



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE LÍNGUAS
SECÇÃO DE INGLÊS

TRABALHO DE CULMINAÇÃO DE ESTUDOS
Licenciatura em Tradução Português-Inglês

Nome do Candidato: Rosila Farouk Mussagy Elias

Nome do Orientador: Doutor Armando Adriano Magaia

Maputo, 19 de Março de 2025

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE LÍNGUAS
SECÇÃO DE INGLÊS

Licenciatura em Tradução Português-Inglês

TRABALHO DE CULMINAÇÃO DE ESTUDOS

Trabalho apresentado ao Curso de Licenciatura em Tradução Português - Inglês da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane, como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciado em Tradução Português - Inglês.

Orientador:

Doutor Armando Adriano Magaia

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha estimada avó, Maria da Silva Calana, cujo amor incondicional, sabedoria e valores transmitidos na minha infância moldaram a pessoa em que me tornei. Que o Senhor, na sua infinita bondade, lhe conceda o descanso eterno.

Agradecimentos

Gratidão ao Altíssimo por todas as bênçãos que tem derramado sobre a minha vida, guiando-me e sustentando-me em cada passo deste percurso.

À minha mãe, Celeste Kam Loi, cuja força, dedicação e sacrifícios tornaram possível esta conquista. Esta vitória é nossa. Obrigada pelo amor e dedicação incansável.

Ao meu marido, Adérito Elias, e aos nossos filhos, Cyra e Kevin Elias, pela paciência, compreensão e amor incondicional durante os momentos em que a minha atenção esteve voltada para os compromissos académicos. Obrigada por acreditarem sempre em mim.

Às minhas irmãs, Fáusia, Maria e Josephine, pelo apoio, encorajamento constante e fé no meu potencial.

Ao meu pai, Farouk Mussagy, pelas palavras de incentivo e confiança.

Aos meus sobrinhos, Luana, Yuri, Kayla e Casey, por serem fontes de alegria, energia e amor na minha vida.

Aos colegas do curso pela disponibilidade e orientação sempre que precisei.

Aos Docentes da UEM, pela dedicação e empenho que marcaram o meu percurso académico e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos, o meu mais sincero agradecimento e reconhecimento.

Declaração de Honra

Eu, Rosila Farouk Mussagy Elias, Estudante da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane no curso de Licenciatura em Tradução Português-Inglês, sob o número 20194768, declaro por minha honra que o trabalho de culminação de estudos que submeto para a conclusão do nível de Licenciatura é da minha autoria, estando todas as fontes consultadas devidamente identificadas ao longo do texto.

Maputo, 19 de Março de 2025

Assinatura

Rosila Farouk Mussagy Elias

Índice

1. Relatório	1
1.1. Introdução.....	1
1.2. Revisão Bibliográfica.....	2
1.2.1. Definição	2
1.2.2. Importância da Tradução.....	3
1.2.3. Procedimentos e Qualidades de uma Boa Tradução	3
1.2.4. Desafios Típicos da Tradução e Estratégias.....	4
1.3. Problemas de Tradução Enfrentados e Estratégias Encontradas para a sua Superação	6
1.3.1. Problemas de Ordem Terminológica.....	6
1.3.2. Problemas de Ordem Gramatical	8
1.4. Conclusão e Recomendações	9
Referências Bibliográficas	11
2. Tradução Efectuada.....	12
3. O Texto Original	41
4. Anexos.....	67

1. Relatório

1.1. Introdução

O presente trabalho de culminação de curso visa a tradução independente da *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy*¹ da Zâmbia para 2019-2023, elaborada pelo National HIV/AIDS/STI/TB Council (NAC)². Este organismo, subordinado ao Governo da Zâmbia, opera em colaboração com o Ministério da Saúde e parceiros locais e internacionais, coordenando e apoiando a resposta ao HIV/SIDA, às infecções de transmissão sexual (ITS) e à tuberculose no país.

A estratégia em questão é de natureza técnica, com um enfoque específico na saúde pública, particularmente na área do HIV e SIDA. O documento apresenta um conjunto de acções elaboradas pelo National HIV/AIDS/STI/TB Council (NAC) da Zâmbia para a prevenção e combate ao HIV e SIDA no país. Este documento é dirigido a um publico amplo e diversificado, incluindo a população em geral, grupos de risco, jovens, adolescentes, pessoas vivendo com HIV e organismos como as ONG, a sociedade civil, doadores e decisores políticos, mas principalmente aos profissionais do sector da saúde para que sirva de orientação para os planos estratégicos do sector da saúde.

A escolha do texto *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy* da Zâmbia para o meu trabalho de culminação do curso deveu-se ao facto de este estar relacionado com o cargo profissional que ocupo actualmente de Oficial de Comunicação para a Saúde e pelo grande interesse que tenho em adquirir mais conhecimento sobre estratégias de combate a pandemia do HIV e SIDA e promoção da saúde pública. Este documento apresenta estratégias que agregam valor para o meu trabalho e consequentemente para o meu desenvolvimento profissional. De salientar que, após uma pesquisa exaustiva, não encontrei uma tradução do documento para português.

¹ Estratégia Nacional de Comunicação e Advocacia para o HIV e SIDA

² Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA/ITS/TB

No contexto deste trabalho que constitui um exercício de tradução técnica, foram identificados vários desafios associados a complexidade do documento por se tratar de um texto técnico, mas também foram identificadas estratégias para a superação dos problemas encontrados.

Este projecto não se limita a apresentar uma tradução fiel e contextualizada, mas também a reflectir sobre o processo de tradução em si, destacando os desafios, métodos e as estratégias usadas para assegurar uma comunicação clara e precisa.

1.2. Revisão Bibliográfica

1.2.1. Definição

A tradução é uma actividade multifacetada que pode ser classificada em diferentes tipos, dependendo da natureza do texto e do objectivo da comunicação. Segundo Nida e Taber no livro *The Theory and Practice of translation* (1969:12), “a tradução consiste em reproduzir na língua receptora o equivalente natural mais próximo da mensagem da língua fonte, em primeiro lugar em termos de significado e, em segundo lugar, em termos de estilo”³. Ou seja, tradução é a transferência do significado de um texto entre línguas, mantendo o estilo e a equivalência comunicativa. Esta definição não difere da perspectiva de Munday (2016:8), que afirma que “o processo de tradução entre duas línguas escritas diferentes envolve a transformação de um texto escrito original (o texto-fonte ou TF) na língua verbal original (a língua-fonte ou TF) para um texto escrito (o texto-alvo ou TA) numa língua verbal diferente (a língua-alvo ou LA)”⁴. No caso da *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy* para 2019-2023, elaborada pelo National HIV/AIDS/STI/TB Council (NAC), a tradução a ser aplicada é a técnica porque o texto fonte dispõe de terminologia técnica comumente usada na área da saúde pública.

³ Translation consists in reproducing in the receptor language the closest natural equivalent of the source-language message, first in terms of meaning and secondly in terms of style.

⁴ “The process of translation between two different written languages involves the changing of an original written text (the source text or ST) in the original verbal language (the source language or SL) into a written text (the target text or TT) in a different verbal language (the target language or TL)”

1.2.2. Importância da Tradução

De acordo com Munday (2016:10) no seu livro *Introducing Translation Studies: Theories and Applications* (4a Edição), desde os tempos antigos, a tradução, tanto escrita como oral, tem sido fundamental na comunicação entre os homens, facilitando o acesso a textos para estudos acadêmicos e religiosos. A tradução é essencial para facilitar a comunicação entre diferentes línguas e culturas, garantido que as informações cheguem a todos de forma acessível. Segundo Byrne, em *Scientific and Technical Translation Explained* (2012:3), “a tradução é praticamente tão antiga como a própria escrita e, durante quase todo o tempo em que os seres humanos escreveram, eles fizeram tradução”⁵. Byrne afirma ainda que “a tradução técnica e científica acompanhou praticamente todas as descobertas científicas e tecnológicas significativas ao longo dos tempos”⁶ e acrescenta que “é impossível encontrar um único exemplo de uma invenção ou discurso que não tenha sido exportado para outra língua e cultura através da tradução.”⁷

1.2.3. Procedimentos e Qualidades de uma Boa Tradução

Para garantir uma boa tradução, o primeiro passo importante é a análise do texto original. O tradutor deve compreender o propósito do texto, o público-alvo, o contexto cultural e as nuances linguísticas. Segundo Byrne no seu livro *Scientific and technical translation explained. A nuts and bolts guide for beginners* (2012:43), o tradutor deve ler tudo, familiarizar-se com diferentes estilos de escrita, terminologias e ganhar algum conhecimento do tópico técnico a ser traduzido. Byrne também afirma que o recurso mais valioso que um tradutor pode desenvolver é a capacidade de pesquisar rapidamente um tema, identificar as informações mais relevantes e assimilá-las.

A tradução deve ser orientada pelo objectivo funcional do texto na cultura-alvo e apropriada ao novo contexto. Isto exige que o tradutor compreenda quais são as intenções do autor e se

⁵ “Translation is practically as old as writing itself and for almost as long as humans have been writing they have been translation”.

⁶ “Technical and scientific translation has accompanied virtually every significant scientific and technological discovery throughout the ages.”

⁷ “It is impossible to find a single example of an invention or discovery which was not exported to another language and culture by means of translation.”

adapte ao novo contexto. O tradutor também deve ter em conta as diferenças culturais para garantir que o texto seja ajustado e reflita os valores e normas culturais do público-alvo. Também segundo Byrne, o tradutor deve procurar fazer cursos de capacitação e consultar especialistas na área de especialização do tema do texto fonte.

No que concerne as qualidades de uma boa tradução, Nida e Taber (1969:12) afirmam que “a tradução consiste em reproduzir na linguagem do receptor o equivalente mais próximo e natural do texto original, em termos de significado e estilo”. O texto deve ser fiel ao texto original, preservando o significado, o tom e a intenção do autor. O texto traduzido deve ser natural de forma que soe como um texto original na língua-alvo (Venutti, 2012). Outra qualidade é que a tradução deve respeitar as normas culturais do público-alvo garantindo que a mensagem seja apropriada ao novo contexto. A consistência terminológica, especialmente em textos técnicos, também é considerada importante para transmitir profissionalismo e precisão (Newark, 1988), o que pode implicar que sejam feitos ajustes ao conteúdo. A tradução deve ser gramatical e estilisticamente correcta, evitando erros que comprometam a sua credibilidade (Munday, 2016).

1.2.4. Desafios Típicos da Tradução e Estratégias

Segundo Baker, em *In Other Words: A Coursebook on translation* (2011:18-42), a maioria das línguas dispõe de equivalentes para verbos gerais da fala, como *say* e *speak*, mas podem não ter equivalentes directos para verbos mais específicos. A não equivalência ao nível lexical verifica-se quando a língua-alvo não possui um termo que corresponda directamente a uma palavra do texto fonte. Assim, um dos principais desafios da tradução está na dificuldade de encontrar termos ou expressões que transmitam o mesmo significado noutra língua, sobretudo quando estão ligados a aspectos culturais. Para além disso, é necessário ajustar as diferenças gramaticais e adaptar o tom e o contexto do público-alvo.

Baker identifica vários desafios no processo de tradução. Um deles tem a ver com conceitos culturais específicos que podem não ter equivalente na língua-alvo como foi mencionado acima. Outro problema surge quando um conceito da língua fonte é conhecido na língua-alvo,

mas não existe um termo lexicalizado para o descrever. Há ainda dificuldades quando a palavra na língua fonte tem um significado complexo ou quando a língua alvo distingue menos ou mais nuances do significado do que a língua-fonte.

Outros desafios apontados incluem a ausência de um termo mais abrangente (superordinado) na língua-alvo, a falta de um termo mais específicos (hipónimo), diferenças na perspectiva física ou interpessoal, variações no significado expressivo, diferenças na estrutura das palavras, na frequência de certos termos e na intenção do uso de determinadas formas linguísticas. Para além disso, o uso de palavras emprestadas no texto-fonte também pode apresentar dificuldades.

Para lidar com estes desafios, Baker sugere estratégias usadas por tradutores profissionais, tais como:

- Usar um termo mais genérico (superordinado);
- Escolher uma palavra mais neutra ou menos expressiva;
- Optar por uma substituição cultural, ou seja, trocar um elemento cultural do texto-fonte por um termo na língua-alvo que, embora não tenha o mesmo significado literal, possa causar um impacto semelhante no leitor;
- Introduzir palavras emprestadas acompanhadas de uma explicação;
- Recorrer a paráfrase com palavras relacionadas;
- Explicar o conceito através de uma paráfrase com palavras não relacionadas;
- Omitir certas palavras quando necessário;
- Utilizar ilustrações para facilitar a compreensão.

Newark, em *A Textbook of Translation* (1988) afirma ser complicado lidar com estilos literários ou técnicos e como traduzir termos especializados sem alienar o público geral. O autor sugere estratégias como a criação de glossários especializados, a tradução colaborativa com profissionais da área técnica e o uso de notas explicativas para termos complexos. Para estilos literários, ele recomenda manter a essência emocional do texto, mesmo que isso implique pequenas adaptações.

Nord, em *Translating as a Purposeful Activity: Functionalist Approaches Explained* (1997), enfatiza a importância do tradutor entender bem o objectivo do texto antes de traduzi-lo e

assegurar que o conteúdo se mantenha funcional na língua alvo, o que nem sempre é fácil, especialmente quando o texto tem vários objectivos. O autor recomenda ajustar o texto para atender as necessidades praticas do leitor/público-alvo, consultar o autor do texto para entender melhor os objectivos do texto.

Em geral, traduzir é mais do que transmitir palavras de uma língua para outra. Exige ultrapassar as barreiras linguísticas e culturais, respeitar os objectivos do texto, atender às expectativas, cumprir prazos procurando sempre equilibrar a fidelidade ao texto original.

1.3. Problemas de Tradução Enfrentados e Estratégias Encontradas para a sua Superação

Durante o processo de tradução da *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy*, surgiram problemas de natureza terminológica e gramatical, decorrentes da complexidade dos termos técnicos presentes no texto fonte e da necessidade de adaptação. Para ultrapassar estas dificuldades, foi necessário ter uma compreensão clara do conteúdo na língua fonte para que a tradução fosse mais fiel e acessível.

1.3.1. Problemas de Ordem Terminológica

Os principais problemas de natureza terminológica encontrados foram:

- Equivalência de termos: Certas expressões na língua fonte têm traduções completamente diferentes na língua alvo. Isto ocorre devido às diferenças culturais e linguísticas entre os idiomas. Termos como “*Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)*” traduzido para “Prevenção de Transmissão Vertical (PTV)” precisaram de uma adaptação cultural para serem traduzidos de forma eficaz. Em Moçambique, é comum os profissionais de saúde utilizarem o termo “Prevenção de Transmissão Vertical” para referir-se ao PMTCT. Efectuou-se pesquisas para identificar equivalentes contextuais em português que captassem o mesmo significado e intenção do texto original.
- Ambiguidade Semântica: alguns termos tem múltiplos significados que dependem do contexto em que são usados o que afecta a precisão e a coerência do texto

traduzido. Alguns termos possuem duplo sentido dependendo do contexto em que são utilizados. Por exemplo, na frase “*Challenges remain in reaching targets across both the prevention and treatment **continuum***”, posteriormente traduzida para “Ainda existem desafios para alcançar as metas em todo o **contínuo** de prevenção e tratamento”, a palavra “*continuum*” pode ser ambígua porque pode significar “processo contínuo” ou “abrangência”. Como solução, efectuou-se uma análise contextual do termo com potencial duplo significado. Esta análise envolveu a revisão cuidadosa do parágrafo e secção onde o termo foi utilizado e consulta documental e a profissionais da área da saúde para garantir que a tradução fosse adequada ao contexto.

- A necessidade de adaptação cultural e regionalização devido a termos técnicos que variam de acordo com a região ou cultura: alguns termos na língua fonte não possuem equivalentes directos na língua alvo. Por exemplo “*HIV Testing Services*” é um termo específico que não têm equivalente directo, exigindo uma abordagem mais descritiva. Como estratégia, foi efectuada uma pesquisa exaustiva para identificar termos equivalentes amplamente usados na área da saúde, consultando websites de instituições que trabalham na área da saúde. Após uma pesquisa extensa e consultas com especialistas na área da saúde, concluiu-se que o termo utilizado em Moçambique para “*HIV Testing services*” é “Aconselhamento e Testagem em Saúde”.
- O uso de jargões e siglas específicas da área da saúde pública que são difíceis de traduzir: Em alguns casos, foi possível identificar siglas como “*VMMC (Voluntary Medical Male Circumcision)*”, cuja tradução e termo utilizado pelos profissionais da saúde em Moçambique é “CMMV (Circuncisão Masculina Médica Voluntária)” e siglas como “*Antiretroviral therapy (ART)*” que foi traduzida para “TARV”, já que é essa a sigla usada em português para “tratamento antirretroviral”. Entretanto, em outros casos, optou-se por traduzir o significado completo dos acrónimos e usar a tradução para criar uma sigla ou manter o acrónimo original na língua fonte e fornecer uma tradução ou vice-versa.
- O uso de palavras emprestadas tais como *sine qua non* no texto fonte posteriormente traduzida para “imprescindível” na língua alvo.

1.3.2. Problemas de Ordem Gramatical

Durante a tradução, foram também identificados problemas de tradução de natureza gramatical que resultam das diferenças estruturais e sintáticas entre a língua fonte e a língua alvo.

- Variação na ordem das palavras (Sintaxe): Em português, a estrutura gramatical segue uma ordem fixa de sujeito-verbo-objecto (SVO), enquanto no inglês há maior flexibilidade na disposição dos elementos da frase. Por exemplo, na frase “*Equipped with this knowledge, it should be challenging for programme implementers to design social and behavior change communication activities*”, a tradução da frase para “Munidos desse conhecimento, os implementadores dos programas terão menos dificuldades em conceber actividades de comunicação para a mudança social e de comportamento.”, a oração que em inglês começa com um particípio passado “*Equipped with this knowledge*” antes do sujeito seguido de uma estrutura impessoal “*it should be challenging*”, algo que é comum na estrutura inglesa, a ordem foi ajustada para seguir a sequência natural SVO em português “Os implementadores dos programas terão menos dificuldades...”.
- Regras de concordância nominal e verbal: Em Inglês, a conjugação verbal é mais flexível, enquanto no português a concordância entre o sujeito e o verbo deve ser rigorosamente respeitada. Por exemplo, na frase “*Challenges remain in reaching targets across both the prevention and treatment continuum.*” traduzida para “Ainda existem desafios para alcançar as metas em todo o contínuo de prevenção e tratamento”, o verbo “existem” no texto alvo foi colocado no plural para concordar com o sujeito “desafios”, respeitando a regra da concordância verbal.
- Distinção de género gramatical: Ao contrário do inglês, onde os substantivos comuns não distinguem género, o português exige essa diferenciação. Por exemplo, na frase “*and health workers on PrEP*” traduzida para “e os profissionais da saúde sobre o PREP”, o termo pode variar entre “**as** profissionais” e “**os** profissionais” para distinguir o género.
- Complexidade dos tempos e modos verbais: O inglês tende a usar tempos verbais mais simples, enquanto o português apresenta uma conjugação verbal mais complexa. Por

exemplo, o inglês frequentemente usa o presente perfeito (*had done, has made*) enquanto o português tende a usar o pretérito perfeito (fez, realizou). Na frase “*Zâmbia has made great strides in it’s HIV response...*” traduzida para “A Zâmbia fez grandes progressos na sua resposta ao HIV”, a estrutura equivalente é “fez, realizou”, porque as acções foram concluídas.

- Uso do plural nas frases: No Inglês, o plural nem sempre é obrigatório, mas em português a concordância em número deve ser *respeitada*. Por exemplo, a frase “*ensure condoms are available*”, pode ser usado sem enfatizar a pluralidade. A tradução “garantir que os preservativos estejam disponíveis” assegurou que a frase estivesse gramaticalmente correcta mantendo a concordância em número conforme exigido pela língua portuguesa.

As estratégias usadas para resolver os problemas de ordem terminológica variaram entre a consulta documental e aos websites com conteúdo sobre saúde; consulta a especialistas na área de saúde; criação de um glossário específico para assegurar a consistência terminológica ao longo do texto; uso de equivalência funcional, empréstimos e adaptação, paráfrase entre outros. Em relação aos problemas de ordem gramatical, foram usadas estratégias como a transposição, modulação, equivalência idiomática, compensação e ampliação.

Em suma, a tradução exige do tradutor uma combinação de habilidades técnicas, sensibilidade cultural e recursos estratégicos para garantir que o texto final seja preciso claro e funcional para o público-alvo.

1.4. Conclusão e Recomendações

Para concluir, a tradução da *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy* da Zâmbia revelou-se um exercício técnico desafiador, exigindo uma compreensão profunda dos conceitos específicos da saúde pública e das nuances linguísticas entre o inglês e o português. A necessidade de manter a precisão terminológica, a clareza comunicativa e a adequação cultural foram elementos cruciais no processo de tradução. Durante a tradução, enfrentou-se desafios tanto a nível terminológico como gramatical. A adaptação de termos técnicos, a busca por equivalentes

em português e a reestruturação das frases para respeitar as normas sintáticas e semânticas da língua-alvo foram aspectos importantes para garantir a qualidade da tradução.

Para futuras traduções de documentos, recomenda-se a criação de glossários específicos, a consulta aos profissionais na área da saúde, pesquisas, capacitação contínua em tradução técnica, uso de tecnologias de apoio a tradução, dicionários e uma revisão rigorosa do texto de preferência por um segundo tradutor.

Apesar dos desafios enfrentados na tradução da estratégia, as soluções implementadas garantiram a coerência e a exatidão do texto alvo.

Referências Bibliográficas

- Baker, M. (2011). *In Other Words: A Coursebook on Translation*. Routledge.
- Byrne, J. (2012). Scientific and technical translation explained. *A nuts and bolts guide for beginners*. Routledge.
- House, J. (2015). *Translation Quality Assessment: Past and Present*. Routledge.
- Munday, J. (2016). *Introducing Translation Studies: Theories and Applications*. Routledge.
- Nida, E.A., & Taber, C.R. (1969). *The Theory and Practice of Translation*. Brill.
- Nord, C. (1997). *Translating as a Purposeful Activity: Functionalist Approaches Explained*. St. Jerome Publishing.
- Venuti, L. (2012). *The Translator's Invisibility: A History of Translation*. Routledge.
- Newark, P. (1988). *A Textbook of Translation*. Prentice Hall.

2. Tradução Efectuada

National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy⁸

2019 - 2023

Disease Prevention for a Prosperous Nation⁹

PREFÁCIO

O Governo da República da Zâmbia iniciou um programa de prestação de cuidados de saúde abrangente sob a designação da Cobertura Universal da Saúde, com base em evidências empíricas de que uma população saudável é a condição imprescindível para o crescimento económico. Foi dada prioridade ao investimento na saúde, com grande ênfase na promoção da saúde, na prevenção das doenças e em medidas curativas robustas.

Na frente do HIV e da SIDA, o Ministério da Saúde, através do *National HIV/AIDS/STI/TB Council (NAC)*¹⁰ desenvolveu um *National HIV and AIDS Strategic Framework (NASF) 2017-2021*¹¹ para orientar o país na execução de intervenções de elevado impacto com resultados de saúde correspondentemente elevados em todo o continuum de prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao HIV. O NASF identifica claramente as áreas de intervenção chave e as estratégias apropriadas para alcançar os resultados pretendidos de alcançar o controlo da epidemia, e por fim, acabar com a SIDA como uma ameaça para a saúde pública até 2030, com as metas 90-90-9 da ONUSIDA a fornecerem um quadro para a programação.

Para além de identificar intervenções de grande impacto, o NASF vai mais longe para segmentar grupos que são afectados de forma diferente pela epidemia do HIV e que, por isso, exigem formas únicas de responder as necessidades de cada uma destas subpopulações. Embora a Zâmbia tenha uma epidemia madura e generalizada, o seu impacto não é uniforme em todas as divisões demográficas.

⁸ Estratégia Nacional de Comunicação e Advocacia para o HIV e SIDA

⁹ Prevenção de Doenças para uma Nação Próspera

¹⁰ Conselho Nacional para o HIV/SIDA/ITS/TB (NAC)

¹¹ Quadro Estratégico Nacional para o HIV e SIDA (NASF) 2017-2021

O desenvolvimento desta *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy (NACAS)*¹² surge da contestação da necessidade de atingir diferentes subpopulações com os materiais de *Social and Behavior Change Communication (SBCC)*¹³ mais apropriados, de acordo com as necessidades. Cada subgrupo enfrenta o seu próprio conjunto e barreiras únicas que podem constituir um impedimento para a adopção de comportamentos que reduzam os riscos de infecção pelo HIV e melhorem a adesão ao tratamento por parte das pessoas que vivem com o vírus.

Este documento pretende ajudar os parceiros de implementação a conceber programas de mudança social e comportamental, especialmente no que se refere a prevenção global do HIV, com pleno conhecimento das características do seu público-alvo, para obter resultados máximos e garantir uma boa relação custo-benefício. A NACAS é um recurso útil que ajudará os parceiros a avaliar as condições sociais, as questões institucionais e políticas que podem estar a moldar os comportamentos do seu público-alvo.

Munidos desse conhecimento, os implementadores dos programas terão menos dificuldades em conceber actividades de comunicação para a mudança social e de comportamento com mensagens claras, adequadas a idade e em conformidade com as normas sociais para a criação de procura de serviços. O NACAS demonstra claramente a importância da comunicação direccionada como catalisador do sucesso do programa. Não importa o quão elaborado seja o programa, esta condenado ao fracasso de não for complementado por um esforço de comunicação social e de mudança de comportamento centrado no alvo. Tenho o prazer de recomendar este documento a todos os intervenientes do sector de HIV e SIDA.

Dr. Chitalu Chilufya

AGRADECIMENTOS

O National HIV/AIDS/STI/TB Council (NAC) tem o prazer de ter facilitado com sucesso o desenvolvimento desta *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy (NACAS)* através de um processo consultivo a nível nacional, com vista a assegurar a plena apropriação pelas

¹² Estratégia Nacional de Comunicação e Advocacia do HIV e SIDA (NACAS)

¹³ Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC)

partes interessadas. Antes da análise da situação do terreno, que cobrou sete das 10 províncias da Zâmbia, foram usadas várias fontes de informação primária e secundária durante a análise documental para dar a NACAS um conteúdo de alta qualidade e actualidade.

Alguns dos principais documentos de referência utilizados foram o *National Health Strategic Framework*¹⁴, o *National HIV and AIDS Strategic Framework 2017-2021* e o *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy 2011-2015*¹⁵.

O terceiro nível de consulta nacional no processo de desenvolvimento deste documento envolveu a participação de intervenientes-cave provenientes de todas as 10 províncias para analisar de forma colectiva um esboço da NACAS. Durante a reunião de revisão da estratégia nacional realizada em Lusaka, as três províncias do Norte, Muchinga e Leste, que não foram abrangidas pela análise da situação no terreno, tiveram a oportunidade de contribuir para o processo de recolha de dados.

O NAC está em dívida com muitos actores pelo seu papel fundamental na conclusão bem-sucedida deste documento. Entre eles, o Ministério da Saúde pela sua liderança, tanto a nível central como provincial, assim com as estruturas de coordenação sub-nacionais da NAC e os seus membros, que incluem as organizações da sociedade civil. Uma lista completa dos que participaram no processo pode ser encontrada no Anexo 2.

Presto especial homenagem à Breakthrough ACTION por ter dado apoio técnico e financeiro em todo o processo de desenvolvimento deste documento.

Dr. Victor Mukonka

DIRECTOR GERAL

NATIONAL HIV/AIDS/STI/TB COUNCIL

INTRODUÇÃO

¹⁴ Quadro Estratégico Nacional de Saúde 2017-2021

¹⁵ Estratégia Nacional de Comunicação e Advocacia do HIV e SIDA 2011-2015

A National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy da Zâmbia foi desenhada para envolver todas as partes interessadas na resposta ao HIV na Zâmbia. A estratégia identifica a forma como a comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC) pode ser usada de forma mais eficaz para aumentar os comportamentos de procura de saúde relacionados com o HIV através de uma variedade de abordagens que são apropriadas no contexto zambiano e consideradas como tendo um grande impacto. Embora a Zâmbia tenha tido um grande sucesso na sua abordagem a epidemia do HIV, ainda existem desafios para alcançar as metas em todo o contínuo de prevenção e tratamento. A figura 1 fornece uma visão geral das diversas influências relacionadas com o HIV a considerar no acto de desenvolver abordagens de mudança social e de comportamento (SBC).

A Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC) pode ser usada para abordar obstáculos e criar comportamentos de procura de saúde do lado da demanda e para melhorar a qualidade do aconselhamento em serviço do lado da oferta. No contexto do HIV, a comunicação pode motivar as pessoas a usarem preservativos, a procurarem a circuncisão médica masculina voluntária (CMMV), a fazerem o teste de HIV, a referirem pessoas que vivem com o HIV (PVHIV) aos cuidados e ao tratamento, a apoiarem a retenção nos cuidados e a ajudarem a combater o estigma. Pesquisas mostram de forma consistente que os programas de comunicação e advocacia podem gerar mudanças numa vasta gama de comportamentos relacionados com o HIV, através de várias formas, incluindo dos conhecimentos, a melhoria da auto-advocacia, e a mudança de atitudes e de normas culturais/de género.

Esta estratégia articula melhor as formas específicas em que a comunicação e a sensibilização podem ser aproveitadas para melhorar os resultados do HIV.

Contexto do País

De acordo com a avaliação do Impacto do HIV com base na população da Zâmbia de 2016¹⁶, a incidência anual do HIV entre adultos de 15 a 59 anos de idade foi de 0,61% (0,93% entre as mulheres e 0,29% entre os homens). Isto correspondeu a cerca de 43 000 novos casos de HIV anualmente entre adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 59 na Zâmbia. A prevalência

¹⁶ 2016 Zambia Population-Based HIV Impact Assessment

do HIV entre os adultos era 12.0 por cento (14.8 por cento entre mulheres e 9.3 por cento entre homens), e há aproximadamente 961,000 PVHIV com idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos de idade na Zâmbia. A prevalência da supressão da carga viral entre os adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos que vivem com o HIV foi de 59,2 por cento (60,4 por cento entre as mulheres e 57,2 por cento entre os homens). A prevalência do HIV entre os adultos variou em termos geográficos, de 5,7% na província de Muchinga a 15,9% na província ocidental e 15,7% em Lusaka.

CONTEXTO

Através do *National AIDS Strategic Framework (NASF) 2017-2021*, o *National HIV/AIDS/Sexually Transmitted Infection (STI)/ Tuberculosis (TB) Council (NAC)* identificou vários factores que influenciam as novas infecções pelo HIV na Zâmbia: 1) sexo intergeracional e transacional; 2) negação e marginalização das populações-chave e dos grupos vulneráveis; 3) estigma e discriminação; 4) padrões de casamento e poligínia; 5) crenças religiosas contra os antirretrovirais (ARV) e o uso de preservativos; 6) igualdades de género, incluindo a violência baseada no género (VBG); 7) agravamento da pobreza e da insegurança alimentar; 8) abuso generalizado de álcool e de outras substâncias; 9) fraca aplicação das leis anti discriminatórias; e 9) fraca protecção social e jurídica das populações vulneráveis.

O Programa Comum de Apoio 2016-2021¹⁷ da Equipa das Nações Unidas salienta também alguns dos principais desafios que contribuem para limitar o acesso aos serviços de saúde na Zâmbia, incluindo as barreiras geográficas no acesso aos serviços, o número inadequado de profissionais de saúde na Zâmbia, incluindo as barreiras geográficas no acesso aos serviços, o número inadequado de profissionais de saúde, a gestão logística inadequada de medicamentos e material médico, a electricidade e a conexão a internet inadequadas, a pobreza e a dependência excessiva no financiamento externo para o HIV. Com a aplicação da Declaração de Abuja, o orçamento nacional para a saúde diminuiu para 8,3% no orçamento de 2016, contra 9,6% em 2015. Estes

¹⁷ Joint Program of Support 2016-2021

valores estão muito além do cometimento da Zâmbia de alocar pelo menos 15% do orçamento nacional à saúde.

As leis, políticas e práticas que permitem o estigma, a discriminação e as violações dos direitos humanos são mais um desafio para a resposta ao HIV na Zâmbia e exigem esforços de sensibilização intensificados para proteger todas as pessoas, incluindo as populações vulneráveis e chave, do HIV. Embora a Comissão defenda a proteção e promoção dos direitos humanos e da igualdade entre homens e mulheres com princípios orientadores da resposta ao HIV, estas proteções continuam, por vezes, a ser difíceis de colocar em prática. Entretanto, há uma série de políticas, linha orientadoras e protocolos em vigor para moldar a resposta do país ao HIV, com uma lista completa referenciada no Anexo A. Estas políticas não só estabelecem as prioridades para os próximos anos, mas também definem claramente a direcção necessária para uma resposta coordenada e descentralizada através da implementação de programas baseados em evidências.

Alem deste enquadramento, a Zâmbia fez grandes avanços na sua resposta ao HIV e cumpriu muitos dos compromissos delineados no *NASF 2011-2015* e está a fazer progressos em relação aos objectivos delineados no actual *NASF 2017-2021*. Esta estratégia baseia-se na *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy (2011-2025)* e serve de guia para as partes interessadas no sentido de implementar uma resposta nacional coordenada e eficaz ao HIV.

OBJECTIVO DA ESTRATÉGIA

Esta estratégia fornece um “roteiro” para as partes interessadas envolvidas na resposta ao HIV com enfoque nos esforços de mudança social e de comportamento (SBC) e assegura que as actividades e os resultados de comunicação e sensibilização sejam coordenados para atingir as metas e os objectivos acordados. Baseia-se em evidências concretas e delineia os públicos prioritários e as abordagens baseadas em dados concretos para os programas de mudança social e de comportamento (SBC), entre outros elementos de concepção estratégica. A estratégia de comunicação não é um produto estático e deve ser reactiva a um ambiente em constante mudança. Podem ser necessárias adaptações para responder a novas descobertas e dados de investigação, eventos inesperados, mudanças de prioridades ou resultados imprevistos.

PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

Esta estratégia foi desenvolvida através de um processo de consulta e participativo com as partes interessadas envolvidas na resposta ao HIV. A estratégia baseia-se nos dados existentes obtidos através de uma revisão de literatura, relatórios e melhores praticas comprovadas da Zâmbia e de outros países. Os documentos analisados incluíram estratégias nacionais, políticas, directrizes de implementação, relatórios, documentos de posicionamentos regionais e globais e literatura revistas por pares. Esta análise documental foi depois complementada por consultas extensivas a informadores-chave através de entrevistas individuais e discussões em grupos de discussão (conduzidas pelo NAC com os principais intervenientes provinciais e distritais). As consultas foram realizadas em sete provincias (Sul, oeste, noroeste, Luapula, Copperbelt, Central e Lusaka) e sete distritos (Choma, Mongu, Solwezi, Mansa, Ndola, Kabwe e Lusaka) de 8 a 24 de Abril de 2019. Após as discussões distritais e provinciais, foi realizado um workshop com as principais partes interessadas nacionais em Lusaka, em 5 a 7 de Junho de 2019, para desenvolver ainda mais a estratégia e fazer as alterações finais necessárias.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

- Orientada para os resultados e baseada em evidências: A eficácia de um esforço de comunicação dever ser determinada, em última análise, pelos resultados em termos de saúde, com actividades e abordagens baseadas em dados empíricos e teorias que melhorem a adesão aos serviços e promovam normas de apoio positivas.
- Focado no cliente: Os públicos-alvo das intervenções devem ser envolvidos no processo de co-criação e participar no processo de elaboração de actividades e mensagem que respondam as suas necessidades.
- Qualidade técnica: As actividades e os produtos de comunicação devem ser da melhor qualidade possível.
- Multicanais: Deve ser usada uma abordagem multicanal para aumentar a eficácia da comunicação e alcançar as audiências relevantes através de formas múltiplas e adequadas para reforçar os objectivos comportamentais delineados ao longo deste documento.

- Escalável: As iniciativas e actividades de comunicação eficazes devem ser adaptadas conforme necessário e expendidas para atingir o maior número de pessoas, com vista a maximizar o alcance e o impacto.
- Transformadores em aspectos de género e culturalmente sensíveis: As intervenções de comunicação devem ser sempre sensíveis ao género e a cultura, com o objectivo de transformar verdadeiramente as normas de género para que sejam mais equitativas.
- Económicas: Os recursos de comunicação devem ser direccionados para as abordagens mais eficazes para maximizar a eficiência e o alcance.
- Segmentadas por público: As intervenções devem ser altamente direccionadas e adaptadas a cada segmento do publico, tal como definido na presente estratégia de comunicação.
- Liderados pelo Governo: todos os parceiros de implementação da comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC) trabalharão sob a orientação e direcção do Ministério da Saúde (MOH) e da NAC para garantir uma coordenação perfeita e minimizar qualquer desperdício de recursos duplicados.
- Equitativo: A inovação e os canais de comunicação contextualizados serão usados para alcançar as comunidades vulneráveis e de difícil acesso.
- Responsabilidade mútua: O Governo nacional, os prestadores de serviços, as agências de financiamento e os beneficiários previstos partilharão a responsabilidade de acompanhar os progressos da implementação, incluindo a gestão financeira e os compromissos acordados.

UTILIZADORES PRETENDIDOS

Este quadro pode ser utilizado por uma variedade de actores internacionais, nacionais e subnacionais:

- Especialistas em comunicação para a saúde, incluindo os do NAC, Unidades de promoção da saúde do Ministério da Saúde, organizações não governamentais (ONGs), etc.: Para adaptar as mensagens ao contexto local e elaborar estratégias de comunicação para incluir mensagens em actividades existentes ou novas.

- Gestores das Unidades de HIV do Ministério da Saúde: Para garantir que as mensagens são efectivamente integradas em vários pontos do sistema de saúde, quando apropriado, tais como formação pré-serviço ou em serviço, prestação de serviços e programas de SBCC.
- Defensores da sociedade civil, tais como grupos que representam as PVHIV: Para orientar a advocacia local para o HIV e garantir que as comunidades que servem estão informadas e conscientes das últimas descobertas e programas para melhorar a sua saúde e bem-estar.
- Doadores/ONGs internacionais: Apoiar os países na operacionalização das provas através de abordagens estratégicas de comunicação para a mudança social e de comportamentos (SBCC).

COMPONENTES DA ESTRATÉGIA

A. Analise da Situação

A analise da situação foca em obter uma compreensão mais profunda do HIV na Zâmbia. A analise inclui o conhecimento sobre as pessoas afectadas e as suas necessidades perceptíveis, a compreensão das normas sociais e culturais que podem afectar a resposta ao HIV. A identificação dos recursos de comunicação e da capacidade existente, e a identificação de potenciais barreiras e facilitadores para a mudança individual e colectiva. Baseia-se em dados e evidencias de investigação disponíveis a nível nacional e analisa os factores sociais e comportamentais que facilitam ou actuam como barreiras à adopção do(s) comportamento(s) desejado(s).

B. Público-chave

Definir o público-chave através da segmentação determina os grupos ou subconjuntos específicos em que se deve focar ao abordar um determinado desafio comportamental. A segmentação assegura que as actividades são desenhadas para serem tao eficazes e apropriadas quanto possível para os públicos relevantes e que as intervenções de comunicação sejam personalizadas de acordo com as necessidades desse público.

C. Objectivos Sociais e Comportamentais

Os objectivos de comunicação são declarações mensuráveis que descrevem as mudanças específicas nas normas, políticas ou comportamentos que serão alcançados como consequência das actividades de comunicação. Os objectivos respondem à pergunta “O que é que este programa vai conseguir alcançar?”

D. Benefícios chave e pontos de apoio

O posicionamento cria uma impressão distinta dum produto, serviço ou comportamento do cliente que é mais convincente. O posicionamento fornece uma direcção para o desenvolvimento de mensagens e ajuda a determinar os melhores canais de comunicação. Também ajuda a garantir que todos os resultados e actividades do programa utilizam uma voz consistente e se reforçam mutuamente para um efeito cumulativo.

E. Abordagens Estratégicas

As abordagens estratégicas descrevem como os objectivos serão alcançados, orientam o desenvolvimento e a implementação das actividades e determinam os veículos, as ferramentas e combinação dos canais utilizados. Recomenda-se uma combinação de abordagens com mensagens que se reforcem mutuamente. As abordagens e actividades devem cuidadosamente seleccionadas com base no calendário, no custo, na capacidade de alcançar o público-alvo e em considerações criativas. A consulta às conclusões da análise da situação ajudará a orientar as abordagens estratégicas e a selecção das actividades.

ÁREAS DE INCIDÊNCIA DO QUADRO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA A SIDA 2017-2021

O NASF é guiado por uma visão a longo prazo para “uma nação livre da ameaça do HIV” e uma missão de controlar a epidemia do HIV através da sua integração na agenda de desenvolvimento nacional e ampliando as acções prioritárias que são rápidas e responsivas às necessidades da comunidade local que será assistida. O NASF 2017-2021 visa intensificar a combinação de intervenções de HIV para reduzir novas infecções pelo HIV e alcançar as metas 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA.

Sobretudo, é importante salientar que a NASF destaca a SBCC como uma área focal e a sua importância na promoção e manutenção de comportamentos positivos através de uma variedade

de abordagens inovadoras em escala para abordar os determinantes do HIV e apoiar mudanças sociais e comportamentais positivas através de intervenções de alto impacto. Esta estratégia visa delinear essas intervenções e propor uma lista ilustrativa de abordagens para tratar de objectivos comportamentais específicos dentro de cada área técnica.

Estratégias do Programa de SBCC do NASF

- Mobilizar as populações em geral, as populações chave e as populações vulneráveis que são mal servidas.
- Advogar para a mudança de políticas e leis discriminatórias
- Reforçar a implementação de educação e informação sexual abrangente e adequada a idade para alunos em contextos escolares e jovens
- Conceber e implementar abordagens adequadas de SBCC e matérias de informação, educação e comunicação sensíveis ao género
- Aumentar o número de mensagens e serviços adequados a idade para garantir um ambiente favorável aos adolescentes e aos jovens nos serviços de testagem do HIV, na promoção e distribuição de preservativos, na prevenção da violência contra as mulheres e na adesão ao tratamento.
- Reforçar a capacidade dos prestadores de serviços e aumentar a eficácia da prestação de serviços de prevenção e cuidados na área do HIV
- Reforçar a capacidade dos educadores de pares, dos agentes comunitários de saúde e dos trabalhadores de campo para prestarem serviços de prevenção sem estigma e encaminharem para os serviços de forma eficaz.
- Reforçar o envolvimento e influenciar a liderança das organizações religiosas e comunitárias; PVHIV; líderes tradicionais; cívicos e políticos na implementação de intervenções de SBCC.
- Reforçar a integração do SBCC na eliminação da transmissão do HIV de mãe para filho (eTMF), SIS, CMMV, VBG, preservativos, profilaxia pré-exposição (PreP), profilaxia pós-exposição (PPE), planeamento familiar (PF), saúde sexual e reprodutiva (SSR) e programas de redução do estigma/discriminação.

- Intensificar a transmissão de mensagens personalizadas sobre o HIV e a educação de danos às populações-chave através da mobilização dos pares.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS POR ÁREA TÉCNICA

Eliminação da transmissão do HIV de mãe para filho

Análise da situação e determinantes comportamentais

A Estratégia Acelerada (2017-2021)¹⁸ e o NASF articulam o objectivo do país de alcançar a eTMF, com a meta de reduzir a transmissão de mãe para filho (TMF) para menos de um por cento até 2021. Actualmente, a cobertura dos serviços de prevenção da transmissão vertical (PTV) varia de província para província, com algumas províncias obterem uma cobertura relativamente baixa. Entre as mulheres grávidas que vivem com o HIV, 83% tinham acesso a tratamento ou profilaxia para prevenir a transmissão do HIV aos seus filhos e estima-se que 8.900 crianças tenham sido infectadas com o HIV devido a TMF. O grupo de trabalho técnico da eTMF continua a supervisionar a implementação dos serviços de eTMF nos cuidados pré-natais (CPN), em conformidade com o plano actualizado de expansão da eTMF e da terapia antirretroviral (ART).

Os testes de acompanhamento durante a gravidez e o período de amamentação continuam a ser uma lacuna. Os fracos sistemas de monitoria de coortes são uma limitação para o acompanhamento dos pares mãe-bebé ao longo da cascata de cuidados da PTV. A retenção aos 12 meses é fraca, com um número crescente de crianças infectadas durante o período de amamentação. O envolvimento masculino também continua a ser limitado, o que tem impacto na testagem dos parceiros. Algumas mulheres escondem a sua situação dos seus parceiros. Algumas mulheres também dão à luz em casa, o que torna difícil garantir que o par mãe-bebé tenha acesso aos instrumentos de prevenção disponíveis. A falta de confidencialidade por parte do profissional da saúde continua a ser por vezes um desafio, o que realça a necessidade de melhorar o aconselhamento e de adoptar uma abordagem centrada no cliente.

¹⁸ Fast Track Strategy (2017-2021)

Circuncisão Medica Masculina Voluntaria

Análise da situação e determinantes comportamentais

A CMMV continua a ser uma intervenção crítica de prevenção do HIV e a Organização Mundial da Saúde (OMS) reafirmou recentemente o seu apoio contínuo. A CMMV não só reduz risco de contração do HIV para os homens em cerca de 60%, como também traz benefícios para as suas parceiras, incluindo uma redução do cancro do colo do útero. O Plano Nacional para o aumento da CMMV destaca as metas anuais e baseia-se na dinâmica existente para atingir uma nova meta ambiciosa de 90% de cobertura de pessoas entre os 10 e os 49 anos de idade, com enfoque nos grupos etários principais dos 15 aos 29 anos, com o objectivo de atingir 1.985.083 CMMVs até 2020. No final de 2018, o objectivo nacional era 1,3 milhões. A comunicação e a criação de procura continuam a ser essenciais para alcançar eficazmente os homens em risco de contrair o HIV, tal como articulado no plano, com campanhas periódicas a revelarem-se bem-sucedidas. É necessário abordar as principais barreiras e motivações para os adolescentes e homens que procuram a CMMV para compreender as nuances das mensagens para os homens que falam das suas necessidades e preocupações, incluindo o medo da dor, antes e durante a prestação do serviço. Vários intervenientes relatam a criação inadequada de procura para a CMMV através da CMSV, incluindo o envolvimento com as comunidades, comités de saúde rural e líderes religiosos e tradicionais para defender a CMMV. Além disso, continua a ser necessário capitalizar os clientes satisfeitos com a CMMV como defensores do alcance de outros homens para encorajar a adopção do serviço. A Zâmbia já implementou a circuncisão medica masculina infantil precoce, mas a conscientização continua a ser baixa e merece atenção a medida que o plano de sustentabilidade avança.

Prevenção entre os jovens

Análise da situação e determinantes comportamentais

As raparigas adolescentes e as mulheres jovens continuam a correr o maior risco de infecção e devem ser o alvo principal das actividades de prevenção. Apesar do número de novas infecções por HIV ter diminuído substancialmente em geral, a prevalência do HIV entre os jovens os 20 aos 24 anos continua a ser quatro vezes mais elevada entre as mulheres jovens (8,3%) do que entre os

homens jovens (2,0%). A incidência do HIV entre as pessoas com 15-24 anos de idade na Zâmbia foi de 0,57% (0,08% entre os homens jovens e 1,07% entre as mulheres jovens). De acordo com a Estratégia Acelerada do NAC, os adolescentes constituem 23% da população zambiana e tem alguns dos mais baixos conhecimentos sobre as formas de prevenir o HIV e de se protegerem a si próprios, para além de uma baixa percepção do risco. Embora a idade legal para ter relações sexuais na Zâmbia seja 16 anos, o inquérito Demográfico e de Saúde da Zâmbia de 2013-14 revelou que, entre a população geral com idades entre os 25 e os 49 anos, 13% das mulheres e 11% dos homens tiveram a primeira relação sexual aos 15 anos. Aos 18 anos, 58% das mulheres jovens já tiveram relações sexuais.

As relações intergeracionais e transacionais são comuns entre as raparigas adolescentes devido aos benefícios proporcionados pelos homens mais velhos. As jovens com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos que tem parceiros íntimos cinco anos mais velhos que elas correm maior risco de contrair o HIV do que as jovens com parceiros com idades comparáveis. Nas zonas pobres, diz-se que os pais e os familiares das crianças do sexo feminino promovem o sexo transacional ou o casamento precoce com homens mais velhos. A VBG promove a propagação do HIV ao limitar a capacidade das mulheres de negociar práticas sexuais seguras, revelar o seu estado e aceder a serviços devido a medo de represálias. A disponibilidade inadequada de centros de apoio às vítimas e de gabinetes e vitimas/testemunhas amigos dos jovens para facilitar as detenções, quando necessário, e para monitorar e acompanhar as queixas de violência sexual contra mulheres jovens continua a ser um desafio.

A revelação do HIV entre os adolescentes aos seus parceiros sexuais também é baixa. De acordo com um estudo, quase metade dos adolescentes (47%) informou os parceiros sobre o seu estado de HIV e menos de metade (42%) sabia se o parceiro tinha sido testado.

As barreiras legais, incluindo a idade de consentimento para menores de 16 anos, limitam o acesso aos serviços de prevenção do HIV, como os preservativos e os testes de HIV, tal como as restrições à distribuição de preservativos nas escolas. Menos de metade dos jovens (homens e mulheres) com idades compreendidas entre os 15-24 anos utilizaram um preservativo durante a sua última relação

sexual. O Plano Estratégico Nacional do Ministério da Saúde de 2017¹⁹ destacou ainda os principais desafios para abordar a saúde dos adolescentes.

- Implementação inadequada das estratégias de saúde dos adolescentes em níveis inferiores
- Conhecimento inadequado entre os adolescentes dos serviços de saúde existentes
- Conhecimento inadequado entre os profissionais de saúde sobre as principais questões de saúde dos adolescentes
- Serviços de proximidade inadequados em matéria de HIV/SSR para adolescentes
- Falta de indicadores específicos de saúde dos adolescentes no actual sistema de gestão de informação de saúde relacionada com o HIV

Esta realidade cria muitos desafios para ajudar a proteger os adolescentes e jovens mais vulneráveis.

Promoção do Preservativo

Análise da situação e determinantes comportamentais

O programa abrangente de preservativos esta estacada no NASF 2017-2021 como uma área focal importante na prevenção de novas infecções por HIV e ITS, assim como de gravidezes indesejadas, mas o uso consistente de preservativos continua a ser baixo. Segundo a ZAMPHIA, das pessoas que reportaram ter tido relações sexuais nos últimos 12 meses com um parceiro não conjugal e não coabitante, o uso do preservativo na última relação foi reportado por apenas 37,6% das pessoas com idades entre os 15 e 59 anos. Expandir o acesso e, ao mesmo tempo, criar e manter a procura orientada para o utilizador, a distribuição orientada e o uso de preservativos entre as populações sexualmente activas continua a ser uma abordagem com impacto para garantir que os preservativos estejam disponíveis, acessíveis e atractivos para os utilizadores. Entretanto, de acordo com o Grupo Técnico de Trabalho para a prevenção da NAC, continua a haver mecanismos de coordenação nacionais, subnacionais e comunitários ineficientes para implementar uma estratégia nacional de qualidade e um plano operacional para uma programação eficaz de preservativos.

¹⁹ MOH 2017 National Health Strategic Plan

Ainda existem lacunas no que concerne a sensibilização para o uso do preservativo e o acesso é um desafio para os adolescentes. Os factores sociais e culturais também tiveram um impacto negativo na promoção do preservativo na Zâmbia, particularmente no que diz respeito a alcançar os jovens e as populações-chave. O Ministério da Educação Geral, não permite a distribuição e a demonstração de preservativos nas escolas primárias e secundárias. Os preservativos continuam a ser vistos como um tabú nas discussões familiares, existindo ainda muitas barreiras, incluindo a falta de espaços seguros para os jovens acederem livremente aos preservativos sem discriminação. Além disso, alguns grupos religiosos não têm conhecimento do papel dos preservativos para os casais serodiscordantes.

Adicionalmente, o NAC salientou a fraca gestão logística dos preservativos, que conduz a persistentes rupturas de stock, como um deságio programático da resposta nacional ao HIV. Estudos sobre a vontade de pagar por preservativos na Zâmbia revelam que a maioria dos zambianos (86,3%) utiliza os preservativos mais baratos, 2% dos utilizadores compram as marcas mais caras com mais frequência e 10% utilizam marcas de média gama que custam entre 6 e 10 kwacha. Estas constatações demonstram que a abordagem é necessária uma abordagem total do mercado para ser eficiente no fornecimento de uma gama completa de produtos no mercado de preservativos, incluindo o sector comercial, ao mesmo tempo que inclui preservativos gratuitos e comercializados socialmente para o segmento inferior do mercado. Por último, os preservativos femininos não são amplamente aceites nem promovidos, mas continuam a ser um método de prevenção importante.

Profilaxia Pré-Exposição

Análise da situação e determinantes comportamentais

A PrEP é altamente eficaz na redução do risco de infecção pelo HIV entre numerosas populações, e as directrizes da OMS recomendam a oferta do PrEP oral às pessoas seronegativas com risco substancial de infecção pelo HIV. O Plano Estratégico Nacional de Saúde (2017-2021) e o NASF 2017-2021 reconhecem a necessidade de fornecer PrEP a populações prioritárias, incluindo casais serodiscordantes e trabalhadoras de sexo. As mulheres grávidas e lactantes em contextos de elevada prevalência do HIV também correm um risco substancialmente elevado de contrair o HIV.

As directrizes da OMS recomendam o uso do PrEP como parte dum pacote de serviços de prevenção abrangentes que inclui educação e aconselhamento sobre redução de riscos, promoção do uso de preservativos, CMMV e intervenções estruturais para reduzir a vulnerabilidade a infecção pelo HIV.

O PrEP esta integrado nas directrizes nacionais abrangentes para o tratamento do HIV, e o Governo da Zâmbia apoia a implementação de programas de sensibilização não discriminatórios para as populações-alvo e os profissionais de saúde sobre o PrEP. Dado o facto do PrEP ser relativamente novo na Zâmbia e ainda não é disponibilizado em grande escala, persistem mistos sobre ele, bem como algumas preocupações de que possa contribuir para o aumento das ITSs devido ao uso limitado de preservativos. A formação limitada dos profissionais da saúde, o estigma e a discriminação dificultam o livre acesso das populações-chave ao PrEP.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Análise da situação e determinantes comportamentais

As ITSs aumentam a susceptibilidade pelo HIV. As complicações resultantes das ITSs podem ter um impacto profundo na SSR, particularmente para as mulheres que sai afectadas de forma desproporcionada. A Zâmbia utiliza uma abordagem de gestão sindrómica para as ITSs de acordo com as recomendações da OMS. Esta abordagem permite que os prestadores de cuidados de saúde na linha da frente tratem os doentes com ITSs sem recurso a diagnósticos laboratoriais que nem sempre estão imediatamente disponíveis. Geralmente, a prevalencia de alguma vez ter sido infectado com sífilis entre as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos foi 6,8% (7,2% entre as mulheres e 6,3% entre os homens). A NASF 2017-2021 apoia a melhoria do rastreio e da gestão das ITS como uma componente integral da estratégia de prevenção do HIV.

Serviços de Testagem do HIV

Análise da situação e determinantes comportamentais

O NASF delineou algumas barreiras a nível individual relacionados com a procura de testes de HIV: baixa percepção de risco, preocupações com a privacidade e a confidencialidade ao nível dos profissionais de saúde, rotulagem separa dos serviços de HIV, percepção do fardo psicológico de viver com o HIV, desigualdade de género que prejudica a opção das mulheres e a autonomia de decisão, e medo do estigma. Embora a Zâmbia tenha feito grandes progressões em termos gerais no que concerne a testagem das pessoas em maior risco, incluindo uma testagem mais orientada e maiores resultados, muitas pessoas continuam a evitar a testagem devido ao medo, a vergonha e a incerteza que surge do facto de fazer teste. Estes incluem o medo de um resultado positivo, o medo de ser rejeitado pelo parceiro/conjuge e/ou pelos pais/família, e o medo de “ser ridicularizado” na comunidade é de ser considerado não confiável, promiscuo ou “mau”. De acordo com a ZAMPHIA, 72,3% das pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos afirmaram já ter feito o teste de HIV e recebido os resultados. As abordagens de teste direcionadas, incluindo o teste de índice para alcançar o maior rendimento, provaram ser eficazes e continuarão a ser ampliadas conforme descrito no NASF 2017-2021. O teste de índice é uma abordagem em que os contactos expostos, incluindo parceiros sexuais passados ou actuais e filhos biológicos de PVHIV, conhecidos como o índice do cliente, recebem o SIS. Esta abordagem de testagem direcionada provou ser altamente eficaz na identificação de PVHIV e continuará a ser uma abordagem prioritária tal como referido no NASF.

Embora tenham sido feitos progressos, continuam a existir desafios estruturais para garantir a disponibilidade de pessoal adequado para implementar os testes de índice. O Grupo Técnico de Trabalho para a Prevenção identificou a necessidade de mais actividades promocionais a nível comunitário e vários distritos referiram a necessidade de mais conselheiros comunitários para apoiar uma maior adesão ao teste por parte das pessoas em maior risco. Existe também a preocupação de resolver o problema do excesso de testes, tanto a nível comunitário como através de testes e aconselhamento iniciados pelos prestadores de serviços nas instalações. A ligação aos cuidados de saúde continua a ser uma lacuna, sendo necessária uma maior coordenação para garantir que as pessoas com resultados positivos sejam imediatamente tratadas.

A auto-testagem é uma modalidade de teste relativamente recente na Zâmbia. Consequentemente, a informação sobre onde aceder e como utilizar um kit de auto-testagem é inadequada e, em caso de resultado positivo, a falta de conhecimento sobre a necessidade de um teste de confirmação e

sobre a melhor forma de estabelecer a ligação aos cuidados de saúde continua a ser um desafio. A auto-testagem utilizando vários modelos diferentes pode chegar a uma elevada proporção de homens, jovens e pessoas que fazem pela primeira vez, alguns dos quais podem não ter feito o teste de outra forma, como ficou provado na Zâmbia. Os estudos provaram que a ligação aos cuidados de saúde pode ser assegurada com êxito na sequência de uma auto-testagem efectuada fora das instalações, embora continuem a existir desafios na Zâmbia.

Tratamento do HIV

Análise da situação e determinantes comportamentais

As Directrizes consolidadas do Ministério da Saúde para a Prevenção e Tratamento da Infecção pelo HIV (2018) recomendaram a implementação de serviços diferenciados como forma de realizar serviços de HIV focados no cliente em vários contextos e circunstâncias. O país atingiu 80 por cento do objectivo para os utentes recém-iniciados no tratamento e fez progressos significativos na ligação dos utentes ao tratamento após o diagnóstico, com uma taxa de ligação de cerca de 80 por cento no ano fiscal de 2018. Além disso, a Zâmbia alcançou 82% de supressão da carga viral a nível nacional, embora as taxas de supressão tenham diferido muito quando se comparam crianças (70%) e adultos (84%). Os objectivos actuais do país são atingir as metas do PEPFAR 95-95-95. A supressão da carga viral tem sido particularmente baixa nas crianças dos 0 aos 14 anos e nos jovens adultos dos 15 aos 24 anos, o que reflecte a necessidade de diagnóstico e tratamento eficaz nestes grupos etários. Os casos de perda de seguimento continuam a ser elevados, com alguns a ficarem sem TARV durante longos períodos ou a abandonarem completamente o tratamento.

Os obstáculos à iniciação e à adesão ao TARV incluem o transporte, a insegurança alimentar e os custos financeiros associados a frequência das consultas obrigatórias e das consultas de recarga, assim como a distância aos centros de testagem e tratamento. Muitos ainda receiam revelar o seu estado serológico, o que os impede de procurar ajuda na sua rede de apoio social. Para além disso, os homens são influenciados por normas de género, incluindo a percepção de serem fracos ou não masculinos, o que pode desencorajá-los de aceder e aderir ao tratamento e, muitas vezes, assumem o seu estado dependendo das parceiras.

A exposição à VBG, particularmente a violência do parceiro íntimo, está associada a um menor uso do TARV, a uma menor adesão ao TARV e a taxas significativamente mais baixas de supressão viral entre as mulheres. De acordo com o ZAMPHIA, 7,0 por cento dos inquiridos com idades entre os 15 e os 24 anos sofreram violência sexual ou física nos últimos 12 meses, o que foi baixo em comparação com dados anteriores sobre a violência por parceiro íntimo na Zâmbia: a violência por parceiro íntimo foi provavelmente subnotificada no inquérito. As normas que sancionam a violência contra as mulheres e o controlo das mulheres pelos parceiros masculinos diminuíram as probabilidades do uso do TARV entre as PVHIV. O Ministério de Género e Desenvolvimento enfatizou a necessidade da realização de campanhas de sensibilização da comunidade para aumentar o conhecimento dos direitos e das vias de recurso disponíveis, enquanto assinalava a necessidade de mudar atitudes e comportamentos associados a normas de género prejudiciais. Estas normas têm impacto nos resultados do tratamento, tanto para os homens como para as mulheres. Dadas as lacunas actuais, por exemplo, a Zâmbia deve aumentar mais rapidamente e encontrar os homens em falta, uma vez que a cobertura do TARV para homens adultos é de 62%, de acordo com a comunicação do Plano Operacional do País do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA de 2019.

Para além disso, o programa pediátrico está a debater-se com a detecção de casos, o fraco rendimento, a baixa cobertura do diagnóstico infantil precoce e a fraca supressão da carga viral. Pouco mais de metade das crianças que estavam a receber tratamento tinham cargas virais suprimidas, o que indica a necessidade de melhorar a adesão, a retenção e a monitoria do tratamento. Entre as intervenções necessárias para promover a adesão, a retenção e o tratamento pediátrico, contam-se a melhoria da eficácia do acompanhamento da coorte (utilizando ferramentas para acompanhar a saúde e o desenvolvimento de cada criança), a garantia da disponibilidade e do fornecimento das fórmulas ARV pediátricas preferidas, a implementação de intervenções para reduzir a perda de acompanhamento, a promoção da adesão à medicação e a monitoria da carga viral de rotina.

Análise da Situação e Factores Determinantes do Comportamento

O Ministério da Saúde, nas suas Directrizes Consolidadas para a Prevenção e o Tratamento da Infecção pelo HIV, recomenda o rastreio da tuberculose para os indivíduos infectados pelo HIV e, em caso de resultado positivo, devem ser colocados em tratamento contra a tuberculose. A TB é a

principal causa de morte das PVHIV, o que predispõe a pessoa a infecção por TB e a progressão para doença activa. É cada vez mais importante testar as pessoas com presumível tuberculose (ou seja, indivíduos com sintomas de tuberculose), uma vez que se demonstrou que tem uma maior prevalência de HIV do que a população em geral e são mais numerosos do que os doentes com tuberculose.

Com base no auto-teste, 60,9% dos adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos que visitaram uma clínica de TB foram testados para o HIV durante uma visita a clínica de TB, entretanto, 30,7% não fizeram o teste de HIV durante a visita e não sabiam o seu estado de HIV. Continuam a existir desafios no cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde para o acompanhamento, segundo as quais todos os doentes com TB devem ser vistos pelo menos uma vez por mês por um prestador de serviços de saúde para análise clínica, avaliação dos efeitos secundários e ajuste da dose de acordo com o peso. Actualmente, os desafios incluem também a fraca adesão ao tratamento dos pacientes ao tratamento, dosagem subótima, gestão incorrecta de casos individuais por parte dos médicos, prevenção e controlo deficiente das infecções tanto em locais públicos como privados e uso de medicamentos para a TB de qualidade não comprovada vendidos no balcão ou no mercado negro.

Órfãos, Crianças Vulneráveis e Adolescentes

Análise da Situação e Factores Determinantes do Comportamento

O período da primeira infância é considerado a fase de desenvolvimento mais importante ao longo da vida e é determinante para a saúde e o bem-estar. O que acontece à criança nos primeiros anos é fundamental para a sua trajectória de desenvolvimento e para a sua vida. Entre as crianças não expostas ao HIV na Zâmbia, 17,0% são raquíticas e 11,5% são gravemente raquíticas. Entretanto, entre as crianças expostas e não infectadas pelo HIV, 21,4 por cento são raquíticas e 26,3 por cento são gravemente raquíticas, de acordo com a ZAMPHIA. Os trabalhadores e voluntários das vítimas das COVs baseados na comunidade tem um papel importante na gestão de casos que apoiam o acesso a serviços abrangentes e no acompanhamento e monitoria regulares ao nível do agregado familiar. Os programas de COVs são fundamentais para encontrar e garantir que

as crianças assintomáticas que vivem com o HIV sejam encontradas e iniciem o TARV. O objectivo é chegar as crianças e aos adolescentes antes de ficarem doentes.

População-Chave

Análise da situação e determinantes comportamentais

A NASF 2017-2021 reconhece a negligência das populações-chave na resposta nacional e apela aos líderes de opinião e outros guardiões para que reconheçam urgentemente as implicações do risco da população-chave para a população em geral na elaboração, implementação e prestação dos serviços de prevenção e tratamento relacionados. O quadro político e jurídico nem sempre proporciona um ambiente em que as populações-chave-trabalhadoras de sexo (TSF), homens que tem sexo com homens (HSH), pessoas que injectam drogas (PID), pessoas transgéneras e reclusos – possam aceder facilmente a serviços de prevenção do HIV sem estigma e discriminação. Existem também dados populacionais inadequados sobre pessoas de orientação sexual e identidade de género diversas ou lésbicas, gays, bissexuais, transgéneros e intersexuais na Zâmbia, embora estejam em curso planos para uma estimativa mais profundada aquando da data de redacção deste documento.

De acordo com a OMS, a resposta global ao HIV negligencia em grande medida as populações-chave porque os governos e os doadores não financiam, de forma adequada, a investigação, a prevenção, o tratamento e os cuidados para essas populações. No entanto, a Estratégia Nacional Acelerada de Luta contra a SIDA 2015-2020 especifica que 90% das populações-chave devem ter acesso a serviços de prevenção combinada do HIV. Além disso, o preâmbulo da Constituição da Zâmbia (Emenda) Lei 2 de 2016 articula o compromisso de “defender os direitos humanos e as liberdades fundamentais de cada pessoa”.

Este apelo no âmbito do NASF é imperativo porque as prostitutas são extremamente afectadas pelo HIV, com probabilidades de infeção 12,4 vezes superiores as da população geral de mulheres em idade reprodutiva na África Subsariana. O trabalho sexual é ilegal na Zâmbia, com disposições que estabelecem que viver dos rendimentos do trabalho sexual, encorajar outros a tornarem-se trabalhadores do sexo e utilizar instalações para o trabalho sexual são ilegais. Os delitos de

vadiagem e de desordem da ordem pública são frequentemente aplicados contra as trabalhadoras do sexo que operam em público, sendo as detenções efectuadas com base na aparência, mesmo que não tenham cometido qualquer delito. As TSF enfrentam estigma e discriminação quando tentam aceder a serviços de saúde, incluindo rastreio e tratamento de ITSs, testes de HIV, TARV, CPN e acesso a preservativos. A Zambia Sex Workers²⁰ e o NAC reconhecem que, embora as populações-chave tenham sido reconhecidas, os enquadramentos políticos e legais não mudaram para proporcionar um ambiente propício ou abordar questões estruturais que afectam as populações-chave, como a VBG entre os trabalhadores do sexo. Os membros das populações-chave na Zâmbia vivem em constante medo de detenção arbitrária: discriminação na educação, emprego, habitação e acesso a serviços: e extorsão encorajada pela existência das secções 155-157 do Código penal da Zâmbia, nas quais os actos sexuais dos HSH são proibidos. Aumentou-se a pena máxima para o sexo não natural de 14 anos para prisão perpétua em 2005.

A percepção das leis penais interfere com as obrigações médicas e éticas dos prestadores de saúde com os seus clientes, na medida em que consideram as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgéneros e intersexuais como criminosos e pensam que a prestação de serviços de saúde a essas pessoas é por vezes vista como uma promoção da homossexualidade e, por isso, inaceitável ou mesmo ilegal. O artigo 27 da Declaração dos Direitos estabelece que uma pessoa não deve ser “discriminada, excepto nos termos de uma lei que prevê uma acção afirmativa”, garantindo assim os direitos de todos, incluindo os das pessoas com orientação sexual e identidade de género diferentes. A maioria dos prestadores de saúde não estão devidamente orientados para servir trabalhadores do sexo, os HSH, os transexuais e outras minorias sexuais e, muitas vezes, não tem formação para identificar e tratar os seus factores de risco. Além disso, as quebras de confidencialidade relativas ao estado de saúde e a questões de orientação sexual e identidade de género são persistentes, tal como as humilhações verbais e os maus-tratos em geral. Muitos desses comportamentos resultam de uma percepção negativa das populações-chave e da falta de sensibilização.

O estigma social e a criminalização das práticas do mesmo sexo, combinados com a ignorância sobre a comunidade das populações-chave, aumentam ainda mais o estigma e os estereótipos negativos. Aqueles que não se conforma com as normas de género masculinos e podem identificar-

²⁰ Aliança dos Trabalhadores de Sexo da Zâmbia

se com um terceiro género ou transgénero estão também sujeitos a uma maior violência que complicam o seu acesso aos serviços necessários de prevenção e tratamento do HIV.

O NASF (2017-2021) reconhece que se estima que a proporção de pessoas que consomem drogas está a aumentar, e o NAC reconhece a necessidade de articular orientações e sugerir um pacote abrangente de serviços dado o elevado risco de exposição ao HIV devido a partilha de agulhas e equipamento de injeção. As pessoas que consomem drogas não tem muitas vezes acesso aos serviços de saúde na Zâmbia devido a natureza criminalizada do consumo de drogas, ao medo de serem presas e ao estigma e discriminação de que são alvo quando acedem aos serviços de saúde. Os comportamentos de risco mais comuns tendem a incluir a partilha de agulhas, a reutilização de agulhas e outras práticas de injeção não higiénicas, o uso de drogas contaminadas e a prestação de favores sexuais em troca de drogas. A Lei sobre Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, capítulo 96 da legislação da Zâmbia²¹, constitui um obstáculo substancial ao acesso das pessoas que consomem drogas aos serviços de saúde, uma vez que os prestadores de serviços de saúde referiram que o quadro jurídico os obrigava a não prestar serviços de saúde e que as pessoas que consomem drogas evitavam os serviços por receio de serem presas.

Os estabelecimentos prisionais continuam a ser um ambiente de alto risco para a transmissão do HIV, porque é frequente o consumo de drogas e a partilha de agulhas, a tatuagem com equipamento caseiro não esterilizado, o sexo anal sem preservativo, a troca de sexo e a violação. Além disso, os preservativos não podem ser distribuídos livremente nos estabelecimentos prisionais da Zâmbia devido as disposições das secções 155-157 do Código Penal da Zâmbia, que não reconhece o sexo entre homens. Os jovens são ainda mais vulneráveis ao HIV neste ambiente, dada a exploração sexual por parte dos adultos, uma prática que se confirma ser prevalecente nas prisões zambianas, uma vez que os jovens são frequentemente forçados a ter relações sexuais que constituem violação, especialmente quando são mantidos com os reclusos adultos. Embora esta prática viole as leis da Zâmbia e as directrizes internacionais, continua a acontecer. Os cuidados são prestados nos centros de saúde das prisões, mas, segundo alguns relatos, os prestadores de serviços têm alguma resistência em visitar as prisões e a prestação de serviços pode ser inconsistente. As celas pequenas agravam ainda mais os problemas e subsistem lacunas em muitos serviços de prevenção.

²¹ The Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act Chapter 96 of the laws of Zambia

Alguns factores culturais sociais, políticos e jurídicos contribuem para a vulnerabilidade ao HIV entre os imigrantes. Estes factores incluem barreiras linguísticas, marginalização e obstáculos legais. As atitudes culturais, as crenças religiosas e o medo da discriminação podem aumentar a vulnerabilidade. Além disso, as atitudes negativas em relação aos imigrantes podem também inibir o uso dos serviços.

Do mesmo modo, as pessoas com deficiência correm um maior risco de exposição ao HIV. As PVHIV podem também desenvolver deficiências a ser consideradas portadoras de uma deficiência que impede a sua participação plena e efectiva na sociedade em condições e igualdade com os outros. O NASF reconhece que, apesar da Política Nacional de 2000 relativa ao HIV/SIDA/ITS/TB estar em vigor e indicar explicitamente a necessidade de intervenções na área do HIV para as pessoas com deficiência, tem havido poucas acções tangíveis para as pessoas com deficiência.

MONITORIA E AVALIAÇÃO

A monitoria e avaliação são uma componente crítica necessária para fornecer dados sobre os progressos realizados para alcançar as metas e os objectivos estabelecidos. A monitoria e avaliação podem ser usadas para identificar as mudanças que, se for o caso, devem ser introduzidas nos programas para aumentar a sua eficácia. Embora a M&A seja essencial, também consome tempo e recursos, razão pela qual é importante orçar e planear adequadamente as actividades de M&A durante o planeamento do programa. Os dados de M&A devem ser utilizados para informar as mudanças do programa e o desenvolvimento de novos programas. É melhor integrar estes processos de revisão de M&A nas actividades de gestão de programas existentes para permitir a divulgação regular dos indicadores de M&A. A colaboração entre parceiros é essencial para assegurar um uso eficiente dos recursos e garantir que cada parte interessada contribui para as prioridades partilhadas, tal como acima descrito. Pode ser usadas uma variedade de fontes de dados para monitorar o progresso desta estratégia, que deve reflectir, e potencialmente acrescentar, as que já estão delineadas no Quadro Estratégico Nacional para a SIDA (NASF) 2017-2021, incluindo:

- Sistema de Informação de gestão de saúde

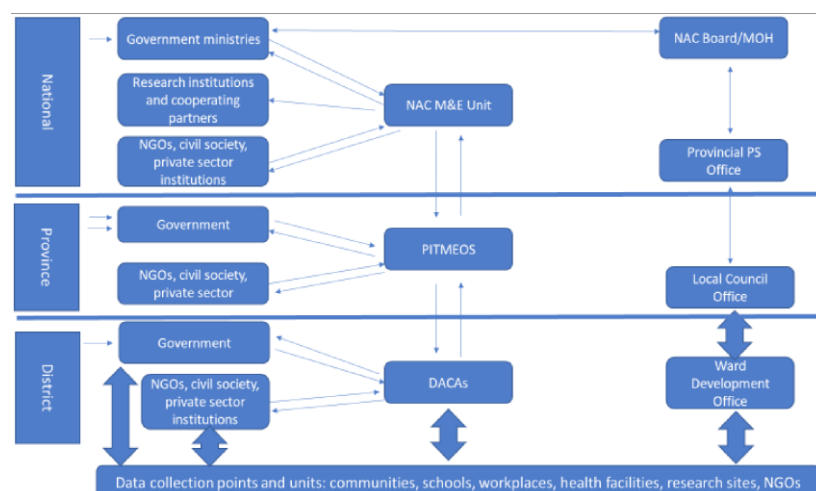
- NACMISONLINE
- Inquérito Demográfico e de Saúde da Zâmbia
- Estudos de coortes
- Compromissos nacionais e instrumento político
- Inquéritos de vigilância sentinela
- Rastreamento de despesas financeiras
- Inquéritos aos locais de trabalho
- Inquérito às unidades sanitárias da Zâmbia
- Inquérito sobre o comportamento sexual na Zâmbia
- Relatório semestral de monitoria global da SIDA
- O Processo de Revisão Anual Conjunta
- ESPECTRO

Uma lista ilustrativa de indicadores é fornecida para consideração e pode ser extraída de outros inquéritos e relatórios de programas, para além dos acima enumerados do NASF.

Relatório

A comunicação dos resultados da implementação da Estratégia Nacional de Comunicação sobre SIDA da Zâmbia será alinhada com a do NASF através de ferramentas de comunicação padronizadas. O fluxo de dados a todos os níveis (distrital, provincial e nacional) é orientado da seguinte forma na Figura 3.

Figura 3. Ilustração do Fluxo de Dados



APÊNDICE A: LEIS, POLÍTICAS E DIRECTRIZES

Abaixo estão algumas das políticas de saúde relevantes para o sucesso da Estratégia Nacional de Comunicação e Advocacia do HIV e SIDA 2019-2023:

- O Quadro Estratégico Nacional para a SIDA 2017-2021 ²²é uma resposta multisectorial, com múltiplas camadas e descentralizada ao HIV e a SIDA na Zâmbia para que o governo, as comunidades, as organizações da sociedade civil, o sector privado e os parceiros (agências bilaterais e multilaterais) participem activamente na implementação de programas de HIV e SIDA baseados em dados concretos.
- O Plano Estratégico Nacional de Saúde 2017-2021 ²³visa reduzir o peso da doença e acelerar a realização dos objectivos de desenvolvimento sustentável e outras prioridades nacionais. O plano inclui quatro grandes áreas prioritárias: os recursos humanos, intervenções de prestação de serviços de saúde, cuidados clínicos e intervenções prioritárias de serviços de diagnóstico e sistemas de apoio integrados prioritários. O documento também destaca as prioridades do Ministério da Saúde relacionadas com o HIV/SIDA para 2017-2021.
- A Política de Saúde de 2012 ²⁴estabelece o compromisso do governo de proporcionar um acesso equitativo a serviços de saúde rentáveis e de qualidade, o mais próximo possível da

²² National AIDS Strategic Framework 2017–2021

²³ 2017–2021 National Health Strategic Plan

²⁴ Health Policy 2012

família, num ambiente atencioso, competente e limpo. Isto também se aplica aos serviços de saúde relacionados com o HIV e SIDA.

- As Directrizes Consolidadas da Zâmbia para a Prevenção e Tratamento da Infecção pelo HIV (2018)²⁵ constituem uma ferramenta de referência para os prestadores de cuidados de saúde o pessoal de apoio sobre as novas tendências da resposta nacional ao HIV e SIDA.
- A Política Nacional da População de 2007²⁶, entre outras coisas, integra variáveis populacionais, saúde reprodutiva, género e HIV no planeamento do desenvolvimento e nos processos de implementação de programas, especialmente nos domínios da educação, saúde e agricultura. Fornece um quadro para a integração da dinâmica populacional na resposta nacional ao HIV.
- As Directrizes Nacionais para os Serviços de Testagem do HIV (2016)²⁷ fornecem orientações sobre como prestar serviços de testagem e aconselhamento do HIV de qualidade, acessíveis e alargados na Zâmbia.
- As Directrizes Nacionais da Zâmbia para o Aconselhamento e Testagem do HIV em Crianças (2011)²⁸ descrevem as necessidades de aconselhamento e teste das crianças até aos 16 anos de idade.
- As Directrizes e Protocolos de Planeamento Familiar da Zâmbia (2006)²⁹ fornecem diretrizes actualizadas e centradas no cliente aos prestadores de cuidados de saúde na Zâmbia para os orientar no fornecimento de informações, serviços e métodos de planeamento famílias adequadas a homens e mulheres, incluindo pessoas que vivem com o HIV.
- As Normas Nacionais para os Programas de Educação de Pares sobre SSR, HIV e SIDA (2010)³⁰ é uma estrutura para melhorar, harmoniza e reforçar os programas de educação de pares existentes, enquanto fornece orientação estratégica para novos programas de educação de pares

²⁵ Zambia Consolidated Guidelines for Prevention and Treatment of HIV Infection (2018)

²⁶ National Population Policy 2007

²⁷ HIV Testing Services National Guidelines (2016)

²⁸ Zambia National Guidelines for HIV Counselling & Testing of Children (2011)

²⁹ Zambia Family Planning Guidelines and Protocols (2006)

³⁰ The National Standards for SRH, HIV and AIDS Peer Education Programmes (2010)

- As Directrizes Nacionais para Serviços Moveis de HIV (2009)³¹ descrevem orientações relacionadas com serviços moveis/de proximidade, incluindo aconselhamentos e testes moveis, prevenção da transmissão de mãe para filho e serviços de terapia antirretroviral.
- A Política Nacional de Saúde Reproductiva de 2008³² tem como objectivo alcançar o nível mais elevado possível de saúde reproductiva integrada de todos os zambianos, o mais próximo possível da família, de modo a promover a qualidade de vida, incluindo a integração do HIV e os direitos e saúde sexual reproductiva.
- A Política Nacional de HIV/SIDA³³ para o Sector da Educação fornece o quadro para responder as preocupações e necessidades das pessoas infectadas e afectadas pelo HIV no sector da educação.
- A Política Nacional da Juventude (2015)³⁴ visa assegurar o desenvolvimento dos jovens e aborda várias questões sobre género, saúde e HIV e SIDA.
- A Política Nacional de género (2014)³⁵ visa garantir a igualdade de género no processo de desenvolvimento, corrigindo os desequilíbrios de género existentes que também tem impacto na vulnerabilidade ao HIV.
- As Directrizes Nacionais de Encaminhamento para Serviços Relacionados com o HIV e SIDA orientam todos os encaminhamentos para serviços de HIV e SIDA na Zâmbia.
- Quadro de Implementação e Orientação para a Profilaxia Pré-Exposição da Infecção pelo HIV 2018³⁶, que fornece orientações para o posicionamento e a implementação do programa de profilaxia pré-exposição na Zâmbia.
- Quadro Estratégico Nacional de Autodiagnostico do HIV (2018)³⁷, que fornece orientações estratégicas para implementação do programa de autodiagnostico do HIV na Zâmbia.

³¹ National Mobile HIV Services Guidelines (2009)

³² National Reproductive Health Policy 2008

³³ National HIV/AIDS Policy

³⁴ National Youth Policy (2015)

³⁵ National Gender Policy (2014)

³⁶ Implementation Framework and Guidance for Pre-Exposure Prophylaxis of HIV Infection 2018

³⁷ National HIV Self-Testing Strategic Framework (2018)

3. O Texto Original

National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy

2019 - 2023

Disease Prevention for a Prosperous Nation

FOREWORD

The Government of the Republic of Zambia has embarked on an all-inclusive health delivery programme under the banner of Universal Health Coverage premised on empirical evidence that a healthy population is **sine qua non** for economic growth. Investment in health has been prioritized with a strong focus on health promotion, disease prevention and robust curative measures.

On the HIV and AIDS front, the Ministry of Health through the National HIV/ AIDS/STI/TB Council (NAC) has developed a multi-sectoral National HIV and AIDS Strategic Framework (NASF) 2017-2021 to guide the country on the execution of high impact interventions with correspondingly high health outcomes across the continuum of HIV prevention, treatment, care and support. The NASF clearly identifies key intervention areas and appropriate strategies to achieve intended results of attaining epidemic control and ultimately ending AIDS as a public health threat by 2030 with the UNAIDS 90-90-90 targets providing a framework for programming.

Other than identifying high impact interventions, the NASF goes a step further to segment population groups which are differently affected by the HIV epidemic and therefore requiring unique ways to respond to the needs of each of these sub populations. Although Zambia has a mature and generalized epidemic, its impact is not uniform across all demographic divide.

The development of this National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy (NACAS) is borne purely out of the realization of the need to target different sub populations with the most appropriate Social and Behavior Change Communication (SBCC) materials according to needs. Each subgroup is faced with its own set of unique barriers which might be an impediment to the adoption of behaviors that reduce risks of HIV infection and improve adherence to treatment on the part of those living with the virus.

This document is intended to help implementing partners design social and behavior change programmes especially on comprehensive HIV prevention with a full knowledge of the characteristics of their target audiences for maximum results and a guarantee of value for money. The NACAS is a useful resource which will help partners appreciate the social conditions, institutional and policy issues that may be shaping the behaviors of their target audiences.

Equipped with this knowledge, it should be less challenging for programme implementers to design social and behavior change communication activities with clear, age appropriate and social compliant messages for service demand creation. The NACAS clearly demonstrates the importance of targeted communication as a catalyst for programme success. No matter how elaborately thought out a programme is, it is doomed to fail if it is not complemented by a target centered social and behavior change communication effort. I am pleased to recommend this document to all players in the HIV and AIDS sector.

Dr Chitalu Chilufya

MINISTER OF HEALTH, MP

ACKNOWLEDGEMENTS

The National HIV/AIDS/STI/TB Council (NAC) is pleased to have successfully facilitated the development of this National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy (NACAS) through a countrywide consultative process in order to secure full stakeholder ownership. Prior to the field situation analysis which covered seven out of the 10 provinces of Zambia, multiple sources of both primary and secondary information were utilized during the desk review to give the NACAS high quality and topical content.

Some of the main reference documents used were the 2017-2021 National Health Strategic Framework, the National HIV and AIDS Strategic Framework 2017-2021 and the National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy 2011-2015.

The third level of national consultation in the development process of this document involved the participation of key stakeholders drawn from all the 10 provinces to collectively review a draft

NACAS. During the national strategy review meeting held in Lusaka, the three provinces of Northern, Muchinga and Eastern which were not covered in the field situation analysis were given an opportunity to input into the data collection process.

NAC is indebted to many players for their critical roles in the successful completion of this document. These include the Ministry of Health for its leadership both at the central and provincial levels as well as NAC's sub national coordination structures and their membership which include civil society organizations. A full list of those who participated in the process can be found in Annex 2.

I pay special tribute to Breakthrough ACTION for rendering technical and financial support to the entire process of developing this document.

Dr Victor Mukonka

DIRECTOR GENERAL

NATIONAL HIV/AIDS/STI/TB COUNCIL

INTRODUCTION

The Zambia National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy is designed to engage all stakeholders involved in Zambia's HIV response. The strategy identifies how social and behavior change communication (SBCC) may be most effectively used to increase HIV-related health-seeking behaviors through a variety of approaches that are appropriate within the Zambian context and considered to have high impact. Although Zambia has experienced great success in addressing its HIV epidemic, challenges remain in reaching targets across both the prevention and treatment continuum. Figure 1 provides an overview of the diverse influences relating to HIV to consider when developing social and behavior change (SBC) approaches. It is well understood that responding to HIV involves a complex set of behaviors influenced from multiple levels. By considering such influences, programmes may have greater impact and truly influence behavior.

SBCC can be used to address barriers and create health-seeking behaviour on the demand side and to improve the quality of in-service counselling on the supply side. In the context of HIV, communication can motivate people to use condoms, seek voluntary medical male circumcision (VMMC), get tested for HIV, link people living with HIV (PLHIV) to care and treatment, support retention in care, and help stigma. Research consistently shows evidence-based communication and advocacy programmes can produce changes in a wide range of HIV-related behaviours through a variety of ways, including increasing knowledge, improving self-advocacy, and shifting attitudes and cultural/gender norms. This strategy further articulates the specific ways in which communication and advocacy may be harnessed to improve HIV outcomes.

Country context

According to the 2016 Zambia Population-Based HIV Impact Assessment, the annual incidence of HIV among adults ages 15 to 59 years was 0.61 percent (0.93 percent among females and 0.29 percent among males). This corresponded to roughly 43,000 new cases of HIV annually among adults ages 15 to 59 years in Zambia. HIV prevalence among adults in Zambia was 12.0 percent (14.6 percent among women and 9.3 percent among men), and there are approximately 961,000 PLHIV ages 15 to 59 years in Zambia. The prevalence of viral load suppression among adults ages

15 to 59 years living with HIV was 59.2 percent (60.4 percent among women and 57.2 percent among men). HIV prevalence among adults varied geographically, ranging from 5.7 percent in Muchinga Province to 15.9 percent in Western Province and 15.7 percent in Lusaka.

BACKGROUND

Through the National AIDS Strategic Framework (NASF) 2017–2021, the National HIV/AIDS/Sexually Transmitted Infection (STI)/Tuberculosis (TB) Council (NAC) has identified several factors influencing new HIV infections in Zambia: 1) intergenerational and transactional sex; 2) denial and marginalization of key populations and vulnerable groups; 3) stigma and discrimination; 3) marriage patterns and polygyny; 4) religious beliefs against antiretrovirals (ARVs) and condom use; 5) gender inequalities, including gender based violence (GBV); 6) deepening poverty and food insecurity; 7) widespread abuse of alcohol and other substances; 8) poor enforcement of anti-discrimination laws; and 9) weak social and legal protection of vulnerable populations.

The Joint Program of Support 2016–2021 by the United Nations Joint Team also highlights some of the major challenges that contribute to limiting access to health services in Zambia, including geographical barriers to service access, inadequate numbers of health workers, inadequate logistics management of drugs and medical supplies, inadequate electricity and Internet connectivity, poverty, and over reliance on external funding for HIV. In applying the Abuja Declaration, the national budget for health has decreased to 8.3 percent in the 2016 budget down from 9.6 percent in 2015. These figures are far short of Zambia’s commitment to allocate at least 15 percent of the national budget to health.

Laws, policies, and practices allowing for stigma, discrimination, and human rights violations are another challenge to the HIV response in Zambia and require intensified advocacy efforts to protect all persons, including vulnerable and key populations, from HIV. Although the 2005 National HIV/AIDS Policy espouses the protection and promotion of human rights and gender equality as guiding principles to the national response to HIV, these protections remain challenging to put into practice at times. However, a number of policies, guidelines, and protocols are in place to shape the country’s HIV response with a full list referenced in Appendix A. These policies not only lay

out the priorities for the coming years, but also clearly the state the direction needed for a coordinated and decentralized response through the implementation of evidence-based programmes.

In addition to this background context, Zambia has made great strides in its HIV response and has delivered on many of the commitments outlined in the NASF 2011–2015 and is making progress towards the goals outlined in the current NASF 2017–2021. This strategy builds on the *National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy* (2011–2015) and serves as a guide for stakeholders towards implementing a coordinated and effective national response to HIV.

STRATEGY PURPOSE

This strategy provides a “roadmap” for stakeholders involved in the HIV response focused on SBC efforts and ensures that communication and advocacy activities and outputs are coordinated to achieve agreed upon goals and objectives. It is based upon evidence and outlines priority audiences and evidence-based approaches for SBC programmes, among other strategic design elements. The communication strategy is not a static product and must be responsive to an ever-changing environment. Adaptations may be necessary to respond to new research findings and data, unexpected events, changing priorities, or unforeseen results.

DEVELOPMENT PROCESS

This strategy was developed through a consultative and participatory process with stakeholders involved in the HIV response. The strategy is informed by existing evidence obtained from a literature review of documents, reports, and proven best practices from Zambia and other countries. Documents reviewed included national strategies, policies, implementation guidelines, reports, regional and global position documents, and peer reviewed literature. This desk review was then further complemented by extensive consultations with key informants through one-to-one interviews, focus group discussions (conducted by the NAC with key provincial and district stakeholders). Consultations were held in seven provinces (Southern, Western, Northwestern, Luapula, Copperbelt, Central, and Lusaka) and seven districts (Choma, Mongu, Solwezi, Mansa, Ndola, Kabwe, and Lusaka) on April 8–24, 2019. After the district and provincial discussions, a

workshop was held with key national stakeholders in Lusaka on June 6–7, 2019, to further develop the strategy and make any final changes as needed.

GUIDING PRINCIPLES

- **Results oriented and evidence based:** The effectiveness of a communication effort should be ultimately determined by the health outcomes with activities and approaches built on empirical data and theories that improve service uptake and promote positive supportive norms.
- **Client centered:** Audiences for the interventions should be involved in co-design and participate in the process of shaping activities and messages to address their needs.
- **Technical quality:** Communication activities and products should be of the highest possible quality.
- **Multi-channelled:** A multi-channel approach should be used to enhance the effectiveness of communication and reach to the relevant audiences through multiple, appropriate ways to reinforce the behavioral objectives outlined throughout this document.
- **Scalable:** Effective communication initiatives and activities should be adapted as needed and expanded to reach the highest number of people to maximize reach and impact.
- **Gender transformative and culturally sensitive:** Communication interventions should be gender and culturally sensitive at all times with the goal of truly transforming gender norms to be more equitable.
- **Cost effective:** Communication resources should be focused towards the most effective approaches to maximize efficiencies and reach.
- **Segmented by audience:** Interventions should be highly focused and tailored to each audience as defined in this communication strategy.
- **Government led:** All SBCC implementing partners will work under the direction and guidance of the Ministry of Health (MOH) and NAC to ensure seamless coordination and minimize any duplication waste of resources.
- **Equitable:** Innovation and contextualized communication channels will be used to reach the hard- to reach and vulnerable communities.

- Mutual accountability: National government, service providers, funding agencies, and intended beneficiaries will share responsibility to monitor implementation progress including financial management and agreed commitments.

INTENDED USERS

This framework may be used by a variety of international, national, and subnational actors:

- Health communication experts, including those in the NAC, MOH health promotion units, nongovernmental organizations (NGOs), etc.: To adapt messages to the local context and design communication strategies to include messaging in existing or new activities
- Managers in MOH HIV units: To ensure that messages are effectively integrated at various points in the health system, as appropriate, such as pre-service or in-service training, service delivery, and SBCC programmes.
- Civil society advocates, such as groups representing PLHIV: To guide local advocacy on HIV and ensure that the communities they serve are informed and aware of the latest evidence and programmes to improve their health and wellbeing.
- Donors/international NGOs: To support countries in operationalizing the evidence through strategic SBCC approaches.

STRATEGY COMPONENTS

A. Situation Analysis

14gaining a deeper understanding of HIV in Zambia. The analysis includes learning about those affected and their perceived needs, understanding social and cultural norms that may affect the HIV response, identifying communication resources and existing capacity, and identifying potential barriers and facilitators for individual and collective change. It is based on available country-level research data and evidence and examines the social and behavioural drivers that facilitate or act as barriers to uptake of desired behaviour(s).

B. Key Audiences

Clarifying the key audiences through segmentation determines the specific population groups or subsets on which to focus when addressing the selected behavioral challenge. Audience segmentation ensures activities are tailored to be as effective and appropriate as possible for relevant audiences and that communication interventions are highly customized according to that audience's needs.

C. Social and Behavioral Objectives

Communication objectives are measurable statements that describe the specific changes to norms, policies, or behaviors that will be achieved as a result of the communication activities. Objectives answer the question, "What will this program accomplish?"

D. Key Benefits and Supporting Points

Positioning creates a distinct impression of a product, service, or behavior in the client's mind that is most compelling. Positioning provides direction for developing messages and helps determine the best communication channels. It also helps ensure that all program outputs and activities use a consistent voice and reinforce each other for a cumulative effect.

E. Strategic Approaches

Strategic approaches describe how the objectives will be achieved, guide the development and implementation of activities, and determine the vehicles, tools, and channel mix used. A mix of approaches with mutually reinforcing messages is recommended. Approaches and activities should be carefully selected based upon timeline, cost, ability to reach the intended audience, and creative considerations. Referring to findings from the situation analysis will help guide strategic approaches and selection of activities.

NATIONAL AIDS STRATEGIC FRAMEWORK 2017-2021 FOCUS AREAS

The NASF is driven by a long-term vision for "a nation free from the threat of HIV" and a mission to control the HIV epidemic by integrating it into the national development agenda and scaling up prioritised actions that are rapid and responsive to the needs of the local community to be served. The NASF 2017-2021 aims to intensify a combination of HIV prevention interventions to reduce

new HIV infections and achieve the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 90-90-90 targets.

Importantly, the NASF highlights SBCC as a key focal area and its importance in promoting and sustaining positive behaviours through a variety of innovative approaches at scale to address the determinants of HIV and support positive social and behavioural change through high-impact interventions. This strategy aims to outline those interventions and suggest an illustrative list of approaches to address specific behavioural objectives within each technical area.

NASF SBCC Programme Strategies

- Mobilise general, key, and vulnerable populations that are underserved
- Advocate for change of policies and discriminatory laws
- Strengthen implementation of age-appropriate comprehensive sexuality education and information for learners in school settings and out-of-school youth
- Design and implement appropriate SBCC approaches and gender-sensitive information, education, and communication materials
- Scale up age-appropriate messaging and services to ensure an adolescent and youth-friendly environment in HIV testing services (HTS), condom promotion and distribution, VMMC, and treatment adherence
- Strengthen capacity of service providers and increase efficiency for delivery of HIV prevention and care services
- Strengthen the capacity of peer educators, community health workers, and outreach workers to effectively deliver stigma-free prevention services and provide effective referral to services
- Strengthen engagement and influence faith- and community-based organization leadership; PLHIV, traditional, civic and political leaders in implementation of SBCC interventions
- Strengthen integrating SBCC in elimination of mother-to-child-transmission (eMTCT), HIS, VMMC, GBV, condoms, pre-exposure prophylaxis (PrEP), post-exposure prophylaxis, family planning (FP), sexual and reproductive health (SRN), and stigma/discrimination reduction programmes

- Scale up tailor-made HIV and harm reduction messaging to key populations through peer mobilisation

STRATEGIC PRIORITIES BY TECHNICAL AREA

Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV

Situation Analysis and Behavioural Determinants

The Fast Track Strategy (2017-2021) and NASF articulate the country's goal of achieving the eMTCT, with the target of reducing mother-to-child transmission (MTCT) to less than one percent by 2021. At present, coverage of prevention of MTCT (PMTCT) services varies across provinces with some provinces obtaining relatively low coverage. Among pregnant women living with HIV, 83 percent were accessing treatment or prophylaxis to prevent transmission of HIV to their children and an estimated 8,900 children were newly infected with HIV due to MTCT. The eMTCT technical working group continues to oversee implementation of eMTCT services within antenatal care (ANC) in line with the updated eMTCT and antiretroviral therapy (ART) scale-up plan.

Follow-up testing throughout pregnancy and the breastfeeding window remains a gap. Weak cohort monitoring systems are a limitation for tracking mother-baby pairs along the PMTCT cascade of care. There is poor 12-month retention with an increasing number of children infected during the breastfeeding period. Male involvement also remains limited, which impacts partner testing. Some women hide their status from their partners. Some women also deliver at home making it challenging to ensure the mother-baby pair are accessing the prevention tools available. A lack of confidentiality from health workers sometimes remains a challenge highlighting the need for improved counselling and a client-centered approach.

Voluntary Medical Male Circumcision

Situation Analysis and Behavioural Determinants VMMC remains a critical HIV prevention intervention, and the World Health Organization (WHO) has recently reaffirmed its continued support. VMMC not only reduces the risk of HIV acquisition for men by around 60 percent but

has benefits for their partners including a reduction in cervical cancer as well. The Notional Operational Plan for the Scale-Up of VMMC in Zambia (2016-2020) highlights annual targets and builds on existing momentum to reach a new ambitious target of 90 percent coverage of 10-49-year-olds, with a focus on the core age groups of 15-29 with the goal of reaching 1.985,083 VMMCs by 2020. By the end of 2018, the national achievement was 1.3 million. Communication and demand creation remain essential in effectively reaching men at risk of HIV acquisition as articulated in the plan with periodic campaigns proving successful. Addressing key barriers to and motivators for adolescents and men seeking VMMC is necessary to understand the nuances of messaging to men that speak to their needs and concerns including fear of pain in advance of as well as during the service provision. Segmenting and targeting audiences can help to address myths and inadequate understanding of the benefits of circumcision. Several stakeholders report inadequate demand creation for VMMC through SBCC including engagement with communities, rural health committees, and religious and traditional leaders to champion VMMC. Further, a need remains to capitalize on satisfied VMMC clients as advocates for reaching other men to encourage service uptake. Zambia has already rolled out early infant medical male circumcision, but awareness remains low and deserves attention as part of the country's sustainability plan progresses.

Prevention Among Youth

Situation Analysis and Behavioural Determinants

Adolescent girls and young women remain at highest risk of infection and must be a primary target for prevention activities. Despite the number of new HIV infections substantially declining overall, HIV prevalence among 20 to 24-year-olds remains four times as high among young women (8.3 percent) than young men (2.0 percent). HIV incidence among those 15-24 years of age in Zambia was 0.57 percent (0.08 percent among young men and 1.07 percent among young women). According to the NAC Fast Track Strategy, adolescents comprise 23 percent of the Zambian population and have some of the lowest knowledge of ways to prevent HIV and protect themselves in addition to low risk perception. Although the legal age for sex in Zambia is 16, the Zambia Demographic and Health Survey 2013-14 revealed that among the general population age 25-49,

13 percent of women and 11 percent of men had first sexual intercourse by age 15. By age 18, 58 percent of young women have had sex.

Intergenerational and transactional relationships are common among adolescent girls for the economic benefits afforded by older men. Young women aged 15-24 with intimate partners more than five years their senior are at greater risk for HIV than their counterparts with age comparable partners. In poor areas, parents and family members of female children are said to promote transactional sex or early marriage to older men. GBV furthers the spread of HIV by limiting women's ability to negotiate safe sexual practices, disclose their status, and access services because of fear of reprisal. Inadequate availability of victim support centres and youth-friendly victim/witness offices to facilitate arrests, where appropriate, and to monitor and follow up on complaints of sexual violence against young women remain a challenge.

HIV disclosure among adolescents to their sexual partners is also reportedly low. According to one study, almost half of the adolescents (47 percent) informed partners about their HIV status and less than half (42 percent) knew if their partner had been tested.

Legal barriers, including the age of consent for those under 16 years old, limit access to HIV prevention services, such as condoms and HIV testing, as do restrictions on distributing condoms in schools. Less than half of youth (both women and men) aged 15-24 used a condom during their last sexual encounter. The MOH 2017 National Health Strategic Plan further highlighted key challenges for addressing adolescents and youth health:

- Inadequate implementation of adolescent health strategies at lower levels
- Inadequate knowledge among adolescents of existing health services
- Inadequate knowledge among health care workers of key adolescent health issues
- Inadequate HIV/SRH outreach services for adolescents
- Lack of adolescent health-specific indicators in the current health management information system related to HIV

This reality creates many other challenges for helping protect those adolescent and youth most vulnerable to infection.

Condom Promotion

Situation Analysis and Behavioural Determinants

Comprehensive condom programming is highlighted in the NASF 2017-2021 as an important focal area in preventing new HIV and STI infections as well as unintended pregnancies, yet consistent condom use remains low. According to the ZAMPHIA, of those who reported having sex in the past 12 months with a non-marital, non-cohabitating partner, condom use at last intercourse was reported by only 37.6 percent for those aged 15-59. Expanding access while creating and sustaining user driven demand, targeted distribution and use of condoms among sexually active populations remains an impactful approach to ensure condoms are available, accessible, and attractive to users. Yet, according to the NAC Prevention Technical Working Group, there remains inefficient national, subnational, and community coordination mechanisms to implement a quality national strategy and operational plan for effective condom programming.

Gaps remain related to condom sensitization, and accessibility is a challenge for adolescents. Social and cultural factors have also negatively impacted condom promotion in Zambia particularly in reaching young people and key populations. The Ministry of General Education does not allow distribution and demonstrations of condoms in primary and secondary schools. Condoms continue to be seen as taboo for families to discuss with many barriers remaining, including a lack of safe spaces for young people to freely access condoms without discrimination. Further, some faith groups lack an understanding of the role of condoms for discordant couples.

In addition, the NAC highlighted weak logistical management of condoms leading to persistent stock-outs as a programmatic challenge of the national HIV response. Willingness to pay for condom studies in Zambia reveal that most Zambians (86.8 percent) use the least expensive condoms, two percent of users bought the most expensive brands most often, and 10 percent used mid-range brands costing between six and 10 Kwacha. These findings demonstrate that a total market approach is necessary to be efficient in providing a full range of products within the

condom market including the commercial sector while also including free and socially marketed condoms for the lower end of the market. And finally, female condoms are not widely accepted nor promoted and yet remain an important prevention method.

Pre-Exposure Prophylaxis

Situation Analysis and Behavioural Determinants

PrEP is highly effective at reducing the risk of HIV infection among numerous populations, and WHO guidelines recommend offering oral PrEP to those who are HIV negative and at substantial risk of HIV infection. The National Health Strategic Plan (2017-2021) and the NASF 2017-2021 recognise the need for providing PrEP to priority populations including discordant couples and sex workers. Pregnant and breastfeeding women in high HIV-prevalence settings also are at substantially high risk for HIV acquisition. WHO guidelines recommend using PrEP as part of a package of comprehensive prevention services that includes risk reduction education and counselling, condom promotion, VMMC, and structural interventions to reduce vulnerability to HIV infection.

PrEP is integrated in the comprehensive HIV Treatment National Guidelines, and the Government of Zambia supports the implementation of non-discriminatory sensitisation programmes for targeted populations and health workers on PrEP. Given that PrEP is relatively new in Zambia and not yet offered at scale, myths about it remain as do some concerns that it may contribute to an increase in STIs due to limited condom use. Limited training among health workers, stigma, and discrimination make it difficult for key populations to freely access PrEP.

Sexually Transmitted Infections

Situation Analysis and Behavioural Determinants

STIs increase susceptibility to HIV infection. Complications due to STIs can have a profound impact on SRH, particularly for women who are disproportionately affected. Zambia uses a syndromic management approach for STIs in accordance with WHO recommendations. This approach allows frontline health care providers to manage STI patients without laboratory-based

diagnostics that are not always readily available. Overall, the prevalence of having ever been infected with syphilis among those aged 15-59 years was 6.8 percent (7.2 percent among women and 6.3 percent among men). The NASF 2017-2021 supports improved screening and management of STIs as an integral component of the HIV prevention strategy.

HIV Testing Services

Situation Analysis and Behavioural Determinants

The NASF has outlined some individual-level barriers to seeking HIV testing: low perceived risk, concerns of privacy and confidentiality at the health worker level, separate labelling of HIV services, perceived psychological burden of living with HIV, gender inequality undermining women's option and decision-making autonomy, and fear of stigma. Although Zambia has made great progress overall with testing those most at risk including more targeted testing and higher yields, many still shy away from testing due to fear, shame, and uncertainty that come with getting tested. These include fear of a positive result, fear of being rejected by partner/spouse and/or by parents/family, and fear of "being laughed at" within the community and thought of as untrustworthy, promiscuous, or "bad." According to the ZAMPHIA, 72.3 percent of those aged 15-59 years reported ever having tested for HIV and receiving their results. Targeted testing approaches including index testing to reach the highest yield have proven effective and will continue to be scaled up as outlined in the NASF 2017-2021. Index testing is an approach where the exposed contacts, including past or current sexual partners and biological children of PLHIV known as the index client, are offered HIS. This targeted testing approach has proven highly effective at identifying PLHIV and will continue to be a priority approach as noted in the NASF.

Although progress has been made, structural challenges remain in ensuring adequate staff are available to implement index testing. The Prevention Technical Working Group has identified the need for more community-level promotional activities and several districts have noted the need for additional community-based counsellors to support greater testing uptake of those most at risk. Concerns also exist to address the amount of over testing, both at the community level and through provider-initiated testing and counselling within facilities. Linkages to care remain a gap with calls

for more coordination in ensuring that those who test positive are initiated on treatment immediately.

Self-testing is a relatively recent testing modality in Zambia. As a result, there is inadequate information on where to access and how to use a self-test kit and, if found positive, inadequate understanding about the need for a confirmatory test and how best to link to care remains a challenge. Self-testing using several different models can reach a high proportion of men, youth, and first-time testers, some of whom may have not tested otherwise, as has been proven in Zambia. Studies have proven that linkage to care can be successfully ensured following a self-test conducted outside facilities though challenges remain in Zambia.

HIV Treatment

Situation Analysis and Behavioural Determinants

The MOH Consolidated Guidelines for Prevention and Treatment of HIV Infection (2018) recommended implementation of differentiated services as a means of realizing client-centred HIV services across varied settings and circumstances. The country reached 80 percent of the target for clients newly initiated on treatment and has made significant progress in linking clients to treatment after diagnosis with roughly an 80 percent linkage rate in fiscal year 2018. In addition, Zambia has achieved 82 percent viral load suppression nationally though suppression rates differed greatly when comparing children (70 percent) and adults (84 percent). Current country goals are to reach the PEPFAR 95-95-95 targets. Viral load suppression has been particularly low among children, aged 0-14 years, and young adults, 15-24 years, reflecting a need for diagnosis and effective treatment among these age groups. Those lost to follow-up remain high with some going without ART for extended periods of time or completely disengaged from treatment.

Barriers to ART initiation and adherence include transportation, food insecurity, and financial costs associated with the frequency of required visits and refill visits along with distance to testing and treatment facilities. Many still fear HIV-status disclosure, which keeps them from seeking help from their social support network. Further, men are influenced by gender norms, including perceptions of being weak or non-masculine, that may discourage them from accessing and adhering to treatment and often assume their status based on their partners.

Exposure to GBV, particularly intimate partner violence, is associated with lower ART use, lower ART adherence, and significantly lower rates of viral suppression among women. According to the ZAMPHIA, 7.0 percent of respondents aged 15-24 years experienced sexual or physical violence in the last 12 months, which was low compared to previous data on intimate partner violence in Zambia; intimate partner violence was likely under-reported in the survey. Norms that sanction violence against women and the control of women by male partners decreased the odds of ART use among PLHIV. The Ministry of Gender and Development has highlighted the need for community awareness campaigns to increase the knowledge of rights and available redress available while also noting the need for changing attitudes and behaviours associated with harmful gender norms. These norms have impact on treatment outcomes for both men and women. Given current gaps, for example, Zambia must scale up faster and find missing men, given that adult male ART coverage is at 62 percent according to President's Emergency Plan for AIDS Relief 2019 Country Operational Plan communication.

Further, the pediatric program is struggling with case finding, poor yield, low early infant diagnosis coverage, and poor viral load suppression. Just over half of the children who were reported to be on treatment had suppressed viral loads, indicating a need for improved adherence, retention, and treatment monitoring. Improving the effectiveness of cohort tracking (using tools to track each child's health and development), ensuring availability and supply of preferred paediatric ARV formulations, implementing interventions to reduce loss-to-follow-up, promoting medication adherence, and monitoring routine viral load are among the interventions that are needed to promote paediatric adherence, retention and treatment.

Situation Analysis and Behavioural Determinants

The MOH, in its Consolidated Guidelines for Prevention and Treatment of HIV Infection, recommends TB screening for HIV-infected individuals, and, if positive, should be placed on TB treatment. TB is the leading cause of death for PLHIV, which predisposes a person to TB infection and progression to active disease. Testing those with presumptive TB (i.e., individuals with TB symptoms) is increasingly important as they have been shown to have higher prevalence of HIV than the general population and are more numerous than TB patients.

Based on self-report, 60.9 percent of adults aged 15-59 years who visited a TB clinic were tested for HIV during a TB clinic visit; however, 30.7 percent did not test for HIV during the visit and did not know their HIV status. Challenges continue in meeting MOH recommendations for follow-up in that all TB patients must be seen at least once monthly by a health care provider for clinical review, assessment of side-effects, and dose adjustment according to weight. Currently, challenges also include poor adherence to treatment by patients, sub-optimal dosage, incorrect management of individual cases by clinicians, poor infection prevention and control in both public and private places and use of TB drugs of unproven quality sold over the counter and on the black market.

Orphans, Vulnerable Children, and Adolescents

Situation Analysis and Behavioural Determinants

The early child period is considered to be the most important developmental phase throughout the lifespan and is a determinant of health and wellbeing. What happens to the child in the early years is critical for the child's developmental trajectory and life. Among HIV-unexposed children in Zambia, 17.0 percent are stunted and 11.5 percent severely stunted. Among HIV-exposed and uninfected children, however, 21.4 percent are stunted and 26.3 percent severely stunted, according to the ZAMPHIA. Community-based OVC workers and volunteers have an important role in providing case management that supports access to comprehensive services and providing regular follow-up and monitoring at the household level. OVC programmes are key to finding and ensuring that asymptomatic children living with HIV are found and initiated on ART. The goal is to reach children and adolescents before they become ill.

Key Populations

Situation Analysis and Behavioural Determinants

The NASF 2017–2021 acknowledges the neglect of key populations in the national response and calls on opinion leaders and other gatekeepers to urgently recognize the implications of key population risk to the general population in crafting, implementing, and delivering the related prevention and treatment services. The policy and legal framework doesn't always fully provide an environment in which key populations— female sex workers (FSW), men who have sex with men (MSM), people who inject drugs (PWID), transgender people, and inmates—can easily access

HIV prevention services free from stigma and discrimination. There is also inadequate population data on people of diverse sexual orientation and gender identity or lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people in Zambia though plans are underway for further size estimation at the time of this writing.

According to the WHO, the global response to HIV largely neglects key populations because governments and donors fail to adequately fund research, prevention, treatment and care for them. However, the National AIDS Fast Track Strategy 2015–2020 specifies a target that 90 percent of key populations should have access to HIV combination prevention services. Further, the preamble to the Constitution of Zambia (Amendment) Act 2 of 2016 articulates the commitment to “uphold the human rights and fundamental freedoms of every person.

This call within the NASF is imperative because FSWs are extremely affected by HIV with odds of infection 12.4 times higher than the general population of reproductive age women in sub-Saharan Africa. Sex work is illegal in Zambia with provisions stating that living off earnings from sex work, encouraging others to become sex workers, and using premises for sex work are illegal. Vagrancy and public disorder offenses are often applied against sex workers operating in public with arrests made based on appearance, even if they have not committed an offense. FSWs face stigma and discrimination when trying to access health services including STI screening and treatment, HIV testing, ART, ANC, and access to condoms. The Zambia Sex Workers Alliance and NAC acknowledge that although key populations have been recognised, policy and legal frameworks have not changed to provide an enabling environment or address structural issues affecting key populations such as GBV among sex workers. Members of key populations in Zambia live in constant fear of arbitrary detention; discrimination in education, employment, housing, and access to services; and extortion encouraged by the existence of sections 155–157 of the Zambia Penal Code in which MSM sexual acts are prohibited. The maximum penalty for unnatural sex was increased from 14 years to life imprisonment in 2005.

Perception of criminal laws interfere with health providers’ medical and ethical obligations to their clients as they regard lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people as criminals and think that providing health services to them is sometimes seen as promoting homosexuality and

thus unacceptable or even illegal. Article 27 of the Bill of Rights provides that a person shall not be “discriminated against, except under a law that provides for affirmative action” thus guaranteeing the rights of all including people of diverse sexual orientation and gender identity. Most health care providers are inadequately oriented to serve sex workers, MSM, transgender persons, and other sexual minorities and often lack the training to identify and address their risk factors. Further, breaches in confidentiality relating to health status and issues of sexual orientation and gender identity are persistent as are verbal humiliations and poor treatment in general. Many of these behaviours stem from a negative perception of key populations and lack of awareness.

Social stigma and the criminalization of same-sex practices combined with ignorance about the key population community further perpetuates negative stigma and stereotypes. Those who do not conform to male gender norms and may identify as a third gender or transgender are also subject to increased violence which complicates their access to needed HIV prevention and treatment services.

The NASF (2017–2021) acknowledges that the proportion of PWID is estimated to be increasing, and NAC recognizes the need to articulate guidance and suggest a comprehensive package of services given their high risk of HIV exposure because of sharing needles and injection equipment. PWID are often unable to access health services in Zambia due to the criminalized nature of drug use, the fear of arrest, and the stigma and discrimination they experience when accessing health services. The most common risk-taking behaviours tend to include sharing needles, reusing needles and other unhygienic injecting practices, using tainted drugs, and performing sexual favours for drugs. The Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act Chapter 96 of the laws of Zambia is a substantial barrier for PWIDs in accessing health service because health service providers have reported that the legal framework bound them to not provide health services and that people who use drugs avoided services for fear of arrest.

Correctional facilities remain a high-risk environment for HIV transmission because drug use and needle sharing, tattooing with homemade unsterile equipment, anal sex without a condom, sex bartering, and rape commonly occur. In addition, condoms cannot be freely distributed in Zambian correctional facilities due to the provisions in sections 155–157 of the Zambian Penal Code that

does not acknowledge sex among men. Young people are even more vulnerable to HIV in this environment given sexual exploitation by adults, a practice confirmed to be prevalent in Zambian prisons as youth are frequently forced into sexual relationships constituting rape, particularly when they are held with adult inmates. Although this practice violates both Zambia laws and international guidelines, it still occurs. Health care is provided at prison health centres, yet anecdotally, service providers offer some resistance to visit the prisons and service provision may be inconsistent. Small cells further exacerbate problems and gaps remain in many preventive services.

Some cultural, social, policy, and legal factors contribute to HIV vulnerability among migrants. These factors include language barriers, marginalisation, and legal obstacles. Cultural attitudes, religious beliefs, and fear of discrimination can increase vulnerability. Further, negative attitudes towards migrants may also inhibit their use of services.

Likewise, persons with disabilities are at higher risk of exposure to HIV. PLHIV may also develop impairments and may be considered to have a disability that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others. The NASF recognizes that despite the 2005 National HIV/AIDS/STI/TB Policy being in place explicitly indicating the need for HIV interventions for persons with disabilities, there have been few tangible actions for persons with disabilities.

MONITORING AND EVALUATION

M&E is a critical component necessary to provide data on progress toward achieving the set goals and objectives. M&E may be used to identify what changes, if any, need to be made to programmes to increase their efficacy. Although M&E is essential, it is also time- and resource-intensive, therefore, it is important to appropriately budget and plan for M&E activities during program planning. M&E data should be used to inform program changes and new program development. It is best to build these M&E review processes into existing program management activities to allow for regular dissemination of M&E indicators. Collaboration across partners is essential to ensure efficient use of resources and make sure that each stakeholder is contributing to the shared priorities as outlined above. A variety of data sources may be used to monitor progress of this

strategy which should mirror, and potentially add to, those already outlined and existing within the National AIDS Strategic Framework (NASF) 2017-2021¹⁰² including:

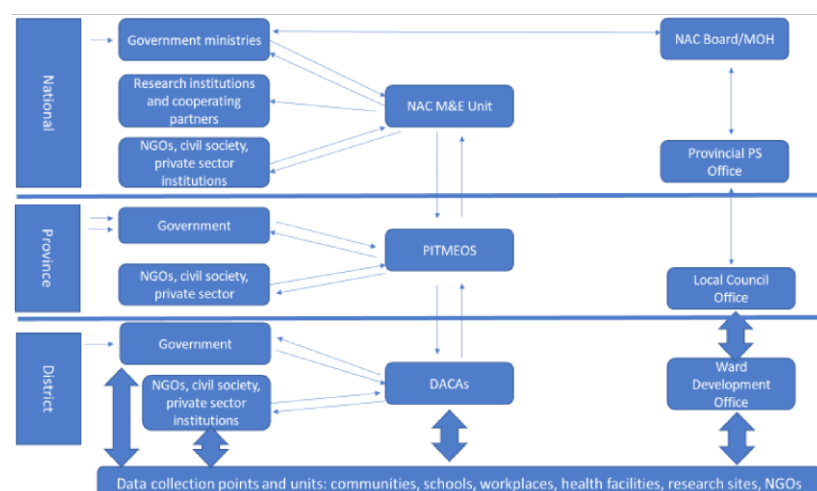
- Health management information system
- NACMISONLINE
- Zambia Demographic and Health Survey
- Cohort studies
- National commitments and policy instrument
- Sentinel surveillance surveys
- Financial expenditure tracking
- Workplace surveys
- Zambia Health Facility Survey
- Zambia Sexual Behaviour Survey
- Biannual Global AIDS Monitoring Report
- The Joint Annual Review Process
- SPECTRUM

An illustrative list of indicators is provided for consideration and may be drawn from other surveys and program reports in addition to those listed above from the NASF.

Reporting

Reporting the results of the implementation of the Zambia National and AIDS Communication Strategy will align to that of the NASF through standardized reporting tools. Data flow at all levels (district, provincial, and national) is guided as follows in Figure 3.

Figure 3. Illustration of Data Flow



APPENDIX A: LAWS, POLICIES, AND GUIDELINES

Below are some of the health policies relevant for the success of the National HIV and AIDS Communication and Advocacy Strategy 2019–2023:

- The National AIDS Strategic Framework 2017–2021 is a multisectoral, multilayer, and decentralized response to HIV and AIDS in Zambia for government, communities, civil society organisations, private sector, and development partners (bilateral and multilateral agencies) to actively participate in implementing evidence-based HIV and AIDS programmes.
- The 2017–2021 National Health Strategic Plan is aimed at reducing the disease burden and accelerating the attainment of the sustainable development goals and other national priorities. The plan includes four major priority areas: human resources, health service delivery interventions, clinical care, and diagnostic service priority interventions, and priority integrated support systems. The document also highlights Ministry of Health priorities related to HIV/AIDS for 2017–2021.
- The National HIV/AIDS Policy of 2005 provides policy direction for the national response by setting the parameters for coordination and interventions including legal provisions.
- The Health Policy 2012 sets out the government’s commitment to provide equitable access to cost effective and quality health services as close to the family as possible in a caring,

competent, and clean environment. This also applies health services related to HIV and AIDS.

- Zambia Consolidated Guidelines for Prevention and Treatment of HIV Infection (2018) provides a reference tool to health care providers and support staff on new trends in the national HIV and AIDS response.
- The National Population Policy 2007, amongst other things, integrates population variables, reproductive health, gender, and HIV into development planning and programme implementation processes, especially in education, health, and agriculture. It provides a framework for integrating population dynamics in the national HIV response.
- HIV Testing Services National Guidelines (2016) provide guidance on how to deliver quality, accessible, and expanded HIV testing and counselling services in Zambia.
- The Zambia National Guidelines for HIV Counselling & Testing of Children (2011) outlines the counselling and testing needs of children up to the age of 16 years.
- The Zambia Family Planning Guidelines and Protocols (2006) provides updated and client-centred guidelines to health care providers in Zambia to guide them in providing appropriate family planning information, services, and methods to men and women including people living with HIV.
- The National Standards for SRH, HIV and AIDS Peer Education Programmes (2010) is a framework to enhance, harmonize, and strengthen existing peer education programmes while providing strategic guidance for new HIV, AIDS, and sexual and reproductive health and rights-based peer education programmes in Zambia.
- The National Mobile HIV Services Guidelines (2009) describes guidance related to mobile/outreach services including mobile counselling and testing, prevention of mother-to-child transmission, and antiretroviral therapy services.
- The National Reproductive Health Policy 2008 aims to achieve the highest possible level of integrated reproductive health of all Zambians as close to the family as possible so as to promote quality of life including integration of HIV and sexual and reproductive health and rights and services.
- The National HIV/AIDS Policy for the Education Sector provides the framework for responding to concerns and needs of those infected with and affected by HIV in the education sector.

- The National Youth Policy (2015) aims to ensure the development of young people and deals with various issues, including gender issues, health, HIV, and AIDS.
- The National Gender Policy (2014) is aimed at ensuring the attainment of gender equality in the development process by redressing the existing gender imbalances that also impact vulnerability to HIV.
- National Referral Guidelines for HIV & AIDS Related Services guides all referrals for HIV and AIDS services in Zambia.
- Implementation Framework and Guidance for Pre-Exposure Prophylaxis of HIV Infection 2018 that provides direction for the positioning and implementation of the pre-exposure prophylaxis programme in Zambia.
- National HIV Self-Testing Strategic Framework (2018) provides strategic direction for implementing the HIV self-testing programme in Zambia.

4. Anexos



Ministério da Saúde - MISAU

July 3, 2023 ·

TARV significa Tratamento Antirretroviral. O seu objectivo é reduzir a quantidade do vírus HIV no sangue e no corpo. Quando uma pessoa toma os medicamentos antirretrovirais todos os dias na mesma hora, a carga viral pode se tornar muito baixa ou até mesmo indetectável.

gatportugal.org/publicacoes/glossario_42

...metabolismo do oxigénio na célula.

Antirretroviral: medicamento que impede o desenvolvimento ou destrói o VIH, um vírus da classe dos retrovírus.

gatportugal.org/publicacoes/glossario_42

Profilaxia Pós-Exposição (PPE): de Profilaxia, isto é, prevenção do desenvolvimento da infeção, e Pós-Exposição, ou seja, feita depois da exposição ao vírus. Define-se como terapêutica administrada em certos casos de contactos de risco, nas primeiras horas após esse contacto, com o objetivo de evitar o desenvolvimento da infeção. Atualmente já é praticada após o chamado contacto “profissional” de risco (por exemplo, a um técnico de saúde que se pica com uma agulha contaminada) ou depois de um contacto sexual de risco (por exemplo, após relação sexual desprotegida entre parceiros serodiscordantes). É feita nas Urgências dos Hospitais, após avaliação de cada situação concreta. Deve ser iniciada até às 72 horas e idealmente nas primeiras 4 horas após o contacto de risco.

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP): de Profilaxia, isto é, prevenção do desenvolvimento da infeção, e Pré-Exposição, isto é, feita antes da exposição ao vírus. Trata-se de uma estratégia ainda não aprovada na Europa.



gatportugal.org/publicacoes/glossario_42

ARV: iniciais de “antirretrovirais”. Usado frequentemente para referir os fármacos e as terapêuticas que inibem a replicação do VIH, que é um retrovírus.



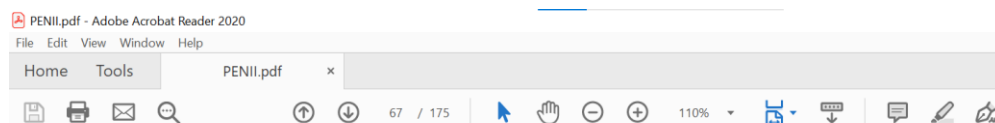
gatportugal.org/publicacoes/glossario_42

Teste da carga viral: análise ao sangue que mede a quantidade de VIH. Estes testes detetam valores geralmente a partir de um mínimo de 50 cópias/ml.



2.3. Controlo das Infecções de Transmissão Sexual (ITSs)

As infeções de transmissão sexual (ITS) além de constituírem um grave problema de Saúde Pública⁵⁰, têm uma relação estreita com a incidência do HIV. Estudos científicos concluíram que as ITSs, principalmente as que se apresentam em forma de úlceras genitais, actuam como um importante co-factor para a infeção pelo HIV⁵¹. Na Tanzânia, na região de Mwanza, um estudo demonstrou que a implementação de programa de controlo das ITS com abordagem sindrómica para o diagnóstico e tratamento das ITS e seus contactos sexuais contribuiu para a redução global da incidência de infeções pelo HIV, em cerca de 42%⁵¹.



5.3. Prevenção da transmissão Vertical (PTV)

Depois da aprovação, em 2001, da política de introdução do TARV em Moçambique¹³⁸, seguida pelo despacho ministerial em 2002¹³⁹ e pelo Guião para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) nesse mesmo ano¹⁴⁰, várias ONGs se têm engajado na implementação do PTV, desde 2002, no país. Com efeito, no ano 2003, o PTV já era implementado em 6 províncias¹⁴¹.

PEN 2005-2009 – Componente Estratégica – I Parte: Análise de Situação

Por outro lado, a possibilidade de testagem voluntária é aqui oferecida ao utente como uma porta de entrada para a própria intervenção preventiva. Isto é, pretende-se que o indivíduo seronegativo se mantenha seronegativo e que o seropositivo ganhe consciência do seu estado de potencial transmissor do HIV/ITS e, portanto, adira às diversas formas de prevenção e procure ter uma melhor qualidade de vida quer tratando as infeções oportunistas quer aderindo ao TARV ou ao tratamento de uma eventual ITS⁴⁷.



U.S. Agency for International Development (.gov)

<https://www.usaid.gov/fact-sheet> · [Translate this page](#) ·

Circuncisão Masculina Médica Voluntária | Fact Sheet

Em 2014, a USAID iniciou o seu programa de **Circuncisão Médica Masculina Voluntária (CMMV)** com o objectivo de contribuir para a redução da transmissão do HIV ...

transmissão vertical - Ministério da Saúde

A **transmissão** vertical (da **mãe** para o seu **filho**) é a principal via de infecção pelo **HIV** na população infantil. Em nosso País, essa forma de **transmissão**.

Knowledge of mother-to-child transmission ...

by RM Manjate · 2020 — Good knowledge of **prevention of mother-to-child transmission** (PMTCT) can improve **mothers'** behavior in seeking care. This study aimed to assess knowledg...



FHI 360

<https://www.fhi360.org/uploads/2024/02/res...> PDF

As actividades de melhoria da qualidade resultam em ...

Jun 5, 2021 — As consultas **pré-natais** (CPN) fornecem uma variedade de serviços de **saúde** às mulheres durante a gravidez, e são uma prática importante para ...
