

Índice

Introdução e contexto	2
<i>A necessidade urgente de acelerar o progresso</i>	
Objetivos do quadro de acesso 2030	5
<i>Um impulso global renovado para a prevenção do VIH</i>	
Mudança de paradigma	10
<i>Uma nova era para a prevenção do VIH</i>	
Quadro de acesso à prevenção 2030	11
<i>Uma abordagem centrada na pessoa para o acesso e a escolha</i>	
Otimização da prevenção	19
<i>Priorização melhorada num ambiente com recursos limitados</i>	
Financiamento e sustentabilidade da prevenção	23
<i>Transformações na arquitetura de investimento em prevenção</i>	
Conclusão	28
<i>Apelo à ação para a prevenção liderada pelos países</i>	
Anexos	31
<i>Anexo 1: Marcos, estimativas epidemiológicas e de recursos e outras orientações</i>	
<i>Anexo 2: Recursos para a prevenção do VIH</i>	
Referências	42

Introdução e contexto

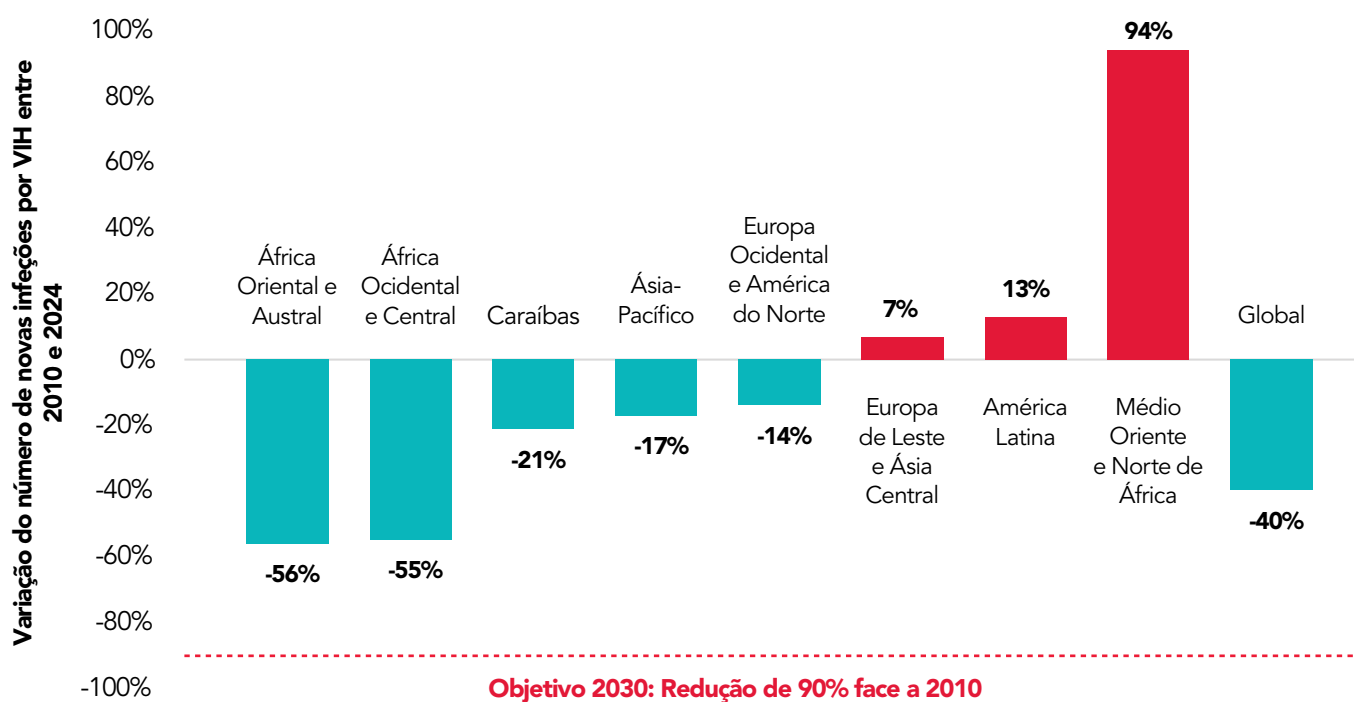
A necessidade urgente de acelerar o progresso

Os objetivos globais de prevenção do VIH para 2025 não foram alcançados. Até ao final de 2024, as novas infeções anuais por VIH atingiram o seu nível mais baixo em mais de três décadas. Mas a diminuição não foi suficientemente acentuada para atingir o objetivo de 2025 de uma redução de 80% de novas infeções entre 2010 e 2025. Até ao final de 2024, as novas infeções em todo o mundo tinham diminuído cerca de 40%.

Cinco países—Lesoto, Malawi, Nepal, Ruanda e Zimbabué—conseguiram uma redução de 75% entre 2010 e 2024 (1), demonstrando que os objetivos eram exequíveis. Estes avanços foram o resultado de uma forte vontade política, de alargamento da prevenção e do tratamento, de liderança comunitária e de solidariedade global. No entanto, a nível global, a redução de novas infeções por VIH foi demasiado lenta para atingir os objetivos de 2025 e 2030 (menos de 200 000 novas infeções por VIH por ano em 2030).

No geral, estima-se que 1,3 milhões (1 milhão – 1,7 milhões) de pessoas contraíram o VIH em 2024. Mesmo em contextos com incidência de VIH em declínio, alguns grupos, em particular populações-chave, estão a ser deixados para trás. Embora as novas infeções por VIH estejam a diminuir em África, estão estagnadas e a aumentar noutras regiões (Figura 1).

Figura 1. Variação percentual do número anual de novas infeções por VIH entre 2010 e 2024, por região e a nível global



Fonte: Estimativas epidemiológicas da ONUSIDA para 2025.

Os grupos-chave continuam carenciados em termos de serviços. A cobertura mediana de prevenção do VIH reportada em 2024 foi de apenas 38% para homossexuais e outros homens que têm sexo com homens, 39% para pessoas que injetam drogas, 44% para pessoas transgénero e 47% para trabalhadores(as) do sexo (2), ao mesmo tempo que se estima que 210.000 adolescentes do sexo feminino e jovens mulheres contraíram o VIH em 2024, o equivalente a 570 novas infeções por dia (1).

Pela primeira vez desde 2012, o número de países que criminalizam a atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo e a expressão de género aumentou, criando barreiras adicionais ao acesso e utilização da prevenção do VIH (3). As populações-chave e a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos estão cada vez mais sujeitos a uma oposição organizada, em parte alimentada pela desinformação disseminada nas redes sociais.

O tratamento eficaz e o acesso alargado à prevenção primária são os pilares do sucesso da prevenção do VIH, e as novas tecnologias prometem acelerar o progresso da prevenção. Os antirretrovirais injetáveis de longa duração (ARV) representam um dos maiores avanços no combate ao VIH em muitos anos (4). A inteligência artificial (IA) pode igualmente ajudar a expandir o acesso a informação relacionada com o VIH para apoiar as pessoas na tomada de decisões informadas sobre prevenção e autocuidado (5).

Uma crise de financiamento sem precedentes

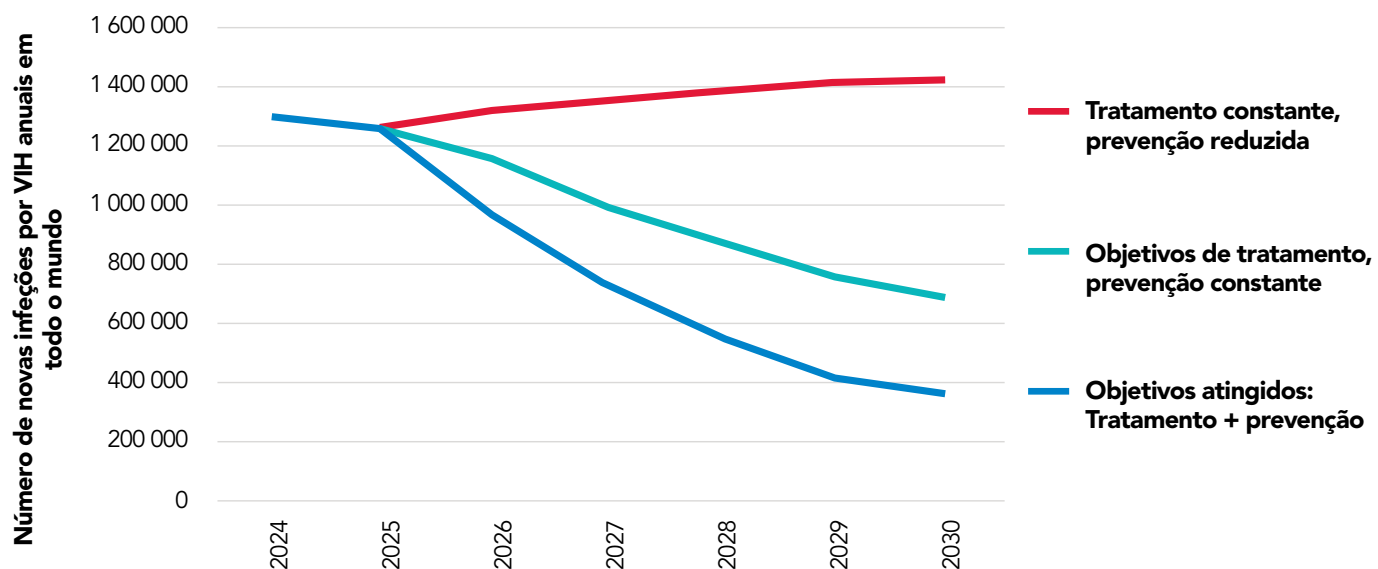
O ano de 2025 marcou o início da mais grave crise de financiamento desde o início da pandemia da SIDA. Os Estados Unidos da América reduziram significativamente o financiamento bilateral para o VIH (6, 7), enquanto o Fundo Global reduziu as suas alocações aos países no Ciclo de Subvenções 7 (2023–2025) (8); a reposição para o Ciclo de Subvenções 8 manteve-se substancialmente abaixo do valor-alvo e dos fundos angariados no ciclo anterior. Vários outros países doadores, incluindo a França, os Países Baixos e o Reino Unido, anunciaram também reduções na ajuda externa de 40 a 70% em 2026 (9).

Os cortes no financiamento têm implicações drásticas para a prevenção do VIH, incluindo a redução de danos para as pessoas que consomem drogas. Em Maio de 2025, cerca de 3,5 milhões de pessoas de populações-chave já não estavam abrangidas por programas especializados de prevenção do VIH financiados pelo PEPFAR, e estima-se que 2,5 milhões de pessoas perderam o acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP) apoiada pelo PEPFAR (10). Os sistemas de prevenção sofreram.

Mesmo antes destes cortes no financiamento, os investimentos na prevenção do VIH eram inadequados. Cerca de 1,7 a 2,1 mil milhões de dólares estavam disponíveis para prevenção primária nos países de baixo e médio rendimento em 2024, o que representava cerca de um terço dos 5,3 mil milhões de dólares necessários anualmente até 2030 (11). No âmbito dos orçamentos de financiamento existentes, a prevenção é também subpriorizada. Com base em relatórios de 88 países, apenas 10 a 12% da despesa total com o VIH foi direcionada para a prevenção do VIH em 2024 — cerca de metade da média de 24% necessária para atingir os objetivos de 2030 (12). Além disso, os países dependiam fortemente de fontes externas: 64 dos 82 países que forneceram dados dependiam de fontes externas para, pelo menos, 75% do seu financiamento para a prevenção (12).

Mesmo que a cobertura do tratamento do VIH se mantenha nos níveis atuais (e apenas a prevenção primária seja afetada pelos cortes no financiamento), prevê-se que as novas infeções por VIH aumentem a partir de 2026 (Figura 2). É necessário um novo caminho para atingir os objetivos de 2030 neste ambiente transformado.

Figura 2. Impacto projetado da redução do financiamento para a prevenção de novas infeções por VIH, 2025–2030



Fonte: Estimativas e projeções ONUSIDA da Avenir Health, outubro de 2025.
Para mais informações, consultar: https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-04/JC3144_Estimates_Funding_cuts_impact_En.pdf

Objetivos do quadro de acesso 2030

Um impulso global renovado para a prevenção do VIH

O objetivo geral para 2030 é reduzir a incidência global do VIH em 90% em comparação com 2010, conforme estabelecido na [Estratégia Global de Luta Contra a SIDA 2026-2031](#).

Todos os 16 objetivos principais da Estratégia Mundial de Luta Contra a SIDA, incluindo os de prevenção, tratamento e facilitadores, atuam em conjunto para reduzir a incidência do VIH, as mortes relacionadas com a SIDA e a discriminação relacionada com o VIH.

Este Quadro de Acesso à Prevenção 2030 centra-se num desses objetivos principais, que abrange a prevenção primária e exige que **90% das pessoas que necessitam de prevenção do VIH estejam a utilizar opções de prevenção eficazes até 2030**. Este objetivo está desagregado em 15 objetivos de prevenção de segunda linha para populações e programas específicos (ver Quadro 3a para o fluxo lógico dos objetivos e Quadro 5 no Anexo 1 para uma lista completa).

O Quadro de Acesso à Prevenção 2030 apresenta com mais detalhe os marcos e as ações para alcançar estes objetivos – todos fundamentados nas três prioridades da Estratégia Mundial de Luta Contra a SIDA: respostas ao VIH lideradas pelos países, resilientes e sustentáveis; serviços centrados nas pessoas; e liderança comunitária.

Os marcos numéricos do Quadro incluem os marcos 40+20, que exigem que 40 milhões de pessoas que vivem com VIH tenham acesso a tratamento antirretroviral e supressão viral, e que 20 milhões de pessoas tenham acesso a opções de prevenção do VIH baseadas em antirretrovirais até 2030. Estes e outros marcos são apresentados na Figura 3 e discutidos mais adiante.

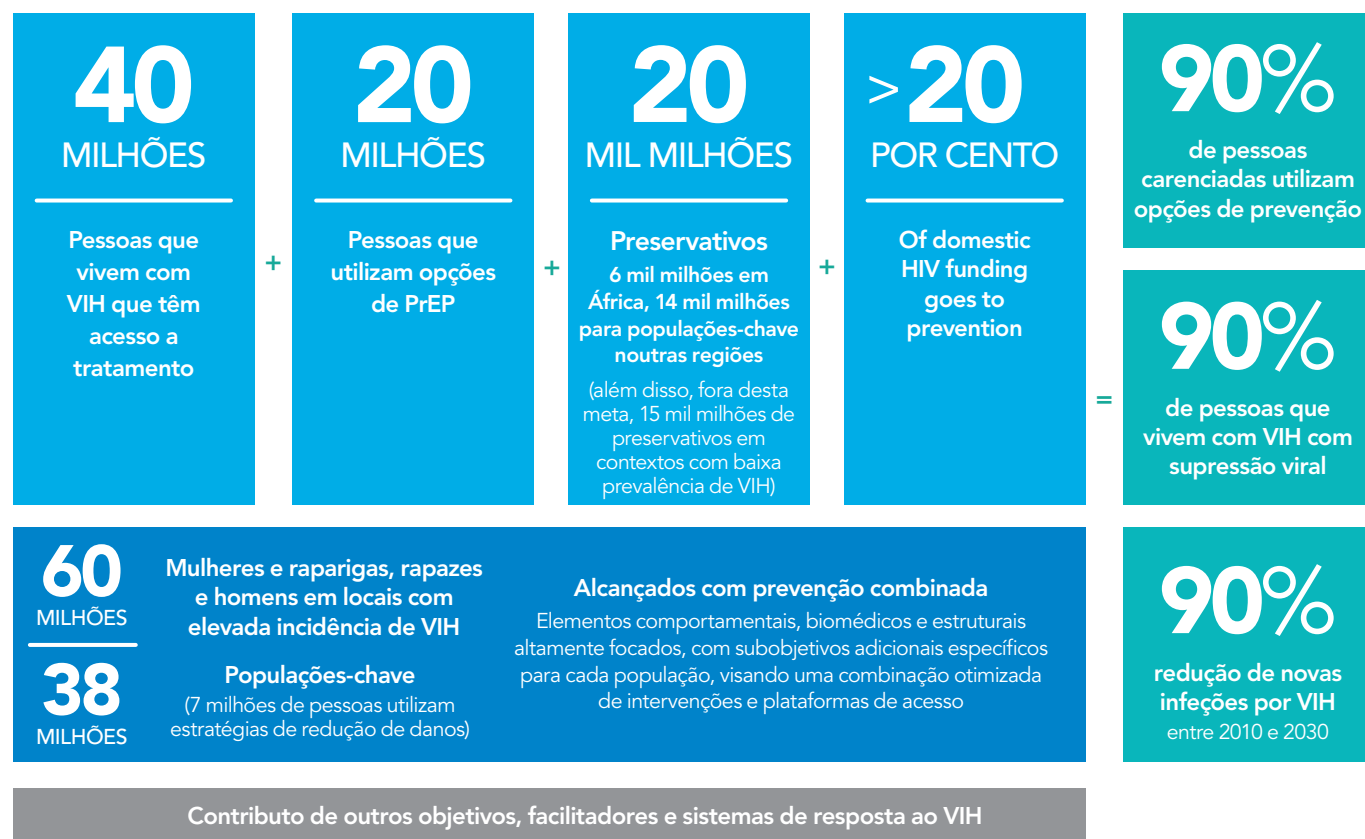
De um modo geral, o esforço de acesso à prevenção do VIH para 2030 procura acelerar a utilização de inovações, expandir a utilização das intervenções mais eficazes em termos de custo-benefício e enfrentar os desafios de sustentabilidade que a resposta ao VIH enfrenta.

Figura 3. Objetivos-chave e marcos numéricos

a. Objetivos de prevenção primária para 2030 na Estratégia Mundial de Luta Contra a SIDA 2026–2031.

DENOMINADOR	COBERTURA	RESULTADO
Pessoas que necessitam de prevenção do VIH	95% das pessoas que necessitam de prevenção alcançadas com prevenção do VIH	90% das pessoas que necessitam de prevenção utilizam opções de prevenção eficazes
<p>Jovens e adultos (em áreas com elevada incidência de VIH)</p> <p>Populações-chave (trabalhadores(as) do sexo, homossexuais e outros homens que têm sexo com homens, pessoas transgénero, pessoas que injetam drogas, pessoas em prisões e outros ambientes fechados)</p>	<p>Traduzido em:</p> <ul style="list-style-type: none"> 95% das pessoas alcançadas com programas de prevenção centrados na pessoa 95% da necessidade de distribuição do país satisfeita para preservativos, PrEP, PEP, agulhas, seringas e OAMT 90% dos adolescentes e jovens recebem educação sexual abrangente 80% dos programas de prevenção do VIH centrados na pessoa para populações-chave ministrados por organizações lideradas pela comunidade 	<p>Traduzido em:</p> <ul style="list-style-type: none"> 80% de utilização de preservativo com parceiros não fixos Até 80% de utilização de PrEP, incluindo produtos de longa duração, de acordo com a epidemiologia e as escolhas das pessoas <p>Objetivos específicos para a população:</p> <ul style="list-style-type: none"> 90% dos rapazes e homens tiveram acesso a VMMC em 15 países prioritários 95% das pessoas que injetam drogas utilizam equipamento de injeção seguro, 50% das pessoas que injetam opióides fazem OAMT 95% de utilização de preservativo em relações sexuais remuneradas entre trabalhadores(as) do sexo e clientes

b. Marcos numéricos para a redução da incidência do VIH no âmbito do Quadro de Acesso à Prevenção.



Nota: TMAO: tratamento de manutenção com agonistas opióides; PEP: profilaxia pós-exposição; PrEP: profilaxia pré-exposição; CMMV: circuncisão masculina médica voluntária

c. Relação entre os objetivos, os marcos, as linhas de base e os pressupostos subjacentes para 2030

Objetivo	Marco numérico ⁱ	Linha de base ⁱⁱ	Notas e pressupostos
90% de pessoas que vivem com VIH com supressão viral	40 milhões de pessoas que vivem com VIH estão em tratamento eficaz contínuo contra o VIH	Em 2024, estimava-se que 31,6 milhões de pessoas que viviam com VIH estavam a receber tratamento para o VIH (1)	40 milhões é o número arredondado que representa 90% das pessoas que vivem com VIH em todos os países do mundo em 2030.
Até 80% de utilização de PrEP , incluindo produtos de longa duração, de acordo com a epidemiologia e as escolhas das pessoas	20 milhões de pessoas em todo o mundo estão a utilizar PrEP de forma eficaz, com uma quota crescente de opções de PrEP de longa duração	Em 2024, estimava-se que 3,9 milhões de pessoas utilizavam PrEP, pelo menos, uma vez no ano (o que corresponde a aproximadamente 2 milhões de pessoas-ano de utilização de PrEP).	O objetivo refere-se a 20 milhões de pessoas-ano de PrEP. Isto é aproximadamente o dobro do objetivo de 2025, de 10,6 milhões de pessoas-ano de utilização de PrEP é a estimativa aproximada da necessidade global de PrEP em todos os países. O cálculo baseia-se numa escala variável. Os objetivos em termos de PrEP para as subpopulações nos países variam de acordo com a incidência do VIH e outros critérios, entre 0 e 80% (ver Quadro 6 no Anexo 1).
95% de adolescentes do sexo feminino e jovens mulheres, mulheres adultas, grávidas e lactantes, e adolescentes do sexo masculino e homens em contextos com elevada incidência de VIH eficazmente alcançados com programas de prevenção do VIH centrados nas pessoas	60 milhões de mulheres, raparigas, homens e rapazes em contextos com elevada incidência de VIH estão a aceder a programas combinados de prevenção do VIH	Em 2024, aproximadamente um terço das adolescentes e jovens mulheres em contextos com elevada incidência de VIH foram alcançadas por programas específicos. Cerca de metade dos homens e rapazes elegíveis para a circuncisão masculina médica voluntária (VMMC) foram alcançados por esta intervenção.	60 milhões de pessoas é o número arredondado que representa 95% das pessoas em áreas geográficas e subpopulações (desagregadas por idade, sexo e parceiros regulares/não regulares) com uma incidência de VIH superior a 0,2% na África Subariana. Noutras regiões, a incidência de VIH superior a 0,2% é extremamente rara fora das populações-chave. O número não inclui as populações-chave para as quais são definidos marcos numéricos específicos na linha seguinte.

i Os marcos numéricos baseiam-se em análises especiais da ONUSIDA para as estimativas das necessidades de recursos para 2030 (tratamento, PrEP, populações-chave, redução de danos), na ferramenta SHIPP (mulheres e raparigas, rapazes e homens) e nas estimativas das necessidades de prevenção Spectrum (preservativos).

ii Salvo indicação em contrário, todos os valores de referência nesta secção baseiam-se em: Indicadores de desempenho mundial de prevenção do VIH. Análise especial. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025; (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/scorecards>)

<p>95% das populações-chave alcançadas eficazmente com programas de prevenção do VIH centrados nas pessoas</p>	<p>38 milhões de pessoas de populações-chave (trabalhadores(as) do sexo, homossexuais e outros homens que têm sexo com homens (MSM), pessoas que injetam drogas (PWID), e pessoas transgénero, reclusos) têm acesso à prevenção do VIH</p>	<p>Em 2024, nos países que reportaram estes dados, 55% dos(as) trabalhadores(as) do sexo, 30% dos MSM, 40% das PWID e 44% das pessoas transgénero foram alcançados(as) com serviços e ferramentas de prevenção do VIH (2).</p>	<p>38 milhões representam 95% das populações-chave que precisam de ser alcançadas com programas de prevenção do VIH em países de baixo e médio rendimento.</p>
<p>80% de utilização de preservativo na última relação sexual com parceiros não fixos 95% de utilização do preservativo nas relações sexuais remuneradas entre trabalhadores(as) do sexo e clientes</p>	<p>20 mil milhões de preservativos distribuídos e vendidos por ano para prevenção do VIH. Isto elevaria o mercado global de preservativos para cerca de 35 mil milhões de unidades em 2030.</p>	<p>O uso mediano do preservativo na última relação sexual remunerada foi de 84%, segundo relatos de trabalhadores(as) do sexo (2) e de 74% segundo relatos de homens que pagaram por sexo. O uso mediano do preservativo com parceiros não fixos foi de 63%, segundo os relatos dos homens, e de 36%, segundo os relatos das mulheres.</p>	<p>20 mil milhões de preservativos representam a necessidade total de preservativos para a prevenção do VIH, sendo 6 mil milhões na África Subariana para todas as populações e 14 mil milhões para as populações-chave a nível global. A necessidade é estabelecida através da aplicação de objetivos percentuais a diferentes subpopulações. O valor de 35 mil milhões de preservativos inclui também o uso do preservativo por casais não afetados pelo VIH para fins contraceptivos.</p>
<p>95% das pessoas que injetam drogas utilizam equipamento de injeção seguro na última injeção 50% das pessoas que injetam opióides estão a fazer tratamento de manutenção com agonistas opióides</p>	<p>7 milhões de pessoas que injetam drogas utilizam a redução de danos, incluindo equipamento de injeção seguro, tratamento de manutenção com agonistas opióides e prevenção de overdoses</p>	<p>Em 2024, 4 em cada 10 pessoas que injetam drogas foram alcançadas com serviços de redução de danos. A utilização mediana de equipamento de injeção seguro nos países foi de 87% e a cobertura mediana da terapêutica de manutenção com agonistas opióides foi de 9% (2).</p>	<p>7 milhões representam 95% das pessoas que injetam drogas em países de baixo e médio rendimento.</p>
<p>Pelo menos, 20% do financiamento nacional para o VIH deve ser alocado à prevenção primária</p>	<p>Não existe nenhum marco agregado global disponível</p>	<p>Em 2023 e 2024 (com base em dados de 48 países), cerca de 8% do financiamento nacional para o VIH foi alocado à prevenção (12).</p>	<p>O objetivo é um parâmetro indicativo e baseia-se numa média global de 24% das necessidades de recursos para o VIH destinadas à prevenção. A necessidade exata deve ser determinada a nível nacional.</p>

Marcos anuais para pessoas e opções de prevenção

Para maior clareza e prestação de contas, os governos nacionais e subnacionais são encorajados a definir marcos numéricos anuais claros e abrangentes, com base em estimativas de rotina das necessidades de cada país. Os marcos anuais por país apresentados no Quadro 1 são meramente ilustrativos. (A Figura 5 no Anexo 1 apresenta os marcos anuais de prevenção por região). Os marcos anuais por país, e até mesmo subnacionais, podem ser formulados com recurso a processos e ferramentas de estimativa das necessidades anuais de cada país. Estes marcos foram integrados no modelo Spectrum que os países utilizam anualmente para produzir as suas estimativas anuais e que foi solicitado no processo de Monitorização Global da SIDA. A ONUSIDA e a Coligação Global para a Prevenção do VIH fornecerão apoio adicional para a produção e utilização destas estimativas.

Quadro 1. Exemplo ilustrativo de um país com marcos anuais de acesso à prevenção do VIH, 2026–2030

	2024 (linha de base)	2026	2027	2028	2029	2030
Preservativos	52 milhões	56	64	72	80	85 milhões
PrEP	70 000	100 000	220 000	270 000	350 000	350 000
PEP	TBC	TBC	TBC	TBC	TBC	TBC
VMMC	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000
Mulheres e raparigas em locais com elevada incidência de VIH (>0,2%)	350 000	350 000	550 000	750 000	900 000	900 000
Homens e rapazes em locais com elevada incidência de VIH (>0,2%)	200 000	200 000	300 000	350 000	400 000	400 000
Trabalhadores(as) do sexo alcançados(as)	23 000	25 000	35 000	40 000	45 000	45 000
MSM alcançados	20 000	24 000	32 000	40 000	50 000	60 000
Pessoas transgénero alcançadas	1000	1500	2000	3000	3500	4000
PWID alcançadas com agulhas e seringas	4000	6000	8000	9500	9500	9500
PWID que fazem PAMT	500	1000	2000	3000	4000	4800
Reclusos alcançados	1000	2000	3000	5000	6000	6000

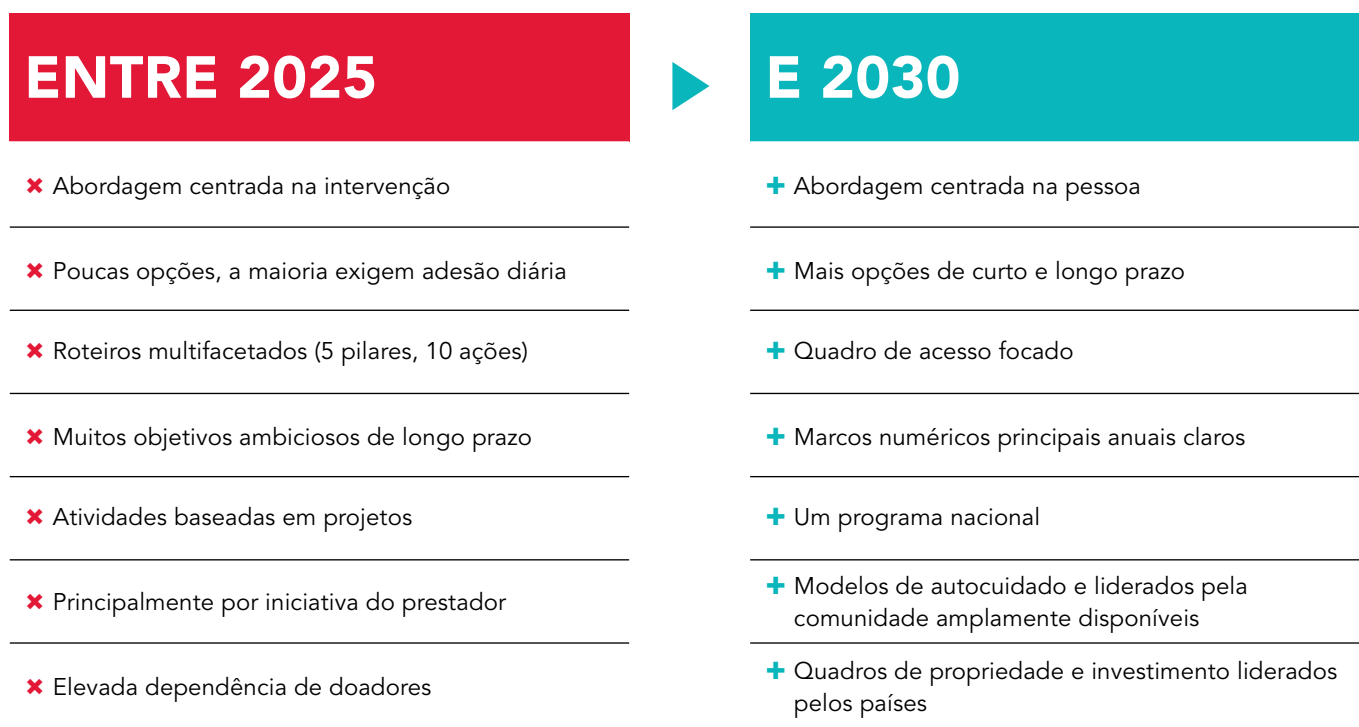
Nota: Este quadro apresenta os marcos para um país ilustrativo da África subsariana.

Mudança de paradigma

Uma nova era para a prevenção do VIH

O novo contexto, os desafios e as oportunidades representam uma nova era para a prevenção do VIH. O Quadro de Acesso à Prevenção 2030 oferece uma abordagem focada para alcançar os objetivos globais do VIH para 2030 num ambiente de constrangimento em termos financeiros. Com mudanças estratégicas e investimentos adequados (Figura 4), é viável que todas as pessoas em risco de contrair VIH tenham acesso a uma opção de prevenção que satisfaça as suas necessidades até 2030.

Figura 4. A mudança de paradigma para a 'prevenção do VIH 2030'



Quadro de prevenção 2030

Uma abordagem centrada na pessoa para o acesso e a escolha

A “Prevenção do VIH 2030” é um quadro de acesso focado. Estrutura-se em torno das “jornadas” de prevenção das pessoas e reflete o facto de estas necessitarem de: **1) perceber** as suas necessidades, opções e benefícios em termos de prevenção; **2) aceder** a serviços de prevenção; **3) utilizar** opções de prevenção eficazmente; e **4) vivenciar** um ambiente facilitador (Figura 5).

Estas quatro dimensões abrangem as considerações comportamentais, biomédicas, estruturais e sistémicas que podem apoiar o planeamento e o investimento liderados pelos países nos próximos cinco anos.

Figura 5. Um quadro de prevenção do VIH centrado na pessoa



1. Desenho e comunicação centrados nas pessoas (abordagem comportamental)

O impacto das opções de prevenção do VIH depende da disponibilidade das pessoas para as utilizar. É, por isso, fundamental abordar os principais fatores que moldam estas decisões, incluindo: o conhecimento das pessoas sobre a prevenção do VIH (13) e onde aceder aos serviços; a sua compreensão do seu risco pessoal; e a sua capacidade de tomar decisões informadas. Existem amplas evidências sobre o que as intervenções comportamentais podem alcançar e sobre as suas limitações (14).

Embora as reduções iniciais na incidência do VIH tenham estado parcialmente associadas a alterações no comportamento sexual, como a redução de vários parceiros, estas alterações não foram sustentadas. As evidências indicam que as intervenções comportamentais podem contribuir para a construção do conhecimento, da motivação, da exigência e das competências de que as pessoas necessitam para fazer escolhas de prevenção informadas e utilizar as opções de prevenção de forma eficaz. Mas, tal como as intervenções isoladas, não se espera que reduzam a incidência do VIH por si só. Consequentemente, o aconselhamento e a informação sobre o VIH às populações-chave não devem ter como objetivo alterar os comportamentos subjacentes, mas podem ser aproveitados para o envolvimento e devem ser prestados de forma não julgadora, juntamente com outras intervenções de prevenção (15).

As novas orientações descrevem os princípios-chave do desenho e comunicação centrados na pessoa (16). Para melhorar as respostas, os países podem:

Aplicar o desenho centrado na pessoa para desenvolver um plano de comunicação de prevenção consolidado, mas diferenciado. A comunicação de prevenção do VIH no passado era frequentemente específica para produtos e projetos – e, por isso, fragmentada. A comunicação sobre a prevenção do VIH pode agora abranger diferentes opções de prevenção e os seus benefícios, em vez de apenas produtos específicos. Da mesma forma, deve conceber-se uma abordagem de comunicação geral para todos os públicos-alvo, em vez de para grupos específicos, embora ainda deva ser suficientemente diferenciada para populações-chave e prioritárias específicas. As mensagens baseadas no desenho centrado na pessoa são benéficas, enquanto as campanhas de meios de comunicação de massa não segmentadas são desencorajadas (17). Como um bom exemplo, a Estratégia de Comunicação sobre o VIH do Zimbabué identifica os melhores influenciadores e canais de informação para chegar a diferentes populações (18).

- ▶ **Desenvolver e implementar uma combinação otimizada de comunicação da prevenção.** A comunicação para a prevenção do VIH exige uma combinação de comunicação em grande escala para populações-alvo mais alargadas e, adicionalmente, abordagens de divulgação interpessoal mais intensivas (p. ex., para populações-chave ou jovens muito jovens em contextos com elevada incidência de VIH). As mensagens de prevenção do VIH melhoradas pela IA podem ser aplicadas a diferentes populações e propósitos e em larga escala. Está demonstrado que melhora a adesão à PrEP (19), aumenta o uso do preservativo (20) e reduz os comportamentos que podem resultar na aquisição do VIH em grupos vulneráveis (21). A educação sexual abrangente (ESA) pode lançar uma base importante para que os jovens recebam informações relacionadas com a prevenção e desenvolvam conhecimentos e competências que protejam a sua saúde sexual. A ESA deve ser integrada nos currículos educativos a nível global e não deve depender essencialmente de programas e financiamento para o VIH.
- ▶ **Atribuir a liderança das comunicações de prevenção a uma entidade multissetorial de saúde pública.** Para fazer a melhor utilização dos recursos limitados, é necessária uma instituição com um alcance multissetorial para coordenar as comunicações. Esta instituição deve fazê-lo em estreita colaboração com as comunidades, os implementadores e outros setores, incluindo o aproveitamento da experiência em comunicação do setor privado.

2. Plataformas de prevenção (abordagem sistémica)

A prevenção sustentável do VIH requer um sistema bem definido e liderado pelo país, que proporcione o acesso através de diferentes plataformas de saúde e não relacionadas com a saúde. As pessoas que necessitam de prevenção do VIH devem poder escolher entre um leque definido de plataformas de prestação de serviços que satisfaçam as necessidades das diferentes subpopulações (Figura 6).

No passado, o acesso era, por vezes, feito através de projetos fragmentados e com um prazo determinado. O novo Quadro 2030 aplica uma abordagem sistêmica. Considera a viabilidade, o alcance, as preferências e as barreiras que afetam as diferentes populações. Por exemplo, os países utilizam diferentes modelos para chegar às populações-chave em grande escala (22). Estão disponíveis orientações adicionais sobre programas de VIH sustentáveis e em larga escala com populações-chave (23); aplicam um modelo diferenciado para plataformas de acesso fiáveis para populações-chave (ver Figura 3 no Anexo 1). Estão também disponíveis orientações sobre um modelo diferenciado para chegar às raparigas adolescentes e às jovens mulheres (24).

Considerando os seus contextos, os países podem:

- ▶ **Determinar a combinação mais adequada de pontos de acesso.** Um processo multisetorial liderado pelo governo pode definir os pontos de acesso para todas as populações relevantes e opções de prevenção, incluindo serviços públicos, privados e comunitários. O conjunto de plataformas disponíveis dependerá dos recursos disponíveis e deverá basear-se em evidências e ser escalável. Os países devem mapear o acesso à prevenção por população e por plataforma, considerando a relevância, a exequibilidade, a privacidade, a segurança e a acessibilidade (que variam para as diferentes subpopulações). A colaboração entre setores – incluindo a educação (escolas), o trabalho (locais de trabalho) etc. – é fundamental para expandir as plataformas de prevenção do VIH.
- ▶ **Identificar oportunidades de integração para melhorar o acesso.** A integração da prevenção do VIH nos serviços de cuidados primários e de saúde sexual e reprodutiva (SSR) é uma abordagem de sustentabilidade recomendada, particularmente em contextos com elevada incidência de VIH na população em geral, onde as mulheres e os homens são habitualmente alcançados através destes serviços (25). Por exemplo, em vários países com uma elevada incidência de VIH, um grande número de mulheres sexualmente ativas tem acesso a métodos contraceptivos, mas ainda existem lacunas na integração do VIH nos serviços contraceptivos. Estas lacunas podem ser abordadas utilizando as orientações operacionais existentes (26). As oportunidades de integração incluem: aconselhamento sobre a prevenção do VIH iniciado pelo profissional de saúde; testagem; oferta rotineira de preservativos; e o acesso à PrEP como parte dos serviços contraceptivos. Por outro lado, os serviços de SSR — incluindo a contraceção — podem ser integrados nos programas de testagem e tratamento do VIH. A liderança governamental (em relação às políticas, ao financiamento e à prestação de contas) é um fator crítico para a integração (27).
- ▶ **Desenvolver modelos diferenciados para melhorar o acesso para as populações-chave.** Para as populações-chave, há necessidade de abordagens diferenciadas na maioria dos contextos. Um bom exemplo de integração é o “modelo KK” da Malásia e a abordagem dos “Serviços diferenciados de VIH para populações-chave”, em que o governo e as comunidades partilham várias funções (26). **Outros modelos bem-sucedidos** oferecem serviços de prevenção do VIH liderados por populações-chave, que operam em instalações públicas com espaços designados para o envolvimento da comunidade (27). No entanto, estes modelos só funcionam se o estigma e a discriminação das populações-chave nos serviços forem minimizados. Quando a segurança, a confidencialidade e os serviços livres de estigma não podem ser garantidos, a prestação de serviços liderada pela comunidade e por pares, especialmente através de plataformas de acesso fiáveis, sustentáveis e integradas, é essencial para alcançar as populações-chave (28). De acordo com uma análise multicêntrica, estima-se que 10 a 45% das populações-chave acedem à prevenção através de organizações lideradas por pares e outros 33 a 51% fazem-no através de organizações não governamentais (ONG) (29).
- ▶ **Alargar a utilização de plataformas inovadoras de acesso virtual e de telessaúde.** Plataformas virtuais eficazes foram desenvolvidas e/ou ampliadas durante a COVID-19 e devem ser mantidas e expandidas ainda mais (30). As plataformas virtuais podem melhorar o alcance, incluindo para programas liderados por pares. As opções de telessaúde são economicamente eficientes, podem ajudar a chegar a populações de difícil acesso, reduzir o estigma e criar plataformas de acesso à prevenção mais acessíveis (31).
- ▶ **Impulsionar abordagens de autocuidado para a prevenção do VIH.** O autocuidado para a prevenção do VIH, quando combinado com um forte apoio da comunidade, pode melhorar o acesso e os resultados, e reduzir potencialmente os custos. O autocuidado inclui, por exemplo, autotestes gratuitos e acesso à PrEP nas farmácias, bem como a utilização de dispensadores para

aceder a produtos de autocuidado. Através de chatbots, check-ins virtuais e lembretes digitais personalizados, as ferramentas habilitadas para IA podem apoiar modelos de prevenção por autocuidado (32). Se expandidos, estes modelos de autocuidado podem alterar a forma como a prevenção do VIH é conduzida, deixando de ser predominantemente iniciada pelos profissionais de saúde, embora estes ainda estejam envolvidos no apoio e na complementação do autocuidado.

- ▶ **Desenvolver um sistema consolidado de dados de prevenção da propriedade do país.** São necessários sistemas robustos de dados e vigilância do país para a prevenção. Os países devem ter sistemas de dados de prevenção que forneçam dados essenciais sobre a cobertura e os resultados para os seus contextos. É também importante a capacidade de análise e utilização de dados, incluindo dados gerados pela comunidade. Os países podem utilizar as estimativas anuais das necessidades de prevenção baseadas em modelos como denominador para o seguimento anual. Isto pode ser feito com mais regularidade e a um custo mais baixo do que os inquéritos populacionais, que, embora dispendiosos, continuam a ser relevantes para a medição do impacto, mas não são obrigatórios anualmente. Estão disponíveis ferramentas de medição de resultados mais simples para complementar estes inquéritos.
- ▶ **Assegurar o fornecimento constante de produtos e serviços de prevenção através de todas as plataformas de acesso relevantes.** As considerações sobre a aquisição e a cadeia de abastecimento são essenciais para garantir que os produtos e serviços de prevenção estão disponíveis nos diversos pontos de venda. Para maximizar a cobertura e o alcance, os países devem minimizar os custos, por exemplo, utilizando plataformas internacionais de aquisição de elevado volume para os produtos e serviços de prevenção, independentemente da fonte de financiamento (33). A nível nacional, os sistemas de logística de saúde existentes e as redes de retalho do setor privado podem ser aproveitados.

Figura 6. Diversas plataformas de implementação da prevenção do VIH para maximizar a escolha e o acesso



Selecionar e priorizar as plataformas de prevenção com base no contexto do país e nas preferências das populações-chave e prioritárias

3. Opções de prevenção (abordagem biomédica)

As pessoas têm de ser capazes de escolher entre diferentes métodos de prevenção do VIH e opções de distribuição. Isto inclui o “tratamento como prevenção”, dado que as pessoas com carga viral indetetável não podem transmitir o VIH a outras pessoas (o efeito I=I, ou “indetetável = intransmissível” do tratamento do VIH) (34, 35).

Com mais opções de prevenção a curto e longo prazo disponíveis, é necessária uma abordagem sistemática para oferecer as diferentes opções. O conceito de escolha e combinação ótima de métodos de prevenção do VIH difere parcialmente de outras áreas da saúde pública, como a contraceção. Diferentes subpopulações têm diferentes preferências de prevenção. Além disso, as ferramentas multifuncionais de baixo custo, como os preservativos e as agulhas esterilizadas, são amplamente relevantes mesmo onde a incidência do VIH é baixa, enquanto os benefícios da PrEP são mais relevantes em contextos com uma incidência substancial de VIH (como descrito mais adiante).

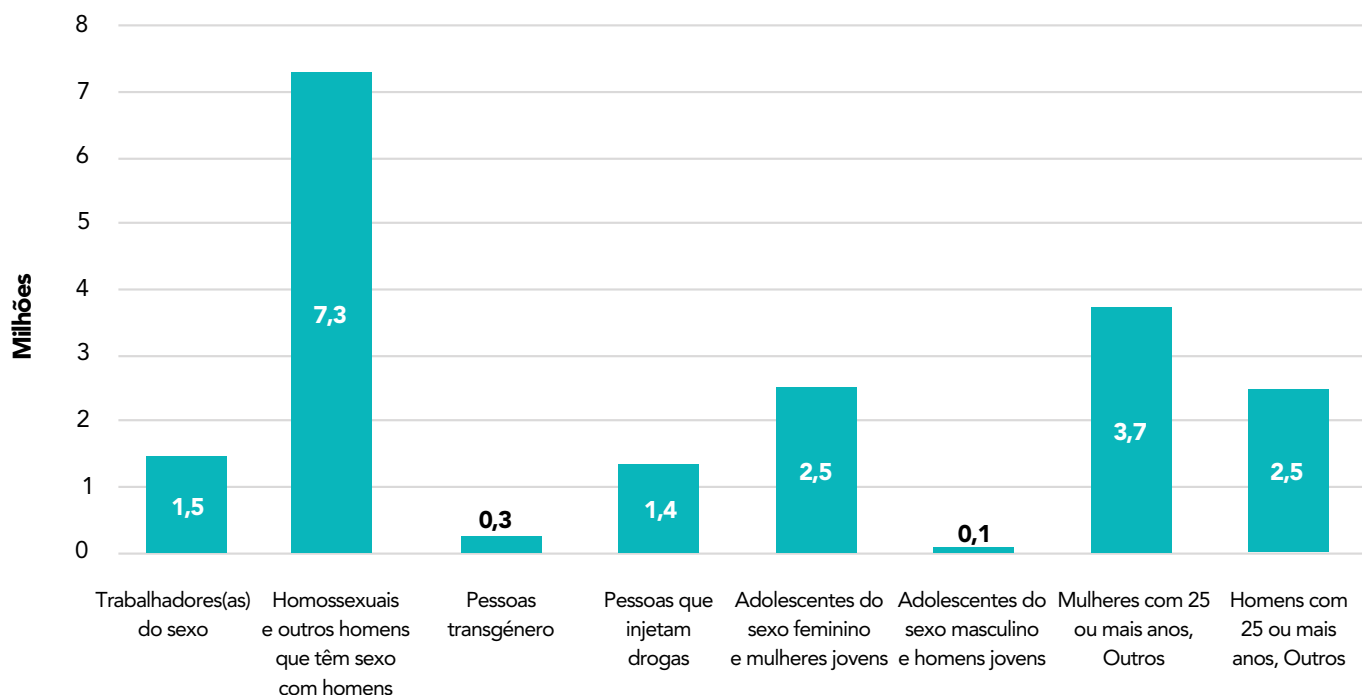
Em linha com estas considerações, os países podem:

- ▶ **Oferecer às pessoas uma escolha estruturada de produtos de prevenção.** O acesso a opções relevantes, a possibilidade de escolha e a oportunidade de trocar de produto ao longo do tempo não só aumentam a cobertura da prevenção, como também tendem a ser eficazes em termos de custo-benefício (36). Em última análise, o objetivo principal é dispor de uma elevada cobertura de prevenção entre as pessoas com maior risco de contrair o VIH. A PrEP seria uma opção prioritária para algumas populações-chave, mas complementar para outras. Por exemplo, o uso contínuo e em níveis elevados de preservativos é prioritário para os(as) trabalhadores(as) do sexo, enquanto a redução de danos continua a ser uma prioridade máxima para as pessoas que injetam drogas.
- ▶ **Estimar a necessidade de várias opções de prevenção por população.** As estimativas das necessidades para métodos específicos são úteis para o planeamento e devem ser calculadas considerando uma combinação ideal. O objetivo é aumentar a adesão à prevenção em geral, e não apenas a um produto específico. (Ver Quadro 1 para obter um exemplo de um quadro de combinação de métodos por país que pode ser adaptada para fins de planeamento.)
- ▶ **Introduzir rapidamente tecnologias de prevenção baseadas em ARV e outras tecnologias de prevenção de longa duração.** As pessoas com maior necessidade têm de ser capazes de escolher entre as tecnologias de prevenção existentes e as novas. Isto inclui formulações injetáveis de PrEP de longa duração, o anel vaginal com dapivirina e a PrEP oral com tenofovir. À medida que outras opções, como a PrEP oral de administração mensal (MK-8527), progridem nos ensaios clínicos e são aprovadas pelas entidades reguladoras, o seu acesso também tem de ser priorizado. A atualização das diretrizes da PrEP e a aceleração da aprovação regulamentar são, portanto, prioridades máximas. Globalmente, um marco fundamental é garantir que, pelo menos, 20 milhões de pessoas estão a utilizar várias opções de PrEP até ao ano 2030, distribuídas por população (Figura 7).
- ▶ **Manter o acesso amplo e equitativo a preservativos para tripla proteção.** Os preservativos continuam a ser a única ferramenta que protege simultaneamente as pessoas contra o VIH, outras infeções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidezes indesejadas. Continuam também a ser a principal escolha contracetiva de adolescentes em todo o mundo. No entanto, a distribuição e a promoção do preservativo recebeu menos atenção após 2010, levando a uma diminuição do uso do preservativo e ao aumento das infeções sexualmente transmissíveis em diversos contextos. Países de diferentes regiões demonstraram que é possível atingir os 80% de utilização de preservativos com parceiros não fixos; as tendências decrescentes no uso não são universais. (37)

Para reduzir as lacunas no uso do preservativo, os países devem revitalizar as abordagens de mercado global do preservativo, com papéis complementares para os setores público, de marketing social e privado. A necessidade global total de tripla proteção está estimada em 35 mil milhões de preservativos por ano. É necessário um foco programático na promoção do preservativo na África Subsariana para atingir um objetivo estimado de seis mil milhões de preservativos distribuídos e vendidos anualmente até 2030 (ver Figura 3). A necessidade estimada de preservativos entre as populações-chave em todo o mundo é de cerca de 14 mil milhões por ano, que pode ser satisfeita também através de uma abordagem de mercado global, com os modelos do setor privado a desempenharem um maior papel nos países com rendimentos mais elevados.

- ▶ **Alargar o acesso à redução de danos para as pessoas que usam drogas.** Os pacotes de redução de danos baseados em evidências, incluindo agulhas e seringas limpas, terapia de manutenção com opióides e prevenção de overdoses (naloxona), continuam a ser opções de prevenção altamente eficazes, mas são subutilizadas. As abordagens de redução de danos em grande escala, lideradas por países e comunidades, podem aumentar drasticamente o acesso e reduzir a transmissão do VIH.

Figura 7. Necessidade de PrEP para o VIH até 2030, por população, nos países de baixo e médio rendimento



Fonte: Estimativas das necessidades de prevenção do VIH da ONUSIDA, Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025.

4. Facilitadores sociais (abordagem estrutural)

O estigma e a discriminação, as leis punitivas, as normas de género prejudiciais e as desigualdades criam barreiras aos serviços de prevenção do VIH, reduzem a supressão viral e aumentam a incidência do VIH (38, 39, 40, 41). Globalmente, o ambiente jurídico para a prevenção do VIH e para as populações-chave melhorou moderadamente desde a década de 1980, mas o progresso geral estagnou nos últimos anos e foi invertido em alguns países. Estas barreiras têm de ser enfrentadas. O espaço cívico para as comunidades afectadas também precisa de ser protegido.

Para o conseguir, os países podem:

- ▶ **Identificar as principais barreiras no acesso aos serviços de VIH e influenciar os resultados do VIH para as diferentes populações.** Abordar as barreiras relacionadas com os direitos humanos, o género e outras barreiras sociais exige um compromisso político, estratégias colaborativas e investimento a longo prazo. As barreiras podem ser identificadas como parte do desenvolvimento de planos e estratégias nacionais para o VIH, tal como delineado na Estratégia Mundial de Luta Contra a SIDA 2026-2031. Este quadro centra-se nas dimensões relacionadas com a prevenção.

► **Definir os papéis dos parceiros e as vantagens comparativas ao enfrentar as barreiras. Algumas barreiras podem ser abordadas pelos setores da saúde, da justiça e da educação, por exemplo, e pelos grupos de defesa dos direitos das pessoas que vivem com VIH que atuam junto destes setores, dos parlamentares e de outras partes interessadas. Estas atividades variam de país para país, mas podem incluir o seguinte:** ⁱⁱⁱ

- Defesa da redução da idade de consentimento e da eliminação da exigência de consentimento de terceiros (pais e cônjuges) para o acesso a métodos de prevenção do VIH, testes, serviços de saúde sexual e reprodutiva e informações relacionadas.
- Despenalização de pessoas e comportamentos LGBTQI+, trabalho sexual, consumo de drogas e transmissão do VIH.
- Apoio ao registo legal das organizações comunitárias que prestam serviços de prevenção do VIH e garantia de que podem aceder a financiamento.
- Alargamento da prevenção da violência de género e do acesso a serviços de combate à violência de género no âmbito dos serviços de saúde, com fortes ligações aos serviços de VIH — incluindo a profilaxia pós-exposição (PEP) atempada para sobreviventes de violência sexual.
- Promoção da equidade de género e do empoderamento das mulheres.

► **Definição de ações implementáveis para abordar as barreiras estruturais que dificultam os programas de prevenção.** Os esforços de prevenção do VIH poderão também necessitar de abordar ou encontrar formas de contornar as barreiras estruturais que afetam diretamente o acesso e a utilização das opções de prevenção. Isto pode incluir:

- Integração de mensagens sobre normas de género favoráveis nas comunicações de prevenção do VIH (p. ex., responsabilidade partilhada pela proteção; incentivo aos homens para que procurem os serviços de saúde).
- Sensibilização e apoio aos profissionais de saúde para que prestem serviços de prevenção do VIH respeitosos, equitativos e não discriminatórios, especialmente para as populações-chave e/ou jovens sexualmente ativos, incluindo através da monitorização liderada pela comunidade.
- Ter em conta as questões de segurança e confidencialidade na conceção de serviços de extensão, virtuais e presenciais para as populações-chave.
- Reforço dos canais de encaminhamento e reparação para apoio jurídico, de forma a garantir os direitos das populações-chave (p. ex., em casos de violência e discriminação).
- Análise e abordagem de desigualdades no acesso e utilização da prevenção (p. ex., por rendimento, género, idade ou outros fatores), incluindo em relação à disponibilidade, aceitabilidade e acessibilidade financeira dos serviços.

► **Aplicação de uma abordagem baseada nos direitos humanos à prevenção do VIH.** Isto inclui a despenalização das populações-chave, uma vez que as leis punitivas dissuadem as populações criminalizadas de procurarem serviços de saúde e de VIH, com consequências negativas que se propagam por toda a sociedade. São também relevantes os requisitos de consentimento de terceiros. O acesso sustentável à prevenção do VIH exige a aplicação de normas de direitos humanos aos serviços de VIH (42). Isto implica também a criação de ambientes legais, políticos e institucionais favoráveis que respeitem, protejam e defendam os direitos das pessoas que vivem com VIH e das populações-chave — particularmente em contextos de criminalização e redução do espaço cívico relacionados com o VIH. E exige a participação significativa das pessoas que vivem com VIH e de outras populações afetadas na conceção, implementação e monitorização de programas de prevenção. Estas alterações políticas são opções de baixo custo para melhorar o ambiente operacional da prevenção do VIH.

Os governos, os líderes políticos e os gestores de programas devem reconhecer os desafios impostos pelo aumento das campanhas organizadas contra determinadas populações e pela desinformação relacionada com o VIH que circula nos meios de comunicação social e noutros meios. A prevenção do VIH deve ser popularizada através de narrativas baseadas em evidências e em direitos que enfatizem os benefícios para a saúde pública de programas de VIH bem-sucedidos.

ⁱⁱⁱ Estratégia Mundial de Luta Contra a SIDA 2026–2031. Genebra: ONUSIDA; 2026 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2026-02/2026%E2%80%932031_Global-AIDS-Strategy_en.pdf).

5. Gestão multissetorial (abordagem transversal)

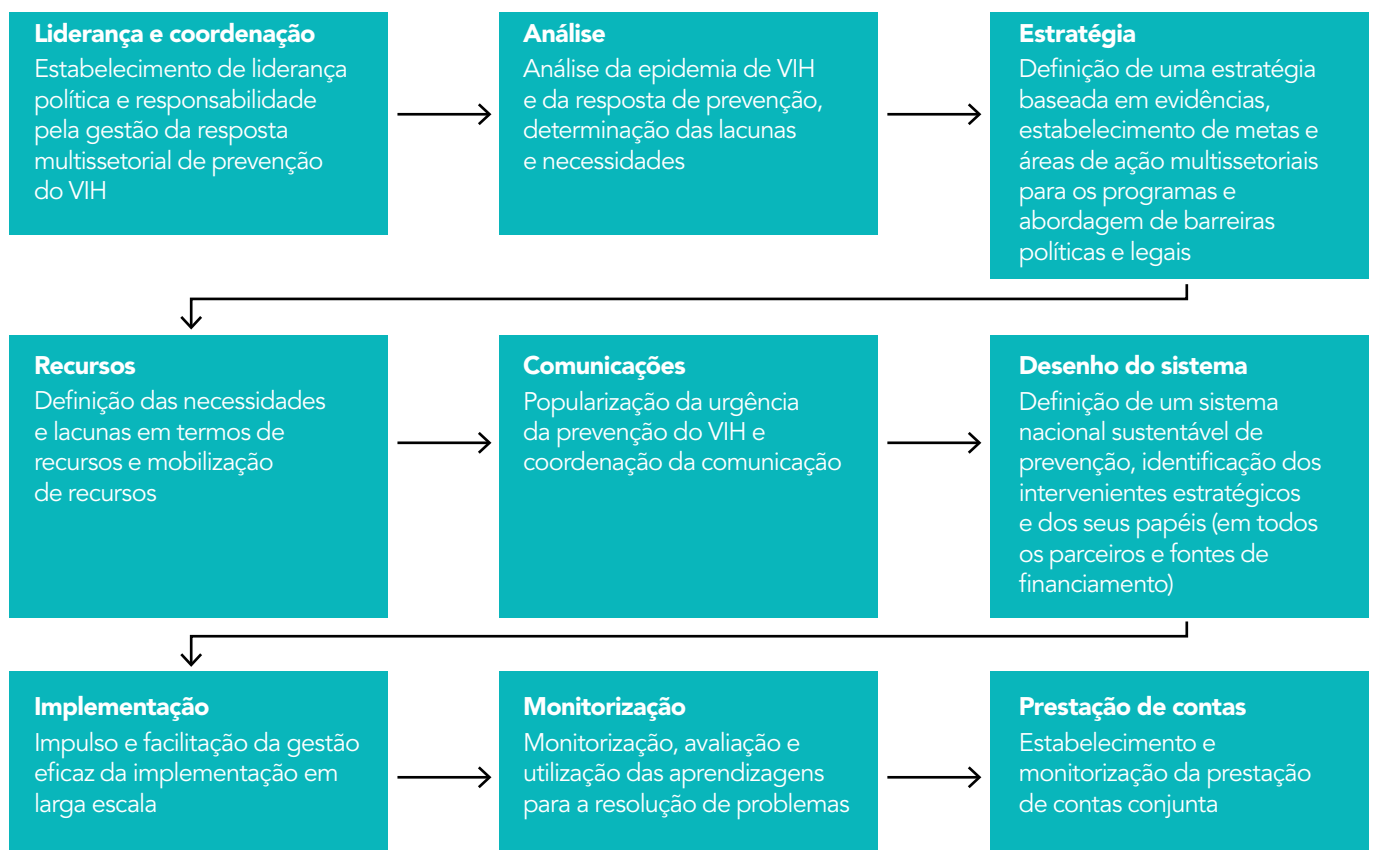
Uma forte liderança e gestão na prevenção do VIH são cruciais. Ao construir e sustentar capacidades essenciais para a prevenção do VIH no âmbito dos sistemas de saúde — incluindo os liderados pelas comunidades afetadas — os países podem colocar a prevenção na vanguarda das suas respostas ao VIH (43).

A complexidade da prevenção do VIH exige um mecanismo de gestão dedicado que possa contar com recursos humanos qualificados.

Um forte compromisso e gestão governamental são essenciais para passar de atividades baseadas em projetos para um programa nacional coordenado de prevenção do VIH. Juntamente com os governos, a liderança das comunidades afetadas contribuirá para sistemas de prevenção sustentáveis.

As estruturas multissetoriais de gestão do VIH são ativos importantes para a resposta, mas têm de ser adequadas ao seu propósito. No Botsuana, por exemplo, a Agência Nacional de Coordenação da SIDA foi transformada na Agência Nacional de Promoção da Saúde em 2019, sendo adstrita ao Gabinete da Presidência e recebeu um mandato alargado para incluir a prevenção de doenças não transmissíveis, como o cancro e a diabetes, para além do VIH (44). A Figura 8 descreve nove funções e etapas-chave de gestão multissetorial (que são igualmente detalhadas em orientações adicionais) (42).

Figura 8. Principais funções de gestão multissetorial para a prevenção do VIH



Fonte: Fórum de Liderança em VIH. Coligação Global para a Prevenção do VIH. Gestão da prevenção multissetorial do VIH a nível nacional. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (a publicar).

Otimização da prevenção

Priorização melhorada num ambiente com recursos limitados

Para alcançar os objetivos de 2030 num ambiente desafiante, as respostas nacionais ao VIH devem reconfigurar o foco e as modalidades de prevenção do VIH. Com recursos externos reduzidos, espaço fiscal limitado e muitas prioridades concorrentes, não é fácil para os governos manterem as suas respostas ao VIH. Mas, utilizando os recursos existentes para o VIH de forma inteligente e eficiente, é ainda possível reduzir substancialmente as novas infeções por VIH até 2030 (45).

A priorização é essencial. A prevenção do VIH é mais eficaz quando os pacotes de prevenção personalizados são acessíveis às pessoas que mais deles necessitam e em locais com as maiores incidências de VIH; quando estes pacotes são fornecidos através de plataformas de entrega eficazes; e quando são acessíveis.

Um grande número de pessoas com risco moderado de VIH deve igualmente ser alcançado com intervenções em grande escala e de menores custos. Orientações mais detalhadas sobre a priorização da prevenção estão disponíveis na ONUSIDA, na OMS, no Fundo Global e noutros (46, 47, 48). A Figura 9 ilustra como os países podem expandir os pacotes de prevenção para as populações com maior incidência de VIH sem excluir rigidamente os indivíduos de outras populações que procuram aceder à prevenção do VIH.

Figura 9. Considerações de priorização com base no nível de incidência do VIH

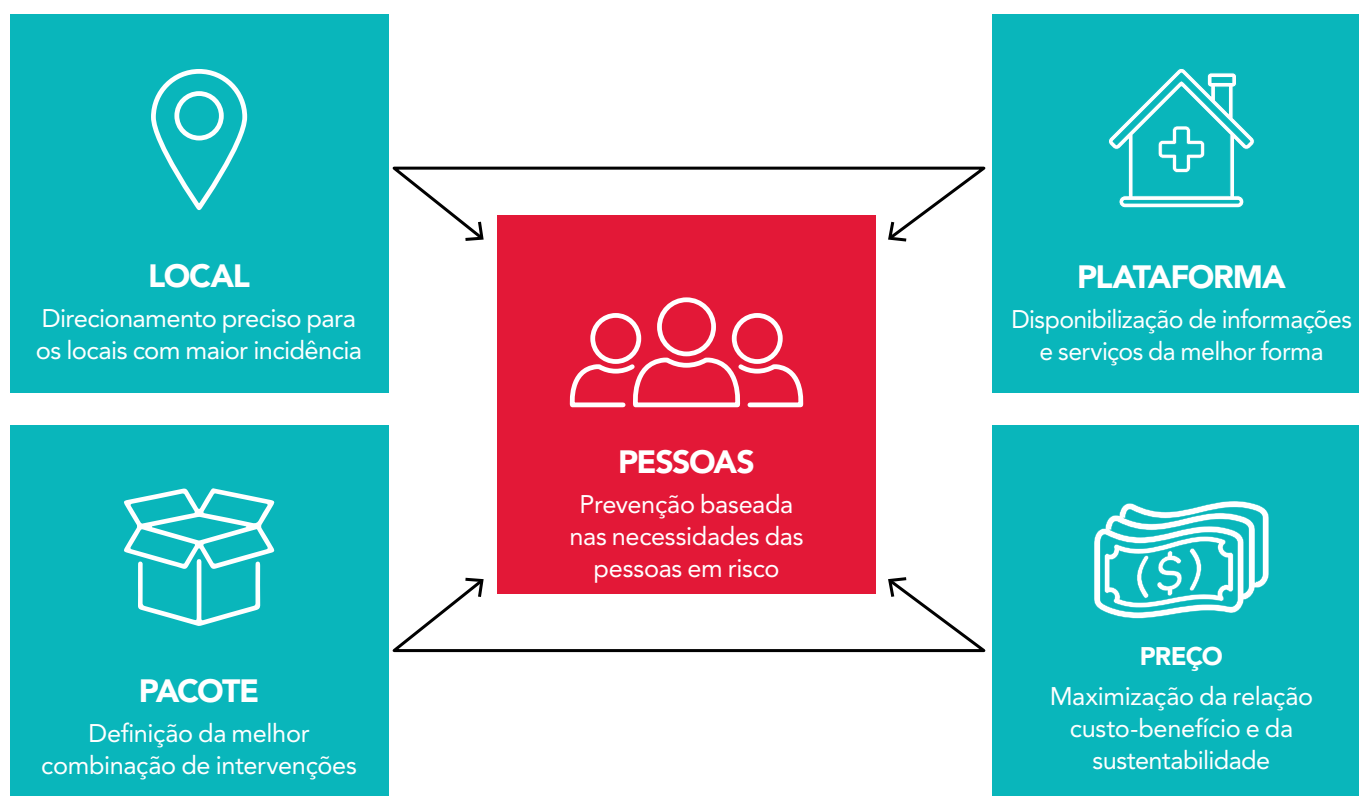
Taxa de incidência do VIH na subpopulação (por idade, sexo, geografia e comportamento)	Intervenções a implementar em larga escala para as subpopulações específicas (com as respetivas taxas de incidência de VIH)
Baixa (Inferior a 0,2%)	+ Serviços de testagem para o VIH e preservativos disponíveis + PEP disponível + ART (todas as pessoas que vivem com VIH)
Moderada (entre 0,2% e 0,5%)	+ Geração de procura para a prevenção combinada essencial acima (virtual/meios de comunicação) + PrEP disponível
Alta (entre 0,5% e 2%)	+ Alcance interpessoal (presencial) (procura e serviços) + PrEP disponível com promoção ativa
Muito alta (superior a 2%)	+ Objetivos mais elevados de PrEP com oferta universal

Com o aumento da incidência do VIH, é necessário adicionar mais intervenções

É fundamental garantir o acesso às pessoas que o solicitam ativamente

A matriz de priorização da prevenção do VIH dos Cinco P (em inglês), apresentada na Figura 10, fornece um quadro para alcançar um planeamento e investimentos mais direcionados para a prevenção.

Figura 10. A matriz de priorização da prevenção do dos Cinco P (em inglês)



PESSOAS: Foco nas populações-chave e prioritárias que mais necessitam de prevenção

Focar os esforços de prevenção do VIH nas populações-chave e nos seus parceiros continua a ser uma forma altamente eficaz de reduzir a transmissão do VIH a nível populacional — incluindo em epidemias generalizadas (1, 49). Um modelo estabeleceu que, em três contextos africanos, 60 a 80% de todas as novas infeções ocorridas entre 2013 e 2033 poderiam ser prevenidas através de programas de VIH mais robustos entre os(as) trabalhadores(as) do sexo. A segmentação de subconjuntos de populações prioritárias pode melhorar ainda mais a relação custo-eficácia. Por exemplo, numa análise no distrito de Siaya, no Quênia, verificou-se que apenas 14 000 das quase 100 000 adolescentes e jovens mulheres necessitavam de uma prevenção intensificada do VIH (46). Os países podem utilizar as ferramentas de estimativa mais recentes para rever as suas estimativas das populações que mais necessitam de prevenção do VIH (Quadro 7 no Anexo 1).

A precisão centrada nas pessoas na prevenção significa utilizar os dados para elaborar programas que permitam às pessoas certas aceder às opções de prevenção mais adequadas.

A alteração da dinâmica da epidemia também deverá ser tida em conta. Enquanto os homossexuais e outros homens que têm sexo com homens representavam 9% das novas infeções por VIH em adultos em 2010 a nível global, este número subiu para 18% em 2024 (50, 47). Da mesma forma, estão a ocorrer proporções crescentes de novas infeções por VIH na África Subsariana entre as mulheres dos 25 aos 49 anos (1). Se os recursos para os métodos empíricos de estimativa do tamanho populacional não estiverem disponíveis, os países podem considerar alternativas mais baratas, como o método

Delphi, a sabedoria das multidões, a análise de tendências de pesquisas na internet ou a comparação regional, embora a utilidade das estimativas derivadas destes métodos seja mais limitada (51, 52).

LOCAL: Direcionamento preciso para os locais com maior incidência

Em muitos contextos, o local é o principal factor que determina a probabilidade de contrair VIH ao longo da vida. No Quênia, por exemplo, apenas 10 (em 47) condados foram responsáveis por 57% das novas infeções por VIH em 2021. Em Myanmar, as pessoas que injetam drogas nas zonas fronteiriças apresentaram uma incidência de VIH 67% superior entre 2014 e 2021 (53).

Um foco preciso em locais específicos não significa necessariamente escolher algumas áreas e concentrar-se apenas nelas. Pode também exigir o ajustamento da intensidade das ações em todos os locais relevantes, de acordo com os seus níveis de incidência do VIH.

O direcionamento preciso para as localidades subnacionais significa que os pacotes de prevenção devem ser diferentes onde existem grandes diferenças na incidência do VIH. É importante realçar que esta abordagem não significa concentrar-se apenas em algumas áreas, mas sim variar a intensidade das ações. Além disso, se as diferenças na incidência do VIH forem pequenas, por exemplo, menos de duas vezes, o custo da gestão de pacotes separados pode exceder os benefícios. Por último, é de notar que as estimativas de incidência

do VIH a nível subnacional estão frequentemente sujeitas a incertezas substanciais. Um bom exemplo de um direcionamento preciso é o Roteiro de Prevenção do VIH de Moçambique 2022-2025 que define diferentes pacotes de prevenção do VIH com base na incidência do VIH a nível distrital (54). Vários países têm utilizado [as Estimativas Subnacionais de Incidência de VIH para Populações Prioritárias \(SHIPP, na sigla em inglês\)](#) para diferenciar os programas nacionais de prevenção do VIH e as propostas do Fundo Global a partir de 2022.

PLATAFORMA: Disponibilização de informações e serviços da melhor forma

O alcance e a adequação de diversas plataformas de acesso à prevenção para as diferentes populações devem ser tidos em conta no planeamento. Os modelos de prevenção do VIH liderados por populações-chave podem ser mais vantajosos em termos do custo-eficácia do que os serviços públicos em alguns contextos, por exemplo, na Tailândia (55). No Mali e no Nepal, o alcance online melhorou a relação custo-eficácia dos resultados dos testes de VIH em comparação com todos os serviços presenciais (56). A prestação de serviços diferenciados para a prevenção do VIH pode gerar ainda mais eficiência. A distribuição de PrEP oral de seis meses com autoteste de VIH pode ajudar a aumentar o acesso e minimizar os custos de distribuição e recolha sem comprometer a qualidade (57).

Dependendo da disponibilidade de recursos, os países podem planear a “sobreposição” de diferentes modelos de prestação de serviços aos grupos prioritários (Figura 3 no Anexo 1). É importante explorar formas de reduzir a fragmentação, mantendo a diferenciação necessária na prestação de serviços e uniformizando os recursos humanos.

PACOTE: Definição da melhor combinação de intervenções

As estimativas das necessidades de prevenção baseadas no modelo Spectrum da ONUSIDA, que serviu de base para as metas de prevenção do VIH para 2030, representam uma combinação prioritizada de opções de prevenção. Análises de custo-eficácia e otimização utilizando modelos como o Goals, Optima (58), o Modelo da Epidemia da SIDA (AEM) e outros podem ser utilizadas

para uma priorização mais precisa (59). Três fatores são especialmente importantes para a priorização e o estabelecimento da combinação ótima de intervenções com base na relação custo-eficácia:

- A taxa de incidência do VIH na subpopulação (as estimativas nacionais estão disponíveis através de ferramentas como o Spectrum e as estimativas subnacionais estão disponíveis através de ferramentas como [NAOMI](#) e SHIPP),
- Custo por pessoa atingido por ano e
- Eficácia presumida da intervenção.

A definição da melhor combinação de intervenções de prevenção do VIH deve equilibrar a modelação da eficiência alocativa com as necessidades e os contextos sociais de diversas comunidades. A tomada de decisão deve considerar as preferências dos utilizadores.

PREÇO: Maximização da relação custo-benefício e da sustentabilidade

Garantir os melhores preços possíveis para medicamentos, produtos e serviços de prevenção de elevada qualidade é mais crucial do que nunca. O acesso a versões genéricas e o aumento da concorrência reduziram significativamente os preços da PrEP e da OAMT nos últimos anos. Outras considerações de custos são discutidas na secção sobre o financiamento e a sustentabilidade da prevenção.

Em contextos com grande dependência de financiamento externo, os maiores ganhos de eficiência para a prevenção podem ser alcançados, muitas vezes, pela transição de custos definidos por doadores para práticas de custeio sustentáveis do governo nacional. Estas transições estão a ser implementadas em diversos países. Por exemplo, a Índia fez a transição do seu programa nacional para populações-chave, com um sistema comunitário de grande escala, para o financiamento interno. Os custos foram reduzidos, enquanto os pacotes de serviços essenciais, a implementação comunitária e a contratação social foram mantidos. Para os programas de prevenção, é possível obter poupanças em três áreas principais:

- **Reduzir a fragmentação da prestação de serviços**, simplificando os projetos e os quadros de pessoal num único programa nacional.
- **Adotar tabelas salariais e de remuneração sustentáveis e mais padronizadas** para os recursos humanos, em consonância com as práticas do país, e não com as práticas dos doadores.
- **Utilizar plataformas de grande volume (internacionais) para a aquisição de bens e serviços.**

A análise de custo-eficácia distributiva é útil para avaliar como os resultados do VIH e os custos da prevenção são distribuídos pelos diferentes grupos populacionais. Isto pode exigir a aceitação de custos per capita mais elevados para alcançar populações criminalizadas e estigmatizadas que apresentam uma maior incidência de VIH, pois alcançá-las promete grandes benefícios para as próprias populações e para a resposta ao VIH como um todo.

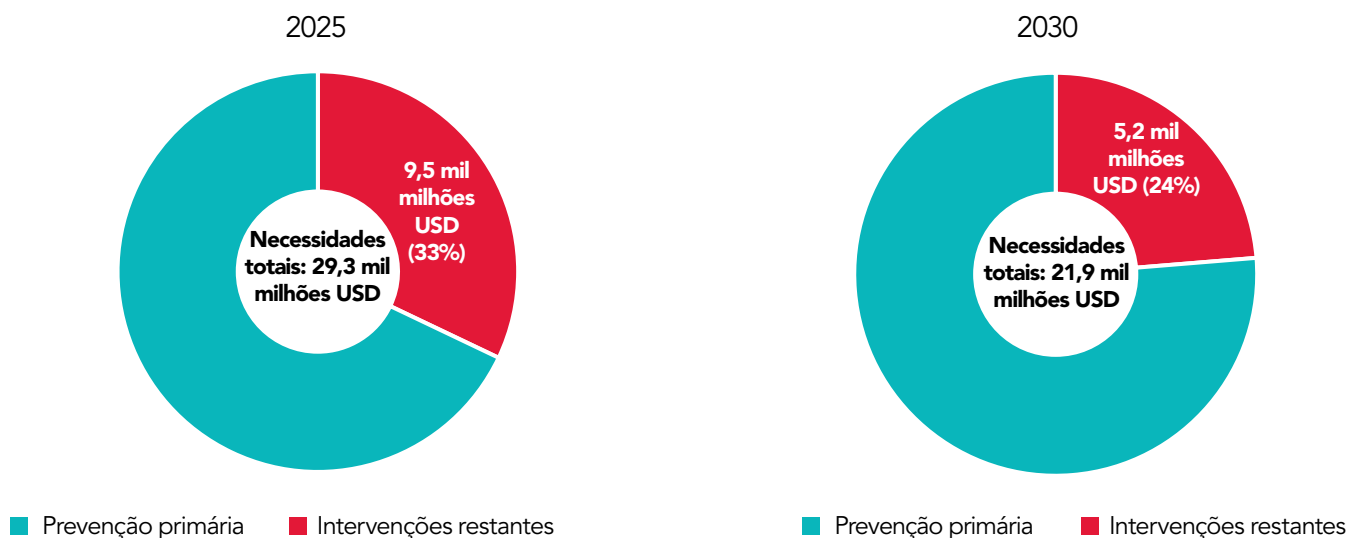
Financiamento e sustentabilidade da prevenção

Transformações na arquitetura de investimento em prevenção

No período de 2026 a 2030, o financiamento da prevenção do VIH deverá passar de um financiamento de emergência e de projetos para um financiamento sustentável da prevenção, em consonância com os sistemas de cada país.

Até 2030, para atingir os objetivos globais de prevenção do VIH serão necessários 5,2 mil milhões de dólares anuais nos países de baixo e médio rendimento, o equivalente a 24% do total das necessidades de recursos para o VIH (21,9 mil milhões de dólares). Estas estimativas das necessidades de recursos são inferiores às anteriores devido às grandes eficiências de custos (11) e à melhoria da priorização. Esta última inclui uma redução no preço médio da PrEP oral de cerca de 109–134 dólares por pessoa por ano em 2019 para menos de 40 dólares em 2025 (60, 61), e reduções significativas nos custos unitários da OAMT (Figura 11).

Figura 11. Estimativas ajustadas das necessidades de recursos para a prevenção do VIH, 2025 versus 2030



Fonte: Estimativas financeiras da ONUSIDA, julho de 2025

Com recursos limitados, é essencial traduzir os objetivos de prevenção em planos de investimento viáveis e controlados pelo país.

A necessidade de financiamento para a prevenção primária varia consoante a região, desde 12% do total dos recursos para o VIH na África Ocidental e Central até 38% na Europa de Leste e na Ásia Central (Figura 11).

Para contextualizar os objetivos globais e as necessidades de investimento, é importante compreender que mais de metade do financiamento total para a prevenção primária do VIH é necessário em apenas oito países: África do Sul (12%), Índia (10%), China (6%), Brasil (6%), Paquistão (5%), Federação Russa (5%), Indonésia (4%) e Filipinas (4%) (62).

Em consonância com os seus contextos económicos e epidemiológicos, os governos nacionais podem:

- ▶ **Fundamentalmente reorganizar o financiamento da prevenção em torno de planos de investimento liderados pelos países.** Os planos de investimento na prevenção dos países devem tornar-se o principal instrumento de planeamento em todos os países. Nos países de rendimento médio, os parceiros internacionais manterão os seus papéis no fornecimento de ferramentas epidemiológicas e de programação detalhadas para estimar as necessidades e definir objetivos nacionais como uma base para respostas de prevenção financiadas principalmente internamente. Nos países de baixo rendimento e de rendimento médio-baixo com elevada carga de VIH, os parceiros internacionais deverão continuar a prestar apoio, com base em planos e estruturas de custos redefinidos dos próprios países, incluindo as eficiências descritas na secção anterior.
- ▶ **Aplicar uma abordagem de mercado global à prevenção do VIH.** Embora não seja tradicionalmente considerado financiamento interno, uma abordagem de mercado global pode ajudar a lidar com a escala e a sustentabilidade limitadas da prevenção do VIH. A prevenção do VIH é um serviço de saúde essencial que deve ser incluído nos pacotes de benefícios de cobertura de saúde (universal). Deve ser gratuita no momento da utilização para as pessoas com maior risco de VIH e para aquelas que enfrentam barreiras estruturais. A abordagem de mercado global pode complementar isto, alargando a escolha de plataformas e produtos de acesso. Reconhece que as populações com rendimentos mais elevados podem comprar produtos de prevenção do seu próprio bolso, enquanto os subsídios governamentais podem concentrar-se em grupos de baixos rendimentos que não podem pagar os preços do sector privado.

Os modelos de marketing social e de empreendedorismo social oferecem acesso a produtos acessíveis fora das unidades de saúde. Em alguns contextos, os modelos comerciais podem também ser uma fonte de rendimento sustentável para os prestadores de serviços liderados pela comunidade. O Quadro 2 apresenta uma abordagem sistemática ao financiamento partilhado da prevenção. Em vez de os doadores financiarem os seus próprios projetos liderados por doadores, a abordagem sistemática convida-os a financiar partes de programas liderados pelo país.

Quadro 2. Exemplo de segmentação numa abordagem de mercado global e abordagem sistemática para financiamento partilhado (os pressupostos ilustrativos são para um contexto de país de baixo rendimento e podem ser adaptados)

Opções de prevenção	Objetivo (ilustrativo)	Segmentos de programa/mercado (percentagem de produtos e populações a atingir)			Fonte de financiamento para distribuição gratuita e subsidiada (percentagem do custo)	
		Gratuita (pública)	Subsidiada (marketing social)	Vendida (privada/pagamento direto)	Governo	Doadores
Preservativos	85 milhões	50%	30%	20%	50%	30%
PrEP	120 000	80%	10%	10%	30%	60%
PrEP (longa duração)	230 000	100%	—	—	10%	90%
PEP	TBC	60%	20%	20%	50%	20%
VMMC	120 000	90%	—	10%	50%	50%
Agulhas e seringas	2,5 milhões	80%	—	20%	40%	20%
OAMT	4 800	100%	—	—	80%	20%
Programas centrados nas pessoas e plataformas de acesso	Objetivo (ilustrativo)	Unidade	Ações de extensão	Virtual	Governo	Doadores
Mulheres e raparigas em locais com elevada incidência de VIH (>0,2%)	900 000	40%	10%	50%	80%	20%
Homens e rapazes em locais com elevada incidência de VIH (>0,2%)	400 000	10%	10%	80%	80%	20%
Trabalhadores(as) do sexo alcançados(as)	45 000	40%	40%	20%	50%	50%
Homossexuais e outros homens que têm sexo com homens alcançados	60 000	20%	10%	70%	50%	50%
Pessoas transgénero alcançadas	4000	20%	30%	50%	50%	50%
Pessoas que injetam drogas alcançadas	10 000	40%	40%	20%	50%	50%
Reclusos	8000	80%	—	20%	90%	10%

- ▶ **Aumentar o financiamento interno para a prevenção primária e alocar, pelo menos, 20% das despesas nacionais com o VIH à prevenção.** O financiamento interno determinará o sucesso da resposta global entre 2026 e 2030 e mais além. Com base numa análise realizada em 22 países com dados de 2019 a 2024, quase 80% dos programas de prevenção primária do VIH são financiados externamente, em comparação com 55% dos cuidados e tratamento (63). Esta dependência coloca a prevenção primária em risco.
- ▶ A prevenção primária também requer uma maior priorização geral, especialmente nos gastos internos. Como referência, e considerando o contexto de cada país, a ONUSIDA recomenda que, pelo menos, 20% das despesas nacionais com o VIH sejam alocadas à prevenção primária até 2030 (64). O Quadro 3 apresenta os valores de referência a nível regional.

Quadro 3. Proporção dos recursos alocados ao VIH gastos em prevenção (dados de 57 países, 2023–2024)

Região	Porcentagem dos recursos totais alocados ao VIH gastos em prevenção	Porcentagem dos recursos nacionais alocados ao VIH gastos em prevenção
Ásia-Pacífico	8	7
África Oriental e Austral	10	5
Europa de Leste e Ásia Central	21	15
América Latina e Caraíbas	16	15
Médio Oriente e Norte de África	5	0
África Ocidental e Central	9	3
Global	11	8

Fonte: Análise especial a partir do conjunto de dados de monitorização global da SIDA. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025 (<https://hivfinanciam.unaids.org/hivfinancialedashboards.html>).

- ▶ **Explore modalidades inovadoras de financiamento interno para as respostas ao VIH, incluindo a prevenção.** Existem diversas estratégias viáveis para aumentar o financiamento interno para a prevenção do VIH:
 - Incluir a prevenção do VIH no pacote de benefícios **do seguro social de saúde** (65). O Brasil e a Tailândia incluíram a PrEP nos seus pacotes de seguro social de saúde desde 2017 e 2021, respetivamente (66, 67). É também importante garantir cobertura às pessoas que necessitam de prevenção do VIH. Em 2023, o Camboja alargou os critérios de elegibilidade do Fundo de Equidade em Saúde para incluir as trabalhadoras do sexo (68).

- **A contratação social** de organizações lideradas pela comunidade é importante para facilitar o acesso à prevenção a nível comunitário e, assim, aumentar a adesão aos métodos de prevenção do VIH (69). A expansão destes mecanismos de financiamento tem sido lenta, mas existem exemplos promissores. A Jamaica contratou socialmente a prevenção do VIH para homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens e pessoas transgênero desde 2021 (70), enquanto o Vietname iniciou a contratação social de serviços de redução de danos em 2023 (71). O envolvimento significativo das comunidades é fundamental no desenvolvimento destes mecanismos (72).
- **Taxas e impostos especiais** têm sido utilizados para financiar a prevenção do VIH em vários países, incluindo as Filipinas, a África do Sul, o Uganda e o Zimbabué (73, 74).
- Para aumentar a probabilidade de os governos absorverem programas de prevenção do VIH financiados externamente, **é essencial o reforço dos sistemas de gestão das finanças públicas** (GFP). A inclusão do financiamento da prevenção do VIH proveniente de fontes externas no orçamento — de forma a que este passe pelo sistema de GFP, independentemente de quem o implemente — contribui para transições bem-sucedidas de doadores (75).
- ▶ **Fornecer financiamento adequado para garantir que as populações-chave possam aceder à prevenção.** Em 2024, apenas 2,6% (76) do financiamento total para o VIH foi gasto em programas para populações-chave, embora estas representassem cerca de 69% das novas infeções por VIH fora da África Subsariana e cerca de 26% na África Subsariana nesse ano (77). Até 2030, as despesas com serviços diretos de prevenção do VIH (exceto PrEP) para as populações-chave necessitarão de 13% do financiamento total (78). É muito importante aumentar o financiamento interno para a prevenção do VIH entre as populações-chave, mantendo o financiamento internacional até que as provisões nacionais estejam em vigor para alocações orçamentais adequadas, modalidades de contratos sociais e padrões de qualidade e segurança.
- ▶ **Assegurar que as novas tecnologias de prevenção estão disponíveis, são acessíveis, têm preços acessíveis e são aceitáveis.** Estas novas tecnologias devem ser fornecidas juntamente com as opções eficazes existentes, incluindo a PrEP oral, para garantir uma escolha significativa. Para além da acessibilidade financeira, a aprovação regulamentar atempada, a inclusão nas orientações nacionais e nos pacotes de benefícios da Cobertura Universal de Saúde e o acesso a produtos genéricos com garantia de qualidade através de licenças voluntárias ou outras medidas legais e políticas serão essenciais para a expansão.

Alguns países já estabeleceram limiares de custo-eficácia para a PrEP de longa duração, incluindo o Quênia, a África do Sul e o Zimbabué (79, 80). O acesso ao Lenacapavir a um preço de 40 dólares por duas injeções por ano foi confirmado para 120 países de baixo e médio rendimento (81). No entanto, existe ainda uma lacuna de acessibilidade para vários países de rendimento médio que representam uma parte substancial da necessidade desta tecnologia de prevenção. A PrEP de longa duração pode continuar a ser vantajosa em termos de custo-eficácia a preços ligeiramente superiores aos da PrEP oral, mas não a preços substancialmente mais elevados. Os países podem determinar os limites em que os produtos melhorarão o impacto global da resposta de prevenção e utilizá-los na defesa e negociação de preços.

A análise económica — incluindo o rastreio de recursos, as normas de custos e a relação custo-eficácia — é essencial para monitorizar o progresso destas transformações. As avaliações nacionais das despesas com a SIDA e outros métodos de rastreio de recursos continuam a ser ferramentas essenciais para a compreensão das despesas detalhadas com a prevenção do VIH, incluindo as despesas internas e as despesas com populações-chave.

Conclusão e compromissos

Apelo à ação para a prevenção liderada pelos países

A concretização da visão para 2030 — em que todas as pessoas em risco de contrair VIH terão acesso a uma opção de prevenção adequada às suas necessidades — só é possível com uma resposta de prevenção do VIH transformada. O Quadro de Acesso Global à Prevenção 2030 oferece aos países uma abordagem nova e focada para atingirem os seus objetivos num ambiente com recursos limitados.

Para operacionalizar a iniciativa Prevenção 2030, os países são encorajados a desenvolver um **plano de ação** conciso, que descreva as transformações na área da prevenção que aumentarão o acesso a nível nacional. O plano de ação pode ser um aditamento aos roteiros, estratégias ou planos nacionais de prevenção do VIH já existentes.

Propõe-se que os países procurem concluir os seus planos de ação de prevenção do VIH até ao final de 2026. A lista de verificação do Quadro 4 pode ser utilizada para orientar este processo.

Quadro 4. Planeador de Prevenção 2030 — lista de verificação por país

	Data prevista
Estimativas de necessidades: Rever os denominadores de prevenção para as pessoas que necessitam de serviços direcionados	Abril 2026
Quadros de combinação de métodos: Definir objetivos numéricos anuais de acesso por população e intervenção	Abril 2026
Ferramentas de monitorização e avaliação: Atualizar as ferramentas para incluir o rastreio do uso geral da prevenção do VIH (ou seja, qualquer método na última exposição)	Junho de 2026
Plataformas de acesso: Mapear a utilização da prevenção por população e produto nos modelos de entrega	Junho de 2026
Abordagem de mercado global: Analisar a viabilidade do aumento do autocuidado e do empreendedorismo social	Agosto 2026
Necessidades de recursos: Estimar o financiamento interno e externo necessário para atingir os objetivos de acesso	Outubro 2026
Planeamento: Elaborar um Plano nacional de ação para a prevenção 2030	Dezembro 2026
Monitorização: Atualizar os indicadores de desempenho nacionais da Prevenção 2030	Anualmente
Rastreio de recursos: Avaliar os gastos com a prevenção; Foco nas despesas domésticas e com as populações-chave	Anualmente
Gestão: Realizar avaliação anual por pares do desempenho junto de entidades subnacionais e multissetoriais	Anualmente

Um apelo à ação

► OS GOVERNOS DOS PAÍSES IRÃO:

- Definir **objetivos** nacionais e subnacionais de programa, financiamento e impacto com base em estimativas detalhadas das necessidades e em conformidade com a Declaração Política das Nações Unidas de 2026, a Estratégia Global para a SIDA 2026–2031 e esta estrutura de acesso.
- Desenvolver **planos** de prevenção do VIH verdadeiramente liderados pelo país e bem priorizados, que promovam respostas de prevenção, passando de projetos fragmentados para programas integrados e titulados pelo país.
- Nomear uma **entidade nacional de liderança multissetorial** para a prevenção do VIH e reforçar a sua capacidade de liderar a resposta de prevenção.
- **Liderar e coordenar** a prevenção integrada do VIH no setor da saúde e multissetorial, incluindo ações nos setores governamentais, no setor privado e nas comunidades.
- Garantir o **financiamento interno adequado da prevenção**, incluindo a integração em planos de seguro de saúde social e orçamentos multissetoriais.
- Desenvolver uma abordagem sistémica nacional para **plataformas de acesso** à prevenção com plataformas diferenciadas para diferentes populações (mas *não* abordagens de projetos separados).
- Desenvolver e implementar um mecanismo de apoio aos **sistemas comunitários**, incluindo a contratação social de organizações da sociedade civil e lideradas pela comunidade que alcancem populações-chave e prioritárias.
- Liderar uma campanha de prevenção e coordenar a **comunicação sobre a prevenção do VIH centrada nas pessoas**, incluindo em espaços virtuais e promovendo conhecimentos, normas e competências relacionadas com a prevenção;
- Facilitar um processo regulamentar ágil para a introdução e garantia do acesso a produtos de **prevenção de longa duração**, procurando maximizar a utilização de recursos limitados e atendendo às diferentes preferências e necessidades das pessoas.
- Manter os investimentos em preservativos, agulhas, autotestes e outros **produtos de autocuidado**, aplicando uma “abordagem de mercado global” com papéis complementares para os setores público, de marketing social e privado.
- Acelerar as reformas necessárias nos ambientes jurídico e **e político** para que as pessoas mais afetadas possam aceder à prevenção do VIH; e adotar práticas de aplicação da lei que facilitem, em vez de obstruírem, o acesso à prevenção.

► OS PARCEIROS DE FINANCIAMENTO IRÃO:

- No seu próprio interesse, **manter o investimento** na prevenção do VIH nos países de baixo e médio rendimento, reconhecendo que uma pandemia não pode ser terminada a menos que a transmissão seja reduzida em todos os países.
- Apoiar uma **transição faseada** para a sustentabilidade que mantenha o acesso e a utilização de opções de prevenção, em vez do corte abrupto de financiamento dos programas de VIH.
- Envolver **mais financiadores**, incluindo países de rendimento elevado e médio-alto, e fundações, para financiar a prevenção com um foco sistemático nos países de baixo rendimento que têm uma elevada incidência de VIH e populações altamente vulneráveis.
- **Alinhar** os seus contributos com planos nacionais de prevenção sustentáveis, em vez de projetos específicos de doadores; apoiar os sistemas de saúde e comunitários existentes nos países; e seguir as diretrizes de custos sustentáveis para cada país.
- Continuar a apoiar o **acesso** a opções básicas de prevenção, como preservativos, agulhas limpas e PrEP oral;

- Apoiar os esforços dos países no sentido de alcançarem um **acesso rápido e acessível** a tecnologias inovadoras de prevenção de longa duração.

► AS ORGANIZAÇÕES COMUNITÁRIAS E OUTRAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL IRÃO:

- Identificar lacunas e **defender** o acesso equitativo a todas as opções adequadas de prevenção do VIH para todas as populações-chave e prioritárias (incluindo, entre outras, mulheres, homens e jovens em locais com elevada incidência de VIH, trabalhadores(as) do sexo, homossexuais e outros homens que têm sexo com homens, pessoas que injetam drogas, pessoas transgénero e reclusos).
- Liderar o desenvolvimento de programas de **acesso fiáveis** para populações-chave, jovens, mulheres e homens, incluindo pessoas que vivem com VIH, e trabalhar no sentido de eliminar as barreiras de acesso, incluindo leis punitivas e requisitos de idade restritivos.
- Reforçar os **sistemas comunitários**, incluindo a monitorização e a vigilância lideradas pela comunidade, para melhorar a qualidade dos serviços de prevenção e dos dados, o acompanhamento do progresso e a elaboração de relatórios.
- Responsabilizar os governos e outros atores **pelo** progresso rumo aos objetivos de prevenção através de uma defesa construtiva; e desenvolver estruturas para feedback, comunicação e resolução de problemas entre os sistemas comunitários e governamentais.
- Desenvolver e implementar intervenções para **reduzir o estigma e a discriminação relacionados com o VIH** em contextos de saúde, comunidade, justiça, local de trabalho, educação e humanitários.

► OS PARCEIROS TÉCNICOS IRÃO:

- Liderar a nível global e estimular o **ímpeto político** para a prevenção do VIH, em consonância com o mandato da Declaração Política da ONU de 2026.
- Apoiar a recolha e análise de dados detalhados para desenvolver **estimativas das necessidades de prevenção**, uma combinação ideal de opções de prevenção e orientações para a utilização mais eficaz do financiamento internacional para a prevenção do VIH.
- Fornecer **orientação, ferramentas** e apoio técnico para desenvolver programas; gerar procura; e utilizar novas estratégias de implementação para alcançar o acesso sustentável às opções de prevenção.
- Trabalhar com os governos, a indústria e as comunidades para garantir a acessibilidade financeira, o licenciamento e a rápida aprovação regulamentar nos países, bem como a inclusão de **novas opções de prevenção** como parte da cobertura universal de saúde.

► O SETOR PRIVADO IRÁ:

- Aproveitar a utilização de **plataformas de acesso do setor privado** para a prevenção do VIH, incluindo farmácias, redes de retalho, sistemas de cadeia de abastecimento, marketing, colaboração com instituições sociais e mercados online.
- Fazer avançar a prevenção do VIH em **espaços virtuais** através de plataformas de IA generativa e da integração da prevenção do VIH em aplicações de encontros e outras plataformas de redes sociais.
- Desenvolver e introduzir **produtos de prevenção inovadores** e trabalhar com os governos dos países de baixo e médio rendimento e parceiros técnicos e de financiamento internacionais para garantir o acesso equitativo e preços acessíveis.

Anexos

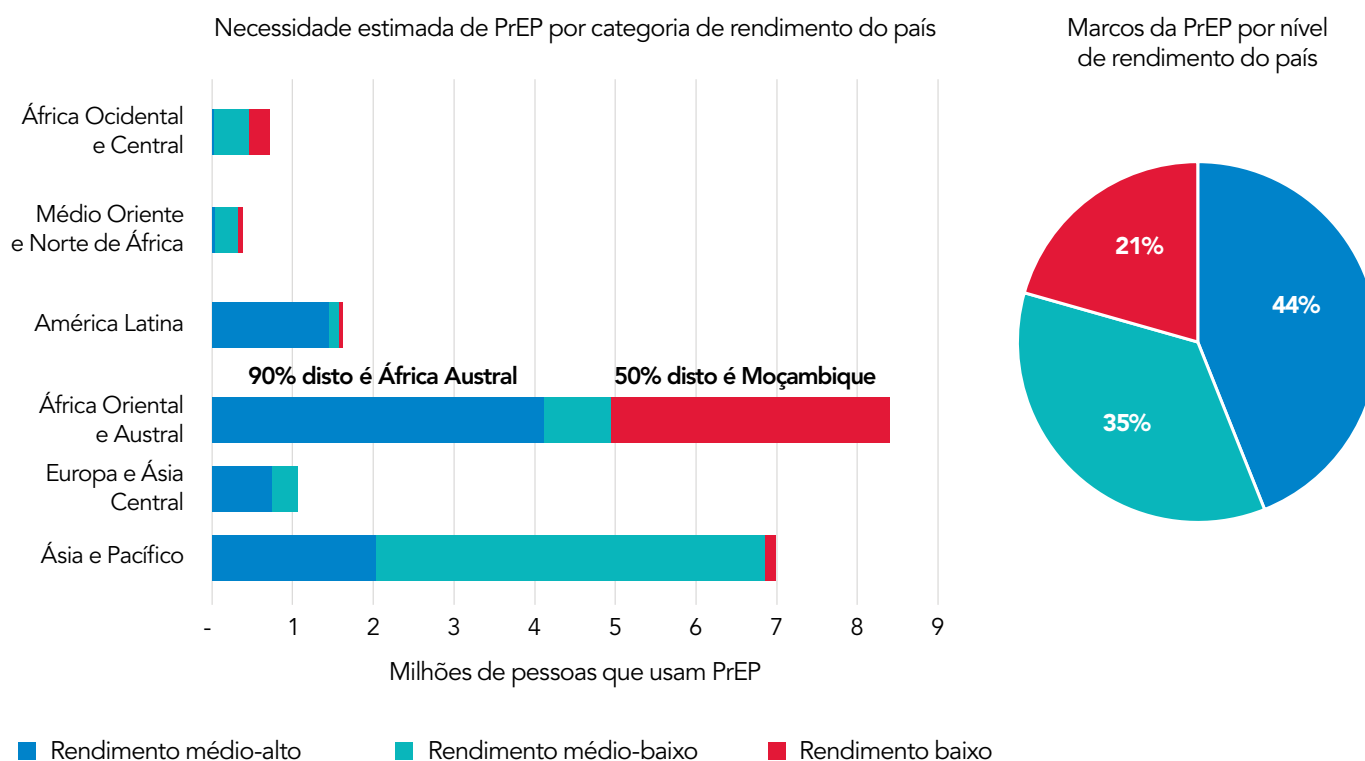
Anexo 1: Marcos, estimativas epidemiológicas e de recursos e outras orientações

Quadro 1. Objetivos detalhados de prevenção do VIH para 2030

	Objetivo	Fontes dos dados	Estado
1	90% das pessoas que necessitam de prevenção utilizam opções de prevenção adequadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes (PrEP, PEP, preservativos, programas de troca de seringas/agulhas, OAMT).	Inquéritos à população.	Objetivo 2025
2	80% das pessoas utilizam preservativo na última relação sexual com parceiros não fixos.	Inquéritos à população. (Monitorização global da SIDA (GAM) 1.14.)	Novo
3	50% das pessoas com elevado risco de contrair o VIH (incluindo as populações-chave) utilizam opções de prevenção eficazes baseadas nos ARV: PrEP oral, PrEP de longa duração, PEP (níveis-alvo em consonância com a epidemiologia e as escolhas das pessoas).	Registos de programas.	Novo
4	95% dos(as) trabalhadores(as) do sexo e dos seus clientes usaram preservativo na última relação sexual paga.	Vigilância biológica e comportamental integrada (IBBS), inquéritos à população.	Novo
5	95% das pessoas que injetam drogas utilizaram equipamento de injeção seguro na última injeção.	IBBS. (GAM 1.8.)	Novo
6	50% de utilização de OAMT entre as pessoas que injetam opióides.	Dados do programa, IBBS. (GAM 1.10.)	Objetivo 2025
7	95% de adolescentes do sexo feminino e jovens mulheres, mulheres adultas, grávidas e lactantes, e adolescentes do sexo masculino e homens em contextos com elevada incidência de VIH eficazmente alcançados com programas de prevenção do VIH centrados nas pessoas (contacto com os serviços de saúde relacionados com a prevenção do VIH (incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva, acções comunitárias, intervenções virtuais, escolas e outros prestadores de serviços).	Inquéritos à população ou dados do programa.	Novo
8	90% das escolas oferecem educação sobre o VIH e a sexualidade com foco nas competências para a vida.	Questionário anual do censo escolar ou questionário do Inquérito Anual sobre Educação Formal do Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).	Objetivo 2025

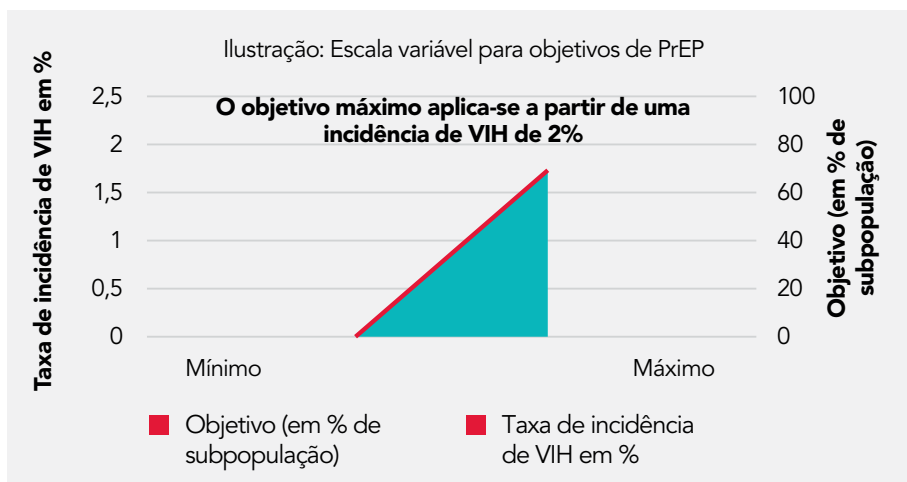
9	95% das populações-chave alcançadas eficazmente com programas de prevenção do VIH centrados nas pessoas.	Dados do programa, IBBS. (GAM 1.6, 1.7.)	Objetivo 2025
10	95% das necessidades estimadas de preservativos estão disponíveis e distribuídas.	Dados de programas versus estimativas de necessidades.	Novo
11	95% das necessidades estimadas de PrEP estão disponíveis e distribuídas.	Dados do programa versus estimativas de necessidades.	Novo
12	95% das necessidades estimadas de PEP estão disponíveis e distribuídas.	Dados do programa versus estimativas de necessidades.	Novo
13	95% das necessidades estimadas de seringas estéreis estão disponíveis e distribuídas.	Dados do programa versus estimativas de necessidades.	Novo
14	80% dos programas de prevenção do VIH centrados nas pessoas para populações-chave a ser ministrados por organizações lideradas pela comunidade.	O trabalho sobre as fontes e os métodos de medição está em curso. Os dados das políticas sobre o ambiente operacional para a prestação de serviços liderados pela comunidade estão a ser utilizados como medidas indiretas.	Objetivo 2025
15	90% de todas as pessoas que vivem com VIH terão a carga viral suprimida até 2030, aumentando para 95% até 2040.	Dados do programa mais estimativas epidemiológicas. (GAM 2.3.)	Novo

Figura 1. Marcos da PrEP por região e nível de rendimento (2030)



Fonte: ONUSIDA Análise especial baseada em estimativas de necessidades em consonância com os objetivos globais para 2030

Quadro 2. Pressupostos que fundamentam os marcos da PrEP

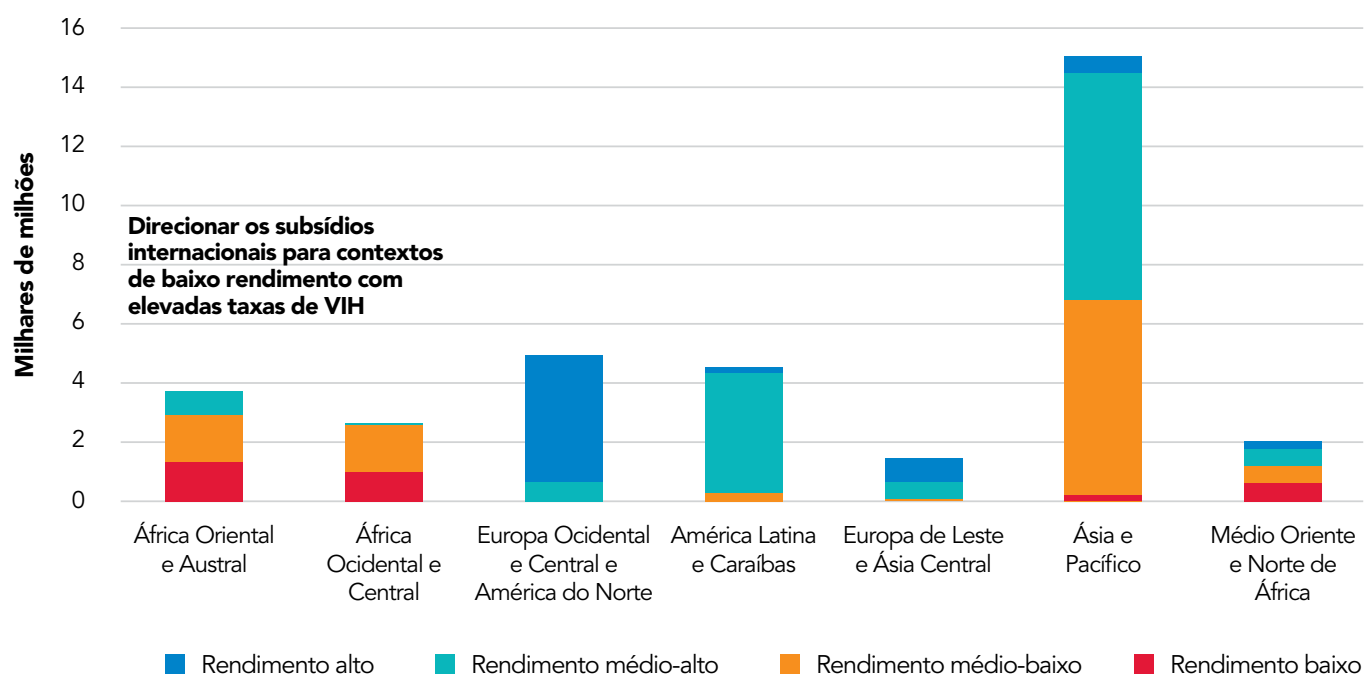


Justificação geral: o nível de incidência do VIH em subpopulações específicas e a dimensão dessas populações indicam a necessidade de PrEP

Descrição	Populações-chave			
	Jovens e adultos em contextos com elevada incidência de VIH	Trabalhadoras do sexo	Homens que têm sexo com homens, mulheres transgénero	Pessoas que usam drogas injetáveis, reclusos
Objetivo máximo	80%	80%	80%	50%
Limites da taxa de incidência de VIH (Aplicar a taxa de incidência basal do VIH de 2024 até 2030)	O objetivo máximo aplica-se a partir de	2%		
	A escala variável para os objetivos começa em	0,2%	0%	
Outras considerações para populações específicas	Recomenda-se a aplicação de objetivos com base nas taxas de incidência do VIH em subcategorias da população sexualmente ativa (pessoas com parceiros não fixos e fixos)		Aplicar um objetivo mínimo de 20% do tamanho da população (incluindo trabalhadores do sexo e transgénero)	Na maioria dos países, mais de metade das pessoas que injetam drogas utilizam equipamento de injeção seguro, portanto, um objetivo máximo de 50% na maioria dos contextos
Limite mínimo geral*	5 pessoas em PrEP por nova infecção estimada por VIH num país			

*O limiar mínimo geral corrige a incerteza nos pressupostos da subpopulação, em particular o tamanho da população e as taxas de incidência do VIH.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em: [Recomendações preliminares - Equipa de Trabalho Global para a Definição de Objetivos do VIH para 2030 \(https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/global-hiv-target-setting-2030-global-task-2030-targets-recommendations\)](https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/global-hiv-target-setting-2030-global-task-2030-targets-recommendations)

Figura 2. Marcos do uso do preservativo por região e grupo de rendimento do país

Fonte: ONUSIDA Análise especial baseada nas estimativas das necessidades de prevenção do Spectrum para 2030

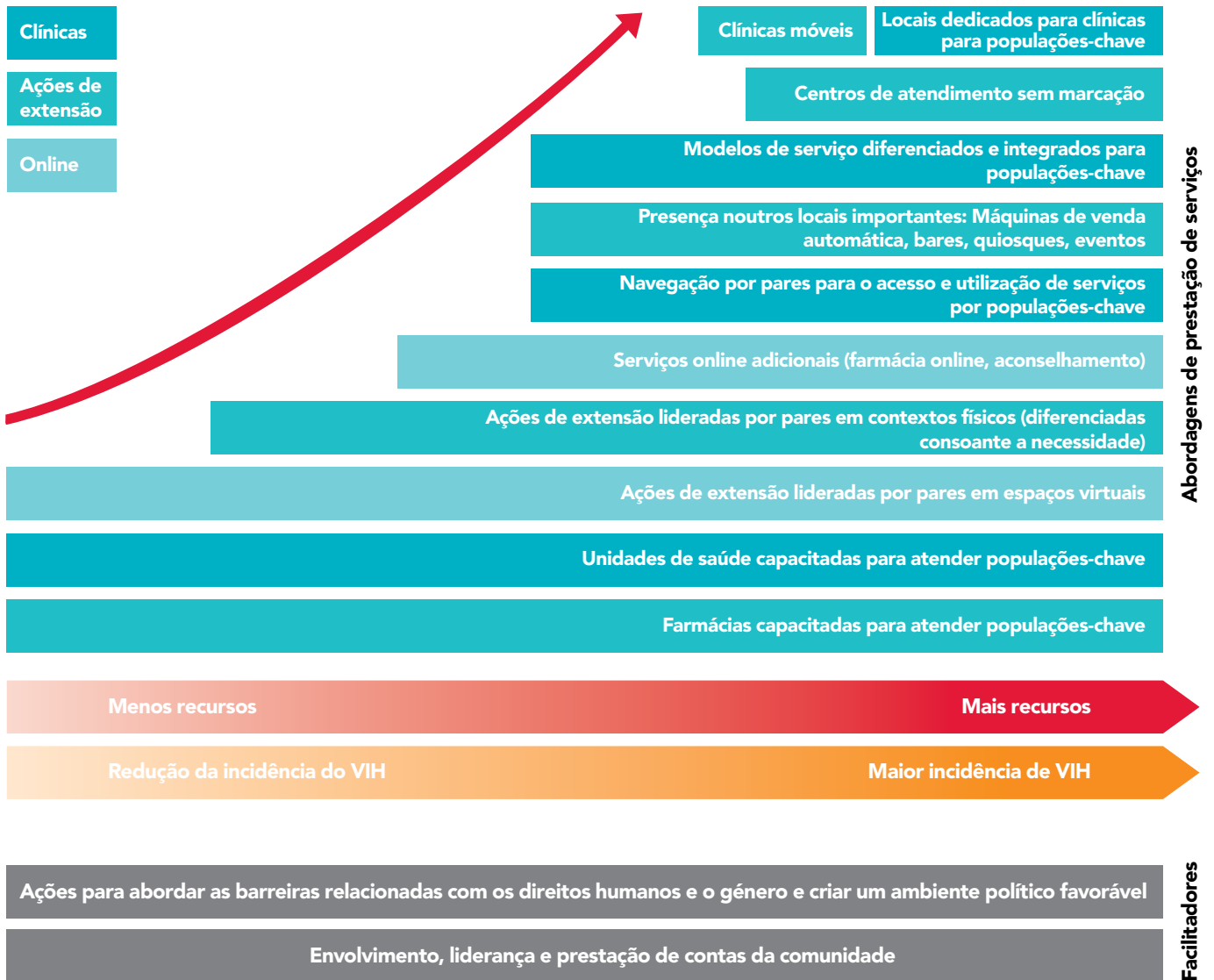
Quadro 3. Tamanho médio estimado da população das principais regiões

População	Trabalhadores(as) do sexo			Homossexuais e outros homens que têm sexo com homens			Mulheres transgénero			Pessoas que injetam drogas			
	Região	Mediana	Q1	Q3	Mediana	T1	Q3	Mediana	Q1	Q3	Mediana	Q1	Q3
Ásia e Pacífico		0,28%	0,21%	0,57%	0,91%	0,78%	1,60%	0,18%	0,07%	0,37%	0,14%	0,03%	0,31%
Caraíbas		1,63%	1,58%	1,69%	1,67%	1,63%	1,82%	0,06%	0,05%	0,15%	Como América Latina		
Europa de Leste e Ásia Central		0,39%	0,26%	0,42%	0,81%	0,64%	0,97%	0,08%	0,08%	0,08%	1,06%	0,70%	1,69%
África Oriental e Austral		0,79%	0,52%	0,93%	0,73%	0,58%	0,86%	0,21%	0,12%	0,25%	0,20%	0,11%	0,66%
América Latina		0,53%	0,33%	0,83%	1,73%	1,23%	1,80%	0,10%	0,10%	0,18%	0,21%	0,21%*	0,21%**
Médio Oriente e Norte de África		0,37%	0,31%	0,60%	0,68%	0,49%	0,79%	0,13%			0,23%	0,12%	0,34%
África Ocidental e Central		0,55%	0,49%	0,70%	0,38%	0,15%	0,39%	0,04%	0,03%	0,07%	0,16%	0,09%	0,23%
América do Norte		O mesmo que a Europa Ocidental e Central			2,68%	2,59%	2,77%	0,61%	0,60%	0,63%	0,57%	0,57%*	0,57%**
Europa Ocidental e Central		0,29%	0,26%	0,53%	2,06%	1,46%	2,52%	0,26%	0,26%*	0,26%**	0,51%	0,46%	0,63%

Fonte: Análise especial, Guia da ONUSIDA 2026 para a atualização das estimativas do Spectrum HIV.

Nota: Q1 e Q3 representam os intervalos interquartis. Descrevem o intervalo dentro do qual foram encontrados os tamanhos populacionais em metade dos países da região.

Figura 3. Ferramenta de tomada de decisão passo a passo para modelos de cuidados a populações-chave



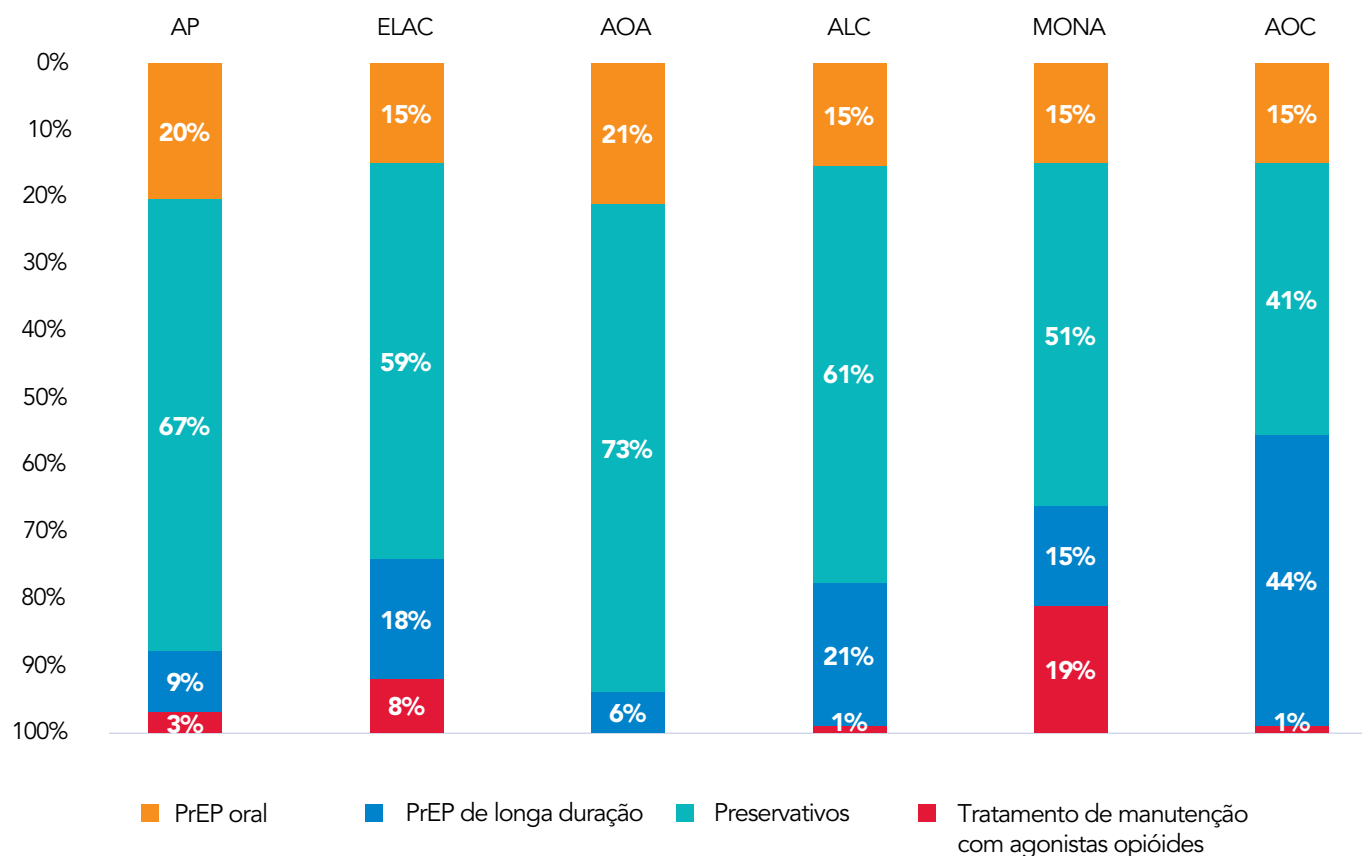
Os facilitadores são uma base que engloba algumas ações que não exigem muitos recursos e outras que exigem. As necessidades específicas devem ser tidas em conta com base no ambiente legal e político do país e na disponibilidade de recursos.

Nota: PC = população-chave

Fonte: Planeamento e gestão de programas de VIH com populações-chave, Coligação Global de Prevenção do VIH, Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA; 2025. (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>)

Figura 4. Necessidades de recursos para a prevenção do VIH

a. Participação das necessidades de recursos (em percentagem de dólares americanos) em 2030 para produtos e serviços de prevenção do VIH, por região da ONUSIDA



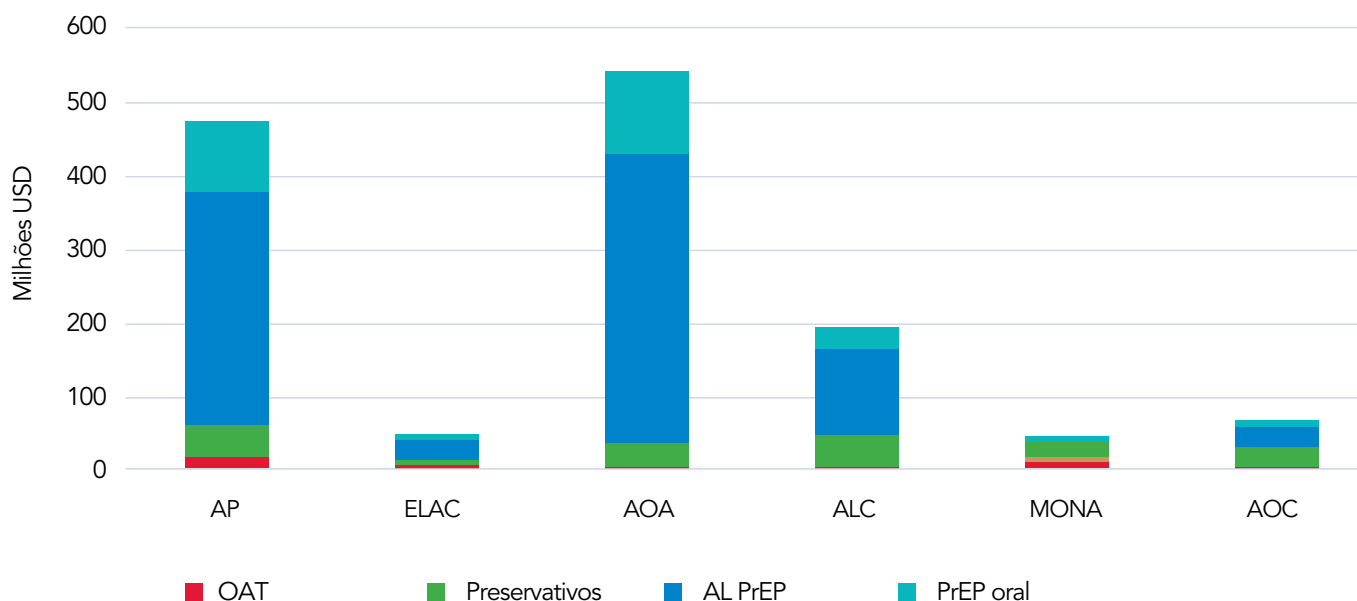
Notas: Profilaxiapré-exposição de longa duração = PrEP de longa duração; Terapêutica de manutenção com agonistas opióides = OAMT.

AP = Ásia-Pacífico; EECA = Europa de Leste e Ásia Central; ESA = África Oriental e Austral; LAC: = América Latina e Caraíbas; MENA = Médio Oriente e Norte de África; WCA = África Ocidental e Central.

A desagregação por método é apenas indicativa, devido aos pressupostos utilizados para estimar o custo, que varia para os diferentes produtos. A quota exacta de cada método, em particular de novos produtos de longa duração, não pode ser prevista com precisão, uma vez que dependerá das preferências do utilizador, da evolução dos preços e, potencialmente, de novos produtos no mercado.

Fonte: Estimativas financeiras da ONUSIDA e projeção das necessidades de recursos para 2026–2030, julho de 2025.

b. Necessidades de recursos (em dólares americanos) em 2030 para produtos e serviços de prevenção do VIH por região da ONUSIDA

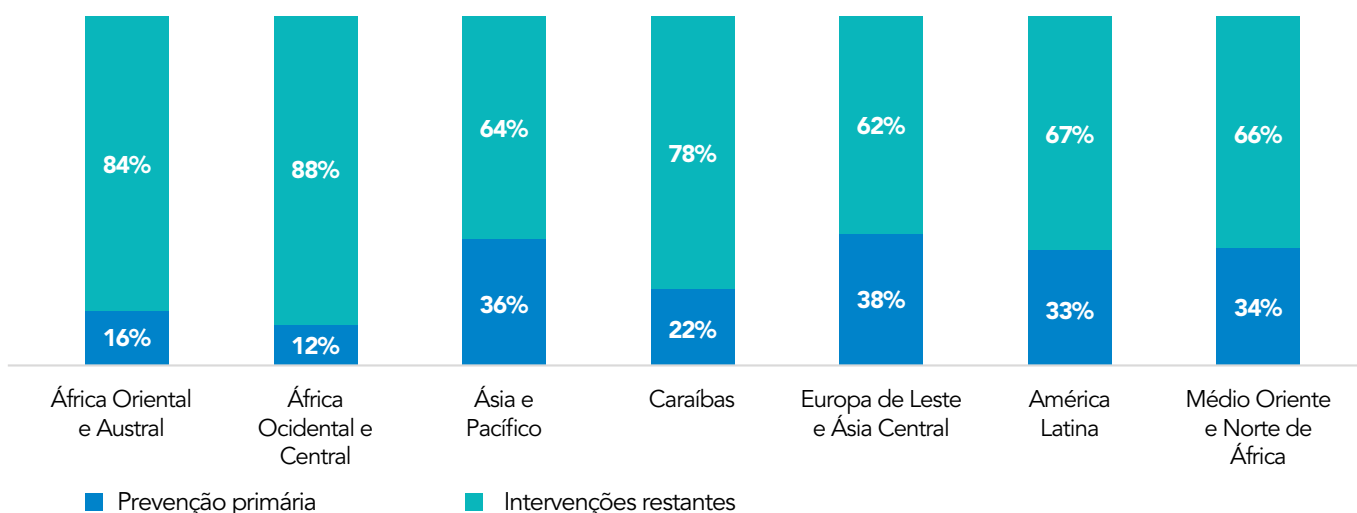


Notas: Profilaxia pré-exposição de longa duração = PrEP de longa duração; Terapêutica com agonistas opióides = terapêutica com agonistas opióides.

AP =: Ásia-Pacífico; EECA = Europa de Leste e Ásia Central; ESA = África Oriental e Austral; LAC = América Latina e Caraíbas; MENA = Médio Oriente e Norte de África; WCA = África Ocidental e Central.

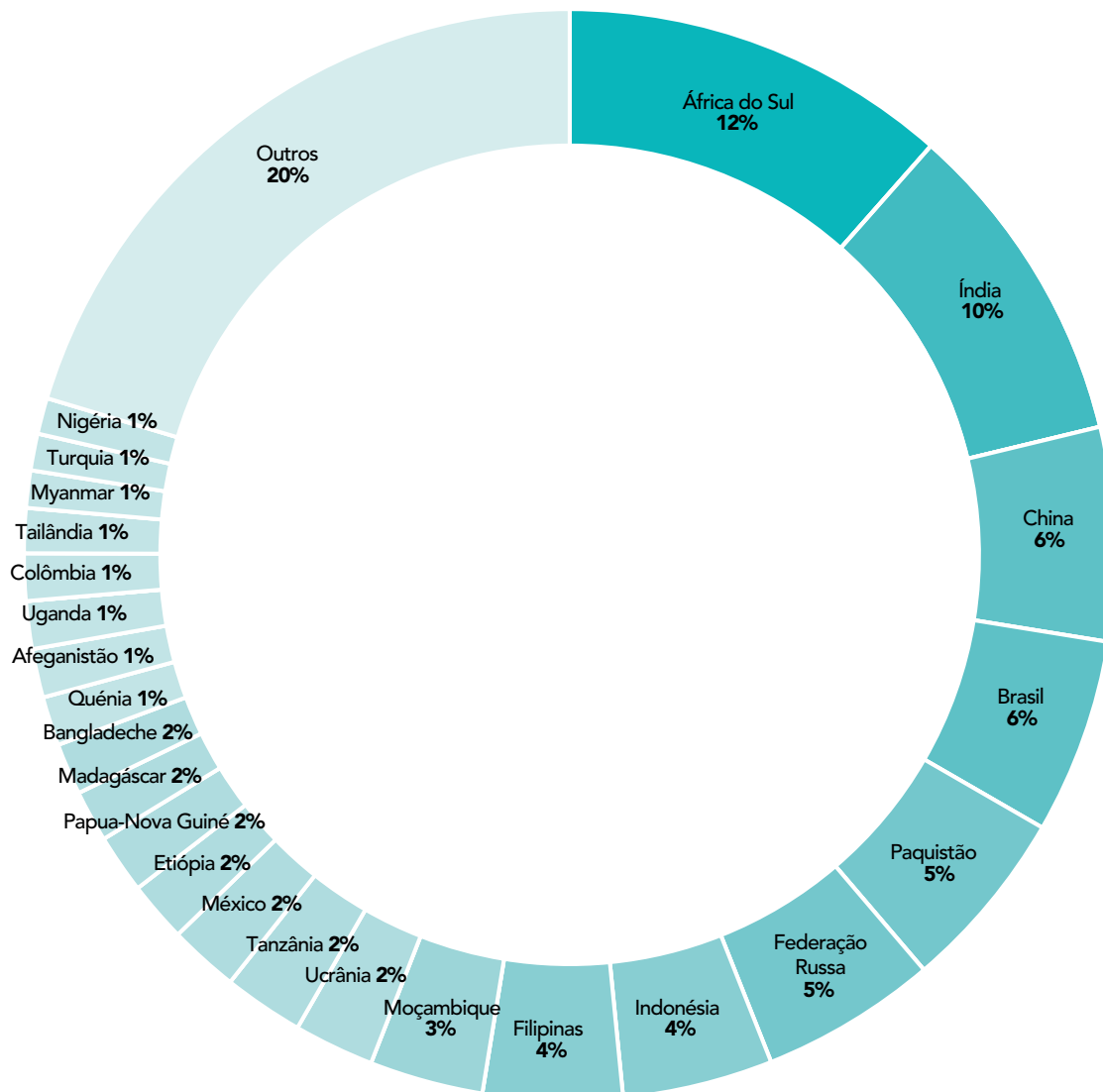
Fonte: Estimativas financeiras da ONUSIDA e projeção das necessidades de recursos para 2026–2030, julho de 2025.

c. Distribuição das necessidades de recursos para a prevenção primária do VIH em 2030, por região



Fonte: A SIDA, a crise e o poder de transformação: Atualização Global da ONUSIDA sobre a SIDA 2025. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025. página 114

d. Proporção das necessidades de recursos para a prevenção primária do VIH até 2030 em países de baixo e médio rendimento



Fonte: Estimativas financeiras da ONUSIDA e projeção das necessidades de recursos para 2026–2030, julho de 2025.

Quadro 4. Proporção dos recursos alocados ao VIH gastos em prevenção, países selecionados

País	Ano	Percentagem dos recursos totais alocados ao VIH gastos em prevenção	Percentagem dos recursos nacionais alocados ao VIH gastos em prevenção
Afeganistão	2024	49	0
Angola	2024	10	9
Antígua e Barbuda	2023	9	9
Arménia	2024	35	18
Azerbaijão	2024	29	28
Bangladeche	2023	39	21
Belize	2023	8	3
Benim	2024	35	18
Butão	2024	45	0
Brasil	2024	7	7
Burquina Faso	2024	4	6
República Centro-Africana	2024	3	0
Chile	2024	28	28
Costa Rica	2024	5	5
Dominica	2023	50	50
República Dominicana	2024	20	23
El Salvador	2024	18	19
Etiópia	2023	10	12
Geórgia	2024	50	47
Gana	2023	8	1
Guatemala	2024	37	29
Guiné	2024	4	0
Honduras	2024	33	32
Índia	2024	27	27
Cazaquistão	2024	8	6

Quênia	2024	8	5
Quirguistão	2024	13	1
RDP Laos	2024	30	23
Maláui	2024	15	0
Malásia	2024	14	10
Mali	2024	38	38
Nepal	2024	21	1
Panamá	2024	20	23
Papua-Nova Guiné	2023	14	4
Peru	2024	43	44
Filipinas	2024	6	6
República da Moldova	2024	34	28
Ruanda	2024	9	0
Seicheles	2024	39	39
Singapura	2024	6	6
África do Sul	2024	9	5
Tajiquistão	2023	32	13
Tailândia	2023	15	12
Timor-Leste	2024	49	57
Togo	2024	11	6
Uzbequistão	2023	20	12
Zimbabué	2023	21	0
TOTAL	2023/2024	11	8

Fonte: Análise especial a partir do conjunto de dados de monitorização global da SIDA. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Dez países adicionais (Burundi, Chade, China, Egito, Gâmbia, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, Senegal, Sri Lanka e Emirados Árabes Unidos) apresentaram valores de 0% para ambos os indicadores e, por isso, não estão incluídos neste quadro.

Anexo 2: Recursos para a prevenção do VIH

Ferramentas de planeamento da prevenção

- Materiais de formação da ONUSIDA sobre estimativas de VIH ([disponíveis online aqui](#))
- Materiais de formação sobre a estimativa das necessidades de prevenção do VIH ([disponíveis online aqui](#))
- ONUSIDA Atlas das populações-chave ([disponível online aqui](#))
- ONUSIDA Painel financeiro sobre o VIH ([disponível online aqui](#))
- ONUSIDA Ferramenta de avaliação das necessidades de preservativos ([disponível online aqui](#))
- Naomi Visualizador de estimativas subnacionais de VIH ([disponível online aqui](#))
- Estimativas subnacionais de VIH em populações prioritárias (SHIPP) (SHIPP) ([disponível online aqui](#))
- Ferramenta de planeamento, monitorização e avaliação da implementação da PrEP-It ([disponível online aqui](#))
- FHI360 Kit de ferramentas para criar campanhas de redes sociais que promovam o uso do preservativo ([disponível online aqui](#))
- OMS Ferramenta de implementação para a PrEP da infeção pelo VIH ([disponível online aqui](#))
- GPC Cinco ferramentas de autoavaliação para a prevenção do VIH (PSAT) ([disponíveis online aqui](#))

Orientação técnica sobre a prevenção do VIH

- OMS PrEP diferenciada e simplificada para a prevenção do VIH ([disponível online aqui](#))
- OMS Orientações sobre o lenacapavir para a prevenção do VIH e estratégias de teste para a profilaxia pré-exposição injetável de longa duração OMS ([disponíveis online aqui](#))
- OMS Prevenção do VIH através da circuncisão masculina voluntária segura para adolescentes do sexo masculino e homens em epidemias generalizadas de VIH ([disponíveis online aqui](#))
- OMS Orientações consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados relacionados com o VIH, hepatite viral e IST para populações-chave ([disponíveis online aqui](#))
- Desenvolver programas eficazes de preservativos: resumo técnico ([disponível online aqui](#))
- Comunicação de prevenção do VIH centrada nas pessoas: Abordagens consolidadas para a geração de procura e aspetos comportamentais da prevenção do VIH ([disponível online aqui](#))
- Planeamento e gestão de programas de VIH com populações-chave ([disponível online aqui](#))
- Programas de distribuição de agulhas e seringas a pessoas que injetam drogas. OMS Guia operacional ([disponível online aqui](#))
- Orientações sobre o orçamento e o planeamento de recursos para a implementação de intervenções virtuais como parte das respostas ao VIH ([disponível online aqui](#))
- Intervenções virtuais em resposta ao VIH, infeções sexualmente transmissíveis e hepatite viral: resumo das políticas ([disponível online aqui](#))
- Intervenções virtuais contra o VIH: Um guia de orçamentação e programação. [disponível online aqui](#))

Sustentabilidade da prevenção

- Fórum de Liderança em VIH: Implementação de contratos sociais para a prevenção do VIH ([disponível online aqui](#))
- GPC Contratos sociais:: Conceitos e exemplos ([disponível online aqui](#), ou [aqui](#))
- GPC Apoiar a priorização no contexto dos cortes no financiamento do VIH ([disponível online aqui](#))
- Reforço da liderança nacional para programas (de prevenção) do VIH sustentáveis: um resumo das políticas para os líderes governamentais ([disponível online aqui](#))

Relatórios de progresso da prevenção do VIH

- Indicadores de desempenho da Coligação Global de Prevenção do VIH ([disponível online aqui](#))
- ONUSIDA Atualização global sobre a SIDA 2025 ([disponível online aqui](#))

Outros recursos sobre prevenção do VIH

- Rede de Aprendizagem Sul-Sul sobre prevenção do VIH ([disponível online aqui](#))
- Novas direções na medição da prevenção combinada do VIH ([disponível online aqui](#))
- PrEP Watch ([disponível online aqui](#))

Referências

- 1 UNAIDS epidemiological estimates 2025 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). (Unless indicated otherwise, HIV estimates and projections cited in this report are UNAIDS estimates.)
- 2 Global AIDS Monitoring 2021–2025, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- 3 National Commitments and Policy Instrument, 2017–2024 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>), supplemented by additional sources (see references in <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- 4 Venter WDF, Gandhi M, Sokhela S, Sikwese, Bygrave H, Da Gama L. The long wait for long-acting HIV prevention and treatment formulations. *The Lancet HIV*. 2024;11(10):e711–e716 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39159655/>).
- 5 Marcus JL, Sewell WC, Balzer LB, Krakower DS. Artificial intelligence and machine learning for HIV prevention: emerging approaches to ending the epidemic. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2020;17(3):171–179. Online at (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-020-00490-6>).
- 6 Sandefur J, Kenny C, USAID cuts: new estimates at the country level. Washington, DC: Center For Global Development; 2025 (<https://www.cgdev.org/blog/usaids-cuts-new-estimates-country-level>).
- 7 Congressional budget justification: Department of State, foreign operations, and related programs—fiscal year 2026. Washington, DC: U.S. Department of State; 2025 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/05/FY-2026-State-CBJ-.pdf>).
- 8 Grant adaptation measures for grant cycle 7. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2025-05-16-gc7-grant-adaptation-measures/>).
- 9 Alcorn K. US funding cuts cause immediate drops in numbers testing and on HIV treatment. London: Aidsmap; 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/us-funding-cuts-cause-immediate-drops-numbers-testing-and-hiv-treatment>).
- 10 PrEP delivery imperiled. New York: AVAC; 2025 (<https://avac.org/resource/infographic/prep-delivery-imperiled/>).
- 11 UNAIDS financial estimates, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; May 2025.
- 12 Global AIDS monitoring dataset. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
- 13 AIDSInfo: Global data on HIV epidemiology and response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- 14 The effectiveness of behavioural interventions to prevention HIV. A compendium of evidence. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017, updated 2019 (The-effectiveness-of-behavioural-interventions-to-prevent-HIV.-A-compendium-of-evidence_final.pdf).
- 15 Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).
- 16 Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).
- 17 GC7 programmatic prioritization approach “protecting and enabling access to lifesaving services”. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2025-06-06-gc7-grant-reprioritization/>).
- 18 Comprehensive national HIV communications strategy for Zimbabwe: 2019–2025. Harare: Ministry of Health and Childcare; 2019 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/Zimbabwe-National-HIV-Communications-Strategy-2019-2025.pdf>).

- 19** Kamitani E, Mizuno Y, Khalil GM, Viguier A, DeLuca JB, Mishra N. Improving HIV preexposure prophylaxis uptake with artificial intelligence and automation: a systematic review. *AIDS*. 2024;38(10):1560–1569. (https://journals.lww.com/aidsonline/abstract/2024/08010/improving_hiv_preexposure_prophylaxis_uptake_with.14.aspx).
- 20** Rice E, Yoshioka-Maxwell A, Petering R, Onasch-Vera L, Craddock J, Tambe M. et al. Piloting the use of artificial intelligence to enhance HIV prevention interventions for youth experiencing homelessness. *J Soc Social Work Res*. 2018;9(4):551–573 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/701439>).
- 21** Wilde B, Onasch-Vera L, Diguseppi G, Petering R, Hill C, Yadav A, et al. Clinical trial of an AI-augmented intervention for HIV prevention in youth experiencing homelessness. In proceedings of the AAAI conference on artificial intelligence. 2021;35(17):14948–14956 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/701439>).
- 22** Scalable and sustainable primary HIV prevention models for people from key populations. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2026.
- 23** Planning and managing HIV programmes with key populations. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>).
- 24** Goldstein D, Salvatore M, Ferris R, Phelps BR, Minior T. Integrating global HIV services with primary health care: a key step in sustainable HIV epidemic control. *The Lancet Glob Health*. 2023;11(7):e1120–e1124 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00156-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00156-0/fulltext)).
- 25** Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf).
- 26** Coleman M, Akolo C, Mbanusi A, Sithole B, Siberry GK, Schowen R, et al.. Integrating HIV and primary healthcare for key populations: community-led models from Vietnam, Nigeria and Eswatini. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(9):e70027 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.70027>).
- 27** Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Novel platforms for biomedical HIV prevention delivery to key populations—community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP delivery, and the use of telemedicine. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021;1-8 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-021-00578-7>).
- 28** Planning and managing HIV programmes with key populations: considerations for delivering and sustaining HIV services through trusted access platforms for sex workers, people who use drugs, men who have sex with men and trans and gender diverse people. Geneva: Global Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>)
- 29** Policy brief: virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis innovate—implement—integrate. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf).
- 30** Patel P, Kerzner M, Reed JB, Sullivan PS, El-Sadr WM. Public health implications of adapting HIV pre-exposure prophylaxis programs for virtual service delivery in the context of the COVID-19 pandemic: systematic review. *JMIR Public Health and Surveill*. 2022;8(6):e37479 (<https://publichealth.jmir.org/2022/6/e37479/>).

- 31** Artificial intelligence to enhance HIV prevention in age of disruptions: Recommendations from the Audere and Desmond Tutu Health Foundation Expert Consultation. Fairways, South Africa: Audere and Desmond Tutu Health Foundation; 2025 (<https://static1.squarespace.com/static/64ff6a6dd00b77132a60f99b/t/687023a99f37d903417775b8/1752179626426/Leveraging+AI+to+enhance+HIV+prevention+v3.pdf>).
- 32** Prioritized, efficient, effective and sustainable prevention at a time of uncertain financing: considerations for countries to make in 2025 with a 2030 horizon. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/supporting-prioritization-context-hiv-funding-cuts>).
- 33** The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?sequence=1>).
- 34** Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023;402(10400):464–471.
- 35** Phillips AN, Hickey MD, Shade SB, Kabami J, Ayieko J, Revill P, et al. Dynamic choice HIV prevention with long-acting injectable cabotegravir pre-exposure prophylaxis in east, central, southern, and west Africa: a cost-effectiveness modelling analysis. *The Lancet HIV*. 2025;12(10):e701–e711 ([https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(25\)00169-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00169-9)).
- 36** Kavanagh MM, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A, et al. Law, criminalisation and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Glob Health*. 2021;6(8):e006315 (<https://gh.bmj.com/content/6/8/e006315>).
- 37** Condom situation analysis dashboard, 2024-07 Global HIV Prevention Coalition. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/condom-situation-analysis-dashboard-2024-07>
- 38** Sia D, Tchouaket ÉN, Hajizadeh M, Karemere H, Onadja Y, Nandi A. The effect of gender inequality on HIV incidence in Sub-Saharan Africa. *Publ Health*. 2020;182:56–63 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335062030024X>).
- 39** Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *Afr J Reproduc Gynaecol Endosc*. 2014;17(1) (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.7448/IAS.17.1.18845>).
- 40** Lyons CE, Rwema JOT, Makofane K, Diouf D, Njindam IM, Ba I. Associations between punitive policies and legal barriers to consensual same-sex sexual acts and HIV among gay men and other men who have sex with men in sub-Saharan Africa: a multicountry, respondent-driven sampling survey. *The Lancet HIV*. 2023;10(3):e186–e194 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/am/pii/S2352301822003368>).
- 41** Centring human rights in sustainable HIV responses. UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights. Geneva: UNAIDS; 2025 (<https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2025/11/UNAIDS-Reference-Group-on-Human-Rights-Minimum-Standards-in-a-Sustainable-HIV-Response-August-2025.pdf>).
- 42** Botswana: sustainability and transition readiness assessment and roadmap for HIV and TB. Boston: Pharos Global Health Advisors for the Botswana National AIDS and Health Promotion Council; 2024 (<https://pharosglobalhealth.com/projects/botswana-hiv-sustainability-and-transition-roadmap/>
- 43** Sustaining effective leadership to secure gains, bridge disparities and expedite progress: a position paper on the leadership role of national AIDS coordinating authorities in the future of HIV prevention, sustainable health and preventing future pandemics. HIV Leadership Forum. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2023 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/65672199206bd9877c96d9c9_PP_HIV_en_dig.pdf).
- 44** Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, Yap XF, Kedziora DJ, Grantham KL, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet HIV*. 2018;5(4):e190–e198.
- 45** Silhol R, Booton RD, Mitchell KM, Stannah J, Stevens O, Dimitrov D, et al. Identifying priority populations for HIV interventions using acquisition and transmission indicators: a combined analysis of 15 mathematical models from 10 African countries. *medRxiv*. 2025;2025-03 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.03.17.25324139v1.full>).

- 46 Silhol R, Anderson RL, Stevens O, Stannah J, Booton RD, Baral S, et al. Measuring HIV acquisitions among partners of key populations: estimates from HIV transmission dynamic models. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2024;95(1S):e59–e69 (https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2024/01011/measuring_hiv_acquisitions_among_partners_of_key.7.aspx?context=latestarticles)
- 47 Birdthistle, I, Risher, K. Estimating the size of the priority populations of AGYW in settings with high HIV incidence. Think tank presentation 11 May 2022.
- 48 Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. New HIV infections among key populations and their partners in 2010 and 2022, by world region: a multisources estimation. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2024;95(1S):e34–e45.
- 49 Neal JJ, Prybylski D, Sanchez T, Hladik, W. Population size estimation methods: searching for the holy grail. *JMIR Publ Health Surveill.* 2020;6(4):e25076 (<https://publichealth.jmir.org/2020/4/e25076>).
- 50 UNAIDS special analyses, 2025 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- 51 Banadakoppa MR, Bhattacharjee P, Shaw SYN, Gitonga J, Kioko J, Songok F. A sub-national HIV epidemic appraisal in Kenya: a new approach for identifying priority geographies, populations and programmes for optimizing coverage for HIV prevention. *J Int AIDS Soc.* 2024;27:e26245 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jia2.26245>)
- 52 Platt L, Wut Yee Kyaw K, Rathod SD, Yu Naing A, Garkov S, Bijl M, et al. The effect of location in mining or borderland areas on HIV incidence among people who use drugs attending a harm reduction programme in Myanmar, 2014–2021: a retrospective cohort study. *PLoS One.* 2025;20(5):0295727 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0295727>).
- 53 Malburg CM, Gutreuter S, Ruiseñor-Escudero H, Abdul-Quader A, Hladik W. Population size estimation of men who have sex with men in low-and middle-income countries: Google trends analysis. *JMIR Publ Health Surveill.* 2025;11:e58630.
- 54 National HIV prevention road map 2022–2025 (Mozambique). Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2022 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/national-hiv-prevention-road-map-2022-2025-mocambique>).
- 55 Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S, et al. The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among men who have sex with men in Thailand: a modelling study. *The Lancet Reg Health-Southeast Asia.* 2022;7 ([https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(22\)00113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00113-5/fulltext)).
- 56 Noriega Minichiello S, Costenbader B, Homan R, Shrestha B, Saidou Tall MM, et al. Cost and service utilization of online and in-person HIV services in Mali and Nepal [Conference presentation]. *AIDS*, 22–26 July 2024, Munich (https://plus.iasociety.org/sites/default/files/2024-09/e-poster_996.pdf).
- 57 Thuo N, Bardon AR, Mogere P, Kiptinness C, Casmir E, Wairimu N, et al. Acceptability of six-monthly PrEP dispensing supported with interim HIV self-testing to simplify PrEP delivery in Kenya: findings from qualitative research. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1281 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301822001266>).
- 58 Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, Yap XF, Kedziora DJ, Grantham KL, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet HIV.* 2018;5(4):e190–e198
- 59 Chevalier JM, Hansen MA, Coskun E, Sy KTL, Drakes J, Dowling S, et al. Cost-effectiveness of intervention combinations towards the elimination of vertical transmission of HIV in limited-resource settings: a mathematical modelling study. *The Lancet Glob Health.* 2024;12(3):e457–e466 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X23005880>).
- 60 Stone J, Bothma R, Gómez GB, Eakle R, Mukandavire C, Subedar H, et al. Impact and cost-effectiveness of the national scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis among female sex workers in South Africa: a modelling analysis. *J. Int AIDS Soc.* 2023;26(2):e26063. doi.org/10.1002/jia2.26063.
- 61 Pebody R. Does six-monthly PrEP have a future following the collapse of global HIV funding? London: Aidsmap; 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/does-six-monthly-prep-have-future-following-collapse-global-hiv-funding>).
- 62 UNAIDS financial estimates and projection of resource needs for 2026–2030, July 2025 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- 63 UNAIDS-supported national AIDS spending assessments, 2019–2024 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

- 64** Special analysis using [https://hivfinancial.unaids.org/ data](https://hivfinancial.unaids.org/data). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- 65** HIV and universal health coverage: a guide for civil society. UNAIDS explainer. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/hiv-uhc-guide-civil-society>).
- 66** Viriyathorn S, Sachdev S, Suwanwela W, Wangbanjongkun W, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Procedural fairness in benefit package design: inclusion of pre-exposure prophylaxis of HIV in universal coverage scheme in Thailand. *Health Pol Planning*. 2023;38(Suppl 1), i36.
- 67** Mendonça Gil PK, Conrado DDS, Nascimento AID, Azevedo MVD, Cunha JCPD, Koch GSR, et al. HIV pre-exposure prophylaxis and incidence of sexually transmitted infections in Brazil, 2018 to 2022: an ecological study of PrEP administration, syphilis, and socioeconomic indicators. *PLoS Neglected Trop Dis*. 2023;17(8):e0011548 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10446216/>).
- 68** Samoun N. Informal economy's entertainment workers entitled to receive equity card. 2023 (<https://cambodianess.com/article/informal-economys-entertainment-workers-entitled-to-receive-equity-card>).
- 69** Implementing social contracting for HIV prevention. Policy brief. HIV Leadership Forum. HIV Leadership Forum. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2024 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/implementing_social_contracting_for_hiv_prevention_policy_brief.pdf).
- 70** Terms of reference for the implementation of social contracting of HIV prevention package of services in support of the national HIV response. Kingston: Jamaica Ministry of Health and Wellness; 2021 (<https://www.moh.gov.jm/tenders/terms-of-reference-for-the-implementation-of-social-contracting-of-hiv-prevention-package-of-services-in-support-of-the-national-hiv-response/>).
- 71** Social contracting monitoring and evaluation framework: a tool for tracking progress. EpiC and VAAC. New York: FHI360; 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-vietnam-social-contracting-monitoring-evaluation-framework.pdf>).
- 72** Towards domestic public financing and social contracting for harm reduction. Liverpool: Harm Reduction International; 2023 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf).
- 73** Ahaibwe G, Abdool Karim S, Thow AM, Erzse A, Hofman K. Barriers to, and facilitators of, the adoption of a sugar sweetened beverage tax to prevent non-communicable diseases in Uganda: a policy landscape analysis. *Glob Health Action*. 2021;14(1):1892307 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2021.1892307#abstract>).
- 74** Sin tax law incremental revenue for health: annual report CY 2016. Manila: Philippines Department of Health; 2016 (https://extranet.who.int/ftcapps/sites/default/files/2023-04/philippines_2018_annex-4_Sin_tax_report_2016.pdf).
- 75** Shroff ZC, Sparkes SP, Paina L, Skarphedinsdottir M, Gotsadze G, Zakumumpa H, et al. Managing transitions from external assistance: cross-national learning about sustaining effective coverage. *Health Pol Plan*. 2024;39(Supplement_1):i50-i64 (https://academic.oup.com/heapol/article/39/Supplement_1/i50/7578711).
- 76** UNAIDS financial analysis, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; July 2025.
- 77** UNAIDS special analyses, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025.
- 78** Stover JG, Mattur D, Siapka M, Pliakas T, Valladares-Cardona R. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. *medRxiv*. 2025;07, p. 13 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.07.01.25330647v1.full.pdf>).
- 79** Wu L, Kaftan D, Wittenauer R, Arrouzet C, Patel N, Saravis AL, et al. Health and budget impact, and price threshold for cost-effectiveness of lenacapavir for PrEP in Eastern and Southern Africa: a modeling analysis. *medRxiv*. 2024-08 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39312933/>).
- 80** Meyer-Rath G, Jamieson, L, Johnson L, Bekker LG, Subedar H. The cost-effectiveness and optimal price level of injectable PrEP with lenacapavir in South Africa. General abstract submission (<https://www.heroza.org/publications/the-cost-effectiveness-and-optimal-price-level-of-injectable-prep-with-lenacapavir-in-south-africa/>).
- 81** Unitaid, CHAI, and Wits RHI enter into a landmark agreement with Dr. Reddy's to make HIV prevention tool lenacapavir affordable in LMICs. <https://unitaid.org/news-blog/lenacapavir-for-hiv-prevention/>

© Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA), 2026

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

De acordo com os termos desta licença, poderá copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que a obra seja devidamente citada, conforme indicado abaixo. Em qualquer utilização desta obra, não deverá haver qualquer sugestão de que a ONUSIDA endossa qualquer organização, produtos ou serviço específicos. A utilização do logótipo da ONUSIDA não é permitida. Se adaptar a obra, terá de licenciá-la sob a mesma licença Creative Commons ou sob uma licença equivalente. Se realizar uma tradução desta obra, deverá acrescentar o seguinte aviso legal juntamente com a citação sugerida: "Esta tradução não foi elaborada pela ONUSIDA. A ONUSIDA não se responsabiliza pelo conteúdo ou pela exatidão desta tradução. A edição original em inglês será a edição vinculativa e autêntica".

Qualquer mediação relativa a litígios decorrentes da licença será conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citação sugerida. Prevenção do VIH 2030: Um quadro de acesso global para respostas lideradas pelos países. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2026. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiais de terceiros. Se desejar reutilizar material desta obra atribuído a um terceiro, como tabelas, figuras ou imagens, é da sua responsabilidade determinar se é necessária autorização para essa reutilização e obter a autorização junto do titular dos direitos de autor. O risco de reclamações resultantes da violação de qualquer componente propriedade de terceiros na obra recai exclusivamente sobre o utilizador.

As designações utilizadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da ONUSIDA relativamente ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou das suas autoridades, ou relativamente à delimitação das suas fronteiras ou limites. As linhas tracejadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas para as quais poderá ainda não existir um acordo completo.

A menção de empresas específicas ou de produtos de determinados fabricantes não implica que os mesmos sejam endossados ou recomendados pela ONUSIDA em detrimento de outros de natureza semelhante que não sejam mencionados. Salvo erros e omissões, os nomes dos produtos patenteados distinguem-se por maiúsculas iniciais.

A ONUSIDA tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está a ser distribuído sem qualquer garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização do material é do leitor. Em caso algum, a ONUSIDA será responsabilizada por danos decorrentes da sua utilização.



**UNAIDS (ONUSIDA)
Joint United Nations
Programme on HIV/AIDS**

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 595 59 92

unaids.org

**UNFPA
United Nations Population Division**

730 Third Avenue
New York, NY 10017
United States

unfpa.org