

**Estratégia Regional para o VIH,
Tuberculose, Hepatite B&C e Saúde
Reprodutiva e Sexual e Direitos entre as
populações-chave na Comunidade
Económica dos Estados da África Ocidental**



Julho de 2020



Africa Key Population
Experts Group



ONUSIDA



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Africa**

Prefácio



A pandemia do VIH contribui para o aumento significativo de doenças e mortes, assim como impede o desenvolvimento socioeconómico da região da CEDEAO. Embora a prevalência do VIH na população em geral seja relativamente baixa, de 0,3%-3,5%, é de até 34,4% em algumas populações-chave. À medida que o número das populações-chave aumenta na região, é provável que a sua contribuição para novas infeções pelo VIH continue a ser significativa se não forem adotadas medidas apropriadas. A criminalização das práticas sexuais de grupos da população-chave, o estigma generalizado e a discriminação, impedem o seu acesso aos programas de VIH na região da CEDEAO. Isto, em parte, contribui para a escassez de informações relevantes sobre as populações-chave que são necessárias para o planeamento da prestação de serviços.

Felizmente, com a assinatura da Declaração de Dakar em abril de 2015 na reunião regional dos Ministros da saúde liderada pela OOAS, líderes nacionais ligados ao VIH/SIDA e agências de segurança, há hoje uma dinâmica reforçada no papel das populações-chave em resposta ao VIH. Para além do VIH, as populações-chave enfrentam outros problemas de saúde. A tuberculose é a principal causa de morte nas pessoas que vivem com o VIH. Na região da CEDEAO as pessoas que se encontram nas prisões e as pessoas que injetam drogas têm um risco desproporcionalmente maior de contrair o vírus da Hepatite C.

Foi para responder a estes desafios e para promover uma resposta concertada que as partes interessadas que participaram numa reunião de revisão com vista à implementação da Declaração de Dakar realizada em Lomé, em Novembro de 2018, concordaram em trabalhar com a OOAS para desenvolver uma estratégia regional integrada da CEDEAO sobre a Programação do VIH/TB, hepatite B e C e SDR para as populações-chave.

A atual estratégia resulta de uma revisão extensiva do programa de trabalho, bem como de consultas nacionais e regionais. O processo foi coordenado por um grupo de trabalho técnico envolvendo o Africa Key Populations Experts Group (AKPEG), Enda Santé, OMS, UNAIDS, PNUD e representantes dos Estados Membros. Gostaria de agradecer ao Consultor que elaborou o plano que teve início em Junho de 2019. Agradeço a todas as partes interessadas, incluindo Parceiros de Desenvolvimento, agências da ONU, sociedade civil e organizações regionais de populações-chave e jovens populações-chave, que forneceram orientação estratégica e contributos valiosos. Agradeço em particular, a todos os Estados Membros representados pelos Ministérios da Saúde, Chefes Técnicos e Comissões Nacionais da SIDA que reviram e enriqueceram o documento durante diferentes fóruns consultivos. Agradeço a assistência financeira e técnica do ONUSIDA, PNUD, USAID, e OMS pelo o desenvolvimento desta estratégia.

Espero que a estratégia seja uma propriedade para todos os nossos Estados Membros e Parceiros. Ela vai orientar a nossa resposta integrada a nível nacional e regional aos desafios da saúde sexual e reprodutiva das populações-chave. aguardo com expectativa o vosso apoio na monitorização da sua implementação na região.

Professor Stanley OKOLO,
Diretor Geral, OOAS

ÍNDICE

Prefácio	iv
Abreviaturas	vi
Definições de Termos	viii
1. Antecedentes.....	12
1.1 Metas e compromissos globais	12
1.1.1 Metas globais do VIH: Compromissos africanos e da CEDEAO para os atingir 12	
1.1.2 Metas globais da tuberculose: Compromissos africanos e da CEDEAO para os atingir	13
1.2 Justificação	14
1.3 Princípios Orientadores.....	17
1.4 Metodologia.....	18
2. Contexto global e regional do VIH, TB, Hepatite e SSRD	19
2.1 Contexto do VIH.....	19
2.2 Contexto TB	21
2.3 Contexto SSRD.....	23
3. Factores que aumentam a vulnerabilidade das populações-chave ao VIH, Hepatite, TB e questões de SSRD	24
3.2 Fracos mecanismos e ferramentas para gerar dados precisos e fiáveis relativos às populações-chave	29
3.3 Uma grande dependência do financiamento internacional, de múltiplos doadores e recursos internos limitados que apoiam a programação da população chave ³⁰	
3.4 Uma escassez de programas que procuram criar um ambiente propício à redução do estigma, da discriminação e da violência e ao empoderamento da comunidade	31
4. Orientação estratégica.....	35
4.1. Introdução	35
4.2 Objectivos estratégicos	35
4.3 Quadro estratégico.....	37
5. Disposições de implementação	44
6. Mecanismo de informação.....	47
7. Anexos.....	48
Anexo 1: Resumo da SWOT para a CEDEAO.....	48
Anexo 2: Análise de risco para a população-chave da CEDEAO Estratégia Regional	49
Anexo 3: Quadro comparativo das situações dos Estados-Membros sobre componentes-chave relevantes para as populações-chave e a programação do VIH, tuberculose, hepatite B e C e SSR	51
Anexo 4 Intervenções orientadas para as populações-chave, tal como descritas nos PEN	54
Anexo 5 Quadro de avaliação regional da estratégia regional para o VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD entre as populações-chave da CEDEAO.....	62
8. Referências bibliográficas.....	66

Abreviaturas

ACO	África Ocidental e Central
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AKPEG	Africa Key Population Experts Group
ALCO	Organização do Corredor de Abidjan-Lagos
AOA	África Oriental e Austral
ART	Terapia Anti-Retroviral
AU	União Africana
BBS	Estudo Bio-Comportamental
CARKAP	Consórcio para o Avanço e Direitos das Populações-chave Afetadas
CER	Comunidades Económicas Regionais
COE	Ambientes operacionais desafiadores
CUIC	Código Único de Identificação
CUS	Cobertura Universal da Saúde
DALY	Ano de Vida Ajustado à Deficiência
EAWA	End Aids in West Africa
ECOWAS	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
EGDC	Centro de Desenvolvimento do Género da CEDEAO
EGSS	Estratégia Global do Sector da Saúde
ETP	Estimativa do tamanho da população
FEVE	<i>Frontières et Vulnérabilités au VIH en Afrique de l'Ouest</i>
FG	Fundo Global
FSWs	Trabalhadoras do Sexo Femininas
GAM	Global Aids Monitoring
GBV	Violência Baseada no Género
GTT	Grupo de Trabalho Técnico
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que praticam sexo com homens
IPU	União Interparlamentar
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
ITPC	Coligação internacional de preparação para o tratamento
KP	Populações-chave
LEA	Avaliação do Ambiente Jurídico
M&A	Monitorização e Avaliação
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
ORTC-AO	Observatório Regional de Tratamento Comunitário - África Ocidental
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PARECO	Programa Regional de Redução de Danos sobre VIH, Tuberculose e outras Comorbidades, e Promoção dos Direitos Humanos para Pessoas que Injetam Drogas
PIVIH	Pessoas infectadas com o VIH
PNS	Plano Estratégico Nacional para o VIH/SIDA
PPE	Profilaxia de Pré-Exposição
PPE	Profilaxia pós-exposição
PRRD-VIH	Projeto regional de prevenção e tratamento do VIH/SIDA
PTMF	Prevenção da transmissão mãe-filho
PWIDs	Pessoas que Injetam Drogas
PWUDs	Pessoas que Usam Drogas

RAME	<i>Réseau Accès aux Médicaments</i>
RAME	Rede de Acesso aos Medicamentos
RR/MDR-TB	Tuberculose resistente à Rifampicina/MultiDrug
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSRD	Saúde Sexual e Reprodutivos e Direitos
TB	Tuberculose
TB-RD	Tuberculose resistente a drogas
TG	Transgéneros
TG	Transgéneros
TJC	Tribunal de Justiça da Comunidade
TS	Trabalhadores do sexo
TSO	Terapia de Substituição de Opiáceos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH e SIDA - ONUSIDA
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População - FNUAP
UNGA	Assembleia Geral das Nações Unidas - AGNU
UNODC	Gabinete das Nações Unidas sobre Drogas e Crime -ONUDC
VMMC	Circuncisão Médica Voluntária Masculina
WAHO	Organização Oeste Africana da Saúde
WHO	Organização Mundial da Saúde - OMS

Definições de Termos

Adolescentes: Indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos.

Ano de Vida Ajustado à Deficiência: Um Ano de Vida Ajustado à Deficiência (DALY) pode ser pensado como um ano perdido de vida "saudável". A soma deste DALY em toda a população, ou o peso da doença, pode ser pensado como uma medida da diferença entre o estado de saúde atual e uma situação ideal de saúde em que toda a população vive até uma idade avançada, livre de doença e incapacidade.

Prestação de Serviços Diferenciados: A prestação de serviços diferenciados ou cuidados diferenciados é uma abordagem centrada nos cuidados que simplifica e adapta os serviços de VIH, DSTs e HCV através do continuum para refletir as preferências e expectativas de vários grupos, reduzindo ao mesmo tempo encargos desnecessários para o sistema de saúde.

O Empoderamento da comunidade é um processo coletivo que permite às populações-chave abordar as limitações estruturais à saúde, aos direitos humanos e ao bem-estar; fazer mudanças sociais, económicas e comportamentais; e melhorar o acesso aos serviços de saúde. O empoderamento comunitário pode promover um maior alcance e uma maior eficácia dos serviços para as populações-chave. O empoderamento comunitário pode assumir muitas formas, tais como a participação significativa de pessoas de populações-chave na conceção de serviços, educação de pares, implementação de literacia jurídica e programas de serviços, e a promoção de grupos liderados pela população-chave e programas-chave liderados pela população-chave e prestação de serviços.

Redução de danos: Políticas, programas e práticas que visam principalmente reduzir as consequências sociais e económicas adversas para a saúde devido ao uso de drogas lícitas e ilícitas. A abordagem da redução de danos baseia-se num forte compromisso para com a saúde pública e os direitos humanos. A redução dos danos ajuda a proteger as pessoas contra doenças evitáveis e a morte por overdose e ajuda a ligar as pessoas marginalizadas aos serviços sociais e de saúde. Para os utilizadores de drogas injetáveis, o pacote básico de redução de danos consiste em programas de agulha/seringa, terapia de substituição de opiáceos e naloxona para a gestão de overdose.

Saúde: Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Estigma relacionado com o VIH: crenças, sentimentos e atitudes negativas em relação a pessoas que vivem com VIH, grupos associados a pessoas que vivem com VIH (por exemplo, as famílias de pessoas que vivem com VIH) e populações-chave com maior risco de infeção pelo VIH.

Cascata de tratamento do VIH: É um modelo que monitoriza o número de pessoas que se estima estarem a viver com o VIH, que deve ser diagnosticado, iniciado no TARV, aderente ao seu tratamento e com uma carga viral indetetável em comparação com as estatísticas oficiais destes mesmos indicadores num determinado país ou região.

Populações-chave: A nível internacional, as populações-chave foram definidas como pessoas que, devido a comportamentos específicos de maior risco, correm um risco acrescido de contrair o VIH, independentemente do tipo de epidemia ou do contexto local. Para efeitos desta estratégia, as populações-chave são os homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens; transgéneros, pessoas que injetam drogas; trabalhadores do sexo e seus clientes; e prisioneiros e outras pessoas encarceradas.

Homens que têm relações sexuais com homens (HSH): "Homens que fazem sexo com homens" são homens que fazem sexo com homens, independentemente de também fazerem ou não sexo com mulheres ou de terem uma identidade pessoal ou social homossexual ou bissexual. Este conceito é útil porque também inclui homens que se auto-identificam como heterossexuais, mas que fazem sexo com outros homens.

Tratamento de substituição com opiáceos (TSO): A terapia de substituição com opiáceos é a forma recomendada de tratamento de toxicodependência para pessoas que são dependentes de opiáceos. Provou ser eficaz no tratamento da dependência de opiáceos, na prevenção da transmissão do VIH e na melhoria da adesão à terapia anti-retroviral. Os medicamentos mais comuns utilizados na terapia de substituição de opiáceos são a metadona e a buprenorfina.

Pessoas que injetam drogas (PID): Pessoas que injetam substâncias psicotrópicas (ou psicoactivas) para fins não médicos. Estas drogas incluem, mas não estão limitadas a, opióides, estimulantes do tipo anfetaminas, cocaína, hipno-sedativos e alucinogéneos. A injeção pode ser por via intravenosa, intramuscular, subcutânea ou outras vias injetáveis. Para esta estratégia, as pessoas que se auto-injectam medicamentos para fins médicos - referidos como injeção terapêutica - não estão incluídas nesta definição.

Pessoas que utilizam drogas (PUD): Pessoas que utilizam substâncias psicotrópicas através de qualquer via de administração, incluindo injeção, oral, inalação, transmucosa (sublingual, rectal ou intranasal) ou transdérmica. Para efeitos do presente documento, a definição não inclui a utilização de substâncias tão amplamente utilizadas como o tabaco, ou bebidas e alimentos que contenham álcool ou cafeína.

Profilaxia pós-exposição (PPE): A profilaxia pós-exposição refere-se aos medicamentos anti-retrovirais que são tomados após a exposição (ou possível exposição) ao VIH. A exposição pode ser ocupacional (por exemplo, uma lesão com agulhas) ou não ocupacional (por exemplo sexo sem preservativo com um parceiro seropositivo).

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP): A profilaxia pré-exposição ou PrEP é a utilização de um medicamento anti-retroviral para prevenir de se contrair a infeção pelo VIH por pessoas não infectadas. Vários estudos demonstraram que uma dose oral diária de medicamentos anti-

retrovirais adequados é eficaz tanto em homens como em mulheres para reduzir o risco de se contrair a infecção pelo VIH através da transmissão sexual ou por injeção.

Prisioneiros e pessoas em ambientes fechados: Todas as pessoas detidas em instalações prisionais e outras instalações de detenção, incluindo adultos e jovens. Os estabelecimentos prisionais podem incluir prisões, cadeias, detenção policial, detenção juvenil, prisão preventiva, campos de trabalhos forçados e penitenciárias.

Profissionais do sexo (PS): Pessoas que recebem regularmente ou ocasionalmente dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, quer essa pessoa se identifique ou não como um trabalhador do sexo. O trabalho sexual é a venda consensual de sexo entre adultos. Conforme definido na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, as crianças e adolescentes menores de 18 anos que trocam sexo por dinheiro, bens ou favores são "explorados sexualmente" e não definidos como trabalhadores do sexo.

Saúde sexual e reprodutiva (SSR): Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos relacionados com o sistema reprodutivo e a sexualidade; não é apenas a ausência de doenças, disfunções ou enfermidades. Para que a saúde sexual e reprodutiva seja alcançada e mantida, os direitos de saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos. A saúde sexual e reprodutiva requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. As intervenções de SSR incluem a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, rastreio e tratamento, serviços contraceptivos, aborto seguro e cuidados pós-aborto, rastreio e tratamento do cancro do colo do útero, rastreio do cancro do ânus, concepção e gravidez.

Transgénero (TG): Um termo guarda-chuva para pessoas cuja identidade e expressão sexual não estão em conformidade com as normas e expectativas tradicionalmente associadas ao sexo que lhes é atribuído à nascença. Inclui pessoas que são transexuais, transgénero ou que não estão em conformidade com o sexo. Os transgéneros podem auto-identificar-se como transexuais, mulheres, homens, transexuais ou transman, ou uma de muitas outras identidades transexuais. Podem expressar os seus géneros de várias formas masculinas, femininas e/ou andróginas.

Populações vulneráveis: Grupos de pessoas particularmente vulneráveis à infecção pelo VIH em determinadas situações ou contextos, tais como adolescentes e jovens, particularmente raparigas adolescentes e mulheres jovens, órfãos, crianças de rua, pessoas com deficiência, migrantes, refugiados e trabalhadores móveis. Estas populações não são afetadas pelo VIH de forma uniforme em todos os países e epidemias.

Populações-chave jovem: Indivíduos entre os 15 e 24 anos de idade que, devido a comportamentos específicos de maior risco, correm um risco acrescido de contrair o VIH, independentemente do tipo de epidemia ou do contexto local. Também têm frequentemente questões legais e sociais relacionadas com os seus comportamentos que aumentam a sua vulnerabilidade ao VIH.

A juventude: Indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos.

Jovens: Indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos.

1. Antecedentes

1.1 Metas e compromissos globais

1.1.1 Metas globais do VIH: Compromissos africanos e da CEDEAO para os atingir

Em 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) comprometeu-se em alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. Entre os objectivos está o ODS 3, que visa assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades. O ODS 3 inclui o fim das epidemias de SIDA, tuberculose (TB), malária e doenças tropicais negligenciadas e o combate à hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis, bem como a garantia de acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais até 2030.

Na sequência dos compromissos dos países para com os ODS, a AGNU comprometeu-se a acelerar urgentemente os esforços no sentido de pôr fim à epidemia da SIDA até 2030 na "Declaração Política sobre o VIH e a SIDA" de 2016. Para acabar com a SIDA até 2030, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) estabeleceu uma série de metas, conhecidas como 90-90-90, que precisam de ser alcançadas até 2020 para se atingir o objectivo de 2030:

- 90% das pessoas que vivem com o VIH sabem o seu estado de seropositividade;
- 90% das pessoas que conhecem o seu estado de seropositividade no tratamento
- 90% das pessoas em tratamento com cargas virais suprimidas;
- uma redução das novas infeções e de 75% das mortes relacionadas com a SIDA e entre as crianças de 95% e
- eliminação da discriminação relacionada com o VIH.

A ONUSIDA está atualmente a liderar o processo de atualização de alvos e recursos necessários para 2025. A "Estratégia 2016-2021 da ONUSIDA" dá prioridade aos esforços para atingir as populações vulneráveis e fundamentais no contexto do VIH, a fim de garantir que ninguém fique para trás, em conformidade com a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030.

Na sua Resolução de 2001 sobre a pandemia do VIH/SIDA, a Comissão Africana dos Direitos dos Homens e dos Povos apelou aos governos africanos, Estados Partes na Carta Africana, para atribuírem recursos nacionais que reflitam a determinação de combater a propagação do VIH/SIDA e de assegurar a proteção dos direitos humanos das pessoas que vivem com VIH/SIDA contra a discriminação. Em 2010, estabeleceu também um comité para a proteção dos direitos das pessoas infectadas pelo VIH e das pessoas em risco, vulneráveis e afetadas pelo VIH com um mandato, entre outros, para integrar uma perspetiva de género e dar especial atenção às pessoas pertencentes às populações-chave.

O "Modelo de Quadro Estratégico Regional sobre HIV para Populações Chave em África" foi desenvolvido em 2014 pelo *African Key Population Forum on HIV*, que reúne um grupo de peritos composto por profissionais do sexo, homens que praticam sexo com homens, pessoas transexuais e pessoas que injetam drogas provenientes de diferentes partes de África. As Comunidades Económicas Regionais (CERs) de África deveriam adaptar o Quadro ao seu contexto específico e utilizá-lo para iniciar o diálogo e promover a adopção de um pacote padrão de estratégias e programas para implementação nos seus Estados Membros. Além disso, também se destinava a ser utilizado pela sociedade civil em toda a África como um instrumento de advocacia para assegurar a prestação de serviços específicos e focalizados de prevenção, tratamento e cuidados do VIH a grupos-chave da população.¹

Em reconhecimento do elevado fardo do VIH entre grupos das populações chave (um elemento importante na dinâmica da transmissão do VIH), bem como do seu papel como parceiros essenciais numa resposta eficaz à epidemia na região da África Ocidental, os Ministros da Saúde, Chefes das Comissões Nacionais

da SIDA, Procuradores Públicos e Inspetores-Gerais da Polícia da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) adotaram a "Declaração de Dacar sobre a Avaliação das populações-chave na resposta ao VIH e à SIDA nos Estados Membros", em Abril de 2015. A Declaração procura abordar o fardo desproporcionado do VIH entre as populações-chave e inclui cinco compromissos fundamentais relacionados com: abordagem do estigma e da discriminação, reforço dos serviços comunitários, reforço do sistema de saúde, priorização das populações-chave e reforço da informação estratégica.²

No "Quadro catalítico para acabar com a SIDA, Tuberculose e Eliminar a Malária em África até 2030, a União Africana (UA), em 2016, afirmou o compromisso dos Estados Membros em eliminar o VIH e concordou em reforçar as abordagens baseadas nos direitos e a proteção das populações-chave, bem como em assegurar a sua participação significativa na resposta ao VIH.³

Em 2016, o "Plano de Recuperação da África Ocidental e Central" foi endossado pela Assembleia da UA para enfrentar os estrangulamentos, intensificar, acelerar as respostas nacionais às epidemias do VIH; reiterando a centralidade de concentrar os investimentos nas populações, incluindo as populações-chave, e nos locais mais afetados para garantir o maior impacto.⁴

1.1.2 Metas globais da tuberculose: Compromissos africanos e da CEDEAO para os atingir

A "Estratégia para acabar com a tuberculose" inclui metas para uma redução de 90% no número de mortes por Tuberculose e uma redução de 80% nas taxas de incidência da Tuberculose até 2023, em comparação com os níveis em 2015, bem como zero famílias afetadas pela Tuberculose que enfrentam custos catastróficos devido à Tuberculose.

1. Compromissos dos Ministros da Saúde, Chefes das Comissões Nacionais, da HIV,
2. Procuradores Públicos e Chefes de Polícia na Declaração de Dakar, abril de 2015
3. Investir em programas de redução do estigma por:
 - Incluindo módulos de não estigmatização na formação básica e contínua de juizes e oficiais de justiça e muito especialmente de agentes da lei;
 - Formação de prestadores de cuidados de saúde individuais, reguladores e administradores;
 - Organização de reuniões de informação e diálogo entre beneficiários e fornecedores
 - Melhorar a prestação de serviços comunitários às populações-chave através:
 - Apoio à criação de centros comunitários que ofereçam educação, mobilização comunitária, serviços essenciais de saúde, apoio social e advocacia para mudanças políticas e legais;
 - Protecção jurídica dos actores comunitários envolvidos em vários serviços para as populações-chave;
 - Racionalizar o reforço dos sistemas de saúde para melhor responder às necessidades específicas das populações-chave
4. Colocar incessantemente ênfase nas populações-chave como grupo prioritário nas estratégias nacionais de resposta ao VIH/SIDA;
5. Reforçar os conhecimentos estratégicos ou a informação necessária para planear intervenções

Em 2017, os Estados-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) comprometeram-se, através da Declaração de Moscovo, a pôr fim à Tuberculose, a fazer avançar a resposta à Tuberculose no âmbito da agenda dos ODS, a assegurar um financiamento suficiente e sustentável, a prosseguir a ciência, a investigação e a inovação e a desenvolver um quadro de responsabilização multissetorial. As resoluções incluem dar especial atenção às populações-chave.⁵

Em 2018, a AGNU adotou a "Declaração Política sobre a Luta contra a Tuberculose" que reafirma os compromissos de acelerar as ações, investimentos e inovações nacionais e coletivas para pôr fim à epidemia da tuberculose a nível mundial até 2030. A Declaração da AGNU reconheceu a forte associação entre o VIH e a tuberculose, e a elevada mortalidade associada. Comprometeu-se em reforçar a coordenação e colaboração entre programas de tuberculose e VIH, bem como com outros programas e sectores da saúde, a fim de assegurar o acesso universal a serviços integrados de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados.⁶

1.1.3 Compromissos globais sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos

Em outubro de 2019, a Assembleia da União Interparlamentar (UIP) para o biénio (2019-2021) adotou a primeira resolução de sempre sobre a Cobertura Universal da Saúde (CUS)⁷, que também inclui a segurança global da saúde e a promoção da saúde especialmente para os grupos vulneráveis. Em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e outras agências, a OMS e a UIP estão a trabalhar na promoção da saúde das mulheres, crianças e adolescentes, no quadro mais amplo da UHC, incluindo áreas críticas como a saúde materna, a criança, o casamento precoce e forçado, o papel da legislação na saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD), o VIH e a nutrição.

1.1.4 Compromissos globais sobre a Hepatite

Em maio de 2016, a 69ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou por unanimidade a primeira Estratégia Global do Sector da Saúde (EGSS) sobre hepatite viral. A EGSS estabelece o objectivo de eliminar a hepatite viral como uma grande ameaça à saúde pública, definida como uma redução de 65% das mortes relacionadas com a hepatite i) e ii) das novas infeções crónicas do vírus da hepatite B (VHB) e do vírus da hepatite C (VHC) em 90%, até 2030.

1.2 Justificação

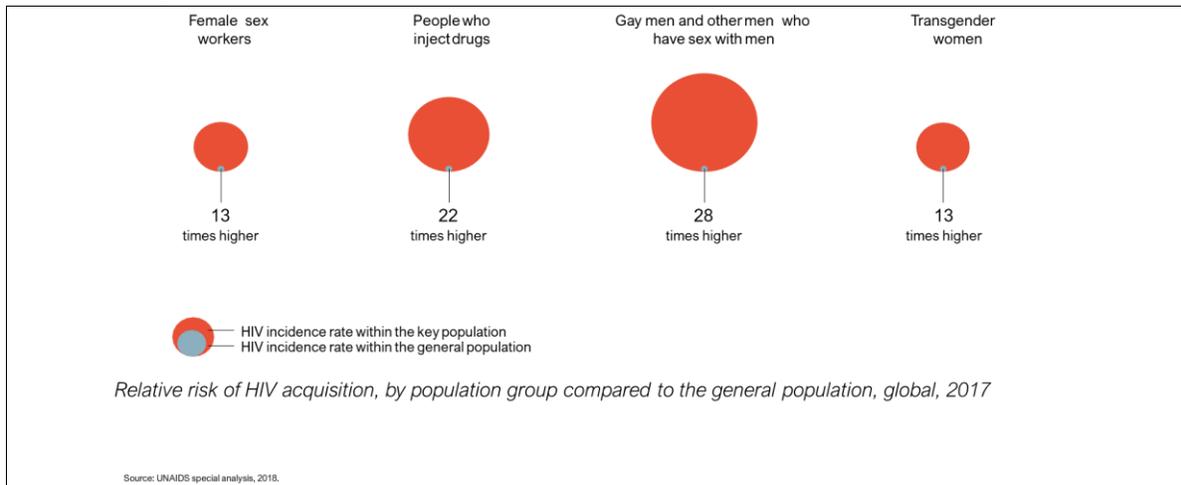
As populações-chave e os seus parceiros sexuais enfrentam um risco mais elevado de infeção pelo VIH e são atualmente responsáveis por mais de 50% das novas infeções a nível mundial e mais de 60% na região da África Ocidental e Central (AOC).⁸ A nível mundial, os homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens correm 28 vezes mais riscos de contrair o VIH do que a população em geral (Figura 1). As trabalhadoras do sexo feminino, as pessoas que injetam drogas, e as mulheres transexuais são, respetivamente, 13, 22 e 13 vezes mais expostas ao risco.⁹ As populações-chave jovens em todos os grupos de populações-chave são ainda mais desproporcionalmente afetadas pelo VIH do que as populações-chave adultas.¹⁰ A tuberculose continua a ser a principal causa de morte entre as pessoas que vivem com o VIH (a tuberculose é responsável por cerca de uma em cada quatro mortes relacionadas com a SIDA na região¹¹). A hepatite viral B e C afeta desproporcionalmente as populações-chave, particularmente as pessoas que injetam drogas e os homens que fazem sexo com homens, como resultado da transmissão sexual e da partilha de agulhas, seringas e equipamento auxiliar de injeção¹².

Apesar dos progressos globais na luta contra a tuberculose, 40% dos casos de tuberculose em África são subdetetados ou subnotificados.¹³ Em 2018, 35% dos casos de tuberculose foram detetados na região da CEDEAO (variam entre 24% na Nigéria e 86% no Togo). 22% das mortes relacionadas com a tuberculose ocorreram entre pessoas vivendo com VIH na região da CEDEAO.¹⁴ A mortalidade estimada em pacientes co-infectados com TB/VIH na região da ACO é 50% mais elevada do que no resto de África e a tuberculose resistente à rifampicina/Tuberculose multi-resistente (RR/MDR-TB) é

subdiagnosticada e subtratada - sendo actualmente apenas 20% dos pacientes que sofrem de TB resistente aos medicamentos (DR-TB) diagnosticados e tratados.¹⁵

14% dos 27.697 novos casos estimados de tuberculose RR-MDR na região da CEDEAO foram confirmados em laboratório e 11% foram iniciados no tratamento de 2ª linha.¹⁶

Figura 1 Risco relativo à contração do VIH por grupo populacional em comparação com a população em geral, 2017 (análise especial ONUSIDA 2018)

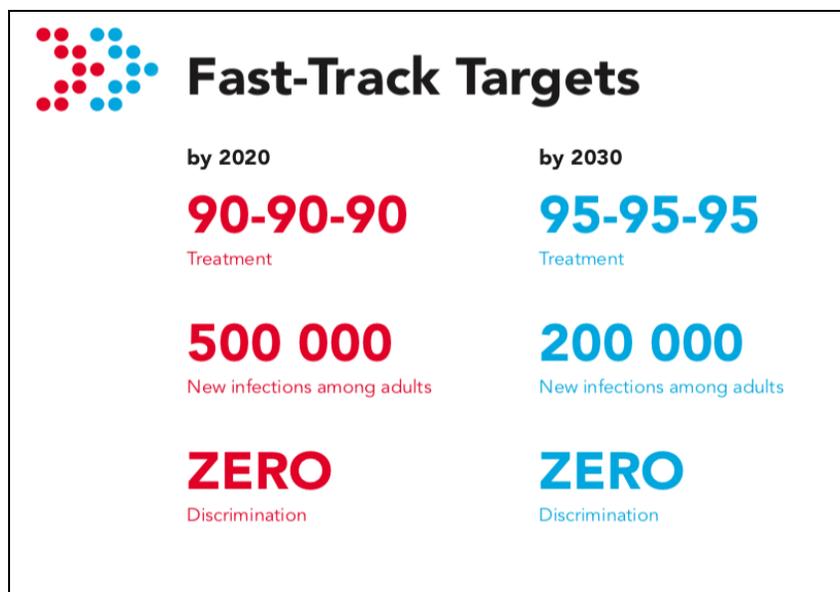


As populações-chave têm necessidades sexuais e reprodutivas específicas, e estas não são muitas vezes satisfeitas pelo sector dos cuidados de saúde. Enfrentam violações dos direitos de saúde sexual e reprodutiva, limitando ainda mais o seu acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. A ligação entre saúde sexual e reprodutiva e direitos e respostas ao VIH é também essencial para aumentar o alcance de ambos os serviços.

Apesar dos progressos que têm sido feitos em intervenções que visam as populações-chave, os programas que procuram responder às necessidades das populações-chave continuam a ser difíceis de implementar e as populações continuam a ser difíceis de alcançar. Para abordar esta questão e colmatar a lacuna no cumprimento da meta 90-90-90 da ONUSIDA, em 2017, os países da ACO e a comunidade internacional comprometeram-se a implementar um plano de recuperação para colocar o tratamento do VIH na via rápida até 2018 (Figura 2).¹⁷ Isto proporcionou uma oportunidade para um maior número de países implementarem os seus planos operacionais nacionais que abordam os estrangulamentos políticos e estruturais. No entanto, isto ainda não é suficiente, uma vez que não houve uma mudança significativa na taxa de expansão do programa.¹⁸

Para enfrentar estes desafios contínuos na região e para desenvolver os atuais compromissos internacionais e regionais assumidos pelos países da ACO, a CEDEAO, através da Organização da Saúde da África Ocidental (OOAS), encomendou o desenvolvimento de uma estratégia regional para o VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD entre as populações-chave. O seu objectivo é orientar, harmonizar e elevar os esforços regionais e nacionais para as populações-chave na África Ocidental. Com um conjunto abrangente de serviços acessíveis, aceitáveis, acessíveis e apropriados prontamente disponíveis para as populações-chave na região, os Estados-Membros poderiam ver os seus investimentos resultar na estabilização ou mesmo na inversão das taxas de incidência.

Figura 2 Metas aceleradas para 2020 e 2030 (Acelerar o fim da epidemia de SIDA até 2030)



Além disso, com uma estratégia regional, os países da CEDEAO podem explorar a dinâmica crescente na programação das populações-chave; seguir um único quadro harmonizado para normalizar as suas intervenções e recolha de dados. A estratégia será também utilizada para defender políticas e leis de maior apoio, serviços integrados de TB e SSR e uma maior mobilização de financiamento interno e externo. A região pode identificar e aproveitar sinergias e melhores práticas para ter uma resposta regional coerente que crie mudanças visíveis na implementação de intervenções populacionais chave em cada país.

Uma revisão da Declaração de Dakar realizada em Lomé, Togo, em 2018, destacou os desafios contínuos que a região da CEDEAO enfrenta na abordagem do VIH entre as populações-chave:

- a falta de apropriação a nível nacional dos compromissos assumidos na Declaração de Dacar, tendo apenas quatro países desenvolvido roteiros nacionais para a sua implementação a partir do final de 2018;
- barreiras jurídicas, aos direitos humanos e sociais à aceitação por parte das populações-chave;
- pouca integração e acesso limitado aos serviços; financiamento inadequado que dificulta o desenvolvimento ou o aumento da programação para as populações-chave;
- processos de planeamento demorados, conduzidos por múltiplos doadores, que reduzem o tempo para a implementação; e
- falta de intervenções homogéneas e consistentes em termos de padrão para as populações-chave e de mecanismos de geração de dados em toda a região.

Para enfrentar estes desafios contínuos na região e para desenvolver os atuais compromissos internacionais e regionais assumidos pelos países da ACO, a CEDEAO, através da Organização Oeste Africana da Saúde (OAAS), encomendou o desenvolvimento de uma estratégia regional para o VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD entre as populações-chave. O seu objectivo é orientar, harmonizar e elevar os esforços regionais e nacionais em relação às populações-chave na África Ocidental. Com um conjunto abrangente de serviços acessíveis, aceitáveis e apropriados prontamente disponíveis para as populações-

chave na região, os Estados-Membros poderiam ver os seus investimentos resultar na estabilização ou mesmo na inversão das taxas de incidência.

Além disso, com uma estratégia regional, os países da CEDEAO podem explorar a dinâmica crescente na programação das populações-chave; seguir um único quadro harmonizado para normalizar as suas intervenções e recolha de dados. A estratégia será também utilizada para defender políticas e leis de maior apoio, serviços integrados de TB e SSR e uma maior mobilização de financiamento interno e externo. A região pode identificar e aproveitar sinergias e melhores práticas para ter uma resposta regional coerente que crie mudanças visíveis na implementação de intervenções em relação às populações chave em cada país.

1.3 Princípios Orientadores

Os seguintes princípios, adaptados do Modelo de Quadro Estratégico sobre VIH para populações-chave em África (2014)¹⁹ e das Diretivas Consolidadas da Organização Mundial de Saúde sobre Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidados em relação ao VIH para populações-chave: 2016 Atualização²⁰, irá orientar a implementação desta estratégia.

Princípios Orientadores

- Respeito dos Direitos humanos
- Participação e empoderamento sustentado da comunidade
- Intervenções baseadas em evidências e centradas nas pessoas
 - Compromissos políticos fortes

Respeito dos direitos humanos

A proteção dos direitos humanos para todos os membros de cada população-chave é crucial para o sucesso desta estratégia. Devem ser adotadas e aplicadas leis de proteção, baseadas em normas internacionais de direitos humanos, enquanto as leis que discriminam ou criam barreiras devem ser reformadas, para assegurar que as populações-chave estejam livres de estigma, discriminação e violência e que a sua vulnerabilidade ao VIH, Hepatite B & C, TB e SSR seja reduzida. Os prestadores de cuidados de saúde e as instituições relevantes, incluindo nas prisões e noutros locais fechados, devem servir pessoas de populações-chave com base nos princípios da ética médica e do direito à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, sem qualquer estigma ou discriminação. Este princípio inclui o direito à igualdade e não discriminação (incluindo com base no sexo, orientação sexual, identidade de género, deficiência, estado de saúde ou profissão), à privacidade, vida familiar, condições de trabalho seguras, liberdade da violência, acesso à justiça, direito a um julgamento justo, liberdade da discriminação, prisão e detenção arbitrária, tortura e tratamento cruel, desumano e degradante, direito à igualdade e dignidade e direito à informação.

Participação e empoderamento comunitário sustentado

A participação efetiva através de um envolvimento significativo e funcional de populações-chave, incluindo jovens populações-chave, é central para esta estratégia regional. Nenhuma política será decidida sem a participação plena e direta de membros da(s) população(ões) chave afectadas por essa política ou programação e a sua contribuição seria central para moldar a implementação da política ou programação. A promoção da igualdade de género e as intervenções transformadoras de género também fazem parte do empoderamento da comunidade. Devem ser investidos recursos no reforço das capacidades das populações-chave, incluindo em matéria de direitos humanos e literacia sanitária, que é também uma estratégia importante para fornecer ferramentas para a tomada de decisões sobre a sua gestão da saúde. A promoção da acessibilidade inclui também a adopção de modelos integrados de prestação de serviços, a criação de mecanismos regulares de feedback das populações-chave sobre os

serviços e o acompanhamento constante de quão respeitosos, aceitáveis, apropriados e acessíveis são os serviços para os destinatários.

Intervenções baseadas em provas e centradas nas pessoas

As intervenções que visam populações-chave devem basear-se em provas precisas, fiáveis e abrangentes. A monitorização e avaliação, bem como o desenvolvimento de programas, devem incluir sistematicamente representantes da população-chave em todas as fases, desde a recolha de dados até à análise e tomada de decisões. A oferta de serviços de prevenção, cuidados e tratamento de alta qualidade e centrados no doente para as questões que afetam as populações-chave irá melhorar a sua participação e a sua retenção nos cuidados

Um forte compromisso político

Os Estados-membros comprometem-se a nível nacional e regional a assegurar o acesso universal aos serviços de saúde que respondem às necessidades das populações-chave. Isto inclui assegurar que os princípios da boa governação, incluindo a responsabilização e a transparência, sejam respeitados e que os Estados-Membros traduzam o seu compromisso em ações tangíveis a nível das bases.

1.4 Metodologia

Figura 3 Resumo da metodologia para desenvolver o plano estratégico do PK da CEDEAO



O desenvolvimento desta estratégia baseou-se nos seguintes processos:

1. Como parte do seguimento da Declaração de Dakar, a OOAS, em conjunto com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Enda Santé organizaram uma reunião regional em Novembro de 2018 em Lomé, que reuniu os Estados membros, representantes das populações-chave (do AKPEG, o Grupo de Peritos das Principais Populações de África), e outros parceiros (OMS, ONUSIDA, SADC, etc.) para discutir o roteiro para o desenvolvimento da estratégia regional, incluindo o recrutamento de um consultor para apoiar este processo e o estabelecimento de um grupo de trabalho técnico de vários intervenientes para orientar o processo (Figura 3).
2. Foi realizada uma revisão documental baseada em documentos internacionais, regionais e nacionais relacionados com compromissos políticos, políticas e diretivas, estratégias nacionais, avaliações e relatórios de agências implicadas na resposta ao VIH na CEDEAO.
3. Entrevistas (via e-mail ou por telefone) com intervenientes pertinentes da região, procurando recolher os seus contributos para a visão da estratégia regional, sobre quais os pontos fortes/oportunidades que a região pode aproveitar e quais os pontos fracos/ameaças que devem ser considerados para a estratégia, bem como importantes fatores de vulnerabilidade das

populações-chave e ações de atenuação.

4. Foram realizadas consultas nacionais presenciais, sempre que possível, em alguns dos países da CEDEAO¹ para rever e contribuir para o projeto da estratégia regional. O contributo destas consultas foi consolidado no esboço da estratégia regional.
5. Um workshop de consulta regional com o grupo de trabalho técnico que supervisiona o processo de desenvolvimento da estratégia regional, representantes de cada país, parceiros-chave e populações-chave² foi realizado em 10-11 de dezembro de 2019 em Abidjan para rever e consolidar ainda mais a estratégia regional.
6. O projeto consolidado de estratégia regional foi enviado aos países para novos contributos em janeiro de 2020. Entre abril e junho de 2020, o projeto foi finalizado com base em contributos de instituições regionais.

2. Contexto global e regional do VIH, TB, Hepatite e SSRD

2.1 Contexto do VIH

Em 2018, estimava-se que havia 37,9 milhões de pessoas a viver com o VIH (PIVIH) e 770.000 mortes relacionadas com a SIDA a nível mundial. O número global de novas infeções pelo VIH continua a diminuir, de um pico de 2,9 milhões em 1997 para 1,7 milhões em 2018, mas estabilizou nos últimos anos. A redução de novas infeções pelo VIH entre 2010 e 2018 foi maior na África Subsaariana, impulsionada por reduções acentuadas na região da África Oriental e Austral (AOA) (declínio de 28%). A nível mundial, mais de metade das novas infeções em 2018 encontravam-se entre as principais populações e os seus parceiros.²¹

Com um aumento constante da terapia anti-retroviral (TAR), a mortalidade relacionada com a SIDA tem diminuído progressivamente. Desde 2010, diminuiu 33% a nível mundial, impulsionada em grande parte pelos progressos na África Subsaariana, particularmente na África Oriental e Austral, onde diminuiu 44% de 2010 a 2018, refletindo o rápido ritmo de expansão do tratamento na região da AOA. A mortalidade relacionada com a SIDA diminuiu 29% de 2010 a 2018 na ACO. A região também registou um declínio de 13% em novas infeções durante o mesmo período. A região é atualmente responsável por 16% das novas infeções mundiais por VIH e 21% das mortes globais por doenças relacionadas com a SIDA, apesar de ter apenas 6% da população mundial.

Estima-se que o VIH/SIDA e as DST sejam a décima sétima causa principal do fardo da doença a nível mundial em 2017 e a quinta causa na região africana, representando respetivamente 2,18% e 6,02% de todos os anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) perdidos.³ O fardo do VIH na região africana em comparação com a situação global representa 3.812,96 v/s 862,77 DALYs perdidos por 100.000 habitantes.²² Na África ocidental, a classificação do VIH/SIDA & DST em termos da sua quota de

¹ Benim, Burkina Faso, Nigéria

² NAC Benim, NAC Gâmbia, NAC Guiné-Conacri, NAC Libéria, NAC Nigéria, NAC Serra Leoa, NAC Togo CNLS Níger, CNLS Senegal, OCAL, Coligação Plus, WAHO, ENDA, RAME, ANCS PARECO, OSIWA, OCEAC, ONUSIDA, OMS, USAID, UNFPA, Projecto de Política de Saúde

³ Os DALYs são utilizados como uma medida chave da carga da doença. Os DALYs são a soma de anos de vida vividos com incapacidade (YLDs) e anos de vida perdidos com mortalidade prematura (YLLs). Mais detalhes disponíveis [aqui](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/) (https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/)

DALYs perdidos piorou de 0,82% do total de DALY em 1990 para 6,02% do total de DALYs em 2017. Os DALYs por 100.000 habitantes aumentaram de 2.210,59 para 3.812,96 durante o mesmo período. Assim, a região africana é ainda muito mais sobrecarregada pelo VIH do que as outras regiões do mundo. Os adolescentes entre os 10-24 anos de idade suportam um fardo elevado em relação ao VIH, sendo o VIH/SIDA e as DST a principal causa de morte entre os adolescentes da África Subsaariana e a segunda causa de morte na África Ocidental (respetivamente 26,12 e 15,43 mortes por 100.000 habitantes).²³

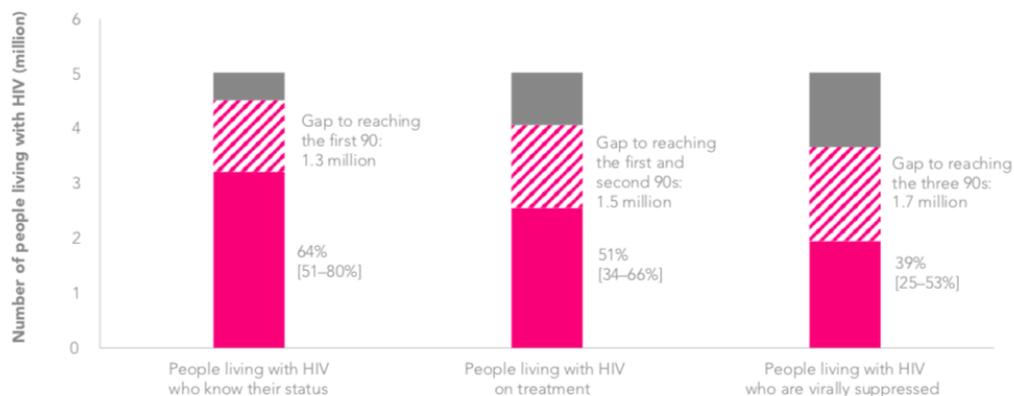
Figura 4. Cascata de testes e tratamentos do VIH, África Ocidental e Central, 2018 (Análise Especial UNAIDS 2019)

O número de PVH na Região da CEDEAO aumentou de 3,0 milhões para 3,5 milhões entre 2010 e 2018, enquanto as novas infeções diminuíram em 2,3%, de um número estimado de 217.700 para 212.800 durante o mesmo período. Do mesmo modo, o número de mortes relacionadas com a SIDA diminuiu 23,3% de 146.470 para 112.380 durante o mesmo período. Em 2018, a região da CEDEAO representava 9,2%, 12,5% e 14,6% do PVH global, novas infeções e mortes relacionadas com a SIDA, respetivamente

Para além do impacto direto do VIH na esperança de vida, há um impacto significativo na economia através da perda de mão-de-obra produtiva e do crescimento e desenvolvimento económicos. As estimativas mostram que um aumento de 1% na taxa de prevalência do VIH na África Ocidental diminuiu o crescimento do rendimento per capita em 0,47%.²⁴

Apesar dos ganhos na resposta ao VIH/SIDA na região da ACO, subsistem desafios significativos. Entre os 5 milhões [4,0 milhões-6,3 milhões] de pessoas vivendo com VIH na ACO no final de 2018, 64% estavam conscientes do seu estado de seropositividade (Figura 4). A diferença para atingir os primeiros 90 dos 90-90-90 objectivos em 2018 era de 1,3 milhões de PIVIH que não conheciam o seu estado de seropositividade. Um pouco mais de metade (51%) das pessoas infectadas com o PIVIH na região da ACO acederam ao TAR em 2018, com uma lacuna para atingir o primeiro e segundo 90 dos 90-90-90 alvos de 1,5 milhões de pessoas. A percentagem estimada de PIVIH na região que atingiu a supressão viral foi de 39% em 2018, com uma lacuna para atingir os três anos 90 de 1,7 milhões de pessoas. Estas lacunas representam um desafio significativo para o objectivo de acabar com a SIDA até 2030 para os países da região.²⁵

Figura 4. Cascata de testes e tratamentos do VIH, África Ocidental e Central, 2018 (Análise Especial ONUSIDA 2019)



Na Região da CEDEAO, a proporção de PIVIH em 2018 que estavam conscientes do seu estado de VIH variava entre 33% no Mali e >95% em Cabo Verde. Apenas cerca de metade das pessoas infectadas com o VIH estavam sob TAR, com uma diferença de 1,075 milhões a ser atingida para atingir o 2º 90 da meta 90-90-90 da ONUSIDA. Os dados sobre a supressão viral só estavam disponíveis em sete dos 15 Estados Membros da CEDEAO. Mostraram que a proporção de PIVIH com carga viral suprimida variava entre 26% na Serra Leoa e 48% no Benim.

A epidemia de VIH na África Ocidental e Central tem uma dinâmica distinta em comparação com as outras regiões da África Subsaariana. As populações-chave e os seus parceiros sexuais são responsáveis por 64% das novas infeções pelo VIH na ACO. Os homens que fazem sexo com homens são responsáveis por cerca de 17% das novas infeções na África Central e Ocidental. Os trabalhadores do sexo representam 14% das novas infeções; as pessoas que injetam drogas representam 8% e os parceiros sexuais de populações-chave (incluindo clientes de trabalhadores do sexo) representam 25%. Não existem dados sobre a prevalência do VIH entre as populações-chave jovens, apesar do seu elevado risco e vulnerabilidade ao VIH documentados. A prevalência do VIH em populações-chave por país, onde os dados estão disponíveis, estão detalhados no Quadro 1. Não há dados disponíveis para várias populações e países-chave (Cabo Verde e Libéria).

Quadro 1: Prevalência do VIH entre as populações-chave nos Estados Membros da CEDEAO a partir de 2019²⁶

País	SW	MSM	PWID	TG	Prisioneiros
Benin	8.5%	7.0%	2.2%	-	0.6%
Burkina Faso	5.4%	1.9%	-	-	2.2%
Cote d'Ivoire	12.2%	12.3%	-	-	1.2%
Gambia	11.0%	34.4%	-	-	-
Gana	6.9%	18.0%	-	-	0.4%
Guiné	10.7%	-	-	-	2.3%
Guiné-Bissau	18.0%	3.0%	-	-	-
Mali	-	13.7%	-	-	1.4%
Niger	17.0%	-	-	-	1.9%
Nigeria	14.4%	23.0%	3.4%	-	-
Senegal	6.6%	27.6 %	1.6%	-	2.0%
Sierra Leone	6.7%	14.0%	8.5%	15.3%	8.7%
Togo	13.2%	22.0%	-	-	-

NB: SW=Trabalhadores do sexo; MSM=homens que praticam sexo com homens; PWID=Pessoas que injetam drogas; TG= Grupos transgéneros

Nenhum dado disponível sobre populações-chave para Cabo Verde ou Libéria

2.2 Contexto TB

Em 2018, 173 países notificaram globalmente 4,3 milhões de novos doentes com tuberculose e recaída com um resultado documentado de testes de VIH (um aumento de 15% em relação aos 3,8 milhões em 2017), equivalente a 64% dos casos de tuberculose notificados. Isto representou um aumento de 27 vezes no número de pessoas com TB testadas para o VIH desde 2004.²⁷

Décadas após a epidemia do VIH, globalmente, três em cada cinco pessoas que iniciam o tratamento com o VIH não são rastreadas, testadas ou tratadas para a tuberculose, o maior assassino de PVH. O rastreio sistemático dos sintomas da tuberculose entre as pessoas que vivem com VIH é recomendado pela OMS como um componente essencial do pacote de tratamento do VIH, juntamente com a ligação aos serviços de diagnóstico, conforme necessário. A nível mundial, o número de pessoas que vivem com o VIH fornecidas com tratamento preventivo da TB por programas nacionais contra o VIH e outros provedores atingiu 1,8 milhões em 2018 (incluindo 747 579 pessoas em 55 países que foram recentemente inscritas nos cuidados com o VIH), em comparação com pouco menos de 1 milhão em 2017.²⁸

Devido a uma série de barreiras sociais, económicas, culturais e outras, as populações-chave da TB não conseguem ter acesso à saúde e a outros serviços de apoio, beneficiando assim mais das intervenções específicas de combate à TB. O Plano Global para Acabar com a TB descreve as populações-chave de acordo com as condições subjacentes ao seu risco de TB:

- maior exposição à TB - incluindo prisioneiros e pessoas em locais fechados e trabalhadores do sexo,
- acesso limitado aos serviços de TB, incluindo homens que fazem sexo com homens,
- posse de certas características biológicas ou comportamentais, incluindo as pessoas que injetam drogas.²⁹

Globalmente, as pessoas que usam e injetam drogas continuam estigmatizadas e criminalizadas, o que contribui para disparidades significativas na saúde, incluindo taxas extremamente elevadas de tuberculose frequentemente combinadas com VIH e hepatite viral.³⁰

A nível mundial, mais de 10,2 milhões de pessoas são detidas em instituições penais em qualquer altura e o número de prisioneiros com TB é estimado em 4.500 por cada 100.000; a OMS considera 250 casos por cada 100.000 como sendo uma epidemia. A prevalência de VIH, infeções sexualmente transmissíveis, hepatites B e C e tuberculose nas populações prisionais é estimada em duas a dez vezes mais elevada do que na população em geral.³¹

Em muitos locais, as pessoas que injetam drogas são também vulneráveis à tuberculose através de experiências com prisões e estabelecimentos prisionais, onde o risco de tuberculose é marginalmente mais elevado.³² Prisioneiros e pessoas em ambientes fechados, pessoas que vivem com VIH, e pessoas em risco de (TBMR, MDR-TB) encontravam-se entre os cinco principais grupos com os piores casos detetado e resultados de tratamento na África Ocidental.³³

O número de doentes de TB seropositivos notificados com TARV tem aumentado nos últimos anos. Nos 30 países com elevada carga de TB/VIH, no total, 85% dos pacientes com TB conhecidos como sendo seropositivos estavam sob TARV. Contudo, havia seis países com um elevado fardo de TB/VIH, incluindo a Guiné-Bissau e a Libéria, nos quais menos de 50% dos doentes de TB seropositivos foram iniciados no TARV em 2017.

A OMS estima que um total de 646.850 pessoas adoeceram com TB em 2018 na Região da CEDEAO, com quase 80% delas ocorrendo em três países - Nigéria (66%), Gana (7%) e Côte d'Ivoire (6%).³⁴ Cerca de 13,6% eram seropositivos, uma situação que representa uma melhoria em relação aos 32% que eram seropositivos em 2000. A proporção de mortes por tuberculose em pessoas vivendo com VIH

diminuiu de 45,7% em 2000 para 22% em 2018. Quase 122.000 pessoas com PIVIH em seis países da CEDEAO receberam tratamento para a infecção por tuberculose latente.

2.3 Contexto SSRD

Existem poucos dados específicos sobre a saúde sexual e reprodutiva de populações chave. O que está disponível está principalmente relacionado com trabalhadoras do sexo feminino e homens que têm relações sexuais com homens. De acordo com a vigilância das infecções sexualmente transmissíveis (2018), a seroprevalência da sífilis entre as trabalhadoras do sexo era de 13,2% para a região africana em 2016-2017, em comparação com a média geral da prevalência de sífilis relatada de 3,2%. A mediana da seroprevalência da sífilis entre os homens que praticam sexo com homens foi de 6,0%, e 2,3% na região africana durante o mesmo período.³⁵ Embora existam limitações à notificação de casos de DST, os dados dão um instantâneo da seroprevalência da sífilis entre as principais populações.

3. Factores que aumentam a vulnerabilidade das populações-chave ao VIH, Hepatite, TB e questões de SSRD

Uma série de factores sociais, políticos, legais e estruturais aumentam a vulnerabilidade das populações-chave ao VIH e impedem o seu acesso ao VIH e a outros serviços. A OMS enumera uma série de barreiras que impedem o acesso das populações-chave aos serviços de saúde, incluindo estigma e discriminação intensos, elevados níveis de violência, desigualdades de género e marginalização social; barreiras legais tais como legislação punitiva e discriminatória e práticas de policiamento; baixa priorização

pelo sistema de saúde pública que muitas vezes não satisfaz as suas necessidades específicas; pobreza e sem-abrigo; elevados níveis de encarceramento em ambientes sobrelotados, que envolvem violência sexual, uso de drogas inseguras, atividade sexual insegura, e o acesso limitado à prevenção e serviços abrangentes do VIH³⁶

1. Factores-chave de vulnerabilidade das populações-chave na CEDEAO:

2. Barreiras significativas no acesso aos serviços de VIH, Hepatite B & C, TB e SRH
3. Falta de mecanismos e ferramentas para gerar dados precisos e fiáveis sobre as populações-chave
4. Uma elevada dependência de uma resposta internacional financiada por múltiplos doadores com baixos recursos nacionais para a programação da população-chave
5. Uma escassez de programas que procuram criar um ambiente propício à redução do estigma, da discriminação e da violência e ao empoderamento da comunidade

O elevado nível de mobilidade da população na CEDEAO é um fator que também afeta a vulnerabilidade ao VIH. Embora existam vários projetos regionais em curso, tais como o programa da Organização do Corredor Abidjan-Lagos (ALCO), o programa "*Frontières et Vulnérabilités au VIH en Afrique de l'Ouest*" (FEVE), o projeto regional de Prevenção e Cuidados do VIH/SIDA (PACTE-VIH), o programa End AIDS in West Africa (#EAWA) e o Programa Regional de Redução de Danos sobre o VIH, Tuberculose e outras Comorbidades, e Promoção dos Direitos Humanos das Pessoas que Injetam Drogas ("*Réduction des risques VIH et tuberculose et autres comorbidités et autres comorbidités et promotion des droits humains auprès des consommateurs de drogues injectables*") (PARECO)⁴ tem sido e continua a ser um programa, existe uma incerteza quanto à sua sustentabilidade, uma vez que o seu financiamento a nível do Fundo Global será potencialmente limitado.³⁷ As intervenções concebidas dentro de um país têm muito pouco impacto nas populações móveis. Consequentemente, as intervenções devem ser direcionadas para assegurar o apoio a alvos móveis que utilizam rotas transfronteiriças.

⁴ ALCO, FEVE, PACTE-VIH & #EAWA projetos (projetos regionais de prevenção e tratamento do VIH/SIDA), PARECO (projeto regional de redução de danos e direitos humanos para pessoas que injetam drogas)

Além disso, sete países⁵ da CEDEAO são considerados pelo Fundo Global como Ambientes Operacionais Desafiadores (COE), caracterizados como tendo uma governação fraca, fraco acesso aos serviços de saúde, crises provocadas pelo homem (como conflitos) ou crises naturais (como a fome). A crescente instabilidade política e insegurança da região do Sahel é também um fator que pode ter um impacto negativo nos serviços de saúde e aumentar a vulnerabilidade das populações-chave da região.

Um estudo sobre o VIH, a lei e os direitos humanos no sistema africano de direitos humanos pela Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos concluiu que as populações-chave em toda a África receberam respostas limitadas baseadas nos direitos de proteção a nível continental, regional e nacional.³⁸ As leis nacionais sobre o VIH tendem a centrar-se estritamente nos direitos das pessoas que vivem com o VIH, e as respostas nacionais ao VIH muitas vezes não incluem a participação de populações-chave ou não dão prioridade às suas necessidades na legislação relacionada com o VIH e nos programas de direitos humanos.³⁹

Os jovens que pertencem a uma ou mais populações-chave são especialmente vulneráveis devido às vulnerabilidades particulares dos jovens, desequilíbrios de poder nas relações, falta de informação e conceção errada dos riscos, envolvimento em comportamentos de alto risco, tais como sexo sem proteção e consumo de drogas e álcool,⁴⁰ e, por vezes, alienação da família e amigos. Estes fatores aumentam o risco de que se envolvam - voluntariamente ou não - em comportamentos que os coloquem em risco de contrair o VIH.⁴¹ Um estudo recente de homens que fazem sexo com homens na África Ocidental⁶ revelou que 45,9% deles receberam benefícios do sexo transacional e que quanto mais jovens fossem, maior era a probabilidade de se envolverem em sexo transacional.⁴² Além disso, as populações-chave jovens estão em maior risco do que as populações-chave adultas de infeções sexualmente transmissíveis e experimentam taxas mais elevadas de problemas de saúde mental quando comparadas com as suas homólogas da mesma idade na população em geral, ou com as homólogas mais velhas da população-chave. As populações-chave jovens também requerem frequentemente um maior apoio social e têm menos acesso a esse apoio

As raparigas adolescentes são os alvos principais da violência baseada no género, que inclui incesto, abuso sexual, violência do parceiro íntimo, casamento precoce e forçado, violação conjugal, mutilação genital feminina, exploração sexual e tráfico. As mulheres e raparigas adolescentes pertencentes a populações-chave enfrentam elevados riscos de violência, discriminação e estigma, agravando os riscos de VIH. A informação disponível mostra que as mulheres grávidas de populações-chave experimentam elevadas taxas de gravidezes não desejadas, violência sexual, aborto e necessidade não satisfeita de contraceção. As mulheres que injetam drogas têm relatado elevadas taxas de violência sexual por parte das autoridades responsáveis pela aplicação da lei.⁴³ As trabalhadoras do sexo correm um elevado risco de violência por parte de parceiros íntimos, clientes e funcionários responsáveis pela aplicação da lei.

⁵ Guiné-Conacri, Guiné Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria e Serra Leoa, de acordo com o Fundo Global [Operating Policy Manual](https://www.theglobalfund.org/media/3266/core_operationalpolicy_manual_en.pdf) (https://www.theglobalfund.org/media/3266/core_operationalpolicy_manual_en.pdf)

⁶ Estudo Cohort CohMSM, que foi realizado no Burkina Faso, Costa do Marfim, Mali e Togo

Quadro 2: Resumo das principais áreas de serviços para populações-chave, Diretivas Consolidadas da OMS

Intervenções no Sector da Saúde	
1	Prevenção do VIH (preservativos, lubrificante, PrEP, PEP, circuncisão médica voluntária masculina (CMVM))
2	Intervenções de redução de danos para utilização de substâncias, em particular programas de agulhas e seringas, terapia de substituição de opiáceos (OST) e naloxona para gestão de overdose
3	serviços de despistagem do VIH
4	Tratamento e cuidados contra o VIH
5	Prevenção e gestão de co-infecções e outras co-morbilidades, incluindo hepatite viral, tuberculose e condições de saúde mental
6	Intervenções de saúde sexual e reprodutiva
Viabilizadores Críticos	
1	Legislação de apoio, política e compromisso financeiro, incluindo a descriminalização de comportamentos de populações-chave
2	Abordar o estigma e a discriminação
3	Serviços de saúde acessíveis, disponíveis e aceitáveis
4	Empoderamento comunitário Community empowerment
5	Abordar a violência contra pessoas de populações-chave

O Plano de Captura para a região da ACO assinala que as principais barreiras para as populações-chave no acesso aos serviços incluem altos níveis de estigma e discriminação, altas taxas de violência baseada no género (incluindo em situações de conflito e de emergência) e desigualdades de género. As leis e políticas punitivas também dissuadem as populações-chave de utilizar plenamente os serviços disponíveis.⁴⁴ Estes fatores aumentam a vulnerabilidade das populações-chave e tornam-nas menos suscetíveis de aceder às áreas de serviços-chave identificadas pela OMS (Quadro 2).

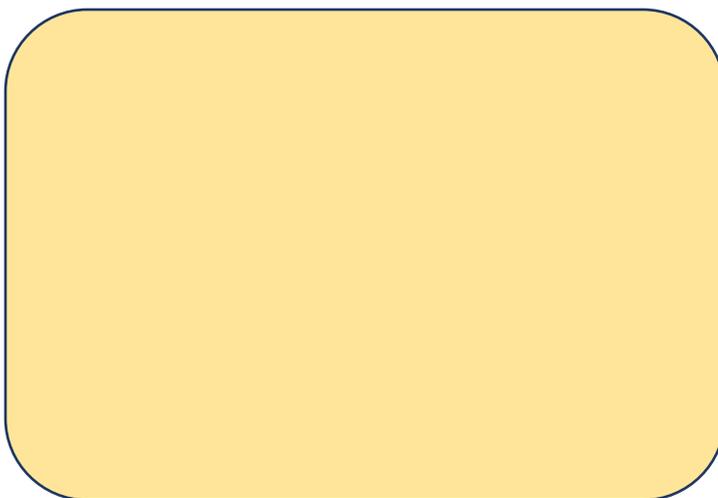
Com base em informações da revisão da literatura e análise do feedback dos informadores-chave (ver [Anexo 1](#)), foram identificados quatro fatores-chave que são críticos para a vulnerabilidade das populações-chave na CEDEAO:

1. Barreiras significativas no acesso aos serviços de VIH, Hepatite B & C, TB e SSR
2. Falta de mecanismos e ferramentas para gerar dados precisos e fiáveis sobre as populações-chave
3. Uma elevada dependência de uma resposta internacional financiada por múltiplos doadores com baixos recursos nacionais para a programação da população chave
4. Uma escassez de programas que procuram criar um ambiente propício à redução do estigma, da discriminação e da violência e ao empoderamento da comunidade

Cada fator de vulnerabilidade é discutido em detalhe nas secções seguintes.

3.1 Barreiras significativas no acesso aos serviços de VIH, Hepatite B & C, TB e SSR

Embora tenha havido progressos na resposta às necessidades de saúde das populações-chave na CEDEAO, todas as populações-chave continuam a não ter acesso a um pacote de serviços abrangente. Além disso, nenhum país fornece serviços direcionados para abordar as necessidades particulares das populações-chave jovens, apesar de estas terem uma menor aceitação e cobertura dos serviços do VIH em comparação com as populações-chave adultas.⁴⁵ Embora algumas populações-chave tenham acesso a alguns serviços do pacote abrangente



de serviços, outras populações-chave não têm acesso. No que diz respeito aos trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas que injetam drogas, pelo menos 80% dos países da CEDEAO nos seus Planos Estratégicos Nacionais do VIH (PNS) tinham pelo menos uma atividade de intervenção direcionada em metade das áreas de serviços-chave identificadas pela OMS.⁷ Contudo, para prisioneiros e pessoas em ambientes fechados, esta percentagem diminuiu para 40% e para pessoas transexuais, para menos de 7%. Os PNS tinham menos probabilidades de ter intervenções direcionadas para a redução de danos e SRH, incluindo o acesso à profilaxia pós-exposição (PEP) e pré-exposição (PrEP). (ver [Anexo 4](#))⁴⁶

Mesmo que as populações-chave sejam reconhecidas nos PNS, continua a haver dificuldades com a implementação do programa e os serviços não são implementados como foram concebidos. A cobertura de tais programas também varia muito entre e dentro dos países da região. Em 2018-19, o Fundo Global encomendou uma avaliação dos Pacotes de Serviços VIH para populações-chave em países selecionados da África Ocidental e Central. O relatório mostra que há uma concentração de serviços em áreas urbanas; baixa cobertura de prevenção, testes e ligação a intervenções de cuidados; falta de intervenções de redução de danos; escassez de PEP e PrEP e acesso desigual a serviços de tratamento anti-retroviral (ART) e infeções sexualmente transmissíveis (DSTs).⁴⁷ Observa ainda a falta de estratégias específicas para visar os jovens HSH no que diz respeito à testagem e aconselhamento em matéria de VIH.

A disponibilidade de produtos de saúde continua a ser um desafio na África Ocidental. O Observatório Regional de Tratamento Comunitário na África Ocidental (ORTC-AO) que se concentra nas populações-chave observou que entre Julho de 2017 e Junho de 2018, a frequência de stock de produtos foi de 9% para kits de teste de VIH, 24% para medicamentos anti-retrovirais (ARV) e 17% para fornecimentos de carga viral. Em média, as existências de ARV duraram 41 dias, mas no caso mais extremo, uma unidade de saúde registou uma rutura de existências de 7 meses.⁴⁸

⁷ As seis áreas são a prevenção do VIH, redução de danos para pessoas que injetam drogas, serviços de despistagem do VIH, tratamento e cuidados de VIH, saúde sexual e reprodutiva, e facilitadores críticos.

A acessibilidade é também um fator que dificulta o acesso à saúde de populações chave e outros. O relatório da ORTC-AO mostra que a distância até à unidade de saúde mais próxima foi a razão mais comum para não ter acesso a testes de VIH e TARV. Identifica vários outros fatores que limitam o acesso das populações-chave aos serviços de VIH, hepatite, SRH e tuberculose. Estes incluem ligação limitada aos cuidados, acesso limitado aos testes de carga viral, baixa classificação da qualidade da prestação de serviços pelos utilizadores, sendo a classificação mais baixa entre os grupos-chave da população de homens que têm relações sexuais com homens e a mais alta entre os trabalhadores do sexo, destacando potenciais níveis mais elevados de estigma e discriminação em relação a populações-chave específicas por parte dos trabalhadores do sector da saúde.

Tem havido uma sinergia reforçada entre os programas de VIH e TB na CEDEAO, mas apesar deste progresso, são necessários mais esforços para que a prestação de serviços seja reconfigurada com vista a uma integração adequada da TB na programação do VIH.⁴⁹ Dependendo do grau de integração entre os serviços de TB e VIH de um país e os seus respetivos sistemas de monitorização e avaliação, o percurso do doente para a TB associada ao VIH pode ser mais complexo de seguir, uma vez que pode haver uma necessidade de encaminhamento de um programa para outro. A estreita colaboração entre os serviços de TB e VIH é, portanto, fundamental para reduzir as perdas para o acompanhamento e a mortalidade evitável.⁵⁰

A maioria dos países inclui serviços de DST como parte de pacotes de serviços para trabalhadores do sexo, homens que têm relações sexuais com homens, e pessoas que injetam drogas. Outras intervenções de saúde sexual e reprodutiva que podem ser encontradas em alguns países incluem planeamento familiar, rastreio do cancro do colo do útero, promoção da circuncisão médica voluntária masculina, prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV), prevenção da violência baseada no género (VBG) e serviços relacionados.⁵¹ Contudo, são necessários mais esforços para aumentar a escala dos programas destinados a aumentar a cobertura dos serviços de prevenção e tratamento para populações chave, e para incluir estratégias específicas destinadas a aumentar o acesso das populações chave jovens. Além disso, existe uma falta de informação abrangente sobre a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de SSR e sobre a forma como os serviços de SSR estão integrados na programação do VIH na CEDEAO.

Várias iniciativas, tais como projetos-piloto de redução de danos; pilotagem de serviços comunitários e baseados em instalações para pessoas que usam drogas, auto-testes para homens que fazem sexo com homens e um programa regional PrEP, estão a ser implementados na Região da CEDEAO para responder às necessidades de saúde de populações chave.⁵² No entanto, estas estão ainda em fase piloto e a CEDEAO terá de responder rapidamente à falta de instalações de base comunitária generalizada e à falta de modelos diferenciados de prestação de serviços, se quiser aumentar a cobertura de serviços destinados a populações-chave. Na Nigéria, por exemplo, as populações-chave estavam mais satisfeitas com a qualidade dos serviços prestados por organizações lideradas por pares do que com as instalações de saúde pública, particularmente no que diz respeito aos prestadores de serviços que ouvem os problemas e preocupações dos inquiridos, privacidade e confidencialidade e respeito pelos direitos dos destinatários dos serviços.⁵³ No Gana, apesar dos custos de viagem e dos tempos de espera mais longos, as PVHVI preferiram viajar para clínicas distantes por receio de estigmatização em vez de terem os cuidados trazidos para mais perto de si nas suas casas.⁵⁴

3.2 Fracos mecanismos e ferramentas para gerar dados precisos e fiáveis relativos às populações-chave

Desde a Declaração de Dakar, tem havido progressos em termos de geração de mais dados-chave relacionados com a população na região. Por exemplo, foram realizados ou atualizados mapeamentos programáticos no Burkina Faso, Gâmbia, Guiné Bissau, Libéria, Nigéria e Mali. No Togo, a geração de dados sobre estigma e discriminação levou a um melhor acesso aos serviços.⁵⁵ Os observatórios de tratamento ORTC-AO e RAME abrangem 12 dos 15 países da CEDEAO, mas apenas quatro países - Côte d'Ivoire, Gana, Níger, Togo - têm um observatório sobre violência, estigma, discriminação contra populações-chave, PVH e outras populações vulneráveis.⁵⁶

Principais desafios relacionados com dados relativos a populações-chave:

- Escassez de PSE nacionais precisos para as populações-chave
- Falta de dados para além do PSE,
- programmatic mappings and HIV prevalence (e.g. HIV incidence, coverage of HIV and other programs)
- - Irregularidade dos principais inquéritos biológicos-comportamentais da população (BBS) e baixo envolvimento da comunidade no processo
- Controlo insuficiente do acesso da população-chave aos serviços
- programáticos e prevalência do VIH (por exemplo, incidência do VIH, cobertura do VIH e outros programas)

O Índice de Pessoas Vivendo com o VIH foi implementado pelo menos uma vez em 8 países da região desde 2008.⁵⁷ Benim, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Guiné-Conacri, Guiné Bissau e Níger ainda não o fizeram. De acordo com a ONUSIDA, apenas 3 países da região têm estimativas nacionais do tamanho da população (PSE) para qualquer população chave. A Côte d'Ivoire, Senegal e Togo têm PSE nacional para prisioneiros e pessoas em locais fechados, e apenas o Senegal como PSE nacional para pessoas que injetam drogas. Todas as outras PSE conduzidas nos países da CEDEAO não fornecem estimativas a nível nacional (ver [Anexo 3](#)). Além disso, não desagregam os dados com base na idade, falhando assim em fornecer informações claras sobre as jovens populações-chave. A qualidade e exatidão da PSE das populações-chave é um tema de controvérsia e foram levantadas questões sobre a metodologia. Os dados sugerem que existem subestimações na PSE, que podem estar potencialmente ligadas aos elevados níveis de estigma e discriminação sentidos pelas populações-chave na região, o que limita a fiabilidade da metodologia de estimativa da dimensão. Por exemplo, a PSE para homens que têm relações sexuais com homens é mais elevada quando se utiliza as redes sociais como método de amostragem.⁵⁸ Por outro lado, outros estudos mostram uma PSE desproporcionadamente elevada.⁵⁹ Estão disponíveis dados de prevalência do VIH para populações-chave na região, mas muito poucas são as estimativas nacionais.

Mesmo quando a informação básica, como a prevalência de VIH e PSE subnacional, está disponível sobre uma população chave específica, faltam dados como a incidência do VIH e a cobertura dos programas. Dados sobre a cobertura de programas de prevenção do VIH na região só estão disponíveis para profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. Nenhum país tem estes dados sobre pessoas que injetam drogas, a população transgénera ou prisioneiros e pessoas em ambientes fechados ou sobre a cobertura dos serviços de testagem e tratamento do VIH.⁶⁰

Além disso, os dados às vezes estão desatualizados, pois as pesquisas não são feitas regularmente e a confiabilidade dos dados gerados às vezes é contestada a nível do país. Este é frequentemente o caso dos Estudos Bio-comportamentais (BBS). Além disso, os dados sobre a prevalência do VIH entre

populações-chave não são desagregados por localização, sexo e idade. Dada a elevada vulnerabilidade ao VIH enfrentada pelas populações chave jovens, a falta de dados desagregados por idade torna mais difícil o planeamento e a resposta às necessidades das populações chave jovens. Há falta de evidências sobre quantos dos inquiridos são dirigidos pela comunidade, mas apenas 40% dos países da CEDEAO consideram elevado o grau de participação das populações chave na conceção, implementação e M&A das intervenções baseadas na comunidade.⁶¹ Os estudos colaborativos comunitários são fundamentais para aumentar a relevância e o potencial de impacto da investigação.⁶²

O acesso das populações-chave aos serviços não é suficientemente controlado e medido, principalmente devido à falta de instrumentos e financiamento adequados. O Togo é o único país da CEDEAO que tem um Código de Identificação Único (UIC) para populações-chave que é utilizado em todo o sistema de prevenção do VIH e é utilizado por todas as partes interessadas. Mesmo assim, nenhum país tem um sistema através do qual as populações-chave possam ser rastreadas em toda a continuidade dos cuidados, o que torna difícil determinar se as populações-chave estão a aceder ao TAR e a conseguir a supressão viral. A monitorização das atividades de capacitação crítica é limitada, bem como a qualidade e acessibilidade dos serviços para as populações-chave.⁶³ Níveis adequados de cobertura de serviços programáticos entre as populações-chave afetadas pela epidemia do VIH é um pré-requisito para alcançar o controlo global da epidemia do VIH, bem como o controlo entre as principais comunidades populacionais.⁶⁴

Os sistemas de gestão de dados têm de ser sensíveis à idade, sexo e género para fornecer informação suficientemente detalhada para programação de subgrupos dentro de uma população chave e produzir informação estratégica, tal como espectro de projecções que incluam dados populacionais chave. Dados atualizados e precisos e sistemas de gestão de dados permitirão o rastreio de populações-chave através da cascata de serviços VIH dentro de um ou muitos países, de forma a respeitar a privacidade e outras preocupações das populações-chave. Sem isto, a região continuará a enfrentar desafios na conceção e monitorização de programas dirigidos e de alto impacto sobre as populações-chave.

3.3 Uma grande dependência do financiamento internacional, de múltiplos doadores e recursos internos limitados que apoiam a programação da população chave

Em 2018, a disponibilidade de recursos financeiros para o VIH na África Ocidental e Central era 10% menor do que em 2017, e o financiamento interno compreendia 38% do total de recursos para o VIH. De acordo com os últimos dados disponíveis, o financiamento

Principais desafios relacionados com o financiamento da programação da população chave:

- Financiamento nacional limitado das respostas nacionais ao VIH
- Dependência nos doadores internacionais
- Lacunas de financiamento podem causar a descontinuação de programas e impedir o seu aumento
- O ambiente de múltiplos doadores cria disparidades na implementação de programas

nacional (público e privado) representa 12% (\$91.640.293) das despesas totais de todas as fontes (\$760.780.839) da resposta nacional ao VIH em países da CEDEAO. Na Libéria, Guiné, Níger e Serra Leoa, menos de 1% da resposta nacional ao VIH é financiada a partir de fontes nacionais.⁶⁵

Em todos os cenários, um maior investimento nas populações-chave de um país é suscetível de melhorar a relação custo-eficácia da resposta ao VIH. As projeções sugerem que a expansão da cobertura de programas populacionais chave poderia estabilizar ou mesmo diminuir as taxas de incidência.⁶⁶

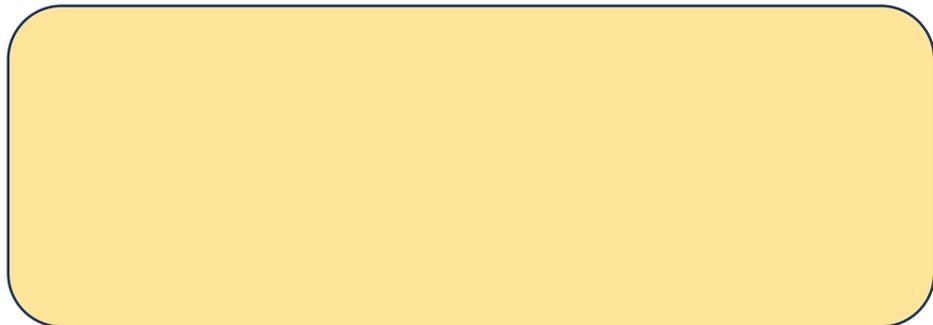
Os recursos dos programas devem ser repartidos entre as populações de forma a reduzir ao máximo as infeções e mortes a jusante, considerando a situação epidémica única de cada país.⁶⁷

Contudo, a dependência do financiamento internacional na região da CEDEAO está a criar grandes lacunas de financiamento para as respostas nacionais e, juntamente com a relutância de muitos países em aplicar o financiamento nacional a programas populacionais chave, está a obstruir a escalada destes últimos.

As lacunas de financiamento e a elevada dependência de doadores internacionais podem causar a descontinuação do programa. Em alguns países da região, o ambiente de múltiplos doadores também cria disparidades na implementação da programação, tais como a falta de uma UIC normalizada e incentivos variados para os educadores de pares. Estes criam disparidades que têm um impacto negativo na resposta ao VIH para as populações-chave.

A crescente dependência de financiadores internacionais para preencher as lacunas de financiamento de programas populacionais chave não é sustentável. Para além de mobilizar mais financiadores externos, aumentar os orçamentos nacionais da saúde, dar prioridade ao VIH e financiar adequadamente a programação populacional chave é essencial para atingir as metas Desenvolvimento Rápido até 2030.

3.4 Uma escassez de programas que procuram criar um ambiente propício à redução do estigma, da discriminação e da violência e ao empoderamento da comunidade



As epidemias de VIH, particularmente entre populações-chave, continuam a ser alimentadas pelo estigma e discriminação, desigualdade de género, violência, falta de empoderamento da comunidade, e leis e políticas punitivas, incluindo leis que criminalizam o trabalho sexual, o consumo de drogas e diversas formas de sexualidade. Estes factores estruturais limitam o acesso à tuberculose, VIH, hepatite e outros serviços de SSR, limitam a qualidade dos serviços e diminuem a sua eficácia. **Principais desafios na criação de um ambiente favorável às populações-chave:** Elevados níveis de estigma, discriminação e violência para com as populações-chave e a falta de políticas e regulamentar, incluindo leis punitivas e práticas como a criminalização do consumo de drogas, trabalho sexual e atos sexuais do mesmo sexo, bem como leis que criminalizam a transmissão e exposição de VIH. O quadro legal, político e regulamentar inclui leis e políticas punitivas que criam barreiras legais para populações-chave e dar poder a comunidades populacionais chave são fundamentais para a criação de um ambiente favorável.⁶⁸ As principais redes populacionais podem desempenhar um papel fundamental, documentando as suas experiências e esforços para responder ao VIH e proteger os seus direitos humanos, e assegurar que a comunidade está a desempenhar um papel de liderança.⁶⁹

Foram feitos progressos no que diz respeito à criação de um ambiente mais favorável às populações-chave na CEDEAO. No Togo, o reforço das capacidades das populações-chave, tendo em consideração as suas necessidades de forma proactiva, e a mobilização ativa das populações-chave tornou possível a adopção de uma Política Nacional sobre populações-chave. Na Serra Leoa, a iniciativa CARKAP⁸ está em parceria com o Conselho de Assistência Jurídica do Governo para o acesso à justiça das pessoas vivendo com VIH e outros grupos vulneráveis, suas comunidades e famílias; e para levar a cabo programas conjuntos de alfabetização/educação jurídica sobre questões jurídicas relativas ao VIH/SIDA. A nível regional, as oportunidades para criar um ambiente mais favorável incluem as reuniões regionais regulares da população-chave, o impulso político da Declaração de Dakar e as organizações-chave emergentes lideradas pela população e a sua capacidade crescente. Além disso, há várias iniciativas regionais em curso, tais como os projetos ALCO, FEVE, PACTE-VIH & #EAWA⁹, o programa PARECO¹⁰ e observatórios de acesso ao tratamento e observatórios comunitários que apoiam a programação da população-chave. ⁷⁰ Ferramentas como a lei modelo sobre drogas, desenvolvida pela Comissão da África Ocidental sobre drogas, apoiarão as reformas legislativas relacionadas com as populações-chave.

Contudo, na Região da CEDEAO, as populações-chave, especialmente as que vivem com o VIH, enfrentam elevados níveis de estigma, discriminação e violência. Muitos fatores contribuem para isso, incluindo tradições, crenças religiosas, tabus, mitos e desinformação, leis, normas de género e outros fatores sociais e culturais. O estigma e a discriminação afetam populações-chave a muitos níveis das suas vidas - família e comunidade, saúde, trabalho e ambientes educativos. Dados qualitativos da ORTC-AO encontraram o medo do estigma e da discriminação como um dos fatores chave que impede os homens que têm relações sexuais com homens, os trabalhadores do sexo e as pessoas que injetam drogas de terem acesso ao ART.

71

Estudos do Índice de Estigma realizados em 8 países da CEDEAO - Gâmbia, Gana, Libéria, Mali, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo - mostram que entre 3% a 22% das pessoas que vivem com o VIH relataram violações do seu estatuto confidencial de seropositividade por um profissional de saúde. A percentagem de mulheres e homens que relatam atitudes discriminatórias contra as pessoas que vivem com o VIH é de 80% na Guiné, 67,7% no Gana e 65,5% no Senegal. ⁷²

Os dados detalhados sobre o estigma e a discriminação experimentados pelas populações-chave na CEDEAO são limitados. Poucos países recolhem esta informação, mas parece que as populações-chave experimentam níveis elevados de estigma e discriminação. Na Côte d'Ivoire, por exemplo, 23% das trabalhadoras do sexo feminino e 22% dos homens que têm relações sexuais com homens declararam evitar os serviços de saúde devido ao medo do estigma e da discriminação.⁷³ Os estudos do Índice de Estigma destacam a posição particularmente vulnerável das populações-chave. Por exemplo, a análise do Índice de Estigma da Serra Leoa revelou que os homens que têm relações sexuais com homens, transexuais e outras populações-chave são "um grupo oculto...incluindo na comunidade de pessoas com HIV/SIDA", o que os torna menos capazes de aceder a cuidados e apoio adequados. Dados qualitativos da Avaliação dos Direitos Humanos na Côte d'Ivoire revelam que as pessoas com TB experimentam um estigma e uma discriminação significativos nas suas comunidades e noutros contextos. Em contextos de cuidados de saúde,

⁸ O "Consórcio para o Progresso e Direitos das Populações Chave afetadas" é uma organização de base comunitária operada por populações-chave e por OBCs de populações-chave, incluindo pessoas vivendo com VIH

⁹ Projetos regionais de prevenção e tratamento do VIH/SIDA

¹⁰ Projeto regional de redução de danos e direitos humanos para pessoas que injetam drogas

é relatado que as pessoas que usam drogas à procura de serviços de tuberculose são frequentemente recusadas a receber tratamento e cuidados.⁷⁴

As principais populações sofrem elevados níveis de violência, incluindo violência física e sexual, e assédio, intimidação e chantagem. Existem poucos dados abrangentes sobre a violência contra populações-chave na CEDEAO. Segundo os resumos técnicos da OMS, as populações-chave jovens são frequentemente mais vulneráveis à violência, estigma e discriminação do que as populações-chave mais velhas.⁷⁵ No entanto, 60,6% das trabalhadoras do sexo feminino na Côte d'Ivoire declararam ter sido sujeitas a violência física; 84,6% delas nos últimos 12 meses. Quase metade (44,1%) das mulheres trabalhadoras do sexo relataram ter sido sujeitas a violência sexual, 25,5% relataram ter medo de procurar serviços de saúde e 23,2% relataram ter evitado os serviços de saúde, devido à preocupação de revelar envolvimento em trabalho sexual.⁷⁶

Um quadro jurídico, político e regulamentar favorável na CEDEAO, em conformidade com as orientações e compromissos internacionais e regionais, é fundamental para assegurar o acesso das populações-chave ao VIH, Hepatite, TB e outros serviços de SRH.⁷⁷ A criminalização do uso de drogas, trabalho sexual e atos sexuais com pessoas do mesmo sexo isola ainda mais as populações-chave e torna-as mais vulneráveis ao estigma, discriminação e violência, bem como ao encarceramento. ⁷⁸ A descriminalização pode afetar diretamente a transmissão do VIH entre as populações-chave. Por exemplo, estudos sugerem que a descriminalização do trabalho sexual através do seu impacto a jusante sobre a violência, ambientes de trabalho mais seguros e riscos sexuais, tem o potencial de evitar 33-46% das infeções pelo VIH em profissionais do sexo durante a próxima década.⁷⁹ Para as populações chave jovens, a falta de leis e políticas que prevejam a idade de consentimento para a despistagem do VIH e o acesso à contraceção, entre outros, pode ser uma barreira ao seu acesso aos serviços de saúde.

Além disso, as leis que criminalizam a transmissão e exposição ao VIH aumentam o estigma contra as pessoas que vivem com e são vulneráveis ao VIH, incluindo as populações chave. Embora se reconheça que nem todas estas leis são aplicadas, a sua existência pode ser dissuasora para as populações chave que acedem aos serviços.

O Quadro 3 descreve a situação de criminalização de grupos populacionais chave nos países da CEDEAO.

País	Criminalização de pessoas transexuais	Criminalização do trabalho sexual entre adultos com consentimento	Criminalização de actos sexuais do mesmo sexo	Criminalização da posse de drogas / uso pessoal	Criminalização da transmissão, não revelação ou exposição à transmissão do VIH
Benim	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Não	Yes	Yes
Burkina Faso	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Não	Sim	Yes
Cabo Verde	Sem dados	Sem dados	Não	Sem dados	Sim
Côte d'Ivoire	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Não	Sim	Sim

País	Criminalização de pessoas transexuais	Criminalização do trabalho sexual entre adultos com consentimento	Criminalização de actos sexuais do mesmo sexo	Criminalização da posse de drogas / uso pessoal	Criminalização da transmissão, não revelação ou exposição à transmissão do VIH
Gâmbia	Sem dados	Sem dados	Sim	Sem Dados	Sem dados
Gana	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Sim	Sim	Sim
Guiné	Não	A questão é determinada/diferida a nível subnacional	Sim	Sim	Sim
Guiné-Bissau	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Não	Sim	Sim
Libéria	Sem dados	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Sim	Sim	Sim
Mali	Não	Não	Não	Sim	Sim
Níger	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Sim	Sim	Sim
Nigéria	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Sim	Sem dados	Sim
Senegal	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Sim	Sim	Sim
Serra Leoa	Sim	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Sim	Sim	Sim
Togo	Não	Qualquer criminalização ou regulamentação punitiva do trabalho sexual	Sim	Sim	Sim

FONTE: Extraído / adaptado do Relatório de Dados da ONUSIDA (2019)

As provas mostram que as políticas e programas de saúde são mais eficazes e têm um impacto mais positivo nos resultados sanitários quando as populações afetadas tomam parte no seu desenvolvimento. No entanto, a capacitação das populações-chave, e a sua subsequente participação significativa na conceção, implementação e monitorização e avaliação das políticas e programas que as afetam, é baixa na Região da CEDEAO.

Para aumentar o acesso das populações-chave aos serviços de VIH, Hepatite B & C, TB e SSR e reduzir a sua vulnerabilidade a estas questões, a CEDEAO investirá em políticas e programas que procuram reduzir o estigma, a discriminação e a violência contra as populações-chave, criar um ambiente legal e político favorável e capacitar as comunidades populacionais-chave.

4. Orientação estratégica

4.1. Introdução

Esta estratégia regional foi desenvolvida pela CEDEAO, através da OOAS e dos Estados Membros, para abordar as necessidades e vulnerabilidades das populações-chave em relação ao VIH, tuberculose, hepatite B e C e questões de SSR, a fim de permitir uma resposta abrangente, dimensionada e sustentável. A visão, o objectivo e a missão da estratégia são os seguintes:

Visão: Uma Comunidade da CEDEAO na qual todas as populações-chave tenham acesso universal a serviços abrangentes de VIH, tuberculose, hepatite B e C e SSR, livres de estigma e discriminação.

Objectivo: Criar um ambiente legal, social e económico favorável na CEDEAO para facilitar o acesso aos serviços de VIH, TB, Hepatite B & C e SSR que sejam abrangentes e concebidos para responder às necessidades de cada subgrupo populacional chave.

Missão: Orientar a implementação de serviços abrangentes de HIV, TB, Hepatite B & C e SSR para populações-chave através de um quadro coordenado que apoie a liderança regional e nacional e a apropriação para permitir à região cumprir as metas 3.3 (acabar com a SIDA & TB e combater a Hepatite), 3.7 (acesso universal aos serviços de SSR) e 3.8 (cobertura universal da saúde) dos ODS.

4.2 Objectivos estratégicos

Os objectivos estratégicos da estratégia regional da CEDEAO são os seguintes:

1. Reforçar a coordenação e liderança nacional e regional para uma resposta regional harmonizada e sustentável ao HIV, TB, Hepatite B & C e questões de SSRD para populações-chave

Este objectivo focaliza-se na melhoria da coordenação nacional e regional através do desenvolvimento de fortes parcerias com parceiros estatais e da promoção da apropriação e responsabilização de alto nível da estratégia regional. Também inclui estratégias para sustentar e aumentar os recursos para a programação do VIH, TB, Hepatite B & C e SSR para populações chave.

2. Reforçar a gestão da informação sanitária relacionada com as populações-chave para orientar o desenvolvimento de políticas e programação baseadas em provas para as orientar.

O segundo objectivo tem três áreas-chave de resultados, como se segue:

- Produzir dados fiáveis para cada população-chave através de estimativas regulares do tamanho da população, mapeamentos, estudos e investigação para compreender a escala das questões do VIH, TB, Hepatite B & C e SSR entre as populações-chave e as suas necessidades específicas
- Integrar todos os dados de prestação de serviços relacionados com as populações-chave no sistema nacional e regional de M&A para rastrear a eficácia dos programas e identificar as necessidades de estratégias, mantendo a confidencialidade e a segurança dos dados.
- Melhorar a utilização e divulgação de informação estratégica através da produção de prevenção, testes e cascata de tratamento para populações-chave e análise de dados nacionais e regionais para informar as decisões políticas e de programação.

3. Aumento da escala de prevenção, tratamento, cuidados e intervenções de apoio abrangentes e direccionadas no que respeita aos serviços de HIV, TB, Hepatite B & C e SSR para reduzir a incidência, morbidade e mortalidade entre as populações-chave.

A primeira fase do terceiro objectivo consiste em identificar lacunas na prestação do pacote padrão (de acordo com as Diretivas Consolidadas da OMS) de serviços e modelos de serviços dirigidos às

populações-chave, incluindo as populações-chave jovens. Em segundo lugar, incorporar diretivas internacionais para serviços integrados, incluindo prevenção combinada, prestação de serviços diferenciados, serviços legais e sociais e serviços de proximidade comunitária nos protocolos nacionais de HIV, TB, Hepatite B & C e SSR. Em seguida, serviços e intervenções específicas, abrangentes e integradas de grande escala em matéria de HIV, TB, Hepatite B & C e SSR, serviços sociais e legais, acessíveis a todas as populações-chave.

4. Empoderar todas as populações-chave e promover a sua participação significativa na conceção, implementação e monitorização de políticas e programas de saúde para assegurar políticas e programas de saúde mais eficazes.

O objectivo quatro visa aumentar a participação das populações-chave na conceção, implementação e monitorização e avaliação de políticas e programas relevantes, ao mesmo tempo que as capacita a envolverem-se significativamente com as partes interessadas nas questões do VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD. Isto inclui um enfoque específico no empoderamento das populações-chave jovens para que também se envolvam significativamente com as partes interessadas nos mesmos assuntos.

5. Garantir que os direitos humanos das populações-chave sejam respeitados, abordando os determinantes sociais, económicos e legais da saúde, incluindo leis discriminatórias, estigma, discriminação e violência que dificultam o seu acesso aos serviços de saúde.

O objectivo cinco tem como objectivo melhorar a sensibilização das partes interessadas, especialmente os legisladores sobre os direitos das populações-chave para facilitar a adopção e aplicação de políticas, estratégias e diretivas de apoio que aliviem o estigma, a discriminação e a violência contra as populações-chave.

4.3 Quadro estratégico

Área de resultados-chave	Indicador	Saída/Resultados	Acções	Responsáveis
Objectivo 1: Reforçar a coordenação e liderança nacional e regional para uma resposta regional harmonizada e sustentável ao VIH, TB, Hepatite B & C e questões de SSRD para populações-chave				
1.1 Melhorar a coordenação nacional e regional, desenvolvendo parcerias fortes com os parceiros estatais e promovendo a apropriação e a responsabilização de alto nível da estratégia regional	Número de países que declaram ter integrado a estratégia regional nas estratégias e planos de acção nacionais	Planos de acção/roteiros nacionais operacionalizados em cada país	<p>Apoiar cada país na integração desta estratégia regional a nível nacional, assegurando que</p> <ul style="list-style-type: none"> - A estratégia regional seja aprovada pelas autoridades locais competentes - O quadro fornecido pela estratégia regional está incluído em todos os debates e fóruns nacionais e regionais - Os Planos Estratégicos Nacionais são desenvolvidos, revistos ou actualizados em conformidade - Os Agentes de Ligação da OOAS têm a capacidade, os meios e os recursos necessários para apoiar o seu país <p>Reviver a plataforma regional para as populações-chave, assegurando a representação de cada país da CEDEAO e reforçar a sua capacidade de contribuir para a implementação e monitorização e avaliação da estratégia regional</p> <p>Responsabilizar cada país da CEDEAO, controlando a implementação de todos os objectivos estratégicos</p> <p>Realizar fóruns regularmente, tais como a reunião regional da população-chave, para aumentar a apropriação da estratégia regional, partilhar e desenvolver as melhores práticas, avaliar as realizações nacionais de implementação desta estratégia, resolver problemas de congestionamento e impulsionar a agenda da população-chave a nível nacional</p>	<p>A CEDEAO através da OOAS - Funcionários de Ligação da OOAS em cada país da CEDEAO e outras instituições da CEDEAO (EGDC, Parlamento da Comunidade)</p> <p>Estados Membros</p> <p>Principais redes e organizações demográficas</p> <p>Parceiros de desenvolvimento para apoiar o processo</p>
	Número de intervenções para a plataforma regional para as populações-chave	Aumento da capacidade da plataforma regional para que as populações-chave possam contribuir para a estratégia regional		
1.2 Manter e aumentar os recursos para a programação do VIH, TB, Hepatite B & C e SSR para as populações-chave	Número de reuniões/exercícios para acompanhar o progresso e partilhar as melhores práticas	O progresso de cada país é controlado regularmente, e as realizações são capitalizadas em	<p>Realizar uma avaliação do custo de programação da população-chave dos países e um levantamento dos recursos para a programação da população-chave na região</p> <p>Fazer um diagnóstico de contratação social nos países da região para avaliar a prontidão do financiamento interno para intervenções populacionais chave</p> <p>Facilitar e coordenar fóruns de Diálogo de Alto Nível para mobilizar maior financiamento interno para intervenções populacionais chave</p>	
	Número de melhores práticas nacionais disseminadas na região sobre VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD	Estabeleceu mecanismos para o financiamento interno do VIH (incluindo componentes para co-infecções, Hepatite e SSRD)		
	Proporção do financiamento	Aumento do investimento na	Acelerar a adopção das recomendações do Diálogo de	

Área de resultados-chave	Indicador	Saída/Resultados	Ações	Responsáveis
	do VIH para intervenções populacionais chave em cada país e a nível regional	programação das populações-chave, incluindo em intervenções inovadoras, investigação sobre a incidência entre as populações-chaves	Alto Nível sobre o financiamento interno por todos os Estados Membros Facilitar e coordenar fóruns de diálogo de alto nível para mobilizar o aumento dos recursos internacionais	
Objectivo 2: Reforçar a gestão da informação sanitária relativa às populações-chave para orientar o desenvolvimento de políticas e programação baseadas em provas para as visar				
2.1 Gerar dados fiáveis para cada população-chave através de estimativas regulares do tamanho da população, mapeamentos, estudos e investigação para compreender a escala das questões do VIH, TB, hepatite B & C e SSRD entre as populações-chave e as suas necessidades específicas	Número de países com PSE e dados de perfil conhecidos recolhidos em cooperação com as comunidades e desagregados por sexo e idade, e abrangendo todas as populações-chave (trabalhadores sexuais, homens que fazem sexo com homens, pessoas transexuais, pessoas que injetam drogas, prisioneiros e pessoas em ambientes fechados)	Os países e regiões têm uma compreensão precisa das suas populações-chave desagregadas por sexo e idade, incluindo estimativas de tamanho, incidência, peso da doença, violações dos direitos humanos, acesso a serviços e necessidades específicas.	Adaptar protocolos para as principais populações PSE, mapeamentos, inquéritos comportamentais e biológicos e outras investigações para assegurar que tal aconteça: - A metodologia é baseada nas melhores práticas mais recentes para ser a mais fiável e precisa possível - As populações-chave estão incluídas no processo - É adotada uma abordagem baseada nos direitos humanos - É obtido o consenso de todas as partes interessadas sobre os resultados dos mapeamentos, inquéritos e estudos Realizar uma PSE da população-chave, mapeamentos, inquéritos comportamentais e biológicos, vigilância, avaliações, investigação e outros estudos, de acordo com protocolos harmonizados.	A CEDEAO através da OOAS, a comissão permanente do Parlamento da Comunidade sobre serviços sociais e de saúde Estados Membros (Ministérios / departamentos / agências estatais responsáveis pela saúde e VIH, informação & telecomunicações / proteção de dados)
2.2 Integrar todos os dados de prestação de serviços relacionados com as populações-chave no sistema de M&A nacional e regional para rastrear a eficácia dos programas e identificar as necessidades de refazer as estratégias, mantendo a confidencialidade e a segurança dos dados	Número de países com sistemas nacionais de M&A que captam todos os dados de prestação de serviços relacionados com as populações-chave de forma segura e confidencial	Países e regiões podem acompanhar eficazmente todas as intervenções e reestruturar os seus programas com base na sua eficácia.	Desenvolver um quadro harmonizado de M&A (ferramentas, indicadores, estruturas, sistemas) para a CEDEAO para orientar a integração de indicadores relacionados com o PK em cada sistema nacional de M&A, incluindo mas não se limitando ao seguinte: - Uma UCI para intervenções populacionais chave que seja compatível com intervenções transfronteiriças - Um mecanismo para alimentar os dados das ONG (especialmente os serviços de prevenção e ensaio de proximidade) com dados a nível nacional - Um mecanismo para integrar todos os dados-chave da população nos Sistemas de Informação de Gestão da Saúde a nível nacional - Propriedade dos dados pelas populações-chave Desenvolver a capacidade dos países da CEDEAO para melhorar a sua capacidade de gerar, analisar e utilizar estrategicamente dados para informar as decisões relacionadas com a programação da população chave.	Principais redes e organizações da população a serem parte do processo Parceiros de desenvolvimento para apoiar o processo A rede de instituições de marketing social da CEDEAO

Área de resultados-chave	Indicador	Saída/Resultados	Ações	Responsáveis
2.3 Melhorar a utilização e divulgação de informação estratégica através da produção de prevenção, testes e cascata de tratamento para populações-chave e da análise de dados nacionais e regionais para informar as decisões políticas e de programação	Número de países onde a prevenção, testes e cascata de tratamento para populações-chave está disponível numa base anual	Os países e regiões podem analisar dados precisos e fiáveis para informar as decisões políticas e programáticas.	Os países e a região podem analisar dados precisos e fiáveis para informar as decisões políticas e programáticas. Adaptar e/ou atualizar, em conjunto com os principais grupos populacionais da comunidade, diretivas e padrões para as cinco principais populações, incluindo definições e terminologia comuns, pacotes de padrões abrangentes, especialmente para serviços de TB, Hepatite B & C e SRH, intervenções comportamentais, serviços de alcance comunitário, incluindo alcance entre pares e definição de cobertura. Produzir uma cadeia de prevenção, testes e tratamento para as populações-chave para cada país da região da CEDEAO	
Objectivo 3: Aumento da escala de intervenções de prevenção, tratamento, cuidados e apoio abrangentes e direcionadas em relação ao HIV, TB, Hepatite B & C e SSRD para reduzir a incidência, mortalidade e morbilidade entre as populações-chave				
3.1 (a) Identificar lacunas na prestação do pacote standard (de acordo com as Orientações Consolidadas da OMS) de serviços e modelos de serviços dirigidos às populações-chave	Número de países que identificaram lacunas na prestação do pacote abrangente de serviços para populações-chave através de uma revisão, incluindo a ênfase na proteção social para populações-chave e oportunidades para expandir serviços baseados na comunidade	Regiões e países têm um conhecimento abrangente das lacunas na prestação do pacote abrangente de serviços e modelos de serviços dirigidos às populações-chave.	Avaliar a exaustividade e disponibilidade do pacote completo de serviços para populações-chave no terreno, alinhado com as orientações da OMS para pacotes de serviços para populações-chave para toda a região Rever os modelos de testes, de alcance, de cuidados e de serviços de apoio ao VIH, tuberculose, hepatite B & C e saúde sexual e reprodutiva e DSTs para orientar a expansão dos serviços baseados na comunidade na prestação de fortes ligações em toda a continuidade dos cuidados Avaliar os programas de proteção social existentes e a sua sensibilidade às populações-chave utilizando o 'instrumento de avaliação do VIH e da proteção social' da ONUSIDA Identificar os recursos técnicos, humanos e financeiros necessários para a implementação de pacotes completos de serviços destinados às populações-chave	A CEDEAO através da OOAS, a comissão permanente do Parlamento da Comunidade para os serviços sociais e de saúde Estados-Membros (Ministérios/ departamentos/ agências estatais responsáveis pela saúde e VIH, justiça, aplicação da lei, finanças, segurança social, telecomunicações e membros do parlamento)
3.1 (b) Identificar lacunas na prestação de serviços completos para as populações chave jovens.	Número de países que identificaram lacunas na prestação de serviços abrangentes para as populações chave jovens e desenvolveram um conjunto de	Os países têm um conhecimento abrangente das lacunas na prestação do pacote abrangente de serviços e modelos de serviços destinados às populações chave jovens.	Avaliar a exaustividade e disponibilidade do pacote abrangente de serviços para as populações chave jovens no terreno. Rever os modelos de serviços de HIV, TB, Hepatite B & C e de saúde sexual e reprodutiva e testes de DSTs, de	

Área de resultados-chave	Indicador	Saída/Resultados	Ações	Responsáveis
	recomendações sobre a melhor forma de colmatar essas lacunas.		<p>proximidade, de cuidados e de apoio para orientar a expansão de serviços baseados na comunidade, proporcionando fortes ligações em todo o continuum de cuidados</p> <p>Identificar os recursos técnicos, humanos e financeiros necessários para a implementação de pacotes completos de serviços destinados às populações chave jovens</p>	Principais redes e organizações da população a serem parte do processo
Incorporar diretivas internacionais para serviços integrados, incluindo prevenção combinada, prestação de serviços diferenciados, serviços legais e sociais e serviços de proximidade comunitária nos protocolos nacionais de HIV, TB, Hepatite B & C e SSR	Número de países que validaram formalmente protocolos nacionais para serviços integrados, prevenção combinada, prestação de serviços diferenciados, serviços jurídicos e sociais e serviços de proximidade à comunidade	A região e os países têm protocolos nacionais para orientar uma ampliação eficaz dos serviços às populações-chave	<p>Incorporar diretivas internacionais nos protocolos nacionais para a integração de intervenções sobre HIV, TB, Hepatite B & C e SSR, destinadas a populações-chave relacionadas com cuidados, serviços sociais e jurídicos, incluindo formação em HCW por populações-chave e encaminhamentos e serviços para vítimas de violência (para pessoas de todos os géneros)</p> <p>Incorporar diretivas internacionais em protocolos nacionais para intervenções de prevenção combinadas, programas inovadores e modelos diferenciados de prestação de serviços para HIV, TB, SRH e Hepatite B & C, incluindo soluções de curto prazo, tais como locais especializados chave que respondam à população e que prestem serviços até que os cuidados adaptados sejam ampliados. Incorporar diretivas internacionais em protocolos nacionais para serviços de divulgação da comunidade, incluindo um currículo de educação de pares (incluindo formação abrangente para educação física, papel e responsabilidades de uma educação física, protocolos de segurança, critérios de recrutamento e escalas de pagamento, implicação de líderes comunitários e divulgação eletrónica)</p>	Parceiros de desenvolvimento para apoiar o processo
	Número de países que fornecem o pacote abrangente de serviços delineados nas diretivas da OMS, de modo a que os serviços sejam acessíveis a todas as populações-chave.	As populações-chave na região e nos países estão a aceder equitativamente a serviços integrados específicos e abrangentes	<p>Provide specific, comprehensive and integrated services and interventions to all key populations, with special attention to the underserved (specific package for transgender people, comprehensive package for prisoners and people in closed settings, harm reduction for PWUD, focus on key populations with a disability, comprehensive social and legal services including services and referrals for victims of violence accessible irrespective of gender, access for females and minors)</p> <p>Scale up interventions, promote innovative models and document and share best practices</p>	

Área de resultados-chave	Indicador	Saída/Resultados	Ações	Responsáveis
Objectivo 4: Autonomizar todas as populações-chave e promover a sua participação significativa na conceção, implementação e monitorização de políticas e programas de saúde para assegurar políticas e programas de saúde mais eficazes				
4.1. Aumentar a participação das populações-chave na conceção, implementação e monitorização e avaliação de políticas e programação relevantes	<p>Número de países onde a conceção e implementação do programa, atividades de recolha/monitorização de dados, serviços ou atividades de reforma legislativa são lideradas por populações-chave ou são participantes-chave.</p> <p>Número de reuniões nacionais e regionais sobre VIH, tuberculose, hepatite B e C e SSR em que as populações-chave estão representadas</p>	<p>Mapeamento geo-espacial de organizações-chave da população e ligação a oportunidades de programação da população chave.</p> <p>Desenvolveu-se um mecanismo de participação, coordenação e envolvimento de populações-chave.</p> <p>Defensores das populações-chave participam em diálogos regionais e nacionais sobre o VIH.</p>	<p>Mapeamento de organizações populacionais chave nacionais e regionais na CEDEAO e análise de oportunidades para a programação populacional chave. Desenvolver e operacionalizar mecanismos para assegurar o trabalho em rede entre plataformas nacionais e regionais e aumentar a participação das populações-chave no desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação de políticas e programas a nível nacional e regional.</p> <p>Convocar fóruns regulares para discutir os serviços de VIH, TB, Hepatite B & C e SSR para as populações-chave com outros intervenientes-chave a nível nacional e regional.</p>	<p>CEDEAO através da OOAS, EGDC, o Parlamento da Comunidade</p> <p>Estados Membros Ministérios/ departamentos/ agências estatais responsáveis pelo VIH e saúde, género e direitos humanos</p> <p>Principais redes e organizações nacionais e regionais da população, e OBC</p> <p>Parceiros de desenvolvimento para apoiar o processo</p>
4.2 Empoderar as populações-chave para se envolverem significativamente com as partes interessadas nas questões do VIH, TB, Hepatite B & C e SDR	<p>Número de países que prestam apoio técnico e financeiro a organizações/grupos-chave da população</p> <p>Número de países com organizações/grupos populacionais chave que relatam um aumento da capacidade</p> <p>Número de países nos quais os seminários de formação/sensibilização são ministrados por populações-chave</p>	<p>As principais organizações da população/sociedade civil têm aumentado a capacidade de participar de forma significativa</p>	<p>Aumentar a participação da população-chave na conceção, implementação e M&A do programa (por exemplo, mecanismo de denúncia de violações dos direitos humanos, observatório de tratamento comunitário, educação de pares)</p> <p>Fomentar e apoiar (financeira e tecnicamente) as organizações-chave emergentes e existentes lideradas pela população em áreas como advocacia, direitos humanos, gestão programática e financeira, sistemas de saúde, literacia sanitária e jurídica</p> <p>Apoiar as organizações nacionais da população-chave na defesa de uma maior participação da população-chave e os países no aumento do investimento no desenvolvimento de capacidades e no empoderamento das populações-chave</p>	

Área de resultados-chave	Indicador	Saída/Resultados	Ações	Responsáveis
4.3 Empoderar as populações chave jovens para se envolverem significativamente com as partes interessadas nas questões do VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD, incluindo a recolha de dados e o desenvolvimento, implementação e monitorização da conceção de políticas e programas.	Número de países que estão a prestar apoio técnico e financeiro a jovens organizações/grupos populacionais chave Número de países com organizações/grupos populacionais chave jovens que relatam uma maior capacidade de participação significativa Número de países onde os seminários de formação/sensibilização são ministrados por jovens populações-chave	As jovens organizações-chave da população/sociedade civil têm aumentado a capacidade de participar significativamente na recolha de dados e na conceção, implementação e monitorização de políticas e programas.	Aumentar a participação da população jovem chave na conceção, implementação e M&A do programa (por exemplo, mecanismo de denúncia de violações dos direitos humanos, observatório de tratamento comunitário, educação de pares) Aumentar a participação da população jovem chave na recolha de dados que afetam a sua comunidade.	Redes e organizações nacionais e regionais de jovens, e OBC Parceiros de desenvolvimento para apoiar o processo
Objectivo 5: Assegurar que os direitos humanos das populações-chave sejam respeitados, abordando os determinantes sociais, económicos e legais da saúde, incluindo leis discriminatórias, estigma, discriminação e violência contra elas para facilitar o seu acesso aos serviços de saúde				
5.1. Melhorar a sensibilização das partes interessadas, especialmente os decisores políticos sobre os direitos das populações-chave	Número de países onde os programas de formação profissional incluem informação sobre VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD e populações-chave como parte do currículo em matéria de saúde, judiciário, aplicação da lei e segurança.	Desenvolvimento de materiais de sensibilização relevantes. Pacotes de formação para profissionais de saúde e pares desenvolvidos. Realização de reuniões sobre HIV, TB, Hepatite B & C e DST e direitos de saúde para populações-chave.	Desenvolver materiais de advocacia de alto nível, tais como resumos de políticas que incluam testemunhos e ligações entre os direitos das populações-chave e o impacto na gestão da saúde do VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD. Desenvolver pacotes de formação dirigidos a trabalhadores dos sectores da saúde, judiciário, de aplicação da lei e para a sensibilização das bases por parte de educadores de pares. Mobilizar, defender e formar as partes interessadas (por exemplo, o poder judiciário, os responsáveis pela aplicação da lei, os trabalhadores da saúde, os meios de comunicação social, os líderes religiosos, os líderes culturais, os líderes políticos e a comunidade) sobre os direitos fundamentais da população, incluindo a violência baseada no género.	CEDEAO através da OOAS, EGDC, o Parlamento da Comunidade Estados-Membros Ministérios/ departamentos/agências estatais responsáveis pela saúde e VIH, justiça, lei e ordem, género e direitos humanos Principais redes e organizações demográficas, e OBC
5.2. Adotar e aplicar políticas, estratégias e diretivas de apoio que aliviem o estigma, a discriminação e a violência contra	Número de países que realizaram uma avaliação do ambiente legal (LEA)	Disponibilidade da LEA para cada país da região	Efetuar uma análise da situação, com a participação substancial das populações-chave das leis punitivas e repressivas, políticas, práticas de aplicação da lei aplicáveis às populações-chave em toda a região	Meios de comunicação
	Número de países que desenvolveram um plano de	Existência e implementação de um plano de ação de 5 anos	Os Estados-membros realizam inquéritos ao índice de estigma e outros estudos relevantes para documentar o	Parceiros de desenvolvimento para apoiar o processo

Área de resultados-chave	Indicador	Saída/Resultados	Acções	Responsáveis
populações-chave.	<p>ação de 5 anos para remover as barreiras dos direitos humanos relacionadas com as populações-chave</p> <p>Número de países que conduziram um diálogo nacional com vários parceiros e participaram em fóruns regionais para assegurar um ambiente jurídico mais favorável às populações-chave</p>	<p>promovendo o acesso a serviços abrangentes de saúde e VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD.</p> <p>É conduzido um diálogo nacional e regional para criar um ambiente jurídico mais favorável.</p>	<p>estigma, a discriminação e a violência contra populações-chave.</p> <p>Desenvolver um plano de ação nacional de 5 anos para responder aos resultados da LEA e de outros estudos realizados</p> <p>Iniciar um diálogo multilateral a nível nacional e regional, que inclua organizações de direitos humanos para assegurar um ambiente legal favorável no que diz respeito às leis laborais relacionadas com o trabalho sexual, o consumo de drogas, a orientação sexual e a identidade de género.</p>	

5. Disposições de implementação

Esta estratégia será implementada por diferentes intervenientes incluindo a CEDEAO, OOAS, Estados Membros, Parceiros de Desenvolvimento/Parceiros Técnicos e Financeiros, o sector privado, organizações da sociedade civil e organizações-chave da população.

O Quadro 4 mostra as principais funções e responsabilidades dos principais interessados.

Quadro 4: Disposições de implementação

Parte interessada	Papéis
Oficiais de Ligação da OOAS em cada país	<ul style="list-style-type: none"> Colaborar com os intervenientes locais de cada país e da sede da OOAS para assegurar a implementação e o acompanhamento da Estratégia
Sede da OOAS	<ul style="list-style-type: none"> Coordenar a resposta regional, proporcionando uma forte liderança para a implementação da estratégia regional Mobilizar as outras instituições da CEDEAO para apoiar a implementação da estratégia nos Estados Membros Supervisionar e responsabilizar os Estados Membros pela operacionalização e implementação desta estratégia. Acompanhar a implementação desta estratégia através da centralização de dados no quadro de pontuação regional e fornecer feedback sobre o progresso dos países Defender uma maior atribuição de recursos internacionais e nacionais para programas populacionais chave. Defender a criação de um ambiente favorável ao acesso das populações-chave aos serviços transfronteiriços sem estigma e discriminação, no pleno respeito do seu direito à saúde
Tribunal Comunitário de Justiça (CCJ) da CEDEAO	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar a observância do direito e dos princípios de equidade e na interpretação e aplicação dos instrumentos jurídicos adotados pela Comunidade. Dar um parecer jurídico sobre qualquer questão que exija a interpretação do texto comunitário
Parlamento da Comunidade da CEDEAO e as suas comissões permanentes	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar a mobilização dos seus membros e comissões permanentes (género, promoção da mulher e proteção social, saúde e serviços sociais, direitos humanos, proteção das crianças e grupos vulneráveis, questões jurídicas e de justiça) para apoiar a implementação da Estratégia
Centro de Desenvolvimento de Género da CEDEAO (EGDC)	<ul style="list-style-type: none"> Apoiar a implementação da Estratégia Trabalhar com os Estados-Membros para implementar as estratégias relacionadas com o género Defender os direitos fundamentais da população, incluindo a violência baseada no género
Ministérios/Departamentos/Agências responsáveis pela Saúde e VIH/TB/Hepatite e SSRD	<ul style="list-style-type: none"> Adotar e operacionalizar esta estratégia. Identificar pontos focais técnicos para colaborar com a OOAS na implementação Desenvolver e implementar diretivas sanitárias de acordo com o quadro estratégico desta estratégia Integrar totalmente os serviços populacionais chave para o VIH, Hepatite B & C, TB e SSR nos sistemas nacionais de saúde. Acompanhar o progresso nacional em serviços populacionais chave. Apoiar a geração precisa e fiável de provas sobre populações-chave, reforçando os sistemas de recolha de dados e a investigação sobre populações-chave.

Parte interessada	Papéis
	<ul style="list-style-type: none"> • Criar instalações sem estigma. • Assegurar a atribuição de orçamento adequado para a programação das populações-chave. • Defender e sensibilizar outros departamentos-chave governamentais e não governamentais sobre programas populacionais chave.
Técnicos nacionais principais sobre o VIH nas Comissões Nacionais da SIDA ou nos Ministérios da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente favorável ao acesso das populações-chave aos serviços transfronteiriços sem estigma e discriminação, no pleno respeito do seu direito à saúde • Coordenar a resposta regional, proporcionando uma forte liderança para a implementação da estratégia regional • Mobilizar as outras instituições da CEDEAO para apoiar a implementação da estratégia nos Estados Membros • Supervisionar e responsabilizar os Estados Membros pela operacionalização e implementação desta estratégia. • Acompanhar a implementação desta estratégia através da centralização de dados no quadro de pontuação regional e fornecer feedback sobre o progresso dos países • Defender uma maior atribuição de recursos internacionais e nacionais para programas populacionais chave.
Ministérios e outros organismos responsáveis pela Justiça, Lei e Ordem	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar o desenvolvimento e a adopção de políticas e leis de apoio para todas as populações-chave. • Facilitar o estabelecimento de mecanismos acessíveis para proteger os direitos das populações-chave e assegurar o acesso a vias de recurso/responsabilização. • Garantir que os compromissos internacionais e regionais para o respeito dos direitos humanos sejam aplicados localmente
Parceiros de desenvolvimento/ Parceiros técnicos e financeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a adopção e implementação desta estratégia • Fornecer orientação técnica a nível regional, nacional e subnacional. • Fornecer apoio de recursos a nível regional, nacional e subnacional. • Alinhar as prioridades regionais e nacionais com a estratégia regional. • Criar provas para apoiar programas e políticas populacionais importantes. • Apoiar o desenvolvimento de serviços populacionais chave nas suas comunidades. • Reforçar a capacidade das populações-chave para participar na conceção, implementação e monitorização e avaliação de políticas e programas. • Informar sobre os progressos que estão a ser feitos nas várias ações do quadro estratégico. • Mobilizar recursos para apoiar as populações-chave
Sector Empresarial Privado	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a implementação de serviços populacionais chave através de OBC/CSOs chave liderados pela população ou de OBC/CSOs chave favoráveis da população • Assegurar o seu âmbito de responsabilidade social para incluir a programação-chave da população.
Organizações da Sociedade Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a adopção e implementação desta estratégia. • Alinhar e apoiar a implementação desta estratégia. • Gerar dados para apoiar os principais programas e políticas demográficas. • Apoiar o desenvolvimento de serviços populacionais chave nas suas comunidades. • Reforçar a capacidade das populações-chave para participar na conceção,

Parte interessada	Papéis
	implementação e monitorização e avaliação de políticas e programas. <ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a capacidade das OBC e de outros grupos para assegurar uma coordenação sólida e a implementação de programas dirigidos às populações-chave. • Informar sobre os progressos que estão a ser feitos nas várias acções do quadro estratégico. • Responsabilizar os Estados Membros pela implementação da estratégia • Mobilizar recursos para apoiar programas populacionais chave.
Principais Organizações Populacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de serviços de apoio para uma implementação eficaz. • Apoiar a geração de informação sobre dados relativos a populações-chave. • Fornecer contributos sobre o desenvolvimento de programas e políticas e contribuir para a implementação, monitorização e avaliação da programação das populações-chave. • Desenvolver redes eficazes para vários subgrupos de populações-chave a todos os níveis.

O sistema de governação para a implementação da Estratégia incluirá a criação de um comité regional que será representativo dos países, das partes interessadas nacionais e regionais e de todas as doenças incluídas na Estratégia. O comité desenvolverá os planos relevantes para apoiar a implementação da Estratégia, tais como planos de comunicação, M&A e mobilização de recursos.

O acompanhamento da Estratégia será feito pela OOAS (ver detalhes na secção seguinte). A Estratégia guiará os países nas suas respostas e nos seus pedidos de financiamento. Se houver financiamento a nível regional, os planos e mecanismos operacionais relevantes para a gestão dos fundos serão desenvolvidos pelo comité regional.

Durante a reunião de Consulta Regional de 10-11 de dezembro de 2019, realizada em Abidjan, os participantes desenvolveram uma análise de risco para identificar os principais riscos e acções de mitigação relacionadas com a implementação da estratégia regional. Estas também orientarão a implementação da estratégia. (Ver [Anexo 2](#))

6. Mecanismo de informação

Um Quadro de Avaliação da Estratégia Regional foi desenvolvido como o mecanismo de relatório para acompanhar o progresso dos indicadores a partir do quadro estratégico (ver [Anexo 5](#)). Estes são considerados como os indicadores centrais da estratégia. Os países deverão fazer uma autoavaliação o nível de realização de cada indicador com base em critérios padrão para avaliar o seu desempenho.

Além disso, um quadro de resultados modelo de país centrar-se-á mais nos resultados nacionais de cada país. Foi compilada uma série de indicadores padrão do quadro de monitorização da SIDA Global (GAM) para dar uma visão geral dos resultados dos países aos níveis de produção, resultado e impacto para cada população-chave.

A monitorização e avaliação desta estratégia regional será integrada nos mecanismos de monitorização e avaliação existentes a nível nacional, regional e internacional. O processo de monitorização será realizado por cada país. Um elevado nível de apropriação de cada país, tanto da estratégia como da monitorização dos seus indicadores, é essencial para o sucesso da elaboração de relatórios a nível regional.

A OOAS assegurará que os indicadores centrais para o acompanhamento da implementação da estratégia regional sejam acordados e adotados pelos ministérios da saúde e outras agências responsáveis pela saúde e VIH, TB, Hepatite e SSRD. A nível nacional, o sistema nacional de M&A VIH seria responsável pela recolha e centralização de dados no que diz respeito ao núcleo e aos indicadores GAM. O relatório estratégico regional será alinhado com o relatório anual do GAM.

aa

A nível nacional, os Ministérios da Saúde, em colaboração com todos os parceiros, serão responsáveis pela criação e gestão de sistemas de recolha, análise, síntese, garantia de qualidade e divulgação de resultados-chave. Os Estados-membros elaborarão relatórios de progresso anuais periódicos com base nos indicadores padrão do quadro de desempenho da Estratégia Regional e partilharão com a OOAS através das estruturas de coordenação estabelecidas para o VIH.

A OOAS deve produzir um relatório regional anual baseado nos relatórios periódicos progressivos utilizando o Quadro de Avaliação da Estratégia Regional. Os relatórios periódicos regionais serão divulgados a todos os parceiros nacionais, regionais e internacionais.

Os parceiros técnicos e de desenvolvimento apoiarão o processo de monitorização, fornecendo orientações claras sobre como preencher os relatórios periódicos, realizando revisões conjuntas regulares do desempenho e conduzindo uma revisão intercalar da estratégia.

7. Anexos

Anexo 1: Resumo da SWOT para a CEDEAO

E Análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças do VIH, TB e SSRD para as populações-chave da CEDEAO

(derivado de informação de revisão documental e entrevistas de informadores chave)

Pontos fortes

- Os programas VIH têm em consideração as populações-chave através de directivas nacionais para elas
- Organizações de populações-chave emergentes e iniciativas de desenvolvimento de capacidades em curso
- Populações chave Reuniões regionais periódicas
- Disponibilidade de centros de saúde pública
- Iniciativas regionais de apoio à programação populacional chave desde 2015
- Impulso político da Declaração de Dakar
- Inovações emergentes & melhores práticas

Oportunidades

- Conferências das principais populações da África Ocidental e Central & revitalização da plataforma das principais populações oportunidade de partilhar experiências
- Concentração dos doadores nas populações-chave
- Potencial para adaptar e replicar as melhores práticas inovadoras na região
- Próxima declaração sobre cuidados de saúde universais
- Modelo de lei sobre drogas para actualizar ou alterar as legislações
- Sinergia conhecida entre programas de VIH e tuberculose
- Programas de Fundos correspondentes

Pontos fracos

- Lacunas de financiamento em programas populacionais chave e elevada dependência de doadores externos
- Elevados níveis de estigma e discriminação e violência
- Enquadramento legal não apoiante
- Enquadramento legal não apoiante
- Fraco envolvimento das populações-chave no desenvolvimento das intervenções
- Falta de reconhecimento do papel e baixa capacidade das OBC
- Baixa cobertura de intervenções que visam populações-chave

Ameaças

- Desvio de recursos devido à crise humanitárias
- Resistência social, religiosa e cultural e não aceitação das populações-chave
- Instabilidade política
- Financiamento local limitado e acesso não equitativo ao financiamento dos países da região
- Descontinuação do financiamento da GF de projectos regionais

Anexo 2: Análise de risco para a população-chave da CEDEAO Estratégia Regional

(resultante da reunião de Consulta Regional de 10-11 de dezembro de 2019, Abidjan)

MAIORES RISCOS	FATOR DE RISCO	ACÇÕES MITIGADORAS
Resistência e contestação dos dirigentes e responsáveis políticos	Preconceito contra populações chave Frac sensibilização para os responsáveis políticos/líderes Falta de conhecimento sobre as populações-chave	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os principais líderes/personalidades amigas da população e envolvê-los na implementação Sensibilização contínua, a longo prazo e regular Desenvolver ferramentas para avaliar o impacto da sensibilização Incluir a sensibilização dos decisores políticos em planos de ação/pedidos de financiamento e outros documentos estratégicos
Estigma e discriminação nos centros de saúde que levam a evitar os cuidados de saúde	Maus conhecimentos sobre as populações-chave entre os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Reforço das capacidades dos trabalhadores da saúde Inclusão de populações-chave na formação e prestação de serviços (educadores de pares)
Baixo envolvimento das populações-chave na conceção, implementação e monitorização e avaliação dos programas Vontade política, social e cultural limitada de envolvimento com as populações-chave	Falta de apropriação da programação-chave da população pelos responsáveis políticos locais - Promoção do governo (executivo, parlamento e judiciário) e parceiros-chave	<ul style="list-style-type: none"> Identificação e utilização de campeões com instituições governamentais e parceiros para influenciar os decisores políticos Promover para uma implicação adequada e estratégica da população chave no acesso aos recursos dos doadores Envolvimento de grupos sociais, religiosos e culturais em questões de populações-chave
Prevenção de serviços de saúde suscetíveis de provocar complicações de saúde	Qualidade dos serviços de saúde Falta de motivação das populações-chave para frequentar os centros de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar a qualidade dos serviços de saúde Implicar as populações-chave na prestação de serviços Sensibilização das populações-chave para a importância da gestão da saúde
As interrupções ou descontinuidades dos programas e/ou programas não podem ser aumentadas	Falta de financiamento para a programação da população chave e elevada dependência de doadores externos	<ul style="list-style-type: none"> Os critérios de elegibilidade dos doadores devem incluir o financiamento de contrapartida nacional Observatório de acesso ao financiamento dos direitos humanos Promoção do governo, especialmente junto do parlamento, para aumentar o financiamento interno para a programação da população chave
Baixa mobilização das populações-chave	Restrições legais para o registo de organizações-chave da população e capacidade de operar	<ul style="list-style-type: none"> Organizações-chave da população a serem incorporadas nas organizações da rede/ organizações de base Defender e mobilizar para a domesticação dos tratados internacionais e regionais assinados pelos países
	Falta de estrutura das principais organizações da população e conflitos entre as principais organizações da população	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de capacidades das principais organizações da população Investimentos em organizações-chave da população Comunicação e partilha de informação entre todos os grupos-chave da população

MAIORES RISCOS	FATOR DE RISCO	ACÇÕES MITIGADORAS
		<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver e reforço capacidades em matéria de código de ética para as principais organizações/iniciativas da população
A programação da população chave não é apropriada para as populações chave que mais necessitam destas	Falta de ferramentas para a programação da população chave	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver, harmonizar e desenvolver a capacidade de ferramentas para a programação da população chave • Fazer ferramentas de programação KP compatíveis com a prevenção e cuidados em cadeia
A não aplicação de leis, diretivas e políticas que permitam um ambiente jurídico favorável às populações-chave	O atraso da LEA Dificuldade em realizar reuniões regulares Mudança dos decisores políticos Falta de capacidade (humana, técnica, financeira) para a implementação de leis de proteção	<ul style="list-style-type: none"> • Initiate a series of dialogues using a transition plan to advocate for changes and implement them step by step
Baixo ou falta de financiamento interno para questões de direitos humanos Instabilidade política no(s) país(es)	A luta contra o terrorismo faz com que os fundos sejam reafectados da saúde/direitos humanos para a defesa	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um plano de transição e sustentabilidade
Frac liderança para dirigir a implementaa da estratégia regional		<ul style="list-style-type: none"> • Defender e envolver os decisores políticos para apoiarem a estratégia regional • Liderança formal e forte da OOAS

Anexo 3: Quadro comparativo das situações dos Estados-Membros sobre componentes-chave relevantes para as populações-chave e a programação do VIH, tuberculose, hepatite B e C e SSR

(segundo dados da [ONUSIDA de 2019](#))

DIMENSÃO ESTIMADA DA POPULAÇÃO					
As dimensões da população nacional só estão disponíveis para duas populações-chave. O PSE para prisioneiros é de 41.000 na Côte d'Ivoire, 9.500 no Senegal e 5.200 no Togo. O PSE para a PWID é de 3.100 no Senegal.					
PREVALÊNCIA DO VIH					
País	PS	HSH	PID	TG	Prisioneiros
Benim	8.5%	7.0%	2.2%	-	0.6%
Burkina Faso	5.4%	1.9%	-	-	2.2%
Cabo Verde	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	12.2%	12.3%	-	-	1.2%
Gâmbia	11.0%	34.4%	-	-	-
Gana	6.9%	18.0%	-	-	0.4%
Guiné-Conacri	10.7%	-	-	-	2.3%
Guiné Bissau	18.0%	3.0%	-	-	-
Libéria	-	-	-	-	-
Mali	-	13.7%	-	-	1.4%
Níger	17.0%	-	-	-	1.9%
Nigéria	14.4%	23.0%	3.4%	-	-
Senegal	6.6%	27.6%	1.6%	-	2.0%
Serra Leoa	6.7%	14.0%	8.5%	15.3%	8.7%
Togo	13.2%	22.0%	-	-	-
COBERTURA DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO VIH (segundo a definição da ONUSIDA de pelo menos 2 serviços de prevenção)					
Os dados só estão disponíveis para SW e HSH.					
Não havia dados disponíveis para PID, TG e Prisioneiros em nenhum país.					
Os seguintes países não tinham quaisquer dados de cobertura para nenhuma das cinco populações-chave: Benim, Cabo Verde, Gâmbia, Gana, Guiné Bissau, Libéria, Mali, Nigéria, Serra Leoa, Togo.					
País	SW		HSH		
Burkina Faso	46.8%		76.4%		
Côte d'Ivoire	96.2%		39.1%		
Guiné-Conacri	-		17.1%		
Níger	59.1%		46.4%		
Senegal	-		6.4%		

PERCENTAGEM DE FINANCIAMENTO NACIONAL (PÚBLICO E PRIVADO) DA RESPOSTA NACIONAL AO VIH		
País	Percentagem de financiamento nacional da resposta nacional	
Benim	13.8%	[2018]
Burkina Faso	53.5%	[2017]
Cabo Verde	63.9%	[2014]
Côte d'Ivoire	13.4%	[2013]
Gâmbia	100.0%	[2014]
Gana	37.4%	[2016]
Guiné-Conacri	0.5%	[2018]
Guiné Bissau	11.6%	[2010]
Libéria	0.1%	[2015]
Mali	29.1%	[2012]
Níger	0.8%	[2017]
Nigéria	2.4%	[2018]
Senegal	26.0%	[2015]
Serra Leoa	1.0%	[2011]
Togo	19.3%	[2017]
PERCENTAGEM DE DESPESAS EM KP DAS DESPESAS NACIONAIS DE VIH		
Os dados só estavam disponíveis para a Côte d'Ivoire (1,9%), Gana (7,0%) e Senegal (2,3%).		
NÚMERO ESTIMADO DE CASOS DE TUBERCULOSE INCIDENTE ENTRE AS PVVIH		
País	Est. Nº de casos de tuberculose entre as PVVIH	
Benim	980 [630-1400]	
Burkina Faso	860 [550-1200]	
Cabo Verde	82 [51-120]	
Côte d'Ivoire	7300 [4600-10000]	
Gâmbia	700 [530-900]	
Gana	9500 [4500-16000]	
Guiné-Conacri	5600 [3600-8100]	
Guiné Bissau	2200 [1400-3200]	
Libéria	2200 [1400-3200]	
Mali	1200 [740-1700]	
Níger	830 [530-1200]	
Nigéria	58 000 [37 000-85 000]	
Senegal	1200 [830-1600]	
Serra Leoa	2800 [1800-4000]	
Togo	580 [380-830]	

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO DE MULHERES QUE VIVEM COM O HIV	
Os dados só estavam disponíveis para a Guiné-Conacri, que comunicou 55,9% [dados do programa 2018].	
PESSOAS CO-INFECTADAS COM O VÍRUS DO VIH E DA HEPATITE RECEBEM TRATAMENTO COMBINADO	
Os dados só estão disponíveis para dois países para o indicador "Pessoas infectadas com VIH e vírus da hepatite B que recebem tratamento combinado". O Níger reporta 8% e o Senegal 95,5% [2018]. Não há dados disponíveis para os países da CEDEAO relativos a pessoas com co-infecção do vírus VIH e hepatite C que recebem tratamento combinado.	
MULHERES ENTRE OS 15-49 ANOS DE IDADE QUE TÊM A SUA DEMANDA DE PLANEAMENTO FAMILIAR SATISFEITA POR MÉTODOS MODERNOS	
Cinco países assinalados neste indicador são os seguintes: Benim: 28,8% [2018] Côte d'Ivoire: 33,7% [2016] Gana: 41,2% [2014] Senegal: 54.1% [2017] Togo: 37.4% [2014]	
PROPORÇÃO DE MULHERES CASADAS OU PARCEIRAS DE 15-49 ANOS DE IDADE QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA FÍSICA OU SEXUAL POR PARTE DE UM PARCEIRO ÍNTIMO MASCULINO NOS ÚLTIMOS 12 MESES	
<i>Não existem dados disponíveis para Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné-Conacri, Guiné-Bissau, Libéria, Níger</i>	
País	Proporção de mulheres casadas ou parceiras de 15-49 anos de idade que sofreram violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo masculino nos últimos 12 meses
Benim	13.9% [2018]
Gâmbia	7.3% [2013]
Mali	26.9% [2013]
Nigéria	11% [2013]
Senegal	12.2% [2017]
Serra Leoa	26.6% [2013]
Togo	12.7% [2017]

Fonte: Dados de 2019 (UNAIDS)

Anexo 4 Intervenções orientadas para as populações-chave, tal como descritas nos PEN

	INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE TRABALHADORES DO SEXO, TAL COMO DESCRITAS NO PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL																																	
	PREVENÇÃO DO VIH				REDUÇÃO DE DANOS				TESTES DE HIV				TRATAMENTO DO VIH			SSR			FATORES CRÍTICOS															
	Preservativos	Lubrificante	RrEP	PEP	Qualquer prevenção	Agulha e seringa	Substituição de Opioides	Naloxone	Qualquer redução de danos	Iniciado pelo fornecedor	Baseado na comunidade	Prestadores de serviços	Auto-testes em ponto de acesso assistido	Qualquer teste de VIH	ART equitativo	Acesso e aderência	PMTCT	Qualquer tratamento de VIH Rastreio e tratamento de DSTs	Cuidados pré-natais	Qualquer SSR	Rever leis - comportamento	Revisão de leis - serviços	Formação	Formar profissionais de saúde	Formar os funcionários	Envolver as partes interessadas	Serviços de saúde	Empoderamento da comunidade	Prevenção da violência	Monitorização da violência	Qualquer capacitador crítico			
Benim																																		
Burkina Faso																																		
Cabo Verde																																		
Costa do Marfim																																		
Gâmbia																																		
Gana																																		
Guiné-Conacri																																		
Guiné Bissau																																		
Libéria																																		
Mali																																		
Níger																																		
Nigéria																																		
Senegal																																		
Serra Leoa																																		
Togo																																		

INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE HSHs, TAL COMO DESCRITAS NO PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL																																		
PREVENÇÃO DO VIH				REDUÇÃO DE DANOS			TESTE DE VIH				TRATAMENTO DO VIH			SSR		FATORES CRÍTICOS																		
Preservativos	Lubrificantes	PREP	PEP	Qualquer prevenção	Agulha e seringa	Substituição de Opióides	Naloxone	Qualquer redução de danos	Iniciado pelo fornecedor	Baseado na comunidade	Prestadores de serviços	Uto-testes	Notificação do parceiro assist	Qualquer teste de VIH	ART equitativo	Acesso e aderência	PMTCT	Qualquer tratamento de VIH	Qualquer teste de VIH	Cuidados pré-natais	Qualquer SSR	Rever leis - comportamento	Revisão de leis - serviços	Formar profissionais de saúde	Formar funcionários	Envolver as partes interessadas	Serviços de saúde	Empoderamento da comunidade	Prevenção da violência	Monitorização da violência	Qualquer capacitador crítico			
Burkina Faso																																		
Cabo Verde																																		
Costa do Marfim																																		
Gâmbia																																		
Gana																																		
Guiné-Conacri																																		
Guiné Bissau																																		
Libéria																																		
Mali																																		
Níger																																		
Nigéria																																		
Senegal																																		
Serra Leoa																																		
Togo																																		

INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE TGs, TAL COMO DESCRITAS NO PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL																																		
PREVENÇÃO DO VIH					REDUÇÃO DE DANOS				TESTE DE VIH					TRATAMENTO DO VIH				SSR		FATORES CRÍTICOS														
Preservativos	Lubrificantes	PREP	PEP	Qualquer prevenção	Agulha e seringa	Substituição de Opioides	Naloxone	Qualquer redução de danos	Iniciado pelo fornecedor	Baseado na comunidade	Prestadores de serviços	Auto-testes	Notificação do parceiro assist	Qualquer teste de VIH	ART equitativo	Acesso e aderência	PMTCT	Qualquer tratamento de VIH	Rastreamento e tratamento de DSTs	Cuidados pré-natais	Qualquer SSR	Rever leis - comportamento	Revisão de leis - serviços	Formar profissionais de saúde	Formar funcionários	Envolver as partes interessadas	Serviços de saúde	Empoderamento da comunidade	Prevenção da violência	Monitorização da violência	Qualquer capacitador crítico			
Burkina Faso																																		
Cabo Verde																																		
Costa do Marfim																																		
Gâmbia																																		
Gana																																		
Guiné-Conacri																																		
Guiné Bissau																																		
Libéria																																		
Mali																																		
Níger																																		
Nigéria																																		
Senegal																																		
Serra Leão																																		

INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE PRISONEIROS, TAL COMO DESCRITAS NO PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL																																				
	PREVENÇÃO DO VIH				REDUÇÃO DE DANOS				TESTE DE VIH					TRATAMENTO DO VIH				SSR		FATORES CRÍTICOS																
	Preservativos	Lubrificantes	PREP	PEP	Qualquer prevenção	Agulha e seringa	Substituição de Opioides	Naloxone	Qualquer redução de danos	Iniciado pelo fornecedor	Baseado na comunidade	Prestadores de serviços	Auto-testes	Notificação do parceiro assist	Qualquer teste de VIH	ART equitativo	Acesso e aderência	PMTCT	Qualquer tratamento de VIH	Rastreamento e tratamento de DSTs	Cuidados pré-natais	Qualquer SSR	Rever leis - comportamento	Revisão de leis - serviços	Formar profissionais de saúde	Formar funcionários	Envolver as partes interessadas	Serviços de saúde	Empoderamento da comunidade	Prevenção da violência	Monitorização da violência	Qualquer capacitador crítico				
Burkina Faso																																				
Cabo Verde																																				
Costa do Marfim																																				
Gâmbia																																				
Gana																																				
Guiné-Conacri																																				
Guiné Bissau																																				
Libéria																																				
Mali																																				
Níger																																				
Nigéria																																				
Senegal																																				
Serra Leão																																				

Anexo 5 Quadro de avaliação regional da estratégia regional para o VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD entre as populações-chave da CEDEAO

Quadro de pontuação regional do ano _____		● Não realizado ●				● Parcialmente realizado ●			● Significativamente alcançado ●				● Plenamente realizado ●			
Objectivos estratégicos (5)	Indicadores (25)	Benim	Burkina Faso	Cabo Verde	Côte d' Ivoire	Gâmbia	Gana	Guiné-Conacri	Guiné Bissau	Libéria	Mali	Niger	Nigéria	Senegal	Serra Leoa	Togo
		Objectivo 1: Reforçar a coordenação e liderança nacional e regional para uma resposta regional harmonizada e sustentável ao VIH, TB, Hepatite B & C e questões de S para populações-chave	1.1(a) Número de países que declaram ter integrado a estratégia regional nas estratégias e planos de acção nacionais													
1.1(b) Número de intervenções em direcção à plataforma regional para populações-chave									x							
1.1(c) Número de reuniões/exercícios para acompanhar o progresso e partilhar as melhores práticas									x							
1.1(d) Número de melhores práticas nacionais disseminadas na região sobre VIH, TB, Hepatite B & C e SSRD									x							
1.2(a) Número de países que têm dotações orçamentais específicas para intervenções populacionais chave e mecanismos estabelecidos para o financiamento nacional do HIV, TB, Hepatite B & C e SSRD relacionados com a população chave																
1.2(b) Proporção do financiamento do HIV para intervenções-chave na população em cada país e a nível regional	x%															
Objectivo 2: Reforçar a gestão da informação sanitária relativa às populações-chave para orientar o desenvolvimento de	2.1 Número de países com PSE e dados de perfil conhecidos recolhidos em cooperação com as comunidades e desagregados por sexo e idade, e abrangendo todas as populações-chave (trabalhadores sexuais, homens que fazem sexo com homens, pessoas transexuais, pessoas que injetam drogas,															

Quadro de pontuação regional do ano _____			Não realizado 				Parcialmente realizado 			Significativamente alcançado 				Plenamente realizado		
Objectivos estratégicos (5)	Indicadores (25)	Benim	Burkina Faso	Cabo Verde	Côte d' Ivoire	Gâmbia	Gana	Guiné-Conacri	Guiné Bissau	Libéria	Mali	Niger	Nigéria	Senegal	Serra Leoa	Togo
políticas e programação baseadas em provas para as orientar.	prisioneiros e pessoas em ambientes fechados)															
	2.2 Número de países com sistemas nacionais de M&A que recolhem todos os dados de prestação de serviços relacionados com as populações-chave de forma segura e confidencial															
	2.3 Número de países onde a prevenção, os testes e o tratamento em cascata para as populações-chave estão disponíveis numa base anual															
Objectivo 3: Aumento de escala abrangente e direccionado da prevenção, tratamento, cuidados e intervenções de apoio em relação ao HIV, TB, Hepatite B & C e serviços SSR para reduzir a incidência, morbilidade e mortalidade entre as populações-chave.	3.1 (a) Número de países que identificaram lacunas na prestação do pacote abrangente de serviços para populações-chave através de uma revisão, incluindo a ênfase na protecção social para populações-chave e oportunidades para expandir serviços baseados na comunidade															
	3.1 (b) Número de países que identificaram lacunas na prestação de serviços abrangentes para jovens populações-chave e desenvolveram um conjunto de recomendações sobre a melhor forma de colmatar essas lacunas.															
	3.2 Número de países que validaram formalmente protocolos nacionais para serviços integrados, prevenção combinada, prestação de serviços diferenciados, serviços jurídicos e sociais e serviços de proximidade à comunidade															

Quadro de pontuação regional do ano _____			Não realizado 				Parcialmente realizado 			Significativamente alcançado 				Plenamente realizado		
Objectivos estratégicos (5)	Indicadores (25)	Benim	Burkina Faso	Cabo Verde	Côte d' Ivoire	Gâmbia	Gana	Guiné-Conacri	Guiné Bissau	Libéria	Mali	Niger	Nigéria	Senegal	Serra Leoa	Togo
	3.3 Número de países que estão a fornecer o pacote abrangente de serviços delineado nas diretivas da OMS, de modo a que os serviços sejam acessíveis a todas as populações-chave.															
Objectivo 4: Autonomizar todas as populações-chave e promover a sua participação significativa na conceção, implementação e monitorização de políticas e programas de saúde para assegurar políticas e programas de saúde mais eficazes.	4.1(a) Número de países onde a conceção e implementação do programa, atividades de recolha/acompanhamento de dados, serviços ou atividades de reforma legislativa são lideradas por populações-chave ou são participantes-chave.															
	4.1(b) Número de reuniões nacionais e regionais sobre VIH, TB, Hepatite B & C e SDR em que as populações-chave estão representadas															
	4.2(a) Número de países que prestam apoio técnico e financeiro a organizações/grupos-chave da população															
	4.2(b) Número de países com organizações/grupos-chave da população que relatam um aumento da capacidade															
	4.2(c) Número de países que estão a prestar apoio técnico e financeiro a organizações/grupos de jovens populações-chave															
	4.3 (a) Número de países que estão a prestar apoio técnico e financeiro a organizações/grupos de jovens populações-chave															
	4.3 (b) Número de países com jovens organizações/grupos populacionais chave que relatam uma maior capacidade de															

Quadro de pontuação regional do ano _____			Não realizado 				Parcialmente realizado 			Significativamente alcançado 				Plenamente realizado		
Objectivos estratégicos (5)	Indicadores (25)	Benim	Burkina Faso	Cabo Verde	Côte d' Ivoire	Gâmbia	Gana	Guiné-Conacri	Guiné Bissau	Libéria	Mali	Niger	Nigéria	Senegal	Serra Leoa	Togo
			participação significativa													
	4.3 (c) Número de países com jovens organizações/grupos populacionais chave que relatam uma maior capacidade de participação significativa															
Objectivo 5: Garantir que os direitos humanos das populações-chave sejam respeitados, abordando os determinantes sociais, económicos e legais da saúde, incluindo leis discriminatórias, estigma, discriminação e violência que dificultam o seu acesso aos serviços de saúde.	5.1 Número de países onde os programas de formação profissional incluem informação sobre VIH, TB, Hepatite B & C e SDR e populações-chave como parte do currículo em contextos de saúde, judiciário, aplicação da lei e segurança.															
	5.2(a) Número de países que realizaram uma avaliação do ambiente legal (LEA)															
	5.2(b) Número de países que desenvolveram um plano de ação de 5 anos para eliminar as barreiras dos direitos humanos relacionadas com as populações-chave															
	5.2(c) Número de países que realizaram o diálogo nacional com múltiplos parceiros e participaram em fóruns regionais para assegurar um ambiente jurídico mais favorável às populações-chave															

8. Referências bibliográficas

- ¹ African Key Populations Experts Group. Model Regional Strategic Framework on HIV for Key Populations in Africa (2014)
- ² The Dakar declaration is available [here](#)
(https://www.ghanaisd.gov.gh/gac1/pubs/DECLARATION_DAKAR.pdf)
- ³ African Union. Catalytic Framework to End AIDS, Tuberculosis and Eliminate Malaria in Africa by 2030 (2016) available [here](#) (https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/27513-wd-sa16949_e_catalytic_framework.pdf)
- ⁴ UNAIDS. The Western and Central Africa Catch Up Plan (2017) available [here](#)
(<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/ACO-catch-up-plan>)
- ⁵ The Moscow declaration is available [here](#)
(https://www.who.int/tb/features_archive/Moscow_Declaration_to_End_TB_final_ENGLISH.pdf?ua=1)
- ⁶ The Political Declaration of the UNGA high-level meeting on the fight against tuberculosis is available [here](#) (<https://www.who.int/tb/unhlmonTBDeclaration.pdf>)
- ⁷ The Resolution on Universal Health Coverage adopted by the Assembly of the IPU is available [here](#)
(<https://www.who.int/reproductivehealth/UHC-IPU-141/en/>)
- ⁸ UNAIDS. Reference Data (2019) available [here](#)
(https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf)
- ⁹ UNAIDS. Special analysis (2018)
- ¹⁰ Baggaley, R., Armstrong, A., Dodd, Z., Ngoksin, E. & Krug, A. Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. J Int AIDS Soc. 2015; 18(2Suppl 1). Available [here](#).
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344541/>)
- ¹¹ UNAIDS global update 2018 – available [here](#) (https://www.unaids.org/en/20180718_GR2018)
- ¹² WHO. Update on Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2016), [hereinafter WHO. Consolidated Guidelines]. Available [here](#)
(<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>)
- ¹³ The Global Fund. Best Practices on TB case finding and treatment, reflections and lessons from West Africa and beyond (2018) available [here](#) (https://www.theglobalfund.org/media/8273/core_ACO-tb-best-practices_technicalbrief_en.pdf?u=637153281540000000)
- ¹⁴ WHO. Global Tuberculosis Report (2019) available [here](#)
(https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
- ¹⁵ The Global Fund. Best Practices on TB case finding and treatment, reflections and lessons from West Africa and beyond (2018)
- ¹⁶ WHO. Global Tuberculosis Report (2019) available [here](#)
(https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
- ¹⁷ UNAIDS. The Western and Central Africa Catch Up Plan (2017)
- ¹⁸ UNAIDS. The Western and Central Africa Catch Up Plan (2017)
- ¹⁹ Model Strategic Framework on HIV for Key Populations in Africa (2014)
- ²⁰ Available [here](#) (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>)
- ²¹ UNAIDS. Reference Data (2019)

-
- ²² IHME 2020 from GBD 2017 - available [here \(https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/\)](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/)
- ²³ IHME 2020 from GBD 2017 - available [here \(https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/\)](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/)
- ²⁴ Nketiah-Amponsah, E., Abubakari, M. & Baffour, P.T. Effect of HIV/AIDS on Economic Growth in Sub-Saharan Africa: Recent Evidence. *Int Adv Econ Res* 25, 469–480 (2019). Available [here \(https://link.springer.com/article/10.1007/s11294-019-09754-3#citeas\)](https://link.springer.com/article/10.1007/s11294-019-09754-3#citeas)
- ²⁵ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ²⁶ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ²⁷ WHO. Global Tuberculosis report (2019) available [here \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1)
- ²⁸ WHO. Global Tuberculosis Report (2019)
- ²⁹ WHO. The End TB strategy (2014) available [here \(https://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1\)](https://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1)
- ³⁰ WHO, The End TB strategy (2014)
- ³¹ WHO. Consolidated Guidelines
- ³² WHO. The End TB strategy (2014)
- ³³ The Global Fund, Best Practices on TB Case Finding and Treatment (2018)
- ³⁴ WHO. Global tuberculosis report 2019. Available [here \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1)
- ³⁵ WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance (2018)
- ³⁶ WHO. Consolidated Guidelines
- ³⁷ The Global Fund. Applicant Handbook 2020-2022 (March 2020), Geneva, Switzerland - available [here \(https://www.theglobalfund.org/media/4755/fundingmodel_applicanthandbook_guide_en.pdf\)](https://www.theglobalfund.org/media/4755/fundingmodel_applicanthandbook_guide_en.pdf)
- ³⁸ African Commission on Human and People’s Rights Study HIV, The Law and Human Rights in the African Human Rights System: Key challenges and opportunities for rights-based responses (2017) - available [here \(https://www.achpr.org/news/viewdetail?id=21\)](https://www.achpr.org/news/viewdetail?id=21)
- ³⁹ African Commission on Human and People’s Rights Study HIV, The Law and Human Rights in the African Human Rights System: Key challenges and opportunities for rights-based responses (2017)
- ⁴⁰ WHO. Technical briefs on:
HIV and young men who have sex with men (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543),
HIV and young people who sell sex (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8),
HIV and young people who inject drugs (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/9241208902\)](https://www.who.int/publications/i/item/9241208902)
HIV and young transgender people (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng)
- ⁴¹ WHO. Technical briefs on:
HIV and young men who have sex with men (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543),
HIV and young people who sell sex (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8),
HIV and young people who inject drugs (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/9241208902\)](https://www.who.int/publications/i/item/9241208902)
HIV and young transgender people (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng)

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>

⁴² Kounta CH, Sagaon-Teyssier L, Coulaud PJ, Mora M, Maradan G, et al. (2019) Transactional sex among men who have sex with men participating in the CohMSM prospective cohort study in West Africa. PLOS ONE 14(11): e0217115. Available [here \(https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0217115\)](https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0217115)

⁴³ UNAIDS. Women and HIV – A spotlight on adolescent girls and young women (2019) available [here \(https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf\)](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf)

⁴⁴ UNAIDS. The western and central Africa catch up plan (2017)

⁴⁵ Bekker, LG. HIV Control in Young Key Populations in Africa. 3(7) The Lancet Child & Adolescent Health 442-444 (July 2019). Available [here \(https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(19\)30112-9/fulltext#seccestitle10\)](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(19)30112-9/fulltext#seccestitle10)

⁴⁶ WHO Regional Office for Africa. Report on Key Populations in African HIV/AIDS: National Strategic Plans (September 2018). Available [here \(https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/key-population-report-afro/en/\)](https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/key-population-report-afro/en/)

⁴⁷ Perez, S., Burrows, D., Parsons, D., McCallum, L. & Falkenberry, H. (April 2019). Regional Summary of Findings of an Assessment of HIV Service Packages for Key Populations in Selected Countries in West and Central Africa. APMG Health, Washington, DC – available [here \(https://apmghealth.com/project/assessment-existence-and-use-hiv-packages-services-key-populations\)](https://apmghealth.com/project/assessment-existence-and-use-hiv-packages-services-key-populations)

⁴⁸ Watch What Matters, Regional Community Treatment Observatory in West Africa, and the International Treatment Preparedness Coalition. Data for A Difference Key Findings, Analysis and Advocacy Opportunities from the Regional Community Treatment Observatory in West Africa (June 2019). Available [here \(https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf\)](https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf)

⁴⁹ UNAIDS. The western and central Africa catch up plan (2017)

⁵⁰ WHO. Global Tuberculosis Report (2019)

⁵¹ Perez, S., Burrows, D., Parsons, D., McCallum, L. & Falkenberry, H. (April 2019). Regional Summary of Findings of an Assessment of HIV Service Packages for Key Populations in Selected Countries in West and Central Africa. APMG Health, Washington, DC

⁵² WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018

⁵³ Ochonye B, Folayan MO, Fatusi AO, et al. Satisfaction with use of public health and peer-led facilities for HIV prevention services by key populations in Nigeria. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):856. Published 2019 Nov 21. doi:10.1186/s12913-019-4691-z – available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6868772/#idm140428742648224title\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6868772/#idm140428742648224title)

⁵⁴ Adjetey V, Obiri-Yeboah D, Dornoo B: Differentiated service delivery: a qualitative study of people living with HIV and accessing care in a tertiary facility in Ghana. *BMC Health Services Research* 2019, 19(1):95.

⁵⁵ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018

⁵⁶ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018

⁵⁷ Stigmaindex.org. (2019). *Country Analysis | People Living with HIV Stigma Index*. [online] Available at: <http://www.stigmaindex.org> [Accessed 5 Sept. 2019].

⁵⁸ Perez, S., Burrows, D., Parsons, D., McCallum, L. & Falkenberry, H. (April 2019). Regional Summary of Findings of an Assessment of HIV Service Packages for Key Populations in Selected Countries in West and Central Africa. APMG Health, Washington, DC

-
- ⁵⁹ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶⁰ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶¹ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶² Kaida A, Carter A, Nicholson V, et al. Hiring, training, and supporting Peer Research Associates: Operationalizing community-based research principles within epidemiological studies by, with, and for women living with HIV. *Harm Reduct J.* 2019;16(1):47. Published 2019 Jul 18. doi:10.1186/s12954-019-0309-3 available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6637632/\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6637632/)
- ⁶³ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶⁴ Zhao J, Garcia SA, Ngoksin E, et al. Are monitoring and evaluation systems adequate to report the programmatic coverage of HIV services among key populations in countries?. *Infect Dis Poverty.* 2019;8(1):58. Published 2019 Jul 2. doi:10.1186/s40249-019-0570-4 – available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6604138/#Sec10title\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6604138/#Sec10title)
- ⁶⁵ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ⁶⁶ WHO. Consolidated Guidelines (2016)
- ⁶⁷ Brown T, Peerapatanapokin W. Evolving HIV epidemics: the urgent need to refocus on populations with risk. *Curr Opin HIV AIDS.* 2019;14(5):337–353. doi:10.1097/COH.0000000000000571 – available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688718/#_sec16title\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688718/#_sec16title)
- ⁶⁸ WHO. Consolidated Guidelines (2016)
- ⁶⁹ Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015;385:55-71. 10.1016/S0140-6736(14)60931-4 available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6384122/#BX2\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6384122/#BX2)
- ⁷⁰ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁷¹ Watch What Matters, Regional Community Treatment Observatory in West Africa, and the International Treatment Preparedness Coalition. Data for A Difference Key Findings, Analysis and Advocacy Opportunities from the Regional Community Treatment Observatory in West Africa (June 2019). Available [here \(https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf\)](https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf)
- ⁷² UNAIDS. Reference Data (2019)
- ⁷³ Responding to HIV, Human Rights & Key Populations in ECOWAS, (Nov. 2018)
- ⁷⁴ APMG Health, Washington, DC. Scaling up Programs to Remove Human Rights-Related Barriers to Access, Uptake and Retention in HIV, TB and Malaria Services Baseline Assessment Report - Côte d'Ivoire – (2018)
- ⁷⁵ WHO. Technical briefs on:
HIV and young men who have sex with men (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543),
HIV and young people who sell sex (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8),
HIV and young people who inject drugs (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/9241208902\)](https://www.who.int/publications/i/item/9241208902)

HIV and young transgender people (2015) - available [here](#)
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>

⁷⁶ Lyons CE, Grosso A, Drame FM, et al. Physical and Sexual Violence Affecting Female Sex Workers in Abidjan, Côte d'Ivoire: Prevalence, and the Relationship with the Work Environment, HIV, and Access to Health Services. *JAIDS* 2017;75(1):9-17.

⁷⁷ Responding to HIV, Human Rights & Key Populations in ECOWAS, (Nov. 2018)

⁷⁸ West Africa Commission on Drugs. Model Drug Law for West Africa (2018) available [here](#)
(<https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/08/WADC-MDL-EN-WEB.pdf>)

⁷⁹ Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015; 385(9962): 55–71 available [here](#)
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297548/>)