



**Estratégia regional para a prevenção,
tratamento e cuidados contra o VIH e para a
saúde e direitos sexuais e reprodutivos entre
as populações-chave 2024-2030**

Secretariado da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC)
Plot 54385 CBD Square
Private/Bag 0095 Gaborone, Botswana
Tel: +267 395 1863
Correio eletrónico: prinfo@sadc.int
Sítio Web: Eswatini.sadc.int

©SADC, 2025

A informação contida nesta publicação pode ser utilizada e partilhada com o devido reconhecimento do editor, a SADC.

Citação: Estratégia regional para a prevenção, tratamento e cuidados contra o VIH e para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos entre as populações-chave 2024-2030, Gaborone, Botswana, 2025.

Sobre a SADC

A Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) é uma organização fundada e mantida por países da África Austral cujo objectivo é promover a cooperação socioeconómica, política e de segurança entre os seus Estados-Membros e fomentar 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, Seicheles, África do Sul, Suazilândia, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.



**Estratégia regional para a prevenção,
tratamento e cuidados contra o VIH e para a
saúde e direitos sexuais e reprodutivos entre
as populações-chave 2024-2030**

Índice

Agradecimentos	3
Prefácio	4
Acrónimos e abreviaturas	6
Glossário de termos	7
1. Introdução	10
2. Contexto	13
3. Processo de desenvolvimento da estratégia	17
4. Princípios orientadores	19
5. Barreiras enfrentadas pelas populações-chave	21
6. Fundamentação da estratégia	28
7. Intervenções programáticas para populações-chave	29
8. Objetivo, efeitos e principais resultados	32
9. Resultados, estratégias e indicadores	34
10. Modalidades de aplicação	37
11. Controlo e avaliação	39
Apêndice A: Modelo para os dados nacionais sobre a prevalência do VIH	40
Apêndice B: Painel de controlo regional 2018-2024	41
Apêndice C: Plano de controlo do desempenho	42

Agradecimentos

O Secretariado da SADC deseja expressar a sua sincera gratidão a todos os intervenientes que forneceram orientações estratégicas e contributos valiosos para o desenvolvimento da *Estratégia Regional para a Prevenção, Tratamento e Cuidados contra o VIH e a SIDA e para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre as Populações-Chave*, incluindo os parceiros de desenvolvimento, as agências das Nações Unidas, a sociedade civil e as organizações regionais de populações-chave e de jovens populações-chave.

Especificamente, o Secretariado gostaria de agradecer aos peritos de todos os Estados-Membros que representam os ministérios responsáveis pela saúde e pelo VIH e a SIDA, bem como às autoridades nacionais responsáveis pela SIDA, que analisaram e enriqueceram o documento durante os diferentes fóruns consultivos.

Este trabalho não teria sido possível sem a assistência financeira e técnica do PNUD através do seu programa #WeBelongAfrica, apoiado pelo Reino dos Países Baixos, bem como do FNUAP e da ONUSIDA através dos seus Gabinetes Regionais para a África Oriental e Austral.

O Secretariado da SADC gostaria de agradecer a Lamboly G.N. Kumboneki (Secretariado da SADC), Mesfin Getahun (PNUD), Phathisani Sibanda (ARASA) e Christoforos Mallouris (ONUSIDA) por facilitarem a coordenação do processo de revisão. Os nossos sinceros agradecimentos vão também para Nadia Peerun e Berry Nibogora (consultores independentes), que são os autores da atualização da estratégia. Por último, o Secretariado da SADC gostaria de agradecer aos membros do Comité Diretivo pela sua orientação e contributo durante o processo de revisão e atualização.

Prefácio

A Estratégia Regional Revista para a Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH e da SIDA e para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR) entre as Populações-Chave (2024-2030) foi desenvolvida mediante um processo inclusivo e consultivo que envolveu Governos, Populações-Chave, Sociedade Civil e Parceiros de Desenvolvimento. Esta revisão baseia-se nos fundamentos estabelecidos na estratégia original, desenvolvida em 2012. A estratégia revista sublinha o compromisso da região para com a equidade na saúde e os direitos humanos e aborda as necessidades dos grupos vulneráveis, em particular as populações-chave em risco de VIH.

Esta estratégia revista está em conformidade com o Plano Estratégico Indicativo de Desenvolvimento Regional (RISDP) 2020-2030 da SADC, que define as prioridades para um ambiente inclusivo, em que todos os cidadãos gozam de um bem-estar económico sustentável. O VIH continua a ser um foco central, com o objectivo de aumentar o acesso a serviços de qualidade, melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o VIH e avançar para uma geração livre de SIDA. Isto está em conformidade com o Protocolo da SADC sobre a Saúde e com o objectivo mais amplo de alcançar a Cobertura Universal de Saúde (UHC). A estratégia procura ultrapassar as barreiras à prevenção, ao tratamento e aos cuidados do VIH, assegurando que todas as populações, especialmente as mais vulneráveis, recebam serviços abrangentes, acessíveis e centrados no indivíduo.

A transição, em 2015, dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) enfatizou o princípio de "não deixar ninguém para trás". Este princípio é especialmente importante para as populações-chave, que enfrentam vulnerabilidades acrescidas ao VIH. São necessárias intervenções adaptadas para garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde, abordando as disparidades e melhorando os resultados globais em matéria de saúde.

Desde a adoção da estratégia anterior em 2017, a região alcançou progressos notáveis, como a introdução da profilaxia pré-exposição (PrEP), TAR injectável de longa duração e a integração dos serviços de VIH com a saúde sexual e reprodutiva, entre outros. No entanto, persistem desafios, incluindo a estagnação ou o aumento das taxas de infecção em certas zonas e os impactos da pandemia de COVID-19, a instabilidade económica e a diminuição do apoio dos principais doadores. Esta estratégia está a ser introduzida numa era de reduções drásticas do financiamento para o VIH e a SIDA e para o apoio à saúde em geral. Paralelamente, este é o período da 8.ª reconstituição do Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo, significando um momento crítico na resposta contínua ao VIH e à SIDA.

A revisão da estratégia para 2024 identificou a necessidade de adaptação em resposta aos desafios emergentes, continuando simultaneamente a perseguir os objectivos 95-95-95 da ONUSIDA. Estas metas visam que 95% das pessoas que vivem com o VIH (PVHIV) conheçam o seu estado, 95% estejam em tratamento e 95% das pessoas em tratamento atinjam a supressão viral. A estratégia estabelece igualmente novos objectivos para a prevenção combinada do VIH, a fim de garantir que 95% dos indivíduos em risco de contrair o VIH tenham acesso a opções de prevenção eficazes e centradas no indivíduo.

No âmbito da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, a estratégia visa satisfazer as necessidades das mulheres enquanto populações-chave, assegurando que 95% das mulheres em idade reprodutiva tenham as suas necessidades em matéria de VIH e de saúde sexual e reprodutiva satisfeitas e que 95% das mulheres grávidas e lactantes que vivem com o VIH consigam a supressão viral para evitar a transmissão de mãe para filho.

Um aspecto fundamental da estratégia é o seu compromisso com os objectivos 10-10-10 da ONUSIDA, que visa reduzir o impacto de ambientes jurídicos punitivos, do estigma, da discriminação e da violência baseada no género. Especificamente, a estratégia procura assegurar que menos de 10% dos países tenham barreiras legais ao acesso aos serviços de VIH, menos de 10% das PVVIH e populações-chave enfrentem estigma e discriminação e menos de 10% das mulheres e raparigas sofram violência baseada no género.

A estratégia revista orienta os Estados-Membros da SADC na concepção e implementação de programas de VIH e SSR inclusivos e baseados em direitos para as populações-chave, abordando as barreiras políticas, legais, institucionais e de prestação de serviços. Ao alinhar-se com a Visão 2050 da SADC, a Estratégia de Saúde de África e a Agenda 2063, a estratégia contribui para a construção de sistemas de saúde equitativos, resilientes e sustentáveis na África Austral, aproximando a região de um mundo onde a equidade na saúde é realizada e o VIH deixa de ser uma ameaça à saúde pública.

S.E. Elias M. Magosi
Secretário Executivo da SADC

Acrónimos e abreviaturas

AOA	África Oriental e Austral
ART	Terapia antirretroviral
CNS	Conselho Nacional da SIDA
COVID-19	Doença do coronavírus 2019
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
GAM	Monitoria Global da SIDA
HSH	Homens que têm sexo com homens
IST	Infeção sexualmente transmissível
KRA	Área de Resultados Chave
MdS	Ministério da Saúde
ODS	Objectivo de Desenvolvimento Sustentável
ONG	Organização não governamental
ONU	Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSC	Organização da sociedade civil
PC	População-chave
PID	Pessoas que injectam drogas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PTV	Prevenção da transmissão de mãe para filho
PUD	Pessoas que consomem drogas
PVHIV	Pessoas que vivem com o VIH
RDC	República Democrática do Congo
RISDP	Plano Estratégico Indicativo de Desenvolvimento Regional
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SDSR	Saúde e direitos sexuais e reprodutivos
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
TSO	Terapia de substituição de opiáceos
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Glossário de termos

Adolescentes: Pessoas com idades compreendidas entre os 10 e os 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: Qualquer acto ou omissão intencional - ameaçado ou real - contra uma pessoa com base no seu género que , ou seja susceptível de resultar, em danos físicos, sexuais ou psicológicos. A violência baseada no género é cometida contra mulheres, raparigas, homens, rapazes, pessoas pertencentes a minorias sexuais e pessoas com identidades não conformes ao género. Pode ser perpetrada por parceiros íntimos, membros da família, amigos, colegas, contactos sociais, estranhos e pessoas em posições de autoridade.²

Saúde: O estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A saúde tem muitas dimensões (anatômica, fisiológica e mental) e é em grande parte definida culturalmente.³

Cuidados de saúde: Serviços e intervenções preventivas, curativas e paliativas prestados a pessoas ou populações com o objectivo de promover, manter, monitorizar ou restaurar o bem-estar físico, mental ou emocional.

Direitos do Homem: Os direitos humanos são direitos que as pessoas têm pelo simples facto de terem nascido como seres humanos. Os direitos humanos não são concedidos por nenhum Estado. Estes direitos universais são inerentes a todas as pessoas, independentemente da nacionalidade, sexo, género, origem nacional ou étnica, cor, religião, língua ou qualquer outro estatuto.⁴ Por exemplo, incluem o direito à vida e à liberdade, a não escravatura e à tortura, a liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, e muitos outros. Todos têm direito a estes direitos, sem discriminação.

Populações-chave (PC): Grupos que, devido a comportamentos específicos de alto risco, correm um risco acrescido de contrair o VIH, independentemente do tipo de epidemia ou do contexto local. Também têm frequentemente problemas jurídicos e sociais relacionados com os seus comportamentos que aumentam a sua vulnerabilidade ao VIH. Para efeitos desta estratégia, as populações-chave incluem: 1) homens que fazem sexo com homens; 2) pessoas nas prisões; 3) pessoas que usam drogas; 4) trabalhadores do sexo de todos os géneros; e 5) pessoas transgénero. Inclui populações-chave jovens que são cada vez mais vulneráveis ao VIH, com necessidades sexuais e reprodutivas específicas. As populações-chave são importantes para a dinâmica de transmissão do VIH, das hepatites virais e das infecções sexualmente transmissíveis. São também parceiros essenciais para uma resposta eficaz à epidemia. As pessoas podem pertencer a mais do que um grupo de populações-chave e ter mais do que um comportamento de risco, e algumas pessoas podem adotar comportamentos de risco sem se identificarem como membros de um determinado grupo.⁵

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

1 Esta definição foi adaptada da Organização Mundial de Saúde (OMS). 2022. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2022). Genebra: OMS.

2 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA). 2024. Diretrizes terminológicas da ONUSIDA. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3 OMS. 2022. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2022). Genebra: OMS.

4 Gabinete do Alto Comissário para os Direitos Humanos (ACDH). O que são os direitos humanos? Genebra: OHCHR (<https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights>).

5 Esta definição foi adaptada da OMS. 2022. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2022). Genebra: OMS.

Homens que têm sexo com homens (HSH): Todos os homens que se envolvem em relações sexuais com outros homens. As palavras "homens" e "sexo" são interpretadas de forma diferente em diversas culturas e sociedades e pelos indivíduos envolvidos. Por isso, o termo engloba a grande variedade de cenários e contextos em que o sexo entre homens tem lugar, independentemente das múltiplas motivações para o envolvimento em sexo, das identidades sexuais e de género autodeterminadas e das várias identificações com qualquer comunidade ou grupo social em particular.⁶

Pessoas que injectam drogas (PID): Pessoas que injectam substâncias psicoactivas para fins não médicos. Estas drogas incluem, mas não se limitam a opiáceos, estimulantes do tipo anfetaminas, cocaína, hipnosedativos, incluindo novas substâncias psicoactivas. A injeção pode ser feita por via intravenosa, intramuscular, subcutânea ou por outras vias injectáveis. As pessoas que auto-injectam medicamentos para fins médicos - designadas por "injeção terapêutica" - não estão incluídas nesta definição. Esta estratégia dirige-se a todas as pessoas que consomem drogas, mas reconhece que as pessoas que consomem drogas injectáveis são mais vulneráveis ao VIH devido à partilha de equipamento de injeção contaminado com sangue.⁷

Pessoas que consomem drogas (PUD): Pessoas que consomem substâncias psicotrópicas ilegais através de qualquer via de administração, incluindo injeção, oral, inalação, transmucosa (sublingual, rectal, intranasal) ou transdérmica. Esta definição não inclui o consumo de substâncias tão amplamente utilizadas como as bebidas alcoólicas e as bebidas e alimentos que contêm cafeína.⁸

Trabalhadores do sexo: Adultos do sexo feminino, masculino, trans e com diversidade de género (com 18 anos ou mais) que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente. O trabalho sexual é sexo consensual entre adultos, pode assumir muitas formas e varia entre e dentro de países e comunidades. O trabalho sexual também varia de acordo com seu carácter mais ou menos "formal" ou organizado. Tal como definido na Convenção sobre os Direitos da Criança, as crianças e adolescentes com menos de 18 anos que trocam sexo por dinheiro, bens ou favores são "explorados sexualmente" e não são definidos como trabalhadores do sexo.⁹

Saúde sexual e reprodutiva (SSR): Um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação a todos os aspectos da sexualidade e da reprodução, e não somente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Para que a SSR seja alcançada e mantida, os direitos de todas as pessoas em matéria de SSR devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.¹⁰ Todos os indivíduos têm o direito de tomar decisões sobre o seu próprio corpo e de aceder à informação, aos bens, às instalações e aos serviços que apoiam este direito. Estas decisões incluem as relacionadas com a sexualidade, a reprodução e a utilização de serviços de SSR.¹¹ A SSR requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência.¹²

Transgénero e pessoas com diversidade de género: Um termo abrangente para pessoas cuja identidade e expressão de género diferem das tipicamente associadas ao sexo atribuído à nascença. As identidades das pessoas transgénero incluem homens, mulheres, uma combinação de géneros e nenhum género. As pessoas transexuais podem ou não ter acesso a cuidados de afirmação do género, incluindo cuidados médicos, tais como terapia de substituição hormonal ou cirurgia, e cuidados não médicos. As pessoas transexuais podem identificar-se como transexuais, mulheres, homens, não-binários, mulheres transexuais ou homens transexuais, ou uma de muitas outras identidades transexuais. Podem expressar o seu género de várias formas masculinas, femininas e/ou andróginas.¹³

6 OMS. 2022. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2022). Genebra: OMS.

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Ibid.

10 Adaptado da OMS. 2006. Defining sexual health. Genebra: OMS (<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>).

11 ONUSIDA. 2024. Diretrizes terminológicas da ONUSIDA. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0.

12 Adaptado de WHO et al. 2017. Sexual Health and its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach (2017). Genebra: OMS.

13 ONUSIDA. 2024. Diretrizes terminológicas da ONUSIDA. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0.

Populações vulneráveis: Grupos de pessoas que são particularmente vulneráveis à infeção pelo VIH e ao desenvolvimento da SIDA devido à desigualdade de oportunidades, à exclusão social, ao desemprego ou ao emprego precário e a outros factores sociais, culturais, políticos, jurídicos e económicos.¹⁴ Entre eles contam-se os adolescentes (em especial as raparigas adolescentes na África Subsariana), os órfãos, as crianças de rua, as pessoas com deficiência e os trabalhadores migrantes e móveis. Estas populações não são afectadas pelo VIH de forma uniforme em todos os países e epidemias. Esta estratégia não especificamente as populações vulneráveis, mas regista as vulnerabilidades específicas das populações-chave jovens.

Populações-chave jovens: Este termo refere-se a jovens mulheres, homens e pessoas com diversidade de género, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, que fazem parte de populações-chave, tais como jovens homossexuais e outros homens que têm sexo com homens, transexuais, jovens que injectam drogas e jovens com 18 anos ou mais de trabalhadores do sexo e delinquentes juvenis. As populações-chave jovens têm frequentemente necessidades únicas. A sua participação significativa é fundamental para o êxito da resposta ao VIH.¹⁵

Jovens: Indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos.¹⁶ 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.¹⁷ Em 2022, os jovens (com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos) representavam cerca de 16% da população global, mas representavam uma estimativa de 27% das novas infeções por VIH e 3,2 milhões de jovens que vivem com VIH.¹⁸

14 Ibid.

15 Ibid.

16 ONUSIDA. 2021. Estratégia Global para a SIDA 2021-2026: Acabar com as desigualdades. Acabar com a SIDA. Genebra: ONUSIDA (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).

17 OMS. 2022. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2022). Genebra: OMS.

18 Estimativas epidemiológicas da ONUSIDA, 2023, como mencionado em ONUSIDA. 2024. Youth Next Level: guidance to strengthen sustainable youth-led HIV responses. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youth-next-level_en.pdf).

1. Introdução

Desde a viragem do século, a África, em particular a África Oriental e Austral (AOA), a região mais afectada pelo VIH, tem feito progressos consideráveis na resposta à pandemia do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Entre 2010 e 2023, o número de novas infecções por VIH e a mortalidade relacionada com a SIDA entre todas as idades na AOA diminuíram 59% e 57%, respectivamente.¹⁹ Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), o número de novas infecções por VIH na AOA diminuiu de 1.4 milhões em 2001 para 600 000 em 2010 e 260 000 em 2023.²⁰ Além disso, registaram-se melhorias substanciais na utilização da terapia antirretroviral (TARV), com 83 % das pessoas que vivem com VIH (PVHIV) a receber TARV em 2022 - um aumento significativo em relação à cobertura de somente 25 % em 2010.²¹

Além disso, pelo menos seis países da África Austral - Botsuana, Essuatíni, Malawi, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué - atingiram os objectivos da ONUSIDA para 2025, com 95% das PVVIH a conhecerem o seu estado, 95% das pessoas que conhecem o seu estado a receberem tratamento e 95% das pessoas tratadas a atingirem uma carga viral suprimida.²² O Lesoto e a Namíbia estão entre os 10 países próximos de atingir o objectivo 95-95-95, tendo alcançado mais de 86% de supressão viral entre as PVVIH em tratamento.

Os dados comparativos sobre a cascata do VIH para as populações-chave são escassos. No entanto, os poucos exemplos disponíveis mostram que a cobertura de TARV entre as populações-chave é geralmente inferior às médias nacionais. Embora a cobertura global de TARV no Zimbabué e na Zâmbia fosse de 98% em 2023, a cobertura de TARV na Zâmbia era de 64,5% para os homens que praticam sexo com homens (HSH), 74,6% para as pessoas que injectam drogas (PWID), 68,4% para os trabalhadores do sexo e 17,1% para as pessoas transexuais. No Zimbabué, a taxa de cobertura da TARV para os trabalhadores do sexo era de 83,4%.²³ Estes números sugerem que, apesar dos esforços para chegar às populações-chave, continua a haver uma oportunidade de aumentar ainda mais a cobertura da TARV para corresponder aos níveis nacionais e manter os progressos realizados na resposta ao VIH.

Um dos principais componentes do progresso na região tem sido o compromisso assumido pelos organismos mundiais, continentais e regionais de pôr fim ao VIH e de criar estratégias que permitam aos países alcançar esse objetivo. O Objectivo de Desenvolvimento do Milénio n.º 6 das Nações Unidas (ONU) visava travar e inverter a propagação do VIH até 2015.²⁴ A ONUSIDA implementou uma estratégia intitulada Getting to Zero (Chegar a Zero) de 2011 a 2015, que procurava acabar com novas infecções, mortes relacionadas com a SIDA e discriminação.²⁵ A nível continental, em 2013, a União Africana reafirmou o compromisso dos países para com a eliminação do VIH e reconheceu, em particular, a necessidade de reforçar as protecções baseadas nos direitos das populações-chave e de envolver significativamente as populações-chave na resposta ao VIH.²⁶ A Comunidade de Desenvolvimento da

19 ONUSIDA. 2024. A urgência do agora: Atualização Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

20 ONUSIDA. 2013. Getting to Zero: HIV in Eastern and Southern Africa. Genebra: ONUSIDA; . 2024. A urgência do agora: Atualização Mundial da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

21 ONUSIDA. 2023. O caminho para acabar com a SIDA. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2023-unaids-global-aids-update-path-ends-aids-report.pdf#page=140.00>).

22 ONUSIDA. 2024. A urgência do agora: Atualização Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

23 ONUSIDA. 2024. Relatório de Monitoria Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA.

24 Nações Unidas. 2000. Objectivos de Desenvolvimento do Milénio - SIDA. Nova Iorque: Nações Unidas (<https://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>).

25 ONUSIDA. 2011. Getting to Zero. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf).

26 União Africana. 2013. Declaração da Cimeira Especial da União Africana sobre VIH/SIDA, Tuberculose e Malária "Abuja Actions Toward the Elimination of HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria in Africa by 2023". Abidjan: União Africana.

África Austral (SADC) publicou um quadro estratégico de 2010 a 2015 destinado a diminuir o impacto do VIH nos Estados-Membros.²⁷

Em 2015, a comunidade internacional fez a transição 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 populações-chave, se a comunidade global quiser realizar o desenvolvimento sustentável. ODS 3 visa garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.²⁸ Além disso, outros ODS contribuem para alcançar a igualdade e a equidade - por exemplo, o ODS 1 procura acabar com a pobreza, visando os mais vulneráveis e aumentando o acesso a recursos e serviços básicos, entre outros.

Quando a Estratégia Regional de 2017 para a Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH e da SIDA e para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre as Populações-Chave foi formulada, o enfoque global e continental visava garantir que 90% das pessoas que vivem com VIH estivessem cientes do seu estado, 90% das pessoas diagnosticadas estivessem a receber tratamento e 90% das pessoas em tratamento tivessem uma carga viral suprimida até 2020, com aspirações de atingir 95% em todos estes parâmetros até 2025. No entanto, em junho de 2021, foram introduzidas novas metas intercalares para 2025²⁹ para se alinharem com os ODS 2030, incluindo o objectivo de acabar com a SIDA.

Os objectivos para 2025, delineados na Estratégia Mundial de Luta contra a SIDA 2021-2026,³⁰ dão prioridade às PVV e a outros grupos vulneráveis, como as populações-chave. O objectivo de prevenção do VIH na Estratégia Mundial de Luta contra a SIDA é que 95% das pessoas que vivem em risco de infecção pelo VIH utilizem opções de prevenção combinada adequadas, prioritárias, centradas nas pessoas e eficazes. O roteiro da estratégia mundial de prevenção do VIH para atingir este objectivo inclui cinco pilares prioritários³¹. O primeiro pilar visa garantir que todas as populações-chave tenham acesso a programas de prevenção combinada e de redução dos danos baseados em dados concretos e nos direitos humanos, isentos de estigma e discriminação. A tónica é colocada na eliminação das barreiras sociais e jurídicas à prestação de serviços e na integração dos serviços de VIH com outros serviços essenciais de que estas populações necessitam. Para além dos esforços para atingir os objectivos 95-95-95, os objectivos para 2025 visam que 95% das mulheres tenham acesso a serviços de VIH e SSR. Os pilares prioritários também defendem que 90% das PVVIH e das pessoas em risco, incluindo as populações-chave, estejam ligadas a serviços integrados centrados nas pessoas e específicos do contexto. Além disso, as metas 10-10-10 para a remoção de impedimentos sociais e legais com vista a um ambiente propício ao acesso ou à utilização de serviços de VIH exigem que

- menos de 10% dos países têm ambientes jurídicos e políticos punitivos que negam ou limitam o acesso aos serviços;
- menos de 10% das PVVIH e populações-chave são vítimas de estigma e discriminação; e
- menos de 10% das mulheres, raparigas, PVVIH e populações-chave são vítimas de desigualdade e violência de género.

Em 2017, a Assembleia Geral das Nações Unidas adoptou uma Declaração Política sobre o VIH e a SIDA, reafirmando o seu compromisso de acabar com a SIDA até 2030.³² Alguns países comprometeram-se com metas nacionais de prevenção do VIH como parte da implementação da Declaração Política

27 SADC. Quadro Estratégico da SADC para o VIH e a SIDA 2010-2015. Windhoek: SADC.

28 Nações Unidas. 2015. Objectivos de Desenvolvimento Sustentável - Objectivo 3. Nova Iorque: Nações Unidas (<https://sdgs.un.org/goals/goal3>).

29 Assembleia Geral das Nações Unidas. 2021. Declaração Política sobre o VIH e a SIDA: Acabar com as desigualdades e entrar no caminho para acabar com a SIDA até 2030. Nova Iorque: Nações Unidas (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf).

30 ONUSIDA. 2021. Estratégia Global para a SIDA 2021-2026: Acabar com as desigualdades. Acabar com a SIDA. Genebra: ONUSIDA (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).

31 ONUSIDA. 2022. Prevenção do VIH 2025 - Roteiro: No caminho certo para acabar com a SIDA como uma ameaça à saúde pública até 2030. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/prevention-road-map>).

32 Assembleia Geral das Nações Unidas. 2021. Declaração Política sobre o VIH e a SIDA: Acabar com as desigualdades e entrar no caminho para acabar com a SIDA até 2030. Nova Iorque: Nações Unidas (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf).

sobre o VIH e a SIDA numa reunião de peritos realizada em 2017 em Victoria Falls, no Zimbabué. A União Africana comprometeu-se, entre outras coisas, a acelerar os esforços para controlar e acabar com a SIDA em África até 2030 no Quadro Catalisador para Acabar com a SIDA, a Tuberculose e Eliminar a Malária em África até 2030.³³ Além disso, o Plano de Ação da União Africana para o Controlo da Droga e a Prevenção da Criminalidade (2019-2023) orienta os países na concepção de políticas e programas nacionais de luta contra a droga. O Plano de Ação fornece orientações para a integração de medidas destinadas a reduzir os danos associados ao consumo de drogas, incluindo a implementação de um pacote abrangente de serviços de saúde para as pessoas que consomem drogas e a prevenção e gestão do VIH, das infeções sexualmente transmissíveis (IST), da hepatite C e da tuberculose (TB) entre as pessoas que consomem drogas (PUD).³⁴ A Declaração da Cimeira Extraordinária da União Africana sobre o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária em África até 2030, entre outras coisas, assumiu o compromisso de envolver significativamente as PVVIH e os membros das populações-chave como parceiros para garantir a responsabilização e a eficácia da resposta nacional à SIDA.

Em 2018, o Fórum Parlamentar da SADC, em colaboração com parceiros, desenvolveu os Padrões Mínimos para a Protecção da Saúde Sexual e Reprodutiva das Populações-Chave para abordar o estigma, a discriminação e a violência enfrentados por estes grupos.³⁵ Esta iniciativa, alinhada com a Estratégia Regional de 2017 para a Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH e SIDA e Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre as Populações-Chave, visava envolver os Estados-Membros na reforma de leis, políticas e práticas punitivas. Estas normas fornecem um quadro para os parlamentares fazerem intervenções, tanto a nível parlamentar como dos círculos eleitorais, para salvaguardar a SSR das populações-chave e promover o direito à saúde para todos os indivíduos. Os padrões servem como uma ferramenta parlamentar e política central para orientar reformas críticas, promovendo um consenso crescente entre os parlamentos nacionais da SADC para proteger as populações-chave.

Além disso, a Estratégia para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR) na Região da SADC 2019-2030 foi aprovada em 2018 para melhorar a SDSR para todas as pessoas na região.³⁶ Esta estratégia orienta os Estados-Membros no desenvolvimento e aperfeiçoamento das suas estratégias nacionais, melhorando a recolha de dados e a monitoria dos resultados relacionados com a SDSR e o VIH, particularmente entre as populações-chave. Paralelamente, foi também aprovada a Estratégia Regional e o Quadro de Ação para a Luta contra a Violência Baseada no Género 2018-2030, que fornece uma abordagem regional para combater a violência baseada no género.³⁷ O Quadro Estratégico da SADC para o VIH e a SIDA visa alcançar as metas de 2025 e 2030 para o VIH e a SIDA, a fim de colmatar as lacunas na cobertura da prevenção e do tratamento do VIH, com ênfase nas populações mais afectadas. Estas estratégias, juntamente com o Plano Estratégico Indicativo de Desenvolvimento Regional da SADC (RISDP) 2020-2030, que inclui disposições relativas ao VIH e às populações-chave,³⁸ ajudam os Estados-Membros a melhorar a recolha de dados e a monitoria da resposta regional ao VIH, garantindo uma protecção mais eficaz das populações-chave.

33 União Africana. 2016. Quadro Catalítico para Acabar com a SIDA, a Tuberculose e Eliminar a Malária em África até 2030. Abidjan: União Africana (https://au.int/sites/default/files/pages/32904-file-catalytic_framework_8pp_en_hires.pdf).

34 União Africana. 2019. Plano de Ação da União Africana para o Controlo da Droga e a Prevenção da Criminalidade (2019-2023). Abidjan: União Africana União.

35 Fórum Parlamentar da SADC. 2018. Normas mínimas do Fórum Parlamentar da SADC para a protecção da saúde sexual e reprodutiva das populações-chave na região da SADC. Windhoek: SADC.

36 SADC. 2019. Estratégia para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos na Região da SADC 2019-2030. Windhoek: SADC (https://www.sadc.int/sites/default/files/2024-06/Final_SADC_SRHR_Strategy.pdf).

37 SADC. 2018. Estratégia Regional da SADC e Quadro de Ação para o Combate à Violência Baseada no Género, 2018-2030. Windhoek: SADC (https://www.sadc.int/sites/default/files/2022-06/SADC_Regional_Strategy_and_Framework_of_Action_for_Addressing_Gender-Based_Violence_2018-2030.pdf).

38 SADC. 2020. Plano Estratégico Indicativo de Desenvolvimento Regional da SADC (RISDP) 2020-2030. Windhoek: SADC.

2. Contexto

Apesar dos progressos alcançados e dos compromissos globais, continentais e regionais para combater o VIH, a resposta ao VIH na África Austral enfrenta ainda desafios significativos que limitam os progressos. Um dos principais desafios que se colocam à realização dos objectivos internacionais e regionais é a persistência de níveis elevados de prevalência do VIH e de vulnerabilidade ao VIH entre populações específicas, nomeadamente os trabalhadores do sexo, os HSH, as pessoas que se prostituem, as pessoas transgénero e as pessoas que se encontram nas prisões.³⁹ Estes grupos são frequentemente designados por populações-chave, porque sofrem um impacto acrescido do VIH e têm um acesso reduzido aos serviços, em parte devido à sua marginalização e/ou criminalização.⁴⁰

A avaliação do progresso da estratégia regional da SADC realizada em 2024 documentou que, entre 2018 e 2024, a taxa de realização dos indicadores da estratégia melhorou de 62% para 75%, indicando um progresso significativo na região. No entanto, as populações-chave ainda enfrentam barreiras significativas aos serviços de VIH devido ao estigma, aos desafios legais e à prestação inadequada de cuidados de saúde, particularmente na satisfação das necessidades de prevenção, tratamento, cuidados e apoio das populações-chave jovens. Várias iniciativas estratégicas, incluindo as Normas Mínimas da SADC para as Populações-Chave, têm por objectivo resolver estas disparidades. Apesar das melhorias registadas na expansão dos serviços de VIH, especialmente com a adoção da profilaxia pré-exposição (PrEP) e de modelos diferenciados de prestação de serviços, continuam a existir desafios para atingir plenamente as populações-chave. Foram feitos progressos na redução do estigma e da violência contra as populações-chave, com práticas promissoras como as iniciativas do Botsuana contra a violência baseada no género.⁴¹ No entanto, a violência continua a ser um problema generalizado, exacerbado pelos movimentos anti-género e pelas tendências de criminalização pós-pandemia. O financiamento das intervenções a favor das populações-chave é altamente dependente dos doadores e está cada vez mais sob pressão, sendo cada vez mais necessária a mobilização de recursos nacionais.

Os dados mais recentes mostram que a incidência do VIH diminuiu entre todas as populações-chave de 2010 a 2022 na região, mas a taxas mais lentas entre os homens homossexuais e outros HSH e as pessoas que consomem drogas.⁴² Além disso, estimativas recentes para os países da África Subsariana mostram que, em locais com uma cobertura de 80% de TARV na população em geral, a cobertura era cerca de 11-13% inferior entre as trabalhadoras do sexo e os HSH, e 30% inferior entre as mulheres transexuais.⁴³

A mediana da prevalência do VIH entre as populações-chave na AOA é consistentemente mais elevada do que a prevalência do VIH entre os adultos (com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos), situando-se em 5,9% (IC: 4,9-6,9%), como ilustrado na Figura 1.⁴⁴

De acordo com o Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA (2024),⁴⁵ a prevalência do VIH entre os HSH foi de 27,2% em Essuatíni, 29,7% na África do Sul, 22,8% na Zâmbia, 12,9% no Malawi e 7,8% na Namíbia.⁴⁶ O Botsuana comunicou uma prevalência de 14,8%, enquanto as Comores, a República

39 SADC. 2017. Estratégia dos Programas de Integração VIH/TB/SRH/Malária 2016-2020. Windhoek: SADC

40 Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária. 2015. Ficha informativa. Populações-chave: Uma definição Genebra: GFATM UNAIDS.

41 SADC. 2024. Revisão do Progresso da Estratégia Regional da SADC para a Prevenção, Tratamento e Cuidados do VIH e Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre Populações-Chave. Windhoek: SADC.

42 ONUSIDA. 2024. A urgência do agora: Atualização Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

43 Ibid.

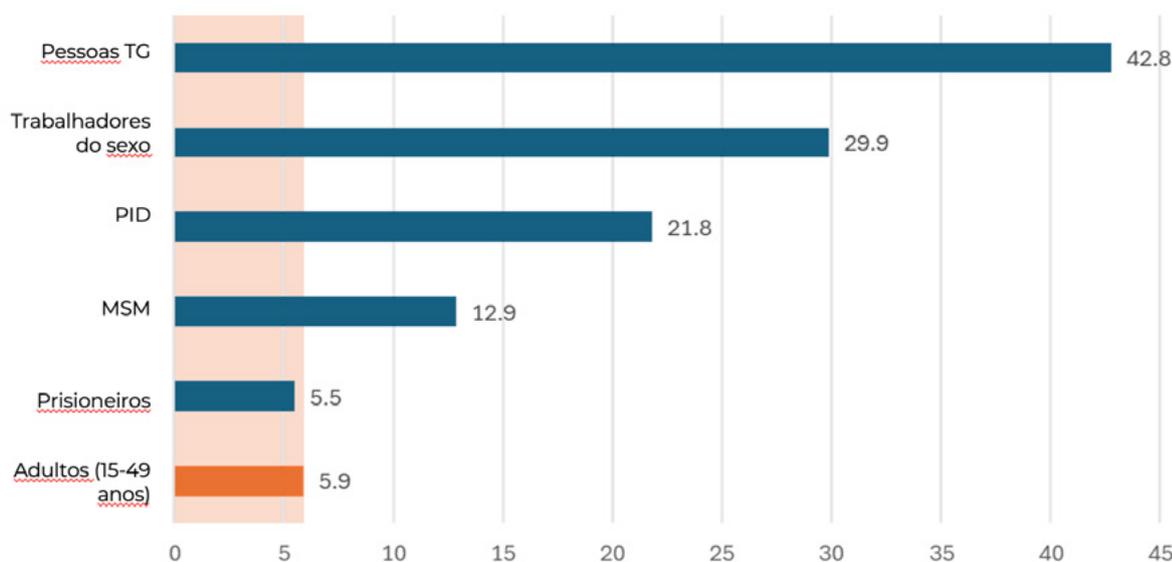
44 ONUSIDA. 2023. O caminho que acaba com a SIDA: Atualização Global da SIDA da ONUSIDA 2023. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2023-unaids-global-aids-update-path-ends-aids-report.pdf#page=140.00>).

45 ONUSIDA. 2024. Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA. Genebra: UNAIDS (<https://atlas.unaids.org/dashboard>). Acedido entre agosto e setembro de 2024.

46 Dados da Monitoria Global da SIDA acedidos através do Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA entre agosto e

Democrática do Congo (RDC) e o Zimbabué comunicaram taxas de prevalência mais baixas, de 1,8%, 7,1% e 8,1%, respetivamente.⁴⁷ A atual prevalência do VIH entre os HSH e as mulheres transexuais na África Subsariana é alarmante e consistentemente elevada em todas as regiões e países.⁴⁸ A informação sobre a prevalência do VIH entre as pessoas transexuais na a SADC é escassa e apresenta taxas de prevalência do VIH de 28% nas Maurícias,⁴⁹ 58% na África do Sul, 8,9% na Zâmbia e 17,6% no Zimbabué.⁵⁰

Figura 1. Mediana da prevalência do VIH na população em geral e nas populações-chave nos países da AOA, 2023



Fonte: ONUSIDA. 2023. O caminho que acaba com a SIDA: Atualização Global da SIDA da ONUSIDA 2023. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY- NC-SA 3.0 IGO (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2023-unaids-global-aids-update-path-ends-aids-report.pdf#page=140.00>)

A prevalência entre os trabalhadores do sexo era de 62,3% na África do Sul, 60,8% em Eswatini e 50% no Malawi.⁵¹ No Botswana e no Zimbabué, a situava-se entre 40% e 42%, e nas Maurícias e na Namíbia era de 18,2% e 29,9%, respetivamente, com a República Unida da Tanzânia a situar-se nos 15,4%.⁵² A prevalência é muito mais baixa nas Comores (0,5%)⁵³ e na RDC (7,7%).⁵⁴

Os dados sobre as pessoas que consomem drogas indicam uma elevada prevalência do VIH em determinados países. As Maurícias e a África do Sul registaram uma prevalência de 21,2% e 21,8%, respetivamente; a Zâmbia 10,9%, as Seicheles 8,1%⁵⁵ e a RDC 3,9%.⁵⁶ A prevalência do VIH entre os

setembro de 2024.

47 ONUSIDA. 2024. Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA. Genebra: UNAIDS (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>). Acedido entre agosto e setembro de 2024.

48 Kloek, M., Bulstra, C.A., van Noord, L., Al-Hassany, L., Cowan, F.M. e Hontelez, J.A.C. 2022. Prevalência do VIH entre homens que fazem sexo com homens, mulheres transexuais e trabalhadores do sexo masculino cisgénero na África Subsariana: uma análise sistemática revisão e meta-análise. *J Int AIDS Soc.* 2022 Nov;25(11):e26022. doi: 10.1002/jia2.26022. PMID: 36419343; PMCID: PMC9684687.

49 Ibid.

50 ONUSIDA. 2024. Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA. Genebra: UNAIDS (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>). Acedido entre agosto e setembro de 2024.

51 Ibid.

52 Ibid.

53 Ibid.

54 Conforme comunicado diretamente pelo país.

55 Ibid.

56 ONUSIDA. 2024. Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA. Genebra: UNAIDS (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>). Acedido entre agosto e setembro de 2024.

reclusos é de 7% na África do Sul, 12,3% na Zâmbia, 16,7% no Zimbabuê, 1,4% na RDC, 0,9% no Malawi e 0,4% nas Seicheles.⁵⁷

Em termos de cobertura das populações-chave com serviços abrangentes de prevenção do VIH, os dados mais recentes do quadro de avaliação da prevenção da Coligação Global para a Prevenção indicam que a maioria dos resultados se situa no intervalo "muito baixo" para a utilização de preservativos e a cobertura das intervenções de prevenção, com dados insuficientes para as comunidades transgénero e de PCDI (Figura 2).⁵⁸

Figura 2. Cobertura da prevenção do VIH entre as populações-chave

Indicadores (resultados de 2023)	Angola	Botswana	Comores*	RDC	Eswatini	Lesoto	Madagascar	Malawi	Maurícia*	Mocambique	Namibia	Seychelles*	África do Sul	Tanzânia	Zâmbia	Zimbabuê	Fonte
Utilização de preservativo comunicada pelas trabalhadoras do sexo com o cliente mais recente (%)		76		48	50	62		65			42			72		95	GAM/IBBS
% de todos os trabalhadores do sexo que receberam pelo menos duas intervenções de prevenção do VIH nos últimos três meses	51	90		38	9	31	93	68		57			34	90		79	GAM/IBBS/dados do programa
Utilização de preservativo na última relação sexual anal entre HSH (%)		78		57	80	46		79			55		72		58	69	GAM/IBBS
% de todos os HSH que receberam pelo menos duas intervenções de prevenção do VIH nos últimos três meses	3	32		39	29	26	28	65		31	33		10	4	5	26	GAM/IBBS/dados do programa
Práticas seguras de injeção entre os consumidores de drogas (%)				23													GAM/IBBS
% de todas as PID que receberam pelo menos duas intervenções de prevenção do VIH nos últimos três meses				23	37		100	0		40			17	11	3		GAM/IBBS/dados do programa
Utilização de preservativos entre pessoas transgénero (%)				52				50					77			82	GAM/IBBS
% de todas as pessoas transgénero que receberam pelo menos duas intervenções de prevenção do VIH nos últimos três meses				12									2		6	28	GAM/IBBS/dados do programa
A estratégia de prevenção inclui elementos essenciais do pacote de prevenção dos reclusos	<50%	<50%		<50%	>50%		<50%	<50%			nenhum		>50%	>50%	>50%	>50%	IPCN

muito bom
 bom
 médio
 baixo
 muito baixo
 dados insuficientes

Fonte: Dados da Monitoria Global da SIDA acedidos através do Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA entre agosto e setembro de 2024.

Nota: * Os países não fazem parte da base de dados do cartão de pontuação da prevenção da DPC; GAM - Global AIDS Monitoring; IBBS - integrated bio-behavioural surveys; NCPI - National Commitments and Policy Instrument.

Em 2024, todos os países da SADC, com exceção de Angola, têm PrEP nos seus protocolos nacionais.⁵⁹ Embora o número total global de utilizadores de PrEP esteja muito abaixo das metas da ONUSIDA, a utilização de PrEP está a aumentar na África Subariana. Em alguns países da AOA, o número de pessoas que receberam PrEP oral pelo menos uma vez nos últimos 12 meses mais do que duplicou entre 2021 e 2023.⁶⁰ No entanto, estudos mostraram que a descontinuação da PrEP entre as populações-chave é um desafio, e um estudo na Zâmbia concluiu que as barreiras ao uso da PrEP incluíam efeitos da PrEP ser confundida com medicamentos antirretrovirais usados para tratar o VIH, estigma antecipado e preocupações sobre os efeitos colaterais com base tanto na desinformação como na experiência.⁶¹ As identidades estigmatizadas, particularmente a dos HSH, serviram de barreira à utilização da PrEP.⁶² O receio de ser erradamente rotulado como portador do VIH foi a maior preocupação para as trabalhadoras do sexo.⁶³

57 Ibid.

58 O quadro de resultados completo está disponível em https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/key_populations_scorecard_scorecard_0.pdf.

59 OMS. 2024. Atualizações sobre a adoção de políticas relativas ao VIH, julho de 2024. Genebra: OMS (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/policy-uptake-ppt-2024-v5_mb.pdf).

60 ONUSIDA. 2024. A urgência do agora: Atualização Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

61 Ibid.

62 Ibid.

63 Stoebenau, K., Muchanga, G., Ahmad, S. et al. 2024. Barreiras e facilitadores da adoção e persistência da prep entre populações-chave na Província do Sul, Zâmbia: uma análise temática. BMC Public Health 24, 1617 (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19152-y>).

A PrEP injectável tem registado uma aceitação significativa na região da SADC. Em 2024, o Malawi, a África do Sul, a Zâmbia e o Zimbabué introduziram a PrEP injectável, com um total de 3.850 iniciações registadas durante o primeiro semestre de 2024 nestes quatro países.⁶⁴ Além disso, o anel vaginal de dapivirina (DVR), uma opção de PrEP de longa duração para o VIH para mulheres, está disponível em oito países da SADC: Botsuana, Essuatíni, Lesoto, Maláui, Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbabué.⁶⁵

Existem poucos dados sobre a saúde sexual e reprodutiva das populações-chave, embora exista literatura disponível sobre as trabalhadoras do sexo e os HSH. A prevalência da sífilis entre os HSH varia na região da SADC, com a Eswatini a registar 42%, o Botswana registou uma prevalência de 3,2%, as Comores 1,8%, a Zâmbia 4,3% e o Zimbabué 4,8%.⁶⁶ A prevalência da sífilis entre os trabalhadores do sexo foi de cerca de 30% no Essuatíni, no Malawi e no Zimbabué. O Botswana e a Zâmbia registaram, cada um, uma prevalência de cerca de 10% e as Comores de 1,5%.⁶⁷ Os únicos dados registados sobre a prevalência da sífilis entre pessoas transexuais são os do Malawi (12%) e das Maurícias (29%).⁶⁸

Em 2021, África tinha 25,6% do total de casos mundiais das quatro IST curáveis entre os adultos.⁶⁹ Além disso, o cancro do colo do útero é a principal causa de mortes relacionadas com o cancro entre as mulheres na África Subariana.⁷⁰

Dada a vulnerabilidade das populações-chave, esta estratégia procura operacionalizar os actuais compromissos globais, continentais e regionais e colmatar estas lacunas, fornecendo aos Estados-Membros um quadro para o desenvolvimento de programas específicos destinados às populações-chave. A estratégia deve ser utilizada em conjunto com as iniciativas existentes da SADC, incluindo as Normas Mínimas para a Protecção da Saúde Sexual e Reprodutiva das Populações-Chave, o Quadro Estratégico da SADC para o VIH e a SIDA 2025-2030, a Estratégia para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos na Região da SADC 2019-2030, a Estratégia Regional e o Quadro de Ação para Combater a Violência Baseada no Género 2018-2030 e as iniciativas internacionais e continentais existentes, como os ODS, o Plano de Ação da União Africana para o Controlo da Droga e a Prevenção da Criminalidade (2019-2023) e o Quadro Catalítico.

O quadro estratégico não é um plano estratégico, mas um guia para os Estados-Membros da SADC. Tem como objectivo fornecer detalhes sobre como as populações-chave são e continuam a ser mais vulneráveis ao VIH do que a população em geral. Além disso, identifica as principais barreiras enfrentadas pelas populações-chave no acesso aos serviços de VIH e SSR. O quadro estratégico também identifica as medidas que os Estados-Membros podem tomar para resolver estes obstáculos, reduzindo assim a vulnerabilidade das populações-chave ao VIH e aumentando o seu acesso aos serviços de VIH e SSR.

64 AVAC. PrEPWatch Data Dashboard (<https://data.prepwatch.org/>).

65 ONUSIDA. 2024. A urgência do agora: Atualização Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

66 Dados da Monitoria Global da SIDA acedidos através do Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA entre agosto e setembro de 2024.

67 ONUSIDA. 2024. A urgência do agora: Atualização Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

68 Ibid.

69 OMS. 2021. Relatório de progresso mundial sobre o VIH, as hepatites virais e as infeções sexualmente transmissíveis, 2021. Prestação de contas estratégias mundiais do sector da saúde 2016-2021: acções para o impacto. Genebra: OMS. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

70 OMS. 2024. Situação da Iniciativa de Eliminação do Cancro do Colo do Útero na Região Africana da OMS. Brazzaville: OMS.

3. Processo de desenvolvimento da estratégia

A estratégia regional é o resultado de uma série de processos participativos que envolveram membros de populações-chave, governos, sociedade civil e parceiros de desenvolvimento. As principais actividades que informaram o desenvolvimento da estratégia regional de 2017 e a sua atualização em 2024 são apresentadas abaixo.

1. Em 2012, uma consulta regional com os Estados-Membros da SADC discutiu a necessidade crucial de se concentrar no acesso aos serviços de saúde para as populações-chave e chegou a um consenso sobre uma definição regional de populações-chave. Foi também efectuada uma análise documental para informar o processo. O Grupo de Peritos em Populações-Chave Africanas, que incluía trabalhadores do sexo, HSH, pessoas que vivem com VIH e pessoas transgénero provenientes de vários países africanos, desenvolveu um Modelo de Quadro Estratégico Regional sobre o VIH para Populações-Chave em África em 2014.⁷¹ A estratégia modelo, que foi a primeira do género a ser desenvolvida em África, delineou os princípios e os principais elementos necessários para abordar as principais barreiras estruturais para alcançar um programa abrangente de prevenção, tratamento e cuidados do VIH para populações-chave no contexto africano. A ONUSIDA também organizou sessões de trabalho e consultas regionais para identificar lacunas e barreiras nos países e discutir o reforço da programação para as populações-chave. Assim que um projeto de estratégia ficou pronto em 2017, o Secretariado da SADC e o PNUD organizaram consultas regionais com jovens populações-chave e Estados-Membros para obter os seus contributos e comentários, tendo sido validado em outubro de 2017.
2. A estratégia regional da SADC foi implementada a partir de 2018, tendo sido elaborados relatórios de progresso anuais entre 2018 e 2021. No entanto, os relatórios não eram normalizados e não forneciam informações exaustivas, pelo que se decidiu que era necessária uma análise exaustiva dos progressos em 2024 para informar a próxima iteração da estratégia. A avaliação de 2024 nos seguintes processos:
 - Na sequência da decisão dos Ministros da Saúde da SADC em novembro de 2023, foi criado um Comité Diretor, incluindo representantes da SADC, do PNUD, da ONUSIDA, do FNUAP, da Aliança para a SIDA e os Direitos na África Austral (ARASA) e da SWEAT/Sisonke, para supervisionar a revisão.
 - Foi elaborado, traduzido e distribuído em maio de 2024 um questionário por país, baseado no quadro de desempenho da estratégia, para recolher dados sobre as populações-chave e feedback. Foram realizadas sessões de orientação, com acompanhamento contínuo para garantir a participação.
 - Foram realizadas entrevistas com informadores-chave, sob a forma de entrevistas semi-estruturadas, a 35 partes interessadas, incluindo redes de populações-chave, organizações da sociedade civil (OSC), doadores e parceiros regionais.
 - Foi efectuada uma análise documental exaustiva, utilizando literatura cinzenta e revista pelos pares, relatórios e dados de organismos internacionais e OSC.
 - As respostas dos países foram compiladas num painel de controlo regional e comparadas com o relatório de progresso de 2018. Foi aplicado um sistema de pontuação, com um código de cores para o estado de implementação.
 - Os dados da análise documental, dos questionários e das entrevistas foram utilizados para redigir a análise dos progressos, que foi apresentada aos diretores dos programas das CNS

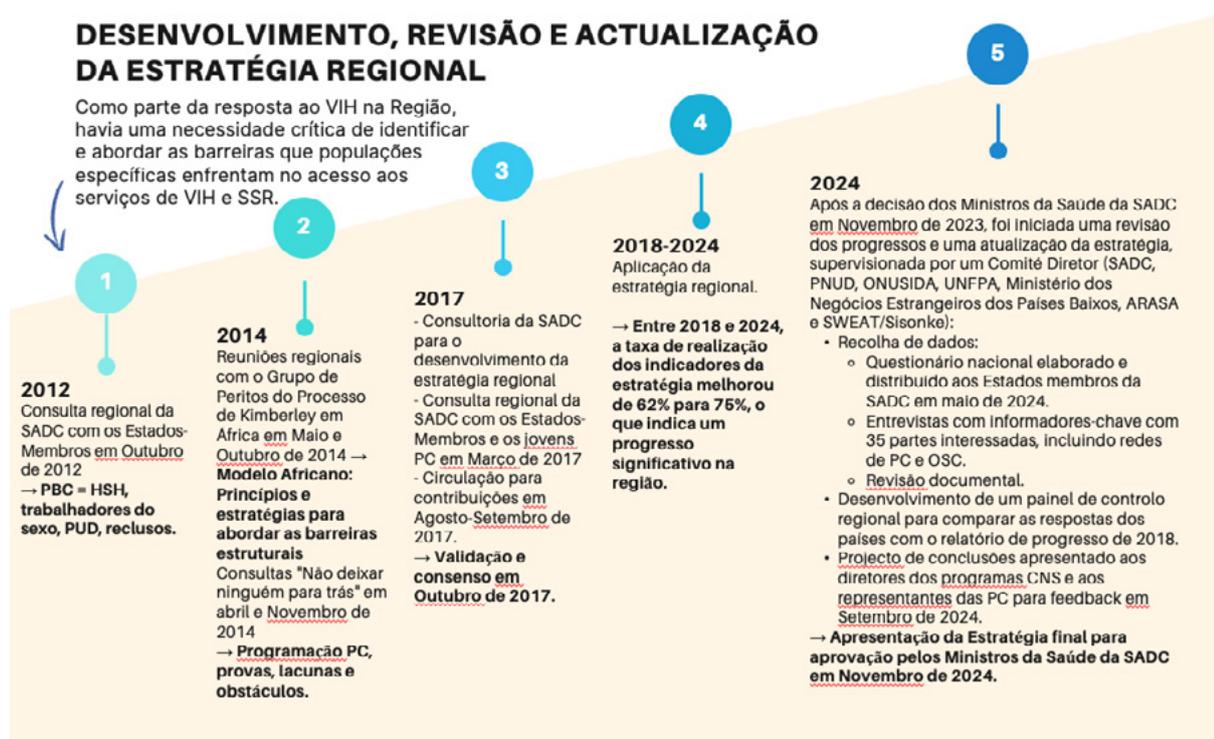
⁷¹ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). 2014. Modelo de Quadro Estratégico Regional sobre o VIH para Populações-Chave em África. Nova Iorque: PNUD.

e aos representantes das populações-chave durante as consultas em linha e as reuniões presenciais na reunião anual dos diretores das CNS da SADC para obter feedback.

- Com base na análise dos progressos, a estratégia regional de 2017 foi actualizada em outubro de 2024. Após revisões baseadas em múltiplas consultas, a revisão final dos progressos e a estratégia actualizada foram apresentadas aos Ministros da Saúde da SADC para aprovação em novembro de 2024.

A Figura 3 ilustra o processo de desenvolvimento e atualização da estratégia regional da SADC de 2017.

Figura 3. Processo de desenvolvimento e atualização da estratégia regional da SADC de 2017



4. Orientação princípios

Os princípios orientadores que se seguem estão na base do desenvolvimento da estratégia regional e deverão orientar a sua aplicação

4.1 Direitos fundamentais

Todas as pessoas, incluindo as populações-chave, têm direito a serviços de saúde equitativos, o que inclui o acesso a serviços adequados de prevenção, tratamento e cuidados do VIH, serviços de apoio e serviços de SSR. As pessoas têm ainda os seguintes direitos relevantes garantidos pelas leis internacionais, regionais e nacionais: direito a não ser discriminado; direito à igualdade; direito a não ser torturado e a não ser objecto de tratamentos cruéis, desumanos e degradantes; direito à dignidade; direito à segurança da pessoa; e direito à informação.

4.2 Compromisso político

É necessário um empenhamento político de alto nível para garantir o acesso universal aos serviços de saúde. O Secretariado da SADC e os Estados-Membros demonstraram esse empenhamento no desenvolvimento desta estratégia regional e seguirão um princípio semelhante na sua implementação.

4.3 Parcerias eficazes

Reconhecendo a natureza complexa e exigente da garantia de acesso aos serviços de saúde para as populações-chave, a concepção e a implementação da estratégia regional requerem uma cooperação contínua e sustentada entre as várias partes interessadas do governo, as populações-chave, a sociedade civil e o sector privado, e as organizações regionais e internacionais. As parcerias eficazes serão caracterizadas pela transparência, pelo respeito mútuo e pelo envolvimento ativo de todas as partes interessadas, particularmente as das populações-chave, para garantir que a estratégia seja inclusiva e tenha impacto.

4.4 Respeito pela diversidade

A estratégia regional reconhece, respeita e reflecte a diversidade de experiências, orientação sexual, expressão de género, identidade de género e escolha de profissão entre as populações-chave. Reconhece e compromete-se a defender o direito de todas as pessoas à igualdade, equidade, dignidade e ausência de estigma e violência. Sublinha ainda a importância da interseccionalidade, reconhecendo que os indivíduos das populações-chave navegam frequentemente em identidades e experiências que se sobrepõem e que podem intensificar a sua vulnerabilidade ao estigma, à discriminação e às desigualdades na saúde. Os programas devem estar atentos a estes factores, para que todas as suas necessidades possam ser.⁷² A estratégia reconhece igualmente as complexidades da classificação dos indivíduos que pertencem a múltiplos grupos de populações-chave, uma vez que estas identidades interseccionadas colocam desafios únicos na abordagem das disparidades sanitárias e na garantia de intervenções adaptadas. Para resolver este problema, os países são encorajados a concentrar-se na medição do que é mais importante para a sua epidemia específica.

4.5 Participação, inclusão e equidade

Foram envidados todos os esforços para garantir o envolvimento substancial e significativo das populações-chave no desenvolvimento da estratégia regional. A estratégia regional apela ainda à

72 O Fundo Mundial. 2022. Programação do VIH à escala para e com populações-chave: Período de afetação 2023-2025. Genebra: O Fundo Mundial (trabalho original publicado em 2019, atualizado em 20 de dezembro de 2022).

atribuição de recursos adequados, em termos financeiros, de tempo e de conhecimentos especializados, para assegurar a participação e o contributo efectivos das populações-chave, incluindo as populações-chave jovens, durante a concepção, a implementação e a monitoria e avaliação.

4.6 Programas do mais alto nível, baseados em dados concretos

Espera-se que a estratégia regional seja do mais alto nível, baseada em dados abrangentes, exactos e actualizados sobre todos os grupos populacionais chave. Para tal, os grupos populacionais chave são encorajados a participar de forma substancial na recolha de dados fiáveis ao nível do terreno, bem como a analisar e corroborar os dados recolhidos. A estratégia regional basear-se-á também na experiência prática e no que já foi alcançado na região e noutros locais para garantir que é concebida e aplicada com os mais elevados padrões de eficácia e eficiência. Além disso, a estratégia incentiva a exploração e a adoção contínuas de soluções inovadoras, incluindo o recurso a novas tecnologias, ferramentas digitais de saúde e novos métodos de execução de programas. Ao integrar avanços de ponta com práticas baseadas em provas, a estratégia mantém-se dinâmica e reactiva aos desafios sanitários emergentes, conduzindo, em última análise, a melhores resultados sanitários para todas as populações, em especial as que se encontram em maior risco.

4.7 Não prejudicar

Devem ser tomadas as precauções necessárias para garantir que nenhum membro de grupos-chave da população corra o risco de ser prejudicado como resultado directo ou indirecto do desenvolvimento e da aplicação da estratégia regional.

4.8 Abordagem transformadora do género

A estratégia regional adopta uma abordagem transformadora do género que aborda as causas profundas das desigualdades baseadas no género e dá poder a todos os indivíduos, independentemente do género. Isto implica pôr em causa as normas, os papéis e os estereótipos nocivos ao género, prevenir a violência baseada no género, eliminar as barreiras de género aos serviços e defender a igualdade de género.⁷³

4.9 Abordagens lideradas por jovens

A estratégia regional compromete-se a dar prioridade a abordagens lideradas por jovens, amigas dos jovens e inclusivas para garantir que as populações-chave jovens desempenhem um papel central na concepção e implementação de iniciativas de saúde. Isto implica capacitá-los para assumirem posições de liderança na concepção, implementação e avaliação das respostas ao VIH, reconhecendo as suas perspectivas únicas e experiências vividas. A estratégia incentiva a colaboração com organizações lideradas por jovens para promover serviços adaptados aos jovens, que sejam acessíveis, não discriminatórios e adaptados às necessidades das diversas populações-chave jovens.⁷⁴

73 ONUSIDA. 2024. Diretrizes terminológicas da ONUSIDA. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; Parceria para Inspirar, Transformar e Conectar a Resposta ao VIH (PITCH). 2020. What does it take to achieve a gender transformative HIV response? Brighton, Reino Unido: PITCH (<https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2020/10/Pitch-Gender-Guide-FINAL.pdf>).

74 ONUSIDA. 2024. Youth Next Level: guidance to strengthen sustainable youth-led HIV responses. Genebra: ONUSIDA. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youth-next-level_en.pdf).

5. Barreiras enfrentadas pelas principais populações

Identificar e abordar adequadamente as barreiras específicas que as populações-chave enfrentam no acesso ao VIH e à SSR é uma parte fundamental da resposta ao VIH na SADC para garantir que nenhuma população é deixada para trás.⁷⁵ Os HSH, os trabalhadores do sexo, as pessoas transgénero, as pessoas que vivem em prisões e as pessoas nas prisões têm uma prevalência de VIH significativamente mais elevada do que a população em geral, conforme documentado nas secções 1 e 2, pelo que a sua necessidade de serviços é maior. Há uma série de razões pelas quais as populações-chave não conseguem aceder aos serviços necessários para responder às suas necessidades de saúde, incluindo o estigma, a discriminação e a violência; leis punitivas; falta de informação sobre as necessidades das populações-chave; e falta de programas, fundos e serviços destinados a populações-chave específicas.

5.1 Estigma e discriminação

Todas as populações-chave identificadas nesta estratégia enfrentam níveis elevados de estigma e discriminação que impedem o seu acesso aos serviços de saúde, incluindo os serviços de VIH e SSR. As populações-chave enfrentam o estigma e a discriminação em contextos de cuidados de saúde, no local de trabalho, nas famílias e nas comunidades.

Os dados relacionados com o estigma e a discriminação sofridos pelas populações-chave são limitados, mas nos países que apresentaram relatórios sobre este indicador, os níveis permanecem longe do objectivo de menos de 10% entre os HSH (31,9% na RDC, 33,9% no Essuatíni e 25,7% na Zâmbia), entre os toxicodependentes (53,8% nas Comores, 29,9% na RDC, 56,1% na Zâmbia), entre os trabalhadores do sexo (29,6% nas Comores, 33% na RDC e no Essuatíni, 61,5% na Zâmbia e 56,4% no Zimbabué) e entre os transexuais (32,1% na RDC).⁷⁶

Muitos indivíduos de populações-chave referiram ter evitado ir às instalações de cuidados de saúde nos últimos 12 meses devido ao estigma e à discriminação. Metade (49%) dos trabalhadores do sexo no Malawi, 34% em Eswatini, 43,3% no Zimbabué, 29,6% nas Comores e 24,2% na Zâmbia evitaram procurar cuidados de saúde por esta razão.⁷⁷ Entre as pessoas transexuais, 10,8% no Zimbabué e 36% na RDC referiram ter evitado cuidados de saúde devido ao estigma e à discriminação.⁷⁸ No caso dos HSH, 11,9% nas Comores, 12,9% no Malawi, 8,3% no Zimbabué, 17,8% na RDC, 24% no Essuatíni e 29,3% na Zâmbia evitaram os cuidados de saúde.⁷⁹ Além disso, 14% dos toxicodependentes na RDC, 54,7% nas Comores e 44,6% na Zâmbia evitaram os serviços de saúde devido ao estigma e à discriminação.⁸⁰

5.2 Violência

Todas as populações-chave são altamente vulneráveis à violência. Os HSH, as trabalhadoras do sexo e as pessoas transexuais são susceptíveis de sofrer violência baseada no género porque desafiam as normas de género ou porque são mulheres. As pessoas transexuais são vítimas de assédio, violência física e abusos por parte da polícia e de particulares.⁸¹ Devido à sua vulnerabilidade e à experiência de

75 ONUSIDA. 2021. Estratégia Global para a SIDA 2021-2026: Acabar com as desigualdades. Acabar com a SIDA. Genebra: ONUSIDA (<https://unaid.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-aids-strategy>); OMS. 2022. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2022). Genebra: OMS.

76 Dados da Monitoria Global da SIDA acedidos através do Atlas das Populações-Chave da ONUSIDA entre agosto e setembro de 2024.

77 ONUSIDA. 2021. Estratégia Global para a SIDA 2021-2026: Acabar com as desigualdades. Acabar com a SIDA. Genebra: ONUSIDA (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-aids-strategy>); OMS.

78 Ibid.

79 Ibid.

80 Ibid.

81 Gabinete do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH). 2024. A luta das pessoas trans e de género diverso. Genebra: OHCHR (<https://www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-sexual-orientation-and-gender->

abusos policiais, é menos provável que as pessoas transexuais recorram às autoridades policiais ou aos serviços de saúde para obter a assistência necessária.

Os únicos dados disponíveis sobre violência entre pessoas transgénero na região da SADC são da RDC, onde 23,5% das pessoas transgénero relataram ter sofrido violência sexual e/ou física nos últimos 12 anos.⁸² Entre os HSH, 3% no Malawi, 9% em Eswatini, 26,1% na RDC e 25,7% na Zâmbia violência semelhante.⁸³ Para os trabalhadores do sexo, as taxas variam entre 12% e 19% em Eswatini, Malawi e Maurícias, subindo para 27,8% na RDC, 49% no Zimbabué e 81% na Zâmbia.⁸⁴ Além disso, 13% dos PID na Zâmbia e 27,7% na RDC relataram ter sofrido violência sexual e/ou física durante o mesmo período.⁸⁵

5.3 Falta de um ambiente jurídico e político protector

A falta de um ambiente jurídico e político protector constitui um obstáculo significativo à capacidade das populações-chave de acederem aos serviços. Os dados mais recentes (2022) do Instrumento Nacional de Compromissos e Políticas 2017-2024 indicam que todos os países da SADC mantêm quadros jurídicos punitivos em matéria de criminalização relacionados com pelo menos uma população-chave, 14 Estados-Membros da SADC criminalizam algum aspecto do trabalho sexual, todos os países da SADC criminalizam a posse de pequenas quantidades de drogas - exceto as Maurícias, que recentemente a lei para uma criminalização condicional - e seis países têm leis específicas que criminalizam as relações consensuais entre adultos do mesmo sexo (Figura 4).⁸⁶

Figura 4. Países da SADC com leis discriminatórias e punitivas relacionadas com o VIH (NPCI 2017-2024)

Países com leis de- discriminatórias e pu- nitivas relacionadas com o VIH	Angola	Botsuana	Comores	RDC	Eswatini	Lesoto	Madagáscar	Malawi	Maurícia	Moçambique	Namíbia	Seychelles	África do Sul	Tanzânia	Zâmbia	Zimbabué
Criminalização ou ação penal com base em leis penais gerais de não divulgação, exposição ou trans- missão do VIH	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	X	Não	Sim	Sim	Não	X	Sim	X	Não
Criminalização das pessoas transgénero	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Criminalização do trabalho sexual	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Criminalização de actos sexuais entre pessoas do mesmo sexo em privado	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	*	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Criminalização da posse de pequenas quantidades de droga	Sim	Sim	Sim	Dados não disponíveis	Sim	Sim	Sim	Sim	**	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

■ Sim
 ■ Não
 ■ Dados não disponíveis

Fonte: Compromissos nacionais e instrumento político, 2017-2024, complementados por fontes adicionais, 2024 (ver referências nas fichas regionais e <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

identity/ struggle-trans-and-gender-diverse-persons).

82 UNUSIDA. 2021. Estratégia Global para a SIDA 2021-2026: Acabar com as desigualdades. Acabar com a SIDA. Genebra: UNUSIDA (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>); OMS. 2022. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2022). Genebra: OMS.

83 Ibid.

84 Ibid.

85 Monitoria global da SIDA, 2023.

86 Ibid.

Nota: x Existem ações penais com base em leis penais gerais; * Fonte: UNAIDS. 2024. A urgência do agora: Global AIDS Update 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaid-global-aids-update_en.pdf); ** Criminalização condicional. Fonte: Lei das Maurícias sobre Drogas Perigosas de 2000, com a redação que lhe foi dada em 2022.

A África do Sul iniciou o processo de descriminalização do trabalho sexual. Além disso, entre todos os países da SADC, apenas a África do Sul permite a mudança legal de gênero.⁸⁷ Um passo progressivo que vai além da criminalização seria a promulgação de leis e políticas que despatologizassem a diversidade de gênero e permitissem a mudança legal de gênero sem cirurgia. Este é um caminho necessário para a justiça reprodutiva e para os serviços básicos de saúde e direitos reprodutivos que afirmam o gênero para as pessoas transgênero.⁸⁸

A Maurícia alterou a sua Lei sobre Drogas Perigosas de modo a incluir disposições relativas a uma abordagem alternativa para os PUD, refletindo uma mudança para um quadro jurídico centrado na reabilitação. Uma pessoa detida com pequenas quantidades de droga pode agora ser encaminhada para reabilitação, em vez de ser objecto de uma ação penal, se tal for aprovado pelo Comissário da Polícia e pelo Diretor do Ministério Público. A pessoa é então avaliada pelo Painel Administrativo de Consumidores de Drogas, que iniciou as suas actividades em abril de 2024, para determinar se está disposta a submeter-se a tratamento e encaminhá-la para um centro de reabilitação, se for caso disso.

Estas leis punitivas tornam as populações-chave vulneráveis à violência por parte dos agentes da autoridade e de outros. Dado que a descriminalização pode ser um processo moroso, a ONUSIDA recomenda que se flexibilize a aplicação de leis e políticas punitivas.⁸⁹ Práticas promissoras como o projeto Dignity, Diversity and Policing (Dignidade, Diversidade e Policiamento) do Serviço de Polícia da África do Sul podem ser reproduzidas para proteger as populações-chave apesar dos contextos de criminalização.⁹⁰

Muitos HSH e trabalhadores do sexo têm relutância em denunciar violações dos direitos humanos à polícia por receio de serem presos. Estas leis punitivas podem também tornar os prestadores de cuidados de saúde mais relutantes em tratar as populações-chave, pois receiam ser vistos como apologistas de comportamentos ilegais.

As leis punitivas e restritivas aumentam a vulnerabilidade das pessoas nas prisões e dos toxicodependentes ao VIH. As proibições legais relativas ao fornecimento de agulhas esterilizadas e ao tratamento de substituição de opiáceos (TSO) impedem diretamente os esforços de prevenção do VIH. As leis penais que proíbem a actividade sexual entre pessoas do mesmo sexo e as leis penitenciárias que proíbem o sexo nas prisões são frequentemente apontadas como um obstáculo ao fornecimento de preservativos nas prisões.⁹¹

Para além das leis punitivas, muito poucos países da SADC têm um ambiente jurídico e político protetor. Por exemplo, a falta de leis que proibam a discriminação com base na identidade de gênero de um indivíduo deixa as pessoas transgênero vulneráveis à discriminação, com poucos recursos. A maior parte dos países da SADC não reconhece o gênero das pessoas transexuais, uma vez que não prevêem legalmente o reconhecimento do gênero.⁹² Devido à sua marginalização, as pessoas transexuais são vulneráveis a abusos policiais ao abrigo de leis vagas que criminalizam a vadiagem ou a vadiagem em público.⁹³ As mulheres transexuais que são trabalhadoras do sexo são assediadas

87 ONUSIDA. 2022. Compromissos Nacionais e Instrumento de Política 2021. Genebra: ONUSIDA (<https://lawsandpolicies.unaids.org/topicresult?i=923&lan=en>).

88 ONUSIDA. 2024. VIH e pessoas transgênero. Atualização Global da SIDA. Briefing temático. Genebra: UNAIDS.

89 ONUSIDA. 2024. A urgência do agora: Atualização Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaid-global-aids-update_en.pdf).

90 Para mais informações, consultar Global Law Enforcement & Public Health Association Inc. 2024. Projeto Dignidade, Diversidade e Policiamento do Serviço de Polícia da África do Sul: The Promotion And Protection Of Human Rights, Dignity And Safety For All (<https://glepha.com/the-south-african-police-services-dignity-diversity-and-policing-project-the-promotion-and-protection-of-human-rights-dignity-and-safety-for-all/>).

91 Struthers, J. 2023. Trancados e esquecidos: Os prisioneiros africanos foram deixados para trás na luta contra o VIH. AIDSmap (<https://www.aidsmap.com/news/dec-2023/locked-and-forgotten-african-prisoners-have-been-left-behind-fight-against-hiv>).

92 Centro de Litigância da África Austral (SALC). 2016. Leis e Políticas que Afectam as Pessoas Transgênero na África Austral. Joanesburgo: SALC.

93 Divan, V. et al. 2016. Inclusão e Igualdade Social dos Transgêneros: A Pivotal Path to Development. Jornal da Sociedade Internacional da SIDA 19 (2).

pela polícia devido a leis que criminalizam o trabalho sexual. A falta de um ambiente jurídico e político protector pode também dificultar o acesso das populações-chave aos serviços de SSR, incluindo a contraceção e os cuidados de saúde materna.⁹⁴

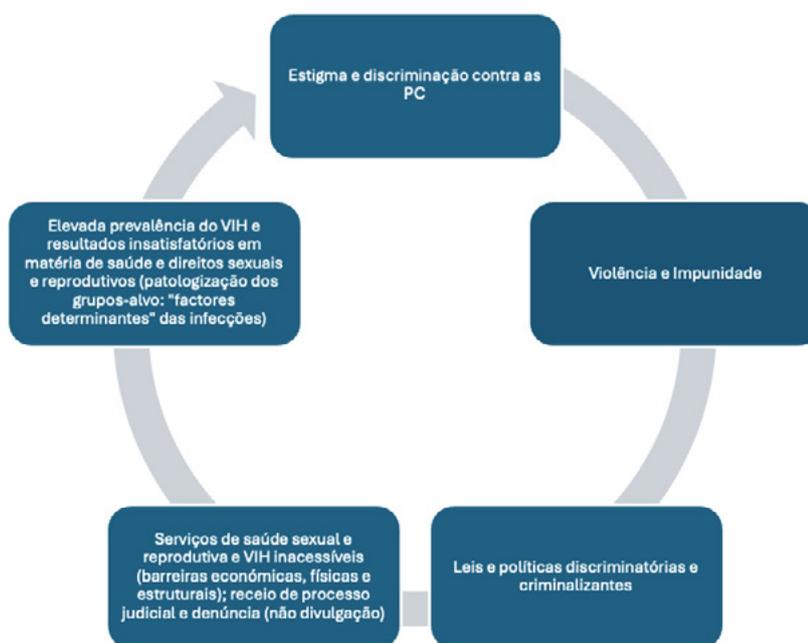
O impacto interligado do estigma, da discriminação e das barreiras institucionais nos resultados do VIH mostra como o estigma e a discriminação contra as populações-chave pelos prestadores de cuidados de saúde e pela comunidade em geral, por razões culturais e morais, as tornam susceptíveis à violência por parte de particulares e/ou agentes da autoridade.

Devido à hostilidade prevalecente em relação às populações-chave na África Austral, os actos de violência contra as populações-chave não são levados a sério; dada a falta de mecanismos legais que sejam transformadores do género, eficazes ou que respondam às necessidades das populações-chave, tais actos não são documentados nem processados, deixando-os cobertos de impunidade. Essa impunidade é implícita e institucionalmente tolerada pela criminalização de actos habitualmente praticados pelas populações-chave e por outras leis punitivas/discriminatórias, que as afastam dos serviços por receio de serem denunciadas, julgadas ou reportadas pelos prestadores de serviços.

Além disso, as normas sociais vigentes relacionadas com juízos morais em torno das populações-chave podem dificultar significativamente a prestação de serviços de saúde essenciais, como os programas de redução de danos para as PCDI. Estas normas reflectem frequentemente a resistência à aceitação de uma abordagem viável e comprovada.

No final deste ciclo, o resultado é um aumento das infecções por VIH, resultados pobres em termos de SDR e populações-chave que continuam a ser os guardiões ou focos de transmissão do VIH, mortes relacionadas com a SIDA e prevenção ineficaz, levando a uma associação tendenciosa da identidade das populações-chave com o elevado risco de VIH e ISTs (patologização), causando mais estigma.

Figura 5. O impacto interligado do estigma, da discriminação e das barreiras institucionais nos resultados do VIH



Este facto sublinha a importância de fomentar a colaboração entre os prestadores de cuidados de saúde, os agentes da autoridade, os líderes comunitários e as figuras religiosas para mudar as percepções, criar confiança e promover a saúde e os direitos das populações-chave. O progresso sustentável exige

94 OMS. 2022. Diretrizes consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do VIH, hepatites virais e IST para populações-chave. Genebra: OMS. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

esforços coordenados para alinhar as estratégias de saúde pública com a aceitação social, garantindo que os serviços de redução de danos sejam acessíveis, apoiados e efectivamente implementados.

5.4 Falta de dados

Existe uma escassez de informação sobre as necessidades das populações-chave na SADC, o que dificulta a elaboração de programas eficazes. Existem dados muito limitados sobre as populações-chave jovens, as pessoas transgénero, as pessoas nas prisões e as PUD. Atualmente, apenas cinco países da SADC comunicam a prevalência do VIH entre as pessoas que consomem drogas, enquanto quatro países dispõem de dados sobre a prevalência das populações transgénero. Três países não dispõem de quaisquer dados sobre a prevalência das populações-chave.⁹⁵

Embora a maioria dos países da SADC disponha de alguns dados relativos à prevalência do VIH entre os HSH e os trabalhadores do sexo, informações pormenorizadas, como a distribuição geográfica dos HSH e dos trabalhadores do sexo e a prevalência do VIH entre os trabalhadores do sexo masculino nos Estados-Membros, são praticamente inexistentes.⁹⁶

Além disso, tal como documentado na avaliação do progresso da estratégia (2024), existem lacunas nas estimativas nacionais da dimensão da população para as populações-chave na região da SADC. Treze países dispõem de estimativas para os HSH, 12 para os trabalhadores do sexo, 8 para as pessoas que consomem drogas e transgénero e 5 para os reclusos. Os países estão preocupados com o desenvolvimento de estudos mais representativos a nível nacional. Estas lacunas dificultam a capacidade de implementar intervenções específicas para o VIH.

Faltam dados sobre o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, como os serviços de planeamento familiar e de saúde materna, incluindo os serviços de prevenção da transmissão vertical (PTV) para as populações-chave, que seriam cruciais para determinar uma cascata de PTV por população-chave (quando relevante).

As iniciativas de monitoria lideradas pela comunidade, se incluírem as populações-chave, oferecem uma oportunidade para gerar dados sobre os estrangulamentos que as populações-chave enfrentam quando procuram serviços e estratégias para os resolver.

É necessário não só gerar dados sobre várias questões relativas a diferentes populações-chave para orientar o desenvolvimento de políticas, mas também desagregá-los deliberadamente para identificar os estrangulamentos nos actuais modelos de prestação de serviços e as lacunas na cobertura dos serviços de VIH e SDSR.

5.5 Falta de programas, fundos e serviços destinados às populações-chave

Nos países da SADC, os fundos dedicados à programação específica para as populações-chave são limitados, pelo que os serviços que respondem efectivamente às suas necessidades são insuficientes.

Durante a análise dos progressos realizados no âmbito da estratégia regional de 2017, apenas três países puderam estimar a proporção do financiamento do VIH para as intervenções das populações-chave e cinco países puderam estimar a percentagem do orçamento necessário para as intervenções das populações-chave à escala nacional que é actualmente financiada, que se situava entre 3% e 17%.

A maioria dos países da SADC depende fortemente do financiamento internacional para intervenções no domínio do VIH para populações-chave, sendo que apenas alguns deles comunicaram qualquer financiamento interno significativo para estas populações.⁹⁷ Em 2019, o Botsuana comunicou que

95 ONUSIDA. 2024. Monitoria Global da SIDA 2024. Genebra: ONUSIDA.

96 Divan, V. et al. 2016. Inclusão e Igualdade Social dos Transgéneros: A Pivotal Path to Development. *Jornal da Sociedade Internacional da SIDA* 19 (2).

97 Relatórios nacionais de Monitoria Global da SIDA, última atualização em julho de 2024: <https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html#>.

100% das intervenções para indivíduos transgénero foram financiadas internamente e a África do Sul comunicou que 25% das intervenções dirigidas a prisioneiros e 34% dirigidas a trabalhadores do sexo foram financiadas internamente.⁹⁸ As Maurícias comunicaram que 90% do financiamento do seu programa de OST tem origem interna e as Seicheles comunicaram que mais de 90% do seu programa de VIH é financiado internamente.⁹⁹

O Botsuana comunicou um financiamento interno de 5 % para intervenções com HSH em 2019, e outros países, como Angola, Maláui, Moçambique e África do Sul, comunicaram depender inteiramente de financiamento internacional para estas intervenções; do mesmo modo, as intervenções para trabalhadores do sexo, pessoas que consomem drogas, pessoas transgénero e reclusos noutros países também apresentam uma elevada dependência do financiamento internacional.

Em comparação, a dependência global dos doadores para os programas de VIH na AOA era de 61% em 2023.¹⁰⁰ Os exemplos de financiamento de intervenções dirigidas a populações-chave na região da SADC tendem a mostrar uma dependência ainda maior do financiamento internacional do que a taxa global na região da AOA. Muitas intervenções dirigidas às populações-chave dependem inteiramente do apoio internacional, o que suscita preocupações de sustentabilidade. As alterações das prioridades dos doadores ou as reduções da ajuda internacional podem ter um impacto significativo na continuidade e na eficácia dos programas de prevenção e tratamento do VIH para as populações-chave.

Actualmente, os avanços nas intervenções nas populações chave são largamente impulsionados pelas prioridades dos doadores, o que apresenta uma oportunidade para o Secretariado da SADC intervir e assegurar que as estratégias regionais estejam mais estreitamente alinhadas com estes esforços, que os programas das populações-chave permaneçam no topo das agendas dos doadores e que sejam implementadas iniciativas de colaboração e cofinanciamento mais alinhadas. Um aumento do investimento interno também melhoraria a sustentabilidade das intervenções dirigidas às populações-chave.

Para além das preocupações com o financiamento, existem lacunas críticas na programação e na prestação de serviços às populações-chave nos países da SADC. Embora haja esforços significativos na prevenção e no tratamento do VIH, com iniciativas como modelos de prestação de serviços adaptados às populações-chave, alguns serviços continuam subdesenvolvidos ou completamente ausentes em muitos contextos. Por, o acesso a serviços de saúde mental é limitado em grande parte da região da SADC, especialmente para as pessoas que consomem drogas, as pessoas transgénero e os reclusos.

Do mesmo modo, há falta de programas que respondam às necessidades dos toxicodependentes, que precisam de programas seguros de troca de seringas e de acesso a serviços de redução de danos. Infelizmente, na maioria dos Estados-Membros da SADC, não existem programas de TSO. Em países como a RDC, a África do Sul e a República Unida da Tanzânia, onde existem programas de TSO e de troca de seringas, os programas são frequentemente de pequena escala e limitados devido a leis punitivas relacionadas com o consumo de drogas. As Maurícias e as Seicheles são os únicos dois países que comunicaram a existência de instituições dedicadas a programas de redução de danos, amplamente disponíveis a nível nacional e financiados internamente.

5.6 Lacunas na resposta às necessidades das populações-chave jovens

As populações-chave jovens têm necessidades específicas de cuidados de saúde que são largamente mal servidas em toda a região da SADC, com muitos países a não fornecerem intervenções e programas direcionados. Tal como acontece com os jovens em geral, eles precisam de serviços que respondam à

98 Ibid.

99 Comunicado diretamente pelo país.

100 Dados de referência da ONUSIDA, 2023.

sua fase de desenvolvimento particular da vida.¹⁰¹ A saúde, o bem-estar e as perspectivas de vida dos adolescentes são moldados pela sua capacidade de aceder a serviços de SSR de boa qualidade.¹⁰²

No entanto, enfrentam vários desafios em toda a região, incluindo obstáculos jurídicos, sociais e políticos. Os sistemas de saúde tendem a atender os adultos, os serviços podem ser dispendiosos e os requisitos legais para o consentimento dos pais ou encarregados de educação para a realização de testes de VIH constituem grandes obstáculos em muitos países. O estigma e as normas sociais restrictivas afastam ainda mais os serviços do alcance das populações-chave jovens.¹⁰³

A cobertura do teste de VIH entre adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos é, em média, 9 pontos percentuais mais baixa nos países que exigem o consentimento dos pais para os menores de 18 anos, em comparação com os países onde a idade exigida para o teste é de 16 anos ou menos.¹⁰⁴ A OMS recomenda a eliminação ou a flexibilização destas leis de idade de acesso¹⁰⁵ para melhorar os comportamentos de procura de saúde dos adolescentes e aumentar as taxas de teste de VIH.¹⁰⁶

Nalguns países, existem práticas promissoras, como o desenvolvimento de uma estratégia para garantir intervenções baseadas em provas para populações-chave jovens na África do Sul e o desenvolvimento de um Protocolo de Gestão Médica para Pessoas Intersexo na Zâmbia.

101 Rosen, J.G., Stone, E.M. e Mbizvo, M.T. 2023. Age-of-consent requirements and adolescent HIV testing in low-and middle-income countries: multinational insights from 51 population-based surveys. *Int J STD AIDS* 34(3):168-174.

102 Starrs, A.M., Ezeh, A.C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R. et al. 2018. Acelerar o progresso: saúde sexual e reprodutiva e direitos para todos - relatório da Comissão Guttmacher-Lancet. *Lancet* 391(10140):2642-2692.

103 Ninsiima, L.R., Chiumia, I.K. e Ndejjo, R. 2021. Factores que influenciam o acesso e a utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva amigos dos jovens na África Subsariana: uma análise sistemática. *Reprod Health* 18(1):135.

104 Rosen, J.G., Stone, E.M. e Mbizvo, M.T. 2023. Age-of-consent requirements and adolescent HIV testing in low-and middle-income countries: multinational insights from 51 population-based surveys. *Int J STD AIDS* 34(3):168-174.

105 OMS. 2021. Orientações consolidadas sobre prevenção, teste, tratamento, prestação de serviços e monitoria do VIH: recomendações para uma abordagem de saúde pública. Genebra: OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

106 McKinnon, B. e Vander Morris, A. 2019. Leis nacionais de idade de consentimento e testes de HIV em adolescentes na África Subsaariana: um estudo de correspondência de pontuação de propensão. *Boletim do Órgão Mundial de Saúde*. 97(1):42-50.

6. Fundamentação da estratégia

Devido à maior vulnerabilidade das populações-chave, é fundamental concentrar-se na resolução das barreiras que enfrentam no acesso aos serviços de VIH e SSR. A resolução dos obstáculos acima identificados em todas as populações-chave aumentará a sua utilização dos serviços de VIH e SSR, o que fará com que menos membros das populações-chave sejam deixados para trás. Ajudará também os a cumprir os compromissos assumidos a nível nacional, regional, continental e mundial, assegurará o cumprimento das obrigações jurídicas internacionais e regionais e trará benefícios económicos.¹⁰⁷

Os Estados-Membros assumiram numerosos compromissos a nível nacional, regional, continental e internacional, como os planos estratégicos nacionais em matéria de VIH e SDR, o Quadro Catalisador e os ODS, para dar resposta às necessidades de saúde das populações-chave, reconhecendo que estas correm o maior risco de serem deixadas para trás. Abordar as barreiras que as populações-chave enfrentam pode ser um passo significativo para o cumprimento destes compromissos.

A eliminação dos obstáculos que as populações-chave enfrentam no acesso ao VIH e à SSR também pode garantir o cumprimento das obrigações legais internacionais e regionais. A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos garante aos indivíduos o direito à saúde e exige que os Estados-Membros "tomem as medidas necessárias para proteger a saúde do seu povo e para assegurar que recebam cuidados médicos quando estão doentes".¹⁰⁸ Garante ainda o direito a não ser discriminado; o direito à igualdade; o direito à dignidade; o direito a não ser torturado e a não ser submetido a tratamentos cruéis, desumanos e degradantes; e o direito à informação.¹⁰⁹

Do mesmo modo, a nível mundial, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, entre outros, também garantem aos indivíduos os mesmos direitos. O Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África garante especificamente às mulheres o direito à SDR e exige que os Estados-Membros "forneçam serviços de saúde adequados, económicos e acessíveis, incluindo programas de informação, educação e comunicação para as mulheres", entre outros.¹¹⁰ A Resolução 275 da Comissão Africana dos Direitos do Homem e dos Povos protege especificamente os direitos das pessoas a não serem vítimas de violência devido à sua orientação sexual ou identidade de género, real ou imputada.¹¹¹ O aumento do acesso aos serviços para as populações-chave cumpre muitas das obrigações legais exigidas por estes direitos.

Enquanto muitos países da SADC fazem progressos significativos no sentido de atingir as metas de 95-95-95, as populações-chave, que historicamente enfrentaram riscos mais elevados de infeção pelo VIH, continuam a suportar um fardo desproporcionado da doença. Neste contexto, surge o conceito de uma epidemia dinâmica, que a necessidade de uma atenção sustentada e de intervenções orientadas para os locais onde a epidemia é mais ativa e difícil. A eliminação dos obstáculos acima identificados e a abordagem da epidemia dinâmica fazem também todo o sentido do ponto de vista económico. Tanto nas epidemias concentradas como nas generalizadas, é provável que um maior investimento nas populações-chave de um país melhore a relação custo-eficácia da resposta ao VIH. Além disso, a integração do VIH e da SSR é suscetível de reduzir o custo dos serviços de saúde. Por último, a criminalização das populações-chave e as tentativas de fazer cumprir essas leis utilizam fundos e recursos que poderiam ser investidos de forma mais proveitosa noutros locais.

107 Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 2016. Para cada criança, acabar com a SIDA: Seventh Stocktaking Report. Nova Iorque: UNICEF (<https://data.unicef.org/resources/every-child-end-aids-seventh-stocktaking-report-2016/>).

108 Artigo 16º da Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos.

109 Outras regiões também reconheceram o direito à subsistência como parte do direito à vida, entre outros. Ver, por exemplo, ASK vs. Governo do Bangladesh. Supremo Tribunal do Bangladesh. Writ No. 3034 de 1999.

110 Artigo 14.º, n.º 2, alínea a), do Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos relativo aos Direitos das Mulheres em África.

111 Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. 2014. 275: Resolução sobre a proteção contra a violência e outras violações dos direitos humanos contra pessoas com base na sua orientação sexual ou identidade de género, real ou imputada. Banjul: Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos.

7. Intervenções programáticas para populações-chave

A comunidade internacional identificou uma série de intervenções programáticas que foram consideradas eficazes para aumentar o acesso das populações-chave aos serviços de VIH e SSR.¹¹²

- abordar as barreiras jurídicas, políticas, estruturais e socioculturais;
- assegurar os compromissos financeiros;
- capacitar tanto a comunidade em geral como as populações-chave;
- combater o estigma, a discriminação e a vulnerabilidade à violência; e
- garantir a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde completos.

7.1 Abordar as barreiras jurídicas, políticas, estruturais e socioculturais

As barreiras jurídicas, políticas, estruturais e socioculturais influenciam o risco de VIH. É essencial garantir que estes factores contribuam positivamente para um ambiente propício à realização e ao impacto das intervenções. Se estas barreiras não forem resolvidas, o impacto das intervenções no sector da saúde será limitado. As actividades essenciais para que as intervenções sejam bem-sucedidas na abordagem das barreiras jurídicas, políticas, estruturais e socioculturais incluem, entre outras

- formação e sensibilização das populações-chave, incluindo os jovens, sobre a legislação aplicável, os seus direitos humanos e a forma de aceder à justiça;
- defender a revisão e a reforma das leis e políticas punitivas;
- abordar as leis e políticas relativas à idade de acesso que restringem o acesso independente dos jovens aos serviços de VIH;
- proporcionar acesso à justiça e responsabilizar os casos de violações contra as populações-chave;
- organização de programas de assistência jurídica e capacitação jurídica das populações-chave para aumentar o acesso à justiça;
- aplicação das leis de protecção;
- formação da polícia e dos funcionários responsáveis pela aplicação da lei para reduzir o assédio, a violência e as detenções arbitrarias de populações-chave;
- promover a cooperação entre os sectores da polícia e da saúde pública para melhorar o acesso aos serviços por parte das pessoas em maior risco;
- envolver as organizações religiosas, os líderes religiosos e as comunidades religiosas nos esforços de saúde pública e promover mensagens inclusivas;

112 OMS. 2022. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (Diretrizes consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do VIH para populações-chave). Genebra: OMS; ONUSIDA. 2021. Estratégia Global para a SIDA 2021-2026. Genebra: ; Fundo Mundial. 2022. Programação do VIH em escala para e com populações-chave: Período de afetação 2023-2025. Genebra: O Fundo Mundial (trabalho original publicado em 2019, atualizado em 20 de dezembro de 2022).

- combater a violência baseada no género através de reformas jurídicas, programas comunitários e serviços de apoio aos sobreviventes; e
- promover a igualdade de género, capacitar as mulheres e envolver os homens na transformação de normas de género prejudiciais.

7.2 Garantir os compromissos financeiros

A afetação de recursos financeiros adequados à programação para as populações-chave é necessária para eliminar os obstáculos. As organizações e redes de populações-chave devem ser apoiadas e financiadas para planear, implementar e monitorar os serviços. As actividades essenciais incluem, entre outras, assegurar a mobilização e a sustentabilidade dos recursos e aumentar o financiamento interno sempre que possível para garantir que todos os elementos essenciais do programa sejam orçamentados.

7.3 Capacitar a comunidade em geral e as populações-chave

A participação e a liderança das populações-chave são essenciais para a eficácia dos programas de luta contra o VIH. Em conformidade com o objectivo 30-80-60 da ONUSIDA,¹¹³ os países da SADC esforçar-se-ão por garantir que pelo menos 30% dos serviços de despistagem e tratamento, 80% dos programas de prevenção do VIH para as populações-chave e 60% dos programas de apoio aos factores sociais sejam executados por organizações lideradas pela comunidade. As actividades essenciais para garantir que as populações-chave participem significativamente nas intervenções programáticas incluem, entre outras: desenvolver e reforçar as organizações e redes de populações-chave; apoiar a criação de capacidades e a orientação das populações-chave para lhes permitir participar em todos os níveis de um programa; reforçar a gestão e a capacidade das organizações de populações-chave; e apoiar e sustentar uma mobilização comunitária mais ampla e os movimentos sociais.

7.4 Abordar o estigma, a discriminação e a vulnerabilidade à violência

A abordagem do estigma, da discriminação e da vulnerabilidade à violência que as populações-chave enfrentam resultou na redução das barreiras que enfrentam no acesso a serviços essenciais. As actividades essenciais para estas intervenções bem-sucedidas incluem, entre outras, a formação dos agentes da autoridade (especialmente a polícia), dos profissionais de saúde e do sistema judicial, bem como o reforço da responsabilidade institucional da polícia na defesa dos direitos das populações-chave. Os programas devem também ser dimensionados para terem um impacto generalizado e garantir a proteção e a segurança das pessoas que procuram e prestam serviços.

7.5 Garantir a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde completos

Verificou-se que um certo número de intervenções produz os maiores benefícios para garantir a disponibilidade e o acesso a serviços de saúde completos. De acordo com as diretrizes da OMS, o pacote recomendado de serviços essenciais para as populações-chave é apresentado no Quadro 1.

Nos países em que as comunidades de populações-chave estão a receber o pacote abrangente de serviços, podem ser extraídos dados específicos, como as cascatas da PTV para as trabalhadoras do sexo sob cuidados de gravidez, para melhor informar a necessidade de intervenções mais adaptadas.

As actividades essenciais incluem também, entre outras prestação de serviços de saúde, psicossociais, jurídicos e outros serviços de apoio às populações-chave que são vítimas de violência; prestação de serviços de prevenção, tratamento e cuidados combinados para o VIH de grande impacto, baseados

113 ONUSIDA. 2021. Estratégia Global para a SIDA 2021-2026: Acabar com as desigualdades, acabar com a SIDA. Genebra: ONUSIDA, p. 141 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).

em provas e centrados nas pessoas; recrutamento de trabalhadores de proximidade e sua formação para implementar acções de sensibilização e ligação a serviços; criação de espaços seguros para proporcionar aos membros da comunidade um local confortável para relaxar, descansar, obter informações e interagir uns com os outros e com o programa; ligações a outros serviços de saúde de que as populações-chave necessitam; e acções de sensibilização virtuais e intervenções em linha para complementar a programação presencial e expandir o seu alcance. Modelos diferenciados de prestação de serviços garantem que estes serviços sejam mais acessíveis e aceitáveis para as populações-chave.

Todas as intervenções devem ser sensíveis à idade, respondendo às necessidades específicas dos diferentes grupos etários das populações-chave, a fim de prestar cuidados adequados e eficazes ao longo da vida.

Quadro 1. Pacote recomendado de serviços essenciais para populações-chave, de acordo com as diretrizes da OMS, 2022

Intervenções		Trabalhadores do sexo	HSH	Pessoas transgénero	PID	Prisioneiros	
Essencial para o impacto	Intervenções sanitárias	Prevenção do VIH, das hepatites virais e das IST Preservativos e lubrificantes Profilaxia pré-exposição ao VIH Profilaxia pós-exposição ao VIH e às IST Prevenção da transmissão vertical do VIH, da sífilis e da hepatite B Vacinação contra a hepatite B Abordar o chemsex	✓	✓	✓	✓	✓
		Diagnóstico Teste de VIH Teste de IST Testes de hepatite B e C	✓	✓	✓	✓	✓
		Tratamento Tratamento do VIH Rastreio, diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose associada ao VIH Tratamento das IST Tratamento da hepatite B e C	✓	✓	✓	✓	✓
	Permitir interações	Eliminação de leis, políticas e práticas punitivas Reduzir o estigma e a discriminação Capacitação da comunidade Abordar a violência	✓	✓	✓	✓	✓
Essencial para uma saúde mais alargada	Intervenções sanitárias	Saúde mental	✓	✓	✓	✓	✓
		Rastreio e tratamento do consumo de risco e nocivo de álcool e outras substâncias	✓	✓	✓	✓	✓
		Saúde anal	✓	✓	✓		✓
		Cuidados na concepção e na gravidez	✓		✓	✓	✓
		Contraceção	✓		✓	✓	✓
		Cuidados que afirmam o género			✓		
		Prevenção, avaliação e tratamento do cancro do colo do útero	✓		✓	✓	✓
		Aborto seguro	✓		✓	✓	✓
		Prevenção, rastreio, diagnóstico e tratamento da tuberculose				✓	✓
		✓	Intervenções comuns a todas as populações-chave				

8. Objectivo, resultados e principais resultados

Objectivo

Orientar a adopção e institucionalização de um pacote padrão e abrangente que aborde os desafios únicos na prestação de direitos e serviços equitativos e eficazes em matéria de VIH e SSR às populações-chave nos países da SADC

Espera-se que a estratégia regional sirva de guia para os Estados-Membros na concepção e implementação de programas apropriados de prevenção, tratamento e cuidados de SSR e VIH para as populações-chave, com um enfoque nas principais questões que têm de ser abordadas a nível político, jurídico, institucional e de instalações. Especificamente, os Estados-Membros utilizarão a estratégia para:

- conceber e implementar programas eficazes de prevenção, tratamento e cuidados em matéria de saúde sexual e reprodutiva e VIH que respondam às necessidades das populações-chave;
- conceber um pacote de serviços para as populações-chave em conformidade com o pacote normalizado de serviços previsto na estratégia regional;
- assegurar a participação activa e significativa de grupos populacionais-chave na concepção e implementação da estratégia regional a nível nacional e subnacional; e
- mobilizar as organizações governamentais e não governamentais, as organizações da sociedade civil e outras partes interessadas em torno de um conjunto de estratégias comprovadas baseadas nas suas vantagens comparativas.

Resultados

Uma vez plenamente implementada, espera-se que a estratégia regional

- aumentar ou garantir a disponibilidade de serviços de prevenção, tratamento e cuidados em matéria de saúde sexual e reprodutiva e VIH a todas as populações-chave na região da SADC;
- Conceber e implementar estratégias holísticas a nível político, jurídico, institucional e de instalações na região da SADC;
- aumentar o acesso a serviços de qualidade e abrangentes de VIH e SSR para as populações-chave em todos os Estados-Membros, de modo a que 95% dos membros das populações-chave tenham acesso a esses serviços; e
- assegurar a mobilização e utilização adequadas e sustentáveis dos recursos para os serviços de VIH e SSR destinados às populações-chave.

Principais resultados

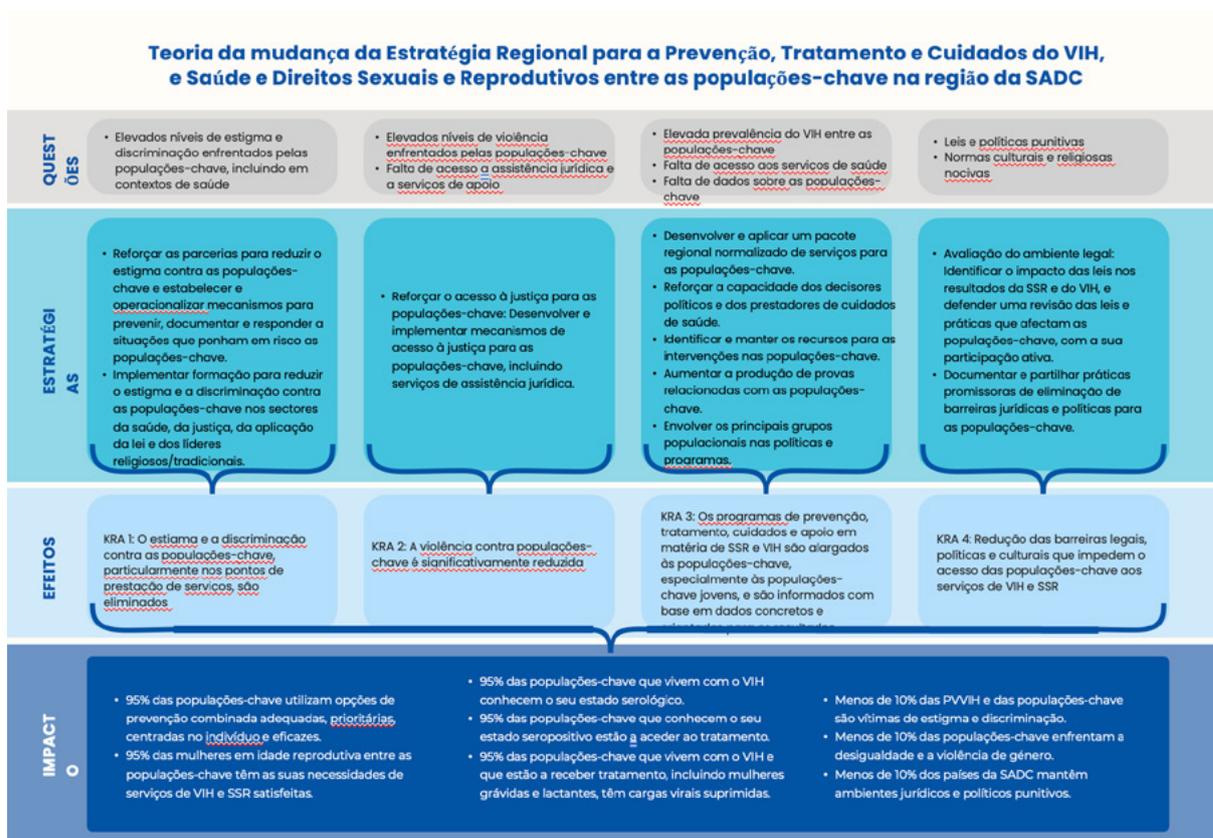
Resultado-chave 1: Eliminação do estigma e da discriminação contra as populações-chave, nomeadamente nos pontos de prestação de serviços.

Domínio de resultados-chave 2: A violência contra as populações-chave é significativamente reduzida.

Área de resultados-chave 3: Os programas de prevenção, tratamento, cuidados e apoio em matéria de saúde sexual e reprodutiva e VIH são alargados às populações-chave, em especial às populações-chave jovens, de acordo com o pacote básico de serviços, e são informados com base em dados concretos e orientados para os resultados.

Área de resultados-chave 4: Redução das barreiras legais, políticas e culturais que impedem o acesso das populações-chave aos serviços de VIH e SSR.

Figura 6. Teoria da mudança da Estratégia Regional para a Prevenção, Tratamento e Cuidados contra o VIH, e Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos entre Populações-Chave



9. Resultados, estratégias e indicadores

Área de Resultados-chave (KRA) 1: O estigma e a discriminação contra populações-chave, particularmente nos pontos de prestação de serviços, são eliminados

Indicadores KRA:

A. Percentagem de populações-chave que declaram ter sofrido estigma e discriminação

B. Percentagem de populações-chave que evitam procurar serviços de saúde devido ao medo do estigma e da discriminação

Resultado 1.1: Reforço dos mecanismos regionais e nacionais para documentar e abordar o estigma

Estratégias	Indicadores	Organismos de execução e parceiros
<p>1.1.1: Reforçar as parcerias para reduzir o estigma contra as populações-chave: Criar sistemas regionais e nacionais para estabelecer e operacionalizar mecanismos de prevenção, documentação e resposta a situações que ponham em risco as populações-chave</p>	<p>1. # Número de Estados-Membros com mecanismos institucionalizados acessíveis às populações-chave para responder ao estigma contra elas</p> <p>2. # Número de Estados-Membros onde a formação para reduzir o estigma e a discriminação contra é implementada em (i) saúde; (ii) judiciário; (iii) aplicação da lei; e (iv) contextos religiosos/líderes tradicionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> Secretariado da SADC Conselhos Nacionais da SIDA (CNS) Ministérios da Saúde (MdS) Ministérios da Justiça/Procuradoria-Geral da República Principais organizações da população e redes regionais OSC Associações profissionais dos sectores judiciário, da , da aplicação da lei e da liderança religiosa/tradicional Financiadores internacionais e parceiros de desenvolvimento Agências da ONU

Área de resultados-chave 2: A violência contra populações-chave é significativamente reduzida

Indicador KRA:

C. Percentagem de populações-chave que sofreram violência nos últimos 12 meses

Resultado 2.1: Melhoria do acesso à justiça para as populações-chave que foram vítimas de violência

Estratégias	Indicadores	Organismos de execução e parceiros
<p>2.1.1: Reforçar o acesso à justiça para as populações-chave: Desenvolver e implementar mecanismos de acesso à justiça para as populações-chave</p>	<p>3. # Número de Estados-Membros que prestam serviços de assistência jurídica acessíveis às populações-chave</p>	<ul style="list-style-type: none"> CNSs/MdS Ministérios da Justiça/Procuradorias-Gerais Associações judiciais e organismos profissionais do sector jurídico Agências de aplicação da lei (polícia e outras) Principais organizações da população e redes regionais OSC Peritos em direito e direitos humanos Comissões nacionais de direitos humanos Agências da ONU Financiadores internacionais e parceiros de desenvolvimento

Área de resultados-chave 3: Os programas de prevenção, tratamento, cuidados e apoio em matéria de SSR e VIH são alargados às populações-chave, em especial às populações-chave jovens, de acordo com o pacote principal de serviços, e são informados com base em dados concretos e orientados para os resultados

Indicadores KRA:

D. Prevalência do VIH entre populações-chave

E. Prevalência da sífilis nas populações-chave

F. Teste de VIH e sensibilização para o seu estatuto entre as populações-chave

G. Cobertura dos programas de prevenção combinada do VIH entre as populações-chave

H. Cobertura da terapia antirretroviral entre as pessoas que vivem com o VIH em populações-chave

I. Despesas com o VIH por origem dos recursos

J. Número de países que realizam inquéritos biocomportamentais integrados e estimativas da dimensão da população para, pelo menos, dois grupos populacionais de interesse

K. Número de países que utilizam dados de vigilância das populações-chave para fins programáticos

L. Nível de envolvimento das populações-chave nas respostas nacionais

Resultado 3.1: Melhoria do acesso a serviços de qualidade e baseados em factos para as populações-chave		
Estratégias	Indicadores	Organismos de execução e parceiros
<p>3.1.1: Desenvolver e implementar um pacote regional normalizado de serviços para as populações-chave: Prestar apoio técnico aos Estados-Membros desenvolver e fornecer um pacote normalizado de serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados em matéria de saúde sexual e reprodutiva e de VIH eficazes, baseados em dados concretos e voluntários, que capacitem a comunidade, a todas as populações-chave</p>	<p>4. # Número de Estados-Membros que estão a fornecer o pacote completo de serviços delineado nas orientações da OMS, de modo a que os serviços sejam acessíveis a todas as populações-chave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CNSs/MdS • Principais organizações e redes da população • OSC • Agências da ONU • Financiadores internacionais e parceiros de desenvolvimento
<p>3.1.2: Reforçar a capacidade dos decisores políticos e dos prestadores de cuidados de saúde: Garantir que os Estados-Membros disponibilizem serviços de SSR e VIH, acessíveis e aceitáveis para as populações-chave, com base nos princípios da ética médica, na do estigma dos contextos de cuidados de saúde e nos direitos à saúde e à equidade, incluindo a não e a confidencialidade</p>	<p>5. # Número de Estados-Membros que validaram protocolos nacionais, incluindo princípios éticos específicos para populações-chave, para: (i) serviços integrados; (ii) prevenção combinada; (iii) prestação de serviços diferenciados; (iv) serviços jurídicos e sociais; e (v) serviços de proximidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CNSs/MdS • Principais organizações da população e redes regionais • OSC • Associações profissionais de saúde • Agências da ONU • Financiadores internacionais e parceiros de desenvolvimento
Resultado 3.2: Aumento do financiamento de serviços para populações-chave		
Estratégias	Indicadores	Organismos de execução e parceiros
<p>3.2.1: Identificar e os recursos para as intervenções nas populações-chave: Mobilizar recursos suficientes para fornecer serviços sustentáveis de SSR e VIH a todos os grupos populacionais chave e garantir que os recursos são utilizados de forma eficaz e equitativa</p>	<p>6. # Número de Estados-Membros que dispõem de dotações orçamentais específicas para intervenções e programas relativos a populações-chave nos seus planos estratégicos nacionais ou orçamentos anuais</p> <p>7. # Número de Estados-Membros que mobilizam financiamentos adicionais recursos financeiros para intervenções em populações-chave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretariado da SADC • CNSs/MdS • Chefes de Estado e outros dirigentes governamentais • Ministérios das Finanças • Comissões parlamentares da saúde/orçamento • Setor privado • Principais organizações da população e redes regionais • OSC • Financiadores internacionais e parceiros de desenvolvimento
Resultado 3.3: Reforço dos dados epidemiológicos e sociais sobre as populações-chave		
Estratégias	Indicadores	Organismos de execução e parceiros
<p>3.3.1: Aumentar a produção de dados relativos às : Desenvolver e implementar sistemas e protocolos inovadores para a produção, gestão e divulgação de conhecimentos sobre questões relacionadas com a SSR, o VIH e as populações-chave, com um verdadeiro envolvimento, apropriação e das populações-chave</p>	<p>8. # Número de Estados-Membros que realizam estudos integrados de vigilância biocomportamental do VIH e estimativas da dimensão da população de, pelo menos, dois grupos-chave grupos populacionais de interesse desagregados por idade, sexo e subgrupo nos últimos 3 anos</p> <p>9. # Número de Estados-Membros que utilizam população-chave dados de vigilância para fins programáticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CNSs/MdS • Principais organizações da população e redes regionais e mundiais • Peritos em investigação de populações-chave e outros • OSC • Agências da ONU • Financiadores internacionais e parceiros de desenvolvimento

Resultado 3.4: Aumento da participação das populações-chave no desenvolvimento, implementação, monitoria e avaliação de políticas e programas		
Estratégias	Indicadores	Organismos de execução e parceiros
<p>3.4.1: Principais grupos populacionais envolvidos em políticas e programas: Desenvolver e operacionalizar mecanismos garantir que os grupos-chave da população possam participar de forma significativa na recolha de dados para o desenvolvimento de políticas e programas, a informação suficientemente protegida para os grupos-chave da população não sejam colocados em risco acrescido</p>	<p>10. # Número de Estados-Membros em que a concepção e a execução, o acompanhamento e a avaliação do programa são liderados por populações-chave ou em que estas são participantes-chave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CNSs/MdS • Principais organizações da população e redes regionais e mundiais • OSC • Financiadores internacionais e parceiros de desenvolvimento
<p>Área de resultados-chave 4: Redução das barreiras legais, políticas e culturais que impedem o acesso das populações-chave aos serviços de VIH e SSR</p>		
<p>Indicador KRA: M. Criminalização das populações-chave</p>		
<p>Resultado 4.1: Os ambientes legais (incluindo leis, políticas, práticas, regulamentos, acesso à justiça e aplicação da lei) para as populações-chave são melhorados</p>		
Estratégias	Indicadores	Organismos de execução e parceiros
<p>4.1.1: Avaliação do ambiente jurídico: Defender uma revisão, com a participação substancial das populações-chave, das leis punitivas e protectoras, das políticas e das práticas de aplicação da lei, bem como das práticas tradicionais e culturais aplicáveis para as populações-chave da região e identificar o impacto dessas leis, políticas e práticas nas populações-chave e nos resultados da SSR e do VIH, com base, em parte, nas experiências vividas pelas populações-chave</p>	<p>11. # Número de Estados-Membros que desenvolveram um plano de ação validado a nível nacional com base numa avaliação do enquadramento jurídico do VIH e da SSR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CNSs/MdS • Ministérios da Justiça ou equivalente • Principais organizações da população e redes regionais • OSC • Organizações de assistência jurídica • Comissões nacionais de direitos humanos • Comissões parlamentares de justiça/saúde • Parlamentos nacionais • Líderes tradicionais e religiosos • Peritos em investigação de populações-chave e outros • Peritos jurídicos • Agências da ONU
<p>4.1.2: Diálogo regional e nacional: Apoiar a documentação e a partilha de práticas promissoras na eliminação de barreiras jurídicas e políticas para as populações-chave</p>	<p>12. # Número de práticas promissoras de remoção de barreiras legais e políticas para populações-chave documentadas e partilhadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secretariado da SADC • CNSs/MdS • Principais organizações da população e redes regionais • OSC • Líderes políticos nacionais • Decisores políticos regionais • Líderes de opinião regionais • Outras organizações sub-regionais (por exemplo, a Organização do Oceano Índico) • Peritos em direito e direitos humanos • Instituições académicas e de investigação • Peritos políticos • Agências da ONU • Financiadores internacionais e parceiros de desenvolvimento

10. Implementação

A implementação da estratégia regional exigirá a participação de uma vasta gama de partes interessadas. As principais responsabilidades e funções dessas partes interessadas são as seguintes

Estados-Membros

- Coordenar o processo de adaptação e de aplicação da estratégia regional nos seus planos estratégicos nacionais para o VIH e a SIDA, incluindo a possibilidade de identificar e responder às necessidades das suas próprias populações vulneráveis ou de outras populações-chave específicas do seu contexto.
- Assegurar que os serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e de VIH centrados nas populações-chave sejam prestados em conformidade com o pacote mínimo regional.
- Apoiar a concepção e a execução de intervenções de desenvolvimento das capacidades dos prestadores de serviços, das populações-chave e das organizações da sociedade civil, em conformidade com a estratégia regional.
- Assegurar a criação e manutenção de ligações e redes sólidas entre todas as partes interessadas, incluindo os principais grupos populacionais e as organizações da sociedade civil.
- Assegurar que o ambiente jurídico e político seja propício para permitir o acesso das populações-chave aos serviços de SSR e VIH.
- Fornecer um orçamento específico para a programação da população-chave.

Sociedade civil/organizações não governamentais

- Defender o aumento dos serviços através da concepção e implementação de serviços específicos de SSR e VIH favoráveis às populações-chave.
- Defender e promover a adaptação e a aplicação da estratégia regional.
- Desenvolver mensagens específicas para serviços de SSR e VIH centrados em populações-chave.
- Apoiar o desenvolvimento das capacidades dos principais grupos da população para que possam participar de forma significativa na estratégia.
- Envolver-se na mobilização de recursos e em projectos geradores de rendimentos.
- Participar no acompanhamento da estratégia regional.
- Contribuir para a criação de procura de serviços de VIH e SSR.

Principais grupos populacionais

- Gerar provas sobre as técnicas de aplicação e sobre o impacto das intervenções, a fim de aperfeiçoar as intervenções futuras.
- Gerar informações estratégicas para a formulação, execução, controlo e avaliação de políticas e programas.
- Estabelecer redes e plataformas para partilhar informações e conhecimentos.
- Ajudar a rever e atualizar regularmente o pacote mínimo de serviços para as populações-chave.

- Participar na concepção, execução e controlo dos programas, a fim de garantir que os serviços sejam adaptados às necessidades específicas das populações-chave.

Secretariado da SADC

- Assegurar e incentivar a adaptação da estratégia regional a toda a região.
- Apoiar a mobilização de recursos para o desenvolvimento das capacidades das populações-chave e das organizações da sociedade civil.
- Identificar e mobilizar apoio técnico e recursos para apoiar os Estados-Membros na aplicação da estratégia regional.
- Liderar a adaptação contínua de um pacote mínimo de serviços para as populações-chave.
- Promover políticas que facilitem o acesso aos serviços de SSR e VIH para as populações-chave.
- Desenvolver um plano de divulgação e implementação sólido e abrangente para a estratégia regional em colaboração com as organizações da sociedade civil e outras partes interessadas relevantes.
- Coordenar a aplicação da estratégia regional e o acompanhamento dos progressos realizados.
- Partilhar práticas promissoras com outros parceiros, incluindo os Estados-Membros, para reforçar os esforços a nível nacional, nomeadamente organizando retiros de aprendizagem Sul-Sul e plataformas de intercâmbio de conhecimentos.

Parceiros de desenvolvimento e agências da ONU

- Apoiar as acções regionais, nacionais e subnacionais para aplicar e acompanhar a estratégia regional.
- Apoiar o desenvolvimento das capacidades dos governos, das organizações da sociedade civil e dos principais grupos da população.
- Apoiar a defesa de causas com base em dados concretos e a formulação de políticas e programas nacionais para serviços de SSR e VIH centrados em populações-chave.
- Apoiar as organizações da sociedade civil na formulação de estratégias de sensibilização.
- Facilitar o intercâmbio Sul-Sul no que respeita ao desenvolvimento de pacotes normalizados, à alteração do ambiente jurídico e político e à formação dos agentes da autoridade e dos profissionais de saúde, entre outros.

11. Acompanhamento e avaliação

A monitoria e a avaliação desta estratégia regional serão integradas nos mecanismos de monitoria e avaliação regionais e internacionais existentes, com base no Plano de Monitoria do Desempenho (Anexo C). O Secretariado da SADC assegurará que sejam desenvolvidos e comunicados os principais indicadores para acompanhar a execução da estratégia regional.

1. O Secretariado da SADC assegurará o acompanhamento da estratégia através de
 - desenvolver instrumentos de controlo e avaliação da estratégia;
 - solicitar aos Programas Nacionais de Controlo da SIDA/Comissões Nacionais de Luta contra a SIDA (NAC) que preencham um questionário por país para informar sobre os progressos realizados a nível nacional;
 - recolha de dados de fontes públicas (tais como os relatórios da Monitoria Global da SIDA (GAM), o sítio Web do Atlas das Populações-Chave e o Quadro de Resultados da Prevenção do VIH) para informar os progressos a nível dos resultados e das áreas de resultados-chave;
 - compilação dos dados num relatório regional;
 - efetuar visitas ao terreno sempre que necessário e adequado;
 - elaborar um relatório regional que documente os progressos de execução e os estrangulamentos nos relatórios nacionais dos Estados-Membros e debater as conclusões na reunião anual dos diretores dos CNA; e
 - apresentar o relatório regional à reunião ministerial conjunta dos Ministros da Saúde e dos Ministros responsáveis pelo VIH e a SIDA para aprovação.
2. A nível nacional, os Estados-Membros serão responsáveis por:
 - As CNS e os Ministérios da Saúde devem assegurar a recolha, a análise, a síntese, a avaliação da qualidade e a divulgação dos dados, em conformidade com o plano de monitoria do desempenho da estratégia regional. Os sistemas de monitoria devem ser adaptados às especificidades locais com uma desagregação adequada, garantindo simultaneamente a privacidade dos dados, reforçando as capacidades locais e permitindo a monitoria dos dados em tempo real para melhorar a capacidade de resposta. Os Estados-Membros assegurarão a participação significativa das organizações da sociedade civil e dos grupos de populações-chave neste processo.
 - De dois em dois anos, os Estados-Membros elaborarão relatórios nacionais baseados nos indicadores principais e submetê-los-ão ao Secretariado da SADC.
3. As agências internacionais e as instituições académicas apoiarão o processo de acompanhamento através de análises regulares e conjuntas do desempenho, incluindo os parceiros da ONU para as necessidades de apoio e assistência técnica.

Figura 7. Cronograma de acompanhamento e avaliação da estratégia regional 2024-2030



Apêndice A: Dados nacionais sobre a prevalência do VIH

Tabela 2. Taxas de prevalência entre populações-chave - dados mais recentes a partir de 2018 (%)¹¹⁴

País	Tra- balhadores do sexo masculino	HSH	PWID	Pessoas trans- género	Pessoas em prisões	Jovens tra- balhadores do sexo	Jovens HSH	Jovens toxicode- pen- dentes	Jovens trans- género	Jovens em prisões
Angola	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Botsuana	42.2	14.8	–	–	–	–	–	–	–	–
Comores	0.5	1.8	–	–	–	–	2	0	–	–
República Democráti- ca do Con- go	7.7*	7.1	3.9	–*	1.4	4.8	–	0.6	–	2.6
Eswatini	60.8	27.2	–	–	–	31.7	7.3	–	–	–
Lesoto	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagás- car - carro	–	–	–	–	0.3	–	–	–	–	–
Malawi	49.9	12.9	–	–	0.9	–	4.6	–	–	–
Maurícia	18.2	–	21.2	28*	–	–	–	–	–	–
Mozam- bique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	29.9	7.8	–	–	–	14	3.6	–	–	–
Seychelles	–	–	8.1*	–	0.4	–	–	–	–	0
África do Sul	62.3	29.7	21.8	58	7	–	0	12.2	–	–
República Unida da Tanzânia	15.4	8.4	–	–	–	–	–	–	–	–
Zâmbia	–	22.8	10.9	8.9	12.3	–	–	–	–	–
Zimbabué	40.2	8.1	–	17.6	16.7	14.3	1.7	–	18.1	–

Fonte: ONUSIDA, Monitoria Global da SIDA 2024.

Nota: * Conforme comunicado diretamente pelo país; - Sem dados.

¹¹⁴ ONUSIDA. Monitoria Mundial da SIDA 2024. A taxa de prevalência mais recente foi selecionada para inclusão. As taxas de prevalência comunicadas antes de 2018 foram excluídas desta tabela para garantir que os dados reflectem as informações mais actuais.

Apêndice B: Painel de controlo regional 2018-2024

O painel de controlo regional é um retrato dos progressos alcançados em termos do nível de implementação dos indicadores da estratégia entre 2018 e 2024. As classificações dos países baseiam-se nos relatórios de progresso de 2018 e 2024. Os dados para as classificações de 2024 foram obtidos a partir das respostas apresentadas pelos CNA a um questionário padrão do país, e as classificações foram calculadas tendo em conta as cinco populações-chaves e questões mais aprofundadas, como a acessibilidade dos serviços, para informar também os progressos relacionados com as áreas de resultados-chave da estratégia.

INDICADORES	ANO	Angola	Botswana	Comores	RDC	Eswatini	Lesoto	Madagáscar	Malawi	Maurícia	Mocambique	Namíbia	Seychelles	África do Sul	Tanzânia	Zâmbia	Zimbabué
# Número de Estados-Membros com mecanismos institucionalizados para combater o estigma contra as populações-chave	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de Estados-Membros que elaboraram ou atualizaram um índice nacional de estigma da população-chave	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de Estados-Membros que prestam serviços de assistência jurídica às populações-chave	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de Estados-Membros que estão a implementar um pacote básico mínimo de serviços para as populações-chave	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de populações-chave ou % de populações-chave estimadas que acedem a serviços de prevenção combinada em conformidade com as diretrizes nacionais e um	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de Estados-Membros com grupos de trabalho técnicos funcionais que representam as populações-chave nos mecanismos nacionais de coordenação da	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de Estados-Membros que dispõem de dotações orçamentais específicas para intervenções e programas destinados às populações-chave	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de Estados-Membros que mobilizam recursos financeiros adicionais dos parceiros de desenvolvimento para intervenções na população-chave	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de Estados-Membros que realizam estudos integrados de vigilância biocomportamental do VIH de grupos populacionais chave, de acordo com as	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Questões-chave da população incluídas na agenda de investigação regional da SADC	2018	Os temas prioritários de investigação foram incluídos na agenda de investigação do Quadro Estratégico para o VIH de 2008															
	2024	Dados não disponíveis															
# Número de Estados-Membros que dispõem de mecanismos para assegurar uma participação significativa das populações-chave na conceção e execução dos	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de Estados-Membros com avaliações do enquadramento jurídico validadas a nível nacional em matéria de VIH e SSR	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Número de boas práticas sobre a remoção de barreiras legais e políticas para populações-chave documentadas e partilhadas	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

●	Dados não disponíveis
●	Atividade não executada
●	Atividade parcialmente executada
●	Atividade totalmente executada

Apêndice C: Monitoria do desempenho Plano

É importante reconhecer que os dados e as iniciativas gerados pela comunidade não eximem o Estado e as suas instituições da sua responsabilidade primária de defender, promover e garantir o acesso aos serviços de VIH e SDR. Para além da prestação de serviços de VIH e SDR culturalmente adaptados e da protecção dos utilizadores dos serviços contra violações e abusos por parte de terceiros, a obrigação do Estado inclui a realização de estudos, a sensibilização e a realização de programas de educação. Nos casos em que estes esforços são inexistentes ou ineficazes, as OSC e as comunidades intervêm para preencher a lacuna, mas necessitam de apoio institucional e de recursos para o fazer eficazmente. A coluna de dados de origem comunitária inclui perguntas que servem de orientação para o coletor de dados ou investigador principal para preencher as lacunas deixadas pelas fontes de dados do governo.

Tabela 3. Plano de monitoria do desempenho

KRA 1: O estigma e a discriminação contra as populações-chave, particularmente nos pontos de prestação de serviços, são eliminados		
INDICADORES¹¹⁵	FONTE DE DADOS	
A. Percentagem de populações-chave que relatam ter sofrido estigma e discriminação	Indicador GAM 6.5	
B. Percentagem de populações-chave que evitam procurar serviços de saúde devido ao medo do estigma e da discriminação	Indicador GAM 6.6	
RESULTADO 1.1: Reforço dos mecanismos regionais e nacionais para documentar e abordar o estigma		
ESTRATÉGIA 1.1.1: Reforço das parcerias para reduzir o estigma contra as populações-chave: Criação de sistemas regionais e nacionais para estabelecer e operacionalizar mecanismos de prevenção, documentação e resposta a situações que ponham em risco as populações-chave		
INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
1. # Número de Estados-Membros com mecanismos institucionalizados acessíveis a populações-chave para responder ao estigma contra elas	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Relatórios das instituições nacionais de direitos humanos	Os mecanismos são de iniciativa comunitária ou estatal? As questões relacionadas com a população-chave e os casos de estigma e discriminação são comunicados e tratadas? Qual é o grau de acessibilidade do mecanismo (geográfico, ponto de entrada para as pessoas, tempo de tratamento do caso, incluindo o encaminhamento)? O mecanismo nacional alimenta um mecanismo regional?
2. # Número de Estados-Membros onde é ministrada formação para reduzir o estigma e a discriminação contra as populações-chave (i) saúde; (ii) poder judicial; (iii) forças policiais; e (iv) líderes religiosos/tradicionais	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Currículo/módulos de formação profissional ou prática	Os programas de formação são institucionalizados ou baseados em projectos? Os programas de formação são ministrados por organizações não governamentais (ONG) ou participam? Os representantes das populações-chave lideram ou participam de forma significativa nestes programas de formação?
KRA 2: A violência contra populações-chave é significativamente reduzida		
INDICADORES	FONTE DE DADOS	
C. Percentagem de populações-chave que sofreram violência nos últimos 12 meses	Atlas das populações-chave da ONUSIDA	
RESULTADO 2.1: Melhoria do acesso à justiça das populações-chave que foram vítimas de violência		

115 Todos os indicadores devem ser desagregados por tipo de população-chave: trabalhadores do sexo, HSH, pessoas transgénero, toxicod dependentes reclusos e pessoas em ambientes fechados.

ESTRATÉGIA 2.1.1: Reforçar o acesso à justiça para as populações-chave: Desenvolver e implementar mecanismos de acesso à justiça para as populações-chave

INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
3. # Número de Estados-Membros que prestam serviços de assistência jurídica acessíveis às populações-chave	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Relatórios programáticos dos serviços de assistência jurídica	Existem programas de literacia jurídica e são implementados para todas as populações-chave? Em caso afirmativo, estes programas são adaptados às necessidades de cada população-chave e esta tem conhecimento deles? Utilizam-nos? As ONG e as organizações de populações-chave têm oportunidades de defender os direitos humanos com vista a um maior acesso à justiça?

KRA 3: Os programas de prevenção, tratamento, cuidados e apoio em matéria de SSR e VIH são alargados às , em especial às populações-chave jovens, de acordo com o pacote principal de serviços, e são informados com base em dados concretos e orientados para os resultados

INDICADORES	FONTE DE DADOS
D. Prevalência do VIH entre populações-chave	Indicador GAM 1.3
E. Prevalência da sífilis entre populações-chave	Indicador GAM 7.4 (A, B, D)
F. Despistagem do VIH e sensibilização para o seu estatuto entre as populações-chave	Indicador GAM 1.4
G. Cobertura dos programas de prevenção combinada do VIH entre as populações-chave	Indicador GAM 1.6 (A-D) Indicador GAM 1.7
H. Cobertura da terapia antirretroviral entre as pessoas que vivem com o VIH em populações-chave	Indicador GAM 2.6
I. Despesas com o VIH por origem de recursos	Indicador GAM 8.3
J. Número de países que realizam inquéritos biológicos e comportamentais integrados e estimativas da dimensão da população para, pelo menos, dois grupos populacionais de interesse	Com base nas pontuações médias dos resultados consolidados dos indicadores correspondentes dos indicadores de estratégia (ver infra).
K: Número de países que utilizam dados de vigilância da população-chave para fins programáticos	Com base nas pontuações médias dos resultados consolidados dos indicadores correspondentes 9 dos indicadores da estratégia (ver infra)
L. Nível de envolvimento comunitário das populações-chave respostas nacionais	Com base nas pontuações médias dos resultados consolidados do indicador correspondente 10 dos indicadores da estratégia (ver infra)

RESULTADO 3.1: Melhoria do acesso a serviços de qualidade e baseados em provas para as populações-chave

ESTRATÉGIA 3.1.1: Desenvolver e implementar um pacote regional normalizado de serviços para as populações-chave: Apoio técnico aos Estados-Membros para desenvolverem e fornecerem um pacote normalizado de serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados em matéria de saúde sexual e reprodutiva e de VIH eficazes, baseados em dados concretos, voluntários e que capacitem a comunidade, para todas as populações-chave

INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
4. # Número de Estados-Membros que estão a fornecer o pacote abrangente de serviços delineado nas linhas de orientação da OMS, de modo a que os serviços sejam acessíveis a todas as populações-chave	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Protocolos nacionais, planos estratégicos nacionais	Os serviços são acessíveis (urbano vs. rural, distâncias de viagem/tempo de espera, idade de consentimento, acessibilidade económica vs. física e linguística)? Estes serviços são aceitáveis para as (qualidade dos cuidados, serviços isentos de estigma e discriminação, proteção dos direitos dos beneficiários dos cuidados)? Quais são as lacunas em termos de prestação de serviços?

ESTRATÉGIA 3.1.2: Reforçar a capacidade dos decisores políticos e dos prestadores de cuidados de saúde: Os Estados-Membros disponibilizam serviços de SSR e VIH, acessíveis e aceitáveis para as populações-chave, com base nos princípios da ética médica, na eliminação do estigma dos contextos de cuidados de saúde e nos direitos à saúde e à equidade, incluindo a não discriminação e a confidencialidade

INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
5. # Número de Estados-Membros que validaram protocolos nacionais, incluindo princípios éticos específicos para populações-chave, para: (i) serviços integrados; (ii) prevenção combinada; (iii) prestação de serviços diferenciados; (iv) serviços jurídicos e sociais; e (v) serviços de proximidade	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Protocolos nacionais	Os representantes das populações-chave participaram no desenvolvimento e validação dos protocolos? As comunidades registam e comunicam casos de prestação/fornecimento de serviços não éticos?

RESULTADO 3.2: Aumento do financiamento dos serviços destinados às populações-chave

ESTRATÉGIA 3.2.1: Identificar e manter os recursos para as intervenções nas populações-chave: Mobilizar recursos suficientes para fornecer serviços de SSR e VIH sustentáveis e em grande escala a todos os grupos populacionais chave e garantir que os recursos são utilizados de forma eficaz e equitativa

INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
6. # Número de Estados-Membros que têm dotações orçamentais específicas para intervenções e programas destinados a populações-chave nos seus planos estratégicos nacionais ou orçamentos anuais	NAC Documentação: Plano Estratégico Nacional, Avaliação Nacional das Despesas com a SIDA (NASA) e/ou orçamentos do CNS	As comunidades de populações-chave têm conhecimento das intervenções em curso ou planeadas que as visam? As comunidades foram informadas destas intervenções e do seu orçamento correspondente?
7. # Número de Estados-Membros que mobilizam recursos financeiros adicionais para intervenções a favor das populações-chave	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Orçamentos da NASA e/ou do país/OSC, relatórios aos financiadores	OSC/ONG e organizações de : O financiamento dos parceiros de desenvolvimento (financiadores nacionais e internacionais) aumentou, diminuiu ou manteve-se estável para programas/serviços destinados a populações-chave no sector das ONG?

RESULTADO 3.3: Reforço dos dados epidemiológicos e sociais sobre as populações-chave

ESTRATÉGIA 3.3.1: Aumentar a produção de provas relacionadas com as populações-chave: Desenvolver e implementar sistemas e protocolos inovadores para a produção, gestão e divulgação de conhecimentos sobre questões relacionadas com a SSR, o VIH e as populações-chave com um verdadeiro envolvimento, apropriação e liderança das populações-chave

INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
8. # Número de Estados-Membros que realizaram estudos integrados de vigilância biocomportamental do VIH e estimativas da dimensão da população de, pelo menos, dois grupos populacionais de interesse, desagregados por idade, sexo e subgrupo, nos últimos 3 anos	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Inquéritos biocomportamentais integrados e estimativas do tamanho da população	Os representantes das populações-chave foram envolvidos na concepção, implementação e validação dos estudos? Os principais grupos populacionais ou activistas que participaram nos estudos foram reconhecidos e receberam crédito? Quais são as lacunas prioritárias em termos de dados-chave sobre a população?

9. # Número de Estados-Membros que utilizam dados de vigilância da população-chave para fins programáticos	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Sistema nacional de vigilância do VIH	Os representantes das populações-chave estão envolvidos em fóruns onde os dados de vigilância são discutidos para desenvolver estratégias ou ajustar as estratégias e intervenções existentes?
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RESULTADO 3.4: Aumento da participação das populações-chave no desenvolvimento, na implementação, no controlo e na avaliação das políticas e dos programas

ESTRATÉGIA 3.4.1: Grupos de populações-chave envolvidos em políticas e programas: Desenvolver e operacionalizar mecanismos para garantir que os grupos de populações-chave possam participar de forma significativa na recolha de dados para o desenvolvimento de políticas e programas, sendo a informação suficientemente protegida para que os grupos de populações-chave não sejam colocados em risco acrescido

INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
10. # Número de Estados-Membros em que a concepção e a execução, o controlo e a avaliação dos programas são liderados por populações-chave ou em que estas são participantes-chave	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Dados do programa das OSC e relatórios sobre o envolvimento da comunidade; actas dos grupos de trabalho técnicos nacionais	Existem organizações formais ou informais de populações-chave? As organizações de populações-chave podem ser reconhecidas oficialmente (registo legal)? As organizações de populações-chave têm acesso a financiamento para implementar projectos? Ou participam na execução dos programas através de outras ONG? Os mecanismos de participação comunitária estão adaptados às populações-chave? A participação é significativa a todos os níveis e em todos os momentos em que é exigida/recomendada?

KRA 4: Redução das barreiras jurídicas, políticas e culturais que impedem o acesso das populações-chave aos serviços de VIH e SSR

INDICADORES	FONTE DE DADOS
M. Criminalização das populações-chave	Atlas das populações-chave da ONUSIDA

RESULTADO 4.1: Os ambientes jurídicos (incluindo leis, políticas, práticas, regulamentos, acesso à justiça e aplicação da lei) para as populações-chave são melhorados

ESTRATÉGIA 4.1.1: Avaliação do ambiente legal: Defender uma revisão, com a participação substancial das populações-chave, das leis punitivas e protectoras, políticas e práticas aplicação da lei, e práticas tradicionais e culturais aplicáveis às populações-chave em toda a região e identificar o impacto de tais leis, políticas e práticas nas populações-chave e nos resultados de SSR e VIH, com base, em parte, nas experiências vividas pelas populações-chave

INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
11. # Número de Estados-Membros que desenvolveram um plano de ação validado a nível nacional com base numa avaliação do enquadramento jurídico em matéria de VIH e SSR	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Avaliação jurídica do ambiente ou equivalente; plano de ação	Quais são os principais desafios encontrados na realização de avaliações do enquadramento jurídico ou na execução de planos de ação neste domínio? Existem planos de ação para aplicar as recomendações da avaliação do enquadramento jurídico? Que opções de responsabilização e monitoria tem a comunidade e implementa?

ESTRATÉGIA 4.1.2: Diálogo regional e nacional: Documentação e partilha de práticas promissoras na remoção de barreiras legais e políticas para as populações-chave

INDICADORES	FONTE DE DADOS	DADOS DE ORIGEM COMUNITÁRIA
12. # Número de práticas promissoras de remoção de barreiras legais e políticas para populações-chave documentadas e partilhadas	CNS em consulta com os representantes das OSC e do PC Documentação: Relatório sobre as melhores práticas; documentação sobre as alterações (decisão/nova política)	Melhores práticas a nível comunitário e das OSC



SECRETARIADO DA SADC

Private Bag 0095 Gaborone, Botswana

Tel: 09267 395 1863 Fax: 09267 397 2848

Correio eletrónico: prinfo@sadc.int ouregistry@sadc.int ouwebmaster@sadc.int

Sítio Web: www.sadc.int