



· A DECLARAÇÃO DE DURBAN ·

As populações-chave de África exigem uma acção corajosa, não promessas vazias

Somos as populações-chave de África: homens gays e bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, trabalhadores do sexo de todas as identidades e orientações sexuais, e pessoas que usam/injectam drogas. E somos solidários com as mulheres lésbicas, bissexuais e maricas de África e pessoas intersexuais que foram excluídas de intervenções específicas de prevenção e tratamento do VIH. Reunimo-nos à margem do 22º ICASA, pessoalmente em Durban, África do Sul, e praticamente em todo o continente, e reflectimos e concordámos assim:

Os nossos governos nacionais; PEPFAR; o Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária; a família da ONU; e fundações privadas e públicas estão a falhar-nos: populações criminalizadas, marginalizadas e excluídas. E não só nós - mas também os nossos parceiros sexuais, os nossos filhos, as nossas comunidades. A resposta fora do caminho da SIDA revela isto. E estamos a exigir nada menos que uma revolução na resposta à epidemia nas nossas comunidades.

62% das novas infecções encontram-se entre as principais populações e os seus parceiros sexuais. Homens homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo e pessoas que usam drogas enfrentam um risco 25-35 vezes maior de contrair o VIH, enquanto as mulheres trans enfrentam um risco 49 vezes maior. Os dados do Zimbabué sugerem uma prevalência de 38% em trabalhadores do sexo transexuais. O VIH em homens trans continua a ser pouco estudado, o que leva a supor que eles suportam pouca carga viral.

Os dados actuais sobre o impacto do VIH nas principais populações africanas são escassos, e os dados sobre as mulheres lésbicas, bissexuais e queer (LBQ) de África e pessoas intersex e trans são inexistentes, resultando em respostas desiguais ao VIH. Pior, o financiamento de doadores destinados a combater o VIH em pessoas LGBTI não inclui iniciativas direccionadas em subpopulações, particularmente mulheres LBQ, e pessoas intersex. Do mesmo modo, o financiamento das trabalhadoras do sexo exclui frequentemente os homens e as trabalhadoras do sexo transexual. Globalmente, precisamos que os doadores sejam responsáveis, inclusivos e receptivos às necessidades dinâmicas e evolutivas das populações chave.

Apenas 2% de todo o financiamento do VIH e 9% dos recursos para a prevenção são gastos em populações-chave. Estes minúsculos níveis de financiamento são uma vergonha. Novas iniciativas de financiamento como o Fundo de Investimento das Populações Chave (KPIF) do governo dos EUA foram criadas para transformar esta crise mas terminaram sem qualquer estratégia ou visão de seguimento por parte do PEPFAR.

Não podemos continuar a tolerar isto. Não haverá "fim da SIDA até 2030" sem grandes aumentos de financiamento para as nossas comunidades, sem priorização do investimento directo em organizações comunitárias lideradas por nós, e sem eliminar todas as formas de discriminação de que somos vítimas.

Os dados mostram que as respostas ao VIH são minadas por leis nocivas. Por exemplo, a criminalização da conduta sexual do mesmo sexo, do trabalho sexual e do consumo de drogas está associada a um conhecimento 18%-24% pior do estado do VIH e da supressão da carga viral. Os países com leis que promovem a não

discriminação, e que abordam a violência baseada no género, têm melhores resultados na saúde, e estão associados a um conhecimento significativamente mais elevado do estado do VIH e da supressão da carga viral entre as pessoas que vivem com o VIH. As protecções não discriminatórias foram associadas a um conhecimento 9,7% mais elevado do estado do VIH e 10,7% mais elevada supressão viral entre as pessoas vivendo com o VIH. As leis sobre violência baseada no género foram associadas a um conhecimento 15,9% mais elevado do estado de VIH e a uma supressão viral 16,2% mais elevada.

As respostas da COVID-19 lançaram combustível sobre este incêndio. Os estados africanos utilizaram o confinamento para intensificar a violência estatal visando as nossas comunidades. E sofremos de bloqueios e restrições nacionais que nos tornaram ainda mais vulneráveis ao ódio, discriminação, e estigma. A crise da COVID-19 tem pressionado o financiamento da SIDA, e é importante que os Estados se empenhem em mitigar os danos da crise da COVID-19 ao mesmo tempo que asseguram as mudanças de paradigma no tratamento global e acesso a vacinas necessárias para responder à COVID-19, ao mesmo tempo que fortalecem e protegem o financiamento e o enfoque político na resposta à SIDA global.

Durante demasiado tempo, programas populacionais chave foram concebidos e implementados sem responsabilização perante populações chave, ignorando as nossas experiências vividas, conhecimentos e liderança. De facto, muitos parceiros de implementação do PEPFAR exploram a nossa dedicação, o nosso trabalho e a nossa perícia, não nos pagando praticamente nada por fazermos o verdadeiro trabalho de ligar as populações-chave à prevenção, tratamento e cuidados. Não mais. E praticamente nenhum financiamento global está a ser gasto na advocacia para dismantelar os motores estruturais destes resultados injustos.

Nós, populações-chave de África, exigimos que:

1. Se duplique o financiamento total das respostas ao VIH em populações-chave em países de rendimento baixo e médio para atingir pelo menos mil milhões de dólares anuais, inclusive através do estabelecimento de um fluxo de financiamento grande e autónomo de populações-chave, começando com pelo menos 500 milhões de dólares por ano numa iniciativa estratégica PEPFAR, criando um surto de novos investimentos em populações-chave para colmatar lacunas na prestação de serviços, corrigir ambientes legais e políticos prejudiciais, e proporcionar a capacitação comunitária de que as populações-chave necessitam;
2. Os doadores invistam na prestação de serviços liderados pelas populações-chave, particularmente em contextos restritivos, assegurando uma melhor identificação, ligação e retenção nos cuidados, prestados sem discriminação, e com respeito e dignidade;
3. Os doadores incluam o apoio à saúde mental como uma componente essencial da prestação de serviços VIH
4. Todos os nossos países se comprometam imediatamente a descriminalizar as populações-chave, e a tomar medidas provisórias, incluindo o compromisso de não aplicação das leis e políticas actuais, e a proteger espaços abertos de organização da sociedade civil;
5. Os doadores preencham a lacuna de recursos para a defesa dos direitos humanos, envolvimento político e descriminalização de populações-chave, para intervenções estruturais lideradas por populações-chave, e para a investigação liderada por populações-chave;
6. Os doadores invistam na agenda da investigação e na recolha de dados epidemiológicos sobre a incidência e prevalência do VIH nas mulheres LBQ de África, e nas pessoas intersex e trans, e das suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva, lideradas por estas comunidades impactadas;

7. Os doadores invistam no aumento das capacidades financeiras e institucionais das principais OSC lideradas pela população, a fim de melhorar a elegibilidade para um financiamento directo de grande dimensão, flexível e plurianual, e que inclui pessoal e apoio geral ao funcionamento;
8. Os doadores analisem os critérios de elegibilidade para o financiamento de programas para populações-chave, a fim de assegurar que as organizações de implementação têm antecedentes demonstráveis na prestação de serviços, direitos humanos, e que a sua liderança, gestão e/ou estruturas de governação incluem a experiência das comunidades impactadas.
9. Os doadores financiem e expandam plenamente o papel, liderança e envolvimento das principais populações na supervisão e responsabilização dos principais financiamentos governamentais dos doadores, através de uma monitorização liderada pela comunidade;
10. Os doadores invistam numa revisão dos quadros de recolha de dados e monitorização e avaliação, com o envolvimento significativo das comunidades impactadas, a fim de melhor avaliar o impacto dos programas populacionais chave;
11. Os doadores passem de uma abordagem baseada apenas no rendimento/objectivo para uma abordagem centrada nas pessoas para o financiamento de intervenções sobre o VIH. Enquanto precisamos de metas para responsabilizar os doadores, essas metas não devem vir à custa da qualidade, dos direitos humanos, e da dignidade;
12. Governos doadores, agências multilaterais, missões estrangeiras, e fundações privadas se comprometam a efectuar amplas consultas às comunidades afectadas ao reverem estratégias de financiamento, e ao desenvolverem directrizes para a transição de financiamento, assegurando, no seu conjunto, que os sucessos cruciais continuem a ter financiamento;
13. Os doadores criem e apliquem um código de ética obrigatório de condutas/padrões mínimos para todos os parceiros-chave de prestação de serviços às populações, com o aval multi-sectorial dos principais governos doadores e fundações privadas, assegurando que o programa das populações-chave seja responsável perante as comunidades afectadas, e que os programas prejudiciais, discriminatórios e exploradores sejam cancelados a qualquer nível, sem excepção;
14. Os governos nacionais envolvam proactivamente, e os doadores devem solicitar, as populações-chave a todos os níveis da tomada de decisões relativas à política e estratégia nacional de saúde, e à gestão da cadeia de fornecimento de medicamentos e mercadorias, assegurando uma supervisão e responsabilização em tempo real;
15. Os governos nacionais incluam, e os doadores solicitem, dados sobre as principais ferramentas de dados nacionais, incluindo Sistemas de Informação Sanitária de Dados (DHIS), Inquéritos Demográficos e Sanitários, e recenseamento da população, a fim de gerar continuamente as provas e dados para programas de saúde centrados nas pessoas;
16. Os governos nacionais e os doadores acabem com as abordagens de programas e financiamento que não se baseiam em provas, que violam os direitos humanos, e que aumentam a vulnerabilidade à violência, tais como a exigência de alvos para testes de índice, e a utilização da biometria em países onde populações chave ainda sofrem leis criminalizadoras;

17. Governos nacionais e doadores comprometam significativamente as comunidades na concepção de modelos diferenciados de prestação de serviços, tirando partido da perícia e inovação de modelos bem sucedidos concebidos pela comunidade;
18. Os governos nacionais e os doadores implementem uma recolha de dados e relatórios sobre o programa VIH desagregados por orientação sexual e identidade de género, a fim de apreciar a diversidade das populações-chave e a sua sobreposição de riscos e necessidades, e rastrear o acesso a serviços, medicamentos e mercadorias por subpopulação.