









A complexa interacção dos motores sociais, económicos e estruturais, incluindo a pobreza, a desigualdade de género, a relação desigual de poder, a violência baseada no género, o isolamento social e o acesso limitado à escolaridade aumentam a vulnerabilidade das mulheres e raparigas à infecção pelo VIH. Além disso, esses factores privam-nas da voz e da capacidade de tomar decisões referentes às suas vidas, reduzem as suas capacidades de aceder a serviços que satisfaçam as suas necessidades, aumentam seus riscos de violência ou outras práticas nocivas, e dificultam as suas capacidades de mitigar o impacto do SIDA.

As raparigas adolescentes e as mulheres jovens têm mais do dobro da probabilidade de adquirir o VIH do que os seus pares masculinos. As doenças relaciadas ao SIDA continuam a ser uma das principais causas de morte de mulheres em idade reprodutiva (com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos) em África. Na África subsaariana, as mulheres jovens e adolescentes foram responsáveis por uma em cada quatro novas infecções em 2019, apesar de representarem cerca de 10% da população total. Além disso, apenas cerca de um terço das mulheres jovens na África subsaariana têm conhecimentos precisos e abrangentes sobre o VIH. Quase 30% das mulheres com 15 anos ou mais sofreram violência baseada no género, com a violência por parceiros íntimos variando entre 13% - 97%. Durante o deslocamento e os tempos de crise, o risco de violência baseada no género aumenta significativamente para as mulheres e raparigas.

Quarenta anos de resposta ao VIH ensinaram a comunidade global que uma abordagem baseada nos direitos humanos é essencial para criar ambientes favoráveis as respostas ao VIH bem-sucedidas e para afirmar a dignidade das pessoas que vivem com o VIH ou que por ele são vulneráveis. Este relatório é oportuno e está inserido no plano de fundo de vários compromissos globais e regionais que abordam as desigualdades sistémicas e os que respondem ao VIH, incluindo a Agenda 2063 de África, a Declaração e Plataforma de Acção de Beijing, o Plano de Acção de Maputo, e a Declaração Política sobre a SIDA de 2021. Salienta igualmente como o género se cruza com outros factores de desigualdade como o rendimento, a idade, a violência baseada no género, o estigma, a discriminação, e o casamento infantil para exacerbar a vulnerabilidade e susceptibilidade da mulher à infecção pelo VIH e também influenciar os resultados em matéria de saúde.

As exigências das abordagens transformativas sociais e de género estão a crescer à medida que a resposta ao VIH atinge um marco importante e se aproxima da última milha. Os países implementaram vários programas abrangentes de melhores práticas centrados no aumento da agência, empoderamento económico e melhoria do acesso aos serviços de combate ao VIH e de direitos à saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (SSRDR) para raparigas adolescentes e mulheres jovens tais como os programas DREAMS, SASA, HER e She Conquers com informes de resultados positivos. São necessários maiores investimentos nestas inovações comprovadas para sustentar e acelerar o progresso para os objectivos de 2030. Os Estados Membros têm demonstrado vontade política e liderança para abordar o VIH. A África Oriental e Austral proporcionou liderança ao aumentar em 26%, entre 2010 e 2019, a sua afectação de recursos internos à programas de combate ao VIH.

Embora os progressos na redução da infecção pelo VIH e a colocação de pessoas vivendo com VIH no tratamento tenham sido louváveis na maioria dos países, a pandemia da COVID-19 agravou a situação. Revelou desigualdades sociais profundamente enraizadas e ameaçou acabar com os ganhos obtidos em direcção às metas de 2020, que já estavam fora do curso.

A realização dos objectivos do Quadro Catalisador da União Africana (UA) de acabar com a SIDA até 2030 exigirá a transformação de normas sociais nocivas, a redução da discriminação e desigualdades baseadas no género, o avanço do empoderamento da mulher, e a realização dos serviços SRH & DR para as mulheres.

Através desta parceria, a CUA, a ONUSIDA e a ONU Mulheres pretendem promover uma acção coerente e coordenada em toda a UA e ONU para uma abordagem baseada nos direitos humanos e com perspectiva de género para lidar com a pandemia da SIDA por meio de políticas, processos e iniciativas aos níveis nacional, regional e continental. Além disso, a colaboração sublinha a importância de investir na criação e no reforço de parcerias multissectoriais e na geração de dados desagregados por sexo, como factores-chave de viabilização e aceleradores de soluções duradouras e para respostas ao VIH bem-sucedidas. Apelamos assim a todas as partes interessadas para que se unam por detrás das ousadas recomendações deste relatório, para fechar as linhas de falha das desigualdades entre os sexos e as questões de intersecção que mantêm as mulheres e raparigas vulneráveis ao VIH e as impedem de ter acesso a seu direito à saúde. Vamos todos comprometermonos a investir colectivamente recursos suficientes e a acelerar os esforços no sentido de acabar com o SIDA até 2030.

OSID

Victoria Lehau Maloka

Ag Diretora das Mulheres Direção de Gênero e Juventude

Berthilde Gahongayire

Berhilde Rolongagne

Diretor do UNAIDS para a Etiópia e

Escritório de Ligação do Diretor Interino da UA e UNECA

Letty Chiwara

Diwara.

Representante das Mulheres da ONU na Etiópia, UA e UNECA

O relatório e o resumo de políticas intitulado "Igualdade de Género, Empoderamento da Mulher" e VIH em África: O Impacto de Problemas de Intersecção e de Questões e Prioridades Continentais Chave" desenvolvidos pela Direcção da Mulher, Género e Juventude (WGYD) da Comissão da União Africana (CUA) com o apoio e em parceria com a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Género e o Empoderamento da Mulher (ONU Mulheres) e o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA).

Os parceiros expressam a sua gratidão aos investigadores, Dra. Mary Nyikuri e Sr. Jacob Awolaja, pelo seu papel instrumental no desenvolvimento do artigo que fornece uma análise abrangente, e excelentes conhecimentos sobre as questões e prioridades da resposta ao VIH/SIDA a partir de uma perspectiva de género em África.

O estudo beneficiou das contribuições da equipa técnica e de liderança que apoiou o processo de investigação, nomeadamente:

COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA – WGYD

Victoria Lehau Maloka, Tapiwa Uchizi Nyasulu Rweyemamu (PhD),

Hilina Wassihun e Inas Mubarak Yahia Abbas (CUA-Departamento de Saúde, Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social (DHHAS))

ONUSIDA

Netseht Tadeseh, Irene Maina e Kreeneshni Govender

ONU MULHERES

Marie Goretti Nduwayo, Tikikel Tadele Alemu, Amen Deneke e Dukaye Amare Mergia (Escritório de Ligação da ONU Mulheres com a CUA e a ECA)

Jacqueline Utamuriza-Nzisabira (Escritório Multi-países da ONU Mulheres na África do Sul), Addisalem Befekadu (Escritório da ONU Mulheres em Etiópia), Jack Onyisi Abebe (ONU Mulheres ESARO), Nazneen Damji e Elena Kudravtseva (Sede da ONU Mulheres)



PREFACIO PREFACIO	3
RECONHECIMENTOS	5
ABREVIATURAS	8
CONCEITOS E DEFINIÇÕES CHAVE USADOS NO RELATÓRIO	10
RESUMO EXECUTIVO INTRODUÇÃO OBJECTIVO METODOLOGIA CONSTATAÇÕES RECOMENDAÇÕES	12 12 12 13 13
1. INTRODUÇÃO E PERSPECTIVA GERAL 1.1 AS MULHERES SUPORTAM AS CONSEQUÊNCIAS DE VIH/SIDA EM ÁFRICA 1.2 AS RAPARIGAS ADOLESCENTES E AS MULHERES JOVENS SÃO PARTICULARMENTE VULNERÁVEIS 1.3 FACTORES QUE IMPULSIONAM A EPIDEMIA DE VIH	17 17 17 17
2. IMPORTÂNCIA DAS QUESTÕES 2.1 A EPIDEMIA DE VIH ENTRE MULHERES E RAPARIGAS: PRINCIPAIS FACTOS E NÚMEROS	19 20
3. METODOLOGIA	25
4. AS INTERSECÇÕES ENTRE A EPIDEMIA DE VIH E A GEWE 4.1 EVIDÊNCIA SOBRE AS LIGAÇÕES ENTRE O VIH E A VBG 4.2 CASAMENTO INFANTIL 4.3 MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E VIH 4.4 VIH, LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÕES 4.5 VIH E EMPODERAMENTO ECONÓMICO 4.6 VIH E A EDUCAÇÃO DAS RAPARIGAS 4.7 QUADROS LEGAIS DISCRIMINATÓRIOS 4.8 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO EM RELAÇÃO AO VIH 4.9 VIH, DEFICIÊNCIA, ESTATUTO DE REFUGIADO, ABUSO DE DROGAS, E OUTRAS SITUAÇÕES DE CRISE, INCLUINDO A COVID-19	26 26 29 32 33 35 38 39 41
5. POLÍTICA GLOBAL E COMPROMISSOS JURÍDICOS EM RELAÇÃO A GEWE E VIH	48
6. POLÍTICA CONTINENTAL E COMPROMISSOS JURÍDICOS SOBRE A GEWE E O VIH 6.1 AGENDA 2063 6.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA ÁFRICA (ESA) 2016-2030 6.3 O QUADRO CATALISADOR PARA ACABAR COM A SIDA E A TUBERCULOSE E ELIMINAR A MALÁRIA EM ÁFRICA ATÉ 2030 6.4 A ESTRATÉGIA DA UA SOBRE IGUALDADE DE GÉNERO E EMPODERAMENTO DA MULHER 6.5 A CARTA AFRICANA DOS DIREITOS HUMANOS E DOS POVOS (CADHP) CARTA DE BANJUL 6.6 O PROTOCOLO DE MAPUTO	50 50 51 51 52 53 53

 6.7 A DECLARAÇÃO SOLENE SOBRE A IGUALDADE DO GÉNERO EM ÁFRICA 6.8 O PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO 6.9 A CARTA AFRICANA SOBRE OS DIREITOS E O BEM-ESTAR DA CRIANÇA 6.10 A CARTA AFRICANA DA JUVENTUDE 6.11 DÉCADA DAS MULHERES AFRICANAS [AFRICAN WOMEN'S DECADE (DMA)] 6.12 ACÇÕES-CHAVE PRIORITÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DA PLATAFORMA DE ACÇÃO DE BEIJING 6.13 CAMPANHAS E MECANISMOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DA UA SOBRE GEWE E VIH 	54 54 55 56 56 57
7. SELECCIONAR PRÁTICAS PROMISSORAS SOBRE INICIATIVAS DE VIH/SIDA SENSÍVEIS AO GÉNERO E QUESTÕES PENDENTES 7.1 PRÁTICAS PROMISSORAS 7.2 QUESTÕES PENDENTES	60 60 67
8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	68
9. RECOMENDAÇÕES	71
REFERÊNCIAS	75
LISTA DE FIGURAS	
FIGURA 1 - DIAGRAMA QUE ILUSTRA AS QUESTÕES DE INTERSECÇÃO ENTRE O VIH/SIDA E O GÉNERO FIGURA 2 - RESUMO DOS FACTORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES FIGURA 3 - FACTORES NO CASAMENTO INFANTIL PRECOCE QUE AUMENTAM O RISCO DE	26 28
INFECÇÃO PELO VIH FIGURA 4 - PERCENTAGEM DE MULHERES DE 20 A 24 ANOS DE IDADE QUE SE CASARAM PELA PRIMEIRA VEZ OU QUE ESTAVAM NUMA UNIÃO ANTES DOS 18 ANOS DE IDADE	30 31
FIGURA 5 - PERCENTAGEM DE RAPARIGAS E MULHERES DOS 15 AOS 49 ANOS DE IDADE QUE SOFRERAM MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA	32
FIGURA 6 - PERCENTAGEM DE MULHERES QUE ACREDITAM QUE UMA MULHER TEM RAZÃO EM PEDIR PARA O USO DE PRESERVATIVO SE SABE QUE O SEU MARIDO TEM UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL, 18 PAÍSES DA ÁFRICA CENTRAL E OCIDENTAL157	34
FIGURA 7 - PERCENTAGEM DE MULHERES QUE ACREDITAM QUE UMA MULHER TEM RAZÃO EM PEDIR PARA USAR UM PRESERVATIVO SE SABE QUE O SEU MARIDO TEM UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL, 13 PAÍSES DA ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL	35
FIGURA 8 - TEMPO GASTO EM TRABALHO REMUNERADO E NÃO REMUNERADO PARA PESSOAS EMPREGADAS, ENTRE HOMENS E MULHERES EM 23 PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO (ÚLTIMOS DADOS DISPONÍVEIS)	37
FIGURA 9 - PARTICIPAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO COM DISPARIDADE DE GÉNERO, PONTOS PERCENTUAIS, 2018	37
FIGURA 10 - PAÍSES AFRICANOS ONDE EXISTEM LEIS ESPECÍFICAS SOBRE O VIH FIGURA 11 - PERCENTAGEM DE PESSOAS COM IDADES COMPREENDIDAS ENTRE OS 15 E 49	40
ANOS QUE INFORMARAM DE ATITUDES DISCRIMINATÓRIAS EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS COM VIH, PAÍSES COM DADOS DISPONÍVEIS, 2014-2019. FIGURA 12 - PERCENTAGEM DE PESSOAS DE 15-49 ANOS QUE NÃO COMPRARIAM VEGETAIS A	42
UM LOJISTA VIVENDO COM VIH, PAÍSES COM DADOS DISPONÍVEIS, ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL, 2014-2019	44
FIGURA 13 - PERCENTAGEM DE PESSOAS DE 15-49 ANOS QUE NÃO COMPRARIAM VEGETAIS DE UM LOJISTA VIVENDO COM VIH, PAÍSES COM DADOS DISPONÍVEIS, ÁFRICA OCIDENTAL E CENTRAL, 2014-2018	45
FIGURA 14 - PERCENTAGEM DE PESSOAS DE 15 A 49 ANOS QUE NÃO COMPRARIAM VEGETAIS DE UM LOJISTA VIVENDO COM VIH, PAÍSES COM DADOS DISPONÍVEIS, 2000-2019	45
FIGURA 15 - INSTRUMENTOS-CHAVE E PRAZOS PARA A PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO DE GEWE, SERVICOS DE SSRDR E VIH (DIAGRAMA ORIGINAL A SER CARREGADO COM SUPORTE GRÁFICO)	52

LISTA DE QUADRAS

QUADRO 1 - DIFERENÇAS DE GÉNERO NAS PRINCIPAIS MÉTRICAS DO VIH EM ÁFRICA ENTRE ADULTOS E JOVENS - DADOS DE ESTIMATIVAS DA ONUSIDA DE 2019 QUADRO 2 – A EPIDEMIA DE VIH ENTRE MULHERES E RAPARIGAS: PRINCIPAIS FACTOS `E NÚMEROS

19 20



AAM Agência Africana de Medicamentos

CADBEC Carta Africana dos Direitos e do Bem-Estar da Criança

AfDB Banco Africano de Desenvolvimento

AOA África Oriental e Austral
AOC África Ocidental e Central

APHRC Centro Africano de Pesquisa sobre População e Saúde

ARVS Medicamentos Anti-retrovirais

AWA AIDS Watch Africa

CADHP Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos

CAO Comunidade da África Oriental

CARMMA Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África

CEANU Comissão Económica das Nações Unidas para África
CECM Campanhas para Eliminação do Casamento Infantil

CEDAW Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CEDEAO Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental

CEDOVIP Centro para a Prevenção da Violência Doméstica

CEM Comissão sobre o Estatuto da Mulher
CER Comunidades Económicas Regionais

CIPD Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CMMV Circuncisão Masculina Médica Voluntária

CUA Commissão da União Africana

DREAMS Determinada, Resiliente, Empoderada, sem SIDA, Tutelada e Segura

FG Fundo Global

GIMAC Campanha Género É a Minha Agenda

GEWE Igualdade de Género e Empoderamento da Mulher

MGF Mutilação Genital Feminina
MVHIV Mulheres Vivendo com VIH

NEPAD Nova Parceria para o Desenvolvimento de África

ONU MULHERES Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Género e do Empoderamento da Mulher.

ONUSIDA Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA

OPDA Organização das Primeiras-Damas de África

OSC Organizações da Sociedade Civil
OUA Organização da Unidade Africana

PdAM Plano de Acção de Maputo

PMP Plano-Mestre Farmacêutico

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PrEP Profiláxia de Pré-Exposição

RAHJ Rapazes Adolescentes e Homens Jovens **RAMJ** Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens

RCSNU Resolução do Conselho de Segurança das Nações Unidas

SADC Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SSRDR Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Reprodutivos

TASAF Fundo de Acção Social de Tanzânia

UA União Africana

UNFPA Fundo das Nações Unidas para a População UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

VBG Violência Baseada no Género

VBGM Violência Contra a Mulher Baseada no Género

VIH Vírus de Imunodeficiência Humana

WGYD Direcção da Mulher, Género e Juventude

66

"Empoderar mulheres e meninas ... com a agência para reivindicar seus direitos, receber uma educação de qualidade, desfrutar de uma vida saudável e tomar medidas para se proteger do HIV é um componente necessário da combinação de prevenção do HIV - mudança estrutural que reflete a natureza interconectada do Desenvolvimento Sustentável Metas."

Phumzile Mlambo-Ngcuka, Diretor Executivo, ONU Mulheres



Género: Refere-se às diferenças sociais e culturalmente construídas entre homens e mulheres, rapazes e raparigas que lhes conferem valores, oportunidades e possibilidades de vidas desiguais. Refere-se também às características tipicamente masculinas e femininas, capacidades e expectativas sobre como as mulheres e os homens se devem comportar na sociedade. Estas personagens são limitadas no tempo e variáveis.¹

Desigualdade de género: refere-se às oportunidades desiguais ligadas ao género, papéis de género, e expectativas de obter e controlar recursos sociais, económicos e políticos, incluindo protecção ao abrigo da lei (tais como serviços de saúde, educação e direito de voto). Importa notar que a desigualdade de género frequentemente determina especificamente resultados diferenciais, desiguais e negativos em termos de desenvolvimento e saúde para mulheres e homens e para raparigas e rapazes²,³

Igualdade de género: Isto refere-se à igualdade de direitos, responsabilidades e oportunidades para mulheres e homens, e para raparigas e rapazes. A igualdade não significa que mulheres e homens se tornarão os mesmos, mas que os direitos, responsabilidades e oportunidades de mulheres e homens não dependerão de ter nascido com o sexo masculino ou feminino⁴.

Normas de género: As normas de género são ideias sobre como homens e mulheres devem ser e agir. Internalizamos e aprendemos estas "regras" no início da vida. Isto estabelece um ciclo de vida de socialização e estereótipos de género.⁵

Papéis de género: Os papéis de género referem-se às normas sociais e comportamentais que, dentro de uma cultura específica, são amplamente consideradas socialmente adequadas para homens, mulheres, rapazes e raparigas.⁶

Violência baseada no Género (VBG): A VBG é um termo abrangente para qualquer acto prejudicial perpetrado contra a vontade de uma pessoa e que se baseia em diferenças socialmente atribuídas entre mulheres e homens. A natureza e extensão de tipos específicos de VBG variam entre culturas, países e regiões. Os exemplos incluem violência sexual, casamento precoce e mutilação genital feminina.⁷

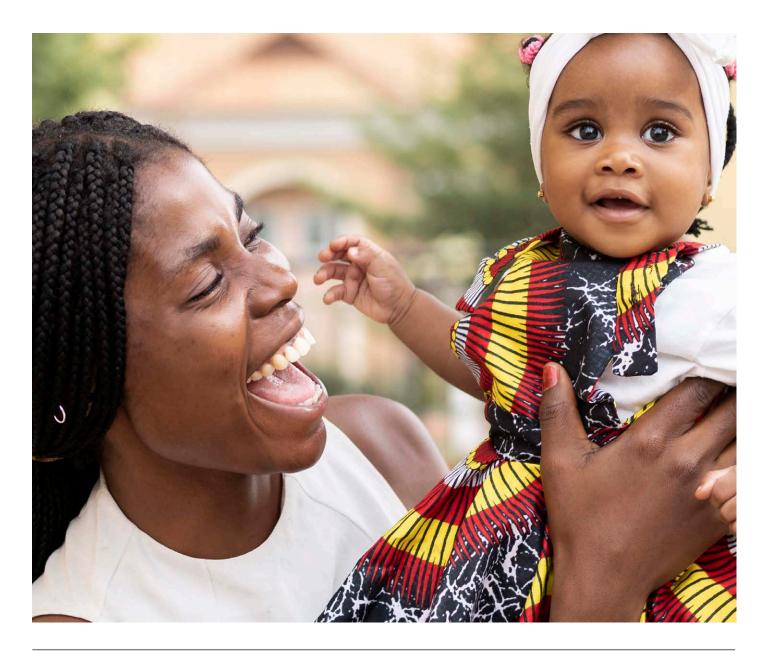
Género-Transformativo: Transformar as relações desiguais de género para promover o poder partilhado, o controlo dos recursos, a tomada de decisões e o apoio ao empoderamento da mulher⁸. Aborda as causas das desigualdades baseadas no género e trabalha para transformar normas, papéis, comportamentos, práticas e relações de poder prejudiciais ao género.⁹

Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Reprodutivos (SSRDR): A Saúde Sexual e Reprodutiva e os Direitos Reprodutivos ficam no contexto do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África (Protocolo de Maputo), que assegura que o direito à saúde das mulheres é respeitado e promovido, incluindo o direito das mulheres a controlar a sua fertilidade; o direito de decidir se terão ou não filhos, o número de crianças e o espaçamento das crianças; o direito de escolher qualquer método de contracepção; o direito à autoprotecção e à protecção contra as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA; o direito a ser informada sobre o seu estado de saúde e sobre o estado de saúde do seu parceiro, particularmente se foi afectado por infecções sexualmente transmissíveis, incluindo VIH/SIDA, de acordo com as normas e melhores práticas reconhecidas internamente; e o direito de ter educação sobre planeamento familiar. Assim, os Estados-Partes são obrigados a tomar todas as medidas apropriadas para fornecer serviços de saúde

adequados, acessíveis e a preços acessíveis, incluindo programas de informação, educação e comunicação às mulheres, especialmente as que vivem em zonas rurais; estabelecer e reforçar os serviços de saúde e nutrição pré-natal, parto e pós-natal existentes para as mulheres durante a gravidez e durante amametação; e proteger os direitos reprodutivos das mulheres autorizando o aborto médico em casos de agressão sexual, violação, incesto, e quando a continuação da gravidez põe em risco a saúde mental e física da mãe, a vida da mãe, ou a do feto.¹⁰

Saúde Reprodutiva: Tal como definido pelo Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos da Mulher em África (Protocolo de Maputo) "é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todos os assuntos relacionados com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos. A saúde reprodutiva, portanto, implica que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura, que têm a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência o devem fazer. Implícitos nesta última condição estão os direitos dos homens e das mulheres a serem informados e a terem acesso a métodos seguros, eficazes, económicos e aceitáveis de planeamento familiar à sua escolha, bem como outros métodos à sua escolha para regulação da fertilidade que não sejam contra a lei;, e o direito de acesso a serviços de saúde adequados que permitam às mulheres passar em segurança a gravidez e o parto, e que proporcionem aos casais as melhores hipóteses de ter um bebé saudável"11.

Determinantes sociais e VIH: Para acabar com a epidemia da SIDA, enquanto ameaça à saúde pública, é fundamental abordar os factores determinantes da vulnerabilidade e responder às necessidades holísticas das pessoas que vivem com VIH e que estão em maior risco de infecção pelo VIH.¹²





INTRODUÇÃO

As raparigas e mulheres africanas suportam uma carga global desproporcionada de doença da pandemia do VIH/SIDA. As mulheres representam mais de metade das pessoas que vivem com o VIH (63%) e 60% das novas infecções entre adultos (15 anos ou mais) em África. As mulheres jovens são desproporcionalmente sobrecarregadas, representando mais do dobro do número de pessoas que vivem com VIH (1,9m contra 0,85m) e mais de 70% das novas infecções pelo VIH na sua faixa etária. Isto traduz-se em mais de 4.600 novas infecções pelo VIH por semana entre raparigas adolescentes e mulheres jovens em África. As raparigas adolescentes e as mulheres jovens têm mais do dobro da probabilidade de adquirir o VIH do que os seus pares masculinos. As doenças relacionadas com a SIDA continuam a ser uma das principais causas de morte de mulheres em idade reprodutiva (com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos) em África.

O VIH entre raparigas e mulheres africanas é afectado por múltiplas desigualdades de género que se cruzam aos níveis individual, sociocultural, económico e sistémico. As desigualdades de género, incluindo a violência baseada no género e praticada pelo parceiro íntimo, exacerbam a vulnerabilidade fisiológica das mulheres e raparigas ao VIH, e bloqueiam o seu acesso aos serviços, testes, tratamento e cuidados de VIH. Embora o VIH seja impulsionado pela desigualdade de género, ele também deixa as mulheres mais vulneráveis ao seu impacto. O desiquilíbrio de poder entre homens e mulheres significa que muitas mulheres jovens não podem tomar decisões sobre a sua saúde. As referidas desigualdades são mais graves para as mulheres marginalizadas, migrantes e portadoras de deficiência devido ao seu elevado risco de discriminação e violência. Algumas das desigualdades de género que impulsionam a epidemia de VIH são: a Violência Baseada no Género, incluindo o casamento infantil e a Mutilação Genital Feminina, Desigualdades no poder e na tomada de decisões, falta de autonomia económica das mulheres, falta de acesso das raparigas à educação, Factores legais e políticos tais como quadros legais discriminatórios, Estigma e discriminação, Crise Humanitária e a COVID-19 como factor transversal.

Este documento de política vem num momento significativo a nível global e continental. O ano 2020 assinala um momento de viragem para o Calendário de Igualdade de Género da União Africana (UA). É o 10º aniversário e o fim da primeira Década da Mulher Africana (DMA) sobre a Abordagem de Base para a Igualdade de Género e o Empoderamento da Mulher 2010-2020. Assinala também as celebrações do 20º aniversário da Resolução do Conselho de Segurança das Nações Unidas (RCSNU) 1325 e o 25º aniversário da Declaração e Plataforma de Acção de Beijing. O ano 2020 assinala também o início da década de acção decisiva dos ODS. Também assinala os primeiros 5 anos desde que a UA adoptou o Quadro Catalisador para acabar com a SIDA, tuberculose e eliminar a malária até 2030, a fim de acompanhar os progressos no sentido de acabar com o VIH/SIDA até 2030.

OBJECTIVO

Neste contexto, o relatório tem como objectivo, primeiro, fornecer uma perspectiva de como o género e outras desigualdades cruzadas afectam o risco e a vulnerabilidade ao VIH para as mulheres e raparigas em África. Em segundo lugar, a revisão deve fornecer recomendações-chave à UA e aos parceiros sobre a integração da igualdade de género, do empoderamento da mulher e de SSRDR na arquitectura existente da UA, através de processos estratégicos, de planeamento, orçamentação e implementação para abordar as barreiras e desafios relacionados com o género na resposta ao VIH. Em terceiro lugar, fornecer evidências que possam servir como uma ferramenta de advocacia para os decisores políticos, órgãos da UA, financiadores, sociedade civil e organizações comunitárias na concepção de programas nacionais e continentais.

METODOLOGIA

Uma abordagem com base na igualdade de género, SSRDR e direitos humanos foi usada para rever os instrumentos, políticas e quadros da UA para identificar lacunas e avançar no sentido de assegurar que a resposta ao VIH em África é transformadora em termos de género e aborda as necessidades múltiplas, cruzadas e variáveis das mulheres e raparigas. Os dados foram recolhidos de fontes secundárias através da análise de documentos realizada por dois consultores internacionais que trabalham sob a orientação da Comissão da União Africana (CUA)-WGYD, ONUSIDA, e ONU Mulheres — de acordo com os princípios do respeito e da protecção dos direitos humanos das mulheres e raparigas - através de uma abordagem baseada em evidências.

CONSTATAÇÕES

A UA demonstrou uma liderança excepcional ao unir os líderes africanos para alavancar o poder das políticas e dos mecanismos de responsabilização como instrumentos eficazes para combater o SIDA no continente. Alguns dos compromissos e o seu enfoque específico no VIH e na GEWE são:

- 1. A Agenda 2063 serve de projecto e plano-mestre de África para transformar o continente na potência global do futuro. Adoptado em 2013 como uma visão para cinquenta anos, este quadro procura acelerar a realização do desenvolvimento e crescimento sustentável, paz e segurança, governação, democracia, respeito pelos direitos humanos, justiça, e o Estado de direito em África.
- 2. O objectivo da Estratégia de Saúde para África (ESA) (2016-2030) é de assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar de todos em África, no contexto da "Agenda 2063". O 2o Objectivo Estratégico da ESA destaca "Eliminar o SIDA, a tuberculose e a malária, como parte de reduzir a morbidade e acabar com a mortalidade evitável".
- 3. O Quadro Catalisador da UA para Eliminar o SIDA, a Tuberculose e a Malária estabelece uma meta para eliminar o SIDA como uma ameaça à saúde pública até 2030. O quadro identificou lacunas, desafios e oportunidades que existiram no continente africano com vista a eliminar a SIDA, tuberculose e malária no contexto das metas de Abuja +12. Especificamente para o VIH, o Quadro Catalisador 2016-2030 foi adoptado com a visão de criar uma "África livre de SIDA, tuberculose e malária". Espera-se que o continente africano, através do Quadro Catalisador coerente com a Agenda 2063 e a Agenda 2030, ponha fim a estas três doenças até 2030.
- 4. Em 2018, a UA adoptou a sua primeira Estratégia de Igualdade de Género e Empoderamento da mulher (2018-2028) para reafirmar o seu compromisso de fazer avançar a igualdade entre os géneros. A Estratégia de Género é instrumental para reforçar/catalisar a integração da perspectiva de género na UA, em conformidade com a Agenda 2063, o Protocolo de Maputo e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Especificamente, a Estratégia de Género contribui para a realização da 6a Aspiração da Agenda 2063 através da realização da "plena igualdade de género em todas as esferas da vida". Exige, entre outras coisas, a ratificação, domesticação e plena implementação do Protocolo de Maputo.
- 5. A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (CADHP) desenvolveu Comentários Gerais, bem como Directrizes sobre tópicos específicos, para fornecer orientações interpretativas aos Estados Membros sobre as disposições do Protocolo de Maputo e a resposta estatal necessária sobre os direitos das mulheres e raparigas. Reconhece que as pessoas que vivem com VIH e as pessoas em risco constituem um dos grupos mais vulneráveis que está exposto a graves violações dos direitos humanos em África.
- 6. A Carta Africana da Juventude foi adoptada em 2006, em resposta à necessidade de dar prioridade ao desenvolvimento e capacitação dos jovens. Reitera a necessidade de proteger e pôr em prática os direitos fundamentais dos jovens e das raparigas à educação, informação, comunicação e sensibilização sobre o VIH e a saúde reprodutiva. A carta apela à eliminação de todas as formas de discriminação, práticas culturais nocivas e violência contra raparigas e mulheres jovens e à protecção dos seus direitos, assegurando a igualdade de acesso aos cuidados de saúde, educação e oportunidades económicas. Convida os Estados Membros a fornecer atempadamente o tratamento de jovens infectados com VIH/SIDA, incluindo a prevenção da transmissão de mãe para filho, a profilaxia pós-exposição, a terapia anti-retroviral e a criação de serviços de saúde específicos para os jovens.
- 7. A Década da Mulher Africana (DMA), uma abordagem de base à igualdade de género e ao empoderamento da mulher faz avançar a implementação acelerada dos compromissos globais e regionais da GEWE através de abordagens descendentes e ascendentes, incluindo a participação das bases.

- 8. O inovador Protocolo de Maputo sobre os direitos da mulher e da rapariga foi adoptado em 2003 e entrou em vigor em 2005. Em julho de 2004, os Estados Membros da UA adoptaram a Declaração Solene sobre a Igualdade do Género em África como a reafirmação do seu compromisso com a igualdade de género, a paridade de género e os direitos humanos das mulheres e raparigas tal como consagrado no Art. 4(L) do Acto Constitutivo da UA, bem como outros compromissos internacionais, regionais e nacionais.
- 9. O Plano de Acção de Maputo (PdAM) enfatizou a integração da saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (SSRDR) com programas de ITS/VIH/SIDA durante a prestação de serviços.
- 10. A Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança é um quadro normativo importante relativo às crianças que foi adoptado em 1990 e entrou em vigor em 1999. É o instrumento jurídico regional mais significativo sobre os direitos das crianças. O Plano de Acção enfatiza a atribuição de recursos para a plena implementação de programas infantis; aumentar as oportunidades de vida das crianças; prevenção do VIH e da SIDA para assegurar o desenvolvimento e a sobrevivência das crianças, desenvolver o potencial das crianças através da realização do seu direito à educação, e assegurar a participação das crianças.

Nas últimas duas décadas, a UA lançou campanhas e mecanismos de responsabilização sobre GEWE e VIH, que incluem:

- 1. A Campanha sobre a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA): Esta campanha está em linha com a visão da UA de eliminar novas infecções por VIH em crianças e manter as suas mães vivas. Em 2009, a CARMMA foi adoptada pela UA em resposta à crise de mortes maternas elevadas; colocando as mortes maternas firmemente na agenda continental. O principal objectivo da CARMMA é expandir a disponibilidade e utilização de serviços de saúde de qualidade universalmente acessíveis, incluindo os relacionados com SSR.
- 2. A Campanha Nascer Livre para Brilhar: o principal objectivo desta campanha é acabar com a SIDA infantil através de sensibilizar as crianças a epidemia de VIH e salientar a importância de remover as barreiras que impedem o acesso das mulheres e mães aos serviços de saúde relacionados com o VIH e a SIDA para si próprias e para os seus filhos.
- 3. A Campanha da União Africana para Acabar com o Casamento Infantil: O principal objectivo desta Campanha é acelerar o fim do casamento infantil em África, aumentando a consciência continental sobre os efeitos do casamento infantil. A Campanha tem como objectivo promover, proteger e defender os direitos das mulheres e raparigas em África.
- 4. AIDS Watch Africa (AWA): A AIDS Watch Africa foi criada para liderar esforços de advocacia, mobilização de recursos e prestação de contas para avançar uma resposta continental robusta e harmonizada para eliminar o SIDA, a tuberculose e a malária até 2030.

Outras iniciativas/programas que têm sido implementadas em toda a África e que têm registado resultados enormes incluem:

- A formação para os organismos nacionais de coordenação da luta contra o SIDA em matéria da Igualdade de Género em 2018-2019. Dezassete organismos nacionais de coordenação da luta contra a SIDA e outras instituições governamentais aumentaram os seus conhecimentos, competências e capacidades para abordar a desigualdade de género nas políticas e programas relativos ao VIH, com o apoio da ONU Mulheres.
- 2. O engajamento das mulheres que vivem com VIH em 30 países em processos de tomada de decisão em torno da resposta ao VIH, resultando num aumento das competências de advocacia e liderança, numa maior participação em espaços de tomada de decisão na resposta ao VIH, e num maior acesso aos serviços de VIH.
- 3. Na operacionalização da Resolução 60/2; reconhecendo que as desigualdades de género estruturais e subjacentes que conduzem e aumentam a vulnerabilidade das mulheres e raparigas são inadequadamente abordadas, a Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) desenvolveu um programa de acção para implementar a Resolução 60/2 da Comissão sobre o Estatuto da Mulher. Este Plano de Acção (PdA) ajudou os Estados Membros a acompanhar os seus progressos, bem como a informar regularmente o Secretário-Geral sobre as lacunas e os planos para as encerrar.

- 4. Os governos nacionais, em colaboração com os seus parceiros das Nações Unidas e outros parceiros, têm demonstrado um forte empenho e dinamismo multissectorial no envolvimento de uma vasta gama de intervenientes através de processos participativos e descentralizados. Para além dos compromissos dos doadores em intervenções multissectoriais, surgiram também disposições inovadoras de gestão e financiamento, tais como serviços contratados, financiamentos conjuntos, e canais de financiamento comunitários concebidos para reforçar a resposta multissectorial. Por exemplo, em Uganda, a criação da Uganda AIDS Commission, com o apoio das agências doadoras internacionais e bilaterais; e a implementação de intervenções contra VIH a nível nacional, distrital, institucional, e comunitário registou um declínio na incidência do VIH. A Uganda AIDS Commission estabeleceu um painel de controlo central com indicadores sensíveis à dimensão do género para acompanhar os progressos das principais prioridades em matéria de igualdade de género na implementação do Plano Estratégico Nacional de combate ao VIH e SIDA.
- 5. Programas específicos para mulheres jovens e raparigas adolescentes incluem o programa do Malawi para raparigas; o programa HER da Tanzânia; o programa PEPFAR-DREAMS; a campanha She Conquers da África do Sul e o Projecto SASA!

Embora tenham sido feitos enormes progressos pelos Estados Membros na redução do número de novas infecções e mortes relacionadas com o VIH na última década, a análise mostra que este progresso não foi alcançado de forma consistente em todas as regiões e países de África. O estigma e a discriminação continuam a ser as principais barreiras à eliminação da SIDA. Há uma investigação limitada na África do Norte que dificulta os esforços que estão a ser feitos no continente para combater as desigualdades de género e o VIH na região. Além disso, a falta de dados desagregados por género sobre a resposta ao VIH é uma lacuna notável entre os Estados Membros.

Embora existam leis, políticas e estruturas, estas não permitem direitos, serviços ou acesso equitativo na prática devido a uma implementação deficiente e fragmentada. O financiamento e o compromisso político para a implementação de programas nacionais são limitados: por exemplo, a revisão dos progressos do primeiro PdAM realizada em 2015 apontou para um compromisso político e liderança limitada, um financiamento interno inadequado para a saúde, e uma elevada dependência dos doadores. As Avaliações de Impacto do Género em Tanzânia e Etiópia apontam para uma forte dependência do financiamento dos doadores e o perigo de insustentabilidade caso o financiamento dos doadores diminua. A retenção de raparigas no ensino superior continua a ser um desafio e a pandemia da COVID-19 tem e continua a exacerbar as vulnerabilidades das mulheres e das raparigas.

RECOMENDAÇÕES

A UA, a CUA e os Estados Membros devem alavancar o actual ímpeto global e continental e as sinergias para promover uma agenda VIH transformadora em termos de género. Em conformidade com os parágrafos 1 e 12 da Declaração Solene sobre a Igualdade do Género em África (SDGEA), Os Estados Membros estão empenhados em acelerar a implementação de medidas económicas, sociais e jurídicas específicas do género, destinadas a combater a pandemia de VIH/SIDA implementar eficazmente tanto as Declarações de Abuja como de Maputo sobre o VIH/SIDA; a apresentar relatórios anuais sobre os progressos alcançados na integração da perspectiva de género; e a abordar todas as questões (incluindo o VIH/SIDA) levantadas no âmbito da Declaração.

A WGYD, outros órgãos da UA e parceiros devem trabalhar com a AIDS Watch Africa e a CUA-Departamento de Saúde, Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social (DHHASD) para recolher e apresentar rotineiramente cifras anuais sobre VIH/SIDA desagregadas por sexo aos Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças (CCD África). Estes dados são importantes para galvanizar o compromisso político ao mais alto nível, uma vez que demonstrem um quadro mais profundo do progresso no sentido da equidade de género.

A CUA e os seus órgãos devem ser envolvidos no desenvolvimento e revisão das políticas para a Cobertura Universal de Saúde (CUS) para assegurar que as necessidades das raparigas e das mulheres sejam totalmente endereçadas na sua concepção e entrega. A este respeito, a WGYD com o apoio da ONUSIDA, pode envolver os serviços de especialistas do sistema de saúde neste exercício. A abordagem da igualdade de género na concepção, financiamento e prestação dos sistemas de saúde e na mão-de-obra no sector da saúde, conduzirá

ao sucesso da CUS. Além disso, os Estados Membros devem realizar avaliações nacionais de género da sua resposta ao VIH/SIDA a fim de tornar a sua resposta transformadora de género, equitativa e baseada em direitos e, como tal, mais eficaz.

Os Estados Membros, em colaboração com os parceiros relevantes, como a ONUSIDA e a ONU Mulheres, deveriam encomendar mais investigação para melhor compreender as intersecções de VIH/SIDA e da GEWE para raparigas e mulheres africanas; e para avaliar até que ponto as raparigas e as mulheres estão a ser afectadas por estes factores de intersecção. Deveria haver um forte enfoque nos Estados Membros da África do Norte onde existem actualmente dados limitados da região.

O número crescente de crises humanitárias em África - que estão frequentemente ligadas a deslocações, perturbações nos serviços de saúde e sociais, insegurança alimentar e pobreza- aumentam a vulnerabilidade ao VIH e afectam negativamente a vida das pessoas que vivem com VIH. Os Estados Membros, as organizações da sociedade civil e os defensores do VIH devem trabalhar no sentido de assegurar que os serviços de VIH (prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio) sejam efectivamente integrados em todas as fases da resposta humanitária (avaliação rápida, programas, etc.), especialmente para as vítimas da violência baseada no género e de violência sexual relacionada com o conflito.

A importância da educação para a prevenção do VIH não pode ser subestimada. Por conseguinte, as organizações da sociedade civil devem trabalhar com organizações baseadas na comunidade para responsabilizar os governos nacionais pela melhoria do acesso e retenção na educação de qualidade para raparigas adolescentes e mulheres jovens em toda a África, e promover a integração da educação sobre VIH/SIDA nos currículos escolares.

A COVID-19 revelou a natureza de género da crise de saúde e a necessidade crítica de respostas transformativas em termos de género. Os parceiros de desenvolvimento e os meios de comunicação devem trabalhar com outros órgãos e parceiros da UA para certificar que todas as respostas da COVID-19 são sensíveis ao género e transformadoras para assegurar que as necessidades das raparigas e das mulheres são efectivamente abordadas.

O financiamento para VIH em todos os países de África está a perder ímpeto. Entre 2017 e 2019, o financiamento interno para a resposta ao VIH/SIDA diminuiu na África Oriental e Austral (diminuição de 14%) e na África Ocidental e Central (diminuição de 12%) - ambas regiões com níveis elevados de VIH. Os Estados Membros precisam de reafirmar o seu empenho na resposta ao VIH e aumentar os seus investimentos na resposta ao VIH, com especial ênfase em programas para raparigas e mulheres que são afectadas de forma desproporcionada.

INTRODUÇÃO E PERSPECTIVA GERAL

1.1 AS MULHERES SUPORTAM AS CONSEQUÊNCIAS DE VIH/ SIDA EM ÁFRICA

As raparigas e mulheres africanas suportam uma carga global de doença desproporcionada devido à epidemia de VIH/SIDA. As mulheres constituem mais de metade do número de pessoas que vivem com VIH em África. Na África Oriental e Austral, a região com as maiores cifras de VIH/SIDA, as mulheres e raparigas representam mais de 12 milhões dos 20,7 milhões de pessoas que vivem com VIH. Na África Ocidental e Central, estima-se que 4,9 milhões de adultos e crianças vivem com VIH; dos quais 2,8 milhões são mulheres com 15 anos ou mais. Embora o número de homens que vivem com VIH na região da África do Norte seja maior do que o número de mulheres, as novas infecções estão a aumentar entre as mulheres.

1.2 AS RAPARIGAS ADOLESCENTES E AS MULHERES JOVENS SÃO PARTICULARMENTE VULNERÁVEIS

As raparigas adolescentes e as mulheres jovens (15-24 anos de idade) enfrentam uma vulnerabilidade acrescida ao VIH. Têm o dobro da probabilidade de adquirir o VIH do que os jovens do sexo masculino da mesma idade. A ONUSIDA sublinhou, em 2019, que as infecções pelo VIH entre as mulheres jovens com idades compreendidas entre os 15-24 anos são 60% mais elevadas a nível mundial do que entre os jovens do sexo masculino da mesma idade. As infecções por VIH entre os jovens de 15-24 anos de idade têm em média 5.500 novas infecções por semana em África. A maioria destas novas infecções semanais ocorre entre as raparigas e mulheres jovens na África Subsaariana. Em 2019, constituíram 72% das novas infecções pelo VIH entre os jovens de 15-24 anos na África Oriental e Austral (AOA) e 70% na África Ocidental e Central (AOC). 46% das novas infecções por VIH entre jovens com idades compreendidas entre os 15-24 anos na África do Norte ocorreram entre raparigas adolescentes e mulheres jovens.

1.3 FACTORES QUE IMPULSIONAM A EPIDEMIA DE VIH

As mulheres e raparigas enfrentam frequentemente múltiplos e intersectantes desafios individuais, sociais, culturais, económicos e de saúde. Especula-se que o VIH e a desigualdade de género têm uma ligação bidireccional, particularmente através de normas, crenças e práticas nocivas. As desigualdades de género, incluindo a violência baseada no género e no parceiro íntimo, exacerbam a vulnerabilidade fisiológica das mulheres e raparigas ao VIH e bloqueiam o seu acesso aos serviços, testes, tratamento e cuidados de VIH¹⁴. O desequilíbrio de poder entre os géneros também significa que muitas mulheres jovens não são capazes de tomar decisões sobre as suas próprias vidas. As desigualdades são mais graves para as mulheres marginalizadas, incluindo as mulheres migrantes e as mulheres portadoras de deficiência, que estão também sujeitas a um risco acrescido de discriminação e violência.

O VIH e a desigualdade de género cruzam-se na prática nociva e maligna da violência baseada no género (VBG). VIH e VBG, que se reforçam mutuamente, são como dois lados da mesma moeda, mas raramente analisados, planeados e programados em conjunto. O VIH também é alimentado por vulnerabilidades como a pobreza, características socioculturais e demográficas. As desigualdades de género e a VBG estão entre os factores-chave das vulnerabilidades em termos de saúde sexual e reprodutiva, e direitos reprodutivos (SSRDR) para mulheres e raparigas¹⁵; ao mesmo tempo, questões de SSRDR como a infecção pelo VIH ou gravidezes indesejadas podem aumentar os riscos de VBG e servir para agravar os efeitos de outros aspectos da discriminação de género.¹⁶

A vulnerabilidade de raparigas adolescentes e mulheres jovens (RAMJ) ao VIH é multifacetada e moldada por uma série de factores biológicos e comportamentais proximais, bem como por factores sociais e estruturais mais distais como as normas de género.¹⁷ Por exemplo, a incidência do VIH é maior quando as mulheres jovens também têm infecções sexualmente transmissíveis (STI).¹⁸ Em termos de comportamento, o envolvimento em sexo transaccional, a existência de múltiplas parcerias, o envolvimento em abuso de substâncias e o uso limitado de preservativos também contribuem para o risco de VIH entre as RAMJ¹⁹,²⁰. Além disso, factores estruturais, como a perda dos pais e o facto de estar fora da escola, estão associados à aquisição do VIH.²¹

Respostas sustentáveis e abrangentes ao VIH e GEWE dependem de políticas e programas a múltiplos níveis que abordam as desigualdades de género juntamente com outros estratificadores sociais, tais como raça/etnia, idade, localização, estatuto socioeconómico, bem como estruturas maiores de discriminação sistémica que moldam as sociedades.²² A compreensão dos factores de intersecção subjacentes que contribuem tanto para as desigualdades de género como para o VIH em diversas comunidades é fundamental para enfrentar os riscos, resultados e barreiras diferenciais no acesso aos serviços e no exercício dos direitos humanos. As respostas integradas estão a avançar no sentido de uma análise da violência baseada no género e do VIH que é mais centrada nas pessoas, procurando elementos e determinantes comuns para se aproximarem de causas e soluções comuns.^{23,24}

A integração também envolve mover a investigação e a programação para uma abordagem que identifica e tira partido das mulheres afectadas pelo VIH e dos bens comunitários que promovem a igualdade, a justiça social e os direitos humanos.²⁵ A declaração política no vigésimo quinto aniversário da Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (Declaração e Plataforma de Acção de Beijing) expressou a preocupação de que muitas mulheres e raparigas têm experiência de múltiplas e intercetantes formas de discriminação, vulnerabilidade e marginalização ao longo da sua vida. Tinham sido feitos os menores progressos para abordar, particularmente, as barreiras enfrentadas pelas mulheres com VIH e SIDA, mulheres rurais, mulheres portadoras de deficiência, mulheres migrantes e mulheres mais velhas.²⁶ Conforme o relatório de Lancet, para eliminar a epidemia de VIH, a desigualdade de género tem de ser eliminada.²⁷

66

"Devemos considerar as barreiras culturais que dificultam a implementação de mudanças comportamentais eficazes e nos Estados Membros da UA ... É um momento estratégico para dar voz às questões culturais que a África deve abordar para acabar com a SIDA até 2030."

H.E. Amira Elfadil Mohammed Comissário para a Saúde, Assuntos Humanitários e Desenvolvimento Social



2 IMPORTÂNCIA DAS QUESTÕES

A abordagem do impacto desproporcionado do VIH nas mulheres e raparigas é uma prioridade urgente. A desigualdade de género e os níveis epidémicos da VBG são determinantes sociais e estruturais fundamentais que afectam desproporcionadamente as mulheres e as raparigas. O empoderamento da mulher através de estratégias, políticas, orçamentos, instituições, e quadros de responsabilização é, portanto, primordial.

É igualmente importante empoderar as mulheres, para além de trabalhar com as comunidades para abordar normas sociais discriminatórias, para que possam proteger-se da infecção, superar o estigma, e obter maior acesso a e escolhas de prevenção do VIH, testes de VIH, tratamento, cuidados e apoio. É necessário implementar iniciativas para eliminar barreiras sociais mesmo entre os prestadores de serviços para garantir o acesso aos serviços básicos de saúde e sociais. As iniciativas para amplificar as vozes das mulheres vivendo com VIH, promovendo a sua liderança e participação significativa em todas as decisões e acções para responder à epidemia, têm de ser baseadas em evidências. As estratégias fornecem a base para desembrulhar a questão de "o que precisa de ser feito de uma perspectiva de género" para acelerar a implementação de respostas ao VIH e à SIDA que respondam às questões de género, em conformidade com os marcos e objectivos estabelecidos no Quadro Catalisador.

Os infográficos seguintes indicam as diferenças de género na prevalência do VIH e, de facto, as desigualdades entre raparigas adolescentes e mulheres jovens e adultos - homens e mulheres - a nível continental.

<u>QUADRO 1 - DIFERENÇAS DE GÉNERO NAS PRINCIPAIS MÉTRICAS DO VIH EM ÁFRICA ENTRE ADULTOS E JOVENS - DADOS DE</u> ESTIMATIVAS DA ONUSIDA DE 2019²⁸

MÉTRICAS	HOMENS ADULTOS COM 15+ ANOS	MULHERES ADULTAS COM 15+ ANOS	HOMENS JOVENS DE 15 – 24 ANOS	MULHERES JOVENS DE 15 – 24 ANOS
Novas infecções por VIH	340.000 [250.000 —	510.000 [380.000 —	94.000 [19.000 —	240.000 [130.000 –
	490.000]	700.000]	150.000]	360.000]
Pessoas que vivem com	9.000.000 [7.800.000 –	15.100.000 [13.300.000 —	850.000 [430.000 —	1.900.000 [890.000 —
VIH	10.500.000]	17.200.000]	1.300.000]	2.800.000]
Mortes relacionadas com a SIDA	230.000 [170,000 –	220.000 [160.000 —	180.000 [140.000 —	180.000 [130.000 –
	310.000]	300.000]	250.000]	240.000]

PROGRESSO PARA OS OBJECTIVOS 90-90-90						
	Percentagem de pessoas vivendo com VIH que conhecem o seu estado	Percentagem de pessoas que vivem com VIH que recebem terapia antirretroviral	Percentagem de pessoas que vivem com VIH e têm uma carga viral reprimida			
Homens Adultos com 15+ anos	80 [69 – 93]	62 [53 – 72]	54 [47 – 63]			
Mulheres adultas com 15+ anos	88 [77- 100]	76 [67 -86]	67 [59 – 77]			

2.1 EPIDEMIA DE VIH ENTRE MULHERES E RAPARIGAS: PRINCIPAIS FACTOS E NÚMEROS

Mulheres e raparigas carregam um fardo desproporcionado de VIH/SIDA em toda a região africana

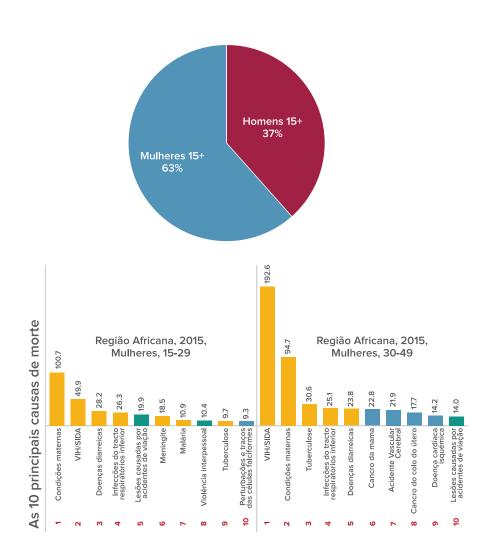
QUADRO 2 – A EPIDEMIA DE VIH ENTRE MULHERES E RAPARIGAS: PRINCIPAIS FACTOS E NÚMEROS

Em toda a região de África, 15.1 milhões de mulheres vivem com VIH em comparação com 9.0 milhões de homens in 2019²⁹

Em 2015, as doenças relacionadas com a SIDA foram uma das principais causas de morte de mulheres de idade reprodutiva (dos 15 aos 44 anos de idade) em África³⁰

As mulheres são responsáveis por 60% das novas infecções entre adultos (15 anos ou mais) na região, uma percentagem que se tem mantido em grande medida inalterada desde 1995 (dados de 2019)²⁹

Em Africa, as mulheres jovens e raparigas adolescentes foram responsáveis por **240.000** das novas infecções pelo VIH em 2019. Na África subsaariana, onde a epidemia é concentrada, representaram **uma em cada quatro** novas infecções em 2019, o que se traduz em **5.500** novas infecções por semana entre raparigas adolescentes e mulheres jovens²⁹



Novo HIV infecções Homens adultos anos 15+

Mulheres adultas anos 15+ 60%

Novo HIV infecções subsaariana África Mulheres adultas anos 15+

uma em cada quatro novas infecções África Oriental e Austral é a área mais afectada pelo VIH, aqui, as raparigas adolescentes e mulheres jovens representaram 30% das novas infecções²⁹

Em toda a região de África, os factores relacionados com o género que alimentam a epidemia são especialmente graves: as raparigas adoles centes e as mulheres jovens tinham mais do dobro da probabilidade de adquirir o VIH do que os seus pares masculinos²⁹

Globalmente, quase um terço (30%) das mulheres que estiveram numa relação informaram ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual pelo seu parceiro íntimo durante a sua vida. Os estudos informaram que mais de 40% das mulheres sofreram VPI em África³⁸.

As mulheres que sofrem violência sexual e/ou física perpetrada por um parceiro íntimo têm **1,5** vezes mais probabilidades de adquirir o VIH³¹

Em alguns contextos, até **45**% das raparigas adolescentes informaram que a sua primeira experiência sexual foi forçada ³²

As normas legais afectam directamente o risco de as mulheres adquirirem o VIH. Em muitos países onde as mulheres estão mais em risco, as leis para as proteger são fracas. A falta de direitos legais reforça o estatuto subordinado das mulheres, especialmente em relação aos direitos das mulheres ao divórcio, posse e herança de bens, celebração de contratos, a processar e testemunhar em tribunal, a consentir ao tratamento médico e à abertura de uma conta bancária.³³

Novo HIV infecções este de África e do sul Mulheres adultas anos 15+

Probabilidade de adquirir HIV Em toda a África





Percentagem de mulheres quem experimentou violência por parceiro íntimo na África



Probabilidade de mulheres experimentando IPV adquirindo HIV



Porcentagem de meninas adolescentes relatadas que a primeira experiência sexual foi forçada



As normas legais afetam diretamente o risco de as mulheres adquirirem o HIV



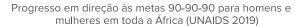
Os resultados dos inquéritos sobre saúde da população mostram que o uso de preservativos entre os jovens está a diminuir em países em todo o continente.³⁴

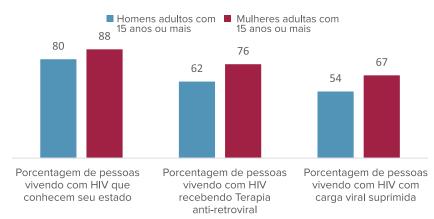
Em todos os países de África, as mulheres que vivem com VIH têm mais probabilidades de aceder testes de VIH e terapia anti-retroviral do que os homens, têm também mais probabilidades de serem viralmente reprimidas. Esta lacuna de tratamento entre os homens que vivem com VIH contribui para o maior número de novas infecções por VIH entre as mulheres na África subsaariana.

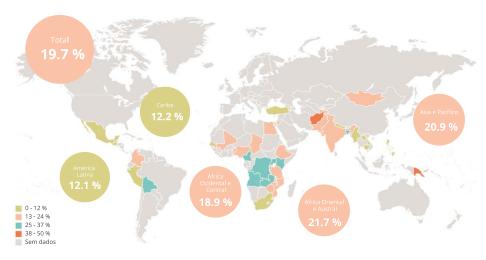
Percentagem de mulheres que nunca se casaram ou que estavam em relações de parceria entre as idades de 15 a 49 anos que sofreram violência física e/ ou sexual por um parceiro íntimo nos últimos 12 meses, 2014-2018

Em África, até uma em cada cinco mulheres tem uma necessidade não satisfeita de planeamento familiar. Em África, entre as mulheres casadas ou em união de facto em idade reprodutiva, a proporção da procura de planeamento familiar que foi satisfeita pelos métodos contraceptivos modernos (a proporção de mulheres que actualmente utilizam um método moderno entre todas as mulheres que têm uma necessidade de planeamento familiar) foi de 65%.









Fonte: Inquéritos baseados na população, 2014-2018.

Mulheres com necessidades não atendidas de planejamento familiar na África

Mulheres adultas de todas as idades



têm uma necessidade não atendida de planejamento familiar Até uma em cada três mulheres que vivem com VIH informa ter sofrido pelo menos uma forma de discriminação relacionada com a sua saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos num contexto de cuidados de saúde nos últimos 12 meses, os abusos documentados incluem a revelação não autorizada do estado serológico, ser aconselhada a não ter filhos, esterilização forçada e coagida ou interrupção de uma gravidez, negação de serviços de saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, e violência psicológica relacionada.

Em média, 43% das mulheres dos 15 aos 49 anos tomam as suas próprias decisões informadas em relação às relações sexuais, o uso de contraceptivos e os seus próprios cuidados de saúde (em países com dados disponíveis, em todos os países de África)36

Entre os inquéritos à população realizados entre 2011 e 2018, apenas 39% das mulheres jovens (com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos) na África oriental e austral — e 28% na África ocidental e central — demonstraram um conhecimento abrangente do VIH, em comparação com 46% e 31% dos homens jovens na mesma faixa etária, respectivamente. Os dados da África do Norte não estavam disponíveis.

Mulheres vivendo com HIV enfrentando discriminação por

Mulheres adultas de todas as idades



sofreram discriminação relacionada a SRHR

As mulheres tomam suas próprias decisões informadas sobre as relações sexuais



Jovem opulação demonstrou conhecimento abrangente sobre o HIV Mulheres jovens anos 15-24 África oriental e meridional

Homens jovens anos 15-24

África oriental e

anos 15-24 África Ocidental e Central

Mulheres jovens

Homens jovens anos 15-24 África Ocidental e

"Educação, conscientização e prevenção são a chave, mas a estigmatização e a exclusão da família é o que mais faz as pessoas sofrerem"

Ralph Fiennes

**Os dados seguintes concentram-se predominantemente na África subsaariana. Esta área é onde a epidemia de VIH está altamente concentrada, como resultado há mais investigação e informação relacionada com o VIH proveniente desta área. Embora a prevalência do VIH na África do Norte seja bastante baixa, as taxas de infecção estão a aumentar e há epidemias concentradas entre a subpopulação. **

52% das raparigas adolescentes e mulheres jovens nas zonas rurais são incapazes de tomar decisões sobre a sua própria saúde, em comparação com 47% nas zonas urbanas.³⁷

Aproximadamente 86% de todas as crianças recentemente infectadas com o VIH em 2018 encontravam-se na África Subsaariana, onde a epidemia de VIH se concentra na sua maioria.

Entre 2013 e 2019, **35% das jovens mulheres** da África subsaariana **casaram-se antes** dos **18** anos de idade.

Na África subsaariana, 42% das mulheres que vivem em zonas urbanas com idades compreendidas entre os 15-24 anos tiveram uma gravidez antes dos 18 anos de idade.

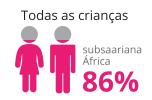
Nas zonas rurais, mais de **50**% das mulheres de 15-24 anos tiveram uma gravidez antes dos 18 anos de idade.

O conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos e a prevenção do VIH e das infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre raparigas adolescentes e mulheres jovens também é baixo: apenas cerca de um terço das mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos na África subsaariana possuem conhecimentos adequados sobre o VIH.

Porcentagem de meninas adolescentes incapazes de tomar decisões sobre sua própria saúde



Porcentagem de crianças recém-infectadas com HIV em 2018





Mulheres casadas antes dos 18 anos África subsaariana 2013 - 2019



Porcentagem de mulheres grávidas antes do idade de 18 África subsaariana



Mulheres jovens de 15 a 24 anos têm conhecimento adequado sobre o HIV África subsaariana



Meninas adolescentes de 15 a 24 anos

Ter conhecimento sobre SRHR e prevenção de HIV e DSTs O cancro do colo do útero é o cancro mais comum entre as mulheres que vivem com VIH, e a probabilidade de uma mulher que vive com VIH desenvolver cancro invasivo do colo do útero é até cinco vezes maior do que para uma mulher que não vive com VIH. Todos os anos aproximadamente 528.000 mulheres são diagnosticadas com cancro do colo do útero e aproximadamente 311.000 mulheres morrem devido à doença. Cerca de 90% das mulheres que morrem de uma doença altamente evitável e curável são de PRMI. A maioria dos países com elevadas taxas de cancro do colo do útero encontrase na África subsaariana. Um total de 11 países na África subsaariana informam ter programas de rastreio do cancro do colo do útero em 2019, com uma cobertura que varia entre 10% e 70%.

Probabilidade de mulheres desenvolverem câncer cervical invasivo



Mulheres adultas vivendo com HIV

5X

Mais probabilidade de desenvolver câncer cervica

Mulheres adultas não vivendo com HIV

Probabilidade normal de desenvolver câncer cervica



Este relatório fornece conhecimentos sobre a forma em que as desigualdades de género e outras desigualdades cruzadas têm impacto sobre o risco e a vulnerabilidade do VIH para as mulheres e raparigas em África. Uma abordagem baseada na igualdade de género, saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (SSRDR), e direitos humanos foi utilizada para rever os instrumentos, políticas e quadros da UA para identificar lacunas e avançar no sentido de assegurar que a resposta ao VIH em África é transformadora em termos de género e aborda as necessidades múltiplas, intersectantes e variáveis das mulheres e raparigas.

A revisão teve como objectivo:

- Avaliar a epidemia e a resposta ao VIH, bem como outras questões inter-relacionadas e intersectantes da igualdade de género e de SSRDR (tal como a violência baseada no género (VBG) – que afectam as mulheres e as raparigas a partir de uma perspectiva de igualdade de género, SSRDR e direitos humanos, e o empoderamento económico e a participação das mulheres na resposta são cruciais para a prevenção da GEWE e do VIH;
- Realçar o fardo desproporcionado do VIH/SIDA sobre as mulheres e raparigas e os desafios que enfrentam no acesso aos serviços de VIH e SSR;
- Rever os instrumentos, políticas, órgãos, mecanismos, cartas e quadros de compromisso da UA para a GEWE e eliminação de VIH/SIDA como uma ameaça para a saúde pública;
- Fornecer recomendações chave à UA e aos Estados Membros sobre a integração da igualdade de género, empoderamento da mulher e SHS&DR noutros processos estratégicos, de planeamento, orçamentação e implementação para abordar as barreiras e desafios relacionados com o género na resposta ao VIH;
- Fornecer recomendações baseadas em evidências à UA e aos Estados Membros sobre pontos-chave de acção prioritária, bem como metas para a próxima década da mulher;

 Servir como um instrumento de advocacia para decisores políticos, financiadores, sociedade civil e organizações comunitárias na concepção dos programas nacionais.

Os dados foram recolhidos de fontes secundárias através da revisão documental guiada pelos princípios de:

- Respeitar e proteger os direitos humanos das mulheres e raparigas;
- Abordagem baseada em evidência.

A revisão foi conduzida sob a orientação da CUA-WGYD, ONUSIDA e ONU Mulheres. Foi revista uma lista de websites com quadros políticos e jurídicos e compromissos relevantes da UA, para além das Nações Unidas e outras bases de dados para a recolha de dados desagregados por género sobre vários indicadores de VIH entre diferentes grupos geográficos e socioeconómicos. Uma pesquisa bibliográfica usando PubMed, JAMAevidence, PopLine, ScienceDirect, Scopus e Google Scholar para dados sobre desigualdade de género e VIH também foi feita no processo.

Os dados provenientes das múltiplas fontes acima indicadas foram examinados enquanto os interpretava para fornecer uma visão mais profunda das dimensões de igualdade entre os sexos na intersecção da epidemia de VIH, contexto e resposta. Para responder eficazmente às desigualdades de género e ao VIH, é necessário abordar as circunstâncias multidimensionais e complexas de homens e mulheres.

FIGURA 1 - DIAGRAMA QUE ILUSTRA AS QUESTÕES DE INTERSECÇÃO ENTRE O VIH/SIDA E O GÉNERO





Esta secção fornece a ligação entre a epidemia de VIH e as várias formas de Desigualdades de Género. Estas são a Violência Baseada no Género, incluindo Casamento Infantil e Mutilação Genital Feminina, Desigualdades no Poder e na tomada de decisões, Empoderamento económico, Acesso das raparigas à educação, Factores legais e políticos, tais como quadros legais discriminatórios, Estigma e discriminação, mulheres portadoras de deficiência, mulheres refugiadas e mulheres que abusam drogas, a Crise Humanitária e a COVID-19 como factor transversal.

4.1 EVIDÊNCIA SOBRE AS LIGAÇÕES ENTRE O VIH E A VBG

A violência baseada no género varia na definição mas é geralmente definida como a violência perpetrada contra um indivíduo com base no seu género.³⁸ O termo 'violência baseada no género' (VBG) é muitas vezes utilizado indistintamente com 'violência contra as mulheres'.³⁹ Inclui abuso físico, sexual, psicológico/emocional, e

privação económica ou educacional.⁴⁰ A violência pode ser perpetrada por uma variedade de actores, incluindo parceiros íntimos (referida como violência por parceiro íntimo (VPI), familiares, membros da comunidade e representantes do Estado (por ex.⁴¹

A VBG é uma questão de preocupação global com a saúde e os direitos humanos, com estimativas que sugerem que 1 em cada 3 mulheres tem experiência de alguma forma de VBG durante a sua vida, principalmente por um parceiro íntimo.⁴²

As estatísticas a nível mundial mostram que:

- 35% das mulheres em todo o mundo sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo, ou violência sexual não por parceiro durante a sua vida;⁴³
- Quase um terço (30%) das mulheres que estava numa relação informa ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual pelo seu parceiro íntimo durante a sua vida;⁴²
- Globalmente, até 38% dos homicídios de mulheres são cometidos por um parceiro masculino íntimo. 43

Em África, a VBG, especificamente a VPI, é altamente prevalecente.³⁸ Os resultados de uma recente análise comparativa entre diferentes regiões de África encontraram uma prevalência média de VPI de 31%.⁴⁴ Este número foi consistente com um outro estudo realizado noutros países africanos que informou de uma prevalência de VPI de cerca de 30% entre raparigas adolescentes e mulheres jovens.⁴⁵ Outros estudos em países de todo o continente informaram de uma prevalência de VPI que varia de 13% a 97%.⁴⁶,⁴⁷,⁴⁸,⁴⁹,³⁸,⁵⁰ Embora as cifras para VPI variem, na realidade,as cifras poderiam ser ainda mais elevadas, devido à subnotificação associada à VBG,⁵¹ por causa de factores associados à estigmatização, vitimização, violência retaliatória, medo de divórcio, entre muitas outras razões. ³⁸,^{17,52},^{53,54}

O resumo das estatísticas e números da VBG para África indica que:

- A prevalência da VPI varia de 13% a 97% em todo o continente;³⁸
- Apenas 22 países africanos adoptaram leis que proíbem a VBG;³⁸,⁵⁵.
- De acordo com o relatório Gender Equality Index Report, 27 dos 30 países do mundo que exibem índices desiguais de género estão em África.⁵⁶
- Em todos os países de África, as crenças e tradições culturais promovem o papel hierárquico dos homens nas relações sexuais e especialmente no casamento; 57, 58, 59, 60, 61, 62
- Quase dois terços (63%) da população africana vivem em ambientes rurais remotos e são afastados da influência do governo central ou de leis que proíbem a VBG.⁴⁰,⁶³

Um grande conjunto de evidências demonstrou uma ligação inextricável entre a VBG e o VIH entre as mulheres. 64,65,66 Estudos revelam as fortes correlações entre a VBG e o VIH; a aquisição do VIH é um factor de risco para a VBG e vice-versa. 67,67 As mulheres que sofrem de VBG têm quatro vezes mais probabilidades de estarem em risco de contrair VIH e infecções sexualmente transmissíveis (IST). 67,68 A violência sexual pode levar directamente à infecção pelo VIH, uma vez que o trauma aumenta o risco de transmissão. Mais importante ainda, a VBG aumenta indirectamente o risco de transmissão do VIH. 65 As vítimas de abuso sexual infantil são mais susceptíveis de serem seropositivas e de terem comportamentos de alto risco. 69

Os perpetradores da VBG estão em risco de infecção pelo VIH, uma vez que as suas vítimas já foram frequentemente vitimizadas antes disso e têm um elevado risco de infecção. Normas sociais e de género—introduzidas na infância e consistentemente reforçadas ao longo da vida— conduzem a tal violência. Em 24 dos 43 países com dados recentes de inquéritos baseados na população, mais de 40% das mulheres jovens (com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos) declararam que um marido tem o direito de bater ou espancar a sua esposa. De considera de co

Foi demonstrado que a VBG dificulta o acesso das mulheres a tratamento e cuidados e aderência ao TARV.⁷¹ Vários estudos demonstram que o medo da VBG (abuso e abandono) leva muitas mulheres a esconder dos seus parceiros o seu estado de VIH, tratamento e comportamento de procura de cuidados, o que, por sua vez, tem impacto na aderência.⁷², ⁴⁵, ⁷³, ⁷⁴ Por exemplo, um estudo de acesso e adesão ao tratamento antirretroviral em cinco

distritos da Zâmbia mostrou que 66% não revelaram o seu estado de VIH aos seus parceiros íntimos devido ao "medo de ser culpada, abandonada e de perder o apoio económico do seu parceiro", e 76% das mulheres não aderiram ao seu regime de TARV como prescrito porque estavam a tentar esconder seus medicamentos.⁷⁵

Outros estudos mostram que o medo de reacções violentas resulta na falta de acesso das mulheres aos serviços de tratamento e cuidados, incluindo os que se destinam à prevenção da transmissão vertical do VIH.^{72,76,77,78} Um estudo de 2012 na África do Sul mostrou que as mulheres podem lamentar o acesso aos serviços de saúde por causa da VBG que posteriormente experimentam.^{72,79} Em geral, estas conclusões confirmam que a VBG continua a ser uma barreira crítica ao acesso e à adesão ao tratamento.⁷²

A violência tem as suas raízes na discriminação e desigualdade que são mantidas por atitudes, crenças e práticas individuais; normas sociais mais amplas em torno do género e da violência; e sistemas e estruturas que reproduzem e até codificam esta desigualdade e discriminação. Para além destas causas de base, existem vários factores de risco que tornam mais provável a sua ocorrência, os quais estão resumidos na figura abaixo.80

FIGURA 2 - RESUMO DOS FACTORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES81

Violência contra Mulheres Fatores da comunidade **Fatores sociais** Fatores de Risco Normas prejudiciais, de género Leis discriminatórias sobre a que sustentam o privilégio propriedade imobiliária, divórcio masculino e limitam a autonomia e custódia dos filhos das mulheres Baixos níveis de emprego e Elevados níveis de pobreza e educação das mulheres desemprego Ausência ou falta de aplicação Altos índices de violência e de leis que tratam da violência criminalidade contra as mulheres Disponibilidade de drogas, Discriminação de género nas instituições (por exemplo, álcool e armas polícia, saúde, etc.) Fatores individuais Fatores interpessoais Experiência da infância de Níveis elevados de desigualdade nas relações/relações violência e/ou exposição à controladas por homens/ violência na família dependência do parceiro Perturbações mentais Múltiplas relações sexuais dos Atitudes que aprovam de ou homens justificam a violência como Uso de drogas por homens e normal ou aceitável consumo nocivo de álcool

O medo de consequências negativas entre as mulheres que vivem com VIH é justificado. Vários estudos mostram que as mulheres podem sofrer altos níveis de estigma e discriminação, incluindo violência física e abuso após adivulgação. Tr. 54, 82, 83 As experiências de violência do parceiro íntimo estão associadas a resultados clínicos negativos relacionados com o VIH, possivelmente devido a uma diminuição dos cuidados de VIH, adesão ao tratamento e retenção, e a um aumento na depressão e ansiedade. Tr. 79, 84

A resposta à pandemia COVID-19 parece estar a ampliar as desigualdades e vulnerabilidades de género existentes que contribuem para a violência baseada no género.³⁶,⁸⁵ Medidas de confinamento alargado e restrições à circulação— agravadas por tensões económicas e sociais provocadas pela pandemia—coincidiram com

registos em muitos países de aumento no número de mulheres e raparigas que enfrentam abusos.³⁶,⁸⁵,⁸⁶ Em todos os países de África, o encerramento de escolas em todo o país, implementado para combater a propagação do vírus, levou a que os alunos saíssem da escola, incluindo milhões de raparigas.⁸⁷,⁸⁸ O impacto deste período de perturbação do ensino será de grande alcance, e é provável que as raparigas marginalizadas serão as mais atingidas.⁸⁹

4.2 CASAMENTO INFANTIL

O casamento infantil é qualquer casamento formal ou união informal em que uma ou ambas as pessoas têm menos de 18 anos de idade. O casamento antes dos 18 anos de idade é uma violação fundamental dos direitos humanos. Muitos factores interagem para colocar uma criança em risco de casamento, incluindo a pobreza, a percepção de que o casamento proporcionará "protecção", honra familiar, normas sociais, leis consuetudinárias ou religiosas que toleram a prática, quadros legislativos inadequados e o estado do sistema de registo civil de um país. Embora a prática seja mais comum entre raparigas do que rapazes, é uma violação de direitos, independentemente do género.

A nível mundial, mais de 650 milhões de mulheres foram casadas na infância, e cada ano 12 milhões de raparigas tornam-se noivas-crianças. Em todos os países de África, cerca de 1 em cada 3 raparigas casam-se antes de ter 18 anos. Em alguns países, a taxa é muito mais elevada.

- Na África Ocidental e Central, pelo menos dois terços das raparigas são casadas aos 18 anos na República Africana Central (68%), Chade (67%), e Níger (76%); cerca de metade das raparigas são casadas aos 18 anos em Burkina Faso (52%) e Mali (54%).
- Muitos países da África Oriental e Austral a região com o maior fardo de VIH também têm uma prevalência muito elevada de casamento infantil. Os números mais elevados encontram-se no Malawi 42%; Moçambique 53%, Sudão do Sul 52% e Etiópia 40%.
- Na África do Norte, a percentagem de mulheres casadas antes dos 18 anos diminuiu por cerca de metade, de 34% para 13%, ao longo das últimas três décadas. Não obstante, os casamentos de crianças continuam a ser predominantes. Os números mais elevados na região são a Mauritânia 37%; o Egipto 17% e Marrocos 13%.
- A maioria dos casamentos de crianças ocorre entre os 15 e 18 anos de idade, com exceção do Chade e do Níger, que têm mais de um terço jovens entre os 20 e 24 anos casados antes dos 15 anos.⁹³
- Projecta-se que o número de jovens em África dobrará até 2050; devido as elevadas taxas de crescimento populacional, o número de raparigas casadas está a aumentar em alguns países como o Burkina Faso e a Nigéria.⁹⁴

As noivas-crianças africanas encontram-se muito provavelmente nas zonas rurais e entre o segmento mais pobre da população. ⁹⁵ As raparigas das zonas rurais têm duas vezes mais probabilidades de se tornarem noivas-crianças do que as raparigas das zonas urbanas. Da mesma forma, as raparigas dos agregados familiares mais pobres têm o dobro da probabilidade de casar antes dos 18 anos de idade do que as raparigas dos agregados familiares mais ricos. ⁹⁵

Apesar do perfil global do casamento infantil estar a mudar, uma população infantil crescente combinada com um lento declínio na prática do casamento infantil em África colocará em risco mais milhões de raparigas. Se as tendências actuais se mantiverem, quase metade das noivas-crianças do mundo em 2050 serão africanas.⁹⁶

Enquanto os factores e impactos do casamento infantil sejam diferentes para as raparigas em contextos diferentes, os estudos mostram que as noivas-crianças são geralmente mais propensas (do que as não casadas) a ter uma gravidez e um parto precoces, taxas de fertilidade elevadas, baixo nível de escolaridade, VPI, pobreza e rendimentos mais baixos ao longo da sua vida.97,98 As provas indicam ainda que as noivas-crianças são frequentemente limitadas na sua mobilidade física e limitadas na sua capacidade de tomar decisões relativas à sua saúde e ao seu agregado familiar.99 As evidências mais recentes sugerem que o casamento infantil pode ter um impacto negativo na saúde mental e bem-estar das pessoas que casaram-se quando eram crianças.100,101

Embora seja necessário ter mais investigação para compreender melhor a relação entre o Casamento Infantil e o VIH, é evidente que alguns dos factores que colocam as raparigas em mais alto risco de infecção pelo VIH são os mesmos que as expõem ao casamento infantil. Alguns destes factores de risco incluem desigualdades de género, pobreza, e baixo nível de instrução, que limitam a capacidade das raparigas de tomarem decisões sobre a sua própria saúde. 102 Uma vez casadas, há vários factores que podem tornar as noivas-crianças particularmente vulneráveis à infecção pelo VIH. Estes factores resumidos na figura 3 incluem: gravidez precoce; ter parceiros sexuais mais velhos, mais experientes e não-monogâmicos; desequilíbrio de poder e falta de escolha na relação conjugal; experiência de VPI; acesso limitado à educação, informação e serviços; e escassez de estratégias de prevenção adequadas concebidas para satisfazer as necessidades e prioridades das raparigas casadas. 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115

FIGURA 3 - FACTORES NO CASAMENTO INFANTIL PRECOCE QUE AUMENTAM O RISCO DE INFECÇÃO PELO VIH97



Em muitos contextos, o início precoce da actividade sexual, incluindo a que tem lugar nos casamentos de crianças, está associada ao aumento do risco de infecção pelo VIH ao longo da vida.¹⁰²



As noivas-crianças carecem de poder e de tomada de decisão no que diz respeito às escolhas reprodutivas.¹⁰³



As noivas-crianças casam frequentemente com homens mais velhos, o que, por sua vez, aumenta o risco de infecção pelo VIH. ¹⁰⁴, ¹⁰⁵



As noivas-crianças carecem frequentemente da agência necessária para negociar medidas de protecção ou acesso a serviços vitais, tal como a despistagem do VIH: 80% das raparigas de 15-19 anos casadas no Burkina Faso, Camarões, Costa do Marfim, Níger e Senegal informam que não têm a última palavra sobre os seus próprios cuidados de saúde. 106



Uma base de evidência sólida indica que as raparigas adolescentes podem ser mais biologicamente susceptíveis à infecção pelo VIH do que as raparigas e mulheres mais velhas, e novas evidências sugerem o risco de adquirir o VIH aumenta durante a gravidez e o período pós-parto. 107 O casamento infantil aumenta tanto o número de filhos que uma mulher tem como o número de anos que ela enfrenta este risco acrescido.



As adolescentes carecem de informação sobre o VIH e a sua prevenção: globalmente, apenas 30% das raparigas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos têm conhecimentos exactos sobre o VIH. 108 A falta de informação sobre a prevenção do VIH reduz a capacidade das mulheres jovens negociarem medidas de protecção. 109



Mais de 50% das raparigas casadas antes dos 18 anos de idade têm globalmente não mais de três anos de escolaridade. 110 Estudos demonstram que o nível de instrução mais elevado está correlacionado com a redução da probabilidade de infecção pelo VIH para as mulheres jovens. Os níveis mais baixos de educação das noivas-crianças aumentam o seu risco de infecção pelo VIH. 111

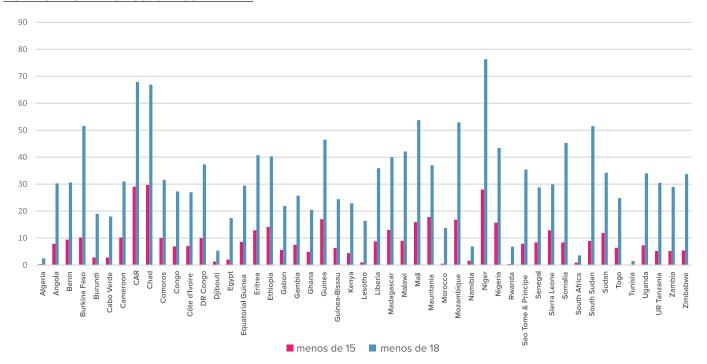


Globalmente, as raparigas que foram casadas antes dos 18 anos de idade registam níveis mais elevados de violência do parceiro íntimo (VPI) do que aquelas casadas após os 18 anos. 112 Por sua vez, as mulheres que sofrem a VPI estão em maior risco de infecção pelo VIH: 113 Um estudo na África do Sul concluiu que as mulheres que sofrem VPI têm 50% mais probabilidades de serem infectadas pelo VIH do que as que não o fazem 114



Programas que visam melhorar os níveis de saúde, educação e bemestar para raparigas adolescentes têm a tendência de ter o seu foco em adolescentes não casadas. As prioridades distintas de raparigas casadas, incluindo a prevenção de VIH, são menos reconhecidas e tratadas. 102

FIGURA 4 - PERCENTAGEM DE MULHERES DE 20 A 24 ANOS DE IDADE QUE SE CASARAM PELA PRIMEIRA VEZ OU QUE ESTAVAM NUMA UNIÃO ANTES DOS 18 ANOS DE IDADE



Fonte: Bases de dados globais da UNICEF em 2020, baseadas em DHS, MICS e outros inquéritos nacionais, 2013-2019. Nota: Dados de Botswana, Líbia, Maurícias, Seicheles, e República Árabe Saharaui Democrática não estavam disponíveis.

O impacto do casamento infantil nos direitos e bem-estar da criança tem sido bem documentado, 116 e a sua eliminação tornou-se uma prioridade internacional e regional. 117 O casamento infantil é proibido nos termos da Carta Africana dos Direitos e do Bem-Estar da Criança (CADBEC) e o Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos da Mulher em África (Protocolo de Maputo). Tanto a CADBEC como o Protocolo de Maputo especificam que "a idade mínima de casamento deve ser 18 anos", 118 e estipulam que "o consentimento pleno e livre para um casamento que não pode ser complementado ou curado com a adição do consentimento parental dado em nome de uma criança". 118

Em 2015, os Estados Membros da UA adoptaram uma Posição Comum Africana para Acabar com o Casamento Infantil, que insta à promulgação e implementação de leis que estabeleçam a idade mínima legal para o casamento aos 18 anos ou mais, sem excepções, e aplicáveis em todos os sistemas jurídicos, e à implementação de legislação e políticas adequadas que proíbem, impedem, punem e corrigem eficazmente o casamento infantil, incluindo a circulação transfronteiriça de raparigas para fins de casamento infantil.

Não obstante, em 2020, todos os Estados Membros ainda não ratificaram e implementaram plenamente esses compromissos. Apesar das normas e directrizes legais existentes, o casamento infantil continua a ser comum em África, com consequências graves para o bem-estar das raparigas adolescentes e das mulheres jovens.

Uma revisão recente da legislação e leis sobre casamento infantil realizada pela UA em todos os 55 países da União Africana informou que o casamento infantil ainda está legalizado em 39 dos 55 Estados Membros da União Africana. Os resultados do compêndio da UA sobre o casamento infantil identificaram o seguinte¹¹⁸:

- 43 dos 55 Estados Membros da União Africana (78%) têm quadros legais que colocam a idade mínima de casamento aos 18 anos ou superior para raparigas e rapazes, no entanto 27 (63%) desses Estados Membros têm excepções que legalizam o casamento infantil quer com o consentimento dos pais/tutores, a aprovação de um juiz, a aprovação de um tribunal/Estado e outras excepções que permitem a uma criança casar legalmente com idade inferior a 18 anos.
- Onze Estados Membros (20%) não têm quadros legais que estabelecem a idade mínima de 18 anos para rapazes e raparigas e 10 Estados Membros (91%) têm outras excepções que reduzem legalmente a idade do casamento para 10 anos no caso das raparigas.

- Dez Estados Membros (18%) têm uma idade mínima desigual para a legislação matrimonial para rapazes e raparigas variando de 14 anos para raparigas a 15 anos para rapazes, e um Estado-membro (2%) não tem uma idade mínima para o casamento.
- Isto eleva o número total de Estados onde o casamento infantil é legalizado para 39 (71%). (Estados Membros sem idade mínima para o casamento, Estados sem quadros legais que estabelecem a idade mínima de 18 anos ou mais, e Estados onde existem quadros que estabelecem a idade mínima para o casamento aos 18 anos ou mais, com excepções que permitem o casamento infantil ou com contradições entre as leis consuetudinárias, religiosas e civis).

Para resolver estas lacunas, uma abordagem holística é necessária em conjunto com acções apropriadas, incluindo a promulgação de leis, harmonização das leis civis, consuetudinárias e religiosas e aplicação de leis para assegurar a eliminação do casamento infantil em África.¹¹⁸

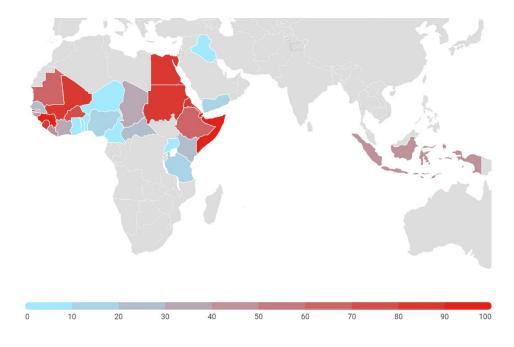
4.3 MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA E VIH

Mutilação genital feminina (MGF) refere-se a "todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos ou outras lesões dos órgãos genitais femininos por razões não médicas". A MGF é reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos das raparigas e das mulheres. Reflecte uma desigualdade de género profundamente enraizada e constitui uma forma extrema de discriminação contra as mulheres. A MGF é quase sempre exercida sobre menores e constitui uma violação dos direitos da criança. A prática também viola os direitos humanos à saúde, segurança e integridade física, o direito a estar livre de tortura e tratamento cruel, desumano ou degradante, e o direito à vida quando o procedimento resulta em morte. 120

A MGF não tem benefícios para a saúde, mas tem implicações sérias para a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos da rapariga e da mulher. As consequências a longo prazo incluem complicações durante o parto, incontinência urinária e aumento do risco de transmissão do VIH, bem como efeitos psicológicos.

Embora o número exacto de raparigas e mulheres em todo o mundo que foram submetidas à MGF continue desconhecido, estima-se que pelo menos 200 milhões de raparigas e mulheres vivas foram hoje sujeitas à prática em 31 países, com dados representativos sobre a prevalência. Como ilustrado pela figura abaixo, a maioria dos países onde a MGF é predominante encontram-se em África. Como crescimento da população jovem em África, a UNFPA e a UNICEF estimam que 50 milhões de raparigas em África correm o risco de sofrer mutilação genital antes de 2030 se não forem tomadas medidas concertadas agora. 123

FIGURA 5 - PERCENTAGEM DE RAPARIGAS E MULHERES DOS 15 AOS 49 ANOS DE IDADE QUE SOFRERAM MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA



Embora a MGF pareça ter uma correlação negativa com a infecção pelo VIH em África quando se compara a distribuição geográfica, alguns estudos sugerem que a MGF pode aumentar o risco de VIH. 124, 125, 126 A nível individual, existem uma série de mecanismos propostos através dos quais a MGF pode influenciar o risco de aquisição de infecção por VIH pelas mulheres. 126 Em termos de fisiologia, a utilização de instrumentos de corte contaminados ou a reutilização contínua do mesmo instrumento sem esterilização em cerimónias de grupo aumenta o risco de transmissão do VIH. 126

Em contraste, os mecanismos comportamentais podem ser mecanismos de protecção nalguns casos, enquanto que noutros aumentam o risco de VIH. Por exemplo, nalguns cenários, a MGF pode resultar no início atrasado da actividade sexual, 127 que pode estar associado a um menor risco de infecção pelo VIH. Por outro lado, a MGF aumenta a possibilidade de casamento das raparigas e o preço da noiva e pode contribuir para casamentos precoces com homens mais velhos, mais susceptíveis de terem sido expostos ao VIH. 128

Embora os dados que apoiam a ligação entre o VIH e a MGF sejam limitados, é necessária mais investigação para fornecer evidência de melhor qualidade da relação entre a MGF e o VIH, especialmente em locais onde tanto a prevalência da MGF como o risco de aquisição do VIH pelas mulheres são substanciais.¹²⁶.

Os Estados Membros da UA têm defendido a luta contra a mutilação genital feminina aos níveis nacional, regional e internacional. Há exemplos extraordinários de líderes - incluindo muitas mulheres líderes, tal como a Primeira Dama do Burkina Faso, Madame Sika Kaboré - que trouxeram uma mudança enorme nos seus países. 129 Em 2019, a UA, em parceria com a UNFPA e a UNICEF, lançou uma Iniciativa Continental para Acabar com a Mutilação Genital Feminina (A Iniciativa Saleema), que marcou um compromisso reforçado para a eliminação da MGF em África. A Iniciativa Saleema visa galvanizar a acção política para aplicar uma legislação forte, aumentar a atribuição de recursos financeiros e reforçar as parcerias para acabar com a mutilação genital feminina, particularmente nas comunidades mais afectadas pela prática nociva. 130

4.4 VIH, LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÕES

O empoderamento da mulher refere-se geralmente ao reconhecimento de que as mulheres podem e devem participar efectivamente nos processos de tomada de decisão que moldam as suas próprias vidas e sociedades. Um aspecto importante do empoderamento da mulher é a agência; definida como a capacidade de estabelecer os seus próprios objectivos ou fazer as suas próprias escolhas e agir em conformidade com eles. O empoderamento da mulher implica tanto o desenvolvimento da própria agência das mulheres como a remoção de barreiras - políticas, legais e sociais - para o exercício desta agência.

A saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos são fundamentais para empoderar as mulheres e as raparigas adolescentes e criar sociedades e economias iguais em termos de género. Na saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, a agência das mulheres é grandemente influenciada pela sua capacidade de exercer os seus direitos humanos. Humanos de género de sexual e reprodutiva e direitos humanos.

Contudo, em África, muitas mulheres não têm a capacidade de tomar decisões sobre a sua própria saúde sexual e reprodutiva e os seus direitos reprodutivos. Em muitas comunidades do continente, as relações desiguais de poder entre mulheres e homens limitam a tomada de decisões sexuais das mulheres, 134, 135, 136, 137 e a capacidade das mulheres de escolherem medidas de protecção, que contribuem para o aumento do risco de infecção por VIH das mulheres. 138, 139, 140, 141

Por exemplo, um estudo de 2019 em Moçambique mostrou que os homens tomam a maioria das decisões sobre a fertilidade e o tamanho da família, com os respondentes informarem que normas de género profundamente patriarcais limitam a agência e a participação das mulheres na tomada de decisões, incluindo em torno da sua própria saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos. Tanto mulheres como homens informaram que as mulheres devem obter permissão dos seus parceiros masculinos antes de procurarem serviços de saúde. 142

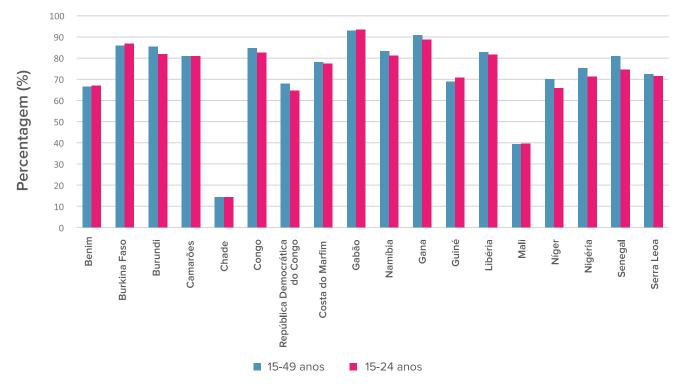
Há uma infinidade de evidências que demonstram que os níveis desiguais de poder entre homens e mulheres nas relações íntimas limitam as mulheres, incluindo as mulheres que vivem com VIH, de tomar decisões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos.^{143, 144, 145}, ¹⁴⁶

Em todos os países de África, as desigualdades na educação, emprego e acesso aos recursos resultam num estatuto socioeconómico inferior para as mulheres, o que leva a um desequilíbrio de poder entre homens e mulheres. 147, 148 Isto restringe o acesso das mulheres à informação sobre a sua saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. 149

Adicionalmente, em muitas sociedades, os homens tendem a ser consideravelmente mais velhos que as mulheres nas relações, reforçando o desequilíbrio de poder, especialmente nas sociedades patriarcais, onde a idade e a antiguidade são importantes nas interacções sociais. 149 Como resultado, os homens tendem a ter um estatuto social mais elevado do que as mulheres e tendem a controlar os recursos económicos. O controlo dos recursos económicos por parte dos homens produz mais poder de decisão nas relações. 149 Isso limita as mulheres de negociar medidas de protecção, tornando-as mais vulneráveis ao VIH. 150 A figura 6 abaixo mostra resultados de inquéritos à população em toda a África Ocidental e Central — os resultados mostram que cerca de 1 em cada 4 mulheres não acredita que uma mulher se justifique a pedir ao seu marido para usar um preservativo mesmo que ela saiba que ele tem uma infecção sexualmente transmissível.

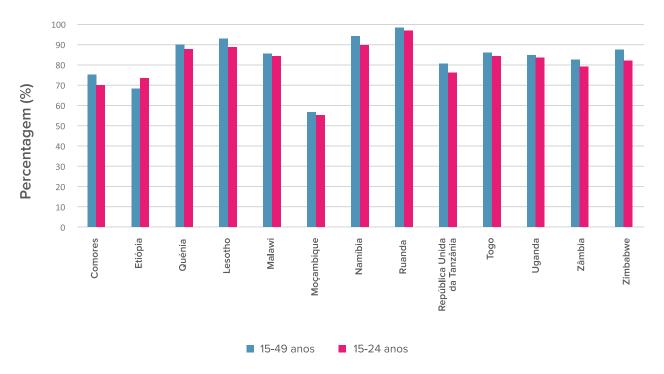
A informação que mede a agência e o poder das jovens mulheres na tomada de decisões sobre a sua própria saúde é de preocupação semelhante. Em 11 países da África Oriental e Austral, 62% das mulheres jovens entre os 15-19 anos de idade actualmente casadas e que vivem em zonas urbanas afirmam ter a última palavra nas decisões relacionadas com os seus próprios cuidados de saúde, em comparação com 53% das mulheres jovens que vivem em zonas rurais. Em dez países da África Ocidental e Central, o resultado é muito mais baixo - a percentagem de mulheres jovens actualmente casadas entre os 15-19 anos de idade que declaram ter a última palavra nas decisões relacionadas com os seus próprios cuidados de saúde foi 29% nas zonas urbanas e 25% nas zonas rurais. 151,152

FIGURA 6 - PERCENTAGEM DE MULHERES QUE ACREDITAM QUE UMA MULHER TEM RAZÃO EM PEDIR PARA O USO DE PRESERVATIVO SE SABE QUE O SEU MARIDO TEM UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL, 18 PAÍSES DA ÁFRICA CENTRAL E OCIDENTAL¹⁵⁷



Fonte: Inquéritos Demográficos e Sanitários, 2010-2015

FIGURA 7 - PERCENTAGEM DE MULHERES QUE ACREDITAM QUE UMA MULHER TEM RAZÃO EM PEDIR PARA USAR UM PRESERVATIVO SE SABE QUE O SEU MARIDO TEM UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL, 13 PAÍSES DA ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL¹⁵³



Fonte: Inquéritos Demográficos e Sanitários, 2010-2015

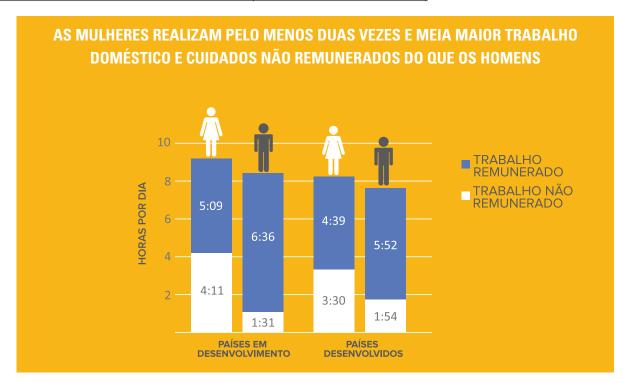
Ao redor do mundo, bem como em África, a liderança das mulheres e a participação política é limitada. As mulheres estão sub-representadas como eleitoras, bem como em posições de liderança, seja em cargos eleitos, na função pública, no sector privado ou no meio académico. 154 Isto ocorre apesar das suas capacidades comprovadas como líderes e agentes de mudança, e do seu direito de participar igualmente na governação democrática. 154

A sub-representação das mulheres na liderança é reflectida na resposta ao VIH, onde as mulheres que vivem com VIH e as suas organizações nem sempre são incluídas nas decisões que orientam as políticas e programas sobre o VIH. 154 Os direitos de participação das mulheres, particularmente as mulheres que vivem com VIH, são frequentemente esquecidos, e as suas potenciais contribuições de liderança e perspectivas sobre a epidemia são perdidas. A abordagem do VIH requer acções em todas as frentes e só será eficaz quando os papéis e prioridades das mulheres, tal como por elas determinados, forem plenamente integrados em todos os aspectos da tomada de decisão. 154

4.5 VIH E EMPODERAMENTO ECONÓMICO

Normas desiguais de género ditam os papéis das mulheres e raparigas dentro dos agregados familiares em vários contextos em todo o mundo - tendem a atribuir níveis mais elevados de trabalho doméstico e responsabilidades de prestação de cuidados a raparigas e mulheres. Desde cozinhar e limpar até ir buscar água e lenha ou cuidar de crianças e idosos, as mulheres realizam pelo menos duas vezes e meia maior trabalho doméstico e cuidados não remunerados do que os homens. Estima-se que as mulheres passam uma média de 4,5 horas por dia a fazer trabalho não remunerado, em comparação com pouco mais de duas horas para os homens. Como resultado, as mulheres têm menos tempo para se dedicarem a trabalho remunerado, o que acaba por ter um impacto na sua independência económica, segurança e controlo. 157

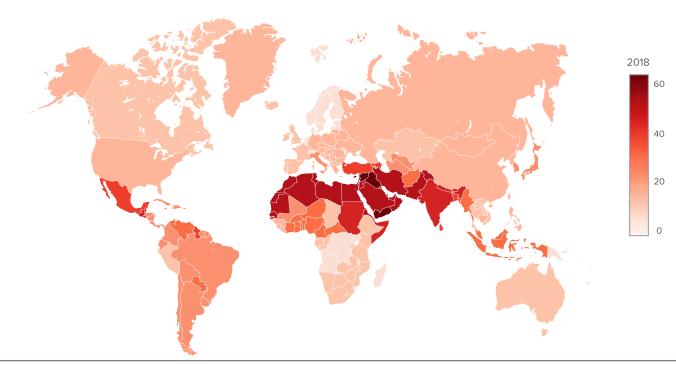




O fardo do trabalho não remunerado é sentido pelas mulheres de todas as classes socioeconómicas.¹⁵⁸ Mas é mais severamente sentido pelas mulheres mais pobres e mais desfavorecidas.¹⁵⁹ Esta é a realidade de muitas mulheres em África cujo trabalho subsidia o custo dos cuidados que sustentam as famílias, apoiam as economias e muitas vezes preenchem a falta de serviços sociais. Contudo, raramente é reconhecido como "trabalho".¹⁶⁰

Existe também uma disparidade significativa de género na força de trabalho global. Em 2018, a disparidade global de género na participação da força de trabalho era 27%. No entanto, a média global, esconde variações significativas entre regiões, sendo mais pronunciada na África do Norte, onde menos de um terço das mulheres em idade activa participa, enquanto que, na África Subsaariana, quase dois terços participam, ver figura abaixo. Com base em dados de 84 países, 95% de homens com idade compreendida entre os 25 e os 54 anos sao activos, em comparação com apenas 52% das mulheres. O principal motivo das mulheres estarem fora da força de trabalho foi o trabalho de cuidados não remunerados.

FIGURA 9 - PARTICIPAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO COM DISPARIDADE DE GÉNERO, PONTOS PERCENTUAIS, 2018



Das mulheres activas, mais de metade estão no sector informal, muitas vezes em empregos que carecem de segurança ou direitos.¹⁶² Como resultado das desigualdades no acesso ao rendimento e aos recursos, as mulheres de baixos rendimentos são muitas vezes economicamente dependentes dos parceiros masculinos.¹⁶³

A vulnerabilidade económica das mulheres bem como a sua dependência dos homens, aumenta a sua vulnerabilidade ao VIH. A desvantagem económica que as mulheres enfrentam pode iniciar já na infância, com as raparigas a enfrentar uma falta de oportunidades e níveis mais baixos de investimento na sua saúde, nutrição e educação. 165 Ao longo da sua vida, as mulheres africanas continuam a enfrentar desvantagens na educação, saúde, e actividades geradoras de rendimentos. Tendem a ter dotações de capital humano significativamente inferior a dos homens; pior acesso aos mercados de trabalho; salários mais baixos; acesso ou título mais limitado a bens produtivos (como terra, crédito e outras entradas); menos direitos políticos e legais; e restrições mais rigorosas à mobilidade e actividades socialmente aceitáveis. 6 Como resultado, as mulheres podem ficar presas na armadilha da pobreza devido a desigualdade de género e isso pode gerar um ciclo vicioso negativo que tem um impacto nos resultados da educação e saúde dos seus filhos.

O baixo estatuto económico das mulheres leva à dependência económica aos homens, tornando desafiante e por vezes até perigoso para as mulheres negociar relações. Além disso, muitas mulheres de baixos rendimentos têm preocupações mais imediatas, tal como pagar renda ou ter comida suficiente, o que pode razoavelmente ter precedência sobre a protecção contra o VIH. Portanto, a dependência económica das mulheres limita grandemente o seu poder de decisão e aumenta a sua vulnerabilidade ao VIH.

4.6 VIH E A EDUCAÇÃO DAS RAPARIGAS

O acesso equitativo a uma educação de qualidade é um direito humano. Todas as crianças têm o direito de aprender e obter uma educação de boa qualidade, independentemente do sexo, do local onde vivem ou das suas circunstâncias. Ainda, apesar das evidências demonstrarem como a educação das raparigas é central para o desenvolvimento, as disparidades de género persistem na educação. Em todos os países africanos, existem lacunas grandes entre os sexos no acesso, no sucesso da aprendizagem e na continuação da educação em muitos contextos, na maioria das vezes em detrimento das raparigas. 170

Educar uma rapariga é um dos melhores investimentos que a sua família, comunidade, e país podem fazer. Sabemos que uma educação de boa qualidade pode ser uma mudança de vida para raparigas, rapazes, mulheres jovens e homens, ajudando-os a desenvolver todo o seu potencial e colocando-os num caminho de sucesso na sua vida. Também sabemos que a educação de uma rapariga, em particular, pode dar início a um círculo de desenvolvimento virtuoso. As raparigas com níveis de educação mais elevados, por exemplo, casam-se mais tarde, têm filhos mais saudáveis, ganham mais dinheiro do que investem nas suas famílias e comunidades, e desempenham papéis mais activos na liderança das suas comunidades e países.¹⁷¹

A educação ajuda as raparigas e as mulheres a alcançar um maior controlo sobre a sua vida e confere-lhes o poder de fazer escolhas que podem prevenir a infecção pelo VIH. 172 , 173 Estudos mostram que as raparigas que completam o ensino primário têm mais do dobro da probabilidade de adoptar comportamentos de protecção; as raparigas que completam o ensino secundário têm entre quatro e sete vezes mais probabilidade de adoptar comportamentos de protecção, e são menos susceptíveis a ser infectadas pelo VIH, as raparigas com ensino até aos níveis secundário e terciário são menos susceptíveis a ser coagidas 173 . Níveis mais elevados de educação também se traduzem em maior poder de compra no mercado de trabalho. Cada ano adicional do ensino primário aumenta os eventuais salários das raparigas em 10% - 20%, e um ano adicional do ensino secundário em 15% - 25%. 174

Varios estudos demonstraram que frequentando uma escola por muito tempo, tera benefício de protecção na redução do risco de infecção pelo VIH. 175, 176, 177, 178 Por exemplo, após a expansão obrigatória do ensino secundário gratuito em Botswana, cada ano adicional de ensino secundário levou a uma redução de 8,1% no risco cumulativo de infecção por VIH e uma redução de 11,6% no risco de infecção por VIH entre mulheres jovens em particular. 179 Níveis mais elevados de sucesso escolar entre as mulheres estão também associados a um maior controlo sobre a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos. 180 Foi também registado no Uganda e Zimbabwe, respectivamente, que a matrícula na escola secundária teve efeitos positivos sobre a redução dos comportamentos sexuais arriscados e taxas de infecção pelo VIH. 181, 182

Apesar da evidência dos varios benefícios de frequentar uma escola, as raparigas e mulheres jovens em África, enfrentam barreiras significativas à educação, impulsionadas pela pobreza, normas sociais e culturais desiguais (como o trabalho doméstico e o cuidado de familiares), práticas nocivas (como o casamento infantil, precoce e forçado), infra-estruturas deficientes, violência e instabilidade baseadas no género. Em toda a região, 9 milhões de raparigas entre os 6 e os 11 anos de idade nunca vão frequentar a escola, em comparação com 6 milhões de rapazes, de acordo com dados da UIS. A sua desvantagem começa cedo: 23% das raparigas estão fora da escola primária, em comparação com 19% dos rapazes. Quando se tornam adolescentes, a taxa de exclusão das raparigas é de 36%, em comparação com 32% dos rapazes. As normas patriarcais que desvalorizam a educação das mulheres e raparigas também limitam as suas oportunidades de acesso e ensino continuado. Num estudo que analisa os países onde é mais difícil obter uma educação em todo o mundo, nove das 10 nações com condições mais difíceis para o ensino de raparigas encontram-se em África. Além disso, nenhum país africano figura-se nos primeiros 25% quartis, e apenas quatro países africanos estão classificados acima do quartil mediano. Sem acção urgente, a situação provavelmente vai piorar à medida que a região enfrenta uma procura crescente de ensino devido a uma população em idade escolar ainda em crescimento.

A COVID-19 tem um impacto negativo na saúde e bem-estar das raparigas - e muitas estão em risco de não voltar à escola. A investigação disponível mostra que a prevalência de violência contra raparigas e mulheres aumentou durante a pandemia — comprometendo a sua saúde, segurança e bem-estar geral. A medida que o encerramento de escolas e a quarentena foram aplicadas durante o surto de Ébola de 2014-2016 na África Ocidental, as mulheres e as raparigas sofreram mais violência sexual, coerção e exploração. Os encerramentos de escolas durante o surto de Ébola foram associados a um aumento da gravidez na adolescência. Uma vez reabertas as escolas, muitas "raparigas visivelmente grávidas" foram proibidas de voltar à escola. Com o encerramento de escolas em todo o mundo em desenvolvimento, onde prevalece o estigma em torno de gravidezes adolescentes, veremos provavelmente um aumento nas taxas de abandono escolar devido a gravidezes e casamentos precoces.

Enquanto as raparigas ficam em casa devido o encerramento da escola, a sua carga de trabalho doméstico pode aumentar, resultando raparigas a fazer trabalhos domesticos ao inves de estudar. Isto pode encorajar os pais, particularmente aqueles que valorizam menos a educação das raparigas, a manter as suas filhas em casa mesmo depois da reabertura das escolas. Além disso, a investigação mostra que as raparigas correm o risco de abandonar a escola quando os prestadores de cuidados do lar estão ausentes porque normalmente têm de (parcialmente) substituir o trabalho realizado pelo prestador de cuidados, que pode estar ausente devido a trabalho relacionado com a COVID-19, doença, ou morte. 190 Portanto, com a situação actual devido a pandemia da COVID-19, mais raparigas do que rapazes estarao a fazer trabalhos domesticos, protelando seus estudos, e abandonando a escola.

4.7 QUADROS LEGAIS DISCRIMINATÓRIOS

Leis discriminatórias que restringem os direitos da mulher podem inadvertidamente minar o seu comportamento saudável. Estas são vistas em sistemas jurídicos plurais; criminalização do VIH e barreiras legais ao acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva e de direitos reprodutivos.

4.7.1 SISTEMAS JURÍDICOS PLURAIS

Os sistemas jurídicos plurais são jurisdições em que tanto os sistemas jurídicos formais como os sistemas alternativos de justiça informal, tal como o direito consuetudinário, tribal, religioso, pessoal e tradicional, operam em paralelo. Embora seja difícil obter números exactos, as evidências indicam que um número significativo de mulheres nos países em desenvolvimento acede a sistemas de justiça informais, com até 80% dos conflitos em alguns países, resolvidos através de mecanismos de justiça informal. Um relatório do PNUD observa que, em alguns países de África, mais de metade de todos os conflitos são resolvidos em fóruns consuetudinários ou religiosos. Questões sociais e económicas significativas para a vida quotidiana das mulheres são frequentemente administradas e julgadas em sistemas de justiça informais.

Um desafio com sistemas jurídicos plurais é que a incoerência nas abordagens aos direitos e obrigações determinados tanto pelas leis formais como informais resulta frequentemente na negação de direitos em vez da protecção. 194 Os sistemas jurídicos plurais representam um desafio à resposta ao VIH para mulheres e raparigas, uma vez que a pluralidade jurídica muitas vezes tem o efeito de legitimar e perpetuar leis discriminatórias, práticas tradicionais prejudiciais, violência contra as mulheres e sistemas de propriedade e herança desiguais que impulsionam a epidemia de VIH em mulheres e raparigas. 195

4.7.2 CRIMINALIZAÇÃO DO VIH

O direito penal afecta significativamente as mulheres e raparigas vivendo com VIH, aumentando frequentemente o seu risco de violência pelo parceiro íntimo, violência sexual e abuso físico. 196 As mulheres e raparigas são directa- e indirectamente afectadas pelas disposições do direito penal, incluindo o acesso aos serviços de saúde reprodutiva e a confidencialidade do estatuto de VIH. Desde 2019, 29 países africanos têm leis que criminalizam a não revelação, exposição ou transmissão do VIH, incluindo a transmissão não intencional. 197

FIGURA 10 - PAÍSES AFRICANOS ONDE EXISTEM LEIS ESPECÍFICAS SOBRE O VIH 198



As leis permitem o uso do estatuto de VIH para agravar as acusações criminais em alguns países. Estas leis e as acusações que delas decorrem nem sempre se baseiam ou dependem das melhores provas científicas disponíveis dos riscos e prejuízos relacionados com o VIH, resultando em acusações e condenações injustas.¹⁹⁹

Em contextos de criminalização do VIH, as mulheres e raparigas que vivem com VIH correm um risco significativo de serem processadas. Isto acontece porque as mulheres são frequentemente as primeiras a conhecer o seu estado seropositivo (um pré-requisito para a maioria dos processos de criminalização do VIH), devido a uma maior interacção com o sistema de saúde, inclusive por causa de programas de teste e aconselhamento iniciados pelo fornecedor durante as visitas pré-natais.²⁰⁰ As mulheres são mais propensas do que os homens a fazer um teste de VIH e a iniciar e aderir ao tratamento do VIH.²⁰¹ Mulheres que vivem com VIH correm o risco de ser processadas por exposição e transmissão do VIH devido ao parto e amamentação.²⁰² As mulheres vivendo com VIH que revelam o seu estatuto correm o risco de violência doméstica, abandono, perda de propriedade e perda da custódia dos filhos; entretanto, arriscam-se a ser processadas criminalmente e encarceradas por não divulgarem o seu estatuto.²⁰³ Ao mesmo tempo, é menos provável que mulheres e raparigas tenham acesso a serviços jurídicos e, portanto, a um julgamento justo.²⁰⁴

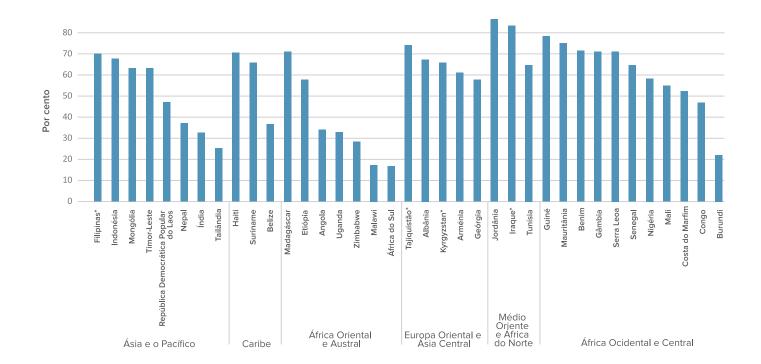
4.7.3 BARREIRAS LEGAIS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E AOS DIREITOS REPRODUTIVOS

Os jovens são particularmente vulneráveis ao VIH por razões fisiológicas e sociais. No entanto, os adolescentes enfrentam barreiras legais e políticas à despistagem e aconselhamento sobre o VIH, as barreiras relacionadas com os requisitos de consentimento dos pais ou tutores para aceder aos serviços de despistagem e aconselhamento sobre o VIH.²⁰⁵ As barreiras legais ao acesso dos jovens aos serviços de saúde sexual reprodutiva impedem o progresso na abordagem da prevenção, tratamento e cuidados contra o VIH.²⁰⁶ Na África Subsaariana, as mulheres entre os 15-24 anos de idade representavam quase metade das novas infecções em 2018, apesar de serem apenas dez por cento da população.²⁰⁷

O Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos da Mulher em África (Protocolo de Maputo) — elogiado como um dos instrumentos mais progressivos sobre os direitos da mulher e da rapariga à saúde reprodutiva, em que se propõe que os Estados Membros garantam os direitos da mulher à saúde, incluindo a protecção contra o VIH. Isso inclui tomar medidas como a abolição de todas as leis discriminatórias, a promoção do acesso das raparigas jovens à educação, a garantia dos direitos legais das mulheres à terra, propriedade, e direitos sucessórios e a protecção do emprego e do local de trabalho. Exige ainda protecção contra a violência e o abuso sexual e a provisão de emprego e protecção no local de trabalho. Exige ainda protecção contra a violência e o abuso sexual e a proibição de leis e práticas consuetudinárias que sejam prejudiciais para as mulheres.²⁰⁸

4.8 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO EM RELAÇÃO AO VIH

A discriminação relacionada com o VIH é o tratamento injusto e desleal de uma pessoa ou grupo de pessoas com base no seu estado real ou aparente de VIH.²⁰⁹ Apesar de décadas de avanços científicos na prevenção e tratamento, bem como de esforços generalizados de sensibilização, os receios irracionais da infecção pelo VIH e as atitudes negativas em relação às pessoas que vivem com VIH são uma barreira persistente para enfrentar a epidemia.²⁰⁹ O impacto do estigma pode ser imenso. Pode ser sentido à varios níveis diferentes — desde o bem-estar mental e físico de um indivíduo até à capacidade dos sistemas de saúde para alcançar os mais necessitados e dos governos para liderar respostas eficazes e baseadas em direitos.²¹⁰ Os resultados dos inquéritos à população mostram que o estigma e as atitudes discriminatórias são altamente prevalecentes em África, ver a figura abaixo.²¹¹



O estigma e a discriminação podem ser óbvios, por exemplo, quando uma pessoa que vive com o VIH é recusada a um serviço de saúde. Mas também pode ser mais subtil, por exemplo, quando uma pessoa não está totalmente incluída em actividades de grupo. Os indivíduos, organizações, instituições, ou sistemas podem estigmatizar ou discriminar, ou ambos, pessoas com base no estado de VIH. Pessoas vivendo com VIH também podem estigmatizar-se a si próprias - "auto estigma". Por exemplo, alguém vivendo com VIH pode optar por se excluir de um evento social porque sente ou percebe que não será bem-vindo. A discriminação pode tornar-se institucionalizada em leis, políticas e práticas que se centram negativamente nas pessoas que vivem com VIH. Leis específicas em relação ao VIH, tais como as que criminalizam a não-divulgação, exposição e transmissão do VIH, reforçam ainda mais o estigma e a discriminação.

As desigualdades existentes baseadas no género são agravadas e, por sua vez, exacerbadas pelo estigma e discriminação do VIH. Como resultado, as mulheres e raparigas que vivem com VIH, experimentam, muitas vezes um estigma entrelaçado e sobreposto — devido o seu estatuto de VIH e ao facto de ser mulher.

4.8.1 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO - UMA BARREIRA AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As configurações dos cuidados de saúde podem ser uma fonte de estigmatizacao e discriminação, bem como de cuidados e tratamentos, a pessoas vivendo com VIH.²¹⁴,²¹⁵,²¹⁶ Exemplos incluem atrasos desnecessários no tratamento, cuidados diferenciais (por exemplo, evitar contacto físico, gestão inadequada da dor, separação da prevenção de serviços de transmissão de mãe para filho de outros serviços de saúde materna e infantil), cuidados condicionais (por exemplo, concessão de acesso à terapia antirretroviral apenas na condição de uso de preservativo ou contracepção), negligência (por exemplo, retenção de alimentos, água ou higiene), ou recusa de serviço — tudo isto dificulta directamente o acesso a cuidados de saúde adequados.²¹⁷

Para as mulheres que vivem com VIH, o estigma relacionado com o VIH pode ser uma barreira importante ao acesso aos serviços de VIH, bem como a outros serviços de saúde. Isto observa se na prestação continua dos serviços de saúde que as mulheres utilizam ao longo de suas vidas. Dentro dos serviços principais - tais como os programas pré-natais do governo - as mulheres que vivem com VIH podem enfrentar atitudes estigmatizantes e acções inapropriadas tanto pelo pessoal como pelos outros clientes.²¹⁸

O estigma pode ser exibido através de trabalhadores da saúde que usam uma linguagem de julgamento, testes para o VIH sem consentimento, tomam precauções desnecessárias (por exemplo, luvas duplas, usar máscaras, queimar lençóis), ou violam a confidencialidade (por exemplo, mexericos, revelar seu estatuto aos familiares sem a devida autorização). Tais demonstrações de estigmatização e discriminação podem impedir o acesso aos cuidados de saúde, desencorajando as mulheres que vivem com (ou que suspeitam que possam estar a viver com) o VIH de procurarem os testes e tratamentos necessários.²¹⁴, ²¹⁵, ²¹⁹, ²²⁰, ²²¹, ²²², ²²², ²²¹, ²²²

O estigma relacionado com o VIH pode limitar o acesso das mulheres aos serviços de prevenção da transmissão de mãe para filho (PTMF).²²³ Cada componente da PTMF - desde a recepção de visitas domiciliárias até à tomada de medicamentos anti-retrovirais (ART) corre o risco de revelar o estatuto da mulher na unidade de saúde, na sua comunidade e/ou na sua família.²¹³ Como resultado, as mulheres podem não ter acesso aos serviços relevantes — por receio de revelar o seu estatuto de VIH e de sofrer consequências negativas, tal como o abandono e o isolamento por parte dos parceiros e da família.²²⁴,²²⁵.

4.8.2 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO EM AMBIENTES DE TRABALHO

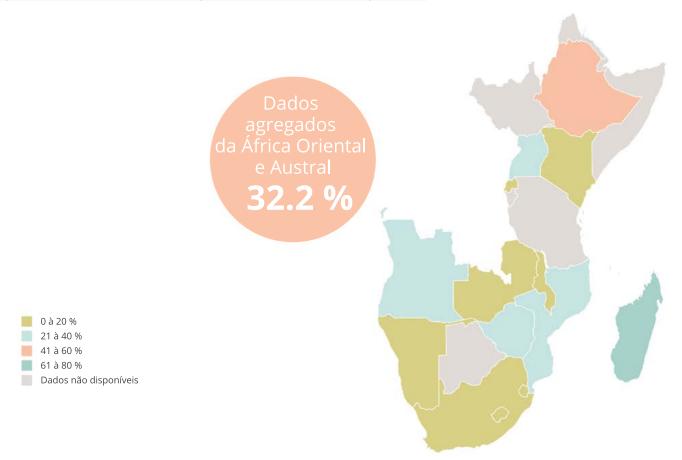
A maioria das pessoas que vivem com VIH a nível mundial estão em idade de trabalhar (15 anos ou mais) e, com cuidados e apoio adequados, têm potencial para serem membros valiosos da força de trabalho.²²⁶,²²⁷ Configurações do local de trabalho incluem todos os ambientes em que trabalham, incluindo economias formais (emprego assalariado tradicional) e informais (por exemplo, venda de rua, limpeza da casa). A economia formal inclui emprego tanto no sector privado como no sector público.

As pessoas que vivem com VIH têm três vezes mais probabilidades de estar desempregadas do que as pessoas da população em geral.²²⁸ Isto deve-se em parte ao estigma e à discriminação relacionada com o VIH que enfrentam no local de trabalho. Exemplos de práticas discriminatórias no local de trabalho incluem; recusa de contratar uma pessoa vivendo com VIH; assédio; intimidação; testes forçados ou divulgação; negação de oportunidades de trabalho ou promoção; pressão para se demitir ou despedimento sem justa causa.²²⁹, ²³⁰, ²³¹

As dimensões de género persistem em muitos locais de trabalho formais em todo o mundo e em África e podem exacerbar experiências de estigmatização relacionada com o VIH — o que pode ter um impacto negativo na subsistência e bem-estar das mulheres que vivem com VIH.

Mais mulheres do que homens trabalham no sector informal em empregos que carecem de segurança e regulamentação e o seu trabalho, muitas vezes marginal, pode ser prejudicado pela discriminação por parte da comunidade. Por exemplo, os membros da comunidade podem optar por comprar fruta e vegetais de diferentes vendedores devido ao seu estado de VIH. Em média, 32% das pessoas na África Oriental e Austral e 52% das pessoas na África Ocidental e Central não comprariam vegetais a um vendedor com VIH. Os dados da África do Norte não estavam disponíveis. Em configurações de emprego mais formais, as mulheres podem ser mais vulneráveis a práticas discriminatórias por parte de empregadores, colegas de trabalho e clientes. ²¹³

FIGURA 12 - PERCENTAGEM DE PESSOAS DE 15-49 ANOS QUE NÃO COMPRARIAM VEGETAIS A UM VENDEDOR VIVENDO COM VIH, PAÍSES COM DADOS DISPONÍVEIS, ÁFRICA ORIENTAL E AUSTRAL, 2014-2019



Fonte: Inquéritos com base na população, 2014-2019.

Observação: Dados agregados referem-se aos dados mais recentes disponíveis de 13 países na região durante o período de 2014 a 2019, correspondente a 35% da população de 2018

66

"A luta contra o HIV / AIDS requer liderança de todas as partes do governo – e precisa ir direto ao topo. A AIDS é muito mais do que uma crise de saúde. É uma ameaça ao próprio desenvolvimento."

Kofi Annan



FIGURA 13 - PERCENTAGEM DE PESSOAS DE 15-49 ANOS QUE NÃO COMPRARIAM VEGETAIS DE UM VENDEDOR VIVENDO COM VIH, PAÍSES COM DADOS DISPONÍVEIS, ÁFRICA OCIDENTAL E CENTRAL, 2014-2018

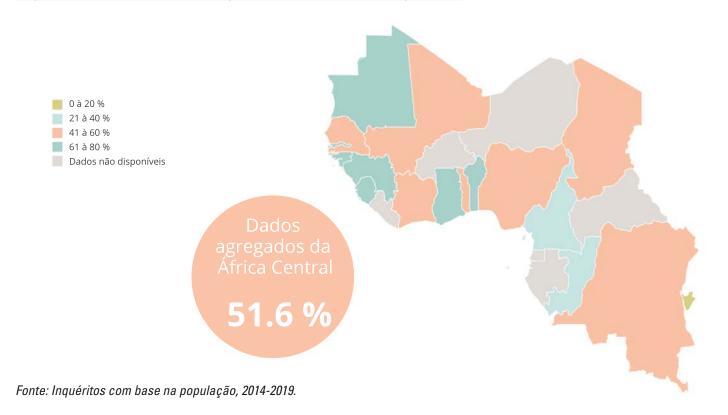
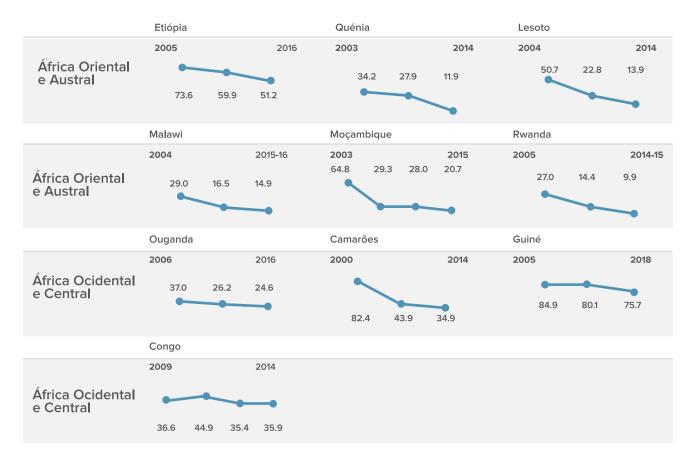


FIGURA 14 - PERCENTAGEM DE PESSOAS DE 15 A 49 ANOS QUE NÃO COMPRARIAM VEGETAIS DE UM VENDEDOR VIVENDO COM VIH, PAÍSES COM DADOS DISPONÍVEIS, 2000-2019



Os resultados dos inquéritos à população nos países africanos onde existem dados disponíveis mostram que as atitudes discriminatórias se encontram em declínio.

A fim de se manter a par dos controlos regulares, a mulher vivendo com VIH tem de repetidamente estar ausente do trabalho por períodos consideráveis para assistir a consultas no hospital e outras consultas, particularmente quando viaja das zonas rurais. Isto pode significar uma perda de rendimentos ou um registo de presenças fraco no trabalho. Como resultado, as mulheres que vivem com VIH podem decidir não comparecer na clínica por receio de serem penalizadas ou descobertas pelos seus empregadores.²¹³

Enquanto as mulheres que vivem com VIH são capazes de levar uma vida profissional plena e activa, muitas podem decidir reduzir ou mudar o seu emprego devido ao seu estatuto VIH. Por exemplo, podem preferir trabalhar no sector informal em empregos que são menos escrutinados — para evitar ter de revelar seu status. Em ocasião, as mulheres que vivem com VIH podem ser incapazes de trabalhar — por causa das suas próprias doenças ou se tiverem de cuidar de outros membros da família — o que leva a uma perda de rendimentos. O resultado pode significar privações e pobreza.²¹³

Muitas mulheres que vivem com VIH também têm pleno acesso à educação. Contudo, podem antecipar ou experimentar o estigma e a discriminação do VIH nas escolas, incluindo intimidação e violência; negligência, evasão e isolamento; violações da confidencialidade; e recusa de inscrição de estudantes ou perda de emprego para educadores²³³,²³⁴,²³⁵,²³⁶ Essas manifestações de estigma e discriminação podem ter repercussões sérias sobre sua saúde e bem-estar.²¹⁷

4.8.3 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO EM CONTEXTOS COMUNITÁRIOS E SOCIAIS

Em contextos comunitários, o estigma e a discriminação relacionados com o VIH podem manifestar-se através de gestos subtis (por exemplo, recusando-se a partilhar alimentos ou utensílios com pessoas vivendo com VIH) ou de acções mais evidentes (por exemplo, abuso verbal, fofoca, rejeição ou evitar uma pessoa vivendo com VIH). O julgamento social dos familiares e da comunidade pode resultar num estigma internalizado (auto-estigma) entre pessoas que vivem com VIH ou num estigma antecipado entre pessoas que pensam que podem estar a viver com VIH. Tais experiências podem provocar autoisolamento e dissuadir a revelação e o engajamento em testes, cuidados e serviços de tratamento do VIH, o que por sua vez pode resultar em danos para a saúde e bem-estar mental e físico de uma pessoa.^{237,213}

Em diferentes comunidades em África, a experiência das mulheres em matéria de estigma e discriminação relacionados com o VIH pode variar em função de factores como o estado civil e a idade; não obstante, pode ainda ter um impacto imenso nas interacções sociais e no comportamento das mulheres. O estigma e a discriminação relacionados com o VIH podem limitar a capacidade das mulheres de participar na vida familiar e comunitária, manter a sua saúde mental, aderir à medicação, manter a sua saúde reprodutiva e cuidar dos seus filhos.²¹³

As famílias de mulheres e raparigas que vivem com elas podem estar sujeitas ao estigma e discriminação relacionados com o VIH através da associação. Isto é particularmente relevante em contextos em que uma família com um membro vivendo com VIH é responsabilizada pelo comportamento dos seus membros e é colectivamente confrontada com o estigma e a discriminação relacionados com o VIH. Como tal, uma família pode ser menos favorável a um membro que revela o seu estatuto de seropositivo e procurar serviços de cuidados de saúde.²³⁷, ²³⁸

O estigma pode ser particularmente intenso para as mulheres que vivem com VIH e que vivem em comunidades unidas que desempenham um papel central nas suas vidas. Podem ser obrigadas a manter um "silêncio protector", o que significa que não procuram o apoio da comunidade ou dos serviços — incluindo em termos de acesso a ARV e outros medicamentos - por medo da rejeição pelos seus familiares e perda de abrigo, estatuto, estabilidade e acesso aos seus filhos.²¹³

4.9 VIH, DEFICIÊNCIA, ESTATUTO DE REFUGIADO, ABUSO DE DROGAS, E OUTRAS SITUAÇÕES DE CRISE, INCLUINDO A COVID-19

Nas últimas duas décadas, emergências complexas resultantes de conflitos e calamidades naturais têm ocorrido com frequência crescente em todos os países de África. Desde 2010, os conflitos violentos aumentaram drasticamente e, apesar dos esforços de vários interessados para assegurar a paz e a estabilidade em África, os conflitos armados continuam em várias partes do continente.²³⁹,²⁴⁰ Actualmente, existem sete operações de manutenção da paz e muitas outras operações humanitárias.

Além disso, as alterações climáticas, o aumento da desigualdade, as alterações demográficas e outras tendências continuam a criar riscos de fragilidade.²³⁹ O ano 2019 será recordado como o ano em que a crise climática devastou partes da África Oriental e Austral, com inundações, deslizamentos de terras, secas e ciclones deixando pelo menos 33 milhões de pessoas em níveis de emergência de insegurança alimentar ou pior.²⁴¹ Em todo o continente, 600 milhões de pessoas vivem em países afectados pela fragilidade.

As próprias condições que definem a fragilidade - conflito, instabilidade social e económica, pobreza e impotência - são também as condições que facilitam a propagação de VIH/SIDA. As emergências humanitárias e os conflitos perturbam as estruturas e actividades sociais e económicas normais e envolvem frequentemente deslocações em massa. A quebra da coesão social, a falta de rendimentos, a escassez de alimentos, a violência sexual, o aumento do consumo de drogas e a perturbação de serviços de saúde, educação e infra-estruturas que caracterizam emergências complexas contribuem para colocar as populações afectadas por estas crises em maior risco de contrair o VIH e representam desafios para os que vivem com VIH. Os serviços essenciais do VIH podem ser perturbados durante situações de crises humanitárias. As pessoas podem deixar de ter acesso a informações sobre a prevenção do VIH ou a serviços de PTMF.

As pessoas que vivem com VIH sofrem frequentemente de interrupções do fornecimento de ARV e de perturbações no tratamento de infecções oportunistas. A deslocação pode trazer populações em contacto, cada uma com diferentes níveis de prevalência de VIH/SIDA. Isto é especialmente verdade no caso de populações que migram para áreas urbanas para fugir de conflitos ou calamidades nas áreas rurais.

Os surtos de doenças afectam mulheres e homens de forma diferente, e as epidemias tornam piores as desigualdades existentes para mulheres e raparigas, e a discriminação contra outros grupos marginalizados, tais como pessoas portadoras de deficiências e pessoas em pobreza extrema. Isto merece atenção específica, dado os diferentes impactos em torno da detecção e acesso ao tratamento para mulheres e homens, bem como para o seu bem-estar geral.

Conflitos e situações de emergência aumentam as intersecções entre a VBG e o VIH. Em situações de crise, as mulheres e as crianças correm um risco acrescido de violência. Estudos informam que sete em cada 10 mulheres em cenários de conflito e em populações refugiadas estão expostas à violência sexual e baseada no género. Em certos contextos, as mulheres que sofreram violência têm 50% mais probabilidades de viver com VIH.²⁴⁴

A pandemia da COVID-19 (coronavírus) está a exacerbar os riscos de violência já existentes. A violência sexual e baseada no género (VSBG), e particularmente a violência pelo parceiro íntimo (VPI), aumentaram drasticamente durante a pandemia da COVID-19 e foi descrita pelos líderes globais como uma "pandemia dentro de uma pandemia". Relatórios divulgados pelo PNUD e UNFPA revelam que a VBG aumentou significativamente durante o surto da COVID-19 com a UNFPA estimando que "um período de 6 meses de confinamento pode resultar em 31 milhões de casos adicionais de violência baseada no género". Para de casos adicionais de violência baseada no género".

Normas sociais tóxicas pré-existentes e desigualdades de género, stress económico e social causado pela pandemia da COVID-19, em conjunto com medidas restritas de movimento e isolamento social, levaram a um aumento exponencial da VBG. Muitas mulheres estão em 'confinamento' em casa com os seus agressores enquanto seu acesso aos serviços normais de apoio é restrito.²⁴⁷

Ao reconhecer que as raparigas e mulheres africanas suportam uma carga global de doença desproporcionada devido à pandemia de VIH/SIDA e devido os factores acima descritos, os intervenientes em desenvolvimento e saúde aos níveis global e continental apoiaram um compromisso partilhado para fazer avançar o acesso universal a serviços integrados de SSRDR e de combate a VIH/SIDA. Estes compromissos são destacados abaixo com algumas das boas práticas que têm sido testemunhadas no continente como uma contribuição para a aprendizagem sul-sul em todos os Estados Membros da UA.



POLÍTICA GLOBAL E COMPROMISSOS JURÍDICOS EM RELAÇÃO A GEWE E VIH

Existem vários compromissos internacionais que reconhecem que o combate à desigualdade entre os sexos é vital para acabar com a epidemia global do VIH e alcançar resultados de desenvolvimento mais amplos.

"Empoderar mulheres e raparigas... com a agência para reivindicar os seus direitos, receber uma educação de qualidade, desfrutar de vidas saudáveis e tomar medidas para se protegerem do VIH é um componente necessário da prevenção combinada do VIH – mudança estrutural que reflecte a natureza interligada dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável." 248

Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directora Executiva, ONU Mulheres 250



Vários padrões e normas internacionalmente acordados em relação às mulheres e ao VIH e SIDA foram adoptados globalmente. Os mais proeminentes são:²⁵⁰

- A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, Programa de Acção: Reconhece
 a vulnerabilidade particular das mulheres à infecção pelo VIH. O Capítulo 7 do Artigo C aborda as doenças
 sexualmente transmissíveis e a prevenção do VIH no contexto dos serviços de saúde reprodutiva. As
 recomendações para lidar com as dimensões de género da epidemia exigem "atenção especial às raparigas
 e às mulheres".
- A Declaração de Beijing e Plataforma para Acção apela ao envolvimento das mulheres nos programas e
 políticas em relação ao VIH/SIDA; à revisão e alteração das leis que contribuem para a vulnerabilidade das
 mulheres ao VIH e à SIDA e à implementação de legislação, políticas e práticas para proteger as mulheres
 e raparigas contra a discriminação relacionada com o VIH/SIDA; e ao reforço da capacidade nacional para
 criar e melhorar políticas e programas sensíveis ao género em matéria de VIH/SIDA.
- A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e as suas Recomendações Gerais contêm disposições substantivas importantes para o avanço da igualdade de género. Dotam os estados-partes com ferramentas para promover a plena realização dos direitos humanos das mulheres, inclusive no desenvolvimento de respostas nacionais sensíveis ao género no que diz respeito ao VIH/SIDA.
- Objectivo de Desenvolvimento do Milênio 6 tem o objectivo de travar e fazer regredir a propagação do VIH até 2015. O mundo cumpriu e ultrapassou as metas, alcançando uma redução de 35 por cento nas novas taxas de infecção, uma diminuição de 41 por cento das mortes relacionadas com a SIDA, e 15 milhões de pessoas em tratamento anti-retroviral.
- Com base nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, os 17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
 (ODS) procuram acabar com a pobreza até 2030 e promover o desenvolvimento social, a prosperidade
 económica e a protecção ambiental para todos. O Objectivo 3 visa assegurar vidas saudáveis e bem-estar,
 com o objectivo de acabar com a SIDA até 2030. O Objectivo 5 visa alcançar a igualdade de género e dar
 poder a todas as mulheres e raparigas. Esses objectivos, em conjunto com todos os outros, são roteiros
 críticos para abordar as desigualdades transversais de género na epidemia de VIH.
- A Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA da Assembleia Geral da ONU salientou que a igualdade de género e o empoderamento da mulher eram elementos fundamentais na redução da vulnerabilidade das mulheres e raparigas ao VIH/SIDA. A Declaração política sobre VIH/SIDA de 2006 reconheceu que a promoção da igualdade de género e o empoderamento da mulher e a protecção dos direitos da criança do sexo feminino devem ser componentes fundamentais de qualquer estratégia global de combate à epidemia. Na Declaração Política sobre VIH/SIDA de 2011: Intensificar nossos esforços para eliminar o VIH/SIDA, os Estados Membros da ONU comprometeram-se a aumentar a capacidade das mulheres e raparigas adolescentes de se protegerem contra o risco de infecção pelo VIH, e a tomar todas as medidas necessárias para criar um ambiente propício para a capacitação das mulheres. Na Declaração Política sobre o VIH e a SIDA de 2016: Acelerar a luta contra VIH e acabar com a epidemia de SIDA até 2030, os Estados Membros da ONU assumiram compromissos firmes para alcançar a igualdade de género e dar poder a todas as mulheres e raparigas como parte dos esforços para acabar com a SIDA até 2030. A Declaração apela aos Estados Membros para que implementem planos estratégicos nacionais de combate ao VIH que respondam às questões de género. Declaração inclui um foco específico e um alvo para reduzir as novas infecções pelo VIH em raparigas adolescentes e mulheres jovens.
- As resoluções do Conselho dos Direitos Humanos sobre a protecção dos direitos humanos no contexto do VIH e da SIDA incluem a resolução 16/28. Adoptada em 2011, salienta a garantia da disponibilidade, acessibilidade e viabilidade dos preços de medicamentos e serviços de saúde para mulheres grávidas seropositivas. Apela igualmente ao estabelecimento ou à expansão de políticas e programas nacionais sensíveis ao género no domínio do VIH/SIDA.

- A resolução 1983 do Conselho de Segurança de 2011 observa o fardo desproporcional do VIH e SIDA sobre as mulheres. Insta os Estados Membros, entidades das Nações Unidas, instituições financeiras internacionais e outras partes interessadas relevantes a apoiar os sistemas nacionais de saúde e as redes da sociedade civil na assistência às mulheres que vivem ou são afectadas pelo VIH em situações de conflito e pós-conflito. A resolução 1308 do Conselho de Segurança adoptada em 2000, aborda as responsabilidades das operações internacionais de manutenção da paz relacionadas com o VIH e a SIDA.
- A Comissão da ONU sobre o Estatuto da Mulher passou resoluções sobre as mulheres, a criança do sexo feminino e o VIH e a SIDA, incluindo resolução 60/2 em 2016. Emitiu conclusões acordadas sobre a partilha igual de responsabilidades entre mulheres e homens, incluindo cuidados no contexto de VIH e SIDA em 2009, e em mulheres, a criança do sexo feminino e VIH/SIDA em 2001.

6 PROMISSOS JURÍDICOS SOBRE A GEWE E O VIH

No âmbito continental, a UA tem demonstrado uma liderança excepcional ao unir os líderes africanos para alavancar o poder das políticas e dos mecanismos de responsabilização como instrumentos eficazes para combater a SIDA no continente.

6.1 AGENDA 2063

A Agenda 2063 é o projecto e plano-mestre de África para transformar África na potência global do futuro. É o quadro estratégico do continente que visa concretizar o seu objectivo de desenvolvimento inclusivo e sustentável e é uma manifestação concreta da vontade pan-africana de unidade, autodeterminação, liberdade, progresso e prosperidade colectiva prosseguida sob o Pan-Africanismo e a Renascença Africana. A génese da Agenda 2063 foi a constatação pelos líderes africanos da necessidade de recentrar e redefinir a agenda africana da luta contra o apartheid e da obtenção da independência política para o continente, que tinha sido o foco da Organização da Unidade Africana (OUA), o precursor da União Africana; e, em vez disso, dar prioridade ao desenvolvimento social e económico inclusivo, à integração continental e regional, à governação democrática e à paz e segurança, entre outras questões destinadas a reposicionar a África para se tornar um actor dominante na arena global.

Como uma afirmação do seu compromisso de apoiar o novo caminho de África para alcançar um crescimento e desenvolvimento económico inclusivo e sustentável, os chefes de estado e de governo africanos assinaram o 500 Aniversário da Declaração Solene durante as celebrações do Jubileu de Ouro da formação da OUA/UA em maio de 2013. A declaração marcou a rededicação de África para a realização da Visão Pan-Africana de Uma África integrada, próspera e pacífica, impulsionada pelos seus próprios cidadãos, representando uma força dinâmica na arena internacional e a Agenda 2063 é a manifestação concreta de como o continente pretende alcançar esta visão dentro de um período de 50 anos.

6.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA ÁFRICA (ESA) 2016-2030

A meta da ESA 2016-2030 é assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em África no contexto da "Agenda 2063: A África que Queremos" e dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. O objectivo global é reforçar o desempenho dos sistemas de saúde, aumentar os investimentos na saúde, melhorar a equidade e abordar os determinantes sociais da saúde para reduzir o fardo das doenças prioritárias até 2030.

O Objectivo Estratégico 2 da ESA destaca "Acabar com a SIDA, TB e Malária... como parte da Redução da morbilidade e do fim da mortalidade evitável".

Este quadro político visa fornecer uma orientação estratégica aos esforços de África na criação de sectores de saúde com um melhor desempenho, reconhece os compromissos continentais existentes e aborda os principais desafios para reduzir o fardo da doença no continente, ao mesmo tempo que aproveita os ensinamentos retirados e as oportunidades existentes. As suas orientações estratégicas requerem colaboração multissectorial, recursos e liderança adequados para defender a sua implementação, em conjunto com quadros de responsabilização eficazes. Nesta perspectiva, a ESA 2016-2030 visa concluir os assuntos pendentes, ajustar o curso com base nos ensinamentos retirados com a implementação da ESA 2007-2015 e desenvolver as realizações dos Estados Membros e das CERs.

6.3 O QUADRO CATALISADOR PARA ACABAR COM A SIDA E A TUBERCULOSE E ELIMINAR A MALÁRIA EM ÁFRICA ATÉ 2030

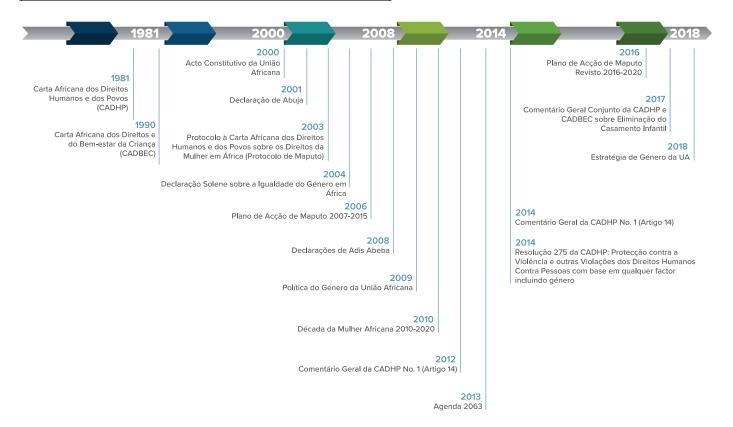
Endossado em 2016, foi chamado o projecto africano para acabar com o VIH até 2030 e o quadro político mais abrangente após a Declaração de Abuja sobre VIH/SIDA, tuberculose e outras doenças infecciosas relacionadas. Apresenta uma oportunidade histórica para acabar com a SIDA como uma ameaça para a saúde pública. Isto porque foi formulado com base nos progressos e experiências da implementação dos compromissos de Abuja desde 2000 e no roteiro da UA sobre a responsabilidade partilhada e solidariedade global em relação à SIDA, tuberculose e malária pelos Estados Membros da UA. Procura intensificar os progressos louváveis alcançados no continente desde 2001.

A estratégia tem o seu foco na ideia de que, para que África alcance e sustente o desenvolvimento social e económico, é necessário abordar a causa principal do fardo da doença. Estas causas incluem o impacto da SIDA, tuberculose e malária, indiscutivelmente as principais razões de morbidade e mortalidade prematura no continente. Dadas estas graves ameaças ao desenvolvimento africano, os seus líderes têm demonstrado liderança e vontade política para combater estes vícios de saúde. Este quadro identificou lacunas, desafios e oportunidades que existiram no continente africano com vista a acabar com a SIDA, tuberculose e malária no contexto das metas de Abuia +12.

O Quadro Catalisador 2016-2030 foi adoptado com a visão de criar uma "África livre de SIDA, tuberculose e malária".

Prevê-se que o continente africano através do Quadro Catalisador que é consistente com a Agenda 2063 e a Agenda 2030 porá fim a estas três doenças em África até 2030. A sua abordagem é a implementação coerente das metas da Agenda 2063 da UA e de outras aspirações globais. A Figura 15 abaixo mostra os instrumentos-chave e os prazos.

FIGURA 15 - INSTRUMENTOS-CHAVE E PRAZOS PARA A PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO DE GEWE, SERVIÇOS DE SSRDR E VIH (DIAGRAMA ORIGINAL A SER CARREGADO COM SUPORTE GRÁFICO)



6.4 A ESTRATÉGIA DA UA SOBRE IGUALDADE DE GÉNERO E EMPODERAMENTO DA MULHER

Em 2018, a UA adoptou a sua primeira Estratégia de Igualdade de Género e de Empoderamento da Mulher (2018-2028), para reafirmar o seu compromisso de fazer avançar a igualdade de género. A Estratégia de Género é instrumental para reforçar/catalisar a integração da perspectiva de género na UA, em conformidade com a Agenda 2063²⁵¹, o Protocolo de Maputo, e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Especificamente, a Estratégia de Género contribui para a realização da Aspiração 6 da Agenda 2063 através da realização da "plena igualdade de género em todas as esferas da vida" e requer, entre outros, a ratificação, domesticação e plena implementação do Protocolo de Maputo.²⁵² A CUA-Direcção da Mulher, Género e Juventude (WGYD) realizou um extenso processo consultivo envolvendo departamentos, divisões e órgãos da CUA, estruturas de género das CERs, órgãos nacionais de género, sistema da ONU, OSCs locais, nacionais, regionais e internacionais e organizações baseadas na fé.

Casamento infantil, MGF, VBGM e outras práticas prejudiciais foram destacadas como prioridades proeminentes, assim como a erradicação da mortalidade materna evitável e VIH e SIDA.

A estratégia insta aos Estados Membros a assegurarem serviços de SSR acessíveis e a preços acessíveis, com ênfase específica colocada nos SSRDR para jovens (especialmente em termos de gravidezes adolescentes, exploração sexual comercial, falta de serviços de SSR favoráveis aos jovens, e violência/assédio sexual nas escolas). A Estratégia de Género é fundamentada em disposições chave da GEWE e dos direitos da mulher em quadros normativos globais e continentais, incluindo a Agenda 2063 e os Objectivos de Desenvolvimento

Sustentável. Entre os compromissos-chave notáveis encontram-se:

- Aspiração 1 Uma África próspera baseada no crescimento inclusivo e no desenvolvimento sustentável
- Aspiração 3 Uma África de boa governação, democracia, respeito pelos direitos humanos, justiça, e Estado de direito.
- Aspiração 6 Uma África, cujo desenvolvimento é impulsionado pelas pessoas, confiando no potencial do povo africano, especialmente das suas mulheres e jovens, e cuidando das crianças.²⁵³

Os principais resultados transformacionais até 2023 incluem:

- Reduzir em um terço todas as formas de violência contra as mulheres
- Acabar com todas as normas sociais e práticas consuetudinárias nocivas
- Redução da proporção de desemprego juvenil de 2013 em um quarto

6.5 A CARTA AFRICANA DOS DIREITOS HUMANOS E DOS POVOS (CADHP) CARTA DE BANJUL

A CADHP desenvolveu Comentários Gerais, bem como Directrizes sobre tópicos específicos, para fornecer orientações interpretativas aos Estados Membros sobre as disposições do Protocolo de Maputo e a resposta estatal necessária sobre os direitos das mulheres e raparigas.

Reconhece que as pessoas que vivem com VIH e aquelas em risco são actualmente um dos grupos mais vulneráveis expostos a graves violações dos direitos humanos em África

Tem cinco artigos chave:

- Artigo 2 Não Discriminação
- Artigo 16 Direito à Saúde
- Artigo 17 Direito à Educação
- Artigo 18(4) Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres
- Artigo 22 Direito ao Desenvolvimento

Actualmente, dois países ratificaram o protocolo, com sete países que o ratificaram com reservas, principalmente as disposições relacionadas com os direitos das mulheres e raparigas, casamento, e acesso ao aborto seguro. 13 países (ainda) não ratificaram o Protocolo de Maputo.

6.6 O PROTOCOLO DE MAPUTO

Este protocolo inovador sobre os direitos das mulheres e das raparigas foi adoptado em 2003 e entrou em vigor em 2005.

²⁵⁴O Protocolo de Maputo é um instrumento progressivo com disposições fortes sobre VCM, práticas prejudiciais, MGF, casamento infantil, SSR e DR, acesso ao aborto seguro, e VIH e SIDA.

Inclui 32 artigos e uma definição explícita de discriminação contra as mulheres e presta atenção específica às mulheres e raparigas vulneráveis e marginalizadas. Alguns destes artigos são:

- Artigo 2 Eliminação da Discriminação contra as Mulheres
- Artigo 3 Direito à Dignidade

- Artigo 4 Direitos à Vida, Integridade e Segurança da Pessoa
- Artigo 6 Casamento²⁵⁵
- Artigo 8 Acesso à justiça e igualdade de protecção perante a lei²⁵⁶
- Artigo 12 Direito à Educação e Formação

Os progressos na ratificação do Protocolo têm sido lentos. Apenas 42 dos 55 Estados Membros da UA ratificaram o tratado 16 anos após a sua adopção.

6.7 A DECLARAÇÃO SOLENE SOBRE A IGUALDADE DO GÉNERO EM ÁFRICA

Em julho de 2004, os Estados Membros da UA adoptaram a Declaração Solene sobre a Igualdade do Género em África para reafirmar o seu compromisso com a igualdade de género, a paridade de género e os direitos humanos das mulheres e raparigas, tal como consagrado no Artigo 4(L) do Acto Constitutivo da UA, bem como outros compromissos internacionais, regionais e nacionais.

A Declaração Solene compromete os EM da UA a;

- acelerar a implementação de medidas económicas, sociais e legais específicas de género destinadas a combater a pandemia de VIH/SIDA e implementar eficazmente as Declarações de Abuja e Maputo sobre Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Outras Doenças Infecciosas Relacionadas.
- comprometer-se a assegurar que o tratamento e os serviços sociais estejam disponíveis para as mulheres a nível local, tornando-a mais receptiva às necessidades das famílias que estão a fornecer cuidados;
- promulgar legislação para acabar com a discriminação contra as mulheres que vivem com VIH/SIDA e para a protecção e cuidados para pessoas que vivem com VIH/SIDA, particularmente mulheres;
- aumentar as dotações orçamentais nestes sectores de modo assim como aliviar o peso dos cuidados prestados às mulheres
- Além disso, compromete os Estados Membros da OUA a assegurar a plena participação das mulheres nos
 processos de paz; e a lançar uma campanha para acabar com a VBG; bem como para expandir e promover
 a paridade de género; para assegurar a educação das raparigas e a alfabetização das mulheres; e para
 promover e proteger todos os direitos humanos para as mulheres. Algumas das disposições relevantes
 incluem:
- Parágrafo 1 Acelerar a implementação de medidas económicas, sociais e jurídicas específicas do género, destinadas a combater a pandemia de VIH/SIDA [...];
- Parágrafo 4 Iniciar, lançar e envolver-se dentro de dois anos em campanhas públicas sustentadas contra a violência baseada no género... Reforçar mecanismos legais que protegem as mulheres a nível nacional e acabam com a impunidade dos crimes cometidos contra as mulheres [...]
- Parágrafo 8 Tomar medidas específicas para assegurar a educação das raparigas e a alfabetização das mulheres, especialmente nas zonas rurais, para alcançar o objectivo da "Educação para Todos".

6.8 O PLANO DE ACÇÃO DE MAPUTO

Na sequência da revisão do Plano de Acção de Maputo 2007-2015, o PdAM 2016-2030 foi adoptado com base em dez áreas de acção estratégica, incluindo: compromisso político, legislação sobre saúde, igualdade de género, empoderamento de raparigas e mulheres, e respeito pelos direitos humanos, investindo nas necessidades de SSR de adolescentes e jovens,²⁵⁷ e parcerias e colaborações. O PdAM 2016-2030 insta os governos africanos,

a sociedade civil, o sector privado e os parceiros de desenvolvimento multissectoriais a unirem esforços e redobrarem os seus esforcos.

Na área da prestação de serviços, enfatizou a integração da saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (SSRDR) com o programa de IST/VIH/SIDA.

O objectivo final do PdAM 2016-2030 é acabar com as mortes maternas, de recém-nascidos, crianças e adolescentes evitáveis através da expansão do uso de contraceptivos, reduzindo os níveis de aborto inseguro, pondo fim ao casamento infantil, erradicando as práticas tradicionais prejudiciais, incluindo a MGF, eliminando todas as formas de violência e discriminação contra mulheres e raparigas e assegurando o acesso dos adolescentes e jovens aos SSR até 2030 em todos os Estados Membros da UA.

6.9 A CARTA AFRICANA SOBRE OS DIREITOS E O BEM-ESTAR DA CRIANÇA

Um importante quadro normativo relativo às crianças, também chamada a Carta da Criança Africana, foi adoptado em 1990 e entrou em vigor em 1999, é a carta regional mais significativa sobre os direitos da criança.²⁵⁸ A sua implementação é acompanhada pelo Comité Africano de Peritos sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança, que desenvolveu um Plano de Acção sobre Órfãos e Crianças Vulneráveis.²⁵⁹

O Plano de Acção enfatiza a atribuição de recursos para a implementação de programas infantis; aumentando as oportunidades de vida das crianças; superar o VIH e a SIDA para assegurar a sobrevivência das crianças, desenvolvendo o potencial das crianças através da realização do seu direito ao ensino, protegendo as crianças para assegurar o seu desenvolvimento e sobrevivência e assegurando a participação das crianças.

Os principais artigos relativos ao compromisso são:

- Artigo 3 Não-discriminação
- Artigo 11 Direito à Educação²⁶⁰
- Artigo 14 Direito à Saúde e aos Serviços de Saúde
- Artigo 16 Protecção Contra o Abuso e a Tortura de Crianças
- Artigo 21 Protecção Contra Práticas Sociais e Culturais Nocivas

Em 2016, o ACERWC estabeleceu uma Agenda para 25 anos, nomeadamente, "Agenda 2040: Desenvolver uma África Apta para crianças". O objectivo principal da Agenda é restaurar a dignidade da criança africana através de avaliar as realizações e os desafios enfrentados para a implementação efectiva da Carta da Criança Africana. A Agenda, ainda mais elaborando o Parágrafo 53 da Agenda 2063, pretende estabelecer estratégias a longo prazo que contribuem para sustentar e proteger os direitos da criança em África. O objectivo global é expandir objectivos significativos e áreas prioritárias com as quais os respectivos Estados Membros e a União Africana se comprometem para os próximos 25 anos.²⁶¹

6.10 A CARTA AFRICANA DA JUVENTUDE

A Carta Africana da Juventude foi adoptada em 2006 para responder à necessidade de dar prioridade ao desenvolvimento e capacitação dos jovens.²⁶² Tem vários artigos fortes sobre a juventude:

- Artigo 13 que advoga para a Educação e o Desenvolvimento de Competências,²⁶³
- Artigo 13.4 Ensino Secundário Progressivamente Gratuito
- Artigo 13.4 (h) Direito à Educação das Raparigas Grávidas
- Artigo 13.4 (n) Direito à Educação Culturalmente Apropriada de Competências para a Vida
- Artigo 16 Direito à Saúde²⁶⁴,²⁶⁵

Sublinha a necessidade de reforçar a participação dos jovens nos debates e na tomada de decisões sobre o desenvolvimento no continente e procura assegurar o seu envolvimento efectivo na agenda de desenvolvimento.

Reitera a necessidade de proteger e realizar os direitos fundamentais dos jovens e raparigas de ter acesso aos conhecimentos adequados para se protegerem, incluindo sobre o VIH/SIDA, saúde reprodutiva, práticas culturais nocivas (artigo 13, artigo 16).

Apela à eliminação de todas as formas de discriminação e violência contra raparigas e mulheres jovens e à protecção dos seus direitos, para assegurar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde, educação e oportunidades económicas (artigo 23).

6.11 DÉCADA DAS MULHERES AFRICANAS [AFRICAN WOMEN'S DECADE (DMA)]

Lançada em 2010 pela UA, o objectivo da DMA é o avanço da igualdade de género, acelerando a implementação de compromissos e decisões globais e regionais relativamente à igualdade de género e ao empoderamento da mulher e raparigas, através de uma abordagem de cima para baixo e de baixo para cima, incluindo a participação das bases. O seu principal objectivo é de "melhorar a implementação dos compromissos dos Estados Membros da União Africana relacionados com a igualdade de género e o empoderamento da mulher, apoiando actividades que resultam em mudanças positivas tangíveis para as mulheres africanas a todos os níveis.

Entre os seus objectivos estão a Saúde da Mulher, a Mortalidade Materna e o VIH e SIDA, cujos sub-objectivos são;

- I. Melhorar a Saúde da Mulher
- II. Reduzir a Mortalidade Materna
- III. Abordar o VIH/SIDA e;
- IV. Abordar o fardo inapropriado do VIH/SIDA para as mulheres e raparigas em relação às infecções, a sua propagação e o aumento da carga de trabalho, bem como o acesso desigual aos medicamentos ARV, boa nutrição e serviços médicos formais.

Na 33ª Sessão Ordinária da Assembleia realizada em Adis Abeba, Etiópia, em fevereiro de 2020, a UA adoptou a nova fase da DMA 2020-2030 sob o tema "Inclusão Financeira e Económica para as Mulheres Africanas". A Década continua a avançar com as prioridades-chave delineadas na primeira década, incluindo "Saúde da Mulher, Mortalidade Materna e VIH e SIDA" e procurará mobilizar o compromisso político apoiado por um compromisso financeiro concreto para uma resposta transformativa do género ao VIH a todos os níveis nos Estados Membros da UA.

6.12 ACÇÕES-CHAVE PRIORITÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DA PLATAFORMA DE ACÇÃO DE BEIJING

Ministros africanos responsáveis pelo género e assuntos da mulher, que participaram na 9ª Conferência Regional Africana sobre a Mulher para a revisão de vinte anos da implementação da Declaração e Plataforma de Acção de Beijing (BPfA) em Adis Abeba, Etiópia, em 19 de Novembro de 2014 adoptaram a Declaração de Adis Abeba sobre a Aceleração da Implementação da Plataforma de Acção de Beijing, apelando aos seus respectivos governos para alcançarem a igualdade de género até 2030, tal como se encontra especificada na Declaração da União Africana (UA) sobre a Agenda 2063.

Entre outros, ao fazer avançar o pilar chave sobre a saúde reprodutiva das mulheres e o VIH/SIDA, os ministros apelaram a acções para melhorar o acesso para todas as mulheres e raparigas à prevenção, tratamento e medicamentos para reduzir o impacto negativo do VIH/SIDA entre as mulheres. Instaram ainda acções para aumentar as medidas de prevenção combinadas do VIH/SIDA para mulheres jovens e raparigas e expandir programas para eliminar a transmissão mãe-filho.

Entre as acções prioritárias principais sobre a implementação da Declaração e Plataforma de Acção de Beijing são:

- Investir na educação, formação, ciência e tecnologia para mulheres e raparigas para promover a sua igualdade de acesso ao emprego e eliminar a segregação profissional;
- Eliminar todas as formas de discriminação e violência contra mulheres e raparigas como uma pré-condição para a igualdade de género e o empoderamento da mulher.

Do mesmo modo, no 25° aniversário e na revisão regional africana da Declaração e Plataforma de Acção de Beijing realizada em outubro de 2019, os Ministros responsáveis pelos Assuntos de Género e da Mulher reconheceram que o VIH/SIDA continua a ser um dos motores das elevadas taxas de mortalidade materna em África. Reconheceram ainda que as leis e práticas punitivas e discriminatórias continuam a minar e a bloquear o acesso aos serviços de saúde e VIH a grupos vulneráveis, incluindo o estigma e a discriminação para atingir grupos vulneráveis, assegurando o seu direito a cuidados de saúde não discriminatórios e a serviços de VIH/SSR e DR.

Os Estados Membros informaram que têm empreendido iniciativas sensíveis às questões de género que abordam as doenças sexualmente transmissíveis, VIH/SIDA, e questões de saúde sexual e reprodutiva e observaram que foram alcançados progressos em torno de investimentos, incluindo a despistagem da tuberculose e de doentes com VIH/SIDA e melhorar o acesso a serviços que abordem o fardo da doença para as mulheres e raparigas. Contudo, sublinharam a necessidade de assegurar o acesso universal aos cuidados de saúde, incluindo aos serviços de VIH e SDSR, como prioridades para alcançar os objectivos de saúde no âmbito de compromissos políticos globais e regionais, tais como os ODS, as aspirações da Agenda 2063, o Quadro Catalisador da União Africana para acabar com o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária até 2030, o Plano de Acção de Maputo sobre a SRHR 2016-2030, e, mais recentemente, a Estratégia da SADC para SRHR 2019-2030. Apelaram ainda à ruptura de estereótipos negativos, normas sociais e práticas nocivas e tradicionais que perpetuam as desigualdades entre as sociedades como um factor de mudança de jogo para a GEWE.

6.13 CAMPANHAS E MECANISMOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DA UA SOBRE GEWE E VIH

6.13.1 CAMPANHA SOBRE A REDUÇÃO ACELERADA DA MORTALIDADE MATERNA EM ÁFRICA (CARMMA)

Esta campanha está em linha com a visão da UA de eliminar novas infecções por VIH em crianças e manter as suas mães vivas. Em 2009, a Campanha sobre a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA)²⁶⁶, ²⁶⁷ foi iniciada pela CUA em resposta à crise elevada de mortalidade materna, colocando a

morte materna firmemente na agenda da UA. O principal objectivo da CARMMA é expandir a disponibilidade e utilização de serviços de saúde de qualidade universalmente acessíveis, incluindo os relacionados com SSR. A campanha visa alcançar este objectivo, gerando e fornecendo dados sobre mortes maternas e recém-nascidos e aumentando o empenho político. Ao basear-se nos esforços existentes e mobilizar recursos domésticos para apoiar a saúde materna e neonatal, as campanhas procuram acelerar as acções para reduzir a mortalidade materna e infantil em África.²⁶⁸

6.13.2 NASCER LIVRE PARA BRILHAR²⁶⁹

A campanha Nascer Livre para Brilhar é uma nova campanha pan-africana de advocacia lançada em janeiro de 2018 pela UA e pela Organização das Primeiras Damas Africanas (OPDA). O objectivo principal é acabar com a SIDA infantil através da sensibilização sobre a epidemia de VIH em crianças e sobre a importância crítica de dar prioridade às mulheres e crianças, salientando a importância de remover as barreiras que impedem as mulheres e mães de se envolverem em serviços de saúde relacionados com o VIH e a SIDA para si próprias e para os seus filhos. A abordagem consiste em mobilizar recursos e dar prioridade à prestação de serviços de saúde eficazes e sustentáveis em matéria de VIH e SIDA que sejam acessíveis a todos os que necessitam deles.

Para além dos compromissos globais e continentais de integrar a questão do Género no VIH, há várias iniciativas dos Estados Membros que têm dado provas de sucesso.

6.13.3 CAMPANHA DA UNIÃO AFRICANA PARA ACABAR COM O CASAMENTO INFANTIL²⁷⁰

A Campanha reconhece que o casamento infantil é um motor fundamental do VIH/SIDA que aumenta a vulnerabilidade das raparigas a múltiplas discriminações e violações dos direitos humanos.²⁷⁰ O principal objectivo desta Campanha é acelerar o fim do casamento infantil em África, aumentando a consciência continental sobre os efeitos do casamento infantil. A Campanha destina-se a promover, proteger e defender os direitos das mulheres e raparigas em África.²⁷⁰ Os objectivos específicos são:

- Promover a implementação efectiva dos instrumentos jurídicos e políticos da UA com incidência nos jovens/ adolescentes, especialmente as raparigas/adolescentes, promovendo o cumprimento dos seus direitos humanos;
- Promover e apoiar os Estados Membros da UA a enquadrar, lançar e executar Estratégias e Programas Nacionais, incluindo o desenvolvimento de um movimento social a nível das bases envolvendo advogados, magistrados, juízes, professores, assistentes sociais e de saúde, líderes tradicionais e religiosos, homens, rapazes, entre outros, para Prevenir e Acabar com o Casamento Infantil como uma questão de direitos humanos e práticas tradicionais prejudiciais;
- Promover o acesso universal ao registo de nascimento, educação de qualidade e serviços de saúde sexual
 e reprodutiva e direitos reprodutivos (SSRDR), incluindo a satisfação das necessidades não satisfeitas de
 adolescentes casadas e não casadas em relação ao planeamento familiar;
- Reforçar a base de evidência necessária para conceber e implementar políticas e programas eficazes para reduzir o casamento infantil em escala;
- Contribuir para a Implementação do Item Cinco (5) das Oito (8) áreas prioritárias da Comissão da União Africana (2014-2017) para a "Integração das Mulheres e da Juventude em todas as actividades da CUA e do Continente no âmbito de um mecanismo de colaboração e coordenação interdepartamental".

A Campanha trabalha no sentido de desenvolver as actividades existentes dos governos e parceiros em acabar com o casamento infantil e baseia-se na advocacia, monitorização e avaliação (M&E) bem como a facilitação da assistência técnica e o desenvolvimento de capacidades.²⁷⁰

6.13.4 AIDS WATCH AFRICA

Criada na Cimeira Especial de Abuja 2001, a AIDS Watch Africa (AWA) é uma entidade estatutária da União Africana e um mecanismo de responsabilização para os Estados Membros da UA. O seu mandato específico é liderar esforços de advocacia, responsabilização e mobilização de recursos para avançar uma resposta africana robusta para acabar com a SIDA, Tuberculose, e Malária até 2030. Tem um Quadro Estratégico (2016-2030) com cinco pilares fundamentais, que são (1) liderança e governação, (2) apoio político e apropriação, (3) mobilização de uma Resposta Eficaz e Recursos Suficientes, (4) Responsabilização e Supervisão para Resultados e (5) Informação para Acção.

No entanto, para combater o VIH/SIDA, há necessidade da plena realização dos direitos humanos para todos como elemento essencial de uma resposta global. Isto é tão crítico nas áreas de prevenção, dos cuidados, do apoio e do tratamento. Uma perspectiva de direitos humanos reduz a vulnerabilidade do indivíduo ao VIH/SIDA, previne o estigma e a discriminação contra as pessoas que vivem com VIH/SIDA, ou em risco de o serem²⁷¹ (parágrafo 16).

"A crença é que uma mulher é uma pessoa que é liderada por (ou está sob o comando de) um homem, então mesmo que apanha, ela sabe que isso faz parte de sua vida; essa é a razão pela qual muitos não relatam."

Delegacia de Gênero da Polícia





SELECCIONAR PRÁTICAS PROMISSORAS SOBRE INICIATIVAS DE VIH/SIDA SENSÍVEIS AO GÉNERO E QUESTÕES PENDENTES

7.1 PRÁTICAS PROMISSORAS

Existem várias iniciativas/programas que têm sido implementadas em todas as regiões de África e que têm registado resultados excelentes.

FORMAÇÃO DOS ORGANISMOS DE COORDENAÇÃO NACIONAIS DE COMBATE À SIDA COM FOCO NA IGUALDADE DE GÉNERO

- Dezassete organismos de coordenação nacionais de combate à SIDA ou outras instituições governamentais responsáveis pela coordenação da resposta nacional ao VIH aumentaram os seus conhecimentos, competências e capacidades para abordar a desigualdade entre os sexos nas políticas e programas relativos ao VIH, com o apoio da ONU Mulheres.
- Isto conduziu a uma análise de género da epidemia de VIH no planeamento, integração de prioridades que respondam às questões de género e acções no âmbito das estratégias nacionais em matéria de VIH, uso de indicadores sensíveis ao género para acompanhar o progresso, envolvimento significativo das mulheres que vivem com VIH, e implementação de iniciativas baseadas em evidências e lideradas pela comunidade para prevenir as pandemias gémeas do VIH e da violência contra as mulheres.
- Por exemplo, a Uganda AIDS Commission estabeleceu um painel de controlo central com indicadores sensíveis ao género para acompanhar os progressos das principais prioridades em matéria de igualdade de género na implementação do Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH e SIDA.

ENGAJAMENTO DAS MULHERES QUE VIVEM COM VIH NOS PROCESSOS DE TOMADA DE DECISÃO EM TORNO DA RESPOSTA AO VIH

- Mulheres vivendo com VIH em 30 países envolvidos em processos de tomada de decisão em torno da resposta ao VIH devido à advocacia direccionada levada a cabo pela ONU Mulheres e outros parceiros relevantes. Em 2018-2019, 10.000 mulheres vivendo com VIH beneficiaram directamente do apoio da ONU Mulheres, resultando em maior capacidade de advocacia e liderança, expansão da participação em espaços de tomada de decisão na resposta ao VIH, e maior acesso aos serviços de VIH.
- ONU Mulheres convocou espaços para mulheres que vivem com VIH para colaborar com instituições de saúde para identificar e abordar o estigma e a discriminação que as mulheres enfrentam quando acedem aos serviços de VIH. Por exemplo, na África do Sul, a ONU Mulheres revitalizou o trabalho e reforçou a capacidade de participação do Sector das Mulheres do Conselho Nacional da SIDA e influenciar a revisão intercalar da estratégia nacional para o VIH para 2017-2022, respondendo às prioridades específicas que as mulheres e raparigas enfrentam no contexto do VIH.

INICIATIVA BASEADA NA COMUNIDADE HEFORSHE

- Em 15 países, a ONU Mulheres aumentou as intervenções baseadas em evidências para transformar normas desiguais de género para prevenir a violência contra as mulheres e o VIH, para reduzir o estigma e a discriminação baseados no género, e para melhorar o acesso à despistagem do VIH e a adesão ao tratamento do VIH.
- Em três distritos da África do Sul, a iniciativa HeForShe da ONU Mulheres baseada na Comunidade sobre o
 envolvimento dos homens, e a transformação de normas nocivas para prevenir a violência e VIH envolveu
 39.577 pessoas em 206 tabernas, cozinhas de sopa e igrejas, resultando em atitudes e comportamentos
 melhorados e numa maior aceitação dos testes do VIH.
- Em apenas oito meses de 2018, 22 579 beneficiários (46% mulheres e 54% homens), ou 57%, foram submetidos a testes e foram ligados a tratamento e cuidados. A iniciativa incluiu diálogos regulares a nível comunitário relativos à violência e à prevenção do VIH, liderados por "fabricantes de mudança" treinados proprietários de tabernas e líderes religiosos.
- Em 2019, a ONU Mulheres expandiu o seu trabalho a oito adicionais comunidades mais pobres, onde diálogos
 a nível comunitário e grupos de apoio de pares discutiam normas desiguais de género e masculinidades
 nocivas, bem como o aconselhamento sobre o VIH, resultou em 17.781 homens que já tinham sido perdidos
 terem acesso ao acompanhamento e reiniciando e aderindo aos seus regimes de tratamento do VIH.
- A ONU Mulheres adaptou a sua metodologia HeForShe e implementaram-na no Malawi e no Zimbabwe.

OPERACIONALIZAÇÃO DA RESOLUÇÃO 60/2

A Resolução CEM 60/2 sobre Mulheres, Raparigas e VIH/SIDA oferece um quadro para abordar os aspectos da epidemia relacionados com o género, incluindo normas e práticas de género nocivas, bem como aspectos de SSRDR no âmbito da resposta ao VIH/SIDA.

Os Estados Membros da AU têm demonstrado empenho na implementação da resolução através de medidas políticas, jurídicas, institucionais e outras a nível nacional em África.²⁷² Por exemplo:

- Os Estados Membros são instados a adoptar e implementar medidas que promovem o acesso, a retenção e a conclusão do ensino por raparigas, incluindo educação de recuperação e alfabetização para aqueles que não receberam uma educação formal, iniciativas especiais para manter as raparigas na escola através do ensino pós-primário, incluindo as que já estão casadas ou grávidas, ou a cuidar de pessoas que vivem com ou são afectadas pelo VIH/SIDA, e adoptar medidas de protecção social como estratégias de protecção para reduzir as novas infecções pelo VIH entre mulheres jovens e raparigas.
- Os governos são instados a promover a participação activa e significativa, a contribuição e a liderança de mulheres e raparigas vivendo com VIH, actores da sociedade civil, sector privado, jovens e organizações de homens e mulheres jovens, na abordagem do problema do VIH e da SIDA em todos os seus aspectos, incluindo a promoção de uma abordagem que responde às questões de género na resposta nacional;
- Os governos são instados a promulgar e intensificar a implementação de leis, políticas e estratégias para eliminar todas as formas de violência baseada no género e discriminação contra mulheres e raparigas nas esferas pública e privada e práticas nocivas, tais como crianças, casamentos precoces e forçados, mutilação genital feminina e tráfico de pessoas, e assegurar o pleno envolvimento de homens e rapazes, a fim de reduzir a vulnerabilidade das mulheres e raparigas ao VIH.

A região da SADC, em particular, tem defendido a implementação da resolução, adoptando um Programa de Acção (PdA) para implementar a Resolução 60/2 da Comissão sobre o Estatuto da Mulher em 2017. O PdA procura empregar um guia de estratégia de cinco pontos com indicadores de progresso, tais como Quadro de Monitorização e Avaliação da SADC sobre Género bem como outras estruturas globais e regionais. Destaca objectivos globais e regionais para assegurar o alinhamento com os ODS e a Declaração Política sobre a

SIDA e propõe mecanismos para o reforço do apoio regional e da responsabilização. A sua alavanca central é uma abordagem de igualdade de género para a prevenção do VIH e a resposta à SIDA, abordando os factores estruturais da desigualdade.

Como parte da estratégia de advocacia, a região da SADC coordena plataformas de diálogo em cada sessão anual da CEM para angariar o compromisso de prestação de contas e relatórios regulares sobre o progresso em conformidade com os compromissos globais, continentais e regionais.

Além disso, os Ministros da Saúde da SADC adoptaram o Scorecard (Quadro de Resultados) da SADC para a Prevenção do VIH em 2018 para complementar os esforços para reforçar a monitorização, entre outros, os progressos no sentido da realização dos indicadores de igualdade de género adoptados no PdA e outros compromissos-chave em matéria de VIH.

LEGISLAÇÃO PARA ABORDAR A DISCRIMINAÇÃO BASEADA NO GÉNERO

- Argélia, Quénia, Senegal e Zimbabwe estão entre os treze países que reformaram as suas leis nos últimos dez anos, numa tentativa de combater a discriminação de género, particularmente as em relação à transmissão da nacionalidade aos seus cônjuges e filhos.
- Em Eswatini, uma lei nacional de combate a Crimes Sexuais e Violência Doméstica, foi promulgada em 2018 para permitir a protecção de raparigas adolescentes e mulheres jovens contra abusos.
- 7a.1.6 Erradicação da MGF e do casamento infantil
- Vinte dos vinte e nove países que tradicionalmente praticavam a MGF têm leis específicas contra a prática em todo o continente.
- A Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) adoptou um Quadro Estratégico para reforçar os sistemas nacionais de protecção da criança e proteger as crianças contra a violência. O quadro conta o casamento infantil como uma das cinco áreas de acção prioritárias. Este é o primeiro casamento infantil que é destacado num documento político crítico da CEDEAO! Quénia, Benim e Guiné também lançaram a campanha da UA para Acabar com o Casamento de Crianças em África, elevando para 21 o número total de países que o lançaram.
- O Malawi proibiu oficialmente o casamento infantil, alterando a sua Constituição para reflectir a legislação adoptada em 2015 que elevou a idade de casamento para os 18 anos.
- Região da SADC: Desde 2016, a região da SADC desenvolveu a sua Lei Modelo para criar um quadro legal robusto e uniforme relativo à proibição e prevenção do casamento infantil e é um caminho fundamental para abordar os Direitos de Saúde Reprodutiva Sexual. O objectivo da Lei Modelo é, portanto, servir de referência e de instrumento de advocacia para os legisladores da Região da SADC. Também proporciona uma linguagem de melhores práticas sem lacunas que podem ser facilmente adoptadas ou adaptadas pelos Estados Membros nas suas leis que tratam da erradicação do casamento infantil.²⁷³

ACESSO A SERVIÇOS E PRODUTOS DE SSR E DR:

No geral, a África do Norte fez progressos importantes no avanço da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos reprodutivos:

- A lei tunisina protege o direito de uma mulher a decidir se deve praticar o controlo da natalidade ou fazer um aborto.²⁷⁴ Quase todas as mulheres tunisinas vivem a menos de 5 quilómetros de uma fonte de planeamento familiar. Normalmente esperam até cerca de 27 anos para casar, em comparação com cerca de 16 anos na África Subsaariana e no Médio Oriente;²⁷⁵
- No Egipto, 96% das mulheres vivem perto de um centro de planeamento familiar e cerca de 60% utilizam os serviços dos centros;
- O governo argelino criou uma política inovadora de planeamento familiar que reembolsa as pessoas pela compra de contraceptivos. Mais de 90% dos nascimentos na Argélia e Tunísia têm lugar em instalações de saúde pública, reduzindo drasticamente a mortalidade materna e infantil nesses países;

- Em Namíbia e Zimbabwe, a distribuição de preservativos e a promoção activa de seu uso ao longo de duas décadas levou a alguns dos mais elevados níveis de utilização de preservativos com parceiros não-regulares;
- Quénia, Marrocos e África do Sul fizeram progressos na introdução da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), e, portanto, estes programas podem orientar a introdução da PrEP às populações mais vulneráveis de outros países;
- Lesoto e Eswatini informaram de uma elevada cobertura de programas entre raparigas adolescentes e
 mulheres jovens, um elevado nível de uso de preservativos em parcerias não regulares neste grupo e o
 aumento da cobertura do tratamento do VIH. Em ambos os países, a redução da incidência do VIH tem
 acelerado.
- Gana e Uganda fizeram progressos na adopção do ensino de competências para a vida nas escolas como parte do programa de ensino;
- A Costa do Marfim e o Zimbabwe têm programas de grande escala para trabalhadores do sexo;
- Uganda e a República Unida da Tanzânia realizaram o mais alto número de CMMVs em 2018 (1,5 milhões de rapazes e homens receberam CMMV), demonstrando que é possível aumentar o número de serviços;
- O desenvolvimento do plano de negócios PMP para África para aumentar a capacidade farmacêutica, assim os países de Quénia, África do Sul, Uganda, e Zimbabwe agora produzem medicamentos ARV préqualificados da OMS.

FINANCIAMENTO INTERNO

 A África do Sul contribuiu com 2 mil milhões de USD entre 2006-2011 por ano de financiamento interno para a resposta à SIDA, o segundo maior do mundo.

O PROGRAMA DO MALAWI PARA RAPARIGAS

- Após o seu primeiro ano de funcionamento, o Programa de Transferência Condicional do Malawi levou a um grande aumento das matrículas escolares autodeclaradas, bem como a declínios no casamento precoce, gravidez na adolescência, actividade sexual, e comportamento sexual arriscado;
- A implicação sugere fortemente que à medida que raparigas e mulheres jovens regressavam ou permaneciam na escola, atrasavam significativamente o início da sua actividade sexual. Além disso, raparigas e mulheres jovens que já eram sexualmente activas reduziram a frequência da sua actividade sexual.
- O programa também atrasou o casamento, que é a principal alternativa para a escolarização de jovens mulheres no Malawi e reduziu a sua probabilidade de ficar grávidas.²⁷⁶

O PROGRAMA 'HER' DE TANZÂNIA

Tanzânia fez os maiores progressos na abordagem das infecções pelo VIH entre as RAMJ. Isto tem sido através de programas integrados e abrangentes para as RAMJ, particularmente, através dos esforços conjuntos do governo apoiados pela iniciativa DREAMS do PEPFAR, e programas semelhantes apoiados pelo FG, UNICEF e o Tanzania Social Action Fund (TASAF), que visam abordar uma combinação de motores estruturais e biomédicos do VIH entre as RAMJ.

O Fundo "HER Voice" do Fundo Global reconhece o papel vital que as raparigas adolescentes e as mulheres jovens desempenham na condução e na moldagem da resposta ao VIH. Fornece pequenas subvenções a grupos comunitários liderados pelas RAMJ, para que as barreiras logísticas, administrativas e linguísticas à participação em fóruns e processos de tomada de decisão possam ser ultrapassadas, para que as RAMJ influenciem os espaços de tomada de decisão.

As RAMJ participaram através da assinatura do programa HER, do qual um componente - o Fundo HER Voice - foi pilotado em Tanzânia entre 2018-2019 para permitir à RAMJ, através da concessão de pequenas subvenções, participar nos processos do Fundo Global e a nível nacional.

Para RAMJs, em particular, as evidências para uma prevenção de combinação abrangente, incluindo transferências de dinheiro, desenvolvimentos de competências e actividades geradoras de rendimentos (AGR) para RAMJs fora da escola, é bastante forte e válida mais investimentos dentro da resposta, dado o impacto positivo nos conhecimentos e resultados da saúde, e o possível papel na redução de vulnerabilidades socioeconómicas que conduzem ao sexo transaccional. Dadas as interligações entre o VIH e a VBG, e as estruturas de poder relacionadas.

Embora seja lógico oferecer intervenções integradas de prevenção e rastreio da VBG com a entrega de PrEP às RAMJ, como evidenciado pelo estudo EMPOWERMENT realizado em Mwanza pelo consórcio STRIVE,²⁷⁷ a falta de financiamento é problemática, uma vez que apenas 3% do financiamento nacional de abordagens ao VIH seja atribuído para as RAMJ e isso continua a ser um grande desafio.

PEPFAR-DREAMS

O programa concentra-se na redução do risco e incidência do VIH entre as RAMJ e os seus parceiros masculinos.

- O programa visava reduzir as infecções por VIH entre raparigas adolescentes e mulheres jovens em 40% em Quénia, Lesoto, Malawi, Moçambique, África do Sul, Eswatini, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, e Zimbabwe entre 2015-2017/18.
- Concentrou-se no isolamento social, desvantagem económica, normas culturais discriminatórias, orfandade, violência baseada no género, e educação.²⁷⁸
- Dados sobre o impacto do DREAM provenientes de um dos principais doadores do programa, o Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR), sugere que as comunidades ou os distritos envolvidos no DREAMS que tinham os maiores fardos com o VIH quando o programa começou tinham visto novos diagnósticos de VIH entre as mulheres jovens diminuírem entre 25% a 40% a partir de 2017.²⁷⁹

A CAMPANHA 'SHE CONQUERS' DA ÁFRICA DO SUL

A campanha "She Conquers" foi uma campanha nacional na África do Sul de 2016 a 2019, destinada a capacitar raparigas adolescentes e mulheres jovens. A Campanha baseou-se em dados de 2015, o que sugere um fardo desproporcionado de VIH entre raparigas adolescentes de 15-24 anos e mulheres jovens na África do Sul. O fardo elevado do VIH que foi observado foi agravado por elevados níveis de gravidez não planeada durante a adolescência, elevadas taxas de abandono escolar e baixos níveis de escolaridade, e elevada prevalência de violência baseada no género — todos ocorrendo num contexto em que havia oportunidades económicas limitadas para os jovens. Isto resultou numa grande parte da população que se encontrava subequipada para contribuir para a economia nacional. 280

A África do Sul precisava de uma resposta estratégica e baseada em evidências para "aliviar o fardo da doença e da desvantagem dos ombros das mulheres jovens e libertar as suas comunidades da teia de problemas sociais e de saúde". A campanha, que foi parcialmente financiada pelo PEPFAR e pelo Fundo Global, adoptou uma abordagem orientada para a expansão e os esforços acelerados de capacitação dos jovens, especialmente das raparigas adolescentes e das mulheres jovens. A campanha fornece um pacote abrangente de intervenções para abordar as actuais barreiras experimentadas por mulheres jovens e raparigas; isto inclui biomédica, intervenções sócio-comportamentais e estruturais para aumentar o acesso à informação, aos serviços e ao apoio.²⁸⁰

Uma análise completa do impacto da campanha ainda não foi publicada, mas um relatório preliminar mostra uma redução da gravidez na adolescência com uma maior adopção de comportamentos de protecção entre os jovens em certos distritos.²⁸¹

O PROJECTO SASA!

SASA! significa "agora!" em Kiswahili. Esta abordagem abrangente combina ferramentas e um processo sistemático de mobilização comunitária para prevenir a violência contra as mulheres e o VIH. SASA! Foi desenvolvido por Raising Voices e está a ser implementado em Kampala, Uganda pelo Centre for Domestic Violence Prevention (CEDOVIP). SASA! é um acrónimo para um processo de quatro fases.²⁸²

- Start (Começar) Começar a pensar na violência contra as mulheres e no VIH/SIDA como questões interligadas e na necessidade de abordar pessoalmente estas questões.
- Awareness (Consciencialização) Aumentar a consciencialização sobre a aceitação pela comunidade do uso do poder dos homens sobre as mulheres, que aumenta a incidência do VIH/SIDA e da violência contra as mulheres.
- Support (Apoio) Apoiar mulheres e homens directamente afectados ou envolvidos nestas questões a mudar.
- Action (Acção) Adoptar acções para prevenir o VIH/SIDA e a violência contra as mulheres.

A SASA! adopta uma abordagem inovadora à mobilização da comunidade. Em vez de fornecer informações factuais sobre violência e risco de VIH, o programa SASA! aborda o desequilíbrio de poder entre mulheres e homens que está subjacente a ambas as epidemias.

As conclusões secundárias de uma avaliação de SASA sobre VPI mostraram que as intervenções de mobilização comunitária eram um meio eficaz de prevenir diversos tipos de abuso, incluindo a VPI física, VPI sexual, agressão emocional e comportamentos de controlo. SASA! foi associado a um início inferior de abuso e à continuação de abusos anteriores²⁸³.

Os activistas comunitários lideram uma vasta gama de actividades nos seus próprios bairros, actividades concebidas para diminuir a aceitação social da violência, influenciando conhecimentos, atitudes, aptidões e comportamentos em matéria de género, poder e violência.²⁸⁴

Quando implementado em quatro comunidades, o programa foi associado a uma incidência e aceitação significativamente menor da violência do parceiro íntimo entre homens e mulheres, bem como a respostas comunitárias mais solidárias às mulheres que tinham essa experiência. SASA! foi implementado por mais de 25 organizações na África Subsaariana em diversos contextos, tais como comunidades religiosas, rurais, de refugiados, urbanas e pastoris.²⁸⁵

CAMPANHA DA UA PARA ACABAR COM O CASAMENTO INFANTIL

Em 2014, a Campanha da UA para Acabar com o Casamento Infantil foi lançada para promover, proteger e defender os direitos das mulheres e raparigas em África. O objectivo da campanha era acelerar o fim do casamento infantil em África, reforçando a consciência continental das implicações desta prática, apoiando acções legais e políticas de protecção e promoção dos direitos humanos.; mobilizar a consciência continental do impacto socioeconómico negativo do casamento infantil; desenvolvendo movimento social e mobilização social nas bases e a nível nacional e aumentando a capacidade dos intervenientes não estatais para levar a cabo uma advocacia política baseada em evidências.²⁸⁶ A campanha trabalhou no sentido de desenvolver as actividades existentes dos governos e parceiros para acabar com o casamento infantil e baseia-se na advocacia, monitorização e avaliação (M&E), bem como na facilitação da assistência técnica e do desenvolvimento de capacidade.²⁸⁶

A campanha visa acelerar a mudança em todos os países de África, encorajando os governos a desenvolver estratégias, sensibilizar e abordar o impacto nocivo do casamento infantil.²⁸⁶, ²⁸⁷

RELIGIÃO, GÉNERO E SIDA

- Em Uganda, por exemplo, os imás de 850 mesquitas incluem informação sobre o VIH em palestras religiosas e sermões de sexta-feira.
- Os versos corânicos que tratam da ética e integridade sexual estão a ser amplamente utilizados em campanhas educacionais e sessões de aconselhamento. Cerca de 7.000 voluntários comunitários visitaram mais de 100.000 lares desde 1992 para difundir a mensagem sobre prevenção.
- Em Eswatini, os líderes cristãos e tradicionais estão a aumentar a conscientização sobre as obrigações morais para com as crianças, especialmente no contexto da SIDA.

COBERTURA UNIVERSAL DA SAÚDE

- Gana tem sido inovador no financiamento, sobre o desenvolvimento de uma contribuição mais forte do sector público para os regimes nacionais de seguro de saúde.
- Em Gana, vemos níveis razoáveis de cobertura de saúde. O país tem muito a partilhar com o resto do continente.
- O presidente de Quénia comprometeu-se firmemente a assegurar a provisão de CUS.
- Alguns estados de Nigéria desenvolveram parcerias interessantes em que entidades do sector privado investiram em cuidados de saúde primários acessíveis.

O ÊXITO DE ETÍOPIA NA PREVENÇÃO DO VIH

- O êxito da resposta ao VIH do país foi em grande parte orientado pelo financiamento externo 90% do financiamento total for VIH entre 2011 e 2019, bem como a integração sectorial e o desenvolvimento de uma resposta multissectorial ao VIH/SIDA.
- Com a compreensão da ligação entre género e VIH, o governo reformou os quadros jurídicos para facilitar os mecanismos de coordenação da prevenção do VIH através da integração sectorial e do desenvolvimento de um plano estratégico multissectorial da resposta ao VIH/SIDA.
- O género foi integrado nas políticas e programas para abordar as desigualdades de género e tornar os serviços mais sensíveis às realidades sociais, económicas e culturais dos utilizadores e beneficiários também criou um ambiente propício para apoiar a mudança de comportamento individual e a redução de riscos.
- Há uma participação significativa das comunidades e MVHIV e mulheres membros de outras populaçõeschave.
- Para raparigas adolescentes e mulheres jovens, há esforços direccionados e intensificados para combater a MGF e a criação de clubes de raparigas nas escolas. A implementação de intervenções de prevenção do VIH dirigidas particularmente a raparigas adolescentes e mulheres jovens como grupos populacionais prioritários é também ampliada.
- Através da sua Política Nacional de Juventude²⁸⁸ em 2004, seguido pela Estratégia Nacional de Saúde dos Adolescentes e Jovens (2016-2020). As questões mais pertinentes incluídas na política de juventude²⁸⁹ e relacionadas com o VIH e SSRDR incluem:
 - Garantir sua participação na luta contra as práticas tradicionais nocivas que são prejudiciais para a sua saúde;
 - Criação de um ambiente favorável à mobilização dos jovens para a prevenção, controlo e mudança de comportamentos em relação ao VIH;
 - Assegurar que os jovens beneficiem dos serviços de informação, educação, comunicação e aconselhamento relacionados com o VIH
 - Aumentar sua participação na luta contra o VIH e reduzir a sua vulnerabilidade aos problemas que aumentam a sua vulnerabilidade à pandemia;
 - Prestar cuidados e apoio a jovens PVHVI, incluindo órfãos da SIDA;
 - Encorajar e criar um ambiente favorável para os jovens PVHVI na luta contra o estigma e a discriminação.

Liderados pelas políticas, compromissos e quadros nacionais e continentais acima referidos durante a última década, os Estados Membros da UA fizeram progressos significativos na redução da incidência do VIH em todo o continente. No entanto, visa a redução das novas infecções pelo VIH para menos de 150.000 por ano até 2030 exigirá reduzir para metade o número de novas infecções por VIH de mulheres e raparigas, que actualmente é 5.500 por semana.

7.2 QUESTÕES PENDENTES

África fez enormes progressos na redução do número de novas infecções e mortes relacionadas com o VIH na última década. Contudo, os progressos não têm sido alcançados de forma consistente em todas as regiões e países do continente. As questões salientes incluem:

- Estigma e discriminação que continuam a ser uma barreira importante para acabar com o VIH/SIDA. A
 epidemia de medo, estigmatização e discriminação tem minado a capacidade dos indivíduos, famílias e
 sociedades para se protegerem e dar apoio e tranquilidade às pessoas afectadas. Isso dificulta, em grande
 medida, os esforços para conter a epidemia; e complica as decisões sobre testes, divulgação de status
 e capacidade de negociar comportamentos de prevenção, incluindo o uso de serviços de planeamento
 familiar;²⁹⁰
- A pobreza e o analfabetismo generalizados, bem como a instabilidade política, levantam obstáculos para sustentar os ganhos obtidos;
- As leis, políticas e estruturas não permitem direitos, serviços ou acesso equitativo na prática devido a uma implementação deficiente e fragmentada;
- O empoderamento limitado das mulheres e raparigas, associado a práticas nocivas, impede a realização de compromissos globais, continentais e nacionais.
- Há uma escassez de informação dos Estados Membros da UA no Norte que dificulta os esforços do continente para abordar as desigualdades de género e o VIH nesta região;
- Há uma falta de abordagens estratégicas intersectoriais e multissectoriais para combater o VIH/SIDA. Isto
 resulta numa falta de acesso a serviços básicos para combater o VIH e a VBG. Quando existem serviços
 básicos de apoio, estes são tipicamente subfinanciados, de qualidade insuficiente, e/ou carecem de pessoal
 devidamente formado para prestar apoio e cuidados;
- Há um compromisso político limitado e um envolvimento na implementação de programas nacionais. Isto resulta na falta de acesso dos programas aos recursos, o que resulta na insustentabilidade;
- A tendência para se concentrar no empoderamento da mulher, em vez de assumir uma abordagem baseada nos direitos em relação ao desenvolvimento económico, desencoraja uma abordagem inerentemente holística e uma visão dos resultados.²⁹¹ Resulta num fracasso dos Estados Membros no combate a todas as formas de discriminação contra as mulheres através de medidas legislativas adequadas. No entanto, a vantagem de uma abordagem ao desenvolvimento e governação baseada nos direitos humanos, incluindo a realização da igualdade de género, encoraja uma abordagem centrada nas pessoas e no desenvolvimento sustentável ao planeamento e à tomada de decisões;
- Financiamento nacional inadequado para a saúde e dependência elevada de doadores. Por exemplo, as avaliações de género em Tanzânia e Etiópia apontam para uma forte dependência do financiamento dos doadores e o perigo de insustentabilidade caso o financiamento dos doadores diminua.

8 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Em todo o continente, a resposta ao VIH está em parte a ser travada por desigualdades de género. A este respeito, o relatório demonstrou que o estigma e a discriminação continuam a ser barreiras fundamentais para a plena realização de direitos iguais e de acesso aos serviços de prevenção e tratamento do VIH as mulheres, homens, raparigas e rapazes gozam . As conclusões deste documento mostram uma elevada prevalência da VBG em todos os países de África, a ligação inextricável entre a VBG e o VIH entre as mulheres, realça a necessidade urgente de combater a violência contra as mulheres e as raparigas (VCMR), e de práticas nocivas tal como a MGF.

Convém assinalar que o financiamento do VIH em todo o território de África está a perder ímpeto. Entre 2017 e 2019, o financiamento interno para a resposta ao VIH/SIDA diminuiu na África Oriental e Austral (diminuição de 14%), e na África Ocidental e Central (diminuição de 12%)²⁹² ambas são regiões com um fardo elevado de VIH. Além disso, a participação significativa das mulheres — particularmente a das mulheres que vivem com VIH/SIDA — na política e na tomada de decisões sobre o VIH, bem como na sua implementação, continua a ser limitada, e as suas potenciais contribuições de liderança e perspectivas sobre a epidemia são perdidas.

Por outro lado, a COVID-19 revelou os aspectos de género na crise de saúde e a necessidade crítica de respostas transformativas em termos de género. Dentro dos agregados familiares, as restrições de mobilidade relacionadas com a COVID-19 estão a contribuir para o aumento da violência contra mulheres e crianças em alguns contextos. De necerramento de escolas representa um desafio sem precedentes ao direito dos jovens à educação, com mais de 90% da população estudantil mundial afectada pelo encerramento de escolas. Tanto para o VIH como para a COVID-19, as mulheres desempenham papéis críticos como agentes de saúde de primeira linha, líderes comunitários e prestadores de cuidados, e são necessárias medidas para permitir o apoio às mulheres nesses papéis e para lhes permitir desempenhar papéis activos nos principais órgãos de tomada de decisão. De como d

Do mesmo modo, todos os anos, milhões de pessoas em África são afectadas por crises humanitárias, tanto naturais (terramotos, inundações, secas, etc.) como de origem humana (por exemplo, conflitos externos e internos). O número crescente de crises humanitárias, frequentemente ligadas a deslocações, perturbações nos serviços de saúde e sociais, insegurança alimentar e pobreza - aumenta a vulnerabilidade ao VIH e afecta negativamente as pessoas que vivem com VIH. Durante as crises humanitárias, as desigualdades de género podem ser ainda mais exacerbadas, tornando as raparigas e mulheres desproporcionadamente mais vulneráveis ao VIH.²⁹⁵

O combate à desigualdade entre os sexos é chave para alcançar objectivos de desenvolvimento sustentável, como a Cobertura Universal da Saúde e o Fim da epidemia de VIH/SIDA até 2030. Por conseguinte, para melhor compreender como as desigualdades estão a moldar a resposta nacional, os Estados Membros devem avaliar as suas epidemias de VIH, o seu contexto e a sua resposta a partir de uma perspetiva de género. Além disso, os esforços para a realização dos objectivos devem assegurar o envolvimento significativo das mulheres, particularmente das mulheres que vivem com VIH/SIDA, na política e na tomada de decisões em matéria de VIH. As mulheres que vivem com VIH/SIDA precisam de ser reconhecidas como agentes de mudança na sua própria saúde, e não como simples receptoras passivas de serviços.

As evidências mostram que a igualdade de género e os direitos das mulheres são motores críticos da saúde, do bem-estar e do desenvolvimento socioeconómico, e que os serviços de saúde transformativos do género são promotores da saúde, preventivos, de baixo custo e rentáveis. ²⁹⁶ A fim de tornar o objectivo de desenvolvimento sustentável da Cobertura Universal da Saúde (CUS) uma realidade em África, a igualdade de género e a programação de transformação de género devem ser totalmente abordadas na concepção, financiamento e prestação de sistemas de saúde e na força de trabalho de saúde.

A importância da educação na resposta ao VIH não pode ser subestimada. Programas eficazes de educação sobre o VIH equipam os jovens de conhecimentos essenciais sobre o VIH/SIDA, tal como a transmissão, prevenção e teste do VIH; mas também abordam questões mais amplas que impulsionam a propagação da infecção. A educação capacita as mulheres jovens com conhecimentos e competências para tomarem decisões informadas e adoptarem comportamentos que reduzem o seu risco de infecção pelo VIH.²⁹⁷ Por conseguinte, a educação escolar sobre VIH/SIDA não deve ser um complemento opcional para os currículos escolares em África. Tem de fazer parte de programas abrangentes de educação em saúde com base em habilidades e incluídos no currículo principal. Informação exacta sobre saúde reprodutiva e VIH/SIDA, em conjunto com competências para a vida e ligações a serviços, são componentes integrais de uma educação de qualidade.

A nível continental, os Estados Membros da UA comprometeram-se a acelerar a implementação de medidas económicas, sociais e jurídicas específicas do género, destinadas a combater a pandemia de VIH/SIDA, adoptando vários quadros políticos e jurídicos, incluindo as Declarações de Abuja e Maputo sobre o VIH/SIDA, Tuberculose, Malária e Outras Doenças Infecciosas Relacionadas: a Declaração Solene sobre a Igualdade do Género em África (SDGEA), o Protocolo de Maputo, a Estratégia da UA para Igualdade de Género e Empoderamento da Mulher, entre outros. Como prioridade continental fundamental, os Estados Membros precisam de acelerar os esforços para informar anualmente sobre os progressos realizados na implementação dos compromissos.

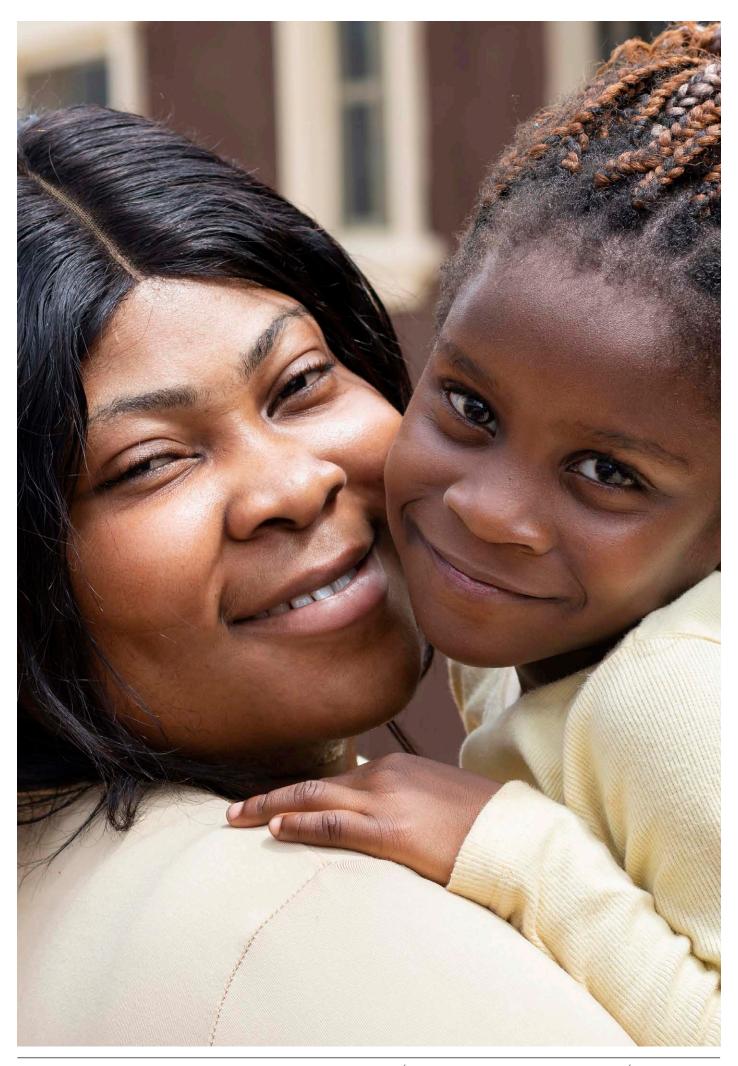
A UA desempenha um papel fundamental para assegurar que os Estados Membros sejam mobilizados e apoiados para cumprir os seus compromissos, assegurando a igualdade de género, o empoderamento da mulher e os direitos humanos são integrados na programação da resposta ao VIH, bem como o planeamento, orçamentação, e prestação de serviços a nível nacional e local. A CUA, a NEPAD e várias CERs foram pioneiras em iniciativas notáveis que acrescentam valor aos esforços nacionais e servem como modelos que poderiam ser replicados para melhorar a integração e cooperação intra- e inter-regional.²⁹⁸

Rumo a uma acção acelerada, o relatório sublinha a necessidade de uma advocacia continental sustentada para a adopção e implementação de políticas, e legislação nacionais sobre VIH e GEWE. Além disso, há ainda a necessidade de intensificar os investimentos em VIH/SIDA e sistemas de governação para intervenções transformadoras de género e implementação efectiva dos compromissos relativos ao VIH e GEWE.

A centralidade da recolha de dados desagregados é também salientada para galvanizar o compromisso político ao mais alto nível. Os dados relativos ao VIH e sensíveis ao género oferecem um quadro mais profundo do progresso em direcção ao género, inclusive como contributos críticos para os mecanismos e estruturas de responsabilização política continental, tais como a AIDS Watch Africa e o CDC Africa.

"Eles desafiam as normas sociais e de gênero construídas que tornam a violência contra as mulheres aceitável e visam garantir que as sobreviventes da violência tenham uma experiência positiva de apoio externo, que por sua vez irá construir a confiança dentro das comunidades para responsabilizar os perpetradores da violência."

UNFPA. 2019



INTERVENIENTE	RECOMENDAÇÕES CHAVE		
UA e os seus Órgãos	UA e os seus órgãos para:		
	 Reforçar a monitorização e a responsabilização atrevés da implementação e de comunicação dos progressos no âmbito dos compromissos globais e continentais em matéria de VIH/SIDA e GEWE por parte dos Estados Membros. 		
	 Reforçar a capacidade dos escritórios nacionais de estatística e promover instrumentos harmonizados de recolha de dados, bem como metodologias para melhorar a recolha, análise e divulgação de dados nacionais e continentais desagregados por sexo sobre GEWE e VIH/ SIDA para informar políticas, estratégias, directrizes e intervenções a todos os níveis em África. 		
	3. Desenvolver e rever as políticas nacionais, regionais e continentais da Cobertura Universal da Saúde (CUS) para assegurar que as necessidades das raparigas e das mulheres sejam plenamente atendidas na sua concepção e implementação.		
	4. Reforçar a coordenação interna e parcerias para intensificar a advocacia, incluindo através da Campanha da UA "Africa Educates Her" para melhorar o acesso e a retenção na educação de qualidade para raparigas adolescentes e mulheres jovens em todo o território de África e promover a integração da educação sobre VIH/SIDA nos currículos escolares.		
	 Realizar uma advocacia estratégica e mobilização de recursos para a implementação de iniciativas catalíticas relativas à GEWE e VIH a nível continental, regional e nacional. 		
	6. Facilitar a aprendizagem Sul-Sul e a disseminação de boas práticas entre os Estados Membros da UA para a harmonização de políticas e estratégias.		

Os Estados Membros devem:

- Intensificar os esforços para alcançar a igualdade de género e o empoderamento da mulher e raparigas em todas as esferas da vida, reconhecendo que as desigualdades estruturais de género, a discriminação, a violência contra mulheres e raparigas e as masculinidades nocivas minam respostas eficazes ao VIH e pleno e igual gozo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais por parte de mulheres e raparigas.
- Abordar o estigma e a discriminação relacionados com o VIH e entre mulheres e raparigas, de modo a garantir dignidade, direitos e privacidade das mulheres e raparigas que vivem com e são afectadas pelo VIH e SIDA, incluindo na educação, formação e educação informal e no local de trabalho.
- 3. Promover a cobertura universal da saúde, como parte de um pacote abrangente de protecção social e através de promoção de cuidados de saúde primários, assegurando que o uso desses serviços não expônha as mulheres e raparigas a dificuldades financeiras.
- 4. Revere, quando apropriado, alterar ou abolirtodas as leis, regulamentos, políticas, práticas e costumes que discriminam contra as pessoas que vivem com VIH ou que têm um impacto discriminatório sobre as mulheres, e assegurar que as disposições de múltiplos sistemas jurídicos, quando existem, cumprem os compromissos e princípios internacionais e continentais da GEWE e os direitos das mulheres, incluindo o princípio da não discriminação.
- 5. Atribuir recursos financeiros adequados e sustentáveis para a implementação de compromissos internacionais, continentais e nacionais, especialmente através do reforço das suas capacidades nacionais de planeamento, orçamentação, investigação e afectação de recursos responsáveis em termos de género para o combate ao VIH e GEWE, e para apoiar a perícia em questões de género, saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos (SSRDR).

Estados Membros

INIT	ER\		-
	$ \times$ 1	$I = I \setminus I$	
		/ I IN	\

RECOMENDAÇÕES CHAVE

- 6. Reconhecer a contribuição das mulheres para a economia e a sua participação activa no cuidado de pessoas que vivem com VIH e SIDA e reconhecer, redistribuir e valorizar os cuidados não remunerados das mulheres e o trabalho doméstico através da prestação de serviços públicos, infra-estruturas, a promoção da partilha igualitária das responsabilidades com homens e rapazes, e protecção social dirigida às mulheres e raparigas vulneráveis;
- 7. Realizar avaliações nacionais das questões de género, incluindo sobre os factores de intersecção de GEWE e VIH, recolher dados desagregados por sexo e idade e desenvolver indicadores sensíveis ao género, conforme apropriado, para informar a formulação de políticas, implementação, monitorização e elaboração de relatórios.
- 8. Conceber e implementar iniciativas, incluindo programas de sensibilização para promover o envolvimento activo de homens e rapazes na eliminação de estereótipos de género, desigualdade de género, violência baseada no género e práticas nocivas.
- Colaborar com as partes interessadas para intensificar as iniciativas de prevenção combinada para mulheres e raparigas para a prevenção de novas infecções e para inverter a propagação do VIH e reduzir a mortalidade materna.
- 10. Promover a participação activa e significativa, contribuição e liderança de mulheres e raparigas vivendo com VIH, actores da sociedade civil, sector privado, jovens e organizações de homens e mulheres jovens, na abordagem do VIH e SIDA em todos os seus aspectos, para uma abordagem da resposta nacional que responde às questões de género.
- 11. Tomar medidas para proteger e responder às necessidades das mulheres e raparigas em situações humanitárias e de conflito armado, incluindo refugiados, pessoas deslocadas internamente que correm um risco acrescido de infecção pelo VIH e que carregam um fardo desproporcionado de responsabilidades de prestação de cuidados.

Estados Membros

INTERVENIENTE	RECOMENDAÇÕES CHAVE		
	Parceiros de desenvolvimento devem:		
Parceiros de desenvolvimento	1. Reforçar a cooperação internacional a fim de ajudar no desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, através de assistência técnica e formação, bem como para aumentar o acesso universal aos serviços de saúde, incluindo em áreas remotas e rurais.		
	2. Apoiar colaborações com instituições de investigação e académicas em África para a documentação e disseminação de práticas nacionais promissoras, bem como o intercâmbio de conhecimentos como aspecto crítico do investimento em investigação baseada em evidências para promover a replicação e a aprendizagem Sul-Sul no continente.		
	3. Apoiar a UA na adaptação e contextualização da Iniciativa Global Education Plus para implementação em todos os Estados Membros da UA, incluindo através de assistência técnica e de capacidade ao CIEFFA da UA para a realização acelerada da agenda da UA para a educação de mulheres e raparigas.		
	4. Apoiar os governos nacionais e os órgãos da UA para assegurar que todas as respostas da COVID-19 sejam sensíveis ao género e transformadoras, assegurando que as necessidades das raparigas e das mulheres sejam efectivamente atendidas.		
	As OSC e os defensores de GEWE e VIH devem:		
OSC, defensores de GEWE e VIH	1. Colaborar com os governos nacionais e parceiros locais para assegurar a implementação, monitorização e comunicação de progressos no sentido da realização de políticas, legislação e directrizes em matéria de VIH.		
	2. Garantir que a prestação de serviços em relação ao VIH (prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio) seja efectivamente integrada e implementada em todas as fases da resposta humanitária (avaliação rápida, programas, etc.), especialmente para as vítimas de violência baseada no género e de violência sexual relacionada com o conflito.		
	3. Apoiar o estabelecimento e a operacionalização de relatórios independentes, recolha, análise e utilização de dados para monitorizar a implementação de compromissos e iniciativas relacionadas com o VIH, incluindo em contextos relacionados com conflitos.		
	 Desenvolver a capacidade dos defensores de GEWE e VIH para reforçar a participação e a liderança significativas das mulheres na política e na tomada de decisões sobre o VIH. 		

Monitorizar o envolvimento significativo das mulheres com VIH/SIDA, e responsabilizar os governos e parceiros de desenvolvimento pelos seus compromissos sobre o VIH e a GEWE.



- 1. Sabates-Wheeler, R., & Kabeer, N. (2003). Gender equality and the extension of social protection (No. 16). International Labour Organisation.
- 2. https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsandefinitions.htm
- 3. https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsandefinitions.htm
- 4. Fonte: UN Women, OSAGI Gender Mainstreaming Concepts and definitions
- 5. Fonte: UNICEF, UNFPA, UNDP, UN Women. "Gender Equality, UN Coherence and You
- 6. Fonte: UNICEF, UNFPA, UNDP, UN Women. "Gender Equality, UN Coherence and You
- 7. Fonte: UNICEF, UNFPA, UNDP, UN Women. "Gender Equality, UN Coherence and You
- 8. Fonte: UN-INSTRAW (agora faz parte da ONU Mulheres), Glossary of Gender-related Terms and Concepts
- 9. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf
- 10. Artigo 14 do Protocolo à Carta Africana sobre Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos da Mulher em África (Protocolo de Maputo sobre os Direitos da Mulher)
- 11. https://addis.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MPOA%20English_A5_%20Version%205.pdf
- 12. https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
- 13. UNAIDS, Women and HIV: a spotlight on adolescent girls and young women. 2019.
- 14. WHO (2017) 'Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV'[pdf]
- 15. Decker, M.R., et al., Gender-based violence against adolescent and young adult women in low-and middle-income countries. Journal of Adolescent Health, 2015. 56(2): p. 188-196.
- 16. Program on International Health and Human Rights, 2006, 2009)
- 17. Harrison A, Colvin CJ, Kuo C, Swartz A, Lurie M (2015) Sustained high HIV incidence in young women in Southern Africa: social, behavioral, and structural factors and emerging intervention approaches. Curr HIV/AIDS Rep 12:207–215. https://doi.org/10.1007/s11904-015-0261-0
- 18. Santelli JS, Mathur S, Song X et al (2015) Rising school enrolment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994–2013. Glob Soc Welf. https://doi.org/10.1007/s40609-015-0029-x
- 19. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N (2010) Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. Lancet 376(9734):41–48. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60548-X
- 20. Santelli JS, Edelstein ZR, Mathur S et al (2013) Behavioral, biological, and demographic risk and protective factors for new HIV infections among youth, Rakai, Uganda. J Acquir Immune Defic Syndr 63(3):393–400. https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182926795
- 21. Birdthistle IJ, Floyd S, Machingura A, Mudziwapasi N, Gregson S, Glynn JR (2008) From affected to infected? Orphanhood and VIH risk among female adolescents in urban Zimbabwe. SIDA 22:759–66. https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3282f4cac7
- 22. Viswasam, N., S. Schwartz, and S. Baral, Characterizing the role of intersecting stigmas and sustained inequities in driving HIV syndemics across low-to-middle-income settings. Current Opinion in HIV and AIDS, 2020. 15(4): p. 243-249.
- 23. Decker, M.R., et al., Physical and sexual violence predictors: 20 years of the women's interagency HIV study cohort. American journal of preventive medicine, 2016. 51(5): p. 731-742
- 24. Johnson Shen, M., et al., The intersectionality of stigmas among key populations of older adults affected by HIV: a thematic analysis. Clinical Gerontologist, 2019. 42(2): p. 137-149.
- 25. Caiola, C., et al., Using an intersectional approach to study the impact of social determinants of health for African-American mothers living with HIV. ANS. Advances in nursing science, 2014. 37(4): p. 287.
- 26. https://au.int/sites/default/files/documents/38226-doc-csw64-politicaldeclaration.pdf
- 27. Lancet, For the HIV epidemic to end so must gender inequality. The lancet. HIV, 2019. 6(7): p. e411.
- 28. UNAIDS, Special Analysis HIV/AIDS in Africa, 2019
- 29. UNAIDS, HIV 2020 Estimates, 2019, Acedido em 04 de novembro de 2020
- 30. https://public.tableau.com/profile/who.mortaliy.and.health.analysis.unit#!/vizhome/shared/N4GK3B7K3
- 31. WHO, Violence Against Women, 2017, disponível em https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women, acedido em 04 de novembro de 2020
- 32. UNAIDS, The gap report 2014: Adolescent girls and young women, disponível em https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/02_Adolescentgirlsandyoungwomen.pdf, acedido em 04 de novembro de 2020 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
 http://www.whatworksforwomen.org/chapters/21-Strengthening-the-Enabling-Environment/sections/61-Transforming-Legal-Norms-to-Empower-Women-including-Marriage-Inheritance-and-Property-Rights
- 34. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- 35. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/WFP2017_Highlights.pdf
- 36. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- 37. Fonte: Population-based surveys, 2011–2016. As estatísticas baseiam-se nos dados disponíveis de 28 países nos quais 83% de todas as mulheres entre as idades de 15–24 anos vivem na África Subsaariana.
- 38. Muluneh, M. D., Stulz, V., Francis, L., & Agho, K. (2020). Gender based violence against women in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. International journal of environmental research and public health, 17(3), 903.
- 39. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VBG%20E-Learning%20Companion%20Guide_ENGLISH.pdf
- 40. https://www.womenforwomen.org/blogs/series-what-does-mean-gender-based-violence

- 41. Leddy, A. M., Weiss, E., Yam, E., & Pulerwitz, J. (2019). Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. BMC public health, 19(1), 897.
- 42. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
- 43. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
- 44. Yusuf, R. A., Dongarwar, D., Yusuf, Z. I., & Salihu, H. M. (2020). Association between intimate partner violence, knowledge and use of contraception in Africa: comparative analysis across five African regions. International Journal of Maternal and Child Health and AIDS, 9(1), 42.
- 45. Decker, M. R., Latimore, A. D., Yasutake, S., Haviland, M., Ahmed, S., Blum, R. W., ... & Astone, N. M. (2015). Gender-based violence against adolescent and young adult women in low-and middle-income countries. Journal of Adolescent Health, 56(2), 188-196.
- 46. World Health Organization (WHO) Intimate partner violence: Facts. 2002. [Acedido em 04 Nov 2020].
- 47. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Lancet. 2006 Oct 7; 368(9543):1260-9.
- 48. Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence: a multi-country study. Calverton, Maryland, ORC Macro, MEASURE DHS+ 2004
- 49. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L BMC Public Health. 2011 Feb 16; 11():109.
- 50. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L BMC Public Health. 2011 Feb 16; 11():109.
- 51. Palermo, T., Bleck, J., & Peterman, A. (2014). Tip of the iceberg: reporting and gender-based violence in developing countries. American journal of epidemiology, 179(5), 602-612.
- 52. https://www.worldbank.org/en/topic/socialsustainability/brief/violence-against-women-and-girls
- 53. World Health Organization Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 54. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. Maxwell L, Devries K, Zionts D, Alhusen JL, Campbell J PLoS One. 2015; 10(2):e0118234.
- 55. Garcia-Moreno, C., & Amin, A. (2016). The sustainable development goals, violence and women's and children's health. Bulletin of the World Health Organization, 94(5), 396.
- 56. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf
- 57. Morrell, R., Jewkes, R., & Lindegger, G. (2012). Hegemonic masculinity/masculinities in South Africa: Culture, power, and gender politics. Men and masculinities, 15(1), 11-30.
- 58. Ngubane, S. J. (2010). Gender roles in the African culture: implications for the spread of HIV/AIDS (Doctoral dissertation, Stellenbosch: University of Stellenbosch).
- 59. Gökengin, D., Doroudi, F., Tohme, J., Collins, B., & Madani, N. (2016). HIV/AIDS: trends in the Middle East and North Africa region. International Journal of Infectious Diseases, 44, 66-73.
- 60. Shawky, S., Soliman, C., & Sawires, S. (2009). Gender and HIV in the Middle East and North Africa: lessons for low prevalence scenarios.
- 61. Kim, J. C., & Watts, C. H. (2005). Gaining a foothold: tackling poverty, gender inequality, and VIH in Africa. Bmj, 331(7519), 769-772.
- 62. Wathuta, J. (2016). Gender inequality dynamics in the prevention of a heterosexual HIV epidemic in sub-Saharan Africa. African Journal of AIDS Research, 15(1), 55-66.
- 63. United Nations General Assembly Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. [(acedido em 06 de novembro de 2020)]; 2015 Disponível online: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20 Development%20web.pdf.
- 64. Dunkle, K. L., & Decker, M. R. (2013). Gender based violence and HIV: Reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high risk groups. American Journal of Reproductive Immunology, 69, 20-26.
- 65. Dunkle, K. L., & Decker, M. R. (2013). Gender based violence and HIV: Reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high risk groups. American Journal of Reproductive Immunology, 69, 20-26.
- 66. Li, Y., Marshall, C. M., Rees, H. C., Nunez, A., Ezeanolue, E. E., & Ehiri, J. E. (2014). Intimate partner violence and VIH infection among women: a systematic review and meta analysis. Journal of the international AIDS society, 17(1), 18845.
- 67. https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/key-barriers-to-womens-access-to-VIH-treatment-a-global-review-en.pdf?la=en&vs=3431
- 68. J. Saul, "Violence against women and HIV: data, gaps, and opportunities", paper presented at the White House Meeting on the Intersection of HIV/AIDS, VAW & Gender-related Health Disparities, Washington, D.C., Centres for Disease Control, Division of Violence Prevention, 2012.
- 69. Andersson, N., Cockcroft, A., & Shea, B. (2008). Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyperendemic countries of southern Africa. Aids, 22, S73-S86.
- 70. https://aids2020.unaids.org/chapter/chapter-4-securing-rights/gender-based-violence/
- 71. Hatcher, A. M., Smout, E. M., Turan, J. M., Christofides, N., & Stoeckl, H. (2015). Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. SIDA, 29(16), 2183-2194.
- 72. KEY BARRIERS TO WOMEN'S ACCESS TO HIV TREATMENT: A GLOBAL REVIEW
- 73. Gilbert, L., & Walker, L. (2009). "They (ARVs) are my life, without them I'm nothing"—experiences of patients attending a HIV/AIDS clinic in Johannesburg, South Africa. Health & place, 15(4), 1123-1129.
- 74. https://www.hrw.org/reports/2007/zambia1207/
- 75. K.P. Zulu "Fear of HIV Serodisclosure and ART Success: the Agony of HIV-Positive Married Women in Zambia,"3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment 2005, Rio de Janeiro, Brazil, 24–27 July 2005. (Abstract no. TuPe11.9C03); http://www.iasociety.org/Abstracts/A2176464.aspx
- 76. Lichtenstein, B. (2006). Domestic violence in barriers to health care for HIV-positive women. AIDS Patient Care & STDs, 20(2), 122-132.

- 77. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201312_discussion-paper_Gender-HIV-services_PTMF_en_0.pdf
- 78. https://www.unaids.org/sites/default/files/media asset/2020 global-aids-report en.pdf
- 79. J. Kehler, S. Mthembu, T. Ngubane-Zungu, and S. Mtambo, "If I knew what would happen I would have kept it to myself... Gender violence and HIV: Perceptions and experiences of violence and other rights abuses against women living with HIV in the Eastern Cape, Kwazulu Natal and Western Cape, South Africa", Fact Sheet (AIDS Legal Network, 2012). Disponível de http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/gender_violence_&_hiv__ kwazulu_natal_fact_sheet.pdf
- 80. https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/brief-prevention-violence-against-women-and-girls-and-covid-19-en.pdf?la=en&vs=3049
- 81. https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/brief-prevention-violence-against-women-and-girls-and-covid-19-en.pdf?la=en&vs=3049
- 82. https://www.icwea.org/wp-content/uploads/downloads/2013/04/ICW_GNP+-Option-B+-FGD-Report_Final.pdf
- 83. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/womenlivingwithhivspeakout_en.pdf
- 84. Siemieniuk, R. A., Krentz, H. B., Miller, P., Woodman, K., Ko, K., & Gill, M. J. (2013). The clinical implications of high rates of intimate partner violence against HIV-positive women. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 64(1), 32-38.
- 85. Coronavirus disease (COV-19) pandemic. UNFPA global response plan. New York: UNFPA; 2020 (https://www.unfpa. org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19__UNFPA_Global_Response_Plan_April_07.pdf, acedido em 04 de novembro de 2020)
- 86. UN chief calls for domestic violence "ceasefire" amid "horrifying global surge." Em: UN News [Internet]. 6 de abril de 2020. New York: United Nations; c2020 https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052
- 87. Education: from disruption to recovery. Em: UNESCO [Internet]. Paris: UNESCO; c2019 https://en.unesco.org/covid19/educationresponse
- 88. Giannini S. COVID-19 school closures around the world will hit girls hardest. Em: UNESCO [Internet]. 31 de março de 2020. Paris: UNESCO; c2019 (https://en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest,
- 89. Girls' education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impact of pandemics. Washington (DC): Malala Fund; 2020
- 90. https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/
- 91. https://www.unicef.org/media/62981/file/Birth-registration-for-every-child-by-2030.pdf
- 92. https://www.unicef.org/stories/child-marriage-around-world
- 93. https://theconversation.com/child-marriage-in-north-africa-still-a-lot-to-be-done-125400#:~:text=UNICEF%20figures%20suggest%20about%20 18,boys%20and%20about%2082%25%20girls.&text=Progress%20is%20most%20dramatic%20when,over%20the%20past%20three%20 decades
- 94. https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/
- 95. https://www.unicef.org/media/files/UNICEF-Child-Marriage-Brochure-low-Single(1).pdf
- 96. https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20africa/attachments/publications/2019/marriage%20laws%20in%20africa%20 english%20final 14%20nov%202018-web.pdf?la=en&vs=2458
- 97. https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2019/05/Advancing-the-Evidence-Base-on-Child-Marriage-and-VIH-April-2019.pdf
- 98. Wodon, Q., Male, C., Nayihouba, K., Onagoruwa, A., Savadogo, A., Yedan, A., Edmeades, J., Kes, A., John, N., Murithi, L., Steinhaus, M., & Petroni, S. (2017). Economic impacts of child marriage: global synthesis report. Washington, D.C.: The World Bank and International Center for Research on Women. Extraído de https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/06/EICM-Global-Conference-Edition-June-27-FINAL.pdf
- 99. Wodon, Q., Male, C., Nayihouba, K., Onagoruwa, A., Savadogo, A., Yedan, A., Edmeades, J., Kes, A., John, N., Murithi, L., Steinhaus, M., & Petroni, S. (2017). Economic impacts of child marriage: global synthesis brief. Washington, D.C.: The World Bank and International Center for Research on Women. Extraído de https://www.icrw.org/publications/economic-impacts-child-marriage/
- 100. Steinhaus, M, & John, N. (2018). A Life Not Chosen: Early Marriage and Mental Health, International Center for Research on Women, Washington, DC. Extraído de https://www.icrw.org/publications/a-life-not-chosenearly-marriage-and-mental-health/
- 101. 1 Gage, A.J. (2013). Association of Child Marriage with Suicidal Thoughts and Attempts Among Adolescent Girls in Ethiopia. Journal of Adolescent Health, 52(5), 654-656. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433537
- 102. https://www.girlsnotbrides.org/why-does-it-happen/
- 103. Stöckl, H., Kalra, N., Jacobi, J., & Watts, C. (2013). Is early sexual debut a risk factor for HIV infection among women in sub saharan Africa? A systematic review. American Journal of Reproductive Immunology, 69, 27-40.
- 104. Clark, S., Bruce, J., & Dude, A. (2006). Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage. International family planning perspectives, 79-88.
- 105. Clark, S. (2004). Early marriage and HIV risks in sub Saharan Africa. Studies in family planning, 35(3), 149-160.
- 106. https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/CHILDMARRIAGE-F-13.pdf
- 107. UNAIDS, 'The Gap Report', 2014
- 108. Thomson, K. A., Hughes, J., Baeten, J. M., John-Stewart, G., Celum, C., Cohen, C. R., ... & Partners in Prevention HSV/VIH Transmission Study and Partners PrEP Study Teams. (2018). Increased risk of HIV acquisition among women throughout pregnancy and during the postpartum period: a prospective per-coital-act analysis among women with HIV-infected partners. The Journal of infectious diseases, 218(1), 16-25.
- 109. UNAIDS, 2015, World AIDS Day 2015 report On the Fast-Track to end AIDS by 2030
- 110. UN Women, Fact and figures: HIV and AIDS, June 2016
- 111. https://www.icrw.org/files/images/Child-Marriage-Fact-Sheet-Education.pdf
- 112. https://www.unicef.org/publications/files/Girls_HIV_AIDS_and_Education_(English)_rev.pdf
- 113. Kidman, R. (2017). Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries. International journal of epidemiology, 46(2), 662-675.
- 114. World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization.
- 115. Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., & Shai, N. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of VIH infection in young women in South Africa: a cohort study. The lancet, 376(9734), 41-48.
- 116. 'Legal Age for Marriage' database, Indicators on Women and Men, United Nations Statistics Division, 11 de julho de 2013. Disponível em http://data.un.org/DocumentData.aspx?id=336

- 117. The Government of Lesotho, Ministry of Gender, Youth, Sport and Recreation, Beijing Platform for Action +20 Report (julho de 2014), Disponível em http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/CEM/59/national_reviews/lesotho_review_beijing20.ashx
- 118. https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20africa/attachments/publications/2019/marriage%20laws%20in%20africa%20english%20final_14%20nov%202018-web.pdf?la=en&vs=2458
- 119. World Health Organization, Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement, WHO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, OHCHR, UNHCR, UNECA, UNESCO, UNDP, UNAIDS, WHO, Geneva, 2008, p. 4.
- 120. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation#:~:text=More%20than%20200%20million%20girls,between%20infancy%20and%20age%2015.
- 121. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation
- 122. https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/
- 123. https://au.int/en/pressreleases/20190211/african-union-launches-continental-initiative-end-female-genital-mutilation
- 124. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_FGMC-HIV.pdf
- 125. UNICEF, & Gupta, G. R. (2013). Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change [foreword to Special Issue]. Reproductive Health Matters, 21(42),
- 126. https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2989/16085906.2019.1637913?needAccess=true&instName=UCL+%28University+College+London%29
- 127. Berg, R. C., & Denison, E. (2012). Does female genital mutilation/ cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. Research & Social Policy, 9(1), 41–56. https://doi.org/10.1007/s13178-011-0048-z
- 128. Brady, M. (1999). Female genital mutilation: Complications and risk of HIV transmission. AIDS Patient Care and STDs, 13(12), 709–716. https://doi.org/10.1089/apc.1999.13.709
- 129. https://www.ohchr.org/en/newsevents/pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24151&LangID=E
- 130. https://UA.int/en/pressreleases/20190211/african-union-launches-continental-initiative-end-female-genital-mutilation
- 131. http://www.oecd.org/social/gender-development/38759356.pdf
- 132. Charrad, M. M. (2010, November). Women's agency across cultures: Conceptualizing strengths and boundaries. In Women's Studies International Forum (Vol. 33, No. 6, pp. 517-522). Pergamon.
- 133. sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25 accelerating the promise. New York: UNDP; 2019
- 134. Rwafa, T., Shamu, S., & Christofides, N. (2019). Relationship power and HIV sero-status: an analysis of their relationship among low-income urban Zimbabwean postpartum women. BMC public health, 19(1), 792.
- 135. Gupta GR. How men's power over women fuels the HIV epidemic: it limits women's ability to control sexual interactions. BMJ: British Medical Journal. 2002;324(7331):183.
- 136. Pettifor AE, Measham DM, Rees HV, Padian NS, Periago M, Fescina R, et al. Sexual power and HIV risk South Africa. Emerg Infect Dis. 2004;10(11):1996–2004.
- 137. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. Reproductive health matters. 1996;4(7):46-55.
- 138. Cohen D. Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa: International Labour Organisation; 2002.
- 139. Wingood G, DiClemente R, DiClemente R, Crosby R, Kegler M. The theory of gender and power. Emerging theories in health promotion practice and research: strategies for improving public health. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 313–45.
- 140. Guedes A. Addressing gender-based violence from the reproductive health/HIV sector: a literature review and analysis. Popline. 2004.
- 141. https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP101/WP101.pdf
- 142. https://www.mcsprogram.org/resource/male-engagement-and-couples-communication-in-reproductive-maternal-and-child-health-in-nampula-and-sofala-provinces-of-mozambique/
- 143. Robinson, J. L., Narasimhan, M., Amin, A., Morse, S., Beres, L. K., Yeh, P. T., & Kennedy, C. E. (2017). Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health and rights decision-making for women living with HIV: A systematic review. PLoS One, 12(8), e0180699.
- 144. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual Behaviour in Context: A Global Perspective. Lancet. 2006;368(9548):1706–28. pmid:17098090
- 145. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M, et al. "Violence. Enough Already": Findings from a Global Participatory Survey among Women Living with HIV. J Int AIDS Soc. 2015;18(Suppl 5):20285. pmid:26643458
- 146. Langen TT. Gender Power Imbalance on Women's Capacity to Negotiate Self-Protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. Afr Health Sci. 2005;5(3):188–97. pmid:16245988
- 147. https://unstats.un.org/unsd/gender/News/English/The%20Guardian_Two-thirds%20of%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults%20are%20world's%20illiterate%20adults
- 148. Gupta, G. R. (2002). How men's power over women fuels the HIV epidemic: It limits women's ability to control sexual interactions.
- 149. Langen, T. T. (2005). Gender power imbalance on women\'s capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. African health sciences, 5(3), 188-197.
- 150. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180699#pone.0180699.ref007
- 151. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/when-women-lead-change-happens_en.pdf
- 152. Dados da África do Norte não estavam disponíveis.
- 153. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/when-women-lead-change-happens_en.pdf
- 154. https://africa.unwomen.org/en/what-we-do/leadership-and-political-participation
- 155. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- 156. https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work
- 157. https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work
- 158. https://www.one.org/africa/blog/unpaid-domestic-labour-african-women/
- 159. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf

- 160. https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work
- 161. https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/LFEPbrief.pdf
- 162. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- 163. https://www.one.org/africa/blog/unpaid-domestic-labour-african-women/
- 164. Kim, J., Pronyk, P., Barnett, T., & Watts, C. (2008). Exploring the role of economic empowerment in HIV prevention. Aids, 22, S57-S71.
- 165. https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2008/12004/Exploring_the_role_of_economic_empowerment_in_HIV.6.aspx
- 166. Beegle, K., & Christiaensen, L. (Eds.). (2019). Accelerating poverty reduction in Africa. The World Bank.
- 167. Mais de dois terços dos 796 milhões de pessoas analfabetas no mundo são mulheres
- 168. https://theirworld.org/explainers/girls-education#section-3
- 169. https://www.unicef.org/education/girls-education
- 170. https://en.unesco.org/themes/education-and-gender-equality
- 171. King, E., & Winthrop, R. (2015). Today's challenges for girls' education. Brookings Global Working Paper Series.
- 172. http://www.oecd.org/social/gender-development/38759356.pdf
- 173. Hargreaves, J and Boler, T (2006) Girl power: girls' education, sexual behaviour and AIDS in Africa. Johannesburg, South Africa: ActionAid International.
- 174. https://www.unicef.org/media/media_58417.html
- 175. Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. Soc Sci Med. 2015 Feb;127:108-15.
- 176. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. Int J Epidemiol. 2008;37:1266-73.
- 177. Santelli JS, Mathur S, Song X, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school enrolment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994–2013. Glob Soc Welf. 2015;2:87-103.
- 178. http://www.ungei.org/resources/files/Missed-opportunities-high-cost-of-not-educating-girls-World-Bank-July-2018.pdf
- 179. De Neve J, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. The Lancet. 2015;3(8):E470-E477.
- 180. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R et al. Accelerate progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for all: report of the Guttmacher—Lancet Commission. The Lancet. 2018;391(10140):2642-92.
- 181. Alsan MM, Cutler DM. Girls' education and HIV risk: evidence from Uganda. J Health Econ. 2013;32(5):863-72.
- 182. Agüero JM, Bharadwaj P. Do the more educated know more about health? Evidence from schooling and HIV knowledge in Zimbabwe. Economic Development and Cultural Change. 2014;62(3):489-517.
- 183. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- 184. http://uis.unesco.org/en/topic/education-africa
- 185. https://www.one.org/us/the-toughest-places-for-a-girl-to-get-an-education/
- 186. http://uis.unesco.org/en/topic/education-africa#:~:text=0f%20all%20regions%2C%20sub%2DSaharan,of%20about%2012%20and%20 14.&text=Education%20in%20Africa%20is%20major%20priority%20for%20UNESCO%20and%20the%20UIS.
- 187. https://www.worldbank.org/en/topic/girlseducation
- 188. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262171/
- 189. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292576/
- 190. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292576/
- 191. https://www.un.org/ruleoflaw/files/INFORMAL_JUSTICE_SYSTEMS.pdf
- 192. Wojkowska, E., Doing Justice: How informal justice systems can contribute, 2006
- 193. Ubink, J., and McInnerney, T., [eds], Customary Justice: Perspective on Legal Empowerment, 2011.
- 194. 5 Farran, S., Is pluralism an obstacle to human rights? Considerations from the South Pacific, 2006.
- 195. 6 Ndulo, M., African Customary Law, Customs, and Women's Rights, 2011. https://scholarship.law.cornell.edu/facpub/187/; Asia Indigenous Peoples Pact, Violence, Customary Law and Indigenous Women's Rights in Asia, 2012.
- 196. Positive Women's Network, Factsheet: Criminalization as violence against women living with HIV, 2016.
- 197. HIV Justice Network, Advancing HIV Justice 3: Growing the Global Movement Against HIV Criminalisation, 2019 https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2019/05/AHJ3-Full-Report-English-Final.pdf
- 198. Adapted from https://www.VIHjustice.net/wp-content/uploads/2019/05/AHJ3-Full-Report-English-Final.pdf
- 199. McCall, B., "Scientific evidence against HIV criminalisation [World Report]," The Lancet, 18 August 2018.
- 200. The World Health Organization recommends that provider-initiated testing and counselling should be considered a routine component of the package of care for pregnant women in high prevalence settings. WHO, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing VIH infection, 2013
- 201. UNAIDS, Miles to go: Closing gaps, breaking barriers, righting injustices, 2018.
- 202. No Malawi, uma mulher vivendo com HIV foi condenada sob uma provisão penal geral para um acto "unlawful, negligent or reckless act that is likely to spread a disease dangerous to life." Sua infracção foi que deu a mamar a um bebé enquanto vivendo com VIH. Ela foi condenada embora estava em terapia anti-retroviral e a criança não contraiu VIH. Sua condenação foi anulada em recurso em EL v. Republic [2016] MWHC 656
- 203. Patterson, S., et al., "The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the healthcare engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence," Journal of the International AIDS Society, 2015
- 204. Athena Network, 10 reasons why criminalisation of HIV exposure or transmission harms women, 2009.

- 205. Sam-Agudu N., et al., Seeking wider access to HIV testing for adolescents in sub-Saharan Africa, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26882367 WHO, HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers, 2013. www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/.
- 206. Global Commission on HIV and the Law, HIV and the Law: Risks, Rights & Health, Supplement, 2018.www.hivlawcommission.org/supplement
- 207. UNAIDS, Communities at the Centre, 2019. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf.
- 208. Africa RIB Women https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2017/06/Africa-RIB-Women.pdf P.4. Regional Issue Brief: WOMEN, HIV AND THE LAW (2011)
- 209. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-partnership-hiv-stigma-discrimination_en.pdf
- 210. https://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf
- 211. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- 212. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- 213. https://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf
- 214. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating VIH stigma in health care settings: what works? J Int AIDS Soc. 2009;12:15.
- 215. Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing VIH stigma in protected medical settings. AIDS Care. 2015;27(12);1439–42.
- 216. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf
- 217. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf
- 218. Diaz, N. V., Rivera, S. M. & Cintron, F (2008) AIDS Stigma Combination in a Sample of Puerto Rican Health Professional: Qualitative and Quantitative Evidence. Puerto Rico Health Sciences Journal, 27 (2), pp. 147-157; and Thomas, B., Nyamathi, A. & Swaminathan, S (2009) Impact of HIV/AIDS on Mothers in Southern India: A Qualitative Study. Aids and Behavior, 13 (5), pp. 989-996.
- 219. Hirnschall G. Striving for zero discrimination in health care. Geneva: World Health Organization; 2016.
- 220. Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. BMC Publ Health. 2012.
- 221. Farotimi A, Nwozichi C, Ojediran T. Knowledge, attitude, and practice of HIV/AIDS-related stigma and discrimination reduction among nursing students in southwest Nigeria. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20:705.
- 222. Gagnon M. Re-thinking HIV-related stigma in health care settings: a qualitative study. J Assoc Nurses AIDS Care. 2015;26:703-19.
- 223. ICRW and London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010) Modelling the Impact of Stigma on HIV and AIDS Programmes: Preliminary Projections for Mother-to-Child Transmission. London: ICRW and London School of Hygiene and Tropical Medicine
- 224. ICRW and London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010) Modelling the Impact of Stigma on HIV and AIDS Programmes: Preliminary Projections for Mother-to-Child Transmission. London: ICRW and London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- 225. Sibeko, L., Coutsoudis, A., Nzuza, S. & Gray-Donald, K. (2009) Mothers' Infant Feeding Experiences: Constraints and Supports for Optimal Feeding in an HIV-Impacted Urban Community in South Africa. Public Health Nutrition, 12 (11), pp. 1983-1990.
- 226. Recommendation 200: Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work. Geneva: International Labour Organization; 2010.
- 227. World AIDS Campaign: HIV and the world of work—why and how we should all advocate for the implementation of the ILO Recommendation on HIV and the workplace. Geneva: International Labour Organization; 2010.
- 228. The gap report 2014: people living with HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
- 229. Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. J Biosoc Sci. 2010;42(3):395-407
- 230. Sprague L, Simon S, Sprague C. Employment discrimination and HIV stigma: survey results from civil society organisations and people living with HIV in Africa. African J AIDS Res. 2011;10:311–24.
- 231. Addressing HIV/AIDS stigma and discrimination in a workplace program: emerging findings. Washington, DC: Horizons; 2002
- 232. Observação: Existe uma falta de dados provenientes da África do Norte e estudos adicionais são necessários para preencher as lacunas de dados
- 233. Teachers living with HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on Education; 2008.
- 234. Brown DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
- 235. Winskell K, Miller KS, Allen KA, Obong'o CO. Guiding and supporting adolescents living with HIV in sub-Saharan Africa: the development of a curriculum for family and community members. Child Youth Serv Rev. 2016;61:253–60
- 236. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 237. Stephenson R. Community factors shaping HIV-related stigma among young people in three African countries. AIDS Care. 2009;21(4):403-10.
- 238. Pretorius JB, Greeff M, Freeks FE, Kruger A. A HIV stigma reduction intervention for people living with HIV and their families. Health SA Gesondheid. 2016;21:187-95.
- 239. https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview
- 240. https://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2019-march-2020/work-progress-africa%E2%80%99s-remaining-conflict-hotspots
- 241. https://reliefweb.int/report/world/2019-natural-disasters-claim-more-1200-lives-across-east-and-southern-africa
- 242. https://www.who.int/3by5/publications/documents/en/iasc_guidelines.pdf
- 243. https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/emergencies-conflicts-and-hiv-response
- 244. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/august/20190815_peacekeeping-humanitarian-operations
- 245. https://blogs.lse.ac.uk/africaatlse/2020/04/23/gender-based-violence-in-zimbabwe-a-pandemic-covid19-virus/
- 246. United Nations Populations Fund. Millions more cases of violence, child marriage, female genital mutilation, unintended pregnancy expected due to the COVID 19 pandemic [website da UNFPA]
- 247. https://www.aidsdatahub.org/resource/gender-based-violence-and-covid-19
- 248. UNAIDS (2016) 'Prevention Gap Report'[pdf]
- 249. UN Women (2014, 28 November) 'Message from UN Women's Executive Director for World AIDS Day, 1 December 2014'

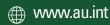
- 250. https://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/global-norms-and-standards
- 251. Agenda 2063 Framework Document, The Africa We Want-"A Shared Strategic Framework For Inclusive Growth And Sustainable Development & A Global Strategy To Optimize The Use Of Africa's Resources For The Benefit Of All Africans".
- 252. O Primeiro Plano de Implementação de Dez Anos da Agenda 2063 formula objectivos (nacionais e continentais) a serem alcançados até 2023, e indica as acções e os marcos dos processos principais a serem alcançados nas estruturas da UA, bem como estratégias indicadoras para alcançar os objectivos estabelecidos.
- 253. Os programas de referência da Agenda 2063 incluem: "Increasing access to tertiary and continuing education in Africa by reaching large numbers of students and professionals in multiple sites simultaneously and developing relevant and high quality Open, Distance and eLearning (ODeL) resources to offer the prospective student a guaranteed access to the University from anywhere in the world and anytime (24 hours a day, 7 days a week)."
- 254. Ver Artigo XII do Protocolo de Maputo, que obriga os estados a tomar todas as medidas apropriadas para (a) "eliminar todas as formas de discriminação contra mulheres e garantir oportunidades e acesso iguais na esfera do Ensino e formação"...(c) proteger mulheres, especialmente as crianças do sexo feminino, de todas as formas de abuso, incluindo assédio sexual em escolas e outras instituições educacionais e fazer provisão para sanções contra os autores de tais práticas;...(e) integrar a sensibilização do género e o ensino sobre os direitos humanos a todos os níveis dos currículos de ensino, incluindo a formação de professores"
- 255. Ver Artigo VI do Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África: "A idade mínima de casamento de mulheres será 18 anos"
- 256. Ver Artigo VIII do Protocolo de Maputo.
- 257. Em particular, incluindo educação abrangente e sensível à cultura que é adequada à idade, sobre a saúde sexual e reprodutiva e direitos e referências aos serviços de SSR, e (como uma intervenção de prioridade) assegurar que todas as raparigas e rapazes tenham um ensino primário e secundário completamente livre, equitativo e de boa qualidade.
- 258. Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança, http://www.africa-nion.org/official_documents/Treaties_%20Conventions_%20 Protocols/a.%20 C.%200N%20THE%20RIGHT%20AND%20WELF%200F%20CHILD.pd
- 259. No relatório do 5º encontro do Comité de Peritos Africanos sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança realizado no Nairobi Safari Club em Nairobi. Quénia, 8-12 de novembro de 2004.
- 260. Ver Artigo 11.1(h) da CADBEC estipulando que a educação promoverá que "o entendimento da criança do cuidado de saúde primária"; e Artigo 11.2(e) especifica que as partes "tomará medidas especiais a respeito de crianças do sexo...feminino, para assegurar o acesso igual ao ensino ...". O Artigo 11.6 exige adicionalmente que "todas as medidas apropriadas" sejam tomadas "para assegurar que crianças que ficam grávidas antes de concluir seu ensino...tenham uma oportunidade de continuar com o seu ensino com base na sua capacidade individual".
- 261. africas_agenda_for_children-english.pdf (au.int)
- 262. A Carta Africana da Juventude define jovens ou pessoas jovens como 'todas as pessoas entre as idades de 15 e 35 anos.
- 263. Ver Artigo 13 da CAJ: "Todos os jovens têm o direito à educação de boa qualidade" para "Desenvolver as capacidades para enfrentar a vida, permitindo-lhes comportar-se e agir com eficácia na sociedade em diversas áreas tais como o VIH/SIDA, a saúde reprodutiva, a prevenção do consumo de substâncias tóxicas e práticas culturais perigosas para a saúde dos jovens de ambos os sexos, questões que devem constar nos programas educativos".
- 264. Ver Artigo 16.2 da CAJ que apela para o (b) "envolvimento pleno dos jovens no processo de identificação das suas necessidades"; (e) disponibilidade de "medidas de protecção e disponibilização de serviços de saúde reprodutivos";
- 265. Ver Artigo 23.1, que obriga os estados a (a) "Adoptar legislações que proíbem quaisquer formas de discriminação contra as raparigas, garantindo o exercício dos seus direitos e das suas liberdades fundamentais"...(d) "garantir que as raparigas tenham acesso igual a e completam um mínimo de nove anos de ensino formal"; (e) "garantir igualdade de acesso à formação técnica, secundária e superior e reduzir os desequilíbrios entre os rapazes e as raparigas em algumas profissões"; (j) "oferecer às mulheres jovens igualdade de acesso ao emprego e promover a sua participação em todos os sectores de emprego".
- 266. https://UA.int/en/pressreleases/20200206/campaign-accelerated-reduction-maternal-mortality-africa-carmma-2009-2019
- 267. https://www.carmma.org
- 268. Parceiros na campanha da CARMMA são UNFPA, IPPF AR, a Parceria para Saúde de Mães, Recém-Nascidos e Crianças (PMNCH), Marie Stopes International, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), UKAid, UNICEF e Partners in Population Development Africa.
- 269. http://freetoshineafrica.org/
- 270. https://AU.int/sites/default/files/pages/32905-file-campaign_to_end_child_marriage_in_africa_call_for_action-_english.pdf
- 271. UNAIDS/02.31E (Original version, June 2002) ISBN 92-9173-190-0
- 272. Página 32 de CSW 60 CSW 60.pdf
- 273. SADC PF. SADC Model LAW ON CHILD MARRIAGE.https://www.sadcpf.org/index.php?option=com_content&view=article&id=146:sadc-model-law-on-child-marriage-on-the-cards&catid=125:news-a-events
- 274. Maffi, I. and M. Affes, The Right to Abortion in Tunisia after the Revolution of 2011: Legal, Medical, and Social Arrangements as Seen through Seven Abortion Stories. Health and Human Rights, 2019. 21(2): p. 69
- 275. Kimani, M., Women in North Africa secure more rights. Africa Renewal, 2008. 22(2): p. 8-10.
- 276. UNDP Africa Human Development Report 2016, page 50
- 277. Delany-Moretlwe, S., Scorgie, F., and Harvey, S. 2018. STRIVE Evidence Brief: The EMPOWER study: An evaluation of a combination HIV prevention intervention including oral PrEP for adolescent girls and young women in South Africa and Tanzania. http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/ EMPOWER%20brief_0.pdf
- 278. https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/HIV-and-AIDS/technical-areas/dreams
- 279. Birdthistle, I., et al., Evaluating the impact of the DREAMS partnership to reduce HIV incidence among adolescent girls and young women in four settings: a study protocol. BMC Public Health, 2018. 18(1): p. 912.
- 280. http://sheconquerssa.co.za/
- 281. Subedar, H., Barnett, S., Chaka, T., Dladla, S., Hagerman, E., Jenkins, S., ... & Schultz, L. (2018). Making Multisectoral Collaboration Work: Tackling HIV by empowering adolescent girls and young women: a multisectoral, government led campaign in South Africa. The BMJ, 363.
- 282. https://raisingvoices.org/sasa/

- 283. Abramsky, T., Devries, K. M., Michau, L., Nakuti, J., Musuya, T., Kyegombe, N., & Watts, C. (2016). The impact of SASA!, a community mobilisation intervention, on women's experiences of intimate partner violence: secondary findings from a cluster randomised trial in Kampala, Uganda. J Epidemiol Community Health, 70(8), 818-825.
- 284. Abramsky, T. et al (2014) 'Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda' BMC Medicine 12:122
- 285. USAID 'DREAMS: Partnership to Reduce HIV/AIDS in Adolescent Girls and Young Women'
- 286. https://au.int/en/sa/cecm
- 287. A UA organizou a campanha com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e UNFPA, e coopera com uma variedade extensa de parceiros, incluindo a Ford Foundation, a Comissão Económica das Nações Unidas para África (UNECA), Save the Children, Plan International, o Africa Child Policy Forum (ACPF) e o UK Department of International Development (DFID).
- 288. Ministry of Youth, Sports and Culture. 2004. National Youth Policy. Federal Democratic Republic of Ethiopia
- 289. Ministry of Youth, Sports and Culture. 2004. National Youth Policy. Federal Democratic Republic of Ethiopia
- 290. International Center for Research on Women (ICRW) (2005) 'VIH-related stigma across contexts: common at its core'[pdf]
- 291. SOAWR identificou sete prioridades: o acesso de mulheres à tomada de decisões, acesso a, controlo e posse de terras e propriedade; SSRDR; mulheres e VIH; saúde materna; VBGM; práticas nocivas; e mulheres e o sector privado.
- 292. https://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-AIDS-report_en.pdf
- 293. https://www. UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/20200909_Lessons-HIV-COVID19.pdf
- 294. https://www.iwtc.org/ideas/5_girls.pdf
- 295. https://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf
- 296. https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/multi-stakeholder-hearing-statements/
- 297. https://www.iwtc.org/ideas/5_girls.pdf
- 298. Planning, N. E. P. A. D. (2018). Coordinating Agency (2015) Consolidated Report of Africa's Regional Economic Communities (RECs)-Strengthening Institutional Capacity for Effective Delivery. Midrand, January.



DETALHES DO CONTATO





Sede da União Africana,
 PO Box 3243,
 Roosevelt Street (área do antigo aeroporto),
 W21K19,
 Adis Abeba,
 Etiópia