



PLANEAMENTO E GESTÃO

DE PROGRAMAS DE COMBATE AO VIH

COM AS POPULAÇÕES-CHAVE

Considerações
para a prestação
e para a manutenção
de serviços de VIH por
meio de plataformas
de acesso de confiança
para trabalhadores e
trabalhadoras do sexo,
pessoas que consomem
drogas, homens
homossexuais e outros
homens que têm relações
sexuais com homens e
pessoas transgénero e
de género diverso

ÍNDICE

Agradecimentos	4
Abreviaturas e acrónimos	5
Descrição geral	8
Prefácio	10
Introdução	11
Parte 1 Criação de plataformas de acesso de confiança	13
1.1. Compreender as plataformas de acesso de confiança	14
1.1.1. O que é uma abordagem de plataforma de acesso de confiança?	14
1.1.2. Porquê adotar uma abordagem de plataforma de acesso de confiança?	17
1.1.3. Que serviços e outras intervenções se podem disponibilizar numa abordagem de plataforma de acesso de confiança?	18
1.2. Elementos-chave de uma abordagem de plataforma de acesso de confiança	24
1.2.1. Trabalho de proximidade realizado por pares	25
1.2.2. Prestação de serviços virtuais	34
1.2.3. Prestação de serviços em espaços comunitários seguros	40
1.2.4. Prestação de serviços em estabelecimentos de saúde	43
1.2.5. Prestação de serviços em clínicas móveis/clínicas de proximidade	50
1.2.6. Acesso a serviços prestados por outros intervenientes	53
1.3. Planeamento e adaptação de plataformas de acesso de confiança e considerações estruturais transversais	58
1.3.1. Planeamento das plataformas de acesso de confiança	58
1.3.2. Adaptabilidade e diferenciação	63
1.3.3. Intervenções estruturais transversais em plataformas de acesso de confiança	64
Parte 2 Gestão de programas em larga escala e com impacto	69
2.1. Atualização do mapeamento e das estimativas da dimensão populacional	71
2.2. Supervisão eficaz dos programas	75
2.3. Monitorização de um conjunto de resultados e do impacto	81
2.4. Incorporação da monitorização dirigida pela comunidade	86
2.5. Reforço das capacidades e da liderança das comunidades	92
2.6. Sustentabilidade dos programas para um impacto duradouro	97
Anexos	103
Anexo 1: Análise comparativa dos custos unitários das plataformas de acesso de confiança .	104
Anexo 2: Funções da equipa de proximidade e de gestão	107
Anexo 3: Matriz de progressão para as plataformas de acesso de confiança	109
Anexo 4: Exemplo de orçamento para o mapeamento programático	113
Anexo 5: Modelo de orçamento para um inquérito de vigilância biocomportamental simplificado	115
Anexo 6: Exemplo de orçamento para uma avaliação de utentes mistério realizada por pares	117
Referências bibliográficas	119

AGRADECIMENTOS

Este relatório foi elaborado por Gemma Oberth (Universidade da Cidade do Cabo) e Matthew Greenall (consultor independente) para a Coligação Mundial para a Prevenção do VIH (Global HIV Prevention Coalition), com o apoio da ONUSIDA, da Coligação Mundial para a Prevenção do VIH e do Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária. Os membros do grupo de trabalho técnico sobre as populações-chave da Coligação Mundial para a Prevenção do VIH forneceram um feedback aprofundado sobre as diversas versões preliminares. O presente documento consiste numa atualização da versão de 2020 intitulada «Plataformas de acesso de confiança para as populações-chave: Considerações para o planeamento e a orçamentação de uma plataforma para as populações-chave destinada à prestação de serviços de prevenção e tratamento do VIH de qualidade e em larga escala e ao reforço dos catalisadores essenciais», da Coligação para a Prevenção do VIH.¹

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

RAHJ	rapazes adolescentes e homens jovens	PQID	peessoas que injetam drogas
RAMJ	raparigas adolescentes e mulheres jovens	ARR	alcançar, recrutar e reter
Fundo Global	O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária	ARTR	alcançar, recrutar, testar e reter
VHB	vírus da hepatite B	ARTTPR	alcançar, recrutar, testar, tratar, prevenir e reter
VHC	vírus da hepatite C	TS	trabalhador/a do sexo
VIH	vírus da imunodeficiência humana	TB	tuberculose
SSPPC	serviços de saúde prestados pelas populações-chave	TG	peessoas transgénero e de género diverso
HSH	homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
NACO	Organização Nacional de Controlo da SIDA	FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA	UNODC	Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e a Criminalidade
		OMS	Organização Mundial da Saúde

FIGURAS

Figura 1. As plataformas de acesso de confiança para as populações-chave combinam várias abordagens de prestação de serviços.....	16
Figura 2. Exemplo de mapeamento local	24
Figura 3. Exemplo de organigrama para agentes de proximidade pares no âmbito de uma plataforma de acesso de confiança	28
Figura 4. Diferentes cenários de programa em função da disponibilidade de recursos ...	60
Figura 5. Mapeamento dos locais de trabalho sexual, sobrepostos com as estimativas da dimensão populacional, África do Sul (adaptado do original)	72
Figura 6. Exemplo de monitorização do programa destinado a mulheres trabalhadoras do sexo em Mombaça, no Quênia.....	76
Figura 7. Estrutura do programa destinado às populações-chave na Índia com unidade de apoio técnico integrada	93
Figura 8. Processo de formação e acreditação dos prestadores e prestadoras de serviços de saúde das populações-chave na Tailândia	94

QUADROS

Quadro 1: Características de uma plataforma de acesso de confiança	14
Quadro 2: Plataformas de acesso de confiança: o que significa o nome?.....	15
Quadro 3: Smart Ladies no Quênia	18
Quadro 4: Serviços e intervenções	19
Quadro 5: Metas globais para 2030 relativas à profilaxia pré-exposição entre as populações-chave	20
Quadro 6: Prestação de serviços virtuais às populações-chave: um exemplo da FHI 360	36
Quadro 7: O que é um estabelecimento de saúde capacitado para atender as populações-chave?.....	43
Quadro 8: Farmácias: um recurso comunitário subaproveitado para um acesso de confiança	55
Quadro 9: Aspectos a ter em conta ao criar uma plataforma de acesso de confiança para diferentes populações-chave	61
Quadro 10: Monitorização da utilização dos serviços de saúde mental em linha na região do Médio Oriente e Norte de África	77
Quadro 11: Exemplo de caso em África: utilização de códigos de identificação únicos ..	78
Quadro 12: Evolução da incidência do VIH entre trabalhadores e trabalhadoras do sexo no Zimbabué	83
Quadro 13: Qualidade dos serviços de VIH para as populações-chave na Jamaica	89
Quadro 14: Resposta à baixa adesão das populações-chave na Tailândia aos serviços de VIH	94
Quadro 15: Contratos sociais do Estado para programas destinados às populações-chave no Cazaquistão	98

TABELAS

Tabela 1: Intervenções recomendadas para as populações-chave segundo as <i>diretrizes consolidadas de 2022</i> da OMS	21
Tabela 2: Diferentes tipos de agente de proximidade par e respectivas funções típicas	26
Tabela 3: Serviços prestados no trabalho de proximidade realizado por pares	27
Tabela 4: Serviços prestados através de programas em linha e virtuais	35
Tabela 5: Serviços prestados em espaços comunitários seguros	41
Tabela 6: Serviços prestados em estabelecimentos de saúde	45
Tabela 7: Serviços prestados em clínicas móveis ou de proximidade	50
Tabela 8: Serviços prestados por outros intervenientes.....	53
Tabela 9: Intervenções estruturais transversais.....	65
Tabela 10: Equipa de estudo de inquéritos em cabine individual: estrutura recomendada e âmbito das funções	82
Tabela 11: Cálculo da disponibilidade de serviços no âmbito da monitorização dirigida pela comunidade para as populações-chave	87
Tabela 12: Integração das plataformas de acesso de confiança para as populações-chave através de parcerias entre ONG e clínicas na Malásia («modelo KK») ..	99
Tabela 13: Custos unitários regionais do trabalho de proximidade com as populações-chave, estimativa de recursos da ONUSIDA (modelação acelerada).....	105
Tabela 14: Custos unitários de algumas intervenções destinadas às populações-chave, análise da ONUSIDA de 2024 (diversos estudos)	106
Tabela 15: Modelo de maturidade de uma plataforma de acesso de confiança	109
Tabela 16: Exemplo de orçamento para a realização do mapeamento programático participativo e da estimativa da dimensão das populações-chave	113
Tabela 17: Custos estimados para a realização do mapeamento programático participativo e da estimativa da dimensão das populações-chave	114
Tabela 18: Modelo de orçamento para um inquérito de vigilância biocomportamental simplificado	115
Tabela 19: Atividades e custos de uma avaliação de utentes mistério realizada por pares no âmbito de um programa destinado às populações-chave nos Estados Unidos da América	117

DESCRIÇÃO GERAL

Estas orientações fornecem uma visão abrangente de como planejar e gerir programas de combate ao VIH com as populações-chave. Não é necessário lê-las por ordem cronológica nem na íntegra; as pessoas responsáveis pelo planeamento dos programas podem consultar apenas as secções que forem relevantes e úteis para o seu trabalho. O objetivo desta descrição geral é facilitar a navegação pelo relatório para uma leitura seletiva.

Parte 1: Criação de plataformas de acesso de confiança

Secção	O que contém?
1.1. Compreender as plataformas de acesso de confiança	Explica o que se entende por uma abordagem de «plataforma de acesso de confiança», enfatizando a importância de diferentes tipos de prestador de serviços trabalharem em conjunto para dar acesso a uma vasta gama de serviços/intervenções recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.
1.2. Elementos-chave de uma abordagem de plataforma de acesso de confiança	Contém descrições pormenorizadas dos diferentes tipos de prestador de serviços que podem ser incorporados numa plataforma de acesso de confiança. Diz respeito ao trabalho de proximidade realizado por pares, à prestação de serviços virtuais, aos espaços comunitários seguros, aos estabelecimentos de saúde, às clínicas móveis, etc.
1.3. Planeamento e adaptação de plataformas de acesso de confiança e considerações estruturais	Descreve os princípios fundamentais do planeamento de plataformas de acesso de confiança, designadamente a forma de garantir que os diferentes elementos funcionem em conjunto. Explica de que forma as pessoas responsáveis pela conceção de uma plataforma de acesso de confiança – incluindo as que representam as populações-chave – devem encontrar um equilíbrio entre a situação ideal de eliminação dos obstáculos e os recursos disponíveis.

Parte 2: Gestão de programas em larga escala e com impacto

2.1. Atualização do mapeamento e das estimativas da dimensão populacional	Descreve diferentes métodos para estimar a dimensão populacional e mapear as comunidades de populações-chave. Apresenta alternativas aos inquéritos em larga escala e propõe uma segmentação por perfil de risco para aperfeiçoar as estimativas do número de pessoas necessitadas.
2.2. Supervisão eficaz dos programas	Propõe um conjunto de perguntas-chave para que as pessoas responsáveis pelo planeamento dos programas possam determinar a eficácia de uma plataforma de acesso de confiança. Abrange as ferramentas de monitorização e avaliação necessárias para realizar uma supervisão eficaz dos programas.
2.3. Monitorização de um conjunto de resultados e do impacto	Alarga a monitorização programática para incluir resultados-chave (supressão da carga viral) e até mesmo o impacto (novas infeções). Propõe uma série de metodologias de estudo simplificadas, que podem ser repetidas periodicamente a baixo custo.
2.4. Incorporação da monitorização dirigida pela comunidade	Realça a importância da monitorização dirigida pela comunidade, realizada por populações-chave, para melhorar a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade dos serviços nas plataformas de acesso de confiança. São listadas diferentes metodologias de monitorização dirigida pela comunidade.
2.5. Reforço das capacidades e da liderança das comunidades	Estabelece a ligação entre a capacitação comunitária e a eficácia dos programas destinados às populações-chave. Centra-se no apoio técnico e na formação formal, que visam manter as plataformas de acesso de confiança dentro do sistema público.

2.6. Sustentabilidade dos programas para um impacto duradouro

Situa as plataformas de acesso de confiança para as populações-chave num programa de sustentabilidade mais amplo, sublinhando a necessidade da contratação social, da integração nos cuidados de saúde primários e de outras estratégias.

Anexos

Anexos da parte 1 (1 a 3)

Fornecer orientações adicionais sobre a análise comparativa de custos, as funções e responsabilidades do trabalho de proximidade e a evolução das plataformas de acesso.

Anexos da parte 2 (4 a 6)

Apresenta alguns exemplos e modelos para o cálculo de custos e a orçamentação de várias atividades de monitorização.

PREFÁCIO

Desde que a Coligação Mundial para a Prevenção do VIH começou a atualizar estas orientações no final de 2024, ocorreram mudanças profundas no panorama do financiamento da luta contra o VIH. Os Estados Unidos da América cancelaram abruptamente mais de um terço do seu orçamento bilateral para a luta contra o VIH no exercício fiscal de 2025 e propuseram manter esses cortes orçamentais no exercício fiscal de 2026.^{2,3,4} O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária (Fundo Global) diminuiu as atribuições aos países em 11 % para o sétimo ciclo de subvenções, face ao défice na conversão das promessas de doação.⁵ Outros países, como a França, a Holanda e o Reino Unido, também anunciaram reduções da ajuda externa de 40 a 70 % em 2026.⁶

A natureza e a extensão destes cortes no financiamento não são claras, mas parecem ter afetado fortemente os programas concebidos para as populações-chave e com elas. Segundo algumas estimativas, cerca de 3,5 milhões de membros de populações-chave já não estão cobertos por serviços especializados de prevenção do VIH.⁷ O aumento relativo das novas infeções por VIH pode ser 1,3 a 6 vezes maior entre as populações-chave do que entre outras populações (fora da África), dependendo do cenário de redução do financiamento.⁸

No entanto, nem todos os países são afetados da mesma forma pela crise de financiamento. Muitos dos países de rendimento médio-alto da Coligação Mundial para a Prevenção do VIH, sobretudo os da América Latina e da Ásia, enfrentam ajustes mínimos. Mesmo em África, os cortes variam consideravelmente, entre mais de 50 % nalguns países e menos de 25 % noutros.⁹

Estas orientações visam alcançar um equilíbrio, descrevendo a melhor forma de planear e gerir os programas de combate ao VIH concebidos para as populações-chave, e com elas, tendo em conta as graves restrições ao financiamento que muitos países enfrentam. Não se avança nestas páginas nenhuma definição de prioridades, que está devidamente tratada noutros documentos.^{10,11,12} Em vez disso, esta atualização contém novas orientações sobre a sustentabilidade (secção 2.6), a análise comparativa de custos (Anexo 1) e a forma de combinar as estratégias de prestação de serviços em função dos recursos disponíveis (figura 10). O objetivo destas orientações é ajudar os países a enfrentar os problemas de financiamento.

INTRODUÇÃO

De que tratam estas orientações?

Os trabalhadores e trabalhadoras do sexo, as pessoas que injetam drogas, os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens e as pessoas transgénero e de género diverso são afetados pelo VIH de forma desproporcionada em quase todas as partes do mundo. A sua maior vulnerabilidade ao VIH, às hepatites virais e a outras infeções sexualmente transmissíveis resulta de um conjunto de fatores comportamentais, sociais, jurídicos, estruturais e de outros fatores contextuais, bem como das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a outros serviços essenciais que lhes permitiriam proteger-se. Estes mesmos fatores fazem com que os membros desses grupos tenham menos probabilidade de obter o apoio e o tratamento eficaz de que necessitam quando são seropositivos. Além disso, dentro de cada um destes grupos, existem conjugações complexas entre os fatores anteriormente descritos e outros como a idade, o género, a deficiência, o nível de educação, a raça, a religião e o estatuto socioeconómico.

Todos estes grupos são considerados «populações-chave» na resposta ao VIH. Atender às suas necessidades é fundamental para a sua saúde e o seu bem-estar, estando no cerne dos esforços locais, nacionais e mundiais para eliminar a SIDA enquanto ameaça para a saúde pública até 2030.^a Para que as respostas ao VIH sejam eficazes para as populações-chave, é necessário eliminar os fatores acima descritos de forma definitiva e em larga escala. Este relatório fornece orientações sobre como alcançar esse objetivo.

Os conceitos de acesso e confiança estão no centro da abordagem descrita nestas orientações. Para satisfazer as necessidades das populações-chave, é essencial garantir que estas tenham acesso à informação, aos serviços e ao apoio de que necessitam, a qualquer momento e onde quer que estejam, e junto de fontes e de prestadores e prestadoras em quem possam confiar.

O significado da confiança varia conforme as pessoas e os tipos de serviço; significa isto que os membros das populações-chave têm de estar envolvidos no planeamento, na prestação e na monitorização dos serviços e dos programas. Significa também que é necessário eliminar os fatores estruturais que afetam o acesso aos serviços e potenciam a vulnerabilidade ao VIH e a outras infeções, designadamente o estigma, a discriminação e a violência. A parte 1 deste relatório descreve uma abordagem de *plataforma de acesso de confiança* para esse efeito.

A dimensão dos programas também está no cerne destas orientações, uma vez que para eliminar a SIDA enquanto ameaça para a saúde pública, é necessário que os membros das populações-chave tenham acesso ao que precisam. Para atingir essa dimensão, é necessário dispor de dados sólidos e planear e alocar os recursos com cuidado. As considerações relacionadas com a dimensão e a alocação de recursos são abordadas na parte 2.

Conseguir uma boa saúde pública tornou-se mais difícil em muitos contextos devido ao estigma social e à introdução de políticas e legislação que vão contra as normas

a. Embora as pessoas em prisões e noutros locais fechados também sejam normalmente consideradas populações-chave no contexto do VIH, elas não são abordadas neste relatório.

globais de direitos humanos e equidade. Este relatório também descreve o modo de incorporar as intervenções estruturais necessárias para assegurar um acesso fiável aos serviços destinados às populações-chave.

A quem se destinam estas orientações?

As partes 1 e 2 destas orientações centram-se no desenvolvimento e no apoio às plataformas de acesso de confiança sob duas perspetivas diferentes: enquanto a parte 1 se centra na perspetiva individual, comunitária e local ou operacional, a parte 2 centra-se na perspetiva nacional ou estratégica. Como tal, elas serão úteis para diferentes públicos: a parte 1 destina-se a às pessoas encarregues da implementação e da gestão ao nível local, incluindo organizações dirigidas pela comunidade, pessoas que prestam cuidados de saúde no setor público e pessoas responsáveis pelas decisões estratégicas; já a parte 2 destina-se às pessoas encarregues das decisões estratégicas a nível nacional (incluindo membros das populações-chave) e às pessoas responsáveis pela alocação de recursos para eliminar a SIDA enquanto ameaça para a saúde pública.

Parte 1

CRIAÇÃO DE PLATAFORMAS DE ACESSO DE CONFIANÇA



1.1. Compreender as plataformas de acesso de confiança

1.1.1. O que é uma abordagem de plataforma de acesso de confiança?

Uma abordagem de plataforma de acesso de confiança procura garantir que os membros das populações-chave acedam com segurança à prevenção e ao tratamento do VIH e aos serviços associados de que necessitam. Nesta abordagem, os membros das populações-chave têm acesso e beneficiam dos serviços que suprem as suas necessidades. Para que o acesso seja eficaz, as populações-chave precisam de ter um elevado nível de confiança tanto no serviço como em quem o presta, e uma das formas mais eficazes de alcançar e manter essa confiança é envolver as populações-chave na conceção, na prestação e na monitorização dos serviços.

Esta abordagem reconhece que os serviços podem ser prestados em diversas modalidades e de diferentes formas. Consoante o serviço, pode tratar-se de estabelecimentos de saúde públicos ou privados, centros de apoio vocacionados e espaços seguros, agentes de proximidade comunitários, trabalho de proximidade e prestação de serviços virtuais, empresas locais, incluindo farmácias, e serviços de proteção social. Estas entidades trabalham em conjunto para promover a confiança, satisfazer as necessidades de diversas populações-chave e incentivar a sua adesão e retenção nos serviços. Todos os serviços e estabelecimentos de saúde, bem como todos os implementadores e implementadoras que têm a confiança das populações-chave podem ser considerados coletivamente como a plataforma.

As plataformas diferem consoante os países e as populações-chave e mesmo dentro de cada país, uma vez que em cada lugar existe um conjunto distinto de intervenientes que prestam serviços. Além disso, a confiança das populações-chave nestes intervenientes também varia de lugar para lugar e pode evoluir ao longo do tempo. A plataforma fornece igualmente um mecanismo que permite introduzir alterações para responder a necessidades como a de integrar novos prestadores e prestadoras de confiança ou novas intervenções consoante a evolução das necessidades (quadro 1).

Quadro 1

Características de uma plataforma de acesso de confiança

Uma plataforma de acesso de confiança caracteriza-se por:

- proporcionar um acesso seguro e protegido aos serviços de VIH e aos serviços de saúde em geral às pessoas que enfrentam os maiores obstáculos;
- disponibilizar uma gama de serviços e de opções para os obter, combinando vários prestadores e prestadoras ou formas de acesso;
- facilitar a utilização contínua dos serviços;
- aproveitar as capacidades existentes num determinado lugar;
- eliminar os obstáculos relacionados com os direitos humanos ao acesso aos serviços;

- disponibilizar informações que permitam às comunidades adotar um estilo de vida saudável;
- incidir sobre as pessoas e a comunidade, respondendo rapidamente às suas necessidades, identificando novos problemas e adaptando-se a eles;
- reconhecer e responder às necessidades de diferentes pessoas, incluindo as populações-chave jovens e as pessoas que pertencem a mais do que uma população-chave;
- contar com a participação de membros das comunidades de populações-chave quer como utilizadores e utilizadoras quer como implementadores e implementadoras dos serviços: uma plataforma de acesso de confiança assenta na cooperação entre estes dois grupos, estando as organizações dirigidas por populações-chave frequentemente integradas numa plataforma de acesso de confiança.

Em cada lugar, pode existir mais do que uma opção em que as populações-chave confiam. As plataformas podem variar entre um «balcão único» – um prestador ou prestadora de serviços de uma população-chave que disponibiliza uma vasta gama de serviços – e uma combinação de diferentes tipos de prestador – alguns específicos para as populações-chave e outros que servem a população geral, disponibilizando um leque de serviços mais limitado. Estas opções de acesso aos serviços refletem as necessidades e preferências das diferentes comunidades de populações-chave e dos seus membros. O conjunto de opções disponíveis dependerá das capacidades e dos recursos dos intervenientes locais, do financiamento disponível e do contexto (por exemplo, as atitudes sociais, os enquadramentos jurídicos e a atuação das forças policiais em relação às populações-chave). É essencial dispor de várias opções de acesso aos serviços para maximizar o alcance, a adesão e a retenção (figura 1).

Independentemente da composição da plataforma, a coordenação e a colaboração entre as diferentes entidades e intervenientes envolvidos garantem que os membros das populações-chave beneficiam de um encaminhamento confidencial e seguro, apoiam o seguimento contínuo e os esforços coletivos para chegar às pessoas que não estão a aceder aos serviços e permitem que as diferentes entidades da plataforma partilhem informações, identifiquem as mudanças e se adaptem a elas (quadro 2).

Quadro 2

Plataformas de acesso de confiança: o que significa o nome?

Uma plataforma de acesso de confiança é uma abordagem conceptual e não o modelo fixo de um programa. Os programas destinados às populações-chave alcançaram um acesso de confiança de muitas formas diferentes, sem necessariamente utilizarem o termo «plataforma de acesso de confiança». Como tal, os exemplos apresentados neste relatório ilustram de que forma os programas e as plataformas alcançaram essa confiança, não se cingindo aos que são designados por plataformas de acesso de confiança.

A eficácia das plataformas de acesso de confiança resulta do envolvimento e da participação das populações-chave. Para estabelecer e manter a confiança, é necessário efetuar um trabalho contínuo com os membros das populações-chave, a fim de compreender e responder às suas necessidades atuais, evolutivas e mais amplas, bem como eliminar os obstáculos ao acesso. Para tal, é preciso não só melhorar os pontos de acesso de confiança aos serviços, mas também promover uma colaboração estreita na conceção, na implementação e na monitorização dos programas, assim como na eliminação dos obstáculos estruturais e sociais.

Figura 1. As plataformas de acesso de confiança para as populações-chave combinam várias abordagens de prestação de serviços



1.1.2. **Porquê adotar uma abordagem de plataforma de acesso de confiança?**

Quando as populações-chave conseguem aceder ao apoio e aos serviços de que necessitam, a qualquer momento, onde quer que estejam e com confiança, os serviços registam níveis de adesão e retenção muito mais elevados – o que tem um impacto positivo na saúde. O Quadro Global de Acesso para a Prevenção 2030 considera as plataformas de acesso de confiança como uma componente essencial de uma abordagem centrada nas pessoas.¹³

Há exemplos de diversos contextos que apresentam resultados quase ótimos em termos do uso do preservativo, da adesão ao rastreio do VIH, do rastreio e tratamento de outras infeções sexualmente transmissíveis, da adesão à profilaxia pré-exposição, do acesso à terapêutica antirretroviral e da retenção nos cuidados de saúde, com perdas mínimas no seguimento.^{14,15,16}

Uma abordagem de plataforma de acesso de confiança ajuda a responder a um leque mais amplo de necessidades, ao reunir diferentes prestadores e prestadoras. Esta abordagem favorece a sustentabilidade, já que se baseia, em primeiro lugar, nos estabelecimentos de saúde (cuidados de saúde primários, especializados e privados) e noutros recursos já existentes, como as organizações comunitárias e os serviços sociais e de apoio, adaptando-se ao contexto para responder às necessidades dos membros das populações-chave.

Uma plataforma de acesso de confiança oferece ainda a possibilidade de adaptar o modo como os serviços são prestados e de acrescentar novos serviços ao longo do tempo, uma vez que o envolvimento direto das populações-chave permite identificar necessidades emergentes e determinar a melhor forma de introduzir inovações.

A isto acresce que os dados de rotina provenientes de plataformas comunitárias bem concebidas são fiáveis e fáceis de interpretar, podendo ser utilizados para monitorizar o acesso dos membros das populações-chave aos serviços de que necessitam, além de permitirem identificar problemas atempadamente, criar soluções conjuntas e implementá-las ao nível local. A monitorização dirigida pela comunidade do acesso e da qualidade dos serviços, do estigma e da discriminação, da violência e de outros aspetos locais facilita a melhoria contínua dos serviços e da sua prestação às populações-chave.

Por se basear no conhecimento local e na adaptação ao contexto, esta abordagem permite igualmente que as pessoas que representam as populações-chave e as que prestam serviços identifiquem e respondam melhor às necessidades das subpopulações, como as populações-chave jovens e as pessoas que pertencem a vários grupos populacionais-chave, apresentando por isso um leque mais vasto de necessidades (quadro 3).

Quadro 3

Smart Ladies no Quénia¹⁷

A Smart Ladies começou como uma rede informal de educadores e educadoras pares de trabalhadores e trabalhadoras do sexo em Nakuru, no Quénia, que facilitou a criação de uma plataforma de confiança para esta população-chave:

- estabelecendo parcerias em todo o condado para expandir o seu trabalho;
- colaborando com outras populações-chave e com as forças policiais para garantir uma maior proteção dos direitos;
- colaborando com clínicas e assistentes jurídicos para dar resposta médica e jurídica de emergência às pessoas afetadas pela violência;
- colaborando com um conjunto de prestadores e prestadoras de cuidados de saúde para assegurar o acesso a um serviço completo de prevenção e tratamento do VIH.

Esta abordagem permitiu que milhares de trabalhadores e trabalhadoras do sexo tivessem acesso de confiança aos serviços de VIH e aos serviços de saúde em geral com respeito pelos direitos humanos. Este êxito permitiu dar resposta às necessidades imediatas da comunidade – ligadas à violência – e assegurar que as principais organizações parceiras estavam em posição de prestar serviços aceitáveis e de confiança.



1.1.3. **Que serviços e outras intervenções se podem disponibilizar numa abordagem de plataforma de acesso de confiança?**

Foi identificado um conjunto de serviços e outras intervenções consideradas essenciais para uma resposta eficaz ao VIH entre as populações-chave. Estas intervenções, bem como as provas que as sustentam, encontram-se explicitadas nas *Diretrizes consolidadas da OMS sobre a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados relativos ao VIH, às hepatites virais e às infeções sexualmente transmissíveis para as populações-chave (diretrizes consolidadas)* (quadro 4).¹⁸

As *diretrizes consolidadas* da OMS utilizam o termo «intervenção» para descrever qualquer atividade ou iniciativa que deva integrar um programa destinado às populações-chave. Nestas diretrizes, o termo «serviço» designa qualquer intervenção dirigida diretamente a um membro de uma população-chave (por exemplo, distribuição de preservativos, informação, rastreio, tratamento). Quando utiliza o termo «intervenção», este relatório segue as *diretrizes consolidadas* ao referir-se quer aos serviços quer ao conjunto mais amplo de ações (como as intervenções estruturais ou o mapeamento dos programas) que visam o programa ou o contexto, em vez de pessoas específicas.

A ciência da prevenção do VIH está em constante evolução, com o desenvolvimento, a experimentação e a aprovação de novas intervenções. Nos últimos anos, destacam-se os avanços na profilaxia pré-exposição de ação prolongada, nos testes multiplex para o rastreio do VIH e das infeções sexualmente transmissíveis e em novos dispositivos contraceptivos/preventivos. Por exemplo, a OMS publicou em 2024 uma ferramenta de implementação sobre a profilaxia pré-exposição oral e de ação prolongada¹⁹ e, em julho de 2025, uma nova recomendação e diretrizes a favor do lenacapavir injetável de administração semestral para a prevenção do VIH.²⁰ Com base nestas diretrizes, a OMS recomendou igualmente o rastreio rápido do VIH, que permitirá eliminar os obstáculos ao acesso a medicamentos injetáveis de ação prolongada. É importante que os programas acompanhem estes desenvolvimentos, atuem rapidamente para assegurar o registo e o financiamento nacional, e implementem estas intervenções junto das populações-chave assim que sejam aprovadas pela OMS.

Quadro 4

Serviços e intervenções

As *diretrizes consolidadas* da OMS utilizam o termo «intervenção» para descrever qualquer atividade ou iniciativa que deva integrar um programa destinado às populações-chave. Nestas diretrizes, o termo «serviço» designa qualquer intervenção dirigida diretamente a um membro de uma população-chave (por exemplo, distribuição de preservativos, informação, rastreio, tratamento). Quando utiliza o termo «intervenção», este relatório segue as *diretrizes consolidadas* ao referir-se quer aos serviços quer ao conjunto mais amplo de ações (como as intervenções estruturais ou o mapeamento dos programas) que visam o programa ou o contexto, em vez de pessoas específicas.

Nas *diretrizes consolidadas* da OMS de 2022, as intervenções são categorizadas da seguinte forma:

- *Intervenções facilitadoras essenciais para o impacto.* Intervenções estruturais que constituem a base para eliminar obstáculos e estabelecer um acesso de confiança. Embora algumas destas intervenções incidam diretamente nas pessoas, outras são transversais e visam melhorar o contexto geral;
- *Intervenções sanitárias essenciais para o impacto.* Serviços com efeito direto nos resultados da prevenção e do tratamento do VIH, bem como das hepatites virais e das infeções sexualmente transmissíveis;
- *Intervenções essenciais para a saúde em geral.* Serviços relacionados com as necessidades de saúde além do VIH, das hepatites e das infeções sexualmente transmissíveis, e que são específicos de cada grupo populacional-chave;
- *Intervenções de apoio.* Serviços centrados nas pessoas, que reforçam os conhecimentos, as competências e a autoeficácia dos membros das populações-chave.

Embora muitas intervenções sejam comuns a todas ou à maioria das quatro populações-chave, existem diferenças importantes, apresentadas na tabela 1, que resume as *diretrizes consolidadas* da OMS e identifica as intervenções relevantes para cada uma das quatro populações-chave. A OMS também publicou notas informativas,

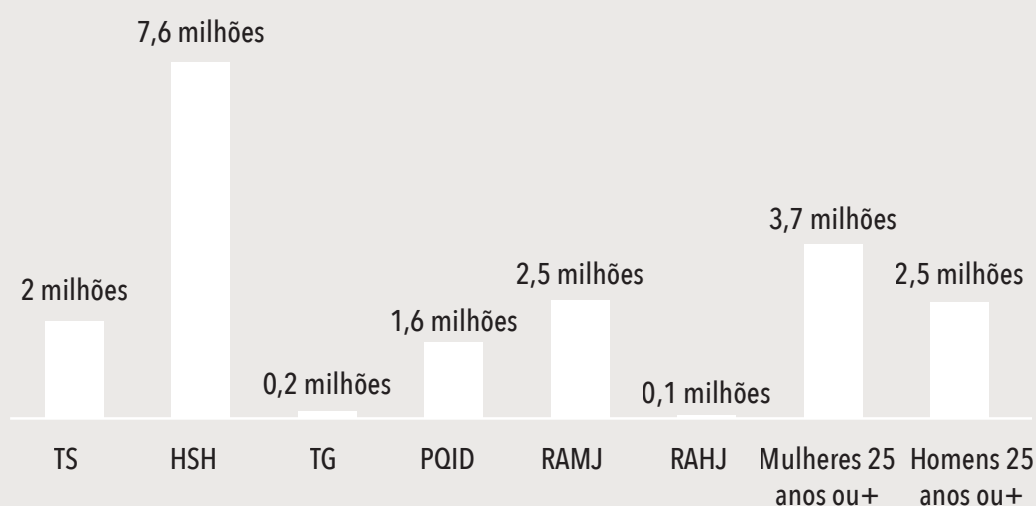
que descrevem as intervenções recomendadas para trabalhadores e trabalhadoras do sexo,²¹ pessoas que injetam drogas,²² homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens,²³ e pessoas transgénero e de género diverso,²⁴ para complementar as *diretrizes consolidadas*. Além disso, a OMS publicou um relatório de boas práticas em matéria de intervenções de aconselhamento comportamental para as populações-chave, que clarifica os dados comprovativos nesta área.²⁵

Embora as *diretrizes consolidadas* recomendem que os membros das populações-chave tenham acesso a todas as intervenções, a medida em que cada uma está disponível em cada país dependerá do contexto nacional, das políticas e da disponibilidade de recursos, conforme delineado nas orientações da OMS de junho de 2025 sobre a definição de prioridades nos serviços num contexto de financiamento em mudança (quadro 5).²⁶

Quadro 5

Metas globais para 2030 relativas à profilaxia pré-exposição entre as populações-chave

O Quadro Global de Acesso para a Prevenção 2030 estabelece como meta que 20 milhões de pessoas estejam a fazer diferentes formas de profilaxia pré-exposição até 2030: 2,0 milhões de trabalhadores e trabalhadoras do sexo, 7,6 milhões de homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, 1,6 milhões de pessoas que injetam drogas, 0,2 milhões de pessoas transgénero, 2,5 milhões de raparigas adolescentes e mulheres jovens e 0,1 milhões de rapazes adolescentes e homens jovens. As plataformas de acesso de confiança são essenciais para que as populações-chave iniciem e mantenham a profilaxia pré-exposição, incluindo as opções mais recentes de ação prolongada.



A parte 1.2 aborda os diferentes tipos de prestador de serviços ou de entidades que podem integrar uma plataforma de acesso de confiança, enquanto a parte 1.3 trata do planeamento, da composição, da coordenação e da adaptação das diferentes componentes de uma plataforma ao nível local, bem como das considerações estruturais transversais (ver o [Anexo 1](#) sobre a análise comparativa de custos para determinadas intervenções destinadas às populações-chave).

Tabela 1: Intervenções recomendadas para as populações-chave segundo as diretrizes consolidadas de 2022 da OMS²⁷

Intervenção	Trabalhadores/ trabalhadoras do sexo	Pessoas que injetam drogas	Homens que têm relações sexuais com homens	Pessoas transgénero e de género diverso
Essenciais para o impacto: intervenções facilitadoras				
Eliminação de leis, políticas e práticas punitivas	✓	✓	✓	✓
Redução do estigma e da discriminação	✓	✓	✓	✓
Capacitação comunitária	✓	✓	✓	✓
Combate à violência	✓	✓	✓	✓
Essenciais para o impacto: intervenções sanitárias				
Prevenção do VIH, das hepatites virais e das infeções sexualmente transmissíveis				
Redução de danos (programas de troca de agulhas e seringas, tratamento de manutenção com agonistas opiáceos e naloxona para a gestão de sobredosagens)		✓		
Preservativos e lubrificantes	✓	✓	✓	✓
Profilaxia pré-exposição ao VIH	✓	✓	✓	✓
Profilaxia pós-exposição ao VIH e às infeções sexualmente transmissíveis	✓	✓	✓	✓
Prevenção da transmissão vertical do VIH, da sífilis e do vírus da hepatite B (VHB)	✓	✓	✓	✓
Vacinação contra o VHB	✓	✓	✓	✓
Combate ao chemsex	✓	✓	✓	✓
Diagnóstico				
Rastreio do VIH	✓	✓	✓	✓
Rastreio das infeções sexualmente transmissíveis	✓	✓	✓	✓
Rastreio das hepatites B e C	✓	✓	✓	✓
Tratamento				
Tratamento do VIH	✓	✓	✓	✓
Rastreio, diagnóstico, tratamento e prevenção da TB associada ao VIH	✓	✓	✓	✓
Tratamento das infeções sexualmente transmissíveis	✓	✓	✓	✓
Tratamento do VHB e do vírus da hepatite C (VHC)	✓	✓	✓	✓
Essenciais para a saúde em geral: intervenções sanitárias				
Saúde anal	✓		✓	✓
Cuidados na conceção e na gravidez	✓	✓		✓
Contraceção	✓	✓		✓

Intervenção	Trabalhadores/ trabalhadoras do sexo	Pessoas que injetam drogas	Homens que têm relações sexuais com homens	Pessoas transgénero e de género diverso
Saúde mental	✓	✓	✓	✓
Prevenção, avaliação e tratamento do cancro do colo do útero	✓	✓		✓
Aborto seguro	✓	✓		✓
Rastreio e tratamento do consumo perigoso e nocivo de álcool e de outras substâncias	✓	✓	✓	✓
Prevenção, rastreio, diagnóstico e tratamento da TB	✓	✓	✓	✓
Cuidados de saúde de afirmação de género				✓
Intervenções de apoio				
Informação e educação que ajudam as populações-chave a conhecer a sua saúde, os riscos para a sua saúde, os serviços disponíveis e os seus direitos legais				
Intervenções destinadas a aumentar a procura (criação de procura) de serviços comprovados de VIH, hepatites virais e infeções sexualmente transmissíveis				
Aconselhamento de apoio que não visa alterar comportamentos				
Aconselhamento para problemas de saúde mental				

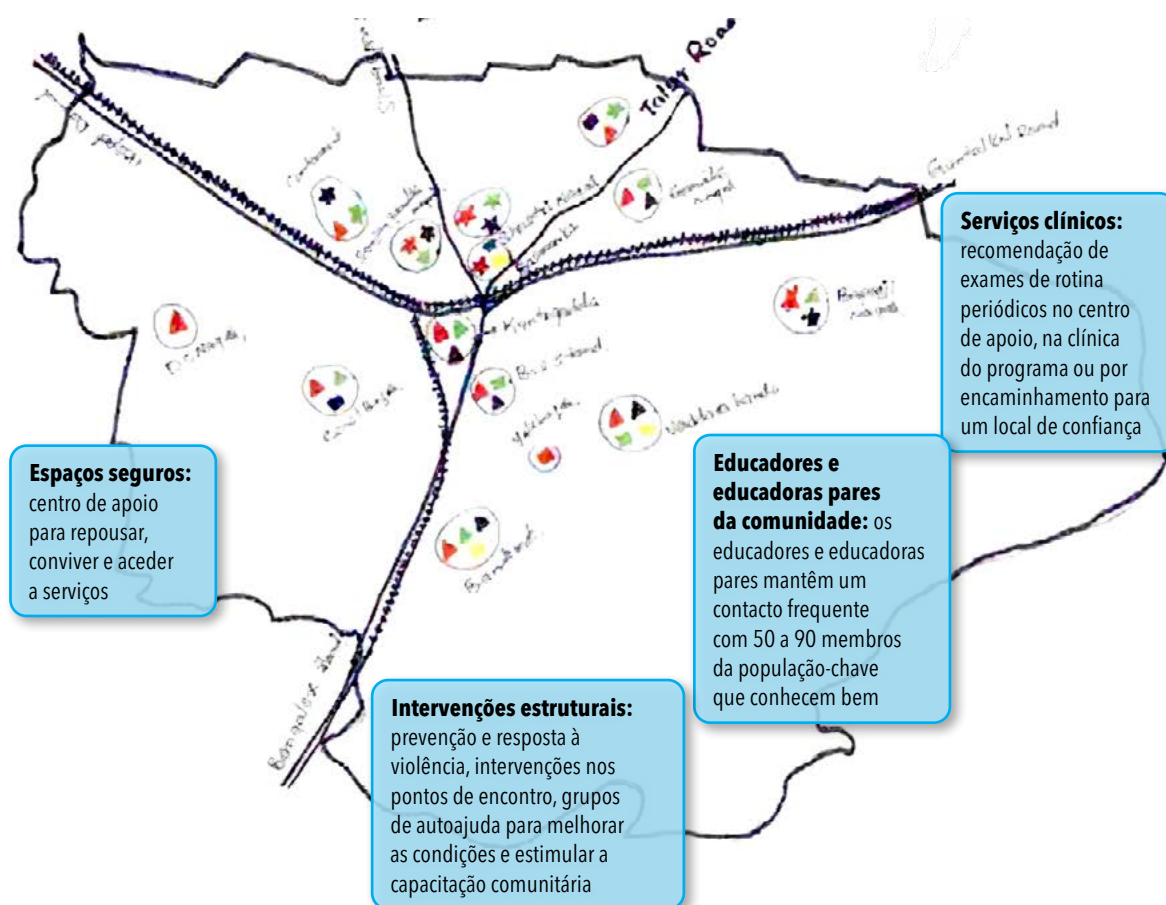
Sugestões de consulta

- Coligação Mundial para a Prevenção do VIH. Ferramenta de autoavaliação dos programas para populações-chave. Genebra: ONUSIDA; 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/hiv-prevention-self-assessment-tool-psat/>; acessido a 1 de março de 2025).
- Protocol of HIV services for key populations. Dacca: Governo do Bangladesh; 2023 (https://asp.portal.gov.bd/sites/default/files/files/asp.portal.gov.bd/page/2d04f70c_c5e5_4d3d_9a13_e8cc7e5af9c9/2024-08-29-10-29-d54bf09d5f4c84dffdbc65eb32ecc78d.pdf; acessido a 1 de março de 2025).
- National implementation guidelines for STI and HIV programming among young key populations. Nairobi: Ministério da Saúde; 2018 (<https://www.iavi.org/phocadownload/userupload/National%20Implementation%20Guidelines%20for%20HIV%20and%20STI%20Programming%20among%20YKPs%202018.pdf>; acessido a 4 de maio de 2020).
- Zimbabwe's national key populations HIV and AIDS implementation plan 2019-2020. Harare: National AIDS Council; 2019 (<https://www.nac.org.zw/wp-content/uploads/2021/04/Zimbabwes-National-Key-Populations-HIV-and-AIDS-Implementation-Plan-2019-2020-1.pdf>; acessido a 1 de março de 2025).
- Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people (TRANSIT) (PNUD, IRGT, FNUAP, UCSF, JHSPH, OMS). Nova Iorque: PNUD; 2016 (<https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical-guidance>; acessido a 1 de março de 2025).
- Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men (MSMIT) (FNUAP, The Global Forum on MSM and HIV, PNUD, ONUSIDA, OMS, USAID). Genebra: OMS; 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf>; acessido a 1 de março de 2025).
- Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs (IDUIT) (UNODC, INPUD, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, OMS). Viena: Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e a Criminalidade; 2017 (<https://inpud.net/iduit-implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-with-people-who-inject-drugs/>; acessido a 1 de março de 2025).
- Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers (SWIT) (OMS, FNUAP, ONUSIDA, NSWP, Banco Mundial, PNUD). Genebra: OMS; 2013 (<https://www.nswp.org/resource/sex-worker-implementation-tool-swit>; acessido a 1 de março de 2025).

1.2. Elementos-chave de uma abordagem de plataforma de acesso de confiança

O acesso de confiança aos serviços de VIH e a outros serviços de saúde destinados às populações-chave pode ser assegurado por diversos intervenientes num dado lugar. O importante é reunir estes diferentes intervenientes para que atuem como uma plataforma. Podem utilizar-se mapas locais para identificar os lugares prioritários onde os membros das populações-chave normalmente se reúnem ou onde se prestam serviços, bem como para definir de que forma os intervenientes irão colaborar para garantir um acesso de confiança a esses serviços. Nesse sentido, poderá recorrer-se a prestadores e prestadoras de serviços existentes, à realização de trabalho de proximidade comunitário e à criação de novos pontos de prestação de serviços quando o acesso aos pontos existentes não for satisfatório para as populações-chave. O conhecimento das características do local também ajuda a conceber as intervenções estruturais e facilitadoras necessárias (figura 2).

Figura 2. Exemplo de mapeamento local



Esta secção aborda os diferentes tipos de interveniente, bem como os tipos de serviço ou intervenção das *diretrizes consolidadas* da OMS para as populações-chave que cada interveniente pode fornecer ou implementar. Cada subsecção centra-se num interveniente ou tipo de prestador diferente: trabalho de proximidade realizado por

pares, programas em linha e virtuais, espaços comunitários seguros, estabelecimentos de saúde, clínicas móveis e outros intervenientes capazes de contribuir.

1.2.1. Trabalho de proximidade realizado por pares

O que é?

O trabalho de proximidade realizado por pares é feito por membros das populações-chave que trabalham diretamente com os seus pares nas respetivas residências, em estabelecimentos de saúde, em locais comunitários ou de trabalho, em locais de convívio como bares e discotecas, em locais de trabalho sexual ou injeção de drogas, bem como em contextos virtuais. Esta secção centra-se nos/as agentes pares que realizam intervenções de proximidade presenciais ou face a face junto das comunidades e nos pontos de encontro. Os outros contextos são abordados nas secções seguintes.



Conforme o contexto, os/as agentes pares podem receber diferentes designações como *educadores/as pares*, *agentes pares*, *líderes pares*, ou *agentes de proximidade pares*. Os diferentes termos utilizados refletem por vezes a função ou a ênfase do seu trabalho, por exemplo: *assistentes jurídicos pares*, *acompanhantes pares*, *promotores da profilaxia pré-exposição*, *agentes de apoio à adesão*, etc. Em todos os casos, trata-se de membros das populações-chave (pares) que prestam serviços onde estas populações necessitam – um «trabalho de proximidade», que garante o acesso contínuo e fiável ao aconselhamento e aos serviços a um grande número de membros das populações-chave. O trabalho de proximidade realizado por pares é também uma fonte de informação e aconselhamento, e que permite o encaminhamento para outros prestadores e prestadoras de serviços que têm a confiança das populações-chave. A tabela 2 apresenta alguns nomes tipicamente usados para designar agentes pares, bem como as suas funções e especialidades, embora seja de referir que estas funções muitas vezes se sobrepõem, já que há agentes de proximidade que são capazes de desempenhar várias funções.

Por serem membros das comunidades de populações-chave, os/as agentes de proximidade pares têm o potencial de gerar elevados níveis de confiança, o que constitui a base de programas eficazes, estando na linha da frente para proporcionar um acesso de confiança a alguns dos serviços e intervenções essenciais identificadas nas *diretrizes consolidadas* da OMS.

Tabela 2: Diferentes tipos de agente de proximidade par e respetivas funções típicas

Educador/a par	Transmite informações sobre a prevenção, a transmissão e o tratamento do VIH, bem como sobre outras questões de saúde e a redução do estigma. As atividades incluem sessões individuais (1:1), debates em grupo e distribuição de produtos de prevenção.
Promotor/a da profilaxia pré-exposição	Líder da população-chave dedicado a educar, motivar e ajudar outras pessoas a informar-se sobre a profilaxia pré-exposição e a aceder a este serviço. Pode estar atualmente a fazer profilaxia pré-exposição ou já a ter feito no passado, o que lhe confere credibilidade e confiança junto da sua comunidade.
Acompanhante par	Agente par que vive com o VIH e que ajuda pessoas a aceder a serviços de rastreio, cuidado e tratamento do VIH, por exemplo, acompanhando-as a clínicas, ajudando-as com a burocracia, assegurando o seguimento após o diagnóstico e ajudando a ultrapassar obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde (como o estigma, o transporte, o medo).
Agente de apoio à adesão	Agente par, que muitas vezes também vive com o VIH, cuja função é ajudar membros das populações-chave que vivem com o VIH a manter-se em tratamento e a tomar a medicação de forma consistente, mandando-lhes lembretes, ajudando-os a divulgar o estatuto sorológico, monitorizando as consultas em falta e fazendo visitas domiciliárias. Trabalha em estreita colaboração com os profissionais de saúde.
Assistente jurídico par	Fornece informações jurídicas essenciais, apoio e defesa dos interesses, monitorizando violações de direitos humanos e prestando assistência a quem dela necessite. Não é profissional de advocacia, mas recebe formação para compreender as leis, os direitos e os processos legais relevantes para a sua comunidade.

Que serviços e intervenções são prestados no trabalho de proximidade realizado por pares?

O trabalho de proximidade realizado por pares é mais eficaz na prestação de serviços não clínicos de que as populações-chave necessitam com elevada frequência ou a curto prazo. Embora a combinação exata dos serviços prestados no trabalho de proximidade realizado por pares dependa dos enquadramentos nacionais, da disponibilidade de recursos, bem como do perfil e das funções específicas dos/as agentes de proximidade pares, a tabela 3 apresenta os serviços que são quase sempre prestados neste trabalho (primeira coluna) e aqueles que são prestados quando necessário (segunda coluna). Embora a formação seja um pré-requisito para qualquer agente de proximidade par, alguns dos serviços constantes da segunda coluna poderão exigir formação adicional, supervisão e/ou acreditação.

Os/As agentes pares também podem prestar serviços que não estejam diretamente relacionados com o VIH, mas que respondam a situações de emergência enfrentadas pelas populações-chave, prestando apoio jurídico e primeiros socorros, e promovendo e apoiando práticas de autocuidado. Além disso, estes/as agentes apoiam e promovem melhores práticas de autocuidado entre as populações-chave.

Tabela 3: Serviços prestados no trabalho de proximidade realizado por pares

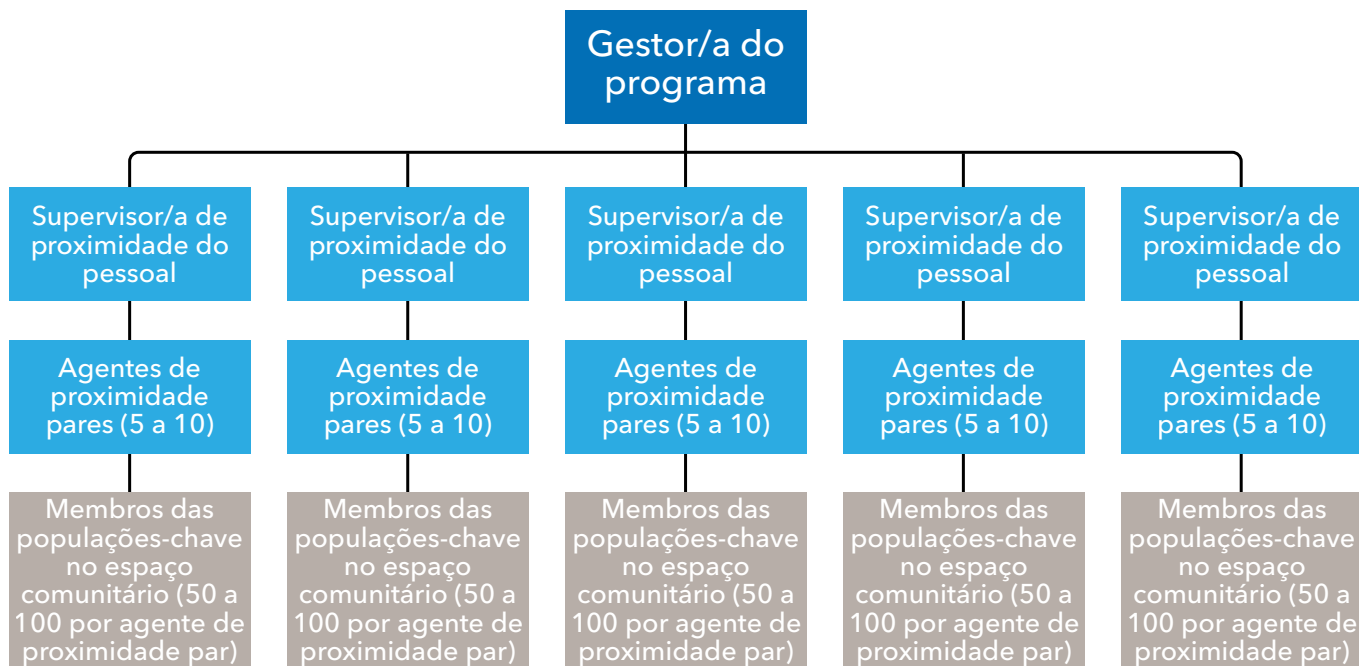
Habitualmente prestados no trabalho de proximidade realizado por pares	Ocasionalmente prestados no trabalho de proximidade realizado por pares (consoante as necessidades, a formação e as funções)
Preservativos e lubrificantes	Redução de danos (programas de troca de agulhas e seringas e naloxona)
Aconselhamento de apoio	Rastreio do VIH (incluindo o apoio ao autorastreio)
Informação e educação que ajudam as populações-chave a conhecer a sua saúde, os riscos para a sua saúde, os serviços disponíveis e os seus direitos legais	Tratamento do VIH (apoio à adesão)
Intervenções destinadas a aumentar a procura	Contraceção
Encaminhamento e acompanhamento para outros serviços	Aconselhamento para problemas de saúde mental
	Combate à violência

Como se faz?

Os/As agentes de proximidade pares fazem visitas sistemáticas aos locais onde a sua comunidade se reúne, a fim de prestar serviços de forma contínua, segura e baseada na confiança. Ao manterem um contacto regular com a comunidade que servem, conseguem identificar mudanças, como a chegada de novas pessoas, alterações nos fatores de risco, problemas de segurança ou situações de repressão, e adaptar-se em conformidade. Existem normas bem estabelecidas e comprovadas que regem os rácios entre agentes de proximidade pares e membros das populações-chave, bem como a formação, a supervisão e a gestão.²⁸ Embora os/as agentes pares atuem em equipa, uma abordagem de plataforma de acesso de confiança liga-os/as a outras componentes da plataforma.

A figura 3 apresenta um exemplo de organigrama para agentes de proximidade pares e respetivos supervisores e supervisoras no âmbito de uma plataforma de acesso de confiança. Os rácios podem variar consoante a população e a disponibilidade de recursos. O [Anexo 2](#) contém mais informações sobre a gestão do trabalho de proximidade e as funções da equipa.

Figura 3. Exemplo de organigrama para agentes de proximidade pares no âmbito de uma plataforma de acesso de confiança



A implementação e a gestão de um trabalho de proximidade eficaz realizado por pares comportam vários elementos, dos quais se destacam:

- a seleção de agentes de proximidade pares (e envolvimento da comunidade geral neste processo);
- a formação inicial e em serviço;
- a disponibilização de auxiliares de trabalho aos/às agentes pares;
- a supervisão do trabalho de proximidade realizado por pares;
- o microplaneamento;
- a remuneração.

Seleção de agentes de proximidade pares

A seleção é feita de forma que promova a confiança. Por exemplo, pode ser importante que os/as agentes pares sejam do mesmo género (para alcançar mulheres que consomem drogas), tenham o mesmo estatuto serológico para o VIH (para fazer o acompanhamento dos pares), a mesma idade (para alcançar trabalhadores e trabalhadoras do sexo com mais idade) ou o mesmo ambiente de trabalho/ experiência de vida (por exemplo, agentes de proximidade pares baseados/as em bordéis para trabalhadores e trabalhadoras do sexo que trabalham em bordéis). O envolvimento das populações-chave na definição e seleção dos educadores e educadoras pares ajuda a garantir que as preferências locais são respeitadas. Na seleção de agentes de proximidade pares, deverão respeitar-se os critérios seguintes (adaptados da ferramenta de implementação para homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens), que estabelecem que um/a agente de proximidade par deve:²⁹

- ser ativo/a na comunidade e estar disponível nos locais relevantes;
- estar comprometido/a com os objetivos do programa;
- conhecer o contexto local;
- ser aceite pela comunidade e responsável perante ela;
- ser tolerante e respeitador/a dos diferentes perfis das populações-chave;
- ser capaz de manter a confidencialidade;
- ter competências de escuta, comunicação e relacionamento interpessoal;
- ser autoconfiante e ter potencial para liderar;
- ser um bom modelo de referência para os comportamentos que promove;
- estar disponível para aprender e experimentar no terreno;
- estar disponível para apoiar pares afetados pela violência ou por uma situação de emergência.

Devem aplicar-se os rácios adequados entre agentes de proximidade pares e pessoas beneficiárias. Estudos demonstraram que um/a agente de proximidade par por cada 80 a 90 trabalhadores e trabalhadoras do sexo e um/a por cada 40 a 50 homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens são rácios adequados para manter o contacto frequente necessário, embora o melhor rácio varie ao nível local em função da densidade do lugar, dos riscos, etc.³⁰ No entanto, os rácios devem basear-se nos locais e nos pontos de encontro onde se realizam as atividades dos programas: por exemplo, em locais onde as comunidades das populações-chave são mais coesas e mais fáceis de alcançar, um educador ou educadora par poderá conseguir trabalhar com um número maior de pessoas.

Os rácios também devem refletir as tarefas específicas do/a agente de proximidade par: por exemplo, os/as acompanhantes pares, que apoiam as populações-chave que vivem com o VIH no acesso e na adesão ao tratamento, trabalham normalmente com rácios de 1/20 a 1/30, refletindo a maior carga de trabalho, incluindo a necessidade de colaborar de perto com gestores e gestoras de casos clínicos e os requisitos adicionais de confidencialidade associados ao seu trabalho.

Formação inicial e em serviço

A formação ministrada aos/às agentes de proximidade pares deve seguir um modelo que lhes confira não só todas as competências necessárias para o seu cargo (tendo em conta que as funções podem variar consoante o quadro), mas também outras como as de microplaneamento, de monitorização, de segurança e de proteção. Além disso, estes/as agentes devem receber formação contínua e auxiliares trabalho, quer para reciclagem de conhecimentos quer para acrescentar novas competências/ serviços às funções que exercem.

Supervisão

A supervisão é um elemento essencial dos programas dos/as agentes de proximidade pares para garantir a sua eficácia e proporcionar aos/às agentes o apoio de que necessitam quando atuam em contextos difíceis, onde enfrentam problemas relacionados com a segurança, a proteção e a saúde mental. A supervisão é muitas

vezes realizada por líderes pares mais experientes/seniores, que possuem as competências necessárias de literacia e cálculo. A supervisão é também importante para a monitorização contínua das atividades de proximidade e para a adaptação às necessidades ou situações que possam surgir. A supervisão de apoio que os supervisores e supervisoras pares fazem habitualmente do trabalho dos educadores e educadoras pares inclui o acompanhamento da evolução face às metas estabelecidas e o planeamento do trabalho futuro.

À semelhança dos rácios dos/as agentes pares, os rácios dos supervisores e supervisoras pares variam consoante o contexto, mas, de um modo geral, cada supervisor ou supervisora pode apoiar eficazmente entre cinco e dez agentes de proximidade pares. Quando um/a agente de proximidade desempenha tarefas como a de apoio à adesão ao tratamento ou de redução de danos, pode um rácio menor ser mais adequado.

Microplaneamento

O microplaneamento, ou planeamento ao nível local, é um pilar de eficácia do trabalho de proximidade realizado por pares, que se baseia no conhecimento profundo das comunidades das populações-chave através do mapeamento dos pontos de encontro onde estas se reúnem e interagem com os educadores e educadoras pares. Esta prática permite que as comunidades das populações-chave dirijam os programas, concentrando a monitorização e a tomada de decisão ao nível local.

No microplaneamento, os supervisores e supervisoras pares realizam reuniões semanais ou quinzenais com cada educador e educadora par individualmente para reverem o trabalho da semana ou das duas semanas anteriores (recolha de formulários ou introdução de dados para monitorização), além de planearem o trabalho da semana seguinte.

Foram desenvolvidas várias ferramentas de microplaneamento:^{31,32,33,34}

- Mapa de carga do local. Ajuda a planear o número de educadores e educadoras pares de que o local necessita e a definir as prioridades do trabalho de proximidade com base na carga populacional do local.
- Análise do local. Ajuda a selecionar o tipo de educador par e a planear a calendarização do trabalho de proximidade no local.
- Lista de contactos. Ajuda a identificar a rede social do educador ou educadora par no local, para confirmar se essa é a melhor localização para o/a agente par, além de ajudar a selecionar agentes pares para novos locais. Estas listas são muitas vezes anónimas ou utilizam pseudónimos para garantir a privacidade.
- Formulário de registo de pares. Facilita a compreensão dos riscos e vulnerabilidades de cada população-chave e a elaboração de um plano individualizado, além de apoiar a elaboração do plano do/a agente par.
- Plano do/a agente par. Permite ao/à agente par planear as atividades de proximidade do mês seguinte com base nas necessidades individuais das populações-chave, dando prioridade a quem necessita de mais atenção e apoio, incluindo quaisquer novos membros da comunidade.
- Calendário do trabalho de proximidade dos educadores e educadoras pares. Ajuda a seguir todas as populações-chave dentro de cada coorte.

- Ferramenta de comunicação de casos de violência. Permite documentar incidentes de violência e fornecer o apoio necessário, além de facilitar o encaminhamento das vítimas para o apoio médico e jurídico e a realização de ações de sensibilização contra a violência baseadas em provas.
- Análise de falhas para identificar oportunidades. Identifica as razões subjacentes às falhas e formula planos para as corrigir, aproveitando as oportunidades existentes para melhorar o programa.

Pagamento/incentivos

Os/As agentes pares devem receber remuneração pelo seu trabalho, devendo, preferencialmente, existir condições padronizadas dentro de um programa ou de um país.

Considerações estruturais sobre o trabalho de proximidade realizado por pares

Embora os programas de proximidade executados por pares ajudem a ultrapassar alguns dos obstáculos enfrentados pelas populações-chave devido ao estigma e à criminalização, os próprios programas podem deparar com os mesmos obstáculos, e os/as agentes de proximidade pares, por estarem na linha da frente, podem enfrentar problemas de segurança e proteção. É por isso fundamental que os programas de proximidade executados por pares identifiquem e resolvam continuamente os problemas estruturais que possam afetar o seu trabalho, o que passa por:

- trabalhar com as comunidades locais, os/as líderes comunitários/as, as forças policiais e outras pessoas influentes para promover a aceitação e a legitimação do programa e assegurar a sua proteção – isto pode incluir ações de sensibilização;
- estabelecer uma estrutura de apoio para os educadores e educadoras pares afetados/as pela violência e por outros problemas de segurança;
- integrar medidas de segurança e proteção no programa, através da avaliação dos riscos, da formação de agentes de proximidade pares, do registo de incidentes, da implementação de procedimentos de resposta a emergências e da adoção de práticas de trabalho seguras;
- garantir que os dados relativos aos/as agentes pares e às populações-chave são armazenados de forma segura e confidencial;³⁵
- disponibilizar meios de comunicação seguros para notificar situações de emergência e incidentes de segurança durante o trabalho de proximidade;
- obter o consentimento oficial para as atividades do programa, incluindo uma autorização escrita e cartões de identificação. Contudo, este nem sempre é o procedimento adequado, devendo adaptar-se as abordagens ao contexto;
- assegurar que os/as agentes de proximidade pares compreendam o estigma e a discriminação e possuam competências para os combater ao nível comunitário, incluindo o estigma internalizado entre os seus pares;
- monitorizar incidentes de segurança e violações dos direitos humanos;
- fornecer assistência jurídica e acesso a serviços e a mecanismos de reparação jurídica.

Considerações orçamentais

Ao orçamentar os programas de proximidade executados por pares, devem considerar-se os seguintes aspetos fundamentais:

- um número suficiente de educadores e educadoras pares de acordo com a população da localidade e os rácios necessários, bem como um número suficiente de supervisores e supervisoras pares;
- a remuneração, o reembolso das despesas de deslocação/telefone, a formação inicial, a formação de reciclagem e o material de microplaneamento (por exemplo, formulários, canetas/lápis, tablets com os respetivos custos de desenvolvimento/adaptação de software e de conectividade), em função do número de educadores e educadoras pares. A formação adicional pode integrar o tratamento, os direitos humanos, a literacia jurídica, a criação de procura de testes de carga viral e novas formulações de profilaxia pré-exposição, a segurança e a proteção, bem como os desafios novos ou emergentes para a comunidade (por exemplo, COVID-19, mpox);
- as atividades de microplaneamento e de validação dos locais, que incluem formulários, análise de dados, remuneração e ajudas de custo;
- uma quantidade suficiente de produtos como preservativos, lubrificante, kits de rastreio, agulhas e outros materiais de redução de danos. Embora estes sejam normalmente adquiridos de forma centralizada, é importante calcular as quantidades necessárias ao nível de cada local.

Ver o [Anexo 1](#) sobre a análise comparativa dos custos do trabalho de proximidade realizado por pares junto das populações-chave.

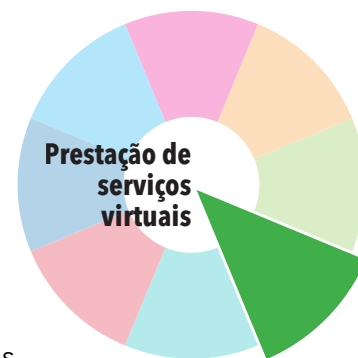
Sugestões de consulta

- Micro-planning in peer led outreach programs—a handbook. A handbook based on the experience of the Avahan India AIDS initiative. Nova Deli: Fundação Bill e Melinda Gates; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf); acessado a 2 de março de 2025).
- Bhattacharjee P, Musyoki H, Prakash R, Malaba S, Dallabetta G, Wheeler T, et al. Microplanning at scale with key populations in Kenya: optimising peer educator ratios for programme outreach and HIV/STI service utilization. PLoS One. 2018 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205056>; acessado a 2 de março de 2025).
- Impact case: developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania Global HIV Prevention Coalition, Rede de aprendizagem Sul-Sul; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view; acessado a 2 de março de 2025).
- Draft standard operating procedure to implement effective community-led outreach and microplanning strategies in key and vulnerable population programmes in Tanzania. Nairobi: Parcerias para a saúde e para o desenvolvimento em África; 2024 (<https://drive.google.com/file/d/1t7gb8ITAJgeNWK3PVyt5ghXGwpk9W8zE/view?usp=sharing>; acessado a 2 de março de 2025).
- Thompson LH, Bhattacharjee P, Anthony J, Shetye M, Moses S, Blanchard J. A systematic approach to the design and scale-up of targeted interventions for HIV prevention among urban female sex workers. Karnataka Health Promotion Trust. Washington, DC: Banco Mundial; 2012 (<https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/336971468151769158/a-systematic-approach-to-the-design-and-scale-up-of-targeted-interventions-for-hiv-prevention-among-urban-female-sex-workers>; acessado a 2 de março de 2025).
- USAID, PEPFAR, Linkages, Fundação Bill e Melinda Gates, Universidade de Manitoba. Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care and treatment programs. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2020; <https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>; acessado a 2 de março de 2025).

1.2.2. Prestação de serviços virtuais

O que é?

As plataformas digitais transformaram a forma como as pessoas obtêm informações e serviços e, com o aumento da conectividade, também a forma como interagem entre si. Como qualquer outro grupo, muitos membros das populações-chave têm acesso a telemóveis ou a plataformas em linha, que utilizam para obter informação – inclusive para o autocuidado –, encontrar parceiros e utentes, obter serviços de saúde e adquirir produtos para a saúde. Esta secção explica como se podem desenvolver e utilizar os espaços virtuais para alcançar as populações-chave que têm acesso a estes serviços no âmbito de uma plataforma de acesso de confiança. Embora esta secção se centre nas plataformas em linha e digitais desenvolvidas e utilizadas pelos implementadores e implementadoras dos programas, a secção 1.2.6. Acesso a serviços prestados por outros intervenientes aborda as modalidades em linha que são detidas ou geridas por terceiros e que também podem ser utilizadas no âmbito das plataformas de acesso de confiança.



As abordagens em linha podem ter um especial interesse para as populações-chave em contextos onde o contacto presencial com agentes de proximidade ou de saúde acarreta o risco de estigmatização, assédio ou detenção.

Com a evolução das redes sociais, surgiram oportunidades de trabalho de proximidade e de discussão mais direcionadas, incluindo conversas de grupo e individuais e aplicações para aconselhamento, tomada de decisões e encaminhamento. Certos tipos de aconselhamento, por exemplo, na área da saúde mental, também podem ser prestados virtualmente, quer por telefone que por chats em linha ou videochamadas, a pessoas com acesso à internet e a um smartphone. Além disso, as abordagens baseadas na inteligência artificial estão a transformar gradualmente a forma de implementar os programas em linha e a aumentar a gama de serviços disponíveis.

Que serviços são prestados?

Os serviços em linha podem substituir ou complementar o contacto presencial, podendo ser usados em vez de alguns dos serviços prestados no trabalho de proximidade realizado por pares, como a literacia em saúde e informações sobre a prevenção do VIH e a redução de danos. Tal como o trabalho de proximidade realizado por pares, os serviços em linha também podem estabelecer uma ligação com os serviços presenciais ao indicarem, por exemplo, onde se podem obter preservativos ou quais os estabelecimentos de saúde reconhecidos para prestar serviços às populações-chave.

Além disso, eles ajudam a alcançar comunidades de populações-chave muito mais amplas do que aquelas que participam nos serviços presenciais, incluindo as pessoas que não revelam o estatuto serológico ou a identidade, que não se associam a comunidades de populações-chave ou que pretendem um acesso rápido e anónimo aos serviços de VIH por receio de divulgação no seio da comunidade ou por diferenças entre comunidades. O apoio virtual pode ainda promover as práticas

de autocuidado. A tabela 4 apresenta os serviços habitualmente e ocasionalmente prestados através de plataformas em linha/digitais.

O potencial destas abordagens é explicado numa nota informativa da ONUSIDA/OMS de 2022:

«A gestão virtual de casos (também conhecida como comunicação direcionada para o/a utente) é uma intervenção virtual utilizada para gerir casos de pessoas que vivem com o VIH ou outras doenças e implica normalmente o uso de ferramentas digitais para apoiar os/as utentes no seu percurso e na sua integração no sistema de saúde após o diagnóstico. A gestão virtual de casos pode apoiar modelos de prestação de serviços diferenciados, como serviços comunitários ou domiciliários, incluindo o início e a renovação da medicação da terapêutica antirretroviral e da profilaxia pré-exposição, consultas e apoio virtuais, lembretes automáticos ou enviados pelo prestador ou prestadora e cuidados de saúde, e chatbots. Uma vez alcançados, os/as utentes que manifestem interesse podem receber apoio em suporte virtual através de abordagens personalizadas e centradas no utente, que lhes facilitem o acesso aos serviços. Os serviços podem ser totalmente virtuais (por exemplo, distribuição de kits de autorrastreio, encomenda e entrega em linha, apoio virtual) ou permitir o encaminhamento e a navegação virtuais para estabelecimentos de saúde (por exemplo, para teste de confirmação após autorrastreio do VIH ou início da profilaxia pré-exposição ou da terapêutica antirretroviral). Estas abordagens podem ser especialmente úteis para encaminhar as pessoas para serviços como a profilaxia pós-exposição, os serviços de troca de agulhas e seringas, a terapêutica de substituição de opiáceos, o rastreio do VIH, a identificação e o encaminhamento de pessoas com sintomas de infeções sexualmente transmissíveis ou VIH, a contraceção, os serviços de saúde mental e o apoio a vítimas de violência, bem como para apoiar o percurso do/a utente desde o início da terapêutica antirretroviral até à supressão viral.»³⁶

Tabela 4: Serviços prestados através de programas em linha e virtuais

Habitualmente prestados através de programas em linha e virtuais	Ocasionalmente prestados através de programas em linha e virtuais (consoante as necessidades, a formação e as funções)
Aconselhamento de apoio	Preservativos e lubrificantes
Informação e educação que ajudam as populações-chave a conhecer a sua saúde, os riscos para a sua saúde, os serviços disponíveis e os seus direitos legais	Profilaxia pré-exposição ao VIH
Intervenções destinadas a aumentar a procura (criação de procura) de serviços comprovados de VIH, hepatites virais e infeções sexualmente transmissíveis (encaminhamento para outros serviços)	Profilaxia pós-exposição ao VIH e às infeções sexualmente transmissíveis
	Rastreio (autorrastreio do VIH)
	Tratamento do VIH (incluindo apoio à adesão)
	Aconselhamento para problemas de saúde mental
	Combate à violência

Além dos serviços enumerados na tabela, os mecanismos em linha podem também ser utilizados para facilitar o acesso a serviços presenciais, por exemplo, através de marcações e encaminhamentos em linha, podendo ainda permitir a recolha de comentários dos utilizadores e utilizadoras sobre o comportamento e o desempenho de quem presta os serviços.

Como se faz?

Como qualquer outro grupo, as populações-chave utilizam o mundo virtual de forma orgânica e tendem a encontrar as plataformas e os serviços que melhor respondem às suas necessidades. É, por isso, fundamental, por um lado, começar por conhecer os sítios da internet e as aplicações mais populares entre as populações-chave (incluindo pessoas de diferentes subcategorias, que têm muitas vezes preferências distintas), como são utilizados e porquê, e, por outro, estar a par de quaisquer alterações nos hábitos em linha das comunidades, já que a utilização é dinâmica e pode alterar-se rapidamente. Este acompanhamento é facilitado pela participação ativa dos membros das populações-chave, que constitui um dos pilares da abordagem de plataforma de acesso de confiança. Foram criadas ferramentas para mapear as redes sociais, em que os programas se podem basear para desenvolver abordagens em linha.³⁷

Ao contrário dos elementos físicos das plataformas de acesso de confiança analisados neste relatório, as abordagens em linha ou virtuais não são intrinsecamente específicas de um dado lugar, proporcionando a oportunidade de prestar serviços de aconselhamento, disponibilizar linhas telefónicas de apoio ou dar consultas no âmbito de uma abordagem nacional ou mesmo transnacional. O guia da ONUSIDA e da Organização Mundial da Saúde sobre os programas virtuais fornece orientações sobre a forma como os programas podem colaborar com os membros das populações-chave na conceção, no planeamento e na prestação de serviços virtuais.³⁸

Se as populações-chave conseguirem aceder eficazmente a serviços de qualidade e em que confiam através de abordagens em linha, significa isto que um programa pode aumentar os rácios para o trabalho de proximidade presencial (ver a secção anterior e o quadro 6).

Quadro 6

Prestação de serviços virtuais às populações-chave: um exemplo da FHI 360³⁹

«Entre 2017 e 2021, a FHI 360 implementou uma plataforma de trabalho de proximidade com uma aplicação para marcações em linha no Mali, no Nepal e na Tailândia. Foi implementado um conjunto único de atividades adaptadas ao contexto, às necessidades e aos recursos locais, para apoiar o trabalho de proximidade comunitário relacionado com o VIH realizado por agentes de proximidade em linha, com base em aplicações de redes sociais populares e na cobertura de internet em cada país.

As intervenções incluíram a criação de procura em linha, por exemplo, através de anúncios periódicos pagos e de promoções de influenciadores em linha por meio das redes sociais. As intervenções revelaram-se eficazes em alcançar os membros das populações prioritárias: mais de dois terços (69 %) dos/as utentes que marcaram consultas através da aplicação para marcações em linha estavam a testá-la pela primeira vez (47 % no Mali, 81 % no Nepal). As taxas de seropositividade foram maiores em comparação com o trabalho de proximidade tradicional (6,3 % face aos 4,4 % na Tailândia, 10,1 % face aos 3,6 % no Nepal e 15,6 % face aos 11,2 % no Mali).

O trabalho de proximidade em linha através da aplicação para marcações em linha contribuiu para os objetivos globais de prevenção, rastreio e identificação de casos nos três países. Na Tailândia, entre julho de 2017 e março de 2021, o trabalho de proximidade em linha representou 10 % de todas as pessoas alcançadas pelo programa, 11 % de todas as que fizeram o rastreio do VIH e 15 % de todas as que tiveram um resultado positivo no rastreio do VIH. No Nepal, entre outubro de 2018 e março de 2021, o trabalho de proximidade em linha representou 9 % de todas as pessoas alcançadas, 4 % de todas as que fizeram o rastreio do VIH e 11 % de todas as que tiveram um resultado positivo no rastreio do VIH.»

Vale, por isso, a pena investir em programas em linha a nível nacional. Além disso, é necessário estabelecer a ligação entre a prestação de serviços em linha e os serviços presenciais a que o utilizador ou utilizadora pode aceder, articulação essa, que pode ser assegurada por serviços em linha bem concebidos: por exemplo, os/as agentes de proximidade pares que operem um serviço nacional de aconselhamento em linha podem aceder a informações sobre os serviços disponíveis localmente e basear-se nelas para encaminhar os utilizadores e utilizadoras para esses serviços.

Os membros das populações-chave devem estar sempre envolvidos na conceção e na implementação dos serviços em linha e virtuais, podendo as organizações dirigidas por populações-chave dirigir a sua implementação.

Considerações estruturais sobre os programas em linha e virtuais

Embora as populações-chave estejam mais protegidas do estigma, da discriminação e da violência com os programas em linha e virtuais, esta abordagem não está isenta de riscos. O anonimato proporcionado pelas interações em linha pode proteger as populações-chave, mas também ajuda a que elas se tornem num alvo de agressões sem que haja consequências. A proteção de dados e a confidencialidade são particularmente importantes quando se recolhem grandes quantidades de informação em linha. Embora esteja fora do âmbito deste guia, importa referir que as plataformas em linha e os influenciadores podem ser uma fonte de má informação e desinformação, e que os programas têm de estar preparados para contrariar esses riscos. As medidas de proteção passam por:

- integrar medidas de segurança e proteção nos programas em linha, através da formação de agentes de proximidade em linha e de outros prestadores e prestadoras de serviços, do registo de incidentes e ameaças, da definição de procedimentos de resposta a emergências e da implementação de práticas de trabalho seguras;
- ter em conta as políticas de segurança, proteção e privacidade de dados, consultando os membros da comunidade, aquando do desenvolvimento ou da utilização de plataformas digitais;
- identificar desigualdades no acesso a telemóveis/smartphones entre as populações-chave;
- desenvolver e implementar mecanismos sólidos de anonimato, confidencialidade e proteção de dados em todos os programas em linha;
- monitorizar espaços em linha privados e públicos para detetar casos de assédio, abuso, divulgação de dados pessoais, discurso de ódio e má informação, e instituir mecanismos para dar uma resposta segura.

Considerações orçamentais

Conforme referido anteriormente, existem diversas variantes de programas em linha e virtuais, que serão normalmente planeadas e orçamentadas a nível nacional, e não local. Os custos associados incluem os de:

- infraestrutura/desenvolvimento (caso sejam desenvolvidos novos produtos em vez de se recorrer a plataformas já existentes);
- criação de conteúdos;
- formação das pessoas envolvidas no trabalho de proximidade em linha e na prestação de outros serviços;
- ligação à internet/a dados para os implementadores e implementadoras e os custos associados à disponibilização de acesso a dados de baixo custo para as populações-chave;
- equipamento;
- subscrições de plataformas digitais/em linha;
- medidas de segurança e proteção.

É pouco provável que os produtos de prevenção sejam incluídos no orçamento dos programas virtuais, uma vez que eles seriam obtidos em espaços físicos por encaminhamento a partir do espaço virtual.

Sugestões de consulta

- FHI 360. Criação de espaços seguros virtuais para as pessoas afetadas pelo VIH. 2022 (<https://shortyawards.com/7th-impact/creating-virtual-safe-spaces-for-people-affected-by-hiv-providing-stigma-free-mental-health-care>; acessido a 5 de março de 2025).
- Offering mental health services for LGBTQI+ people in Algeria, Morocco, and Tunisia. Durham, NC: FHI 360; 2022. "(https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/03/ilovepdf_merged-1.pdf; acessido a 24 de novembro de 2025).
- Going online to accelerate the impact of HIV programs. Durham, NC; FHI 360 Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vision-going-online.pdf>; acessido a 4 de março de 2025).
- Quick online surveys—for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-surveys-planning-online-outreach.pdf>; acessido a 4 de março de 2025).
- Social influencer outreach—for HIV programs reaching at-risk populations online. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-influencer-outreach.pdf>; acessido a 4 de março de 2025).
- Social media mapping—for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019; (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>; acessido a 4 de março de 2020).
- Social network outreach—for HIV programs reaching at-risk populations online. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-network-outreach.pdf>; acessido a 4 de março de 2025).
- Safe queers. Capacitar organizações LGBTQ+ em áreas de risco para que se protejam digitalmente. 2020 (<https://safequeers.org/>; acessido a 4 de março de 2025).
- Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate—implement—integrate. ONUSIDA, OMS. Policy Brief. Genebra: ONUSIDA; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; acessido a 14 de abril de 2025).
- Budgeting and resource planning guidance for implementing virtual interventions as part of HIV responses. Genebra: OMS; 2025 (<https://www.who.int/publications/item/9789240105713>).

1.2.3. Prestação de serviços em espaços comunitários seguros

O que são?

Os espaços comunitários seguros são locais acolhedores e protegidos onde os membros das populações-chave podem procurar apoio, abrigo, aconselhamento e repouso, bem como serviços de VIH e outros serviços de saúde. Estes espaços podem ser os mais variados, podendo incluir centros de apoio comunitários, um espaço dentro de uma organização de populações-chave ou de outra organização da sociedade civil, a casa de um membro da comunidade ou mesmo uma sala vocacionada num estabelecimento de saúde. O fundamental é que os membros das populações-chave estejam confiantes de que estes são efetivamente espaços seguros. Quanto mais acessíveis e próximos das zonas onde as populações-chave vivem e se reúnem estiverem estes espaços, mais eficazes eles serão.

Os espaços comunitários seguros envolvem sempre membros das populações-chave, quer na equipa quer no trabalho voluntário, sendo muitas vezes implementados diretamente por organizações dirigidas por populações-chave.

Que serviços são prestados?

Dado que os espaços comunitários seguros variam consideravelmente na sua natureza e capacidade, eles permitem prestar uma vasta gama de serviços, conforme ilustrado na tabela 5, constituindo quase sempre uma forma de disponibilizar, de modo permanente e seguro, alguns dos serviços prestados através do trabalho de proximidade realizado por pares. Além disso, são geralmente adequados para realizar atividades de grupo/coletivas, que contribuem para a capacitação comunitária. Os espaços comunitários seguros reforçados podem prestar serviços clínicos, quer através da contratação direta de profissionais de saúde, quer através da deslocação periódica de médicos e médicas de outros estabelecimentos de saúde para dar consultas agendadas. No entanto, mesmo sem uma componente clínica, estes espaços contribuem para aumentar e manter a procura de serviços e para reforçar a capacidade das populações-chave de se organizarem e defenderem os seus próprios interesses.



Tabela 5: Serviços prestados em espaços comunitários seguros

Habitualmente prestados em espaços comunitários seguros	Ocasionalmente prestados em espaços comunitários seguros (consoante as necessidades, a formação e as funções)
Capacitação comunitária	Combate à violência
Preservativos e lubrificantes	Redução de danos (programas de troca de agulhas e seringas, tratamento de manutenção com agonistas opiáceos e naloxona)
Aconselhamento de apoio	Profilaxia pré e pós-exposição
Informação e educação que ajudam as populações-chave a conhecer a sua saúde, os riscos para a sua saúde, os serviços disponíveis e os seus direitos legais	Rastreio do VIH (incluindo o autorrastreio)
	Tratamento do VIH/outras tratamentos (apoio à adesão)
	Intervenções de saúde em geral
Encaminhamento para outros serviços	Aconselhamento para problemas de saúde mental

Como se faz?

Como sempre, o ponto de partida para estabelecer um espaço seguro é a própria comunidade. Os membros das populações-chave devem determinar o local, a acessibilidade, a organização e as características do espaço (por exemplo, horários de funcionamento, instalações) e, para o fazer de forma eficaz, devem manter-se informados sobre os recursos disponíveis. Além disso, podem identificar entre os pontos de encontro já existentes um lugar onde a comunidade já se reúne, a casa de um membro da comunidade ou um estabelecimento de saúde que apoie e acolha as populações-chave, que possa ser adaptado para funcionar como espaço seguro.

Devido à grande variedade de serviços que podem ser prestados num espaço comunitário seguro, é importante avaliar periodicamente a possibilidade de acrescentar ou alterar os serviços que ele oferece. É conveniente manter os espaços comunitários seguros intimamente ligados aos programas de proximidade: o facto é que estes espaços também funcionam muitas vezes como locais de planeamento e reunião para agentes de proximidade pares, podendo ainda servir para armazenar preservativos, lubrificantes, etc.

Considerações estruturais sobre os espaços comunitários seguros

Deve ter-se um especial cuidado em garantir que os espaços seguros se mantenham protegidos, que assegurem a privacidade e que sejam aceites pelas comunidades. Estes espaços podem enfrentar muitos dos problemas que procuram resolver. É fundamental assegurar que os espaços seguros e as atividades neles realizadas sejam legais e aceites e que contem com o apoio das autoridades locais e das forças policiais, sobretudo em ambientes altamente estigmatizantes e criminalizados, para evitar que atraiam atenção negativa.

Os espaços seguros devem dispor de protocolos de segurança, que incluam medidas de proteção, práticas de trabalho seguras e a garantia de confidencialidade, e situar-se em zonas que não os tornem mais vulneráveis a críticas ou ataques por parte da comunidade em geral, de líderes locais ou das autoridades.

Considerações orçamentais

É necessário reduzir ao mínimo os custos com os espaços seguros, sobretudo se estes estiverem integrados em locais ou instalações já existentes. No entanto, mesmo para um espaço seguro básico, é necessário ter em conta os seguintes aspetos principais:

- a renda;
- a remodelação do espaço;
- o mobiliário;
- os serviços públicos essenciais;
- o espaço de armazenamento;
- as instalações adequadas para a prestação de serviços clínicos, quando estes estiverem incluídos;
- o pessoal (a equipa do espaço seguro pode integrar agentes de proximidade pares e outros membros da comunidade mediante remuneração);
- os meios de comunicação e o acesso à internet;
- as medidas de segurança física, conforme o caso, incluindo o pessoal de segurança e a videovigilância (CCTV);
- o cálculo das quantidades necessárias de produtos como preservativos, lubrificantes, kits de rastreio, agulhas e outros produtos de redução de danos ao nível de cada local, para assegurar a sua disponibilidade, ainda que estes produtos sejam normalmente adquiridos de forma centralizada.

Outros aspetos a considerar passam pela necessidade de reforço das capacidades, por exemplo, para implementar clínicas de dia ou realizar workshops com membros da comunidade.

Quando os espaços comunitários seguros são implementados ou geridos por organizações dirigidas pela comunidade, é essencial investir no reforço das capacidades de gestão e de governação dessas organizações.

Sugestões de consulta

Trust and choice: Increasing access to HIV services for LGBT people in Mozambique & Uganda. Brighton: Frontline AIDS; 2021 (<https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2021/04/FLA-LGBT-Platform-Guide-EN-WEB.pdf>; acedido a 4 de março de 2025).

O ICAP na RDC oferece serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV e espaços seguros e acolhedores para populações-chave. Nova Iorque: ICAP-Universidade da Colômbia; 2024 (<https://icap.columbia.edu/news-events/icap-in-drc-provides-hiv-health-services-and-supportive-safe-spaces-to-key-populations/>; acedido a 4 de março de 2025).

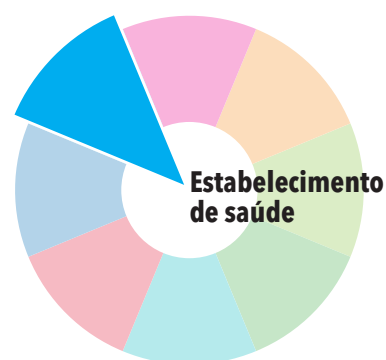
Mathews C, Duby Z, Bunce B, van Blydenstein N, Bergh K, Ambrose A, Safe spaces for beneficiaries of a combination HIV prevention intervention for adolescent girls and young women in South Africa: access, feasibility, and acceptability. *BMC Publ Health*. 2022;21:22(1):1026 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9123612/>; acessado a 4 de março de 2025).

Serving the needs of key populations: case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Genebra: OMS; 2017 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>; acessado a 4 de março de 2025).

1.2.4. **Prestação de serviços em estabelecimentos de saúde**

O que são?

Os estabelecimentos de saúde incluem centros de cuidados de saúde primários ou clínicas especializadas dentro de hospitais (por exemplo, serviços de doenças infecciosas ou de VIH, clínicas de infeções sexualmente transmissíveis, planeamento familiar, redução de danos ou tratamento de dependências), constituindo uma parte essencial de uma plataforma de acesso de confiança para as populações-chave, sobretudo quando os serviços clínicos são prestados de forma limitada ou não são disponibilizados de todo através de espaços comunitários seguros ou serviços clínicos móveis. Para integrar uma plataforma de acesso de confiança, um estabelecimento de saúde tem de estar capacitado para atender as populações-chave. O quadro 7 descreve as características de um estabelecimento de saúde deste tipo.



Quadro 7

O que é um estabelecimento de saúde capacitado para atender as populações-chave?

Um estabelecimento de saúde capacitado para atender às populações-chave:

- tem a confiança dos utilizadores e utilizadoras das populações-chave, que podem aceder à clínica sem receio de serem mal tratados/as;
- envolve líderes/pares das populações-chave na conceção, na prestação e na monitorização dos serviços;
- fornece serviços de VIH e de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, que atendem às necessidades das populações-chave;
- respeita a confidencialidade e a privacidade dos utilizadores e utilizadoras dos serviços (por exemplo, salas de consulta/de espera privadas, ausência de letreiros/etiquetas/materiais que possam gerar estigma, etc.);
- presta serviços sem julgamento, coerção ou discriminação, e sem exigir aos utilizadores e utilizadoras que deixem de ter comportamentos considerados «de risco»;

- tem horários de funcionamento ajustados às necessidades das populações-chave;
- tem medidas de segurança estabelecidas para proteger as instalações, o pessoal e os utilizadores e utilizadoras dos serviços;
- recolhe e armazena os dados confidenciais dos utilizadores e utilizadoras de forma segura e protegida, garantindo a confidencialidade e o anonimato;
- dispõe de um sistema para reagir e responder a situações de estigma, discriminação e violência que ocorram nas instalações;
- monitoriza periodicamente o acesso aos serviços para avaliar a disponibilidade, a adequação, a aceitabilidade e a qualidade dos serviços prestados;
- pode existir enquanto estabelecimento de saúde autónomo (público ou privado) ou ser gerido como uma organização não-governamental ou comunitária (sem fins lucrativos).

Os programas destinados às populações-chave incluem frequentemente clínicas vocacionadas, estabelecidas e geridas quase inteiramente em benefício destes grupos. Porém, ainda que esta abordagem possa ser muito eficaz, ela só é viável se o programa tiver recursos suficientes, se houver um grande número de pessoas nas populações-chave a necessitar deste tipo de serviço e se o estabelecimento puder funcionar em segurança e em conformidade com a lei. Os estabelecimentos de saúde vocacionados podem ser vulneráveis às flutuações de financiamento e aos problemas de segurança ao nível comunitário, principalmente quando estão associados ao atendimento de populações altamente estigmatizadas.

Os estabelecimentos de saúde públicos ou privados existentes podem integrar uma plataforma de acesso de confiança para as populações-chave, desde que estejam capacitados para atender estas populações e adaptados para fornecer os serviços de que elas necessitam, em horários adequados e de forma confidencial e não estigmatizante (figura 7). Os membros das várias populações-chave optam por vezes por estabelecimentos de saúde públicos da sua confiança para obter cuidados de saúde seguros e não discriminatórios; porém, estes estabelecimentos requerem muitas vezes formação e recursos para se tornarem capacitados para atender as populações-chave.

As características dos estabelecimentos de saúde públicos e privados variam consideravelmente consoante o local ou a jurisdição. A maioria dos estabelecimentos de saúde privados é independente, mas alguns podem fazer parte de uma rede mais ampla ou de um mecanismo de seguro de saúde. Os membros das comunidades de populações-chave preferem por vezes os estabelecimentos de saúde privados, principalmente quando estes oferecem serviços mais discretos e asseguram uma maior confidencialidade. Contudo, estes estabelecimentos nem sempre disponibilizam toda a gama de serviços, além de apresentarem muitas vezes obstáculos financeiros consideráveis ao seu acesso. Os programas podem colaborar com estabelecimentos de saúde privados para lhes permitirem fornecer serviços subsidiados ou gratuitos às populações-chave, por exemplo, cobrindo os prémios de

seguro ou reembolsando os utilizadores e utilizadoras dos serviços que preenchem certos critérios.

Por seu turno, os centros de cuidados de saúde primários e os estabelecimentos de saúde públicos especializados (por exemplo, em doenças infecciosas, VIH ou toxicodependência) também apresentam capacidades e potencial diferentes para servir as populações-chave.

Que serviços são prestados?

Tabela 6: Serviços prestados em estabelecimentos de saúde

Habitualmente prestados em estabelecimentos de saúde	Ocasionalmente prestados em estabelecimentos de saúde (consoante as necessidades, a formação e as funções)
Preservativos e lubrificantes	Redução de danos (programas de troca de agulhas e seringas, tratamento de manutenção com agonistas opiáceos e naloxona)
Rastreio (VIH, infeções sexualmente transmissíveis, hepatites)	Combate à violência
Tratamento (incluindo apoio à adesão)	Aconselhamento de apoio
Cuidados de emergência pós-violência/trauma	Informação e educação que ajudam as populações-chave a conhecer a sua saúde, os riscos para a sua saúde, os serviços disponíveis e os seus direitos legais
Profilaxia pós e pré-exposição	Criação de procura dos serviços
Intervenções de saúde em geral	Aconselhamento para problemas de saúde mental
Encaminhamento para outros serviços	

É frequente as clínicas vocacionadas para as populações-chave oferecerem um determinado conjunto de serviços relacionados com o VIH e a saúde sexual, sobretudo se forem totalmente financiadas por programas de combate ao VIH e se os recursos não permitirem adotar uma abordagem mais abrangente. Os serviços incluídos dependem também das capacidades e especialidades clínicas do pessoal que trabalha no estabelecimento de saúde. Não obstante, qualquer estabelecimento de saúde tem a possibilidade de fornecer um conjunto mais alargado de intervenções e serviços, incluindo o apoio ao autocuidado (tabela 6).

Os estabelecimentos de saúde públicos ou privados que não se dediquem exclusivamente às populações-chave oferecem muitas vezes uma gama mais vasta de serviços ou, como no caso de um centro público integrado de saúde sexual e planeamento familiar, organizam o encaminhamento para outras especialidades dentro do mesmo estabelecimento, mesmo que estas não sejam diretamente financiadas pelos programas destinados às populações-chave. Desta forma, consegue-se dar resposta às necessidades de saúde gerais de quem utiliza os serviços.

Uma vez que se recomenda que as populações-chave monitorizem regularmente a sua saúde, os programas podem optar por um sistema de exames de rotina trimestrais ou semestrais. Os exames de rotina em saúde sexual permitem aos

médicos e médicas fazer o rastreio, o tratamento e o seguimento do VIH e das infeções sexualmente transmissíveis; sempre que possível, são igualmente cobertas outras doenças comuns.

Os membros das populações-chave em profilaxia pré-exposição e terapêutica antirretroviral necessitam de atendimento regular para gestão clínica, aconselhamento e renovação da medicação – a frequência deste atendimento depende dos medicamentos e dos esquemas terapêuticos usados, podendo também ser reduzida no caso de doentes estáveis.

As pessoas que injetam drogas que recorrem aos serviços de redução de danos, bem como as pessoas em tratamento da TB, podem necessitar de um atendimento muito mais frequente. Existem exemplos que mostram que o atendimento clínico regular ajuda a reduzir o estigma, embora a abordagem adotada deva refletir as preferências das próprias populações-chave. A OMS atualiza periodicamente as recomendações sobre a necessidade de atendimento clínico para diferentes tipos de serviço, com base nas pesquisas mais recentes. Além disso, as diretrizes nacionais determinam muitas vezes os requisitos aplicáveis.

Como se faz?

Tal como acontece com todas as componentes anteriormente descritas, os princípios fundamentais da colaboração com os estabelecimentos de saúde são a confiança e o acesso. O ponto de partida para colaborar com os estabelecimentos existentes, a fim de garantir um acesso de confiança às populações-chave, é envolver os próprios utilizadores e utilizadoras dos serviços no processo. Os membros das populações-chave fornecem informações sobre as suas preferências, os serviços de que necessitam, os locais e os horários de funcionamento, bem como as preocupações relacionadas com o comportamento e as atitudes dos/as agentes de saúde, a não discriminação, a segurança e a confidencialidade, que é necessário ter em conta. Este envolvimento de quem utiliza os serviços deve ser contínuo e incluir procedimentos de recolha permanente de feedback como a monitorização comunitária, observatórios, reuniões de feedback comunitário e mecanismos de feedback em linha.

Para fomentar a confiança da comunidade num estabelecimento de saúde, é necessário investir na sensibilização e na formação do respetivo pessoal, incluindo o pessoal clínico, administrativo e de segurança, e adotar políticas contra a discriminação. Pode também ser necessário investir na acessibilidade do estabelecimento, por exemplo, adotando horários de atendimento mais alargados ou específicos, ou criando entradas/saídas ou salas de espera separadas para as populações-chave. A organização de dias de atendimento específicos para diferentes grupos populacionais-chave ou de dias dedicados à saúde familiar ajuda a promover a confiança.

Sempre que os recursos o permitam, investir na capacidade dos estabelecimentos de saúde (sejam eles vocacionados para as populações-chave ou destinados ao público em geral) para alargar a gama de serviços prestados pode reforçar a sua competência para atender as populações-chave e acolhê-las. Os serviços adicionais podem incluir cuidados de saúde de afirmação de género, redução de danos, saúde anal, aconselhamento sobre a redução dos riscos relacionados com o chemsex e a atualização sobre novas formulações e esquemas terapêuticos para a prevenção e o tratamento do VIH. Os estabelecimentos necessitam de um fornecimento fiável

de todos os produtos e equipamentos de que necessitam para a prestação destes serviços.

O envolvimento dos membros das populações-chave na prestação de serviços num estabelecimento de saúde também faz parte da competência para atender as populações-chave. Os membros das populações-chave devidamente formados podem prestar um conjunto de serviços no estabelecimento, incluindo todas as funções descritas para agentes de proximidade pares, podendo ainda garantir um bom encaminhamento, seguimento e coordenação entre os estabelecimentos de saúde e os serviços comunitários e em linha integrados na plataforma.

Numa determinada localização (cidade ou bairro) podem vários estabelecimentos de saúde integrar uma plataforma de acesso de confiança. A inclusão simultânea de uma clínica vocacionada e de uma clínica pública aumenta a escolha das populações-chave, alargando ainda o leque de serviços a que elas podem aceder.

Considerações estruturais sobre os estabelecimentos de saúde

O estigma e a discriminação contra as populações-chave podem ser particularmente acentuados em contextos clínicos. Em contextos altamente estigmatizantes ou criminalizadores, os membros das populações-chave estão muito pouco confiantes de que irão receber um tratamento correto e confidencial, razão pela qual se têm muitas vezes adotado clínicas vocacionadas no âmbito dos programas destinados às populações-chave. A colaboração com estabelecimentos públicos ou privados já estabelecidos requer um especial cuidado em garantir a eliminação dos obstáculos; caso contrário, estes estabelecimentos não terão a confiança das populações-chave nem elas recorrerão aos seus serviços. Ao trabalhar com qualquer tipo de estabelecimento de saúde, além da participação ativa dos membros das populações-chave, é ainda necessário:

- combater os obstáculos jurídicos como o dever de denunciar qualquer atividade ilegal;
- combater as atitudes estigmatizantes e discriminatórias de todo o pessoal (clínico, administrativo, entre outros) em relação às populações-chave, através da sensibilização e da formação, bem como da adoção de políticas e mecanismos adequados de prestação de contas no estabelecimento de saúde;
- monitorizar e analisar periodicamente os incidentes e as ameaças;
- garantir a segurança e a proteção, incluindo medidas de segurança física para salvaguardar as instalações;
- assegurar as autorizações de funcionamento através de acordos com autoridades sanitárias e autoridades locais;
- garantir que todas as atividades realizadas sejam legais, sobretudo em contextos onde a legislação pode criminalizar atividades de apoio às populações-chave;
- promover a compreensão e a aceitação pela comunidade em geral; no caso de clínicas vocacionadas, podem organizar-se dias abertos para que os serviços não sejam percecionados como exclusivos das populações-chave;
- receber e responder ao feedback dos utilizadores e utilizadoras dos serviços (por exemplo, através de monitorização comunitária, observatórios, consultas, etc.).

Considerações orçamentais

As considerações orçamentais variam substancialmente consoante o estabelecimento de saúde seja propriedade de um programa ou estabelecido por este (por exemplo, uma clínica vocacionada para populações-chave), ou se trate de um estabelecimento público ou privado existente. Os principais elementos a ter em conta são:

- o espaço para a prestação de serviços clínicos (clínica autónoma ou partilhada com espaço seguro/centro de apoio), caso não se faça o encaminhamento para outros serviços;
- o equipamento (por exemplo, marquesa, iluminação, equipamentos e reagentes para diagnóstico, espéculos ou anuscópio, instalações de esterilização e eliminação de resíduos, equipamentos e materiais para registo de dados);
- os medicamentos (para as infeções sexualmente transmissíveis e o VIH; de preferência, também para o planeamento familiar e para as doenças gerais comuns);
- os preservativos, lubrificantes, agulhas e seringas para distribuição nas clínicas;
- a formação e os recursos necessários para garantir e manter serviços livres de discriminação e estigma;
- para um encaminhamento de confiança: a formação dos prestadores e prestadoras de cuidados de saúde, o controlo da qualidade e da aceitabilidade dos serviços prestados, e a monitorização e o apoio ao acesso a prestadores e prestadoras de confiança e à retenção nos cuidados de saúde;
- a implementação de um sistema eletrónico de marcações e criação de redes de encaminhamento para uma participação virtual/em linha;
- dependendo da modalidade de prestação de serviços: os salários ou honorários dos médicos e médicas, o espaço clínico, o equipamento básico de diagnóstico, bem como os reagentes, os medicamentos, os controlos da qualidade e os consumíveis;
- o facto de que os programas que se baseiam exclusivamente no encaminhamento de confiança para estabelecimentos de saúde existentes, embora tendo normalmente custos de infraestrutura/aprovisionamento mais baixos, precisam de investir mais em mecanismos que assegurem esse encaminhamento, com a devida monitorização e qualidade, bem como na confiança das populações-chave no serviço;
- a capacidade para outros serviços de saúde, redução de danos (por exemplo, o tratamento de manutenção com agonistas opiáceos) ou afirmação de género, que as populações-chave querem e necessitam, e que nem sempre são cobertos pelo financiamento específico para o VIH. Além disso, alguns estabelecimentos de saúde podem ser capazes de gerar receitas que contribuam para a sustentabilidade, disponibilizando procedimentos opcionais cobrados por serviço (como a remoção de verrugas, a depilação a laser, etc.).

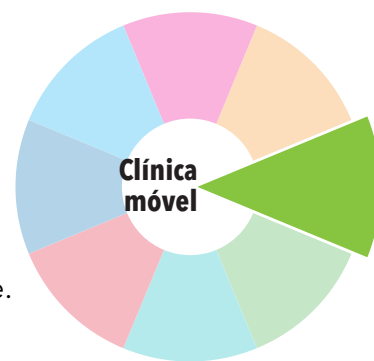
Sugestões de consulta

- FHI (Gabinete Nacional da Índia). STI clinic supervisory handbook. Comprehensive STI services for sex workers in Avahan-supported clinics in India. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2008 (https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/STI_Clinic_Supervisory_Handbook.pdf; acessado a 4 de março de 2025).
- Kidd R, Clay S, Stockton M, Nyblade L. Facilitator's training guide for a stigma-free health facility: training menus, facilitation tips, and participatory training modules. Washington, DC: Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDTrainingGuide.pdf; acessado a 4 de março de 2025).
- Linkages. Health4All. Training health workers for the provision of quality, stigma-free HIV services for key populations. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2018 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-h4all-2018.pdf>; acessado a 4 de março de 2025).
- Key populations manual for healthcare providers. Harare: Ministério da Saúde e dos Cuidados Infantis; 2018 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/KP-Manual-Health-Providers-2018.pdf>, acessado a 4 de março de 2025).
- Dayton R, Morales GJ, Dixon KS. Health care worker training: preventing and responding to violence against key populations. Durham, NC: FHI 360; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-hcw-training-manual.pdf>; acessado a 4 de março de 2025).

1.2.5. Prestação de serviços em clínicas móveis/clínicas de proximidade

O que são?

As clínicas móveis são uma forma de fornecer serviços clínicos de maneira conveniente para as populações-chave. Instaladas num veículo adaptado, elas podem deslocar-se para os locais onde os membros das populações-chave se reúnem, em horários que lhes sejam propícios. Já as clínicas de proximidade são clínicas temporárias montadas por um curto período num local físico onde as populações-chave se reúnem (como um bar ou uma discoteca) e em horários que se lhes adequem. Estes dois modelos são particularmente úteis onde não existem outros estabelecimentos de saúde próximos ou onde os estabelecimentos existentes não oferecem às populações-chave um acesso de confiança aos serviços.



Que serviços são prestados?

As clínicas móveis ou de proximidade podem prestar o mesmo conjunto de serviços que os estabelecimentos de saúde fixos, embora o conteúdo exato desses serviços dependa dos recursos e do tempo disponíveis, etc. Além disso, elas permitem por vezes realizar procedimentos cirúrgicos simples. A tabela 7 apresenta os serviços habitualmente e ocasionalmente prestados por estas clínicas.

Tabela 7: Serviços prestados em clínicas móveis ou de proximidade

Habitualmente prestados em clínicas móveis ou de proximidade	Ocasionalmente prestados em clínicas móveis ou de proximidade (consoante as necessidades, a formação e as funções)
Preservativos e lubrificantes	Redução de danos (programas de troca de agulhas e seringas, tratamento de manutenção com agonistas opiáceos e naloxona)
Rastreio (incluindo o apoio ao autorastreio)	Intervenções de saúde em geral
Tratamento (incluindo apoio à adesão)	Aconselhamento de apoio
Profilaxia pré-exposição	Informação e educação que ajudam as populações-chave a conhecer a sua saúde, os riscos para a sua saúde, os serviços disponíveis e os seus direitos legais
Criação de procura dos serviços	
Encaminhamento para outros serviços	

Como se faz?

As clínicas móveis ou de proximidade/temporárias são usadas em contextos muito diversos, sobretudo para servir as zonas remotas. Quando disponíveis, estes recursos são também uma opção para alcançar as populações-chave. É pouco frequente estas estruturas serem totalmente financiadas pelo orçamento de um programa destinado

às populações-chave, o que geralmente só ocorre quando os programas dispõem de recursos consideráveis.

O envolvimento das populações-chave é fundamental para determinar se as clínicas móveis são aceitáveis e terão a sua confiança, bem como para definir aspetos como os horários, a localização e o acesso seguro, a fim de evitar o estigma e promover a adesão. É importante fazer uma monitorização contínua para garantir a segurança e a confiança dos pontos de encontro/locais utilizados pelos serviços móveis e para identificar quaisquer possíveis novos locais.

As clínicas móveis devem manter uma estreita colaboração com os outros elementos da plataforma, sobretudo as componentes de proximidade, para que as necessidades das populações-chave sejam bem conhecidas e atendidas com rigor. Com efeito, os/as agentes de proximidade facilitam e apoiam muitas vezes os atendimentos nas clínicas de proximidade, por exemplo, mobilizando os membros da comunidade na zona onde a clínica está instalada. Quando se utilizam clínicas móveis, estas devem ser integradas nos circuitos de encaminhamento e nos sistemas de dados e de monitorização do programa.

As clínicas móveis podem ser integradas numa plataforma de acesso de confiança juntamente com os estabelecimentos de saúde, com vista a aumentar o leque de opções disponibilizado às populações-chave e garantir que os serviços de utilização frequente estejam mais facilmente acessíveis.

Considerações estruturais sobre as clínicas móveis

As clínicas móveis podem ajudar a evitar os obstáculos estruturais associadas à dependência dos estabelecimentos de saúde fixos; porém, também elas se podem tornar alvo de estigma, discriminação e violência. À semelhança do que sucede com os estabelecimentos de saúde, ao trabalhar com uma clínica móvel é necessário:

- combater os obstáculos jurídicos como o dever de denunciar qualquer atividade ilegal;
- combater as atitudes estigmatizantes e discriminatórias de todo o pessoal (clínico, administrativo, entre outros) em relação às populações-chave, através da sensibilização e da formação, bem como da adoção de políticas e mecanismos adequados de prestação de contas no estabelecimento de saúde;
- escolher horários de atendimento nas clínicas móveis/de proximidade que minimizem os riscos de segurança;
- monitorizar e analisar periodicamente os incidentes e as ameaças;
- garantir a segurança e a proteção, incluindo medidas de segurança física e protocolos de emergência;
- assegurar as autorizações de funcionamento através de acordos com autoridades sanitárias e autoridades locais, incluindo a elaboração de um calendário de atendimentos;
- garantir que todas as atividades realizadas sejam legais, sobretudo em contextos onde a legislação pode criminalizar atividades de apoio às populações-chave;
- obter a compreensão e a aceitação da comunidade em geral;
- receber e responder ao feedback dos utilizadores e utilizadoras dos serviços (por exemplo, através de monitorização comunitária, observatórios, consultas, etc.).

Considerações orçamentais

Uma vez que as clínicas móveis são geralmente implementadas no âmbito de um programa destinado às populações-chave, os seus custos têm de ser calculados na íntegra, incluindo muitos dos elementos orçamentados para os estabelecimentos de saúde, bem como o próprio equipamento móvel, designadamente:

- para a estrutura móvel: o veículo adaptado, o mobiliário, os abrigos/tendas, o combustível, a manutenção e o armazenamento seguro;
- o equipamento (por exemplo, a marquesa, a iluminação, os equipamentos e reagentes para diagnóstico, os espéculos ou o anuscópio);
- os medicamentos (para as infeções sexualmente transmissíveis e o VIH; de preferência, também para o planeamento familiar e para as doenças gerais comuns);
- a formação e os recursos necessários para garantir e manter serviços livres de discriminação e estigma;
- os preservativos, lubrificantes, agulhas e seringas para distribuição nas clínicas;
- para um encaminhamento de confiança: a formação dos prestadores e prestadoras de cuidados de saúde, o controlo da qualidade e da aceitabilidade dos serviços prestados, e a monitorização e o apoio ao acesso a prestadores e prestadoras de confiança e à retenção nos cuidados de saúde;
- dependendo da modalidade da prestação de serviços: os salários ou honorários dos médicos e médicas, o espaço clínico (pode fazer parte de um espaço seguro), o equipamento básico de diagnóstico, bem como os reagentes, os medicamentos e os consumíveis;
- os motoristas;
- o pessoal de segurança.

Sugestões de consulta

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;18:6 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8549812/>).

Differentiated service delivery for key populations - men who have sex with men, sex workers, transgender people, people who inject drugs and prisoners and other people living in closed settings: A background review. 2016 (<https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/2022/05/DSD-Key-populations-review.pdf>).

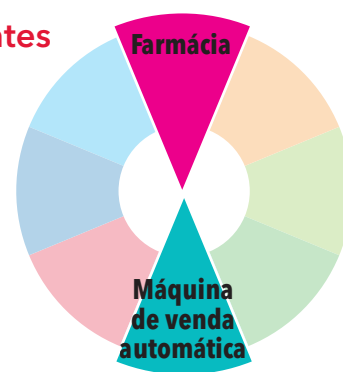
Rousseau E, Bekker L, Julies R, Celum C, Morton J, Johnson R, Baeten JM, O'Malley G. A community-based mobile clinic model delivering PrEP for HIV prevention to adolescent girls and young women in Cape Town, South Africa. *BMC Health Serv Res* 2021;21:888 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06920-4>).

1.2.6. Acesso a serviços prestados por outros intervenientes

O que são?

Dado que uma abordagem de plataforma de acesso de confiança visa maximizar a utilização dos ativos existentes na comunidade, esta pode incluir muitos outros intervenientes ou entidades como:

- farmácias;
- bares e discotecas;
- máquinas de venda automática;
- lojas em linha.



O que estas entidades têm em comum é poderem ser empresas ou estabelecimentos privados, não fazendo necessariamente parte do plano de um programa destinado às populações-chave nem estando necessariamente sob o controlo direto ou dependentes do financiamento de um programa, ainda que seja possível incluir máquinas de venda automática ou lojas em linha no planeamento de um programa ou de uma parceria público-privada.

Sendo as entidades independentes dos programas destinados às populações-chave, é necessário um esforço adicional para garantir que as populações-chave que pretendam utilizar serviços destas entidades ou através delas possam fazê-lo de forma segura (ver a secção sobre aspetos estruturais).

Que serviços são disponibilizados?

Uma vez que estes outros prestadores e prestadoras são entidades terceiras, há muitos serviços que estes poderão prestar, como os apresentados na tabela 8. Contudo, por serem terceiros em vez de intervenientes integrados no plano de um programa, o que oferecem dependerá, em grande medida, de cada entidade.

Tabela 8: Serviços prestados por outros intervenientes

Possivelmente disponibilizados por outros intervenientes

- Informação e educação que ajudam as populações-chave a conhecer a sua saúde, os riscos para a sua saúde, os serviços disponíveis e os seus direitos legais
- Criação de procura pelos serviços
- Encaminhamento para os serviços
- preservativos e lubrificantes
- Profilaxia pré-exposição/pós-exposição
- Rastreamento do VIH (incluindo o apoio ao autorrastreamento)
- Tratamento (renovação da medicação, apoio à adesão)
- Contraceção

Tal como acontece com os tipos de prestador de serviços anteriormente mencionados, alguns destes, em particular as farmácias, poderão também ser capazes de apoiar práticas de autocuidado.

Como se faz?

Colaborar com outros prestadores e prestadoras de serviços no âmbito de uma abordagem de plataforma de acesso de confiança implica estabelecer parcerias com um leque mais alargado de intervenientes numa determinada área de implementação do programa. Uma vez que as populações-chave são capazes de identificar por si próprias as organizações ou entidades capazes de responder às suas necessidades de forma não estigmatizante e segura, os programas devem basear-se nas suas orientações para integrar essas entidades na plataforma e alargar os serviços que ela pode disponibilizar. Os/As agentes de proximidade pares estão muitas vezes numa posição privilegiada para intermediar a comunicação com estas entidades, a fim de negociar uma colaboração.

Esta colaboração pode dar-se com os proprietários de estabelecimentos de diversão, para assegurar um fornecimento contínuo de preservativos, ou com as farmácias, para melhorar o encaminhamento, através da formação do pessoal das farmácias em rastreio básico e em como trabalhar com as populações-chave de forma não estigmatizante. Além disso, a colaboração pode envolver a disponibilização de produtos subsidiados nesses locais.

Não existe nenhuma abordagem particularmente correta para trabalhar com esta categoria de prestador; trata-se antes de identificar o potencial para alargar o leque de serviços e opções seguras e de confiança para as populações-chave.

A colaboração com estes intervenientes pode ser estabelecida e formalizada, por exemplo, através de um memorando de entendimento ou de uma parceria público-privada. Nalguns países, é necessário cumprir requisitos regulamentares, sobretudo quando estes intervenientes externos ao programa estiverem envolvidos na realização de atividades regulamentadas (por exemplo, a utilização/instalação de máquinas de venda automática tem normalmente de garantir o armazenamento seguro e adequado dos produtos, e pode ter de impor restrições de idade a quem a eles acede) (quadro 8).

Quadro 8

Farmácias: um recurso comunitário subaproveitado para um acesso de confiança⁴⁰

Embora as farmácias constituam um recurso subaproveitado nas comunidades, elas podem ser uma componente valiosa de uma abordagem de plataforma de acesso de confiança. É frequente os membros das populações-chave confiarem no pessoal das farmácias locais para obter um aconselhamento discreto sobre o VIH, a saúde sexual e os serviços de saúde em geral, bem como para adquirir preservativos e lubrificantes. Além disso, as farmácias marcam uma forte presença nas comunidades, sendo mais numerosas e acessíveis do que os estabelecimentos de saúde. Nos locais onde não existem programas destinados às populações-chave, o pessoal das farmácias tem muitas vezes um conhecimento profundo das necessidades e dos riscos para a saúde da população local.

Em Moçambique, o programa EpiC intensificou a colaboração com farmácias privadas para alargar o acesso a diversos serviços para as populações-chave, incluindo o rastreio das infeções sexualmente transmissíveis, a disponibilização de preservativos e lubrificantes, o autorastreio do VIH, a profilaxia pós-exposição, a profilaxia pré-exposição, o rastreio e os cuidados de saúde em situações de violência/violência de género, o planeamento familiar, bem como serviços essenciais e o acompanhamento no âmbito do tratamento antirretroviral. A seleção do pessoal das farmácias privadas e a formação de sensibilização que lhe foi ministrada contaram com a participação de membros das populações-chave.

Considerações estruturais sobre a colaboração com outros prestadores e prestadoras de serviços

Uma vez que os outros prestadores e prestadoras de serviços são normalmente uma escolha dos próprios membros das populações-chave, já existe à partida um certo grau de confiança e acesso. Contudo, a natureza dinâmica dos contextos significa que a capacidade e a vontade destas entidades independentes de continuar a responder às necessidades das populações-chave pode ser influenciada por quaisquer novas orientações políticas ou legais. Este risco pode ser diminuído:

- fomentando o diálogo com os prestadores e prestadoras de serviços sobre a importância que os programas destinados às populações-chave têm para a saúde pública e sobre o contexto em que estas populações se inserem;
- disponibilizando informação correta e atualizada sobre alterações legais, sobretudo em contextos onde a legislação possa ser percebida como restritiva do trabalho com populações-chave ou da prestação de serviços às mesmas;
- disponibilizando subsídios, materiais e formação para incentivar os prestadores e prestadoras a continuarem a participar no esforço global;
- garantindo o cumprimento dos regulamentos e das condições locais;
- estabelecendo acordos formais/memorandos de entendimento, com vista a reforçar e a manter a colaboração;
- receber e responder ao feedback dos utilizadores e utilizadoras dos serviços (por exemplo, através de monitorização comunitária, observatórios, consultas, etc.).

Considerações orçamentais

Conforme já referido, esta categoria de prestador de serviços é independente e provavelmente estabelecida fora do contexto de um programa, sendo de esperar que a prestação de muitos dos serviços tenha um cariz comercial. No entanto, havendo recursos disponíveis, é possível fazer alguns investimentos para aumentar a eficácia da colaboração público-privada com estes prestadores e prestadoras, por exemplo:

- no fornecimento de produtos e materiais de prevenção, na concessão de subsídios que permitam ao prestador ou prestadora disponibilizar estes produtos às populações-chave a baixo custo ou gratuitamente, ou na colaboração com os serviços nacionais de seguro de saúde para possibilitar reembolsos;
- na formação em saúde pública e em novas intervenções;
- em mecanismos de recompensa para prestadores e prestadoras que obtiverem uma boa classificação das populações-chave.

Sugestões de consulta

- Bateganya M. Experiences and lessons in optimizing decentralized drug distribution for key populations. Differentiated service delivery for key populations—virtual meeting. Durham, NC: FHI 360; 2021 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2021/08/Bateganya_CQUIN-Key-Pops-Meeting_Final-8_25.pdf; acessado a 6 de março de 2025).
- Crawford ND, Harrington KRV, Chandra C, Alohan DI, Quamina A, Beck O. et al. Feasibility of reaching populations at high risk for HIV in community pharmacies. JAPhA. 2024;64:6;102239 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S154431912400267X>; acessado a 6 de março de 2025).
- Lalla-Edward S; Venter W. Feasibility and impact of community pharmacy and novel pick-up points for antiretroviral therapy pre-exposure prophylaxis initiation and continuation in low and middle-income countries. Curr HIV/AIDS Rep. 2024;16:22:1:2 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11568023/#:~:text=Likewise%2C%20novel%20pick%20Dup%20points,injecting%20drug%20users%20%5B33%5D>; acessado a 6 de março de 2025).
- Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Biomedical HIV prevention delivery to key populations—community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP delivery, and the use of telemedicine. Current HIV/AIDS Rep. 2021;18:500-507 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-021-00578-7>; acessado a 6 de março de 2025).
- Protegendo populações-chave de interrupções abruptas nos serviços essenciais de HIV. Genebra: OMS; 2025 (<https://www.who.int/news/item/27-02-2025-protecting-key-populations-from-abrupt-disruptions-to-essential-hiv-services>; acessado a 6 de março de 2025).

1.3. **Planeamento e adaptação de plataformas de acesso de confiança e considerações estruturais transversais**

1.3.1. **Planeamento das plataformas de acesso de confiança**

Conforme já referido, uma plataforma de acesso de confiança inclui todos os prestadores e prestadoras em que as populações-chave confiam e a que têm acesso. Não existem duas plataformas iguais, já que cada uma possui combinações diferentes dos vários tipos de interveniente ou de prestador descritos na secção anterior, trabalhando preferencialmente de forma coordenada. A coordenação e o encaminhamento entre os diferentes intervenientes são elementos importantes de uma abordagem de plataforma de acesso de confiança.

A criação de uma plataforma eficaz requer, por isso, um forte envolvimento das populações-chave desde o início e ao longo do processo de conceção e implementação. O mapeamento programático participativo é uma ferramenta-chave para o conseguir: trata-se de um processo que coloca as populações-chave na dianteira e permite identificar os recursos e os problemas de uma comunidade, assim como quaisquer mudanças, prioridades e problemas que surjam.

As comunidades e os contextos são dinâmicos: evoluem com o tempo. É por essa razão que os processos como o microplaneamento precisam de ser contínuos, em vez de pontuais. Além disso, um processo contínuo admite sempre a possibilidade de introduzir melhorias a qualquer momento, centrando-se na adaptação contínua do que já está implementado, em vez de num longo processo de planeamento que obrigue a interrupções do programa.

Como planear uma plataforma de acesso de confiança?

O mapeamento programático participativo feito de forma periódica envolve as comunidades de populações-chave no processo de identificação de locais e pontos de encontro de alto risco e na estimativa da dimensão populacional. É normalmente a primeira etapa de um programa destinado às populações-chave, constituindo uma oportunidade crucial para envolver as comunidades e permitindo identificar membros das populações-chave que são influentes nas suas comunidades e que estão empenhados em trabalhar com elas. Desta forma, o mapeamento programático participativo fornece informação, desperta o interesse comunitário e ajuda o programa a identificar membros das populações-chave que se podem tornar bons agentes de proximidade pares.

É importante repetir o mapeamento (validação dos locais a cada seis a doze meses) no âmbito do microplaneamento para atualizar o planeamento do trabalho de proximidade, as estimativas da dimensão populacional e as metas, com base em informações sobre novos pontos de encontro de alto risco e novas populações-chave, bem como sobre pontos de encontro que ficaram inativos ou populações-chave que se deslocaram. Este procedimento também ajuda a identificar novos problemas e a preparar a introdução de novas intervenções ou a adaptar as que já existem.

O mapeamento programático participativo implica reunir com membros das populações-chave de diferentes locais e orientá-los na elaboração de mapas dos seus locais, nos quais se identifiquem os pontos de encontro de alto risco, as principais estradas e pontos de referência e os prestadores e prestadoras de serviços de VIH, de saúde e de outros serviços que têm a confiança das populações-chave. São igualmente incluídos os serviços considerados não fiáveis, os locais de risco, bem como as estimativas do número de membros das populações-chave presentes em cada ponto.

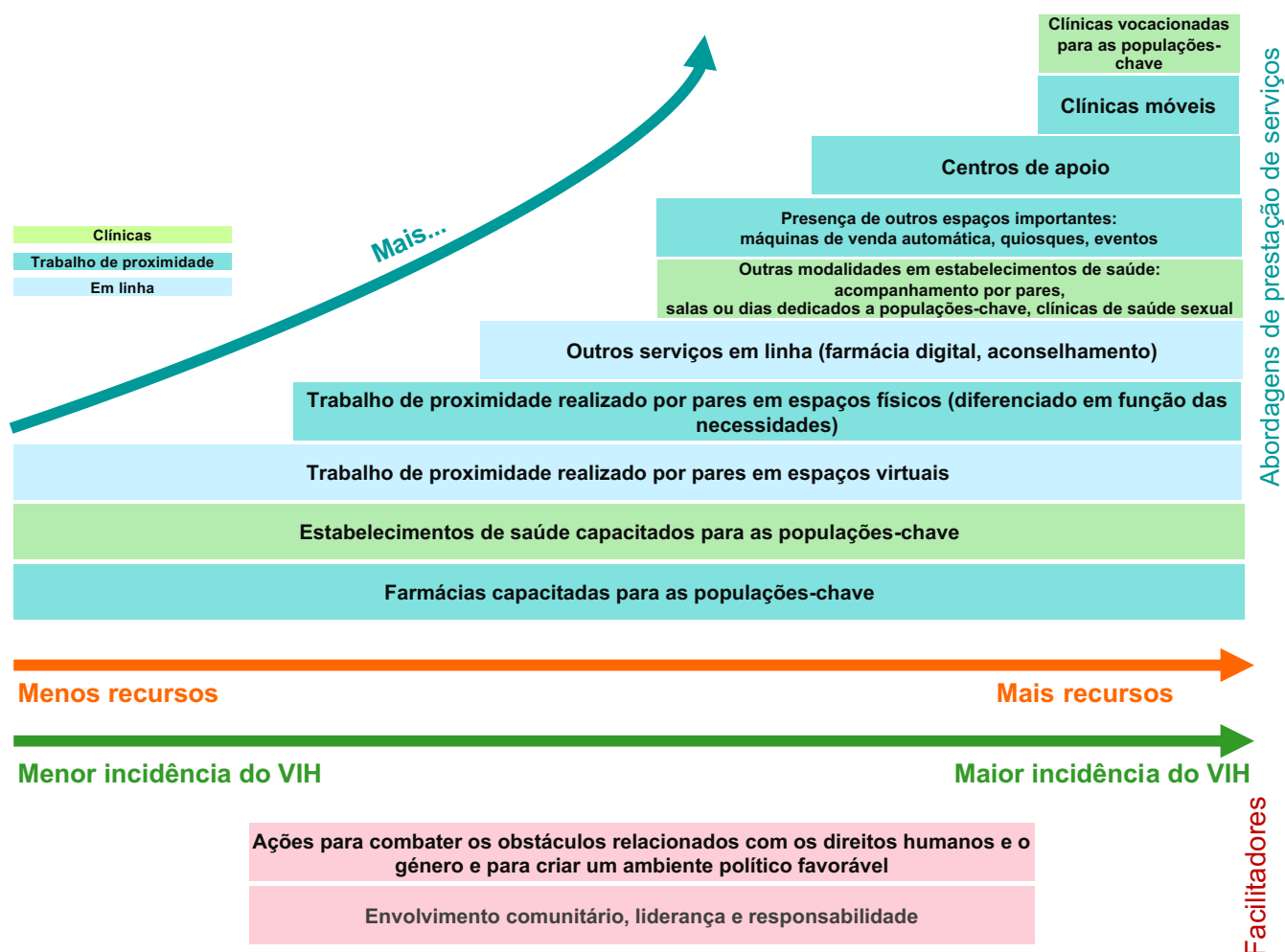
Na segunda etapa, que consiste na validação dos pontos de encontro, a equipa de proximidade e os membros das populações-chave fazem visitas de reconhecimento a esses locais, para observação e conversas informais com os membros das populações-chave e as partes interessadas, o que ajuda a validar as estimativas numéricas, os horários de maior afluência, entre outros dados. O mesmo método é frequentemente utilizado no âmbito do microplaneamento. O mapeamento reforçado pode incluir debates em grupos focais com as populações-chave, a fim de avaliar as suas opiniões sobre a forma como os serviços devem ser organizados e sobre os desafios que enfrentam.

Considerações sobre o contexto e a disponibilidade de recursos para uma abordagem de plataforma de acesso de confiança

Como se demonstrou claramente nas secções anteriores, a abordagem de plataforma de acesso de confiança centra-se no conhecimento profundo do contexto local: quando as populações-chave depositam uma elevada confiança nos estabelecimentos de saúde pública, quando não enfrentam discriminação nem obstáculos jurídicos significativos e quando sentem uma elevada autoeficácia, que lhes permite adotar boas práticas de autocuidado, haverá menos necessidade de serviços adaptados às populações-chave. Em contrapartida, quando os estabelecimentos de saúde pública não são aceitáveis ou acessíveis e existem obstáculos jurídicos, é provável que seja necessário um grande investimento na diminuição desses obstáculos a longo prazo e na prestação de serviços especializados e seguros no imediato.

Outro fator importante para a conceção de uma plataforma de acesso de confiança é a disponibilidade de recursos para programas específicos. Quando o financiamento específico é limitado, os gestores e gestoras necessitam de manter os resultados com menos recursos, muitas vezes afastando-se das abordagens específicas para as populações-chave para trabalhar com os serviços gerais de saúde pública ou com novos tipos de parceiro como as farmácias, os quiosques, etc. As pessoas responsáveis pelo planeamento têm de avaliar em que situações é necessário preservar as abordagens específicas para as populações: por exemplo, quando outros tipos de prestador de serviços carecem das competências necessárias ou não têm a confiança das populações-chave.

A figura 4 mostra como a conceção de um programa pode variar em diferentes cenários de recursos, como se podem considerar opções adicionais de prestação de serviços em contextos com mais recursos disponíveis, e como podem ser necessários serviços específicos noutros contextos.

Figura 4. Diferentes cenários de programa em função da disponibilidade de recursos

Nenhum país ou programa se enquadra perfeitamente em nenhum um destes cenários; no entanto, eles ilustram as escolhas que se impõe aos decisores e decisoras. Quando o financiamento o permite, as componentes adicionais dos programas ajudam a ultrapassar obstáculos e a disponibilizar mais serviços a um maior número de membros das populações-chave.

Além disso, fatores como a disponibilidade de recursos, o ambiente favorável e as necessidades variam frequentemente entre diferentes populações-chave e subgrupos (por exemplo, populações-chave jovens ou migrantes), bem como entre diferentes áreas geográficas num dado país (zona urbana/rural, diferentes atitudes sociais/culturais e diferentes leis). Daqui decorre que uma plataforma de acesso de confiança para homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens num determinado país pode ser muito diferente de uma plataforma para trabalhadores e trabalhadoras do sexo ou para pessoas que injetam drogas no mesmo país. O quadro 9 resume os aspetos a ter em conta no planeamento de cada programa destinado a um grupo e subgrupo populacional-chave.

Quadro 9

Aspetos a ter em conta ao criar uma plataforma de acesso de confiança para diferentes populações-chave

Existem vários fatores que determinam a configuração de uma plataforma de acesso de confiança. Num dado país, estes fatores podem variar entre diferentes categorias de população-chave, e incluem:

- considerações epidemiológicas como a prevalência do VIH, o acesso ao rastreio e ao tratamento, e a dimensão das populações-chave;
- as intervenções e os serviços de que cada população-chave necessita, conforme delineado nas *diretrizes consolidadas* da OMS (ver tabela 1), bem como os obstáculos jurídicos relacionados com essas intervenções (por exemplo, a troca de seringas não autorizada ou as restrições de idade no acesso a determinados serviços);
- os obstáculos jurídicos e outros obstáculos que afetam o acesso aos serviços para diferentes populações-chave, incluindo o receio de estigma, discriminação ou detenção; e os obstáculos jurídicos que prejudicam a implementação dos programas (por exemplo, leis que obrigam a declarar a orientação sexual ou leis sobre a «promoção» de certos comportamentos);
- a confiança e a acessibilidade dos serviços regulares/gerais;
- os recursos disponíveis para programas e serviços especializados, que podem variar consoante a categoria de população-chave;
- as variações dentro de uma dada categoria de população-chave, como a idade, o idioma, o estatuto migratório e a preferência por serviços em linha ou presenciais.

Como mostra a figura 4, não existe nenhum cenário em que o investimento em direitos humanos, na igualdade de género e no envolvimento das populações-chave não seja necessário. Para manter a eficácia e o acesso de confiança para as populações-chave, independentemente do cenário de financiamento e dos obstáculos existentes, é necessário que a comunidade assegure a continuidade da monitorização e da prestação de contas.

Complementarmente à figura 4, o Anexo 3 apresenta outra forma de conceptualizar as diferentes «fases» de maturidade de uma plataforma de acesso de confiança.

Sugestões de consulta

- Emmanuel F, Persaud N, Weir SS, Bhattacharjee P, Isac S. Programmatic mapping: providing evidence for high impact HIV prevention programs for female sex workers. *JMIR Public Health Surveill.* 2019;5(2):e12636 (<https://publichealth.jmir.org/2019/2/e12636/pdf>; acedido a 4 de março de 2025).
- Standard operating guidance on programmatic mapping and validation. Learning site partners in Sri Lanka. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (https://www.aidscontrol.gov.lk/images/publications/ONUSIDA_FHI360/Hotspot-Mapping-and-Validation-SOP-English.pdf; acedido a 6 de março de 2025).
- Standard operating procedure to implement effective community-led outreach and micro planning strategies in key and vulnerable population programmes in Tanzania. Dar-es-Salaam: Programa Nacional de Luta Contra a SIDA na Tanzania, Ministério da Saúde; 2024 (<https://www.hivinterchange.com/member-countries/tanzania>; acedido a 6 de março de 2025).
- O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária, OMS, PNUD, PEPFAR, Universidade de Manitoba, ONUSIDA. Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries. Genebra: ONUSIDA; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/using-programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-for-key-populations-guidelines-for-countries/>; acedido a 6 de março de 2025).
- Mann Global Health, ONUSIDA, FNUAP. Micro-planning for more effective and efficient HIV programs: Sex-worker led condom programming in Malawi. Case study. Genebra: ONUSIDA; 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/micro-planning-more-effective-and-efficient-hiv-programs-sex-worker-led-condom>; acedido a 6 de março de 2025).
- Rede de aprendizagem Sul-Sul. Designing outreach and microplanning for key population programmes. Joanesburgo: SSLN; 2021 https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6d301d1986ad990d3f8fb_Kenya-Malawi-Zim-outreach-and-microplanning-case-study_FINAL.pdf; acedido a 3 de março de 2025).
- Cowan F, Reza-Paul S, Ramaiah M, Kerrigan DL. Strategies to promote meaningful involvement of sex workers in HIV prevention and care. *Curr Opin HIV AIDS.* 2019;14(5):401-8 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31219886/>; acedido a 1 de março de 2025).

1.3.2. Adaptabilidade e diferenciação

O que é?

Os membros de uma população-chave podem ter preferências diferentes quanto à forma de aceder aos serviços e aos prestadores e prestadoras em quem confiam, ou podem ver as suas necessidades mudar ao longo do tempo. Além disso, podem surgir novos desafios nos contextos em que estão inseridas: podem ocorrer situações de emergência relacionadas com os direitos humanos e a segurança, exigindo a adaptação de um programa para garantir a continuidade segura dos seus serviços. Dado que os perfis das populações-chave podem mudar, é necessário incorporar novas competências e agentes de proximidade com novos perfis na plataforma, podendo estas mudanças de pessoal nos estabelecimentos de saúde ou noutras entidades acarretar novos desafios ou novas oportunidades para a plataforma. Além disso, podem surgir novas abordagens e ferramentas de prevenção e tratamento, que têm de ser rapidamente disponibilizadas a quem delas necessita. Uma plataforma de acesso de confiança tem de estar apta a identificar e a dar resposta a todas estas oportunidades e desafios que surgem.

Caso se adote uma abordagem de plataforma de acesso de confiança, esta deverá integrar a monitorização contínua mediante o mapeamento programático participativo, o micropiloteamento (sobretudo os dados de monitorização de rotina e de análise de falhas para identificar oportunidades) e a monitorização comunitária ou os observatórios, além de dever estar bem articulada com a informação e a tomada de decisões a nível nacional. Desta forma, esta abordagem estará bem posicionada para identificar e dar resposta a estas mudanças no contexto.

A diferenciação possibilitada pela abordagem de plataforma de acesso de confiança é também de extrema importância para garantir que as necessidades das populações-chave com diferentes perfis sejam satisfeitas, uma vez que os serviços podem estar disponíveis em mais do que um contexto ou através de mais do que um prestador, permitindo que os utilizadores e utilizadoras escolham o mais adequado. Além disso, as pessoas podem pertencer a mais do que uma população-chave, o que significa que têm necessidades sobrepostas – por exemplo, uma trabalhadora do sexo que injeta drogas pode estar inscrita num programa direcionado para o trabalho sexual que não fornece aconselhamento nem acesso a toda a gama de serviços de redução de danos. É por essa razão que estabelecer a ligação entre programas destinados a diferentes populações e/ou conhecer e atender nestas necessidades sobrepostas é também uma parte importante de uma abordagem centrada nas pessoas.

A idade é um fator específico para as populações-chave, e tanto as mais velhas como as mais jovens têm necessidades próprias, que podem passar por restrições legais adicionais no acesso aos serviços e pelo consentimento, no caso das populações-chave jovens. A continuidade da monitorização e do envolvimento com as comunidades ajuda a assegurar que os programas sejam sensíveis e respondam às necessidades sobrepostas ou específicas das populações-chave, bem como à evolução dessas necessidades ao longo do tempo, o que é fundamental para a adaptabilidade dos programas. Os prestadores e prestadoras de serviços, como os estabelecimentos de saúde e os/as agentes de proximidade pares, necessitam de formação e orientação em como reconhecer e dar resposta a estas necessidades específicas.

Sugestões de consulta

Differentiated Service Delivery. A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations. (<https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/decision-framework-key-population-web3.pdf>; acedido a 4 de março de 2025).

Innovations to overcome vaccine hesitancy and increase COVID-19 vaccination among key populations and people living with HIV in Telangana, India. Durham, NC: FHI 360; 2022 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-epic-increasing-vaccination-india-success-story.pdf>; acedido a 6 de março de 2025).

Reaching men who purchase sex with differentiated service delivery in the Democratic Republic of Congo. Durham, NC: FHI 360; 2023 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-success-story-drc-dsd-mwps.pdf>; acedido a 6 de março de 2025).

Serving the needs of key populations: case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Genebra: OMS; 2017 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>; acedido a 4 de março de 2025).

1.3.3. **Intervenções estruturais transversais em plataformas de acesso de confiança**

O que são?

Conforme ilustrado nas secções anteriores, existem considerações estruturais específicas para cada tipo diferente de prestação de serviços integrada numa plataforma de acesso de confiança. Porém, existem também várias intervenções estruturais de carácter transversal, no sentido em que podem apoiar uma plataforma de acesso de confiança no seu conjunto. Estas intervenções podem ser implementadas no local onde o programa é executado, por exemplo, através da colaboração com autoridades locais e forças policiais. Outras atuam a nível nacional e abordam as restrições relacionadas com a legislação, as políticas e as práticas ou com a disponibilidade e a sustentabilidade dos recursos dos programas destinados às populações-chave. Estas abordagens são essenciais para concretizar uma plataforma de acesso de confiança e para o impacto do programa.

Em muitos países, os programas destinados às populações-chave são implementados em contextos cada vez mais deteriorados, devido à introdução de leis e políticas que põem em causa as normas globais de direitos humanos e de igualdade de género. Está a registar-se um aumento dos incidentes de má informação, desinformação, discurso de ódio e de violência de grupo em linha. É mais importante do que nunca atentar nos aspetos estruturais e na segurança dos programas, a fim de assegurar a eficácia dos programas de saúde pública para as populações-chave.



Que intervenções estão incluídas?

As *diretrizes consolidadas* da OMS explicam pormenorizadamente os tipos de intervenção estrutural que são necessários para a eficácia dos programas destinados às populações-chave,⁴¹ abordando as condições a nível nacional ou subnacional que influenciam a forma como estes programas são implementados. Conforme ilustrado na tabela 9, estas intervenções incluem atividades contínuas realizadas diretamente com as populações-chave e com a comunidade local em geral, bem como esforços a mais longo prazo centrados no contexto global.

Os esforços locais e nacionais nesta área podem e devem estar interligados, devendo as iniciativas de capacitação comunitária e a recolha de informação ao nível local constituir uma plataforma quer para a mudança local, quer para a defesa dos interesses e para a alteração das políticas a nível nacional.

Tabela 9: Intervenções estruturais transversais

Intervenções estruturais comuns
■ Eliminação de leis, políticas e práticas punitivas
■ Redução do estigma e da discriminação
■ Capacitação comunitária
■ Combate à violência

As atividades que se seguem estão entre as mais importantes realizadas ao nível local no âmbito desta categoria:

- prevenção/resposta à violência, formação, contacto com a polícia, advogados e advogadas e estabelecimentos de saúde, impressão de formulários, apoio à deslocação, segurança e proteção, bem como sensibilização junto de intervenientes-chave locais, decisores e decisoras, membros da direção de estabelecimentos de saúde e forças policiais;
- literacia jurídica, formação em direitos («conheça os seus direitos») e formação comunitária em assistência jurídica: conhecimento das leis através da colaboração com a comunidade jurídica e da elaboração de materiais de formação adequados para os membros das populações-chave, monitorização de incidentes de segurança e de violações dos direitos humanos, prestação ou encaminhamento para serviços jurídicos e de reparação legal;
- serviços jurídicos e outras formas de apoio ao acesso à justiça e aos mecanismos de reparação legal;
- sensibilização junto de líderes religiosos, tradicionais e comunitários, bem como de proprietários de estabelecimentos de convívio;
- proteção/bem-estar infantil, acesso a apoios educativos para as populações-chave mais jovens e mais velhas, acesso à habitação, acesso a prestações do Estado, planos de poupança/crédito, cuidados infantis e outras intervenções estruturais para atender às prioridades identificadas pela comunidade ou por grupos de autoajuda.

- formação de prestadores e prestadoras de cuidados de saúde sobre a prestação de serviços respeitadores e livres de estigma, a confidencialidade, o consentimento informado e outros direitos das pessoas doentes, bem como sobre a resposta à violência, com o contributo da comunidade para a formação;
- combate ao estigma e à discriminação em todos os contextos;
- avaliação de estabelecimentos de convívio e sensibilização junto dos proprietários/gerentes;
- capacitação económica, por exemplo, para pessoas que injetam drogas, bem como intervenções de proteção familiar e social para jovens.

Em muitos casos, será necessário estabelecer a ligação com outros prestadores e prestadoras de serviços, uma vez que os programas de combate ao VIH poderão não dispor de financiamento suficiente para cobrir estas atividades.

As atividades que se seguem são habitualmente realizadas a nível nacional:

- reforço das capacidades das redes representativas de populações-chave, inclusive no âmbito da sensibilização;
- compilação de dados comprovativos dos problemas estruturais a nível local;
- criação de um mecanismo nacional de resposta rápida à violência e a outras violações dos direitos humanos, incluindo a prestação de cuidados de saúde, a assistência jurídica, etc.;
- sensibilização, aprendizagem e consciencialização com vista à reforma de políticas e leis para melhorar o contexto dos programas destinados às populações-chave, bem como à institucionalização do reforço das capacidades das pessoas responsáveis em matéria de direitos humanos;
- participação das populações-chave em organismos nacionais de prevenção do VIH como grupos de trabalho técnico;
- sensibilização para a adesão dos governos e para o reconhecimento e a aceitação dos grupos de populações-chave.

Como se faz?

Embora muitos países apresentem aspetos em comum no que toca aos obstáculos estruturais, subsistem entre eles diferenças significativas, sobretudo nos contextos legais. E mesmo dentro de cada país, é provável que existam diferenças entre os locais de execução dos programas, não só em termos dos obstáculos, mas também das estratégias mais eficazes para os diminuir. A abordagem adotada para combater estes obstáculos precisa, por isso, de ser adaptada e contextualizada. Tal como em todas as componentes anteriormente descritas, o conhecimento do contexto exige a participação ativa dos membros das populações-chave em causa.

É possível identificar os obstáculos e as possíveis estratégias durante a conceção dos programas e através de observação contínua ou de mecanismos de monitorização comunitária.

Conforme sugerem as intervenções recomendadas pela OMS, a eliminação dos obstáculos estruturais exige uma especial coordenação e um feedback constante entre os níveis local e nacional, uma vez que as condições ao nível local podem ser fortemente determinadas pelas condições a nível nacional. Desta forma, é

igualmente fundamental que os grupos e os/as representantes comunitários/as ao nível local mantenham relações estreitas com aqueles que atuam a nível nacional, sendo necessário investir para garantir que as organizações das populações-chave disponham da capacidade e dos recursos para realizar este trabalho de forma eficaz.

Considerações orçamentais

Além das considerações apresentadas nas subsecções anteriores, devem ter-se em conta:

- a formação e o reforço das capacidades das organizações das populações-chave envolvidas na eliminação dos obstáculos estruturais a nível local e nacional;
- a formação das pessoas responsáveis, em particular dos prestadores e prestadoras de cuidados de saúde e dos/as agentes de autoridade;
- os custos de transporte e comunicação;
- os fundos para medidas de resposta a situações de emergência;
- a monitorização de incidentes de segurança e de violações dos direitos humanos;
- os fundos para assistentes jurídicos e para a contratação de assistência jurídica, incluindo despesas acessórias, custas judiciais, etc.

Sugestões de consulta

- Avahan, Fundação Bill e Melinda Gates. Community led crisis response systems. Nova Deli: Fundação Bill e Melinda Gates; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20(Web).pdf); acedido a 4 de março de 2025).
- Dayton R. Law enforcement training: preventing and responding to violence against key populations to increase access to justice and strengthen the HIV response. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-le-training-manual.pdf>; acedido a 4 de março de 2025).
- Dayton R, Morales GJ, Dixon KS. A guide to comprehensive violence prevention and response in key population programs. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vpr-guide.pdf>; acedido a 4 de março de 2025).
- Safety and security toolkit: strengthening the implementation of HIV programs for and with key populations. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2018 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-safety-security-toolkit.pdf>; acedido a 4 de março de 2025).
- Removing barriers to HIV services. Technical briefing note. Genebra: O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária; 2023 (https://resources.theglobalfund.org/media/14366/cr_removing-barriers-to-hiv-services_technical-briefing-note_en.pdf; acedido a 2 de abril de 2025).
- Spectrum: a tool for key population-led law and policy reform. Nova Iorque: PNUD; 2024 (<https://www.undp.org/publications/spectrum-tool-key-population-led-law-and-policy-reform>; acedido a 4 de março de 2025).
- Ensuring quality health care by reducing HIV-related stigma and discrimination. Technical brief. Genebra: OMS; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240097414>; acedido a 2 de abril de 2025).
- PNUD, FNUAP, OIT, UNODC, UNICEF, ACNUR. Preventing and responding to HIV related human rights crises: guidance for UN agencies and programmes. Nova Iorque: PNUD; 2024 (<https://www.undp.org/publications/preventing-and-responding-hiv-related-human-rights-crisis-guidance-united-nations-agencies-and-programmes>; acedido a 4 de março de 2024).

Parte 2

GESTÃO DE PROGRAMAS EM LARGA ESCALA E COM IMPACTO



Parte 2 **GESTÃO DE PROGRAMAS EM LARGA ESCALA E COM IMPACTO**

Os programas e serviços destinados às populações-chave baseiam-se em dados programáticos para o planeamento contínuo e para o acompanhamento da evolução.

Para funcionar em larga escala e alcançar o maior número possível de pessoas, os programas e serviços destinados às populações-chave baseiam-se em dados programáticos para o planeamento contínuo e para o acompanhamento da evolução. Estas informações começam com as mais recentes estimativas disponíveis da localização das populações-chave e da sua dimensão, sendo também crucial atualizar regularmente os mapeamentos programáticos para otimizar a dimensão e a cobertura dos programas ([secção 2.1](#)).

Uma supervisão eficaz das plataformas de acesso de confiança começa pelos indicadores programáticos prioritários ([secção 2.2](#)), que medem até que ponto as populações-chave estão a ser alcançadas na comunidade e a utilizar os serviços clínicos. As metas destes indicadores programáticos baseiam-se na população, utilizando as estimativas da dimensão populacional como denominadores. Estes indicadores fundamentais de desempenho permitem a monitorização fiável da adesão, da utilização e da retenção nos serviços, recorrendo aos dados de rotina do programa.

Os dados de base do programa também podem ser usados para monitorizar certos indicadores de resultados e de impacto das plataformas de acesso de confiança, como a incidência do VIH, o uso do preservativo ou experiências de violência ([secção 2.3](#)), o que pode complementar e triangular os dados provenientes de inquéritos biocomportamentais de maior escala. A análise dos dados do programa pode também orientar os ajustes necessários ao conjunto de serviços, sobretudo quando existem fatores de risco sobrepostos (por exemplo, trabalhadores ou trabalhadoras do sexo que injetam drogas).

A monitorização das plataformas de acesso de confiança dirigida pela comunidade constitui um mecanismo importante de prestação de contas pela qualidade dos serviços, permitindo ainda que as populações-chave utilizem os seus próprios dados para defenderem os seus interesses ([secção 2.4](#)). Entre os vários os modelos utilizados em todo o mundo em programas destinados às populações-chave, foi demonstrado que o mecanismo de monitorização dirigida pela comunidade tem um efeito direto na melhoria da prestação de serviços de VIH.

O reforço das capacidades e a liderança das populações-chave são essenciais para a sustentabilidade das plataformas de acesso de confiança ([secção 2.5](#)). Ao nível organizacional, as comunidades e o pessoal dos programas devem dispor de planos claros e de oportunidades de progressão; ao nível nacional, os países devem desenvolver processos rigorosos de formação e certificação para que os serviços prestados pelas populações-chave possam integrar o sistema de saúde formal.

A sustentabilidade dos programas e serviços destinados às populações-chave é um aspeto vital, sobretudo quando o financiamento diminui e os objetivos globais exigem

transformações significativas ao nível dos sistemas (secção 2.6). Os países terão de ser flexíveis e adaptar as abordagens recomendadas em função dos recursos disponíveis, devendo também explorar mecanismos de financiamento sustentáveis, como a contratação social, juntamente com modelos de parceria que integrem os programas e os serviços destinados às populações-chave nos cuidados de saúde primários.

2.1. Atualização do mapeamento e das estimativas da dimensão populacional

É importante efetuar um mapeamento regular e reiterado para atualizar o planeamento do trabalho de proximidade, as estimativas da dimensão populacional e as metas com base em informações sobre novos pontos de encontro de alto risco e novas populações-chave.

O que é?

Para dar uma resposta em larga escala às populações-chave, é essencial analisar o que já se sabe sobre elas em todo o país e responder às seguintes perguntas:

1. Quantas populações-chave existem?
2. Quando e onde se pode encontrar a maioria das populações-chave?
3. Onde é que os programas destinados às populações-chave estão atualmente a prestar serviços?
4. Que subpopulações dentro das comunidades das populações-chave não estão a ser alcançadas pelos programas?
5. Que lacunas há por preencher (em termos de cobertura geográfica ou da gama de serviços disponibilizados)?

Existem muitos métodos diferentes para estimar a dimensão populacional e mapear as comunidades de populações-chave como os censos, a captura-recaptura, o método do multiplicador, a expansão da rede, o mapeamento programático, entre outros.⁴² O mapeamento tem de ser realizado respeitando as necessidades e a segurança das populações-chave, atenuando quaisquer riscos de violência policial ou de grupo dirigida a locais específicos. As populações-chave locais têm de estar envolvidas no processo de mapeamento e, de preferência, dirigi-las.⁴³

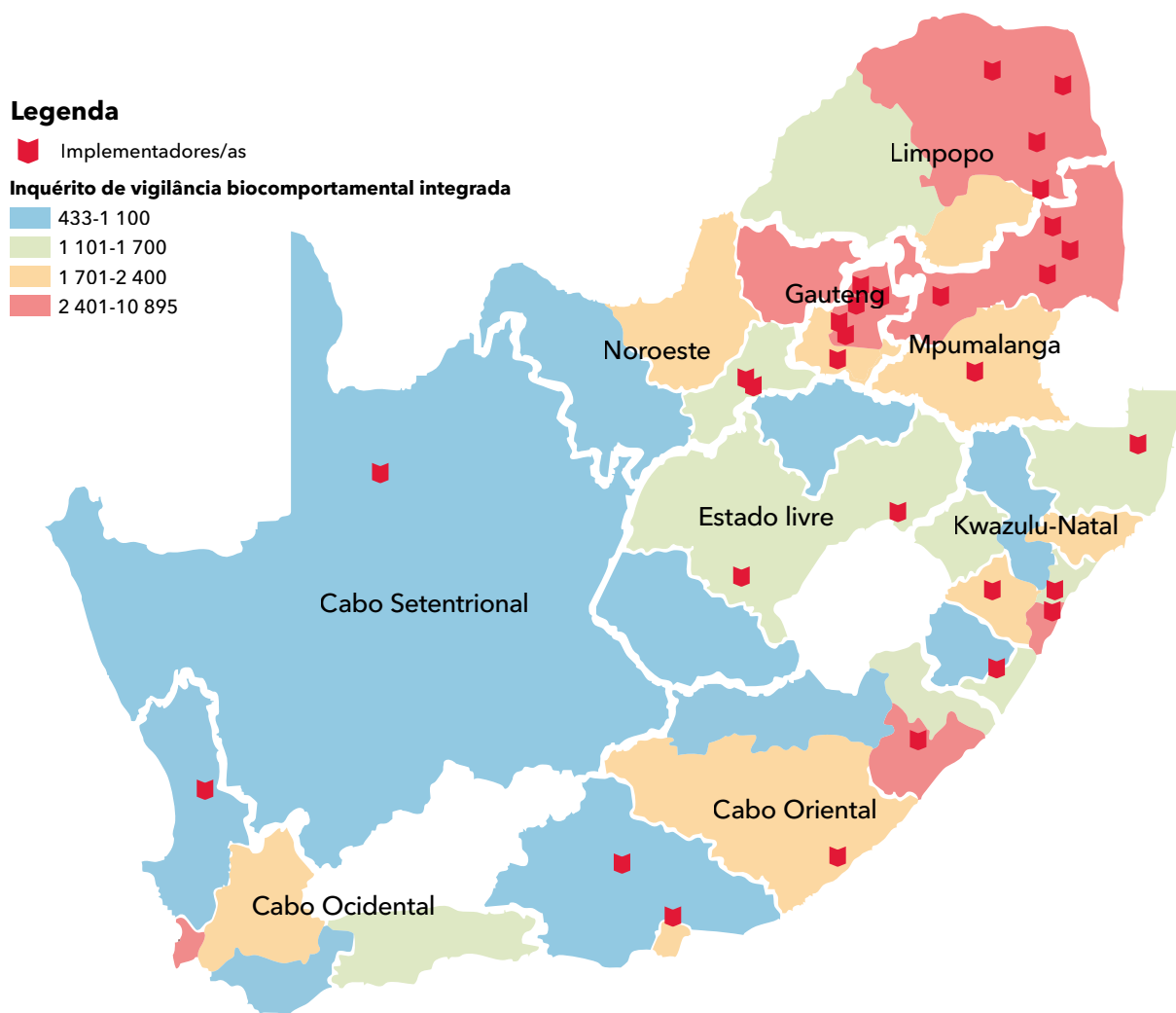
São necessárias outras metodologias para estimar a dimensão populacional, com destaque para as que possam ser realizadas com menos recursos do que os inquéritos em larga escala: uma dessas alternativas consiste em fazer estimativas para pequenas áreas utilizando dados dos programas;⁴⁴ outra, ainda melhor, consiste no mapeamento programático participativo feito periodicamente, que envolve as populações-chave no processo de identificação de pontos de encontro de alto risco e na estimativa da dimensão populacional, incluindo quaisquer alterações ao longo do tempo.

Os mapeamentos programáticos distinguem-se das estimativas mais formais e matemáticas da dimensão populacional. Ambos são úteis de diferentes formas: os primeiros são necessários para o planeamento prático dos programas, enquanto as

segundas orientam normalmente as metas nacionais, a quantificação e a mobilização de recursos.

Os dados de qualquer estudo formal de estimativa da dimensão populacional podem ser triangulados com os dados recolhidos através do mapeamento programático participativo e articulados com a análise de locais feita com a ferramenta de microplaneamento. Pode ser útil sobrepor os dados da estimativa da dimensão populacional com outros dados como a incidência do VIH, a cobertura do tratamento e os locais de implementação (figura 5), para visualizar se o programa está dimensionado da forma mais eficiente ou se existem lacunas em termos de equidade geográfica.

Figura 5. Mapeamento dos locais de trabalho sexual, sobrepostos com as estimativas da dimensão populacional, África do Sul (adaptado do original)⁴⁵



Os países devem ponderar se toda a população-chave está em risco e se, por conseguinte, se deve utilizar a estimativa total da dimensão populacional como denominador para as metas do trabalho de proximidade. Numa série recente de grupos de reflexão, os especialistas sugeriram que os programas utilizassem estimativas da dimensão populacional de homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens com parceiros não regulares, em vez de considerarem a totalidade desses homens.⁴⁶

Porque vale a pena investir?

Os países devem escolher o(s) método(s) de estimativa da dimensão populacional e de mapeamento mais adequados ao seu contexto, incluindo os recursos financeiros e técnicos disponíveis. O mapeamento programático participativo deve ser prioritário em todos os contextos, dado que: (a) os dados são fiáveis, (b) o custo é inferior ao de inquéritos mais formais, (c) o exercício pode ser repetido regularmente, (d) as comunidades estão envolvidas ao longo de todo o processo, e (e) permitem identificar potenciais educadores e educadoras pares para recrutamento e formação. Sempre que os recursos o permitam, os estudos mais formais da dimensão populacional são um complemento útil.

É importante repetir o mapeamento (validação dos locais a cada seis a doze meses), de modo a atualizar as estimativas da dimensão populacional e rever o planeamento e as metas do trabalho de proximidade, com base em informações sobre novos pontos de encontro de alto risco e novas populações-chave, bem como sobre pontos de encontro que ficaram inativos ou populações-chave que se deslocaram.

O que é necessário?

- Códigos de identificação únicos, adotados a nível nacional, pois são cruciais para obter estimativas precisas da dimensão das populações-chave.
- Protocolos de investigação com considerações éticas (inclusive sobre segurança e proteção) aprovados por um Conselho de Revisão Institucional, preferencialmente com renovação plurianual para permitir a repetição dos mapeamentos.
- Protocolos de inquérito e procedimentos operacionais-padrão para as estimativas formais da dimensão populacional.^{47,48}
- Para os mapeamentos programáticos: reuniões de equipa com membros das populações-chave de diferentes locais, para os orientar na elaboração de mapas simples dos seus locais, onde se identifiquem os pontos de encontro de alto risco, as principais estradas e pontos de referência. Quem participa deve fornecer estimativas aproximadas do número de membros das populações-chave presentes em cada ponto.
- Validação dos pontos de encontro de alto risco, envolvendo a equipa de proximidade e os membros das populações-chave em visitas de reconhecimento a esses locais para observação e conversas informais com os membros das populações-chave e as partes interessadas, o que ajuda a validar as estimativas numéricas, os horários de maior afluência, entre outros dados.
- Repetição de um mapeamento rápido a cada seis a doze meses para atualizar a informação.

Está previsto no orçamento?

- Os custos com o mapeamento programático participativo variam consoante o país, tendo como principais fatores os custos com os inquiridores e inquiridoras e as despesas de deslocação. Os países devem planear vários dias por local para o mapeamento participativo e, posteriormente, várias horas por ponto de encontro de alto risco para a validação de reconhecimento. O Anexo 4 apresenta as estimativas de custos para um mapeamento programático aprofundado. Poderá ser necessário efetuar alterações em contextos com poucos recursos.
- A cada seis a doze meses, deve repetir-se a validação de locais e a atualização das estimativas da dimensão populacional com uma abordagem simplificada, o que pode ser feito pelas equipas de proximidade existentes e por pares e supervisores ou supervisoras remuneradas, com o apoio dos gestores e gestoras de dados.

Sugestões de consulta

- ONUSIDA, OMS. The BBS-lite implementation tool. Genebra: ONUSIDA; 2024 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária. OMS, ONUSIDA. Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries. Genebra: ONUSIDA; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/Programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-of-KPs.pdf>).
- Review and revise: a tool for reviewing and revising key population size estimates. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2018 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-18-274.html>).
- Priorities for local AIDS control efforts (PLACE) Toolkit. Chapel Hills, NC: MEASURE Evaluation; 2020 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/place>).
- Social media mapping—for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>).
- Xu C, Jing F, Lu Y, Ni Y, Tucker J, Wu D. Summarizing methods for estimating population size for key populations: a global scoping review for human immunodeficiency virus research. AIDS Res Ther. 2022;19(1):9 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12981-022-00434-7.pdf>).

2.2. Supervisão eficaz dos programas

Os indicadores programáticos prioritários mostram o desempenho das várias componentes da plataforma destinada às populações-chave em alcançar estas populações.

O que é?

A monitorização da evolução de uma plataforma de acesso de confiança começa com quatro perguntas⁴⁹ relacionadas com uma determinada população:

1. Todos os membros da população-chave foram alcançados pelo menos uma vez por um educador ou educadora par (adesão aos serviços de proximidade)?
2. As populações-chave estão a ser contactadas regularmente (frequência do trabalho de proximidade)?
3. Todas as populações-chave se deslocaram à clínica pelo menos uma vez (utilização da clínica e registo na clínica)?
4. As populações-chave estão a utilizar os serviços da clínica regularmente (frequência de utilização dos serviços da clínica)?

Estas perguntas mostram o desempenho da plataforma em alcançar as populações-chave e encaminhá-las para os serviços clínicos.^b A evolução deve ser monitorizada mensalmente (ou conforme necessário) pelas partes interessadas competentes, de acordo com o mapeamento local e as estimativas da dimensão populacional (como denominador).⁵⁰ As metas relacionadas com a frequência do trabalho de proximidade e dos atendimentos nas clínicas são definidas pelo programa, mas variam normalmente entre uma e quatro vezes por mês para os contactos de proximidade (dependendo do risco) e são trimestrais para os atendimentos nas clínicas.^c Se o autorrastreo do VIH estiver disponível, ou houver uma dispensa semestral da terapêutica antirretroviral/profilaxia pré-exposição, os atendimentos nas clínicas poderão ser menos frequentes (dois por ano).⁵¹ Os objetivos do trabalho de proximidade virtual podem variar.

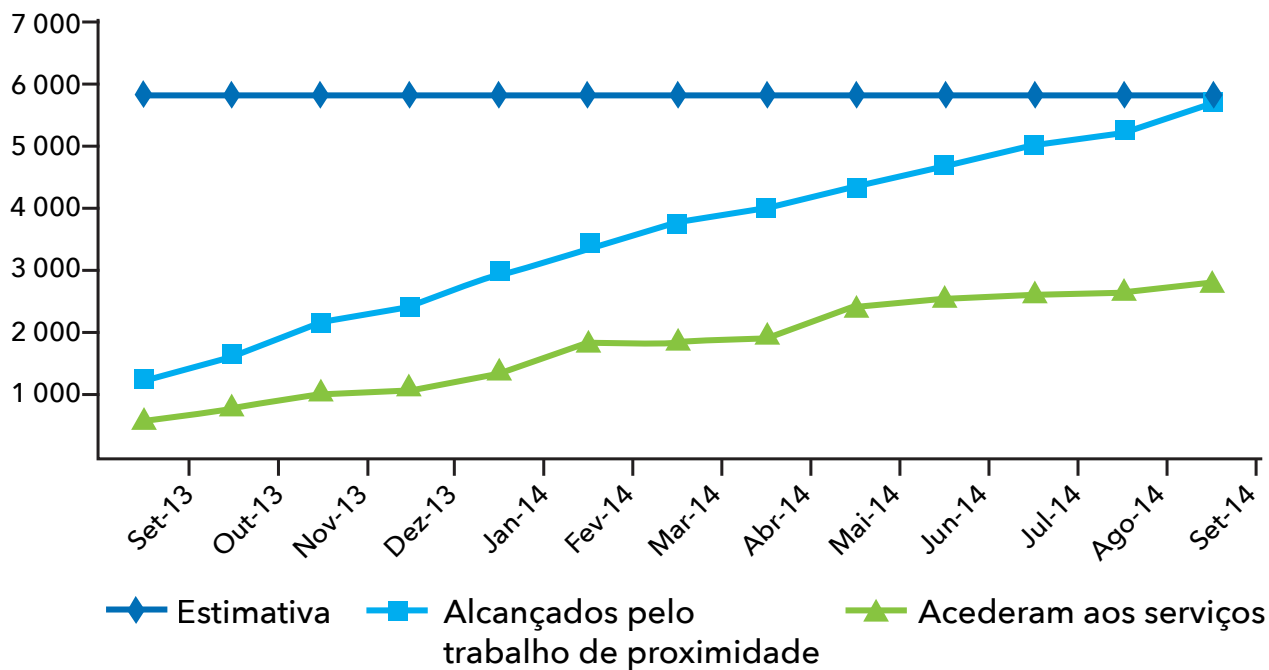
Para o trabalho de proximidade e os serviços presenciais, as ferramentas de microplaneamento, como o calendário de pares e a análise de falhas para identificar oportunidades, podem ajudar a monitorizar a coorte de pares.⁵² O trabalho de proximidade virtual pode ser medido pelo número de cliques ou de interações com conteúdos públicos (gostos, comentários, partilhas, visualizações de vídeos), ou pelo número de conversas (chats) ou interações individuais com utentes sobre o tema do VIH (quadro 10).⁵³ É possível monitorizar outros serviços virtuais de forma semelhante aos serviços presenciais.⁵⁴ Para as populações-chave que recorrem ao autocuidado,

b. As duas secções seguintes sobre monitorização abordam os resultados e o impacto (secção 2.3) e a qualidade dos serviços através da monitorização dirigida pela comunidade (secção 2.4). Outros indicadores (não abordados aqui) medem a utilização de serviços específicos como o rastreo do VIH ou de infeções sexualmente transmissíveis, a distribuição de produtos de prevenção e de testes ao VIH, o encaminhamento para os cuidados de saúde e a adesão ao tratamento.

c. Os serviços específicos também devem ser alvo de monitorização no contexto da população e dos indicadores prioritários: por exemplo, se apenas dois terços dos membros estimados das populações-chave tiverem sido alcançados e apenas metade deles tiver recorrido à clínica, a taxa de rastreo do VIH será baixa. A melhoria do desempenho da plataforma no que toca ao trabalho de proximidade e à frequência das clínicas resultará em taxas de rastreo mais elevadas.

às farmácias ou ao setor privado, pode ser útil efetuar um inquérito simplificado para complementar os dados do programa sobre a adesão aos serviços (figura 6).

Figura 6. Exemplo de monitorização do programa destinado a mulheres trabalhadoras do sexo em Mombaça, no Quénia⁵⁵



Quadro 10

Maaitorização da utilização dos serviços de saúde mental em linha na região do Médio Oriente e Norte de África



Entre 2021 e 2022, a FHI 360 e a Pragma Corporation implementaram um programa de serviços de saúde mental para pessoas LGBTQI+ na Argélia, em Marrocos e na Tunísia,⁵⁶ que disponibilizava sessões com profissionais de saúde mental tanto presencialmente como em linha. O programa monitorizou a adesão a ambas as modalidades. Foram registadas 3 549 sessões para 1 494 utilizadores e utilizadoras únicas. Na Argélia, apenas 1 % das sessões foi realizada desta forma. Marrocos registou 27 % de sessões virtuais, e a Tunísia, 37 %. O programa apresentou uma taxa muito baixa de faltas de comparência: 2 % na Argélia e 10 % tanto em Marrocos como na Tunísia. Esta monitorização do programa fornece informações importantes sobre a aceitação dos serviços virtuais pelas populações-chave no âmbito das plataformas de acesso de confiança.

Os códigos de identificação únicos harmonizados continuam a ser fundamentais para a supervisão dos programas, sobretudo entre prestadores e prestadoras de serviços públicos, privados e não governamentais (quadro 11).⁵⁷ Ao implementar diferentes tipos de código de identificação único, é necessário ter em conta as preferências das populações-chave, bem como a sua segurança e proteção.⁵⁸ Uma análise global de 32 países revelou que apenas 11 dispunham de um sistema de código de identificação único para populações-chave, permitindo eliminar a duplicação de resultados e obter os números exatos de utentes que beneficiam de diversos serviços.⁵⁹

Quadro 11

Exemplo de caso em África: utilização de códigos de identificação únicos

Em África, nove países – Burundi, Burquina Faso, Gana, Libéria, Maláui, Mali, Quénia, Togo e Uganda – incorporaram códigos de identificação únicos para populações-chave nos seus sistemas de informação de gestão sanitária de rotina.⁶⁰ Está em curso um projeto-piloto semelhante na África do Sul, com resultados previstos para o final de 2025.⁶¹

Porque vale a pena investir?

Embora a monitorização do desempenho da plataforma seja só o primeiro passo na monitorização dos programas destinados às populações-chave, estes dados são essenciais para conhecer o desempenho do programa em relação a outros indicadores e metas como preservativos, lubrificantes, distribuição de agulhas e seringas, rastreio do VIH, adesão à profilaxia pré-exposição, adesão ao tratamento de manutenção com agonistas opiáceos e encaminhamento para os cuidados de saúde. Na ausência de dados fiáveis sobre a dimensão das populações-chave e as percentagens de pessoas que utilizam os serviços clínicos e que são alcançadas pelo trabalho de proximidade, é difícil interpretar os dados relativos à utilização de serviços específicos ou identificar falhas.

Mais importante ainda é o facto de os indicadores da plataforma serem utilizados para monitorizar a evolução global, identificar problemas e gerir os programas com vista à melhoria contínua, além de refletirem o nível de confiança e de participação da comunidade. Uma adesão parcial aos serviços de proximidade ou a diminuição dos atendimentos nas clínicas pode indicar que as populações-chave estão a evitar os educadores e educadoras pares ou estão insatisfeitas com os serviços por alguma razão, o que requer uma investigação mais aprofundada (ver também a secção 2.4 sobre a integração da monitorização dirigida pela comunidade).

A plataforma visa identificar as populações-chave de forma sistemática, a que se segue um trabalho de proximidade frequente, a realização periódica de exames de rotina nas clínicas, bem como uma avaliação da evolução face às metas e às falhas identificadas. As metas relativas a serviços específicos, como o rastreio do VIH e o encaminhamento para a terapêutica antirretroviral, são posteriormente definidas com base noutros indicadores e critérios de elegibilidade.

O que é necessário?

- Um sistema sólido de monitorização de programas de rotina com códigos de identificação únicos, com indicadores de base padronizados em todos os programas destinados às populações-chave e comunicados a um nível superior, para fornecer uma visão nacional da evolução e das falhas. Sempre que possível, deve alcançar-se um consenso em relação aos códigos de identificação únicos a utilizar entre os prestadores e prestadoras dos serviços destinados às populações-chave no domínio público, privado e comunitário.
- O plano de gestão deve refletir a dimensão e as normas previstas para o programa, muitas vezes resumidas na forma de um programa mínimo comum com metas claras. A gestão inicia-se ao nível local com a revisão frequente (semanal) do trabalho do educador ou educadora par com o supervisor ou supervisora par. O supervisor ou supervisora par analisa o trabalho da semana anterior, debate os problemas, recolhe/regista dados, ajudando depois a planear o trabalho da semana seguinte. Da mesma forma, o/a acompanhante par debate o trabalho e os problemas com os supervisores e supervisoras de gestão de casos, analisa os dados e ajuda a planear o trabalho subsequente.
- A análise do painel de controlo dos indicadores prioritários da cobertura de base e do envolvimento das populações, do rastreio do VIH, do encaminhamento para a terapêutica antirretroviral e da retenção no tratamento realizam-se mensalmente por cada estabelecimento de saúde (e aos níveis intermédios distrital e central do programa), com resolução ativa de problemas. Podem organizar-se revisões de nível superior trimestral ou anualmente, que envolvam outros parceiros ou partes interessadas, com enfoque noutras áreas (como a atualização do mapeamento de alto nível para alargar o âmbito). Sugere-se a realização de inquéritos simplificados para recolher informações sobre o autocuidado (ver a secção 2.3).

Está previsto no orçamento?

- Mapeamento e estimativa da dimensão populacional (ver a [secção 2.1](#)).
- Reunião/processo de planeamento dos códigos de identificação únicos (caso ainda não estejam operacionais) para os programas destinados às populações-chave na região (formação, implementação e suporte informático associados).
- No âmbito da implementação local, visitas semanais de supervisão de apoio aos educadores e educadoras pares pelos supervisores e supervisoras pares e pelos/as acompanhantes pares, juntamente com os gestores e gestoras de casos.
- Introdução, limpeza e análise de dados para criar painéis de controlo de indicadores programáticos prioritários e cascatas de prevenção/cuidados.
- Análises periódicas dos painéis de controlo com as equipas de proximidade e das clínicas, o Governo e os gestores e gestoras dos programas (ao nível local: mensalmente; ao nível distrital intermédio: trimestralmente; ao nível central do programa: semestralmente).

Sugestões de consulta

Monitoring HIV programmes with key populations. Geneva: ONUSIDA; 2024 (https://jointsivg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf).

Monitoring guide and toolkit for HIV prevention, diagnosis, treatment, and care programs with key populations. Durham, NC: FHI 360; 2020 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>).

Simple methods of monitoring and evaluating for LGBTQI advocates everywhere. Oakland, CA: MPact Global Action for Men's Health and Rights; 2021 (https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2021/02/MPact-Evaluation_Toolkit_6_spreads.pdf).

Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Tracking HIV outcomes among key populations in the routine health information management system: a systematic review. *Sexes*. 2025;6(3):32 (<https://www.mdpi.com/2411-5118/6/3/32>).

2.3. Monitorização de um conjunto de resultados e do impacto

É importante saber se os programas estão a avançar rumo às principais metas de resultados.

O que é?

Os métodos para medir os resultados e o impacto dos programas destinados às populações-chave (secção 2.3) são diferentes dos utilizados para medir a sua cobertura (secção 2.2). Existem várias formas de o fazer, como os inquéritos de vigilância biocomportamental integrada em larga escala, que devem ser realizados de cinco em cinco anos. O novo inquérito de vigilância biocomportamental simplificado pode ser usado para complementar os resultados de um inquérito completo de vigilância biocomportamental integrada e os dados dos programas.⁶² Até certo ponto, os resultados e o impacto também podem ser medidos através dos dados dos programas provenientes das plataformas de acesso de confiança, o que se revela especialmente útil em contextos com poucos recursos.

Os dados de rotina relativos aos resultados e ao impacto dos programas, que provenham das clínicas das plataformas de acesso de confiança, podem incluir:

1. as tendências das novas infeções por sífilis diagnosticadas (com base num rastreio sistemático com elevada adesão);
2. as tendências de seroconversão (a partir do rastreio regular do VIH entre pessoas anteriormente seronegativas);^d
3. as taxas de supressão viral entre as populações-chave a receber terapêutica antirretroviral.

Podem utilizar-se metodologias sistemáticas de inquérito simplificado baseadas nos programas para recolher informações mais detalhadas sobre outros resultados relacionados com a prevenção do VIH, entre as quais o inquérito de vigilância biocomportamental simplificado, os inquéritos rápidos de cobertura, os inquéritos em cabine individual (tabela 10) ou os métodos assistidos por computador realizados nas clínicas ou na comunidade.⁶³ Estas metodologias são normalmente utilizadas para avaliar o uso do preservativo e de material de injeção estéril, as experiências de violência e/ou discriminação, o conhecimento do estatuto serológico para o VIH, a supressão viral, etc. Estes resultados podem ser validados através de inquéritos à população mais rigorosos e menos frequentes (inquérito de vigilância biocomportamental integrada).

d. A monitorização das novas infeções sexualmente transmissíveis e por VIH feita desta forma exige salvaguardas de confidencialidade, que são mais fáceis de obter nas clínicas ligadas aos programas e mais difíceis no caso de encaminhamentos externos. O acompanhamento do uso da terapêutica antirretroviral, da adesão ao tratamento e dos resultados relativos à carga viral exige atualmente uma estreita colaboração com os serviços clínicos, sendo da responsabilidade do/a acompanhante par.

Tabela 10: Equipa de estudo de inquéritos em cabine individual: estrutura recomendada e âmbito das funções**Coordenador ou coordenadora do estudo (um/a por cada duas ou três equipas no terreno)**

- Coordena e supervisiona todas as operações das equipas de recolha de dados.
- Resolve problemas logísticos durante a implementação do estudo.
- Mantém uma comunicação assídua e fornece atualizações aos investigadores e investigadoras do estudo e a outras partes interessadas, como o Governo, outras redes, etc.
- Consulta a comunidade antes e após a recolha de dados.
- Divulga os resultados do estudo em fóruns próprios, incluindo fóruns comunitários.

Investigador ou investigadora/coletor ou coletora de dados do inquérito em cabine individual (um/a por equipa)

- Realiza o procedimento de consentimento informado em grupo junto das pessoas que poderão participar no inquérito em cabine individual, utilizando o formulário de consentimento.
- Facilita as sessões de inquérito em cabine individual.
- Compila as respostas do inquérito em cabine individual e preenche o formulário de relatório e o formulário de contagem.
- Apresenta o formulário de verificação de elegibilidade e o formulário de contagem do inquérito em cabine individual através da plataforma de introdução de dados num tablet ou de outro sistema de introdução de dados.

Investigador ou investigadora comunitária (dois/duas por equipa no terreno)

- Define uma amostra aleatória de dez a doze potenciais participantes e procede a uma verificação de elegibilidade nos locais.
- Mobiliza os membros selecionados para o inquérito em cabine individual no horário designado.
- Preenche o formulário de verificação de elegibilidade.
- Preenche a ferramenta de controlo de amostragem por hora e local.
- Supervisiona e apoia a sessão de inquérito em cabine individual.
- Compila as respostas do inquérito em cabine individual.

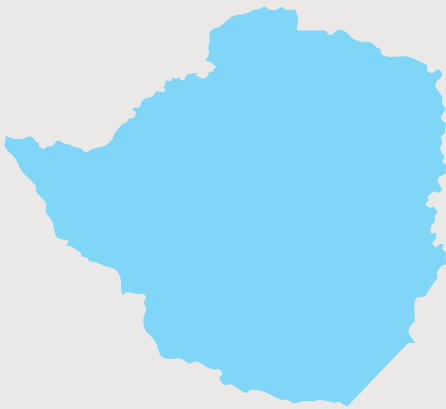
Porque vale a pena investir?

A medição dos resultados utilizando dados programáticos de rotina provenientes de plataformas de acesso sólidas ou de inquéritos simplificados associados ao programa apresenta várias vantagens importantes em relação aos inquéritos em larga escala realizados com pouca frequência: (1) os dados refletem o que está a acontecer em todas as comunidades intervencionadas, e não apenas nalguns locais de amostragem; (2) as tendências podem ser acompanhadas através de atualizações regulares (em vez de se deixarem passar vários anos entre rondas de inquérito); e (3) é muito mais rentável do que os inquéritos em larga escala. Quando triangulados com os indicadores da plataforma relacionados com o trabalho de proximidade e a adesão aos serviços, os programas podem avaliar continuamente a evolução face às metas de resultados e de impacto e proceder aos ajustes necessários. Esta análise dos dados do programa também ajuda a fazer os ajustes necessários ao conjunto de serviços, sobretudo no que se refere à sobreposição de riscos, como no caso dos trabalhadores ou trabalhadoras do sexo que injetam drogas (quadro 12). Se

os recursos o permitirem, é preferível realizar quer os inquéritos formais em larga escala (inquérito de vigilância biocomportamental integrada) quer os inquéritos programáticos (inquérito de vigilância biocomportamental simplificado, inquérito rápido de cobertura, inquérito em cabine individual) para recolher informações sobre as pessoas alcançadas e não alcançadas pelo programa.

Quadro 12

Evolução da incidência do VIH entre trabalhadores e trabalhadoras do sexo no Zimbabué



No Zimbabué, os dados do programa «Sisters with A Voice» foram usados para estimar a evolução da incidência do VIH entre trabalhadores e trabalhadoras do sexo. Os implementadores e implementadoras fizeram uma recolha sistemática dos dados de rastreio do VIH obtidos durante as visitas das Sisters às clínicas entre 2013 e 2023. A prevalência do VIH manteve-se estável entre 2013 e 2016-17, mas diminuiu significativamente entre 2016 e 2017 (54,6 %) e entre 2021 e 2023 (38,9 %). Uma vez que nem a mortalidade, nem o viés de amostragem, nem a rotatividade na população de trabalhadores e trabalhadoras do sexo explicaram as alterações recentes, é provável que estas resultem de mudanças programáticas como o aumento da cobertura do tratamento entre utentes do sexo masculino e as opções de prevenção, designadamente o aumento da cobertura da profilaxia pré-exposição. Trata-se de uma utilização inovadora dos dados do programa, que ajuda a medir o impacto no contexto das plataformas de acesso de confiança.⁶⁴

O que é necessário?

- Rastreio voluntário de rotina das infeções sexualmente transmissíveis, do VIH e/ou controlo da carga viral (caso estas medidas sejam prioritárias).
- Códigos de identificação únicos e métodos para filtrar duplicações, com a realização de múltiplos rastreios do VIH por pessoa, e o acompanhamento das informações das pessoas quando estas se deslocam fora das áreas de intervenção dos serviços não governamentais e comunitários.
- Pessoal das organizações comunitárias/agentes de proximidade pares para realizar inquéritos conduzidos por inquiridores e inquiridoras.
- Material para as cabines individuais ou software de inquérito assistido por computador.

Está previsto no orçamento?

- Um sistema de monitorização sólido com dados sobre a interação entre pares e pessoas beneficiárias, articulados com dados clínicos, que são agregados a um nível superior (após serem utilizados e operacionalizados ao nível local).
- Formação de pares, supervisores e supervisoras pares, acompanhantes pares, gestores e gestoras de casos apoiados/as pelo projeto e pessoal clínico apoiado pelo projeto em formulários de recolha dados, introdução de dados, gestão de dados e segurança.
- Pessoal do projeto responsável pelos dados agregados.
- Conceção, formação e aquisição dos materiais necessários, e implementação de mini-inquéritos junto da comunidade.
- Apoio relacionado com tecnologias da informação e análise de dados.

Ver o [Anexo 5](#), que contém um modelo de orçamento para a realização de um inquérito de vigilância biocomportamental simplificado.

Sugestões de consulta

Coligação Mundial para a Prevenção. New directions in measuring combination HIV prevention: a think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021–2026. Genebra: ONUSIDA; 2022 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).

Expanded polling booth surveys (ePBS) for assessing HIV outcomes among key and prioritised populations: Implementation guide and manual. Nairobi: Parcerias para a saúde e para o desenvolvimento em África; 2023 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/65c47b23b8b21c7e5803ac09_expanded%20Polling%20Booth%20Survey%20Manual_full%20document.pdf).

Workshop de Monitoramento de Resultados da Prevenção do HIV. Joanesburgo: Rede de aprendizagem Sul-Sul; 2024 (<https://www.hivinterchange.com/events/ssl-in-hiv-prevention-outcome-monitoring-workshop>)

HIV Prevention Outcome Monitoring Toolkit (POMT). Annex 2. Genebra: O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária; 2024 (https://resources.theglobalfund.org/media/13909/cr_me-measurement-hiv-prevention-programs_guidance_en.pdf).

The BBS-lite. A methodology for monitoring programmes providing HIV, viral hepatitis and sexual health services to people from key populations. Implementation tool. Genebra: ONUSIDA; 2023 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2024/05/ONUSIDA_BBS-liteTool_EN_WEB.pdf).

EpiC. Guideline for conducting a rapid coverage survey of HIV services among key populations. Durham, NC: FHI 360; 2023 (<https://www.fhi360.org/resources/guideline-conducting-rapid-coverage-survey-hiv-services-among-key-populations>).

2.4. Incorporação da monitorização dirigida pela comunidade

A monitorização dirigida pela comunidade é essencial para avaliar a qualidade e a acessibilidade dos serviços e garantir que os dados gerados sejam utilizados para adaptar as respostas às necessidades das pessoas que vivem com o VIH e das populações-chave, incluindo as populações-chave jovens.

O que é?

A monitorização dirigida pela comunidade utiliza uma plataforma estruturada, bem como monitores e monitoras pares com formação rigorosa para recolher e analisar dados qualitativos e quantitativos sobre a prestação de serviços de VIH e para estabelecer mecanismos rápidos de retorno de informação com os decisores e decisoras, a fim de implementar reformas.⁶⁵ Além disso, ela pode ser utilizada para monitorizar o financiamento, as políticas, os direitos humanos, o envolvimento comunitário e outros elementos de um programa destinado às populações-chave.^{66,67,68,69} A importância da monitorização comunitária dirigida pelas populações-chave tem sido cada vez mais reconhecida, por exemplo, pelos Estados Unidos através do PEPFAR.⁷⁰ Quando integrado nas plataformas de acesso de confiança, este mecanismo ajuda a identificar problemas e a criar soluções conjuntas para eliminar obstáculos e otimizar a acessibilidade, a disponibilidade, a aceitabilidade e a qualidade dos serviços de VIH. Entre os métodos de monitorização dirigida pela comunidade utilizados com frequência nas plataformas de acesso de confiança para as populações-chave destacam-se:

- os/as utentes mistério;
- as linhas telefónicas para feedback;
- as fichas de classificação comunitárias;
- os inquéritos sobre os registos clínicos;
- as entrevistas à saída dos estabelecimentos de saúde;
- os debates em grupos focais e entrevistas a informadores-chave, envolvendo utilizadores e utilizadoras dos serviços e profissionais de saúde.

A monitorização liderada pela comunidade deve ser apoiada pelo programa, e os dados por ela gerados, sistematicamente integrados nas análises do programa e nas reuniões de resolução de problemas. Além disso, ela deve estar integrada nas plataformas de acesso de confiança e ser dirigida pelos pares e pelos utilizadores e utilizadoras dos seus serviços. Para garantir a objetividade da monitorização dirigida pela comunidade, esta componente deve ser executada por uma organização comunitária que não esteja envolvida na prestação direta de serviços. Os canais de comunicação entre a comunidade e os grupos nacionais de populações-chave devem utilizar os dados da monitorização dirigida pela comunidade para orientar a sensibilização nacional ou propor soluções para os problemas enfrentados ao nível local. À medida que os programas evoluem para uma maior apropriação, a monitorização dirigida pela comunidade deve ser integrada nos processos comunitários de tomada de decisões e de envolvimento (tabela 11).

Tabela 11: Cálculo da disponibilidade de serviços no âmbito da monitorização dirigida pela comunidade para as populações-chave⁷¹

Utilização dos serviços durante o segundo trimestre		Folha de registo dos serviços disponíveis						Todos os serviços disponíveis (S/N)
		Rastreio do VIH		Profilaxia pré-exposição		Tratamento das infeções sexualmente transmissíveis		
Utente	População-chave	Procurado	Recebido	Procurado	Recebido	Procurado	Recebido	
101	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	S	S					S
107	Mulheres trabalhadoras do sexo	S	S	S	N			N
85	Mulheres transgénero					S	N	N
143	Homens trabalhadores do sexo					S	S	S
122	Pessoas que consomem drogas	S	S					S
98	Mulheres transgénero			S	S	S	S	S
114	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	S	N					N
151	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	S	S					S
89	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens					S	S	S
134	Mulheres transgénero			S	S			S
Total de atendimentos de utentes: 10		Total de atendimentos em que TODOS os serviços estavam disponíveis: 7						
Pontuação da disponibilidade (7/10)								70 %

Nota: É necessário implementar um sistema rigoroso para proteger os educadores e educadoras pares, os/as acompanhantes pares, os restantes prestadores e prestadoras de serviços de saúde e os/as utentes contra represálias, caso comuniquem aspetos negativos da prestação de serviços. Os protocolos de segurança e proteção devem ter em conta este aspeto e garantir o anonimato de todas as pessoas que participam na monitorização dirigida pela comunidade.

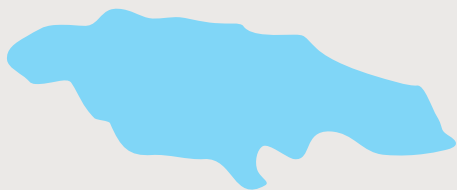
Porque vale a pena investir?

A Estratégia Global de Luta Contra a SIDA dá prioridade à monitorização dirigida pela comunidade e visa garantir que os dados gerados pela comunidade sejam usados para ajustar as respostas às necessidades das pessoas que vivem com o VIH e das populações-chave, incluindo as populações-chave jovens. A monitorização dirigida pela comunidade está associada à redução do estigma e da discriminação, ao aumento da adesão aos serviços de VIH, à diminuição da frequência de esgotamento das existências de medicamentos e ao aumento da probabilidade de supressão da carga viral.⁷²

É fundamental que as plataformas de acesso de confiança sejam concebidas para responder às necessidades e aos problemas da comunidade. O investimento precoce na monitorização comunitária dirigida pelas populações-chave, acompanhado de um plano de ação para a resolução de problemas, promove a confiança e a participação no programa, e melhora a qualidade dos serviços (quadro 13).

A monitorização dirigida pela comunidade está associada à redução do estigma e da discriminação, ao aumento da adesão aos serviços de VIH, à diminuição da frequência de esgotamento das existências de medicamentos e ao aumento da probabilidade de supressão da carga viral.

Quadro 13

Qualidade dos serviços de VIH para as populações-chave na Jamaica

Em 2019, dez pessoas LGBTQ e suas aliadas foram selecionadas e formadas pelo JFLAG para realizar uma avaliação de «utente mistério», com o intuito de avaliar a qualidade dos serviços de VIH para as populações-chave em cinco clínicas na Jamaica. A seleção dos/as utentes mistério foi feita através de redes comunitárias. Durante a formação, foi desenvolvida uma ferramenta de avaliação, que foi partilhada com as pessoas que participaram. Foram realizadas 23 avaliações. A maioria dos/as utentes mistério (70 %) considerou fácil aceder aos serviços de VIH, enquanto 28 % achou difícil. Cerca de 16 % dos/as utentes criticaram alguns estabelecimentos de saúde por falta de profissionalismo ou por falta de privacidade no rastreio do VIH. Os/As utentes mistério recomendaram que se alargasse a formação em sensibilidade ao género a fim de melhorar o acesso aos serviços para as pessoas transgénero.⁷³

O que é necessário?

- Um plano de controlo da qualidade dos serviços dirigido pela comunidade através de redes de pares, reuniões de feedback comunitário, recolha sistemática de dados comunitários, investigação qualitativa ou métodos semelhantes.
- Negociação com os serviços clínicos e os organismos governamentais relativamente aos dados comunitários e identificação de plataformas para envolvimento sistemático e feedback bidirecional em reuniões periódicas.
- Apoio à recolha de dados (caso esta não faça parte do trabalho de proximidade de rotina).
- Métodos e quadros sólidos de análise de dados para garantir a credibilidade dos dados gerados através da monitorização dirigida pela comunidade.
- Canais para a comunicação de informações a grupos nacionais de defesa das populações-chave, grupos de trabalho técnico nacionais para as populações-chave ou outras estruturas relevantes.
- Sempre que possível, a integração dos dados da monitorização dirigida pela comunidade nos sistemas nacionais de monitorização e avaliação, incluindo a monitorização de rotina como o DHIS2.

Está previsto no orçamento?

- Formação (e reciclagem) para coletores/as e supervisores/as de dados.
- Subsídios/salários e despesas de deslocação dos/as coletores/as e supervisores/as de dados.
- Apoio às reuniões de feedback comunitário.
- Apoio à participação da comunidade em reuniões de resolução de problemas com os serviços de encaminhamento e com o Governo.
- Monitorização liderada pela comunidade dos programas/serviços de encaminhamento:
 - Apoio técnico e financeiro às comunidades para a monitorização de rotina.
 - Formação dos monitores e monitoras comunitárias nos elementos das normas internacionais de cuidados e serviços, nos métodos de recolha de dados e na obtenção de informação.
 - Teste das ferramentas, criação de uma base de dados e apoio/formação na interpretação dos dados.
 - Ligação à rede nacional de populações-chave.
- Apoio a outros métodos qualitativos com assistência técnica (por exemplo, grupos focais, entrevistas a informadores-chave, entrevistas à saída dos estabelecimentos de saúde e utentes mistério).
- Dispositivos eletrónicos e subscrições de software para os sistemas digitais de feedback de utentes (se necessário).
- Apoio financeiro e técnico a membros externos à comunidade para controlo da qualidade.
- Elaboração de materiais de sensibilização utilizando dados da monitorização dirigida pela comunidade.
- Reuniões de sensibilização com os principais decisores e decisoras para apresentar os dados da monitorização dirigida pela comunidade e criar soluções conjuntas.

Ver o [Anexo 4](#), que contém um exemplo de orçamento para a monitorização comunitária de utentes mistério realizada por pares.

Sugestões de consulta

- Community-led monitoring of HIV services toolkit: a guide for key populations. Selangor: SKPA2; 2024 (https://assets.healthequitymatters.org.au/wp-content/uploads/2024/10/04034619/DIGITAL_SKPA-2_CLM_Toolkit_FINAL.pdf).
- Makoni T, Kadziyanhike G, Mademutsa C, Mlambo M, Malama K. Community-led monitoring: a voice for key populations in Zimbabwe. J Int AIDS Soc. 2022;25(Suppl 1):e25925 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9274208/pdf/JIA2-25-e25925.pdf>).
- State of healthcare for key populations. Joanesburgo: Ritshidze; 2022 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2022/01/Ritshidze-State-of-Healthcare-for-Key-Populations-2022.pdf>).
- Mystery shopper assessment report. Kingston: JFLAG Equality for All Jamaica; 2019 (<https://www.equalityjamaica.org/wp-content/uploads/2021/08/Mystery-Shopper-Assessment-Report.pdf>).
- Manual on the “secret client” methodology for assessing the quality of the services related to HIV treatment and prevention among MSM and trans people. Tallinn: ECOM; 2018 (https://ecom.NGO/library/secret_client_en).
- LINK—electronic client feedback systems for HIV programs. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-electronic-client-feedback-systems.pdf>).

2.5. Reforço das capacidades e da liderança das comunidades

O reforço das capacidades e a capacitação comunitária consistem num processo gradual, que resulta de programas bem implementados para as populações-chave e que pode ser facilitado por diversas atividades de reforço dos sistemas comunitários.

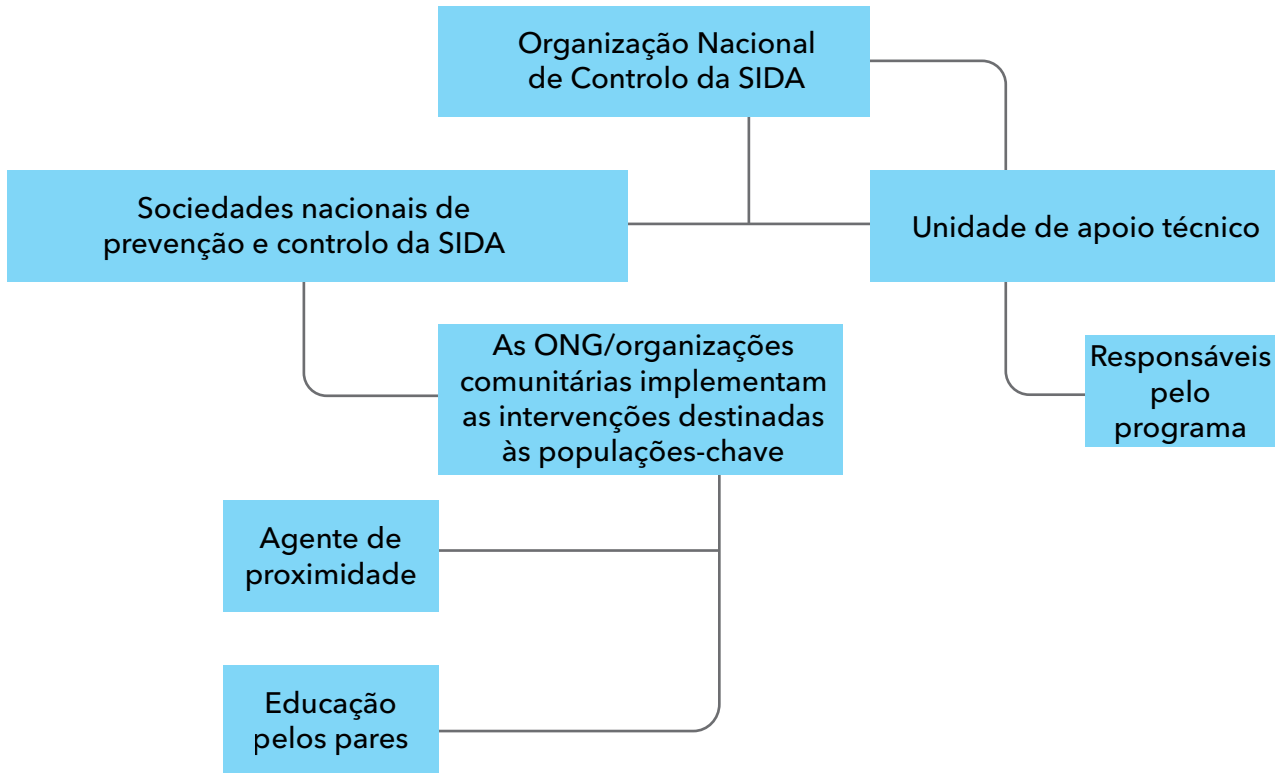
O que é?

A capacitação comunitária consiste num processo gradual que resulta de programas bem implementados para as populações-chave e que pode ser facilitado por diversas atividades de reforço dos sistemas comunitários. Os dados sugerem que a apropriação comunitária dos programas destinados às populações-chave está associada a resultados comportamentais e clínicos positivos.⁷⁴

As organizações dirigidas por populações-chave que estão ativamente envolvidas na prestação de serviços e nos processos de envolvimento devem receber apoio para reforçarem as suas próprias capacidades institucionais, financeiras e técnicas. Os programas destinados às populações-chave devem dispor de planos de reforço das capacidades e de envolvimento comunitário para os pares e para o pessoal. O desenvolvimento do pessoal requer um mecanismo de reforço das capacidades ou uma unidade de capacidade técnica que inclua formação e supervisão de apoio baseada em normas estreitamente associadas à monitorização dos programas. Os programas devem oferecer oportunidades de progressão profissional dentro das organizações, sobretudo para que os pares possam ascender a cargos de supervisão ou gestão.

Devido à experiência e aos conhecimentos avançados que possuem, muitas organizações de populações-chave podem contribuir, como prestadoras de assistência técnica, para o reforço das plataformas de acesso de confiança. O apoio técnico prestado por populações-chave é o mais eficaz para este tipo de reforço das capacidades. Foram estabelecidas unidades de apoio técnico às populações-chave na África do Sul, na Índia, em Moçambique, no Quênia e no Zimbabué para reforçar as capacidades dos programas e dos implementadores e implementadoras (figura 7). Estas unidades fornecem um apoio flexível e itinerante aos implementadores e implementadoras dos programas, abrangendo o planeamento estratégico, o trabalho de proximidade nas comunidades, o apoio clínico, o reforço das capacidades, a comunicação e a orientação para a sensibilização.⁷⁵

Figura 7. Estrutura do programa destinado às populações-chave na Índia com unidade de apoio técnico integrada⁷⁶



Porque vale a pena investir?

O desenvolvimento das capacidades das comunidades e do pessoal facilita e reforça a implementação do programa, enquanto fomenta a confiança e permite que as comunidades desempenhem um papel de liderança. O reforço das capacidades das organizações dirigidas e centradas nas populações-chave é uma componente importante da sustentabilidade. Nalguns contextos, os modelos de prevenção do VIH geridos por populações-chave são mais rentáveis do que os serviços públicos^{77,78} (quadro 14). Além disso, a acreditação formal das organizações das populações-chave constitui um passo importante para a contratação social e a cobertura universal de saúde (figura 15).

Figura 8. Processo de formação e acreditação dos prestadores e prestadoras de serviços de saúde das populações-chave na Tailândia⁷⁹



Quadro 14

Resposta à baixa adesão das populações-chave na Tailândia aos serviços de VIH



Em 2015, foi estabelecido o modelo de serviços de saúde prestados pelas populações-chave para dar resposta à baixa adesão aos serviços de VIH por parte das populações-chave. Além disso, foram desenvolvidos conteúdos de formação rigorosos e um processo de certificação. Até à data, 625 prestadores e prestadoras leigos das populações-chave e receberam formação. Trinta estabelecimentos de cuidados de saúde prestados pelas populações-chave estão certificados e 22 recebem reembolsos diretos por parte do Governo pelos serviços prestados, através do Gabinete Nacional de Segurança em Saúde. Em 2018 e 2021, os serviços de saúde prestados pelas populações-chave asseguraram respetivamente 55 % dos rastreios do VIH e 82 % das pessoas que fazem atualmente profilaxia pré-exposição.⁸⁰

O que é necessário?

- (Auto)avaliações para identificar necessidades de desenvolvimento de capacidades.
- Um ou mais planos organizacionais e institucionais de reforço das capacidades, inclusive do pessoal e dos/as agentes de proximidade, para os serviços planeados.
- Prestação de apoio regular através de uma unidade de apoio técnico ou de um mecanismo semelhante.
- Aprendizagem entre pares e tutoria entre organizações e líderes das populações-chave.
- Definição e planeamento de percursos de progressão para que as populações-chave possam aumentar as responsabilidades assumidas no planeamento, na implementação e na análise dos programas, com planos de formação associados.
- Reforço dos sistemas comunitários ao nível local para promover os catalisadores essenciais, abordar as condições definidas pelas populações-chave e apoiar a capacitação comunitária.
- Sempre que possível, conteúdos de formação e um processo de acreditação aprovados a nível nacional.

Está previsto no orçamento?

- Avaliação das necessidades de reforço das capacidades e processo de planeamento.
- Plano e atividades organizacionais e institucionais de reforço das capacidades.
- Unidade de apoio técnico ou mecanismo semelhante de reforço das capacidades, de preferência entre pares.
- Plano e atividades de reforço dos sistemas comunitários – desenvolvimento da liderança, tutoria, sensibilização e investigação.
- Adaptação dos materiais existentes para reforço das capacidades ou elaboração de novos materiais.
- Apoio ao envolvimento das populações-chave nos espaços de tomada de decisões a todos os níveis.
- Apoio às comunidades para que estabeleçam ligações com grupos de defesa das populações-chave a nível nacional, regional e/ou global.

Sugestões de consulta

- ONUSIDA, PNUD, FNUAP. Increasing support and partnerships with key HIV populations. In-reach online training. Genebra: ONUSIDA; 2023 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/increasing-support-and-partnerships-key-hiv-populations-reach-online-training>).
- O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária, Enda Sante, Instituto da Sociedade Civil para a África Ocidental e Central. Community pulse: assessing strengths, empowering change—a tool for community-led organizations. Accra: Instituto da Sociedade Civil para a Saúde; 2024 (https://www.civilsocietyhealth.org/website/wp-content/uploads/2024/08/2024-Community-Pulse-Facilitators_v7-2.pdf).
- Mehrotra A, Davis DA, Evens E, White B, Wilcher R. The importance of key population community engagement and empowerment in HIV programming: insights from a global survey with local implementing partners. J Glob Health Rep. 2020;4:e2020044 (<https://www.joghr.org/article/12926-the-importance-of-key-population-community-engagement-and-empowerment-in-hiv-programming-insights-from-a-global-survey-with-local-implementing-partner>).
- Training courses for health workers providing key population-led health services. Projeto de parceria comunitária da USAID. Banguécoque: Institute of HIV Research and Innovation; 2024 (https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2024/03/Course-syllabus_English.docx)
- Matambanadzo P, Otiso L, Kavhaza S, Bhattacharjee P, Cowan FM. Community leadership is key to effective HIV service engagement for female sex workers in Africa. J Int AIDS Soc. 2025;28:e26425 (<https://doi.org/10.1002/jia2.26425>).

2.6. Sustentabilidade dos programas para um impacto duradouro

A integração de plataformas de acesso de confiança nos cuidados de saúde primários é essencial para a sustentabilidade a longo prazo. Os modelos de prestação de serviços e de financiamento devem ser adaptados aos contextos locais.

O que é?

À medida que se aproxima o prazo dos Objetivos Globais para 2030, torna-se necessário transformar as respostas ao VIH para garantir uma maior sustentabilidade. A concretização das metas é desigual, a assistência internacional está a diminuir, a evolução rumo à cobertura universal de saúde estagnou, e é necessário adotar uma resposta diferente para alcançar as populações mais marginalizadas na fase final da epidemia.⁸¹

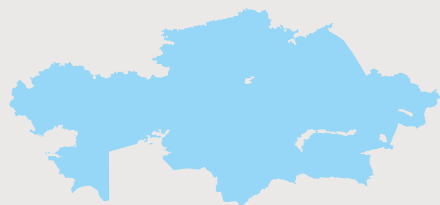
A fim de manter os programas e serviços destinados às populações-chave, é necessário mudar de abordagem. Conforme a disponibilidade de recursos – e a sua proveniência (nacional ou externa) –, existem diferentes modelos de programas destinados às populações-chave.⁸²

Devem estudar-se estratégias de integração das plataformas de acesso de confiança nos sistemas de cuidados de saúde primários, conforme descrito na secção 1.3.1, na figura 4 e na tabela 12. É necessário que os modelos de integração tenham em conta o enquadramento legal e político e nunca comprometam nem a proteção nem a segurança. As preferências das populações-chave devem estar no centro da análise das opções de sustentabilidade.⁸³ Para alcançar uma evolução duradoura, será necessário incluir as populações-chave nas políticas e no planeamento dos cuidados de saúde primários.⁸⁴

É crucial ampliar a contratação social e outros mecanismos de financiamento sustentável para os programas e serviços destinados às populações-chave. As políticas e diretrizes nacionais de contratação social devem incluir as populações-chave e os programas de prevenção do VIH (quadro 15). Nalguns países, as abordagens que combinam contribuições do Governo, das empresas e de entidades particulares têm produzido bons resultados.⁸⁵

É importante continuar a diminuir o estigma e a discriminação, e a promover a mudança das normas sociais, para garantir que a evolução rumo a plataformas de acesso de confiança sustentáveis não sofra retrocessos.

Quadro 15

Contratos sociais do Estado para programas destinados às populações-chave no Cazaquistão

O Cazaquistão implementa a contratação social estatal para a prevenção do VIH desde 2009. No entanto, em 2018, somente 4 dos 20 contratos sociais estatais para a prevenção do VIH e da TB beneficiavam as populações-chave.⁸⁶ Entre 2020 e 2024, a ICAP prestou apoio técnico à cidade de Almaty para impulsionar o financiamento nacional destinado às populações-chave, apoio esse que consistiu em definir especificações técnicas para a contratação social específica para as populações-chave, formar as organizações das populações-chave e apoiar a apresentação de candidaturas. Como resultado, em 2022 e 2023, foram atribuídos 355 000 dólares a contratos sociais estatais para programas dirigidos às populações-chave. O número de pessoas que vivem com o VIH diagnosticadas por ONG aumentou de 5 % em 2021 para 10 % em 2022 e 2023.⁸⁷

Porque vale a pena investir?

Os problemas de financiamento do VIH são particularmente graves para as populações-chave: em 2023, estavam disponíveis 487,5 milhões de dólares para todos os programas destinados às populações-chave, dos quais 261,5 milhões se destinaram a programas completos de prevenção, o que representa apenas 4,5 % das necessidades. Além disso, estima-se que apenas 14,2 % do financiamento para as populações-chave provenha de fontes públicas nacionais.⁸⁸ Em 2024, somente 2,6 % do financiamento total para o VIH foi aplicado em programas dirigidos às populações-chave, apesar de estas populações representarem cerca de 80 % das novas infecções por VIH fora da África Subsaariana e aproximadamente 25 % na África Subsaariana.⁸⁹ O Quadro Global de Acesso para a Prevenção 2030 sublinha que a despesa com os serviços de prevenção do VIH destinados às populações-chave (à exceção da profilaxia pré-exposição) tem de chegar a 13 % do financiamento total até 2030.⁹⁰ O quadro estabelece ainda uma nova meta de alto nível, que prevê que 20 % do financiamento nacional para o VIH seja destinado à prevenção, salientando que o financiamento nacional para as populações-chave é especialmente crucial.

Em 2025, o Governo dos Estados Unidos empreendeu alterações políticas abruptas, suspendendo e posteriormente cancelando milhares de milhões de

dólares em financiamento para o VIH, o que afetou de forma desproporcionada os programas destinados às populações-chave.^{91,92} Um inquérito revelou que 88 % das organizações das populações-chave se viram forçadas a despedir pessoal, 77 % enfrentam interrupções nas cadeias de abastecimento e 76 % tiveram de encerrar escritórios ou pontos de prestação de serviços.⁹³ É fundamental criar soluções que reforcem o financiamento – especialmente o financiamento nacional – para garantir a sustentabilidade das plataformas de acesso de confiança.

Tabela 12: Integração das plataformas de acesso de confiança para as populações-chave através de parcerias entre ONG e clínicas na Malásia («modelo KK»)⁹⁴

Plataforma de acesso de confiança para populações-chave baseada numa ONG, em colaboração com o Ministério da Saúde	Plataforma de acesso de confiança para populações-chave em meio clínico, com apoio de uma ONG	Programa para as populações-chave em meio clínico, sem envolvimento de uma ONG
<ul style="list-style-type: none"> ■ A distância entre o escritório da ONG, as clínicas e a zona onde se realiza o trabalho de proximidade é reduzida. ■ O Governo assume os custos do espaço e dos serviços da ONG. ■ Os/As agentes de proximidade (pares) estão baseados/as nos escritórios da ONG. ■ As atividades diárias são supervisionadas pela direção da ONG. ■ Os pares encaminham os/as utentes para a clínica pública próxima, onde existe uma parceria estabelecida (e onde se disponibiliza o tratamento de manutenção com agonistas opiáceos e a profilaxia pré-exposição). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Existe uma parceria sólida entre o Ministério da Saúde e a ONG. ■ O Governo assume os custos administrativos da gestão dos pares. ■ O modelo é implementado em pequenas cidades. ■ As atividades diárias dos pares são supervisionadas pelo pessoal da clínica (supervisor ou supervisora do local). ■ A ONG recruta e dá formação aos pares. ■ A ONG assegura os relatórios (gestor ou gestora/coordenador ou coordenadora do programa). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Opção adotada só quando não existem ONG adequadas no estado/distrito. ■ A supervisão técnica é realizada diretamente pelo Departamento de Saúde do Estado. ■ Recrutamento, formação e apoio: responsável pelo programa estatal de luta contra a SIDA. ■ Modelo temporário (pretende-se uma sustentabilidade a mais longo prazo e uma apropriação por ONG locais).

Em 2021, existiam na Malásia 45 parcerias deste tipo entre ONG e clínicas, além de outras sete apoiadas pelo Fundo Global.

O que é necessário?

- Definir o conjunto de intervenções dirigidas às populações-chave que devem ser incluídas e orçamentadas no conjunto de prestações garantidas pelo sistema nacional de saúde.
- Mapear as organizações comunitárias e da sociedade civil que trabalham com as populações-chave, que possam estabelecer parcerias com clínicas para adotar modelos integrados de prestação de cuidados de saúde, ou que possam ser incentivadas a candidatar-se a oportunidades de contratação social.
- Definir as normas de cálculo de custos para as plataformas de acesso de confiança, a fim de facilitar a padronização dos pagamentos estatais e/ou a absorção das componentes do programa.
- Elaborar reformas legais e políticas que permitam que a comunidade preste serviços relacionados com os principais elementos do programa (profilaxia pré-exposição, tratamento de manutenção com agonistas opiáceos) e que possibilitem a transferência de fundos públicos para as organizações dirigidas pela comunidade para a prestação de serviços às populações-chave.
- Elaborar ou atualizar as diretrizes nacionais sobre a contratação social, de forma que estas incluam as intervenções destinadas às populações-chave, incluindo a prevenção do VIH.
- Estabelecer parcerias clínicas/comunitárias, que permitam integrar as plataformas de acesso de confiança nos cuidados de saúde primários através de uma abordagem colaborativa que assegure a liderança e a apropriação da prestação de serviços pelas populações-chave.

Está previsto no orçamento?

Tempo para que os peritos jurídicos elaborem propostas de alteração de políticas e de modelos legislativos para alargar a prestação de serviços pela comunidade e os mecanismos de financiamento nacional no âmbito dos programas destinados às populações-chave.

Apoio técnico aos exercícios de mapeamento que orientem os esforços de integração entre ONG e clínicas e alarguem o acesso à contratação social.

Consulta dos prestadores e prestadoras de serviços destinados às populações-chave para estabelecer normas de cálculo de custos baseadas em provas.

Sensibilização e formação das clínicas públicas para assegurar a prestação de serviços especializados e adaptados às populações-chave.

Reuniões de avaliação conjunta entre o Governo, as clínicas e as organizações comunitárias sobre o desempenho da plataforma de acesso de confiança.

Sugestões de consulta

HIV response sustainability primer. Genebra: ONUSIDA; 2024 (https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2024/06/HIV-response-sustainability-response-primer_web.pdf).

EpiC, Global black gay men connect. Sustaining the HIV response: a report on consultations with key population communities. Version 1. Durham, NC: FHI 360; 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2022/02/resource-epic-report-kp-consultation.pdf>).

Towards domestic public financing and social contracting for harm reduction. Londres: Harm Reduction International; 2024 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf).

HIV Leadership forum implementing social contracting for HIV prevention: policy brief. Genebra: ONUSIDA; 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/implementing-social-contracting-hiv-prevention>).

Differentiated service delivery: a decision framework for differentiated antiretroviral therapy for key populations. Amsterdão: International AIDS Society; 2018 (<https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/decision-framework-key-population-web3.pdf>).

Ncube, G. Lessons learnt implementing integrated KP-focused HIV/SRHR programs in the public sector, Zimbabwe. Nova Iorque: ICAP-Universidade da Colômbia; 2023 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2023/11/Ncube_Session-11c_DSD-for-Key-Populations_Final-for-posting.pdf).

ANEXOS



Anexo 1: **Análise comparativa dos custos unitários das plataformas de acesso de confiança**

Ao calcular os custos das plataformas de acesso de confiança destinadas às populações-chave, é útil comparar as necessidades estimadas de recursos com os custos unitários estabelecidos. Estes custos podem variar significativamente de país para país (e mesmo entre distritos ou entre diferentes implementadores e implementadoras). A análise comparativa pode servir para verificar se os custos unitários são razoáveis: se forem demasiado baixos, isso pode indicar a falta de elementos essenciais do conjunto de serviços; se forem demasiado altos, a plataforma de acesso de confiança poderá não ser sustentável (tabela 13).

Tabela 13: Custos unitários regionais do trabalho de proximidade com as populações-chave, estimativa de recursos da ONUSIDA (modelação acelerada)⁹⁵

Região	População	Custo unitário médio	Custo unitário mediano
África Oriental e Austral	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	128,00 USD	100,80 USD
	Trabalhadores/as do sexo	80,40 USD	94,00 USD
	Pessoas que injetam drogas	94,90 USD	135,00 USD
África Ocidental e Central	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	53,60 USD	51,20 USD
	Trabalhadores/as do sexo	53,30 USD	52,70 USD
	Pessoas que injetam drogas	89,40 USD	90,30 USD
Ásia e Pacífico	Homens que têm relações sexuais com homens	45,40 USD	44,50 USD
	Trabalhadores/as do sexo	66,30 USD	77,40 USD
	Pessoas que injetam drogas	144,80 USD	161,90 USD
Caraíbas	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	44,50 USD	44,50 USD
	Trabalhadores/as do sexo	29,90 USD	29,90 USD
	Pessoas que injetam drogas	48,90 USD	48,90 USD
Europa do Leste e Ásia Central	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	47,20 USD	44,60 USD
	Trabalhadores/as do sexo	122,90 USD	108,10 USD
	Pessoas que injetam drogas	117,00 USD	122,50 USD
América Latina	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	44,50 USD	44,50 USD
	Trabalhadores/as do sexo	29,90 USD	29,90 USD
	Pessoas que injetam drogas	48,90 USD	48,90 USD
Médio Oriente e Norte de África	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	105,00 USD	105,00 USD
	Trabalhadores/as do sexo	15,40 USD	15,40 USD
	Pessoas que injetam drogas	68,50 USD	68,50 USD

Um estudo da ONUSIDA de 2024 apresenta mais de 350 custos unitários de intervenções comunitárias e dirigidas pela comunidade para as populações-chave em 26 países (tabela 14). Estes dados são mais desagregados e podem auxiliar outras análises comparativas de custos ou a estimativa das necessidades de recursos. A base de dados de análise sistemática está acessível através do painel de controlo financeiro do VIH da ONUSIDA.⁹⁶

Tabela 14: Custos unitários de algumas intervenções destinadas às populações-chave, análise da ONUSIDA de 2024 (diversos estudos)⁹⁷

País	População	Intervenção	Custo unitário
Burkina Faso	Mulheres trabalhadoras do sexo	Custo por utente seronegativo	56,70 USD
Costa do Marfim	Mulheres trabalhadoras do sexo	Custo por kit de autorastreio ao VIH distribuído	13,00 USD
Quénia	Mulheres trabalhadoras do sexo	Custo por pessoa testada	9,56 USD
Índia	Homens trabalhadores do sexo	Custo por pessoa alcançada	90,00 USD
	Pessoas transgénero	Custo por pessoa alcançada	116,00 USD
Indonésia	Pessoas que injetam drogas	Custo por rastreio do VIH	65,00 USD
México	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	Custo por pessoa alcançada	14,00 USD
Mali	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	Custo por kit de autorastreio ao VIH distribuído	28,00 USD
Senegal	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	Custo por kit de autorastreio ao VIH distribuído	27,00 USD
África do Sul	Mulheres trabalhadoras do sexo	Custo por profilaxia pré-exposição por pessoa-ano	146,60 USD
Tailândia	Homens trabalhadores do sexo (Phuket)	Custo por pessoa servida	74,90 USD
	Pessoas que injetam drogas (Yala)	Custo por pessoa servida	144,20 USD
Uganda	Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	Custo por pessoa testada	15,90 USD
Vietname	Pessoas que injetam drogas	Custo por pessoa em tratamento de substituição de opiáceos por ano	378,00 USD
Zimbabwe	Populações-chave (não desagregadas)	Custo por utente que já iniciou a profilaxia pré-exposição	86,00 USD

Anexo 2: Funções da equipa de proximidade e de gestão

Educadores e educadoras pares/agentes de proximidade	Acompanhantes pares
<p>Os educadores e educadoras pares/agentes de proximidade fazem parte da equipa de gestão de casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ alcançando as populações-chave; ■ garantindo que estas são integradas em serviços de prevenção e serviços clínicos, e que são reencaminhadas para esses serviços se necessário; ■ ajudando a equipa a identificar pessoas inativas/perdidas ao seguimento. <p>Consoante o programa, os educadores e educadoras pares e os/as agentes de proximidade podem muitas vezes tornar-se acompanhantes pares ou supervisoras pares, desde que disponham da formação e da experiência adequadas.</p>	<p>O acompanhamento por pares é uma abordagem utilizada pelos programas de todos os países para garantir que as populações-chave sejam encaminhadas e acompanhadas ao longo do processo de acesso aos serviços de que necessitam (e de permanência nos mesmos), e que participem na equipa clínica de gestão de casos (com o gestor ou gestora de casos e, possivelmente, com o pessoal clínico).</p> <p>Os/As acompanhantes pares são geralmente pessoas soropositivas (ou afetadas pelo VIH): são modelos de adesão à terapêutica, que sabem como aceder e utilizar os serviços fundamentais e que conseguem transmitir essa informação de forma clara e precisa.</p> <p>O objetivo do acompanhamento por pares é ajudar as pessoas recentemente diagnosticadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ inscreverem-se no tratamento e a permanecerem na rede de serviços, a fim de atingirem a supressão viral; ■ inscreverem-se na prevenção médica (p. ex., terapêutica antirretroviral) dentro da rede de serviços; ■ manterem-se no tratamento. <p>O trabalho dos/as acompanhantes pares começa quando termina o trabalho de proximidade realizado pelos pares. Os/As acompanhantes pares trabalham a tempo inteiro dentro de uma equipa de gestão de casos para ajudar as pessoas beneficiárias soropositivas a inscreverem-se e a acederem aos serviços de cuidados de saúde e tratamento, ajudando-as a identificar e a ultrapassar os obstáculos que possam dificultar a concretização dos seus objetivos de saúde pessoais. Além disso, os/as acompanhantes pares ajudam as pessoas beneficiárias seronegativas a aceder à prevenção médica e prestam-lhes apoio.</p> <p>Os/As acompanhantes pares podem ser recrutados/as de entre os/as agentes de proximidade pares, mas devem receber formação adicional que lhes confira um conhecimento aprofundado de todos os serviços disponíveis que sejam relevantes para as suas pessoas beneficiárias, tanto nos estabelecimentos de saúde como na comunidade. Estes/as acompanhantes pares devem ainda receber formação para prestarem serviços de gestão de casos e conhecerem as suas responsabilidades em matéria de confidencialidade.</p>

Supervisores/as pares

Os/As supervisores e supervisoras pares reforçam o trabalho de proximidade, apoiando e supervisionando os educadores e educadoras pares nos seus esforços por alcançar as populações-chave e mantê-las envolvidas nos serviços clínicos e de prevenção. Trabalham em estreita colaboração com os educadores e educadoras pares, revendo o seu trabalho e os seus dados, ajudando a planear as atividades seguintes e participando na resolução conjunta de problemas. As suas funções passam também por consolidar os dados do trabalho de proximidade recolhidos pelos educadores e educadoras pares, garantindo que eles são comunicados a níveis superiores, e participar nas reuniões relevantes de gestão e análise de dados.

Gestor/a de casos

Os gestores e gestoras de casos melhoram os resultados das pessoas doentes ao longo de toda a sequência de prevenção e cuidados do VIH no que se prende com:

- o encaminhamento para a prevenção baseada na terapia antirretroviral;
- o encaminhamento precoce para os cuidados e para o tratamento;
- a retenção nos cuidados e no tratamento;
- a adesão à terapêutica antirretroviral, através da avaliação das necessidades do/a utente;
- a elaboração, a monitorização e a avaliação dos planos de tratamento e da evolução;
- o encaminhamento do/a utente para outros prestadores e prestadoras de serviços, assegurando-lhe uma prestação de cuidados integral.

O papel do gestor ou gestora de casos pode variar consoante o contexto (comunitário ou de estabelecimento de saúde). Dependendo do contexto e do programa, os serviços de gestão de casos podem ser prestados por diferentes categorias profissionais (incluindo acompanhantes pares), cujos membros podem ser designados por gestores/as de casos. Um gestor ou gestora de casos pode ainda desempenhar um papel na coordenação com estabelecimentos de saúde e pessoal fora da sua área de intervenção, para assegurar que as populações-chave recebem apoio e são encaminhadas para os serviços adequados.

Anexo 3: Matriz de progressão para as plataformas de acesso de confiança

Tabela 15: Modelo de maturidade de uma plataforma de acesso de confiança

	Má prática	Arranque	Consolidação	Alta qualidade
Planeamento/ replaneamento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Visitas aleatórias a locais de risco elevado ■ por equipas móveis à procura de metas pontuais. ■ Falta de uma presença contínua em pontos de encontro de alto risco e de envolvimento comunitário. ■ Educadores e educadoras pares sem supervisão. ■ Falta de um novo mapeamento para atualizar os locais e as estimativas da dimensão populacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mapeamento de alto nível para identificar as áreas prioritárias nacionais e as falhas nos programas. ■ Mapeamento programático e estimativas da dimensão populacional para orientar o trabalho de proximidade local/ o encaminhamento para os serviços. ■ Trabalho de proximidade realizado por pares concebido para assegurar uma presença contínua nos locais de risco elevado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Microplaneamento para permitir que os/as agentes de proximidade comunitários/as avaliem e melhorem o seu trabalho. ■ Definição de metas com revisão periódica por parte do painel de controlo dos indicadores programáticos prioritários, do rastreio e do aconselhamento relativo ao VIH, e do encaminhamento para os cuidados de saúde, a fim de avaliar a evolução. ■ Validação periódica dos pontos de encontro de alto risco para aperfeiçoar os denominadores e as metas das estimativas da dimensão populacional e identificar as pessoas não abrangidas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A envergadura é alcançada através da cobertura das principais áreas de trabalho sexual do país. ■ Adesão aos serviços de proximidade. ■ >90 % da estimativa da dimensão populacional na maioria dos locais. ■ Trabalho de proximidade realizado pelo menos uma vez por mês. ■ Rastreio regular do VIH e aconselhamento das pessoas seronegativas, conforme os procedimentos operacionais-padrão do país. ■ Encaminhamento sólido para os cuidados de saúde e forte adesão ao tratamento. ■ Esforços concretos para identificar as pessoas não servidas.

	Má prática	Arranque	Consolidação	Alta qualidade
Definição de metas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Metas limitadas em termos de alcance, rastreio e rendimento. ■ A falta de identificadores únicos impede que se estabeleça uma relação entre o desempenho e as estimativas da dimensão populacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Metas claras definidas para pelo menos quatro indicadores programáticos prioritários relativos ao trabalho de proximidade: adesão e frequência dos serviços de proximidade, utilização e frequência dos atendimentos nas clínicas. ■ Metas claras de encaminhamento para o tratamento e de retenção nos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evolução documentada rumo ao objetivo de >90 % de adesão aos serviços de proximidade, contactos de proximidade frequentes, >80 % de utilização das clínicas e realização periódica de exames de rotina. ■ Evolução documentada do encaminhamento para o tratamento e da retenção nos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Metas relativas ao trabalho de proximidade estratificadas em função do risco, com contactos mais frequentes (semanais) para as pessoas consideradas de maior risco. ■ Desenvolvimento de abordagens diferenciadas de encaminhamento para o tratamento e retenção nos cuidados.
Monitorização/ supervisão	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de monitorização/ supervisão da evolução (adesão/frequência dos serviços de proximidade). ■ Falta de denominadores populacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quadro de monitorização e supervisão implementado para acompanhar a evolução e apoiar as equipas de proximidade e das clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sistemas de microplaneamento com supervisão e planeamento semanais do trabalho de proximidade, com enfoque nos indicadores programáticos prioritários. ■ Os/As acompanhantes pares planeiam o acompanhamento dos membros das populações-chave. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reuniões mensais e trimestrais a níveis superiores para analisar os dados, resolver os problemas persistentes e apoiar as equipas locais.

	Má prática	Arranque	Consolidação	Alta qualidade
Trabalho de proximidade	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de monitorização da adesão e da frequência. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organização do trabalho de proximidade realizado por pares para cobrir os pontos de encontro de alto risco com os rácios adequados (aproximadamente 1 educador ou educadora par por 50 membros das populações-chave). ■ Organização dos/as acompanhantes pares para ajudar os membros das populações-chave com o tratamento ou a prevenção médica (com um rácio de 1 acompanhante par por 20 a 30 membros das populações-chave que necessitam de serviços). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aproximação a 90 % de adesão aos serviços de proximidade e de contactos mensais de proximidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elevado nível de cobertura (90 % ou «saturação»), com adesão total e contactos frequentes.
Intervenções com produtos de prevenção (preservativos/lubrificantes, agulhas e seringas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intermitentes, sem planeamento; sistemas ou metas em função das necessidades; fornecimento irregular com esgotamento de existências. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Distribuição regular de preservativos/lubrificantes (e agulhas e seringas) através de trabalho de proximidade apoiado por uma logística operacional, com reforço das mensagens durante os atendimentos nas clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A promoção e a distribuição de preservativos refletem as necessidades avaliadas (isto é, em relação ao número de utentes declarados). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sistema sólido de promoção e distribuição de preservativos, sem esgotamento de existências nem interrupções. ■ Avaliação do uso de preservativos através de inquéritos em cabine individual. ■ Ou outro método de inquérito semelhante.

	Má prática	Arranque	Consolidação	Alta qualidade
Serviços clínicos/ médicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de monitorização da adesão e da frequência. ■ Falta de assistência ou de acompanhamento dos encaminhamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoção da ida às clínicas para a realização periódica de exames de rotina. ■ Implementação de um sistema de encaminhamento para serviços médicos adicionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ >80 % de utilização das clínicas, a que se segue a realização periódica de exames de rotina. ■ As pessoas encaminhadas recebem apoio para se deslocarem às clínicas e são envidados esforços para apoiar a adesão. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exames de rotina trimestrais. ■ Evidência da diminuição das infeções sexualmente transmissíveis. ■ Implementação de uma gestão sólida de casos, com documentação que demonstre uma forte adesão ao tratamento médico e à prevenção.
Intervenções estruturais	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sem atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliação e diálogo sobre os principais problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mecanismo de denúncia e resposta a casos de violência. ■ Estabelecimento de ligações com redes nacionais de populações-chave. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Definição de prioridades, implementação de respostas e monitorização do impacto por parte de grupos de autoajuda/comités comunitários.
Apropriação pela comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sem atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliação e envolvimento precoce do programa com a comunidade da população-chave. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ O programa colabora com a comunidade da população-chave na implementação das intervenções. ■ Participação da comunidade na tomada de decisões. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Membros da comunidade da população-chave habilitados para assumir funções cada vez mais importantes nas organizações não governamentais e comunitárias. ■ Plano de progressão claro para aumentar a responsabilidade e a liderança da comunidade.

Anexo 4: Exemplo de orçamento para o mapeamento programático

A tabela 16 apresenta um exemplo de orçamento para o mapeamento programático participativo destinado às populações-chave.^e Os valores são meramente ilustrativos e devem ser adaptados ao país e à dimensão das áreas a mapear. A tabela 17 apresenta os custos estimados para a realização do mapeamento programático participativo e da estimativa da dimensão das populações-chave.

Tabela 16: Exemplo de orçamento para a realização do mapeamento programático participativo e da estimativa da dimensão das populações-chave⁹⁸

Fase	N.º	Custo unitário	Número de semanas	Nível de esforço (%)	Total
1. Orçamento da fase de preparação					
Avaliação do enquadramento jurídico	1	-	-	-	1 000 USD
Avaliação da preparação para o mapeamento	1	-	-	-	500 USD
Investigação formativa sobre a tipologia dos locais e dos subgrupos	1	-	-	-	1 500 USD
Envolvimento comunitário	1	-	-	-	500 USD
Análise ética	1	-	-	-	500 USD
Conselho consultivo comunitário	1	-	-	-	300 USD
Trabalho formativo para desenvolver o protocolo e os instrumentos	1	-	-	-	200 USD
Elaboração de um plano de emergência e apoio jurídico	1	-	-	-	500 USD
2. Orçamento para o trabalho no terreno					
A. A nível nacional					
Gestor/a nacional	1	500 USD	22	100 %	11 000 USD
Perito/a em mapeamento	1	300 USD	13	50 %	1 950 USD
Responsável pelo orçamento e pela administração	1	300 USD	22	100 %	6 600 USD
Gestor/a de dados	2	300 USD	16	100 %	9 600 USD
Workshop de formação de quatro dias. Participantes: partes interessadas nacionais	10	100 USD	-	-	1 000 USD
Workshop de formação de quatro dias. Participantes: equipa nacional	5	100 USD	-	-	500 USD
Participantes: duas pessoas de cada área (dez áreas)	20	500 USD	-	-	10 000 USD
Custos de transporte e deslocação para os distritos visados para o trabalho no terreno	1	400 USD	20	-	8 000 USD

e. Este exemplo pressupõe dez áreas geográficas, com um total de 49 zonas: uma cidade com 1 000 000 de habitantes; uma cidade com 250 000; um distrito com 200 000; cinco cidades com 150 000 e duas áreas com 100 000.

Workshop nacional de feedback e planos de ação	1	300 USD	-	-	1 000 USD
B. Ao nível da área geográfica selecionada (que pode ser composta por várias zonas): um dos seguintes por cada área geográfica					
Supervisor/a local no terreno	1	300 USD	2	100 %	600 USD
Supervisor/a adjunto/a	2	200 USD	2	100 %	800 USD
Formação: dois dias cada	3	800 USD	1	1	2 400 USD
Formação dos/as inquiridores/as	10	150 USD	1	100 %	1 500 USD
Formação dos/as mobilizadores/as sociais	10	150 USD	1	100 %	1 500 USD
Fornecedores	1	400 USD	1	1	400 USD
Reunião das partes interessadas locais para apresentar o estudo antes do trabalho no terreno	1	500 USD	1	1	500 USD
Workshop de feedback e planos de ação	1	500 USD	1	1	500 USD
Total local para uma área geográfica selecionada	-	-	-	-	8 200 USD
C. Ao nível da zona (população da zona: 50 000 habitantes)					
Supervisor/a local no terreno	1	300 USD	0,5	100 %	150 USD
Supervisor/a adjunto/a	2	200 USD	0,5	100 %	200 USD
Inquiridores/as	10	150 USD	0,5	100 %	750 USD
Mobilizadores/as sociais	10	150 USD	0,5	100 %	750 USD
Fotocópias de questionários e fichas informativas	800	0,25 USD	1	1	200 USD
Transporte	1	1 000 USD	0,5	1	500 USD
Técnicos/as de introdução de dados	2	150 USD	0,5	50 %	75 USD
Total local para uma zona	-	-	-	-	2 625 USD
TOTAL GERAL					244 650 USD

Tabela 17: Custos estimados para a realização do mapeamento programático participativo e da estimativa da dimensão das populações-chave

Dimensão da área a mapear	Custo estimado (USD)
Cidade de dois milhões de habitantes	113 000 USD
Cidade de um milhão de habitantes	61 000 USD
Cidade de 500 000 habitantes	34 500 USD
Cidade de 250 000 habitantes	21 500 USD
Cidade de 100 000 habitantes ou menos	13 500 USD ou menos
Distrito com áreas urbanas e rurais/população do distrito: 100 000 habitantes ou menos	15 000 USD

Anexo 5: Modelo de orçamento para um inquérito de vigilância biocomportamental simplificado

O custo estimado de um inquérito de vigilância biocomportamental simplificado é de 80 000 USD (tabela 18), face aos 200 000 USD necessários para um inquérito completo de vigilância biocomportamental integrada.⁹⁹

Tabela 18: Modelo de orçamento para um inquérito de vigilância biocomportamental simplificado

	Unidades	Número/frequência	Custo unitário	Custo total
Custos com o pessoal				
Investigador/a principal				
Co-investigadores/as				
Coordenador/a do estudo				
Coletores/as de dados (pessoal dos serviços de saúde/ONG)				
Gestor/a da base de dados				
Estatista				
Apoio administrativo				
Subtotal				
Custos totais com o pessoal				
Custos com reuniões				
Aluguer de espaços				
Café e lanches				
Subtotal				
Custos de investigação				
Análise ética				
Subtotal				
Base de dados				
Criação da base de dados e dos instrumentos de inquérito				
Servidor para alojar a base de dados (custos mensais)				
Subtotal				
Recrutamento e recolha de dados				
Impressão (formulários de consentimento e de informação, cupões)				
Tablets (compra, aluguer, existentes)				
Reembolso das pessoas que participam				

	Unidades	Número/frequência	Custo unitário	Custo total
Subtotal				
Elaboração e publicação de relatórios				
Conceção				
Impressão				
Subtotal				
Custos de apoio				
Material de escritório				
Deslocações				
Subtotal				
Total dos custos não relacionados com o pessoal				
Custos totais				

Anexo 6: Exemplo de orçamento para uma avaliação de utentes mistério realizada por pares

A tabela 19 ilustra um orçamento para a realização de uma monitorização dirigida pela comunidade recorrendo a um modelo de «utente mistério» e a pares da plataforma de acesso de confiança. Segundo este exemplo, que engloba três grandes áreas metropolitanas, o recrutamento e a formação de utentes mistério pares foram as tarefas mais dispendiosas. Os custos médios de arranque foram de 10 001 USD; os custos médios de implementação por visita, ao longo de quatro meses, foram de 228 USD; os custos médios anuais de implementação por visita foram 33 % mais baixos, correspondendo a 151 USD. É de referir, contudo, que este exemplo se refere aos Estados Unidos da América, pelo que os custos podem ser significativamente mais baixos em países de rendimento baixo e médio.

Os custos de referência para as organizações que implementam e realizam monitorização dirigida pela comunidade em estabelecimentos de saúde podem variar entre 100 000 e 150 000 USD por ano,¹⁰⁰ incluindo os custos de recolha, gestão e análise de dados, operações do projeto e pessoal, formação/reforço das capacidades, intervenções de sensibilização, organização de reuniões com as partes interessadas e visitas de monitorização/auditorias à qualidade dos dados. Este intervalo de custos varia de país para país, consoante o custo de vida geral, o número de estabelecimentos de recolha de dados, o uso de suportes em papel ou digitais para a recolha de dados, o número de membros do pessoal, a distância entre os estabelecimentos e a sua localização (urbana/periurbana/rural).

Tabela 19: Atividades e custos de uma avaliação de utentes mistério realizada por pares no âmbito de um programa destinado às populações-chave nos Estados Unidos da América¹⁰¹

Atividades e custos	Cidade grande 1	Cidade grande 2	Cidade grande 3	% do total
Atividades de arranque				
Gestão do início do projeto	5 779 USD	5 873 USD	5 804 USD	58 %
Elaboração de um protocolo de utente mistério	3 284 USD	3 284 USD	3 284 USD	33 %
Formação do pessoal dos estabelecimentos de investigação no protocolo de utente mistério	898 USD	898 USD	898 USD	9 %
Subtotal: custos de arranque	9 961 USD	10 055 USD	9 986 USD	100 %
Atividades de implementação				
Identificação das clínicas	466 USD	466 USD	466 USD	5 %
Recrutamento de utentes mistério	2 529 USD	2 824 USD	3 862 USD	31 %
Formação dos/as utentes mistério	843 USD	811 USD	1 216 USD	10 %
Incentivos à formação dos/as utentes mistério	600 USD	900 USD	900 USD	8 %
Custos diversos da formação (alimentação, estacionamento)	101 USD	134 USD	44 USD	< 1 %
Coordenação das visitas dos/as utentes mistério aos estabelecimentos de saúde	1 111 USD	1 048 USD	1 816 USD	13 %

Atividades e custos	Cidade grande 1	Cidade grande 2	Cidade grande 3	% do total
Incentivos às visitas dos/as utentes mistério aos estabelecimentos de saúde	1 600 USD	2 000 USD	4 500 USD	27 %
Balanço do pessoal com os/as utentes mistério sobre os resultados das visitas aos estabelecimentos de saúde	578 USD	441 USD	728 USD	6 %
Subtotal: custos de implementação	7 828 USD	8 623 USD	13 533 USD	100 %
Custo total	17 789 USD	18 678 USD	23 519 USD	100 %
Estabelecimentos de saúde				
Número de estabelecimentos de saúde (n)	17	19	30	
Número de visitas (n)	34	38	60	
Custos por um período de quatro meses de estudo				
Custo de implementação por visita	230 USD	227 USD	226 USD	
Custo total por visita	523 USD	492 USD	392 USD	
Custo por ano				
Custo de implementação por visita	145 USD	150 USD	159 USD	
Custo total por visita	248 USD	233 USD	214 USD	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Coligação para a Prevenção do VIH. Key population trusted access platforms. Considerations in planning and budgeting for a key population platform to deliver scaled, quality HIV prevention and treatment services and for addressing critical enablers. Genebra: ONUSIDA; 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/considerations-planning-and-budgeting-key-population-trusted-access-platform-july-2020>; acessado a 6 de março de 2025).
- 2 Godbole R. Analyzing USAID program disruptions: Implications for PEPFAR programming and beneficiaries. Washington, DC: Centro para o Desenvolvimento Global; 2025 (<https://www.cgdev.org/publication/analyzing-usaid-program-disruptions-implications-pepfar-programming-and-beneficiaries>).
- 3 Congressional Budget Justification, FY 2026. Washington, DC: Departamento de Estado dos Estados Unidos; 2025; p.126 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/05/FY-2026-State-CBJ-.pdf>).
- 4 Nolen S. Trump budget office is withholding H.I.V. funds that Congress appropriated. Nova Iorque: The New York Times; 21 de agosto de 2025 (<https://www.nytimes.com/2025/08/21/health/hiv-aids-pepfar-funding-trump.html>).
- 5 GC7 reprioritization and revision of grant activities. Genebra: O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/gc7-reprioritization/>).
- 6 Alcorn K. US funding cuts cause immediate drops in numbers testing and on HIV treatment. Aidsmap. 21 de julho de 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/us-funding-cuts-cause-immediate-drops-numbers-testing-and-hiv-treatment>).
- 7 PrEP delivery imperiled. Nova Iorque: AVAC; 2025 (<https://avac.org/resource/infographic/prep-delivery-imperiled/>).
- 8 Ten Brink D, Martin-Hughes R, Bowring AL, Wulan N, Burke K, Tidhar T. Impact of an international HIV funding crisis on HIV infections and mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet HIV. 2025;12(5):e346-e354 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(25\)00074-8/fulltext#fig3](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(25)00074-8/fulltext#fig3)).
- 9 Godbole, R. Analyzing USAID program disruptions: Implications for PEPFAR programming and beneficiaries. Washington, DC: Centro para o Desenvolvimento Global; 2025 (<https://www.cgdev.org/publication/analyzing-usaid-program-disruptions-implications-pepfar-programming-and-beneficiaries>).
- 10 Estratégia de redistribuição de prioridades programáticas no CS7: Proteger e possibilitar o acesso a serviços que salvam vidas. O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária; 2025 (https://resources.theglobalfund.org/media/sveowiic/cr_gc7-programmatic-reprioritization-approach_summary_en.pdf).
- 11 Rapid operational guidance on maintaining essential HIV, Hepatitis and STI services during the US Government Funding Pause. Genebra: OMS, a publicar.
- 12 INPUD, NSWP, GATE, MPact, GBGMC WE INSIST! Non-negotiables for and by key populations in the reprioritisation and revision of Global Fund programmes in Grant Cycle 7. Edimburgo: Global Network of Sex Work Projects; 2025.

- 13 Coligação Mundial para a Prevenção do VIH. Prevention 2030: A global access framework for country-led HIV responses. A publicar.
- 14 Ncube G. Lessons learnt implementing Integrated KP-focused HIV/SRHR programs in the public sector, Zimbabwe. CQUIN 7th Annual Meeting. 13 a 17 de novembro de 2023. Joanesburgo.
- 15 Coligação Mundial para a Prevenção do VIH, Rede de aprendizagem Sul-Sul. Impact case: developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania. Joanesburgo: SSLN; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view; acessado a: 2 de março de 2025).
- 16 Cowan FM, Musemburi S, Matambanadzo P, Chida P, Steen R, Makandwa R. Using a programme science approach to substantially reduce the risk of HIV transmission and acquisition in sex transactions among female sex workers in Zimbabwe. *J Int AIDS Soc.* 2024;27:e26262 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11236902/>; acessado a 1 de março de 2025).
- 17 Smart ladies mobilizes the community to promote the rights and well-being of sex workers in Nakuru, Kenya. EpiC success story. Durham, NC: FHI 360; 2021 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-kenya-success-story-kpif.pdf>; acessado a 10 de fevereiro de 2025).
- 18 *Consolidated guidelines* on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genebra: OMS; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>; acessado a 10 de fevereiro de 2025).
- 19 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP. Genebra: OMS; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378164/9789240097230-eng.pdf?sequence=1>; acessado a 10 de abril de 2025).
- 20 Guidelines on lenacapavir for HIV prevention and testing strategies for long-acting injectable pre-exposure prophylaxis. Genebra: OMS; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240111608>; acessado a 30 de julho de 2025).
- 21 Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for sex workers. Policy Brief. Genebra: OMS; 2024. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076198>; acessado a 10 de fevereiro de 2025).
- 22 Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for people who inject drugs. Policy Brief. (Genebra 2023). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071858>; acessado a 10 de fevereiro de 2025).
- 23 Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for men who have sex with men. Policy Brief. Genebra: OMS; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076174>; acessado a 10 de fevereiro de 2025).
- 24 Recommended package of enabling and health interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for trans and gender diverse people. Policy Brief. Genebra: OMS; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076211>; acessado a 10 de fevereiro de 2025).

- 25 New good practice statement on counselling behavioural interventions for key populations to prevent HIV, viral hepatitis and STIs. Policy Brief. Genebra: OMS; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240072275>; acessado a 10 de fevereiro de 2025).
- 26 Sustaining HIV, viral hepatitis and STI priority services in a changing funding landscape: operational guidance. Genebra: OMS; 2025. (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/sustaining-hiv--viral-hepatitis-and-sti-priority-services-in-a-changing-funding-landscape_pre-launch.pdf?sfvrsn=a7d3ea3f_6&download=true; acessado a 30 de julho de 2025).
- 27 *Consolidated guidelines* on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations Genebra: OMS; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>; acessado a 10 de fevereiro de 2025).
- 28 USAID, PEPFAR, Linkages, Fundação Bill e Melinda Gates, Universidade de Manitoba. Monitoring guide and toolkit for key population JHIV prevention, care and treatment programs. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>; acessado a 2 de março de 2025).
- 29 FNUAP, Fórum Mundial sobre os Homens que Têm Relações Sexuais com Homens e o VIH, PNUD, ONUSIDA, OMS, USAID. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men (MSMIT). Genebra: OMS; 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf>; acessado a 1 de março de 2025).
- 30 Bhattacharjee P, Musyoki H, Prakash R, Malaba S, Dallabetta G, Wheeler T, et al. Microplanning at scale with key populations in Kenya: Optimising peer educator ratios for programme outreach and HIV/STI service utilization. PLoS One. 2018;13(11):e0205056 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205056>; acessado a 4 de março de 2025).
- 31 Coligação Mundial para a Prevenção do VIH, Rede de aprendizagem Sul-Sul. Impact Case: Developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania. Joanesburgo: SSLN; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view; acessado a 2 de março de 2025).
- 32 Designing outreach and microplanning for key population programmes. Joanesburgo: Rede de aprendizagem Sul-Sul (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6d301d1986ad990d3f8fb_Kenya-Malawi-Zim-outreach-and-microplanning-case-study_FINAL.pdf; acessado a 2 de março de 2025).
- 33 Avahan, Fundação Bill e Melinda Gates. Micro-planning in peer led outreach programs—a handbook. Nova Deli: Fundação Bill e Melinda Gates; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf); acessado a 2 de março de 2025).
- 34 Linkages. Programmatic mapping and microplanning. Standard operating procedure, Sri Lanka. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2020 (https://www.aidscontrol.gov.lk/images/publications/ONUSIDA_FHI360/Hotspot-Mapping-and-Validation-SOP-English.pdf; acessado a 2 de março de 2025).

- 35 Linkages. Ensuring compliance with LINKAGES data safety and security checklists. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2020 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/data-safety-guidance.pdf>; acedido a 4 de março de 2025).
- 36 ONUSIDA, OMS. Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate-implement-integrate. Policy brief. Genebra: ONUSIDA; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; acedido a 14 de abril de 2025).
- 37 Linkages. Social media mapping for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>; acedido a 4 de março de 2020).
- 38 ONUSIDA, OMS. Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate-implement-integrate. Policy Brief. Genebra: ONUSIDA; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; acedido a 14 de abril de 2025).
- 39 Ibid.
- 40 Bateganya M. Experiences and lessons in optimizing decentralized drug distribution for key populations. Differentiated service delivery for key populations–Virtual meeting. Nova Iorque: ICAP-Universidade da Colômbia; 2021 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2021/08/Bateganya-CQUIN-Key-Pops-Meeting_Final-8_25.pdf; acedido a 6 de março de 2025).
- 41 *Consolidated guidelines* on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genebra: OMS; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>; acedido a 10 de fevereiro de 2025).
- 42 Abdul-Quader AS, Baughman AL, Hladik W. Estimating the size of key populations: current status and future possibilities. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;9(2):107-114 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6787402/pdf/nihms-1053821.pdf>).
- 43 Mapping and population size estimates of sex workers. Edimburgo: Global Network of Sex Work Projects; 2015, p.3 (https://www.nswp.org/sites/default/files/Mapping%26Population%20Size%20Estimates%20Policy%20Brief%2C%20NSWP%20-%20de%20novembro%20de%202015_0.pdf).
- 44 Loeb T, Willis K, Velishavo F, Lee D, Rao A, Baral S. Leveraging routinely collected program data to inform extrapolated size estimates for key populations in Namibia: small area estimation study. *JMIR Public Health Surveill*. 2024;10(1):e48963 (<https://publichealth.jmir.org/2024/1/e48963/>).
- 45 SANAC, NDOH. South Africa's national sex worker HIV, TB and STI plan: 2019-2022. Pretória: South African National AIDS Council; 2021, p.32 (<https://sanac.org.za/wp-content/uploads/2021/07/NATIONAL-SEX-WORKER-PLAN-WEB-FINAL.pdf>).
- 46 Coligação Mundial para a Prevenção. New directions in measuring combination HIV prevention: a think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021-2026. Genebra: ONUSIDA; 2022, p.8 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).

- 47 The BBS-lite implementation tool. Genebra: ONUSIDA; 2024, pp. 56-64 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- 48 Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Appendix I-4: survey design checklist. Genebra: OMS; 2017 (<https://www.who.int/publications/item/978-92-4-151301-2>).
- 49 Monitoring HIV programmes with key populations. Genebra: ONUSIDA; 2024, p.51 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf; acedido a 10 de fevereiro de 2025).
- 50 Ibid, p.10 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf).
- 51 Ngure K, Ortblad KF, Mogere P, Bardou AR, Thomas K, Mangale D. Six-month PrEP dispensing with HIV self-testing to improve the efficiency of delivery in Kenya: a randomized non-inferiority implementation trial. *The Lancet HIV*. 2022;9(7);e464.
- 52 Avahan, Fundação Bill e Melinda Gates. Micro-planning in peer led outreach programs: a handbook based on the experience of the Avahan India AIDS initiative. Detailed guidelines, best practices and implementation tools. Nova Deli: Fundação Bill e Melinda Gates; 2013; Ferramentas 4 e 8 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf)).
- 53 Coligação Mundial para a Prevenção. New directions in measuring combination HIV prevention. A think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021-2026. Genebra: ONUSIDA; 2022, p.11 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).
- 54 Innovate-implement-integrate: policy brief on virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Genebra: ONUSIDA; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf).
- 55 Linkages. Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care, and treatment programs. Genebra: ONUSIDA; 2016, p.40 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>).
- 56 Offering mental health services for LGBTQI+ people in Algeria, Morocco, and Tunisia. Durham, NC: FHI 360; 2022. (https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/03/ilovepdf_merged-1.pdf; acedido a 24 de novembro de 2025).
- 57 Linkages. Unique identifier codes: guidelines for use with key populations. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2016 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-uic-guidance.pdf>).
- 58 KELIN, Kenya Key Populations Consortium. "Everyone said no" Biometrics, HIV and human rights: a Kenya case study. Nairobi: KELIN; 2018 (<https://www.kelinkeny.org/wp-content/uploads/2022/12/Everyone-said-no.pdf>).
- 59 Global summary of findings of an assessment of HIV services packages for key populations in six regions. Washington, DC: AMPG Health; 2019; p.15 (<https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2019/04/ASSESSMENT-OF-HIV-SERVICES-PACKAGES-FOR-KEY-POPULATIONS-IN-SIX-REGIONS.pdf>).

- 60 Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Tracking HIV outcomes among key populations in the routine health information management system: a systematic review. *Sexes*. 2025;6(3):32 (<https://www.mdpi.com/2411-5118/6/3/32>).
- 61 Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Piloting the inclusion of the key populations unique identifier code in the South African routine health information management system: protocol for a multiphased study. *JMIR Res Protocols*. 2024;13(1):e55092 (<https://www.researchprotocols.org/2024/1/e55092/>).
- 62 ONUSIDA, OMS. The bio-behavioural survey “lite”: a methodology for monitoring programmes providing HIV, viral hepatitis and sexual health services to people from key populations. Implementation tool. Geneva: ONUSIDA; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/BBS-lite-tool_en.pdf).
- 63 HIV prevention outcome monitoring toolkit (POMT). Geneva: O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária; 2024; Anexo 2. (https://resources.theglobalfund.org/media/13909/cr_me-measurement-hiv-prevention-programs_guidance_en.pdf).
- 64 Chabata S, Jones HS, Hove T, Ali S, Bansi-Matharu L, Machingura F, Takaruzza A, Matambanadzo P, Dirawo J, Steen R, Busza J, Yekeye R, Mugurungi O, Phillips A, Cowan FM, Hargreaves JR. Decline in HIV prevalence among female sex workers in Zimbabwe between 2013 and 2023 (no prelo).
- 65 Establishing community-led monitoring of HIV services. Geneva: ONUSIDA; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf).
- 66 Resource tracking for HIV prevention research and development. Publicação anual do grupo de trabalho. Nova Iorque: (AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC) (<https://www.hivresourcetracking.org/>).
- 67 Global HIV policy watch. Washington, DC: Associação Internacional de Prestadores de Cuidados relacionados com a SIDA (<https://www.hivpolicywatch.org/>).
- 68 Community engagement monitoring tool manual 2023. Bryanston, África do Sul: Coligação Internacional para a Preparação para o Tratamento; 2023 (https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2023/09/Community-Engagement-Monitoring-Tool-Manual-Version-1.0_English.pdf).
- 69 The rights-evidence-ACTION (REACT) tool. Brighton: Frontline AIDS; 2021(<https://frontlineaids.org/our-programmes/react/>).
- 70 PEPFAR 2023 country and regional operational plan (COP/ROP). Guidance for all PEPFAR-supported countries. Washington, DC: Departamento de Estado dos Estados Unidos, PEPFAR; 2023; p.109 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2023/02/PEPFAR-2023-Country-and-Regional-Operational-Plan.pdf>).
- 71 SKPA2. Community-led monitoring of HIV services toolkit: a guide for key populations. Surry, Nova Gales do Sul: Health Equity Matters; 2024 (https://assets.healthequitymatters.org.au/wp-content/uploads/2024/10/04034619/DIGITAL_SKPA-2_CLM_Toolkit_FINAL.pdf).

- 72 Oberth G, Lauer K, Bozinovski J, Mwebe S, Tshuma N, Soboyisi M, et al. Strengthening the use of community-led monitoring data in the HIV response: findings from an operational research initiative in Malawi and South Africa. *Gates Open Res Preprint. VeriXiv.* 2025;2(12):12.
- 73 Mystery shopper assessment report. Kingston: JFLAG Equality for All Jamaica; 2019 (<https://www.equalityjamaica.org/wp-content/uploads/2021/08/Mystery-Shopper-Assessment-Report.pdf>).
- 74 Moore L, Chersich MF, Steen R, Reza-Paul S, Dhana A, Vuylsteke B. Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review. *Globalization Health.* 2014;10(1):47 (<https://link.springer.com/article/10.1186/1744-8603-10-47>).
- 75 Ministério da Saúde do Quênia. The successful chase: TSU initiatives reduce HIV risk among key populations in Kenya. Nairobi: Ministério da Saúde; p.6 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6cf65675d8b902cad104b_Kenya-KP-TSU-Case-Study_FINAL.pdf).
- 76 Banco Mundial. Targeted interventions. India's pathbreaking approach to address the HIV/AIDS epidemic: key successes, lessons and the future. Washington, DC: Banco Mundial; 2012; p.10 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/818261616735177221/pdf/Targeted-Interventions-India-s-Pathbreaking-Approach-to-Address-the-HIV-AIDS-Pandemic-Key-Successes-Lessons-and-the-Future.pdf>).
- 77 Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S. 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 Regional 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)).
- 78 Ibid.
- 79 KPLHS: Key population-led health services. Birkirkara, Malta: Instituto Internacional de Investigação em Saúde; 2021 (<https://ihri.org/wp-content/uploads/2022/10/KPLHS-factsheet.pdf>).
- 80 Pengnonyang S, Ramautarsing RA, Janyam S, Chaisalee T, Chanlearn P, Vannakit R. Certification of lay providers to deliver key population-led HIV services in Thailand's National Healthcare System: lessons learned. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(7):e25965 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25965>).
- 81 HIV response sustainability primer. Genebra: ONUSIDA; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV%20response%20sustainability%20response%20primer_web.pdf).
- 82 Coligação Mundial para a Prevenção do VIH. Scalable and sustainable HIV primary prevention models for people from key populations; a publicar.
- 83 EpiC. Global black gay men connect. Sustaining the HIV response: a report on consultations with key population communities. Versão 1. Durham, NC: FHI 360 ; (2024) (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2022/02/resource-epic-report-kp-consultation.pdf>).

- 84 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>).
- 85 Relatório anual de 2023 da Fundação Malásia de Luta contra a SIDA. Kuala Lumpur: Malaysia AIDS Foundation; 2024 (https://maf.org.my/V2/wp-content/uploads/2024/08/Annual-Report-2023_MAF_A4_A_07082024-s.pdf).
- 86 Taking stock of budget advocacy efforts in Eastern Europe, South-Eastern Europe and Central Asia: Kazakhstan country case. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association; 2021 (<https://old.harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2022/02/Казахстан-англ.pdf>).
- 87 Sauranbayeva M. Kazakhstan: How advocacy with the Almaty City Deputies led to the allocation of US\$355,000 in 2023 and 2024 for social contracting of HIV prevention interventions among key populations, including community-led harm reduction interventions. Apresentação em sessão de formação virtual a 3 de setembro de 2024. Influencing the Allocation of Sub-National Public Financing for Community-led HIV Responses in Asia and the Pacific: Strategies and Approaches for Effective Budget Advocacy, convened by UNAIDS and Seven Alliance; 2024.
- 88 Aidsfonds, Love Alliance. Dangerously off track: how funding for the HIV response is leaving key populations behind. Amsterdão: Aidsfonds; 2025; p.5 (https://aidsfonds.org/wp-content/uploads/2024/11/Dangerously_off_track_EN_web.pdf).
- 89 AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025. Genebra: ONUSIDA; 2025; pp. 8 e 55 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update>).
- 90 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>).
- 91 Impact of the PEPFAR funding freeze on programs for key populations. Nova Iorque: Global Black Gay Men Connect; 2025; p.12 (<https://gbgmc.org/wp-content/uploads/2025/03/Frozen-Out.pdf>).
- 92 Oberth G, Bozinovski J, Lauer K, Rafif N, Sithole S, Mwanza H, et al. Service-level effects of HIV funding cuts in Southern Africa. Findings from a community-led early warning system. *Gates Open Research Pre-print*. 2025 (<https://verixiv.org/articles/2-94/v1>).
- 93 Impact of the PEPFAR funding freeze on programs for key populations. Nova Iorque: Global Black Gay Men Connect; 2025; p.13 (<https://gbgmc.org/wp-content/uploads/2025/03/Frozen-Out.pdf>).
- 94 Relatório anual de 2021 da Fundação Malásia de Luta contra a SIDA. Kuala Lumpur: Malaysia AIDS Foundation; 2022 (https://mac.org.my/v4/wp-content/uploads/2023/05/Annual-Report-2021_MAC_A4_.pdf); Suleiman A. Seamless care: integrating HIV services into primary health care model; 2024 (https://www.iasociety.org/sites/default/files/EduFund/meeting-material/pakistan/SeamlessCare-IntegrationOfHIVServicesIntoPHC-MalaysiaModel_AnitaSuleiman.pdf).

- 95 Painel de controlo financeiro. Genebra: ONUSIDA (<https://hivfinanciam.unaids.org/hivfinanciamdashboards.html>).
- 96 https://hivfinanciam.unaids.org/CLR_Systematic_Review_2024-06-06.xlsx
- 97 Ibid.
- 98 O Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária, OMS, PNUD, PEPFAR, Universidade de Manitoba, ONUSIDA, et al. Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries. Genebra: ONUSIDA; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/Programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-of-KPs.pdf>).
- 99 ONUSIDA, OMS. The BBS-lite implementation tool. Genebra: ONUSIDA; 2024; p.10 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- 100 The community treatment observatory (CTO) model explained: how communities can collect and analyze health data to ensure accountability and drive change. Bryanston, África do Sul: Coligação Internacional de Preparação para o Tratamento; 2019 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/02/ITPC-CTO-Model-Full-Eng.pdf>).
- 101 Phillips VL, Xue A, Castillo M, Santiago D, Wimbly T, Hightow-Weidman LB. Cost of peer mystery shopping to increase cultural competency in community clinics offering HIV/STI testing to young men who have sex with men: results from the get connected trial. *Health Econ Rev.* 2023;13(1):34 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13561-023-00447-6.pdf>).

