

**PREPARACÃO DO SEGUNDO INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE
SAÚDE REPRODUTIVA (IDSR-II) EM CABO VERDE**

VISITA DE ESTUDO AO MALI

RELATÓRIO

**Dra Jaqueline Pereira, PLS, Ministério da Saúde
Dr René Charles Silva, INE**

Julho de 2003

Introdução

De 26 a 28 de Maio de 2003 decorreu em Bamako - Mali uma visita de estudo, enquadrada na preparação do IDSR II e do estudo da Seroprevalência do VIH em Cabo Verde. A missão foi realizada por René Charles Silva, Demógrafo, Responsável pela Direcção das Estatísticas Demográficas e Sociais do INE e Jaqueline Pereira, médica, Directora do PNLS/Ministério da Saúde.

A visita foi organizada pela Célula de Planificação e de Estatística do Ministério da Saúde (CPS/MS) e pela Direcção Nacional da Estatística e da Informática do Ministério da Economia e Finanças do Mali (DNSI) ao pedido do INE e da Direcção Geral da Saúde (DGS) de Cabo Verde.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer uma vez mais a DNSI e a CPS/MS pela disponibilidade logística e humana que puseram ao nosso serviço para que a missão se realizasse nas melhores condições.

Enquadramento

No Plano Estratégico Nacional de luta contra a SIDA 2002-2006 está previsto a realização de um inquérito para o VIH de segunda geração, ou seja, um inquérito que estude a prevalência do VIH no país dando uma dimensão real da epidemia, e que também estude os comportamentos que sustentam essa epidemia.

O Ministério da Saúde realizou um Inquérito Nacional de Seroprevalência do VIH em 1988 e o INE tem a experiência de realização do IDSR I em 1998. No entanto a junção de ambos num único Inquérito é nova. As vantagens são reconhecidas internacionalmente e a nível nacional a saber :

1. Apesar dos postos sentinela serem a espinha dorsal da vigilância do VIH nos países de epidemia generalizada, os inquéritos nacionais de seroprevalência servem para calibrar e validar os dados dos primeiros e em particular para determinar o rácio masculino/feminino.
2. A junção dos 2 inquéritos permite obter dados da seroprevalência e dados comportamentais na mesma amostra.

Sendo o Mali o primeiro país a ter realizado com sucesso estes dois inquéritos de forma conjunta, ser um país com o qual o INE tem boas relações de trabalho, privilegiou-se esta deslocação tendo como objectivos principais a troca de experiência, centrando-se sobre os problemas encontrados na conjugação do IDSR e o VIH, recursos envolvidos e resultados obtidos.

A missão tinha como objectivos específicos:

1. a recolha de elementos ligados á realização do EDS-III a nível técnico, laboratorial, da sensibilização, da ética e da confidencialidade, etc., a serem apresentados e discutidos num Atelier de preparação do Inquérito em Cabo Verde
2. a recolha de informações sobre a Constituição e a formação das equipas do terreno
3. a recolha de informações sobre aspectos logísticos (planeamento, orçamento,...)
4. ter acesso a documentação relevante
5. conhecer os principais constrangimentos encontrados e as soluções adoptadas
6. conhecer os principais resultados obtidos

Instituições visitadas, pessoas encontradas

A missão trabalhou em estreita colaboração com : (i) o Dr. Isaka NIAMBELE, chefe da Divisão de Estatística e Documentação da CPS/MS enquanto director técnico adjunto do EDS-III; (ii) o Sr Souleymane BA, chefe-adjunto da divisão População da DNSI enquanto director técnico do EDS-III; (iii) Pr Flabou BOUGOUDOGO, Director do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde Publico (INRSP) responsável da análise laboratorial do VIH.

A missão encontrou também o Sr Mamadou B. BALLO Director de CPS/MS, e Director do EDS-III; o Sr Seydou M. TRAORE Director adjunto da DNSI e Director adjunto do EDS-III, o Chefe da divisão População, DNSI; o Director do Centro nacional de Informação, Educação e Comunicação para a Saúde (CNIECS) ; a representante da CDC.

O Engenheiro Francisco Tavares acompanhou a equipa no primeiro dia, tendo introduzido a missão junto do Director adjunto da DNSI e no último dia apresentou os agradecimentos e discutiu alguns aspectos com o Director da CPS/MS e a equipa de acompanhamento.

1. Generalidade sobre o EDS do Mali

1.1. Quadro Institucional

O terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde do Mali (EDS-III) foi realizado pela Célula de Planificação e de Estatística do Ministério da Saúde (CPS/MS) e pela Direcção Nacional da Estatística e da Informática do Ministério da Economia e Finanças (DNSI) com a assistência técnica da ORC Macro, inserida no quadro do Plano Decenal de Desenvolvimento Sanitário do país (1998-2007) e no Programa Quinquenal de Desenvolvimento Sanitário e Social (1998-2002).

A inovação provem do facto de que o EDS-III permitiu medir a prevalência da anemia e do VIH/SIDA ao nível nacional. De inicio a idealização destes inquéritos foram separadas mas num dado momento pensaram em unir o EDS com o teste da anemia. E porque as primeiras gotas de sangue não eram adequadas para se determinar a Hemoglobina pensaram em aproveitá-las para o teste do VIH.

O financiamento do inquérito proveio da USAID, do UNFPA, do UNICEF, do Banco Mundial e do Estado do Mali.

A realização do Inquérito foi aprovada por Concelho de Ministros.

1.2. Pessoal envolvido no EDS

Para a realização do EDS-III foi criada uma direcção nacional do EDS-III e uma direcção técnica constituídas por um director geral, um director técnico cada um assistido por vice-directores. A direcção técnica beneficiou da assistência por parte de um consultor residente recrutado pela ORC Macro.

Ainda no quadro do EDS-III foram recrutados:

- Para a actualização da cartografia, 24 agentes;

- Um efectivo de 14 agentes de digitação, 2 editores, 4 agentes verificadores, 4 agentes de codificação, um contabilista e uma secretária;
- Para a recolha dos dados no terreno: 8 supervisores, 25 chefes de equipe, 25 controladores e 75 inquiridores e 25 condutores;
- Pessoal de saúde para a formação (10);
- Pessoal de laboratório para o teste do VIH/Sida (11)
- 2 informáticos para o tratamento dos dados;
- Pessoal internacional de ORC Macro e Control for Disease Control and Prevention (CDC) que apoiaram os técnicos nacionais na realização do plano de sondagem, na concepção dos questionários, na formação do pessoal de terreno, no tratamento e análise dos dados, na edição, ...

1.3. Calendário das actividades

- Cartografia (identificação e contagem) dos agregados familiares seleccionados conforme à amostra : Julho a Setembro 2000;
- Inquérito piloto : Setembro de 2000;
- Estudo piloto sobre a aceitabilidade do teste de HIV: 8 a 10 de dezembro 2000;
- Recolha dos dados no terreno : Janeiro a Maio de 2001;
- Publicação dos resultados : Outubro de 2002.

1.4. Protocolo ético

Um dos aspectos essenciais da realização do EDS-III foi a validação do protocolo relativo á introdução do teste do HIV por um comité de ética.

Para o EDS-III foi o Comité de Ética da Faculdade de Medicina, de Farmácia e Odontologia da Universidade do Mali que deu o seu acordo. Todavia o mesmo exigiu :

- A transmissão do protocolo técnico do inquérito ao Comité de Ética e o consentimento voluntário do inquirido;
- Que a população fosse informada sobre o aspecto referente ao teste do HIV no quadro do EDS;
- A possibilidade para as pessoas que o desejassem, de conhecer o seu estatuto de seropositividade;
- A possibilidade pelo Comité de Ética de fazer visitas no terreno durante o inquérito.

Sendo a Macro o parceiro técnico na realização do inquérito, era essencial para o Ministério da Saúde ter a autorização sobre a introdução do teste do HIV no Institutional Review Board (IRD) da Macro.

As condições acima referidas permitiram:

- A elaboração das fichas (texto) de consentimento pela Macro e pela CDC, e a aprovação do mesmo pelo Ministério da Saúde;
- A tomada de medidas relativas á confidencialidade dos resultados do teste. O teste foi anónimo e apenas um numero aleatório de identificação individual foi ligado á amostra de sangue. Não foi digitado nenhum nome na base dos dados.

2. Aspectos técnicos

2.1. Metodologia/Amostra

- Um total de 13 717 agregados familiares foram seleccionados dos quais 12 617 foram identificados e 12 331 inquiridos numa população total de 9 810 912 habitantes (Censo 1998) ;
- Um efectivo de 13 543 mulheres de 15-49 anos foram identificadas nas quais 12 849 foram inquiridas sendo uma taxa de resposta de 94,9%;
- Os homens foram seleccionados em um terço dos agregados familiares inquiridos sendo um efectivo de 4 062 ilegíveis (com idade entre 15 e 59 anos) nos quais 3 405 foram entrevistados representando uma taxa de resposta de 83,8%;
- Para o HIV foram testados 3 882 mulheres e 3 069 homens sendo um total de 6 951 pessoas. As taxas de cobertura para o teste de HIV foram de 80,7% para ambos os sexos, 85,2% para as mulheres e 75,6% para os homens. A análise laboratorial fez-se durante 4 meses.

Em relação ao teste do HIV, a todos os homens entrevistados e a todas as mulheres ilegíveis que pertenciam aos agregados em que os homens foram seleccionados (1/3 do total dos agregados) foram-lhes solicitados que fizessem o teste. De maneira geral a recolha de sangue foi efectuada depois da entrevista.

Para o teste da anemia, os mesmos homens e mulheres submetidos ao teste do VIH foram seleccionados e também as crianças com menos de 6 anos de idade encontradas nos agregados (dos homens seleccionados).

Para o teste da anemia o resultado foi comunicado imediatamente no terreno, ao contrario do teste para o HIV.

2.2. Questionários e fichas

Foram elaborados:

- Um questionário do agregado familiar;
- Um questionário individual mulher;
- Um questionário individual homem;
- Um questionário sobre a disponibilidade de serviços comunitários de saúde.

Para o teste do HIV, foram elaboradas:

- Uma carta de consentimento individual;
- Uma ficha (de cor amarela) que compreende um número aleatório de identificação individual, a idade, o sexo e o número do cacho (conglomerado) do indivíduo;
- Uma ficha (de cor verde) destinada aos individuos ilegíveis que aceitassem ou recusassem o teste para o HIV. Essa ficha permitia (no fim do inquérito) á pessoa saber o seu estatuto em relação ao HIV, num centro de saúde apropriado e beneficiar de aconselhamento gratuito. Essa ficha também tinha o numero individual e permitia medir a “taxa de regresso” dos individuos.

Para o teste de anemia foi feita uma ficha de consentimento do indivíduo cujo tratamento permitia medir a taxa da cobertura do teste para a hemoglobina.

2.3. Formação dos agentes de terreno

Foi dispensada durante 4 semanas uma formação teórica e prática aos agentes de terreno (supervisores, chefes de equipe, controladoras e inquiridores). Participaram também nesta formação diferentes especialistas trabalhando nos domínios do Planeamento Familiar, vacinação, nutrição, e SIDA.

No que diz respeito à recolha de sangue para o teste para a hemoglobina e para o HIV a formação dos agentes foi assumida por especialistas nacionais e 2 experts da CDC e da Macro.

Antes do início das operações de terreno, uma formação complementar foi dispensada aos inquiridores insistindo sobre o consentimento voluntário do indivíduo em relação ao teste para o HIV.

2.4. Inquérito piloto

Um inquérito piloto (pré-teste) foi realizado em setembro de 2000, com uma duração de 10 dias.

2.5. Estudo piloto sobre a aceitabilidade do teste para o HIV num Inquérito Demográfico e de Saúde

Um mês antes do início do inquérito foi realizado um estudo sobre a viabilidade do inquérito no que diz respeito à aceitabilidade do teste para o VIH pelos indivíduos e a incorporação do mesmo no EDS.

O tamanho da amostra foi de 368 mulheres de 15-49 anos e homens de 15-59 anos. Segundo os resultados, 86,9 % das mulheres aceitaram ser entrevistadas e 73,8 % fazer o teste de VIH, enquanto que nos homens essas proporções foram respectivamente de 49,2% e 60,5%.

Essas proporções foram influenciadas pelo facto do estudo ter sido realizado durante o período do Ramadã (quaresma). Todavia, um estudo qualitativo mostrou que o teste do HIV foi aceite pelos indivíduos e comunidades. Em conclusão, o estudo mostrou que no Mali o teste do HIV não foi um obstáculo para a participação dos indivíduos nem criou uma má impressão do EDS.

Segundo a Macro, um tal estudo deve ser considerado no quadro de um inquérito IDSR/VIH para determinar a viabilidade e a aceitabilidade da introdução do teste do HIV no IDSR (Macro, 2001, p. 11).

2.6. Recolha dos dados (constituição das equipas de terreno)

As equipas de terreno (25) eram constituídas cada uma de:

- Um chefe de equipa para administrar o questionário homem;

- Uma controladora encarregada da recolha de sangue (médica, enfermeira, parteira, técnico de laboratório);
- Três inquiridoras;
- Um condutor.

Segundo a direcção técnica do EDS não era necessário, para a recolha de sangue, que fosse um agente formado na área da Saúde, visto que o protocolo técnico adoptado era muito simples, embora necessitasse por parte do agente o respeito das diferentes etapas na recolha do sangue.

As equipas de terreno trabalharam sob a supervisão de 8 supervisores que periodicamente (10 a 20 dias) recuperavam os questionários e as amostras de sangue.

2.7. Coordenação do trabalho entre a direcção técnica e o laboratório

A coordenação das diferentes operações constitui um ponto crucial para garantir o sucesso do EDS/HIV. Aachamos relevante destacar os seguintes pontos:

- A recuperação periódica dos questionários e amostras de sangue pela equipe de supervisão (10-20 dias de intervalo);
- Para o controlo e a coordenação entre a Direcção Técnica e o laboratório de análise, foi concebida uma base de dados sobre os indivíduos ilegíveis para o teste do HIV antes de encaminhar as amostras de sangue ao laboratório de análise. Essa base era constituída a nível da direcção técnica a partir das variáveis da ficha amarela e da aceitação ou recusa do teste do HIV pelo indivíduo. Portanto permitia calcular a taxa de cobertura para o teste do HIV. A base de dados podia ser completada com os resultados de laboratório sobre a seropositividade ao VIH especificando o tipo de vírus (VIH-1 ou VIH-2) e o Subtipo O;
- Os resultados de laboratório uma vez disponíveis, foram enviados á Direcção Técnica do EDS para a actualização da base de dados no que tocava ao estatuto em relação ao **VIH** dos indivíduos. No Mali, o laboratório de bacterio-virologia do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde Publica (INRSP) foi a entidade que fez os testes do HIV, enviou por suporte electrónico apenas os resultados positivos, especificando o numero individual de identificação, a idade, o sexo, o número de cacho (conglomerado), o estatuto para o tipo do vírus e o Subtipo-O. A actualização da base de dados sobre o HIV com os resultados assim como a gestão da informação foi assumida apenas pela direcção técnica.

2.8. Tratamento e análise dos dados

O tratamento dos dados (questionários, HIV) assim como a análise foram feitos com a assistência técnica da Macro e da CDC.

3. Vertente HIV

- Material utilizado: no terreno utilizaram-se unidades individuais de plástico de fecho hermético, designados “Zip Bloc”, que continham, para cada inquirido, uma carta de

consentimento, um cartão amarelo para recolha de informações gerais (número de identificação individual aleatório; idade; sexo; número do Grape), um cartão verde para aqueles que quisessem posteriormente conhecer o seu seroestatuto para o HIV e uma unidade de papel de filtro para recolha de 2 ou 3 gotas de sangue. Para a punção dactilar utilizou-se um pequeno disparador com agulha retractável.

- Recolha da amostra de sangue: era feita pela controladora, após ter aplicado o questionário comportamental e ter lido a carta de consentimento ou explicado o seu conteúdo ao inquirido. Se este aceitava fazer o teste, a carta de consentimento era assinada só pelo inquiridor embora estivesse previsto num início que também o inquirido assinasse. Entretanto devido á elevada taxa de analfabetismo, assim não se fez. O consentimento nos indivíduos de 15 e 16 anos era dado pelos pais. A controladora utilizava luvas descartáveis para cada inquirido e material de assepsia da pele. Aplicava o disparador sobre um dedo do inquirido e recolhia no mínimo duas gotas de sangue de modo a preencher pelo menos dois de três círculos marcados sobre a tira de papel de filtro. Este ficava á temperatura ambiente para secagem completa e depois era guardado dentro do “Zip Bloc”, também á temperatura ambiente, podendo assim ficar por vários meses.
- Gestão dos resíduos médicos: todo o material contaminado (luvas, algodões e disparadores) eram guardados em sacos de plástico comuns, e enviados diariamente para incineração, quando no local isso era possível, ou então queimados no local pelo condutor da equipa.
- Análise serológica (equipe, teste, arquivagem dos resultados, ...): as amostras de sangue eram enviadas a um único laboratório onde eram testados. Os procedimentos a este nível eram os seguintes:
 - a) As amostras recebidas eram registadas num livro: para cada inquirido foram registadas as mesmas variáveis da ficha amarela (número individual de identificação, a idade, o sexo, o número do cacho (conglomerado) e também informação sobre a recolha de sangue (feito ou não), o aliquot (1 disco=150microlitros); os resultados de laboratório sobre a seropositividade ao VIH especificando o tipo de vírus (VIH-1 ou VIH-2) e o Subtipo O;
 - b) Eram cortados, com a ajuda de um perfurador, pequenos discos de 6 mm de diâmetro (e não 8 como vem no relatório preliminar do EDS Mali) sobre o sangue seco no papel de filtro; depois o sangue era diluído utilizando uma solução Tampão PBS (150 microlitros/disco); para cada papel de filtro poder-se-ia fazer entre 1 a 4 discos. De seguida a amostra passava uma hora num agitador, logo para uma centrifuga durante 5 minutos a 3000 rotações/minuto e recolhia-se o sobrenadante para o teste do VIH.
 - c) O algoritmo utilizado foi o seguinte:
 - Murex 1.2.0. para todas as amostras de sangue
 - Vironostika para os que resultaram positivos para o primeiro teste
 - Grenscreen para casos discordantes
 - Western Blot para nova confirmação dos positivos concordantes entre o Murex e o Vironostika e os discordantes positivos ao Grenscreen.

No entanto reconhecem que não era necessário 4 testes (3 ELISA e 1 Western Blot), sendo o Western Blot bastante caro, e que o fizeram porque sendo o primeiro país a realizar este tipo de estudo, sentiram a necessidade de munir-se de todas as precauções possíveis para que os resultados não pudessem ser tecnicamente contestados. Embora não tenham feito uso do algoritmo em vigor no país recomendam que se utilizem esquemas aprovados e em uso no país.

Os papéis de filtro eram conservados dentro dos plásticos individuais, á temperatura ambiente, em caixas improvisadas para o efeito até serem testadas. Algumas amostras de sangue em papel de filtro eram rejeitadas quando a quantidade recolhida não era suficiente (menos de 2 rodelaas preenchidas por pessoa, ou sangue que não impregnava ambos os lados das rodelaas do papel de filtro).

Os soros não testados por estar-se á espera de juntar um número suficiente para se fazer o teste ELISA eram congelados.

Todos os soros testados eram guardados na seroteca, independentemente do resultado.

A equipa do laboratório era constituída de 11 pessoas divididas em 2 sub-equipas (4 para fazerem as perfurações aos papéis de filtro, 4 para fazerem a agitação, centrifugação e os testes, 2 controladores e 1 controlador que fazia o trabalho no laboratório e ia ao terreno verificar se a colheita de sangue estava a ser correctamente feita).

O laboratório trabalhou em paralelo com as equipas do terreno e toda a manipulação no laboratório demorou 4 meses.

- Controlo de qualidade
 - a) interno: enviaram-se 60 amostras, sendo 50 negativos e 10 positivos ao laboratório do Centro Nacional de Transusão Sanguínea do Mali (CNTS).
 - b) externo: as mesmas amostras de soros utilizadas no controle de qualidade interno foram enviadas á CDC. Os resultados do controlo interno e do controlo externo foram enviados à direcção técnica para confrontação.
- Aconselhamento e despistagem anónima, gratuita e voluntária para inquiridos que quisessem saber o seu seroestatuto: o Ministério da Saúde, com o apoio de ONGs locais, formou equipas de 3 pessoas em cada Distrito onde as equipas do inquérito iam trabalhar, utilizando voluntários da própria zona. As pessoas inquiridas apresentavam-se nesses centros com o cartão verde, que lhes dava direito a serviços de aconselhamento e á testagem para o VIH com testes rápidos, gratuitos. Nesses serviços deveriam ser preenchidos fichas para o controle da procura do resultado do teste, informação esta que não foi conseguida, por não colaboração dessas equipas no registo. Os centros de aconselhamento e despistagem funcionaram até um ano depois de concluída a recolha no terreno e desactivadas posteriormente, tendo-se perdido a capacidade até então adquirida.

4. Informação- Educação- Comunicação (IEC)

A sensibilização sobre o EDS-III foi assumida pelo Centro Nacional de Informação, Educação e Comunicação para a Saúde (CNIECS) do Ministério da Saúde. Foram elaborados 2 tipos de spots (radio, televisão):

- sobre o EDS de maneira geral;
- sobre a vertente HIV, especificando o carácter voluntário do teste e a possibilidade para os indivíduos de saberem gratuitamente o seu estatuto em relação ao VIH.

A difusão dos spots fez-se uma semana antes do início da recolha e de forma intensiva (de 2 em 2 dias) durante um mês.

A sensibilização no terreno beneficiou da colaboração dos líderes comunitários. No meio urbano foram utilizados cartazes.

6. Principais conclusões e recomendações

- A necessidade da criação de um comité de ética mesmo que transitório;
- Escolher o tipo de teste de HIV, de preferência utilizando os algoritmos adoptados e em uso no país;
- Não são necessários utilizar 4 testes para determinar a seroprevalência do HIV e de preferência devem-se utilizar os algoritmos aprovados e em uso no país.

A visita de estudo foi muito importante porque permitiu-nos:

- Conhecer uma experiência de sucesso na realização conjunta dum IDSR e Inquérito de Seroprevalência do VIH e verificado que os motivos que levaram os técnicos do Mali a fazerem esta escolha são os mesmos que temos neste momento.
- verificar no terreno alguns constrangimentos que não aparecem nos relatórios como algum monopólio de parceiros e consequente perda da possibilidade de capacitação de técnicos nacionais, a perda de ganhos como das equipas de aconselhamento e despistagem anónima e voluntária, detalhes técnicos importantes na manipulação das amostras de sangue.

ANEXOS:

1. Programa da missão
2. Material recolhido
3. Lista de pessoas encontradas e contactos

1. PROGRAMA DA MISSÃO

Segunda- feira, 26 de Maio	Terça-feira, 27 de Maio	Quarta-feira, 28 de Maio
8 a 9 H: Apresentação da missão na DNSI	8 a 9.30 H: trabalho com o Director da CPS/MS- Ministério da Saúde	8 a 12 Sessão de trabalho com a equipa de acompanhamento no CPS/MS
10.00 a 15.30 Introdução na CPS/MS do Ministério da Saúde, sessão de trabalho com a equipa de Acompanhamento e do director do INRSP; recolha das primeiras documentações e elaboração do calendário de trabalho	9.30 a 11.00H: sessão de trabalho na unidade de informática da DNSI 11 a 12 H: Sessão de trabalho no CНИЕCS 12 a 13 H: Sessão de trabalho na representação local da CDC no Mali 13. a 16 H: sessão de trabalho no laboratório do INRSP	12 a 13 H: Encontro com o director do CНИЕCS 13 a 15.30: Conclusão dos trabalhos

2. MATERIAL RECOLHIDO:

Designação	Quantidade
1. Relatório do EDS-III , MALI	2
2. Estudo de feseabilidade (Report of study on feasibility of demographic and health survey integrated with anaemia and HIV testing)	1
3. Unidade completa de plástico para recolha no terreno da amostra de sangue para o VIH que contem: 1 carta de consentimento, 1 cartão verde, 1 cartão amarelo, 1 tira de papel de filtro	1
4. Disparadores	
5. Papel de filtro com várias tiras individuais	1
6. Furador (estragado)	1
7. Ficha de encaminhamento de pessoas inquiridas com baixa taxa de Hb (1 página)	1
8. Protocole d'extraction de serums a partir des confettis de papier filtre (1 página)	
9. Prospecto de um teste rápido para a Sífilis em uso pela primeira vez num Inquérito em curso no Mali (Determine – Syphilis TP)	1
10. Protocolo entre o Governo e Macro	
11. Etude intégrée sur la prévalence des IST et les comportements sexuels (ISBS) dans les “lieux à haut risque” du Mali	
12. Ficheiros em suporte electrónico. Conteúdo, disquete 1 de 2:	2 disquetes
I. Besoins equipments (2 páginas- é uma lista das necessidades de equipamentos para o terreno)	
II. EDS_Suivi (1 página – ficha para a recolha de dados dos inquiridos que procuraram os serviços de aconselhamento)	
III. Manuele Enqueteur 3 (126 páginas – manual de instruções para os	

- inquiridores)
- IV. Plan de presentation IST-VIH-EDSM3 (1 página – folha resumo de uma apresentação)
 - V. VCT-Comunique3 (1 página – rascunho de nota informativa sobre serviços VCT)
 - VI. CONSEN1 (1 página – carta de consentimento)
 - VII. MANUELcheféquip (47 páginas – manual de instruções do chefe de equipa e da controladora)
 - VIII. MANUEL Supervision 2 (17 páginas – manual de instruções para a supervisão)
 - IX. Cout VIH – EDSM III (1 página – documento em excell com custos dos equipamentos do laboratório VIH e para a sensibilização e pagamento de técnicos)
 - X. Presentation VIHSIDA FORMATION enquetePri (5 páginas – resumo esquema de uma apresentação sobre generalidades sobre VIH/SIDA)
 - XI. Matériels et reactifs VIH-edsm-III (1 página – documento em excell com estimativa de material necessário)
- Conteúdo disquete 2 de 2:
- I. Test-EDSM-3-VIH (9 páginas – questionário utilizado no estudo sobre a fessabilidade da inclusão da serologia do VIH no EDS III.

3. LISTA DE PESSOAS ENCONTRADAS E CONTACTOS:

Nome	Instituição	Telefone	fax	E-mail
Dr Isaka Niambele	CPS/MS, BP 2075	23 27 25	223 27 26	isakaniambele@hotmail.com
M.Mamadou Ballo	CPS/MS, BP 2075	23 27 25	223 27 26	
Sr. Souleymane Ba	DNSI, BP 12	221 52 85	222 7145	soule@yahoo.fr
Sr. Seydou Traoré	DNSI, BP 12	221 52 85	222 7145	
Sr Abdoulaye Coulibaly	DNSI, BP 12	221 52 85 222 54 93 675 35 51	222 7145	
Pr Flabou Bougoudogo	INRSP, BP 1771	221 43 20	221 19 99	inrsp@spider.toolnet.org
Director do CNIEC	CNIECS			