>Spectrum</i> , cerca de 23.000 óbitos devido a SIDA serão evitados em 2014.
4. Mitigação das consequências	Que a implementação aumentada de acções concertadas de mitigação das consequências do SIDA contribua para a redução da proporção de agregados familiares, comunidades e COVs afectado/as pelo impacto do SIDA

Com vista a assegurar que as acções estratégicas definidas nas quatro principais componentes sejam efectivamente implementadas, é imperioso o estabelecimento de uma base sólida de gestão da resposta e de reforço de sistemas. Nesta perspectiva, são definidas as seguintes áreas de suporte:

- a) **Coordenação multisectorial** – Para uma efectiva coordenação, o papel do CNCS como líder e coordenador deverá ser reforçado, através de uma clareza política e organizacional em todos os níveis da resposta – nacional, provincial e distrital – o que permitirá a convergência dos esforços num único sentido e comando. O realinhamento deste órgão para se dedicar exclusivamente à coordenação e facilitação da resposta em curso é uma oportunidade que permitirá que o seu papel aglutine os esforços de cada interveniente, por um lado e, por outro, ajude a colocar os meios, as informações, as políticas e recursos humanos e tecnológicos, onde forem necessários para viabilizar as intervenções programadas.

Respeitando e valorizando as plataformas já usuais de coordenação e articulação com os diversos parceiros – o princípio dos Três Uns (Um único Órgão de Coordenação, Um único Plano Estratégico Nacional e Um único Plano de Monitoria e Avaliação) e os vários fóruns de interacção, a coordenação deverá capitalizar a busca de compromissos realistas com os parceiros de financiamento e de implementação tanto nacionais e internacionais e estabelecer plataformas de prestação de contas por todos intervenientes na resposta.

- b) **Monitoria e Avaliação** – O PEN III segue a abordagem de gestão baseada em resultados para a resposta nacional. Ao privilegiar esta abordagem, o sistema de M&A deve garantir que todos indicadores estabelecidos (de execução ou de resultados e impacto) sejam medidos. Isto pressupõe a obtenção de linhas de base, continuidade de seguimento dos progressos e estabelecimento de avaliações no espírito de complementaridade e evitando duplicações. Os sistemas de informação de rotina deverão ser reforçados para dar luz à crescente demanda por dados de qualidade. Assim, um plano de Monitoria e Avaliação multisectorial orçamentado para o período 2010-2014 deverá acompanhar o PEN III.

- c) **Pesquisa Operacional** - A pesquisa constitui uma componente importante para informar o processo de tomada de decisão e orientar a planificação e gestão baseados em evidência. A pesquisa é o melhor mecanismo de busca de soluções mais adequadas ao perfil da epidemia (tendências, grupos, factores propulsores) e para rever, avaliar e melhorar a resposta ao HIV e SIDA. O enfoque estratégico para a componente de pesquisa deverá estar voltado para a revisão, actualização e implementação das prioridades da agenda nacional de pesquisa, desenvolvida em 2008.
- d) **Comunicação** - Na área transversal da comunicação, o enfoque deverá estar voltado para a planificação de programas de comunicação que privilegiem abordagens integradas de acções de comunicação adequadas ao resultado comportamental que se pretende alcançar. O espírito da *moçambicanização* das mensagens, capitalizando a diversidade linguística, cultura de tradição oral, comunicação comunitária e inter-pessoal, combinado com o uso dos meios de comunicação de massa deverão constituir prioridade.
- e) **Mobilização de recursos** - No quadro da presente estratégia, o alcance do acesso universal de serviços sustentáveis na área do HIV e SIDA é imperioso, e deve estar acoplado ao desenvolvimento de cenários fiscais de planificação de recursos a médio e longo prazos. Este exercício assume-se de grande importância para dinamizar-se um processo orientado e informado de mobilização de recursos junto da comunidade internacional como complemento aos esforços nacionais assumidos pelo governo e sociedade civil em prol da sustentabilidade.
- f) **Reforço de sistemas** - Um dos determinantes chave para o alcance dos objectivos e metas é o reforço de sistemas que inclui garantia de pessoal qualificado e motivado, existência de infra-estruturas e adequados mecanismos de suporte. Entendido no seu contexto mais amplo, o investimento no reforço de sistemas deve abarcar todos os sectores e instituições chave envolvidos na resposta nacional ao HIV e SIDA, cujas intervenções tem efeito multiplicador, em termos de abrangência e cobertura de serviços. O fortalecimento de sistemas deverá assentar na expansão e melhoria de infra-estruturas físicas de saúde a vários níveis, o recrutamento, formação, colocação e retenção de pessoal qualificado nos vários sectores, a melhoria do sistema de logística e distribuição de medicamentos e insumos (apropriados em cada sector), a busca de uma abordagem mais fluida sobre o financiamento ao sistema, que chame para a mesma plataforma a mobilização de recursos a sua alocação e distribuição a todos os níveis de resposta à epidemia.

O PEN III deverá ser traduzido em planos operacionais orçamentados e com os respectivos planos de Monitoria e Avaliação acoplados. Os sectores chave, com grupos alvo claramente definidos e com capacidade de provisão de serviços de ampla abrangência, deverão merecer maior atenção, com destaque para os sectores de saúde, de educação, da juventude e desportos, da mulher e acção social, do interior, da defesa, do trabalho, da agricultura e da justiça. O sector da função pública na qualidade de maior empregador deverá igualmente desenvolver o seu plano operacional. O CNCS (secretariado executivo e seus representantes) é também chamado a desenvolver o seu plano operacional para a gestão da resposta. Outros sectores deverão integrar nos seus mandatos acções de resposta ao SIDA. Os Actores da Sociedade Civil, congregados em plataformas distritais, provinciais e nacionais de coordenação, são incentivados a desenvolver planos operacionais abrangentes de intervenção com realismo e observância dos desafios da sustentabilidade. Uma vez estabelecidos os compromissos, a prestação de contas deverá ser conferida por todos intervenientes nacionais e internacionais ao Conselho Directivo do CNCS, independentemente da fonte de financiamento.

I. Contexto

A população Moçambicana é estimada em 20.226.296 milhões de habitantes dos quais 52% são mulheres {1}. A maior parte (70.2%) vive nas zonas rurais e tem a agricultura como o principal meio de subsistência. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) medido em 2007, indica que Moçambique está entre os mais baixos do mundo. Mais de um terço da população vive com menos de 1 Dólar americano por dia. Segundo os dados do Censo de 2007, a esperança de vida ao nascer é estimada em 47,1 anos para homens e 51,8 anos para mulheres, com taxas de natalidade e mortalidade de 42.2 e 16 por 1.000 habitantes, respectivamente, e uma taxa de mortalidade infantil de 118 por 1.000 NV {2}.

A população adulta (15-49 anos) constitui 29.4% da população total, existem cerca de 3 milhões de mulheres em idade reprodutiva constituindo 29.8% da população total feminina. Os adolescentes e jovens (10-24 anos) constituem 19.4% da população total do país.

A estabilidade política e o crescimento económico rápido dos quais Moçambique tem beneficiado resultaram numa redução da proporção de pessoas vivendo abaixo do limiar da pobreza, de 69 para 54 por cento de 1997 a 2003{3}. Progressos notáveis foram também feitos com vista ao alcance das Metas de Desenvolvimento do Milénio, com destaque para o acesso à educação primária³. Apesar do progresso alcançado, a fraca capacidade das instituições governamentais, o impacto crescente do HIV e SIDA e a permanência de áreas de insegurança alimentar constituem desafios importantes para o futuro.

O HIV e SIDA constitui o mais sério risco para o desenvolvimento do país, ameaçando reverter os ganhos dos últimos anos do ponto de vista do desenvolvimento social e económico. Para enfrentar esta situação, o Governo de Moçambique ratificou diversas declarações e convenções regionais e internacionais que visam reduzir o número de novas infecções do HIV e o impacto do SIDA no país. Entre os instrumentos globais e regionais ratificados por Moçambique destacam-se a Declaração de Compromisso sobre o HIV e SIDA da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) (2001) e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (2001).

No âmbito regional, o Governo de Moçambique rubricou, entre outros, 1) a Declaração de Abuja (2001), através da qual os Chefes de Estado Africanos declararam o HIV uma emergência e comprometeram-se a trabalhar para reverter o cenário. Em 2003, 2) a Declaração de Maseru afirmou o alto compromisso político sobre o HIV e SIDA, bem como as áreas de prioridade e acção urgentes, incluindo a prevenção do HIV. Em 2005, 3) a Declaração de Maputo, que sublinha a necessidade de aceleração da prevenção do HIV e adoptou a Declaração de Gaborone sobre o acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio. Importa ainda referir neste leque de documentos, a Declaração da Década Africana (1999-2009), documento que apela para uma abordagem de resposta ao HIV e SIDA mais inclusiva como forma de minimizar os efeitos negativos desta pandemia nas mulheres e homens e em particular na pessoa com deficiência sensorial, motora e física.

Os compromissos internacionais e regionais têm sido incorporados nas Políticas e Planos Nacionais que directa ou indirectamente estão relacionados com a resposta ao HIV e SIDA. Neste domínio destacam-se as duas gerações anteriores de Planos Estratégicos de Resposta ao HIV e SIDA (PEN I-2000-2002 e PEN II - 2005-2009), o Plano Estratégico de Resposta às ITSs e HIV e SIDA no Sector da Saúde (PEN Saúde, 2004), o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos do Sector da Saúde - 2008-2015; o Plano Nacional de Acção para Crianças Órfãos e Vulneráveis - 2006-2010, a Estratégia de Aceleração da Prevenção (2008), a Estratégia Nacional de Resposta ao HIV e SIDA na Função Pública (2009), a Política Nacional de Género e sua Estratégia de Implementação, para além

³ A taxa bruta de frequência dos primeiros cinco anos de escolaridade primária (EP1) cresceu de 106,5 % (cerca de 95,1 % para as meninas) em 2002, para 147,3 % (cerca de 104,3% para as meninas) em 2008.

dos Planos Sectoriais de resposta ao HIV e SIDA dos Sectores da Educação e Cultura (I 2002-2005 e o II 2006-2011), Agricultura (2007), Juventude e Desportos, Interior e outros.

A *Iniciativa Presidencial de Combate ao HIV e SIDA* de 2006, dirigida pela sua Excelência o Presidente da República Armando Emílio Guebuza, veio galvanizar os esforços de resposta ao nível nacional, através de uma profunda reflexão sobre o impacto social e económico do HIV e SIDA, mobilização e envolvimento de representantes da força viva da sociedade moçambicana.

Igualmente notável tem sido o envolvimento e contribuição da sociedade civil, do sector privado nos esforços conjugados de resposta à epidemia do SIDA a todos os níveis.

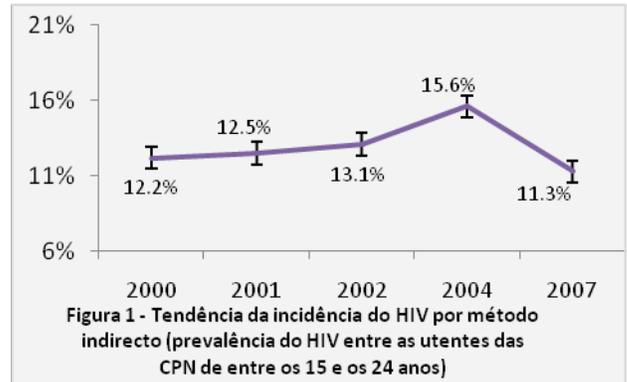
Apesar do progresso registado na expansão dos serviços de prevenção, tratamento e mitigação, são necessários esforços adicionais para melhorar o impacto da resposta nacional ao HIV e SIDA. A situação actual de alastramento da epidemia principalmente entre mulheres e dos seus impactos nefastos aponta para um fosso entre as intenções formais e a implementação eficaz dos planos e estratégias de resposta ao HIV e SIDA na prática, em decorrência de factores de várias ordens, incluindo aspectos de coordenação funcional, capacidade das estruturas institucionais, e alinhamento entre as prioridades e os principais factores condutores da epidemia com ênfase sobre a desigualdade de género. É neste contexto que as directrizes deste Plano Estratégico de Resposta ao HIV e SIDA (PEN III – 2010-2014) devem ser enquadradas, tendo como principal enfoque um alinhamento mais sistemático entre as evidências acumuladas ao longo das últimas décadas com as acções estratégicas a serem implementadas para uma efectiva resposta aos desafios impostos pela epidemia.

II. Perfil Epidemiológico do País

II.1. Tendência da Epidemia

Em Moçambique, os inquéritos de vigilância epidemiológica em mulheres grávidas ainda são a única medida representativa da ocorrência do HIV⁴. Em países cujo principal modo de transmissão do HIV é a via heterossexual, como Moçambique, as tendências da prevalência do HIV entre as utentes das Consultas Pré-Natais (CPN), de entre os 15 e os 24 anos de idade, podem ser usadas para estimar a tendência da incidência, embora não sejam iguais aos números absolutos de incidência {4, 5}⁵.

A prevalência do HIV nas utentes das CPN entre os 15 e os 24 anos de idade atingiu um pico de 15.6% em 2004, depois de ter registado cifras que variaram entre 12.2%, no ano 2000, e 13.1%, em 2002. Dados da ronda de Vigilância Epidemiológica 2007 revelam um decréscimo para 11.3% – vide Figura 1. Isto revela que a nível nacional, a incidência do HIV pode estar a decrescer, mas mesmo assim continua das mais altas do mundo. Dados da mesma ronda (2007) entre utentes das CPN 15-49 anos revelaram uma prevalência nacional de 16%⁶. A variação regional foi de 9% na região Norte, 18% na região Centro e 21% na região Sul. Dados preliminares da ronda de vigilância epidemiológica de 2009, revelam que a estimativa nacional de prevalência do HIV em adultos é de 15%. A prevalência por regiões manteve-se nas mesmas cifras de 2007 {6}.



Fonte: {7}

A análise dos dados da prevalência do HIV nas utentes das CPN entre os 15 e os 24 anos de idade sugere um padrão heterogéneo de contracção e crescimento da epidemia no país {8}. O exercício de triangulação de dados da epidemia do SIDA {8} identificou três zonas geográficas onde a prevalência do HIV diminuiu ou estabilizou desde 2002, ou permaneceu baixa ao longo do tempo. As zonas de presumível incidência relativamente baixa foram: Região Norte e Províncias de Tete e Manica no Centro do país. Em oposição, existiam zonas onde a prevalência do HIV entre as jovens utentes das CPN ou tinha aumentado ao longo dos anos ou permanecido elevada. As zonas da presumível elevada incidência foram: Cidade de Maputo e Província de Gaza, partes da Zambézia/Corredor da Beira, e outros locais como Quelimane, Pemba e Mabote {8, 9}. “Grandes variações regionais na seroprevalência existem em termos da magnitude da doença e as tendências ao longo do tempo e com características únicas de comportamento, cultura e geografia que influenciam as tendências locais da epidemia” {8, pág. 13}.

⁴ Na altura de finalização deste PEN III, estava em curso a análise de dados do Inquérito de Indicadores de SIDA, INSIDA, que irá fornecer informação mais abrangente.

⁵ Uma vez que a maioria das adolescentes e jovens terão iniciado a sua actividade sexual muito recentemente, a prevalência neste grupo etário representa a ocorrência de infecções recentes.

⁶ Dados preliminares da ronda de vigilância epidemiológica de 2009, revelam que a estimativa nacional de prevalência do HIV em adultos é de 15%. Tratando-se de uma estimativa, em termos estatísticos esta taxa pode estar entre os 14% e 17%, que são os limites de plausibilidade. Para a região Sul, a taxa estimada é de 21 (17% - 25%); para a região Centro é de 18% (14%-21%), e para a região Norte a prevalência relativamente mais baixa, de 9% (7% e 11%) {6}.

II.2. Magnitude da epidemia na população geral

O Impacto Demográfico do SIDA de 2008 {10} estima que em 2009 cerca de 1.6 milhões de pessoas vivem com o HIV (sendo 55.5% mulheres e 9.2% crianças menores de 15 anos) e o número de mulheres grávidas seropositivas é de 149 mil {9}. A cada dia, aproximadamente 440 Moçambicanos são infectados pelo HIV. Estima-se que estejam a ocorrer 96 mil mortes devido ao SIDA em 2009, o que corresponde a 22% de todas as mortes ocorridas no país (33 mil em homens, 42 mil em mulheres acima de 15 anos e 21 mil em crianças){10}. Aproximadamente 510 mil crianças menores de 18 anos tornam-se órfãs devido a SIDA por ano, e 425 mil pessoas acima de 15 anos⁷ e 48 mil crianças (menores de 15 anos)⁸ precisam do TARV. A implicação deste aumento contribui para a redução da esperança de vida à nascença e esta por sua vez contribui para a redução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) {11}. Segundo os relatórios do PNUD, os ganhos crescentes no IDH (de 0.402, 0.414 e 0.428 correspondentes aos anos sucessivos de 2002, 2003 a 2004) foram perdidos a partir de 2005 (IDH = 0.384) essencialmente à custa do elevado peso do SIDA {11}. Apesar de não existirem evidências nacionais sobre o peso do HIV e SIDA na população idosa, dados de outros países africanos revelam um quadro preocupante, se tomarmos em conta o exemplo do Quênia onde, em 2007, a prevalência do HIV entre idosos (50-54 anos) foi de 8% {12}.

II.3. Magnitude da epidemia em alguns segmentos populações em alto risco de exposição ao HIV e SIDA

Existem determinados segmentos da população que estão sob alto risco de exposição ao HIV, decorrente de factores socio-económicos, culturais ou comportamentais {13}. Por exemplo, trabalhadores de sexo, refugiados, migrantes, militares, prisioneiros, usuários de drogas injectáveis, homens que fazem sexo com homens, e mulheres especialmente nas comunidades nas quais existe pronunciada desigualdade de género. Os dados de prevalência nas populações em alto risco no país são muito limitados. O estudo de Avaliação e Resposta Rápida (I-RARE) forneceu dados preliminares de prevalência do HIV em 2008 {14}. A prevalência do HIV foi de 48% (N-63) em trabalhadores de sexo comercial dos dois sexos que utilizaram os serviços de aconselhamento e testagem e de 43% (N-43) no seio dos utilizadores de drogas que utilizaram os serviços de aconselhamento e testagem {14}. Existem também alguns dados da prevalência do HIV a partir dos dadores de sangue do serviço militar (35% em 1997; 33.3% em 1998; 48.7% em 1999) {15}, dadores de sangue 15.3% (1997-1999) {15} e prisioneiros (29% em homens e 32% em mulheres) {16}⁹. Apesar das limitações em termos amostrais, esta informação pode sugerir uma maior magnitude da epidemia em populações em alto risco. No entanto, urge pesquisar e sistematizar mais evidências representativas para confirmar este alto peso, de modo a definir acções específicas orientadas para estes grupos.

II.4. Principais fontes de novas infecções

A transmissão heterossexual do HIV continua responsável pela grossa maioria de novas infecções do HIV nos adultos. O modelo matemático para Estimativas da Incidência do HIV, utilizado em 2008 {9, 10} permitiu estimar o peso relativo de novas infecções em cada grupo de exposição.

Os cenários estabelecidos prevêm que os indivíduos que diziam ter tido um único parceiro sexual nos últimos 12 meses contribuem com 42 e 47% das novas infecções em Moçambique cada ano (2008). Este resultado é parcialmente decorrente do facto de se tratar de um grupo mais populoso (cerca de 4.3 - 5.1 milhões de pessoas). As novas infecções do HIV surgem através dos casais discordantes (em

⁷ Estimativa baseada no critério de início do TARV se CD4 <200 células/mm³ para adultos. Se novo critério fosse aplicado (CD4 < 250 células/mm³ as pessoas que precisariam do tratamento seriam muito mais.

⁸ Estimativa baseada nos critérios de OMS de 2006. Se as novas recomendações de OMS (2008) fossem aplicadas (toda criança infectada <1 ano de idade elegível para TARV) seriam mais.

⁹ O próximo Inquérito de vigilância comportamental (BSS+) vai fornecer os dados sobre a prevalência do HIV e do comportamento das mulheres trabalhadoras de sexo, motoristas de camiões de longas distâncias, mineiros que trabalham pelo menos há um ano nas minas sul-africanas, e homens que têm sexo com outros homens (HSH).

que um dos elementos do casal é HIV-positivo e o outro HIV-negativo) e ausência do uso do preservativo nas relações estáveis.

Os comportamentos de parceiros múltiplos são relativos a dois grupos de exposição, aqueles que têm parceiros múltiplos, e os seus parceiros monogâmicos estáveis, que fazem inadvertidamente parte de uma rede sexual. Estes comportamentos dos parceiros múltiplos são avaliados como responsáveis por cerca de 24 -29% de todas as novas infecções {9}. As novas infecções nos trabalhadores de sexo (TS) contribuem com cerca de 2% da incidência do total anual, e as novas infecções dos clientes dos TS com cerca de 7%. Os parceiros regulares dos clientes dos trabalhadores de sexo tornaram-se parte da rede sexual, e cerca de 10% de todas as infecções ocorreram com estes parceiros regulares em 2008. Este facto significa que os trabalhadores de sexo (TS, os clientes dos TS e os seus parceiros) foram responsáveis por 19% das novas infecções em 2008.

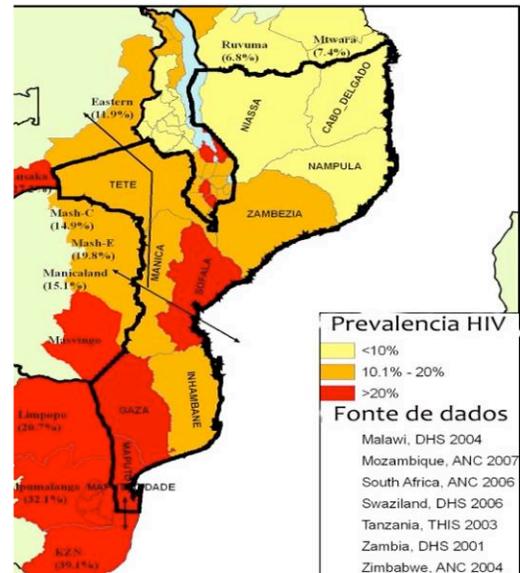
A contribuição para as novas infecções por parte dos homens que praticam sexo com outros homens (HSH) é de 5% na incidência total. A contribuição na incidência do HIV dos utilizadores de drogas injectáveis foi estimada em 3%, mas esta estimativa é incerta devido à limitação de dados. Os equipamentos de injeção podem ser responsáveis em 2% da incidência total anual e as transfusões de sangue apesar de fraca incidência com menos de (1%), contribuem para o aumento desta {9, pág. 11}. A transmissão de mãe para filho contribui para os 2.2% de menores de 5 anos infectados pelo HIV {10}.

II.5. Principais factores impulsionadores da epidemia

Vários estudos primários e secundários foram elaborados para procurar entender o padrão epidemiológico e sobretudo identificar os factores que estejam associados com risco acrescido, sendo de destacar: o exercício de triangulação de dados do HIV em Moçambique {8}, que faz uma síntese dos dados sobre as tendências das epidemias nacional e locais; a análise de cobertura e intensidade dos esforços de prevenção, e; o estudo sobre modos de transmissão {9}, que faz uma análise da epidemia, resposta e síntese de política, que levam às recomendações a fim de melhorarem a resposta da prevenção do HIV. Uma análise combinada de fontes indica que os principais factores impulsionadores da epidemia estão associados aos seguintes factores:

- a) **Parceiros sexuais múltiplos (concomitantes):** Em Moçambique, diversos estudos e relatórios visavam os parceiros múltiplos, e por vezes concomitantes (tendo dois ou mais parceiros sexuais, simultaneamente). A frequência reportada de parceiros múltiplos (PM) varia entre os inquiridos *dependendo da utilização do período de tempo, mas foi de 2-26% nas mulheres sexualmente activas e 17-55% nos homens sexualmente activos*. Segundo resultados de um estudo realizado duas vezes a nível nacional sobre o conhecimento, atitudes e práticas (CAP), este sugeriu que a frequência de parceiros múltiplos entre os adultos sexualmente activos diminuiu de 32% em 2002 para 23% em 2007 (estudo CIET). Os dados do PSI de 1996, 2001 e 2004 suportam esta tendência de diminuição e sugeriram que a maior diminuição de PMC se deu em pessoas solteiras e nas pessoas que vivem na Região do Norte do país. As relações extra-conjugais conhecidas, uma forma de parceiros múltiplos, é mais frequente em maridos com poder económico e mulheres jovens, com ensino superior, e vivendo em zonas urbanas {9}.
- b) **Fraca utilização do preservativo:** *Apesar da disponibilização do preservativo ter aumentado ao longo dos anos, a sua utilização ainda é baixa para reduzir significativamente a transmissão*. O uso consistente do preservativo é mais elevado nos parceiros não-regulares do que nos parceiros regulares. Os indicadores de actos sexuais não protegidos são mais altos entre os jovens. A auto-avaliação do risco do HIV é fraca e a baixa percepção do risco está relacionada com a não utilização de preservativos {9}. A situação da fraca disponibilidade do preservativo feminino coloca a mulher em maior desvantagem na procura de relações sexuais com protecção.

c) **Mobilidade e migração:** A prevalência mais elevada do HIV em mulheres grávidas foi encontrada nos corredores de alta mobilidade, nomeadamente Lichinga-Pemba, Corredor de Nacala, Quelimane-Milange, Corredor da Beira, Chokwe-Chicualacuala, Chokwe-Xai-Xai-Maputo e corredor de Maputo. Porém no geral, os níveis da prevalência do HIV nas diferentes regiões de Moçambique reflectem os níveis da epidemia nos países vizinhos. Um condutor importante são os parceiros múltiplos associados com a migração de longo e curto prazos. Os factores estruturais contribuem para que as redes comerciais sejam fracas, bem como os sistemas capitais. Os corredores de transporte comerciais na região facilitam a disseminação do HIV {8}. (Figura 2). Figura 2 – Influência transfronteiriça na heterogeneidade geográfica da epidemia do HIV Moçambique



- d) **Relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes e relações transaccionais:** Ambos têm uma base socioeconómica e cultural muito forte em Moçambique e na região Austral da África e criam contextos de risco. O sexo transaccional é a transferência de dinheiro, presentes ou favores por sexo. O relatório denominado “*Milking the Cow*” {17} afirma que as jovens no centro de Maputo têm sexo transaccional com o seu amante muitas vezes mais velho, sendo também frequente a prática de sexo comercial sem uso do preservativo. De acordo com o IDS, de 2003 {18}, 3.1% das jovens entre 15 e 19 anos de idade tiveram relações sexuais extraconjugais nos últimos 12 meses, com um homem 10 ou mais anos mais velho que elas. Na África do Sul efectuaram-se estudos, que revelaram que quanto maior for a disparidade etária, menor a probabilidade de sexo seguro {9}.
- e) **Níveis baixos de circuncisão masculina:** No que concerne aos hábitos culturais, religiosos e a prática da circuncisão masculina, apesar dos elevados níveis de comportamentos de risco, a prevalência do HIV nas mulheres grávidas permanece mais baixa nas zonas com elevada circuncisão (vide Figura 3){8}. Nas três províncias da região Norte: Cabo Delgado, Nampula e Niassa assim como na província de Inhambane no Sul do país, segundo o IDS de 2003 {19}, a proporção de pessoas submetidas à circuncisão está acima de três em cada quatro homens e nestas quatro províncias as taxas de seroprevalência são também mais baixas. Por outro lado, as províncias de Gaza, Manica, Sofala, Tete e Zambézia têm baixos níveis de circuncisão (<50%) e todas, têm registado elevadas taxas de seroprevalência do HIV. Esta constatação corrobora com a evidência internacional que sustenta que homens submetidos à circuncisão têm menos risco de contrair o HIV quando comparados aos homens não submetidos a circuncisão {20-23}.

III. Análise da Resposta Nacional ao HIV e SIDA, 2005-2009

Durante o Quinquénio 2005-2009, Moçambique implementou a segunda geração do Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA (PEN II), com renovada ênfase numa abordagem multisectorial. Desde 2005, o PEN II tem orientado a integração do HIV e SIDA em instrumentos nacionais e políticas de gestão, mostrando o compromisso do Governo em adoptar uma abordagem compreensiva à epidemia do HIV e SIDA {3}. Embora o PEN II não tenha sido avaliado integralmente, as avaliações parciais realizadas ao longo dos últimos dois anos apontam para o seguinte resumo de resultados:

III.1. Coordenação da Resposta

Entre 2005 e 2009, o Conselho Directivo do CNCS, órgão máximo de coordenação da resposta multisectorial ao HIV e SIDA em Moçambique, esteve envolvido em acções de coordenação e dinamização das acções de resposta ao HIV e SIDA, em particular na coordenação directa dos grupos de trabalho, como o Grupo de Referência para a Prevenção, tendo gerado resultados tangíveis, com destaque para o lançamento da Estratégia de Aceleração da Prevenção.

No decurso da implementação do PEN II, a Coordenação teve oportunidade de recolher experiências e desafios aos diferentes níveis distrital, provincial e central, adoptando métodos participativos de interacção com as instituições da sociedade civil, e estreitamento de parcerias público-privado na resposta ao HIV e SIDA no local de trabalho. O funcionamento dos mecanismos de coordenação institucionais, onde diferentes actores encontram espaço para colocar as suas contribuições, teve maior actuação ao nível central, evidenciando-se a necessidade de reforçar acções aos níveis distrital e provincial. Além disso, a coordenação ainda precisa duma maior harmonização e capitalização de sinergias para responder de forma mais efectiva ao actual comportamento da epidemia.

Entre os principais desafios registados na área da Coordenação destacam-se: a necessidade de intensificar a ligação e a coordenação entre os níveis Central, Provincial e Distrital nos processos de planificação; a necessidade de assegurar uma efectiva integração de actividades de HIV e SIDA nos planos institucionais; a necessidade de adopção de mecanismos para o fortalecimento e estabelecimento duma interacção sustentável com os parceiros locais, sobretudo aqueles que possam acrescentar valor ao trabalho realizado ao nível provincial; a exigência de melhorar a gestão e partilha de informação a todos os níveis, melhorar a arquitectura e operacionalização da gestão financeira, aprimorar os mecanismos de previsão orçamental e financiamento adequado aos planos estratégicos e operacionais de resposta ao HIV e SIDA.

No cômputo geral, durante o período de vigência do PEN II, as limitações de disponibilidade de recursos humanos, agravadas pela alta rotatividade do pessoal determinaram, um desempenho desigual do CNCS e seus parceiros, com notáveis realizações mas também com outras não satisfatórias. Cientes destes desafios, o CNCS e os seus parceiros desenvolveram, em 2009, um processo de análise funcional e realinhamento das funções e responsabilidades deste órgão, que deverá desembocar num quadro de actuação que terá maior enfoque para a coordenação, desenvolvimento institucional, comunicação e monitoria e avaliação {24}.

III.2. Prevenção

As principais intervenções na área da prevenção estiveram voltadas para a redução da transmissão sexual; redução da transmissão baseada nas unidades sanitárias; aconselhamento e testagem, promoção de iniciativas viradas aos jovens e adolescentes; no aumento do nível de conhecimento sobre o HIV e SIDA e redução da transmissão do HIV de mães para filhos.

Um levantamento do perfil dos programas de prevenção do HIV implementados no âmbito do PEN II é fornecido no relatório sobre os modos de transmissão {9}. Este fez uma análise de 3.282 actividades implementadas. No que concerne às áreas de focalização o mesmo constatou que apenas um terço das actividades tinham enfoque na comunicação para a mudança social e de comportamentos de risco (CMSC) e 22% das actividades estavam versadas aos locais de trabalho. As actividades de mobilização e de prevenção para os jovens nas escolas contabilizaram 11%, das quais 9% do volume de actividades para os jovens que não frequentavam a escola. Os programas que abrangiam PVHIV e populações especiais e vulneráveis constituíram cerca de 6% e 5% do volume de actividades respectivamente. As actividades de Aconselhamento e Testagem (AT) contabilizavam cerca de 2%. {9}.

Em relação a programas dirigidos a jovens estes tiveram um enfoque para iniciativas dentro e fora da escola e implementadas com base numa abordagem multisectorial. A prevenção para jovens dentro da escola foi essencialmente de comunicação para a mudança de comportamento na base de actividades de IEC (86%, incluindo a educação de pares e formação de activistas), o mesmo foi feito para os jovens fora da escola (80%) {9}. Os Programas de prevenção direccionados para criança e jovens, implementados também numa perspectiva multisectorial com enfoque na comunicação interpessoal e educação de pares abarcaram crianças e jovens entre os 10 e 24 anos, com informações sobre saúde sexual reprodutiva, dentro e fora das escolas em 70% dos distritos do país, tendo alcançado 40% dos jovens moçambicanos até ao ano de 2008. As crianças e os adolescentes dos 12 aos 15 anos, foram cobertos por iniciativas de consciencialização para a prevenção nas EP1, em todas as províncias, através dos programas implementados pelo MEC e seus parceiros.

No âmbito do PEN II foi continuada a implementação do programa de prevenção da transmissão vertical (PTV) iniciado em 2002. O programa foi marcado pela expansão de serviços e uma evolução positiva no acesso aos seus serviços, de cerca de 950 grávidas em 2006, atingiu-se 3,647 em 2007 e 6,388 até Dezembro de 2008. Desde o início do programa o número de unidades sanitárias que oferecem estes serviços de PTV expandiu rapidamente, de 8 US em 2002, para 386 em 2006 e 744 em Dezembro de 2008. A implementação de novas abordagens políticas e a integração dos serviços facilitou o processo de expansão dos serviços e, a introdução de regimes terapêuticos mais efectivos, contribuiu para a redução da transmissão do HIV da mãe para o recém-nascido. Em 2008, a cobertura nacional do PTV nas CPN era 32% (46,848 mulheres grávidas com HIV tratadas com profilaxia ARV) com variações a nível regional (65% no Sul, 20% no Centro, 20% no Norte) {9}.

Apesar desses progressos, o acesso aos serviços de PTV para mulheres grávidas ainda é insuficiente em Moçambique. Vários factores concorrem para isto, sendo de destacar as limitações de recursos humanos em quantidade e qualidade para a provisão de serviços; muita atenção focalizada em mulheres seropositivas e sem intervenções para casais seronegativos e sero-discordantes, com potencial de melhorar a prevenção; o fraco envolvimento de homens; elevado nível de estigma e discriminação que limitam as possibilidades de as mulheres grávidas utilizarem os serviços existentes para o tratamento e a prevenção da transmissão vertical; perdas de oportunidade de seguimento de mulheres e crianças expostas devido ao estigma e discriminação, combinado com a insuficiência de recursos humanos para a busca activa das utentes que abandonam os serviços e fraco envolvimento das famílias e comunidades.

A nível programático houve esforços para redimensionar as intervenções da área da prevenção. Em 2008 foi desenvolvida a Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV {25}. Esta estratégia surgiu em resposta à necessidade de, com a maior urgência, e de forma sustentada controlar e reduzir a incidência do HIV no país com ênfase em 8 áreas de acção prioritárias: ATS; preservativos; grupos de alto risco; detecção precoce e tratamento das ITS; PTV; acesso ao tratamento e biossegurança; e circuncisão masculina, para além de áreas transversais com destaque para a comunicação, M&A e coordenação da resposta.

Embora a componente de prevenção tenha constituído um dos principais pilares da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique, as suas acções não lograram ainda atingir os objectivos predefinidos. Para este cenário, contribui o facto de existirem poucos programas de prevenção ao HIV baseados em evidências e com particular enfoque para grupos populacionais específicos e bem definidos; a implementação de acções de prevenção de carácter ocasional e sem uma abordagem continuada e institucionalizada; pouca ênfase dada aos principais grupos vulneráveis/risco e aos padrões de comportamento que estão a alimentar a epidemia; reduzido grau de envolvimento familiar e comunitário e sobretudo o pouco cometimento das lideranças e das personalidades influentes a nível local; o insuficiente aproveitamento das estruturas comunitárias educativas, incluindo a família, que são as mais apropriadas para influenciar o comportamento individual; a limitação de recursos humanos associada ao estigma e discriminação enfraqueçam a estratégia do ATS (2).

Os progressos limitados na área de prevenção demonstraram a necessidade do redimensionamento estratégico da componente no PEN III com base em iniciativas que mostrem evidência de eficácia. As limitações ao longo do PEN II ensinaram que as actividades de prevenção deverão estar direccionadas para os principais grupos vulneráveis/risco e padrões de comportamento que estão a alimentar a epidemia; dar uma atenção revigorada para o grupo etário dos jovens e adolescentes; privilegiar famílias e cobrindo mais crianças e casais; reforçar o envolvimento comunitário; considerar aos aspectos estruturais que são responsáveis por uma maior vulnerabilidade de mulheres e raparigas à infecção por HIV; estimular a adesão dos homens nas actividades e serviços de prevenção pois eles são actores chave no processo de tomada de decisões sobre quando e onde procurar cuidados de saúde.

III.3. Acções de Advocacia

O ano 2006 foi marcado pelo renovar do cometimento político na abordagem multisectorial ao HIV e SIDA. A Iniciativa Presidencial de Resposta ao HIV e SIDA dirigida pelo Presidente da República durante a primeira metade de 2006 foi uma clara expressão do envolvimento político ao mais alto nível. No âmbito desta iniciativa membros do governo central, provincial e distrital, líderes comunitários, e representantes da sociedade civil, organizações religiosas, de jovens e outras, foram engajados na discussão e renovação do seu envolvimento nos esforços nacionais contra o SIDA.

Esse evento deu origem a outras iniciativas de advocacia tais como a Conferência da Juventude sobre o HIV; A conferência das OSC sobre HIV e SIDA; O estabelecimento ao alto nível do Grupo de Referência para Prevenção do HIV dirigido pelo Ministro da Saúde, com a responsabilidade de coordenar e intensificar esforços de prevenção baseados em evidências. O estabelecimento de grupos de trabalho no contexto do HIV e SIDA tem também um papel importante na advocacia e orientação técnica em áreas específicas de intervenção.

Ao nível da advocacia salienta-se também o envolvimento dos Governadores Provinciais, Administradores e dos líderes locais, na resposta ao HIV e SIDA, através da consolidação e divulgação de programas estratégicos sobre HIV e SIDA e inclusão de aspectos de HIV e SIDA em documentos estratégicos. Essas iniciativas foram asseguradas pela sensibilização e distribuição de materiais de apoio integrados em conteúdos específicos sobre como transmitir informações que consciencializem as comunidades para o seu maior envolvimento e acção proactiva. Destacam-se também a formação de 250 pontos focais dos sectores de planificação, visando a inclusão do HIV e SIDA nos ciclos normais de planificação sectorial e; o envolvimento de 150 empresas na elaboração e implementação de políticas do HIV e SIDA no local de trabalho.

A sociedade civil esteve também mais empenhada em actividades de advocacia tendo surgido novas iniciativas e mecanismos de mobilização social, como por exemplo o Movimento para Acesso ao Tratamento em Moçambique (MATRAM), além de um crescente envolvimento das organizações de defesa dos direitos das mulheres na resposta ao HIV.

As iniciativas de advocacia e reforço do contexto legal realizadas no âmbito da vigência do PEN II incluem a contínua divulgação da lei 5/2000 de 5 de Fevereiro, contra a discriminação de PVHS no local de trabalho; a aprovação da Lei de defesa dos direitos humanos e a luta contra a estigmatização e discriminação de Pessoas vivendo com o HIV e SIDA, em 2009.

III.4. Tratamento

As principais intervenções na área de tratamento estiveram voltadas para a massificação de Aconselhamento e Testagem (AT) como meio chave de acessibilidade, monitorização do estado de saúde dos pacientes HIV positivos e provisão de tratamento seja para infecções oportunistas ou para o próprio TARV em doentes elegíveis, controlo de co-infecções TB/HIV, apoio psicossocial e provisão de Cuidados Domiciliários (CD).

O AT é uma componente fundamental para a resposta ao HIV/SIDA visto que é uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento. Graças à nova abordagem de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS), combinando serviços de AT iniciados pelo provedor clínico (ATIP), iniciados pelo utente (ATIU - vulgo GATV) e efectuados ao nível da comunidade (ATSC), o número de beneficiários aumentou significativamente em cerca de 5 vezes desde 2003 a 2008. Informação recente relativa a “proporção de mulheres de 15 a 49 anos de idade que foram aconselhadas e testadas nos cuidados pré-natais” aponta para aumentou de apenas 3% (IDS, 2003) {19} para 45.7% (MICS, 2008){2}. Pelos dados de rotina, pode se decifrar que a maioria

dos utentes que são atendidos nos ATS são mulheres (60%) e 23% (80.554/344.906) de todos os testados em 2008 foram HIV positivo {26}.

A administração do TARV é relativamente recente em Moçambique. Com a viragem estratégica estabelecida no PEN II, os anos de 2003/2004, marcam o início do programa TARV no sector público. A partir desta altura, o país registou um tremendo progresso na expansão da provisão dos serviços {27}. A rápida expansão foi também facilitada por uma mudança na política adoptada em meados de 2006, onde os técnicos de medicina foram largamente treinados e autorizados a administrar o TARV tendo assim permitido a expansão geográfica para todos os distritos no país no 1º trimestre de 2007 {28}. De 2003 a 2007, o número de US providenciando o TARV aumentou de forma marcada mas a partir de então, praticamente a rede não assinalou expansão, com variação de 211 em 2007 para 216 em 2009. O número de pessoas beneficiando do tratamento antiretroviral, progrediu substantivamente, de menos de 7.000, em 2004, para mais de 170.000, em 2009.

Apesar dos esforços marcantes de expansão dos serviços TARV, o índice de cumprimento (em relação à população planificada) e cobertura (em relação à população estimada que precisa do TARV) foram insatisfatórios. A proporção de pacientes maiores de 15 anos elegíveis que beneficiam do TARV evoluiu de 2% em 2003 para apenas 32% em 2009, o que significa que cerca de 2/3 de indivíduos elegíveis ainda não beneficiam deste serviço. O TARV pediátrico é uma conquista ainda mais recente.

Em 2006 o MISAU desenvolveu um plano detalhado para aumentar o tratamento pediátrico incluindo o desenvolvimento e actualização de ferramentas como o manual de tratamento de crianças com HIV e SIDA, módulos específicos de formação em TARV pediátrico para o pessoal clínico não médico (técnicos de medicina). Isto permitiu o aumento da cobertura para as crianças menores de 15 anos (evolução de 5% em 2005 para 23% em 2009). Tal como reportado pelo MISAU, a expansão para mais locais administrando o TARV foi reduzida para manter a qualidade devido a constrangimentos logísticos associados às pobres infra-estruturas existentes, escasso pessoal qualificado, população dispersa, dificuldades de acesso e a consequente limitação de supervisões regulares para os serviços pré-TARV e TARV{28}.

Outro progresso alcançado é relativo ao aumento de sinergias positivas e colaboração entre os programas de TB e HIV, o que contribuiu na redução da proporção de infectados com HIV que desenvolvem TB. O Programa Nacional de Controlo da TB (PNCT) reconhece a importância de expandir e integrar os serviços de TB e HIV e, o progresso na implementação destas actividades, tem estado a melhorar {29, 30}. Dados da ACA VIII do sector de Saúde indicam que a melhoria desta coordenação tem permitido manter os níveis de testagem para o HIV em doentes de tuberculose e melhorar o sistema de referência de doentes TB/HIV para o TARV. Em 2008, a prevalência da co-infecção TB/HIV positivo também mostra uma tendência crescente, correspondendo a 60.1%, comparativamente ao ano de 2007, em que se registou uma prevalência de 47.3% {29}. O PNCT tem mostrado um incremento assinalável na implementação de actividades colaborativas TB/HIV. O programa de TB treinou todo o seu pessoal em AT voluntária (em 2008, 79% de pacientes TB foram testados para HIV). Destes pacientes testados, 92% e 30% iniciaram o Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol (TPC) e TARV respectivamente. Porém, apenas 0.9% (3039) de PVHS que foram registadas nos serviços do programa TARV, foram testadas para TB e só 676 iniciaram o Tratamento Preventivo com Isoniazida (TPI) {29, 31}.

Os cuidados domiciliários providenciados por voluntários e activistas de saúde aos doentes com SIDA e aos seus familiares tiveram um crescimento considerável, passando de 17,790 beneficiários em 2004 para 99,122 em 2008. De igual forma o número de unidades sanitárias, com ligação com programas de Cuidados Domiciliários, a providenciarem cuidados domiciliários aumentou de 79 em 2004 para 200 em 2008.

III.5. Mitigação das Consequências

A mitigação dos efeitos do HIV e SIDA consiste na promoção e implementação de medidas (estruturais e não estruturais) orientadas para a redução das consequências (negativas) sócio-económicas e ambientais do HIV e SIDA a nível dos indivíduos, agregados familiares, comunidades e instituições. No âmbito da implementação do PEN II as acções desenvolvidas na área de mitigação visavam (i) melhorar a segurança alimentar e nutricional; (ii) reforçar a capacidade de geração de renda das famílias; e (iii) garantir o apoio educacional e vocacional de crianças, adolescentes e jovens órfãos e vulneráveis.

O suporte a PVHS, COVs e suas famílias, como principais grupos alvo das acções de mitigação, foi assegurado pelo envolvimento de organizações da sociedade civil, sobretudo organizações religiosas, associações lideradas por mulheres e de PVHS que se concentraram em acções mais orientadas para a redução da vulnerabilidade, destacando-se a disponibilização de cuidados básicos de higiene, apoio nutricional e no apoio moral e psicossocial. Este apoio incluiu também actividades de *empoderamento* económico dos grupos alvo através de capacitações em conhecimentos técnicos e vocacionais bem como outras habilidades para a vida. Até finais de 2007, tinham sido abrangidas mais de 12,000 PVHS e mais de 360,000 COVs. Cerca de 1,200 voluntários foram capacitados no país para prestar cuidados e apoios domiciliários a doentes de SIDA {32}.

A implementação do Plano Estratégico Nacional de Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (PACOV){33} representou um importante marco na orientação dos provedores de serviços para a observância da necessidade de se implementar serviços básicos para as COVs. O MMAS em parceria com outros actores governamentais e da sociedade civil investiram no estabelecimento de mecanismos de coordenação tais como o Grupo Técnico para as COVs e os Núcleos Multisectoriais para COVs funcionais em algumas provinciais.

A falta de dados sistemáticos sobre as realizações inerentes à componente de mitigação, limitam a produção de uma análise que faça justiça as centenas de intervenções realizadas neste âmbito. Na vertente dos constrangimentos inerentes a esta componente, destacam-se os seguintes aspectos: A falta de mecanismos sistematizados de apoio a pessoas mais afectadas pelo impacto do HIV e SIDA; O fraco enquadramento operacional da vulnerabilidade acrescida às mulheres e idosos, na qualidade de principais provedores de assistência aos membros de agregados familiares afectados pelo SIDA e que carregam o peso do impacto do HIV e SIDA na família; Limitação de recursos humanos que condiciona a expansão de serviços em termos de quantidade e qualidade, associados; e a Escassez de programas integrados que abordam a questão de insegurança alimentar e nutricional associada ao HIV e SIDA.

III.6. Monitoria e Avaliação (M&A)

Ao operacionalizar o princípio dos “Três Uns”, preconizado no PEN II – incluindo um único sistema de M&A da resposta nacional - o CNCS vem coordenando a implementação do respectivo plano de M&A junto aos Núcleos Provinciais de Combate ao SIDA, sociedade civil e dos sectores público e privado assim como entre os parceiros de implementação e coordenação. A Estrutura Nacional de Monitoria e Avaliação (2005-2009) identifica um conjunto de 27 indicadores que incluem indicadores acordados pela Monitoria e Avaliação da declaração do UNGASS. Também define as fontes de dados para os indicadores e outra informação relevante, os sistemas que precisam de ser colocados no lugar para garantir o fluxo, armazenamento, análise, disseminação e uso correcto de dados, e o papel de cada interveniente.

Porém, o processo de harmonização e integração da informação gerada pelos vários intervenientes tem se mostrado um grande desafio. Apesar disso, são destacados alguns avanços, tais como: a realização de várias oficinas de trabalho de harmonização em M&A, com destaque para a oficina de delineamento de medidas de fortalecimento do sistema de M&A, fluxo e gestão de dados promovida pelo Fundo Global no sector de saúde no ano de 2007, a oficina de auscultação de análise da situação da M&A da resposta nacional elaborada pelo CNCS em Maio de 2009 e as oficinas desencadeadas no âmbito da elaboração da estratégia de aceleração de prevenção do HIV e SIDA, realizada em 2008/2009.

Durante o PEN II, foi largamente reconhecido que o alinhamento das intervenções em M&A passa por um papel mais activo do CNCS e dos seus parceiros de modo a garantir que todos os intervenientes chave reportem, regularmente, de acordo com as directrizes traçadas. Ademais, o envolvimento de todas as estruturas descentralizadas é visto como chave na documentação da resposta – factor essencial para demonstrar os esforços empreendidos.

III.7. Investigação

Durante a implementação do PEN II a investigação constituiu um dos pilares fundamentais com o objectivo de aumentar o nível de conhecimento científico sobre o HIV e SIDA, suas consequências e através dela apreender boas práticas para melhor responder à epidemia. Alguns progressos foram registados nesta componente, sendo de realçar, o mapeamento de pesquisas em HIV e SIDA do período 1987-2007, um diagnóstico sobre as necessidades de pesquisa em HIV e SIDA, o estabelecimento de uma base de dados sobre pesquisas em HIV e SIDA, o estabelecimento do Centro de Gestão de Conhecimento na Beira, a formulação participativa de uma agenda de investigação na área do HIV e SIDA e sua institucionalização através do Programa Nacional de Investigação em HIV e SIDA cuja implementação é coordenada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia MCT {34, 35}.

Durante o período de vigência do PEN II, vários estudos sobre a prevalência do HIV, ITSs, comportamentos de alto risco e de factores impulsionadores da epidemia foram realizados, com destaque para: a medição de gastos em SIDA - MEGAS (2004/2006) {36}, Inquérito de Indicadores Múltiplos de Grupos - MICS (2008){2}, impacto demográfico do HIV e SIDA (2008){10}, duas rondas de vigilância do HIV em postos sentinela (2007 e 2009) {6, 7, 37}, avaliação do impacto de 5 anos do Fundo Global {38}, estudo de triangulação de dados de várias fontes secundárias (2007/2008){8}, análise sobre os modos de transmissão do HIV e resposta de prevenção (2009){9}, relatórios UNGASS bienais {39} e o início do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Impacto da Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique – INSIDA, entre outros. Estes estudos e relatórios permitem captar as tendências e impacto do HIV e SIDA aos níveis nacional e local e avaliar o grau de alcance e intensidade dos resultados de esforços de prevenção e resposta ao HIV e SIDA.

Apesar dos progressos alcançados não está ainda disponível um conhecimento sobre HIV e SIDA em todas as dimensões indicadas pelo PEN II pelo facto de que as suas condições de produção nem sempre seguir as linhas do Programa de Investigação em HIV e SIDA estabelecido. Persistem lacunas sobre dados importantes tais como taxas de prevalência nacional e de incidência em populações específicas acuradas, dados sobre factores impulsionadores da epidemia, dados sobre populações mais vulneráveis, dados sobre o que funciona e que programas são efectivos. A falta desses dados limitou a existência de planos e avaliações baseados na evidência. Adicionalmente há insuficiente coordenação das actividades de pesquisas de HIV no país o que resulta na proliferação de pesquisas não harmonizadas o que conduz a duplicação das mesmas. Quando a pesquisa foi feita a disseminação de resultados não ocorreu de forma efectiva; mesmo quando os resultados foram disseminados, não houve suficiente capacidade para usá-los na planificação e ajustamento de programas existentes.

De forma geral, a resposta na área de investigação ensinou que há ainda uma necessidade de conhecer melhor a epidemia, a sua resposta e melhor redireccionar as intervenções estratégicas. Isso pode passar por uma maior advocacia para o reconhecimento da importância da investigação de modo a tornar a resposta efectiva; pela provisão da capacitação institucional em metodologias de pesquisas e no uso dos seus resultados ao mesmo tempo que se melhora a disseminação de resultados e a coordenação de actividades de investigação em HIV e SIDA no país

III.8. Comunicação para a mudança social

Em 2005, o CNCS desenvolveu uma *Estratégia Nacional de Comunicação* {40}, para responder aos desafios da fragmentação das actividades de comunicação e orientar as acções de comunicação, seguindo as áreas prioritárias do PEN II. Esta estratégia começou a ser operacionalizada em 2006, através da elaboração, execução e monitoria de Planos de Acção Provinciais.

Algumas das principais iniciativas de comunicação implementadas no âmbito da vigência do PEN II, incluem a *Iniciativa Presidencial de Resposta ao HIV e SIDA*, e programas de prevenção direccionados para a grupos específicos como crianças e jovens tal como a *Janela de Esperança*. Além destes, a sociedade civil, o sector privado e as agências internacionais desenvolveram e implementaram intervenções de comunicação que utilizaram uma abordagem que integrou diferentes meios (rádio, teatro, TV e unidades móveis). De forma paralela foram produzidos e distribuídos materiais impressos e audiovisuais cada vez mais em línguas locais; foram desenvolvidas parcerias com as rádios comunitárias para estimular o diálogo comunitário; foram feitos investimentos em educadores de pares, sejam eles, jovens, camionistas, militares, trabalhadores de sexo, entre outros, e realizado o marketing social como a principal estratégia para o incentivo do uso do preservativo.

Embora existam alguns progressos na implementação da comunicação para a promoção de mudanças sociais, esta componente não teve contributo desejável na dinamização da resposta ao HIV e SIDA. Contribuiu para este cenário o facto de a comunicação não ter sido priorizada nas diferentes instituições com intervenções de resposta ao HIV e SIDA. Esta situação fez com que não houvesse suficiente investimento no recrutamento e na capacitação dos recursos humanos para a pesquisa, desenho, implementação, monitoria e avaliação das intervenções de comunicação. As actividades de comunicação utilizaram mais os meios de comunicação de massas e pouca mobilização comunitária e estas requeriam maior cometimento e participação institucional bem como um alto nível de investimento em termos de tempo, fundos e recursos humanos.

No geral, os progressos da área de comunicação na vigência do PEN II demonstraram e ensinaram que os pressupostos teóricos e princípios orientadores nele formulados são ainda pertinentes e podem ser capitalizados no contexto da implementação do PEN III. A sua materialização passa ainda pela necessidade cada vez mais premente de adequar as intervenções e mensagens aos contextos sociais e culturais onde os indivíduos se inserem; assegurar um cada vez mais o maior envolvimento das famílias e comunidades no desenho e disseminação de mensagens; consolidar modelos positivos e exemplos concretos por parte das lideranças e; dispor de evidências sobre o impacto do trabalho desenvolvido na área de comunicação para informar a resposta ao HIV e SIDA no país.

IV. Visão Estratégica e Princípios Orientadores do PEN III, 2010 – 2014

Através deste Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, 2010-2014, o Governo de Moçambique renova o seu compromisso de promover uma resposta efectiva ao HIV e SIDA, a escala Nacional e Regional, primando pela observância dos compromissos globais e regionais ratificados.

Tendo em conta as experiências e conhecimento acumuladas pelo país ao longo destes 20 anos de resposta ao HIV e SIDA, o Governo de Moçambique reitera a necessidade de capitalizar esses insumos de modo orientar a adopção de medidas estratégicas mais adequadas ao perfil epidemiológico do país e da região, estrutura de serviços disponíveis e características sócio-culturais e comportamentais do povo de Moçambique.

Este Plano Estratégico é um documento orientador para dinamizar, harmonizar e coordenar as intervenções de resposta ao HIV e SIDA no país. A orientação estratégica desta resposta assenta em intervenções que combinam a abordagem de emergência e do desenvolvimento. A perspectiva de emergência assenta numa actuação a partir da base, identificando acções para confrontar factores que agravam a vulnerabilidade à infecção e facilitam a propagação do vírus. Neste contexto de emergência é crucial identificar grupos populacionais considerados em alto risco e os fenómenos que lhes condicionam. A perspectiva de desenvolvimento encara o HIV e SIDA numa perspectiva de longo prazo integrada de forma sustentável nos programas e planos sectoriais a nível do sector público, privado e sociedade civil de modo a consolidar o seu carácter transversal e garantir a sustentabilidade das intervenções a longo termo.

Como resultado da consideração das orientações estratégicas, o Plano está em consonância com a visão baseada em resultados dos pilares da Agenda 2025 {41} nomeadamente o capital humano e o desenvolvimento económico pois as evidências demonstram, de forma notória, que o HIV e SIDA persiste como um dos desafios estruturais que Moçambique enfrenta e enfrentará nos próximos anos. A resposta ao HIV e SIDA é um dos condimentos indispensáveis para os esforços empreendidos para a melhoria da qualidade de vida e bem estar dos moçambicanos(as). A resposta ao HIV e SIDA, é ganha e somente faz sentido quando os seus resultados se repercutem no quadro dos desafios globais do país, a redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento sócio-económico.

O PEN III apresenta uma visão estratégica informada pela análise das tendências de evolução da epidemia e das evidências geradas no contexto da implementação das estratégias anteriores.

O PEN III está edificado na base estabelecida nos dois anteriores planos. As principais componentes estratégicas incluem as tradicionais áreas temáticas da prevenção, tratamento e cuidados e mitigação de impacto e incorporam uma nova componente da redução da vulnerabilidade e risco à infecção pelo HIV. O fundamento sustenta-se nas lições aprendidas da própria história da resposta que indica que apesar dos investimentos realizados para conter níveis de incidência e assegurar melhor qualidade de vida às pessoas vivendo com o HIV, a epidemia continua tendo um impacto crítico na esfera individual, familiar e comunitária.

Na componente de **redução de risco e vulnerabilidade**, o resultado de impacto é ver reduzido o grau de risco e vulnerabilidade da população moçambicana ao HIV, particularmente das populações consideradas mais vulneráveis. As intervenções assentam sobre o ambiente geral de risco e vulnerabilidade à infecção pelo HIV ao nível individual comportamental; ao nível estrutural e ao nível sócio-cultural e comunitário. Com estas intervenções tem-se como objectivo confrontar e limitar as condições sociais precárias que facilitam o estabelecimento de um ambiente propício para o aumento do risco e da vulnerabilidade ao HIV. A intervenção visa limitar que a vulnerabilidade se agrave em função das desigualdades de género e dos factores culturais, educacionais, demográficos, legais, económicos e políticos.

A componente da **prevenção** *continua a ser a área de enfoque central e sustenta-se em evidências realçadas na Estratégia de Aceleração da Prevenção*. Aqui o investimento vai para a redução da prevalência do HIV em mulheres grávidas, de 15-24 anos, dos 11.3% registados em 2007 para 8.5% em 2014¹⁰. As áreas prioritárias de acção são a prevenção do HIV em populações em maior risco, particularmente as raparigas; promoção do uso consistente de preservativos, incluindo o preservativo feminino; promoção da mudança social e comportamental, Prevenção da Transmissão Vertical, garantia da Biossegurança e disponibilidade de serviços de Circuncisão Masculina. As estratégias de prevenção são suportadas por uma componente de mudança de carácter social e individual galvanizados pelo amplo envolvimento da família e comunidades.

Na componente de **Tratamento e Cuidados**, os resultados de impacto esperados estão relacionados com a redução da mortalidade por SIDA, em 5%¹¹ no ano de 2014 em relação aos índices esperados sem o aumento em acesso ao tratamento previsto neste plano {10}, e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV e SIDA. As intervenções estratégicas congregadas na Componente de Tratamento e Cuidados assentam sob cinco áreas de provisão de serviços, mutuamente interligados, que incluem a massificação do Aconselhamento e Testagem em Saúde como forma de ampliar o universo de moçambicanos(as) que conhecem o seu estado e procuram serviços e cuidados de saúde apropriados com antecedência e adoptam comportamentos seguros; a provisão de serviços de continuidade de cuidados tanto para os doentes HIV positivo ainda não elegíveis para o TARV assim como para aqueles que já estão no TARV; a melhoria do rastreio de TB em doentes HIV positivos e vice-versa; bem como a garantia do apoio psicossocial (inclusive para os trabalhadores da saúde que diariamente se confrontam com o drama do HIV e SIDA nas unidades sanitárias; apoio nutricional e cuidados domiciliários para os doentes elegíveis, com amplo envolvimento da família e da comunidade.

Na componente de **mitigação das consequências** o resultado de impacto esperado é ter reduzida a magnitude dos impactos do HIV e SIDA, fome e Pobreza no seio dos agregados familiares, comunidades e no grupo de Crianças Órfãs e Vulneráveis, dando primazia ao envolvimento dos líderes locais e outras pessoas influentes na sociedade para acelerar uma resposta comunitária e familiar mais efectiva. Em termos de áreas estratégicas, a mitigação dos efeitos do HIV e SIDA está voltada para a redução de consequências do HIV e SIDA a nível das PVHS, agregados familiares, Crianças Órfãs e Vulneráveis, comunidades e instituições através de iniciativas que visam assegurar o apoio em cuidados básicos a crianças órfãs e vulneráveis; garantia da segurança alimentar e nutricional e reforçar a capacidade de geração de renda das famílias, a protecção dos direitos de PVHS e promoção da coesão social, tendo em atenção as necessidades diferenciadas entre os homens e as mulheres.

Com o enfoque para a materialização do grande objectivo da redução do número de novas infecções pelo HIV e SIDA em Moçambique, a promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV e SIDA e a redução do impacto do SIDA nos esforços de desenvolvimento nacional, e consequentemente contribuir na elevação dos indicadores de desenvolvimento socioeconómico do país, são reafirmados os seguintes **Princípios Orientadores**:

¹⁰ Esta redução corresponde a 25% e baseia-se em projecções matemáticas (Spectrum).

¹¹ Esta redução de 5% implica que cerca de 23.000 óbitos devido a SIDA serão evitados por ano, em comparação com o que aconteceria sem as intervenções adicionais propostas no PEN III até 2014. Porém, este resultado deve ser interpretado com cautela pois baseia-se em projecções matemáticas (Spectrum).

1. Respeito pelos Direitos Humanos Universais

O respeito pelos direitos humanos são fundamentais para que as estratégias ligadas às matérias sensíveis como a sexualidade possam trazer resultados. O respeito e advocacia sobre os direitos humanos individuais e particularmente de PVHS, populações marginalizadas, populações em alto risco, mulheres, pessoa com deficiência, idosos, são indispensáveis para garantir a busca activa de serviços e informação sobre a prevenção primária e secundária do HIV e SIDA em indivíduos, famílias e comunidades, permitindo que o seu tratamento seja efectivamente aquele que é manifestamente expresso para com outras doenças crónicas, ainda que não envoltas em preconceitos e tabus, atendendo à forma como se adquirem. Sob este princípio se inscreve o reconhecimento do direito à livre participação e envolvimento de todas as pessoas e grupos populacionais na resposta ao HIV e SIDA, incluindo a promoção de acções positivas com vista a envolver grupos populacionais geralmente excluídos nos investimentos de resposta ao HIV e SIDA.

2. Multisectorialidade

O HIV e SIDA constitui, na actualidade um dos grandes problemas de desenvolvimento e uma séria ameaça aos progressos e ganhos conseguidos em várias esferas de actividade económica, social e política, exigindo um tratamento e atenção sem paralelos em todos os sectores do Governo e sociedade em geral. Com efeito, tornou-se mais evidente a associação do HIV e SIDA com a Pobreza, uma vez que agrava a vulnerabilidade dos indivíduos e agudiza o seu estado de pobreza. Trata-se de uma epidemia que evolui de comportamentos passíveis de prevenir, o que coloca o desafio de, a atenção estratégica da prevenção ter de ganhar um sentido multisectorial. Sob o princípio da multisectorialidade, a coordenação efectiva dos esforços de todos os actores envolvidos na resposta ao HIV e SIDA, deve ser vista como chave para a complementaridade e sucesso das intervenções. A questão da resposta integrada e da coordenação dos esforços exige que haja uma articulação entre os actores e instituições envolvidos na resposta ao HIV e SIDA, institucionalizada em mecanismos e procedimentos claros de coordenação e financiamento da resposta, de modo a assegurar um fluido processo de implementação das prioridades definidas nesta Estratégia.

3. Orientação para Resultados e Inspirado em Evidências

Este princípio indica a necessidade de fundamentar qualquer proposta em evidências e a obrigação de documentar, avaliar e usar boas práticas nas várias áreas da implementação da Estratégia. Com ele está subjacente que a combinação de uma orientação estratégica sustentada na evidência com a orientação para resultados deverão estar na vanguarda da resposta ao SIDA, incluindo a consideração dos diferentes cenários e prioridades nas diferentes províncias e regiões.

4. Economia de Recursos

Sendo o HIV e SIDA uma questão estrutural de desenvolvimento que exige uma atenção constante e de longo prazo, e reconhecendo que actualmente a resposta ao HIV e SIDA é grandemente assegurada pelo contributo financeiro dos parceiros internacionais, a busca da garantia da sustentabilidade da resposta à epidemia exige que o Governo assuma, cada vez mais, o financiamento da sua resposta usando fundos domésticos. A adesão ao princípio da austeridade económica, da minimização do gasto e maximização dos benefícios exige uma escolha criteriosa das áreas de incidência da resposta, de modo a permitir que o princípio da economia de recursos possa ser exercido na sua plenitude.

5. Reforço dos Sistemas

O presente plano estratégico assume como um dos pressupostos para o alcance do objectivos e metas que preconiza, o reforço dos sistemas. Entendido no seu contexto mais amplo, os sistemas incluem todas as estruturas institucionais e comunitárias vocacionadas à provisão de serviços, a nível central, provincial, distrital e comunitário. Dotar os sistemas com infra-estruturas adequadas, recursos humanos qualificados, instrumentos e procedimentos, suporte

logístico e financeiro, sistemas de informação e liderança é crucial para uma implementação efectiva e sustentada da resposta ao HIV e SIDA e aos desafios globais impostos ao desenvolvimento.

6. Comunicação e *Moçambicanização* da Mensagem

Sob o princípio da Comunicação e *Moçambicanização* da Mensagem é reafirmado que, a resposta moçambicana ao HIV e SIDA só poderá ser mais efectiva se observar a necessidade de implementar estratégias de comunicação atentas às características da epidemia, aos contextos sociais e culturais onde as populações moçambicanas vivem. O conteúdo das abordagens de comunicação na resposta ao HIV e SIDA deve ser estruturado, sistematizado, atento às dinâmicas de género e implementado de uma forma contínua e dialogante, fazendo uso dos múltiplos meios e canais de comunicação disponíveis a nível nacional, comunitário, familiar e interpessoal. A direcção que as mensagens devem assumir e os seus conteúdos temáticos devem primar pela participação das comunidades, capitalizar o envolvimento das lideranças a todos os níveis, inspirar-se na ética, cultura, línguas e ensinamentos embebidos nos contextos culturais que caracterizam a ampla diversidade de Moçambique, ao mesmo tempo que orientam para atitudes e comportamentos seguros e solidários face à epidemia do HIV e SIDA.

7. Descentralização da Resposta

Sob este princípio é realçada a importância do distrito como ponto de partida de todos os processos de envolvimento sectorial, comunitário e familiar na resposta ao HIV e SIDA. A planificação operacional e implementação das acções de resposta ao HIV e SIDA devem capitalizar as sinergias existentes ao nível do distrito, de modo a responder aos desafios e necessidades específicas das comunidades que vivem em distritos específicos. A parceria entre o sector público, privado e organizações da sociedade civil deve encontrar bases operacionais de expressão a nível distrital, como parte de uma estratégia de maior aproximação e interacção com as famílias e comunidades moçambicanas que precisam de serviços.

IV.1. Componente de Redução de Risco e da Vulnerabilidade ao HIV e SIDA

As condições económicas e sociais precárias são um factor determinante para o estabelecimento de um ambiente propício ao aumento do risco e da vulnerabilidade ao HIV {43}. Estar vulnerável neste contexto significa ter pouco ou nenhum controlo sobre o risco de contrair a infecção ou, para aqueles já infectados ou afectados pelo HIV, significa terem pouco ou nenhum acesso aos cuidados apropriados e ao apoio. Vulnerabilidade é o resultado último da interacção de muitos factores, quer pessoais (incluindo biológicos) quer sociais, e pode ser agravada por uma variação de factores culturais, educacionais, demográficos, legais, económicos e políticos {44}.

O factor risco é definido como um aspecto do comportamento individual, do estilo de vida ou a exposição baseada em evidências epidemiológicas que são associadas à transmissão ou aquisição {13}. Os condutores da epidemia, referem-se ao ambiente, factores estruturais e contextos sociais, como a pobreza, desigualdades de género e violação dos direitos humanos, nem todos facilmente mensuráveis, apesar de contribuírem no aumento da vulnerabilidade dos indivíduos ao HIV {13}.

A análise dos factores-chave condutores da epidemia e das intervenções prioritárias focalizam-se em três níveis interrelacionados:

- Individual e do casal, que inclui os factores biológicos, demográficos e comportamentais que podem influenciar o risco do indivíduo contrair o HIV;
- Comunitário, que resume os determinantes da transmissão do HIV que estão fora da directa influência do indivíduo ou do casal;
- Estrutural, que engloba aspectos directamente influenciados pelas políticas e Planos Estratégicos Nacionais de Resposta ao SIDA.

IV.1.1. Factores de Risco e Vulnerabilidade individuais-comportamentais

Os comportamentos que põem os indivíduos em maior risco de infecção pelo HIV incluem as relações hetero e homossexuais desprotegidas e a injeção de drogas com equipamento partilhado {13}. Para além disso existe o risco de transmissão vertical das mães grávidas HIV positivas para os seus filhos.

Um estudo de amostra reduzida, realizado na província de Sofala, aborda a questão da percepção individual de risco: a maioria dos homens tem alguma percepção do seu risco pessoal de contrair o HIV, enquanto mais da metade das mulheres não. Mulheres e homens com idades entre os 20 e 39 anos sentem-se mais vulneráveis do que aqueles com idade superior a 40 anos. O maior índice de percepção de risco dá-se no grupo etário de 30-34 anos. Os homens avaliam a sua vulnerabilidade em função do número de parceiras e da tomada ou não de medidas de sexo seguro, enquanto as mulheres avaliam o risco de infecção tanto em função de seu comportamento sexual como da avaliação que fazem do comportamento dos seus parceiros {45}.

IV.1.2. Factores de Risco e Vulnerabilidade Comunitários

Ao nível comunitário existem vários factores sócio-culturais que influenciam de formas diferentes o risco e a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, em particular, para as mulheres: a forma como a sociedade constrói a identidade e sexualidade feminina e masculina, o estatuto social da mulher, o estigma e a discriminação (apesar da Lei 12/2009) o desigual acesso aos serviços de saúde, a pobreza e exclusão social, a garantia dos direitos humanos fundamentais. A análise dos factores sócio-culturais sugere que as crenças e práticas culturais sustentam e mantêm as desigualdades de género, reservam à mulher e à rapariga um estatuto social secundário e aumentam a vulnerabilidade da mulher à infecção. Para além disso as relações de género baseadas em relações desiguais de poder, bem como as dinâmicas do casamento favorecem o homem nas decisões relativas às necessidades económicas. Nestas condições a violência doméstica é comum.

Tradicionalmente, no contexto matrimonial e fora deste, espera-se que a mulher seja passiva em relação ao parceiro, no casal há pouca comunicação e negociação acerca do sexo que é obrigatório, não podendo a mulher discutir com o parceiro aspectos ligados à sua eventual infidelidade. Há casos

frequentes de jovens raparigas forçadas a casamentos prematuros com homens mais velhos, por vezes em contextos poliginicos, o que também representa um factor de risco. As viúvas e os órfãos, em particular quando lhes é retirado o seu direito à herança, ficam sem terra e sem abrigo, sendo mais vulneráveis a práticas de risco, situações de abuso e violência sexual. Muitas vezes as mulheres idosas ficam como únicas responsáveis por crianças órfãs. Há outros factores sócio-culturais inerentes à esfera sexual e sexualidade que contribuem para o risco de infecção, tais como os rituais de purificação sexual da viúva, tratamentos nos curandeiros que envolvem o sexo desprotegido, e o recurso aos produtos vaginais para secar a vagina e proporcionar uma maior fricção no acto sexual que aumenta o risco de infecção ao HIV {46}, para além de serem práticas percebidas como incompatíveis com o uso do preservativo {47}.

As estratégias para a redução de risco e vulnerabilidade ao HIV devem ser multifacetadas, considerando o contexto, as culturas das comunidades e as suas necessidades, utilizando uma abordagem focalizada na compreensão e fortalecimento da componente de género sensível as diferentes necessidades de homens e mulheres, que promova a equidade, os direitos do cidadão a não discriminação e a inclusão social.

IV.1.3. Factores de Risco e Vulnerabilidade Estruturais

Pobreza e desenvolvimento social

Os jovens constituem parte considerável da população mais exposta ao risco de infecção, sendo a taxa de prevalência do HIV mais alta na faixa etária entre 20 e 24 anos (18.3%). Cerca de metade dos jovens moçambicanos são sexualmente activos antes de atingirem os 16 anos de idade. As mulheres em Moçambique constituem cerca de 52% da população total, 72.2% das quais vivem em zonas rurais, com indicadores de desenvolvimento humano extremamente baixos (tais como a taxa de analfabetismo de cerca de 68%).

Reflectindo a desigualdade nas relações de género em Moçambique, a mulher é frequentemente penalizada no acesso aos recursos e oportunidades, a sua dependência económica favorece a violência doméstica e aumenta a vulnerabilidade e o risco de infecção pelo HIV. Os dados disponíveis estimam que 380.000 mulheres podem estar envolvidas no trabalho de sexo, com um início precoce desta actividade (17.8 anos), e até casos de meninas de 10 anos envolvidas.

Durante o quinquénio 2005-2009, a redução dos níveis de pobreza absoluta, através da promoção do crescimento económico rápido, sustentável e abrangente, centrado nas zonas rurais, constituiu uma das acções prioritárias do Governo. A mulher foi colocada no centro das atenções, visando assegurar-lhe a igualdade de oportunidades e direitos e elevar o seu nível educacional {3}. O objectivo da redução dos níveis de pobreza no país pressupõe a orientação privilegiada dos serviços básicos para as populações mais vulneráveis, constituída por agregados familiares com pessoas idosas, pessoas portadoras de deficiência, doentes crónicos e crianças órfãs e vulneráveis. A promoção de iniciativas de geração de rendimentos é uma das estratégias que deve constar nas políticas do país, com vista à redução, por um lado, da pobreza e, por outro, do impacto socioeconómico do HIV/SIDA {49}.

Insegurança alimentar

A insegurança alimentar tem contribuído para o risco e vulnerabilidade dos indivíduos, especialmente crianças, adolescentes, em particular as do sexo feminino. A insegurança alimentar pode surgir da incapacidade dos indivíduos e agregados familiares (AFs) em produzir alimentos em quantidade suficiente, e da incapacidade dos mesmos em comprar alimentos. Aproximadamente metade das despesas dos agregados familiares é gasto na compra de alimentos. Portanto, qualquer flutuação nos factores que afectam o nível económico de um AF (como a pobreza e a subida de preços) tem um impacto ainda maior na capacidade das famílias em aceder a alimentos. Como o acesso a alimentos é a prioridade de qualquer AF e individuo, a falta deste e a procura de meios de sobrevivência implica comportamentos de risco como o envolvimento em sexo transaccional, aumento do sexo intergeracional ligados ao uso inconsistente de preservativos {50}, assim como alta mobilidade e migração, que favorecem o envolvimento em múltiplas redes sexuais {51}. Alguns esforços têm sido feitos para incluir actividades que incrementam a produção agrícola e a geração de rendimentos para pessoas mais vulneráveis mas a cobertura destas ainda é muito limitada.

Mobilidade e o trabalho migratório

Ao longo da história de Moçambique o fenómeno do trabalho migratório tem sido um factor económico importante, com relevância no contexto da integração regional ao nível da SADC. O emigrante, prevalentemente homem, normalmente não tem condições para levar consigo a sua família e, portanto, é impelido a criar outras relações nos locais de passagem e ou trabalho. Entretanto, e por razões similares, a mulher do emigrante também tende a desenvolver novas relações. As consequências desta situação atingem a estabilidade da família e influenciam o aumento da vulnerabilidade ao HIV. Além disso, os corredores económicos mais importantes entre Moçambique e os países vizinhos são também áreas de desenvolvimento do sexo comercial. Estes dados reforçam a necessidade de iniciativas direccionadas às raparigas e mulheres.

Direitos humanos e aspectos legais

Uma abordagem do HIV baseada nos direitos humanos preconiza a atribuição de poderes às pessoas para que conheçam e reivindiquem seus direitos de protecção, reduzindo as assimetrias sociais a nível individual, das famílias e das comunidades. A Declaração de Compromisso da Assembleia Geral das Nações Unidas em relação ao HIV e SIDA reconhece os direitos humanos como elemento essencial da resposta global. No nosso País, a criação de dispositivos legais para proteger os direitos de pessoas vulneráveis conheceu um marco importante em 2009 com a promulgação da Lei sobre Defesa de Direitos e Combate à Estigmatização e Discriminação dos indivíduos afectados,¹² tornando-se mais abrangente do que a Lei 5/2002 dirigida apenas a defesa dos trabalhadores. Entretanto o desafio de reforçar os sistemas para uma aplicação efectiva das leis deve ser equacionado.

Discriminação e estigma

Um outro leque de factores que influenciam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV é a questão da marginalização e estigmatização das populações em maior risco. As populações que estão em maior risco de infecção incluem homens e mulheres reclusos, crianças de rua, trabalhadores de sexo, seus clientes e parceiros, usuários de drogas injectáveis e seus parceiros, parceiros de pessoas que vivem com o HIV (PVH) e homens que fazem sexo com homens{39}.

Alguns destes grupos populacionais têm dificuldades de ter acesso aos cuidados de saúde incluindo a prevenção do HIV, que sejam orientados para responder às suas necessidades específicas, geralmente devido à negação e ao estigma. Ligado à questão de marginalização é o comportamento da comunidade no geral e dos profissionais de saúde, que inibe os indivíduos de acederem aos serviços de saúde, particularmente se forem grupos estigmatizados. Cerca de 61% das mulheres dos 15-49 anos entrevistadas no MICS disseram que queriam manter em segredo a sua seropositividade por medo de discriminação. As barreiras legais podem também dificultar o alcance destes grupos. O estigma do HIV e SIDA significa que as pessoas vivendo com o HIV raramente são tomadas em consideração como utilizadores prioritários dos serviços básicos. Porque o estigma e a discriminação são multifacetados, os programas devem operar a vários níveis (individual, familiar, comunitário, organizacional, institucional, governamental e legal) e devem usar um leque de abordagens destinadas a envolver todos os grupos populacionais que precisam de serviços {43}.

Disparidade de género

A disparidade de género é um dos maiores desafios e uma barreira crítica para o acesso e utilização dos serviços de cuidados e tratamento, em contextos com normas sócio-culturais que reduzem o poder das mulheres para negociar o sexo seguro. Um recente inquérito indica que 55% dos homens e 52% das mulheres não reconhecem o direito das mulheres de recusar sexo aos seus maridos ou namorados {9}. O baixo acesso da rapariga à educação e à informação básica sobre cuidados de saúde agrava a sua vulnerabilidade. As raparigas interrompem os estudos por medo e/ou como resultado de actos de violência e abuso sexual que prevalecem nas escolas, bem como por causa do casamento e gravidez prematuros. O abuso sexual não é encarado no contexto de violação dos direitos humanos da mulher,

¹² Elaborada pela Comissão de Assuntos Sociais, de género e Ambientais da Assembléa da República.

mas sim da ruptura das expectativas, relacionadas com o papel social atribuído à mulher nas relações de género {52}.

Acesso aos serviços

Em Moçambique o acesso aos serviços públicos tem vindo a melhorar apesar de permanecerem importantes disparidades entre os grupos sociais baseadas nos níveis de rendimento, entre diferentes regiões, entre a área rural e urbana. Os resultados da pesquisa sobre a pobreza e vulnerabilidade em Moçambique sugerem melhorias no acesso aos serviços públicos particularmente para a saúde e educação {53}. As disparidades geográficas e de género, no acesso aos cuidados de saúde e ao TARV estão relativamente bem documentadas. Contudo, é necessário também documentar o acesso a outros serviços, como por exemplo de apoio à comunicação social na comunidade e apoio psicológico para as mulheres com vista a melhorar a sua acessibilidade.

Nesta perspectiva o acesso à informação contínua a ser um grande desafio para permitir a todos os indivíduos exercer os seus direitos e se protegerem, utilizando linguagens diferenciadas para as diferentes faixas etárias. As principais fontes de informação para a maioria das pessoas são as autoridades comunitárias, religiosas e membros do governo, e também indivíduos no contexto familiar, vizinhos e amigos. Estes métodos são apropriados considerando o nível de analfabetismo no meio rural {53}. A rádio, em particular as rádios comunitárias, devem ser consideradas como os importantes veículos de comunicação de massas.

Prioridades estratégicas

Ao nível individual-comportamental: Promover a participação informada, activa, livre, inclusiva e significativa pelos afectados pelo HIV no desenho, implementação, monitoria e avaliação dos programas do HIV e SIDA; Produzir e disseminar pesquisa operacional sobre estigma e discriminação; Produzir e disseminar pesquisa sobre percepção de risco individual-comportamental entre as populações em maior risco e vulneráveis; e Reduzir a marginalização e estigma social das populações vulneráveis e em maior risco, garantindo o acesso aos serviços de saúde.

Ao nível sócio-cultural-comunitário: Reduzir as práticas rituais de purificação sexual das viúvas e fortalecer campanhas de sensibilização contra as práticas culturais de risco; Promover as dinâmicas culturais intergeracionais positivas de equidade de género, através da educação de pares para homens e mulheres capitalizando o envolvimento das lideranças comunitárias; Desenvolver acções educativas que promovam maior comunicação entre parceiros, negociação do sexo seguro e redução das práticas sexuais de risco; Promover programas de acção social com a participação da família, da sociedade civil, instituições religiosas e líderes comunitários; Orientar as lideranças comunitárias para a aplicação da lei contra a violência doméstica; Promover conhecimentos, sensibilidades, tolerância em relação ao HIV nas escolas; Orientar as comunidades em aspectos preventivos com abordagens culturais; e Envolver os Praticantes de Medicina Tradicional, Parteiras Tradicionais, Chefes tradicionais responsáveis pelas circuncisões na comunidade, Organizações de mulheres e de jovens em programas de prevenção com abordagem culturalmente aceitáveis e seguras.

Ao nível estrutural: Promover actividades de geração de rendimentos para jovens, mulheres e idosos; Apoiar a intervenção no sector informal e privado como forma de reduzir a vulnerabilidade dos trabalhadores; Aumentar e promover actividades que melhorem a segurança alimentar dos indivíduos e AFs mais vulneráveis; Promover e apoiar iniciativas da sociedade civil e grupos de mulheres para reduzir a vulnerabilidade estrutural; Aplicar critérios de atribuição do atestado de pobreza mais abrangentes e adequados à situação particular das PVHS e suas famílias; Promover a participação dos pontos focais de género na planificação, implementação e monitoria das actividades relacionadas com o HIV nos diferentes sectores; Capacitar os profissionais de saúde para o atendimento das populações em alto risco e vulneráveis; Promover debates entre homens sobre a responsabilidade masculina e sobre a mudança do comportamento dos homens; Assegurar o acesso à educação e a oportunidade para as crianças, jovens e mulheres de completar a sua educação; Aumentar os serviços sociais para encorajar as crianças, jovens e mulheres a procurar assistência e a abandonar a relação violenta (no caso das mulheres); Monitorar a implementação de dispositivos legais que orientam a prevenção e mitigação do impacto do HIV e SIDA ao nível do local de trabalho; Elaborar instrumentos legais para a

protecção contra os casamentos prematuros e abuso sexual de menores; e Apoiar na implementação de políticas sobre o HIV e SIDA como resposta à Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro.

IV.1.4 Matriz de Resultados – Redução de Risco e Vulnerabilidade

Impacto da Componente	Aumentado o número de mulheres e homens vulneráveis ao HIV e SIDA que gozam dos seus direitos humanos e sociais ¹³	
Área	Resultados	Produtos
1.Ambiente geral de risco e vulnerabilidade à infecção pelo HIV	1.1.Reduzidos factores de vulnerabilidade ao nível individual-comportamental	1.1.1. Aumento do número dos alunos de 10 -14 anos que desenvolveram habilidades que permitem identificar, contornar e melhor agir em situações de risco ou contextos de exposição
		1.1.2.Aumento, entre os casos de estigma e discriminação, do número daqueles documentados e enquadrados em respostas positivas legais ou comunitárias
		1.1.3.Aumento do número de estudos sobre o “índice do estigma”{54} sobre as pessoas que vivem com o HIV
		1.1.4. Aumento do número de homens envolvidos na redução da vulnerabilidade comportamental das mulheres
		1.1.5. Aumento do número de relatórios de pesquisa operacional sobre estigma e discriminação implementados
		1.1.6. Aumento do número de relatórios de pesquisa operacional sobre percepção de risco entre as populações vulneráveis e em maior risco
	1.2.Reduzidos factores de vulnerabilidade ao nível sócio-cultural	1.2.1. Aumento do número de praticantes de medicina tradicional, parteiras tradicionais, líderes comunitários e religiosos formados e que implementam abordagens sobre ITS, HIV e SIDA
		1.2.2. Aumento das acções de educação de pares para homens e mulheres de todas as idades e líderes comunitários, nas comunidades que promovam dinâmicas culturais positivas de género e equidade de género
		1.2.3. Aumento do número de líderes que recebem formação e aplicam aplicação a lei contra a violência
		1.2.4. Aumento do número de escolas e professores que recebem formação sobre conhecimentos, sensibilidades, tolerância em relação ao HIV
		1.2.5. Aumento do número de AFs com membros expostos em Programas de formação formal e não formal
		1.2.7. Criadas iguais condições de acesso aos recursos e serviços entre indivíduos vulneráveis e não vulneráveis
		1.2.8. Reduzido o número de casos de violência reportados na polícia e entidades comunitárias
		1.2.9. Aumento do número de casos de violação de direitos solucionados
		1.2.10. Criado e divulgado um canal de comunicação para denúncia de violações de direitos
		1.2.11. Introduzido e implementado um código penal culturalmente aceitável que proíba a purificação da viúva pela via sexual
		1.2.12. Introduzido e implementado o código penal que proíbe a publicação sobre pessoas que tratam ITS, HIV e SIDA sem comprovativos, em qualquer órgão de informação
		1.2.13. Aumento do número de mulheres viúvas que usufruem da reforma legal que reconhece os direitos à propriedade e herança
		1.2.14. Realizados, distribuídos e aplicados os estudos sobre violência doméstica como contribuição para informar as acções de redução do risco e da vulnerabilidade ao HIV

¹³ Para quantificar o resultado do impacto há necessidade de estudos de base que permitam recolher dados estatísticos comparáveis mostrando os progressos nos níveis de escolarização, na percepção de risco, na equidade de género, na protecção da violência sexual, no acesso aos serviços de saúde e na redução do estigma das pessoas que vivem com o HIV e SIDA.

Impacto da Componente	Aumentado o número de mulheres e homens vulneráveis ao HIV e SIDA que gozam dos seus direitos humanos e sociais¹³	
Área	Resultados	Produtos
		1.2.15. Realizados de estudos sobre os direitos das mulheres e crianças, e das pessoas vivendo com HIV como parte dos esforços de registo de evidências
	1.3. Reduzidos factores de vulnerabilidade ao nível estrutural	1.3.1. Aumento da capacidade de intervenção nos sectores privado e informal
		1.3.2. Aumento do número de mulheres empregadas e com fontes de rendimento
		1.3.3. Aumento do número de empresas implementando políticas sobre HIV e SIDA e reduzindo a vulnerabilidade dos trabalhadores
		1.3.4. Reduzido o número de trabalhadores discriminados, estigmatizados em risco de perder o emprego
		1.3.5. Aumento do número de jovens, mulheres e idosos afectados e não que beneficiam de micro créditos ou formas de transferência social
		1.3.6. Aumento da extensão da rede escolar primária para rapazes e para as raparigas e de escolas que ofereceram educação profissional
		1.3.7. Aumento da população migrante e móvel que usufrui de serviços de saúde nas zonas fronteiriças e fora dos seus lugares de residência
		1.3.8. Aumento da disponibilidade de serviços sociais para assistir as crianças, jovens e mulheres em casos de violência sexual
		1.3.9. Aumento do número de pontos focais de género nas actividades relacionadas com o HIV nos diferentes sectores
		1.3.10. Aplicação das leis sobre herança de forma a beneficiar e tutelar em particular as mulheres viúvas e as crianças órfãs

IV.2. Componente de Prevenção

Nesta componente, as intervenções respondem aos principais desafios identificados na análise das iniciativas de prevenção ao HIV implementadas ao longo do período de vigência do PEN II, e são baseadas em orientações que constam da Estratégia de Aceleração da Prevenção (EAP) que estabelece mecanismos para reduzir, de forma progressiva mas sustentada, a incidência (ou seja, o número de novas infecções) do HIV e guia as acções de resposta nos próximos 10 anos {25}. Na componente de prevenção as áreas prioritárias de acção incluem o aconselhamento e testagem em saúde; promoção do uso consistente de preservativos; o fomento de acções voltadas à mudança de comportamento sexual junto dos grupos de alto risco; a detecção precoce e tratamento das infecções de transmissão sexual (ITS); a circuncisão masculina; a prevenção da transmissão vertical (PTV); o acesso ao tratamento e prolongamento de vidas; e a biossegurança.

IV.2.1. Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)

O Aconselhamento e Testagem (AT) é uma componente fundamental para a prevenção do HIV e SIDA visto que é a porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, constituindo a base de rastreio de principais doenças crónicas incluindo o HIV e SIDA e, deste modo, permitindo um melhor encaminhamento do indivíduo para uma vida saudável, para a mudança de comportamento e para o acesso ao tratamento, cuidados e apoio {25}.

Desafios

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; igualmente, há fraca adesão ao teste de HIV, motivada pela superstição, obscurantismo, vergonha e receio face ao resultado e por alguma desinformação. No entanto, 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. Enquanto isso, constata-se falta de clareza no sistema de referência de indivíduos testados na comunidade para a rede sanitária pública; a existência de um perfil multifacetado de conselheiros formados por diferentes organizações, tanto em termos de duração e conteúdos não uniformizados assim como em relação aos critérios da sua admissão; a escassez 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 constituem os principais constrangimentos que cerceiam a provisão adequada e abrangente de serviços de ATS.

Prioridades estratégicas

As prioridades deverão estar voltadas para 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, 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. Dever-se-á potenciar uma estratégia de inclusão de conselheiros não médicos no quadro do Serviço Nacional de Saúde, bem como 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. Não menos importante é a implantação de um Sistema Nacional de Controlo de Qualidade da Testagem, integrado no controlo de qualidade das actividades de laboratório do Serviço Nacional de Saúde, e bem assim 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.

O enquadramento da questão do estigma e medo associado ao HIV mesmo no seio de trabalhadores de saúde e o estabelecimento da confiança dos utilizadores em relação aos serviços de ATS é essencial.

Várias vertentes do ATSC deverão ser encorajadas, incluindo brigadas móveis nas zonas rurais e urbanas e campanhas porta-a-porta pelos activistas.

A padronização dos procedimentos de Aconselhamento e Testagem, especialmente a nível comunitário, em termos curriculares e de qualificação de provedores desses serviços (conselheiros leigos), assim como a uniformização dos mecanismos de supervisão, monitoria e coordenação das iniciativas de AT é fundamental. O fortalecimento da estratégia AT iniciada pelo provedor clínico nas consultas (com destaque para a consulta de criança de risco e sadia) e enfermarias de pediatria, a melhoria do sistema de referência e a garantia de suporte logístico e de controlo de qualidade de testagem, para responder à esperada crescente demanda por testes deverão ser assegurados.

IV.2.2.Preservativos

O uso consistente do preservativo nas relações sexuais é um elemento indispensável na redução das novas infecções, sobretudo em jovens e num contexto em que parceiros múltiplos e concomitantes são um dos factores propulsores da epidemia. O uso de preservativos na última relação sexual é um dos indicativos da mudança comportamental para a prática de sexo seguro.

Desafios

Apesar da distribuição do preservativo masculino ter aumentado, prevalecem fragilidades dos sistemas de sua gestão e de distribuição, sobretudo nas zonas rurais. Enquanto isso, ainda não há evidências de que a utilização dos preservativos distribuídos tenha contribuído para reduzir significativamente os índices de novas infecções. A venda do preservativo tem sido apontada como factor diminuidor do acesso ao mesmo. A despeito disso, dados disponíveis mostram que o uso consistente do preservativo é mais elevado nos parceiros não regulares e que actos sexuais não protegidos são constantes entre os jovens. A auto-avaliação do risco do HIV é fraca e a baixa percepção do risco está relacionada com a não utilização de preservativos {9}. Em Moçambique já foram documentadas tendências de fraco e/ou não uso do preservativo, ligado a questões de discordância entre cônjuges, barreiras culturais e religiosas e a dinâmicas de relações desiguais entre homens e mulheres, sejam eles jovens ou adultos. {9, 63}. Para além disso a experiência de implementação do PEN II revelou pouca divulgação e acesso ao preservativo feminino {47}.

Prioridades Estratégicas

Para responder a estes desafios a estratégia preconiza a melhoria da 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 a distribuição gratuita do preservativo masculino e feminino; o aumento, entre os homens e mulheres sexualmente activos, casais discordantes, envolvidos em redes de parceiros múltiplos e concomitantes, adolescentes, jovens, adultos e idosos, a proporção dos que usam consistentemente o preservativo masculino e feminino através de actividades de comunicação para a mudança comportamental e realização de marketing social para a aceitação do seu uso; produzir materiais de comunicação apropriados ao contexto moçambicano a serem usados nas e pelas famílias e envolver os líderes comunitários, incluindo PMTs, parteiras tradicionais e conselheiros dos ritos de iniciação na sua disseminação. A promoção do uso do preservativo deve estar acompanhadas de iniciativas de comunicação educativa para que homens e mulheres compreendam que o preservativo é um factor de protecção que deve ser usado de forma responsável e com respeito mútuo. Deve-se priorizar corredores de desenvolvimento cobrindo grupos de pessoas de alta mobilidade. Deve-se facilitar existência de evidências de base sobre o uso de preservativo feminino através de oportunidades de pesquisa com vista a identificar e compreender em que condições seria desejável às mulheres o uso do preservativo feminino bem como investigar meios de prevenção alternativos sobre os quais a mulher tenha exclusivo poder de decisão

IV.2.3. Prevenção do HIV em Grupos de Alto Risco

A OMS define populações de elevado risco como sendo aqueles grupos de pessoas que de forma frequente se envolvem em e/ou adoptam comportamentos que conduzem à transmissão ou aquisição

de uma doença (no caso vertente o HIV). Estes comportamentos incluem sexo desprotegido (particularmente sexo anal), sexo com múltiplos parceiros, e o uso dos mesmos objectos perfuro-cortantes e equipamento injectável. Estas populações incluem homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras de sexo e seus clientes e utilizadores de drogas injectáveis e prisioneiros, população deslocada e migrante {66}. Moçambique não possui evidências sobre o perfil destas populações, espera-se que o Inquérito Nacional sobre o SIDA (INSIDA), em curso, disponibilize dados sobre estes grupos no que diz respeito à prevalência de HIV, tamanho dos grupos e nível de exposição ao risco. O Grupo Técnico de Trabalho sobre Pessoas em Maior Risco de Contracção do HIV (MARPs) aquando da priorização de populações em maior risco de HIV a serem incluídos no Inquérito de Vigilância Comportamental (BSS) também incluiu mulheres maiores de 15 anos envolvidos em sexo transaccional, motoristas de longo curso; mineiros e suas esposas/parceiras {67}.

Desafios

As intervenções nestas populações são limitadas pela falta de uma plataforma estratégica de âmbito nacional a elas destinada; pelo fraco alinhamento entre as actividades de prevenção e as categorias populacionais em alto risco; as zonas e as populações com elevada mobilidade são conhecidas mas existem poucas actividades de prevenção que ofereçam serviços adaptados ao HIV para estas populações; poucos recursos destinados a actividades com estas populações (menos de 1% dos gastos totais de prevenção de 2004 a 2006) {9}; existência de intervenções pontuais, sem visão continuada e institucionalizada, com fraco envolvimento das instituições governamentais; falta de definição clara das populações de risco até ao momento, o que 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; pouco acesso à informação e aos serviços de saúde; dificuldade de encaminhamento para aconselhamento, testagem e assistência sanitária e social {39}.

Prioridades Estratégicas

Para fazer face aos desafios há necessidade de melhorar a coordenação entre as instituições de tutela dos Grupos de Alto Risco 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; focalizar maior atenção em actividades de prevenção do HIV específicas relacionadas com as populações em maior risco. As intervenções de resposta, devem promover o aumento do conhecimento do sero-estado, formar PMTs para motivar os seus pacientes a fazerem o teste do HIV e assegurar mais práticas preventivas no seu trabalho, promover a adopção de padrões de uso consistente do preservativo, assim como reduzir o risco de transmissão do HIV em casais sero-discordantes; melhorar a coordenação entre as instituições de tutela das populações de maior risco; desenvolver programas e estratégias de comunicação e promoção da saúde, incluindo a prevenção de ITS e HIV; Em coordenação com os Países vizinhos, estabelecer mecanismos coordenados de controlo, acompanhamento e protecção de populações em maior risco a nível regional e elaborar instrumentos de monitoria e avaliação padronizados para cada grupo, de modo a permitir a tomada de acções futuras com base em evidências, assim como a comparação de resultados entre diferentes áreas geográficas. Nos casos de intervenções dirigidas a pessoas de alta mobilidade e migrante, as actividades deverão tomar em consideração a sua especificidade em relação ao tipo de actividades e os períodos de maior mobilidade em que as intervenções devem ser mais intensas para assegurar o impacto desejado. Contudo, para uma intervenção melhor focalizada nestes grupos, estimativas sobre o universo dessas populações, ou pesquisas sobre como obter esses dados, são necessários para melhor definir metas das intervenções e preparar os seus planos de acção.

IV.2.4. Detecção Precoce e Tratamento das Infecções de Transmissão Sexual (ITS)

As infecções transmitidas sexualmente (ITSs) por ocorrerem através das relações sexuais são mantidas no segredo das intimidades, por se considerar culturalmente embaraçoso lidar com elas. É

assim que frequentemente, as pessoas preferem sofrer no silêncio a procurar cuidados médicos. No entanto, se deixadas sem tratamento, elas podem causar problemas de saúde graves, inclusive dor constante, infertilidade, problemas na gravidez, abortos, cancro e morte. As ITSs também podem ter efeitos prejudiciais nos bebés e nas crianças pequenas, através da transmissão da mãe para o filho. Ainda que muitas pessoas não estejam cientes deste tipo de enfermidades, elas são um tipo de infecção comum, que muitas vezes não deixam sinal nenhum externo.

Desafios

Confrontar situações ou comportamentos que resultam em demora na procura de tratamento pelos doentes com ITS, por desconhecimento e/ou menosprezo dos sinais, sintomas e consequências destas infecções, constitui um desafio a ultrapassar, ao mesmo tempo que se assume urgente confrontar a 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; igualmente, devido a questões culturais, muitas mulheres têm problemas de abordar os parceiros, receando represálias e agressões como resultado da sua fraca capacidade de negociação, o que coloca o desafio de se enfrentar esta realidade através de intervenções que envolvam soluções comunitárias e sustentadas na cultura característica de cada lugar; outra questão de não menos importância está associada à deficiente ligação entre os diferentes serviços nas unidades sanitárias, com consequentes deficiências no registo, notificação, monitoria e avaliação das actividades desta componente.

Prioridades estratégicas

Para responder aos desafios que as infecções oportunistas colocam, será indispensável 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; Expandir e sistematizar as actividades conjuntas com os praticantes de medicina tradicional e parteiras tradicionais e, desenvolver um sistema de monitoria para estas actividades; 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; Dar prioridade aos grupos de alto risco no benefício destes serviços; Melhorar os registos, notificação, monitoria e avaliação das ITS, incluindo os contactos.

IV.2.5. Circuncisão Masculina (CM)

Apesar de informação limitada sobre a contribuição da circuncisão masculina nas taxas de prevalência no país ela tem um efeito protector na infecção pelo HIV, principalmente para homens {8, 9}. Alguns estudos sugerem que a CM pode reduzir a probabilidade de infecção em 60%. Ela pode assegurar uma protecção indirecta de longo prazo para a mulher ao reduzir o risco do homem heterossexual tornar-se infectado. Ao mesmo tempo, há também uma protecção contra outras doenças sexualmente transmissíveis. Embora se reconheça que a circuncisão tem um efeito na prevenção ao HIV, ela deve ser integrada com outras estratégias de prevenção com vista a maximizar os benefícios preventivos {20}.

Desafios

De acordo com dados obtidos no âmbito da elaboração da Estratégia de Acelerada da Prevenção da Infecção a prática da CM é variável ao longo do país. Para além desse factor foram identificados aspectos que fragilizam a sua prática tais como: a pouca colaboração entre os profissionais de saúde e os responsáveis pela realização da circuncisão nas comunidades; a maneira como a circuncisão é feita nos ritos de iniciação (o uso de material não esterilizado); o elevado custo cobrado pelas unidades sanitárias e a insuficiência de RH qualificados no sector da saúde {25}. Como desafio último existe a necessidade de se fazer compreender aos homens e comunidades em geral que a circuncisão masculina é um factor protector que deve ser adoptado de forma responsável, de modo a não contribuir para exacerbar os estereótipos de masculinidade que conduzam os homens a pensar que estão menos propensos à infecção.

Prioridades Estratégicas

Para responder a estes desafios deve-se reforçar o SNS (sobretudo no pessoal qualificado) de modo que responda a potencial aumento da demanda; melhorar as condições da sua prática actual onde ela é feita garantindo as questões de assepsia; facilitar a prática de circuncisão masculina baseada nas unidades sanitárias definindo um plano de implementação e grupo alvo prioritário; formar os líderes comunitários e responsáveis pelos ritos de iniciação em matéria de prevenção do HIV. Embora se reconheça que a circuncisão tem um efeito na prevenção do HIV, ela deve ser integrada com outras estratégias de prevenção como a comunicação efectiva e o uso de preservativo com vista a maximizar os seus benefícios de protecção à infecção, e em intervenções de género que minimizam o risco da mulher ser sujeita a sexo coercivo e não poder negociar sexo seguro. Ao mesmo tempo tal como recomenda a Estratégia de Aceleração da Prevenção há necessidade de se aprofundar a viabilidade e real contributo que esta estratégia poderá dar à resposta ao HIV e SIDA no país, como um elemento adicional aos esforços para a prevenção do HIV e das ITS.

IV.2.6. Prevenção da Transmissão Vertical

A prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho continua a ser uma área temática prioritária na componente de prevenção. O PTV constitui uma das áreas de intervenção que expandiu de forma rápida ao longo da implementação do PEN II.

Desafios

Ainda que haja um reconhecimento da rápida expansão da prevenção da transmissão vertical (PTV) nos últimos anos, os desafios principais estão relacionados com o facto de as crianças continuarem a ser menos beneficiadas por fraca sensibilidade dos familiares e acompanhantes; o ainda insuficiente acesso ao TARV para mulheres grávidas elegíveis na CPN; insuficiente uso de maternidades o que facilitaria contactos com mulheres; a insuficiente cobertura de serviços de PTV; incompleta cobertura de ARVs para crianças e o fraco seguimento das crianças expostas; inconsistente adopção de práticas seguras de aleitamento materno; frágil inclusão da família, parceiros masculinos e outras pessoas decisoras chave na família; controlo insuficiente da qualidade dos dados na área de monitoria e pouca padronização dos indicadores; pouca prática de desenvolvimento de pesquisa operacional e avaliação do programa na área de Saúde Materna e Infantil {39}.

Prioridades Estratégicas

O enfoque estratégico nesta área é assegurar uma provisão adequada e holística de serviços de PTV de qualidade a todas as mulheres em idade reprodutiva e dos seus filhos bem como o seu seguimento a nível familiar e comunitário para reforçar a adesão. Este objectivo vai ser atingido desenhando e implementando 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 e facilitando a integração de temáticas de PTV/TARV/IMAI nos curricula de formação pré-serviço de enfermeiras básicas de SMI para aumentar o acesso com qualidade; reforçar a ligação SNS, famílias e comunidade conhecendo e dialogando sobre as práticas sociais e culturais, incluindo 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; iniciar o TARV nas crianças elegíveis para o tratamento de mães seropositivas; reforçar a integração do PTV com componentes de SSR como planeamento familiar e consulta pós-parto; reforçar o aconselhamento para a alimentação infantil mais segura sobretudo no período pós-parto; definir modalidades de envolvimento do homem, sogras e idosas notáveis, PTs e PMTs, assim como melhorar a coordenação entre os diversos sectores da unidade sanitária para aumentar o acesso ao PTV para a mulher grávida e o seguimento regular da criança exposta na consulta de CCR; revitalizar os processos de supervisão formativa regular, incluindo a actualização dos instrumentos para supervisão, definição das actividades e normas orientadoras para supervisão. A assistência alimentar e nutricional a mulheres em PTV e crianças deverá merecer atenção porque contribui para reforço da adesão ao programa.

IV.2.7. Biossegurança

O sangue não rastreado, seus derivados, a utilização de material cortante contaminado e a ausência de precauções básicas constituem fontes de infecção do HIV em Moçambique. Apenas 36% das unidades de sangue são objecto de rastreio de forma qualitativa. Para além disso acidentes com material de injeção contaminado, exposição a fluidos corporais, insuficiência de equipamento de protecção e não seguimento de precauções básicas constituem factores de risco de exposição no local de trabalho {65}.

Desafios

A análise de progressos alcançados ao longo do PEN II constatou que há ainda necessidade de assegurar a segurança do sangue transfundido nas unidades sanitárias de nível distrital através de disponibilidade de reagentes, adequação de infra-estruturas, disponibilidade de sistemas centralizados de esterilização nos hospitais provinciais, gerais e distritais de equipamento de protecção individual. Para além disso há que fazer face a insuficiência de kit para testagem, colheita e conservação do sangue e seus derivados; pouca implementação das normas de Profilaxia Pós Exposição e fraca notificação e seguimento dos casos de acidentes de exposição ao HIV bem como a ausência de capacidade dos Técnicos de Laboratório em aconselhar dadores de sangue detectados como positivos para o HIV {25}. Foi igualmente constatado que não há disponibilidade de bancos de sangue em todas as unidades sanitárias; que muitas transfusões de sangue de emergência ocorrem fora dos bancos de sangue e que, por vezes, as unidades sanitárias sem bancos de sangue, fazem transfusão de sangue sem a possibilidade de testagem {39}.

Prioridades Estratégicas

As acções estratégicas para fazer face aos constrangimentos estão voltadas para o fornecimento regular do 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; garantir sistemas centralizados de esterilização nos hospitais provinciais, gerais e distritais; expandir a implementação do PPE nas unidades sanitárias e melhorar a notificação e seguimento da PPE; notificar os dadores de sangue de alguma infecção identificada e facilitar as oportunidades aos dadores para aceder ao aconselhamento pré e pós teste, cuidados e tratamento. Adicionalmente, as prioridades devem incluir a capacitação das pessoas que fazem as circuncisões e os PMTs em matéria de assepsia, melhorar a informação e educação nas famílias e comunidade para protecção contra o uso dos objectos cortantes para fins decorativos no corpo ou tratamento.

IV.2.8. Prevenção do HIV no local de trabalho

O HIV e SIDA é uma ameaça ao sector produtivo da economia do país. Tanto no sector público como privado a vulnerabilidade ocupacional ligada a factores como a mobilidade profissional, assédio sexual, o risco ocupacional resultante da falta de condições de segurança e comportamentos de risco concorrem para expor o trabalhador ao HIV {64}. Funcionários públicos de alta mobilidade, motoristas, populações uniformizadas, trabalhadores migrantes (especialmente mineiros), trabalhadores da saúde são susceptíveis de infecção de HIV em função da especificidade da profissão e da vulnerabilidade que a mesma pode acarretar {65}.

Desafios

A resposta do HIV no local de trabalho ainda não está consolidada. No sector público iniciou com a vigência do PEN I e foi catalizada com o PEN II todavia, nem todos sectores integram o HIV e SIDA no ciclo de planificação periódica {64}. No sector privado a resposta iniciou durante o PEN II e embora tenha aumentado o número de empresas com programas de HIV no local de trabalho, o processo de aprovação e aplicação de Políticas de HIV e SIDA ainda constitui aposta pois alguns gestores receiam que se os custos das intervenções forem assumidos pelas empresas (sobretudo as pequenas e médias), estes vão limitar a sua capacidade de gerar lucros {64}.

Prioridades Estratégicas

As prioridades estão alinhadas as opções da Estratégia de Resposta ao HIV e SIDA no Sector Público 2009-2014 e ao Plano Estratégico da EcoSIDA 2005-2010. Para a redução de infecções ambos documentos priorizam programas abrangentes de prevenção e controle dos riscos de infecção ao HIV decorrente do exercício profissional; programas de mudança de comportamento com maior enfoque para redução de parceiros concomitantes; promoção de actividades de aconselhamento e testagem; melhoria da capacidade logística e de distribuição de preservativos no local de trabalho sobretudo para trabalhadores com maior mobilidade profissional e maior envolvimento de trabalhadores infectados na implementação de acções de prevenção.

IV.2.9. Comunicação para a mudança social e de comportamento

Embora seja reconhecida a importância da comunicação para a eficácia da resposta o seu contributo ainda não está no nível desejado. Um levantamento feito em 2004 sobre a capacidade instalada em comunicação para o HIV e SIDA no País constatou que a maior parte das intervenções era fragmentada, os objectivos e públicos alvo não eram claramente definidos e que o nível de coordenação era insuficiente. Para responder à grande fragmentação das actividades de comunicação foi desenhada, em 2005, uma Estratégia Nacional de Comunicação baseada numa metodologia participativa que começou a ser operacionalizada em 2006. {9, 56}.

Desafios

Os principais desafios na área de comunicação dizem respeito ao facto de que as intervenções e mensagens estarem muito centradas no indivíduo enquanto o seu comportamento é determinado por uma cadeia de valores e normas de vida em sociedade. Para além disso, o envolvimento do destinatário da mensagem, das famílias, comunidades e notáveis como PMTs, dos líderes comunitários e dos conselheiros dos ritos de iniciação não atingiu o nível desejado, traduzindo-se na pouca apropriação das mensagens {57-60}. Paralelamente, escasseiam evidências sobre o impacto do trabalho desenvolvido na área de comunicação no país {56}. Em relação ao conteúdo da comunicação é ainda insuficiente a ligação das mensagens preventivas com os conceitos culturais e sociais dominantes nas famílias e comunidades (com divergente entendimento das possíveis causas e tipos de transmissão ou doenças); existe uma divulgação de mensagem educativa sobre transmissão biológica sem que estas mensagens façam a ponte com as noções de contaminação social (violação de tabus) que são muitas vezes confundidas com sintomas de SIDA o que atrasa a testagem, a prevenção e o tratamento e; a não consolidação do uso, nas mensagens preventivas, de uma linguagem culturalmente e contextualmente aceitável nas famílias para falar de sexo, sangue ou morte {61, 62}.

Prioridades Estratégicas

Em termos de abordagem as prioridades devem estar voltadas para a combinação de diferentes meios de comunicação (interpessoal, de massa e de mobilização social); promover uma comunicação que envolva de forma activa e participativa as autoridades tradicionais, os PMT, matronas, e as/os conselheiras/os dos ritos de iniciação femininos e masculinos; envolver PVHS nas actividades de comunicação e estimular um investimento equilibrado entre a comunicação de massa e comunicação participativa localizada. Em termos de conteúdo a comunicação deve abordar os padrões que estão a impulsionar a epidemia do HIV em Moçambique; considerar, de forma integrada, a dimensão individual, familiar e social da mudança de comportamento e das normas sociais; criar ambientes favoráveis que permitam um diálogo familiar franco e aberto sobre o HIV e SIDA entre homens e mulheres, entre as gerações e entre os diversos intervenientes culturais; implementar iniciativas geradas genuinamente pelas comunidades; envolver os líderes políticos, comunitários e religiosos como modelos positivos nas campanhas; incentivar estudos sobre as dinâmicas de género nas abordagens de comunicação para a prevenção; fortalecer as unidades móveis de multimédia; 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.

IV.2.10 Matriz de Resultados – Prevenção

Impacto da Componente	Reduzida a prevalência do HIV em mulheres grávidas de 15-24 anos em 25%, passando de 11.3% em 2007 para 8.5% em 2014"	
Área	Resultados	Produtos
1. Aconselhamento e Testagem em Saúde	1.1. Aumenta a proporção de mulheres e homens que conhecem o seu estado serológico de HIV	1.1.1. Aumenta o número de mulheres e homens aconselhados e testados em cada um dos tipos de ATS: ATIU, ATIP e ATSC)
		1.1.2. Aumenta a proporção de US possuem espaço para actividades ATIU e apoio psicossocial
2. preservativos	2.1. Aumentam os índices de uso consistente do preservativo feminino e masculino	2.1.1. Aumento da % de homens e % de mulheres maiores de 15 anos de idade que reportaram o uso de preservativos (masculino e femininos) na sua última relação sexual com parceiros não regular
		2.1.2. Aumento da % de jovens menores de 15 anos que reportam uso do preservativo na primeira relação sexual
		2.1.3. Aumento da disponibilidade do preservativo feminino
		2.1.4. Criada capacidade técnica e logística para responder à crescente procura de preservativos, incluindo a procura de preservativos femininos por organizações femininas e pelas mulheres
3. Grupos de Alto Risco	3.1. Aumento da proporção de trabalhadora/es de sexo que usam de forma consistente o preservativo	3.1.1. Disponíveis programas de prevenção específicos a trabalhadores de sexo e seus clientes;
	3.2. Aumentam clientes de trabalhadora/es de sexo usam de forma consistente o preservativo	3.2.1. Clientes de trabalhadoras de sexo cobertos por programas de mudança de comportamento individual através educadores de pares
		3.2.2. Trabalhadores/as de sexo cobertos de programas de habilidade para comunicação e negociação de sexo seguro
	3.3. Aumentam populações de alto risco que conhecem seu estado	3.3.1. Aumento da % de homens e % de mulheres maiores de 15 anos que já fizeram teste do HIV e conhecem seu estado particularmente entre populações em alto risco (trabalhadora/es de sexo, homens que fazem sexo com outros homens, camionistas, mineiros, trabalhadores sazonais, e outros)
		3.3.2. População dos grupos de alto risco fazem teste, recebem resultados e conhece seu resultado (Desagregado por grupo de risco e sexo)
		3.3.3. Aumento da % de doentes que fazem teste de HIV transferidos por praticantes da medicina tradicional
	3.4. Aumento da proporção de homens que usam preservativo em relações sexuais com outro homem	3.4.1. Homens que fazem sexo com outros homens são cobertos por programas de prevenção ajustados às suas necessidades
		3.4.2. Realizado um estudo de base sobre dinâmicas de funcionamento de redes sexuais que envolvem homens que fazem sexo com outros homens, e o seguimento após 5 anos
4. Detecção Precoce e Tratamento das ITS	4.1. Melhoria do registo e notificação das ITS	4.1.1. Melhorar a coordenação a todos os níveis entre o MISAU, MINED e MJD para o aumento da detecção precoce e tratamento das ITS nos jovens e adolescentes
		4.1.2. Melhorar os registos, notificação e avaliação das ITS, incluindo os contactos
	4.2. Intensificação de sessões de sensibilização comunitária sobre a detecção precoce e tratamento de ITS	4.2.1. Integração das actividades de comunicação para ITS na Estratégia de Comunicação para HIV
		4.2.2. Expandir e sistematizar actividades conjuntas com praticantes de Medicina Tradicional e Parteiras Tradicionais

Impacto da Componente	Reduzida a prevalência do HIV em mulheres grávidas de 15-24 anos em 25%, passando de 11.3% em 2007 para 8.5% em 2014"	
Área	Resultados	Produtos
5. Circuncisão Masculina	5.1. Aumento dos índices de circuncisão masculina	4.2.3. Aumentar atendimento e disponibilidade de atendimento para diagnóstico e tratamento de ITS aos Grupos de Alto Risco
		5.1.1. Melhoradas as condições de higiene e prevenção do HIV nas zonas onde a circuncisão é praticada como parte dos ritos de iniciação nas comunidades
		5.1.2. Aumento do número de homens e número de mulheres que optam pela circuncisão masculina para os seus filhos
	5.1.3. Aumenta a proporção de homens maiores de 15 anos circuncidados	
	5.2. Aumento de Recém nascidos circuncidados pelos profissionais de saúde	5.2.1. Unidades Sanitárias capazes de realizar circuncisão masculina segura
		5.2.3. Aumento do número de profissionais de saúde formados e que realizam a circuncisão seguindo padrões de boas práticas
5.3. Homens circuncidados continuam usando preservativo nas suas relações sexuais	5.3.1. Aumento da proporção de homens cobertos por programas de comunicação no âmbito da circuncisão masculina	
6. Prevenção da Transmissão Vertical	6.1. Reduzida a Incidência do HIV em menores de 2 anos	4.1.1. Todas USs com serviços de SMI oferecem PTV
		4.1.2. Aumento da proporção de mulheres aconselhadas e testadas em HIV nos cuidados pré-natais
		4.1.3. Aumento da proporção de mulheres grávidas HIV positivo que recebem profilaxia com ARV e as elegíveis para o tratamento recebendo o TARV
		4.1.4. Aumento de mulheres HIV positivo sexualmente activas que usam contraceptivos de forma consistente
		4.1.5. Aumenta o número de crianças de mães seropositivas com acesso ao diagnóstico precoce e/ou teste do HIV aos 9-18 meses
		4.1.6. Aumenta o número de crianças nascidas de mães seropositivas que recebem profilaxia com cotrimoxazole desde 4-6 semanas de vida
		4.1.7. Aumento do número de mulheres beneficiárias de TARV após o parto
	4.2. Aumentam as mulheres que adoptam práticas seguras de aleitamento materno	4.2.1. Famílias e comunidades expostas a programas de aconselhamento e suporte para melhoria da nutrição e alimentação para a criança recém-nascida
	4.3. Aumentam as mulheres que adoptam práticas seguras de aleitamento materno	4.3.1. Aumento da % de mulheres desnutridas em PTV que recebem assistência alimentar e nutricional
		4.3.2. Aumento da % de crianças expostas que recebem assistência alimentar e nutricional durante os primeiros 2 anos
7. Biossegurança	6.1. Reduzida a transmissão do HIV nas unidades sanitárias através de fluidos corporais e equipamento médico contaminado	6.1.1. Aumento de Unidades sanitárias com bancos de sangue
		6.1.2. Trabalhadores de saúde praticam as precauções básicas e utilizam equipamento de protecção individual
		6.1.3. USs apetrechadas com equipamento de protecção individual e auto claves para esterilização de equipamento médico-cirúrgico
		6.1.4. Aumento do # de USs que implementam PPE nas US
8. Prevenção do HIV no local de trabalho	5.1. Instituições públicas e empresas privadas integram o HIV nos seus planos anuais e de negócios e implementam a resposta ao HIV de forma coordenada	5.1.1. Aumento da proporção dos funcionários do sector público e trabalhadores do sector privado que acedem a serviços de prevenção ao HIV de qualidade através de programas de HIV e SIDA no local de trabalho
		5.1.2. Aumento do número de pequenas e médias empresas que implementam, com seus recursos, programas compreensivos de HIV e SIDA no local de trabalho.

Impacto da Componente	Reduzida a prevalência do HIV em mulheres grávidas de 15-24 anos em 25%, passando de 11.3% em 2007 para 8.5% em 2014"
------------------------------	--

Área	Resultados	Produtos
9. Comunicação	9.1.Reduzida a proporção de raparigas e rapazes que adoptam comportamentos sexuais de risco	9.1.1.Redução da proporção de jovens dos 15-24 anos que tiveram relações sexuais com um homem 10 ou mais anos mais velho
		9.1.2.Redução da proporção de rapazes e raparigas que inicia a actividade sexual com menos de 15 anos de idade
	9.2.Reduzida a proporção de homens e mulheres envolvidas com Parceiros Múltiplos	9.2.Reduzida a proporção de homens e mulheres envolvidas com Parceiros Múltiplos
		9.2.3.Estimulada a participação activa de pessoas seropositivos em actividades de comunicação para a mudança de comportamento

IV.3. Componente de Tratamento e Cuidados

As intervenções estratégicas congregadas na Componente de Tratamento e Cuidados assentam sob cinco áreas de provisão de serviços, mutuamente interligados, incluindo: A provisão de serviços de continuidade de cuidados tanto para os doentes HIV positivo ainda não elegíveis para o TARV assim como para aqueles que iniciam o TARV e garantir que sejam complacentes às medidas prescritas; A melhoria do rastreio de TB em doentes HIV positivo e vice-versa e a instituição de medidas de tratamento profilático para casos de exposição ao risco; bem como, a garantia do apoio nutricional, psicossocial e cuidados domiciliários para os doentes elegíveis que precisam de tal apoio.

IV.3.1. Seguimento Pré-TARV e TARV

Um dos determinantes para a qualidade do TARV é a necessidade do seguimento dos pacientes antes de iniciar o próprio TARV. Os serviços pré-TARV incluem, entre outros, o rastreio de Infecções Oportunistas (IO), profilaxia e tratamento de IO, determinação dos níveis de CD4, educação nutricional, preparação para o TARV e acções preventivas para evitar a re-infecção ou disseminação do HIV, aconselhamento e suporte psicossocial.

A estratégia da expansão do TARV em vigor em Moçambique está orientada, fundamentalmente, para a descentralização dos serviços para as zonas periféricas, e para a integração das diferentes componentes do HIV e SIDA tanto no domínio da prevenção como da assistência ao paciente com HIV e SIDA. Esta medida contribui para a redução do estigma e paralelamente promove uma reorganização dos serviços e uma optimização no uso dos recursos tanto os humanos como os físicos e materiais, o que, por sua vez abre possibilidades para a melhoria global no desempenho do Sistema de Saúde {28}.

Desafios

Os programas pré-TARV e TARV vivem importantes desafios operacionais, entre o aprimoramento da qualidade de tratamento e a contínua expansão do serviço prestado. Outros factores socioeconómicos e estruturais influenciam nos parâmetros nutricionais que muitas vezes não são rastreados, o que afecta a qualidade do TARV. A entrada em estado avançado de doença no programa TARV, tem contribuído para a elevada mortalidade precoce e para o surgimento da resistência aos antiretrovirais.

A OMS lançou novas normas de TARV pediátrico que foram adoptadas pelo MISAU e que implicam que o sistema de saúde delas se aproprie considerando o dilema entre condições actuais da rede de infra-estruturas, materiais, pessoal qualificado e a necessidade de expansão para zonas de difícil alcance no país. Os mesmos desafios aplicam-se em relação ao TARV em adultos, pois existem actualmente novas normas autorizadas em 2009. O desafio é como expandir a provisão do TARV de qualidade para crianças e adultos tomando em conta as mudanças no pessoal técnico disponível, a necessidade de garantir aos provedores de saúde uma formação adequada para abordagem integrada para as doenças da infância (AIDI) e para adolescentes e adultos (AIDAA), a transferência de responsabilidade de manejo em pessoal técnico com nível académico mais baixo e o prolongamento do horário de atendimento.

Como parte integrante das prioridades recomendadas pela OMS destaca-se o rastreio do estado nutricional para todas as pessoas PVHS assim como assegurar o consumo de macro- e micro-nutrientes, pois a coexistência de HIV e de desnutrição agrava rapidamente a situação do doente. Assim, um dos desafios será o de garantir o rastreio, aconselhamento e suporte nutricional para as PVHS em TARV elegíveis¹⁴.

Ao longo do tempo, dado o carácter crónico do SIDA, o aumento do número de pessoas incorporadas no tratamento será inevitável, e com isso será cada vez maior o número de casos complicados de gerir a esses níveis, – por desistência, por fraca adesão e os próprios efeitos colaterais e/ou por falência

¹⁴ Um estudo realizado em 33 distritos envolvendo 922 pessoas em TARV, encontrou que 25% tinham um Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo do normal (inferior a 18,5 kg/m²) e 2/3 dos entrevistados estavam em vulnerabilidade e insegurança alimentar {68}.

terapêutica – o que poderá abrir mais espaço para falhas. Além disso, existe um reconhecimento de que o sucesso e recuperação rápida das PVHS passam pela provisão de um suporte nutricional adequado. Entretanto, o nível de coordenação entre organizações da sociedade civil e as autoridades governamentais que podem contribuir nesta última componente, ainda é bastante fraco.

Prioridades estratégicas

Sem sacrificar a qualidade de tratamento e cuidados, intensificar o processo de transferência de tarefas de manejo do TARV para o pessoal técnico de nível académico inferior como um dos meios de expansão além sede distrital, assim como integrar o manejo do ATS e TARV na instrução pré-profissional, formação em serviço para todo pessoal técnico alvo. O manejo do TARV no contexto de abordagem integrada para as doenças da infância (AIDI) e para adolescentes e adultos (AIDAA) deve ser reforçado.

Continuar a assegurar a implementação de um pacote pediátrico integral, que inclui um forte apoio psicossocial à criança, apoio aos pais e pessoal de suporte e acima de tudo sensibilizar para a adesão ao TARV e cuidados. Nos casos em que tal não seja possível, seguir o modelo do pacote mínimo pediátrico {69} como base para a expansão em centros de saúde. A identificação da criança HIV positiva deve ser estendida para além da própria mãe e incluir outros encarregados de cuidados como pessoas idosas.

O reforço da coordenação entre os provedores de saúde e os actores da sociedade civil na promoção de adesão ao tratamento, na divulgação sobre a pertinência e vantagens dos serviços pré-TARV e TARV, na apreciação conjunta da qualidade do atendimento e na busca activa das PVHS em TARV ou em tratamento de IO não complacentes deve ser assegurado. O sistema de busca deve incluir, sobretudo, pacientes faltosos às consultas IO/pré-TARV e às consultas TARV. Visitas de apoio para pacientes que tiveram risco de má adesão, detectados durante o aconselhamento ou outra consulta médica são igualmente importantes. Estas estratégias devem maximamente envolver as PVHS para que elas possam criar mudanças sociais a nível individual e social. Uma vez que muitos doentes procuram os serviços da medicina tradicional, torna-se imperioso entender melhor os mecanismos de referência de doentes entre a medicina tradicional e convencional.

Existe igualmente a necessidade de continuar com a capacitação do pessoal de saúde no domínio e aplicação dos parâmetros antropométricos de rastreio de PVHS com desnutrição. O aconselhamento nutricional, o apoio alimentar e nutricional para as pessoas elegíveis e monitorização do seu impacto e custo-efectividade são vitais para a qualidade de tratamento. Programas integrais de sensibilização às PVHS sobre bons hábitos alimentares com base em produtos acessíveis devem ser parte integrante das acções de aconselhamento e apoio psicossocial.

IV.3.2. Co-Infecção HIV-Tuberculose

A Tuberculose (TB) constitui um sério problema de Saúde Pública em Moçambique e a sua associação com a epidemia do HIV e SIDA é um dos maiores desafios na luta contra esta doença. Em regiões onde o flagelo TB/HIV é mais frequente (Centro e Sul), a TB é vista como sendo causada pela não observância de regras tradicionais, o que faz com que muitas pessoas se desloquem primeiro aos praticantes de medicina tradicional em busca de tratamento, facto que pode contribuir para o atraso na procura de serviços de saúde e aumento da disseminação dos casos {70}.

Desafios

O maior desafio do sistema de saúde é o despiste atempado de TB a todos os doentes com HIV e do HIV a todos doentes com TB e o conseqüente manejo imediato e adequado de casos co-infecção TB/HIV. Até ao momento, o Programa de TB carece de uma maior integração nos serviços gerais de saúde e os mecanismos para a sua integração efectiva, tal como acontece com o HIV precisam de ser melhor definidos. A intensificação do despiste de casos TB, provisão de TPI e medidas de controlo de infecção de TB pelo programa de HIV continuam ainda muito fracos e precisam ser reforçados.

A alta ocorrência de TB entre as pessoas HIV positivo que complica o manuseio dos casos, além do advento de mais casos de TB multi-resistente, vem aumentar a complexidade nos esforços de profilaxia e de tratamento existentes. Ultimamente, vários provedores clínicos têm sido acometidos

pelo flagelo TB/HIV, pelo que a garantia de despiste regular deste grupo alvo constitui um desafio. Por último, mas não menos importante, persiste o fraco envolvimento dos praticantes de medicina tradicional nas actividades de despiste e referência de TB.

Prioridades estratégicas

Da mesma forma que os serviços de HIV são integrados na estrutura básica dos CSP, os serviços de TB devem seguir passos similares. A colaboração entre os programas de TB e HIV tem de ser fortalecida em todos níveis de atenção. Ao mesmo tempo em que se investe no incremento dos mecanismos de rastreio sistemático de TB em todos os doentes HIV positivo e massifica-se as estratégias TPC, o programa de HIV deve massificar despiste de TB e instituir estratégia TPI em grande escala.

Há necessidade de se estabelecer uma abordagem de “paragem única” para doentes em tratamento TB e TARV¹⁵ e conferir prioridade aos doentes TB/HIV que façam o tratamento na enfermaria de TB. O desenvolvimento de intervenções comunitárias e extensíveis à família deverá ser estimulado com vista a assegurar a melhoria na capacidade de busca de casos ao domicílio incluindo a identificação dos doentes não aderentes.

Igualmente, é imperioso sensibilizar os provedores de saúde como grupos de alto risco a efectuarem testes periódicos para ambos TB e HIV, como mecanismos para o despiste precoce. Urge também capacitar os praticantes da medicina tradicional em matéria de diagnóstico, sensibilização para o envio atempado dos doentes com TB às Unidades Sanitárias e seu envolvimento na estratégia de toma sob observação directa comunitário que contribuirá para apoiar na adesão dos doentes ao tratamento.

IV.3.3. Cuidados Domiciliários e de Suporte

Até ao momento, os serviços de cuidados domiciliários¹⁶ e de suporte têm sido feitos de forma não sistemática, sobretudo respondendo aos esforços baseados em oportunidade e necessidades. As necessidades para cuidados domiciliários são muito vastas e evoluem rapidamente ao longo do tempo. Com a expansão considerável do TARV, os provedores de cuidados domiciliários têm de incrementar as iniciativas de suporte para a prevenção e aconselhamento sobre o HIV e SIDA, adesão aos medicamentos e um sistema de referência, para além dos meros cuidados paliativos e visitas de apoio psicossocial e psico-espiritual habituais.

A política do Ministério da Saúde preconiza que os cuidados domiciliários devem ser oferecidos como parte de um contínuo de cuidados a fim de melhorar a qualidade e prolongar a vida das pessoas com doenças crónicas por meio de iniciativas comunitárias. Os serviços essenciais de cuidados domiciliários definidos em Moçambique {73} incluem: cuidados clínicos (adesão ao tratamento, referência à US, avaliação e possível manejo de IOs, avaliação nutricional e seguimento clínico); provisão de serviços preventivos e promotivos; cuidados psicológicos; cuidados espirituais e; e provisão de serviços sociais incluindo referência para apoio legal, social e alimentar.

Desafios

O papel da comunidade organizada é notavelmente destacado para o sucesso de cuidados aos pacientes com enfermidades crónicas incluindo as suas famílias {74}. Contudo, o desafio reside no estabelecimento de mecanismos padrões de transferência deste saber das instituições oficiais (Ministério da Saúde, Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social e parceiros de implementação e coordenação) para as comunidades. Para além deste desafio destacam-se os seguintes: (i) exiguidade de pessoal focal capacitado em todas as DPS e SDSMAS; (ii) falta de operacionalização das directrizes de como os intervenientes chave devem actuar, como interagir com

¹⁵ Um mecanismo pelo qual doentes TB/HIV em tratamento são atendidos no mesmo local e pelo mesmo profissional para permitir uma melhor sincronização de ambos tratamentos e fazer ajustes atempados das eventuais interacções e efeitos colaterais e uma monitorização mais íntima.

¹⁶ Os cuidados são aqui definidos como o atendimento prestado em casa às PVHS e com outras doenças crónicas e suas famílias {71, 72}.

os serviços públicos, até que nível de cuidados podem ser oferecidos na comunidade e como efectuar a referência para a rede pública; (iii) em Moçambique várias organizações têm estado envolvidas na provisão de cuidados no contexto do HIV e SIDA e outras doenças crónicas, facto que concorre para dificuldades de coordenação e harmonização das suas actividades; (iv) fraca supervisão e monitorização das ONGs e seus activistas envolvidos nos cuidados domiciliários; (v) grande dependência dos parceiros nacionais e internacionais na provisão de cuidados pelas organizações da sociedade civil e sem mecanismos de sustentabilidade claros; e (vi) o fraco envolvimento de homens no trabalho voluntário não remunerado.

Prioridades estratégicas

Tendo em conta a complexidade de cuidados domiciliários e de suporte, o governo, parceiros e a sociedade civil deverão centrar suas acções nos seguintes aspectos: (i) Desenvolver e executar a política de cuidados domiciliários que estabelece as regras, áreas de acção das ONGs e OBCs, tomando como base prioritária os locais onde a rede sanitária pública não cobre; (ii) Estabelecer mecanismos de credenciar as ONGs e OBCs que promovem cuidados domiciliários; (iii) Em linha com a política dos cuidados domiciliários, elaborar um currículo de capacitação das ONGs e OBCs em cuidados domiciliários onde constem os padrões de competência e de proficiência do activista ou voluntário que presta cuidados na comunidade; (iv) Garantir que os manuais de formação já produzidos sejam usados por todos os intervenientes; (v) Dotar as DPS e SDSMAS de pessoal capacitado em cuidados domiciliários e de suporte que irão constituir o elo chave para normalizar as acções e monitorizar o processo dos cuidados domiciliários e de suporte feitos pela comunidade organizada; (vi) Garantir um maior envolvimento dos homens nas actividades ligadas e associadas aos cuidados domiciliários, num quadro de diálogo que promova a análise dos papéis sociais e de género; (vii) Sensibilizar os parceiros das ONGs e OBCs a capacitar famílias com doentes crónicos de modo a que estas estabeleçam mecanismos de geração de rendimento; (viii) Operacionalizar mecanismos de referência para os diferentes serviços adequados à situação do doente e/ou família (como serviços de saúde, serviços sociais, programas de apoio alimentar e nutricional, assistência e acesso a serviços legais, programas de prevenção positiva, programas de planeamento familiar e outros); (ix) Capacitar as ONGs e OBCs na matéria de transferência de habilidades para membros das famílias com paciente crónico de modo a que os próprios possam garantir: cuidados de enfermagem, higiene, vida positiva, alimentação/nutrição, apoio emocional, prevenção da infecção, encaminhamento e ligação em rede. As acções de capacitação das organizações da sociedade civil devem também incluir estratégias de sensibilização para o incremento da adesão ao tratamento, em particular o TARV; (x) Definir, uniformizar e prover kits para os cuidados domiciliários incluindo equipamento de protecção, aos provedores de serviços de assistência do HIV e SIDA; e (xi) Conduzir investigações operacionais que ajudem a melhor documentar os benefícios dos CDs.

IV.3.4. Matriz de Resultados – Tratamento e Cuidados

Impacto da componente	Mortalidade por SIDA contida em 5% ¹⁷ no ano de 2014 em comparação com o que aconteceria sem as intervenções adicionais propostas neste plano {10}	
Área	Resultado	Produtos
1. Seguimento Pré-TARV e Manejo de IO	1.2. Mais PVHS são acompanhadas nos serviços de saúde antes de iniciarem o TARV	1.1.1. Aumenta o número de doentes HIV+ que são seguidos nas USs 1.1.2. Aumenta a proporção de mulheres e homens HIV + não em TARV acompanhados nos serviços de saúde que fizeram o tratamento com cotrimoxazol.
2. TARV	2.1. Aumento de crianças e adultos HIV + em TARV	2.1.1. Aumenta a proporção de crianças elegíveis que iniciam e aderem a terapia combinada de anti-retrovirais 2.1.2. Aumenta a proporção de adultos elegíveis que recebem a terapia combinada de anti-retrovirais 2.1.3. Aumenta o número de US que oferecem o TARV 2.1.4. Aumenta a proporção de US com sistemas de controlo de qualidade activos
	3.1. Aumenta a adesão ao tratamento	2.2.1. Aumenta a proporção de doentes em TARV que tiveram uma avaliação de adesão nos últimos 12 meses
	4.1. Aumenta o número de doentes desnutridos que melhoram seu estado nutricional	2.3.1. Aumenta o número de doentes (adultos e crianças) que iniciam TARV que tem seu estado nutricional avaliado (a partir do ano 2010) 3.3.2. Aumenta a proporção de crianças, mulheres e homens HIV+ em TARV com desnutrição que recebem apoio alimentar/nutricional
3. Co-Infecção HIV-Tuberculose	5.1. Aumenta tratamento com sucesso em PVHS com co-infecção tuberculosa	3.1.1. Aumenta a proporção de mulheres e homens com TB aconselhados e testados para HIV 3.1.2. Aumenta a proporção de doentes HIV+ que fizeram rastreio de TB na última consulta 3.1.3. Aumenta a proporção de indivíduos HIV+ que beneficiam de profilaxia com isoniazida 3.1.4. Aumenta a proporção de pacientes TB/HIV que iniciam o TARV e tuberculostático
4. Cuidados Domiciliários e Suporte	4.1. Aumenta o número de indivíduos que beneficiam de cuidados de suporte e cuidados domiciliários por iniciativa das próprias comunidades	4.1.1. Aumenta o número de mulheres e homens (incluindo crianças) HIV+ que recebem CD

¹⁷ Esta redução de 5% implica que cerca de 23.000 óbitos devido a SIDA serão evitados, em comparação com o que aconteceria sem as intervenções adicionais propostas no PEN III. Porém, este resultado deve ser interpretado com cautela pois baseia-se em projecções matemáticas (Spectrum).

IV.4. Componente de Mitigação do Impacto

No âmbito da implementação do PEN III, a mitigação dos efeitos da SIDA está voltada para a redução das consequências a nível das PVHS, Agregados Familiares (AFs), Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs), comunidades e instituições, através de iniciativas que visam: garantir o apoio em cuidados básicos a crianças órfãs e vulneráveis (educação e habilidades para a vida, saúde, alimentação, apoio financeiro e psicossocial); garantir a segurança alimentar e nutricional e reforçar a capacidade de geração de renda das famílias; assegurar a protecção dos direitos de PVHS e de outros grupos vulneráveis como mulheres, idosos e pessoas com deficiência infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA; e construir bases de evidência na área de mitigação para informar o processo de desenvolvimento de políticas e programas.

IV.4.1. Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis

No atendimento às crianças órfãs, o Governo tem priorizado a integração sócio familiar daquelas que são desamparadas. O Plano Estratégico Nacional de Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (PACOV) {33} identifica 13 categorias¹⁸ de vulnerabilidade, sendo suficiente uma delas para se considerar uma criança vulnerável. O MMAS desempenhará o seu papel de definir e coordenar a implementação de políticas para COVs neste contexto mais amplo, em coordenação com outros sectores sociais, enquanto que o CNCS, através do PEN III, na componente de mitigação se concentrará em COVs no sentido restrito: crianças órfãs, infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA.

Moçambique reconhece a necessidade de providenciar apoio e assistência às COVs em serviços básicos¹⁹ tendo desenhado o PACOV (2006-2010){33} o qual define um conjunto de estratégias e acções prioritárias, coordenadas pelo MMAS, visando oferecer uma resposta multi-sectorial às COVs no âmbito do HIV e SIDA. Os objectivos do PACOV incluem (i) criar um ambiente de protecção conducente à redução do impacto do HIV e SIDA nas COVs e (ii) reforçar as capacidades das famílias e comunidades de encontrarem soluções locais para a protecção e atendimento de COVs. Os dados de Impacto Demográfico do HIV e SIDA {10}, refere a existência de no País de 453 mil crianças órfãs devido ao SIDA em 2009. A cobertura de assistência às COVs, apesar do seu crescimento, em 2008 beneficiou só 28% das crianças que precisavam de apoio {75}.

Com a morte de tutores doentes de SIDA, as crianças passam a assumir maiores responsabilidades familiares, papel que era, tradicionalmente, desempenhado por redes familiares alargadas. Além de crianças, os avós são obrigados, muitas vezes, a lidar com os problemas dos seus netos. Neste contexto, as COVs abandonam a escola porque têm de ajudar no trabalho caseiro e agrícola, sendo as meninas as primeiras vítimas. Muitos órfãos são sujeitos a trabalhar em situações de exploração, a serem estigmatizados, sujeitos à violência, abuso e negligência ou forçados a viverem nas ruas. O limitado apoio psicossocial, o abuso nas famílias adoptivas e vizinhos, as dificuldades de acesso aos serviços básicos requerem uma intervenção directa por parte das instituições governamentais e seus parceiros para reforçar as capacidades das famílias e comunidades, com vista a garantir às COVs a protecção e os devidos cuidados.

Desafios

Embora os países com maior prevalência possuam estratégias de apoio às COVs, os programas nacionais são poucos e abarcam uma minoria dessas crianças {43}. O desafio em Moçambique é prestar cada vez mais apoio em serviços básicos aos cerca de 80% das COVs (82% da zona urbana e 76% da zona rural) que ainda não recebem nenhum tipo de apoio.

¹⁸ As 13 categorias de vulnerabilidade enquadram-se numa das seguintes condições: afectadas ou infectadas pelo HIV; em agregados chefiados por crianças, jovens, mulheres ou idosos; em AF nos quais um adulto se encontra cronicamente doente; crianças da e na rua; em instituições (ex: orfanatos e prisões); em conflito com a lei (ex: crianças procuradas pela justiça por prática de crimes); portadoras de deficiência; vítimas de violência; vítimas de abuso e exploração sexual; vítimas de tráfico; vítimas das piores formas de trabalho; casadas antes da idade legal; refugiadas e deslocadas {33}.

¹⁹ O PACOV desagregou os serviços básicos em 6 categorias: educação, saúde, apoios financeiro, nutricional, psicossocial e legal.

Nos últimos tempos, tem-se encorajado o estabelecimento e fortalecimento de organizações comunitárias de base na prestação de cuidados domiciliários e apoio a famílias vulneráveis, reconhecendo o papel do idoso e concretizando acções {76} para ajudar a pessoa idosa na prestação de cuidados às PVHS e à crianças. Entretanto a pobreza limita significativamente a capacidade das famílias de enfrentarem os efeitos do HIV e SIDA {77} e sobretudo de proteger as crianças.

Prioridades estratégicas no apoio e protecção às COVs

Com vista a reverter os cenários de sofrimento das COVs é prioritário garantir que elas acedam a todo o apoio necessário, através da integração efectiva em redes familiares e comunitárias estimulando a adopção de crianças e o protagonismo comunitário, com vista a garantir a sustentabilidade a longo prazo. Nesta perspectiva deve ser reconhecido o papel da mulher e do idoso na prestação de cuidados às COVs e agilizar o processo de adopção de crianças. As acções estratégicas a serem implementadas visam garantir o acesso aos serviços básicos: alimentação e nutrição; educação formal e dotação de habilidades para a vida; saúde; serviços psicossociais; financeiros e protecção legal. Sempre que possível, é essencial a participação activa das crianças no desenho dos programas, na definição de metas, modalidades de implementação e avaliação dos mesmos.

IV.4.2. Segurança alimentar e nutricional

A interacção entre a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o HIV e SIDA é evidente e, o seu enquadramento estratégico constitui um elemento chave na resposta ao HIV e SIDA.

A desnutrição crónica reduz a capacidade produtiva em 2-3% do PIB por ano. O relatório (2004-2009) sobre a situação de Insegurança Alimentar (InSAN) em Moçambique refere que o número das pessoas afectadas pela InSAN passou de 202.000 para 801.654 ao longo do período considerado. Apesar dos esforços do Governo e parceiros, os dados indicam uma situação ainda grave, onde as adversidades climáticas têm um grande peso: O pico de 2005, por exemplo, deveu-se essencialmente à ocorrência de uma seca severa {81}. Segundo o MICS 2008, a percentagem de crianças com subnutrição crónica é de 44% {2}. Importa notar que estes dados são gerais e não exclusivamente referentes a PVHS. Os dados sobre nutrição nos anos de 2006 a 2008 mostram que a taxa de Baixo Peso à Nascimento (BPN) aumentou (10,1 em 2006, 10,2 em 2007 e 10,4 em 2008), embora de forma ligeira, mantendo-se, todavia, sempre acima de 7%, limite considerado aceitável. As taxas de Crescimento Insuficiente, ao contrário, reduziram de forma significativa (5,4% em 2006 para 4,3% em 2007 e 3,6% em 2008). A situação nutricional resulta ainda mais crítica quando se trata de PVHS, seus dependentes e COVs.

Para procurar responder às adversidades impostas pela InSAN, o Governo criou o Secretariado Executivo específico (SETSAN)²⁰ e aprovou a Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição (ESAN) {81}. Um dos objectivos, em relação à InSAN é minimizar o impacto negativo do HIV/SIDA no sistema produtivo, segurança alimentar e na vida das pessoas e comunidades.

Desafios

Existe um elevado reconhecimento da importância da alimentação e nutrição no contexto do HIV/SIDA. Contudo existem ainda alguns desafios para a implementação, que incluem: (i) o conceito das intervenções nutricionais pouco claro; (ii) fraco empoderamento das mulheres – principal alvo da epidemia - para que possam produzir riqueza; (iii) problemas de desembolsos de fundos para apoiar famílias afectadas na geração de renda; (iv) existência de multiplicidade de programas de apoio alimentar e nutricional de curta duração e que não integram intervenções de médio-longo prazos, sendo altamente dependentes de ajuda externa; e (v) fraca coordenação, M&A entre as diferentes intervenções em curso.

Prioridades estratégicas na área de segurança alimentar e nutricional

²⁰ Veja a Resolução 16/98 de 23 Dezembro do Conselho de Ministros

Intensificar acções de comunicação para a sensibilização de organizações da sociedade civil incluindo as associações e redes de PVHS para que concentrem os seus esforços na geração da renda promovendo a produção e disponibilidade de alimentos, elevando os padrões nutricionais e utilizando uma abordagem transversal que enquadra a tripla ameaça: pobreza, insegurança alimentar e HIV e SIDA. O Ministério da Agricultura e outros sectores de produção devem reforçar acções conjuntas para a coordenação da produção alimentar. As acções deverão centrar-se em (i) apoiar as actividades agrárias e não agrárias; (ii) promover políticas de protecção social para prestar assistência alimentar, financeira e nutricional (iii) melhorar a formulação e implementação de políticas do sector agrário.

IV.4.3. Aspectos legais

Os dispositivos legais têm que fornecer o apoio e protecção necessários às pessoas vulneráveis, para que melhor possam enfrentar os efeitos do HIV e SIDA. No tocante aos direitos de propriedade e de herança, sobretudo as mulheres viúvas e as COVs sofrem injustiças que podem ir desde a exclusão social e económica até à exploração e expropriação de seus recursos. A criação de dispositivos legais conheceu um marco importante com a promulgação da Lei 12/2009 sobre Defesa de Direitos e Combate a Estigmatização e Discriminação de PVHS {82}.²¹

Prioridades estratégicas em relação aos aspectos legais

A divulgação e aplicação adequada de leis desta natureza irão contribuir para reduzir a vulnerabilidade das PVHS, mulheres e COVs, garantir os seus direitos de acesso a recursos e serviços e reduzir o estigma e a discriminação. A promoção da aplicação de leis desta natureza com a ampla divulgação em locais de trabalho, serviços de saúde, escolas e comunidades, a garantia da existência de canais de comunicação que possibilitem a denúncia e o encaminhamento de soluções no caso de desrespeito às normas deverão ser priorizadas.

IV.4.4. Pesquisa na área de mitigação

A fraca investigação e documentação na área de mitigação dos impactos {83} e a escassa sistematização dos dados existentes limitam o conhecimento dos resultados dos programas implementados no País, e reduzem a possibilidade de tomar decisões adequadamente fundamentadas. Dos 1543 sub-projectos financiados pelo CNCS abrangendo 11302 agregados familiares e 450 organizações que apoiaram 74500 PVHS em todo o País em 2008, nada consta em relação ao seu impacto {84}. A promoção da investigação com vista a ampliar o conhecimento nacional sobre boas práticas de intervenção na componente da mitigação de impacto deve ser estimulada.

²¹ Constan na Lei 12/2009, entre outros os seguintes aspectos: a não obrigatoriedade do teste de seroprevalência, a atribuição de direitos iguais para crianças portadoras e não portadoras de HIV, o direito a beneficiar de serviços públicos, a atribuição de penas severas a quem infectar deliberadamente outras pessoas, são linhas fundamentais que constam nesta lei {82}.

IV.4.6. Matriz de Resultados – Mitigação de Impacto

Impacto da componente	Reduzida a proporção de agregados familiares, comunidades e COVs afectado/as pelo impacto do SIDA ²²	
Área	Resultado	Produto
1. COVs (órfãos, infectados e afectados pelo HIV e SIDA)	1.1. Serviços básicos assegurados para as COVs (educação, saúde, apoio financeiro, apoio alimentar e nutricional e apoio psicossocial)	1.1.1 Aumento da proporção de COVs cujas famílias receberam apoio básico gratuito para cuidar da criança
		1.1.2. Aumento do número de COVs adoptadas ou acolhidas por familiares
		1.1.3. Aumento do número de COVs que recebem apoio psicossocial
		1.1.4. Reduzida a taxa de dependência efectiva ²³ em famílias com COVs
	1.2. Aumenta a proporção de COVs que ingressam no ensino escolar (primário, secundário, técnico e profissional) e são graduados.	1.2.1. Aumento da proporção de COVs graduados em iniciativas de desenvolvimento de habilidades para a vida
		1.2.2. Aumento da proporção de escolas (nível primário e secundário) que formam em iniciativas de desenvolvimento de habilidades para a vida
	1.3 Fortalecidas acções comunitárias no apoio as COVs com envolvimento privilegiado dos líderes locais e outras pessoas influentes na sociedade (líderes religiosos, idosos, AMETRAMO, e outros)	1.3.1. Aumento da proporção de principais chefes de família que identificaram um tutor para cuidar das suas crianças caso não consiga cuidar delas
		1.3.2. Aumento do número de organizações comunitárias que receberam apoio para assistir as COVs em serviços básicos por tipo de apoio recebido: (i) alimentos, (ii) recursos financeiros, (iii) formação em apoio psicossocial /habilidades vocacionais e (iv) outros
		1.3.3. Aumento do número de organizações que implementam iniciativas comunitárias, para cuidar de COVs por tipo de apoio:(i) plano de nutrição; (ii) formação em habilidades, (iii) apoio psicossocial e (iv) sistema de referência para apoio de saúde, educação, e dinheiro
		1.3.4. Aumento do número de famílias adoptivas, redes familiares e estruturas comunitárias de apoio que integram COVs
		1.3.5. Aumento das capacidades financeiras, materiais e habilidades psicossociais para as pessoas que cuidam das COVs e de PVHS com destaque para mulheres e pessoas idosas de modo a prestar melhores serviços
	1.4. Aumenta a proporção de COVs com direitos legais assegurados	1.4.1. Reduzido o número de COVs (0-17 anos) que vivem sem cuidados de família
		1.4.2. Aumento do nº de crianças que possuem documentação que lhes permite ter acesso a serviços básicos
1.4.3. Aumento do número de COVs registadas		
1.4.4. Criado um quadro legal que permite o acesso a herança por parte crianças menores de idade que têm necessidades imediatas		
2. Agregados Familiares (AFs) afectados pelo HIV e SIDA vulneráveis à Insegurança Alimentar e Nutricional (InsAN)	2.1. Reduzida a proporção de AFs afectadas pelo HIV e SIDA vulneráveis a InsAN	2.1.1 Aumento do número de AFs vulneráveis afectados pelo HIV e SIDA envolvidos em programas de produção de alimentos e geração de renda
		2.1.2. Reduzida a falta de reservas alimentares por um período de pelo menos 4 meses durante o ano em AFs afectados pelo HIV e SIDA
		2.1.3. Aumento do número de AFs afectados pelo HIV e SIDA com alimentação adequada
	2.2. Acrescido os padrões nutricionais de pessoas infectadas e afectadas ao HIV e SIDA	2.2.1. Reduzidos os índices de desnutrição crónica em membros de AFs afectados pelo HIV e SIDA
		2.2.3. Reduzido o número de membros com problemas de saúde associados à nutrição nos AFs afectadas pelo HIV e SIDA
	2.3. Mais AFs afectadas pelo HIV e SIDA com as suas condições de saúde melhoradas	2.3.4. Aumento da proporção de PVHS e suas famílias com direito a cesta básica durante um período mínimo de 6 meses enquanto acoplada a micro projectos sustentáveis geração de renda e promoção de produção alimentar

²² Este resultado deverá ser medido através de (i) um estudo de base que se propõe que seja realizado para avaliar os índices, (ii) Metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e das (iii) Monitorias do Estado Alimentar e Nutricional

²³ Taxa de dependência: relação entre a força produtiva e não produtiva (e por inferência a disponibilidade de mão de obra)

Impacto da componente	Reduzida a proporção de agregados familiares, comunidades e COVs afectado/as pelo impacto do SIDA ²²	
Área	Resultado	Produto
3. Capacidade de resposta de PVHS e Agregados familiares	3.1 Assegurados os direitos legais de PVHS e AF vulneráveis ao HIV e SIDA	3.1.1. Dispositivos legais criados, adaptados e disseminados que proíbem a estigmatização e protegem dos actos de violência a pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA sobretudo idosos, pessoas com deficiência e mulheres.
		3.1.2. Aumento do número de infectados e afectados pelo HIV e SIDA sobretudo idosos e pessoas com deficiência com acesso a serviços de justiça quando precisam
		3.1.3. Aumento da proporção de pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA, sobretudo idosos, mulheres e pessoas com deficiência que conhecem e usufruem de seus direitos
	3.2. Reduzido o estigma e discriminação de PVHS e AF afectados pelo HIV e SIDA	3.2.1. Aumento da proporção de PVHS e AF afectados pelo HIV e SIDA que beneficiam de acções implementadas no âmbito da mitigação dos efeitos do HIV e SIDA, previstas nas Leis e Regulamentos
		3.2.2. Aumento da proporção de Pessoas que expressam atitudes receptivas (não discriminatórias nem de estigma) em relação aos infectados e AFs afectados pelo HIV e SIDA
		3.2.3. Cartão de identificação de doentes uniformizado de modo que à priori e à distância não se distinga o de PVHS
	3.3. Homens e mulheres infectados e afectados pelo HIV e SIDA expostos as mesmas oportunidades sócio, económicas e políticas, no meio familiar, comunitário e nacional.	3.3.1. Homens e mulheres infectados e afectados pelo HIV e SIDA em igualdade de circunstâncias no acesso a recursos e serviços em relação aos não vulneráveis
		3.3.2 Aumento do número de casos de violação de direitos solucionados.
		3.3.3 Criado e divulgado canal de comunicação para denúncia de violações de direitos
4. Evidências na área de mitigação	5.1. Melhorada a base de dados na área de mitigação dos efeitos do HIV e SIDA	5.1.1. Incremento da pesquisa na área de mitigação dos efeitos do HIV e SIDA
		5.1.2. Aumento da realização, divulgação de estudos de avaliação de impacto das intervenções realizados e sobretudo a integração de resultados nos Programas de emergência e de desenvolvimento.

g) Componentes de Suporte do PEN III

V.1. Coordenação

Desde a criação do CNCS, o Governo adoptou uma abordagem multisectorial de resposta ao HIV e SIDA que prima por um amplo envolvimento dos diversos sectores da sociedade, tendo o CNCS como o principal órgão de coordenação, conforme ilustra a gravura apresentada no anexo 1. A análise destes cerca de dez anos de existência do CNCS indica que o papel deste órgão central, a quem recaía a função coordenadora, acabou por se diluir entre outras funções, como sejam as da gestão de subvenções para os implementadores, uma prática bastante comum entre os órgãos de coordenação da resposta ao SIDA a nível mundial. Esta função que é central sobretudo numa actuação voltada para resultados requererá o seu redimensionamento, com uma indicação clara das competências e atribuições dos vários intervenientes na resposta.

Para a eficácia dos esforços de coordenação é exigível que se estabeleçam normas de obrigatoriedade de respeito e seguimento dos sistemas de fluxos de informação, de observância das prioridades estratégicas definidas pelo Governo, de inclusividade e direcção única, por todos os intervenientes na resposta. A retórica dos Três Uns (Um Único Órgão de Coordenação, Um único Plano Estratégico Nacional e Um único Plano de Monitoria e Avaliação) só não é suficientemente comprometedor para este efeito, exigindo-se que ela seja materialmente traduzida e factualmente exercida. Ao mesmo tempo é recomendável que a todos os níveis – nacional, provincial e distrital – sejam estabelecidos e mantidos funcionais os circuitos de articulação dos objectivos e processos que a resposta ao SIDA encerra, entre o governo e seus parceiros.

Igualmente, os Fóruns de Parceiros, bem como os grupos técnicos temáticos coordenados ao nível do CNCS são lugares privilegiados de diálogo e de coordenação, uma vez participarem neles técnicos representantes de vários parceiros, entre nacionais e internacionais. A sua consolidação, incluindo articulação entre os níveis central, provincial e distrital é fundamental para dar-se sentido a uma coordenação que reforce ao nível nacional o princípio dos Três Uns. Uma interligação entre estes grupos e outros similares que ao nível dos sectores se ocupam do tratamento dos assuntos do HIV e SIDA é necessária para reforçar os esforços de coordenação entre o CNCS e os vários sectores. A busca de um compromisso realista com os parceiros internacionais é fundamental, neste âmbito, para melhor extrair-se das Declarações Internacionais usadas como referência na ajuda ao desenvolvimento (Declaração de Paris (2005){85}, os benefícios para reforçar a resposta nacional.

Enquanto isso, o reconhecimento de que a resposta nacional institucionalizada formalmente vai até ao nível provincial, exige, por um lado a optimização deste sistema na província e um posicionamento claro da função coordenação ao nível do distrito. Nesta parcela da administração territorial é de recomendar que a coordenação explore o que dispõe a Lei 8/2003, que estabelece os princípios e normas de organização, competências e funcionamento dos órgãos locais do Estado. Com efeito, ao dar impulso ao papel do Distrito na Planificação do desenvolvimento económico-social e cultural, esta lei permitiu que se formulassem localmente Planos Estratégicos de Desenvolvimento Distrital (PEDD) e Planos Económicos Sociais e de Orçamento Distrital (PESOD) nos quais o HIV e SIDA é tratado como assunto transversal. Assim sendo, estes mecanismos disponíveis ao nível distrital deverão ser capitalizados para a integração do HIV e SIDA e exercício da coordenação das acções dos múltiplos actores e sectores que intervêm na resposta ao HIV e SIDA ao nível distrital e provincial.

O papel do CNCS como líder e coordenador da resposta Multisectorial precisa de ser reforçado, através de uma clareza política e organizacional em todos os níveis da resposta – nacional, provincial e distrital, para que a convergência dos esforços num único sentido e comando seja devidamente estruturada e dinamizada. A clareza política e organizacional aqui referida deverá fazer eco no fortalecimento e desenvolvimento institucional do órgão, incluindo a sua extensão aos níveis provincial e distrital. O realinhamento em curso deste órgão para se dedicar primariamente à coordenação e facilitação da resposta é uma oportunidade a explorar a partir dos primeiros momentos de vigência do PEN III. Nesta sua primordial função, cabe-lhe, nas áreas de coordenação, monitoria e avaliação, e comunicação, dinamizar as seguintes intervenções estratégicas:

Fortalecer os mecanismos de Coordenação multisectorial a todos os níveis de modo a assegurar uma resposta coerente, objectiva e custo-eficaz alinhada com todas as direcções estratégicas e orientadoras da resposta ao HIV e SIDA no país; Facilitar e harmonizar com os diferentes sectores (estatais e não-estatais) o alinhamento dos seus planos operacionais com o Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA aos vários níveis; Articular com os parceiros Internacionais a compatibilização das suas agendas e plataformas de cooperação técnica e apoio financeiro na área do HIV e SIDA com as prioridades estratégicas do Governo; Apostar em sistemas de coordenação mais integrados desde o desenho até a implementação de programas a todos os níveis; Reforçar os sistemas de comunicação com os parceiros e beneficiários da resposta; Reconhecer e usar a comunicação como importante instrumento de advocacia e de gestão.

V.2. Monitoria e Avaliação

O PEN III adoptou a abordagem de gestão baseada em resultados para a resposta nacional. Uma gestão baseada em resultados pressupõe três aspectos fundamentais: Medidas baseadas nos resultados, implementação baseada em resultados e planificação baseada em resultados. Assim, o sistema de M&A, deve reforçar este princípio magno.

Importa sublinhar os desafios persistentes na componente de M&A que incluem: (i) A maior parte de indicadores de execução (insumo, processo e produto) ainda não possuem linhas de base, o que dificulta o processo de monitorização; (ii) A falta de dados para o cálculo de alguns indicadores, especialmente aqueles relativos à comunicação, populações em alto risco e intervenções comunitárias como é o caso de cuidados domiciliários, apoio psicossocial e ATS comunitário; (iii) A utilização reduzida de dados desagregados por sexo, apesar do relativo aumento do volume de dados; (iv) Fraqueza nos mecanismos de apoio ao pessoal nos serviços de saúde, que já está sobrecarregado com o atendimento ao público, limitando assim a qualidade e a quantidade da informação epidemiológica e de actividades recolhida no seio das USs; (v) Baixo cometimento dos múltiplos actores envolvidos na resposta nacional ao HIV e SIDA, no que concerne à recolha, partilha e processamento de dados de M&A que devem alimentar um sistema nacional único de M&A; (vi) Fraca colaboração dos parceiros nacionais e internacionais em reportar regularmente de acordo com a periodicidade estabelecida, além da fraca coordenação de actividades entre os sectores originando a *verticalização* e duplicação de esforços.

As prioridades estratégicas nesta componente são: (i) A elaboração do plano de Monitoria e Avaliação multisectorial orçamentado para o período 2010-2014 que terá indicadores baseados nos padrões nacionais e internacionais que permitirão a quantificação dos resultados esperados no PEN III; (ii) O mapeamento de dados que alimentem os indicadores, partindo das linhas de base e se necessário condução de estudos de base e recolha de dados suficientemente abrangentes; (iii) A coordenação com o INE para harmonizar os períodos dos inquéritos de vigilância epidemiológica e comportamental populacional (como o IDS, BSS, INSIDA) de modo a servirem de meios de avaliação de meio-termo e final do PEN III; (iv) A estruturação e harmonização da cadeia funcional da componente de monitoria permitindo uma fluida intercomunicação entre os intervenientes para alimentar o sistema único de M&A; (v) A promoção de acções de formação, acompanhamento e de supervisão para garantir uma avaliação objectiva dos progressos e constrangimentos da resposta, permitindo a adopção de medidas correctivas apropriadas e oportunas; (vi) A promoção de avaliação intermédia que permita actualizar e redireccionar as intervenções; (vii) A definição de um mecanismo que obrigue a todos os actores (de coordenação e de implementação) da resposta nacional a prestarem informação programática e financeira das acções da resposta nacional; e (viii) A elaboração de um plano de fortalecimento dos mecanismos de captação e reporte de dados do HIV e SIDA em todos os sectores, destacando os sectores chave (saúde, educação, mulher e acção social, juventude e desportos, defesa, interior, trabalho, função pública, justiça e agricultura) e redes de organizações da sociedade civil, dada a sua potencialidade de abrangência e cobertura nos serviços providenciados.

V.3. Pesquisa Operacional

A pesquisa operacional constitui uma componente importante para o reforço das áreas prioritárias do presente plano. Ela é um mecanismo para informar o processo de tomada de decisão e orienta para

uma adequada planificação das intervenções de resposta. Uma resposta sistemática ao HIV e SIDA requer um processo sistemático de produção e utilização de conhecimento, orientado à busca de soluções mais adequadas ao perfil da epidemia. O enfoque estratégico para a componente de pesquisa deverá estar voltado para promover uma pesquisa-acção e/ou utilitária que permita entender diferentes configurações da epidemia e permitir o aperfeiçoamento das intervenções; uma pesquisa que evidencie o impacto do HIV e SIDA documentando tendências, determinantes e populações de risco e experiências de respostas para que as instituições usem no desenvolvimento de programas.

De forma geral, a implementação do PEN III deverá ser baseado em evidências e essas evidências serão fornecidas pela pesquisa. No entanto para que isso ocorra é necessário que se reconheça a transversalidade da pesquisa como ferramenta de planificação e validação das intervenções; que se invista na massificação de mecanismos que permitam a partilha e utilização do conhecimento; que se estabeleça, através do MCT e Centro de Gestão de Conhecimento e Multimédia do PNI redes de partilha de informação, conhecimento produzido no âmbito da implementação e operacionalização de intervenções direccionadas ao HIV e SIDA; facilitar, através do PEN III o diálogo para a promoção, disseminação e utilização do conhecimento desenvolvido no âmbito da resposta nacional para fundamentar intervenções; facilitar a alocação de recursos para a pesquisa operacional no contexto de programas de mudança comportamental e social para compreender o que funciona e resultados de mudança comportamental; e continuar a promover coordenação, financiamento e capacitação da pesquisa através do Programa Nacional de Pesquisa em HIV e SIDA.

V.4. Abordagem da Comunicação

Num contexto de grande diversidade etnolinguística e múltiplos padrões de comportamento da epidemia, a comunicação deverá ser estruturada, estratégica e sistemática, para produzir efeitos que conduzam a mudanças de comportamento. De forma a responder efectivamente aos factores ou padrões de comportamento acima citados, diferentes abordagens de comunicação (Advocacia, Mobilização Comunitária, Comunicação Interpessoal, Comunicação de Massas e Promoção dos Serviços de Saúde) devem convergir dentro de uma visão compartilhada de comunicação.

Uma comunicação efectiva deve basear-se em pressupostos que explicam como a cultura e as normas sociais determinam o comportamento humano e como este pode ser afectado pela comunicação interpessoal e de massas; basear-se em pesquisas formativas sobre os grupos-alvo para a adequação das mensagens; utilizar os canais de comunicação apropriados para objectivos específicos; incluir a participação dos beneficiários, quer no desenho como na pré-testagem, apropriação e utilização das mensagens e materiais de comunicação, indo de encontro aos objectivos estratégicos definidos em cada um dos pilares do PEN III e planos anuais de actividades que deverão ser subsequentemente elaborados.

Em termos operacionais, a abordagem da comunicação deverá assentar na observância das seguintes prioridades e princípios:

As acções estratégicas de comunicação devem ser tomadas como parte integrante e transversal do PEN III e respectivos planos operacionais a serem participativamente desenvolvidos numa estreita coordenação ente o CNCS e parceiros, observando as evidências e prioridades identificadas para cada período; Estimular o alinhamento das direcções estratégicas e directrizes veiculadas pela Iniciativa Presidencial, com as principais linhas de acção da Estratégia de Comunicação continuando a replicá-las aos vários níveis, com especial atenção para a *moçambicanização* da mensagem; Catalisar os esforços, accionar os mecanismos apropriados para a disseminação de mensagens com base na realidade sócio-cultural de cada local de intervenção, assegurando assim, a *moçambicanização* das mensagens;

Orientar as estratégias projectadas através de mensagens voltadas a construção de novos valores sociais e para a adopção de comportamentos seguros; Dinamizar a comunicação usando línguas locais e envolvendo figuras locais, incluindo PVHS, conciliando o uso dos diferentes instrumentos linguísticos disponíveis para a correcta localização das mensagens e públicos-alvo; Combinar, adequadamente, o uso da comunicação interpessoal e comunicação de massa nas intervenções de comunicação; Reforçar as capacidades das instituições do sector privado, sociedade civil e actores comunitários em conceber e implementar programas de comunicação adequados às suas necessidades.

V.5. Mobilização de Recursos

O cometimento político deverá expressar-se pelo volume orçamental do Fundo do Estado alocado ao programa de resposta ao SIDA de uma forma global. O HIV e SIDA é uma questão estrutural e de desenvolvimento que exige uma atenção constante de longo prazo. Assim, a garantia da sustentabilidade da resposta à epidemia exige que o Governo reforce o financiamento da resposta usando fundos domésticos. Esta alternativa deverá ser reflectida no fluxo normal de dotações de recursos aos sectores para o financiamento dos seus planos de resposta ao HIV e SIDA, devidamente priorizados. Além disso, para o alcance de acesso universal de serviços sustentáveis na área do HIV e SIDA é exigível no quadro da presente estratégia, o desenvolvimento de cenários de previsibilidade de recursos a médio e longo prazos (cenários fiscais). Este exercício assume-se de grande importância para dinamizar-se um processo orientado e informado de mobilização de recursos junto da comunidade internacional.

A gestão da resposta, a este nível, exige igualmente uma disciplinada programação e alocação de recursos, o uso racional, bem assim o seu seguimento e documentação de modo a garantir a provisão plena dos serviços que as direcções estratégicas e áreas de intervenção defendem no presente plano. Sendo o Plano Estratégico um documento de advocacia quer em matérias de demonstração do nível de preocupação política e de orientação filosófica dos países na resposta ao HIV e SIDA, quer para busca de simpatias financeiras para as acções neles preconizadas, é exigível que o presente documento reúna o uma previsão de custos para as acções estratégicas e serviços previstos e se lhe atribua, na sua globalidade, um sentido orçamental, anual e multianual.

V.5.1. Financiamento da Resposta

Ao longo da implementação do PEN II mostrou ser uma possibilidade a extensão de financiamento para os actores da sociedade civil em zonas menos favorecidas. No entanto, os mecanismos e procedimentos usados mostraram-se pouco adequados para o nível de competências dos gestores de base, por um lado e, por outro, para a celeridade na acção e emergência que caracterizam o HIV e SIDA.

Para uma resposta que estimule os actores da base é exigível reexaminar-se a arquitectura financeira de financiamento das actividades de resposta ao SIDA e encontrar-se um modelo que melhor se adapte à realidade predominante no país. Só com modelos de financiamento que estimulem todos os actores, estatais e não-estatais, incluindo de nível distrital e local, respondendo aos constrangimentos que estes enfrentam no contexto fiduciário, permitirá a extensão da resposta para o nível mais periférico com o objectivo de alcançar os resultados almejados na presente estratégia.

A planificação financeira e seu alinhamento com os cenários fiscais de médio prazo, já institucionalizados no país, são instrumentos a recomendar para incrementar-se a credibilidade e segurança do financiamento das actividades de resposta ao HIV e SIDA inscritas nos documentos estratégicos e operacionais de consenso. Neste contexto, é recomendável iniciar-se o exercício da inclusão e custeamento das actividades de resposta ao SIDA no plano de actividades e orçamento dos sectores, assegurando assim a sua transversalidade e sustentabilidade a longo termo.

V.6. Matriz de Resultados – Componentes de Suporte do PEN III

Resultado de Impacto	PEN III implementado e metas previstas alcançadas até 2014	
Área	Resultados	Produtos
1. Coordenação	1.1. Envolvimento das lideranças ao mais alto nível na resposta ao HIV e SIDA	1.1.1. Estendida a representatividade Multisectorial do CNCS
		2.1.2. Concluído processo de realinhamento do CNCS/SE
	1.2. Resposta Multisectorial ao HIV e SIDA efectivamente coordenada	1.2.1. Fóruns de coordenação multisectoriais funcionais a nível Central, Provincial e Distrital
		1.2.2. Canais de comunicação entre os diferentes níveis de execução da resposta, tanto no âmbito interno do governo, como do governo com a sociedade civil e parceiros criados e funcionais
		1.3.2. Facilitada maior coordenação e funcionalidade entre pontos focais e/ou responsáveis técnicos da área do HIV e SIDA, género e outras temáticas transversais no sector público, privado e civil
	1.3. Reduzida a sobreposição de actores e lacunas operacionais em termos de cobertura das intervenções	1.3.1. Plataforma de coordenação Multisectorial ancorada no CNCS/SE
1.3.2. Princípios dos 3 Uns Observados		
2. Monitoria e Avaliação	2.1. Resultados do PEN III devidamente monitorizados e avaliados	2.1.1. Produzidos os relatórios de balanço periódicos de forma regular
		2.1.2. Relatórios de avaliação de meio-termo e final produzidos e partilhados atempadamente
	2.2. Recomendações dos sistemas de M&A integrados nos planos sectoriais	2.2.1. Produzidos e divulgados instrumentos reguladores e facilitadores da coordenação e da participação dos actores nas actividades de M&A
		2.2.2. Mecanismos de disseminação de resultados de M&A estabelecidos
2.3. Usadas evidências publicitadas para reorientar as intervenções através do planos sectoriais	2.3.1. Recursos humanos capacitados ao nível do sector publico, privado e sociedade civil em matérias de M&E	
3. Pesquisa Operacional	3.1. Planos anuais dos vários sectores implementados com base em evidências da evolução anual da resposta	3.1.1. Implementados e divulgados temas priorizadas de pesquisa através do PNI
	3.2. Aumentado o numero de instituições e organizações que planificam com base em evidências	3.1.2. Mecanismos de disseminação dos resultados das pesquisas e estabelecidos
	3.3. Conhecidos os contornos e comportamentos da epidemia, e qualidade da resposta à epidemia	3.3.1. Realizada e actualidade a pesquisa-acção visando entender diferentes configurações da epidemia e permitir o aperfeiçoamento das intervenções no âmbito de uma resposta nacional efectiva ao HIV e SIDA;
4. Comunicação	4.1. Aumentada a proporção da população geral e de grupos de maior risco que reportam mudanças de comportamento	4.1.1. Implementadas abordagens de comunicação sensíveis às dinâmicas de género e às especificidades culturais
	4.2. Criado ambiente favorável à materialização do carácter transversal da componente de comunicação na resposta ao HIV e SIDA em Moçambique	4.2.1. Reforçada a capacidade das instituições do sector público, privado e sociedade civil e actores comunitários em conceber e implementar programas compreensivos e holísticos de comunicação adequados às suas necessidades
5. Mobilização de Recursos E Financiamento da Resposta	5.1. Aumentada a sustentabilidade financeira da resposta ao HIV e SIDA	5.1.1. Crescimento das dotações orçamentais do governo para a resposta Multisectorial ao HIV e SIDA
		5.2.1. Instituições e actores e implementadores das prioridades do PEN III acedem aos fundos e meios
	5.2. Prioridades do PEN III implementados com suporte financeiro adequado	5.2.2. Estabelecidos mecanismos de financiamento da resposta funcionais e mais céleres, e adequados à realidade do país

VI. Fortalecimento de Sistemas

O presente plano estratégico assume como um dos pressupostos para o alcance dos objectivos e metas que preconiza o fortalecimento dos sistemas. Num contexto de saúde mais integrado, o presente plano estratégico deverá ajudar a construir e consolidar a ideia do desenvolvimento institucional dos actores, permitindo a sua robustez e consistência para que se logre uma resposta qualitativa aos desafios que o SIDA coloca. O reforço e desenvolvimento das capacidades dos diferentes actores, desde os públicos, passando pelos privados até aos da sociedade civil assume particular atenção, atendendo à dimensão multisectorial da resposta e, particularmente, ao complemento e expansão por outros actores das acções desencadeadas pelo Governo. Tal reforço deverá incidir sobre os processos de gestão, de desenvolvimento de sistemas mais simplificados de gestão programática e financeira, de aproveitamento tecnológico e, acima de tudo, de potenciação dos recursos humanos.

A análise do perfil epidemiológico do país e análise dos esforços precedentes de resposta ao HIV e SIDA indicam que com o actual comportamento da epidemia em Moçambique, mais pessoas irão precisar de serviços abrangentes, e de qualidade nas áreas da prevenção, tratamento, cuidados e mitigação do impacto do HIV e SIDA. O sucesso da capacidade de resposta do país na provisão adequada desses serviços passa, necessariamente, pelo investimento no fortalecimento dos múltiplos sistemas e mecanismos de provisão de serviços, em sectores chave e de suporte, sendo de destacar os Sectores da Saúde, Função Pública, Educação, Juventude e Desportos, Mulher e Acção Social, Agricultura, Defesa e Interior, Organizações da Sociedade Civil e no próprio órgão de coordenação da resposta, o Secretariado Executivo do CNCS e respectivos Núcleos Provinciais.

No que concerne ao **Sector da Saúde**, é amplamente reconhecido que o actual sistema é caracterizado por inúmeras fraquezas. A estrutura da rede sanitária nacional foi estabelecida para lidar com pacientes essencialmente com condições agudas (como malária, diarreias, pneumonias), o que contrasta com a demanda imposta pelo HIV e SIDA que implica seguimento por tempo prolongado dos doentes à medida que novos vão sendo admitidos. Em função disso, urge conceber um modelo de funcionamento de serviços de saúde também para manejo de doenças crónicas tanto em termos de redimensionamento da actual rede assim como em termos de expansão. Só assim o SNS será capaz de conferir resposta às doenças crónicas como é o caso do HIV e SIDA.

O sistema de saúde deve assim ser apetrechado e expandido nas suas vertentes de infra-estruturas, recursos humanos, sistemas de monitoria e avaliação, sistema de informação e recursos financeiros num cenário de aumento cumulativo do número de indivíduos que precisam de atenção de forma continuada. No que concerne às Infra-estruturas de saúde, nos últimos 5 anos, os esforços do governo têm sido concentrados na reabilitação das infra-estruturas já existentes para um nível de qualidade e capacidade aceitáveis, em adição aos esforços de construção de novas unidades sanitárias, sobretudo nas zonas de difícil alcance. Porém, a realidade mostra que Moçambique possui ainda uma fraca cobertura da rede sanitária pública e onde a rede existe, são grandes as limitações em termos de infra-estruturas básicas de saúde como a capacidade laboratorial para o seguimento de doentes em tratamento e cuidados (incluindo hematologia, bioquímica e testagem do CD4), armazéns de medicamentos, etc. Prioridades para o próximo quinquénio incluem (i) Continuar a expansão da rede sanitária e de reabilitação das infra-estruturas existentes; (ii) Incrementar a capacidade laboratorial ao nível onde os pacientes em TARV devem ser monitorizados e (iii) Fortalecer o sistema de gestão da cadeia de medicamentos, incluindo aprovisionamento, logística, armazenamento e distribuição; e (iv) aprovisionamento de equipamento hospitalar (incluindo médico-cirúrgico).

Moçambique é considerado um dos países mais severamente afectados pela crise de *recursos humanos* em saúde (RHS) com apenas 3.3 médicos e 23.9 enfermeiros por 100.000 pessoas. A falta de RHS tem imposto um impacto negativo aos esforços actuais de expansão de serviços do ATS, TARV e PTV particularmente nas zonas rurais. O Plano de Desenvolvimento de RHS {86} expressa o cometimento político do governo em aumentar de forma estratégica os RHS a fim de contribuir para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. (ODMs). As principais estratégias de resposta aos desafios inerentes à disponibilidade de recursos humanos para a saúde incluem a revitalização dos APes, expansão de pessoal técnico como técnicos de laboratório, técnicos de medicina, técnicos de farmácia,

enfermeiros e gestores, incremento de formação pré-profissional e em serviço e estabelecimento de mecanismos de retenção e motivação de profissionais qualificados. Parceiros de financiamento e implementação do PEN III são chamados a colaborar nesta área.

A implementação de uma resposta multisectorial ao HIV e SIDA deve também privilegiar o reforço da capacidade das diversas instituições do sector público, privado e organizações da sociedade civil, incluindo organizações comunitárias de base de modo a assegurar uma ampla disponibilidade no país de capacidades instaladas para a provisão dos diversos serviços que são necessários para uma adequada confrontação da epidemia do HIV e SIDA.

Ao nível das instituições do **sector público e sector privado**, com particular destaque para aqueles que tem uma ampliada capacidade de alcançar outros grupos populacionais e grande número de beneficiários, como a Função Pública, Educação, Juventude e Desportos, Agricultura, Mulher e Acção Social, Defesa, Interior, Grandes e Médias Empresas, devem ser reforçados os investimentos com vista a assegurar um adequado e consistente integração das componentes do HIV e SIDA nos planos sectoriais e rotinas de intervenção, com especial enfoque para aquelas componentes temáticas para as quais os sectores acrescentam exponencial valor na resposta nacional ao SIDA. O desenvolvimento de competências em HIV e SIDA nos recursos humanos e o reforço de capacidades de gestão sectorial e institucional de componentes específicas (em contraposição ao enfoque exacerbado na figura do ponto focal) devem ser privilegiados. A capacidade de equacionar adequadamente as necessidades do sector e implementar programas abrangentes, a capacidade de orientar o desenvolvimento e implementação de estratégias adequadas de comunicação e executar processos consistentes de monitoria e avaliação, partilha e disseminação de resultados devem ser privilegiados nos investimentos voltados para o reforço de sistemas.

Ao nível da **Sociedade Civil** como um todo, incluindo associações de pessoas vivendo com o HIV e SIDA e organizações comunitárias de base e instituições religiosas deve ser reforçada a capacidade organizacional, sistemas e procedimentos de gestão programática e financeira, sobretudo entre as ONGs nacionais, ao mesmo tempo que se preserva a sua capacidade de mobilização social e entrosamento com as comunidades e famílias. Para os actores e instituições da sociedade civil é também recomendado o reforço da sua capacidade de advocacia e representação dos interesses das suas múltiplas constituências de modo a ampliarem o impacto da sua voz nos diversos fóruns de concertação de abordagens sobre a resposta colectiva ao HIV e SIDA. As redes e plataformas nacionais, provinciais e distritais de organizações da sociedade civil devem ser privilegiadas como pontos de entrada para o processo de reforço das capacidades dos actores e instituições da sociedade civil.

O processo, já em curso, do realinhamento do **CNCS**, deve ser rapidamente concluído, incluindo a provisão de um plano de desenvolvimento institucional de recursos humanos, de modo a que possa concretizar o mandato de coordenação, comunicação, monitoria e avaliação que desse órgão se espera, como condição primordial para uma efectiva implementação multisectorial e coordenada da resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique.

A concretização destas acções estratégicas de fortalecimento de sistemas deverá permitir uma maior concretização dos propósitos fundamentais da abordagem multisectorial de resposta ao SIDA, onde o governo se empenhe na criação e manutenção de um ambiente no qual a sociedade civil, empresas privadas e profissionais individuais da saúde possam actuar com eficiência, eficácia e num mínimo de complicações burocráticas, privilegiando a interacção e a capitalização de sinergias entre provedores de serviços e clientes.

VI.1 Matriz de Resultados – Reforço de Serviços e Fortalecimento de Sistemas

Resultado de Impacto	PEN III implementado e metas previstas alcançadas até 2014	
Área	Resultados	Produtos
1. Reforço de Serviços e	1.1. Estruturas e sistemas de resposta fortalecidos no sector público, privado e comunidades	1.1.1. Mobilizados recursos a nível interno e externo para apoiar a construção/reabilitação de infra-estruturas de serviços
	1.2. Aumentada a disponibilidade de	1.1.2. Aumento do número de pessoas envolvidas na

Resultado de Impacto	PEN III implementado e metas previstas alcançadas até 2014	
Área	Resultados	Produtos
Fortalecimento de Sistemas	recursos humanos e competência técnica dos actores e implementadores para uma implementação eficaz das prioridades do PEN III	provisão de serviços de resposta ao HIV e SIDA nos múltiplos sectores 1.2.1. Estabelecidos e implementados mecanismos de parceria técnica institucional ente organizações nacionais e agências internacionais com capacidade para ajudar no desenvolvimento institucional dos actores nacionais.
	1.3. Ampliada a capacidade de aprovisionamento e logística	1.3.1. Manuais de operações, procedimentos de procura, e guiões orientadores e facilitadores da actuação dos parceiros desenvolvidos e disponibilizados aos vários níveis

VII. Desafios da Operacionalização do PEN III

No exercício da sua implementação um conjunto de desafios exigirão equações urgentes com vista a condicionar uma realização eficaz dos propósitos que norteiam o presente Plano e lograr-se alcançar as metas constantes das suas matrizes. Para uma continua monitorização dos progressos da natureza das acções a encetar para condicionarem uma implementação sistemática do presente Plano estratégico, apresenta-se abaixo os desafios mais salientes a enfrentar.

VII.1. Fortalecimento da coordenação (vertical e transversal)

O imperativo do fortalecimento da coordenação entre os vários intervenientes é uma condição essencial para evitar que se perpetuem acções paralelas ou isoladas, não orientadas para uma visão partilhada de prioridades e direcção, o que pode contribuir para uma possível diluição dos esforços e não alcance dos impactos desejados. A coordenação deverá fluir a um nível horizontal, permitindo a discussão sobre os fluxos de informações e dados sobre a resposta, o cometimento dos actores para os propósitos e compromissos que a um determinado nível da resposta são alcançados e a criação de uma plataforma mais transparente e inclusiva de actuação, favorecendo a interdependência entre os actores. Enquanto isso, a leitura mais global dos desenvolvimentos da resposta e dos desafios mais gerais que se devem atender exige uma articulada coordenação vertical que flua desde a base (nível do Distrito) passando pelos níveis intermédios (Província) até ao topo (nacional) e vice-versa, com informação, comandos claros e dados que permanentemente alimentem o exercício ciclicamente e em ambos os sentidos. A fluidez da coordenação tanto vertical como horizontal permitirá o preenchimento de possíveis lacunas operacionais e a eliminação de duplicações de esforços e de recursos. Por isso é crucial o cometimento e o fortalecimento das lideranças a todos os níveis para uma mais eficaz coordenação, maior integração e aproveitamento de sinergias entre actores. A fraca coordenação pode pôr em risco os princípios de racionalização e da multisectorialidade.

VII.2. Acção mais planificada – menos campanhas e mais actividades continuadas, articuladas e sustentáveis

O combate ao HIV e SIDA é uma actividade de longo prazo. A sua equação, ainda que em determinados momentos exija o desencadeamento de campanhas e acções pontuais, grosso modo, requer uma planificação sequenciada com actividades contínuas e duradouras mas voltadas para resultados comensuráveis e de impacto visível. De igual modo, ao assumir-se um modelo de resposta com uma dimensão multisectorial e integrada, esta característica constitui um marco essencial para assegurar a sua sustentabilidade.

VII.3. Uso mais eficiente dos escassos recursos (humanos, materiais e financeiros)

A maximização dos recursos cada vez mais escassos é um imperativo formulado já como princípio que deverá ser seguido e materializado ao longo da implementação do presente plano. Isto pressupõe o redobrar da capacidade de planificação financeira e do aproveitamento mais racional dos recursos a engajar, permitindo a multiplicação de resultados em cadeia com um investimento menor. O desenvolvimento de sinergias e de uma maior integração dos programas, a partilha de dados e recursos que poderão capitalizar para múltiplos objectivos são opções estratégicas de optimização de recursos que deverão ser constantemente equacionados.

VII.4. Maior envolvimento das pessoas vivendo com HIV e SIDA

A resposta deverá proporcionar oportunidades de colaboração às pessoas vivendo com HIV e SIDA. O grande envolvimento deste grupo não deverá apenas circunscrever-se à prestação do seu testemunho, mas sobretudo a um activismo que permita à sociedade começar a encarar o HIV e SIDA sem o estigma e a discriminação que lhe tem sido peculiar. A sua participação activa na advocacia, na prevenção, nos cuidados e apoio e em toda a cadeia da mitigação das consequências na família e sociedade em geral, como factor encorajador da mudança pretendida, deverá ser estimulada a todos os níveis.

VII.5. Maior envolvimento das organizações comunitárias de base

A descentralização da resposta e o fortalecimento das estruturas da base para uma resposta cada vez mais enquadrada nos círculos de vida familiar e comunitária, deverá assentar numa maior mobilização e envolvimento das organizações comunitárias de base. A sustentação das direcções estratégica aqui formuladas encontrará maior consistência quando o envolvimento das organizações comunitárias, formalizadas ou não, assumirem o seu papel de dar continuidade e estender até à família as orientações emanadas no presente documento.

Implementação da Resposta e Formulação de Planos Operacionais

A abordagem multisectorial compromete todos os sectores a darem o seu contributo na luta contra o SIDA. À luz disso, as direcções estratégicas que o presente plano elege exigirão a sua concretização através da formulação de planos sectoriais operacionais. A monitorização da implementação dos planos sectoriais deverá proceder através de uma estruturada prestação de contas junto do órgão de Coordenação numa periodicidade que deverá respeitar os ciclos de planificação praticados no país. Os planos sectoriais deverão, assim, para uma articulada coordenação, passar pelo conhecimento dos membros do Conselho Nacional de Combate ao SIDA, a quem competirá aferir o grau da sua implementação, assegurando-se, assim, a prestação de contas em todo o processo de busca de resultados comensuráveis. Esta aferição observará, em alinhamento com os ciclos de planificação e revisão conjunta com os parceiros, a convocação de uma reunião alargada do Conselho Nacional de Combate ao SIDA, anualmente, para esse fim.

Para além do plano operacional do CNCS que deverá fazer constar o desdobramento das actividades de coordenação e facilitação da implementação do presente plano, os sectores são chamados a partilhar da responsabilidade da implementação das estratégias aqui sugeridas, observando uma hierarquização. Tal justifica-se pelo facto de o fardo da epidemia do HIV/SIDA variar de sector para sector, quer sob o ponto de vista do seu impacto na massa laboral, como da demanda de serviços especializados para lhe fazer frente.

Assim, um critério decisivo a considerar na hierarquização das responsabilidades por sector é o peso da epidemia sobre o mandato sectorial, a força que exerce no factor humano dos sectores, bem como a demanda que faz dos serviços sectoriais para lhe fazer frente e a influência negativa que produz na provisão desses e de outros serviços pelos sectores. Deste critério evidencia-se uma hierarquização multisectorial de dois níveis: o primeiro, destaca o Sector de Saúde, ao qual se lhe seguem os Sectores de Educação, Juventude e Desportos, Mulher e Acção Social, Defesa, Interior, Agricultura, Trabalho, Função Pública e Justiça. O segundo comporta os demais sectores com responsabilidades de continuar a proceder à integração da luta contra o SIDA nos seus planos sectoriais, implementando programas de prevenção e mitigação para os seus trabalhadores e para a sua clientela preferencial.

Ao primeiro nível, atendendo ao critério de hierarquização acima descrito, exigir-se-á que os seus planos operacionais incorporem fundamentalmente as principais acções recomendadas no presente

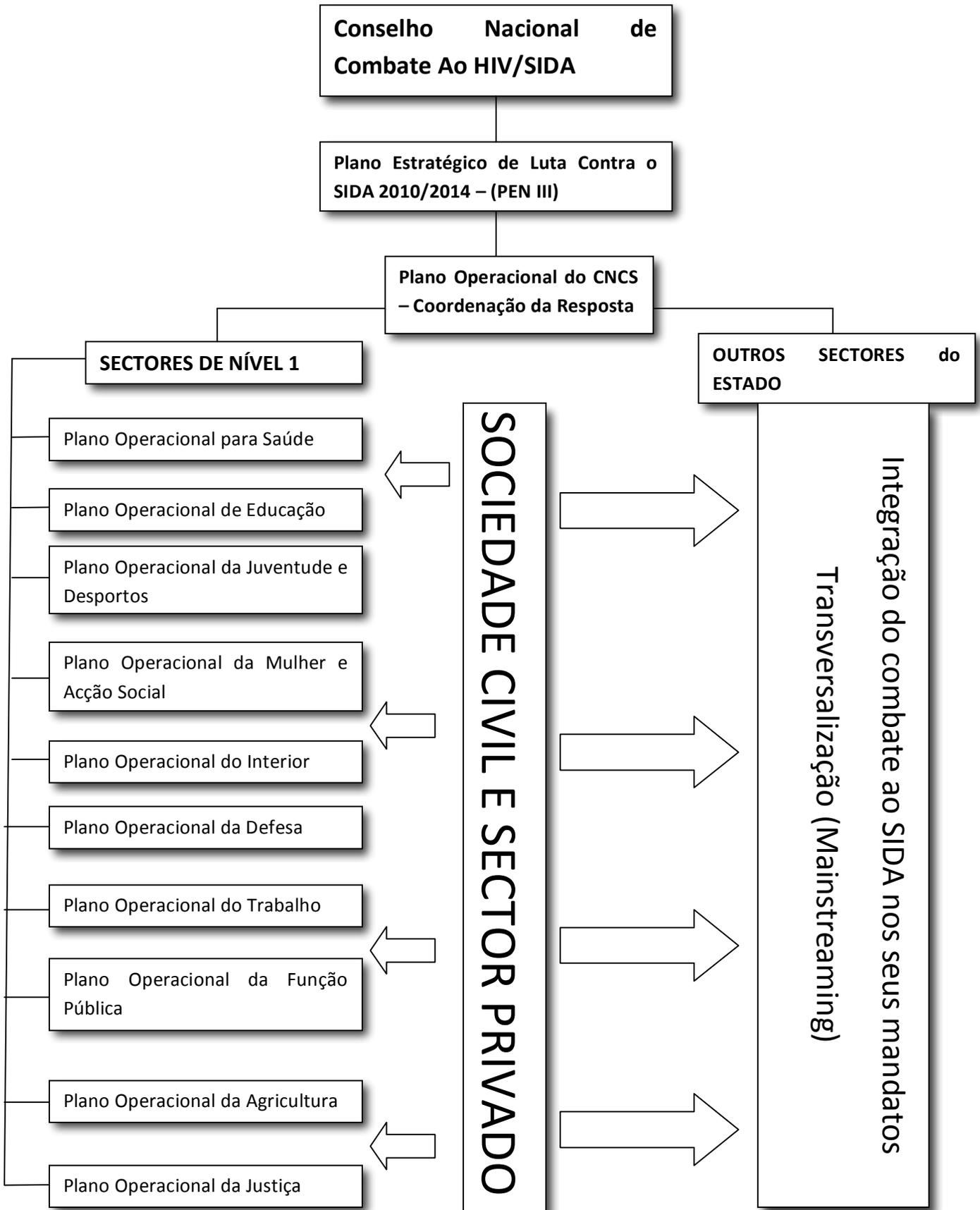
documento como essenciais para inverter o curso da epidemia no país. Trata-se de uma responsabilidade acrescida, para além da exigência do tratamento da matéria do HIV/SIDA no quadro da transversalidade que a abordagem multisectorial recomenda e que orienta(rá) a actuação dos sectores dispostos no segundo nível do critério.

A participação da sociedade civil e do sector privado lado a lado com o Governo na resposta ao HIV e SIDA deverá continuar a promover o desenvolvimento de sinergias e complementaridade de forças, permitindo a extensão das actividades para todo o território nacional e produzindo impacto visível na comunidade. Assim, a vinculação dos actores da sociedade civil e do sector privado nesta resposta, dentro da complementaridade e desenvolvimento de sinergias já referidos, dar-se-á ao nível de cada sector responsável, atendendo e considerando a inclinação, a especialidade temática e interesse de cada actor.

Os Actores da Sociedade Civil, congregados em plataformas distritais, provinciais e nacionais de coordenação, são incentivados a desenvolver planos operacionais abrangentes de intervenção com realismo e observância dos desafios da sustentabilidade.

O sector privado é ainda desafiado a concretizar uma acção mais vigorosa de protecção do seu tecido humano através de programas robustos de prevenção e mitigação do HIV/SIDA no local de trabalho. Ao mesmo tempo é incentivado a promover sinergias e acções de parceria com o governo e sociedade civil em áreas críticas como sejam a testagem, a advocacia, o tratamento, a pesquisa científica, entre outras, onde os seus recursos e investimentos possam encontrar melhor ressonância e retorno.

A implementação do PEN III está resumida no diagrama que segue:



h) Principais Riscos confrontando o sucesso da implementação

A implementação de um plano estratégico é sempre confrontado com factores adversos que poderão colocar riscos aos esforços conjugados para alcançar determinados resultados. Os riscos e ameaças, como factores internos e externos que podem influenciar negativamente o processo de implementação do Plano e dificultar o alcance dos resultados almejados, devem ser previamente identificados e tomados em consideração. No caso do presente plano estratégico, os riscos e ameaças são projectados como desafios, tal como disposto abaixo:

- **Descoordenação entre actores:** o imperativo do fortalecimento da coordenação entre os vários intervenientes é uma condição essencial para evitar que se perpetuem acções paralelas ou isoladas, não orientadas para uma visão partilhada de prioridades e enfoque, o que pode contribuir para uma possível diluição dos esforços e não alcance dos impactos desejados. Como implicações poderão ocorrer lacunas operacionais e duplicações de esforços e de recursos. Por isso é crucial o cometimento e o fortalecimento das lideranças a todos os níveis para uma maior integração e aproveitamento de sinergias entre actores. A fraca coordenação pode por em risco os princípios de racionalização e da multisectorialidade.
- **Falta de abordagem de inclusividade no tratamento de grupos populacionais em alto risco:** interagir com grupos populacionais em alto risco, sobretudo os emergentes no cenário de resposta nacional ao HIV e SIDA, tais como os homens que fazem sexo com outros homens, pessoas com deficiência, e a população idosa (não só afectada, mas também infectada pelo HIV) requer grandes habilidades por parte dos que prestam serviços e um controlo cerrado do ambiente de estigma e discriminação de modo a acelerar-se a prevenção e o acesso equitativo aos serviços disponíveis. Para minimizar o risco de exclusão, discriminação e estigmatização de grupos populacionais que precisam de serviços específicos, é imperioso criar um ambiente favorável e dotar os provedores de serviços com habilidades sobre direitos humanos;
- **Descontinuidade dos fluxos das intervenções:** eventuais rupturas no tratamento ou a falta de stocks de preservativos e de outros materiais podem perigar o alcance dos resultados. Os programas esporádicos sem continuidade ao nível das comunidades podem provocar colapsos nos resultados pretendidos e descrédito no sistema de resposta ao HIV e SIDA. Por isso deve-se assegurar que os programas sejam desenhados para responder a resultados de médio-longo prazos e envolver os beneficiários. No caso de tratamento e programas de nutrição e apoio alimentar deve haver boa ligação entre os serviços de saúde e as comunidades;
- **Ausência de ponderação na selecção dos grupos alvo:** a selecção dos grupos alvos vulneráveis aos impactos do HIV e SIDA, num ambiente de pobreza em que vive grande parte da população é um processo que exige perícia e ponderação, sob o risco de se destacarem “elites” (privilegiados) e grupos alvos que venham a ser estigmatizados;
- **Baixa ponderação do potencial das actividades de geração de renda:** quando não desenhados e aplicados de forma adequada, ou melhor, sem se equacionar a viabilidade económica e financeira dos investimentos nesta área, as intervenções desta natureza podem carecer de sustentabilidade. Esta falta de sustentabilidade, pode estar, de algum modo associada a falta de uma análise socioeconómica devido ao carácter de emergência que muitas das vezes caracteriza as acções de resposta aos impactos do HIV e SIDA.
- **Não observância dos pressupostos sócio-culturais:** a possível, em alguns casos, marginalização dos factores culturais positivos e dos agentes comunitários com influência, que podem ser mobilizados para melhorar a eficiência da abordagem do HIV e SIDA, pode resultar em perdas de oportunidades de diálogo, envolvimento de importantes actores capazes de fornecer subsídios para a *moçambicanização* da mensagem, com o potencial de produzir impacto nas intervenções que visam a transformação de comportamentos a nível comunitário, familiar e individual.

- **Ausência de equações de financiamento da resposta através de fontes domésticas:** a alta dependência dos sistemas de financiamento da resposta ao HIV e SIDA a financiamentos externos, disponibilizados para curtos períodos de tempo e sujeitos a altas flutuações em termos de disponibilidade pode ameaçar o fluxo regular das acções de resposta ao SIDA se não se preverem cenários fiscais de médio e longo prazo, o que pode implicar na falta de financiamento adequado ao PEN III.

A implementação efectiva do PEN III deverá ter em conta uma série de pressupostos, designadamente recursos humanos, materiais disponibilizados em qualidade e quantidade e financeiros alocados em tempo útil. Deverá haver uma forte interacção entre as quatro componentes principais (Prevenção, vulnerabilidades e risco, tratamento e cuidados e mitigação) e os aspectos transversais (Investigação, coordenação, comunicação e monitoria e avaliação).

No processo de gestão de riscos e de ameaças faz falta um forte sentido de liderança. Deste modo é vital o cometimento dos líderes das instituições aos vários níveis para a promoção de acções de resposta ao HIV e SIDA que sejam estrategicamente ancoradas no PEN III e que são continuamente informadas pela evolução dos processos de implementação das acções.

Referências Bibliográficas

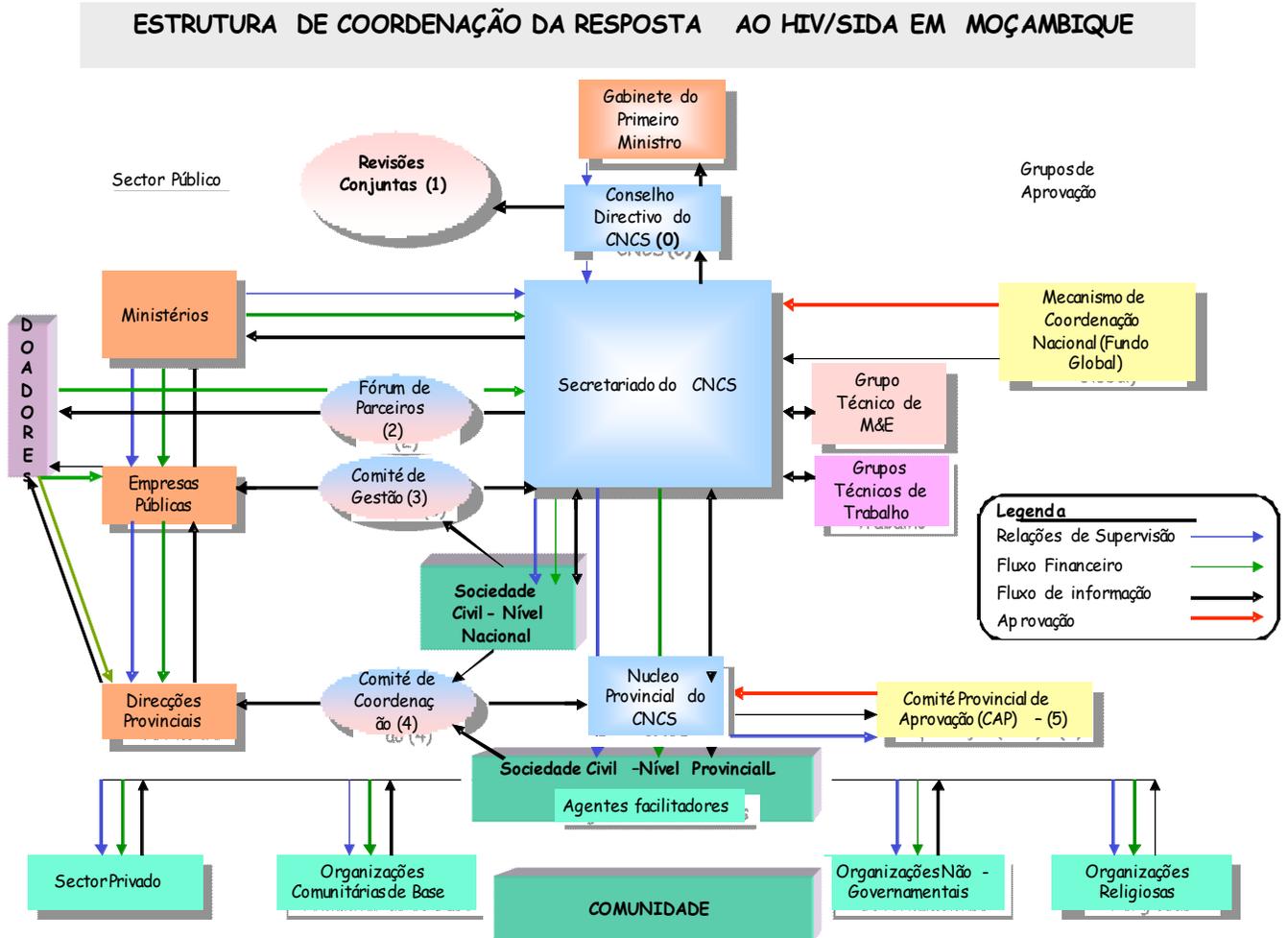
1. INE. 3º Censo Geral da população e habitação (ano de 2007). 2008 [Data do último acesso: 10 Novembro, 2009; Disponível em: www.ine.gov.mz
2. INE, MISAU, UNICEF. Resultados do Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) 2008 Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2009.
3. Governo de Moçambique. Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, 2006-2009 (PARPA II). Maputo; 2006.
4. UNAIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators 2010 Reporting: United Nations AIDS Agency; 2009.
5. Ghys P, Kufa E, George M. Measuring trends in prevalence and incidence of HIV infection in countries with generalised epidemics. *Sexual Transmitted Infections*. 2006;82:152-6.
6. MISAU PNC ITS/HIV-SIDA. Informação preliminar sobre a revisão dos dados de vigilância epidemiológica do HIV - ronda 2009. Maputo: Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique, Ministério da Saúde. Moçambique; 2009.
7. MISAU PNC ITS/HIV-SIDA. Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV-Ronda 2007. Maputo: Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique, Ministério da Saúde. Moçambique; 2008.
8. CNCS. Relatório do Projecto de Triangulação de Moçambique: síntese dos dados sobre as tendências das epidemias Nacional e locais e a análise de cobertura e intensidade dos esforços de prevenção - Processo, Principais Constatações e Recomendações. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA; 2009.
9. CNCS, UNAIDS, GAMET. Moçambique: Modos de Transmissão do HIV e Estudo de Prevenção do HIV ; 2009.
10. INE, MISAU, CEP-UEM, CNCS, FM-UEM. Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: Actualização Ronda de Vigilância Epidemiológica 2007. Maputo: Instituto Nacional de Estatística; 2008.
11. UNDP. Human Development Report 2007/2008: Fighting climate change: Human solidarity in a divided world. New York: United Nations Development Program; 2008.
12. Kenyan Ministry of Health, National AIDS and STD Control Program. 2007 Kenya AIDS Indicator Survey, KAIS 2007. Preliminary results. 2008 [Data do último acesso: 25 de Novembro, 2009; Disponível em: http://www.aidskenya.org/public_site/webroot/cache/article/file/KAIS_SUPPLEMENT2.pdf
13. ONUSIDA. Guia de Terminologia do ONUSIDA: ONUSIDA; 2008.
14. Langa J, Sidat M, Matavel J, Kroeger K, Belani H, Patel S, et al. HIV risk in sex workers and drug-using populations in Maputo, Beira, and Nacala Porto, Mozambique: an international rapid assessment, response and evaluation (I-RARE). 2008 [Data do último acesso: 30 de Outubro, 2009; Disponível em: <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstraTId=200715302>
15. Newman LM, Miguel F, Jemusse BB, Macome AC, Newman RD. HIV seroprevalence among military blood donors in Manica Province, Mozambique. *International Journal of STDs & AIDS*. 2001;12:225-8.
16. Augusto G, Nalá R, Marlene R. Avaliação das Condições que Constituem Factores de Risco por Infecção de HIV/SIDA em Prisioneiros da Cadeia Central da Machava e Centro de Reclusão Feminina de N'dlavela. Maputo: MISAU-PNC DTS/HIV/SIDA; 2002.
17. Hawkins K, Mussá F, Abuxahama S. 'Milking the Cow' - Young women's constructions of identity, gender, power and risk in transactional and cross-generational sexual relationships: Maputo, Mozambique. The implicatios for Behaviour Change Interventions Maputo, Mozambique: Options Consultancy Services and Population Services International (PSI) Mozambique; 2005.
18. INE. Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Direcção de Estatísticas Demográficas, Vitais e Sociais, Macro International Inc.-DHS Program (USA); 2004 Março.
19. INE, MISAU, USAID. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e USAID com Assessoria da MEASURE DHS+/ORC Macro.; 2005.

20. Weiss H, Qugley M, Hayes R. Male Circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2009;14(2361-70).
21. White RG, Glynn JR, Orroth KK, Freeman EE, Bakker R, Weiss HA, et al. Male circumcision for HIV prevention in sub-Saharan Africa: who, what and when? *AIDS*. 2008;14:1841-50.
22. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med* Nov. 2005;2(11):e298.
23. Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G, Serwadda D, Watya S, Nalugoda F, et al. Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;374(9685):229-37.
24. CNCS/GTZ. Relatório do Seminário Nacional para a Revisão da Análise Institucional, 11 a 13 de Maio. Maputo: CNCS e GTZ; 2009.
25. Conselho de Ministros. Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA, República de Moçambique; 2008.
26. MISAU-PNC ITS/HIV-SIDA. Balanço Anual do Programa ITS/HIV-SIDA, 2008. Maputo: Direcção Nacional de Assistência Médica, Ministério da Saúde; 2009.
27. National AIDS Council. Universal Declaration of Commitment on HIV and AIDS: Mozambique Progress Report for the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS (UNGASS 2006-2007). Maputo: National AIDS Council, Republic of Mozambique; 2008.
28. MISAU-DAM. Boletim de HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: Direcção Nacional de Assistência Médica, Ministério da Saúde; 2007.
29. MISAU-DNSP-PNCT. Balanço do Plano Económico e Social de Janeiro a Dezembro de 2008. Maputo: Ministério da Saúde; 2009.
30. MISAU-DNPSCD. National Strategic Plan for TB Control in Mozambique for 2008-2012 Period. Maputo, Mozambique: Ministry of Health, National Directorate of Health Promotion and Disease Control, NTCP; 2007.
31. WHO. Global tuberculosis control - epidemiology, strategy, financing. Geneva: WHO/HTM/TB/2009.411; 2009.
32. CNCS. II Avaliação Conjunta Anual (ACA) de 2007. Secretariado Executivo. Área Transversal de HIV e SIDA. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA; 2008.
33. MMAS. Política de Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (PACOV). 2006-2010. Maputo: MMAS; 2005.
34. Barreto A, Dava N, Lucas M, Nhantumbo S, Victor B. Participatory Development and Initial Implementation of a National Plan for HIV and AIDS Research in Mozambique December 2007-April 2009. Maputo; 2009.
35. MCT. Diagnóstico das Necessidades de HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: CNCS/ONUSIDA/UNICEF/DANIDA/Irish Aid; 2009.
36. UNAIDS. Mozambique National AIDS Spending Assessment (NASA) for the period: 2004-2006, level and flow of resources and expenditures to the national HIV and AIDS response. Maputo, Mozambique: Joint United Nations Program for AIDS Control; 2008.
37. MISAU PNC ITS/HIV-SIDA. Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV-Ronda 2004. Maputo: Ministério da Saúde. Moçambique; 2005.
38. Macro International Inc., World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Harvard University School of Public, African Population and Health Research Center. Multi-Country Evaluation Study - Health Impact of the Scale-up to Fight AIDS, TB and Malaria with special reference to the Global Fund: Final Country Impact Evaluation Report MOZAMBIQUE. Maputo: UEM-FM-Departamento de Saúde da Comunidade; 2008.
39. CNCS. Declaração de Compromisso Universal no Combate ao HIV/SIDA. Relatório de Progresso para a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA 2006-2007. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA; 2008.

40. CNCS. Estratégia Nacional de Comunicação. Maputo, Moçambique. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA; 2005.
41. Comité de Conselheiros. Agenda 2025: Visão e Estratégias da Nação Maputo, Moçambique; 2003.
42. República de Moçambique 2003. Lei dos Órgãos Locais do Estado 2/2003. 2003.
43. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic; 2008.
44. Kalipeni E. As Múltiplas Dimensões da Vulnerabilidade ao HIV/SIDA em África: Uma Perspectiva das Ciências Sociais: Mulher, SIDA e o acesso à saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das ciências sociais, Medicus Mundi Catalunya; 2007.
45. Bardalez J. Jovens e Adolescentes: Conhecimentos, Atitudes e Práticas na Prevenção das DTS-HIV-SIDA. Distrito de Búzi. Maputo: AMRE-INS-MISAU-TROCAIRE; 2003.
46. Chilundo B, Mariano E, Cliff J, Augusto O, Sousa C, Breslin L. Trabalhadoras do Sexo Respondem Ao HIV/Sida: Segunda Avaliação De Intervenção Da Organização Da Mulher Educadora Do SIDA (OMES). Chimoio: Universidade Eduardo Mondlane e Burnet Institute; 2005.
47. Bagnol B, Mariano E. Práticas vaginais: erotismo e implicações para a saúde das mulheres e uso do preservativo em Moçambique. Cultura, Saúde e Sexualidade. 2008;10(6):573-85.
48. Ministério de Plano e Finanças, IFPRI, Universidade de Purdue. Relatório Pobreza e Bem-Estar em Moçambique: Segunda Avaliação Nacional, baseados no Inquérito aos Agregados Familiares de 2003. Maputo; 2004.
49. GASD. Avaliação da factibilidade e sustentabilidade do recurso ao micro financiamento para reduzir o impacto socioeconómico do HIV/SIDA. O caso do distrito de Chokwé. Maputo: GASD-UEM; 2001.
50. Weiser SD et al. Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. PLoS Medicine. 2007;4(10):1589-98.
51. WFP. HIV/AIDS and transporters: putting the brakes on transmission; 2006.
52. Bagnol B, Cabral Z. Assédio e abuso sexual nas escolas; 2000.
53. World Bank. Beating The Odds: Sustaining Inclusion In A Growing Economy A Mozambique Poverty, Gender and Social Assessment 2007.
54. UNAIDS. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. 2008 [Data do último acesso: 01 de Novembro, 2009; Disponível em: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
55. Denison J, O'Reilly K, Schmid G, Kennedy C, Sweat M. HIV voluntary counseling and testing and behavioural risk reduction in developing countries: A meta-analysis, 1990-2005. AIDS and Behavior,. 2007;12 (3):363-73.
56. Grupo de Comunicação G12. O Papel da Comunicação para Prevenção do HIV em Moçambique. Maputo. Documento de Trabalho. Maputo; 2008.
57. Carneiro C. "Práticas Tradicionais e a Transmissão do HIV-SIDA" filme para o MISAU. Maputo; 2007.
58. Muhumana M, Matimbe WD. Aconselhamento, Apoio Psico-Social e tratamento: Levantamento de Estratégias Socio-Culturalmente Adequadas para Combater o HIV/SIDA em Calanga Maputo: Prometra/FDC; 2007.
59. PROMETRA. Relatório de Seminário sobre: Direitos Humanos e HIV/SIDA em Moçambique. Maputo; 2005.
60. Prometra. Apresentação na 1ª Conferencia sobre HIV/SIDA da sociedade civil. Maputo; 2008.
61. Bagnol B. Elementos para uma etiologia do HIV/SIDA baseada nas percepções dos/as médicos/ tradicionais do Centro de Moçambique (Manica, Gorongosa e Machanga) e no Alto Mólocuè. Relatório de pesquisa do 1º ano da pesquisa DIALOGO em 2006 da MONASO & C.V.M. Maputo; 2007.
62. Mariano E. Relatório de Pesquisa Sul de Govuro, Matutuine, Moamba, Magude. Relatório de pesquisa do 1º ano da pesquisa DIALOGO" em 2006 da MONASO & C.V.M. Maputo; 2007.
63. N'weti. Silêncio, Segredos e Mentiras. Pesquisa sobre Parceiros Múltiplos e Co-ocorrentes em Moçambique. Maputo: Nweti; 2009.
64. MFP. Análise situacional do HIV e SIDA no sector público. Maputo; 2008.

65. MISAU. Estudo sobre Comportamentos, Atitudes, Normas e Conhecimentos (CANC) de Prevenção, Cuidados e Tratamento de HIV/SIDA nos Trabalhadores de Saúde em Moçambique. Relatório Final. Maputo: MISAU/ICS/CDC; 2009.
66. WHO. Priority Interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Version 1.2. 2009 [Data do último acesso: 11 de Dezembro, 2009; Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf
67. CDC Moçambique. Inquérito de Vigilância Comportamental (BSS). Fase I-Moçambique. Relatório Fase 1. Maputo: CDC/Kula Ltda; 2008.
68. CESP/PMA. Avaliação da Segurança Alimentar e Vulnerabilidade dos Pacientes em TARV em Moçambique. Maputo; 2009.
69. MISAU-DNAM. Relatório sobre a avaliação das Unidades Sanitárias da Cidade e Província de Maputo para a descentralização do serviço do TARV pediátrico do HCM. Maputo: Ministério da Saúde; 2009.
70. Gaspar F. Traditional practices and beliefs that can contribute to the spread of HIV/AIDS in Xai-Xai City and Manhica District. Southern Mozambique Maputo, Mozambique: Ministry of Health; 2009.
71. WHO. Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2002.
72. MISAU. Manual Operacional: Cuidados Domiciliários para Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA e outras doenças crónicas. Maputo: Ministério da Saúde; 2009?
73. MISAU. Definição de Serviços de Cuidados Domiciliários: Relatório Final. Maputo: Ministério da Saúde; 2009.
74. MISAU. Cuidados Domiciliários aos doentes de HIV/SIDA e outras doenças crónicas: Guião de Mobilização Comunitária. 1a versão Maputo: MISAU com apoio do CDC; 2004.
75. MMAS. Nota sobre os indicadores do PACOV referente ao ano de 2007. Direcção de Cooperação ref. Número 43/Dcoop/08 de 20/03/2008. Maputo: Ministério da Mulher e Acção Social; 2008.
76. Conselho de Ministros. Plano Nacional para a Pessoa Idosa (2006-2011). Maputo: Ministério da Mulher e Acção Social; 2006.
77. JLICA. Verdades que perturbam. Enfrentando os factos sobre a Criança, Sida e Pobreza. Relatório Final da Iniciativa Conjunta de Estudos Sobre HIV-SIDA e a Criança (JLICA); 2009.
78. UNICEF. The Impact of Social Cash Transfers on Children Affected by HIV and AIDS. New York: UNICEF; 2007.
79. Webb. From the Individual to the System: the Coming of Age of Programmes for Orphans and Vulnerable Children. Exchange on HIV/AIDS, Sexuality and Gender 2007;2:1-4.
80. Pal K, Behrendt C, Léger F, Cichon M, Hagemeyer K. Can Low Income Countries Afford Basic Social Protection? First Results of a Modeling Exercise. Geneva: International Labour Organization; 2005.
81. SETSAN. II Plano Estratégico de Segurança Alimentar e Nutricional 2008.
82. Lei número 12/2009: estabelece os direitos da pessoa vivendo com HIV e SIDA, e adopta medidas necessárias para a prevenção e tratamento da mesma. Decreto; 2009.
83. MCT. Reunião Nacional de Harmonização das Acções de Pesquisa em HIV e SIDA. Relatório Final. Maputo: Grupo Técnico para a Pesquisa. MCT; 2008.
84. CNCS. Relatório Anual de 2008. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA - Moçambique; 2009.
85. Declaração de Paris para a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento. Paris, Março de 2005.; 2005.
86. MISAU-DRH. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008-2015. Maputo: Ministério da Saúde; 2008.

Anexo 1 - Estrutura de Coordenação da Resposta ao SIDA



ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DA RESPOSTA AO HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE

- (0) - O Conselho Directivo do CNCS, para além de membros do Governo e individualidades, comporta representantes de grupos da Sociedade Civil. Como mecanismo de articulação político-estratégica e de orientação do Secretariado Executivo, é um lugar privilegiado para a Sociedade Civil dispor à mesa a sua agenda e deste órgão estender o entendimento da resposta;
- (1) - As Revisões Conjuntas são de periodicidade semestral e anual, trazendo para a mesma plataforma o Governo e Seus Parceiros nacionais e internacionais. São antecedidos de encontros técnicos de planificação, de produção de relatórios com indicadores concordados e de análise crítica sobre os cenários da resposta;
- (2) - O Fórum de Parceiros é o mecanismo que o Secretariado Executivo e os Parceiros da resposta nacional (parceiros internacionais, sociedade civil, sector privado e público) usam mensalmente para articularem os desenvolvimentos do Plano Operacional Anual do CNCS e a condução da resposta nacional, constituindo um mecanismo privilegiado de coordenação;
- (3) - O Comité de Gestão foi concebido como fórum técnico de condução do financiamento e análise do seu impacto por vias do Fundo Comum, um mecanismo financeiro concordado entre o Governo e seus parceiros internacionais. É dirigido pelo Representante do Ministro das Finanças e, para além dos directores dos sectores ao nível do CNCS, comporta dois assentos de representantes dos parceiros internacionais do Fundo comum e um assento para a Sociedade civil;
- (4) Ao nível de cada província, os Núcleos Provinciais usam um mecanismo multifuncional de coordenação com os vários parceiros locais - o Comité de Coordenação;
- (5) - O CAP é um órgão técnico dirigido pelo Governador da província e comporta membros do Governo provincial e representantes da sociedade civil, servindo para aprovar e aferir o financiamento local da resposta, bem como a monitoria do impacto dos programas;

Nota: (i) A resposta nacional institucionalizada formalmente vai até ao nível provincial. Nos distritos, os NPCCS facilitaram a criação de Conselhos Distritais, que são mecanismo de coordenação não institucionalizados com experiências diversas e uniformes. Nos últimos anos, ao definir -se o Distrito como pólo de desenvolvimento os Governos Distritais foram assumindo cada vez mais a condução da resposta localmente e, bem assim, a coordenação local dos esforços investidos.

ESTRUTURA DE COORDENAÇÃO DA RESPOSTA AO HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE

- Nota: (ii) Ao nível dos vários sectores, existem mecanismos de coordenação dos esforços sectoriais com os parceiros que apoiam as intervenções programadas pelo Governo na área do HIV e SIDA. Na Saúde, para além do GT-SWAP, temos o CNCS (Conselho Nacional Coordenador de Saúde), que é um mecanismo de articulação do PEN Saúde e de outras matérias relevantes com os parceiros deste sector. O mesmo acontece na área de Educação.
- (iii) As deliberações destes órgãos são remetidos ao conhecimento do CNCS por via dos Pontos - focais dos sectores, ou através dos mecanismos formais de relacionamento inter -institucional.
- (iv) O Sector Público tem funcionais Pontos Focais de HIV/SIDA que têm a responsabilidade de ajudar a planificar, fazer aprovar, implementar, monitorar e avaliar o Plano Sectorial de Luta contra o SIDA;
- (v) As Nações Unidas têm um grupo técnico de articulação ao nível do sistema cujas deliberações são trazidas à coordenação nacional, dentro do princípio dos Três Uns, pela ONUSIDA;
- (vi) O Governo Americano, como um dos maiores contribuintes da resposta ao SIDA, para além de mecanismos internos de articulação, integra os vários grupos técnicos de trabalho, sendo aí onde procede à coordenação dos seus planos e intenções com os demais intervenientes

O que reforçar para aprimorar a coordenação?

1. É recomendável fazer reflectir os sistemas e modelos de coordenação já consolidados ao nível central, na província e no distrito. Neste última parcela da administração territorial dever -se-á seguir o que dispõe a lei 8/2003, que estabelece os princípios e normas de organização, competências e funcionamento dos órgãos locais do Estado. Com efeito, ao dar impulso ao papel do Distrito na Planificação do desenvolvimento económico social e cultural, esta lei permitiu que se formulassem localmente Planos Estratégicos de Desenvolvimento Distrital (PEDD) e Planos Económicos Sociais e de Orçamento Distrital (PESOD) nos quais o HIV e SIDA é tratado como assunto transversal. Deverá neste contexto ser exercida igualmente a coordenação das acções de luta contra o SIDA.
2. Para a eficácia dos esforços de coordenação é exigível que se estabeleçam normas de obrigatoriedade de respeito aos sistemas de fluxos de informação, de observância das prioridades estratégicas definidas pelo Governo, de inclusividade e direcção única. A retórica dos Três Uns só não é suficientemente comprometedora para este efeito.

Fonte: SE/CNCS, 2009 – Estrutura de Coordenação da Resposta ao HIV e SIDA (Apresentação em Power Point).