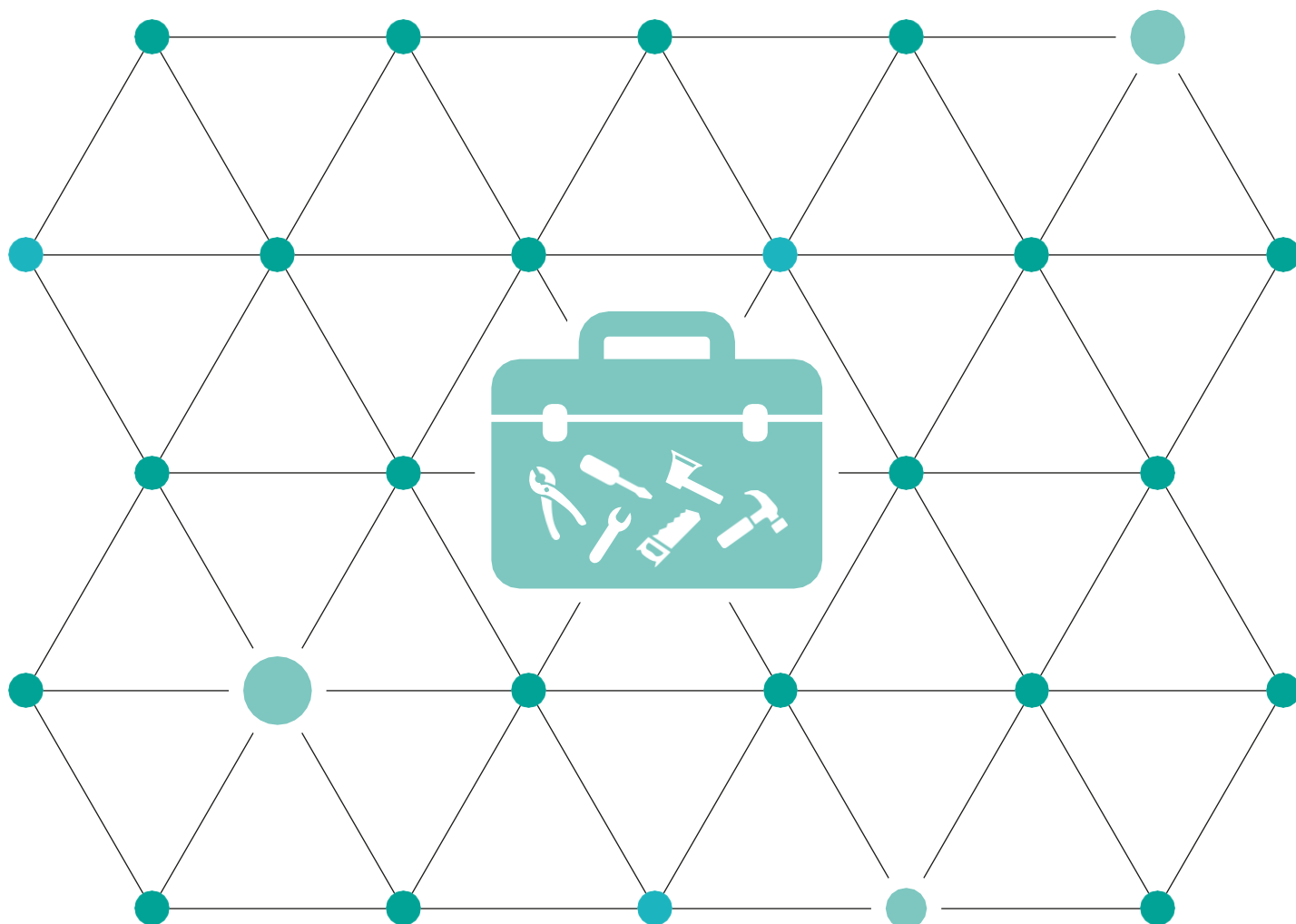


Ferramenta de avaliação do HIV e da proteção social

Gerando evidências para assegurar a criação de políticas e o desenvolvimento de iniciativas no âmbito do HIV e da proteção social



Índice

| | |
|---|----|
| Sumário executivo | 2 |
| Introdução | 3 |
| Populações excluídas | 4 |
| Proteção social | 5 |
| Justificação da ferramenta | 8 |
| Tipos e propósito dos programas de proteção social | 10 |
| Coordenação e gestão dos programas de proteção social | 16 |
| Processo de 3 estágios para implementar a avaliação | 17 |
| Lições aprendidas graças à implementação da avaliação | 22 |
| Glossário | 24 |
| Anexos | 27 |
| Anexo 1. Ferramenta de coleta de dados da avaliação do HIV e da proteção social | 27 |
| Anexo 2. Esquema do relatório da avaliação do HIV e da proteção social | 61 |
| Anexo 3. Possíveis fontes de dados | 62 |
| Anexo 4. Exemplos de programas de proteção social | 63 |
| Anexo 5. Projeto de ordem do dia de uma oficina sobre a avaliação do HIV e da proteção social | 66 |
| Referências | 68 |

Sumário executivo

A ferramenta de avaliação do HIV e da proteção social serve para fazer uma análise rápida dos programas de proteção existentes e de sua sensibilidade (ou falta dela) face à resposta ao HIV num país e num lugar determinado. Dependendo do contexto, pode ser necessário fazer algum tipo de seguimento ou de pesquisas adicionais que envolvam os diferentes atores chave, como os diretores dos programas de HIV, as pessoas encarregadas de administrar a proteção social, seus beneficiários e representantes da sociedade civil. Essa avaliação fornece, aos países e às comunidades, análises customizadas sobre o HIV e a proteção social e visa recolher informação sobre:

- ① Os planos de proteção social dos diferentes países e lugares, seus objetivos, critérios de elegibilidade, coberturas e sensibilidade ao HIV.
- ② Se as pessoas vivendo com HIV, as adolescentes e as jovens com alto risco de infecção, as populações-chave e outras pessoas que possam receber os benefícios da proteção social têm acesso aos sistemas de proteção social existentes e, se não for o caso, identificar as principais barreiras que encaram para obter esses benefícios.
- ③ O que pode ser feito para eliminar essas barreiras e incluir essas populações nos programas de proteção social existentes?

A informação recolhida através da ferramenta de avaliação tem por objetivo apoiar a tomada de decisões para reforçar a sensibilidade ao HIV nos sistemas de proteção social e, dessa forma, termos mais acesso às pessoas vivendo com HIV, às adolescentes e mulheres jovens, às populações-chave e a outras populações, encorajarmos a criação de páginas web nacionais de proteção social sensíveis ao HIV (por exemplo, bases de dados eletrônicas de programas existentes de proteção social sensíveis ao HIV, como <http://socialprotection.org/>), revisarmos estratégias nacionais sobre a AIDS, Tuberculose e Malária e outros programas de bem-estar social e de redução da pobreza. Ainda, a informação poderia ser utilizada para fomentar uma coprogramação e um cofinanciamento intersetorial de programas do HIV e da proteção social.

Este documento contém uma guia passo por passo para realizar uma avaliação do HIV e da proteção social, ou seja, explica como se preparar para realizar a avaliação garantindo a liderança e o compromisso do Governo com o processo e mobilizando os atores e recursos apropriados, como fazer uma ferramenta de coleta e análise de dados pertinentes, como redigir relatórios, validar descobertas e fazer seguimentos.

Além disso, incluem-se anexos com formulários de coleta de dados e seus respetivos formatos de análise, o modelo do relatório de avaliação, uma lista de possíveis fontes de dados, exemplos de proteção social, um projeto de ordem do dia de uma oficina sobre a avaliação do HIV e da proteção social e, finalmente, um glossário dos termos que são frequentemente utilizados na avaliação.

Introdução

“Garantir que 75% das pessoas em risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV se beneficiem de uma proteção sensível ao HIV até 2020”.

Estratégia do UNAIDS
2016–2021

Existe um consenso cada vez maior quanto à existência de conhecimentos e métodos para pôr termo à epidemia do HIV enquanto ameaça para a saúde pública até o ano 2030. Todavia, é preciso ter mais conhecimentos e ferramentas, incluindo uma cura e uma vacina. O compromisso político e o financiamento sustentável na resposta ao HIV são fundamentais para aplicar de maneira eficaz os conhecimentos e métodos existentes. Para estimular os avanços, os objetivos da Aceleração da Resposta visam reduzir as novas infecções pelo HIV a menos de 500 000, diminuir a quantidade de mortes relacionadas com o HIV a menos de 500 000 e eliminar o estigma e a discriminação relacionados com o HIV até o ano 2020. Reduzir o número de novas infecções a menos de 500 000 representaria uma diminuição de 75% das novas infecções pelo HIV em comparação com o ano 2010 e implica atingir um conjunto de objetivos programáticos nas populações com maior risco de infecção pelo HIV. Uma redução dramática das mortes relacionadas com a AIDS exige que 30 milhões de pessoas tenham acesso ao tratamento do HIV através do cumprimento das metas 90-90-90 até 2020, segundo as quais 90% das pessoas vivendo com HIV deve conhecer seu estado sorológico, 90% das pessoas que o conheça deve ter acesso ao tratamento e 90% das pessoas em tratamento deve ter uma carga viral a nível indetectável.

A abordagem da Aceleração da Resposta tenta aumentar a quantidade de serviços verificados para as populações mais excluídas. É preciso se esforçar de forma especial nos 35 países da Via Rápida, 13 dos quais estão no leste e no sul da África e representam 90% das pessoas que contraem novas infecções pelo HIV e 90% das mortes por causas relacionadas com a AIDS. Para atingir objetivos tão ambiciosos, é necessário que exista maior acesso e uso dos serviços nos lugares chave e por parte das populações de maior prioridade, nomeadamente, as pessoas com maior risco de infecção pelo HIV, como as trabalhadoras e os trabalhadores sexuais, homens que fazem sexo com homens, pessoas transgênero, pessoas que usam drogas injetáveis, prisioneiros, mulheres jovens e adolescentes e homens adultos em países de alta prevalência (1).

Reforçar os sistemas nacionais de proteção social e de crianças para garantir que, até o ano 2020, 75% das pessoas em risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV se beneficiem de uma proteção sensível ao HIV é uma meta fundamental da Declaração Política adotada em 2016 para acabar com a AIDS. Esta Declaração inclui metas relacionadas com a proteção social, como a eliminação da desigualdade entre homens e mulheres e de todas as formas de violência contra mulheres e meninas, pessoas vivendo com HIV e populações-chave, e o empoderamento das pessoas em risco de infecção ou afetadas pelo HIV de maneira que conheçam seus direitos e tenham acesso à justiça e a serviços legais. Assim, serão prevenidas e combatidas as violações de direitos humanos como a exclusão do acesso a serviços de proteção social sensíveis ao HIV.

O objetivo da proteção social, que funciona a par com outros objetivos, visa estimular ações que permitam eliminar as barreiras para aceder a serviços de proteção social sensíveis ao HIV no caso de:

- ① As pessoas vivendo com HIV.
- ② As pessoas com maior risco de contrair a infecção pelo HIV, como mulheres jovens e adolescentes do leste e do sul da África e populações-chave.
- ③ Pessoas afetadas pelo HIV, como órfãos e famílias vulneráveis e, principalmente, avós e cuidadoras.

¹ Birmânia, Chade, Etiópia, Haiti, Quênia, Lesoto, Mali, Malawi, Moçambique, Nigéria, Paquistão, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Suazilândia, Sudão do Sul, Ucrânia, Uganda, Vietnã, Zâmbia, Zimbábue.

Populações excluídas

As populações excluídas da resposta ao HIV variam dependendo do país e do contexto. São as mais expostas ao risco, as mais vulneráveis e as mais afetadas pelo HIV devido à exclusão e à discriminação. Esta situação realça a necessidade de reforçar os programas de proteção com o intuito de atingir essas pessoas e satisfazer suas múltiplas necessidades de tipo social, econômico, nutricional, psicológico, legal, alimentar, de saúde, educação e habitação. As populações excluídas incluem aquelas pessoas vivendo com HIV, mulheres jovens e adolescentes, crianças, mulheres grávidas e lactantes vivendo com HIV, prisioneiros, migrantes, pessoas deslocadas, pessoas que usam drogas injetáveis, trabalhadoras e trabalhadores sexuais, homens que fazem sexo com homens, pessoas com deficiências e pessoas de 50 anos de idade ou mais (2).

Cada país e lugar, considerando seu contexto epidêmico e a evidência pertinente, deve priorizar e focar seus programas nas populações excluídas, e pode eleger suas populações-chave para além das já enumeradas.

Proteção social

A proteção social não está relacionada apenas com dinheiro e transferências sociais, como comida e vales. Também abrange financiamentos econômicos, de saúde, seguros, ajudas para obter emprego e assistência social para reduzir a pobreza, a desigualdade, a exclusão e as barreiras para aceder a serviços básicos (3). O objetivo, os grupos beneficiários, o alcance dos benefícios e a cobertura dos diversos programas de proteção variam amplamente em cada país. No entanto, a maioria dos programas de proteção social do mundo são estruturados para reduzir a pobreza e a vulnerabilidade das pessoas pobres.

Os programas de proteção social incluem: programas focados em diminuir os níveis de pobreza e desigualdade, programas que aumentam o acesso a serviços básicos, como de saúde e educação, programas de habitação, programas voltados para pessoas pobres e vulneráveis, como órfãos e outras crianças vulneráveis, as adolescentes e as jovens, pessoas transgênero e pessoas idosas, e programas que transformam o meio social, político e econômico em que vivem as pessoas.

O objetivo desses programas é:

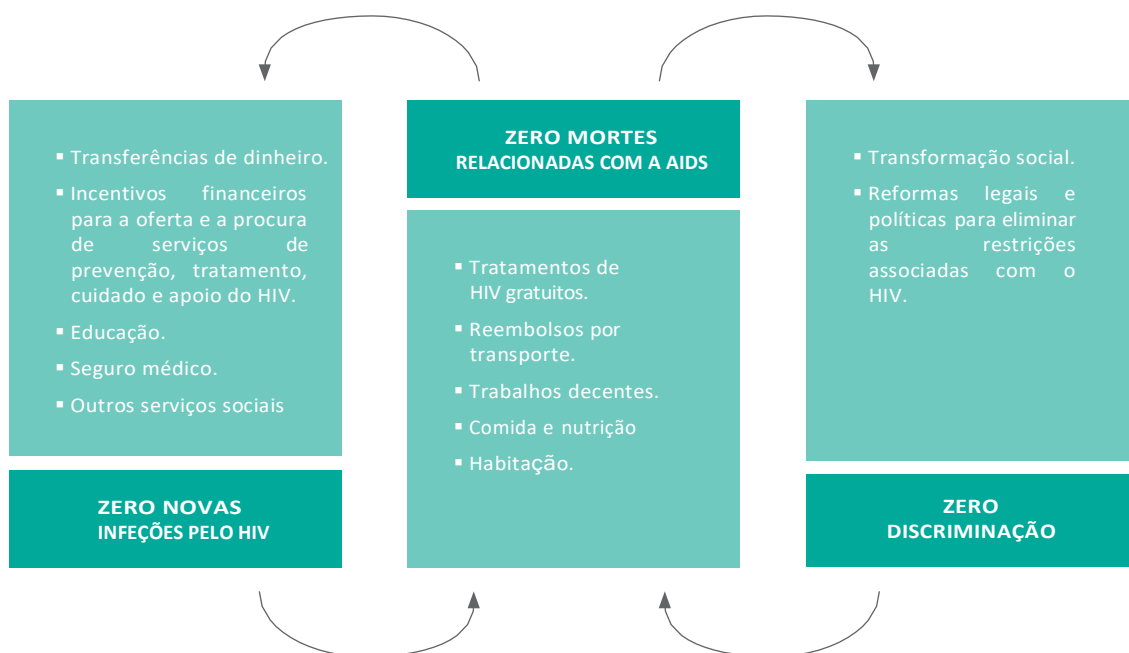
- ① Proteger os fluxos financeiros de indivíduos e famílias vulneráveis de maneira que possam resistir impactos negativos em sua renda e ser resilientes para garantir a obtenção de ganâncias e, com elas, cobrir os gastos básicos do cuidado infantil, a educação de crianças, os alimentos e a nutrição, a água, a habitação e outros elementos essenciais.
- ① Assegurar e aumentar o acesso a serviços médicos e sociais básicos para as pessoas e famílias vulneráveis. Isto inclui bolsas escolares em bloco, programas de apoio acadêmico, incentivos para aumentar o acesso à assistência médica, sobre tudo no caso das populações-chave, e subvenções de habitação e aquecimento.
- ① Defender uma reforma legal e política adequada para transformar o ambiente social em que vivem as pessoas. As atividades incluem a abordagem da privação de direitos em determinadas populações, a redução da desigualdade entre homens e mulheres e a luta contra o estigma e a discriminação que sofrem as adolescentes e as mulheres jovens, bem como as populações-chave.

Proteção social sensível ao HIV

As diferentes funções da proteção social, tanto por si próprias quanto em conjunto, contribuem com o avanço da resposta ao HIV colaborando com a prevenção das novas infecções pelo HIV e com a redução das mortes, do estigma e da discriminação relacionados com a AIDS. A imagem 1 ilustra como é que a proteção social contribui com a otimização da resposta à AIDS.

Os sistemas de proteção contribuem pouco com a resposta à AIDS se não são inclusivos e se são inadequados ou inacessíveis às pessoas em risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV. (4). (Ver exemplos na seção Proteção Social: Avanço da Resposta ao HIV (5) e no Anexo 4). Com contribuições técnicas e financeiras relativamente pequenas, os instrumentos de proteção social podem virar sensíveis ao HIV.

Imagem 1. Como é que a proteção social otimiza a resposta à AIDS



A proteção social gera avanços na resposta à AIDS atacando as desigualdades sociais e econômicas, o estigma e a discriminação que exacerbam as condutas de risco do HIV e a vulnerabilidade ao HIV. As transferências de dinheiro, o incentivo financeiro, a educação, os seguros de saúde e outros serviços sociais previnem o HIV e contribuem com a diminuição de seu impacto. O tratamento gratuito do HIV, os programas de apoio ao transporte, os trabalhos decentes, a comida e a nutrição e outros serviços sociais também contribuem com a prevenção da infecção pelo HIV, uma vez que lhes permitem às pessoas vivendo com HIV ter uma vida longa e saudável. A transformação social, por sua vez, faz com que as pessoas possam exigir e aceder a serviços de HIV de qualidade.

A proteção social é sensível ao HIV quando inclui as pessoas em risco de infecção pelo HIV ou susceptíveis a suas consequências (3). A frase "sensível ao HIV" também faz referência ao grau em que as pessoas em risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV são consideradas e incluídas na estruturação e implementação dos planos de proteção social. O grau de sensibilidade da proteção social pode variar da completa insensibilidade até uma sensibilidade ótima.

Promover uma proteção social sensível ao HIV implica trabalhar com programas voltados para grandes grupos da população (empregados, militares, órfãos e outras crianças vulneráveis, famílias com rendas abaixo do limiar nacional de pobreza, jovens, meninas e mulheres, mulheres grávidas, pessoas com deficiências e pessoas idosas) e garantir que ultrapassem barreiras políticas e sociais e disparidades de conhecimentos que poderiam excluir as pessoas em risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV.

Quando a reforma dos programas de proteção social é muito lenta, ineficiente ou encontra dificuldades no âmbito político para satisfazer as necessidades das pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV, são necessárias estratégias de proteção social relacionadas especificamente com o HIV e focadas exclusivamente nas pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV. Os programas de proteção social sensíveis ao HIV são estruturados com e para pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV. Eles são essenciais em todos os países e contextos epidêmicos para atacar as áreas de vulnerabilidade e de falta de atenção. Esses programas também visam assegurar que existam estratégias de proteção social mais amplas para cobrir essas áreas.

A proteção social sensível ao HIV e a proteção social em geral podem ser apropriadas para algumas populações em contextos particulares. Para obter mais informação, consulte a Nota de orientação: HIV e Proteção Social (6), o Anexo 4 e Proteção Social: Avanço da Resposta ao HIV (5).

Justificação da ferramenta

O papel da proteção social sensível ao HIV é cada vez mais reconhecido nos avanços da resposta à AIDS para aumentar a adoção e o uso de serviços de prevenção, tratamento e atenção ao HIV (7-12). No entanto, ainda existem muitas barreiras para as pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV que têm acesso a serviços de proteção social sensíveis ao HIV. Entretanto, essas barreiras podem ser eliminadas. Existem diversas oportunidades para tirar partido da coprogramação da resposta ao HIV e da proteção social. Este instrumento de avaliação visa:

- ① Preencher a lacuna entre as evidências nacionais do HIV e a proteção social.
- ① Identificar os pontos de entrada de ação conjunta no âmbito do HIV e da proteção social.
- ① Revisar as políticas, os programas e as estratégias de proteção social para os tornar sensíveis ao HIV.
- ① Apoiar o desenvolvimento de políticas, programas e estratégias de proteção social sensíveis ao HIV.
- ① Apoiar a coprogramação da resposta ao HIV e da proteção social nos planos nacionais de resposta ao HIV, nos planos de redução da pobreza e de ajuda ao desenvolvimento e na criação de políticas sociais mais amplas.

Coprogramação intersetorial

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável insiste numa abordagem baseada na priorização dos mais vulneráveis com o objetivo de não excluir ninguém. Trata-se de juntar as forças dos Objetivos e as Metas do desenvolvimento sustentável. O vínculo entre a proteção social e os Objetivos e Metas do Desenvolvimento Sustentável, particularmente o Objetivo 3.3 (acabar, até o ano 2030, com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, e doenças tropicais negligenciadas e tomar medidas contra a hepatite, as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis), representa uma grande oportunidade para a coprogramação da resposta ao HIV, a proteção social e uma agenda de desenvolvimento mais ampla.

O agravamento das desigualdades é uma característica predominante dos nossos tempos. No ano 2020, 56% da população mundial morará em zonas urbanas, nas quais as taxas de HIV são mais elevadas e a pobreza cresce com mais rapidez do que nas zonas rurais. Um bilhão de pessoas morará em favelas urbanas, geralmente superlotadas, poluídas, desprovidas de serviços básicos como água potável, comida, habitações resistentes e saneamento, podendo aumentar a vulnerabilidade ao HIV (14). Os programas de proteção social que fornecem redes de segurança para as pessoas vulneráveis através dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) são essenciais para atingir as metas e avançar na resposta à AIDS. Os ODS obrigam os atores chave a integrar seus esforços em todas as metas, sobre tudo, no que diz respeito ao HIV e à proteção social, conforme indicado na Imagem 2.

Imagem 2. ODS relacionados com o HIV e a proteção social



Apoiar o aumento de iniciativas no âmbito da resposta ao HIV e da proteção social não é unicamente uma ação correta (já que o objetivo das duas é melhorar o sistema de saúde e reforçar os níveis de desenvolvimento no mundo), mas também um investimento inteligente para atingir uma resposta ao HIV mais eficaz. O investimento na resposta ao HIV, nos produtos básicos de saúde, na infraestrutura e nos recursos humanos não será eficaz a menos que os fatores econômicos e sociais da epidemia do HIV sejam abordados estrategicamente.

A proteção social em sinergia com outros elementos estruturais e comportamentais não são consideradas prioridades tão competidoras como, por exemplo, os preservativos e os lubrificantes, a profilaxia pré-exposição, a terapia antirretroviral e a circuncisão médica masculina voluntária, mas como componentes da própria resposta. (1).

As diretrizes atuais dos tratamentos fomentam uma abordagem que integre o HIV na proteção social. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2016 recomendam levar a cabo a profilaxia pré-exposição e a terapia antirretroviral com assistência e apoio abrangentes, como apoio para a adesão ao tratamento, aconselhamento e testes, apoio legal, social e econômico, apoio emocional e mental e acesso a serviços de contracepção e saúde.

As necessidades das populações-chave, nomeadamente das mulheres jovens e adolescentes e das pessoas vivendo com HIV vão para além da resposta à AIDS e do sector de saúde. Cobriremos melhor essas necessidades quando a resposta à AIDS funcionar eficazmente e tirar proveito das fortalezas dos movimentos afins, como os programas de proteção social sensíveis ao HIV apoiados por leis e políticas nacionais. A educação, a alimentação, a nutrição e o registro de nascimentos, os bilhetes de identidade, o transporte, a formação de competências, a ajuda académica, o apoio docente, o desenvolvimento agrícola, a promoção dos meios de subsistência, o apoio legal e a proteção à habitação podem maximizar os resultados do desenvolvimento humano como, por exemplo, aumentando o acesso e o uso dos serviços sociais de saúde e educação do HIV.

Tipos e propósito dos programas de proteção social

Embora os programas de proteção social se agrupem por categorias, eles podem ultrapassar fronteiras classificatórias. Algumas transferências de dinheiro poderiam funcionar com condições flexíveis, enquanto alguns programas de contribuições em espécie podem lhes dar dinheiro às beneficiárias e aos beneficiários. Por exemplo, alguns programas de emergência em espécie oferecem transferências de dinheiro aos recebedores e recebedoras em lugar de comida. Seja qual for o mecanismo, os atores e atoras envolvidos na resposta ao HIV devem trabalhar para garantir que a recepção e a entrega dos benefícios não prejudiquem as pessoas em risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV. Assim, alguns programas de obras públicas talvez não sejam apropriados para as pessoas vivendo com HIV (porque podem estar doentes) ou causar dificuldades às mulheres (porque podem ser cuidadoras). Os programas de proteção social funcionariam melhor se lhes forem atribuídas diferentes funções (16). Por exemplo, as isenções de taxas são usadas ativamente quando as pessoas têm acesso a alimentos, nutrição, rendimento básico e os meios para aceder aos serviços sociais isentos de taxas.

O Quadro 1 ilustra os diferentes tipos de programas de proteção social.

Serviços de saúde

O sector de saúde presta um grande número de serviços de proteção social como parte de serviços de saúde abrangentes para aumentar seu uso e o acesso a eles. Estes serviços, incluindo aqueles de proteção social prestados pelo sector da saúde, são subsidiados por diferentes mecanismos de financiamento do sistema de saúde. O financiamento da saúde se refere a acordos específicos de cada país que levantam e fornecem fundos para prover serviços de saúde nacionais definidos, incluindo serviços para o HIV. O objetivo da cobertura universal da saúde (acesso a serviços de saúde adequados a preço acessível) exige que os sistemas de financiamento da saúde deem a todas as pessoas (incluindo àquelas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV) acesso aos serviços de saúde necessários e garantam que seu uso não causará dificuldades financeiras aos usuários (17). O financiamento dos serviços de saúde pode determinar o alcance de sua cobertura e da proteção financeira para evitar que as pessoas incorram em despesas de saúde catastróficas e na pobreza associada a esses serviços.

Os mecanismos mais comuns de financiamento da saúde são sistemas de arrecadação obrigatórios financiados com fundos públicos através do ministério da saúde ou dos serviços nacionais de saúde, o seguro social e os sistemas voluntários de financiamento privado como seguros de saúde privados e comunitários (18).

Os sistemas de financiamento público são o mecanismo mais difundido de financiamento da saúde. Eles arrecadam e agrupam as receitas de carácter obrigatório para prover serviços de saúde, geralmente gratuitos no momento de uso, através de uma ampla rede de fornecedores governamentais, privados, religiosos e não governamentais.

Quadro 1. Tipos de programas de proteção social.

| Categoria do programa | Subcategoria do programa |
|--|---|
| Transferências de dinheiro condicionadas | <ul style="list-style-type: none"> ③ Transferências de dinheiro voltadas para as pessoas que vivem na pobreza. ③ Subsídio familiar e infantil (incluindo benefícios para órfãos e outras crianças vulneráveis). ③ Benefícios de bolsas. |
| Transferências de dinheiro não condicionadas | <ul style="list-style-type: none"> ③ Transferências de dinheiro voltadas para as pessoas que vivem na pobreza. ③ Subsídio familiar e infantil (incluindo benefícios para órfãos e outras crianças vulneráveis). ③ Benefícios de bolsas em dinheiro. ③ Benefícios de subsídios de habitação e serviços públicos em dinheiro. ③ Ajuda de emergência em dinheiro. ③ Pensão de velhice. ③ Pensões e benefícios por deficiências. ③ Subvenções para os funerais e subsídios para os enterros. ③ Caridades públicas e privadas, incluindo Zakat. ③ Outras transferências de dinheiro. |
| Transferências em espécie não condicionadas | <ul style="list-style-type: none"> ③ Vales-refeição e vouchers. ③ Programas de distribuição de alimentos. ③ Programas nutricionais (terapêuticos, complementários e para pessoas vivendo com HIV ou tuberculose). ③ Ajudas de emergência em espécie. ③ Outros programas alimentares ou em espécie. |
| Alimentação nas escolas | <ul style="list-style-type: none"> ③ Alimentação escolar. ③ Jardins escolares. ③ Distribuição de alimentos ou suplementos alimentares para as escolas. ③ Programas de voluntariado escolar para apoiar famílias vulneráveis (por exemplo, famílias agricultoras). |
| Obras públicas | <ul style="list-style-type: none"> ③ Dinheiro por trabalho. ③ Comida por trabalho. ③ Prestações sociais condicionadas. |
| Isenções de taxas | <ul style="list-style-type: none"> ③ Redução de despesas médicas e de saúde. ③ Isenções de despesas de educação. ③ Isenções de despesas de habitação e serviços. |
| Outras redes de segurança social | <ul style="list-style-type: none"> ③ Outra assistência social. ③ Serviços de assistência social para crianças e jovens. ③ Serviços de assistência social para a família. ③ Serviços de assistência social para pessoas com deficiências. ③ Serviços de assistência social para pessoas idosas. ③ Outras redes de segurança social. |

Os países que dependem principalmente de acordos de financiamento público atingem uma cobertura de saúde mais ampla e uma proteção financeira mais forte para sua população no acesso aos serviços de saúde, sobre tudo, no caso das pessoas pobres e vulneráveis (19). Esses sistemas mobilizam recursos através de diferentes mecanismos de contribuição, impostos e iniciativas nacionais e externas administradas pelos Governos, como *royalties* por recursos e fundos de capital na saúde.

A principal vantagem do financiamento da saúde com fundos públicos é que toda a população compartilha os mesmos riscos a nível nacional. A eficácia administrativa, o controle, a contenção de custos, a reclassificação dos riscos em altos e baixos e a redistribuição dos grupos de alta e baixa renda são maiores nos sistemas de financiamento público. Eles afrontam os riscos da imprevisibilidade e da carência de recursos como consequência das necessidades competitivas de despesa pública e das exigências políticas (18). Estes sistemas poderiam ser ineficazes se não tiverem incentivos ou uma supervisão eficiente e são afetados negativamente se os serviços que oferecem são considerados de baixa qualidade (20).

O seguro social é mais uma forma de financiamento público. Trata-se de um seguro médico independente ou quase independente baseado nas contribuições obrigatórias dos empregados e empregadores na folha de pagamento. O pacote de benefícios é prescrito apenas para pessoas com empregos formais, embora cada vez mais países comecem a subsidiar a participação de trabalhadores da economia informal, bem como de pessoas pobres e vulneráveis. As vantagens essenciais do seguro social são receitas estáveis, participação de parceiros sociais e sua representação, um grande apoio da população devido à noção de solidariedade social, um acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e proteção financeira graças à repartição de riscos de saúde altos e baixos em grupos de diferentes rendas. O seguro social pode ser difícil de administrar. As contribuições das folhas de pagamento podem reduzir a concorrência entre empresas e causar mais desemprego (18).

O seguro de saúde voluntário é um acordo de financiamento privado no qual as contribuições são pagas de maneira privada e voluntária. Os benefícios dos serviços de saúde nesses sistemas voluntários e privados, a menos que sejam subsidiados pelo Governo, são acessíveis apenas por pessoas capazes de os pagarem e são suscetíveis a falhas de mercado como a seleção adversa (na qual as pessoas com maior probabilidade de usar os serviços de saúde são aquelas que pagam os programas de saúde voluntários). Com frequência, um grande número de assinantes saudáveis e de alta renda deve contrabalançar os assinantes que fazem parte da seleção adversa. Esse é o principal desafio dos programas de financiamento voluntário (21). Nenhum país tem avançado substancialmente na cobertura universal da saúde através dos seguros de saúde voluntários. A obrigação de pagar ao seguro e os subsídios do seguro são condições necessárias para atingir a cobertura universal da saúde (22).

O seguro de saúde comunitário é voluntário e, geralmente, é estabelecido em mercados de trabalho informais. Sua principal característica é a participação da comunidade em sua implementação, organização e administração. Por tanto, é necessário um forte senso de solidariedade comunitária. Esse tipo de seguro pode ter efeitos positivos se atingir pessoas da economia informal e os sectores mais pobres da população. Na prática, os programas de seguro comunitário afrontam possibilidades de financiamento limitadas, capacidade institucional restringida para cobrir populações amplas e as pessoas pobres são excluídas, salvo se estiverem subsidiadas.

Os sectores da saúde também podem implementar programas específicos de proteção social e dar incentivos para aumentar o acesso, uso e retenção nos serviços de saúde para populações particulares como mulheres grávidas vivendo com HIV, pessoas que usam drogas injetáveis e pessoas vivendo com HIV ou com tuberculose (TB). Alguns exemplos são os incentivos em dinheiro ou espécie, reembolsos de transporte, alojamento temporário, programas de alimentação e isenções de taxas para motivar as pessoas a usarem os serviços de saúde, tal como demonstram os dois exemplos seguintes.

Na República Democrática do Congo, um programa piloto ofereceu cinco dólares americanos a mulheres vivendo com HIV como incentivo na primeira vez que foram a uma clínica pré-natal a receber serviços de prevenção de transmissão de mãe para filho e um dólar adicional à quantidade dada anteriormente por cada visita posterior. O incentivo melhorou a retenção e o uso dos serviços. Seis semanas após o parto, 81% das mulheres que receberam os incentivos ainda estava no programa, em comparação com 72% das mulheres que não recebeu o incentivo. A falta de seguimento ficou reduzida a perto da metade (47%) e a adesão aos serviços de prevenção de transmissão de mãe para filho, bem como o número de partos no centro médico aumentaram um terço (32%) (9).

As estratégias de proteção social sensíveis ao HIV têm a capacidade de aumentar o acesso aos serviços de atenção ao HIV e à TB e de reduzir a vulnerabilidade das pessoas ao HIV e à TB, melhorando a posição socioeconômica das famílias e a segurança alimentar no que diz respeito à disponibilidade e diversidade de alimentos.

O programa Bolsa Família do Brasil (uma das maiores transferências de dinheiro no mundo) atingiu uma taxa total de cura da TB de 82,1% entre as pessoas beneficiadas com a transferência, isto é, 5,2% mais do que as pessoas não beneficiadas. A associação foi mais alta entre os pacientes que não receberam tratamento a curto prazo, sugerindo que a transferência de dinheiro tem efeitos em potencial ainda maiores, sobre tudo entre as pessoas que têm menos possibilidades de acesso e retenção nos serviços estândaes da TB.

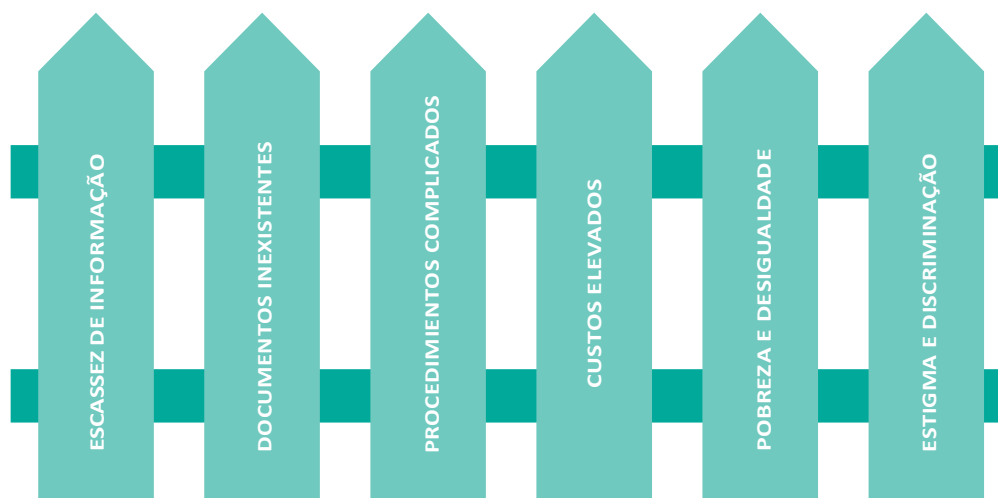
A TB é a infecção oportunista mais frequente das pessoas vivendo com HIV, recebem ou não tratamento pelo HIV (26). A tuberculose ainda é a principal causa de hospitalizações e mortes entre adultos e crianças vivendo com HIV. O HIV e a tuberculose agravam a pobreza de maneira independente e coletiva, uma vez que reduzem a força física e a capacidade de trabalho dos pacientes, levando à diminuição da renda (28).

Barreiras para aceder a serviços de proteção social sensíveis ao HIV

As pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV fazem frente a numerosas barreiras para aceder a serviços de proteção social sensíveis ao HIV. Essas barreiras podem ser políticas, programáticas ou uma mistura dos dois. Para além da carência de programas de proteção social, a inexistência de programas de proteção social sensíveis ao HIV e a existência de serviços e políticas que excluem, explicitamente, as pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV representam outras barreiras. A cobertura limitada e os pacotes de benefícios dos sistemas existentes também poderiam ser uma barreira à política de acesso aos sistemas de proteção social sensíveis ao HIV para as pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV. Os imigrantes, refugiados e viajantes, por exemplo, costumam estar numa sorte de limbo, porque não têm acesso a benefícios em seu lar e não são elegíveis para o acesso a benefícios em seu país ou local de destino. (29)

As barreiras dos programas podem ser a escassez de informação sobre os programas disponíveis de proteção social sensíveis ao HIV, a falta de documentos como bilhetes de identidade ou certidões de nascimento que concedem a elegibilidade e o direito a serviços, procedimentos complicados, o estigma e a discriminação e custos elevados (Imagem 3). Num certo número de casos, as pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV são pobres e desfavorecidas.

Imagem 3. Barreiras dos programas para aceder aos benefícios da proteção social



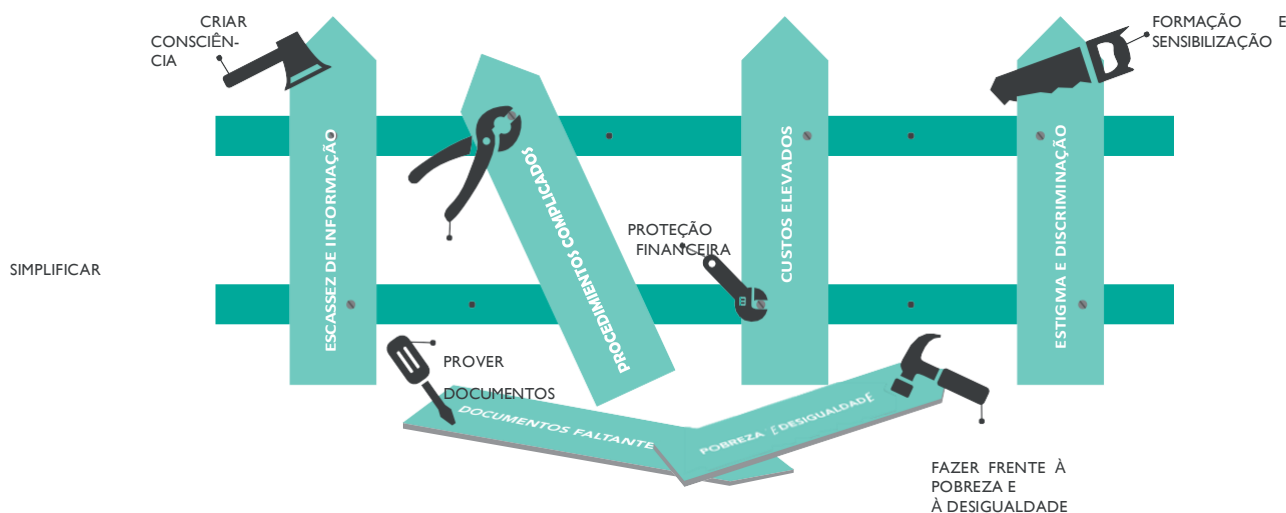
As pessoas com risco de infeção, afetadas ou vivendo com HIV podem ser discriminadas ou autoestigmatizar-se e excluir-se dos sistemas de proteção social sensíveis ao HIV por diferentes razões. Podem fazer parte das populações-chave, como os trabalhadoras e trabalhadores sexuais, os homens que fazem sexo com homens, as pessoas que usam drogas injetáveis ou as pessoas transgênero. Os migrantes, as minorias étnicas, os povos indígenas, as pessoas pobres que moram em zonas rurais e urbanas, os grupos marginalizados e as pessoas que estão na prisão ou que saíram recentemente são, geralmente, "os últimos da fila" ou são excluídos ativamente de serviços públicos e privados (30). Em alguns países, apenas alguns empregados do sector privado, as trabalhadoras e trabalhadores do Governo e os militares são cobertos pelos sistemas de proteção social.

Embora os serviços de proteção social sensíveis ao HIV possam ser gratuitos no momento de uso, o processo de obtenção de serviços pode implicar custos econômicos inacessíveis para os recebedores. Esses custos incluem o transporte para chegar ao local do serviço, as horas de trabalho que deixam de ser pagas e o tempo de espera. A terapia antirretroviral *per se*, por exemplo, pode ser gratuita, mas é provável que os recebedores devam pagar testes ou comprar fármacos para infeções oportunistas em farmácias privadas devido à escassez de medicamentos em hospitais públicos (31) ou porque estes serviços não são isentos de taxas.

Ações para eliminar as barreiras do acesso a programas de proteção social sensíveis ao HIV

Os responsáveis de formular políticas e os encarregados de implementar a proteção social podem necessitar apoio técnico para compreender o impacto financeiro e programático das medidas para eliminar as barreiras. É possível eles precisarem de apoio no contexto da coprogramação intersectorial, do cofinanciamento, da identificação da margem orçamental e de outros fatores da implementação de ações. Também poderiam requerer ajuda para reforçar o processo de determinação do público alvo das iniciativas, a gestão financeira e o desenvolvimento de programas de monitoramento e avaliação confiáveis para aumentar o nível de sensibilidade de um programa ou sistema de proteção social.

Imagem 4. Ações para eliminar as barreiras do acesso à proteção social sensível ao HIV



É possível implementar muitas atividades para eliminar as barreiras que impedem o acesso aos sistemas de proteção social sensíveis ao HIV para as pessoas com risco de infeção, afetadas ou vivendo com HIV, tais como (Imagem 4):

- ① Criar novas estratégias para reparar deficiências e consolidar estratégias existentes num programa mais integral.
- ① Revisar os processos de determinação do público alvo para chegar com mais eficácia às pessoas com risco de infeção, afetadas ou vivendo com HIV nos programas de proteção social.
- ① Ampliar a cobertura geográfica dos programas de proteção social sensíveis ao HIV para satisfazer as necessidades de igualdade e outros assuntos.
- ① Sensibilizar as populações acometidas, como as pessoas vivendo com HIV e as populações-chave, sobre seus direitos e os programas existentes de proteção social sensíveis ao HIV.
- ① Simplificar os processos de acesso a programas de proteção social sensíveis ao HIV, incluindo o estabelecimento de canais únicos de entrega para lhes permitir às pessoas ter acesso a benefícios integrais de proteção social desde um mesmo local.
- ① Fornecer bilhetes de identidade e certidões de nascimento para o reconhecimento governamental das pessoas que não recebem serviços de proteção social com o intuito de receber serviços de proteção social sensíveis ao HIV.
- ① Formar os administradores e fornecedores da proteção social, incluindo as seguradoras, para que sejam mais acessíveis às pessoas com risco de infeção, afetadas ou vivendo com HIV (se forem elegíveis) e envidar esforços por acabar com o estigma e a discriminação no contexto do acesso a benefícios de proteção social que sofrem as pessoas com risco de infeção, afetadas ou vivendo com HIV.

Os esforços para eliminar as barreiras do acesso a sistemas de proteção social sensíveis ao HIV também precisam de um apoio institucional para a administração e gestão da proteção social, de sistemas de indicações e de vínculos entre os serviços de bem-estar social e as entidades dos serviços de saúde. A infraestrutura, o pessoal, o equipamento de escritório e os veículos para a implementação de uma proteção social adequada são frequentemente deficientes ao nível local em que se prestam os serviços.

Coordenação e gestão de programas de proteção social

Num país, província ou distrito pode existir uma gama de serviços de saúde e programas de proteção social que contem com diferentes serviços coordenados e fornecidos por múltiplas agências governamentais e atores não governamentais a diferentes níveis do Governo. Na maioria dos casos, a função de coordenação é atribuída ao ministério mais relacionado com a proteção social: o ministério do desenvolvimento social, o ministério da inclusão social ou a autoridade nacional da segurança social. Nesses casos, o ministério coordenador convoca as entidades a participarem na implementação da estratégia de proteção social. No Brasil, por exemplo, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome coordena a Estratégia de Proteção Social do Brasil. No Quênia, a coordenação é dividida em três ministérios: o Ministério do Trabalho, o Ministério da Segurança Social e dos Serviços e o Ministério da Descentralização e do Planeamento (33).

Outro método de coordenação é realizado através de uma comissão ou de um comitê, muitas vezes chamado de "Comitê Nacional Ministerial". O comitê é criado especificamente para coordenar a estratégia. Frequentemente, esse comitê é subordinado à presidência. Por exemplo, no Benim, o *Comité Socle de Protection Sociale* é o responsável da coordenação da estratégia de proteção social. Devido à estreita relação que têm com o presidente, esses comitês costumam ter maior capacidade de congregação e coordenação do que em outros cenários. Em muitos casos, o comitê pode estar sob a direção de um ministério relevante, como o ministério das finanças e do planeamento econômico, o ministério da saúde e do bem-estar social ou o ministério do trabalho.

Para atingir uma gestão eficaz dos programas de proteção social, os países desenvolveram sistemas de gestão da informação de diferentes graus de complexidade. Os registros sociais de indivíduos e famílias elegíveis para participar num programa, os registros de beneficiários atuais de um programa e os sistemas de seguimento e avaliação são algumas das ferramentas mais usadas para administrar os sistemas de proteção social. É fundamental que os atores da resposta ao HIV garantam que as pessoas elegíveis com risco de infeção, afetadas ou vivendo com HIV estejam nesses sistemas de gestão.

A melhora da coordenação e da gestão dos programas de proteção social entre os diferentes sectores da administração pública, como a saúde, a educação e a agricultura, e os atores não governamentais, internacionais, bilaterais e doadores ainda é uma prioridade para o sucesso dos programas de proteção social (34).

Processo de 3 estágios para implementar a avaliação

Os seguintes três estágios são uma guia para aqueles atores que visam implementar uma avaliação do HIV e da proteção social. São ilustrados pontos chave tanto da preparação quanto da realização da avaliação, da redação de relatórios, da validação de descobertas e das atividades de seguimento que devem ser levados em conta para efetuar uma avaliação útil do HIV e da proteção social.

ESTÁGIO 1

Preparação para realizar a avaliação

As autoridades nacionais da resposta à AIDS e da proteção social, nomeadamente os diretores nacionais dos programas de AIDS e seus designados, os diretores nacionais de proteção social e outros ministérios encarregados da gestão da resposta ao HIV e da proteção social deveriam realizar essa avaliação. Seria ideal as autoridades governamentais contarem com o apoio de uma equipe que inclua o diretor nacional do UNAIDS e os e as representantes designados e designadas mais relevantes entre os copatrocinadores do UNAIDS.

Passo 1: garantir um compromisso de alto nível

O compromisso político de alto nível é fundamental para o sucesso da avaliação do HIV e da proteção social. Para o atingir, as principais instituições governamentais, sobre tudo as autoridades nacionais de resposta à AIDS e de proteção social, deveriam completar as seguintes tarefas com os atores chave:

- ① Identificar os responsáveis governamentais mais importantes, os atores de desenvolvimento e os representantes da sociedade civil para eles participarem da avaliação.
- ② Identificar os desafios e as oportunidades para atingir um apoio de alto nível e preparar as estratégias necessárias para o garantir.
- ③ Preparar uma nota conceptual sucinta de uma página sobre a razão pela qual é importante realizar uma avaliação desse tipo e como é previsto que melhore a resposta nacional à AIDS e aumente a sensibilidade ao HIV nos programas de proteção social.
- ④ Fazer um projeto de plano de recursos para a avaliação. O plano pode incluir um orçamento estimado, os recursos humanos necessários e as fontes de financiamento.
- ⑤ Compartilhar a nota conceptual e a ferramenta com os responsáveis chave. Analisá-la com eles e pedir-lhes suas contribuições, sua implicação e seu compromisso com o processo de implementação da avaliação.

Passo 2: estabelecer uma equipe de avaliação do HIV e da proteção social

As autoridades nacionais da luta contra a AIDS e da proteção social, com o apoio do UNAIDS e de seus copatrocinadores relevantes, deveriam formar uma equipe central para a realização da avaliação.

As autoridades devem identificar e convidar pessoas das instituições mais relevantes a fazerem parte da equipe central da avaliação. Essa equipe deveria incluir pessoas de alto nível do escritório nacional de estatística, do ministério da saúde, das finanças, da agricultura, do trabalho e os sócios chave para o desenvolvimento como a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), o Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária e doadores e representantes da sociedade civil como mulheres vivendo com HIV e populações-chave. É importante garantir que os membros da equipe e suas instituições se comprometam explicitamente a realizar a avaliação.

É necessário que a equipe seja multidisciplinar, integrada por pessoas bem informadas e que reflita o caráter multissetorial da proteção social. Os membros devem ter experiência relevante e conhecimentos sobre a programação do HIV, nomeadamente sobre a resposta nacional à AIDS, a abordagem estratégica, o financiamento, a cobertura, as políticas e as estimativas. Além disso, as autoridades da proteção social devem ter conhecimentos sobre as políticas, o financiamento, a programação e a cobertura dos programas de proteção social sensíveis ao HIV e dos sistemas de saúde nacionais e subnacionais.

É preciso atingir um equilíbrio para garantir a apropriada combinação de conhecimentos técnicos de programas do HIV e da proteção social, de capacidade política para atingir objetivos e de uma dinâmica grupal adequada para dar origem a um debate produtivo na equipe. A equipe não deve contar com mais de 10 membros para assegurar a participação de todos os integrantes e facilitar a tomada de decisões e ações relevantes.

Em conformidade com o princípio de maior envolvimento das pessoas vivendo com HIV (GIPA), é preciso envidar esforços específicos para garantir que as populações afetadas pelo HIV, como as pessoas vivendo com HIV, as mulheres jovens e adolescentes e as e os representantes das populações-chave façam parte da equipe da avaliação e sejam capazes de participar do processo inteiro.

Passo 3: recolher, classificar e armazenar os documentos relevantes

A equipe deve recolher os dados de três fontes: (35) uma análise documental de referências existentes como relatórios de programas de proteção social, contas nacionais de saúde ou relatórios nacionais da medição de gastos relacionados com a AIDS, bem como as bases de dados de monitoramento e avaliação nas quais se encontrem (33), uma análise secundária da informação existente (36) e as respetivas áreas de especialidade dos membros da equipe. Antes de realizar a análise documental, as equipes devem revisar os documentos para determinarem quais serão mais relevantes para a avaliação.

É provável que a equipe deva examinar a credibilidade e objetividade dos documentos. Sempre que possível, a equipe pode realizar uma análise secundária dos dados das pesquisas ou dos programas existentes para compreender a diversidade de tendências e padrões relacionados com o HIV e a proteção social.

Possíveis fontes para obter a informação que deve ser recolhida com antecedência são indicadas nos anexos 1 (Métodos de coleta de dados) e 3.

Onde deve ser feita a avaliação?

Já que essa avaliação é uma análise rápida dos programas de proteção social existentes, de sua sensibilidade ao HIV e da interrelação ou a falta de relação com a resposta ao HIV, ela deve ser feita a nível nacional. As avaliações de seguimento detalhadas, quando forem necessárias, devem ser realizadas a nível subnacional (nas províncias) e sub-subnacional (nos distritos). Em alguns países, sobre tudo naqueles com epidemias focalizadas em áreas determinadas, a avaliação pode ser efetuada na cidade ou distrito particular que carregue com o maior peso no âmbito do HIV. O nível subnacional deveria consolidar os relatórios num nível subnacional dado. Uma cópia do relatório a nível subnacional deve ser entregue às autoridades nacionais de proteção social e de AIDS do país. Quando for preciso, os relatórios subnacionais contribuirão com a avaliação nacional.

A vantagem desse processo é que cada país teria, no mínimo, uma avaliação nacional do HIV e da proteção social que, caso aumentasse a epidemia a nível local, poderia oferecer informação para desenvolver ações pragmáticas e reforçar o acesso a serviços de proteção social sensíveis ao HIV para as populações excluídas da resposta à AIDS.

ESTÁGIO 2

Realizar a avaliação

Organizar uma oficina de avaliação do HIV e da proteção social

As autoridades nacionais da resposta à AIDS e da proteção social deveriam organizar uma oficina sobre o HIV e a proteção social para a equipe central com o apoio técnico dos membros da Equipe Conjunta do UNAIDS. A oficina se basearia na formação da equipe e na realização da avaliação. A formação deveria cobrir temas como a situação da epidemia do HIV, os tipos e funções dos programas de proteção social, o acesso a serviços de proteção social em instalações de assistência médica e os mecanismos de administração da ferramenta de avaliação do HIV e da proteção social.

Propõe-se reservar até uma semana para conduzir a oficina de avaliação. As populações sem trabalho remunerado, como as pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV talvez precisem de ajuda com, por exemplo, os meios de transporte para garantir sua participação na oficina.

Sabendo que os membros da equipe devem ser especialistas em diferentes aspectos do HIV, da proteção social e da administração da avaliação, eles poderiam apresentar alguns elementos da formação. Essa formação deve incluir uma demonstração prática de como preencher os questionários e redigir um relatório. O Anexo 5 contém um projeto de ordem do dia de oficinas de avaliação do HIV que pode ser adaptado ao contexto nacional e local. Quando a formação for completada, a equipe pode realizar a avaliação eletronicamente.

É essencial a informação incluída na avaliação ser documentada e referenciada apropriadamente. Por exemplo, se a equipe de avaliação indica que os migrantes são excluídos do tratamento do HIV, deve ser especificada uma fonte de informação no modelo de recolha de dados.

Os representantes do ministério da proteção social e das autoridades nacionais da resposta à AIDS, em colaboração com os diretores nacionais do UNAIDS, deveriam verificar que o formulário esteja totalmente preenchido e assinar a coleta de dados final. Depois de completar e apresentar os dados, deve estar disponível um relatório de avaliação em bruto no país ou locação de maneira relativamente rápida para a equipe poder redigir um relatório descritivo.

ESTÁGIO 3

Análises de dados, apresentação dos relatórios e validação das descobertas

Análise

Segundo a informação recolhida, é preciso realizar uma análise baseada na ferramenta e formular recomendações. As principais perguntas para guiar a análise e o formato de análise sugerido são incluídos no Anexo 1. Os dados recolhidos devem ser analisados para fazer com que os programas de proteção social, segundo seus objetivos e suas metas atuais, sejam acessíveis às pessoas vivendo com HIV. Para isso, talvez seja necessário abordar as barreiras mais significativas do acesso à proteção social sensível ao HIV para as pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV.

Quanto à análise, é preciso redigir um relatório que inclua as recomendações pertinentes. Já que a maioria dos programas de proteção social sensíveis ao HIV ainda não atingem uma cobertura nacional, talvez seja necessário que, em alguns casos, o relatório inclua recomendações para promover a expansão dos programas de proteção social existentes, em especial se esses programas satisfazem as necessidades das pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV. Talvez seja necessário estruturar programas de proteção social específicos e extremamente focalizados para atingir as populações particularmente excluídas ou vulneráveis e cumprir objetivos mais amplos relacionados com o desenvolvimento. Isso poderia requerer a identificação de novas fontes de ajuda financeira para implementar as recomendações. Sempre que possível, essas recomendações devem se adaptar ao contexto nacional, subnacional e sub-subnacional.

Relatório e validação

O relatório deve ser compartilhado e sustentado pelos atores e atoras chave da resposta ao HIV e da proteção social num ato público para aumentar a visibilidade, a sensibilização às descobertas e angariar apoio político. Os representantes de alto nível dos Governos, as Nações Unidas, os doadores e a sociedade civil, incluindo as pessoas vivendo com HIV e os representantes de outras populações-chave deveriam ser convidados a participar da validação do relatório da avaliação. As descobertas devem ser apresentadas de forma clara e simples com gráficos que transmitam as mensagens mais importantes. Um sumário executivo deveria ser feito a partir do relatório principal e estar disponível durante a reunião para facilitar a assimilação das principais descobertas e recomendações da pesquisa.

Seguimento

A forma e a duração da implementação das recomendações mudarão segundo o contexto, a localização e o tipo. A equipe deve continuar, de qualquer forma, empreendendo ações para reforçar a vontade pública e a propriedade das descobertas através da intensificação da capacidade de executar programas, da identificação das fontes de financiamento de programas de proteção social sensíveis ao HIV e do desenvolvimento de programas complementares. Compartilhar evidência sobre o progresso alcançado para implementar as recomendações sobre a melhora da qualidade de vida das pessoas é importante para manter a vontade política e o compromisso de implementar novas iniciativas.

O reforço de capacidades pode implicar um aumento do número de equipamentos e de funcionários e pessoal de formação nos diferentes tipos de recomendações e instrumentos associados ao acesso à proteção social das pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV. Também pode implicar uma maior difusão de conhecimentos sobre a proteção social das pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV, aumentando a qualidade e a procura dos serviços de proteção social.

Lições aprendidas graças à implementação da ferramenta

A ferramenta foi desenvolvida por membros da equipe Força-Tarefa Interinstitucional (IATT em inglês) para a atenção e o apoio à proteção social. Essa equipe é copresidida pelo UNICEF e o Banco Mundial e coordenada pelo Secretariado do UNAIDS, o UNICEF, o PNUD, a OIT, a OMS, o PAM, o *President's Emergency Plan for Aids Relief* (PEPFAR) e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). AIDSFONDS, anteriormente conhecida como *STOPAIDS NOW!* e *World Vision International*, bem como a Universidade de Oxford, participaram ativamente do desenvolvimento da ferramenta. Foram recebidas contribuições adicionais dos participantes da *Regional Consultation on HIV-sensitive Social Protection* comandada pelo PNUD no Médio Oriente e na África do Norte (MENA em inglês), realizada do 4 ao 6 de agosto do ano 2015 em Sharm el-Sheikh, no Egito, da *HIV and AIDS and The World of Work: A prevention and social protection perspective*, formação da OIT realizada do 12 ao 16 de outubro de 2015 em Turim, na Itália, e participantes da oficina *Conducting an HIV and Social Protection Assessment*, realizada em 1 de dezembro na décima oitava Conferência Internacional da AIDS/DTS (ICASA) em Harare, Zimbabwe.

A ferramenta foi testada em Lusaka, na Zâmbia, do 4 ao 5 de fevereiro de 2016, seguida de outro teste realizado em Nairóbi, no Quênia, do 8 ao 9 de fevereiro de 2016. Cada um desses testes contou com a presença de 36 pessoas, como funcionários de alto nível do Governo que trabalham na resposta ao HIV e na proteção social e representantes da sociedade civil, incluindo pessoas vivendo com HIV, populações-chave, pessoas com deficiências e membros da Equipe Conjunta da ONU. Os dois testes estiveram firmemente apoiados pelos Governos, pelo UNICEF, o UNAIDS e seus copatrocinadores nacionais. As sugestões derivadas dos testes foram usadas para reforçar a ferramenta. As lições aprendidas foram:

- ① Garantir um nível adequado de liderança e propriedade por parte do Governo na realização da avaliação. Na Zâmbia, o Diretor do CNA e o ministro do Desenvolvimento Comunitário e dos Serviços Sociais não participaram apenas da preparação do teste, mas também da oficina correspondente. O compromisso dos dois líderes contribuiu a garantir que uma mistura apropriada de pessoal chave governamental e não governamental participasse ativamente do teste.
- ① Escolher os momentos adequados para realizar a avaliação. A liderança ativa do UNICEF nos testes efetuados na Zâmbia e no Quênia garantiram que fosse escolhida a ocasião adequada para levar a cabo a avaliação em harmonia com os processos políticos. Na Zâmbia, realizou-se uma nota conceptual do Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária, enquanto no Quênia, examinou-se o sistema de gestão da proteção social.
- ① Os grupos de jovens, as pessoas vivendo com HIV, as populações-chave e os representantes da sociedade civil podem precisar de transporte direto ou de outro tipo de apoio logístico para poder participar de toda a avaliação.

Nos dois países, houve representantes dos jovens, das pessoas vivendo com HIV e das populações-chave. No Quênia, esses representantes faziam parte da *Women Fight Aids in Kenia* (WOFAK) e do *Bar Hostess Empowerment and Support Program* (BHESP), enquanto na Zâmbia, tratava-se de representantes da *Network of Zambian People Living with HIV* (NZP+), da *National Youth Network on Population and Development* e da *Zambia National Association of Persons with Disabilities*, entre outros. Esses grupos não teriam participado se não fosse pelo apoio no transporte do UNICEF para o teste no Quênia e do UNAIDS na Zâmbia.

Independentemente das lições aprendidas, ambos os testes demonstraram que a ferramenta pode ajudar a identificar os principais programas de proteção social sensíveis ao HIV existentes e formular recomendações para tomar decisões que aumentem seu nível de sensibilidade.

Glossário

Subsídio em bloco. Subsídio monetário ou em espécie alocado a uma instituição de serviços sociais por parte de uma organização governamental ou não governamental com disposições gerais sobre como o gastar. Um exemplo é o dinheiro ou material escolar dado a uma escola em troca da isenção de taxas a determinados alunos da escola por um período limitado ou ilimitado de tempo. Outro exemplo são as doações monetárias ou em espécie a um centro médico para determinadas pessoas terem acesso a um pacote de serviços médicos nesse centro de forma gratuita por um período limitado ou ilimitado de tempo (35).

Transferência de dinheiro. Pagamentos em dinheiro regulares, previsíveis e de caráter não contributivo dados às pessoas pobres e vulneráveis para reduzir a pobreza e a vulnerabilidade. As transferências de dinheiro compreendem uma gama de instrumentos como pensões sociais, subsídios infantis e programas de obras públicas e têm diversas características:

- ① As transferências monetárias condicionadas exigem que os beneficiários cumpram requisitos de comportamento específicos, como aumentar a matrícula de crianças e a frequência escolar a, pelo menos, 80% das aulas, ter vacunas atualizadas ou garantir que mulheres grávidas façam visitas regulares a centros médicos de cuidados pré-natais.
- ① As transferências condicionadas em espécie implicam alguns requisitos, como garantir um nível de presença escolar mensal em troca de alimentos ou outro tipo de transferências em espécie.
- ① As transferências monetárias não condicionadas não exigem requisitos de comportamento específicos.
- ① As transferências em espécie não incluem condições nem responsabilidades.

Aceleração da Resposta. Abordagem introduzida e promovida pelo UNAIDS para acelerar a implementação de iniciativas essenciais de prevenção, tratamento e direitos humanos que permitirão à resposta à AIDS ultrapassar o ritmo da epidemia do HIV. Essa abordagem, cuja data limite é o ano 2020, tem o objetivo de pôr o mundo no rumo certo para acabar com a epidemia da AIDS até 2030 (36).

Igualdade dos homens e das mulheres. Consideração, valor e privilégios iguais nos diferentes comportamentos, aspirações e necessidades de homens e mulheres. A igualdade entre homens e mulheres significa zero discriminação por questões de gênero na atribuição de benefícios ou no acesso a serviços. A igualdade pode se medir em termos de igualdade de oportunidades ou de resultados (36).

Nota conceptual do Fundo Global. Formato de uma proposta apresentada pelo Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária (Fundo Global) para fazer um pedido de novos fundos ao Fundo Global para qualquer uma das três doenças ou para obter um apoio intersetorial e reforçar os sistemas comunitários e de saúde (36).

Assistência médica. Serviços diagnósticos, preventivos, curativos e paliativos e intervenções a indivíduos ou populações para manter ou melhorar a saúde.

Financiamento da saúde. Acordos específicos de cada país para recolher e reunir fundos com o fim de fornecer os benefícios dos serviços de saúde a nível nacional. Os mecanismos comuns de financiamento da saúde incluem sistemas obrigatórios financiados com fundos públicos através do ministério da saúde ou dos serviços nacionais de saúde como o seguro social e os programas voluntários de financiamento privado como o seguro privado e comunitário (18).

Sector da saúde. Inclui um conjunto de organizações e serviços relacionados com a saúde, tais como serviços de saúde públicos e privados (incluindo aqueles de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e atenção), ministérios da saúde, organizações não governamentais relacionadas com a saúde e organizações profissionais específicas da área da saúde. Também se incluem instituições que contribuem diretamente com o sistema de assistência médica como a indústria farmacêutica e as instituições de ensino.

Cenário de investimento. Documento que justifica a otimização dos investimentos na resposta ao HIV. O cenário é uma descrição da rentabilidade dos investimentos na resposta otimizada ao HIV num país a longo prazo (geralmente, mais de 10 anos). O estado da epidemia e da resposta ao HIV são resumidos, os programas prioritários a serem implementados, as populações e as áreas geográficas nas quais é preciso fazer ênfase para ter um maior impacto são descritos e os recursos necessários são indicados.

Populações-chave. O UNAIDS considera que os homens que fazem sexo com homens, as trabalhadoras e trabalhadores sexuais, os homens gay e outros homens e as pessoas que usam drogas injetáveis são as principais populações-chave. Elas são sujeitas a leis punitivas ou políticas discriminatórias e são os grupos mais possivelmente expostos ao HIV. O compromisso deles é fundamental para uma resposta bem-sucedida à AIDS em todo lugar. São populações essenciais tanto em termos da epidemia quanto da resposta. Cada país deveria identificar quais populações específicas são chave no estado nacional da epidemia e empreender ações com base no contexto epidemiológico e social.

Lésbicas. Refere-se a mulheres que têm atração por outras mulheres. Uma lésbica pode ou não fazer sexo com mulheres e uma mulher que faz sexo com mulheres pode ou não ser lésbica. O termo "mulheres que fazem sexo com mulheres" deve ser utilizado, a menos que a pessoa se identifique como lésbica. (36).

Homens que fazem sexo com homens. (36). Homens que fazem sexo com homens, apesar de fazerem ou não sexo com mulheres ou de se identificarem como gay ou bissexuais. Esse conceito é útil porque também inclui homens que se identificam como heterossexuais, mas que fazem sexo com outros homens.

Trabalhador migrante. Pessoa que está realizando (ou tem realizado) uma atividade remunerada num Estado que não é sua pátria. A migração interna, inclusive por motivos de trabalho sazonal, também pode ser importante no contexto das epidemias de HIV em alguns países (36).

Modos de transmissão. É uma abreviação para o estudo da incidência do HIV segundo os modos de transmissão. Refere-se a um modelo epidemiológico desenvolvido pelo UNAIDS para ajudar os países a calcularem a incidência do HIV segundo os modos de transmissão. O modelo incorpora dados biológicos e comportamentais, tais como a prevalência do HIV e das infecções sexualmente transmissíveis, comportamentos de risco e probabilidades de transmissão (36). As ferramentas de modelização para o planeamento de programas de HIV como os Modelos de Eficiência de Afetação (AEM), os Objetivos e a Optimização também podem ser utilizados no estudo da incidência do HIV segundo os modos de transmissão.

Pessoas com deficiências. Pessoas com deficiências físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais a longo prazo que, em interação com outras barreiras, podem dificultar sua participação eficaz e plena na sociedade em igualdade de condições com os outros.

Programa de obras públicas. Forma de proteção social na qual os participantes empreendem trabalhos manuais como a construção ou a reabilitação de ativos comunitários e de infraestrutura pública. Os exemplos incluem trabalhos sazonais intensivos de mão de obra para populações pobres ou que sofrem de insegurança alimentar.

Trabalhador e trabalhadora sexual. Mulher, homem ou pessoa transgênero acima de 18 anos de idade que recebe dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais consentidos, seja com frequência ou esporadicamente, e que pode ou não se identificar como trabalhador ou trabalhadora sexual (37).

Proteção social. Conjunto de políticas e programas cujo objetivo é prevenir ou proteger os grupos vulneráveis de pessoas contra a pobreza e a exclusão social ao longo de sua vida. A proteção social pode ser oferecida em espécie ou em dinheiro, através de regimes de caráter não contributivo que provêm benefícios universais, categóricos ou voltados para as pessoas pobres como a assistência social ou as redes de segurança social. Os regimes contributivos com seguros sociais são os mais frequentes, geram capital humano e ativos produtivos e aumentam o acesso a empregos produtivos. (33).

Rede de segurança social. Medida de caráter não contributivo criada para oferecer um apoio regular e previsível às pessoas pobres e vulneráveis. As redes de segurança social também são chamadas de redes de segurança, assistência social e transferências sociais. São um componente dos sistemas de proteção social mais amplos (33).

Transgênero. Termo guarda-chuva para descrever pessoas cuja identidade e expressão de gênero não estão em conformidade com as normas e expectativas tradicionalmente associadas ao sexo atribuído ao nascer. As pessoas transgênero também incluem indivíduos que receberam cirurgia de redesignação de gênero, indivíduos que receberam intervenções médicas relacionadas com o gênero que não a cirurgia (como a hormonioterapia) e indivíduos que se identificam como não tendo qualquer gênero, gêneros múltiplos ou gêneros alternativos. (36).

Anexos

Anexo 1. Ferramenta de coleta de dados da avaliação do HIV e da proteção social

1.0 Identificação

O objetivo dessa seção é recolher dados sobre a localização do país em que se realiza a avaliação, o responsável da avaliação e os participantes da avaliação. Essa informação funcionará como o identificador chave do conjunto de dados e ajudará a compreender as especificidades nacionais e regionais dos dados recolhidos.

| Identificação | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|
| 01. Identificação da locação | 1. Classificação geográfica | | 2. Nome do país | |
| 02. Nomes das pessoas responsáveis pela avaliação | | | | |
| 1. Nome | 2. Gênero | 3. Afiliação a alguma organização | 4. Função/Cargo | 5. Correio eletrônico |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 03. Dados dos membros da equipe | | | | |
| 1. Nome | 2. Gênero | 3. Afiliação a alguma organização | 4. Função/Cargo | 5. Correio eletrônico |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |

1.1 Estratégia de proteção social e de sensibilidade ao HIV

Esta subseção examina se existe alguma política, estratégia ou programa de proteção social e, em caso afirmativo, se é sensível ao HIV.

O país tem uma estratégia de proteção social? (Sim/Não)

Em caso afirmativo, é uma estratégia sensível ao HIV? (Sim/Não)

Pontuação de sensibilidade ao HIV (cálculo automático baseado nas respostas)

2.0 Serviços de saúde

Considerando o papel fundamental do sector da saúde na resposta à AIDS, é incluída uma seção sobre os serviços de saúde para entender os diferentes planos de saúde existentes, aumentar o acesso à assistência médica e identificar oportunidades para aumentar o acesso das pessoas com risco de infecção, afetadas ou vivendo com HIV. Essa seção visa entender os diferentes planos disponíveis, sua abordagem a quais são as populações com mais dificuldades para aceder a eles.

2.0 Enumere as populações com mais dificuldades para aceder aos planos em seu país

| | | | |
|----|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 5. | | | |

| 2.10 Algum dos seguintes planos de saúde funciona em seu país? (Marcar as opções que apliquem) | 2.11 O plano funciona? | | 2.12 Se a resposta for "sim" no ponto 2.11, escreva o nome do plano. Caso contrário, passe seguinte fila | 2.13 Qual a população beneficiária do plano? (selecionar as opções que apliquem) As crianças, órfãos, crianças vulneráveis, homens, mulheres, mulheres grávidas, pensionistas, pessoas sem-abrigo, pessoas pobres e vulneráveis, populações rurais, viúvos e viúvas, pessoas transgênero, pessoas vivendo com HIV, pessoas vivendo com TB, refugiados, pessoas deslocadas, migrantes, trabalhadores com empregos formais, trabalhadores com empregos informais, outros, nenhuma das anteriores. | 2.14 Qual a faixa etária da população beneficiária? (selecionar todas as opções que apliquem) x anos 1. (<4) 2. (5<x<9) 3. (10<x<14) 4. (15<x<19) 5. (20<x<24) 6. (25<x<29) 7. (30<x<34) 8. (35<x<40) 9. (40<x<59) 10. (x>60) 11. Todas as faixas etárias | 2.15 Se for o caso, qual o valor do benefício, o período e prazo do plano? | | 2.16 Qual o nome da agência que implementa o plano? |
|---|------------------------|-----------|--|---|--|--|--------------------------|---|
| | 2.11a Sim | 2.11b Não | | | | 2.15a Moeda local | 2.15b Dólares americanos | |
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | | | | | | | | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | | | | | | | | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | | | | | | | | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | | | | | | | | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | |
| 6. Alojamento temporário | | | | | | | | |
| 7. Programa de alimentação | | | | | | | | |

2.10-2.16 continuação

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 8. Plano de transporte | | | | | | | | |
| 9. Outra ajuda em espécie (especificar) | | | | | | | | |
| Fontes (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação para cada plano): | | | | | | | | |
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos ao momento de ser usado | | | | | | | | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | | | | | | | | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | | | | | | | | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | | | | | | | | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | |
| 6. Alojamento temporário | | | | | | | | |
| 7. Programa de alimentação | | | | | | | | |
| 8. Plano de transporte | | | | | | | | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | | | | | | | | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Lista de verificação para a análise das perguntas 1.1-2.16: disponibilidade dos planos de saúde

| Perguntas | Lista de verificação para a análise | Métodos de coleta | Análise básica |
|--|---|---|---|
| | | de dados | e descobertas |
| <p>1.1 Indicar se o programa é sensível ou não ao HIV</p> <p>2.0-2.05 Enumerar as populações que afrontam as maiores barreiras para aceder a serviços de saúde</p> | <p>① Indicar os identificadores do país em que se realiza a avaliação</p> <p>② Indicar se a estratégia ou o marco de trabalho é sensível ou não ao HIV</p> <p>③ Enumerar as populações que afrontam as maiores barreiras para aceder a serviços de saúde</p> <p>④ Número total dos grupos da população que afrontam as maiores barreiras para aceder a serviços de saúde</p> | <p>Métodos:</p> <p>① Estudo</p> <p>② Análise secundária dos dados existentes</p> <p>③ Debate de grupo</p> <p>Fontes:</p> <p>① Contas nacionais de saúde</p> <p>② Políticas do seguro de saúde nacional</p> | <p>① Indicar se a estratégia é sensível ou não ao HIV</p> <p>② Para cada pergunta, se pertinente, fazer tabulações e correlações de frequência e ilustrar os resultados</p> |
| <p>2.10-2.12 Algum dos seguintes planos de saúde funciona em seu país?</p> | <p>① Enumerar os planos operativos</p> <p>② Número total de planos operativos</p> | <p>③ Planos do seguro de saúde nacional</p> <p>④ Relatórios e documentos administrativos da proteção social nacional</p> | |
| <p>2.13-2.14 Qual a população beneficiária e a faixa etária?</p> | <p>③ Nome dos planos operativos, grupos beneficiários e faixas etárias das populações beneficiárias correspondentes. Especificar a faixa etária das populações beneficiárias (anos): (<4), 2; (5-9), 3; (10-14), 4; (15-19), 5; (20-24), 6; (25-29), 7; (30-34), 8; (35-40), 9; (40-59), 10; (>60), 11. Todas as faixas etárias</p> <p>④ Número total dos diferentes grupos beneficiários</p> | <p>⑤ Relatórios e documentos de organizações não governamentais e de pessoas vivendo com HIV</p> <p>⑥ Documentos administrativos da proteção social no sector privado</p> | |
| <p>2.15 Qual o valor do benefício?</p> | <p>③ Especificar o valor dos fundos gastados, o período e o calendário de fornecimento dos benefícios dos serviços de saúde em moeda local e em dólares americanos à taxa de câmbio vigente de cada plano e indique-o como uma percentagem do gasto total em saúde de seu distrito. Se o benefício for em espécie, traduza o custo do benefício em moeda local a dólares americanos usando a taxa de câmbio vigente</p> <p>④ Valor total da moeda local em dólares americanos do benefício e da percentagem total</p> | <p>③ Relatórios de avaliação de gênero da resposta à AIDS</p> <p>④ Plano nacional de HIV</p> <p>⑤ Planos operativos do PEPFAR a nível nacional</p> <p>⑥ Relatórios regionais do Instituto de Administração do Seguro Social</p> <p>⑦ Equipe de Avaliação do HIV e da Proteção Social (membros da Equipe Conjunta das Nações Unidas para a AIDS, pessoas vivendo com HIV e populações-chave)</p> | |
| <p>2.16 Qual o nome da agência que implementa o plano?</p> | <p>③ Nome das agências que implementam o plano (identificar as agências que o implementam serve para localizar as zonas de influência)</p> | | |

2.2 Acessibilidade aos serviços de saúde

Esta subsecção é focada na população 1 identificada em 2.0

| 2.20 Esta seção é relacionada com os planos de saúde afirmou funcionam em 2.10 (marcar todas as opções que apliquem, se não, passar à pergunta 3) | 2.20 A população 1 identificada em 2.0 está afrontando as maiores barreiras de acesso a planos de saúde? (Escreva o nome do plano e indique as razões dessas barreiras) | | | | | | | | 2.21 O que pode ser feito para incluir essa população nos planos de financiamento da saúde? | | | | |
|--|--|--------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---|--|--|--|--|
| | 2.20a Sim | 2.20b Não | 2.20c Nome do plano | 2.20d Obstáculo 1 | 2.20e Obstáculo 2 | 2.20f Obstáculo 3 | 2.20g Obstáculo 4 | 2.20h Algum outro obstáculo | 2.21a Que atividade (1) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 1? | 2.21b Que atividade (2) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 2? | 2.21c Que atividade (3) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 3? | 2.21d Que atividade (4) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 4? | 2.21e Que atividade (5) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 5? |
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Alojamento temporário | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Programa de alimentação | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Planos de transporte | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | | | | | | | | | | | | | |

Fontes (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação para cada plano):

| | |
|--|--|
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | |
| Planos em espécie | |
| 6. Alojamento temporário | |
| 7. Programa de alimentação | |
| 8. Plano de transporte | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Esta subseção é focada na população 2 identificada em 2.0

| 2.30 Esta seção é relacionada com os planos de saúde afirmou que funcionam 2.10 (marcar todas as opções que apliquem, se não, passar à pergunta 3) | 2.30 A população 2 identificada em 2.0 está afrontando as maiores barreiras de acesso a planos de saúde? (Escreva o nome do plano e indique as razões dessas barreiras) | | | | | | | | 2.31 O que pode ser feito para incluir essa população nos planos de financiamento da saúde? | | | | |
|---|--|-----------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|---|---|---|---|---|
| | 2.20a Sim | 2.20b Não | 2.20c Nome do plano | 2.20d Obstáculo 1 | 2.20e Obstáculo 2 | 2.20f Obstáculo 3 | 2.20g Obstáculo 4 | 2.20h Algum outro obstáculo | 2.21a Que atividade (1) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 1? | 2.21b Que atividade (2) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 2? | 2.21c Que atividade (3) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 3? | 2.21d Que atividade (4) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 4? | 2.21e Que atividade (5) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 5? |
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Alojamento temporário | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Programa de alimentação | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Planos de transporte | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | | | | | | | | | | | | | |

Fontes (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação para cada plano):

| | |
|--|--|
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | |
| Planos em espécie | |
| 6. Alojamento temporário | |
| 7. Programa de alimentação | |
| 8. Plano de transporte | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Esta subseção é focada na população 3 identificada em 2.0

| 2.40 Esta seção é relacionada com os planos de saúde afirmou que funcionam 2.10 (marcar todas as opções que apliquem, se não, passar à pergunta 3) | 2.40 A população 3 identificada em 2.0 está afrontando as maiores barreiras de acesso a planos de saúde? (Escreva o nome do plano e indique as razões dessas barreiras) | | | | | | | | 2.41 O que pode ser feito para incluir essa população nos planos de financiamento da saúde? | | | | |
|---|--|-----------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|---|---|---|---|---|
| | 2.20a Sim | 2.20b Não | 2.20c Nome do plano | 2.20d Obstáculo 1 | 2.20e Obstáculo 2 | 2.20f Obstáculo 3 | 2.20g Obstáculo 4 | 2.20h Algum outro obstáculo | 2.21a Que atividade (1) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 1? | 2.21b Que atividade (2) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 2? | 2.21c Que atividade (3) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 3? | 2.21d Que atividade (4) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 4? | 2.21e Que atividade (5) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 5? |
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Alojamento temporário | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Programa de alimentação | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Planos de transporte | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | | | | | | | | | | | | | |

Fontes (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação para cada plano):

| | |
|--|--|
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | |
| Planos em espécie | |
| 6. Alojamento temporário | |
| 7. Programa de alimentação | |
| 8. Plano de transporte | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Esta subseção é focada na população 4 identificada em 2.0

| 2.50 Esta seção é relacionada com os planos de saúde afirmou que funcionam 2.10 (marcar todas as opções que apliquem, se não, passar à pergunta 3) | 2.50 A população 4 identificada em 2.0 está afrontando as maiores barreiras de acesso a planos de saúde? (Escreva o nome do plano e indique as razões dessas barreiras) | | | | | | | | 2.51 O que pode ser feito para incluir essa população nos planos de financiamento da saúde? | | | | |
|---|--|--------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---|--|--|--|--|
| | 2.20a Sim | 2.20b Não | 2.20c Nome do plano | 2.20d Obstáculo 1 | 2.20e Obstáculo 2 | 2.20f Obstáculo 3 | 2.20g Obstáculo 4 | 2.20h Algum outro obstáculo | 2.21a Que atividade (1) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 1? | 2.21b Que atividade (2) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 2? | 2.21c Que atividade (3) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 3? | 2.21d Que atividade (4) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 4? | 2.21e Que atividade (5) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 5? |
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Alojamento temporário | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Programa de alimentação | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Planos de transporte | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | | | | | | | | | | | | | |

Fontes (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação para cada plano):

| | |
|--|--|
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | |
| Planos em espécie | |
| 6. Alojamento temporário | |
| 7. Programa de alimentação | |
| 8. Plano de transporte | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Esta subseção é focada na população identificada como “outros” na seção 2.0.

| 2.60 Esta seção é relacionada com os planos de saúde que afirmou funcionar em 2.10 (marcar todas as opções que apliquem, se não, passar à pergunta 3) | 2.60 A população "outros" identificada em 2.0 está afrontando as maiores barreiras de acesso a planos de saúde? (Escreva o nome do plano e indique as razões dessas barreiras) | | | | | | | | 2.61 O que pode ser feito para incluir essa população nos planos de financiamento da saúde? | | | | |
|--|---|--------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---|--|--|--|--|
| | 2.20a Sim | 2.20b Não | 2.20c Nome do plano | 2.20d Obstáculo 1 | 2.20e Obstáculo 2 | 2.20f Obstáculo 3 | 2.20g Obstáculo 4 | 2.20h Algum outro obstáculo | 2.21a Que atividade (1) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 1? | 2.21b Que atividade (2) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 2? | 2.21c Que atividade (3) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 3? | 2.21d Que atividade (4) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 4? | 2.21e Que atividade (5) pode ser realizada para eliminar o obstáculo 5? |
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Alojamento temporário | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Programa de alimentação | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Planos de transporte | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | | | | | | | | | | | | | |

| Fontes (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação para cada plano): | |
|--|--|
| 1. Impostos / financiamento do Governo de serviços médicos gratuitos no momento de uso | |
| 2. Obrigatórios / seguro social cujo alvo são grupos específicos da população | |
| 3. Seguro de saúde voluntário | |
| 4. Seguro de saúde comunitário | |
| 5. Outras formas de financiamento da assistência médica | |
| Planos em espécie | |
| 6. Alojamento temporário | |
| 7. Programa de alimentação | |
| 8. Plano de transporte | |
| 9. Outra forma de ajuda em espécie (especificar) | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

| Perguntas | Lista de verificação para a análise | Métodos de coleta dados | Análise básica e apresentação de descobertas |
|---|--|---|--|
| <p>2.20–2.61 Estes temas estão relacionados com as populações identificadas em 2.0 como aquelas que afrontam as maiores barreiras para aceder aos serviços de saúde</p> <p>Fazer para cada população uma lista na qual se indiquem os planos nos quais encontram mais barreiras de acesso, as razões dessas barreiras e o que pode ser feito para as eliminar.</p> <p>A população identificada em 2.0 é a mais afetada pelas barreiras de acesso a determinados planos de saúde operativos? Quais são essas barreiras? O que pode ser feito para as eliminar?</p> <p>Nota: essa seção conta com formulários que devem ser completamente preenchidos para cada uma das populações. Outros formulários eletrônicos ficarão disponíveis.</p> | <p>Para cada população:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Lista e nome dos planos nos quais a população identificada afronta as maiores barreiras de acesso aos serviços de saúde. ① Número total dos planos de saúde com as maiores barreiras de acesso. ① Barreiras afrontadas por cada população. ① Número de barreiras afrontadas por cada população. ① Possíveis atividades para eliminar as barreiras. ① Número e tipos de atividades que podem ser feitas para eliminar as barreiras. | <p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Estudo ① Análise secundária dos dados existentes ① Debate de grupo <p>Fontes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Políticas do seguro de saúde nacional ① Planos do seguro de saúde nacional ① Relatórios e documentos administrativos da proteção social nacional ① Relatórios e documentos de organizações não governamentais e de pessoas vivendo com HIV ① Documentos administrativos da proteção social no sector privado ① Relatórios de avaliação de género da resposta à AIDS ① Plano nacional de HIV ① Planos operativos do PEPFAR a nível nacional ① Relatórios regionais do Instituto de Administração do Seguro Social. ① Equipe de Avaliação do HIV e da Proteção Social (membros da Equipe Conjunta das Nações Unidas para a AIDS, pessoas vivendo com HIV e populações-chave) | <ul style="list-style-type: none"> ① Para cada pergunta, se pertinente, fazer tabulações e correlações de frequência e ilustrar os resultados ① Identificar padrões e tendências. ① Identificar os fossos no acesso aos serviços de saúde, suas causas e o que pode ser feito para os eliminar. ① Descrever boas práticas. ① Identificar efeitos inesperados (positivos ou negativos) |

3.0 Disponibilidade dos sistemas de proteção social sensíveis ao HIV (excluindo os programas sanitários)

Esta seção visa recolher dados para estabelecer a abordagem e cobertura dos programas de proteção social sensíveis ao HIV. Ela examina que tipos de programas de proteção social sensíveis ao HIV são disponíveis, seus nomes, as populações beneficiárias e faixas etárias, o valor do benefício e os nomes das agências envolvidas em sua execução. Os membros da equipe de coleta de dados devem preencher esse quadro e indicar as fontes de informação. Para mais informação sobre a terminologia, consulte o glossário.

| 3.10 Algum dos seguintes programas de saúde funciona em seu país? (Marcar as opções que apliquem) | 3.10 O programa funciona? | | 3.11 Se a resposta for "sim" no ponto 3.10, escreva o nome do programa. Caso contrário, passe à seguinte fila | 3.12 Qual a população beneficiária do programa? | 3.13 Qual a faixa etária da população beneficiária? (selecionar todas as opções que apliquem) (anos) 1. (<4); 2. (5-9); 3. (10-14); 4. (15-19); 5. (20-24); 6. (25-29); 7. (30-34); 8. (35-39); 9. (40-59); 10. (>60); 11. Todas as faixas etárias | 3.14 Qual o valor do benefício do programa por mês? | | 3.15 Qual o nome da agência que implementa o programa? |
|--|---------------------------|-----------|---|---|--|---|--------------------------|--|
| | 3.10a Sim | 3.10b Não | | | | 3.14a Moeda local | 3.14b Dólares americanos | |
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | | | | | | | | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | | | | | | | | |
| 3. Bolsas | | | | | | | | |
| 4. Isenções de taxas | | | | | | | | |
| 5. Programas de comida e nutrição | | | | | | | | |
| 6. Programas de obras públicas | | | | | | | | |
| 7. Ajuda de emergência | | | | | | | | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | | | | | | | | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | |
| 10. Subsídios de habitação | | | | | | | | |
| 11. Alimentação nas escolas | | | | | | | | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | | | | | | | | |

3.10-3.15 continuação

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 13. Apoio docente | | | | | | | | |
| 14. Outras formas de apoio | | | | | | | | |
| Fonte (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação por cada programa): | | | | | | | | |
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | | | | | | | | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | | | | | | | | |
| 3. Bolsas | | | | | | | | |
| 4. Isenções de taxas | | | | | | | | |
| 5. Programas de comida e nutrição | | | | | | | | |
| 6. Programas de obras públicas | | | | | | | | |
| 7. Ajuda de emergência | | | | | | | | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | | | | | | | | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | |
| 10. Subsídios de habitação | | | | | | | | |
| 11. Alimentação nas escolas | | | | | | | | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | | | | | | | | |
| 13. Apoio docente | | | | | | | | |
| 14. Outras formas de apoio | | | | | | | | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Lista de verificação para a análise das perguntas 3.10–3.15: acessibilidade aos programas de proteção sensíveis ao HIV.

| Perguntas | Lista de verificação para a análise | Métodos de coleta de dados | Análise básica e apresentação de descobertas |
|--|---|--|--|
| 3.10 Algum desses programas funciona em seu país? | <ul style="list-style-type: none"> ① Listar os programas operativos em seu país ② Número total dos programas operativos ③ Número total (e/ou %) das diferentes categorias das populações beneficiárias | <p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Estudo ② Análise secundária dos dados existentes ③ Debate de grupo <p>Fontes:</p> | <ul style="list-style-type: none"> ① Para cada pergunta, se for preciso, fazer tabulações e correlações de frequência e ilustrar os resultados. ② Identifique os fossos na disponibilidade do alcance da proteção social nas 5 populações. ③ Para as perguntas em 3.14, indique o valor dos benefícios que podem ser utilizados para análises secundárias. ④ Para as perguntas em 3.15, escreva os tipos, nomes e agências de implementação do programa de proteção social. Essa informação é importante para entender que tipos de programas existem e que agências são encarregadas de os implementar. |
| 3.11–3.14 Qual a população beneficiária e sua faixa etária? | <ul style="list-style-type: none"> ① Enumerar o nome das populações beneficiárias e suas faixas etárias. ② Especificar a população beneficiária: homens que fazem sexo com homens, pessoas transgênero, pessoas vivendo com HIV, migrantes, adolescentes, mulheres lactantes e grávidas, entre outros. ③ Nome dos planos operativos, grupos beneficiários e faixas etárias das populações beneficiárias correspondentes. Especificar a faixa etária das populações beneficiárias (anos): (<4), 2; (5-9), 3; (10-14), 4; (15-19), 5; (20-24), 6; (25-29), 7; (30-34), 8; (35-40), 9; (40-59), 10; (>60), 11. Todas as faixas etárias ④ Número total (ou %) dos diferentes grupos beneficiários | <ul style="list-style-type: none"> ① Relatórios de avaliação sobre o diálogo no âmbito da proteção social ② Políticas do seguro de saúde nacional ③ Planos do seguro de saúde ④ Relatórios e documentos administrativos da proteção social nacional ⑤ Relatórios e documentos de organizações não governamentais e de pessoas vivendo com HIV ⑥ Documentos administrativos da proteção social no sector privado ⑦ Relatórios de avaliação de gênero da resposta à AIDS ⑧ Plano nacional de HIV ⑨ Planos operativos do PEPFAR a nível nacional ⑩ Relatórios regionais do Instituto de Administração do Seguro Social. | |
| 3.14b Qual o valor dos benefícios? | <ul style="list-style-type: none"> ① Especificar o valor dos fundos gastos, o período e o calendário de fornecimento dos benefícios dos serviços de saúde em moeda local e em dólares americanos à taxa de câmbio vigente de cada plano e indique-o como uma porcentagem do gasto total em saúde de seu distrito. Se o benefício for em espécie, traduza o custo do benefício em moeda local a dólares americanos usando a taxa de câmbio vigente ② Valor total em moeda local e valor dos benefícios em dólares americanos | | |
| 3.15 Qual o nome das agências que os implementam? | <ul style="list-style-type: none"> ① Nomes dos programas de proteção social | | |

3.2 O acesso aos programas de proteção social exclui o acesso aos serviços de saúde

Essa seção analisa o acesso aos programas de proteção social sensíveis ao HIV existentes em cinco populações. As maiores barreiras são examinadas, incluindo políticas legais e socioeconômicas que dificultam o acesso a programas de proteção social sensíveis ao HIV nas cinco populações. Essa seção também analisa o que pode ser feito para eliminar as barreiras de acesso aqui mencionados.

3.2 Nomear as cinco populações que afrontam as maiores barreiras no acesso aos serviços de proteção social sensíveis ao HIV

| | | | |
|----|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
|----|----|----|----|

| |
|----|
| 5. |
|----|

3.2b Por cada uma das populações nomeadas em 3.2, indique o número de pessoas do grupo da população que acede aos benefícios da proteção social sensível ao HIV

| | | | |
|----|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
|----|----|----|----|

| |
|----|
| 5. |
|----|

3.2c Por cada população nomeada em 3.2 e 3.2b, indique a população estimada desse grupo em seu país

(Estes dados deveriam estar disponíveis na base de dados dos Modos de Transmissão, MOT, em censos, levantamentos familiares, entre outros.)

| | | | |
|----|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
|----|----|----|----|

| |
|----|
| 5. |
|----|

Esta subsecção é focada na população 1 identificada em 3.2

| 3.30 Esta pergunta é relacionada com os programas que você indicou em 1.00 (Marque as opções que apliquem. Se não houver nenhuma, passe à pergunta 2) | 3.30 A população 1 indicada em 3.20 afronta as maiores barreiras de acesso aos programas? (Escrever o nome da população e indicar as barreiras) | | | | | | | 3.31 O que pode ser feito para eliminar as barreiras afrontadas pela população 1 identificada em 3.20 ao aceder a programas de proteção social sensíveis ao HIV? (Escolha no menu o que pode ser feito para incluir a população 1 nos serviços de proteção social) | | | | |
|--|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3.30a Sim | 3.30b Não | 3.30c Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 1 | 3.30d Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 2 | 3.30e Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 3 | 3.30f Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 4 | 3.30g Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 5 | 3.31a Que atividade (1) pode ser feita para eliminar a barreira 1? | 3.31b Que atividade (2) pode ser feita para eliminar a barreira 2? | 3.31c Que atividade (3) pode ser feita para eliminar a barreira 3? | 3.31d Que atividade (4) pode ser feita para eliminar a barreira 4? | 3.31e Que atividade (5) pode ser feita para eliminar a barreira 5? |
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 3. Bolsas | | | | | | | | | | | | |
| 4. Isenções de taxas | | | | | | | | | | | | |
| 5. Programas de comida e nutrição | | | | | | | | | | | | |
| 6. Programas de obras públicas | | | | | | | | | | | | |
| 7. Ajuda de emergência | | | | | | | | | | | | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | |
| 10. Subsídios de habitação | | | | | | | | | | | | |
| 11. Alimentação em escolas | | | | | | | | | | | | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | | | | | | | | | | | | |
| 13. Apoio docente | | | | | | | | | | | | |
| 14. Outras formas de apoio | | | | | | | | | | | | |

3.30-3.31 continuação

| Fonte (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação por cada programa): | |
|---|--|
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | |
| 3. Bolsas | |
| 4. Isenções de taxas | |
| 5. Programas de comida e nutrição | |
| 6. Programas de obras públicas | |
| 7. Ajuda de emergência | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | |
| 9. Outros pagamentos regulares em dinheiro | |
| Planos em espécie | |
| 10. Subsídios de habitação | |
| 11. Alimentação nas escolas | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | |
| 13. Apoio docente | |
| 14. Outras formas de apoio | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Esta subsecção é focada na população 2 identificada em 3.20

| 3.40 Esta pergunta é relacionada com os programas que você indicou em 1.00 (Marque as opções que apliquem. Se não houver nenhuma, passe à pergunta 2) | 3.40 A população 2 indicada em 3.20 afronta as maiores barreiras de acesso aos programas? (Escrever o nome da população e indicar as barreiras) | | | | | | | 3.41 O que pode ser feito para eliminar as barreiras afrontadas pela população 2 identificada em 3.20 ao aceder a programas de proteção social sensíveis ao HIV? (Escolha no menu o que pode ser feito para incluir a população 1 nos serviços de proteção social) | | | | |
|--|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3.30a Sim | 3.30b Não | 3.30c Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 1 | 3.30d Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 2 | 3.30e Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 3 | 3.30f Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 4 | 3.30g Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 5 | 3.31a Que atividade (1) pode ser feita para eliminar a barreira 1? | 3.31b Que atividade (2) pode ser feita para eliminar a barreira 2? | 3.31c Que atividade (3) pode ser feita para eliminar a barreira 3? | 3.31d Que atividade (4) pode ser feita para eliminar a barreira 4? | 3.31e Que atividade (5) pode ser feita para eliminar a barreira 5? |
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 3. Bolsas | | | | | | | | | | | | |
| 4. Isenções de taxas | | | | | | | | | | | | |
| 5. Programas de comida e nutrição | | | | | | | | | | | | |
| 6. Programas de obras públicas | | | | | | | | | | | | |
| 7. Ajuda de emergência | | | | | | | | | | | | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | |
| 10. Subsídios de habitação | | | | | | | | | | | | |
| 11. Alimentação em escolas | | | | | | | | | | | | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | | | | | | | | | | | | |
| 13. Apoio docente | | | | | | | | | | | | |
| 14. Outras formas de apoio | | | | | | | | | | | | |

3.40-3.41 continuação

| Fonte (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação por cada programa): | |
|---|--|
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | |
| 3. Bolsas | |
| 4. Isenções de taxas | |
| 5. Programas de comida e nutrição | |
| 6. Programas de obras públicas | |
| 7. Ajuda de emergência | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | |
| Planos em espécie | |
| 10. Subsídios de habitação | |
| 11. Alimentação nas escolas | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | |
| 13. Apoio docente | |
| 14. Outras formas de apoio | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Esta subsecção é focada na população 3 identificada em 3.20

| 3.50 Esta pergunta é relacionada com os programas que você indicou em 1.00 (Marque as opções que apliquem. Se não houver nenhuma, passe à pergunta 2) | 3.50 A população 3 indicada em 3.20 afronta as maiores barreiras de acesso aos programas? (Escrever o nome da população e indicar as barreiras) | | | | | | 3.51 O que pode ser feito para eliminar as barreiras afrontadas pela população 3 identificada em 3.20 ao aceder a programas de proteção social sensíveis ao HIV? (Escolha no menu o que pode ser feito para incluir a população 1 nos serviços de proteção social) | | | | | |
|--|--|--------------|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|
| | 3.30a Sim | 3.30b Não | 3.30c Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 1 | 3.30d Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 2 | 3.30e Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 3 | 3.30f Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 4 | 3.30g Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 5 | 3.31a Que atividade (1) pode ser feita para eliminar a barreira 1? | 3.31b Que atividade (2) pode ser feita para eliminar a barreira 2? | 3.31c Que atividade (3) pode ser feita para eliminar a barreira 3? | 3.31d Que atividade (4) pode ser feita para eliminar a barreira 4? | 3.31e Que atividade (5) pode ser feita para eliminar a barreira 5? |
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 3. Bolsas | | | | | | | | | | | | |
| 4. Isenções de taxas | | | | | | | | | | | | |
| 5. Programas de comida e nutrição | | | | | | | | | | | | |
| 6. Programas de obras públicas | | | | | | | | | | | | |
| 7. Ajuda de emergência | | | | | | | | | | | | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | |
| 10. Subsídios de habitação | | | | | | | | | | | | |
| 11. Alimentação em escolas | | | | | | | | | | | | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | | | | | | | | | | | | |
| 13. Apoio docente | | | | | | | | | | | | |
| 14. Outras formas de apoio | | | | | | | | | | | | |

3.50-3.51 continuação

| Fonte (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação por cada programa): | |
|--|--|
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | |
| 3. Bolsas | |
| 4. Isenções de taxas | |
| 5. Programas de comida e nutrição | |
| 6. Programas de obras públicas | |
| 7. Ajuda de emergência | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | |
| Planos em espécie | |
| 10. Subsídios de habitação | |
| 11. Alimentação nas escolas | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | |
| 13. Apoio docente | |
| 14. Outras formas de apoio | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Esta subsecção é focada na população 4 identificada em 3.20

| 3.60 Esta pergunta é relacionada com os programas que você indicou em 1.00 (Marque as opções que apliquem. Se não houver nenhuma, passe à pergunta 2) | 3.60 A população 4 indicada em 3.20 afronta as maiores barreiras de acesso aos programas? (Escrever o nome da população e indicar as barreiras) | | | | | | | 3.61 O que pode ser feito para eliminar as barreiras afrontadas pela população 4 identificada em 3.20 ao aceder a programas de proteção social sensíveis ao HIV? (Escolha no menu o que pode ser feito para incluir a população 1 nos serviços de proteção social) | | | | |
|--|--|--------------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|
| | 3.30a Sim | 3.30b Não | 3.30c Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 1 | 3.30d Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 2 | 3.30e Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 3 | 3.30f Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 4 | 3.30g Em caso afirmativo, nomear em 3.30a o obstáculo 5 | 3.31a Que atividade (1) pode ser feita para eliminar a barreira 1? | 3.31b Que atividade (2) pode ser feita para eliminar a barreira 2? | 3.31c Que atividade (3) pode ser feita para eliminar a barreira 3? | 3.31d Que atividade (4) pode ser feita para eliminar a barreira 4? | 3.31e Que atividade (5) pode ser feita para eliminar a barreira 5? |
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 3. Bolsas | | | | | | | | | | | | |
| 4. Isenções de taxas | | | | | | | | | | | | |
| 5. Programas de comida e nutrição | | | | | | | | | | | | |
| 6. Programas de obras públicas | | | | | | | | | | | | |
| 7. Ajuda de emergência | | | | | | | | | | | | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | |
| 10. Subsídios de habitação | | | | | | | | | | | | |
| 11. Alimentação em escolas | | | | | | | | | | | | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | | | | | | | | | | | | |
| 13. Apoio docente | | | | | | | | | | | | |
| 14. Outras formas de apoio | | | | | | | | | | | | |

| Fonte (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação por cada programa): | |
|--|--|
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | |
| 3. Bolsas | |
| 4. Isenções de taxas | |
| 5. Programas de comida e nutrição | |
| 6. Programas de obras públicas | |
| 7. Ajuda de emergência | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | |
| Planos em espécie | |
| 10. Subsídios de habitação | |
| 11. Alimentação nas escolas | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | |
| 13. Apoio docente | |
| 14. Outras formas de apoio | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Esta subsecção é focada na população identificada como "outros" em 3.20

| 3.70 Esta pergunta é relacionada com os programas que você indicou em 1.00 (Marque as opções que apliquem. Se não houver nenhuma, passe à pergunta 2) | 3.70 A população identificada como "outros" em 3.20 afronta as maiores barreiras de acesso aos programas? (Escrever o nome da população e indicar as barreiras) | | | | | | | 3.71 O que pode ser feito para eliminar as barreiras afrontadas por essa população identificada em 3.20 ao aceder a programas de proteção social sensíveis ao HIV? (Escolha no menu o que pode ser feito para incluir a população 1 nos serviços de proteção social) | | | | |
|--|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3.30a Sim | 3.30b Não | 3.30c Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 1 | 3.30d Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 2 | 3.30e Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 3 | 3.30f Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 4 | 3.30g Em caso afirmativo, nome ar em 3.30a o obstáculo 5 | 3.31a Que atividade (1) pode ser feita para eliminar a barreira 1? | 3.31b Que atividade (2) pode ser feita para eliminar a barreira 2? | 3.31c Que atividade (3) pode ser feita para eliminar a barreira 3? | 3.31d Que atividade (4) pode ser feita para eliminar a barreira 4? | 3.31e Que atividade (5) pode ser feita para eliminar a barreira 5? |
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | | | | | | | | | | | | |
| 3. Bolsas | | | | | | | | | | | | |
| 4. Isenções de taxas | | | | | | | | | | | | |
| 5. Programas de comida e nutrição | | | | | | | | | | | | |
| 6. Programas de obras públicas | | | | | | | | | | | | |
| 7. Ajuda de emergência | | | | | | | | | | | | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | | | | | | | | | | | | |
| 9. Outros pagos regulares em dinheiro | | | | | | | | | | | | |
| Planos em espécie | | | | | | | | | | | | |
| 10. Subsídios de habitação | | | | | | | | | | | | |
| 11. Alimentação em escolas | | | | | | | | | | | | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | | | | | | | | | | | | |
| 13. Apoio docente | | | | | | | | | | | | |
| 14. Outras formas de apoio | | | | | | | | | | | | |

3.70-3.71 continuação

| Fonte (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação por cada programa): | |
|---|--|
| 1. Transferência de dinheiro condicionada | |
| 2. Transferência de dinheiro não condicionada | |
| 3. Bolsas | |
| 4. Isenções de taxas | |
| 5. Programas de comida e nutrição | |
| 6. Programas de obras públicas | |
| 7. Ajuda de emergência | |
| 8. Pensões de caráter não contributivo | |
| 9. Outros pagamentos regulares em dinheiro | |
| Planos em espécie | |
| 10. Subsídios de habitação | |
| 11. Alimentação nas escolas | |
| 12. Bolsas escolares em bloco | |
| 13. Apoio docente | |
| 14. Outras formas de apoio | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Lista de verificação para a análise das perguntas 3.30–3.7: acesso aos programas de proteção social

| Perguntas | Lista de verificação para a análise | Métodos de coleta de dados | Análise básica e apresentação de descobertas |
|--|--|--|---|
| <p>3.30–3.71e Estes temas estão relacionados com as populações identificadas em 3.20 como aquelas que afrontam as maiores barreiras para aceder aos serviços de saúde</p> <p>Fazer para cada população uma lista na qual se indiquem os planos nos quais encontram mais barreiras de acesso, as razões dessas barreiras e o que pode ser feito para as eliminar.</p> <p>A população identificada em 2.0 é a mais afetada pelas barreiras de acesso a determinados planos de saúde operativos? Quais são essas barreiras? O que pode ser feito para as eliminar?</p> <p>Nota: essa seção conta com formulários que devem ser completamente preenchidos para cada uma das populações. Outros formulários eletrônicos ficarão disponíveis.</p> | <p>Para cada população:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Número de cada população que acede aos benefícios da proteção social ① Número estimado de cada população no país ou na área ① Proporção de cada população que acede aos planos ① Planos nos quais a população afronta maiores barreiras de acesso ① Número total e nomes dos planos de saúde com as maiores barreiras de acesso. ① Barreiras afrontadas por cada população. ① Número de barreiras afrontadas por cada população. ① Possíveis atividades para eliminar as barreiras. ① Número e tipos de atividades que podem ser feitas para eliminar as barreiras. | <p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Estudo ① Análise secundária dos dados existentes ① Debate de grupo <p>Fontes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Políticas do seguro de saúde nacional ① Planos do seguro de saúde nacional ① Relatórios e documentos administrativos da proteção social nacional ① Relatórios e documentos de organizações não governamentais e de pessoas vivendo com HIV ① Documentos administrativos da proteção social no sector privado ① Relatórios de avaliação de gênero da resposta à AIDS ① Plano nacional de HIV ① Planos operativos do PEPFAR a nível nacional ① Relatórios regionais do Instituto de Administração do Seguro Social. Equipe de Avaliação do HIV e da Proteção Social (membros da Equipe Conjunta das Nações Unidas para a AIDS, pessoas vivendo com HIV e populações-chave) | <ul style="list-style-type: none"> ① Para cada pergunta, se for possível, fazer tabulações e correlações de frequência e ilustrar os resultados ① % de cada grupo de população que acede aos benefícios da proteção social (se for possível, dividir por gênero) ① Identificar os fossos no acesso aos planos de proteção social, as suas razões e o que pode ser feito para os eliminar |

4.0 Coordenação, administração e mecanismos de prestação de contas

Para os programas de proteção social funcionarem de forma sustentável, a apropriação do Governo, a coordenação e harmonização eficaz da ajuda são fundamentais. Diferentes organismos governamentais e ministérios implementam diversos aspectos dos programas de proteção social que requerem relações de colaboração e coordenação fortes. Quando existirem oportunidades de representação diretas das pessoas que trabalham com o HIV nos organismos de coordenação da proteção social, elas deveriam ser representadas em fóruns apropriados onde possam defender o reforço dos programas de proteção social sensíveis ao HIV. As pessoas que trabalham na resposta à AIDS também podem ser representadas nos planos de saúde sob a proteção da saúde social, geralmente administradas pelo ministério da saúde independentemente de outros programas nacionais de proteção social. Do mesmo modo, os atores da proteção social deveriam estar representados nos mecanismos nacionais de coprogramação da proteção social e do HIV.

| 4.00 Existem, em seu distrito, mecanismos de coordenação para a proteção social e os serviços de saúde? | 4.1 Os mecanismos de coordenação são operativos? | | 4.2 Em caso de resposta afirmativa em 4.1, escrever o nome do mecanismo de coordenação. Se não for preciso, passe aos serviços de saúde. Se não existirem mecanismos de coordenação para serviços de saúde, pare. | 4.3 Em caso de resposta afirmativa em 4.1, a resposta à AIDS é representada no mecanismo de coordenação? | | 4.4 Em caso de resposta negativa, o que pode ser feito para incluir a resposta à AIDS no mecanismo de coordenação? |
|---|--|----------|---|--|----------|--|
| | 4.1a Sim | 4.1b Não | | 4.3a Sim | 4.3b Não | |
| 1. Proteção social | | | | | | |
| 2. Proteção social | | | | | | |
| 3. Proteção social | | | | | | |
| 4. Proteção social | | | | | | |
| 5. Proteção social | | | | | | |
| 6. Proteção social | | | | | | |
| Serviços de saúde | | | | | | |
| 7. Planos de saúde | | | | | | |
| 8. Planos de saúde | | | | | | |
| 9. Planos de saúde | | | | | | |
| 10. Planos de saúde | | | | | | |

4.00-4.4 continuação

| Fonte (por favor, preencha o quadro com sua fonte de informação por cada programa): | |
|--|--|
| 1. Proteção social | |
| 2. Proteção social | |
| 3. Proteção social | |
| 4. Proteção social | |
| 5. Proteção social | |
| 6. Proteção social | |
| Serviços de saúde | |
| 7. Planos de saúde | |
| 8. Planos de saúde | |
| 9. Planos de saúde | |
| 10. Planos de saúde | |

Os dados devem ser, no máximo, dos últimos seis meses.

Lista de verificação para a análise das perguntas 4.0–4.40: coordenação, administração e prestação de contas

| Perguntas | Lista de verificação para a análise | Métodos de coleta de dados | Análise básico e apresentação de descobertas |
|---|--|---|--|
| <p>4.00 Existem mecanismos de coordenação para a proteção social, mesmo no âmbito de financiamento da saúde, que funcionem em seu país?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ① Lista e nome dos mecanismos de coordenação e governança da proteção social, incluindo os planos de saúde ② Número total de mecanismos de coordenação e governança da proteção social, incluindo os planos de saúde | <p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Estudo ② Análise secundária dos dados existentes ③ Debate de grupo <p>Fontes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Políticas do seguro de saúde nacional | <ul style="list-style-type: none"> ① Para cada pergunta, fazer tabulações e correlações de frequência e ilustrar os resultados num formato que transmita melhor a informação ② Se for possível, determinar a tendência |
| <p>4.2 A resposta à AIDS está representada nos mecanismos de coordenação e governança?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ① Nomes dos mecanismos de coordenação e governança da proteção social, incluindo os planos de saúde, em que a resposta à AIDS esteja representada ② Número total (e/ou %) de coordenação e mecanismos de governança da proteção social em que a resposta à AIDS esteja representada | <ul style="list-style-type: none"> ① Planos do seguro de saúde nacional ② Relatórios e documentos administrativos da proteção social nacional ③ Relatórios e documentos de organizações não governamentais e de pessoas vivendo com HIV ④ Documentos administrativos da proteção social no sector privado | |
| <p>4.4 Em caso de resposta negativa, o que pode ser feito para a resposta à AIDS estar representada nos mecanismos de coordenação e governança dos programas de proteção social?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ③ Ações por realizar para lograr que a resposta à AIDS esteja representada nos mecanismos de coordenação e governança | <ul style="list-style-type: none"> ① Relatórios de avaliação de gênero da resposta à AIDS ② Plano nacional de HIV ③ Planos operativos do PEPFAR a nível nacional ④ Relatórios regionais do Instituto de Administração do Seguro Social. ⑤ Equipe de Avaliação do HIV e da Proteção Social (membros da Equipe Conjunta das Nações Unidas para a AIDS, pessoas vivendo com HIV e populações-chave) | |

Anexo 2. Esquema do relatório da avaliação do HIV e da proteção social

Primeira página

- ① Título da avaliação, classificação geográfica, nome do país, nome da província, nome do distrito
- ① Nomes das pessoas responsáveis de fazer a pesquisa
- ① Nomes da equipe de avaliação do HIV e da proteção social
- ① Sumário executivo (resumo do relatório que inclua as perguntas da avaliação, a metodologia, as conclusões mais importantes e as recomendações)

Corpo do relatório

- ① Introdução
- ① Antecedentes e contexto
- ① Perguntas da avaliação
- ① Composição da equipe de avaliação do HIV e da proteção social
- ① Metodologia
- ① Limitações

Principais descobertas

- ① Destacar as descobertas mais importantes
- ① Organizar as descobertas com base nas perguntas da avaliação
- ① Utilizar imagens, gráficos e quadros para destacar as principais descobertas

Conclusão

- ① Fornecer uma avaliação das descobertas relacionadas com as perguntas da avaliação

Recomendações

- ① Identificar as ações mencionadas na avaliação que devem ser implementadas levando em conta o contexto do distrito, província ou país e o conhecimento da equipe de avaliação do HIV e da proteção social

Referências

- ① Indicar os documentos e obras consultados

Anexo 3. Possíveis fontes de dados

- ③ Estimativa do tamanho das populações-chave
- ③ Pesquisa de grupos de múltiplos indicadores (crianças e mulheres)
- ③ Estudo sobre os modos de transmissão do HIV
- ③ Estimativas e projeções do HIV
- ③ Relatórios da avaliação de gênero na resposta nacional à AIDS
- ③ Relatórios da avaliação sobre o diálogo mínimo da proteção social
- ③ Relatórios nacionais do Instituto de Administração do Seguro Social (com descrições dos programas nacionais de segurança social específicos do país, incluindo elegibilidade, fontes de financiamento, entre outros)
- ③ Política nacional da proteção social
- ③ Estratégias nacionais da resposta à AIDS
- ③ Planos nacionais de erradicação da pobreza
- ③ Planos estratégicos nacionais de resposta ao HIV
- ③ Notas conceituais sobre o HIV para o Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária
- ③ Pesquisa demográfica e de saúde mais recente
- ③ Pesquisa de indicadores da AIDS
- ③ Vigilância permanente
- ③ Pesquisas integrais de vigilância biocomportamental
- ③ Dados de programas de rotina
- ③ Estudos de coorte sobre a prevalência e a sobrevivência ao HIV
- ③ Pesquisas nacionais em jornais com revisão por pares
- ③ Relatórios do sistema de monitoramento do programa conjunto
- ③ Justificação dos investimentos em HIV
- ③ Avaliações dos programas focalizados
- ③ Índice de estigma
- ③ Censos da população

Anexo 4. Exemplos de programas de proteção social

| País | Nome do plano de proteção social | Objetivo do plano | População beneficiária | Benefícios do programa | Agência que o implementa |
|-----------------------------|----------------------------------|--|---|--|---|
| Brasil ² | Bolsa Família | Reduzir a pobreza entre as pessoas pobres através de transferências de dinheiro condicionadas ao desenvolvimento do capital humano | Famílias com rendas mensais per capita de menos de 140 reais (44 dólares americanos) ou menos de 70 reais (22 dólares americanos) seja qual for a composição do agregado familiar | <p>As famílias com rendas mensais per capita de menos de 140 reais (44 dólares americanos) recebem 22 reais (22 dólares americanos) por filho ou filha de até 14 anos ou menos (no máximo, 3 filhos ou filhas) e 33 reais mais (10\$) por cada filho ou filha de 15 e 16 anos (no máximo, dois filhos ou filhas)</p> <p>As famílias com rendas mensais per capita de menos de 70 reais (22 dólares americanos) recebem 68 reais adicionais (21 dólares americanos) condicionados aos filhos e filhas serem enviados à escola, a receber vacinas e outros serviços sociais e de saúde</p> | Secretaria Nacional de Renda de Cidadania do Ministério do Desenvolvimento Social |
| Camboja ³ | Iniciativa de Liderança Budista | Melhorar a proteção social das pessoas pobres e de grupos vulneráveis específicos | Pessoas afetadas e vivendo com HIV, órfãos e crianças vulneráveis | <p>Para as crianças: transferências em dinheiro e em espécie e dinheiro para o transporte das crianças vivendo com HIV ao momento de receber a terapia antirretroviral</p> <p>Para os adultos: transferências em dinheiro e em espécie para o transporte ao momento de receber a terapia antirretroviral</p> | Ministério da Cultura e da Religião |

² Pobreza e Prosperidade Compartilhada nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. Washington, DC: Banco Mundial; 2015.

³ Revisão dos planos de proteção social do Camboja para integrar a sensibilidade ao HIV. Nova York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2013.

| País | Nome do plano de proteção social | Objetivo do plano | População beneficiária do plano | Benefícios do programa | Agência que o implementa |
|---------------------------|--|--|---|--|--|
| China | Cinco Garantias | Melhorar as condições de vida das pessoas extremamente pobres (que vivem abaixo do limiar da pobreza com 234 renmibis por mês, ou seja, 360 dólares) no ano 2011 | "As três populações do 'não'": não podem trabalhar, não podem poupar e não têm familiares | Gastos de subsistência, assistência médica e habitação. Os benefícios mudam dependendo da região | Escritório de assuntos civis e conselhos das aldeias |
| Etiópia | Programa de segurança produtiva | Empoderar as pessoas com insegurança alimentar crônica para elas resistirem impactos, construir ativos e assegurar sua alimentação | População rural que afronta insegurança alimentar e fome | Combinação de transferências de alimentos e de dinheiro condicionadas à participação dos membros saudáveis da família em atividades de reforço dos meios de subsistência, tais como a reabilitação de terras e canais e o desenvolvimento da infraestrutura | Sector da Gestão de Riscos de Catástrofes e Segurança Alimentar no Ministério da Agricultura |
| Índia | Plano (Yojanna) Nacional de Pensões por Morte de Indira Ghandi | Oferecer um nível mínimo de assistência social, em conformidade com o artigo 41 da Constituição da Índia | Viúvas que vivam abaixo do limiar da pobreza com entre 40 e 64 anos (modificado para incluir às viúvas de entre 18 e 39 anos) | Transferências mensais de 400 rupias | Ministério do Desenvolvimento Rural através dos municípios e do sistema de governo local: Panchayats |
| México⁴ | Sistema para a proteção social na saúde: Seguro Popular | Reduzir a desigualdade no âmbito da saúde e da proteção financeira entre os mexicanos que têm seguro social e aqueles que não têm. | Para todos os mexicanos que não têm seguro social; formado por 4 planos de diferentes benefícios voltados para populações específicas. Fundo para a Proteção contra os Desastres Cataclísmicos, incluindo cuidados terciários em caso de doenças infantis | <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguro Popular oferece cuidados médicos primários abrangentes e a maioria de cuidados médicos secundários 2. O Fundo para a Proteção contra os Desastres Cataclísmicos financia intervenções de assistência terciária de custo elevado selecionadas, como em caso de câncer de doenças cardiovasculares e neurovasculares 3. O seguro de saúde para uma nova geração destinado a crianças nascidas depois do 1º de dezembro de 2006 | Serviços de saúde pública coordenados pelas redes |

⁴ Sistema Mexicano de proteção social no âmbito da saúde e da proteção financeira dos cidadãos sem seguro social. Washington, DC: Departamento do Desenvolvimento Humano, Escritório Regional do Banco Mundial para a América do Sul e o Caribe; 2012.

| País | Nome do plano de proteção social | Objetivo do plano | População beneficiária do plano | Benefícios do programa | Agência que implementa o plano |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|
| | | | | 4. Embarazo Saludable (Gravidez saudável), destinado a fazer com que as mulheres grávidas tenham acesso a serviços de atenção pré-natal e pós-natal gratuitos no momento de uso, bem como cuidados hospitalários | |
| Nigéria⁵ | Programa de Educação para Meninas | Incentivar a matrícula e a retenção de estudantes no ensino primário e secundário e melhorar o desempenho acadêmico das meninas beneficiárias em 10 estados do norte da Nigéria | | Transferências de dinheiro condicionadas para famílias pobres, trabalhos de promoção com líderes tradicionais, pães e professores islâmicos, bolsas para professoras e comitês de gestão escolar | Ministério Federal da Educação e UNICEF (Ministério da Educação e Comissão Estadual da Universal da Educação Básica) |
| África do Sul | Subsídio de ajuda infantil | Aborda níveis elevados de pobreza e desigualdade pós-apartheid | Todas as crianças entre 0 e 18 anos cujas famílias cumprem os critérios de elegibilidade | | Agência de Segurança social da África do Sul no Departamento do Desenvolvimento Social |
| República Unida da Tanzânia | Programa de Obras Públicas | Fornecer rendas em dinheiro aos beneficiários através de contratos em projetos de construção e reabilitação de infraestrutura aprovados | Famílias pobres com capacidade para trabalhar | Um salário 20% abaixo do salário estabelecido no mercado para a mão de obra qualificada (critérios de autoseleção para determinar a população beneficiária) | Programa da Divisão de Obras Públicas da Unidade de Administração do Fundo de Ação Social da Tanzânia. |

⁵ Samuels F, Blake C, Akinimisi B. *HIV vulnerabilities and the potential for strengthening social protection responses in the context of HIV in Nigeria*. Londres: Overseas Development Institute; 2012.

⁶ Fundo de Ação Social da Tanzânia (TASF) Public Works Programme Handbook. Dar es Salaam: Fundo de Ação Social; 2003.

Anexo 5. Projeto de ordem do dia de uma oficina sobre a avaliação do HIV e da proteção social

[Localização e cidade da avaliação]

Dia 1: [data]

| Hora (horas) | Atividade |
|--------------|---|
| 09.00-09.30 | Palavras - conselho nacional da AIDS <ul style="list-style-type: none">Ⓞ Recepção e palavras do conselho nacional da AIDSⓄ Intervenção das organizações da sociedade civil que representam as pessoas vivendo com HIV e as populações-chaveⓄ Palavras do diretor do UNAIDS no paísⓄ Palavras iniciais do ministro dos serviços sociais |
| 09.30-10.30 | Objetivos da oficina - conselho nacional da AIDS <ul style="list-style-type: none">Ⓞ Situação do HIV e da AIDS no país, seguimento e avaliação - conselho nacional sobre a AIDSⓄ Situação nacional da proteção social - ministério da proteção socialⓄ Situação nacional das pessoas vivendo com HIV e das populações-chave - representantes das pessoas vivendo com HIVⓄ Perguntas e debate |
| 10.30-11.00 | Intervalo para o café |
| 11.00-12.30 | <ul style="list-style-type: none">Ⓞ Perspectiva global e regional sobre a proteção social e o HIV e as evidências e repercussões das políticas da Resposta Acelerada - copatrocinadores do UNAIDSⓄ Exemplos de boas práticas na resposta ao HIV e a proteção social - organização da sociedade civilⓄ Exemplos de boas práticas na resposta ao HIV e a proteção social - UNAIDSⓄ Perguntas e debate |
| 12.30-14.00 | Almoço |
| 14.00-15.30 | Evidência da proteção social para a prevenção e o tratamento do HIV <ul style="list-style-type: none">Ⓞ Dinheiro para projetos de proteção social + assistência para adolescentesⓄ Proteção social sensível ao HIV e a populações-chaveⓄ Proteção social e evidências emergentes sobre a prevenção e o tratamento do HIV- copatrocinadores do UNAIDS |
| 15.30-16.00 | Intervalo para o café |
| 16.00-16.45 | Introdução à Ferramenta de avaliação do HIV e da proteção social |
| 16.45-17.00 | Distribuição da ferramenta impressa para seu estudo e para a coleta de informação - tarefa |

Dia 2: [data]

| Hora (horas) | Atividade |
|---------------------|---|
| 09.00-09.30 | Resumo do primeiro dia |
| 09.30-10.30 | Trabalho em grupo ③ Preencher eletronicamente o questionário sobre a proteção social e o HIV |
| 10.30-11.00 | Intervalo para o café |
| 11.00-12.30 | Trabalho em grupo ③ Seguir preenchendo eletronicamente o questionário |
| 12.30-14.00 | Almoço |
| 14.00-15.30 | Trabalho em grupo ③ Seguir preenchendo eletronicamente o questionário |
| 15.30-16.00 | Intervalo para o café |
| 16.00-16.30 | Apresentação do relatório de síntese (O relatório de síntese é criado automaticamente assim que o questionário preenchido é enviado eletronicamente) ① Perguntas e debate ① Rumo a seguir - UNAIDS, ministério dos serviços sociais, conselho nacional sobre a AIDS, organização da sociedade civil |
| 16.30-17.00 | Palavras finais ① Representante da organização da sociedade civil ① Diretor nacional do UNAIDS ① Ministério dos serviços sociais ① Diretor do conselho nacional da AIDS |

Referências

1. Dehne KL, Dallabetta G, Wilson D, GP Garnett, Laga M, Benomar E, et al. HIV Prevention 2020: a framework for delivery and a call for action. *Lancet HIV*. 2016; 3: e323-e332.
2. O relatório GAP. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2014
3. Nota de orientação sobre o HIV e a proteção social. Genebra: Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2011
4. Rodrigues-Garcia R. Pesquisa multinacional sobre os "acessos" e "efeitos" das políticas e programas de proteção social dos trabalhadores vivendo com HIV e suas famílias. Organização Internacional do Trabalho: relatório de síntese. Genebra: 2014.
5. Proteção social: avanço da resposta à AIDS. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2015.
6. Nota de orientação: HIV e a proteção social. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2014.
7. Thornton RL. The demand for, and impact of, learning HIV Status. *American Economic Review*. 2008; 98: 1829-1863.
8. McGovern ME, Herbst K, Tanser F, Mutevedzi T, Canning D, Gareta D, et al. A household food voucher increases consent to home-based HIV testing in rural KwaZulu-Natal. Resumo 1102. Apresentado na Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas Seattle, WA, 23-26 de fevereiro de 2015.
9. Yotebieng M. Effectiveness of conditional cash transfers to increase retention in care and adherence to PMTCT services: a randomized controlled trial. Resumo TUA 0202. Apresentado na oitava Conferência da Sociedade Internacional da AIDS sobre a Patogênese, o Tratamento e a Prevenção, Vancouver, 19-22 de julho de 2015.
10. Farber S, Tate J, Frank C, Ardito D, Kozal M, Justice AC, Scott Braithwaite R. A study of financial incentives to reduce plasma HIV RNA among patients in care. *Revista AIDS and Behavior* 2013; 17: 2293-2300.
11. Bradley H, Viall AH, Wortley PM, Dempsey A, Hauck H, Skarbinski J. Ryan White. HIV/AIDS Program assistance and HIV treatment outcomes. *Revista Clinical Infectious Diseases*. 2016; 62: 90-98.
12. Thirumurthy, H., Masters, S.H., Rao, S., Murray, K., Prasad, R., Zivin, J.G., Agot, K. (2016) . The Effects of Providing Fixed Compensation and Lottery-Based Rewards on Uptake of Medical Male Circumcision: A Randomized Trial. *Revista Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 72 (Suplemento 4), S309- S315. [Http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001045](http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001045)
13. Ligando os pontos: Nota de estratégia. HIV, saúde e desenvolvimento 2016-2021. PNUD 2016.

14. Estratégia de Ação Acelerada para acabar com a AIDS: UNAIDS 2016-2021. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2015.
15. Diretrizes sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para testes e para a prevenção da infecção do HIV: recomendação para uma abordagem na saúde pública. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016.
16. Cluver LD, Orkin MF, Yakubovich AR, Sherr L. Combination social protection for reducing HIV-risk behavior amongst adolescents in South Africa. Apresentado na Conferência Internacional sobre a AIDS, Melbourne, 20-25 de julho de 2014.
17. Relatório sobre a saúde no mundo: financiamento dos sistemas de saúde—o caminho para uma cobertura universal da saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
18. Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. Washington, DC: Banco Mundial; 2006.
19. Aumento de receitas para a saúde no apoio à organização Healthcare: questões estratégicas para os responsáveis de formular políticas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015.
20. Relatório sobre a proteção social mundial 2014-15: rumo à recuperação econômica, o desenvolvimento social inclusivo e a justiça. Genebra: Organização Internacional do Trabalho 2014.
21. Pettigrew LM, Mathauer I. Voluntary health insurance expenditure in low- and middle-income countries: exploring trends during 1995-2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *Revista International Journal for Equity in Health*. 2016, 15: 67
22. Kutzin J. Tudo é possível no caminho à uma cobertura universal da saúde? Não. *Boletim da Organização Mundial da Saúde*. 2012; 90: 867-868.
23. Wang H, Pielemeier N. Community-based health insurance: an evolutionary approach to achieving universal coverage in low-income countries. *Revista Life Science*. 2012; 6: 320-329.
24. Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, Jaramillo E, Weiss J, Uplekar M, et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications. *Revista Internacional Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2011; 15 (Suplemento 2): S37-S49.
25. Torrens AW, Rasella D, Boccia D, Maciel ELN, Nery JS, Olson ZD, et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. *Revista Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine*. 2016; 110: 199-206.

26. Diretrizes sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para o tratamento e a prevenção do HIV: recomendações para uma abordagem na saúde pública. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.
27. Ford N, Matteelli A, Shubber Z, Hermans S, Meintjes G, Grinsztejn B, et al. TB as a cause of hospitalization and in-hospital mortality among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Revista Journal of the International AIDS Society*. 2016; 19: 20714.
28. Foster N, Vassall A, Cleary S, Cunnama L, Churchyard G, Sinanovic E. The economic burden of TB diagnosis and treatment in South Africa. *Revista Social Science & Medicine*. 2015; 130: 42e50.
29. "We ask for justice": Europe's failure to protect Roma from racist violence. Londres: Amnistia Internacional; 2014 (<http://www.amnesty.org/en/news/roma-europe-demanding-justice-and-protection-face-violence-2014-04-08>)
30. Abordagens inovadoras na Índia: proteção social sensível ao HIV na Índia, PNUD, 2014.
31. Acesso e efeitos da proteção social nos trabalhadores vivendo com HIV e suas famílias: um relatório analítico. Genebra: Organização Internacional do Trabalho; 2014.
32. Remme M, Vassalla A, Lutz B, Luna J, Watts C. Financing structural interventions: going beyond HIV-only value for money assessments. *AIDS*. 2014; 28: 425-434.
33. O estado das redes de segurança social no ano 2015. Washington, DC: Banco Mundial; 2015.
34. Proteção social para o desenvolvimento sustentável: diálogos entre a África e o Brasil. Rio de Janeiro: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Centro Mundial para o Desenvolvimento Sustentável (Rio+Centro); 2016.
35. PEPFAR HKID portfolio review: children in the HIV/AIDS epidemic. Washington, DC: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional; 2011.
36. Guia de terminologia do UNAIDS. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2015.
37. Nota de orientação sobre o HIV e o trabalho sexual. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS; 2012.
38. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar nosso mundo. Nova York: Nações Unidas (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>).

Copyright © 2017
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS).
Todos os direitos reservados.

As denominações usadas e o material apresentado nessa publicação não implicam a expressão de nenhuma opinião por parte do UNAIDS sobre a condição jurídica de nenhum país, território, cidade, zona ou de suas autoridades, nem sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites. O UNAIDS não garante que a informação publicada nesse documento esteja completa e seja correta e não será responsável dos danos sofridos como consequência de seu uso.

UNAIDS/JC2879S



Empoderando vidas.
Fortaleciendo nações.



UNAIDS
Programa Conjunto das Nações
Unidas sobre HIV/AIDS

20 Avenida Appia
1211 Genebra
27 Suíça

+41 22 791 3666

unaids.org