



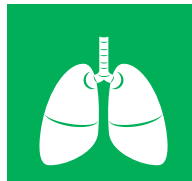
 BIEN-ETRE TRANSFRONTALIER <i>Chauffeur pour la vie.</i>	
	
	

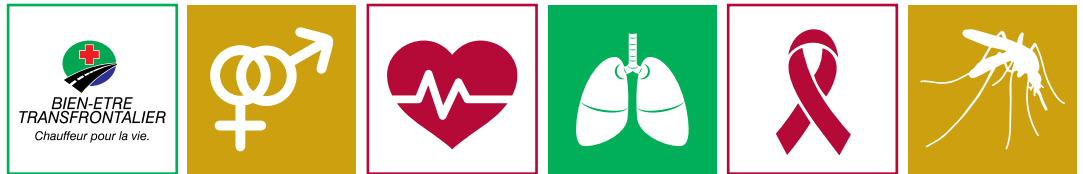
NORMAS REGIONAIS MÍNIMAS PARA O VIH E OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE AO LONGO DO CORREDOR DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO NA REGIÃO DA SADC





NORMAS REGIONAIS MÍNIMAS PARA O VIH E OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE AO LONGO DO CORREDOR DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO NA REGIÃO DA SADC





AGRADECIMENTOS

O Secretariado da SADC deseja expressar a sua sincera gratidão a todos os actores que forneceram orientação estratégica e contribuições para desenvolvimento dos Padrões Mínimos Regionais e Marca para Serviços VIH e outros Serviços de Saúde ao longo dos Corredores de Transporte Rodoviário na Região da SADC (RMSB).

Estes padrões mínimos são resultado de um processo interactivo e participativo, envolvendo actores chave e, peritos técnicos dos Estados Membro, parceiros de desenvolvimento - incluindo a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), agências das Nações Unidas, federações regionais de transporte, grupos de trabalhadores e associações regionais e nacionais de trabalhadoras do sexo - e parceiros de implementação que prestam serviços de saúde a camionistas de longo curso (LDTD), trabalhadoras do sexo (SW) e comunidades que vivem ao longo dos corredores de transporte na região. Especificamente, o Secretariado gostaria de agradecer aos Ministérios da Saúde, Conselhos Nacionais Contra a SIDA (NAC) e aos membros do Grupo de Trabalho Técnico RMSB cujas valiosas contribuições garantiram que a RMSB promova uma abordagem holística baseada em evidências para programas para LDTD e SW e incorpore as lições aprendidas das boas práticas globais e regionais para melhoria do acesso aos serviços para estes grupos alvo.

Por fim, este trabalho não teria sido possível sem a Assistência Técnica e financeira da USAID através do Projecto Estratégias Africanas para a Saúde e o projecto de Capacitação Local para Prestação de Serviços VIH na África Austral, ambos implementados pela Management Sciences for Health (MSH).

O presente documento foi apoiado pelo Projecto de Estratégias Africanas para a Saúde (ASH), financiado pelo Gabinete da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) para África e implementado pela Management Sciences for Health (MSH). Esta publicação foi possível graças ao generoso apoio do povo Americano através da USAID ao abrigo do Contrato N° AID-OAA-C-II-0016. As opiniões expressas nesta publicação não reflectem necessariamente as opiniões da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional ou do Governo dos Estados Unidos.





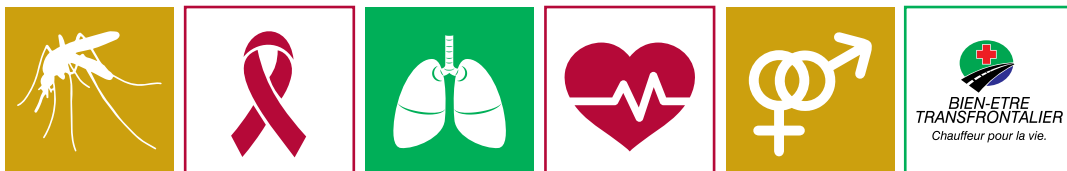
ÍNDICE

ÍNDICE.....	B
AGRADECIMENTOS.....	A
PREFÁCIO.....	?
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	C
INTRODUÇÃO.....	?
JUSTIFICAÇÃO.....	4
1. OBJECTIVO E ÂMBITO.....	4
2. PRINCÍPIOS DE ORIENTAÇÃO.....	5
2.1 Direito à Saúde.....	5
2.2 Mandato da SADC para Harmonizar a Integração de Políticas Regionais.....	5
2.3 Compromisso Político Sustentado.....	5
2.4 Ambiente de Trabalho favorável à promoção da Saúde.....	5
2.5 Integração do Género.....	5
2.6 Empoderamento dos TSe dos CLC.....	6
2.7 Parcerias Eficazes.....	6
3. PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO.....	6
4. NORMAS REGIONAIS MÍNIMAS.....	9
4.1 Modelos de prestação de serviços.....	9
4.2 Opção A: Clínicas independentes designadas.....	9
4.3 Critérios para a selecção de modelos apropriados para prestação de serviços.....	11
4.4 Pacote mínimo de serviços.....	13
4.5 Implantação da Clínica.....	16
5. MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO.....	19
5.1 Financiamento.....	19
5.2 Monitoria e avaliação.....	19
5.3 Garantia da qualidade.....	20
5.4 Papéis e Responsabilidades.....	20
REFERÊNCIAS.....	24



SIGLAS E ABREVIATURAS

ASH	Estratégias Africanas para a Saúde
ATV	Testagem e Aconselhamento para o VIH
BBSS	Estudo Biológico e Comportamental da Sero-prevalência
BLC	Projecto de Capacitação Local para a Prestação de Serviços para o VIH na África Austral
CLC	Camionistas de Longo Curso
EM	Estados Membro
IOM	Organização Internacional para a Migração
ITS	Infecção de transmissão sexual
M&A	Monitoria e Avaliação
MdE	Memorando de entendimento
MS	Ministério da Saúde
NAC	Conselho Nacional para a SIDA
NCD	Doença não-comunicável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA
OSC	Organização de Sociedade Civil
RMS	Normas Regionais Mínimas
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SBCC	Comunicação para mudança social e de comportamento
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
TARV	Tratamento anti-retroviral
TB	Tuberculose
TS	Trabalhadores do sexo
TWG	Grupo Técnico de trabalho
USAID	Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana



HISTÓRICO E JUSTIFICATIVO

Estabelecimento da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) e a promoção da indústria, comércio e infraestrutura regional – especialmente da rede de transportes – para alcance dos objetivos de desenvolvimento económico e integração da SADC, resultou no aumento da mobilidade e do número de pessoas e mercadorias entre os países, tanto dentro da região como de um país para outro. Este aumento de movimento foi reforçado pela introdução do Acordo de Comércio Livre, SADC 2008 (Free Trade Agreement de 2008 da SADC). Doze dos quinze Estados membros da SADC (EM) são países do hinterland com forte dependência na rede regional de transporte de superfície – particularmente estradas – para transporte de mercadorias de e para portos ou entre os Estados membros.



Axes de transport routier dans la region de la SADC

Mais de 80 por cento do comércio internacional e inter-SADC ocorre por via rodoviária.

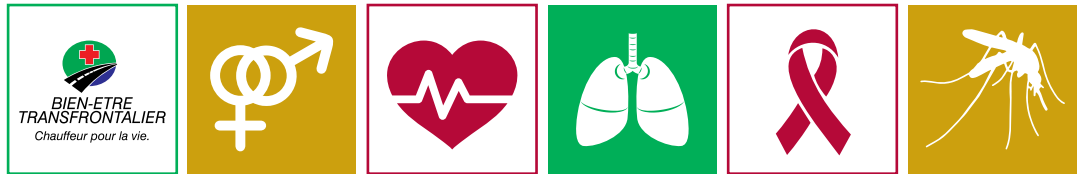
A mobilidade foi reconhecida como um factor importante que tem impacto na vulnerabilidade sanitária e constitui um desafio para a gestão de saúde pública.

1. Acresce que doenças transmissíveis, tais como a VIH, tuberculose (TB), infecções de transmissão sexual (ITSs) e malária, pesam sobre os sistemas de saúde pública dos EM.

Populações móveis que frequentemente utilizam os corredores de transporte rodoviário da SADC incluem trabalhadores migrantes do transporte rodoviário, construção, minas e comércio, agricultura, portos e sectores marítimos, bem como comerciantes informais transfronteiriços, empregados domésticos e trabalhadores do sexo (TS).

2. Estas normas regionais mínimas (RMS) concentram-se no sector de transportes rodoviários e têm o objectivo de melhorar o acesso aos serviços de saúde e para VIH para os camionistas de longas distâncias (CLC), TS e comunidades ao longo dos corredores de transporte na região da SADC.

A vulnerabilidade dos CLC e TS perante doenças não resulta apenas de factores de risco individuais, mas também por factores ambientais específicos ao local.² Pontos de vulnerabilidade são onde populações móveis vivem, trabalham ou pontos de trânsito. A presença de migrantes e populações móveis e a sua interacção com as comunidades locais em postos fronteiriços, portos, zonas de construção, assentamentos informais,



complexos agrícolas e mineiros criam um ambiente social instável que poderá aumentar comportamentos sexuais de risco e reduzir o acesso aos serviços de saúde.² A pobreza e oportunidades limitadas de emprego nessas comunidades poderão induzir às mulheres (tanto migrantes como locais) a envolverem-se na troca de sexo por dinheiro ou bens com os que se dispõem de recursos ou rendimento disponível.³

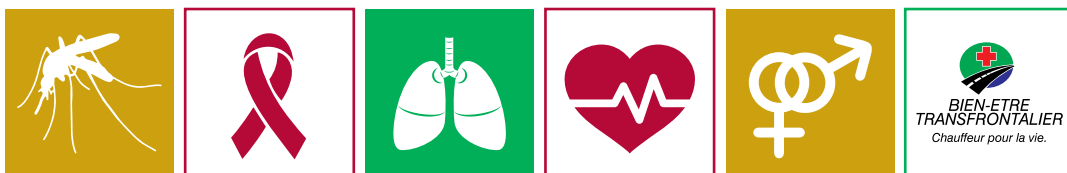
Estes factores devem ser tomados em consideração quando se projectarem intervenções para este grupo alvo e as intervenções devem incluir tanto as comunidades com quem interagem como as suas respectivas famílias.⁴ As diretrizes da SADC para a Manejo da Saúde de Camionista (Driver Health Management) define o local de trabalho de um camionista profissional como o próprio camião, os corredores de transporte que usam, incluindo a estrada, parques de estacionamento/paragens de camiões, postos fronteiriços, portos marítimos e instalações da empresa empregadora.⁵ Os CLC estão longe das suas famílias e redes de apoio por longos períodos de tempo, por vezes em viagens com duração de alguns dias e poucos meses. Isto potencialmente expõe-nos ao risco de envolverem-se em comportamento e práticas de risco, tais como o toxicoddependência e sexo sem protecção.¹ Uma percepção de risco relativamente baixa, conhecimento limitado sobre prevenção e uma rede complexa de viagem e mistura sexual juntos aumentam o risco de contracção do VIH e ITSs.⁶

Os CLC constituem o maior grupo de utentes dos TS ao longo dos corredores de transporte.⁷ Também envolvem-se na troca de sexo por bens com outros grupos, incluindo

mulheres comerciantes, mulheres casadas e adolescentes.⁸ Estas complexas redes de sexo e o baixo nível de práticas de redução de risco poderão acelerar a propagação do VIH e outras doenças transmissíveis fora dos CLC e TS.

Os TS são uma população heterogénea e pode incluir mulheres, homens e transexuais trabalhadores do sexo.⁹ Os TS suportam um peso desproporcional do VIH e ITSs. Existem várias razões para o facto, incluindo a natureza do serviço, condições de trabalho inseguras e barreiras para negociar o uso consistente do preservativo. Factores estruturais como o estigma, discriminação, criminalização do trabalho do sexo em muitos países e violência contra os TS, juntos aumentam a vulnerabilidade ao VIH e ITSs. Estes factores também dificultam o acesso aos serviços essenciais de prevenção, testagem e tratamento do VIH e consumíveis.^{10,11} Evidências mostram que pacotes efectivos de prevenção ao VIH para os TS que incluem intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais personalizadas para contextos locais, resultaram em melhorias na Saúde.¹²

Em África, relatou-se de que os TS têm 12,4 vezes mais probabilidades de contrair o VIH do que a população em geral.¹³ A prevalência do VIH entre os TS, de acordo com o Estudo Biológico e Comportamental da Sero-Prevalência (BBSS) na região da SADC, situa-se entre 1,3 – 70,3 por cento. O inquérito de 2014 a camionistas e TS ao longo da estrada principal entre Joanesburgo e Durban na República da África do Sul, revelou uma prevalência de VIH geral de 16,7 por cento entre os camionistas e de



88,4 por cento entre os TS.⁶ Um estudo referência sobre a Sero-Prevalência do VIH conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre os TS e os CLC em três postos fronteiriços em 2013, revelou que a prevalência de VIH-1 entre os TS era 53 por cento, e de 18 – 26 por cento entre os CLC. O estudo também mostrou fraco uso dos serviços de prevenção do VIH e ITSs nos postos de saúde fronteiriços por parte dos dois grupos (20 por cento). A população que vive ao longo do corredor de transporte está igualmente vulnerável às ITSs.

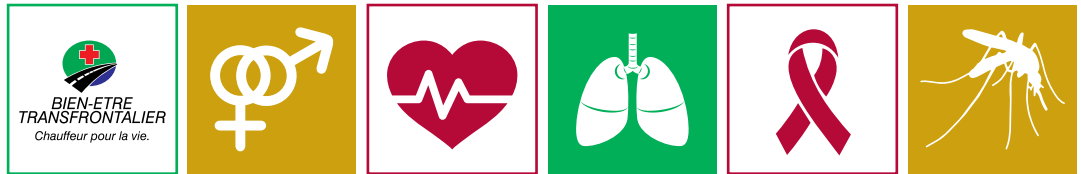
A prevalência da TB na região é alta, com relatos de estimativas entre 174 – 1 e 287/100,000 pessoas em 2010.¹⁴ Os elevados números de VIH na região resultam em co-infecção alta de TB e VIH.¹⁵ Existem dados limitados sobre TB entre os CLC e os TS; contudo, dada a sua alta mobilidade e exposição a ambientes mal ventilados e superlotados, este grupo correrá maior risco de contrair a TB.

Globalmente, tem havido um aumento do fardo de doenças não-comunicáveis (NCDs)¹⁶, incluindo dentro da região da SADC. Tem havido aumento na prevalência de doenças cardiovasculares, diabetes e cancro e, conseqüentemente, os Estados membros estão a intensificar as intervenções para lidar com as NCDs. A prevalência e risco de NCDs entre os CLC e os TS na região está mal documentada, podendo ser atribuída à exposição limitada a informação e educação sobre a saúde.

Apesar do elevado fardo e alta taxa de doenças entre os CLC e os TS, a região ainda carece de serviços de saúde completos para estas populações. Ambos os grupos

são altamente móveis e com espaços de trabalho mal definidos, o que apresenta um desafio significativo para os provedores de serviços que estão empenhados em alcançá-los. A situação é exacerbada entre os migrantes que se mudam ou transitam por países estrangeiros. Os EM possuem diversas políticas para a prestação de serviços para não – cidadãos e, como resultado, a continuidade de cuidados poderá ser interrompida facilmente.⁵ Quebras da continuidade dos cuidados impede os CLC e os TS de terem acesso contínuo a serviços de saúde de alta qualidade. Conseqüentemente, a detecção de casos e manejo tanto de doenças comunicáveis como não comunicáveis torna-se mais difícil e o progresso para um manejo eficaz de doenças na região fica comprometido.

A gestão das intervenções de doenças para os CLC, TS e as comunidades que vivem ao longo dos corredores de transporte rodoviários pela região, têm-se concentrado maioritariamente na provisão de serviços para o VIH e SIDA. Boas práticas globais, tais como a Avahan AIDS Initiative, implementada de 2003 -2012 na Índia antes de ser passada para o governo, demonstrou como uma abordagem abrangente e focada nos dados poderá reduzir significativamente a prevalência do VIH a nível da população, através de intervenções de prevenção de larga escala concentradas em grupos de alto risco, tais como os TS, homens que fazem sexo com homens, os CLC e seus ajudantes. Contactou-se que na 1ª Fase a iniciativa preveniu mais de 100.000 novas infecções num período de cinco anos (entre 2003 e 2008). A proporção de ITSs diagnosticadas entre as mulheres TS, baixou de 39 por cento em 2005 para 11 por cento em 2009,



enquanto as ITSs diagnosticadas entre homens que fazem sexo com homens baixou de 12 por cento para 3 por cento.¹⁷

Os Estados membros da SADC e parceiros líder conceberam e implementaram uma série de intervenções para abordar as populações vulneráveis, com resultados prometedores. Estes incluem a Iniciativa Transfronteiriça da SADC (um projecto do Fundo Global regional com o objectivo de estabelecer clínicas de bem-estar para os TS e osCLC em 32 zonas fronteiriças na região da SADC), a North Star Alliance, Corridor Empowerment Project, Walvis Bay Corridor project, Africa Network for sex Work e a South Africa's Red Umbrella National Sex Work Programme, que demonstrou a viabilidade de estabelecer serviços de Saúde ao longo dos corredores de transporte seleccionados. Há, contudo, a necessidade de reforçar estas intervenções e promover a prestação de um pacote completo de serviços.

JUSTIFICAÇÃO

O desenvolvimento destas normas vai de acordo com a visão geral da SADC de harmonizar intervenções e práticas pela região para melhorar a saúde e o desenvolvimento. Está estabelecido no Protocolo de Saúde da SADC de 1999 (SADC Health Protocol of 1999) inspirado por Declarações Internacionais como a de Alma Ata de 1978.

O estabelecimento destas normas é também uma resposta directa às evidências que comprovam que os CLC e os TS nos focos ao longo dos corredores de transportes são desproporcionalmente afectados pelo VIH

e ITSs e não são devidamente abrangidos pelos serviços de saúde existentes. Estas normas têm como objectivo orientar os EM e implementadores na prestação de serviços de saúde de alta qualidade para estes grupos-alvo e outras pessoas que vivem ao longo dos corredores de transporte.

Por fim, uma resposta coordenada entre os MS e actores na região será crucial para garantir que:

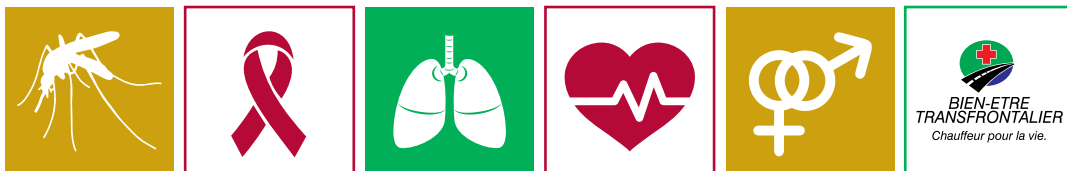
O manejo e controlo do VIH, TB, ITSs, malária, hipertensão, diabetes, cancro cervical, a saúde sexual e reprodutiva seja eficaz.

Os CLC e os TS tenham acesso a serviços de saúde com normas fixas à medida que se deslocam através de países.

1. OBJECTIVO E ÂMBITO

O objectivo destas normas é orientar os EM e aos parceiros no desenvolvimento de programas de Saúde e VIH, garantir que os CLC, os TS e pessoas que vivem ao longo dos corredores de transporte rodoviários da SADC tenham acesso a serviços de saúde equitativos e de alta qualidade. Também definem a função, responsabilidades e mecanismos de gestão para facilitar uma implementação eficaz e sustentável.

Estas normas servirão também de plataforma para reforçar as parcerias entre os ministérios e departamentos/repartições relevantes na prestação de serviços de saúde ao sector de transportes rodoviários tanto a nível nacional como regional. Além disso, irão constituir um ponto de referência para as empresas no



sector de transportes formularem políticas e programas harmonizados.

As normas enfatizam as necessidades específicas dos CLCs e TS e alinhamento às normas regionais, orientações e enquadramentos existentes para prevenção, diagnóstico e manejo de doenças.

Estas normas defendem o acesso aos seguintes serviços de prevenção, diagnóstico e de tratamento:

Doenças comunicáveis

- VIH
- TB
- ITSs
- Malária

Doenças não-comunicáveis

- Hipertensão
- Diabetes

Outras

- Serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar e detecção de casos de cancro do colo do útero e referência
- Estados clínicos da saúde ocupacional

Estas normas baseiam-se nas estruturas e orientações existentes da SADC que incluem:

- Padrões Mínimos Harmonizados para Prevenção, Tratamento e Manejo da TB na região da SADC (2010)
- Padrões Regionais Mínimos de Orientação para testagem e aconselhamento VIH na região da SADC (2010)
- SADC Padrões Mínimos para Prevenção, Tratamento e Manejo da Malária (2010)
- Estratégia da Saúde Sexual e Reprodutiva

para a Região da SADC 2006 – 2015 (2008)

- Quadro para a Prevenção e Controlo de Infecções Sexualmente transmitidas na região da SADC (2010).
- SADC Quadro Estratégico para VIH e SIDA 2010 – 2015
- SADC Normas Mínimas para Integração do VIH e SSR 2015

2. PRINCÍPIOS DE ORIENTAÇÃO

Os princípios de orientação chave e valores para estas normas estão descritos a seguir.

2.1 Direito à Saúde

Todas as pessoas têm direito ao acesso aos serviços de Saúde de forma equitativa e aceitável.

2.2 Mandato da SADC para Harmonizar a Integração de Políticas Regionais

A SADC tem o mandato de harmonizar políticas regionais que promovam a continuidade de cuidados de um país ao outro.

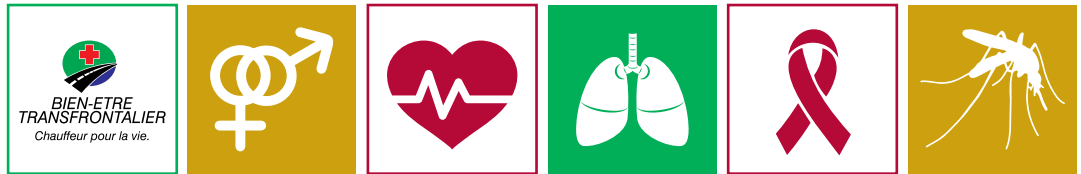
2.3 Compromisso Político Sustentado

Evidências actualizadas e consistentes são necessárias para apoiar advocacia dos CLC e dos TS, e criar um ambiente para empenho político sustentado.

2.4 Ambiente de Trabalho favorável à promoção da Saúde

Os CLC e TS devem gozar de ambientes de trabalho que promovam a saúde por meio de educação do parceiros, divulgação, grupos de apoio e outros métodos.

2.5 Integração do Género



As dinâmicas do Género são consideradas em todos os níveis de desenvolvimento e implementação.

2.6 Empoderamento dos TSe dos CLC

O empoderamento dos TS e dos CLC é central às intervenções para garantir que esses grupos possam exigir serviços acessíveis e aceitáveis.

2.7 Parcerias Eficazes

Todos os actores devem coordenar esforços para incrementar vantagens comparativas.

3. PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO

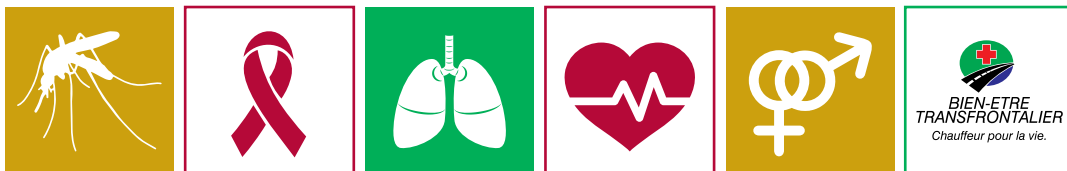
Em 2007, a Organização Internacional para Migração (IOM) em parceria com a SADC, o Programa Mundial de Alimentação e a North Star Alliance, facilitaram uma sessão de trabalho regional sobre o VIH no sector de transportes na África Austral. Os participantes recomendaram a formação de um programa completo para o VIH no sector, que inclui um pacote integrado de serviços de cuidados de saúde; uma estratégia multi-sectorial de comunicação, com intervenções de comunicação para mudança de comportamento baseadas em evidências e adaptadas às necessidades dos grupos-alvo; coordenação efectiva, parcerias, advocacia, desenvolvimento político e assistência de qualidade; estrutura e sistemas de monitoria e avaliação regional. Foi estabelecido um pequeno grupo de trabalho, coordenado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o Programa Regional para o VIH/SIDA (RHAP) e a IOM, para explorar o desenvolvimento das normas mínimas regionais para as populações

móveis no sector de transportes, antecipando a apresentação do pacote final para revisão e aprovação pelas estruturas da SADC.

Em 2011, a sessão de trabalho (workshop) sub-regional para VIH e SIDA no sector de transporte da África Austral, enfatizou a importância de uma abordagem mais abrangente para prestação de serviços. Definida como serviços integrados que se estendem além do VIH e SIDA, com consideração à TB, ITSs, malária, cólera, segurança nas estradas e saúde ocupacional.

O Secretariado da SADC, com o apoio do GIZ, desenvolveu orientações para a Gestão de Saúde dos Motoristas (Drivers Health Management em 2011). A análise situacional da TB, VIH, Saúde Ocupacional e Segurança identificou a falta de harmonização nos sectores de transporte e de saúde na região como um desafio significativo para a prestação eficaz de serviços de saúde.⁵ As orientações foram desenvolvidas para fornecer as empresas de transporte e associações de frete rodoviário informação de saúde no local de trabalho e aspectos de segurança, o bem-estar dos trabalhadores, segurança social e outros tópicos relacionados como as condições de trabalho.

Numa tentativa de atender às recomendações das intervenções anteriores e para melhorar os serviços existentes, o Secretariado da SADC e da IOM realizaram uma consultoria de um dia em 2012 com actores chave. Os participantes concordaram em priorizar o desenvolvimento de um pacote regional mínimo de prevenção ao VIH e serviços de gestão para intervenções, visando o sector de transporte na África Austral.



Em Abril de 2014, a SADC convocou um grupo técnico de trabalho (TWG) para alcançar um consenso nas RMS. O grupo concordou que as normas devem tomar uma abordagem abrangente e incluir o VIH, TB, ITSs, malária, diabetes, saúde sexual e reprodutiva, cancro do colo do útero e outros estados clínicos relacionados à saúde ocupacional.

A SADC, com o apoio financeiro e técnico do Projecto de Capacitação Local para a Prestação de serviços de VIH na África Austral (BLC) - financiado pela USAID e o Projecto de Estratégias Africanas para a Saúde (ASH), desenvolveram o RMS para melhorar o acesso aos serviços do VIH para os CLC e os TSTS na região da SADC.

As RMS foram desenvolvidas de forma participativa, envolvendo representantes dos Estados membros, parceiros de desenvolvimento, a USAID/RHAP, agências das Nações Unidas, federações regionais de transporte, associações de trabalhadores, de trabalhadores de sexo e parceiros de implementação chave, parceiros de cooperação que prestam serviços de saúde aos CLC, TS e comunidades que vivem ao longo dos corredores de transporte da região. O desenvolvimento das normas incluíram a análise situacional realizada em oito zonas transfronteiriças com a contribuição dos fornecedores de serviços e utentes, várias reuniões do TWG, a validação e reunião de criação de consenso com os Conselhos Nacionais da SIDA (NAC) dos Estados Membros e Ministérios de Saúde (MS), bem como outros actores importantes da região, incluindo empresas de transportes, doadores, provedores de serviços e a sociedade civil.

O Secretariado da SADC apresentou as RMS aos Ministros de Saúde da SADC em Janeiro de 2015 e foi aconselhado a rever as normas para promover uma abordagem mais holística aos CLC e TS, incorporar lições aprendidas de boas práticas globais tais como o projecto Avahan e expandir os modelos de provisão de serviços de saúde. Os Ministros de Saúde ainda aconselharam SADC a garantir a participação geral de todas as partes interessadas, tais como, o sector privado e associações de trabalhadores do sexo.

A SADC facilitou a reunião alargada do grupo técnico (TWG) para rever as RMS de 15 -16 de Setembro de 2015. A reunião contou com a presença de representantes da Associação Africana de Trabalhadores do Sexo, o Grupo de Trabalho de Educação e Advocacia dos Trabalhadores do Sexo (TSEAT), FHI360, a Networking HIV/AIDS Community of South Africa (NACOSA, a Federação da Associação de Transportes do Este e Africa Austral, a South African Road Freight Association, parceiros de desenvolvimento, provedores de serviços e representantes de Botswana, Malawi, Moçambique, Suazilândia, Africa do Sul, Tanzânia e Zimbabwe. O TWG propôs que a SADC actualizasse o capítulo ou a parte de introdução para incluir dados mais recentes sobre prevalência do VIH entre os CLC e os TS e realçar a relação entre mobilidade e risco de VIH, contribuiu também em modelos apropriados de prestação de serviços com critérios para orientar a tomada de decisões respeitantes à escolha dos modelos, sugeriu o alinhamento do pacote mínimo para esses modelos e actualização do capítulo papéis e responsabilidades, e acrescentou as propostas de indicadores para a implementação de monitoria da RMS,



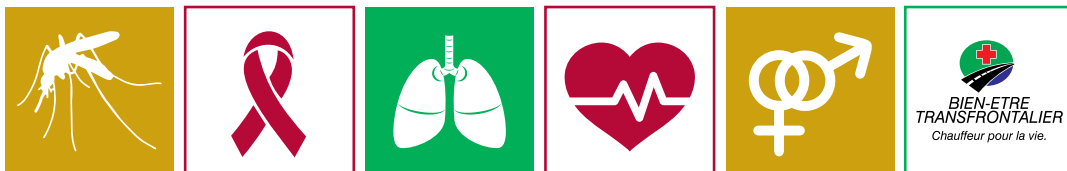
provisão de serviços para os CLCe TS na região. A revisão das RMS foi também informada por análise documental sobre ponto de situação do trabalho do sexo na região da SADC, identificando barreiras que os TS enfrentam ao acesso de serviços de cuidados de saúde, bem como as estratégias e programas dos países, boas práticas globais e regionais para melhoria do acesso aos serviços.

A reunião de criação de consenso da SADC

com os Estados Membros terá lugar de 12 a 13 de Outubro de 2015 para assegurar apropriação colectiva das RMS, revistas pelos Estados membros e actores relevantes e incluindo processos para sua domesticação a nível dos países. Após esta reunião, o projecto final das RMS (com plano de implementação e indicadores propostos para implementação de monitoria das RMS e serviços) será encaminhado para aprovação na reunião de Ministros de Saúde da SADC de 9 a 13 de Novembro de 2015.



Reunion du groupe technique de travail, Octobre 2015



4. NORMAS REGIONAIS MÍNIMAS

Estas normas regionais mínimas delineiam um pacote mínimo de serviços e modelos de prestação de serviços apropriados para melhorar o acesso aos serviços VIH e outros serviços de saúde para os camionistas de longo curso, trabalhadores do sexo e comunidades ao longo dos corredores de transporte. Os membros das comunidades poderão incluir trabalhadores migrantes, comerciantes informais e serviços uniformizados, tais como alfândegas, polícia de fronteiras e oficiais de imigração.

4.1 Modelos de prestação de serviços

Os Estados membros devem selecionar uma estratégia mista de modelos de prestação de serviços e investir em serviços de extensão comunitários para aumentar o acesso e a captação de serviços de VIH e outros serviços de saúde pelos CLC e TS. Um sistema de referências robusto deve ser estabelecido entre as unidades sanitárias locais, organizações da sociedade civil (OSCs) e outros parceiros para garantir que os utentes recebam os serviços que precisam e melhorar resultados da saúde. Foram identificadas duas opções para a prestação de serviços de cuidados de saúde .

4.2 Opção A: Clínicas independentes designadas

Localização: Clínicas independentes designadas 1 especificamente localizadas nos postos fronteiriços (entre dois km de distância a pé dos postos de fronteira) e paragens/parques de estacionamento de camiões informais e formais ao longo dos corredores de transporte. Estes locais foram identificados como espaços vulneráveis ao comportamento



de alto risco e têm consistentemente altos volumes de CLC e TS que por ali passam ou residem nas vizinhanças.

Grupos-alvo: Primariamente os CLC e TS. Os membros das comunidades locais poderão também ter acesso aos serviços e serão encaminhados às clínicas estatais para serviços de acompanhamento.

Financiamento: Primariamente financiado pelo sector privado mas também apoiado através de parcerias público-privadas.

Especificações:

- Os Trabalhadores de Saúde devem estar devidamente qualificados e registados pelas autoridades relevantes de profissionais de saúde no país de operação.
- Os trabalhadores de Saúde devem ser sensibilizados para prestar tratamento, cuidados e prevenção apropriados para o VIH e outros serviços aos CLC e TS

¹ Estes também são conhecidos por centros de bem-estar de berma de estrada.



sem preconceito. O que vai melhorar a qualidade e aceitação dos serviços por estas populações.

- As Clínicas poderão prolongar as horas de serviço ou abertura para melhorar o acesso aos serviços de saúde para os grupos-alvo.
- As Clínicas devem prestar serviços de saúde completos conforme definido no pacote de serviços mínimos.
- As Clínicas devem definir serviços comunitários de extensão, através de parcerias formais com OSC parceiras para aumentar a captação de serviços de saúde disponíveis para CLC e TS (vide o capítulo a seguir sobre empoderamento das comunidades e divulgação). As parcerias devem ser formalizadas, através de memorandos de entendimento (MdEs).
- As Clínicas independentes devem criar relações íntimas com os departamentos/ centros de Saúde distritais para garantir a referência para diagnóstico e tratamento e serviços de saúde não oferecidos no local. Reuniões regulares devem ser realizadas com os centros de saúde distritais para monitorar a implementação dos projectos, coordenar referências, solucionar desafios de implementação e outros constrangimentos.
- As Clínicas independentes devem submeter um relatório mensal ou quinzenalmente aos gerentes distritais de saúde dos MSs com vista a permitir o governo monitorar a prestação de serviços a esse grupo-alvo.
- As Clínicas independentes devem exibir o sinal “RMS” e marca/nomes para garantir identificação fácil por este grupo-alvo.

- As Clínicas independentes devem cumprir com as normas nacionais de saúde e protocolos e estarem devidamente autorizados pelas respectivas autoridades de saúde. As licenças/certificados deverão ser exibidos com destaque ou em lugar visível nas clínicas independentes.

4.2.1 Opção B: Serviços Primários de Saúde Integrados: Clínicas estatais

Localização: Clínicas de saúde estatais localizadas ao longo dos corredores maiores de transporte que expandem seus serviços de prestação imparcial e apropriada de serviços de saúde aos CLC e TS ao longo dos corredores de transporte.

Grupos – alvo: Os CLC, TS e a população em geral.

Financiamento: Primeiramente financiado pelo governo, mas também poderá ter apoio de parcerias do sector público-privado.

Especificações:

- Como na Opção A, os trabalhadores de saúde devem ser sensibilizados para oferecer tratamento, prevenção e cuidados do VIH e outros apropriados de forma a não demonstrar preconceitos nem discriminação contra os CLC e TS. Para melhorar a qualidade e aceitação dos serviços de saúde por estas populações.
- As Clínicas poderão prolongar as horas de serviço ou de funcionamento para melhorar o acesso dos serviços de saúde para os grupos-alvo.
- As Clínicas devem estabelecer serviços

² O empoderamento das comunidades permite que grupos marginalizados, como os TS colectivamente se apropriem dos programas para alcançar os resultados VIH e colmatar barreiras estruturais e sociais para sua saúde em geral e direitos humanos. Países como o Brasil, Quênia, Tailândia, Índia e a República Dominicana provaram que investir em programas comunitários para os trabalhadores do sexo, resultam em melhoria no acesso, qualidade, redução de comportamento de risco, além de aumento na captação dos serviços de saúde.



comunitários, através de parcerias formais com OSC parceiros para aumentar o uso dos serviços de saúde disponíveis para os CLC e TS (vide o capítulo abaixo sobre empoderamento das comunidades e divulgação). As parcerias devem ser formalizadas através de memorando de entendimento (MdEs).

- As Clínicas independentes devem exibir o sinal “RMS” e escritas/nomes para garantir a identificação por este grupo-alvo.



Community outreach by SWEAT

Empoderamento e sensibilização das comunidades

Independentemente do modelo de cuidados de saúde escolhido, os provedores de serviços de saúde devem criar parcerias com as OSCs para implementar serviços de empoderamento e mobilização das comunidades de CLC e TS.² Que aumentará o sentido de apropriação, acessibilidade, aceitação e captação de serviços de saúde para estes grupos alvos.

O empoderamento das comunidades e

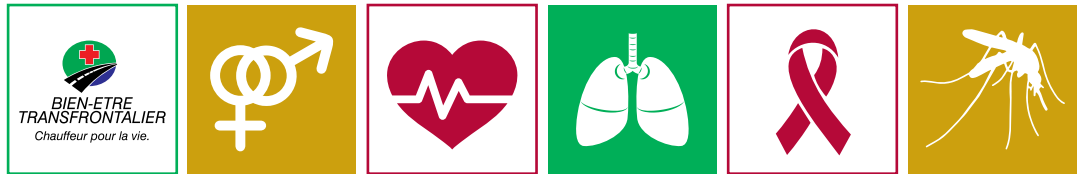
serviços de sensibilização incluem sessões um-a-um ou pequenos grupos educacionais por parte de educadores de pares; grupos de apoio de pares; encaminhamento para serviços jurídicos, saúde mental; o aconselhamento e testagem VIH (ATV) e outras campanhas de saúde.

Os provedores de serviços de saúde devem formar parcerias com as OSCs para realizar campanhas regulares de ATV e outras, com vista a aumentar o número de utentes que conhecem o seu estado VIH e se encontram registados para tratamento e cuidados. Estas campanhas devem ser realizadas em momentos e lugares onde esses grupos se congregam, tais como tavernas/bares e paragens de camiões. Estas campanhas devem oferecer um pacote integrado de serviços incluindo ATV; o Detecção de casos da TB, ITSs, cancro do colo do útero e NCDs; comunicação de mudança de comportamento social (SBCC). Sistemas de encaminhamento e acompanhamento devem ser estabelecidos para garantir que utentes que testem positivo para o VIH ou exibem sintomas de TB e ou ITSs recebam serviços de tratamento e estejam registados para cuidados. Ambos os governos e clínicas independentes podem utilizar clínicas móveis ou tendas para as actividades de sensibilização.

4.3 Critérios para a selecção de modelos apropriados para prestação de serviços

4.3.1 Prevalência do VIH e outros dados

Relatórios epidemiológicos e de BBSS dos países confirmam que o risco e prevalência de VIH estão desigualmente distribuídos entre grupos de populações e zonas geográficas diferentes. Por exemplo, a prevalência do



VIH é desproporcionalmente alta entre populações-chave (TS, homens que fazem sexo com homens e pessoas que injectam drogas) globalmente, e entre mulheres jovens e meninas na África Subsariana. Contudo, a prevalência do VIH por si só não é suficiente para orientar a concepção de programas efectivos para grupos-alvo diversos.

Programas eficazes devem ser guiados por uma profunda compreensão da epidemia, incluindo análise das dinâmicas da transmissão do VIH, diversidade populacional e distribuição geográfica dos riscos.

Fontes de dados incluem estimativas do tamanho da população, dados da prevalência, estatísticas de saúde e relatórios da BBSS para TS e CLC, bem como dados sobre os movimentos e tráfego nas maiores rotas de transportes e postos de fronteira. Dados de várias fontes devem ser triangulados para solucionar problemas de limitação de fontes de dados individuais.

Os prestadores de serviços devem também realizar análises situacionais de baixa envergadura e mapeamento para suportar o planeamento do programa. Inclui mapeamento geográfico de espaços de vulnerabilidade com grande evidência de alta prevalência de VIH, ITSs ou comportamentos de risco. Tipos diferentes de trabalhadores de sexo e clientes (tais como os CLC, agentes de fronteiras e outros) devem ser identificados, e nas onde os TS e CLC residem ou vivem temporariamente e confraternizam com clientes e mapeados. O mapeamento programático é então usado para identificar os serviços disponíveis e lacunas nos serviços correntes. Colectivamente, estes dados

podem ser usados para o planeamento de serviços de saúde, atribuir serviços móveis, recrutar e colocar educadores pares, visando actividades de sensibilização e distribuição de preservativos. Perguntas de orientação incluem:

- Quantas pessoas vivem dentro desta zona geográfica?
- Qual é a distribuição geográfica da prevalência e incidência do VIH, e número de pessoas que vivem com o VIH nessa área geográfica?
- Onde estão unidades sanitárias?
- Onde poderia a expansão de serviços aumentar cobertura ou equidade?

4.3.2 Igualdade no acesso

Na saúde a igualdade é o princípio ou compromisso que reduz ou acaba por eliminar disparidades na saúde e os seus determinantes. 3 Os CLC são altamente móveis e têm dificuldades em aceder aos serviços essenciais de saúde, enquanto os TS encontram barreiras estruturais no acesso aos serviços, com baixa utilização de serviços quando comparados à população no geral. Abordagens inovadoras são portanto necessárias para atingir estes grupos-alvo. Empoderamento das comunidades e estratégias de sensibilização, como educação de pares e prestação de serviços VIH e outros serviços de saúde em clínicas móveis ou serviços de saúde, pode aumentar cobertura e alcançar esses grupos e utentes em áreas remotas que se encontram longe do alcance das unidades sanitárias.

4.3.3 Relação Custo Benefício:

O custo-benefício está relacionado à viabilidade, acessibilidade e sustentabilidade de diferentes modelos de prestação de



serviços. Os modelos de prestação de serviços têm implicações de recursos diferentes, incluindo recursos humanos e infra-estruturais. Idealmente, os modelos de prestação de serviços devem tirar o maior partido ou proveito dos recursos disponíveis ao expandirem serviços para cobrir os mais necessitados. Encontrar recursos adicionais para expandir os serviços VIH para os grupos prioritários é o aspecto crucial do planeamento para expansão geral do plano nacional para o VIH.

O custo-benefício de uma abordagem, varia com a natureza da epidemia numa particular determinada zona. Por exemplo, visitas porta a porta podem ser produtivas em zonas de alta prevalência, mas poderão apenas alcançar uma pequena percentagem de pessoas infectadas, num cenário baixo de prevalência. Combinando a ATV a Detecção de casos e serviços de saúde em campanhas para várias doenças pode ter um bom custo-benefício, oferecendo um impacto generalizado na saúde e redução do estigma.

4.4 Pacote mínimo de serviços.

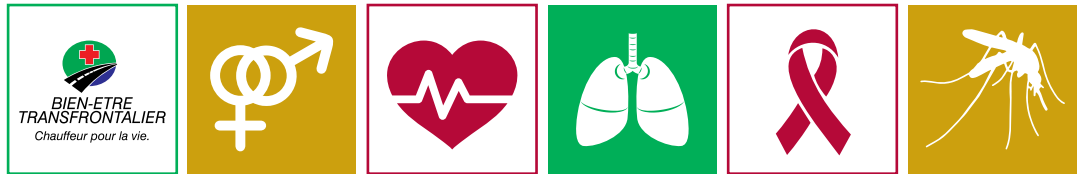
O pacote mínimo de serviços abaixo delineado, serve de base para as RMS. É inspirado por normas internacionais e regionais que guiam a prestação de serviços-chave para VIH, TB, malária, saúde reprodutiva e sexual. O proposto pacote mínimo de serviços tem o objectivo de contribuir para o aumento da deteção de casos, capacitação e consciencialização, e níveis de tratamento para doenças comunicáveis e não comunicáveis a

nível regional e nacional. Responde às necessidades de saúde dos CLC, TS e comunidades vivendo nas proximidades dos corredores de transporte.

O engajamento das comunidades é vital para o sucesso desses serviços e promove a prestação de serviços de alta qualidade e completos num ambiente não discriminatório. As directrizes e normas existentes da SADC incluem:

- Normas mínimas harmonizadas para a Prevenção, Tratamento e Gestão da TB na região da SADC (2010). Neste documento, entre outros, são definidas normas para diagnóstico da TB, detecção de-casos, tratamento e matérias transversais como prevenção e controlo de infecções.
- Normas Mínimas Regionais para Orientação em Testagem e Aconselhamento VIH na região da SADC (2010). Estas normas mínimas abordam a necessidade de um ambiente condutivo para ATV e fornece orientações para informação e consentimento, idade de consentimento, e várias abordagens de ATV (incluindo testagem e aconselhamento iniciada pelo provedor dos serviços). Também cobre as necessidades de capacitação, acreditação nas áreas de ATV e prestação de tratamento e cuidados para os provedores de serviços ATV.
- Normas Mínimas Regionais da SADC para Prevenção, Tratamento e Manejo de Malária (2010). Neste documento, entre outros, são definidas as normas para medidas de controlo de vectores, malária

³Determinantes sociais de saúde refere-se às condições em que as pessoas vivem e trabalham e que afectam sua saúde. Obstáculos sociais e económicos para a saúde incluem factores como raça ou grupo étnico, religião, estado socioeconómico, género, idade, saúde mental; deficiência cognitiva, sensorial ou física; orientação sexual ou identidade de género; área geográfica; outras características historicamente ligadas à discriminação ou exclusão.



durante a gravidez e manejo de casos de malária.

- A Estratégia de Saúde Reprodutiva e Sexual para a Região da SADC 2006-2015 (2008). Este documento fornece o contexto para o desenvolvimento de políticas para a saúde reprodutiva e sexual (SSR), e para a harmonização de países que ainda não possuem tais políticas. Também serve como um guia para intervenções dos estados membro da SADC, o Secretariado da SADC, doadores e outros actores na região.
- As Normas Mínimas da SADC para Integração do VIH e SSR (2015). Estas normas procuram a promoção e apoio aos esforços pelos membros Estados para melhor integrar SSR e VIH nas agendas políticas nacionais e regimes políticos.
- Quadro de Prevenção e Controlo de Infecções Sexualmente Transmitidas na Região da SADC (2010). Este documento delinea orientações para manejo de casos de ITSs, comunicação para mudança de comportamento, garantia da qualidade, vigilância, monitoria e avaliação de ITSs (M&A), baseado num conjunto de indicadores centrais.
- Directrizes para Gestores de Saúde na Região da SADC (2010). Estas directrizes pretendem fornecer as empresas de transporte e associações de frete rodoviário informação sobre saúde no local de trabalho e aspectos de segurança, o bem-estar dos empregados, segurança social e outros tópicos relacionados, tais como condições de trabalho condignas.
- Os provedores de serviços têm a obrigação de estarem registados junto do Ministério de Saúde e autorizados a operar como Postos de Saúde ou Clínicas

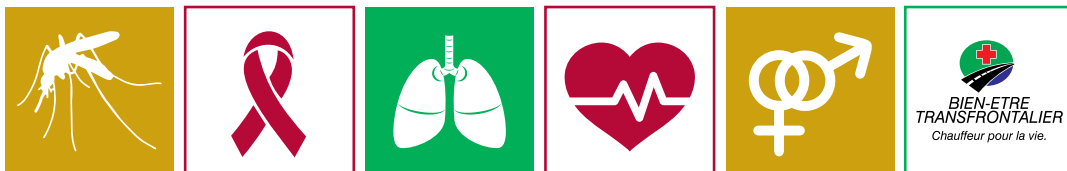
de acordo com Sistemas de Classificação Nacional de Saúde. Que determina o âmbito de prática e competências exigidas para realizar funções específicas de saúde. Todos os provedores de serviços devem aderir aos protocolos nacionais para VIH, ITS, TB, malária e outros protocolos de saúde relevantes, na prestação de serviços de saúde. Acresce, os provedores de serviços são obrigados a desenvolver e assinar MdEs com o MS e NAC ao nível nacional e ao mais próximo do seu ponto de prestação de serviços. Os provedores de serviço irão desenvolver e manter canais de referência para tratamento e manejo de todos estados de saúde fora das suas competências.

4.4.1 Serviços de Prevenção

O governo e os provedores de serviços devem garantir que os seguintes serviços e artigos para a prevenção de doenças comunicáveis e NCDs estejam disponíveis nas unidades sanitárias. O tipo, qualidade e quantidade dos artigos e serviços devem estar de acordo com as normas nacionais e regionais existentes.

Doenças comunicáveis

- Testagem e aconselhamento VIH
- Promoção e distribuição de preservativos masculinos e femininos e desenvolvimento de habilidades para negociação do uso do preservativo
- Promoção e distribuição de lubrificantes à base de água
- Educação sobre TB e prevenção
- Profilaxia de malária, incluindo a provisão de redes mosquiteiras
- Profilaxia pós-exposição (PEP) para exposição ocupacional e não ocupacional



(VIH, ITSs) e gravidez

- Prevenção de transmissão vertical (PTV) e referência
- Aconselhamento para Redução de risco de doenças comunicáveis entre aos CLC e TS (ver serviços SBCC a seguir)

Doenças não comunicáveis

- Serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar e contraceptivos de emergência

Outros

- Apoio psicológico
- Exame dos sinais vitais

Serviços de SBCC

- Os provedores de serviços identificam líderes (promotores) nos grupos-alvo e capacitam-nos para servirem de educadores pares e agentes de mudança.
- Os materiais de SBCC sobre VIH, TB, ITSs, e malária baseiam-se na Estratégia Regional de Advocacia da SADC e nas Diretrizes SBCC para VIH e SIDA, ITSs, TB e malária.
- Os materiais SBCC devem ser apoiados por evidências, ter sensibilidade ao género e ser culturalmente apropriados, desenvolvidos de forma participativa com contribuições dos CLC e TS.
- Os materiais SBCC devem estar disponíveis nas línguas locais.
- Os tópicos do SBCC devem incluir, a título meramente exemplificativo, o seguinte:

VIH, ATV, terapia anti-retroviral (TARV), ITSs, TB, SSR e direitos, preservativo masculino e feminino e lubrificantes, malária, mudança de comportamento, alcoolismo e toxicod dependência, violência de género e

referência, direitos humanos e legais, estigma e discriminação, projectos de empoderamento económico para os TS bem como informação básica sobre as NCDs.

Os métodos para prestação de serviços incluem:

- Educação e consciencialização, discussões em grupo e comunicação interpessoal
- Educação de pares e sensibilização, incluindo campanhas porta a porta e educação/entretenimento para adultos
- Advocacia local

4.4.2 Serviços de Detecção de casos

Os provedores de serviços irão desenvolver um directório e canais de referência para quem tenha resultado positivo na Detecção de casos e para os que necessitam de acompanhamento fora das competências da unidade sanitária.

Doenças comunicáveis

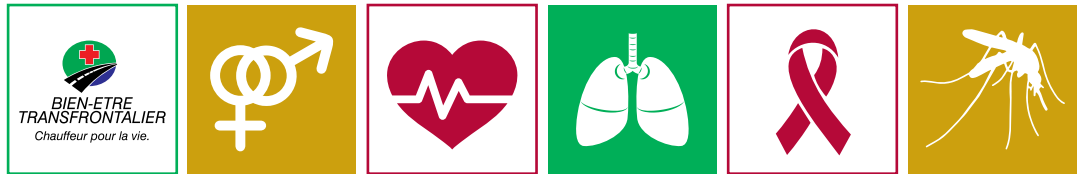
- Detecção de casos regular e sintomático para os ITSs
- Detecção de casos sintomáticos de TB para todos os utentes, incluindo aqueles que sejam VIH positivos, além de colheita de expectoração
- Detecção de casos de malária

Doenças não comunicáveis

- Detecção de casos de diabetes
- Medição do colesterol

Outros

- Detecção de casos de hipertensão
- Medição do índice da massa corporal
- Testagem da vista
- Detecção de casos de alcoolismo e



toxicodependência

- Detecção de casos de violência de gênero
- Detecção de casos de cancro do colo do útero por inspecção visual com ácido acético

Serviços de tratamento

O Secretariado da SADC advogará a harmonização de regimes de tratamento para doenças comunicáveis e não comunicáveis dentro da região. Os Ministérios de Saúde formarão provedores de serviços para uso do fluxograma para avaliar sinais, sintomas e métodos apropriados de manejo de casos. Os provedores de serviços irão aderir às directrizes e protocolos de tratamento nacionais para:

Doenças comunicáveis

- Tratamento Sintomático de ITSS
- Tratamento da malária e referência
- Tratamento da TB e encaminhamento
- Tratamento TARV (preparação de TARV, registo e referência)

Doenças não comunicáveis

- Tratamento /manejo e referência para de diabetes
- Tratamento /manejo e referência para hipertensão

Outros

- Tratamento de casos menores (corte e abrasões, dores de costas, dores de cabeça, infecções de vias respiratórias e outros)
- Encaminhamento para outras condições para além das competências dessas unidades sanitárias

4.5 Implantação da Clínica

Para aumentar a captação de serviços de VIH e outros serviços de saúde entre os CLC e TS, as clínicas estatais e independentes ao longo dos corredores de transportes, devem ser visíveis e acessíveis. Os locais devem cumprir as obrigações para uso da marca RMS (sinalização com direcções, e as instalações) para aumentar a visibilidade e anunciar os serviços disponíveis aos utentes. O capítulo seguinte delinea as normas mínimas para a implantação da clínica, infra-estrutura, equipamento, ambiente e contratação de pessoal para facilitar o acesso e aumentar captação do pacote mínimo de serviços.

4.5.1 Opção A: Clínicas independentes designadas

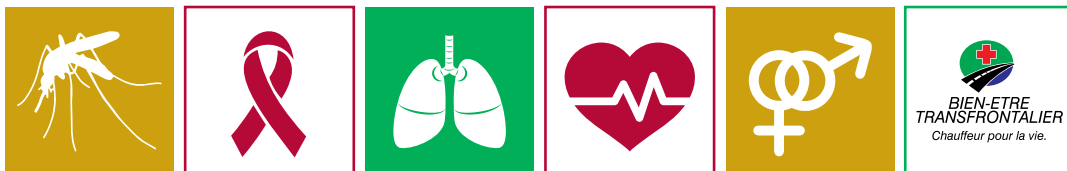
Implantação e infra-estrutura

As clínicas independentes ao longo dos corredores de transporte poderão ser estruturas permanentes feitas de bloco e cimento, madeira ou casas móveis. Onde forem usados contentores, estes devem estar devidamente isolados e ventilados. As clínicas devem ter espaço suficiente para o equipamento, com espaço confortável, adequado para movimentação sem obstáculos. Devem também incluir o seguinte:

- Um quarto para ATV
- Sala de consultas ou dispensários
- Área de espera
- Sanitários para o pessoal e utentes
- Armazém ou armários com fechaduras

Os provedores de serviços devem garantir de que as clínicas tenham:

- Ventilação e iluminação adequada
- Energia eléctrica



- Água
- Medidas para controlo de infeções
- Sistema de gestão de lixo e sanitários

Equipamento

As clínicas devem estar completamente apetrechadas e ter equipamento médico relevante e sistemas para gestão de lixo, conforme exigido nos protocolos nacionais de saúde, para prover um conjunto completo de serviços no pacote mínimo. Devem conter o equipamento seguinte:

- Um stock contínuo de medicamentos e artigos de acordo como regulamento do governo
- Mobiliário confortável e durável
- Armários com fechaduras
- Armários com fechaduras para medicamentos
- Segurança e confidencialidade dos registos
- Sistemas de abastecimento de energia de emergência, i.e. energia solar
- Marquesa para exame
- Registo de papel
- Candeeiro para exame funcional
- Luvas descartáveis
- Espéculos vaginais adequados e esterilizados de tamanhos variados
- Sistema para descarte de equipamento cortante, incluindo instrumentos de esterilização funcionais
- Modelos do pénis para demonstração do uso de preservativos
- Um stock adequado de preservativos masculinos e femininos, kits de testagem e tubos para a colheita de sangue e outras amostras
- Distribuidores de preservativos colocados em locais adequados para acesso fácil e

confidencial

- Frigorífico para amostras e medicamentos e livro de registo
- Extintor de incêndios

Ambiente exterior

Os provedores de serviços devem garantir que as clínicas independentes estejam localizadas dentro ou nas proximidades dos postos fronteiriços, com parque de viaturas adequado. Os proprietários dos parques de camiões devem garantir de que as unidades sanitárias estejam vedadas e incluindo o seguinte:

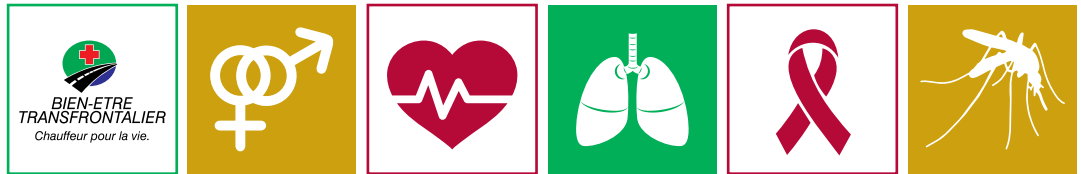
- Superfícies pavimentadas para minimizar pó/poeira e lama
- Alojamento decente
- Casas de banho e balneários limpos
- Loja de conveniência
- Cantinas
- Facilidades de entretenimento tais como televisores, jogos de sala e de mesa
- Facilidades de comunicação como carregadores para telemóveis e internet
- Facilidades de envio/remessas de dinheiro
- Garagens e combustíveis
- Facilidades para exercício físico

Contratação de pessoal

O recrutamento e contratação do pessoal deve cumprir as condições locais e normas do governo no respeitante às habilitações/qualificações mínimas, experiência e nível salarial. Os requisitos para contratação de pessoal para as unidades sanitárias ao longo dos corredores de transportes incluem:

Obrigatório

- 1 enfermeiro registado/licenciado
- 1 conselheiro formado
- 1 educador de par



Opcional

- Pessoal da limpeza
- Guarda de segurança

O número de pessoal pode ser ajustado, dependendo do tamanho e quantidade/carga de serviço de cada unidade sanitária. O pessoal deve trajar-se uniformes exibindo o nome da unidade regional.

4.5.2 Opção B: Serviços de Saúde Primária Integrados: clínicas estatais ou públicas

Todas as clínicas devem alinhar-se e cumprir as políticas da Saúde aprovadas pelo governo no respeitante ao conceito e infra-estrutura, equipamento, ambiente exterior e contratação de pessoal.

4.5.3 Uso da marca

As RMS incluem uma marca, que é a representação visual do pacote mínimo de serviços e deverá ser usada em todos os locais que subscrevem as RMS. O Secretariado da SADC fornecerá orientações para o uso da marca. As organizações parceiras e prestadores de serviços irão realizar actividades de consciencialização sobre a marca das RMS entre os grupos-alvo. As actividades de comunicação incluem, a título meramente exemplificativo : campanhas de sensibilização, disseminação de brochuras, sinalização com direcções e localização. Será aplicado o seguinte critério para uso da marca:

- A aplicação da marca por todos os canais de comunicação deverá estar em conformidade com o Controlo da identidade de marca A aplicação de marca deve utilizar materiais de qualidade
- A expressão da marca usará linguagem apropriada e será sensível aos grupos-alvo

- A expressão da marca usará os canais e media apropriados para os grupos-alvo
- A comunicação da marca reforçará mensagem consistente e será constante

O processo de desenvolvimento da marca foi altamente consultivo, incluindo contribuições do TWG e testes de campo com CLC e outros utentes em seis cidades e em três línguas. A marca das RMS incorpora o logotipo da SADC, com o nome: **CROSSBORDER WELLNESS** e o slogan: **Drive for Life.**



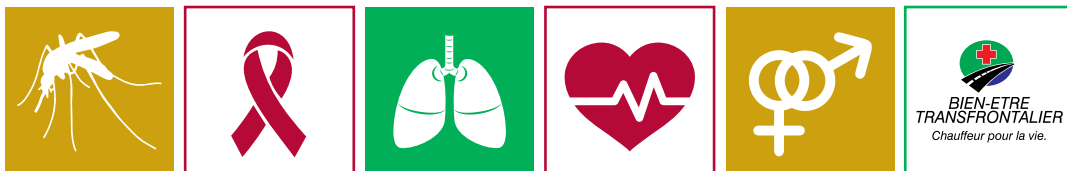
4.5.4 Sinalização e informação direccional

Os requisitos mínimos de sinalização incluem:

- 1 sinal no edifício com o nome da clínica
- 1 sinal no edifício com a marca das RMS e indicando os serviços oferecidos
- 2 sinais com direcções em cada lado da estrada, colocados em direcções opostas, indicando como chegar ao serviço
- 2 sinais direccionais a um km do local, de cada lado da estrada, colocados em direcções opostas
- 1 sinal na báscula, exibindo a marca das RMS e indicando a clínica mais próxima
- 1 aviso de responsabilidade incluindo todos os requisitos ou reconhecimentos legais ou para paragem de camiões

O critério de sinalização seguinte deverá ser obedecido:

- Todos os desenhos de sinalização devem



estar em conformidade com os Controlos de Identidade de Marca

- Toda a sinalização deverá ser constituída por placas de vinil com protecção UV (ultra violetas) e chromadek com quadros de aço, montados em superfície robusta ou em postes de aço no mínimo de 50mm de diâmetro
- Toda a sinalização na estrada será conforme as leis locais em termos de desenho e locais

5. MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação das RMS irá decorrer a nível nacional e regional. Múltiplos actores foram identificados como chave para a implementação efectiva destas normas.

5.1 Financiamento

- Os Ministérios da Saúde ou os NACs garantirão a verba adequada para as clínicas, visando os CLC, TS e comunidades que vivem ao longo dos corredores de transportes.
- Os Ministérios de Finanças irão disponibilizar recursos para a prestação de serviços de saúde ao longo dos corredores de transportes.
- Os EM vão engajar parceiros de cooperação internacional para disponibilizarem fundos para as serviços de saúde dos corredores de transporte e actividades que aderem a estas normas.
- As empresas de transporte são encorajadas a fazer contribuições por meio de seus Investimentos sociais corporativos.
- Os provedores de serviços (sector privado e OSCs) irão procurar fontes alternativas

de financiamento para complementar os esforços do governo.

- Os Ministérios de Saúde ou as NACs irão garantir verba para pesquisa e M&A relativa ao sector de transportes.
- As instituições de pesquisas e universidades devem investigar.

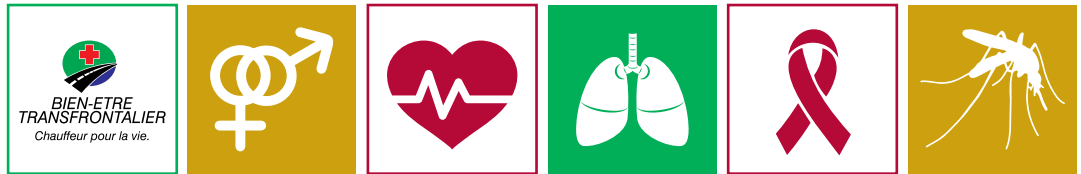
5.2 Monitoria e avaliação

A implementação da RMS e serviços para os CLC e TS deve ser monitorada para avaliar progressos e identificar áreas para melhoria. Os indicadores de implementação propostos para RMS a nível regional incluem:

- Número de planos de implementação regional e nacional multi-sectorial aprovados e com indicadores de monitoria relevantes
- Número de MS que submetem relatórios regularmente sobre programas de implementação aos MS/NAC e SADC
- Número de MS que relatam dados desagregados para TS e CLC
- Número de provedores de serviços sensibilizados em RMS
- Número de unidades que aderem aos RMS

O governo, em consulta com a sociedade civil e os parceiros de desenvolvimento deve desenvolver níveis de indicadores sub-nacionais desagregados para monitorar a prestação de serviços e facilitar os relatórios regionais e internacionais. Os indicadores devem fornecer informação sobre número e cobertura do grupo-alvo, além da cascata de tratamento. Os sistemas de M&A devem ser harmonizados para garantir que utentes que atravessem fronteiras sejam efectivamente monitorados. Os indicadores propostos incluem:

- O número/percentagem de CLC e TS



atingidos por programas de prevenção de VIH

- O número/percentagem de CLC e TS que receberam ATV nos passados 12 meses e dados seus resultados
- O número/percentagem de CLC e TS, que vivem com VIH
- O número/percentagem de CLC e TS com ITSs diagnosticados e tratados apropriadamente de acordo com as respectivas diretrizes
- O número/percentagem de CLC e TS registados em TARV
- O número/percentagem de CLC e TS retidos em cuidados

Os países devem investigar a viabilidade de utilizar identificadores únicos para a protecção da identidade e confidencialidade dos utentes. As OSCs que implementam serviços de saúde para o VIH com financiamento de doadores devem relatar esses serviços a nível distrital, que fornecerá informação essencial sobre cobertura e captação de serviços entre esses grupos-alvos.

5.3 Garantia da qualidade

O Secretariado da SADC garantirá a qualidade dos serviços, em colaboração com os Ministérios de Saúde ou NACs.

- O Secretariado da SADC nomeará um terceiro independente para realizar uma avaliação objectiva da implementação. Os resultados serão submetidos à SADC, MS e NAC.
- Os utentes classificarão o nível de serviços para alimentar a assistência técnica e as habilidades requisitas.
- As Clínicas devem cumprir as normas e procedimentos operacionais para a garantia de qualidade dos testes de

laboratório e equipamento.

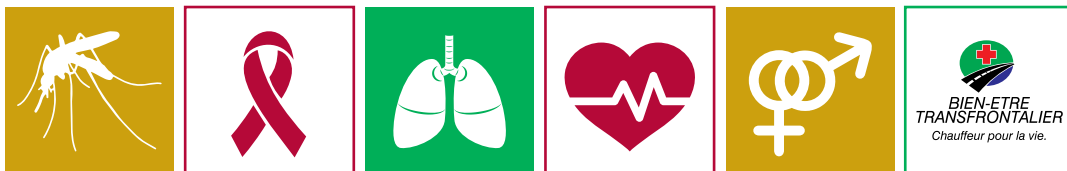
- Os centros de saúde distritais dos EM irão realizar controlo externo de qualidade nas clínicas para garantir conformidade com protocolos do governo. Os departamentos distritais de saúde irão também realizar apoio de supervisão e oferecer orientação in loco para preencher lacunas nos serviços. Isto inclui formação e apoio no local ao pessoal para promover adesão às normas nacionais.
- Os Ministérios da Saúde ou NACs, universidades e instituições de pesquisa dos EM irão garantir conformidade com normas éticas.

5.4 Papéis e Responsabilidades

5.4.1 Secretariado da SADC

A competência do Secretariado da SADC na implementação das RMS, será de harmonizar e coordenar o desenvolvimento dos padrões mínimos, mobilizar recursos, monitorar e avaliar a implementação das RMS e submeter relatórios de progresso regulares aos EM e actores. Em particular, o papel e responsabilidades do Secretariado inclui o seguinte:

- Coordenar a definição de prioridades para estudos em colaboração com instituições académicas e de pesquisa.
- Promover a domesticação regional das normas e mobilizar recursos para garantir domesticação atualizada em toda a região.
- Apoiar os esforços para garantir que tenha capacidade técnica adequada para apoiar os MS na domesticação e monitoria de implementação.
- Advogar para a harmonização dos protocolos para gestão de doenças assim como sistemas de informação de saúde



pela região.

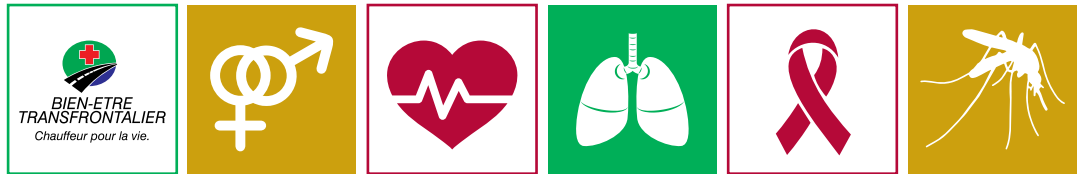
- Procurar e estabelecer mecanismos conjuntos para aquisição de farmacêuticos e outros produtos médicos para a região.
- Encorajar políticas que permitem aos migrantes o acesso ao tratamento médico livre nas unidades/ centros de saúde do país anfitrião/visitado.
- Desenvolver plano de disseminação e implementação para o RMS.
- Apoiar esforços para garantir que as normas mínimas de regular serviços de saúde de paragens de camiões sejam desenvolvidas e implementadas pela região. O Secretariado da SADC irá estabelecer redes de informação, troca de conhecimentos e plataformas para melhores práticas.
- Colaborar com os MS Ministérios de Saúde e implementar parcerias para estabelecer um quadro de M&A e plano com indicadores apropriados, ferramentas e diretrizes.
- Garantir que documentos e materiais de comunicação estejam em todas línguas oficiais da SADC: Inglês, Português e Francês.

5.4.2 Estados membros

Os EM vão fornecer liderança íntegra para a implementação das RMS através da definição do regime jurídico e marcos regulatórios, incluindo:

- Os EM vão garantir que ambiente político e legal seja condutivo para permitir acesso de cuidados de saúde pelos TS e não cidadãos.
- Os EM vão encorajar cooperação de parceiros internacionais para alinhar apoio técnico e financeiro às prioridades da SADC e do país.

- Os Ministérios da Saúde ou NACs vão acelerar o processo de domesticação e adaptação de RMS para o contexto local.
- Os Ministérios da Saúde vão liderar a coordenação e implementação da RMS. Os MS vão colaborar com os ministérios apropriados (Finanças, Transportes e do Trabalho), instituições e organizações para garantir que as políticas para o sector de transportes rodoviários sejam desenvolvidas e implementadas de acordo com essas normas.
- Os Ministérios da saúde vão garantir que medicamentos e artigos, equipamento e as necessárias ferramentas de coleção de dados sejam disponibilizados às clínicas conforme as directrizes nacionais. Os Ministérios de Saúde irão dar passos correctivos em caso de incumprimento.
- Os Ministérios da Saúde vão garantir que o pessoal esteja adequadamente formado e sensibilizado para diagnosticar, tratar e gerir os CLC e TS de acordo com normas nacionais. Irão garantir que os funcionários do quadro recebam formação contínua, em cursos regulares de refrescamento sobre como gerir doenças comunicáveis e não comunicáveis.
- Os Ministérios de Saúde irão garantir que ligações fortes sejam criadas e mantidas com outros sectores, incluindo associações de transporte e de TSs, para uma melhor concepção e implementação de intervenções.
- Ministérios do Trabalho irão garantir que os CLC não afiliados individuais, não sejam excluídos de intervenções de saúde.
- Os Ministérios de Saúde irão garantir que a capacidade seja desenvolvida a todos os níveis para coleção de dados,



análises, síntese, avaliação de qualidade e disseminação, conforme o quadro de RMS M&A.

- Os Ministérios de Saúde ou NACs irão garantir que haja revisões conjuntas e regulares de desempenho de provisão serviços de saúde aos CLC, TS e comunidades vivendo ao longo dos corredores de transporte.
- Os Ministérios de Saúde ou os NACs irão garantir a harmonização e alinhamento de indicadores nacionais e sub-nacionais, garantia de qualidade e sistemas de informação. Em coordenação/auscultação com a sociedade civil e parceiros de desenvolvimento, irão desenvolver indicadores nacionais desagregados para serviços de TS e CLC em linha com diretrizes de relatórios internacionais, nacionais e regionais.
- Os Ministérios de Saúde ou os NACs irão desenvolver estratégias para reforçar ligações e encaminhamento de utentes para garantir continuidade dos cuidados.

5.4.3 Sociedade civil

A sociedade civil, incluindo os OSCs, irão participar e assumir um papel activo na advocacia, disseminação e apoio na implementação das RMS. Suas funções e responsabilidades incluem:

- Conceber e implementar actividades específicas de promoção de saúde para os CLC e TS ao longo dos corredores de transporte.
- Apoiar o empoderamento das comunidades e reforço das associações de TS.
- Colaborar com os EM e os CLC e representantes dos TS para desenvolver mensagens visadas aos CLC e TS.

- Formar parcerias com o governo para sensibilizar os provedores de serviços (isto é, polícia e técnicos de saúde) para garantir adesão dos serviços aos direitos humanos e resposta às necessidades dos grupos-alvo.
- As OSCs que prestem serviços clínicos vão garantir a sua adesão às normas e protocolos nacionais para cuidados de saúde, normas das RMS para concepção de serviços de saúde e pacote mínimo de serviços.
- As associações nacionais e regionais dos TS devem garantir que os TS não sejam excluídos das intervenções de saúde.

5.4.4 Sector privado

O sector privado contribuirá para a implementação das RMS, através de participação na regulamentação, diálogo social e engajamento construtivo do governo e representantes dos trabalhadores; mobilização de recursos para apoio à implementação. Em particular, o papel e responsabilidades do sector privado incluem:

- Empresas de transporte para garantir que sejam implementadas as Diretrizes da SADC para Gestão de Saúde de Motoristas e das RMS.
- Empresas e associações regionais e nacionais de transporte empenhadas no transporte transfronteiriço vão garantir que as suas políticas facilitem a implementação destas normas e relativos regulamentos. Irão disseminar as RMS e facilitar campanhas de consciencialização para garantir de que seus funcionários estejam cientes destas normas e respectivos regulamentos.

5.4.5 Organizações de trabalhadores



As organizações de trabalhadores irão contribuir para a implementação das RMS através de uma participação activa e plena no desenvolvimento de políticas e legislação, diálogo social, engajamento construtivo e mobilização de recursos. O seu papel e responsabilidades incluem:

- Advogar para que seus membros tenham acesso aos serviços de saúde.
- Apoiar os esforços das empresas de transporte na implementação dessas normas.
- Monitorar a implementação de RMS, identificar lacunas e encaminhá-las à associação apropriada para acção correctiva.

5.4.6 Universidades e Instituições de pesquisa

As universidades e instituições de pesquisa irão contribuir para as RMS através do reforço da base de evidências com estudos e documentação das boas práticas regionais e internacionais na implementação de serviços de saúde ao longo dos corredores de transporte. Elas vão:

- Colaborar com o Secretariado da SADC para estabelecer prioridades para os estudos
- Gerar evidências para guiar a concepção e implementação do programa, bem como avaliar o impacto de intervenções para orientar programas futuros. Incluirá geração de informação estratégica para formulação de políticas e programas.

- Colaborar com o Secretariado da SADC para troca de contactos e partilha de informação, conhecimentos e plataformas de boas práticas.

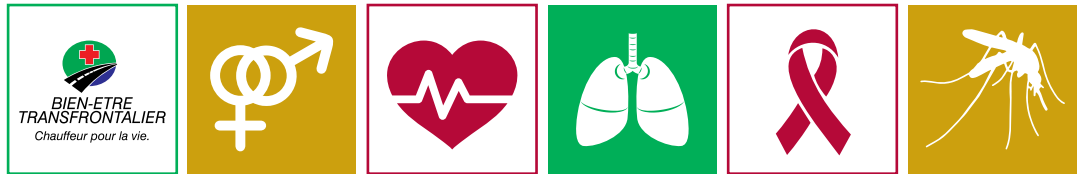
5.4.7 Parceiros internacionais cooperativos

Os parceiros de cooperação internacional têm o importante papel de apoiar a implementação da RMS. Inclui parceiros bilaterais e multi-laterais, bancos de desenvolvimento, fundações e organizações da ONU que vão:

- Apoiar actividades regionais e/ou actividades de EM que estejam conforme com estas normas.
- Apoiar o desenvolvimento de infra-estrutura através de financiamento de investimento para os EM.
- Garantir que pedidos de propostas para projectos ao longo dos corredores de transporte estejam de acordo com os RMS.
- Apoiar formulação de políticas e programas baseados em evidências.
- Apoiar capacitação de implementadores, incluindo os funcionários dos serviços de saúde.
- Apoiar organizações da sociedade civil na formulação de estratégias de advocacia.

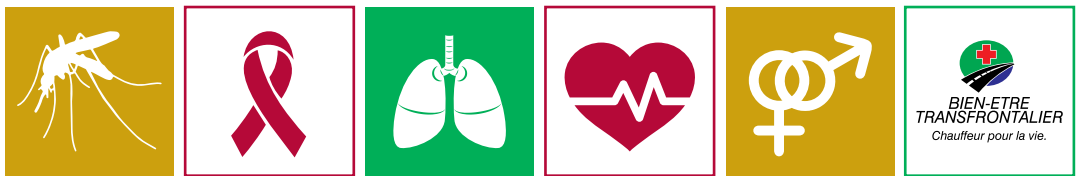
5.4.8 Os Meios de Comunicação Social

Os meios de comunicação social vão trabalhar em colaboração com Estados Membros para disseminar informação para as várias audiências alvo.



REFERÊNCIAS

1. IOM. Regional Assessment on HIV Prevention Needs of Migrants and Mobile Populations in Southern Africa; 2010.
2. Veary J, Wheeler B, Jurgens-Bleeker S, Tansey E, Hill-Mlati J, Eggers I. Migration and Health in SADC: A Review of the Literature: IOM. Regional office for Southern Africa; 2011.
3. Scorgie F, Chersich M, Ntaganira I, Gerbase A, Lule F, Lo Y-R. Socio-Demographic Characteristics and Behavioral Risk Factors of Female Sex Workers in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*. 2012; 16(4): 920-33.
4. Vearey J, Nunez L. Migration and Health in South Africa—A review of the current situation and recommendations for achieving the World Health Assembly Resolution on the Health of Migrants. Pretoria, South Africa. 2010.
5. SADC. SADC Guidelines for Driver Health Management 2011.
6. UCSF. Long Distance Truck Drivers/ Female Sex Workers IBBS Factsheet 2014.
7. Hope Co. Behavioral Surveillance Survey Zambia. Long distance truck drivers in transportation routes with trend analysis 2000-2009; 2009.
8. Project RtaHFRI. Programming along transport corridors: approaches and experiences in East, Central and Southern Africa; 2014.
9. Beyrer C, Crago A-L, Bekker L-G, Butler J, Shannon K, Kerrigan D, et al. An action agenda for HIV and sex workers. *The Lancet*. 2015; 385(9964): 287-301.
10. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*. 385(9962): 55-71.
11. WHO. Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions; 2013.
12. Kerrigan DL, Fonner VA, Stromdahl S, Kennedy CE. Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low-and middle-income countries. *AIDS and Behavior*. 2013; 17(6): 1926-40.
13. HIV/AIDS JUNPo. The gap report. Geneva: UNAIDS. 2014.
14. WHO. SADC statistics yearbook 2011 [cited; Available at: <http://www.sadc.int/information-services/sadc-statistics/sadc-statiyearbook/>]
15. WHO. Global Tuberculosis Report 2014: WHO; 2014.
16. Mendis S, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Lauer J, Mace C, et al. Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO; 2015.
17. Gurung A, Narayanan P, Prabhakar P, Das A, Ranebennur V, Tucker S, et al. Large-scale STI services in Avahan improve utilization and treatment seeking behaviour amongst high-risk groups in India: an analysis of clinical records from six states. *BMC Public Health*. 2011; 11(Suppl 6): S10.





SECRETARIADO DA SADC
PRIVATE BAG 0095
GABORONE, BOTSWANA
TEL: (267) 395 1863
FAX: (267) 397 2848
E MAIL: registry@sadc.int
Website: www.sadc.int

