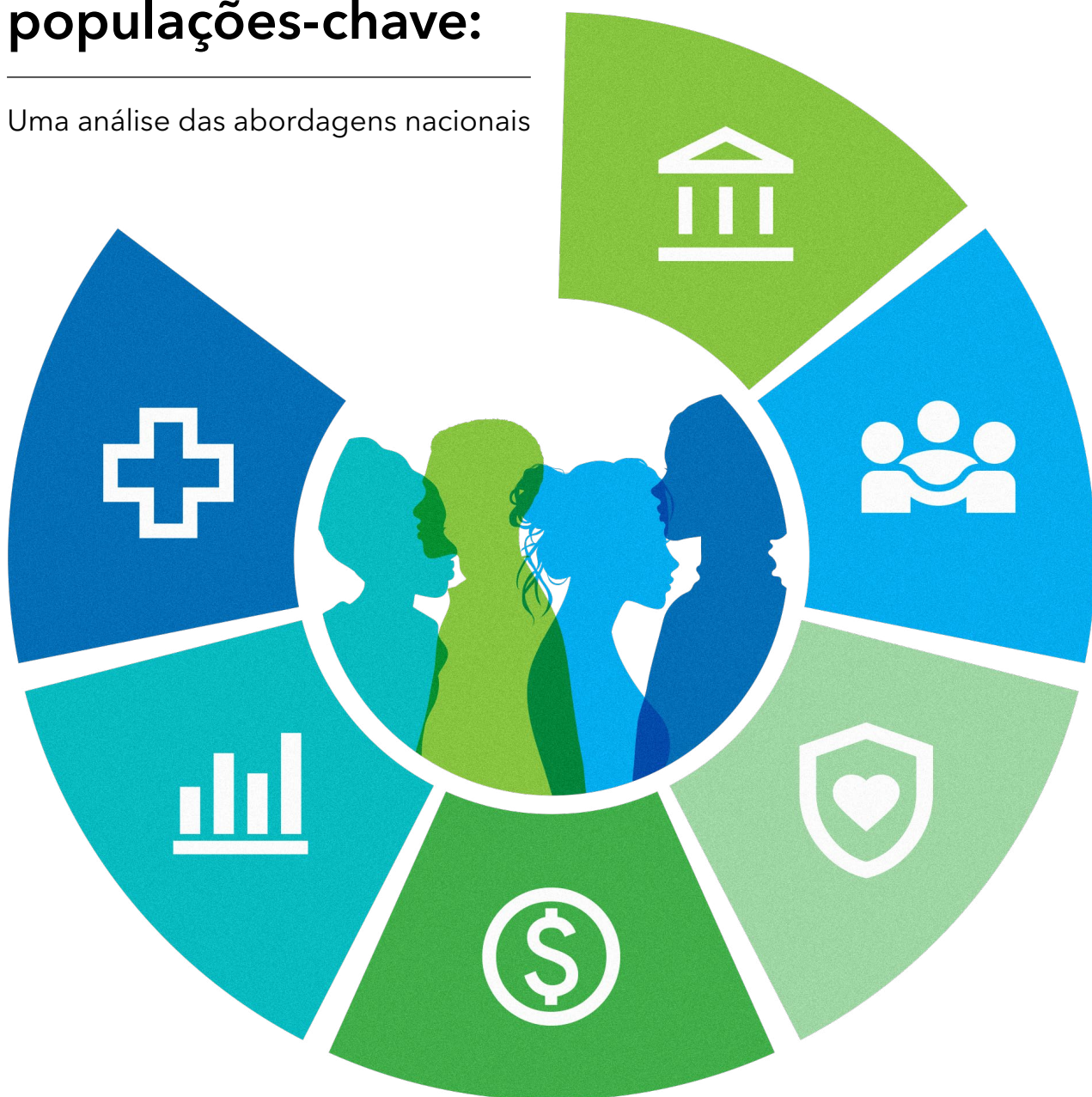


Modelos escaláveis e sustentáveis de prevenção primária do VIH para pessoas pertencentes a populações-chave:

Uma análise das abordagens nacionais



© Coligação Global para a Prevenção do VIH (GPC)/Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (UNAIDS) OMS, 2026

Citação sugerida: Global HIV Prevention Coalition. Modelos escaláveis e sustentáveis de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (UNAIDS), Organização Mundial da Saúde (OMS); 2026

As designações utilizadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da UNAIDS relativamente ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou das suas autoridades, nem relativamente à delimitação das suas fronteiras ou limites.

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

Índice

Resumo executivo	5
Contexto	7
Objetivo, metodologia e esclarecimentos	9
Objetivo	9
Recolha de dados	9
Limitações	10
Esclarecimentos	11
Quais são os vários tipos de organizações da sociedade civil?	13
Exemplos de países com boas práticas em programas de prevenção primária do VIH para populações-chave	15
Austrália	15
Brasil	19
Quênia	23
República da Moldávia	27
Nigéria	31
Filipinas	35
Tailândia	39
Zimbabué	43
Principais modelos de financiamento e prestação de serviços	47
Principais tipologias de prestação de serviços	55
Principais conclusões	60
Características comuns dos modelos de financiamento e prestação de serviços ..	60
Os governos podem recorrer a agências semiautónomas para aumentar o financiamento interno sustentável dos serviços	63
Riscos da dependência do apoio de doadores externos	63
As organizações da sociedade civil desempenham papéis cruciais na prestação de serviços de VIH a pessoas de populações-chave, com benefícios para o setor público de cuidados de saúde primários	63

Boas práticas para programas de prevenção primária do VIH sustentáveis e escaláveis para pessoas de populações-chave	64
A sustentabilidade da resposta à prevenção do VIH exigirá que os governos invistam mais recursos nacionais em programas de prevenção primária do VIH, incluindo para pessoas de populações-chave	64
Os parceiros externos podem ajudar os governos a estabelecer mecanismos de financiamento interno sustentáveis	64
Os governos podem escolher os modelos de financiamento sustentáveis que se adequem aos seus contextos económicos e políticos	65
O envolvimento proativo com agências governamentais pode identificar oportunidades para abordagens de prevenção do VIH sustentáveis e escaláveis .	66
A integração dos serviços das OSC com as infraestruturas e serviços de cuidados de saúde primários do governo pode reduzir custos e aumentar o acesso	67
Políticas revistas podem facilitar a DSD para aumentar a adesão aos serviços de prevenção primária do VIH, incluindo a PrEP e a PEP	67
A colaboração entre o governo e as OSC pode estabelecer custos adequados para serviços sustentáveis de prevenção do VIH para populações-chave	67
As revisões da legislação e das políticas podem melhorar o acesso e a utilização da prevenção primária do VIH	68
Acrónimos e abreviaturas	69
Referências	70

Resumo executivo

Os programas de prevenção primária do VIH são vitais para reduzir novas infeções por VIH e poupar recursos nacionais que, de outra forma, seriam gastos em serviços de tratamento e apoio se a transmissão do VIH não fosse travada.

Cerca de metade de todas as novas infeções por VIH a nível mundial, em 2024, ocorreram entre pessoas pertencentes a populações-chave e os seus parceiros sexuais, incluindo homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, profissionais do sexo, pessoas transgénero e pessoas que injetam drogas. Na maioria dos países, estas populações-chave enfrentam estigma e discriminação nos contextos de saúde pública, o que prejudica o seu acesso e utilização dos serviços de VIH e de outros serviços de saúde.

A UNAIDS e a Organização Mundial da Saúde (OMS) continuam, por isso, a defender modelos de prestação de serviços diferenciados (DSD) para pessoas de populações-chave, nomeadamente através de serviços liderados pela comunidade (CLS). A Declaração Política de 2021 sobre o VIH e a SIDA especificou que as organizações lideradas pela comunidade (CLO) deveriam prestar 80% dos serviços de prevenção do VIH a populações em alto risco de infeção pelo VIH até 2025.

Apesar de muitos desafios, alguns países adotaram modelos de prestação de serviços de VIH para pessoas de populações-chave que são total ou parcialmente financiados a nível nacional e que poderiam ser sustentáveis em grande escala. As organizações da sociedade civil (OSC) são vitais para estes modelos, mas grande parte do seu trabalho é subvalorizado e subfinanciado.

Este relatório apresenta uma análise e avaliação das evidências até janeiro de 2025 sobre modelos de prestação de serviços de prevenção do VIH para pessoas de populações-chave, com foco em modelos que são escaláveis e potencialmente sustentáveis. Inclui exemplos reais de diferentes contextos que podem orientar os esforços para melhorar a prevenção do VIH para pessoas de populações-chave.

Foram identificadas três modalidades principais de financiamento:

- **O Modelo de Financiamento 1** aplica-se a países onde os programas de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave são financiados principalmente por doadores externos (por exemplo, Quênia, Nigéria e Zimbabué).
- **O Modelo de Financiamento 2** garante que os serviços sejam financiados predominantemente a partir de recursos nacionais, através de uma agência semiautónoma, como uma seguradora de saúde. Inclui dois subtipos, cada um dos quais utiliza um mecanismo de financiamento diferente. O Modelo 2(a) recorre a um processo de concurso para prestadores de serviços, tais como organizações da sociedade civil (por exemplo, na República da Moldávia), ou a subvenções concedidas a governos provinciais e

municipais. No Modelo 2(b), os serviços prestados por entidades públicas de cuidados de saúde primários e OSC são reembolsados (por exemplo, nas Filipinas e na Tailândia).

- **O Modelo de Financiamento 3** envolve serviços de prevenção do VIH que são totalmente financiados por recursos nacionais, quer no local de prestação de cuidados, quer através de reembolso (por exemplo, na Austrália e no Brasil).

Os principais tipos de prestação de serviços identificados vão desde clínicas de cuidados de saúde primários do setor público e centros de acolhimento geridos por OSC até atividades de sensibilização e encaminhamentos para hospitais para cuidados e tratamento especializados. De salientar é o papel crucial das OSC e a integração ou colocação de infraestruturas e serviços de saúde do setor público e da sociedade civil que permitem a prestação de serviços adaptados às populações-chave. Além disso, foi notável a utilização de intervenções virtuais, tais como consultas online, aplicações para telemóveis, websites e redes sociais para a prestação de informação direcionada às comunidades das populações-chave.

Com base nas principais conclusões, identificam-se as seguintes boas práticas para programas de prevenção primária do VIH sustentáveis e escaláveis para pessoas de populações-chave :

- A sustentabilidade da resposta à prevenção do VIH exigirá que os governos invistam mais recursos nacionais em programas de prevenção primária do VIH, incluindo para pessoas de populações-chave.
- Os parceiros externos podem ajudar os governos a estabelecer mecanismos de financiamento interno sustentáveis.
- Os governos podem escolher os modelos de financiamento sustentáveis que melhor se adequem aos seus contextos económicos e políticos. O envolvimento proativo com as agências governamentais pode identificar oportunidades para abordagens sustentáveis e escaláveis de prevenção do VIH.

A integração dos serviços das OSC com as infraestruturas e serviços de cuidados de saúde primários do governo pode reduzir custos e aumentar o acesso. Políticas revistas podem facilitar a prestação de serviços diferenciados para aumentar a adesão aos serviços de prevenção primária do VIH, incluindo a profilaxia pré-exposição (PrEP) e a profilaxia pós-exposição (PEP). A colaboração entre o governo e as OSC pode estabelecer custos adequados para serviços sustentáveis de prevenção do VIH para populações-chave. As revisões da legislação e das políticas podem melhorar o acesso e a utilização da prevenção primária do VIH.

Contexto

A pandemia do VIH afeta de forma desproporcional as populações-chave. Embora estas constituam apenas cerca de 5% da população global, são responsáveis por quase metade de todas as novas infeções por VIH (1).¹ *A nível global, em 2024, estimava-se que o risco de contrair o VIH fosse até 34 vezes superior para as pessoas que injetam drogas, 18 vezes superior para os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, e 17 vezes superior para os profissionais do sexo e mulheres transgénero, em comparação com a população em geral (15-49 anos) (2).*

A prevenção *combinada* do VIH envolve o uso, baseado em evidências, estratégico e simultâneo de intervenções complementares biomédicas, comportamentais e estruturais. É essencial para atender às necessidades de prevenção do VIH de indivíduos e comunidades e para reduzir novas infeções por VIH entre populações-chave. Várias abordagens e intervenções provaram ser altamente eficazes para tal (3).

As intervenções de prevenção *primária* são um subconjunto de opções de prevenção biomédica que reduzem diretamente as probabilidades de infeção pelo VIH. As intervenções essenciais de prevenção primária recomendadas pela OMS como parte da prevenção combinada incluem: o fornecimento e a utilização de preservativos e lubrificantes; serviços de redução de danos; circuncisão médica masculina voluntária (VMMC); e prevenção baseada em antirretrovirais (ARV), como a PrEP e a PEP para o VIH. As intervenções destinadas a abordar barreiras estruturais, legais, sociais e logísticas (incluindo criminalização, estigma e discriminação) são de importância crítica para apoiar esforços de prevenção mais amplos.

O financiamento destinado a programas de prevenção primária do VIH para populações-chave é muito limitado — em 2023, apenas 2,6% do total dos recursos para o VIH foram alocados, na sua maioria, provenientes de doadores internacionais. A sua quota-parte do financiamento variou de menos de 30% na América Latina e nas Caraíbas a quase 100% na África Ocidental e Central. Na sequência de reduções nas contribuições de doadores externos, incluindo os Estados Unidos da América, o acesso das populações-chave aos serviços diminuiu ainda mais.

Em 2025, reinava uma grande incerteza quanto à disponibilidade futura de ajuda externa de doadores para programas de VIH em países de rendimento baixo e médio, incluindo a prevenção do VIH em populações-chave. Por conseguinte, é urgentemente necessário um planeamento da sustentabilidade das respostas ao VIH, adaptado às necessidades das populações-chave. Estão em curso esforços

¹ Estas populações incluem homens homossexuais e outros homens que mantêm relações sexuais com homens, profissionais do sexo, pessoas transgénero, pessoas que injetam drogas e pessoas que se encontram em prisões e outros ambientes fechados.

para apoiar esse planejamento, nomeadamente através do desenvolvimento de Roteiros de Sustentabilidade da Resposta ao VIH (4).

Apesar dos muitos desafios, alguns países adotaram modelos de prestação de serviços de VIH para pessoas de populações-chave que são total ou parcialmente financiados a nível nacional e sustentáveis em grande escala. Esses exemplos fornecem evidências valiosas de implementação no «mundo real» que podem informar os esforços para promover e fortalecer programas de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave, bem como orientar o investimento internacional e nacional.

As organizações da sociedade civil, especialmente as OBC com pessoal proveniente das populações afetadas, desempenham papéis vitais na prevenção de novas infeções por VIH entre as populações-chave (5).² Estas organizações tendem a ser mais bem-sucedidas do que os serviços de saúde governamentais a ganhar confiança e a promover comportamentos de procura de cuidados de saúde adaptados às necessidades específicas das pessoas. Consequentemente, a Declaração Política de 2021 sobre o VIH e a SIDA especificou que as OBC devem prestar 80% dos serviços de prevenção do VIH a populações em alto risco de infeção pelo VIH até 2025 (6). No entanto, grande parte do trabalho das OBC não é reconhecido e é subfinanciado.



Foto: Dan Agostini

² As organizações da sociedade civil são entidades não estatais e sem fins lucrativos, criadas e geridas por pessoas da esfera social.

Objetivo, metodologia e esclarecimentos

Objetivo

Este relatório analisa modelos reais de prestação de serviços de prevenção do VIH e apresenta exemplos práticos de diferentes contextos que podem orientar os esforços para melhorar o acesso e a utilização da prevenção do VIH por pessoas de populações-chave. O foco está nos serviços para homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, profissionais do sexo, pessoas transgénero e pessoas que injetam drogas, bem como em modelos que possam ser expandidos e tornados sustentáveis.

Recolha de dados

Foi realizada uma revisão documental e foram realizadas discussões com o grupo de trabalho para definir os termos «escalável» e «sustentável» no contexto dos programas de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave. As conclusões foram extraídas de uma revisão de potenciais programas de boas práticas e de discussões com o pessoal da ONUSIDA a nível regional e nacional sobre programas adicionais que potencialmente continham lições úteis.

Foi realizada uma análise aprofundada de exemplos selecionados de boas práticas. Foram efetuadas pesquisas no Google e no PubMed para encontrar artigos sujeitos a revisão por pares e outras publicações, bem como comunicados de imprensa e relatórios de programas, utilizando os termos de pesquisa «VIH», «prevenção», «populações-chave», «programa» e «melhores práticas». Foi realizada uma pesquisa secundária utilizando esses termos, juntamente com os nomes de países e programas sugeridos por informadores-chave que responderam a pedidos de assistência enviados por e-mail para identificar exemplos adequados.

Mais de 250 organizações e potenciais informadores que trabalham na prevenção do VIH e com populações-chave foram contactados por e-mail, incluindo a sociedade civil, doadores, agências técnicas, gestores de programas de VIH, avaliadores de programas, prestadores de serviços e consultores de VIH/saúde a nível global, regional e nacional, para identificar intervenções que correspondessem aos critérios de seleção.

Com base na análise documental e nas sugestões recebidas dos informadores, foi criada uma lista de potenciais programas de prevenção primária do VIH que constituem boas práticas, são escaláveis e sustentáveis. O grupo de trabalho aperfeiçoou essa lista com base no feedback dos escritórios regionais e nacionais da UNAIDS, tendo em conta a diversidade geográfica e de níveis de rendimento. A lista incluía países que se considerava terem feito progressos significativos na sustentabilidade e/ou escalabilidade dos seus programas. Foi então realizada uma

análise detalhada para cada um desses exemplos de países, utilizando um guia de entrevista que tinha sido desenvolvido em consulta com o grupo de trabalho.³

Com o apoio do pessoal da UNAIDS no terreno, foram realizadas entrevistas online a informadores-chave (com indivíduos) e reuniões com partes interessadas (com múltiplos informadores-chave) entre setembro de 2024 e fevereiro de 2025. Realizou-se, no mínimo, uma reunião com cada tipo de parte interessada por país/programa, incluindo OSC e, sempre que possível, OCL. Todos os dados quantitativos e qualitativos foram analisados e foi elaborado um resumo estruturado de cada modelo, incluindo os resultados alcançados (aceitabilidade, cobertura, impacto, resultados e sustentabilidade). Após a elaboração de cada estudo de caso, este foi enviado ao respetivo escritório nacional da UNAIDS para validação.

Além disso, foi desenvolvida uma tipologia de boas práticas e analisada a sua relevância para diferentes contextos e ambientes políticos e operacionais. O relatório preliminar completo foi revisto pelo grupo de trabalho antes de ser finalizado para publicação.

Limitações

A recolha e análise de dados primários foram concluídas antes do congelamento do financiamento para o VIH imposto em janeiro de 2025 pelo Governo dos Estados Unidos (7). Essa mudança de política afetou todos os países que recebem apoio do PEPFAR (Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA, em inglês: United), aqui analisados, embora a extensão do impacto e as prováveis consequências para os programas de prevenção nesses países não se enquadrassem no âmbito deste relatório. O impacto das reduções no financiamento para o VIH está a ser monitorizado e divulgado pela ONUSIDA e outras entidades (8). Seria benéfico visitar, num futuro próximo, os estudos de caso apresentados neste relatório, não só para avaliar o impacto dos cortes no financiamento, mas também para examinar as medidas subsequentes tomadas pelos países que possam ter alterado substancialmente a forma como os programas são financiados, geridos e executados.

Além disso, o relatório não recolheu dados sobre os valores e preferências das pessoas pertencentes a populações-chave, nem detalhou os custos ou a relação custo-benefício dos modelos de financiamento e prestação de serviços de boas práticas. Além disso, orientações detalhadas sobre como estabelecer e manter mecanismos de financiamento nacionais de boas práticas para programas de prevenção primária do VIH destinados a pessoas pertencentes a populações-chave, descritas no relatório, ficaram fora do seu âmbito. Recomenda-se que uma publicação de acompanhamento forneça tais orientações aos governos e aos seus parceiros da sociedade civil.

³ O guia de entrevista está disponível no site da Global HIV Prevention Coalition (GPC): [GPC 3.0 operational roll-out plan 2024-10 v2 30.01.2026.xlsx](#).

Esclarecimentos

Que grupos de populações-chave estão incluídos no relatório?

Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, profissionais do sexo, pessoas transgênero, pessoas que injetam drogas e pessoas em prisões e outros ambientes fechados são os cinco principais grupos populacionais-chave considerados altamente vulneráveis ao VIH e que frequentemente carecem de acesso adequado aos serviços (9). Este estudo centrou-se nos serviços para populações-chave que são implementados nas respetivas comunidades. Consequentemente, não incluiu pessoas em prisões e outros ambientes fechados.

O que implica a existência de programas de prevenção primária do VIH escaláveis e sustentáveis?

A escalabilidade e a sustentabilidade são importantes para garantir que as respostas ao VIH alcancem e mantenham o impacto. Os programas de prevenção do VIH escaláveis são aqueles que podem ser expandidos para abranger amplas áreas geográficas e grandes segmentos de uma população-alvo, mantendo a eficácia e alcançando um impacto ao nível da população. Um programa de prevenção do VIH sustentável utiliza os recursos financeiros e humanos disponíveis de forma eficiente e está normalmente integrado na resposta nacional (ou subnacional) ao VIH.

Além disso, estes programas de prevenção devem também ser bem concebidos para satisfazer as necessidades e preferências dos indivíduos e das comunidades que deles beneficiariam. Isto requer abordagens que sejam adaptáveis e adaptadas a contextos e cenários específicos, e que recebam apoio institucional e orçamental fiável (10, 11). É importante reconhecer que tanto a sustentabilidade como a escalabilidade existem num continuum: os programas podem ter bons elementos ou abordagens que devem ser apoiados, mesmo quando ainda não são perfeitamente sustentáveis e/ou escaláveis (Fig. 1).

Os programas são escaláveis e sustentáveis quando existe uma combinação de fatores:

- Um ambiente propício (leis, regulamentos, políticas e estratégias) que favoreça a disponibilização e a acessibilidade dos serviços para as pessoas de populações-chave e seus parceiros sexuais, bem como um ambiente seguro para que as OSC prestem os serviços.
- A disponibilidade de financiamento suficiente e fiável proveniente de fontes nacionais e de plataformas multilateral com recursos adequados e capacidade.
- Pacotes de serviços centrados na pessoa que ofereçam uma gama abrangente de opções de prevenção e se adaptem às necessidades e

preferências em constante mudança dos indivíduos e das comunidades ao longo do tempo. A geração de procura por parte das pessoas que podem beneficiar dos serviços de prevenção do VIH é também crucial e deve ser liderada pela comunidade.

- Parcerias entre, e alinhamento, colocalização e/ou integração de prestadores de serviços públicos de cuidados de saúde primários existentes e OSC que trabalham com pessoas de populações-chave, idealmente como parte de um sistema nacional. As considerações devem incluir um foco nas áreas geográficas onde se encontram as pessoas de populações-chave e abordagens DSD que enfatizem a aceitabilidade e a acessibilidade (Caixa 1).

Uma outra dimensão da sustentabilidade é a monitorização e a prestação de contas dos serviços prestados, por exemplo, através de monitorização liderada pela comunidade, o que pode melhorar significativamente a qualidade dos serviços.

Caixa 1 O QUE É A PRESTAÇÃO DIFERENCIADA DE SERVIÇOS?

A prestação diferenciada de serviços é uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta os serviços de saúde de forma a responder melhor às necessidades das pessoas afetadas, reduzindo simultaneamente a pressão sobre o sistema de saúde. Estes modelos têm em conta onde (localização do serviço), por quem (prestador do serviço), quais (pacote de serviços) e quando (frequência do serviço) são prestadas as intervenções relevantes, com o objetivo de aumentar o acesso aos serviços. Os modelos de prestação de serviços diferenciados são variados e incluem modelos baseados na comunidade e liderados pela comunidade, modelos de farmácia e intervenções virtuais.

As intervenções virtuais podem ser uma opção económica para alargar a gama de serviços prestados através de abordagens tradicionais (presenciais) e podem proporcionar maior comodidade e discrição aos indivíduos, bem como apoiar modelos de autocuidado.

Figura 1. Elementos-chave de programas de prevenção primária do VIH escaláveis e sustentáveis para populações-chave



Quais são os vários tipos de organizações da sociedade civil?

As organizações da sociedade civil são diversas e servem uma ampla gama de interesses, embora sejam tipicamente entidades não estatais e sem fins lucrativos. No contexto deste relatório, referem-se a organizações não governamentais (ONG),⁴ algumas das quais são organizações de base comunitária (OBC)⁵ e/ou

⁴ Estas organizações estão geralmente registadas junto das autoridades locais ou nacionais como pessoas coletivas. Algumas operam apenas a nível comunitário ou fazem parte de ONG de maior dimensão que operam a nível nacional, regional e/ou internacional.

⁵ Estes organismos surgem, geralmente, no seio das comunidades e são organizados localmente por membros da comunidade. Nem todas as OBC são lideradas pela comunidade.



Uma demonstração sobre o uso do preservativo a um grupo de profissionais do sexo, realizada por um membro da equipa da Care for Basotho, uma organização que presta serviços de prevenção e tratamento do VIH a profissionais do sexo em Maseru, no Lesoto.

Foto: ONUSIDA/M. Hyoky

OCL.⁶ Estas organizações tendem a ser formalmente constituídas, autogovernadas, sem distribuição de lucros e voluntárias. Existem também outras definições mais amplas de OSC (12).

Em geral, as CLO que prestam serviços de prevenção primária do VIH a pessoas de populações-chave são compostas por pessoal remunerado ou voluntário que pertence às comunidades das populações-chave e que presta contas a essas comunidades. As CLO que trabalham no âmbito da resposta ao VIH também trazem perspetivas críticas e promovem uma maior responsabilização através da monitorização liderada pela comunidade das intervenções de prevenção do VIH.

⁶ Um termo genérico que inclui organizações geridas por membros de populações-chave. Nas organizações e redes de VIH lideradas pela comunidade, a liderança, o pessoal, os membros e os voluntários refletem e representam as experiências, perspetivas e vozes dos seus constituintes. Aqueles que estão envolvidos nas respostas ao VIH são geralmente autónomos em relação às agendas governamentais, comerciais ou dos doadores.

Exemplos de países com boas práticas em programas de prevenção primária do VIH para populações-chave

Os oito países aqui analisados apresentam uma série de boas práticas para a prestação de serviços de prevenção primária do VIH escaláveis e sustentáveis a pessoas pertencentes a populações-chave.

Austrália

A Austrália gere um programa nacional sustentável de prevenção do VIH, financiado por recursos internos e implementado em grande escala como uma parceria público-privada (governo/organizações da sociedade civil). A tomada de decisões (atribuição de orçamento e implementação) é descentralizada para o nível estadual. Os serviços acessíveis são prestados gratuitamente ou são fortemente subsidiados através de vários mecanismos e incluem o envolvimento ativo de pessoas de populações-chave. Os programas têm sido associados a uma diminuição da incidência do VIH entre homens homossexuais e bissexuais, especialmente aqueles que injetam drogas, bem como a uma incidência muito baixa do VIH entre outras pessoas que injetam drogas, pessoas transgénero e profissionais do sexo.



Contexto

A incidência global do VIH na Austrália é muito baixa, mas a epidemia afeta de forma desproporcional os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, incluindo aqueles que injetam drogas. A incidência do VIH entre outras pessoas que injetam drogas, profissionais do sexo e pessoas transgénero é muito baixa ([Tabela 1](#)).

Tabela 1. Incidência e prevalência do VIH entre populações-chave na Austrália

	Incidência do VIH		Prevalência do VIH	
População geral (15-49 anos)	2023		2023	
	<0,1/1000 habitantes ^a		0,14 % ^b	
Populações-chave	2023		2021	2023
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens (autodeclarado)	0,2/100 pessoas-ano*		9,2 %**	7,1 %**
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens que frequentam programas de troca de agulhas e seringas				28 %**
Pessoas que injetam drogas				1,8 %**
Trabalhadores do sexo	0,16/100 pessoas-ano**		nd	
Pessoas transgénero				5,0 % ^c

^a AIDSInfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b King J, McManus H, Kwon JA, Gray R, McGregor S. VIH, hepatite viral e infeções sexualmente transmissíveis na Austrália: relatório anual de vigilância de 2024. Sydney: Instituto Kirby; 2024 (https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Annual_Surveillance_Report_2024_HIV.pdf, consultado em 26 de janeiro de 2026).

^c Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Novas infeções por VIH entre populações-chave e os seus parceiros em 2010 e 2022, por região do mundo: uma estimativa com base em múltiplas fontes. *J Acquir Immune Def Syndr*. 2024;95(1S):e34-e45 (*Materiais Complementares*).

nd: sem dados.

Programa de prevenção primária do VIH

O pacote completo de serviços de prevenção do VIH recomendado pela OMS está disponível na Austrália (3), com ampla cobertura entre cada população-chave (Tabela 2). A PrEP oral está disponível mediante receita médica, incluindo por parte de enfermeiros autorizados. As farmácias podem dispensar a PrEP. A adesão à PrEP por homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens é elevada e continua a aumentar (13).

Os serviços de redução de danos estão amplamente disponíveis tanto em unidades de saúde públicas como através de organizações comunitárias, que utilizam unidades móveis, ações de proximidade comunitária, farmácias, máquinas de venda automática e entregas pelos serviços postais. No entanto, a partilha de agulhas/seringas e de material para a preparação de drogas continua a ser motivo de preocupação. A adesão à terapia de manutenção com agonistas opioides (TMAO) tem-se mantido estável a um nível relativamente elevado, incluindo após a introdução, em 2019, de formulações de ação prolongada de buprenorfina injetável

(14). Estão em funcionamento duas instalações de injeção supervisionada, em Sydney (desde 2001) e em Melbourne (desde 2018) (15).⁷

Tabela 2. Cobertura dos serviços de prevenção do VIH na Austrália

Cobertura dos serviços de prevenção do VIH		
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens:	2014	2024
Utilização de pelo menos uma estratégia de prevenção do VIH	69 % ^a	79 % ^a
	2018	2024
Utilização de PrEP nos últimos seis meses entre homens homossexuais elegíveis e outros homens que têm relações sexuais com homens	40 % ^a	68 % ^a
	2019	2023
Pessoas que injetam drogas e que estão envolvidas no OAMT	44-55 % ^b	44-55 % ^b
Trabalhadores do sexo		nd
Pessoas transgénero		nd

^a King J, Kwon J, Gray R, McManus H, McGregor S. VIH, hepatite viral e infeções sexualmente transmissíveis na Austrália: relatório anual de vigilância de 2025. Sydney: Instituto Kirby, UNSW Sydney; 2025 (https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Annual_Surveillance_Report_2025_HIV.pdf, consultado em 30 de abril de 2026).

^b Heard S, Mathers B, Maher L. Inquérito australiano aos programas de troca de seringas (NSP): prevalência do VIH, VHC e comportamentos de injeção e sexuais entre os participantes dos NSP, relatório nacional de dados de 30 anos 1995-2024. Sydney; Kirby Institute, UNSW Sydney; 2025 (https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Australian-NSP-Survey-national-data-report_1995-2024.pdf).

nd: sem dados.

A resposta ao VIH na Austrália é descentralizada para o nível estadual e utiliza abordagens de DSD que envolvem parcerias com organizações comunitárias (CBO), organizações de base comunitária (CLO), organizações de saúde aborígenes, outras ONG, profissionais clínicos, investigadores e serviços de saúde pública. No estado de Nova Gales do Sul, por exemplo, os serviços de saúde pública são geridos por distritos de saúde locais e financiados através de acordos de prestação de serviços. Comissões de implementação supervisionam a implementação dos serviços e incluem representantes dos distritos de saúde locais, profissionais clínicos, académicos e organizações comunitárias que representam populações prioritárias.

As autoridades de saúde estaduais apoiam clínicas de saúde sexual que prestam serviços gratuitos e confidenciais a pessoas em alto risco de VIH e de infeções sexualmente transmissíveis (IST). Cada estado oferece formação a médicos de clínica geral e enfermeiros para a prescrição de PrEP e o rastreio de IST/VIH como parte dos cuidados de rotina na medicina geral e noutros contextos de cuidados

⁷ A unidade de Sydney é gerida por uma organização sem fins lucrativos, enquanto o serviço de Melbourne é gerido por uma equipa composta por profissionais de saúde pública e voluntários (15).

primários. A profilaxia pós-exposição pode ser obtida nos serviços de urgência da maioria dos hospitais públicos, em clínicas de saúde sexual e em algumas clínicas de medicina geral especializadas em saúde sexual. Muitos estados e territórios dispõem também de linhas de informação sobre a PEP. A terapia de manutenção com agonistas opioides é prescrita por médicos autorizados e enfermeiros especializados, e é dispensada através de farmácias comunitárias, clínicas privadas e públicas e em hospitais locais nas zonas rurais.

As organizações não governamentais, as organizações comunitárias (CBO) e as organizações locais (CLO) estão ativas na maioria dos estados, estão integradas na resposta ao VIH e trabalham em estreita parceria com os serviços de saúde pública. Por exemplo, na Austrália Ocidental, o departamento de saúde contrata ONG para prestar serviços de redução de danos nas clínicas. As clínicas também fornecem PrEP, terapia antirretroviral (TARV) e antivirais de ação direta para o tratamento da infeção pelo vírus da hepatite C. As organizações não governamentais distribuem naloxona e prestam apoio adicional entre pares através de plataformas móveis e de telessaúde. A retenção na prevenção, cuidados e tratamento do VIH é relativamente elevada e a perda de acompanhamento é baixa. Também é utilizada a distribuição secundária⁸ de produtos de prevenção do VIH. Algumas ONG formam profissionais de saúde pública na prestação de serviços adaptados às populações-chave.

As intervenções virtuais (incluindo videoconferências e consultas telefónicas com profissionais de saúde) são disponibilizadas por diversos serviços de saúde e revelam-se especialmente úteis em áreas remotas. As campanhas sobre o VIH recorrem ao marketing social em aplicações móveis e plataformas de redes sociais para criar procura e divulgar informações sobre a prevenção do VIH. São também utilizadas ferramentas interativas em sites, incluindo chatbots. Alguns produtos de prevenção do VIH, como os kits de autodiagnóstico do VIH, podem ser adquiridos junto de distribuidores online e farmácias.

Financiamento e governação

Os governos nacional e estaduais da Austrália financiam conjuntamente a resposta ao VIH, estando também disponíveis serviços clínicos do setor privado subsidiados pelo Estado. Os serviços de prevenção prestados por ONG, OBC e OCL também recebem financiamento público a nível estadual e/ou nacional. O Medicare, o sistema nacional de saúde da Austrália, fornece serviços de saúde e

⁸ A distribuição secundária, ou troca secundária, envolve pessoas que adquirem agulhas/seringas em serviços formais e as redistribuem a outras pessoas.

medicamentos gratuitos ou subsidiados aos indivíduos.^{9, 10} Quando as despesas de saúde a cargo do utente excedem um nível especificado, os serviços e medicamentos são fornecidos gratuitamente. Outros benefícios incluem um cartão de saúde que dá acesso a medicamentos mais baratos e alguns descontos nos custos de saúde. Também é concedido financiamento para serviços como instalações de injeção segura.^{11, 12}

Brasil

O Brasil presta serviços de prevenção do VIH a pessoas de populações-chave através de um conjunto de estratégias complementares. As responsabilidades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estão distribuídas pelos níveis federal, estadual e municipal, sendo os serviços de prevenção geridos e implementados principalmente a nível municipal. Estes incluem o fornecimento de produtos de prevenção através dos serviços de cuidados de saúde primários, bem como atividades financiadas pelo Estado e baseadas na comunidade, centradas na prevenção, nos testes e no encaminhamento para cuidados de saúde. Algumas secretarias municipais de saúde também expandiram a prestação de cuidados através de plataformas online para lidar com barreiras relacionadas com a mobilidade e o estigma. De modo geral, a resposta ao VIH no Brasil tem sido historicamente coliderada pelo governo e pela sociedade civil, apoiada por financiamento público nacional.



Contexto epidemiológico

O número anual de novas infeções por VIH no Brasil aumentou nos últimos cinco anos, com uma redução gradual na taxa de aumento ano a ano (16). Esta tendência ascendente pode ser, em grande parte, atribuída à expansão da cobertura

⁹ O Medicare cobre a totalidade ou parte dos custos de: consultas a um médico de clínica geral ou a um especialista; exames e exames de imagem; a maioria das cirurgias e procedimentos realizados por médicos; e exames oftalmológicos realizados por optometristas. Não cobre: serviços de ambulância; a maioria dos tratamentos dentários; óculos graduados e lentes de contacto; aparelhos auditivos; e cirurgia estética.

¹⁰ Um indivíduo pode optar por ser internado num hospital como paciente do sistema público ou privado. Para um paciente do sistema público num hospital público, os custos serão cobertos pelo Medicare, incluindo os custos de atendimento no serviço de urgências. O seguro de saúde privado pode ajudar a cobrir os custos de um paciente privado no hospital. O Medicare cobre alguns custos de serviços e procedimentos hospitalares, mas não a estadia, os medicamentos e as taxas de sala de operações para um paciente privado.

¹¹ O financiamento do Centro de Injeção sob Supervisão Médica da Uniting em Sydney provém da conta «Receitas Confiscadas do Crime», que é gerida pelo Tesouro do Estado de Nova Gales do Sul.

¹² A Sala de Injeção com Supervisão Médica da em Melbourne é financiada pelo Estado de Victoria através da North Richmond Community Health local.

dos testes, tal como refletido na proporção crescente de pessoas que conhecem o seu estado serológico em relação ao VIH durante o mesmo período (78% em 2019 e 89% em 2024) (17). Em 2024, os dados nacionais indicam uma estabilização desta tendência anteriormente ascendente, quando comparados com os valores de 2019. O país é classificado como tendo uma epidemia concentrada, na qual certas populações-chave e outros grupos prioritários apresentam taxas de prevalência significativamente mais elevadas em comparação com a população em geral (Tabela 3).

Tabela 3. Incidência e prevalência do VIH entre populações-chave no Brasil

Prevalência do VIH	
População geral (15-49 anos)	2024
	0,5 % ^a
Populações-chave	2022
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens (com 18 anos ou mais)	18,4 % ^b
Mulheres transgénero e <i>travestis</i>	até 34,4 % ^c

^a AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Kerr LRFS, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota RM, Veras MA, Dourado I, et al. Prevalência do VIH entre homens que fazem sexo com homens no Brasil: resultados do 2.º inquérito nacional utilizando amostragem orientada pelos inquiridos. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(1 Suppl):S9-S15.

^c Dourado I, Magno L, Veras MA, et al. Prevalência da infeção por VIH entre mulheres transgénero e *travestis* no Brasil: dados do estudo TransOdara. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27(Suppl 1):e240004.

Programa de prevenção primária do VIH, financiamento e governação

No que diz respeito às populações-chave, as estratégias de prevenção do VIH são incorporadas em documentos de política oficiais que abordam as suas necessidades específicas de saúde. O Brasil estabeleceu uma Política Nacional de Saúde Integral para Lésbicas, Homossexuais, Bissexuais, *Travestis* e Transgéneros (2011), um Programa de Atenção à Saúde da População Trans (2024) e uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Penitenciário (2014). Estes instrumentos orientam as respostas nacionais em matéria de saúde, tendo em conta as particularidades e vulnerabilidades destas populações. No entanto, não existe uma política nacional de saúde específica dedicada aos profissionais do sexo. Embora o trabalho sexual não seja criminalizado no Brasil, também não é uma profissão formalmente regulamentada. Estar fora do quadro jurídico dos direitos é um dos fatores que está na origem das lacunas na implementação de políticas de saúde abrangentes para esta população. Todas as populações-chave estão representadas em conselhos nacionais que tratam da

resposta ao VIH/SIDA. Estes conselhos funcionam como mecanismos formais de participação social e supervisão das políticas governamentais de VIH/SIDA (18).

Historicamente, as ONG têm desempenhado um papel central na resposta brasileira ao VIH/SIDA, colocando a epidemia na agenda política nacional e sustentando ações comunitárias em parceria com o Ministério da Saúde. Como organizações financiadas com recursos públicos que implementam uma ampla gama de atividades de prevenção, cuidados e apoio, elas contribuem tanto para reduzir novas infecções quanto para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o VIH. Para além do seu papel na definição e promoção de políticas públicas específicas, as ONG são atores fundamentais na promoção e defesa dos direitos humanos, apoiando processos mais amplos de democratização e reforçando mecanismos de representação, responsabilização e transparência pública. Prestam também serviços abrangentes adaptados às necessidades das populações que servem, alargando assim o alcance e a eficácia das políticas públicas e complementando os esforços governamentais de uma forma mais responsiva e sensível ao contexto. Desta forma, as ONG funcionam como uma ponte vital entre a sociedade e o Estado, realizando intervenções adaptadas ao contexto local, baseadas em abordagens de educação participativa em saúde e de empoderamento (19).

A política de PrEP do Brasil está atualmente a passar por uma fase sustentada de expansão e continua a ser uma prioridade estratégica para o Ministério da Saúde, tendo sido implementada progressivamente nos últimos anos¹³. Atualmente, cerca de 150 000 pessoas utilizam a PrEP em todo o país, e este número continua a crescer (20). A maioria dos utilizadores atuais concentra-se entre populações-chave, particularmente homens homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens (80%). No entanto, as estratégias de expansão ainda não alcançaram efetivamente certos grupos, como as populações transgénero (4%), que atualmente apresentam algumas das taxas mais elevadas de prevalência de VIH no país. Abordar esta lacuna continua a ser um desafio contínuo, e o Governo brasileiro está em processo de reforço e aperfeiçoamento da sua resposta para garantir um acesso mais equitativo. Através de um regulamento nacional emitido em 2023, o Ministério da Saúde autorizou profissionais de saúde, e não apenas médicos, a prescrever a PrEP, incluindo farmacêuticos e enfermeiros. Esta medida visava reduzir as barreiras burocráticas e melhorar o acesso à PrEP, tendo sido desde então adotada pelas administrações de saúde em diferentes territórios.

Alguns municípios, como São Paulo, implementaram estratégias de telemedicina para ampliar o acesso à PrEP para o VIH, com o objetivo de reduzir as barreiras

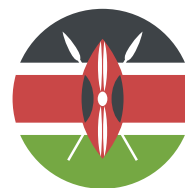
¹³ No que diz respeito às tecnologias injetáveis de ação prolongada para a prevenção do VIH, a sua incorporação e ampla disponibilidade no âmbito do SUS continuam a ser uma perspetiva distante. Atualmente, tanto o cabotegravir injetável de ação prolongada (CAB-LA) como o lenacapavir (LEN) estão disponíveis gratuitamente apenas no contexto de estudos de implementação e ensaios clínicos no Brasil. O CAB-LA já pode ser adquirido através de compra privada em farmácias de retalho, enquanto se espera que o LEN esteja disponível para venda comercial em farmácias privadas em 2026, com o seu preço de mercado previsto para ser anunciado em junho de 2026.

relacionadas com a mobilidade urbana, bem como aquelas associadas ao estigma e à discriminação enfrentados pelos utilizadores ao procurarem serviços de saúde presenciais. Estas iniciativas têm o potencial de melhorar a adesão e a continuidade dos cuidados, particularmente entre as populações-chave. No entanto, a sua implementação continua concentrada num número limitado de cidades, principalmente capitais estaduais e grandes centros urbanos. De um modo geral, a telemedicina no contexto da PrEP ainda é considerada uma estratégia-piloto no Brasil e ainda não foi amplamente institucionalizada nos municípios, apesar de ser reconhecida como uma boa prática promissora.

Uma importante mudança de paradigma na resposta ao VIH no Brasil foi a criação do Programa Brasil Saudável (21), uma iniciativa presidencial liderada pelo Ministério da Saúde e pelo Programa Nacional de VIH/SIDA. O programa visa ampliar a compreensão, em mais 14 ministérios, de que a resposta ao VIH/SIDA não é apenas uma questão de saúde pública, mas também, fundamentalmente, uma questão de proteção de direitos. Neste contexto, cada um destes ministérios compromete-se com uma agenda de eliminação de uma série de doenças, incluindo a eliminação da SIDA como ameaça à saúde pública, no âmbito do seu respetivo mandato. Isto significa que o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Ministério da Justiça, o Ministério dos Direitos Humanos e o Ministério da Mulher, entre outros, têm cada um o seu próprio conjunto de metas e responsabilidades destinadas a proporcionar uma resposta coordenada e baseada nos direitos, para reduzir as barreiras ao acesso ao longo de todo o continuum de cuidados do VIH e, em última instância, alcançar a eliminação da SIDA como ameaça à saúde pública.¹⁴

¹⁴ Após a recolha de dados para este relatório, a eliminação da transmissão vertical do VIH, incluída como um marco fundamental no âmbito do Programa Brasil Saudável, foi alcançada com sucesso no final de 2025, tendo todo o país sido certificado pela Organização Pan-Americana da Saúde como tendo eliminado a transmissão vertical do VIH como ameaça à saúde pública.

Quênia



O Quênia conseguiu reduções acentuadas na incidência e prevalência globais do VIH, ao mesmo tempo que aumentou o acesso e a utilização de serviços-chave de prevenção do VIH entre as populações-chave, nomeadamente as pessoas que injetam drogas. Isto foi conseguido através de um aumento do financiamento para a prevenção do VIH, de uma coordenação eficaz, da expansão da prestação de serviços e de uma colaboração mais estreita com organizações geridas por membros das populações-chave. O Quênia também procurou abordar os fatores sociais, legais e políticos subjacentes que criam e perpetuam vulnerabilidades para as pessoas das populações-chave. Existem oportunidades para aumentar o acesso das populações-chave ao Fundo de Seguro Social de Saúde do país.

Contexto

Embora a prevalência e a incidência do VIH no Quênia tenham diminuído na última década, as pessoas transgénero, os profissionais do sexo, os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, bem como as pessoas que injetam drogas, continuam a ser afetados de forma desproporcional pelo VIH (Tabela 4).

Tabela 4. Incidência e prevalência do VIH entre populações-chave no Quênia

População geral (15-49 anos)	Incidência do VIH		Prevalência do VIH	
	2015	2024	2015	2024
	1,4/1000 pessoas ^a	0,5/1000 pessoas ^a	4,7 % ^a	3,0 % ^a
Populações-chave	2022		2024	
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	0,7/100 pessoas-ano ^b		19,9 % ^d	
Pessoas que injetam drogas	0,12/100 pessoas-ano ^c		8,8 % ^d	
Trabalhadoras do sexo	0,2/100 pessoas-ano ^b		26,8 % ^d	
Pessoas transgénero	0,72/100 pessoas-ano ^b		22,5 % ^d	

^a AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Novas infeções por VIH entre populações-chave e os seus parceiros em 2010 e 2022, por região do mundo: uma estimativa com base em múltiplas fontes. *J Acquir Immune Def Syndr*. 2024;95(1S):e34-e45 (*Materiais Complementares*).

^c Controlo nacional da SIDA e das IST. Inquérito biocomportamental entre populações-chave no Quênia utilizando amostragem orientada pelos inquiridos. Resultados do inquérito. Reunião de Consenso do Inquérito, 25-26 de novembro de 2024. Nairobi: Ministério da Saúde; 2024.

^d Inquérito biocomportamental entre populações-chave, Quênia, 2024 (<https://nascop.or.ke/wp-content/uploads/2026/03/>).

Programa de prevenção primária do VIH

A cobertura dos serviços de prevenção do VIH é muito superior para as pessoas que injetam drogas (cerca de 62%) do que para as profissionais do sexo (32%), enquanto os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens apresentam a cobertura mais baixa (20%); não existem dados disponíveis para as pessoas transgénero. Os serviços de prevenção do VIH para as profissionais do sexo estavam disponíveis em 44 dos 47 condados do país (22). No entanto, os serviços para outras populações-chave estão menos amplamente distribuídos pelo país, por razões que incluem altos níveis de estigma e discriminação e normas culturais e religiosas conservadoras (Tabela 5).¹⁵

Os dados disponíveis indicam taxas elevadas de injeção segura entre pessoas que injetam drogas, embora o número de agulhas/seringas esterilizadas alegadamente distribuídas entre pessoas que injetam drogas tenha sido muito baixo (quatro por pessoa por ano em 2021). A cobertura do OAMT parecia estar a melhorar, mas continuava a ser baixa.

¹⁵ A disponibilidade do serviço foi: profissionais do sexo em 44 municípios (94%); homens homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens em 39 municípios (83%); pessoas que injetam drogas em 32 municípios (68%); e pessoas transgénero em 18 municípios (38%).

Tabela 5. Cobertura dos serviços de prevenção do VIH no Quénia

Cobertura dos serviços de prevenção do VIH^a			
	2020	2022	2024
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens			
Cobertura dos serviços		20 % ^b	
Uso de preservativo		40 % ^c	76 % ^c
Cobertura de TARV			85,7 % ^d
Pessoas que injetam drogas			
Cobertura dos serviços		62 % ^b	
Uso de preservativo	76 % ^c (2017)	15 % ^c	44 % ^d
Cobertura de TARV	10 % ^c		91,8 %
Cobertura do PSC	88		71,8 %
OAMT	% ^c (2017)		
Práticas seguras de injeção			
Trabalhadoras do sexo			
Cobertura dos serviços		32 % ^b	
Uso de preservativo	73 % ^a	30 % ^b	>75 % ^{d, f}
Cobertura de TARV	nd		92,5 %
Pessoas transgénero			
Cobertura dos serviços	5 % ^a		
Uso de preservativo			nd
Cobertura de TARV			91,5 % ^d

^a Musyoki H, et al. Uma década e além: lições aprendidas com programas de combate ao VIH junto de populações-chave carenciadas e marginalizadas no Quénia. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(Suppl 3):e25729.

^b Quadros de avaliação da coligação global para a prevenção do VIH 2024 — Quénia. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024.

^c O atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

^d Inquérito biocomportamental entre populações-chave, Quénia, 2024 (<https://nascop.or.ke/wp-content/uploads/2026/03/>).

^e Nos últimos 12 meses.

^f Com clientes.

Nd: sem dados.

O sistema de saúde do Quénia é descentralizado, conferindo às equipas de gestão de saúde dos condados uma autonomia considerável na prestação de serviços (23). É utilizada uma abordagem DSD, em que as OSC (principalmente as OBC e as OCL) desempenham um papel de liderança na prestação de serviços de prevenção primária do VIH. Todos os serviços de prevenção primária do VIH recomendados pela OMS para as populações-chave estão disponíveis no país (3).

As unidades de saúde geridas pelo governo, bem como os centros de acolhimento geridos por OSC, estão registados junto das respetivas autoridades de saúde distritais e estão ligados a unidades de saúde públicas próximas para encaminhamentos. O trabalho comunitário junto das populações-chave é também extenso (23). Os testes rápidos de VIH (e sífilis) são realizados por pessoal médico em unidades de saúde públicas e geridas por OSC. Estão também disponíveis autotestes

de VIH, nomeadamente através de farmácias (o pessoal recebe formação em técnicas básicas de aconselhamento) (24).

A PrEP oral está disponível em unidades de saúde públicas e estão a ser testadas várias abordagens de prestação de serviços, incluindo através de farmácias comunitárias. A PrEP e a PEP também estão disponíveis em centros de atendimento sem marcação que contam com um profissional de saúde certificado e estão ligados a uma unidade de saúde pública (25). A disponibilização da PEP por farmácias foi testada em Nairobi em 2023 (26), mas a sensibilização para a PEP parece ser limitada entre muitos membros das populações-chave. As intervenções virtuais ainda são limitadas, mas o seu potencial para aumentar a adesão à PrEP é cada vez mais reconhecido. Menos de metade das pessoas das populações-chave já utilizaram a PrEP e menos de um terço a utilizava, segundo relatos, em 2023 (27).

Governança e financiamento

A supervisão do programa de VIH é gerida pelo Conselho Nacional de Controlo de Doenças Sindémicas (que coordena esforços multissetoriais, mobiliza recursos e promove a colaboração entre as partes interessadas)¹⁶ e pelo Programa Nacional de Controlo da SIDA e das IST (que fornece supervisão técnica).¹⁷ O programa para populações-chave e vulneráveis é responsável por supervisionar a prestação de serviços personalizados às populações-chave. Todas estas entidades operam sob a alçada do Ministério da Saúde.

A nível subnacional/distrital, os serviços são coordenados através das equipas distritais de gestão da saúde, estando os serviços integrados em instalações públicas ou prestados por organizações da sociedade civil. A nível comunitário, o programa para populações-chave é coordenado pelo Consórcio das Populações-Chave, uma associação de redes que reúne 90 organizações e representantes comunitários que trabalham em questões que afetam as pessoas pertencentes a populações-chave.

As organizações da sociedade civil dependem fortemente do financiamento de doadores externos, especialmente para cobrir os custos com pessoal. As modalidades de financiamento do governo para os intervenientes da sociedade civil incluem subvenções e reembolsos quando serviços específicos são implementados em instalações geridas pelo governo ou através de parceiros de implementação aprovados.

Estão em curso esforços para estabelecer um quadro jurídico para a contratação social de OSC. O reembolso pela prestação de serviços pode ocorrer através do

¹⁶ Incluindo governos distritais, organizações comunitárias e parceiros de desenvolvimento (por exemplo, o Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária através do seu Recetor Principal, a Cruz Vermelha do Quênia e a ONUSIDA).

¹⁷ Tais como o desenvolvimento de diretrizes, formação e ferramentas para garantir que os serviços sejam prestados de acordo com as políticas nacionais e as normas internacionais.

Fundo de Seguro Social de Saúde, embora isto ainda seja raro para serviços específicos para populações-chave. Algumas entidades do setor privado e empresas sociais prestam serviços, muitas vezes como parte de pacotes de serviços de saúde mais amplos, com os custos cobertos por pagamentos diretos ou seguros. A aquisição de produtos relacionados com o VIH é centralizada pela Autoridade de Suprimentos Médicos do Quênia (KEMSA).

República da Moldávia

A colaboração entre OSC, agências governamentais e pessoas de populações-chave na prestação de serviços e na defesa de direitos está a aumentar gradualmente a cobertura e a utilização de serviços e ferramentas de prevenção do VIH. Mais de metade do programa de VIH é financiado pelo governo através do seguro nacional de saúde. Os serviços básicos de prevenção para populações-chave são contratados a OSC através de um processo de concurso público e competitivo.



Contexto epidemiológico

Tanto a incidência como a prevalência do VIH são baixas e têm vindo a diminuir desde 2015 (Tabela 6). A epidemia de VIH concentra-se nas populações-chave.

Tabela 6. Incidência e prevalência do VIH entre populações-chave na República da Moldávia

	Incidência do VIH	Prevalência do VIH
População geral (15-49 anos)	2024	2024
	0,48/1000 pessoas ^a	0,9 % ^a
Populações-chave	2022	2022
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	1,9/100 pessoas-ano ^b	11 % ^c (2020)
Pessoas que injetam drogas	0,7/100 pessoas-ano ^b	11, % ^a (2020) 17 % ^a
Trabalhadores do sexo	0,3/100 pessoas-ano ^b	2,7 % ^c (2020) 4,2 % ^a
Pessoas transgénero	2,0/100 pessoas-ano ^b	10,9 % ^b

^a AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Novas infeções por VIH entre populações-chave e os seus parceiros em 2010 e 2022, por região do mundo: uma estimativa com base em múltiplas fontes. *J of Acquir Immune Def Syndr* 2024;95(1S):e34-e45 (*Materiais Complementares*).

^c Perfil nacional da prestação de serviços diferenciados: República da Moldávia. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2023 (<https://dsd.unaids.org/>, consultado em 17 de dezembro de 2024).

Programa de prevenção primária do VIH

Mais de metade dos profissionais do sexo e das pessoas que injetam drogas e pouco mais de um terço dos homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens receberam serviços de prevenção do VIH em 2023 (Tabela 7). Não estavam disponíveis dados relativos às pessoas transgénero. Todas as intervenções de prevenção do VIH recomendadas pela OMS estão disponíveis (3), exceto a OAMT na margem oriental do rio Dniester, que não se encontra sob o controlo direto das autoridades moldavas (28).

Tabela 7. Cobertura dos serviços de prevenção do VIH na República da Moldávia

Cobertura e utilização dos serviços de prevenção do VIH ^a		
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	2020	2024
Cobertura dos serviços	47 % ^b	45 % ^b
Uso de preservativo	60 % ^b	69 % ^b
Cobertura de TARV		nd
Pessoas que injetam drogas	2020	2020
Cobertura do serviço	37 % ^a	41 % ^b
NSP	5,5 % ^b	63 % ^b (2023)
OAMT	41 % ^b	7 % ^b
Uso de preservativos	70 % ^b	30 % ^b
Cobertura de TARV	95 % ^b	67 % ^b
Injeção segura		94 % ^b
Trabalhadores do sexo	2017	2017
Cobertura dos serviços	61 % ^b	26 % ^b
Uso de preservativo	88 % ^b	91 % ^a
Cobertura de TARV	nd	
Pessoas transgénero		
Cobertura dos serviços		nd
Uso de preservativo		
Cobertura de TARV		

^a AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b O atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

Nd: sem dados.

Desde 2022-2023, agulhas/seringas, toalhetes com álcool, preservativos e kits de autoteste de VIH estão disponíveis em máquinas de venda automática localizadas em todo o país (incluindo na margem oriental do rio Dniester), uma abordagem que substituiu em grande parte a distribuição desses produtos através das farmácias. Os serviços de prevenção do VIH são prestados principalmente através de OSC (28).

A PrEP oral está disponível através de organizações da sociedade civil (OSC) e de centros de tratamento antirretroviral (TARV). A PrEP e os exames relacionados são totalmente financiados pelo Governo, enquanto o apoio psicossocial e à adesão

ao tratamento, bem como as atividades de informação, são financiados principalmente por doadores externos. A cobertura da PrEP é baixa, mas tem vindo a aumentar devido à crescente sensibilização tanto entre os profissionais de saúde como entre os potenciais beneficiários (29). Os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens são os que mais recorrem à PrEP, seguidos pelos profissionais do sexo. A PrEP ainda não está disponível através de plataformas online. A PEP está disponível nos principais hospitais, mas a sensibilização do público é muito baixa.

As OSC relacionadas com o VIH operam em todas as principais áreas urbanas da República da Moldávia.¹⁸ Muitas delas utilizam abordagens DSD simplificadas e adaptadas às necessidades das pessoas afetadas. Prestam serviços em instalações e através de atividades de sensibilização, com o envolvimento de pessoas de populações-chave. Os profissionais de saúde empregados pelas OSC também prestam cuidados médicos básicos, enquanto o apoio médico complexo é encaminhado para as instalações de saúde do governo. As OSC ajudam a formar o pessoal de saúde pública na redução do estigma e da discriminação. A prestação de serviços virtuais está a tornar-se cada vez mais disponível.

Governança e financiamento

Cerca de 57% do financiamento do programa nacional de VIH em 2023 provém de fontes nacionais e o restante foi contribuído pelo Fundo Global (41%) e outras fontes internacionais (30).¹⁹ A prevenção do VIH é financiada principalmente através de subvenções do Fundo Global e de fundos de seguro de saúde obrigatório. Mesmo com o apoio do Fundo Global, verificou-se um défice de financiamento significativo para a prevenção do VIH nas populações-chave.

O financiamento interno é gerido pela Companhia Nacional de Seguro de Saúde de , , uma instituição pública autónoma. Todas as receitas do seguro de saúde (incluindo contribuições obrigatórias para o seguro de saúde e transferências do orçamento do Estado para a população não ativa) são reunidas num orçamento autónomo gerido pela Companhia Nacional de Seguro de Saúde. Estes fundos são utilizados para contratar uma combinação de prestadores de serviços públicos e privados; em 2021, quase 90% da população estava coberta pelo seguro de saúde nacional (31).

¹⁸ A Rede SIDA é uma rede informal de ONG que inclui, entre outras: o centro de recursos «Young and Free»; o centro de informação «GenderDoc-M»; a associação «Jovens Formadores da Moldávia»; a organização pública «Vamos Salvar o Futuro Juntos»; a associação «Jovens pelo Direito à Vida» (TDV); a associação «Jovens pelo Direito à Vida», filial de Balti (TDV Balti); o centro juvenil «Neovita»; a associação «New Life»; o centro educativo «Alcoolismo e Toxicod dependência» e a «União de Organizações que Operam no Domínio da Redução de Danos».

¹⁹ De um orçamento total do programa de VIH de 10,2 milhões de dólares em 2023, as fontes públicas nacionais contribuíram com 5,9 milhões de dólares, enquanto 4,2 milhões de dólares vieram do Fundo Global e 181 000 dólares de outros doadores internacionais.

Os custos unitários das intervenções de prevenção do VIH são determinados por exercícios de cálculo de custos periódicos realizados sob a autoridade da Companhia Nacional de Seguro de Saúde. Os contratados devem cumprir a Lei de Contratação Pública, e a qualidade do serviço é avaliada com base em critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Notavelmente, o Tribunal de Contas tem autoridade para exercer controlo financeiro sobre o desenvolvimento de projetos e a execução de contratos de financiamento com prestadores de serviços de prevenção do VIH.

O Ministério da Saúde lança periodicamente concursos públicos para a implementação de um pacote básico de serviços de prevenção primária do VIH destinados a populações-chave.²⁰ Os candidatos devem: estar registados na República da Moldávia; possuir experiência no setor da prevenção do VIH; e dispor de acreditação e do estatuto de utilidade pública, a fim de garantir o cumprimento de normas mínimas e o controlo de qualidade. Em 2024, foram selecionados quatro projetos para implementação por seis associações públicas.

A Companhia Nacional de Seguro de Saúde também financia serviços hospitalares, tais como o OAMT e a reabilitação de pessoas dependentes de substâncias narcóticas. O hospital clínico de doenças infecciosas coordena e monitoriza a implementação do programa nacional de SIDA.

Os desafios remanescentes incluem: expandir os serviços de prevenção para homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens; aumentar o número de pessoas inscritas no OAMT; abordar o aumento do uso de novas substâncias psicoativas; e expandir o acesso e a utilização dos serviços de PrEP e PEP (32). Uma colaboração mais estreita entre as OSC e as entidades governamentais, bem como o envolvimento crescente de pessoas de populações-chave na prestação de serviços e na defesa de direitos, ajudarão a enfrentar esses desafios.

²⁰ Os serviços financiados pela Companhia Nacional de Seguro de Saúde incluem: a distribuição de preservativos e lubrificantes; a troca de seringas e a distribuição de toalhetes com álcool; aconselhamento e testagem para o VIH; testagem para sífilis, hepatite B e C; rastreio da tuberculose; e comunicação, informação e educação com o objetivo de prevenir o VIH, o VHB, o VHC, a tuberculose e as IST.

Nigéria

Embora a Nigéria dependa significativamente de doadores externos para os serviços de prevenção do VIH para populações-chave, estabeleceu uma extensa rede de locais de prestação de serviços adaptados às populações-chave nas comunidades, utilizando o apoio de doadores externos para a implementação. Os serviços estão ligados e integrados com instalações governamentais e profissionais de saúde pares das OSC. O governo nacional implementou sistemas para aumentar o financiamento interno para apoiar estes serviços, como parte dos seus esforços para alcançar a cobertura universal de saúde.



Contexto epidemiológico

A prevalência e a incidência do VIH têm vindo a diminuir ao longo da última década, mas as populações-chave continuam a ser afetadas de forma desproporcional (Tabela 8). A prevalência do VIH é comparativamente elevada na população adulta em geral, mas é mais elevada entre as pessoas transgénero, os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, tendo também sido relatada uma elevada prevalência do VIH entre profissionais do sexo e pessoas que injetam drogas. As populações-chave representam 11% das novas infeções em adultos na Nigéria (33).

Tabela 8. Incidência e prevalência do VIH entre populações-chave na Nigéria

População geral (15-49 anos)	Incidência do VIH		Prevalência do VIH	
	2015	2024	2015	2024
	0,93/1000 pessoas ^a	0,26/1000 pessoas ^a	1,7 % ^a	1,2 % ^a
Populações-chave	2022		2015	2020
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens (com 18 anos ou mais)	0,003/100 pessoas-ano ^b		23 % ^c	25 % ^c
Pessoas que injetam drogas	0,5/100 pessoas-ano ^b		3,4 % ^c	11 % ^c
Trabalhadores do sexo	0,8/100 pessoas-ano ^b		14 % ^c	17 % ^c
Pessoas transgénero	0,003/100 pessoas-ano ^b		nd	29 % ^c

^a AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Novas infeções por VIH entre populações-chave e os seus parceiros em 2010 e 2022, por região do mundo: uma estimativa com base em múltiplas fontes. *J Acquir Immune Def Syndr*. 2024;95(1S):e34-e45 (*Materiais Complementares*).

^c O atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

Nd: sem dados.

Programa de prevenção primária do VIH

A cobertura dos serviços de prevenção do VIH entre as populações-chave é bastante elevada, embora a proporção de pessoas que injetam drogas e que referem utilizar práticas de injeção seguras tenha diminuído na última década (Tabela 9). A proporção de pessoas das populações-chave que realizaram o teste de VIH e receberam os resultados é superior à do público em geral (34). Os serviços de redução de danos para pessoas que consomem drogas continuam a ser implementados de forma gradual e a aumentar em termos de disponibilidade, embora alguns locais também ofereçam instalações para injeção segura (35). O uso da PrEP oral entre as populações-chave é relatado como sendo baixo, enquanto a sensibilização e a adesão à PEP também são baixas, em parte devido à sensibilização e ao envolvimento inadequados da comunidade, bem como à formação insuficiente dos profissionais de saúde (34).

Tabela 9. Cobertura dos serviços de prevenção do VIH na Nigéria

Cobertura e utilização dos serviços de prevenção do VIH ^a	
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	2020
	96 % ^a
Cobertura dos serviços	70 % ^b
Uso de preservativo	26 % ^b
Cobertura de TARV	
Pessoas que injetam drogas	
Cobertura do serviço	65 % ^a
NSP	nd
OAMT	nd
Uso de preservativos	25 % ^b (2019)
Cobertura de TARV	36 % ^b
Injeção segura	
Trabalhadores do sexo	
Cobertura dos serviços	88 % ^a
Uso de preservativo	86 % ^b
Cobertura de TARV	24 % ^b
Pessoas transgénero	
Cobertura dos serviços	79 % ^b (2021)
Uso de preservativo	66 % ^b
Cobertura de TARV	20 % ^b

^a Quadro de avaliação da Coligação Global para a Prevenção do VIH: Nigéria. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024.

^b Atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

nd: sem dados.

A Nigéria apoia a prestação diferenciada de serviços de prevenção do VIH através de modelos baseados na comunidade e em instalações. Desde 2015, tem vindo a operar «balcões únicos» para populações-chave (clínicas centrais

e abrangentes que estão ligadas a locais comunitários e clínicas móveis) para melhorar a acessibilidade.²¹ A maioria destes «one stop shops» é composta por equipas multidisciplinares de profissionais de saúde (36) (geralmente empregados pelo Governo) e membros da comunidade de populações-chave (contratados por OSC, com financiamento de doadores externos).²² Os «one stop shops» prestam serviços abrangentes de cuidados de saúde primários, incluindo testes de VIH, PrEP, PEP, rastreio de IST e TB, inscrição/início da TARV e renovação de receitas de ARV. Estas instalações dispõem também de vias de encaminhamento para ligar os indivíduos a serviços especializados, incluindo cuidados de nível terciário e intervenções estruturais e comunitárias (tais como serviços jurídicos e apoio entre pares).

Os serviços ao nível comunitário são também prestados por equipas móveis comunitárias de TARV, geralmente em locais onde se reúnem membros de populações-chave. Essas equipas realizam intervenções de prevenção primária como parte de um pacote de serviços limitado. Além disso, os prestadores de serviços focais (enfermeiros e agentes comunitários de saúde que trabalham com OSC) prestam uma gama limitada de serviços de proximidade, incluindo intervenções de prevenção primária do VIH e acompanhamento. As farmácias comunitárias disponibilizam autotestes de VIH, PrEP, PEP e renovações de ARV (36). As unidades de nível secundário prestam serviços de redução de riscos, enquanto as unidades de nível terciário também prestam apoio à saúde mental, rastreio e tratamento do cancro do colo do útero, rastreio da hepatite e OAMT. As plataformas digitais/telessaúde, incluindo aplicações móveis e websites, estão a ser cada vez mais utilizadas para educação, aconselhamento e encaminhamento para serviços (34).

²¹ O modelo One-Stop-Shop (OSS), que foi totalmente financiado e apoiado por doadores e parceiros externos, foi afetado pelas ordens de suspensão de atividades emitidas pelo Governo dos Estados Unidos em 2025. A orientação da política nacional está agora a mudar no sentido da integração dos serviços para populações-chave (KP) em instalações de saúde governamentais e mandatadas pelo governo, com um foco deliberado no reforço da sua capacidade de prestar serviços abrangentes, inclusivos e livres de estigma. Esta transição afasta-se das estruturas OSS paralelas e geridas verticalmente, rumo a uma abordagem mais integrada e baseada no sistema, amplamente reconhecida como um caminho mais sustentável e escalável para a programação destinada às populações-chave na Nigéria. Isto promoverá a continuidade dos serviços, a utilização eficiente dos recursos e a resiliência a longo prazo da resposta nacional integrada ao VIH.

²² Os critérios para instalações de saúde favoráveis às populações-chave são os seguintes: “Devem criar um ambiente seguro, acolhedor e livre de estigma, adaptado às necessidades das populações-chave; devem proporcionar formação em diversidade de género e inclusão ao pessoal; capacidade de colaborar com organizações comunitárias lideradas pelas populações-chave para apoiar a continuidade dos cuidados; capacidade de proporcionar e apoiar mecanismos de responsabilização pela qualidade dos cuidados e pelos direitos humanos das populações-chave; disponibilidade para prestar serviços de saúde mental e psicossociais; competências e disponibilidade para gerir as IST nas populações-chave (por exemplo, verrugas anais e cancro do colo do útero)” (36).

Governança e financiamento

A Agência Nacional para o Controlo da SIDA coordena e apoia a resposta nacional à SIDA na Nigéria. As despesas totais com o VIH em 2021 ascenderam a 437,8 milhões de dólares americanos, dos quais 76% provieram do PEPFAR, 19% do Fundo Global e o restante de despesas públicas nacionais dos governos central e estaduais, do setor privado e de instituições nacionais sem fins lucrativos. A prevenção do VIH, incluindo testes e aconselhamento, representou cerca de 9% de todas as despesas relacionadas com o VIH em 2021, e 80% das despesas com a prevenção foram destinadas a intervenções para populações-chave. É importante referir que cerca de 94% das intervenções de prevenção foram financiadas pelo PEPFAR (37).

O financiamento nacional para o VIH provém de dotações orçamentais a nível nacional e subnacional através da Agência Nacional, do Programa Nacional de Controlo da SIDA e das IST e dos orçamentos estaduais. Foi criado um Fundo Fiduciário Nacional para o VIH/SIDA pela Coligação Empresarial da Nigéria contra a SIDA como uma contribuição liderada pelo setor privado para ajudar a colmatar as lacunas de financiamento do VIH, com foco na prevenção da transmissão vertical do VIH. No entanto, em meados de 2025, o Fundo Fiduciário ainda não tinha desembolsado recursos.

Além disso, os regimes de seguro de saúde estaduais e nacionais oferecem cobertura para um pacote mínimo básico de serviços de saúde em unidades de cuidados de saúde primários e secundários elegíveis, mas, atualmente, não incluem produtos para a prevenção do VIH (38). No entanto, representam uma possível opção de financiamento para os serviços destinados às populações-chave no futuro. O Governo implementou sistemas para aumentar o financiamento interno através do seguro de saúde, a fim de apoiar os serviços destinados às populações-chave a médio e longo prazo. Por exemplo, os serviços prestados por balcões únicos são elegíveis para reembolso pelo seguro de saúde estatal no estado de Lagos (39).

Filipinas

A incidência do VIH entre algumas populações-chave nas Filipinas é elevada e tem aumentado rapidamente entre homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens. Está a ser utilizada uma série de abordagens inovadoras para tornar os serviços de prevenção, incluindo a PrEP, mais amplamente acessíveis às populações-chave. O Governo nacional financia 80% do programa de prevenção do VIH como parte do seu esforço para alcançar a cobertura universal de saúde. O Programa Nacional de Seguro de Saúde (PhilHealth) oferece alguma cobertura para pessoas de populações-chave. Muitas OSC, especialmente aquelas geridas por pares, operam empresas sociais e atividades com fins lucrativos para subsidiar serviços para membros de populações-chave.



Contexto epidemiológico

A prevalência do VIH na população em geral é baixa, mas a incidência do VIH está a aumentar rapidamente em algumas populações-chave, particularmente entre homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens (Tabela 10). A incidência do VIH também aumentou entre pessoas transgénero, pessoas que injetam drogas e profissionais do sexo. Em 2023, estimava-se que quase 90% das novas infeções por VIH nas Filipinas ocorressem entre homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens e mulheres transgénero (40).

Tabela 10. Incidência e prevalência do VIH entre populações-chave nas Filipinas

	Incidência do VIH		Prevalência do VIH	
População geral (15-49 anos)	2015	2023	2015	2023
	<0,1/1000 pessoas ^a	0,24/1000 pessoas ^a	<0,1 % ^a	0,3 % ^a
Populações-chave	2022		2018	2023
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	3,4/100 pessoas-ano ^b		5,0 % ^c	7,5 % ^c
			2015	2022
Pessoas que injetam drogas	7,4/100 pessoas-ano ^b		29 % ^c	38 % ^c
			2014	2023
Trabalhadores do sexo	0,2/100 pessoas-ano ^b		0,6 % ^c	1,2 % ^c
			2018	2023
Pessoas transgénero	3,4/100 pessoas-ano ^b		3,9 % ^c	2,8 % ^c

^a AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Novas infeções por VIH entre populações-chave e os seus parceiros em 2010 e 2022, por região do mundo: uma estimativa com base em múltiplas fontes. *J Acquir Immune Def Syndr*. 2024;95(1S):e34-e45 (*Materiais Complementares*).

^c O atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

Programa de prevenção primária do VIH

A cobertura dos serviços de prevenção do VIH entre as populações-chave era inferior a 50% em 2023, mas estava a aumentar entre os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, bem como entre as pessoas transgénero. Os serviços de prevenção estão disponíveis em unidades de saúde públicas, noutros locais fixos e através de serviços móveis e de proximidade geridos por OSC em muitas cidades. Prestadores de serviços privados e de empresas sociais, bem como clínicas de higiene social financiadas por governos locais, também prestam serviços relacionados com o VIH.

O conjunto completo de intervenções de prevenção do VIH recomendado pela OMS está, em teoria, disponível, embora os esforços liderados pelo governo para erradicar o consumo de drogas ilícitas tenham tornado os programas de troca de agulhas e seringas praticamente inacessíveis e tenham impedido a prestação de serviços eficazes de prevenção do VIH baseados na comunidade para pessoas que consomem ou injetam drogas (40). O acesso à PrEP oral está a expandir-se rapidamente e está disponível num número crescente de prestadores de cuidados

de saúde públicos e sem fins lucrativos, geralmente sem custos para o indivíduo (41).²³ O acesso à PEP é menos fácil, estando disponível principalmente em unidades de saúde públicas ou em clínicas privadas ou geridas por organizações da sociedade civil (embora mediante pagamento pelo próprio) (42).

Tabela 11. Cobertura dos serviços de prevenção do VIH nas Filipinas

Cobertura e utilização dos serviços de prevenção do VIH^a		
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	2018	2022
Cobertura dos serviços	15 % ^a	29 % ^a
Uso de preservativo	40 % ^a	59 % ^a
Cobertura de TARV		89 % ^a
Pessoas que injetam drogas	2016	2023
Cobertura do serviço	52 % ^a	
NSP	nd	
OAMT	nd	
Uso de preservativos	15 % ^a	
Cobertura de TARV		58 % ^a
Injeção segura	64 % ^a	62 % ^a
Trabalhadores do sexo	2018	2023
Cobertura dos serviços	72 % ^a	15 % ^a
Uso de preservativo	85 % ^a	71 % ^a
Cobertura de TARV		88 % ^a
Pessoas transgénero		
Cobertura dos serviços	18 % ^a	38 % ^a
Uso de preservativo	41 % ^a	58 % ^a
Cobertura de TARV		86 % ^a

^a O atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

nd: sem dados.

A prestação de cuidados de saúde nas Filipinas é amplamente descentralizada, sendo o Departamento Nacional de Saúde responsável pela orientação política. Os governos provinciais, municipais e locais são responsáveis pela gestão e financiamento dos serviços de saúde locais (40).

Os governos municipais prestam cuidados de saúde primários através de unidades de saúde rurais, centros de saúde e postos de saúde «barangay». Os prestadores de cuidados de saúde com e sem fins lucrativos, incluindo as OSC, cobram, geralmente, taxas de utilização, embora estas sejam, por vezes, subsidiadas através de

²³ O Governo, através do Departamento de Saúde, financia kits de teste de VIH (de rastreio e de confirmação) e PrEP, enquanto os serviços móveis de PrEP e os serviços de PrEP em centros comerciais são apoiados pelo PEPFAR através dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (41).

atividades de empreendedorismo social (43).²⁴ Em cooperação com o governo local, as OSC também prestam serviços de prevenção do VIH (incluindo a PrEP) através de atividades de sensibilização móveis. Os serviços virtuais são comuns e são, geralmente, prestados por OSC, utilizando uma combinação de redes sociais, chatbots, aplicações e websites para oferecer consultas online com profissionais de saúde, gestão de casos, lembretes de consultas, compra de preservativos e kits de autoteste de VIH, PrEP oral e renovações de ARV. Muitos prestadores de serviços das OSC são geridos por pares remunerados ou voluntários das respetivas comunidades de populações-chave.²⁵

Governança e financiamento

Em 2024, mais de 80% dos filipinos estavam inscritos na Corporação Filipina de Seguro de Saúde (PhilHealth), uma entidade pública ligada ao Ministério da Saúde. A PhilHealth administra o Programa Nacional de Seguro de Saúde e garante um pacote mínimo básico de cuidados de saúde que seja acessível, aceitável, disponível e acessível a todos os cidadãos, no âmbito dos esforços do Governo para alcançar a cobertura universal de saúde.

Cerca de 80% do orçamento total para a prevenção do VIH (33,2 milhões de dólares em 2023) provém de recursos internos, principalmente através do seguro de saúde, enquanto cerca de 1% provém do Fundo Global e os restantes 19% de outros doadores. Entre 2021 e 2023, no entanto, apenas 41% do plano estratégico nacional global para o VIH foi financiado (44). O apoio à prestação de serviços de prevenção e ao reforço de capacidades das OSC provém principalmente do Fundo Global, de outros doadores externos e através de reembolsos da PhilHealth.²⁶ Como os reembolsos podem demorar entre seis a nove meses, as OSC tendem a necessitar de apoio financeiro inicial.²⁷

²⁴ Por exemplo, a «LoveYourself» e as Iniciativas de Saúde Sustentável das Filipinas.

²⁵ Por exemplo, os «hack-a-thons» organizados pela LoveYourself identificam e resolvem rapidamente os problemas (normalmente em 48 horas). Esta abordagem foi utilizada com sucesso para combater a varíola dos macacos.

²⁶ Para algumas OSC, o financiamento recebido da PhilHealth fornece apoio suficiente para cobrir os custos básicos dos serviços de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave que *não* estão abrangidas pelo programa de seguro de saúde.

²⁷ Os fundos iniciais provém de várias fontes, incluindo empréstimos a juros baixos de indivíduos com elevado património líquido ou lucros de empresas sociais geridas pela OSC. Em alguns casos, o PEPFAR também tem apoiado os custos iniciais.

Tailândia

A incidência e a prevalência do VIH são muito baixas na população em geral, mas são significativamente mais elevadas entre os homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, os profissionais do sexo masculinos e as pessoas que injetam drogas. Está a ser utilizado um modelo de serviços de saúde liderado por populações-chave, implementado pelas Organizações Comunitárias Locais (CLO), para dar resposta à baixa adesão aos serviços de VIH. Os serviços prestados pelas Organizações da Sociedade Civil (OSC) estão amplamente disponíveis, incluindo para a PrEP e a PEP, em locais fixos e móveis, através de ações de sensibilização comunitária e de serviços online e aplicações. O Ministério da Saúde Pública e o Gabinete Nacional de Segurança Sanitária, financiado pelo governo, integraram os serviços de cuidados de saúde e os custos orientados para as populações-chave no sistema de saúde mais alargado, como parte dos esforços para alcançar a cobertura universal de saúde.



Contexto epidemiológico

A prevalência e incidência globais do VIH na Tailândia são muito baixas, mas as populações-chave são afetadas de forma desproporcional pela epidemia, sendo a incidência do VIH especialmente elevada entre profissionais do sexo, homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, e pessoas que injetam drogas ([Tabela 12](#)).

Tabela 12. Incidência e prevalência do VIH entre populações-chave na Tailândia

População geral (15-49 anos)	Incidência do VIH		Prevalência do VIH	
	2015	2024	2015	2024
	0,36/1000 pessoas ^a	0,23/1000 pessoas ^a	1,4 % ^a	1,0 % ^a
Populações-chave	2022		2018	2023
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	1,7/100 pessoas-ano ^b		12 % ^c	1,7 % ^c
			2014	2022
Pessoas que injetam drogas	1,2/100 pessoas-ano ^b		21 % ^c	10 % ^a
			2021	2023
Trabalhadores do sexo	2,2/100 pessoas-ano ^b		1,7 % ^c	4,2 % ^c
			2018	2023
Pessoas transgénero	0,2/100 pessoas-ano ^b		11 % ^c	2,2 % ^a

^a AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Novas infeções por VIH entre populações-chave e os seus parceiros em 2010 e 2022, por região do mundo: uma estimativa com base em múltiplas fontes. *J Acquir Immune Def Syndr.* 2024;95(1S):e34-e45 (*Materiais Complementares*).

^c O atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

Programa de prevenção primária do VIH

Com exceção da naloxona para o tratamento de overdoses de opiáceos, todos os serviços de prevenção do VIH recomendados pela OMS estão disponíveis (3). No entanto, a cobertura dos serviços de prevenção tem vindo a diminuir entre as populações-chave (Tabela 13). Desde 2015, tem sido utilizado um modelo de serviços de saúde liderado pelas populações-chave para aumentar o acesso e a utilização dos serviços de VIH. O modelo envolve a formação de prestadores leigos, frequentemente pares das comunidades das populações-chave, para prestarem uma variedade de serviços de VIH e outros serviços de saúde em clínicas de OSC (45).

Tabela 13. Cobertura dos serviços de prevenção do VIH na Tailândia

Cobertura e utilização dos serviços de prevenção do VIH		
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	2021	2023
Cobertura dos serviços	50 % ^a	36 % ^a
Uso de preservativo	78 % ^a	86 % ^a
Cobertura de TARV		78 % ^a
Pessoas que injetam drogas	2020	2023
Cobertura do serviço	35 % ^b	62 % ^a
NSP	9 % ^b	3,3 ^a
OAMT	9 % ^a	33 % ^a
Uso de preservativos	40 % ^a	77 % ^a
Cobertura de TARV	43 % ^a	87 % ^a
Injeção segura	95 % ^a	
Trabalhadores do sexo	2021	2023
Cobertura do serviço	86 % ^a	98 % ^a (2024)
Uso de preservativo (última relação sexual remunerada)	95 % ^a	95 % ^a
Cobertura de TARV	9 % ^a (2019)	71 % ^a (2024)
Pessoas transgénero	2020	2023
Cobertura dos serviços	44 % ^a	34 % ^a
Uso de preservativo	79 % ^a	80 % ^a
Cobertura de TARV		75 % ^a

^a O atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

^b Quadro de avaliação da coligação global para a prevenção do VIH: Tailândia. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024.

Preservativos, lubrificantes, agulhas/seringas, OAMT e PrEP estão disponíveis tanto em unidades de saúde governamentais como em organizações da sociedade civil (OSC), embora as pessoas das populações-chave pareçam preferir aceder aos serviços através das OSC. Mais de 80% das pessoas que atualmente utilizam a PrEP na Tailândia recebem-na através de serviços de saúde liderados pelas populações-chave (46). A PEP está disponível gratuitamente, mas apenas em hospitais públicos (47). O Ministério da Saúde Pública e as OSC têm procurado formas de melhorar o acesso à prevenção do VIH.²⁸

Mais de 60% das pessoas que injetam drogas estavam a receber serviços de prevenção do VIH em 2023. Embora o uso de material de injeção esterilizado tenha sido relatado como elevado, este diminuiu ao longo da década anterior, com

²⁸ As diferentes perspetivas do Ministério da Saúde Pública e das OSC podem ser consultadas em: Pengnonyang S, et al. Certificação de prestadores leigos para a prestação de serviços de VIH liderados por populações-chave no sistema nacional de saúde da Tailândia: lições aprendidas. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(7): e25965; Lertpiriyasuwat C, et al. O compromisso da Tailândia em apoiar serviços de VIH liderados pela comunidade. *Lancet HIV.* 2023;11(3):e141; e Phanuphak N, et al. Resposta ao compromisso da Tailândia em apoiar serviços de VIH liderados pela comunidade. *Lancet HIV.* 2024;11(3):e141-e142.

o número de agulhas/seringas esterilizadas distribuídas por pessoa que injeta drogas a permanecer baixo. A cobertura do OAMT estagnou em níveis muito baixos. Pouco mais de um terço dos homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens estavam abrangidos por serviços de prevenção do VIH em 2023, mas a cobertura relatada era muito mais elevada (quase 100%) entre os profissionais do sexo.

Governança e financiamento

O sistema de saúde na Tailândia é descentralizado, sendo os serviços de apoio ao VIH (DSD) prestados por organizações da sociedade civil (principalmente organizações comunitárias de base e organizações de base local) em centros de acolhimento, centros de saúde comunitários e através de ações de sensibilização comunitária. As intervenções virtuais geridas por organizações da sociedade civil estão cada vez mais disponíveis e incluem ações de sensibilização online, assistência na gestão de casos, informação direcionada e compra online de preservativos, lubrificantes, kits de autodiagnóstico do VIH e recargas de PrEP.

Em 2016, o Gabinete Nacional de Segurança Sanitária, financiado pelo Governo e responsável pelo financiamento do programa de cobertura universal de saúde, começou a pagar às OSC por atividades de «alcance e recrutamento» relacionadas com o VIH, no âmbito de um mecanismo de contratação social. Em 2018, o Ministério da Saúde Pública introduziu um sistema de certificação para todos os tipos de prestadores de serviços de saúde comunitária (), com base na qualidade do serviço, competências administrativas/de gestão e capacidades do pessoal, com reavaliações realizadas a cada dois a três anos (48). Desde 2019, os prestadores leigos que trabalham para as OSC têm podido receber formação e certificação do ministério.²⁹ Os agentes comunitários de saúde para pessoas que vivem com VIH receberam formação e certificação do Instituto Ratchasuda, da Universidade Mahidol.

O Gabinete Nacional de Segurança Sanitária aumentou recentemente os seus investimentos em OSC que implementam modelos de prestação de cuidados liderados por populações-chave, através de contratos sociais e reembolsos indiretos a OSC que estabelecem parcerias com hospitais públicos. O modelo de parceria permite que as OSC trabalhem sob supervisão profissional presencial ou à distância (49).

Uma análise recente do modelo de prestação de serviços liderado pelas populações-chave destacou a transição do envolvimento comunitário para a liderança comunitária na conceção do modelo, bem como o valor da componente de certificação e da integração com o sistema nacional de saúde. Constatou-se também um aumento da adesão aos testes de VIH e à PrEP entre as populações-chave. O

²⁹ A formação inclui aconselhamento, recolha de amostras para testes de VIH e IST, realização de testes rápidos/no local de atendimento e dispensa de TARV e PrEP conforme prescrito por um médico.

apoio dos doadores está a ser aproveitado para gerar dados sobre a viabilidade e o impacto do programa, o que, por sua vez, está a facilitar debates políticos de alto nível sobre como efetuar a transição para um maior financiamento nacional e sustentabilidade. A análise também destacou a importância de formar coligações com múltiplas partes interessadas nacionais e internacionais para superar barreiras regulamentares e políticas (48).

Zimbabué

Os serviços de prevenção combinada são prestados por OSC, incluindo OSC locais, a pessoas de populações-chave em grande escala em todo o país, em locais fixos e através de ações de sensibilização comunitária. Esses serviços são apoiados por mecanismos de encaminhamento bem coordenados para as unidades de saúde públicas. Alguns são supervisionados por comités de monitorização das unidades de saúde. A integração das atividades das OSC e dos serviços para populações-chave no sistema de saúde pública é apoiada pelo governo nacional, que também aloca recursos nacionais para a contratação social de OSC. Estes e outros esforços reduziram a prevalência e a incidência do VIH entre todas as populações-chave e na população em geral.



Contexto epidemiológico

O Zimbabué enfrenta uma epidemia generalizada de VIH, embora tanto a incidência como a prevalência do VIH tenham diminuído na última década (Tabela 14). Embora a incidência e a prevalência do VIH sejam especialmente elevadas entre os profissionais do sexo, parecem ter diminuído consideravelmente nos últimos anos entre homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, pessoas transgénero e pessoas que injetam drogas. A prevalência do VIH entre adolescentes e mulheres jovens continua a ser uma grande preocupação.

Tabela 14. Incidência e prevalência do VIH entre populações-chave no Zimbabué

População geral (15-49 anos)	Incidência do VIH		Prevalência do VIH	
	2015	2023	2015	2024
	5,1/1000 pessoas ^a	1,4/1000 pessoas ^a	15 % ^a	9,8 % ^a
Populações-chave	2022		2017	2023
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens	0,5/100 pessoas-ano ^b		31 % ^c	8,1 % ^c
			2014	2023
Pessoas que injetam drogas	0,12/100 pessoas-ano ^b			5,6 % ^b
			2016	2023
Trabalhadores do sexo	3,33/100 pessoas-ano ^b		59 % ^c	40 % ^c
			2019	2023
Pessoas transgénero	0,6/100 pessoas-ano ^b		28 % ^c	17 % ^c

^a AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Novas infeções por VIH entre populações-chave e os seus parceiros em 2010 e 2022, por região do mundo: uma estimativa com base em múltiplas fontes. *J Acquir Immune Def Syndr.* 2024;95(1S):e34-e45 (*Materiais Complementares*).

^c O atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

Programa de prevenção primária do VIH

Os serviços de prevenção do VIH disponíveis incluem todos os recomendados pela OMS, exceto os programas de agulhas/seringas, OAMT e naloxona para o tratamento de overdoses de opiáceos (3). A cobertura dos serviços de prevenção do VIH para cada população-chave é inferior a 30% e parece ter diminuído nos últimos anos tanto entre profissionais do sexo como entre homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens (não estão disponíveis dados detalhados sobre os serviços para pessoas que injetam drogas).

Tabela 15. Cobertura dos serviços de prevenção do VIH no Zimbabué

Cobertura e utilização dos serviços de prevenção do VIH		
Homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens:	2019	2024
Cobertura dos serviços	26 % ^a	
Uso de preservativo	69 % ^a	92 % ^a
Cobertura de TARV	94 % ^a	100 % ^a (2021)
Pessoas que injetam drogas	2020	2022
Cobertura dos serviços		<50 % ^b
Uso de preservativo	nd	
Cobertura de TARV	nd	
Cobertura do PSC	nd	
OAMT	nd	
Práticas seguras de injeção		
Trabalhadores do sexo		
Cobertura dos serviços		79 % ^b
Uso de preservativo	43 % ^a	50 % ^a
Cobertura de TARV	78 % ^a	95 % ^a
Pessoas transgénero	2019	2024
Cobertura dos serviços	28 % ^a	
Uso de preservativo	82 % ^a	86 % ^a
Cobertura de TARV		100

^a Atlas das populações-chave. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

^b Quadro de avaliação da coligação global para a prevenção do VIH: Zimbabué. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024.

Nd: sem dados.

Os testes de VIH, incluindo testes de confirmação, bem como o início da TARV, estão disponíveis tanto em clínicas públicas como em clínicas de OSC, tal como preservativos, lubrificantes, PrEP e PEP. A criação de procura pela PrEP entre as populações-chave é alcançada por pares de OSC na comunidade e nos centros de acolhimento das OSC. Além disso, as OSC utilizam websites e plataformas de redes sociais para chegar a grupos específicos, especialmente homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens e mulheres transgénero.

O conhecimento sobre a PrEP entre as comunidades das populações-chave é relativamente baixo, mas poderá estar a aumentar (50, 51). A avaliação e a prescrição da PrEP são realizadas por enfermeiros que receberam formação obrigatória ministrada pelo Ministério da Saúde e da Infância, com base em diretrizes em conformidade com as recomendações da OMS. Muitos serviços geridos por organizações da sociedade civil estão ligados a, ou partilham instalações com, unidades de saúde públicas, o que facilita o acesso a enfermeiros com formação em PrEP (52). A sensibilização para a PEP é baixa e a procura é muito limitada, embora existam serviços para a exposição ocupacional e não ocupacional disponíveis junto de médicos em hospitais e centros de saúde. Os esforços para criar procura centram-se principalmente na PrEP.

A migração de profissionais de saúde para países vizinhos e outros locais está a afetar a prestação de cuidados de saúde, incluindo serviços de prevenção do VIH, em todo o país. Os esforços para reduzir o estigma e a discriminação nas unidades de saúde públicas incluem a implementação piloto de Comitês de Monitorização das Unidades de Saúde para Populações-Chave, que estão integrados nos Comitês dos Centros de Saúde existentes, geridos pelo Ministério da Saúde e da Proteção Infantil. Estes comitês são compostos por representantes das populações-chave, pelo Conselho Nacional de SIDA, por OSC e por outras partes interessadas da comunidade (53).

Os progressos na introdução de serviços de redução de danos para pessoas que injetam drogas são limitados, devido principalmente a barreiras legislativas e regulamentares (54). Está previsto um pequeno programa de troca de agulhas/seringas para a capital, Harare, e estão em curso esforços adicionais para introduzir o tratamento com metadona oral (OAMT), sendo ambos os serviços apoiados pelo Fundo Global.

Governança e financiamento

O Conselho Nacional de SIDA coordena e facilita a resposta nacional ao VIH e administra o Fundo Fiduciário Nacional de SIDA, que recebe fundos da Taxa de SIDA.³⁰ O Governo planeia investir 21% dos fundos nacionais para o VIH na prevenção nos próximos anos, com foco em adolescentes e jovens e em populações-chave, especialmente pessoas que consomem drogas (55). O financiamento para a prevenção do VIH para populações-chave tem provindo principalmente de doadores externos, especialmente do PEPFAR e do Fundo Global (56).^{31, 32}

Em 2021, foram lançadas diretrizes políticas para a contratação social de OSC na prestação de serviços, sendo a prevenção combinada do VIH uma das áreas prioritárias. Cerca de 30 OSC estão a aceder a financiamento nacional através deste mecanismo. A monitorização liderada pela comunidade foi implementada no final de 2022 como parte da Estratégia Nacional de Saúde 2021-2025 (57); quase 5% dos locais de prestação de serviços de saúde em 2023 dispunham de tal mecanismo (55). Embora os esforços para ampliar os programas de prevenção do VIH para populações-chave continuem em todo o país, são necessários mais investimentos num quadro jurídico e político propício para uma adesão ideal aos serviços de prevenção entre as populações-chave.

³⁰ A Taxa de SIDA é uma taxa de 3% cobrada sobre o rendimento tributável de pessoas singulares e empresas.

³¹ Em 2023, o Conselho Nacional de SIDA financiou 6% dos serviços de prevenção primária do VIH para profissionais do sexo, enquanto o PEPFAR forneceu 51% e o Fundo Global 30% do financiamento para um pacote abrangente de prevenção primária do VIH para profissionais do sexo (55).

³² Em 2024, para homens homossexuais e outros homens que têm relações sexuais com homens, 18% do financiamento para a prevenção provém do Fundo Global e 59% de outras fontes, incluindo o PEPFAR (56).

Principais modelos de financiamento e prestação de serviços

Com base nos oito países analisados, foram identificadas várias características comuns entre os modelos de financiamento e as tipologias de prestação de serviços que estão a ser utilizados para programas de prevenção primária do VIH dirigidos a populações-chave. Estes modelos não são inteiramente distintos nem mutuamente exclusivos e, conseqüentemente, apresentam várias características que se sobrepõem.

Principais modelos de financiamento

Modelo de Financiamento 1

O Modelo de Financiamento 1 caracteriza-se por uma forte dependência do financiamento de doadores externos para apoiar os serviços de prevenção primária do VIH para populações-chave. Neste modelo, o financiamento dos doadores é canalizado principalmente para o governo e/ou OSC e, com menos frequência, para atores do setor privado (Figura 2). Exemplos de países que utilizam este modelo incluem o Quênia, a Nigéria e o Zimbabuê.

Embora alguns recursos nacionais específicos também possam ser alocados no Modelo de Financiamento 1, os montantes tendem a ser limitados em comparação com os fundos fornecidos por doadores externos. O financiamento nacional para a resposta ao VIH que *não* seja específico para serviços de prevenção do VIH para pessoas de populações-chave não foi considerado neste modelo.

Neste modelo, o financiamento dos doadores tende a ser canalizado diretamente para as agências governamentais, mais frequentemente para o Ministério da Saúde. O apoio centra-se frequentemente no reforço das capacidades e das operações, como no caso do mecanismo nacional de aquisição de produtos para a prevenção primária do VIH (incluindo ARV para PrEP e PEP). Em alguns países, como a Nigéria, a aquisição de produtos para a prevenção do VIH, tanto para o governo como para os prestadores de serviços das OSC, é realizada pelos doadores ou através de um esforço colaborativo entre representantes do governo, dos doadores e das OSC em nome do programa nacional.

A aquisição conjunta liderada por doadores pode ser mais rentável a curto prazo, com volumes de aquisição mais elevados a conduzirem normalmente a preços substancialmente mais baixos. No entanto, a médio e longo prazo, o reforço das capacidades do pessoal e dos sistemas nacionais é vital para que as futuras aquisições se tornem sustentáveis sem assistência direta dos doadores.

O financiamento dos doadores pode também: apoiar o reforço de capacidades e as operações; a aquisição de produtos e equipamentos; a logística para encaminhamentos assistidos entre OSC e hospitais ou clínicas públicas; custos de

arranque; salários do pessoal, incluindo complementos salariais para atrair e reter indivíduos competentes nas OSC e, por vezes, no setor público/governo; e/ou custos com pessoal de gestão e assistência técnica internacional. O apoio de doadores externos é, por vezes, também utilizado para testar intervenções de saúde inovadoras, antes de o governo adotar a intervenção para uma possível ampliação.

Além disso, as OSC podem receber financiamento diretamente de doadores externos, sob a forma de subvenções ou contratos, para prestar serviços de prevenção do VIH em áreas específicas para grupos-alvo específicos. As organizações da sociedade civil e as OSC locais são particularmente importantes nos casos em que as unidades de cuidados de saúde primários do governo são subfinanciadas e/ou o pessoal carece de formação especializada em prevenção primária do VIH para populações-alvo, como no Quênia.

Alguns países, entre os quais a Tailândia, dependiam inicialmente em grande medida do apoio de doadores externos para os serviços de prevenção primária do VIH para populações-chave, mas passaram depois a adotar abordagens mais sustentáveis, como as descritas no Modelo de Financiamento 2.

Modelo de Financiamento 2

O Modelo de Financiamento 2 caracteriza-se pelo elevado recurso a financiamento interno para apoiar serviços de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave. Ao abrigo deste modelo, os governos nacionais atribuem recursos internos a uma agência semiautónoma que administra um mecanismo de financiamento para a distribuição de recursos a entidades responsáveis pela prestação de serviços, com ligações e encaminhamentos estabelecidos para os serviços públicos. Exemplos de países que utilizam este modelo incluem a República da Moldávia, as Filipinas e a Tailândia. Os doadores externos também podem financiar prestadores de serviços selecionados, intervenções específicas ou inovações. Por exemplo, nas Filipinas, o financiamento dos doadores facilitou a introdução de serviços virtuais e abordagens inovadoras para a prestação de PrEP entre as populações-chave.

Em termos gerais, as agências de financiamento semiautónomas utilizam um de três mecanismos.

Modelo 2a

O Modelo de Financiamento 2a envolve a *pré-aquisição*, em grande quantidade, de serviços e a sua prestação através da celebração de *contratos* (por exemplo, na República da Moldávia, a Companhia Nacional de Seguro de Saúde gere o processo), ou a concessão de *subvenções* por uma autoridade nacional aos municípios que, por sua vez, concedem subvenções a OSC para a prestação de serviços nas comunidades.

Normalmente, a agência semiautónoma lança um concurso ou um pedido de cotações para a prestação de um pacote específico de serviços em determinadas áreas. As entidades que cumprem os critérios de elegibilidade podem apresentar propostas ou candidaturas. Com base em critérios pré-definidos, uma comissão de seleção decide quais as propostas a selecionar. É então celebrado um contrato entre a agência semiautónoma e o proponente selecionado para a prestação dos serviços. A prestação dos serviços é monitorizada pela agência semiautónoma em colaboração com o Ministério da Saúde.

Na República da Moldávia, por exemplo, é lançado anualmente um concurso público para a prestação de serviços específicos em determinadas regiões do país, com custos unitários pré-determinados por uma agência de financiamento semiautónoma. Qualquer entidade registada no país pode apresentar uma proposta que abranja uma ou mais áreas geográficas e comunidades de populações-chave. Um requisito fundamental é a capacidade da entidade proponente para trabalhar em parceria com o setor da saúde pública a nível comunitário. Os proponentes também têm de apresentar provas da existência de mecanismos para monitorizar os padrões de prestação de serviços e, cada vez mais, a qualidade dos serviços. Os contratos são, geralmente, celebrados por um período limitado (por exemplo,

um ano). As propostas de menor custo que cumprem os critérios têm mais probabilidades de ser selecionadas.

Modelo 2b

No **Modelo de Financiamento 2b**, uma agência semiautônoma *reembolsa* os prestadores de serviços de saúde por serviços, produtos e medicamentos específicos, à semelhança de uma seguradora de saúde. As organizações da sociedade civil e o setor privado podem inscrever-se na agência semiautônoma se cumprirem determinados critérios (que podem incluir padrões mínimos para instalações de cuidados de saúde e pessoal), como é o caso nas Filipinas e na Tailândia. Nas Filipinas, a PhilHealth reembolsa entidades governamentais e OSC pela prestação de serviços específicos. Na Tailândia, as OSC são obrigadas a estar ligadas a instalações de cuidados de saúde governamentais existentes que supervisionam os padrões e a qualidade da prestação de serviços. Estão em curso esforços para permitir que as OSC lidem diretamente com o Gabinete Nacional de Segurança Sanitária do país através da acreditação e certificação do seu pessoal e sistemas. Tanto nas Filipinas como na Tailândia, as OSC de maior dimensão desenvolveram formas de simplificar os processos.

Uma vez que o reembolso pode demorar algum tempo (por exemplo, pode demorar entre seis a nove meses até uma OSC ser reembolsada pela PhilHealth), as OSC podem necessitar de outras fontes de rendimento para cobrir as despesas de aluguer e de pessoal enquanto aguardam o reembolso. Muitas OSC também operam como empresas sociais ou solicitam empréstimos a juros baixos a indivíduos com elevado património líquido. É frequentemente necessário financiamento inicial para cobrir as despesas iniciais com bens e medicamentos.

O Modelo de Financiamento 2b pode também envolver o financiamento da prestação de serviços de saúde através das *contribuições para a segurança social* de indivíduos com emprego formal; tais serviços podem estar disponíveis apenas para indivíduos que contribuem para os regimes de segurança social. Os serviços prestados ao abrigo deste modelo estão disponíveis em unidades de saúde designadas. Normalmente, o pessoal médico que presta os serviços recebe formação especializada das OSC para tornar o serviço acessível às populações-chave. Em alguns casos, o pessoal das OSC pode ser integrado na prestação de serviços.

Modelo de Financiamento 3

No **Modelo de Financiamento 3**, apenas são utilizados recursos nacionais para financiar serviços de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave.

Na Austrália, os governos federal e estaduais partilham o financiamento do sistema de saúde global e têm responsabilidades separadas e conjuntas para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde das populações nas suas jurisdições. O governo federal tem a responsabilidade principal pelos cuidados de saúde primários, enquanto os departamentos de saúde a nível estadual se concentram na

saúde pública (63). Existem planos estratégicos para responder ao VIH e a outras doenças transmissíveis, tanto a nível estadual como federal. A prevenção primária do VIH é prestada através dos serviços de saúde pública e dos cuidados de saúde primários, sendo que cada departamento de saúde dispõe de um orçamento para a sua resposta ao VIH, que pode ser alocado a um vasto leque de atividades.

Os departamentos de saúde também podem *contratar* organizações da sociedade civil para prestar serviços de prevenção do VIH e serviços conexos a pessoas pertencentes a populações-chave (tal como no **Modelo de Financiamento 2a**), a fim de colmatar lacunas na disponibilidade de serviços numa determinada área geográfica, ou como complemento às unidades de cuidados de saúde primários geridas pelo governo. Exemplos incluem salas de consumo supervisionado de drogas em Sydney e Melbourne e serviços de redução de danos na Austrália Ocidental. Da mesma forma, no setor privado, os médicos de clínica geral que prestam serviços de prevenção primária do VIH a populações-chave são subsidiados com financiamento do governo nacional. Orçamentos para atividades específicas relacionadas com o VIH, como clínicas de saúde sexual, estão disponíveis na forma de reembolsos (semelhante ao **Modelo de Financiamento 2b**).

Além disso, está disponível financiamento não afetado, com base nas necessidades determinadas pelas autoridades locais, embora esse financiamento não seja necessariamente alocado a serviços de prevenção do VIH para pessoas de populações-chave. A aquisição de produtos e medicamentos é frequentemente agrupada para reduzir os custos unitários.

No Brasil, o processo é ligeiramente diferente, na medida em que o Ministério da Saúde central fornece financiamento aos estados para a prestação de serviços específicos. Cada estado negocia então com os respetivos municípios sob a sua jurisdição, após o que os fundos são alocados. Além das agências de saúde pública, as OSC e outras entidades em cada município negociam com a respetiva administração para garantir fundos para a prestação de serviços.

Embora **os Modelos de Financiamento 2 e 3** partilhem algumas características, a principal diferença reside no grau de responsabilidade do governo pela disponibilização de financiamento e na delegação da tomada de decisões e da operacionalização dos fundos nacionais a uma entidade semiautónoma, semelhante a uma seguradora de saúde. Outra diferença é que não existe financiamento externo no **Modelo 3**, enquanto o **Modelo 2** (e as suas variantes) envolve algum grau de financiamento externo que complementa o financiamento nacional.

Figura 2. Modelo de Financiamento 1: financiado principalmente por doadores externos

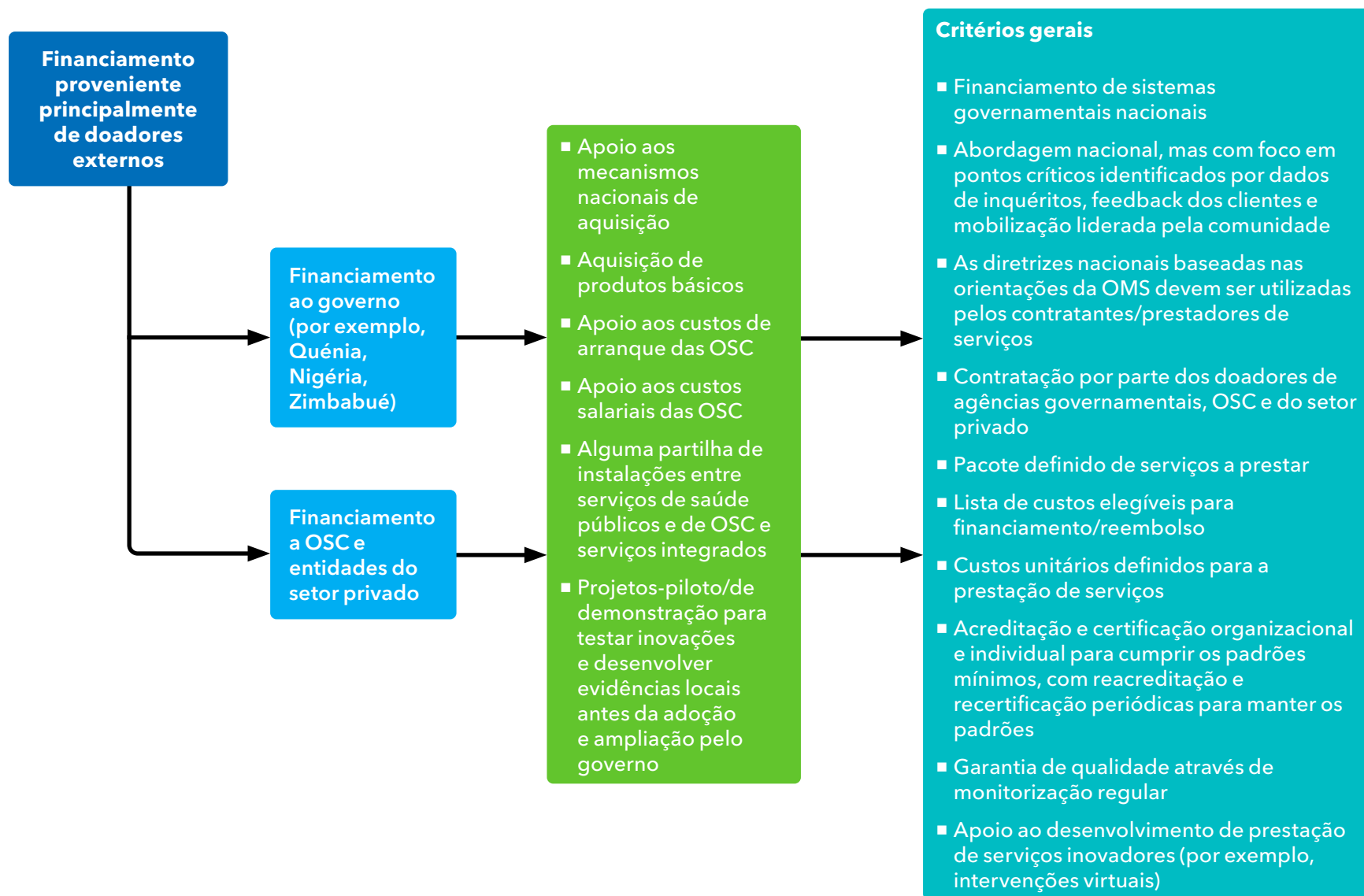


Figura 3. Modelo de Financiamento 2: financiamento significativo proveniente de recursos internos

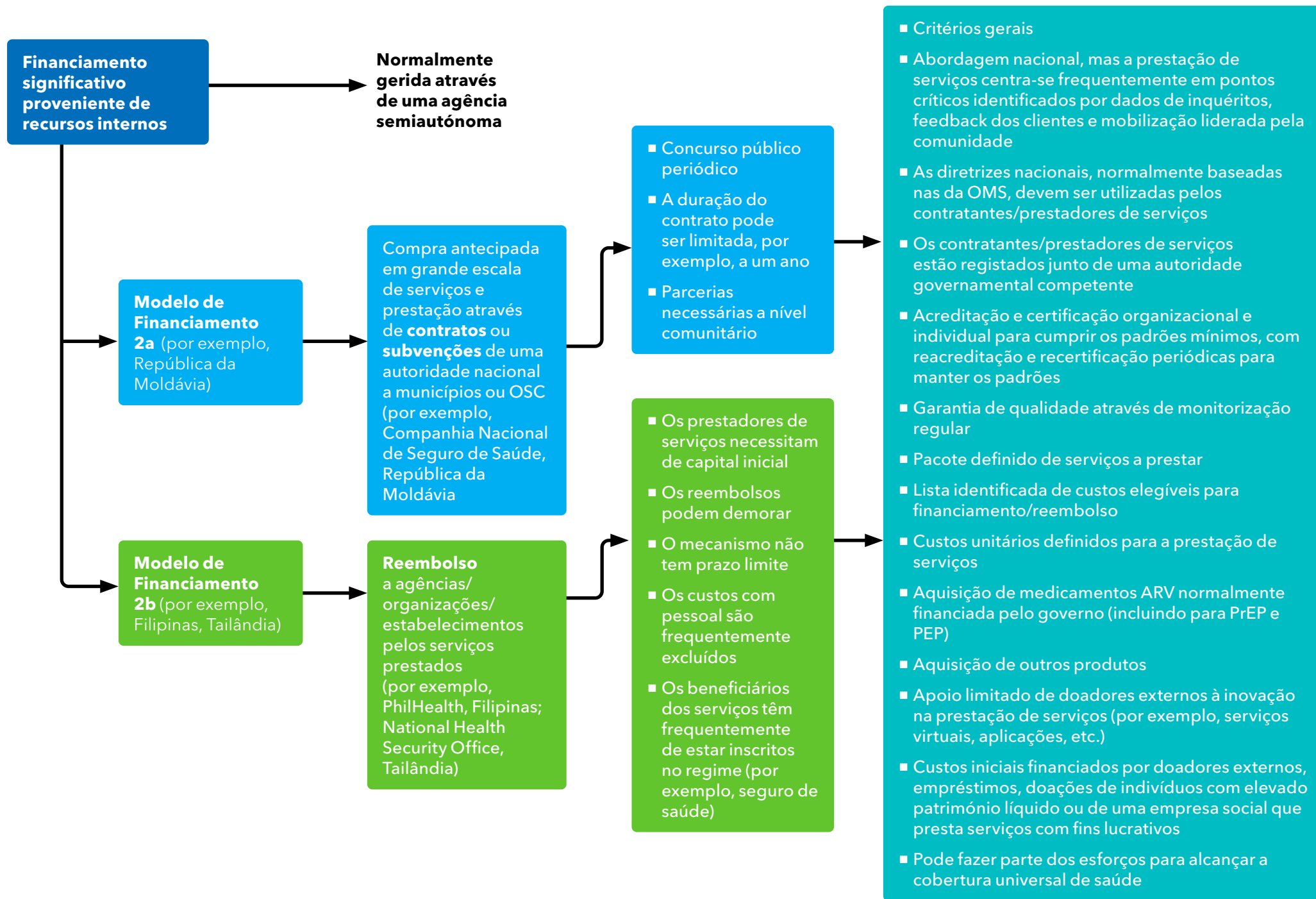
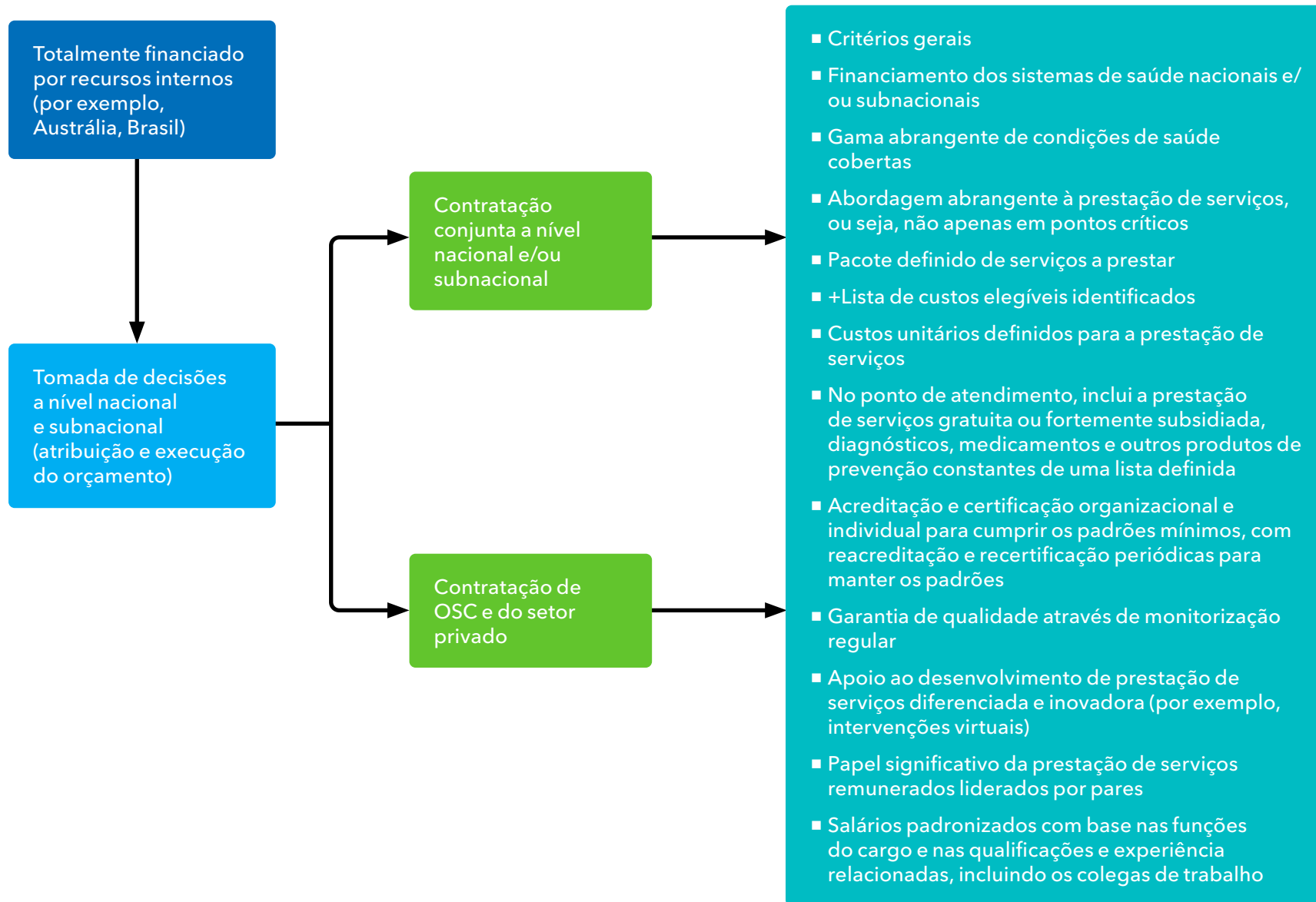


Figura 4. Modelo de Financiamento 3: financiamento integral proveniente de recursos internos



Principais tipologias de prestação de serviços

As principais tipologias de prestação de serviços de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave estão descritas na Figura 5.

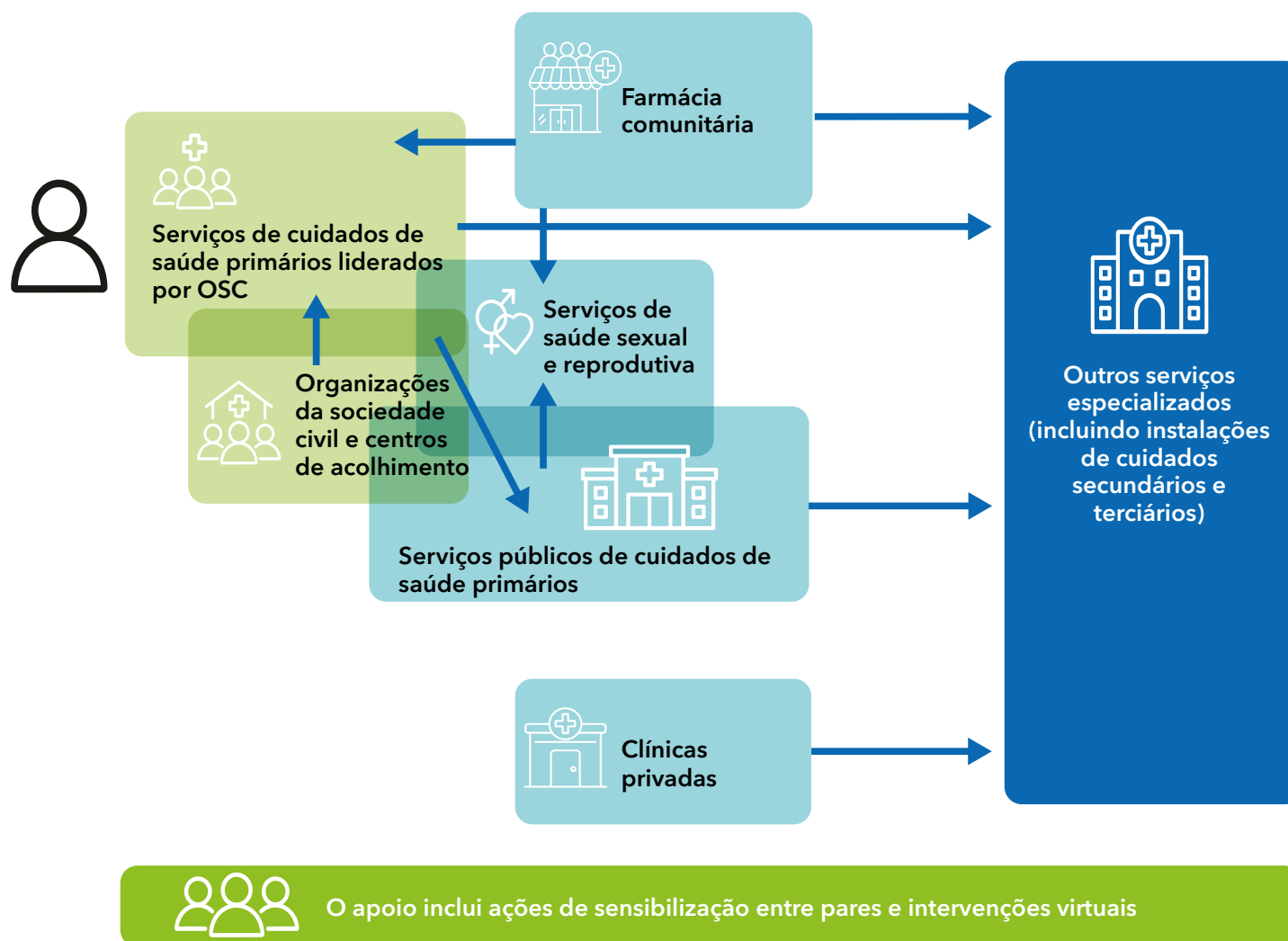


Figura 5. Tipologias de prestação de serviços de prevenção do VIH para membros de populações-chave (as caixas sobrepostas indicam colocalização; as setas referem-se a possíveis vias de encaminhamento; nem todos os cenários são apresentados)

Estas tipologias descrevem os principais componentes da prestação de serviços de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave nos países inquiridos. No entanto, nem todos os componentes estão presentes em todos os países.

As unidades de cuidados de saúde primários públicas e comunitárias são as mais comuns e atendem a todos os setores de uma comunidade numa área de abrangência definida. Estas unidades tendem a ser financiadas principalmente ou inteiramente por recursos nacionais. No entanto, muitas vezes, não são favoráveis às populações-chave, e os receios ou experiências de estigma e discriminação podem dissuadir os membros das populações-chave de as utilizar. Quando as pessoas das populações-chave recorrem a estas unidades, as preocupações com a confidencialidade, o estigma e a discriminação podem limitar a sua capacidade de utilizar plenamente os serviços disponíveis. As barreiras financeiras podem influenciar ainda mais os comportamentos de procura de cuidados de saúde, por exemplo, quando são cobradas taxas informais, mesmo que os serviços sejam nominalmente gratuitos.

Nos diversos modelos de financiamento, as unidades de cuidados de saúde primários públicas e de base comunitária podem receber um aumento de financiamento para prestar serviços a pessoas de populações-chave, à medida que as taxas de utilização aumentam. Aumentar a acessibilidade, a aceitabilidade e a utilização dessas unidades por parte das populações-chave requer o reforço de capacidades direcionado. Este último inclui a formação especializada de profissionais de saúde e pessoal auxiliar, como o pessoal de segurança e de receção, a par de mecanismos de monitorização contínua e de responsabilização. O envolvimento de pares das populações-chave como pessoal também pode promover ambientes mais favoráveis a estas populações.

As unidades de cuidados de saúde primários das OSC são normalmente dotadas de profissionais de saúde contratados pelos governos (e/ou doadores externos) e, posteriormente, contratados e formados pelas OSC, com padrões mínimos e requisitos de qualidade dos cuidados claramente definidos. Um subconjunto das unidades de cuidados de saúde primários das OSC é gerido por OCL, com pessoal proveniente principalmente das comunidades das populações-chave.

Uma distinção fundamental entre as unidades de cuidados de saúde primários públicas e as das OSC é a formação do pessoal e a monitorização contínua dos serviços para garantir que estes são seguros, aceitáveis, favoráveis às populações-chave e de elevada qualidade. Embora as unidades lideradas por OSC não empreguem necessariamente pessoal pertencente às comunidades das populações-chave, os seus modelos de prestação de serviços colocam tipicamente maior ênfase na capacidade de resposta às pessoas, a par da prestação de serviços de cuidados de saúde primários mais abrangentes.

Quando as pessoas pertencentes a populações-chave necessitam de apoio que ultrapassa o âmbito dos serviços de cuidados de saúde primários públicos ou de

organizações da sociedade civil, é necessário o encaminhamento para hospitais de segundo ou terceiro nível. O encaminhamento pode revelar-se um desafio em contextos de criminalização, estigma e discriminação, a menos que os percursos de encaminhamento sejam apoiados e facilitados por pares com formação, provenientes das próprias comunidades das populações-chave. O financiamento de cuidados e tratamentos especializados também pode ser um desafio se as pessoas não tiverem um seguro de saúde que cubra os serviços necessários. Em geral, o acesso tende a ser mais garantido em países onde os serviços de saúde são totalmente financiados por recursos nacionais (Modelo de Financiamento 3), incluindo através do seguro de saúde, embora persistam lacunas.

Pode haver uma sobreposição entre os serviços prestados por OSC e unidades de cuidados de saúde primários geridas pelo governo — como no Zimbabué, onde muitos locais de cuidados de saúde de OSC estão localizados ao lado ou perto de clínicas geridas pelo governo (52) — embora isso também permita encaminhamentos mais fáceis e convenientes. A sobreposição entre os serviços de cuidados de saúde primários públicos e das OSC é particularmente eficaz quando o pessoal de uma unidade governamental inclui indivíduos formados provenientes de comunidades de populações-chave (por exemplo, no Brasil, na Nigéria e em alguns países da Ásia) que podem facilitar os percursos dos doentes.

Os serviços de saúde sexual e reprodutiva podem ser prestados como serviços autónomos ou em unidades de cuidados de saúde primários públicas ou de OSC. No entanto, as pessoas de populações-chave que procuram esses serviços enfrentam frequentemente as mesmas barreiras que impedem o recurso a outras intervenções de saúde. Consequentemente, os serviços são, geralmente, prestados como uma componente integrada de intervenções mais amplas de prevenção do VIH e de saúde, através de prestadores de serviços que são liderados pela comunidade ou que desenvolveram abordagens favoráveis às populações-chave (por exemplo, no Brasil, nas Filipinas e na Tailândia).

No Modelo de Financiamento 1 (financiado principalmente por doadores externos), os doadores podem alocar recursos para apoiar melhorias na qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo torná-los favoráveis às populações-chave (por exemplo, no Quênia, na Nigéria e no Zimbabué). No Modelo de Financiamento 2 (financiado principalmente por recursos internos), os serviços podem fazer parte de um pacote de serviços contratados ou reembolsáveis (por exemplo, nas Filipinas e na Tailândia). No Modelo de Financiamento 3 (totalmente financiado por recursos internos), os serviços são frequentemente integrados com outros serviços, ou beneficiam de financiamento estatal para clínicas específicas (por exemplo, na Austrália) (58).

Em muitas comunidades, existe uma forte ligação entre as farmácias comunitárias, as unidades de cuidados de saúde primários e os serviços de saúde sexual e reprodutiva. As farmácias comunitárias podem desempenhar papéis importantes em todas as tipologias de prestação de serviços de prevenção primária do VIH. As



Foto: ONUSIDA Camboja/2019/Todd Brown

farmácias que prestam serviços de saúde sexual e reprodutiva podem aumentar o acesso, a aceitabilidade e a conveniência para os indivíduos. Conforme demonstrado em estudos, é importante formar o pessoal das farmácias para trabalhar com pessoas de populações-chave, de modo a garantir a prestação eficaz de serviços de prevenção do VIH, incluindo a PrEP, agulhas e seringas sem receita médica e naloxona para o tratamento de overdoses de opiáceos (59, 60).

Os serviços de saúde privados são uma opção adicional, mas o pagamento de taxas pode constituir uma barreira significativa. As pessoas com recursos suficientes podem preferir recorrer a serviços privados que oferecem maior confidencialidade e privacidade.

As organizações lideradas pela comunidade são particularmente adequadas para atender às necessidades das pessoas pertencentes a populações-chave, uma vez que o pessoal provém dessas mesmas comunidades (por exemplo, na Nigéria e na Tailândia) (61, 62). Os serviços liderados por pares tendem a demonstrar maior preocupação com os problemas, a privacidade, a confidencialidade e os direitos das pessoas. A eficácia das OCL é reconhecida na Declaração Política sobre o VIH e a SIDA de 2021, que especifica que as OCL devem prestar 80% dos serviços de prevenção do VIH a populações em alto risco de infecção pelo vírus, incluindo as mulheres dessas populações, até 2025 (6).

Os centros de acolhimento geridos por OSC, especialmente CLO, prestam apoio básico à prestação de serviços de prevenção primária do VIH, especialmente produtos básicos. Tais centros estão, geralmente, ligados a unidades de cuidados de saúde primários geridas por OSC ou adaptadas às populações-chave (por

exemplo, na Nigéria, nas Filipinas e na Tailândia). Os centros de acolhimento ou as unidades de cuidados de saúde primários das OSC servem frequentemente como plataformas para a intervenção comunitária, incluindo a intervenção móvel, junto das comunidades das populações-chave, a fim de prestar serviços regulares e convenientes em vários locais (63-68). Tais serviços são especialmente proeminentes em países onde a prevenção primária do VIH é financiada principalmente por doadores externos (Modelo de Financiamento 1); são menos comuns onde o financiamento provém principalmente de recursos nacionais (Modelo de Financiamento 2), por exemplo, nas Filipinas e na Tailândia. No âmbito do Modelo de Financiamento 3 (totalmente financiado por recursos internos), os centros de acolhimento e as atividades de sensibilização tendem a fazer parte de um pacote de serviços financiado por subvenções ou outros acordos contratuais entre o governo e as OSC.

A utilização de intervenções virtuais é cada vez mais comum. Estas incluem opções baseadas no telefone (por exemplo, chamadas de voz e mensagens de texto) e possibilidades baseadas na Internet (por exemplo, aplicações de mensagens instantâneas, redes sociais, chatbots, plataformas de marketing e publicidade online e websites). A gestão virtual de casos pode apoiar modelos de DSD, tais como serviços comunitários ou domiciliários, incluindo o início e a renovação da PrEP, através de consultas e apoio virtuais, lembretes automatizados ou dirigidos pelo prestador de cuidados, e chatbots. As consultas online, a divulgação virtual através de websites com mensagens direcionadas, redes sociais e aplicações para smartphones oferecem anonimato, bem como oportunidades para chegar às pessoas nos horários e locais da sua escolha. No entanto, estas abordagens exigem que os indivíduos disponham de dispositivos eletrónicos adequados e de acesso à Internet.

Principais conclusões

Características comuns dos modelos de financiamento e prestação de serviços

- 1 Ambientes favoráveis.** Os serviços de prevenção primária do VIH estão mais disponíveis e acessíveis para as pessoas pertencentes a populações-chave em países que dispõem de um quadro legislativo e político favorável, ou onde existe uma abordagem flexível a nível local/comunitário que permite a prestação dos serviços sem interferência significativa por parte das autoridades governamentais, incluindo as forças de segurança. A acessibilidade e a utilização dos serviços são afetadas pelos níveis de estigma e discriminação que os indivíduos enfrentam ao interagir com o pessoal das instalações (profissionais de saúde e pessoal administrativo e de segurança). As medidas impostas pelo governo que visam populações-chave específicas podem inibir ou impedir as organizações de prestar serviços e levar essas populações a evitar os serviços.
- 2 Estigma e discriminação.** Uma variedade de abordagens para instalações de saúde pública favoráveis às populações-chave (sejam geridas por pessoal de saúde do governo com o apoio de organizações da sociedade civil, ou vice-versa) revelaram-se eficazes para atrair pessoas das populações-chave. Estas abordagens estão, geralmente, associadas a níveis muito mais baixos de estigma e discriminação em relação às pessoas das populações-chave.
- 3 Registo e/ou acreditação.** Tal como acontece com outros aspetos da resposta ao VIH e da prestação mais ampla de serviços de saúde, o registo e/ou a acreditação das organizações prestadoras de serviços de prevenção do VIH — tanto do setor público como das OSC — e do seu pessoal junto de uma agência governamental relevante (por exemplo, o Ministério da Saúde) é normalmente exigido. No entanto, o registo e/ou acreditação das OSC pode constituir um obstáculo em países onde existe criminalização e/ou estigma ou discriminação significativos em relação às populações-chave e/ou onde os serviços prestados são desencorajados ou considerados ilegais.
- 4 Manutenção de padrões mínimos.** As entidades acreditadas são obrigadas a cumprir padrões mínimos para manter a acreditação e o financiamento. Isto inclui auditorias operacionais, formação e exames individuais, e a integração ou fornecimento regular de dados aos sistemas nacionais de reporte.
- 5 Utilização de boas práticas/orientações baseadas em evidências.** Os serviços de prevenção do VIH para pessoas de populações-chave

baseiam-se frequentemente nas orientações da OMS e/ou nas melhores práticas baseadas em evidências para garantir a qualidade e a segurança.

- 6 Pacote de serviços básicos.** É definido um pacote mínimo de serviços para financiamento, geralmente adaptado às populações-chave. Os salários do pessoal podem ser excluídos ou financiados separadamente.
- 7 Cálculo de custos.** Os custos unitários dos serviços e/ou produtos são frequentemente acordados antecipadamente. Uma vez que os custos reais podem variar ao longo do tempo (normalmente aumentando), o reembolso por parte da entidade financiadora pode resultar num déficit para a organização prestadora de serviços. Isto pode comprometer a sustentabilidade. Permitir que as organizações contratadas tenham acesso ao mecanismo de aquisição conjunta do governo para produtos, incluindo medicamentos, pode evitar esse risco e apoiar uma melhor integração e sustentabilidade.
- 8 Recolha e partilha de dados.** A recolha e partilha de dados entre governos e organizações da sociedade civil, no âmbito dos sistemas nacionais de informação sobre saúde, constitui um desafio em muitos países, especialmente no que diz respeito à inclusão de dados provenientes de organizações comunitárias. Dados precisos são vitais para compreender as realidades e as necessidades relacionadas com o VIH das populações-chave e até que ponto essas necessidades estão a ser satisfeitas. Embora tenham sido feitos progressos significativos nos esforços de monitorização liderados pela comunidade, a disponibilidade limitada e a heterogeneidade dos dados relativos às populações-chave dificultam estimativas precisas para a programação e monitorização dessas populações. Há muito a ganhar ao garantir que os dados de rotina estejam disponíveis para, e no seio dos, sistemas nacionais de informação estratégica sobre o VIH, a fim de orientar a prevenção do VIH para as pessoas de populações-chave.
- 9 Aumentar a disponibilidade de serviços.** A descentralização da tomada de decisões do nível nacional para os níveis provincial, municipal e comunitário pode ajudar a garantir que os serviços de prevenção primária do VIH satisfaçam as necessidades das comunidades das populações-chave. Os serviços de saúde acessíveis às populações-chave tendem a concentrar-se nas áreas urbanas, deixando as áreas rurais e remotas mal servidas. Foram utilizados pequenos projetos-piloto (por exemplo, no Quênia, na Nigéria e no Zimbabué) para demonstrar a viabilidade dos serviços de VIH para pessoas de populações-chave, o que levou à ampliação desses serviços.
- 10 Prestação diferenciada de serviços.** Uma variedade de locais e tipos de serviços, prestadores e pacotes de serviços é utilizada para complementar

os modelos tradicionais de prestação de serviços, de modo a melhor satisfazer as necessidades das pessoas das populações-chave em matéria de prevenção primária do VIH. Vários países estão a utilizar uma combinação variável de modelos baseados na comunidade e/ou liderados pela comunidade para complementar os modelos tradicionais baseados em instalações. As intervenções virtuais estão cada vez mais disponíveis e a ser utilizadas, proporcionando maior confidencialidade (e potencialmente anonimato) e comodidade para os indivíduos. Podem também apoiar a eficiência dos serviços.

No entanto, as intervenções virtuais não podem substituir componentes fundamentais da prevenção do VIH, tais como os profissionais de saúde, o financiamento, a liderança e a governação, e o acesso a bens essenciais. Para serem eficazes e éticos, todos os modelos de DSD, incluindo as intervenções virtuais, requerem confiança e um forte envolvimento da comunidade, proteção para os utilizadores e prestadores de serviços, confidencialidade e outras salvaguardas. Requerem também o reforço contínuo das capacidades dos prestadores de serviços e financiamento para o alojamento e atualização regular dos serviços, de modo a que reflitam novas informações e orientações (66-68).



Campus Liberty Uganda, Kampala, 25 de outubro de 2019.

Foto: ONUSIDA/E. Museruka

Os governos podem recorrer a agências semiautônomas para aumentar o financiamento interno sustentável dos serviços

A utilização de agências semiautônomas para financiar serviços de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave pode apoiar uma expansão sustentável (ver Modelo de Financiamento 2 no capítulo anterior). Estas agências recebem e atribuem fundos nacionais do governo central a entidades que prestam serviços de prevenção do VIH a populações-chave. Em alguns casos, as agências atuam como uma seguradora de saúde (por exemplo, a Companhia Nacional de Seguro de Saúde na República da Moldávia, a PhilHealth nas Filipinas e o Gabinete Nacional de Segurança de Saúde na Tailândia).

Riscos da dependência do apoio de doadores externos

Com exceção do Modelo de Financiamento 3, todos os modelos de financiamento identificados neste relatório dependem, em certa medida, do apoio de doadores externos. Tanto o Fundo Global como o PEPFAR têm prestado apoio vital aos serviços de prevenção primária do VIH para pessoas de populações-chave na maioria dos países analisados neste relatório, especialmente no que diz respeito aos salários do pessoal e à gestão de mecanismos inovadores de prestação de serviços para a prevenção do VIH. O congelamento repentino de grande parte do financiamento do Governo dos Estados Unidos para o VIH através do PEPFAR no início de 2025 teve um impacto generalizado e perturbou significativamente os esforços de prevenção do VIH liderados tanto pelo governo como pela comunidade em muitos países, destacando o risco da dependência de doadores externos (69).

As organizações da sociedade civil desempenham papéis cruciais na prestação de serviços de VIH a pessoas de populações-chave, com benefícios para o setor público de cuidados de saúde primários

As organizações da sociedade civil, especialmente as organizações lideradas por populações-chave, desempenham papéis cruciais em tornar os serviços de VIH acessíveis a pessoas de populações-chave. Essas OSC estão ligadas, colocalizadas ou integradas à infraestrutura e aos sistemas públicos de atenção primária à saúde em alguns dos países analisados neste relatório. Na Tailândia, por exemplo, isso é um requisito para receber financiamento do governo, enquanto no Brasil e na Nigéria, as OSC facilitam o acesso aos serviços de saúde convencionais. As atividades de sensibilização físicas e virtuais podem ser altamente eficazes quando realizadas por pares das comunidades-alvo e associadas a encaminhamentos assistidos (envolvendo «orientadores pares») para ajudar os indivíduos a navegar em sistemas complicados ou desconhecidos (por exemplo, na Austrália).

Boas práticas para programas de prevenção primária do VIH sustentáveis e escaláveis para pessoas de populações-chave

As boas práticas a seguir podem orientar os países à medida que avançam no sentido de alcançar programas de prevenção primária do VIH sustentáveis e escaláveis para pessoas de populações-chave.

A sustentabilidade da resposta à prevenção do VIH exigirá que os governos invistam mais recursos nacionais em programas de prevenção primária do VIH, incluindo para pessoas de populações-chave

A instabilidade e a redução do financiamento destinado ao VIH realçam o risco de se depender de doadores externos para financiar programas de prevenção primária do VIH. Existem fortes argumentos económicos e sociais a favor de um maior investimento nacional na prevenção, com vista a evitar novas infeções por VIH e a prevenir custos futuros com tratamento e cuidados. É também evidente que as OSC, especialmente as OSC comunitárias, são altamente eficazes para chegar às pessoas de populações-chave e envolvê-las na prevenção do VIH (62, 65, 70-73).

No entanto, para além do congelamento do PEPFAR em 2025, muitos outros doadores externos sinalizaram a intenção de reduzir as contribuições para as respostas ao VIH. É amplamente reconhecido que aumentos rápidos e significativos no financiamento interno para programas de VIH serão difíceis de alcançar para muitos países de rendimento baixo e médio e que são necessárias transições graduais (69). No entanto, no atual panorama do financiamento global da saúde, os governos precisam de dar prioridade à utilização de recursos nacionais para financiar programas de prevenção do VIH, com foco em intervenções que atendam às pessoas de populações-chave e façam o melhor uso possível da experiência e capacidade das OCL.

Os parceiros externos podem ajudar os governos a estabelecer mecanismos de financiamento interno sustentáveis

Tendo em conta o panorama global do financiamento da saúde, é importante que os doadores, as Nações Unidas e outras entidades técnicas promovam e prestem assistência técnica aos governos para estabelecer e gerir mecanismos de financiamento interno através de entidades de seguro de saúde, com vista à prestação de serviços de prevenção primária a populações-chave. Esse apoio deve constituir parte integrante de planos detalhados, orçamentados e realistas para que os países façam a transição do financiamento por doadores para o financiamento interno.

Os governos podem escolher os modelos de financiamento sustentáveis que se adequem aos seus contextos económicos e políticos

Os governos podem escolher entre diferentes opções para atribuir fundos nacionais à prevenção primária do VIH para pessoas pertencentes a populações-chave, de acordo com o seu contexto. O Modelo de Financiamento 2, por exemplo, envolve a criação ou utilização de uma agência semiautónoma que recebe fundos do governo central (por exemplo, na República da Moldávia, nas Filipinas e na Tailândia) e, posteriormente, celebra contratos com prestadores de serviços designados ou lhes reembolsa os custos pela prestação de serviços. Existem também oportunidades de financiamento adicionais e temporárias que os governos podem considerar em colaboração com as OSC, incluindo (73, 74):

- Contratação social (incluindo regimes de reembolso de seguros de saúde sociais).
- Empresas sociais e rendimentos auferidos.
- Investimento em capital (investimento de impacto).
- Títulos de impacto (investimento de impacto).
- Empréstimos e obrigações (investimento de impacto).
- Doações individuais (especialmente de indivíduos com elevado património líquido).
- Financiamento empresarial.
- Financiamento de fundações.
- Financiamento coletivo.

A mobilização de recursos internos e mecanismos inovadores de aquisição, tais como a aquisição conjunta e a contratação social, são fundamentais para alcançar uma maior autossuficiência nacional no financiamento da saúde e na prestação de serviços (69). A contratação social — um mecanismo legal através do qual uma entidade governamental pode contratar OSC para prestar serviços de saúde e outros serviços — já está a ser utilizada em alguns países e apresenta um retorno significativo do investimento (75, 76). Vários países de rendimento baixo e médio têm vindo a gerar lições úteis para a transição do financiamento por doadores. Essas lições enfatizam o valor de casos de investimento robustos para a prevenção primária do VIH, o reforço da defesa de causas, o apoio operacional aos esforços de integração e uma forte vontade política (77).



Alejandra Fang (ao centro), defensora da comunidade LGBTQ+ no Peru.

O envolvimento proativo com agências governamentais pode identificar oportunidades para abordagens de prevenção do VIH sustentáveis e escaláveis

O envolvimento de organizações da sociedade civil diretamente com agências governamentais relevantes para identificar oportunidades de acesso a financiamento nacional para serviços de prevenção do VIH para populações-chave tem sido uma abordagem eficaz em alguns contextos. Isto pode incluir informar os principais decisores sobre abordagens utilizadas noutros países, particularmente aqueles com estruturas de governação e perfis socioeconómicos semelhantes, bem como sobre abordagens de financiamento não tradicionais disponíveis.

Além disso, as OSC podem elaborar orçamentos detalhados, incluindo salários, para a prestação de serviços de prevenção do VIH a populações-chave, a utilizar nas negociações com os departamentos governamentais para estabelecer custos admissíveis e unitários para futuras contratações ou reembolsos.

A integração dos serviços das OSC com as infraestruturas e serviços de cuidados de saúde primários do governo pode reduzir custos e aumentar o acesso

Sistemas de encaminhamento eficazes entre os serviços públicos de prevenção do VIH e os serviços liderados por OSC podem melhorar o acesso para as pessoas das populações-chave. A integração dos serviços das OSC na infraestrutura e nos sistemas públicos de cuidados de saúde primários existentes, incluindo mecanismos de encaminhamento e sistemas de aquisição conjunta, também pode aumentar o acesso e a utilização dos serviços, bem como reduzir os custos de infraestrutura e operacionais. Estas abordagens funcionam melhor quando envolvem de perto pessoal das OSC com formação e acreditado, proveniente de ou ligado às populações-chave.

A eficiência dos serviços e a redução de custos podem apoiar a expansão dos serviços, com base no feedback e noutras contribuições das comunidades das populações-chave.

Políticas revistas podem facilitar a DSD para aumentar a adesão aos serviços de prevenção primária do VIH, incluindo a PrEP e a PEP

Uma prática útil em alguns contextos tem sido a revisão de políticas e diretrizes, quando necessário, para apoiar as opções de DSD. Isso inclui o uso de locais comunitários e intervenções virtuais, bem como a transferência de tarefas para pares e farmacêuticos comunitários que podem aumentar o acesso e a utilização de serviços de prevenção primária do VIH por pessoas de populações-chave, mantendo os padrões de qualidade dos serviços. As intervenções virtuais, por exemplo, podem proporcionar maior confidencialidade e comodidade, ao mesmo tempo que reduzem os custos, melhoram o alcance e mantêm a qualidade (66). Aproveitar essas oportunidades requer esforços contínuos para criar e proteger ambientes propícios, incluindo a existência de disposições regulamentares que permitam às CLO operar, receber financiamento e prestar serviços claramente definidos.

A colaboração entre o governo e as OSC pode estabelecer custos adequados para serviços sustentáveis de prevenção do VIH para populações-chave

Uma prática eficaz em alguns contextos tem sido a colaboração entre governos e OSC para identificar, negociar e padronizar os custos admissíveis e unitários dos serviços de prevenção do VIH para populações-chave. Isso pode ajudar a garantir que a inflação dos preços se reflita em contratos plurianuais ou acordos de reembolso com as OSC. A centralização das aquisições a nível nacional está a ser utilizada com sucesso (por exemplo, na Austrália e na Nigéria) para reduzir os custos unitários individuais.

Os acordos devem também ter em conta os salários do pessoal contratado pelas OSC para a prestação de serviços, custos esses que são frequentemente omitidos nos contratos públicos ou nos mecanismos de reembolso (78). Para uma abordagem mais sustentável, as OSC e os governos devem trabalhar em conjunto para alinhar a remuneração do pessoal das OSC e do setor público com responsabilidades profissionais e competências técnicas *equivalentes* (como se verifica, por exemplo, no Prémio da Indústria de Serviços Sociais, Comunitários, de Cuidados Domiciliários e para Pessoas com Deficiência, a nível da Austrália). Isto poderia também ajudar a reduzir a perda de talentos do setor público para as ONG e o setor privado devido a grandes disparidades salariais.

As revisões da legislação e das políticas podem melhorar o acesso e a utilização da prevenção primária do VIH

Uma prática facilitadora tem sido a revisão da legislação e das políticas para facilitar o acesso de pessoas de populações-chave aos serviços de saúde em geral e aos serviços de prevenção do VIH em particular. Conforme necessário, podem colaborar com as partes interessadas relevantes para proteger os prestadores de serviços de prevenção do VIH contra potenciais processos judiciais por realizarem intervenções de prevenção do VIH que possam ser consideradas como violando as leis existentes, por exemplo, no que diz respeito ao consumo de drogas, ao trabalho sexual e às relações entre pessoas do mesmo sexo.

Acrónimos e abreviaturas

SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	terapia antirretroviral
ARV	antirretroviral
OBC	organização comunitária
CDC	Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
CLO	organização liderada pela comunidade
CLS	serviço liderado pela comunidade
OSC	organização da sociedade civil
GPC	Coalizão Global para a Prevenção do VIH
ONG	organização não governamental
OAMT	terapia de manutenção com agonistas opioides
PEP	profilaxia pós-exposição
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da SIDA
PhilHealth	Corporação Filipina de Seguro de Saúde
PrEP	profilaxia pré-exposição
IST	infecção sexualmente transmitida
TB	tuberculose
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde

Referências

1. Relatório do Dia Mundial da SIDA 2025. Superar as perturbações: Transformar a resposta à SIDA. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-11/2025-WAD-report_en.pdf, consultado em 19 de março de 2026).
2. Análise especial. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025
3. Diretrizes consolidadas sobre a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados do VIH, da hepatite viral e das IST para populações-chave. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
4. Roteiro para a sustentabilidade da resposta ao VIH, parte A — guia complementar. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-response-sustainability-roadmap-part-a-companion-guide_en.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
5. Respostas à SIDA lideradas pela comunidade. Relatório final baseado nas recomendações da equipa de trabalho multilateral. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/community-led-aids-responses_en.pdf, consultado em 3 de fevereiro de 2026).
6. Declaração política sobre o VIH e a SIDA: acabar com as desigualdades e colocar-se no caminho certo para acabar com a SIDA até 2030. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2021 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
7. Reavaliar e reorientar a ajuda externa dos Estados Unidos. 20 de janeiro de 2025. Washington, DC: Casa Branca; 2025 (<https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/reevaluating-and-realigning-united-states-foreign-aid/>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
8. Impacto dos cortes no financiamento dos EUA na resposta global à SIDA. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025 (<https://www.unaids.org/en/impact-US-funding-cuts>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
9. Novas infeções por VIH entre populações-chave, proporções em 2010 e 2022. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2023 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/new-hiv-infections-data-among-key-populations-proportions_en.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
10. Introdução à sustentabilidade da resposta ao VIH. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV%20response%20sustainability%20response%20primer_web.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).

11. Construir respostas sustentáveis ao VIH lideradas pelos países. Comunicado de imprensa. Genebra; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 20 de dezembro de 2024. (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/features-tories/2024/december/20241220_building-country-led-sustainable-hiv-responses, 20 de dezembro de 2024).
12. Salamon LM, Sokolowski SW. Para além das organizações sem fins lucrativos: reconceptualizar o terceiro setor. *Voluntas: Int J Voluntary and Nonprofit Org.* 2016;27(4):1515-1545 (<http://www.jstor.org/stable/43923245>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
13. Chan C, et al. Monitorização da adesão à profilaxia pré-exposição ao VIH (PrEP) na Austrália (Edição 11). Sydney: Kirby Institute; 2024 (https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Monitoring-HIV-pre-exposure-prohpylaxis-PrEP-uptake-in-Australia_Issue-11.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
14. Bharat C, et al. Tendências na utilização de medicamentos para o tratamento com agonistas opioides na Austrália, 2013-2022. *Int J Drug Pol.* 2024;123;104255.
15. Morrison E. Instalações de injeção supervisionadas. Surry Hills, NSW: Health Equity Matters; 2024 (<https://www.healthequitymatters.org.au/resources/supervised-injecting-facilities>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
16. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de VIH, SIDA, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico VIH e SIDA 2025. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025.
17. AIDSinfo. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA. (<https://aidsinfo.unaids.org/>; consultado em 20 de abril de 2026).
18. Comissão de Articulação com Movimentos Sociais sobre VIH/SIDA, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis; Comissão Nacional de VIH, SIDA, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde.
19. Almeida LF, Rocha GM, et al. Envolvimento em organizações não governamentais e participação em ações de prevenção do VIH/SIDA entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2021;37(11):e00150520. doi:10.1590/0102-311X00150520.
20. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de VIH, SIDA, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painel de monitorização da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Brasília: Ministério da Saúde; 2022 (<https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-prep>; consultado em 21 de abril de 2026).
21. *Brasil Saudável: Unir para Cuidar.* Brasília: Ministério da Saúde; 2024 (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel>; consultado em 21 de abril de 2026).

22. Quadro de resultados da Global HIV Prevention Coalition: Quênia. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/kenya_scorecards_2024.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
23. Entrevista com informante-chave com o gestor do programa responsável pelas populações-chave, Nairobi: Sociedade da Cruz Vermelha do Quênia (Beneficiário Principal do Fundo Global); dezembro de 2024.
24. Perfil nacional da prestação de serviços diferenciados: Quênia. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2023 (<https://dsd.unaids.org/>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
25. Quadro para a implementação da profilaxia pré-exposição ao VIH no Quênia. Nairobi: Ministério da Saúde; 2022 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2023/04/Kenya-PrEP-Framework.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
26. Kiptinness C, et al. Prestação online de profilaxia do VIH: Protocolo para o estudo-piloto ePrEP Quênia. *Front Public Health*. 2023;11:1054559.
27. Programa Nacional de Controlo da SIDA e das IST. Inquérito biocomportamental entre populações-chave no Quênia utilizando amostragem orientada pelos inquiridos. Resultados do inquérito. Reunião de Consenso do Inquérito, 25–26 de novembro de 2024. Nairobi: Ministério da Saúde; 2024.
28. Resposta ao questionário do Departamento de Seguros de Saúde, Companhia Nacional de Seguros de Saúde. Chişinău: República da Moldávia; dezembro de 2024.
29. Profilaxia pré-exposição para a prevenção do VIH na Europa e na Ásia Central: Monitorização da implementação da Declaração de Dublin sobre a Parceria para combater o VIH/SIDA na Europa e na Ásia Central—relatório de progresso de 2023. Estocolmo: Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças; 2024 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-prevention-dublin-declaration-evidence-brief-2023.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
30. Mecanismo de Coordenação Nacional da República da Moldávia. Pedido de financiamento, Janela 2 TB/VIH 2024–2026 ao Fundo Global. Genebra: Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária; 2023 (<https://data.theglobalfund.org/location/MDA/access-to-funding>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
31. Mosca I, Richardson E. Sistemas de saúde em ação: República da Moldávia. Copenhaga: Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa; 2022 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362346/9789289059176-eng.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
32. Climaşevschi I. Implementação do programa nacional de prevenção e controlo do VIH/SIDA e das IST, 2023. Chişinău: Programa Nacional de Prevenção e Controlo do VIH/SIDA e das IST; 2024. República da Moldávia; 2024.
33. NACA: Modos de transmissão do VIH na Nigéria: aplicação do modelo de incidência 2020 (https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2021/08/Mode-of-Transmission-of-HIV-IPM_Report_Nigeria-2020.pdf; consultado em 20 de abril de 2026).

34. Relatório da revisão do programa para populações-chave na Nigéria. Abuja: Agência Nacional para o Controlo da SIDA; 2024 (<https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2024/09/Signed-KPPR-Draft-Final-Report-27082024DG-Director-RM-E.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
35. Entrevistas com informadores-chave de organizações da sociedade civil na Nigéria, Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024.
36. Manual operacional de prestação de serviços diferenciados para a prevenção, tratamento e cuidados do VIH. Abuja: Ministério Federal da Saúde; 2021 (<https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/DSD-guidelines-Nigeria.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
37. Relatório da revisão do programa para populações-chave na Nigéria. Abuja: Agência Nacional para o Controlo da SIDA; 2024 (<https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2024/09/Signed-KPPR-Draft-Final-Report-27082024DG-Director-RM-E.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
38. Orientações operacionais. Abuja: Autoridade Nacional de Seguro de Saúde; 2023 (<https://www.nhis.gov.ng/wp-content/uploads/2023/10/NHIA-OPERATIONAL-GUIDELINES-2023.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
39. Coleman M, et al. Integração do VIH e dos cuidados de saúde primários para populações-chave: modelos liderados pela comunidade do Vietname, Nigéria e Essuatíni. *J Int AIDS Soc.* 2025;28(9):e70027.
40. Gangcuangco LMA, Eustaquio PC. O estado da epidemia de VIH nas Filipinas: progressos e desafios em 2023. *Trop Med Infect Dis.* 2023;8(258) <https://doi.org/10.3390/tropicalmed8050258>.
41. Entrevistas com informadores-chave, representantes da saúde do governo local sediados nas Filipinas, dezembro de 2024.
42. Lista de estabelecimentos que dispensam PEP. Manila: LoveYourself; 2024 (<https://loveyourself.ph/list-of-pep-dispensing-establishments/>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
43. Dayrit MM, et al. Análise do sistema de saúde das Filipinas. 2018;8(2). Manila: Organização Mundial da Saúde; Observatório da Ásia-Pacífico sobre Sistemas e Políticas de Saúde; 2018 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274579/9789290226734-eng.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
44. Perfil de resultados sobre o VIH/SIDA nas Filipinas. Genebra: Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária; 2024 (<https://data.theglobalfund.org/annual-results>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
45. Entrevistas com informadores-chave, representantes da Divisão de SIDA e IST (DAS), Bangucoque: Ministério da Saúde Pública; dezembro de 2024.
46. Phanuphak N, et al. Resposta ao compromisso da Tailândia de apoiar serviços de VIH liderados pela comunidade. *Lancet HIV.* 2024;11(3):e141-e142.

47. A Tailândia recua no seu compromisso em relação ao VIH após acolher a 51.ª reunião do Conselho de Coordenação do Programa da ONUSIDA. Banguécoque: APCOM; 2022 (<https://www.apcom.org/thailand-backtracks-hiv-commitment-after-hosting-51st-unaidspcb/>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
48. Pengnonyang S, et al. Certificação de prestadores leigos para a prestação de serviços de VIH liderados por populações-chave no sistema nacional de saúde da Tailândia: lições aprendidas. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(7): e25965.
49. Lertpiriyasuwat C, et al. O compromisso da Tailândia em apoiar serviços de VIH liderados pela comunidade. *Lancet HIV.* 2023;11(3):e141.
50. Bero B, Zidana C, Showa SP. Preditores de retenção na PrEP entre populações-chave em áreas urbanas do Zimbabué — uma abordagem de aprendizagem automática. *Afr J AIDS Res.* 2023;22(3):157-164.
51. Parmley LE, et al. Envolvimento na cascata da profilaxia pré-exposição (PrEP) entre uma amostra orientada por inquiridos de homens sexualmente ativos que têm relações sexuais com homens e mulheres transgénero durante a fase inicial de implementação da PrEP no Zimbabué. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(2):e25873.
52. Entrevistas com informadores-chave de organizações da sociedade civil no Zimbabué, 2024.
53. Moyo P, et al. Criação de comités de monitorização de instalações liderados por populações-chave para reforçar a adesão a serviços abrangentes de prevenção do VIH em instalações de saúde públicas em Harare, Zimbabué. Apresentado na 12.ª Conferência da IAS sobre Ciência do VIH, 2023 (https://clientfacingsa.blob.core.windows.net/programme/pagmaterials/IAS2023/PPT/18960_577/Moyo_AIDS2023_Poster_KP-FacilityMonitoringCommittees_final.pdf, consultado em 6 de janeiro de 2025).
54. Plano Diretor Nacional de Medicamentos do Zimbabué. Harare: Ministério da Saúde e Cuidados Infantis; 2021 (<https://www.ltaz.co.zw/wp-content/uploads/2021/06/Zimbabwe-National-Drug-Master-Plan-7-5.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
55. Mecanismo de coordenação nacional do Zimbabué. Janela de solicitação de financiamento 2 TB/HIV 2024-2026 ao Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária. Genebra: Fundo Global; 2023 (<https://data.theglobalfund.org/location/ZWE/access-to-funding>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
56. Perfil de resultados sobre VIH/SIDA. Genebra: Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária; 2024 (<https://data.theglobalfund.org/annual-results>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
57. Estratégia nacional de saúde 2021-2025. Harare: Ministério da Saúde e Cuidados Infantis; 2022 (<https://faolex.fao.org/docs/pdf/zim225019.pdf>, consultado em 7 de janeiro de 2025).
58. O sistema de saúde australiano. Canberra: Ministério da Saúde; 2025 (<https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).

59. Roche SD, et al. Disponibilização da profilaxia pré-exposição ao VIH (PrEP) em farmácias privadas: modelos de distribuição globais e orientações de investigação. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2024;21:116-130.
60. Crawford ND, et al. Viabilidade de alcançar populações em alto risco de VIH em farmácias comunitárias. *J Am Pharm Assoc.* 2024;64(6):102239.
61. Ochonye B, et al. Satisfação com a utilização de serviços de saúde pública e de instalações geridas por pares para serviços de prevenção do VIH por populações-chave na Nigéria. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:856.
62. Versteegh L, et al. O impacto epidemiológico e a relação custo-eficácia da prestação de PrEP liderada por populações-chave para prevenir o VIH entre homens que fazem sexo com homens na Tailândia: Um estudo de modelação. *Lancet Reg Health: Southeast Asia.* 2022;7:100097.
63. Rousseau E, et al. Novas plataformas para a prestação de serviços biomédicos de prevenção do VIH a populações-chave: clínicas móveis comunitárias, prestação de PrEP apoiada por pares e liderada por farmácias, e o uso da telemedicina. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;18:500-507.
64. Yang F, et al. Populações-chave e poder: inovação social centrada nas pessoas nos serviços de VIH asiáticos. *Lancet HIV.* 2020;7(1):e69-e74.
65. Luvuno ZPB, et al. Intervenções aceleradas para o controlo da epidemia de VIH e SIDA entre populações-chave: uma revisão rápida. *Afr J Primary Health Care Fam Med.* 2024;16(1):A4088.
66. Intervenções virtuais em resposta ao VIH, às infeções sexualmente transmissíveis e à hepatite viral: inovar — implementar — integrar. Resumo de políticas. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, Organização Mundial da Saúde; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief-virtual-interventions_en.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
67. Zinck MJ, et al. Gestão virtual de casos: uma abordagem diferenciada à prevenção, tratamento e cuidados do VIH. *AIDS.* 2024;38(2):145-151.
68. Phan JM, et al. Intervenções de telessaúde para o VIH em países de rendimento baixo e médio. *Current HIV/AIDS.* 2022;19(6):600-609.
69. SIDA, crise e o poder de transformar—Atualização global sobre a SIDA 2025. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2025 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
70. Ayala G, et al. Respostas ao VIH lideradas por pares e pela comunidade: uma revisão exploratória. *PLoS ONE.* 2021;16(12): e0260555.
71. Mehrotra A, et al. A importância do envolvimento e empoderamento da comunidade de populações-chave nos programas de VIH: insights de um inquérito global com parceiros locais de implementação. *J Glob Health Rep.* 2020;4:e2020044.

72. Moyo E, et al. Intervenções lideradas pela comunidade para a prevenção, tratamento e cuidados do VIH e da SIDA na África Austral: uma revisão exploratória. *Discover Public Health*. 2025;22(1):78.
73. Financiar o futuro: um manual sobre modelos de financiamento sustentáveis para organizações da sociedade civil que apoiam a resposta ao VIH. Durham, NC: FHI360; 2023 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-epi-c-sustainable-funding-primer.pdf>, consultado em 4 de fevereiro de 2026).
74. Grinsztejn B, et al. Grupo Consultivo Road to Rio. De Kigali ao Rio: promovendo uma resposta ao VIH baseada em evidências e equitativa. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(12):e70064.
75. Fórum de Liderança sobre o VIH. Implementação de contratos sociais para a prevenção do VIH. Genebra: Coligação Global para a Prevenção do VIH; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2024 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/implementing_social_contracting_for_hiv_prevention_policy_brief.pdf, consultado em 24 de janeiro de 2026).
76. Rumo ao financiamento público nacional e aos contratos sociais para a redução de danos. Londres: Harm Reduction International; 2023 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/BRIEFING_SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf, consultado em 24 de janeiro de 2026).
77. Neel AH, et al. Sustentabilidade dos programas de VIH na África Austral e Oriental e a evolução do papel da ajuda externa à saúde. *Health Policy Plan*. 2024;39(Supplement_1):i107-i117.
78. O VIH e a cobertura universal de saúde: um guia para a sociedade civil. Genebra; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-uhc-guide-civil-society_en.pdf, consultado em 4 de fevereiro de 2026).

UNAIDS
Joint United Nations
Programme on HIV/AIDS

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 595 59 92

unaids.org