



**ESTRATÉGIA REGIONAL
DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO E
CUIDADOS DO VIH E SIDA E SAÚDE E
DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS
ENTRE AS PRINCIPAIS POPULAÇÕES**

Southern African Development Community (SADC) Secretariat
Plot 54385 CBD Square
Private/Bag 0095
Gaborone, Botswana
Tel.: +267 395 1863
Email: prinfo@sadc.int
Website: www.sadc.int

©SADC, 2018

ISBN: 978-99968-435-2-5

A informação contida nesta publicação pode ser reproduzida, utilizada e partilhada com o pleno conhecimento da editora, a SADC.

Citação: «Estratégia Regional de Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH SIDA e Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre as Principais Populações»

Breve Nota sobre a SADC

A Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) é uma organização fundada e mantida por países da África Austral com o objectivo de promover a cooperação socioeconómica, política e de segurança entre os seus Estados-Membros e promover a integração regional, a fim de alcançar a paz, a estabilidade e a riqueza. Os Estados-Membros da SADC são Angola, Botswana, República Democrática do Congo, União das Comores, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Seychelles, África do Sul, Suazilândia, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.

Concepção: Ian Mungall.



**ESTRATÉGIA REGIONAL DE PREVENÇÃO,
TRATAMENTO E CUIDADOS DO VIH E
SIDA E SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS
E REPRODUTIVOS DAS PRINCIPAIS
POPULAÇÕES**

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
PREFÁCIO	4
ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS	5
GLOSSÁRIO DE TERMOS	6
1. INTRODUÇÃO	8
2. CONTEXTO	10
3. PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA	12
4. PRINCÍPIOS ORIENTADORES	14
5. BARREIRAS QUE AS PRINCIPAIS POPULAÇÕES ENFRENTAM	16
6. JUSTIFICAÇÃO LÓGICA PARA A ESTRATÉGIA	21
7. INTERVENÇÕES PROGRAMÁTICAS PARA AS PRINCIPAIS POPULAÇÕES	23
8. OBJECTIVO, RESULTADOS FINAIS E PRINCIPAIS RESULTADOS	25
9. RESULTADOS INTERMÉDIOS, ESTRATÉGIAS E INDICADORES	27
10. MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO	30
11. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	32
APÊNDICE A: MODELO DE DADOS NACIONAIS SOBRE A PREVALÊNCIA DO VIH	33

AGRADECIMENTOS

O Secretariado da SADC deseja expressar a sua sincera gratidão a todas as partes intervenientes que providenciaram orientação estratégica e forneceram contributos valiosos para a formulação «Estratégia Regional de Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH SIDA e Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre as Principais Populações», incluindo parceiros de desenvolvimento, agências da ONU, sociedade civil e organizações regionais das principais populações chave e das populações-chave jovens.

De modo específico, o Secretariado gostaria de agradecer aos peritos de todos os Estados-Membros que representam os Ministérios responsáveis pela Saúde e Combate ao VIH e SIDA e as Autoridades Nacionais de Combate à SIDA, que analisaram e enriqueceram o presente documento durante os diferentes fóruns consultivos.

Este trabalho não teria sido possível sem a assistência financeira e técnica do PNUD, do FNUAP e da ONUSIDA, através dos seus escritórios regionais para a África Oriental e Austral.

Os nossos agradecimentos são também extensivos aos seguintes peritos, pelo empenho demonstrado na coordenação de todo o processo de formulação da Estratégia: Alphonse M. Mulumba (Secretariado da SADC), Mesfin Getahun e Senelisiwe Ntshangase (PNUD), Innocent Modisaotsile (FNUAP), Malviya Alankar (ONUSIDA).

PREFÁCIO

A «Estratégia Regional de Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH SIDA e Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre as Principais Populações» é o resultado de uma série de processos participativos e interactivos que envolveram membros das principais populações, governos, sociedade civil e parceiros de desenvolvimento. A obra foi aprovada em Novembro de 2017 pelos Ministros responsáveis pela Saúde e Combate ao VIH e SIDA. A Estratégia está em conformidade com o Plano Estratégico Indicativo de Desenvolvimento Regional (RISDP) Revisto, que proporciona ao Secretariado e a outras instituições da SADC uma visão clara das políticas e prioridades económicas e sociais aprovadas pela SADC.

As intervenções de combate ao VIH e SIDA continuam a ser uma das áreas prioritárias do RISDP revisto, cujo objectivo global consiste em diminuir o número de indivíduos e famílias infectados e afectados pelo VIH e SIDA na Região da SADC, para que o VIH e SIDA deixe de ser uma ameaça para a saúde pública e para o desenvolvimento socioeconómico dos Estados-Membros.

Em 2015, a comunidade internacional transitou dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que destacam, de modo específico, a necessidade de «Não deixar ninguém para trás», incluindo as principais populações, se a comunidade mundial quiser concretizar o desenvolvimento sustentável. Citam-se entre estes o ODS 3, que pretende garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as pessoas de todas as idades.

A nível mundial, e também na Região da SADC, embora o número de novas infecções continue a baixar, a taxa de redução tem vindo a baixar desde 2010 e, em alguns casos, notamos o incremento de novas infecções, desencadeando receios de um regresso da epidemia. A Declaração Política de Alto Nível de 2016 fixou uma meta de prevenção do VIH ambiciosa. Espera-se que os países reduzam as suas taxas de novas infecções entre adultos em 75% até 2020, com base nos níveis de 2010. Dado o declínio dos recursos para a prevenção do VIH desde 2010, há necessidade de aumentar consideravelmente o nosso investimento na prevenção se a Região da SADC quiser contribuir para o fim da SIDA até 2030. Se os países da SADC quiserem cumprir a meta de prevenção de 2020 e pôr termo à SIDA em 2030, com a prevenção do VIH, será necessário um esforço extraordinário.

É neste contexto que o Secretariado da SADC, em colaboração com os Estados-Membros, as Agências da ONU e outros actores regionais, concebeu a «Estratégia Regional de Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH SIDA e Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre as Principais Populações».

Pretende-se que esta Estratégia oriente os Estados-Membros a conceber e executar programas de prevenção, tratamento e atendimento do VIH e de Saúde Sexual e Reprodutiva (SRH) para as principais populações, centrando-se nas principais questões que devem ser equacionadas a nível de políticas, jurídico, institucional e dos centros de saúde.

Secretária Executiva da SADC

ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Quadro Catalisador	Quadro Catalisador para Acabar com a SIDA e a Tuberculose e Eliminar a Malária em África até 2030
EAC	Comunidade da África Oriental
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
PWID	Pessoas que Consomem Drogas por via Intravenosa
PWUD	Pessoas que Consomem Drogas
EM	Estado-Membro
HSH	Homens que Praticam Sexo com Homens
NAC	Conselho Nacional da SIDA
OST	Tratamento de Substituição de Opiáceos
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SDSR	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
TB	Tuberculose
NU	Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
OMS	Organização Mundial da Saúde

GLOSSÁRIO DE TERMOS

Para fins do presente instrumento, entende-se por:

«**Adolescentes**»: pessoas com idade compreendida entre os 10 e 19 anos. Os adolescentes não são um grupo homogéneo. A maturação física e emocional surge com a idade, mas o seu progresso varia entre indivíduos da mesma idade.¹

«**Violência baseada no género**»: violência que é dirigida contra um indivíduo devido ao seu género ou que afecta as mulheres de forma desproporcional. Inclui actos que causam danos ou sofrimento físico, mental ou sexual, ameaças de tais actos, coerção e outras privações da liberdade.²

«**Cuidados de saúde**»: serviços prestados a indivíduos ou comunidades por prestadores de serviços de saúde com o objectivo de promover, manter, monitorizar, restaurar a saúde e prevenir doenças. Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Saúde tem muitas dimensões (anatômica, fisiológica e mental) e é em grande parte definida culturalmente.

«**Direitos humanos**»: direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente da raça, sexo, nacionalidade, etnia, língua, religião ou qualquer outra condição. Os direitos humanos incluem os direitos civis, políticos, sociais e económicos. Por exemplo, estes incluem o direito à vida e à liberdade, a liberdade da escravidão e tortura, a liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação e muitos mais. Todos são assistidos por esses direitos, sem discriminação.

«**Principais populações**»: grupos que, devido a comportamentos específicos de alto risco, estão em maior risco de contrair o VIH, independentemente do tipo de epidemia ou contexto local. Geralmente, existem igualmente questões legais e sociais relacionadas com os seus comportamentos que aumentam a sua vulnerabilidade ao VIH. Para fins da presente Estratégia, as principais populações incluem: 1) os homens que praticam sexo com homens; 2) os reclusos; 3) as pessoas que consomem drogas; 4) os trabalhadores de sexo; e 5) as pessoas transgénero. O conceito contempla as principais populações jovens, que são cada vez mais vulneráveis ao VIH e têm necessidades sexuais e reprodutivas específicas. As principais populações são importantes para a dinâmica da transmissão do VIH. São igualmente parceiros essenciais para uma resposta efectiva à epidemia.³

«**Estado-Membro**»: Estado-Membro é definido no Tratado da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral como um membro da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral.

«**Homens que praticam sexo com homens (HSH)**»: todos os homens que se envolvem em relações sexuais e/ou amorosas com outros homens. As palavras «homens» e «sexo» são interpretadas de forma diferente em diversas culturas e sociedades e por indivíduos envolvidos. Portanto, o termo abrange uma grande variedade de situações e contextos em que ocorrem relações sexuais entre homens, independentemente de múltiplas motivações para se envolverem em relações sexuais, identidades sexuais e de género autodeterminadas e várias identificações com qualquer comunidade ou grupo social.⁴

«**Pessoas que consomem drogas por via intravenosa (PWID)**»: pessoas que injectam substâncias psicotrópicas (ou psicoactivos) para fins não-médicos. Essas drogas incluem, entre outras, opióides, estimulantes do tipo anfetamina, cocaína, sedativos hipnóticos e alucinogénios. A injeção pode ser através de injeção intravenosa, intramuscular, subcutânea ou outras vias injectáveis. As pessoas que se auto-injectam medicamentos para fins médicos – referidos como «injeção terapêutica» – não estão contempladas nesta definição. A definição não contempla igualmente indivíduos que se auto-

1 Esta definição foi adaptada das Directrizes Consolidadas sobre a Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidados do VIH para as Principais Populações da Organização Mundial da Saúde (OMS), (Julho de 2014)/World Health Organization (WHO) Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (July 2014).

2 CEDAW, Recomendação Geral n.º 19 (1992), parágrafo 6.

3 Esta definição foi adaptada das Directrizes Consolidadas sobre a Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidados do VIH para as Principais Populações da OMS, supra n.º 1/World Health Organization (WHO) Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (July 2014).

4 Idem.

injectam substâncias não-psicotrópicas, tais como esteróides ou outras hormonas, para moldar o corpo ou melhorar o desempenho atlético. A presente Estratégia aborda todas as pessoas que consomem drogas, mas reconhece que as PWID são mais vulneráveis ao VIH, devido à partilha do material de injeção contaminado com sangue.⁵

«Pessoas que consomem drogas (PWUD)»: pessoas que utilizam substâncias psicotrópicas ilegais através de qualquer via de administração, incluindo por injeção, administração oral, inalação, transmucosa (sublingual, rectal, intranasal) ou transdérmica. Esta definição não abarca o uso de substâncias amplamente utilizadas como bebidas alcoólicas e alimentos e bebidas com cafeína.⁶

«Trabalhadores de sexo»: adultos do sexo feminino, masculino e pessoas transgénero (18 anos de idade e acima) que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais. O trabalho de sexo é o sexo consensual entre adultos, que pode assumir muitas formas e varia entre países e comunidades e dentro destes. O trabalho de sexo varia igualmente de acordo com o grau em que é mais ou menos «formal» ou organizado. Conforme define a Convenção sobre os Direitos da Criança, as crianças e adolescentes com menos de 18 anos que trocam sexo por dinheiro, bens ou favores são «sexualmente explorados» e não são definidos como trabalhadores de sexo.⁷

«Saúde Sexual e Reprodutiva»: um estado de desenvolvimento físico, mental e de bem-estar social completo em todas as vertentes relacionadas com o sistema reprodutivo e sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Para que a saúde sexual e reprodutiva seja alcançada e mantida, os direitos de saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos. A saúde sexual e reprodutiva requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência.⁸

«Pessoas transgénero»: um termo genérico que se refere a pessoas cuja identidade e expressão do género não estão em conformidade com as normas e as expectativas tradicionalmente associadas ao sexo a si atribuído no momento do nascimento. Inclui pessoas que são pessoas que são transexuais, pessoas transgénero ou pessoa de género não conforme. As pessoas transgénero podem auto-identificar-se como pessoas transgénero, homens, mulheres, pessoas transgénero femininas ou pessoas transgénero masculinas, transexuais ou uma das várias outras identidades transgénero. Podem expressar os seus géneros numa variedade de maneiras masculinas, femininas e/ou andróginas.⁹

«Populações vulneráveis»: grupos de pessoas que são particularmente vulneráveis à infecção pelo VIH em determinadas situações ou contextos, tais como adolescentes (particularmente as raparigas adolescentes na África subsaariana), órfãos, crianças de rua, pessoas com deficiência, migrantes e trabalhadores itinerantes. Estas populações não são afectadas pelo VIH de modo uniforme em todos os países e epidemias. A presente Estratégia não aborda especificamente as populações vulneráveis, mas toma nota das vulnerabilidades específicas das principais populações jovens.¹⁰

«Principais populações jovens»: esta expressão refere-se a indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos que, devido a comportamentos específicos de alto risco, estão em maior risco de infecção pelo VIH, independentemente do tipo de epidemia ou contexto local. Geralmente, existem ainda questões jurídicas e sociais relacionadas com os seus comportamentos que aumentam a sua vulnerabilidade ao VIH. Para fins da presente Estratégia, as principais populações incluem: 1) os homens que praticam sexo com homens; 2) os reclusos; 3) as pessoas que consomem drogas; 4) os trabalhadores de sexo; e 5) as pessoas transgénero.¹¹

«Jovens»: este termo refere-se a indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos. Os jovens não são um grupo homogéneo. A maturação física e emocional surge com a idade, mas o seu progresso varia entre indivíduos da mesma idade.¹²

5 Idem.

6 Idem.

7 Idem.

8 Adaptada do documento «Saúde Sexual e as suas Ligações com a Saúde Reprodutiva: uma Abordagem Operacional» (2017) da OMS, et al/WHO et al. Sexual Health and its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach (2017).

9 Idem.

10 Idem.

11 Idem.

12 Idem.

1. INTRODUÇÃO

Desde a virada do século, África registou progressos consideráveis na resposta ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e à epidemia do Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Entre 2010 e 2016, o número de novas infecções por VIH e as taxas de mortalidade relacionadas com a SIDA entre todas as idades na África Oriental e Austral caíram de 29% e 42%, respectivamente.¹³ A África Austral, região mais afectada pelo VIH, regista progressos semelhantes ao resto do continente. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), o número de novas infecções por VIH na África Austral diminuiu em 32%, de 1,4 milhões em 2001 para 950.000 em 2011.¹⁴

Uma das principais causas deste sucesso foi o compromisso assumido por organismos mundiais, continentais e regionais em acabar com o VIH, colocando em prática estratégias que permitam aos países alcançar esse objectivo. O Objectivo de Desenvolvimento do Milénio 6 das Nações Unidas (ONU) consistiu em conter e reverter a propagação do VIH até 2015. A ONUSIDA implementou uma estratégia intitulada Chegar a Zero de 2011-2015, que procurou acabar com novas infecções, óbitos e discriminação relacionados com a SIDA. A nível continental, em 2013, a União Africana reafirmou o compromisso dos países de eliminar o VIH e reconheceu particularmente a necessidade de reforçar a protecção com base nos direitos para as principais populações e a envolver de forma significativa as principais populações na resposta ao VIH.¹⁵ A Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) emitiu um quadro estratégico de 2010-2015 que visa diminuir o número de pessoas que vivem com o VIH e estão afectadas pelo vírus nos Estados-Membros.¹⁶

Em 2015, a comunidade internacional transitou dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que destacam especificamente a necessidade de não deixar ninguém para trás, incluindo as principais populações, se a comunidade global tiver que concretizar o desenvolvimento sustentável. Entre eles figura o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades. Além disso, uma série de outros ODS contribuem igualmente para o alcance da igualdade e equidade. Por exemplo, o ODS 1 pretende acabar com a pobreza através da focalização, entre outras metas, nos mais vulneráveis e no aumento do acesso aos recursos e aos serviços básicos. A ONUSIDA estabeleceu metas ambiciosas como parte da sua estratégia de aceleração para acabar com a epidemia da SIDA até 2030. Pretende que 90% de todas as pessoas que vivem com o VIH saibam sobre o seu estado serológico até 2020 e 95% até 2030; 90% de todas as pessoas diagnosticadas com o VIH a receberem terapia anti-retroviral sustentada até 2020 e 95% até 2030; e pretende-se que 90% de todas as pessoas que beneficiam de terapia anti-retroviral registem supressão viral até 2020 e 95% até 2030.¹⁷ Pretende ainda acabar com a discriminação até 2020. A ONUSIDA emitiu cinco pilares e 10 pontos de acção a cumprir, garantindo que essas metas sejam alcançadas.¹⁸ Além disso, a Assembleia Geral da ONU aprovou uma Declaração Política sobre o VIH e SIDA, que afirma o seu compromisso de acabar com a SIDA

13 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA). Ficha Informativa (Julho de 2017), disponível em http://www.ONUSIDA.org/sites/default/files/media_asset/ONUSIDA_FactSheet_en.pdf (consultado pela última vez a 26 de Setembro de 2017)/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Fact Sheet (July 2017), available at http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf (last accessed 26 September 2017).

14 ONUSIDA. Chegar a Zero: VIH na África Oriental e Austral (2013) 10/Getting to Zero: HIV in Eastern and Southern Africa (2013) 10.

15 União Africana. Declaração da Cimeira Extraordinária da União Africana sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e Malária «Acções de Abuja para a Eliminação do VIH e SIDA, Tuberculose e Malária em África até 2030» (Julho de 2013)/African Union. Declaration of the Special Summit of African Union on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria “Abuja Actions Toward the Elimination of HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria in Africa by 2030” (July 2013).

16 Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC). Quadro Estratégico do VIH e SIDA para 2010-2015/Southern African Development Community (SADC). HIV and AIDS Strategy Framework 2010-2015

17 ONUSIDA. Aceleração: Acabar com a Epidemia da SIDA até 2030 (2014)/UNAIDS. Fast Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030 (2014).

18 ONUSIDA. Relatório sobre Lacunas de Prevenção, 2016 (2016); ONUSIDA. Estratégia para Aceleração para Acabar com a SIDA 2016-2021 (2015)/UNAIDS. Prevention Gap Report, 2016 (2016); UNAIDS. On the Fast-Track to End AIDS 2016-2021 Strategy (2015).

até 2030.¹⁹ Alguns países comprometeram-se com as metas nacionais de prevenção do VIH como parte da execução da Declaração Política sobre o VIH e SIDA numa reunião de peritos realizada em 2017, em Victoria Falls, Zimbabwe. A União Africana comprometeu-se, entre outras metas, a acelerar os esforços para o controlo e acabar com a SIDA em África até 2030, conforme o Quadro Catalisador para Acabar com a SIDA, Tuberculose e Eliminar a Malária em África até 2030 (Quadro Catalisador). A Declaração da Cimeira Especial da União Africana sobre o VIH/SIDA, Tuberculose e Malária em África até 2030 assumiu, entre outros, o compromisso de envolver de forma significativa as pessoas com VIH e membros de principais populações como parceiros no sentido de garantir a responsabilização e a eficácia da resposta nacional à SIDA. A SADC emitiu recentemente a Estratégia de Programas de Integração do VIH, Tuberculose (TB), Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e Malária de 2016-2020, que identifica o acesso limitado a todos os serviços para as principais populações como um fosso estratégico e fez do aumento desse acesso uma intervenção prioritária para os Estados-Membros da SADC.²⁰ O objectivo global da Estratégia de Programas de Integração do VIH, SSR, TB e Malária de 2016-2020 da SADC é criar um ambiente favorável para o Secretariado da SADC facilitar e coordenar a prestação de programas e serviços integrados entre os Estados-Membros da SADC, com vista a acelerar a prestação efectiva de serviços integrais de saúde e sociais afins de qualidade para todas as pessoas, independentemente da idade, orientação sexual, estado civil e sexo.

19 Nações Unidas. Declaração Política sobre o VIH e a SIDA: Caminho Certo para Acelerar a Combate o VIH e Acabar com a Epidemia do SIDA até 2030, A/70/L.52 (7 de Junho de 2016)/United Nations. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030, A/70/L.52 (7 June 2016)

20 SADC. Estratégia de Programas de Integração da Perspectiva do Combate ao VIH, à TB e à Malária e da Saúde Sexual e Reprodutiva, de 2016-2020 da SADC (2017)/SADC. 2016-2020 HIV/TB/SRH/Malaria Integration Programmes Strategy (2017).

2. CONTEXTO

Apesar dos progressos registados quanto aos compromissos globais, continentais e regionais para a abordagem do VIH, a resposta ao VIH na África Austral ainda enfrenta desafios significativos que limitam o progresso. Um dos principais desafios para o cumprimento das metas internacionais e regionais prende-se com a manutenção dos níveis elevados de prevalência do VIH e vulnerabilidade ao VIH entre populações específicas, ou seja, trabalhadores de sexo, homens que praticam sexo com homens (HSH), pessoas que consomem drogas (PWUD), pessoas transgénero e pessoas em prisões.²¹ Estes grupos são muitas vezes referidos como principais populações pelo facto de registarem um aumento do impacto do VIH e uma diminuição do acesso aos serviços, devido, em parte, à sua marginalização e/ou penalização.²²

A prevalência do VIH entre as principais populações da África Austral é constante e consideravelmente maior do que a população geral da Região. Por exemplo, a ONUSIDA estimou que quase 1 em 8 novas infecções por VIH na Região da África Oriental e Austral ocorre entre trabalhadores de sexo, HSH e PWUD.²³ Dados recentes dos países demonstram uma prevalência do VIH entre trabalhadores de sexo no Lesoto e Suazilândia em cerca de 70%; no Botswana, África do Sul, Zimbábue e Zâmbia quase 60%; na Tanzânia cerca de 30%; no Malawi cerca de 25%; nas Maurícias em quase 15%; e nas Seychelles em menos de 5%.²⁴ No que diz respeito ao HSH, dados relativos à prevalência do VIH indicam uma prevalência de mais de 30% no Lesoto; 27% na África do Sul, menos de 20% na Tanzânia, Maurícias e Malawi; aproximadamente 15% no Botswana, Seychelles, Suazilândia e Madagáscar.²⁵ Os dados sobre a prevalência do VIH entre Pessoas que Consomem Drogas por via Intravenosa (PWID) nos países da SADC é mínima. No entanto, na Tanzânia, Maurícias e Seychelles, a prevalência do VIH entre PWID é de cerca de 16%, 44% e 4%, respectivamente.²⁶ A prevalência do VIH entre PWID com menos de 25 anos é igualmente alta nesses países, o que indica que as pessoas estão a ser infectadas pelo VIH em tenra idade. Por exemplo, na Tanzânia a prevalência do VIH entre PWID com menos de 25 anos é de 12,3%.²⁷

Os dados sobre a prevalência do VIH entre as pessoas em prisões demonstram igualmente taxas mais elevadas em relação à população em geral. No Lesoto, uma Pesquisa Nacional da Seroprevalência do VIH referente a 2011 entre reclusos dos Serviços Penitenciários do Lesoto estimou uma prevalência do VIH entre reclusos de 31,4%.²⁸ Na Suazilândia, a prevalência do VIH entre reclusos é de quase 35%; aproximadamente 28% na Zâmbia e Zimbábue; quase 25% em Moçambique; quase 20% no Malawi; mais de 11% nas Maurícias; quase 7% na Tanzânia e mais de 4% nas Seychelles.²⁹ Um estudo recente sobre as taxas de prevalência do VIH e de Tuberculose na África Austral registou uma prevalência do VIH que varia entre 7,2% e 34,9% e taxas de TB que variam entre 3,6% e 7,6%.³⁰

21 Idem.

22 Veja Fundo Global de Combate à SIDA, à Tuberculose e à Malária. Ficha Informativa. Principais Populações: Uma Definição (Julho de 2015)/See Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Fact Sheet. Key Populations: A Definition (July 2015).

23 ONUSIDA. Relatório sobre as Lacunas de Prevenção, supra, n.os 18, 99/UNAIDS. Prevention Gap Report, above n 18, 99.

24 Idem. em 100. Os índices de prevalência no Botswana, na África do Sul e no Malawi incluem trabalhadores de sexo masculinos/Id. at 100. Prevalence rates for Botswana, South Africa and Malawi include male sex workers.

25 Idem. em 101.

26 Idem.

27 Idem.

28 ONUSIDA. Síntese Regional: epidemia de VIH entre trabalhadoras de sexo, homens que praticam sexo com homens, pessoas que consomem drogas por via intravenosa e transexuais: Região da África Oriental e Austral (2016), 89/UNAIDS. Regional Synthesis: HIV Epidemic Among Sex Workers, Men who have Sex with Men, People who Inject Drugs and Transgender People: Eastern and Southern Africa Region (2016), 89.

29 Dados compilados pela ONUSIDA baseados no Relatório de Monitorização Global do SIDA, 2017/Data compiled by UNAIDS based on Global AIDS Monitoring Report 2017.

30 Telisinghe, L et al. «VIH e Tuberculose nas Prisões da África Subsaariana», 388, The Lancet 1215, 1219 (17 de Setembro de 2016)/Telisinghe, L et al. «HIV and Tuberculosis in Prisons in Sub-Saharan Africa» 388 The Lancet 1215, 1219 (17 September, 2016)

Informações sobre a prevalência do VIH entre as pessoas transgénero são praticamente inexistentes na SADC. De igual modo, são escassos os dados específicos sobre a prevalência do VIH entre as principais populações jovens. No entanto, na África subsaariana, a SIDA é a principal causa de óbitos entre adolescentes. Em todo o mundo, apesar de óbitos causados pela SIDA terem diminuído a nível global, aqueles aumentaram entre adolescentes.³¹ As principais populações adolescentes foram consideradas como estando em maior risco de contrair o VIH do que a população geral de adolescentes.³² As principais populações jovens, a nível global, apresentam maiores taxas de doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a sífilis, gonorreia, clamíase e herpes simples, do que as principais populações adultas.³³

Há poucos dados sobre SSR das principais populações. A maior parte da informação disponível refere-se a trabalhadoras de sexo. Por exemplo, estima-se que a prevalência de gonorreia, clamíase e sífilis entre trabalhadoras de sexo no Botswana foi de 10,5%, 11,9% e 3,5%, respectivamente.³⁴ No entanto, regista-se uma alta prevalência de DST não relacionada com o VIH em África. Embora haja poucos dados sobre a prevalência específica de DST entre as principais populações, os dados referentes a 2012 demonstram que África registou 10% dos casos de clamíase em todo o mundo; 18% de casos de gonorreia em todo o mundo; 26% de casos de tricomoníase em todo o mundo; e 42% de casos de sífilis em todo o mundo.³⁵ Além disso, o cancro do colo do útero é uma das principais causas de óbito por cancro entre as mulheres na África Austral.³⁶

Dada a vulnerabilidade das principais populações, a presente Estratégia visa operacionalizar os actuais compromissos mundiais, continentais e regionais e abordar estas lacunas, fornecendo aos Estados-Membros um quadro para desenvolver uma programação específica destinada às principais populações. A Estratégia deverá ser usada juntamente com as iniciativas existentes na SADC, incluindo o novo Quadro Estratégico da SADC sobre a Integração da Perspectiva de Combate ao VIH, à Tuberculose e à Malária e da Saúde Sexual e Reprodutiva, bem como iniciativas internacionais e continentais em vigor, como os ODS e o Quadro Catalisador.

O quadro estratégico não é um plano estratégico, mas um quadro orientador para Estados-Membros da SADC. Destina-se a fornecer detalhes sobre como as principais populações são e continuam a ser mais vulneráveis ao VIH em relação à população em geral. Identifica ainda as principais barreiras que enfrentam no acesso aos serviços de VIH e SSR, e identifica as medidas que os Estados-Membros devem tomar para superar estes obstáculos e, assim, reduzir a vulnerabilidade das principais populações ao VIH e aumentar o seu acesso aos serviços de VIH e SSR.

31 UNICEF. Para cada criança, Acabar com a SIDA: Sétimo Relatório de Balanço, 2016 (2016) 2/UNICEF. For Every Child, End AIDS: Seventh Stocktaking Report, 2016 (2016) 2.

32 Idem. a 36.

33 Delany-Moretlwe, S et al. «Prestar Serviços de Saúde Abrangentes para as Principais Populações Jovens: Necessidades, Barreiras e Lacunas» 18 (2) Supp.1 *Jornal da Sociedade Internacional da SIDA*, 19833 (26 de Fevereiro de 2015)/Delany-Moretlwe, S et al. "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers and Gaps" 18(2) Supp.1 *Journal of the International AIDS Society* 19833 (26 February 2015).

34 ONUSIDA. Síntese Regional, supra, n.os 28, 51/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28, 51.

35 Newman, L et al. «Estimativas Globais da Prevalência e Incidência de Quatro Infecções Sexualmente Transmissíveis Curáveis em 2012 Baseadas na Revisão Sistemática e nos Relatórios Globais» 10 (12) *PLoS ONE* (2015)/Newman, L et al. "Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting" 10(12) *PLoS ONE* (2015)

36 Centro de Contencioso da África Austral. Combater o Cancro do Colo do Útero: Melhoria do Acesso ao Cancro do Colo do Útero (2014)/Southern Africa Litigation Centre. Tackling Cervical Cancer: Improving Access to Cervical Cancer (2014).

3. PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA

A Estratégia Regional é resultado de uma série de processos participativos e interactivos que envolveram membros das principais populações, governos, sociedade civil e parceiros de desenvolvimento. As principais actividades que inspiraram a elaboração da Estratégia Regional são as seguintes:

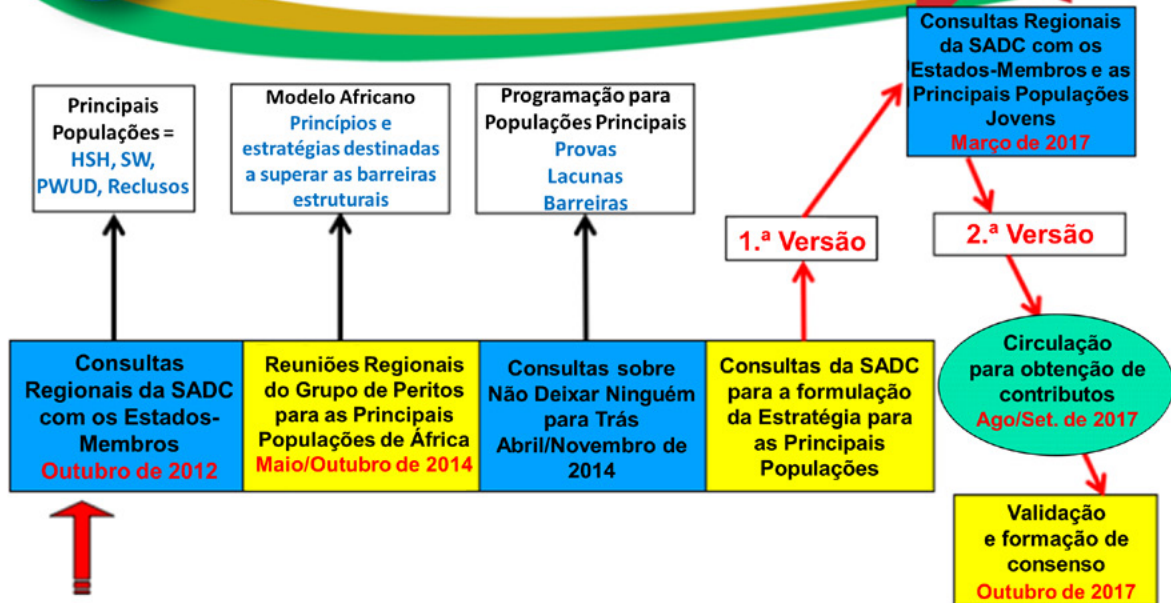
1. Foi efectuada uma análise documental aquando da elaboração da Estratégia. Citam-se entre os documentos consultados durante a análise documental os compromissos jurídicos e políticos, estratégias e directrizes globais, continentais e sub-regionais, leis nacionais, estudos académicos, artigos publicados e relatórios de agências internacionais e continentais;
2. Realizou-se um ciclo de consultas regionais com Estados-Membros da SADC, ocorrido em Outubro de 2012, em Joanesburgo, África do Sul, para discutir a necessidade crucial de se concentrar no acesso aos serviços de saúde por parte das principais populações. O encontro reuniu os Conselhos/Comissões Nacionais de combate ao SIDA, bem como programas nacionais de controlo da SIDA. A reunião foi convocada para formar consenso em torno de uma definição regional da população-chave. Para orientar o processo, os Estados-Membros apresentaram as suas definições e discutiram as necessidades enfrentadas pelas principais populações nos seus países e as estratégias adoptadas para mitigar essas necessidades. No final da reunião, os participantes concordaram que, para este quadro, integram as principais populações os seguintes grupos: HSH, Trabalhadores de sexo, PWUD e reclusos;³⁷
3. O Grupo Africano de Peritos das Principais Populações desenvolveu um Modelo de Quadro Estratégico Regional sobre o VIH para as Principais Populações em África.³⁸ O Grupo Africano de Peritos das Principais Populações inclui trabalhadores de sexo, HSH, PWUD e pessoas transgénero de vários países africanos. O grupo realizou duas reuniões regionais em Maio e Outubro de 2014, com apoio financeiro e técnico do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Secretariado da SADC, da Comunidade da África Oriental (EAC) e de organizações da sociedade civil regionais. O modelo de estratégia, o primeiro do género a ser elaborado em África, descreve os princípios e elementos principais necessários para enfrentar as principais barreiras estruturais para alcançar um programa de prevenção, tratamento e cuidados integrais do VIH a favor das principais populações, dentro do contexto africano;
4. A ONUSIDA organizou, em Abril e Novembro de 2014, uma sessão de trabalho sobre as principais populações e uma consulta regional sobre as pessoas abandonadas. Estas reuniões passaram em revista as evidências disponíveis sobre a resposta programática ao VIH, identificaram as lacunas e barreiras enfrentadas pelos países e apresentaram uma plataforma para debates entre as comunidades e os órgãos de tomada de decisões sobre políticas e gestores de programas sobre o reforço da programação para as principais populações;
5. O Secretariado da SADC e o PNUD organizaram duas consultas regionais, que decorreram em Março de 2017, em Joanesburgo, África do Sul, com as principais populações jovens e os Estados-Membros a fim de obterem os seus contributos e comentários sobre o projecto de estratégia. Durante esta reunião, os Estados-Membros concordaram que as pessoas transgénero devem ser incluídas na definição de principais populações para fins da presente Estratégia.

37 SADC. Relatório Final sobre a Consulta Regional referente às Principais Populações (Outubro de 2012)/SADC. Final Report on Regional Consultation on Key Population (October 2012)

38 PNUD. Modelo de Quadro Estratégico Regional sobre o VIH para as Principais Populações em África (Dezembro de 2014)/ UNDP. Model Regional Strategic Framework on HIV for Key Populations in Africa (December 2014)



Processo de Formulação



Inserido no âmbito da resposta à pandemia do VIH na Região, há necessidade absoluta de se identificar e superar as barreiras que as populações específicas enfrentam em termos de acesso aos serviços de combate ao VIH e de Saúde Sexual e Reprodutiva

4. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Os seguintes princípios orientadores são subjacentes à formulação da Estratégia Regional e deverão orientar a sua execução:

4.1 Direitos fundamentais

Todas as pessoas, incluindo as principais populações, têm o direito a serviços de saúde equitativos, que incluem o acesso à prevenção adequada contra o VIH, ao tratamento e cuidados, aos serviços de apoio e à SSR. Gozam ainda dos seguintes direitos pertinentes garantidos pelas leis internacionais, regionais e nacionais: direito de ser livre de discriminação; direito à igualdade; direito de ser livre de tortura e tratamento cruel, desumano e degradante; direito à dignidade; direito à segurança da pessoa; e direito à informação.

4.2 Compromisso político

É necessário um alto nível de compromisso político para garantir o acesso universal aos serviços de saúde. O Secretariado da SADC e os Estados-Membros demonstraram esse compromisso aquando da formulação da presente Estratégia Regional e respeitarão um princípio semelhante durante a sua execução.

4.3 Parcerias eficazes

Reconhecendo a natureza complexa e exigente de garantir o acesso aos serviços de saúde por parte das principais populações, a concepção e execução da Estratégia Regional requer uma cooperação contínua e sustentada entre as várias partes intervenientes no governo, as principais populações, a sociedade civil e o sector privado. Para a concepção e execução da Estratégia Regional, as parcerias têm contemplado e continuarão a contemplar membros das principais populações.

4.4 Respeito pela diversidade

A Estratégia Regional reconhece, respeita e reflecte a diversidade de experiências, da orientação sexual, da expressão sexual, da identidade sexual e da escolha da profissão por parte das principais populações. Reconhece e está empenhada em defender o direito de cada pessoa à igualdade, à equidade, à dignidade e à liberdade do estigma e da violência.

4.5 Participação, inclusão e equidade

No processo de elaboração da Estratégia Regional, foram empreendidos todos os esforços para garantir a participação substancial e significativa das principais populações. A Estratégia Regional apela ainda para a atribuição de recursos adequados, em termos de finanças, tempo e experiência para garantir a participação e contribuição efectivas das principais populações durante a execução.

4.6 Programas com base em evidências de alto padrão

Espera-se que a Estratégia Regional garanta o mais alto padrão, baseado em dados completos, precisos e actualizados em todos os grupos populacionais. Para este fim, grupos populacionais são encorajados a participar substancialmente na recolha de dados de nível de base confiáveis, bem como na análise e corroboração dos dados recolhidos. A Estratégia Regional também consolidará a experiência prática e sobre as conquistas já alcançadas pela Região e por outras regiões para garantir que o instrumento seja projectado e executado respeitando os mais elevados padrões de eficácia e eficiência.

4.7 Não provocar danos

Devem ser tomadas as precauções necessárias para assegurar que nenhum membro dos grupos populacionais seja colocado em risco de danos como resultado directo ou indirecto da formulação e execução da Estratégia Regional.

5. BARREIRAS QUE AS PRINCIPAIS POPULAÇÕES ENFRENTAM

A identificação e o tratamento correctos das barreiras específicas que as principais populações enfrentam para aceder aos serviços de combate ao VIH e de SSR constituem uma parte essencial da resposta ao VIH na SADC, para garantir que nenhum habitante fique para trás.³⁹ A prevalência do VIH é consideravelmente maior entre HSH, trabalhadores de sexo, pessoas transgénero, PWUD e reclusos em relação à população geral, conforme documenta a secção 1, pelo que é maior a sua necessidade de serviços. Há uma série de razões pelas quais as principais populações são incapazes de aceder aos serviços necessários para satisfazer as suas necessidades de saúde. Esta secção discute essas razões, concentrando-se no estigma, na discriminação e na violência; nas leis punitivas; na falta de informação sobre as necessidades das principais populações; e na falta de programação, de fundos e de serviços destinados às principais populações específicas.

5.1 Estigma e discriminação

Todas as principais populações identificadas na presente estratégia enfrentam altos níveis de estigma e discriminação que impedem o seu acesso aos serviços de saúde, incluindo serviços de VIH e SSR. As principais populações enfrentam o estigma e a discriminação nos contextos de cuidados de saúde, do local de trabalho, das famílias e das comunidades. Um estudo focado na África Austral e Oriental registou altos níveis de estigma e discriminação contra homossexuais e outros HSH.⁴⁰ A ONUSIDA observou que os programas de VIH destinados a HSH foram «particularmente restringidos pela homofobia generalizada».⁴¹ Em Angola, um estudo revelou que quase 3 de 4 participantes enfrentaram a homofobia, enquanto 40% tiveram experiência de homofobia mais de uma vez nos últimos 12 meses.⁴² Este estigma e discriminação estende-se aos profissionais da saúde, o que limita o uso dos serviços de saúde por parte de HSH. Num outro estudo, cerca de 20% dos HSH entrevistados mostraram-se intimidados em procurar por serviços de saúde, devido à sua orientação sexual.⁴³ No distrito sanitário de Antananarivo, cerca de dois terços dos trabalhadores de saúde manifestaram atitudes discriminatórias contra homossexuais.⁴⁴

Tal é igualmente o caso de trabalhadores de sexo e pessoas transgénero.⁴⁵ Em Maseru, 20,3% das trabalhadoras de sexo afirmaram ter medo de recorrer aos serviços de saúde, devido ao estigma, à discriminação e à violência.⁴⁶ Num estudo integrado de vigilância bio-comportamental, realizado em 2012, mais de 12% das trabalhadoras de sexo nas Maurícias viram recusados os serviços de saúde e públicos.⁴⁷ Em Angola, apenas 19% das trabalhadoras de sexo entrevistadas em 2008 afirmaram terem tido contacto a pelo menos 1 serviço de VIH.⁴⁸

As PWUD e reclusos têm dificuldade de acesso aos serviços devido ao estigma e à discriminação. Por exemplo, nas Seychelles, 68% das PWUD afirmaram terem recusado um serviço ao longo dos últimos

39 ONUSIDA. Relatório sobre as Lacunas de Prevenção, supra, n.os 18, 95/UNAIDS. Prevention Gap Report, above n 18, 95

40 Aliança para o Combate ao SIDA e Direitos da África Austral. VIH e Direitos Humanos na África Austral e Oriental: Relatório de 2014 (2014), 26/AIDS and Rights Alliance for Southern Africa. HIV and Human Rights in Southern and East Africa: 2014 Report (2014) 26.

41 ONUSIDA. Relatório sobre as Lacunas de Prevenção, supra, n.os 18, 104/UNAIDS. Prevention Gap Report, above n 18, 104

42 ONUSIDA. Síntese Regional, supra, n.os 28, 47/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28, 47.

43 Beyrer C et al. «Epidemiologia global da infecção pelo VIH em homens que praticam sexo com homens» 380 The Lancet 367-77 (2012)/Beyrer C et al. "Global Epidemiology of HIV Infection in Men Who Have Sex With Men" 380 The Lancet 367-77 (2012).

44 ONUSIDA. Síntese Regional, supra, n.os 28, 96/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28, 96

45 Divã, V. et al. «Inclusão Social e Igualdade de Pessoas Transgénero: Um Caminho Decisivo para o Desenvolvimento» 19 (2) Revista Científica da Sociedade Internacional de Combate à SIDA (2016)/Divan, V et al. "Transgender Social Inclusion and Equality: A Pivotal Path to Development" 19(2) Journal of the International AIDS Society (2016).

46 ONUSIDA. Síntese Regional, supra, n.os 28, 87/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28, 87.

47 Idem. at 110.

48 Idem. at 46.

12 meses, por causa de usarem drogas injectáveis.⁴⁹ Os elevados níveis de estigma e discriminação entre os executores em prisões limitam o acesso aos serviços por parte de reclusos.

5.2 Violência

Todas as principais populações são altamente vulneráveis à violência. Os HSH, trabalhadoras de sexo e pessoas transgénero são susceptíveis de ser vítimas da violência baseada no género, pois, ou desafiam as normas de género vigentes ou porque são mulheres. As pessoas transgénero enfrentam assédio e abuso não só da Polícia, mas de particulares. Na verdade, as pessoas transgénero foram vítimas de assédio, violência física e até mesmo assassinatos.⁵⁰ Devido à sua vulnerabilidade e experiência com abuso da Polícia, as pessoas transgénero estão menos susceptíveis de recorrer aos serviços da Polícia ou de saúde para obter a assistência necessária.

De igual modo, as leis penais deixam os trabalhadores de sexo vulneráveis ao abuso e à violência da Polícia e de particulares. Os trabalhadores de sexo na África Austral afirmaram terem medo de abuso de rotina por parte da Polícia, incluindo a violência sexual e espancamentos.⁵¹ Por exemplo, no Lesoto, quase metade das trabalhadoras de sexo em Maseru afirmaram terem sido estupradas pelo menos uma vez, enquanto mais de metade afirmaram terem sido intimidados ou assediados pela Polícia.⁵² Em alguns Estados-Membros, os trabalhadores de sexo afirmam que agentes da Polícia e do Ministério Público citam a posse do preservativo como «elemento de prova» de envolvimento de uma pessoa no trabalho de sexo, para justificar uma detenção e/ou como base de condenação por acusações relacionadas com a prostituição.⁵³ No Malawi, os trabalhadores de sexo foram presos e, em seguida, submetidos a testes de VIH forçados por prestadores de cuidados de saúde.⁵⁴ Os HSH também enfrentam altos níveis de violência. Por exemplo, em Angola, 25% dos HSH notificaram ter sido forçados a manter relações sexuais contra a sua vontade.⁵⁵

5.3 Ausência de um ambiente jurídico e de políticas de protecção

A ausência de um ambiente jurídico e de políticas de protecção constitui um grande obstáculo à capacidade das principais populações de aceder aos serviços. Desde 2015, cerca de metade dos Estados-Membros da SADC dispõem de leis específicas que penalizam relações consensuais entre adultos do mesmo sexo e alguns aspectos do trabalho de sexo.⁵⁶ Essas leis punitivas tornam os HSH e os trabalhadores de sexo vulneráveis à violência por parte de agentes da lei e da ordem e por outros

49 Idem. at 84.

50 Idem.

51 Centro de Contencioso da África Austral e Centro de Assistência de Aconselhamento em Educação sobre Direitos Humanos. Sem Justiça para os Pobres: Um Estudo Preliminar sobre a Lei e a Prática Relativas às Prisões por Delitos Relacionados com o Incómodo em Blantyre, Malawi (2013)/Southern Africa Litigation Centre and Centre for Human Rights Education Advice Assistance. No Justice for the Poor: A Preliminary Study of the Law and Practice Relating to Arrests for Nuisance-Related Offences in Blantyre, Malawi (2013).

52 ONUSIDA. Síntese Regional, supra, n.o 28/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28.

53 Fundações Open Society. Penalizar preservativos. Como as Práticas de Policiamento Colocam em Risco a Vida das Trabalhadoras de Sexo e os Serviços de Combate ao VIH no Quênia, Namíbia, Rússia, África do Sul, Estados Unidos e Zimbabwe (2012)/Open Society Foundations. Criminalising Condoms. How Policing Practices Put Sex Workers and HIV Services at Risk in Kenya, Namibia, Russia, South Africa, the United States, and Zimbabwe (2012).

54 Meerkotter A e Southey-Swartz I. O Tribunal Superior do Malawi Decide Que o Teste Obrigatório do VIH é Inconstitucional. Blog da SALC (Maio de 2015)/Meerkotter A and Southey-Swartz I. Malawi High Court Rules That Mandatory HIV Testing is Unconstitutional. SALC Blog (May 2015).

55 ONUSIDA. Síntese Regional, acima n 28, 47/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28, 47

56 National Geographic. Mapa mostra onde ser LGBT pode ser punível por lei (16 de Junho de 2016), disponível em <http://news.nationalgeographic.com/2016/06/lgbt-laws-gay-rights-world-map/> (última consulta a 22 de Setembro de 2017). Malone, K. O trabalho de sexo na Região da SADC: A importância de criar um enquadramento para proteger os trabalhadores do sexo contra o VIH e abusos dos direitos humanos. Tese de Mestrado (Primavera de 2010). Overs, C. «Direitos dos Trabalhadores de Sexo: Política de Mapeamento ao Redor do Mundo» The Guardian (15 de Setembro de 2015). Programa de Sexualidade, Pobreza e Direito. Mapa da Lei do Trabalho de Sexo disponível em [http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw/National Geographic. Map Shows Where Being LGBT Can Be Punishable by Law \(16 June 2016\)](http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw/National%20Geographic%20Map%20Shows%20Where%20Being%20LGBT%20Can%20Be%20Punishable%20by%20Law%20(16%20June%202016).html), available at <http://news.nationalgeographic.com/2016/06/LGBT-laws-gay-rights-world-map/> (last accessed 22 September 2017). Malone, K. Sex Work in the SADC Region: The Importance of Creating a Framework to Protect Sex Workers from HIV and Human Rights Abuses. Masters Thesis (Spring 2010). Overs, C. "Sex Workers' Rights: Mapping Policy Around the World" The Guardian (15 Sept 2015). Sexuality, Poverty and Law Programme. Map of Sex Work Law available at <http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw>.

elementos. Por exemplo, nas Seychelles, 44% dos HSH entrevistados afirmaram terem sido presos nos últimos doze meses.⁵⁷ Muitos HSH mostram-se relutantes em denunciar à Polícia actos de violação dos direitos humanos por medo de serem presos.

Estas leis punitivas também podem fazer com que os profissionais da saúde sejam mais relutantes em tratar trabalhadores de sexo e HSH, temendo que sejam vistos como tolerantes de um comportamento ilegal. No Malawi, alguns prestadores de cuidados de saúde afirmaram mostrar-se receosos em prestar tratamento aos HSH, devido às leis penais.⁵⁸

As leis punitivas e restritivas aumentam a vulnerabilidade ao VIH por parte dos reclusos e PWUD. As proibições legais sobre a disposição de agulhas esterilizadas e tratamento de substituição de opiáceos (OST) impedem directamente os esforços de prevenção do VIH. Por exemplo, há relatos de que a Agência Nacional de Luta contra Drogas das Seychelles está a jogar para fora agulhas e seringas durante as detenções, situação que leva à partilha de agulhas entre PWUD, o que exacerba o risco de exposição ao VIH.⁵⁹ As leis penais que proíbem o exercício de actos sexuais com pessoas do mesmo sexo e as leis correcionais que proíbem os reclusos de manter relações sexuais em prisões, são muitas vezes citadas como uma barreira ao fornecimento de preservativos em prisões, necessários para reduzir o risco de transmissão do VIH.⁶⁰

Além das leis punitivas, um número muito reduzido de países da SADC dispõe de um ambiente jurídico e de políticas de protecção. Por exemplo, as leis que proíbem a discriminação com base na identidade de género de um indivíduo deixam as pessoas transgénero vulneráveis à discriminação com pouco recurso. A maioria dos países da SADC não reconhece o género de pessoas transgénero, uma vez que não dispõem de instrumentos legais de reconhecimento de género.⁶¹ Devido à sua marginalização, as pessoas transgénero são vulneráveis ao abuso da Polícia, em virtude de leis vagas que penalizam a vagabundagem ou vadiagem pública.⁶² As mulheres transgénero que são trabalhadoras de sexo enfrentam assédio pela Polícia, devido a leis que penalizam o trabalho de sexo. Para as principais populações jovens, a maioria dos países da SADC não dispõe de leis claras que prescrevam a idade de consentimento para a prestação de serviços, situação que tem impacto na capacidade das principais populações jovens de aceder aos serviços de SSR, tais como a obtenção de contraceptivos.⁶³ A ausência de um ambiente jurídico e de políticas de protecção pode igualmente dificultar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva por parte das principais populações, incluindo o acesso a contraceptivos e aos cuidados de saúde materna.⁶⁴

5.4 Ausência de dados

Assiste-se a uma escassez de informações sobre as necessidades enfrentadas pelas principais populações na SADC, o que dificulta a apresentação de uma programação eficaz. A Região da SADC praticamente não dispõe de dados sobre as principais populações jovens, pessoas transgénero,

57 Ministério da Saúde, República das Seychelles. Homens que fazem sexo com homens nas Seychelles, 2011: Inquérito Integrado de Vigilância Biológica Comportamental, 1.ª Ronda (2011)/Ministry of Health, Republic of Seychelles. Men Who Have Sex With Men in the Seychelles 2011: Integrated Biological Behavioural Surveillance Survey – Round 1 (2011).

58 Idem. a 103.

59 PNUD. Avaliação do Ambiente Jurídico do VIH/SIDA nas Seychelles (2014) 116/UNDP. Seychelles Legal Environment Assessment of HIV/AIDS (2014) 116.

60 Charles Pensulo. «Malawi: Dia Mundial da SIDA - Leis do Mesmo Sexo em Malawi Dificultam o Acesso dos Reclusos aos Serviços de VIH», AllAfrica (01 de Dezembro de 2015)/Charles Pensulo. "Malawi: World Aids Day - Malawi's Same-Sex Laws Hinder Prisoners' Access to HIV Services" AllAfrica (1 December 2015).

61 Centro de Contencioso da África Austral. Leis e Políticas que Afectam as Pessoas Transgénero na África Austral (Julho de 2016)/Southern Africa Litigation Centre. Laws and Policies Affecting Transgender Persons in Southern Africa (July 2016).

62 Divan, V. et al., supra, n.º 45

63 OMS. Directrizes Consolidadas, supra, n.º 1; Delany-Moretlwe, S et al, supra, n.º 33; PNUD. Pesquisa da Idade de Consentimento de 2015 (projecto); Confiança da África Austral. Idade de Consentimento, 2015 (projecto)/WHO. Consolidated Guidelines, above n 1; Delany-Moretlwe, S et al., above n 33; UNDP. Age of Consent Research 2015 (draft); Southern Africa Trust. Age of Consent 2015 (draft).

64 Vide Cottingham, J. et al. Recurso aos Direitos Humanos para a Saúde Sexual e Reprodutiva: Melhorar Quadros Jurídicos e Regulamentares. Boletim da Organização Mundial da Saúde (3 de Junho de 2010)/See Cottingham, J. et al. Using Human Rights for Sexual and Reproductive Health: Improving Legal and Regulatory Frameworks. Bulletin of the World Health Organization (3 June 2010)

reclusos e PWUD na SADC.⁶⁵ De acordo com um estudo realizado pela ONUSIDA, envolvendo países da África Oriental e Austral, nenhum país na SADC dispunha informações sobre a prevalência do VIH entre as populações transgénero.⁶⁶ Actualmente, na SADC, apenas 6 países dispõem de dados sobre a prevalência do VIH e outros dados respeitantes a PWUD.⁶⁷

Embora a maioria dos países da SADC disponha de alguns dados sobre a prevalência do VIH entre HSH e trabalhadores de sexo, este tipo de informação detalhada não existe em muitos países da SADC. Por exemplo, há pouca informação sobre a distribuição geográfica dos HSH e trabalhadores de sexo nos Estados-Membros.⁶⁸ Há muito poucos dados sobre a prevalência do VIH entre trabalhadores de sexo masculinos.

Finalmente, a maioria dos países da SADC não dispõe de informações sobre o volume das principais populações no país, o que dificulta a formulação da programação.

5.5 Falta de programação, de fundos e de serviços destinados às principais populações

Na SADC, continua a haver fundos limitados dedicados à programação especificamente para as principais populações e, por conseguinte, serviços mínimos que respondam efectivamente às necessidades das principais populações. A maioria dos países não dedica recursos para as principais populações. Nenhum país da SADC afecta fundos específicos para atender às necessidades relacionadas com o VIH enfrentadas pelas populações transgénero, como parte das suas despesas no combate ao VIH, o que resulta numa programação limitada adaptada à situação concreta das pessoas transgénero.⁶⁹ Poucos países designam fundos para a programação a favor de HSH e trabalhadores de sexo, embora os fundos tendem a ser muito ínfimos, com algumas excepções. Por exemplo, durante o exercício de 2011/12, o Malawi gastou apenas 0,4% da sua despesa total para o combate ao VIH na programação para trabalhadoras de sexo e HSH, resultando em alguns serviços orientados para os HSH.⁷⁰ Em Moçambique, a Avaliação Nacional dos Gastos para o Combate ao SIDA referente a 2011 indicou que apenas 2% do montante total atribuído para a prevenção do VIH foi gasto a favor de trabalhadores de sexo.⁷¹ Esta cifra aumentou apenas ligeiramente em 2015, quando 3% da quantidade do total afectado para a prevenção do VIH foi gasto a favor de trabalhadores de sexo.

Esta ausência de verba resulta em restrições nos serviços de saúde especializados destinados às principais populações.⁷² Por exemplo, dados os altos níveis de violência enfrentados por trabalhadoras de sexo, estas podem precisar de acesso a um pacote abrangente de serviços de violência baseada no género. Um estudo revelou que os trabalhadores de sexo da África Austral, que tiveram acesso às clínicas de saúde especializadas de trabalhadores de sexo, afirmaram terem vivido experiências positivas comparativamente aos trabalhadores de sexo que tiveram acesso aos serviços gerais, onde afirmaram terem enfrentado experiências negativas.⁷³ Um estudo recente efectuado em alguns

65 ONUSIDA. Relatório sobre as Lacunas de Prevenção, supra, n.os 18, 104. Fórum Parlamentar da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral, et al. DSSR entre as Principais Populações e Vulneráveis: Um Foco nas PWID, trabalhadoras de Sexo, LGBT e Reclusos (2016); Telisinghe, L, supra, n.os 30, 1225. UNICEF. Para cada criança, Acabar com a SIDA: Sétimo Relatório de Balanço, supra, n.os 31, 37/UNAIDS. Prevention Gap Report, above n 18, 104. SADC Parliamentary Forum et al. SRHR Amongst Key and Vulnerable Populations: A Focus on PWID, Sex Workers, LGBT and Prisoners (2016); Telisinghe, L, above n 30, 1225. UNICEF. For Every Child, End AIDS: Seventh Stocktaking Report, above n 31, 37.

66 Veja ONUSIDA. Síntese regional, acima n 28/See UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28.

67 ONUSIDA. Síntese Regional, supra, n.os 28, 15; PNUD. Avaliação do Ambiente Jurídico do VIH/SIDA das Seychelles (2014)/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28, 15; UNDP. Seychelles Legal Environment Assessment of HIV/AIDS (2014)

68 Idem.

69 Idem.

70 Idem. a 105.

71 ONUSIDA. Síntese Regional, supra, n.os 28, 121/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28, 121.

72 OMS, o Fundo das Nações Unidas para a População e outros elaboraram uma ferramenta de implementação do trabalho de sexo que fornece conselhos práticos sobre a execução de programas de VIH e IST para Trabalhadoras de Sexo/WHO, the United Nations Population Fund and others have drafted a sex worker implementation tool which provides practical advice on implementing HIV and STI programmes for sex workers.

73 Scorgie, F et al. «Nós somos Desprezados nos Hospitais: Experiências dos Trabalhadores de Sexo sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde em Quatro Países Africanos» 15 (4) Cult Health Sex 450-65 (2013)/Scorgie, F et al. «We are Despised in

Estados-Membros revelou que os serviços de VIH disponíveis actualmente nas prisões continuam a ser insuficientes para lidar com o VIH e a TB entre os reclusos.⁷⁴

De igual modo, regista-se à falta de programação destinada a superar as necessidades dos PWUD. Os PWUD precisam de programas de troca de agulhas seguras e de acesso a serviços de redução de perigos. Infelizmente, na maioria dos Estados-Membros da SADC, não há programas OST disponíveis. Em países como Madagáscar, Maurícias, Seychelles e Tanzânia, onde os programas OST e programas de troca de seringas estão disponíveis, estes programas apresentam-se ainda em pequena escala e são muitas vezes limitados por leis punitivas relacionadas com o uso de drogas. Por exemplo, em Madagáscar, apenas 16,8% das pessoas que consomem drogas por via intravenosa tiveram acesso a programas de distribuição de agulha de seringa.⁷⁵

As principais populações jovens têm igualmente necessidades específicas de saúde. Tal como acontece com os jovens em geral, as principais populações jovens necessitam de serviços que respondem ao seu estágio específico do ciclo de vida.⁷⁶ Por exemplo, estudos indicam que a vontade dos fornecedores de responder às perguntas dos jovens e seu respeito e compreensão dos jovens estão associados com a intenção dos jovens de procurar participar nos cuidados.⁷⁷ Assim, os serviços adaptados ao estágio de vida das principais populações jovens são essenciais para o seu alcance. No entanto, esses serviços são raros na Região da SADC.⁷⁸

the Hospitals: Sex Workers' Experiences of Accessing Health Care in Four African Countries" 15(4) *Cult Health Sex* 450-65 (2013).

74 *Idem.* em 1225.

75 ONUSIDA. Síntese Regional, *supra*, n.os 28, 95/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28, 95.

76 Delany-Moretlwe, S et al., *supra*, n.o 33 n.

77 *Idem.*

78 *Idem.*

6. JUSTIFICAÇÃO LÓGICA PARA A ESTRATÉGIA

Devido à vulnerabilidade das principais populações, é fundamental concentrar-se na abordagem das barreiras que essas populações enfrentam em termos de acesso aos serviços de VIH e de SSR. A abordagem das barreiras acima identificadas em todas as principais populações não só permitirá o aumento do uso dos serviços de VIH e de SSR e resultará na redução do número de membros das principais populações deixados para trás, como também ajudará os países a cumprir os compromissos assumidos nos planos nacional, regional, continental e global; assegurará o cumprimento por parte dos países das obrigações legais internacionais e regionais; e proporcionará benefícios económicos.⁷⁹

Os Estados-Membros assumiram vários compromissos aos níveis nacional, regional, continental e internacional, tais como através de planos estratégicos nacionais de combate ao VIH e de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR), do Quadro Catalisador e dos ODS, a fim de atender às necessidades de saúde das principais populações, com um reconhecimento que eles estão mais em risco de serem deixados para trás. A abordagem das barreiras que as principais populações enfrentam pode constituir um significativo passo em frente rumo ao cumprimento desses compromissos.

A eliminação dos obstáculos que as principais populações enfrentam em termos de acesso aos serviços de VIH e de SSR também pode garantir o cumprimento das obrigações jurídicas internacionais e regionais. A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos garante às pessoas o direito à saúde e obriga os Estados-Membros a «tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para assegurar que recebam cuidados médicos quando estão doentes».⁸⁰ Garante ainda o direito de ser livre de discriminação; direito à igualdade; direito à dignidade; direito de ser livre de tortura e tratamento cruel, desumano e degradante; e direito à informação.⁸¹ De igual modo, a nível global, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, entre outros, garantem igualmente aos indivíduos os mesmos direitos. O Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África garante especificamente às mulheres o direito de SDSR e exige aos Estados-Membros a «prestar serviços de saúde adequados e acessíveis, incluindo programas de informação, educação e comunicação para mulheres», entre outros.⁸² A Resolução 275 da Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos protege ainda mais especificamente os direitos das pessoas a ser livre de violência devido a sua orientação sexual real ou imputada ou devido à sua identidade de género.⁸³ O aumento do acesso aos serviços a favor das principais populações atende responde a muitas das obrigações jurídicas estabelecidas por estes direitos.

A remoção das barreiras identificadas acima também faz sentido económico. Tanto em epidemias concentradas como em epidemias generalizadas, o maior investimento nas principais populações de um país é susceptível de melhorar a rentabilidade da resposta ao VIH. Por outro lado, a integração

79 UNICEF. Para cada criança, Acabar com a SIDA: Sétimo Relatório de Balanço, supra, n.os 31, 2/UNICEF. For Every Child, End AIDS: Seventh Stocktaking Report, above n 31, 2.

80 O artigo 16.º da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos/Article 16 of the African Charter on Human and Peoples' Rights.

81 Outras regiões também reconheceram o direito aos meios de subsistência como parte do direito à vida, entre outros. Vide, por exemplo, ASK v. Governo do Bangladesh. Supremo Tribunal de Bangladesh. Writ N ° 3034 de 1999/Other regions have also recognised the right to livelihood as part of the right to life, among others. See for example ASK v.Government of Bangladesh. Supreme Court of Bangladesh. Writ No. 3034 of 1999.

82 Alínea (a) do n.º 2 do artigo 14.º do Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África/Article 14(2)(a) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa

83 Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. 275: Resolução sobre a Protecção contra a Violência e Outras Violações dos Direitos Humanos contra Pessoas com base na sua Orientação Sexual ou Idem de Género Real ou Imputado (2014)/African Commission on Human and Peoples' Rights. 275: Resolution on Protection against Violence and other Human Rights Violations against Persons on the Basis of their Real or Imputed Sexual Orientation or Gender Identity (2014).

da perspectiva do combate ao VIH e da SSR é susceptível de reduzir o custo dos serviços de saúde. Finalmente, a penalização das principais populações e as tentativas de fazer cumprir essas leis recorrem aos fundos e recursos que poderiam ser mais vantajosos se fossem investidos em outros domínios.

7. INTERVENÇÕES PROGRAMÁTICAS PARA AS PRINCIPAIS POPULAÇÕES

A comunidade internacional identificou uma série de intervenções programáticas que foram consideradas eficazes para aumentar o acesso das principais populações aos serviços de VIH e SSR. Estas intervenções programáticas são as seguintes:⁸⁴

- abordagem das barreiras jurídicas, de políticas, estruturais e socioculturais;
- garantia dos compromissos financeiros;
- potenciamento tanto da comunidade em geral como das principais populações;
- combate ao estigma, à discriminação e à vulnerabilidade à violência;
- garantia da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde abrangentes.

7.1 Abordagem das barreiras jurídicas, de políticas, estruturais e socioculturais

As barreiras jurídicas e de políticas influenciam o risco de infecção pelo VIH. É essencial garantir que estes factores contribuam positivamente para a instalação de um ambiente favorável que ajude na concretização e no impacto das intervenções. Se as barreiras jurídicas e de políticas não forem abordadas, o impacto das intervenções do sector da saúde será limitado. As actividades essenciais para assegurar intervenções bem-sucedidas para superar as barreiras jurídicas e de políticas têm incluído, entre outras acções: a formação e sensibilização das principais populações sobre as leis, os seus direitos humanos e como ter acesso à justiça; a advocacia destinada a rever e a introduzir reformas nas leis e nas políticas; a disponibilização do acesso à justiça e ao recurso aos responsáveis por violações contra principais populações; e a organização de programas de assistência judiciária e potenciamento jurídico das principais populações a fim de aumentar o acesso à justiça.

84 Fundo das Nações Unidas para a População, et al. Execução de Programas Completos de Combate ao VIH e a IST para Homens que têm Relações Sexuais com Outros Homens: Guia Prático para Intervenções de Colaboração (2015): ONUSIDA. Nota de Orientação: Serviços para Homossexuais e Outros Homens que têm Relações Sexuais com Outros Homens (2014). OMS, et al. Execução de Programas Abrangentes de Combate ao VIH/IST com Trabalhadores do Sexo: Abordagens Práticas de Intervenções de Colaboração (2013), ONUSIDA. Nota de Orientação: Serviços para Trabalhadores do Sexo (2014), PNUD, et al. Execução de Programas Abrangentes de Combate ao VIH e a IST com Pessoas Transgénero: Orientação Prática de Intervenções de Colaboração (2016). Escritório das Nações Unidas para a Droga e a Criminalidade, et al. Implementação de Programas Abrangentes de Combate ao VIH e HCV com Pessoas Transgénero: Orientação Prática para Intervenções de Colaboração (2017). OMS, et al. Guia Técnico para os Países Fixarem Metas para o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento e Cuidados para Utilizadores de Drogas Injectáveis (2009). OMS, et al. Documentos Técnicos para Acção baseada em Provas: Eficácia das Intervenções para o Tratamento do VIH em Prisões (2007)/United Nations Population Fund, et al. Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men who have Sex with Men: Practical Guidance for Collaborative Interventions. (2015). UNAIDS. Guidance Note: Services for Gay Men and Other Men who have Sex with Men (2014). WHO, et al. Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions (2013). UNAIDS. Guidance Note: Services for Sex Workers (2014). UNDP, et al. Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions (2016). United Nations Office on Drugs and Crime, et al. Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions (2017). WHO, et al. Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users (2009). WHO et al. Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons (2007).

7.2 Garantia dos compromissos financeiros

A afectação de recursos financeiros adequados para a programação a favor das principais populações é uma condição necessária para ultrapassar as barreiras. As actividades essenciais incluem, entre outras, garantir a mobilização e sustentabilidade dos recursos.

7.3 Potenciamento da comunidade em geral e das principais populações

A potenciação das principais populações tem sido fundamental para a formulação de uma programação bem-sucedida. As actividades essenciais destinadas a assegurar que as principais populações participem significativamente de intervenções programáticas comumente incluem, entre outras: o desenvolvimento e fortalecimento das organizações e redes lideradas pelas principais populações; o apoio ao reforço de capacidades e à orientação das principais populações, a fim de permitir-lhes participar a todos os níveis de um programa; o reforço da gestão e de capacidades das organizações das principais populações; e apoio à mobilização da comunidade e à sustentação de movimentos sociais.

7.4 Combate ao estigma, à discriminação e à vulnerabilidade à violência

O combate ao estigma, à discriminação e à vulnerabilidade à violência que as principais populações enfrentam resultou na redução das barreiras que estas enfrentam em termos de acesso aos serviços críticos. As actividades essenciais inseridas nestas intervenções bem-sucedidas incluem, entre outras: a formação de agentes da lei e da ordem (Polícia), dos trabalhadores da saúde e do poder judiciário e a edificação da responsabilização institucional junto da Polícia, para que esta defenda os direitos das principais populações.

7.5 Garantia da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde abrangentes

Foi registada uma série de intervenções, a fim de produzir o máximo de benefícios para garantir a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde abrangentes. Citam-se entre as actividades essenciais, entre outras, as seguintes: a prestação de serviços de saúde, psicossociais, de apoio jurídico e outros às principais populações que sofrem de violência; a garantia da disponibilidade de testes voluntários do VIH e aconselhamento, de profilaxia pré-exposição, de hepatite viral, de TB e SSR; a redução de danos e o fornecimento de preservativos masculinos e femininos e lubrificantes; o recrutamento e formação de trabalhadores de intervenção comunitária em matéria de como levar a cabo intervenções e a interligação aos serviços; e o estabelecimento de espaços seguros para proporcionar aos membros da comunidade um lugar confortável para relaxar, descansar, obter informações e interagir uns com os outros e com o programa.

8. OBJECTIVO, RESULTADOS FINAIS E PRINCIPAIS RESULTADOS

Objectivo

Orientar a adopção e a institucionalização de um padrão, um pacote abrangente que supera os desafios singulares inerentes à garantia de direitos e à prestação de serviços de VIH e SSR de forma equitativa e eficaz a favor das principais populações da SADC.

Prevê-se que a Estratégia Regional sirva de guia orientador dos Estados-Membros no processo de elaboração e execução adequada dos programas de SSR e de prevenção, tratamento e cuidados do VIH a favor das principais populações, com o foco nas principais questões que devem ser abordadas aos níveis de políticas, jurídico, institucional e de instalações. De modo específico, os Estados-Membros recorrerão à estratégia para:

- conceber e executar SSR eficaz e prevenção do VIH, programas de tratamento e cuidados a favor das principais populações, que respondam às suas necessidades;
- conceber um pacote de serviços a favor das principais populações em harmonia com o pacote normalizado de serviços como prescrito na Estratégia Regional;
- assegurar a participação activa e significativa de grupos das principais populações nos processos de concepção e execução da Estratégia Regional aos níveis nacional e sub-nacional;
- mobilizar as organizações governamentais e não-governamentais, as organizações da sociedade civil e outras partes intervenientes em torno de um conjunto de estratégias comprovadas com base nas suas vantagens comparativas.

Resultados finais

Uma vez executada na sua plenitude, perspectiva-se que a Estratégia Regional:

1. Aumente ou garanta a disponibilidade de serviços de SSR e de prevenção, tratamento e cuidados de VIH a favor de todas as principais populações da Região da SADC;
2. Conceba e execute estratégias holísticas que abarquem os níveis de políticas, jurídico, institucional e de instalações na Região da SADC;
3. Aumente o acesso aos serviços de SSR e de VIH de qualidade e abrangentes a favor das principais populações em todos os Estados-Membros, de tal forma que 90% dos membros das principais populações tenham acesso aos mesmos serviços;
4. Garanta a mobilização de recursos adequados e sustentáveis e a utilização de serviços de VIH e de SSR a favor das principais populações.

Principais resultados

Principal Área de Resultado 1: estigma e discriminação contra as principais populações, particularmente nos pontos de prestação de serviços eliminados.

Principal Área de Resultado 2: violência contra as principais populações reduzida consideravelmente.

Principal Área de Resultado 3: programas de SSR e de prevenção, tratamento, cuidados e apoio aos serviços de VIH ampliados a favor das principais populações e especialmente as principais populações

jovens, conforme o pacote básico de serviços, baseiam-se em evidências e estão orientados para os resultados.

Principal Área de Resultado 4: redução das barreiras jurídicas, de políticas e culturais que impedem o acesso pelas principais populações aos serviços de SSR e de combate ao VIH.

9. RESULTADOS INTERMÉDIOS, ESTRATÉGIAS E INDICADORES

Principal Área de Resultado 1: estigma e discriminação contra as principais populações, particularmente nos pontos de prestação de serviços eliminados		
Resultado 1.1: Mecanismos regionais e nacionais para documentar e combater o estigma reforçados.		
Estratégias	Indicadores	Organismos e Parceiros de execução
1.1.1: Reforço parcerias para reduzir o estigma contra as principais populações: sistemas regionais e nacionais adoptados para estabelecer e operacionalizar mecanismos para prevenir, documentar e responder a situações que colocam as principais populações em risco.	<ol style="list-style-type: none"> Número de Estados-Membros com mecanismos institucionalizados para abordar o estigma contra as principais populações Número de Estados-Membros que tenham produzido ou actualizado um índice nacional de estigma contra as principais populações 	<ul style="list-style-type: none"> Secretariado da SADC Conselhos Nacionais de SIDA (NAC) Organizações das principais populações e redes regionais Organizações da sociedade civil Os parceiros de desenvolvimento Agências da ONU
Principal Área de Resultado 2: violência contra as principais populações reduzida consideravelmente		
Resultado 2.1: Acesso à justiça por parte das principais populações vítimas de violência melhorado.		
Estratégias	Indicadores	Organismos e Parceiros de Implementação
2.1.1 O reforço do acesso à justiça para as principais populações: desenvolver e implementar o acesso a mecanismos de justiça a favor das principais populações.	<ol style="list-style-type: none"> Número de Estados-Membros que prestam serviços de assistência judiciária às principais populações 	<ul style="list-style-type: none"> NAC/MINSA Parlamentos nacionais Organizações das principais populações e redes regionais Especialistas em direito e dos direitos humanos Agências da ONU Parceiros de desenvolvimento
Principal Área de Resultado 3: programas de SSR e de prevenção, tratamento, cuidados e apoio aos serviços de VIH ampliados a favor das principais populações e especialmente as principais populações jovens, conforme o pacote básico de serviços, baseiam-se em evidências e estão orientados para os resultados		
Resultado 3.1: Acesso a serviços de qualidade e baseados em evidências a favor das principais populações melhorado		
Estratégias	Indicadores	Organismos e Parceiros de Implementação
3.1.1 Desenvolver e implementar um pacote regional normalizado de serviços a favor das principais populações: apoio técnico aos Estados-Membros para desenvolverem e fornecerem um pacote normalizado de prestação de serviços efectivos de SSR e de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de VIH efectivos, baseados em evidências, voluntários e potencializados pela comunidade a todas as principais populações.	<ol style="list-style-type: none"> Número de Estados-Membros que executam o pacote básico mínimo de serviços a favor das principais populações Número de principais populações ou % estimada das principais populações com acesso aos serviços combinados de prevenção em conformidade com as orientações e pacote de serviços nacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> NAC/Ministérios da Saúde (MINSA) Organizações das principais populações e redes Agências da ONU

<p>3.1.2 Fortalecimento da capacidade dos decisores de políticas e prestadores de cuidados de saúde: Estados-Membros colocam à disposição e tornam acessíveis e aceitáveis os serviços de saúde sexual e reprodutiva e de VIH, com base nos princípios de ética médica, na eliminação do estigma de contextos dos cuidados de saúde e nos direitos à saúde e à equidade, incluindo a não discriminação e a confidencialidade.</p>	<p>6. Número de Estados-Membros, com grupos de trabalho técnicos funcionais que representam as principais populações pertencentes aos mecanismos de coordenação de resposta nacional à SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NAC/MINSA • Organizações das principais populações e redes regionais • Agências da ONU
<p>Resultado 3.2: Financiamento para os serviços a favor das principais populações incrementado</p>		
<p>Estratégias</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Organismos e Parceiros de Implementação</p>
<p>3.2.1 Identificação e manutenção dos recursos para intervenções populacionais: mobilizar recursos suficientes para providenciar serviços de SSR e de VIH avançados a todos os grupos populacionais e garantir que esses recursos sejam utilizados eficaz e equitativamente.</p>	<p>7. Número de Estados-Membros com dotações orçamentais específicas para intervenções e programas demográficos-chave</p> <p>8. Número de Estados-Membros que mobilizam recursos financeiros adicionais a partir de parceiros de desenvolvimento para intervenções junto das principais populações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NAC/MINSA • Chefes de Estado e outros líderes governamentais • Organizações de principais populações e redes regionais • Parceiros de desenvolvimento
<p>Resultado Previsto 3.3: Dados epidemiológicos e sociais sobre as principais populações aperfeiçoados</p>		
<p>Estratégias</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Organismos e Parceiros de Implementação</p>
<p>3.3.1 Intensificação da produção de evidências relacionadas com as principais populações: Desenvolver e executar sistemas inovadores e protocolos para a produção de conhecimentos e gestão e divulgação das questões relacionadas com a SSR e VIH e com as principais populações, com a participação real, titularidade e liderança das principais populações.</p>	<p>9. Número de Estados-Membros que realizam estudos integrados de vigilância biocomportamental do VIH dos grupos das principais populações conforme as diretrizes de vigilância da ONUSIDA</p> <p>10. Questões relativas às principais populações incluídas na agenda de investigação regional da SADC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NAC/MINSA • Organizações das principais populações e redes regionais e globais • Especialistas em investigação das principais populações e outros
<p>Resultado 3.4: Participação das principais populações na formulação, execução, monitorização e avaliação de políticas e programas redobrada</p>		
<p>Estratégias</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Organismos e Parceiros de Implementação</p>
<p>3.4.1 grupos das principais populações envolvidos na política e programas: desenvolver e operacionalizar mecanismos destinados a garantir que os grupos das principais populações possam participar significativamente na recolha de dados para a formulação de políticas e programas com informação suficientemente protegida para que os grupos das principais populações não sejam colocados em maior risco.</p>	<p>11. Número de Estados-Membros com mecanismos para garantir a participação significativa das principais populações nos processos de concepção e execução de programas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NAC/MINSA • Organizações das principais populações e redes regionais e globais • Especialistas em investigação sobre as principais populações e outros

Principal Área de Resultado 4: redução das barreiras jurídicas, de políticas e culturais que impedem o acesso pelas principais populações aos serviços de SSR e de combate ao VIH

Resultado 4.1: Ambientes jurídicos (incluindo leis, políticas, práticas, regulamentos, acesso à justiça e aplicação da lei) para as principais populações melhorado.

Estratégias	Indicadores	Organismos e Parceiros de Implementação
<p>4.1.1 Avaliação do ambiente jurídico: defender a revisão, com a participação substancial das principais populações, leis, políticas e práticas de aplicação da lei punitivas e de protecção e práticas tradicionais e culturais aplicáveis às principais populações em toda a Região e identificar o impacto dessas leis, políticas e práticas nas principais populações e nos resultados finais sobre a SSR e o VIH, com base, em parte, em experiências vividas pelas principais populações.</p>	<p>12. Número de Estados-Membros com avaliações dos ambientes jurídicos sobre a SSR e o combate ao VIH validadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NAC/MINSA • Organizações das principais populações e redes regionais • Especialistas em pesquisa de principais populações e outros • Especialistas em Direito • Agências da ONU
<p>4.1.2 Diálogo regional e nacional: documentação e partilha das melhores práticas sobre a eliminação de barreiras jurídicas e de políticas para as principais populações.</p>	<p>13. Número de melhores práticas na área de eliminação de barreiras jurídicas e de políticas para principais populações documentadas e partilhadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NAC/MINSA • Organizações das principais populações e redes regionais • Líderes políticos nacionais • Formuladores de políticas regionais • Líderes de opinião regionais • Especialistas em Direito e dos direitos humanos • Especialistas em política • Agências da ONU

10. MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO

A execução da Estratégia Regional exigirá a participação de um vasto leque de intervenientes. Enumeram-se entre as principais funções e responsabilidades destas partes intervenientes as seguintes:

10.1 Estados-Membros

- a) Coordenar o processo de adaptação da Estratégia Regional nos seus planos estratégicos nacionais de combate ao VIH e SIDA e sua execução;
- b) Garantir que a SSR, focada nas principais populações e serviços de VIH, seja prestada de acordo com o pacote mínimo regional;
- c) Apoiar a concepção e execução de intervenções de desenvolvimento de capacidades a favor de provedores de serviços, principais populações e organizações da sociedade civil em consonância com a Estratégia Regional;
- d) Garantir que ligações fortes e redes sejam criadas e mantidas entre todas as partes intervenientes, incluindo os grupos das principais populações e organizações da sociedade civil;
- e) Garantir que o ambiente jurídico e de políticas seja propício para permitir o acesso aos serviços de SSR e de combate ao VIH por parte das principais populações;
- f) Proporcionar um orçamento específico para a programação a favor das principais populações.

10.2 Organizações da Sociedade Civil/Não-Governamentais

- a) Defender o aumento de serviços através da concepção e execução de serviços de SSR e de combate ao VIH sensíveis às principais populações específicas;
- b) Defender e promover a adaptação da Estratégia Regional e sua execução;
- c) Conceber mensagens direccionadas para os serviços de SSR e de combate ao VIH focados nas principais populações;
- d) Apoiar o desenvolvimento de capacidades de grupos das principais populações para que estes participem na Estratégia de maneira significativa;
- e) Participar da mobilização de recursos e em projectos de geração de rendimento.

10.3 Grupos das Principais Populações

- a) Produzir evidências sobre técnicas de execução e sobre o impacto das intervenções, a fim de refinar intervenções futuras;
- b) Produzir informações estratégicas para a formulação, execução, monitorização e avaliação de políticas e programas;
- c) Estabelecer redes e plataformas de informação e de partilha de conhecimentos;
- d) Auxiliar o processo de concepção de um pacote mínimo de serviços a favor das principais populações.

10.4 Secretariado da SADC

- a) Garantir e incentivar a adaptação da Estratégia Regional em toda a Região;
- b) Mobilizar recursos em apoio ao desenvolvimento de capacidades das principais populações e organizações da sociedade civil;
- c) Prestar apoio técnico aos Estados-Membros em matéria de execução da Estratégia Regional;
- d) Liderar o processo de concepção e adaptação de um pacote mínimo de serviços a favor das principais populações;
- e) Promover políticas que facilitem o acesso aos serviços de SSR e de combate ao VIH a favor das principais populações;
- f) Elaborar um plano de divulgação e execução da Estratégia Regional;
- g) Coordenar a execução da Estratégia Regional e monitorizar os progressos registados;
- h) Partilhar as melhores práticas com outros parceiros, incluindo os Estados-Membros.

10.5 Parceiros de Desenvolvimento e Agências da ONU

- a) Apoiar a acção regional, nacional e sub-nacional com vista a execução da Estratégia Regional;
- b) Apoiar o desenvolvimento de capacidades do governo, das organizações da sociedade civil e dos grupos das principais populações;
- c) Apoiar a formulação de políticas e programas nacionais de advocacia baseada em evidências a favor dos serviços de SSR e de combate ao VIH focados nas principais populações;
- d) Apoiar às organizações da sociedade civil no processo de formulação de estratégias de advocacia;
- e) Facilitar o intercâmbio Sul-Sul nos domínios, entre outros, de desenvolvimento de pacotes normalizados, de mudança do ambiente jurídico e de políticas e de formação de agentes da lei e da ordem e trabalhadores da saúde.

11. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A monitorização e avaliação desta Estratégia Regional será integrada nos mecanismos regionais e internacionais de monitorização e avaliação em vigor. O Secretariado da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral garantirá que os principais indicadores de acompanhamento da execução da Estratégia Regional sejam elaborados e sejam objecto de relatório:

1. A nível nacional, compete ao NAC e ao MINSa a recolha, análise, síntese, avaliação da qualidade e difusão de dados de acordo com o plano de monitorização e avaliação da Estratégia Regional;
2. Cabe aos Estados-Membros produzir relatórios nacionais anuais baseados nos principais indicadores e submetê-los ao Secretariado da SADC. Compete ao Secretariado da SADC produzir um relatório regional que documente o progresso registado em matéria de execução e os pontos de estrangulamento;
3. O relatório anual regional é apresentado na reunião ministerial conjunta dos Ministros da Saúde e Ministros responsáveis pelo combate ao VIH e SIDA para aprovação;
4. Cabe às agências internacionais e instituições académicas apoiar o processo de monitorização, através de avaliações de desempenho regulares e conjuntos.

APÊNDICE A: MODELO DE DADOS NACIONAIS SOBRE A PREVALÊNCIA DO VIH⁸⁵

País	Tra- balhado- ras de sexo	HSH	Pessoas que consomem drogas por via intravenosa							
			Pessoas trans-gênero	Pessoas nas prisões	YSW	YSH	YPWUD	YTrans	Jovens em prisões	
Angola	7,2	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	7,2	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
Botswana	61,9	13,1	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
República Democrática do Congo	5,7	8,2	11,3	7,9	3,9	4,5	2,1	5,6	Não existem dados	Não existem dados
Lesoto	71,9	32,9	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
Madagáscar	5,5	14,9	8,5	Não existem dados	Não existem dados	4,5	9	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
Malawi	24,9 *	17,3	Não existem dados	Não existem dados	19,9	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
Maurícias	15	17,2	44,3	Não existem dados	11,8	5,5	5,5	14,3	Não existem dados	Não existem dados
Moçambique	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	24	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
Namíbia	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
Seychelles	4,6	13,2	3,8	Não existem dados	4,1	0	0,6	0,6	Não existem dados	0
África do Sul	57,7 *	26,8	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
Suazilândia	69,7	12,6	Não existem dados	Não existem dados	34,9	64,14	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados

85 ONUSIDA Síntese Regional, supra, n.º 28; Dados compilados pela ONUSIDA com base no Relatório Global de Monitorização da SIDA de 2017. Relatório das Lacunas de Prevenção da ONUSIDA, supra, n.º 18/UNAIDS. Regional Synthesis, above n 28; Data compiled by UNAIDS based on Global AIDS Monitoring Report 2017. UNAIDS Prevention Gap Report, above n 18

República Unida da Tanzânia	28	17,6	15,5	Não existem dados	6,7	Não existem dados	15,4	12,3	Não existem dados	Não existem dados
Zâmbia	56,4	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	27,4	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados
Zimbabwe	58,9	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	28	34,4	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados	Não existem dados

*: Dados de trabalhadores de sexo masculinos e femininos

SADC SECRETARIAT
Private Bag 0095 Gaborone, Botswana
Tel: 09267 395 1863 Fax: 09267 397 2848
Email: prinfo@sadc.int or registry@sadc.int or webmaster@sadc.int
Website: www.sadc.int
