Terça-feira, 30 de Dezembro de 2008 I SÉRIE — Número 52

# BOLETIM DA REPÚBLICA

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

# 7.º SUPLEMENTO

## IMPRENSA NACIONAL DE MOÇAMBIQUE

### AVISO

A matéria a publicar no «**Boletim da República**» deve ser remetida em cópia devidamente autenticada, uma por cada assunto, donde conste, além das indicações necessárias para esse efeito, o averbamento seguinte, assinado e autenticado: Para publicação no «**Boletim da República**».

## SUMÁRIO

Conselho de Ministros:

**Resolução n.º 71/2008:**

Atribui à Hidroeléctrica de Cahora Bassa - HCB alvará para abertura e exploração de uma estação emissora de rádio denominada "Rádio Cahora Bassa".

**Resolução n.º 72/2008:**

Atribui à Associação dos Combatentes da Luta de Libertação Nacional alvará para retransmissão do sinal da "Rádio Índico", em Maputo, via satélite e a nível nacional.

**Resolução n.º 73/2008:**

Aprova a Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV.

Ministério da Agricultura:

**Diploma Ministerial n.º 122/2008:**

Aprova o Regulamento Interno do Instituto do Fomento de Caju (INCAJU).

Ministério das Pescas:

**Diploma Ministerial n.º 123/2008:**

Estabelece o período de veda efectiva para a pescaria artesanal de camarão.

## CONSELHO DE MINISTROS

### Resolução n.º 71/2008

**de 30 de Dezembro**

*Nos termos do disposto no artigo 16 do Decreto n.º 9/93*, de 22 de Junho, o Conselho de Ministros determina:

Único. É atribuído à Hidroeléctrica de Cahora Bassa – HCB alvará para abertura e exploração de uma estação emissora de rádio denominada "Rádio Cahora Bassa".

Aprovada pelo Conselho de Ministros, aos 25 de Novembro de 2008.

Publique-se.

A Primeira-Ministra, *Luísa Dias Diogo.*

### Resolução n.º 72/2008

**de 30 de Dezembro**

Nos termos do disposto no artigo 16 do Decreto n.º 9/93, de 22 de Junho, o Conselho de Ministros determina:

Único. É atribuído à Associação dos Combatentes da Luta de Libertação Nacional alvará para retransmissão do sinal da "Rádio Indico", em Maputo, via satélite e a nível nacional.

Aprovada pelo Conselho de Ministros, aos 25 de Novembro de 2008.

Publique-se.

A Primeira-Ministra, *Luísa Dias Diogo.*

### Resolução n.º 73/2008

**de 30 de Dezembro**

Havendo necessidade de orientar a acção do Governo visando à melhoria do estado de saúde da população, ao abrigo do disposto na alínea *i*) do n.º 1 do artigo 204 da Constituição da República, o Conselho de Ministros determina:

Artigo 1. É aprovada a Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV em anexo, que é parte integrante da presente Resolução.

Art. 2. A presente Estratégia constitui instrumento de orientação das acções de todos os Ministérios, em especial o Ministério da Saúde, bem como das acções das instituições públicas ou privadas que contribuem para a saúde da população.

Aprovada pelo Conselho de Ministros, aos 25 de Novembro de 2008.

Publique-se.

A Primeira-Ministra, *Luísa Dias Diogo*.

## Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV

### I. Introdução

Desde que, em 1986, foi registado o primeiro caso de SIDA em Moçambique, o número de casos tem vindo a crescer rapidamente. Até finais de 1992, tinha sido registado um total cumulativo de 662 casos de SIDA, passando de um total de 10963 casos em 1998 para cerca de 1.35 e 1.60 milhões em 2002 e 2007, respectivamente. As estimativas de prevalência do HIV, baseadas nos resultados das Rondas de Vigilância Epidemiológica (RVE) dos anos de 2001 (14%), 2002 (15%), 2004 e 2007 (16%) indicam que a epidemia do SIDA continua a agravar-se no país, ainda que na última RVE se tenham registado sinais de estabilização nas zonas centro e norte. No entanto na zona sul, continuamos a assistir índices de incidência extremamente altos.

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

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

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

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

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

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

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

Áreas Prioritárias de Acção

As Áreas prioritárias de Acção são:

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

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

- A coordenação da resposta à epidemia;
- A comunicação visando a mudança de Comportamento;
- A monitoria e avaliação das acções de prevenção.

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

1.1. Constatações:

*a*) O Aconselhamento e Testagem (AT) é uma componente fundamental para a prevenção do HIV/SIDA visto que é uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento;

*b*) Há falta de recursos humanos qualificados para a provisão de serviços no sector da saúde em geral, seja em quantidade suficiente e qualidade desejável, associada à ausência de conselheiros não médicos integrados no SNS;

*c*) Os princípios básicos que orientam o Aconselhamento e Testagem (Consentimento Informado, Aconselhamento e Confidencialidade) não são compreendidos pela população nem pela maioria dos profissionais de saúde, afectando a qualidade da oferta deste serviço bem como a procura do mesmo pelos cidadãos;

*d*) Há fraca adesão ao teste de HIV, motivada pela superstição, obscurantismo, vergonha e receio face ao resultado e por alguma desinformação;

*e*) Nalgumas comunidades existe o sentimento de que a testagem deve ser obrigatória tendo em conta o carácter de emergência e de epidemia generalizada em que o País se encontra.

1.2. Estratégia

*a*) A promoção da qualidade e da expansão dos serviços de Aconselhamento e Testagem no contexto clínico, nas Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde

(UATS) e na comunidade deve assumir-se como prioritária, integrando o aconselhamento e testagem nas actividades de rotina dos profissionais de saúde, expandindo o aconselhamento e testagem comunitária e potenciando uma comunicação virada à mobilização social para a adesão ao teste, procura de serviços subsequentes e adesão ao tratamento;

*b*) Desenvolver uma estratégia de inclusão de conselheiros não médicos no quadro do Serviço Nacional de Saúde;

*c*) Incluir, na actual Estratégia Nacional de Comunicação para o HIV/SIDA, campanhas de comunicação de massas com vista a promoção dos serviços de Aconselhamento e Testagem e para o conhecimento do estado serológico;

*d*) Implantar um Sistema Nacional de Controlo de Qualidade da Testagem, integrado no controlo de qualidade das actividades de laboratório do Serviço Nacional de Saúde;

*e*) Adequar os grupos de activistas e portadores de mensagens em relação aos grupos alvo ou seja; formar grupos de activistas comunitários compostos por homens e mulheres adultos, por mulheres grávidas e anciãos de modo a tornar mais credível a informação.

*2. Preservativos*

2.1. Constatações:

*a*) Fraco e/ou não uso do preservativo, ligado a questões de discordância entre cônjuges barreiras culturais e religiosas e a posição dominante do homem perante a mulher;

*b*) Fragilidade dos sistemas de gestão e de distribuição do preservativo masculino, sobretudo nas zonas rurais;

*c*) A venda de preservativo diminui o acesso ao mesmo;

*d*) Fraca divulgação e acesso ao preservativo feminino;

*e*) Mensagens inadequadas à realidade dos valores socioculturais, incluindo a não segmentação da comunicação por grupos etários.

2.2. Estratégia

*a*) Elaborar e divulgar um documento orientador para a comunicação e educação sobre o preservativo, devendo assegurar a adequação das mensagens às realidades socioculturais, assim como garantir o respeito à segmentação consoante os grupos alvo;

*b*) Dar prioridade aos corredores de desenvolvimento, como uma das zonas privilegiadas para a divulgação massiva e permanente do preservativo, cobrindo grupos de pessoas de alta mobilidade;

*c*) Melhorar a capacidade logística e de gestão da distribuição de preservativos a todos os níveis, sobretudo nas zonas rurais, através de uma melhor coordenação entre os intervenientes (sectores público, privado e sociedade civil), incluindo distribuição gratuita do preservativo masculino e feminino;

*d*) Criar capacidade técnica e logística para responder à crescente procura de preservativos femininos por algumas organizações femininas e pelas mulheres, como usuárias privilegiadas deste instrumento de prevenção;

*e*) Estabelecer parcerias multissectoriais, para melhorar a condição da mulher, reduzir as relações sexuais por coacção ou violência, e apoiar a integridade familiar entre os trabalhadores emigrantes e com mobilidade;

*f*) Produzir materiais de comunicação apropriados ao contexto moçambicano, tanto para o preservativo masculino, como para o feminino, incluindo material a ser utilizado pelos líderes comunitários e conselheiros dos ritos de iniciação;

*3. Grupos de Alto Risco (GAR)*

3.1. Constatações:

*a*) Falta de uma plataforma estratégica de âmbito nacional, destinada aos Grupos de Alto Risco;

*b*) Existência de intervenções pontuais, sem visão continuada e institucionalizada, com fraco envolvimento das instituições governamentais;

*c*) A falta de definição clara até ao momento, dos GAR, levou a que a maior parte das intervenções específicas fosse concentrada em trabalhadoras de sexo e seus clientes, ficando de lado outros grupos importantes de alto risco;

*d*) Barreiras no acesso à informação e aos serviços de saúde;

*e*) Dificuldade de encaminhamento para aconselhamento, testagem e assistência sanitária e social.

3.2. Estratégia

*a*) Melhorar a coordenação entre as instituições de tutela dos GAR para desenho e harmonização de instrumentos (políticas, estratégias) que facilitem as intervenções sobre estes grupos. As mulheres, crianças e adolescentes, membros das forças de defesa e segurança, profissionais de saúde, professores, reclusos, atletas de alta competição, mineiros, marinheiros e trabalhadoras de sexo, são os que devem merecer prioridade do Governo para intervenções imediatas;

*b*) Assegurar a participação de membros das instituições de tutela dos grupos identificados como de alto risco no grupo de trabalho GAR;

*c*) Assegurar o desenvolvimento de programas e estratégias para a promoção da saúde, incluindo a prevenção de ITS/HIV, para os GAR;

*d*) Em coordenação com os Países vizinhos, estabelecer mecanismos coordenados de controlo, acompanhamento e protecção dos grupos vulneráveis a nível regional;

*e*) Elaborar instrumentos de monitoria e avaliação padronizados para cada grupo de alto risco, de modo a ter um sistema uniforme e compreendido por todos os utilizadores a nível nacional e que permita a tomada de acções futuras com base em evidências, assim como a comparação de resultados entre diferentes áreas geográficas.

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

4.1. Constatações:

*a*) Demora na procura de tratamento pelos doentes com ITS, por desconhecimento e/ou menosprezo dos sinais, sintomas e consequências destas infecções, associados à falta de respeito e de sigilo por parte de alguns profissionais de saúde aliado ao facto de os praticantes da medicina tradicional disseminarem crenças culturais de associação das ITS a questões de ordem espiritual;

*b*) Muitas mulheres têm problemas de abordar os parceiros, receando represálias e agressões como resultado da sua fraca capacidade de negociação;

c) Deficiente ligação entre os diferentes serviços nas unidades sanitárias, com consequentes deficiências no registo, notificação, monitoria e avaliação das actividades desta componente.

4.2. Estratégia:

a) Sensibilizar as comunidades sobre a importância da detecção precoce e tratamento das ITS incluindo os contactos, integrando as actividades de comunicação para as ITS nas estratégias de comunicação para o HIV;

b) Expandir e sistematizar as actividades conjuntas com os praticantes de medicina tradicional e parteiras tradicionais e, desenvolver um sistema de monitoria para estas actividades;

c) Melhorar a coordenação, a todos os níveis, entre o MISAU, MEC e MJD para aumentar a detecção precoce e tratamento das ITS nos jovens e adolescentes;

d) Dar prioridade aos grupos de alto risco no benefício destes serviços;

e) Melhorar os registos, notificação, monitoria e avaliação das ITS, incluindo os contactos.

5. *Circuncisão Masculina*

5.1. Constatações:

a) A evidência de estudos epidemiológicos efectuados, revelou uma redução da transmissão do HIV da mulher para o homem nos casos em que este é circuncidado;

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

5.2. Estratégia

a) Ainda que se reconheça a prova científica sobre o efeito da circuncisão na redução da transmissão do HIV da mulher para o homem, há necessidade de aprofundamento do contributo que esta área poderá prestar à resposta no país, como um elemento adicional aos esforços para a prevenção do HIV e das ITS;

b) Realizar campanhas educativas sobre o tema, envolvendo as autoridades comunitárias, uma vez que se reconhece a sua relação directa com os hábitos e costumes locais;

c) Criar mecanismos para garantir as questões de biossegurança para a circuncisão;

d) Formar os líderes comunitários e responsáveis pelos ritos de iniciação em matéria de prevenção ao HIV.

6. *Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)*

6.1. Constatações:

a) Houve uma rápida expansão do PTV mas as crianças continuam a ser as menos beneficiadas por fraca sensibilidade dos familiares e acompanhantes;

b) Fraco acesso ao TARV para a mulher grávida, agravado pela fraca adesão;

c) Fraca capacidade de monitoria dos serviços prestados.

6.2. Estratégia:

a) Desenhar e implementar intervenções comunitárias para melhorar a percepção sobre a importância da PTV para a saúde da mãe e da criança e sobre o impacto da sobrevivência da mãe no bem-estar familiar, principalmente na educação das crianças:

Estimular a participação dos pais, maridos e sogras nas consultas de Saúde Materno-Infantil (SMI);

Assegurar a ligação sistemática do Serviço Nacional de Saúde com acções tendentes ao empoderamento da mulher, como os grupos de mães, de modo a reduzir a feminização do HIV e melhorar a PTV.

b) Melhorar a coordenação entre os diversos sectores da unidade sanitária para aumentar o acesso ao TARV para a mulher grávida e o seguimento regular da criança exposta;

c) Revitalizar os processos de supervisão formativa regular, incluindo a actualização dos instrumentos para supervisão, definição das actividades e normas orientadoras para supervisão.

7. *Acesso ao Tratamento e Prolongamento de Vidas*

7.1. Constatações:

a) Muitos doentes de SIDA não procuram as unidades sanitárias ou procuram-nas num estado avançado de doença, morrendo pouco depois do internamento, devido ao fraco acesso ao aconselhamento e testagem, apesar de se ter expandido o TARV para todos os distritos e haver disponibilidade de medicamentos de forma gratuita;

b) O tratamento anti-retroviral pode reduzir a infecciosidade e, por conseguinte, a transmissão do HIV, através da redução da quantidade total de vírus nos fluídos do sangue e nas secreções genitais;

c) A disponibilização acrescida da terapia anti-retroviral pode contribuir para a prevenção através da motivação das pessoas a realizarem voluntariamente o aconselhamento e testagem, o que pode resultar num maior aconselhamento preventivo, redução de comportamentos de alto risco e uma menor transmissão;

d) Necessidade de apoio alimentar aos doentes em tratamento e sem fontes de rendimento;

e) Existência de doentes que não tomam regularmente a medicação, que faltam às consultas de controlo ou que abandonam o tratamento. As crianças são as mais afectadas por dependerem das mães e/ou substitutas;

f) Fraca capacidade de identificar e trazer de volta à unidade sanitária os doentes que abandonam o tratamento.

7.2. Estratégia

a) A curto prazo, não expandir o TARV para novos locais, mas concluir a integração do atendimento aos utentes HIV/SIDA no SNS com qualidade, através do fortalecimento da capacidade de formação, supervisão, monitoria e avaliação das Direcções Provinciais de Saúde, em coordenação com os parceiros de implementação;

b) Reforçar a formação dos técnicos de saúde em ética e deontologia profissional, para garantir a confidencialidade;

c) Fortalecer a capacidade das organizações da sociedade civil para realizarem actividades nas comunidades, de modo a assegurar um elevado nível de adesão ao tratamento e, por conseguinte, reduzir as possibilidades de abandono ao tratamento;

*d*) Melhorar o aproveitamento dos recursos existentes para potenciar a componente de nutrição, quer através de promoção de projectos de geração de renda, como de promoção e educação nutricional;

*e*) Aprovar a lei de protecção às PVHS contra a discriminação, passando a considerar a discriminação como um crime público.

*8. Biossegurança*

8.1. Constatações:

*a*) Falta de segurança do sangue e hemoderivados transfundidos nas unidades sanitárias devido a fraca disponibilidade de equipamento de protecção individual, de infra-estruturas e de equipamento para testagem, colheita e conservação do sangue e seus derivados;

*b*) Falta de sistemas centralizados de esterilização nos hospitais provinciais, gerais e distritais;

*c*) Deficiente implementação das normas de Profilaxia Pós-Exposição e fraca notificação e seguimento dos casos de acidentes de Exposição ao HIV;

*d*) Fraca capacidade dos técnicos de laboratório em aconselhar dadores de sangue detectados como positivos para o HIV.

8.2. Estratégia:

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

*b*) Garantir sistemas centralizados de esterilização nos hospitais provinciais, gerais e distritais;

*c*) Melhorar a notificação e seguimento da Profilaxia Pós-Exposição;

*d*) Capacitar os técnicos de laboratório em aconselhamento pós-teste.

*9. Coordenação da Resposta*

9.1. Constatações:

*a*) Fraca coordenação, com tendência para a *projectização* da abordagem do HIV e SIDA aos vários níveis, ao invés de integrar o SIDA nos planos de cada um dos sectores de tutela;

*b*) Fraquezas dos sectores público e privado na mobilização de uma resposta multissectorial dinâmica e efectiva;

*c*) A liderança e acção da sociedade civil é ainda reduzida ao nível central e principalmente ao nível provincial e distrital;

*d*) Capacidade limitada de recursos humanos, a todos os níveis, resultando na falta de pessoal em quantidade e qualidade desejáveis para planificar, implementar e monitorar a maior parte das acções previstas no PEN II;

*e*) Deficiente gestão e partilha de informação a todos os níveis.

9.2. Estratégia:

*a*) Continuar a promover o comando das acções, ao nível da liderança política e da técnica, com base numa abordagem de consenso a nível do Conselho Directivo do CNCS, redefinindo as funções dos núcleos provinciais;

*b*) Reforçar o princípio dos três Uns (Um Único Plano Estratégico, Um Único Sistema de Monitoria e Avaliação e Uma Única Entidade Coordenadora), tornando-se necessária a promoção de uma visão formal e comunitária mais integrada e harmonizada;

*c*) Assegurar e readaptar a capacitação técnica e institucional a todos os níveis, para uma resposta mais efectiva, envolvendo as seguintes áreas: (1) Coordenação da Resposta; (2) Comunicação para a Mudança de Comportamento; e (3) Monitoria e Avaliação;

*d*) Assumir como prioritárias, as seguintes áreas de acção: (1) Aconselhamento e Testagem em Saúde; (2) Disponibilização e Uso do Preservativo; (3) Grupos de Alto Risco; (4) Detecção Precoce e Tratamento das Infecções de Transmissão Sexual (ITS's); (5) Circuncisão Masculina; (6) Prevenção da Transmissão Vertical ou seja da Mãe para o Bebé (PTV); (7) Acesso ao Tratamento e Prolongamento de Vidas; e (8) Biossegurança;

*e*) Eliminar grupos paralelos e não consensuais de coordenação e proceder à sua integração e alinhamento, em fóruns já formalizados, para se providenciar informação programática e financeira dos seus investimentos na área do SIDA e potenciar o sistema integrado de monitoria e avaliação da resposta nacional;

*f*) Vincular todos os actores acreditados no País e que estejam envolvidos na luta contra o SIDA ao uso dos mesmos instrumentos de documentação e informação às autoridades nacionais sobre as suas acções e respeitarem o ciclo programático do Governo;

*g*) A liderança e acção da sociedade civil na coordenação da resposta desde o nível central ao comunitário devem ser sustentáveis.

*10. Comunicação para Mudança de Comportamento*

10.1. Constatações:

*a*) Estudos feitos sobre comportamentos, atitudes e práticas têm revelado um alargamento da cadeia de informação sobre os modos de transmissão e manifestações do SIDA, sem que tal conhecimento se reverta numa real mudança de atitudes e práticas comportamentais para evitar a infecção;

*b*) A comunicação não está direccionada para os padrões de comportamento que estão a alimentar a epidemia;

*c*) A comunicação não consta entre as prioridades das instituições, o que faz com que não haja investimento suficiente no recrutamento e na capacitação de recursos humanos nesta área;

*d*) Fraco envolvimento das comunidades nas intervenções de comunicação;

*e*) As intervenções não levam em consideração as dinâmicas de género no contexto da prevenção do HIV.

10.2. Estratégia:

*a*) Capacitar os professores, líderes comunitários, religiosos tradicionais, decisores das famílias (sogras, tias madrinhas, etc) para serem os principais mensageiros e exemplos nas comunidades, sobre a importância capital da redução de parceiros sexuais como uma das medidas mais efectivas de prevenção do HIV e SIDA;

*b*) Considerar os resultados dos estudos já existentes nas abordagens de comunicação para a prevenção, dando prioridade aos comportamentos e condições que estão

a impulsionar a epidemia do HIV em Moçambique, nomeadamente, a questão de parceiros sexuais múltiplos e simultâneos, o sexo transaccional e o intergeracional e os Grupos de Alto Risco;

*c*) Desenhar e implementar acções que ajudem a ultrapassar os obstáculos de género para uma comunicação mais orientada para a mudança de comportamento;

*d*) Introduzir no currículo escolar do ensino primário e secundário "Habilidades para a Vida". A educação das crianças sobre a sexualidade deve começar na família e na escola;

*e*) Estimular o diálogo permanente entre pais e filhos e outros membros da família, fazendo do lar um espaço privilegiado para os jovens tirarem dúvidas sobre sexo, HIV/SIDA e outros assuntos de interesse;

*f*) A educação de pares deve ser fortalecida sobretudo para os grupos mais sensíveis, tais como idosos, casados, etc.;

*g*) Usar o contacto regular dos doentes em tratamento com a unidade sanitária, para desenvolver acções de prevenção com positivos, nomeadamente, a promoção da mudança de comportamento no seio dos seropositivos e a educação de pares;

*h*) Continuar a estimular a participação activa de seropositivos em actividades de comunicação para a mudança de comportamento;

*i*) Encorajar as organizações a implementarem iniciativas que tenham grande participação da comunidade. Quanto mais localizada e participativa for a intervenção, maior é a probabilidade de se atingir o impacto desejado;

*j*) Estimular um investimento equilibrado e participativo de comunicação, fortemente enraizado na realidade cultural moçambicana e apoiado pelos meios de comunicação de massas, em coordenação com intervenções comunitárias localizadas;

*k*) Realizar debates públicos envolvendo as comunidades e os praticantes de medicina tradicional, dos ritos de iniciação, líderes comunitários e tradicionais para a identificação de melhores práticas de purificação das viúvas;

*l*) Investir na capacitação de recursos humanos em comunicação para a mudança social e em metodologias participativas;

*m*) O CNCS deverá continuar o seu apoio efectivo na Operacionalização da Estratégia de Comunicação nas províncias, coordenando as actividades de monitoria e promovendo o cumprimento dos Planos Provinciais de Comunicação, como parte integrante dos planos operacionais anuais;

*n*) Promover uma monitoria contínua das intervenções de comunicação e uma avaliação do impacto dessas iniciativas para produzir evidências de sucessos e estimular investimentos para a expansão das boas práticas.

*11. Monitoria e Avaliação (M & A)*

11.1. Constatações:

*a*) Lacunas no processo de harmonização de definições, metodologias de cálculo e de interpretação de dados, incluindo os instrumentos de recolha e análise contínua da informação;

*b*) Os implementadores estão apenas preocupados em produzir informação para os seus financiadores e não para visualizar a resposta provincial e nacional;

*c*) As evidências das atitudes comportamentais e do impacto das acções preventivas existentes baseiam-se em estudos não representativos a nível nacional e provincial;

*d*) Alguns indicadores-chave, para a Monitoria e Avaliação da prevenção, ainda não estão integrados nos actuais sistemas (exemplos de grupos de alto risco, prevenção em PVHS).

11.2. Estratégia:

*a*) Desenvolver e usar indicadores-chave sobre a prevenção no Sistema Nacional de Monitoria e Avaliação;

*b*) Fortalecer a capacidade técnica na análise de dados e produção de informação estratégica sobre a prevenção;

*c*) Elaborar um plano operacional de Monitoria e Avaliação multissectorial orçamentado;

*d*) Realizar inquéritos epidemiológicos e comportamentais mais detalhados e regulares, incluindo os estudos já planificados, tais como, INSIDA, BSS+, IRARE;

*e*) Apoiar pesquisas chave para melhorar o entendimento dos condutores da epidemia e intensificação das actividades de prevenção, com especial enfoque para a análise da informação;

*f*) Manter o sistema de acompanhamento dos gastos financeiros em HIV/SIDA em todos os sectores;

*g*) Definir um mecanismo que obrigue todos os implementadores da resposta nacional a prestarem informação programática e financeira das acções da resposta nacional, em geral, e da prevenção, em particular, ao Conselho Nacional de Combate ao SIDA.

## MINISTÉRIO DA AGRICULTURA

### Diploma Ministerial n.º 122/2008

**de 30 de Dezembro**

Tornando-se necessário estabelecer as regras de organização e o funcionamento do Instituto de Fomento do Caju (INCAJU) referidas no n.º 2 do artigo 5 do seu Estatuto Orgânico aprovado pelo Decreto n.º 43/97, de 23 de Dezembro, o Ministro da Agricultura, determina:

1. É aprovado o Regulamento Interno do Instituto de Fomento do Caju (INCAJU), anexo ao presente Diploma Ministerial, do qual faz parte integrante.

2. As regras de organização e funcionamento das delegações do INCAJU constarão de um regulamento específico.

Ministério da Agricultura, em Maputo, 25 de Novembro de 2008. — O Ministro da Agricultura, *Soares Bonhaza Nhaca.*

# Regulamento Interno do Instituto de Fomento do Caju (INCAJU)

ARTIGO 1

**Estrutura**

1. O INCAJU está estruturado em Departamentos e Repartições.

2. Os Chefes de Departamento e de Repartição são nomeados pelo Ministro da Agricultura.

3. Para apoio à Direcção, funcionam junto destes assessores para áreas específicas.

ARTIGO 2

**Departamento de Fomento e Tecnologias**

1. O Departamento de Fomento e Tecnologias tem como funções conceber e implementar programas de fomento e a transmissão de tecnologias junto dos produtores e processadores do caju.

2. O Departamento de Fomento e Tecnologias compreende a Repartição de Fomento e a Repartição de Tecnologias.

ARTIGO 3

**Repartição de Fomento**

A Repartição de Fomento tem como funções:

*a*) Organizar e orientar acções de formação sobre técnicas de cultura do caju;

*b*) Manter os dados relativos a viveiros, incluindo infra-estruturas, capacidade, clones disponíveis e áreas anexas de jardins clonais;

*c*) Apoiar a indústria no estabelecimento das suas plantações;

*d*) Promover o controlo integrado das pragas e doenças do cajueiro;

*e*) Promover a disseminação de tecnologias junto aos produtores;

*f*) Colaborar com as instituições de investigação, fornecendo-lhes os dados resultantes das actividades junto dos produtores;

*g*) Avaliar a viabilidade técnica e económica das tecnologias utilizadas, em junção dos sistemas locais de produção;

*h*) Promover o desenvolvimento do sector privado e de organizações de produtores e outros intervenientes no processamento e comercialização do caju.

ARTIGO 4

**Repartição de Tecnologias**

A Repartição de Tecnologias tem como funções:

*a*) Promover a introdução de variedades melhoradas de cajueiro junto aos produtores;

*b*) Promover programas de investigação aplicada, a serem executados em parceria com instituições de investigação e de ensino, com o sector privado e organizações não-governamentais;

*c*) Manter ligações com as instituições congéneres dos países produtores de caju, a nível regional e internacional;

*d*) Avaliar a viabilidade técnica e economica das tecnologias de processamento do caju e der vados;

*e*) Divulgar informação técnica relativa ao processamento de caju e derivados.

ARTIGO 5

**Departamento de Economia**

1. O Departamento de Economia tem como funções propor políticas, estratégias e incentivos para o desenvolvimento da cadeia de produto e valor do agro-negócio do caju e avaliar o impacto da sua implementação.

2. O Departamento de Economia compreende a Repartição de Estudos e Projectos e a Repartição de Análise Económica e Indústria.

ARTIGO 6

**Repartição de Estudos e Projectos**

A Repartição de Estudos e Projectos tem como funções:

*a*) Propor políticas, estratégias e incentivos para o desenvolvimento do agro-negócio do caju;

*b*) Propor políticas e estratégias de comercialização da castanha de caju e seus derivados, em coordenação com as entidades envolvidas na sua produção, comercialização e industrialização;

*c*) Emitir pareceres sobre projectos de investimento submetidos pelos parceiros;

*d*) Apoiar os potenciais investidores na concepção de projectos ligados à cultura.

ARTIGO 7

**Repartição de Análise Económica e Indústria**

A Repartição de Análise Económica e Indústria tem como funções:

*a*) Fazer a monitoria e avaliação das actividades de produção e comercialização da castanha de caju;

*b*) Avaliar o desempenho socio-económico da cultura do caju no sistema de produção e na renda das famílias produtoras e na economia nacional;

*c*) Avaliar a viabilidade e o impacto socio-económico da indústria de processamento da castanha de caju e do falso fruto;

*d*) Analisar o impacto socio-económico das actividades desenvolvidas pelos parceiros e no âmbito de contratos estabelecidos;

*e*) Apoiar a indústria nacional de processamento da castanha e do falso fruto;

*f*) Manter a informação e análise estatística sobre o desempenho da indústria de processamento incluindo o volume de compra de castanha bruta, processamento, venda de amêndoa, preços e pessoal empregue.

ARTIGO 8

**Departamento de Administração e Finanças**

1. O Departamento de Administração e Finanças tem como funções, propor mecanismos de captação de receitas e assegurar o funcionamento do INCAJU.

2. O Departamento de Administração e Finanças compreende a Repartição de Administração e a Repartição de Finanças.

ARTIGO 9

**Repartição de Administração**

A Repartição de Administração e tem como funções:

*a*) Assegurar o cumprimento das normas de organização e funcionamento aplicáveis ao INCAJU;

*b*) Garantir o expediente e o apoio administrativo necessário;

*c*) Programar, coordenar e supervisionar as actividades do pessoal de apoio;

*d*) Gerir o património do INCAJU;

*e*) Assegurar a comunicação entre a direcção e o público e outras entidades.

ARTIGO 10

**Repartição de Finanças**

A Repartição de Finanças tem como funções:

*a*) Preparar e executar o Orçamento do INCAJU;

*b*) Fazer a escrituração em conformidade com as normas aplicáveis;

*c*) Assegurar a prestação de contas, incluindo balancetes e relatórios financeiros com a periodicidade estipulada nas normas aplicáveis;

*d*) Elaborar os planos de tesouraria, efectuar recebimentos e pagamentos;

*e*) Gerir o fundo de maneio.

ARTIGO 11

**Repartição de Recursos Humanos**

A Repartição de Recursos Humanos subordina-se à Direcção do INCAJU e tem como funções:

*a*) Assegurar o cumprimento do Estatuto Geral dos Funcionários do Estado;

*b*) Gerir os recursos humanos do INCAJU;

*c*) Participar no processo de recrutamento e selecção do pessoal e na sua formação e avaliação;

*d*) Assegurar o cumprimento das normas de higiene e segurança no trabalho.

## MINISTÉRIO DAS PESCAS

### Diploma Ministerial n.º 123/2007

**de 30 de Dezembro**

Nos termos da alínea *a*) do artigo 35 da Lei n.º 3/90, de 26 de Setembro, que aprova a Lei das Pescas, conjugado com o artigo 115 e alínea *d*) do artigo 9, todos do Decreto n.º 43/2003, de 10 de Dezembro, que aprova o Regulamento Geral da Pesca Marítima, o Ministro das Pescas, com vista a assegurar a preservação dos recursos pesqueiros e tendo em consideração a necessidade de estabelecimento do período de veda para pescaria artesanal do camarão para o ano 2008, no Banco de Sofala, determina:

1. É estabelecido o período de veda efectiva para a pescaria artesanal de camarão de arrasto para praia nas seguintes zonas:

*a*) Entre os paralelos 16° Sul e 19° 47' Sul, durante o período de 1 a 31 de Janeiro de 2009, inclusive;

*b*) Entre as coordenadas que se estendem da costa até uma linha que une o ponto 19°47, Sul e 35° 00' Este, com o ponto 21° 00' Sul e 35° 11' Este, durante o período de 1 a 31 de Janeiro de 2009, inclusive.

2. A proibição do exercício da pesca abrange, igualmente, a pesca de arrasto para terra exercida manualmente pelos pescadores artesanais na zona costeira dos Distritos de Angoche e Moma.

3. O não cumprimento das disposições do presente Diploma Ministerial implicará a revogação da licença de pesca, sem prejuízo das sanções estabelecidas na legislação pesqueira para tais infracções.

4. As dúvidas que surgirem na aplicação do presente Diploma Ministerial serão esclarecidas pela Direcção Nacional da Administração Pesqueira.

Ministério das Pescas, em Maputo, 8 de Dezembro de 2008. — O Ministro das Pescas, *Cadmiel Filiane Mutemba.*

Preço — 4,00 MT

IMPRENSA NACIONAL DE MOÇAMBIQUE