




FORNECIMENTO DE SERVIÇO DIFERENCIADO PARA VIH:

UM QUADRO DE DECISÕES PARA SERVIÇOS DE TESTE DE VIH

Mobilização, testes, associação

É hora de *fazer testes* em modo diferente.



Nas últimas duas décadas, verificou-se grande progresso na identificação de pessoas que vivem com VIH (PVVIH) e na sua associação com cuidados de VIH. Muitos países já estão a alcançar o primeiro objectivo 90, alcançando vitórias adaptando os serviços de teste de VIH, fornecendo serviços tanto em instalações como locais comunitários e adoptando partilha de tarefas. No entanto, em alguns países e algumas populações específicas, acesso a testes permanece um grande desafio. Como podemos alcançar as pessoas restantes que vivem com VIH que ainda não conhecem a sua condição? Será que os princípios de fornecimento de serviço diferenciado podem auxiliar na identificação das nossas lacunas e adaptação dos nossos serviços? Leia para ver como podemos começar a fazer testes em modo diferente.



É hora de *fazer testes* em modo diferente. É necessário apoio coordenado de doadores, agências de implementação, comunidades e redes de PVVIH para encarar este desafio de alcançar o objectivo de testes para que 90% de todas as PVVIH conheçam a sua condição até 2020. *Fornecimento de serviço diferenciado para VIH: Um Quadro de Decisões para serviços de teste de VIH* realça como os princípios de fornecimento de serviço diferenciado podem apoiar uma abordagem sistemática para alcançar as pessoas restantes que vivem com VIH que não conhecem a sua condição. Estes princípios devem ser aplicáveis a uma audiência global.

Este é o quarto da série de Quadros de Decisões. Os quadros anteriores concentraram-se em modelos de fornecimento de serviços de TAR a clientes estáveis e populações específicas, tais como mulheres grávidas e lactantes, crianças e populações chave. Este é o primeiro quadro que aborda outra parte da cascada de VIH. Esperamos que esta abordagem estruturada para realizar a análise da situação e estabelecer modelos para fornecimento de serviços de teste de VIH os auxiliem a alcançar o primeiro 90.

RESUMO EXECUTIVO



Como vou alcançar as pessoas restantes com VIH que não conhecem a sua condição com os recursos que possuímos? Temos que alcançar os nossos objectivos de 90-90-90.

Saiba mais sobre **Andrew**, um gerente distrital de VIH, na página 8



Como devo realizar um teste de VIH de seis em seis meses? As filas na clínica são muito longas. Também não estou certa onde posso obter um abastecimento regular de preservativos e ouvi que algumas das minhas amigas começaram a tomar PPrE. Onde devo ir?

Saiba mais sobre **Namrata**, uma profissional do sexo feminina, na página 8

Foram estabelecidos objectivos globais para que 90% das pessoas que vivem com VIH (PVVIH) conheçam a sua condição, 90% das pessoas que conhecem a sua condição se encontrem em TAR e 90% das pessoas em TAR alcancem supressão virológica até 2020. Até 2030, estes objectivos aumentam para 95% em toda a cascada. O progresso nos primeiros 90 está atrasado em outras áreas da cascada com as maiores lacunas frequentemente entre homens, jovens e populações chave. Se bem que mais de duas em cada três pessoas que vivem com VIH conheçam a sua condição mundialmente, os gerentes de programas são desafiados para determinar modos eficientes e efectivos para alcançar aqueles que ainda não foram diagnosticados e associá-los aos cuidados.

Foram também estabelecidos objectivos para prevenção com um objectivo global de atingir menos de 500.000 novas infecções até 2020¹. Para alcançar este objectivo, associar clientes aos cinco pilares de prevenção deve ser um componente essencial de qualquer modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH. Estes pilares são: prevenção por combinação para raparigas adolescentes e mulheres jovens; prevenção por combinação para populações chave; programas abrangentes de preservativos; circuncisão médica voluntária de homens e serviços de saúde sexual e reprodutiva para homens e rapazes; e introdução rápida de profilaxia de pré-exposição (PPrE).

As preocupações de Andrew, um gerente distrital de VIH, e Namrata, membro feminino de uma população chave, ilustradas supra, realçam alguns dos desafios encarados em muitos ambientes à medida que continuamos a incrementar acesso a serviços de teste de VIH (STV).

Fornecimento de serviço diferenciado (FSD), ou cuidados diferenciados, é uma abordagem centrada no cliente. Simplifica e adapta serviços de VIH em toda a cascata de cuidados de VIH para reflectir as preferências e expectativas dos diferentes grupos de PVVIH simultaneamente reduzindo encargos desnecessários sobre o sistema de saúde². FSD apoia a reorientação de recursos para clientes mais necessitados e assim, no contexto de testes de VIH, visa desenvolver estratégias de testes de VIH destinadas a identificar as PVVIH que ainda não conhecem a sua condição com o objectivo de as associar aos cuidados de VIH. A abordagem de FSD apoiará gerentes de programas ao pensarem sobre como mobilizar, fazer testes e associar aos cuidados e prevenção em modo diferente.

Este quadro visa utilizar os princípios de FSD (elementos, Parte 4, e pedras basilares, Parte 6), apresentados nos quadros anteriores^{3,4}, para orientar gerentes de programas de VIH a nível nacional e distrital, parceiros de implementação, fornecedores de assistência técnica e outras partes interessadas chave na análise e adaptação dos seus modelos de fornecimento de serviço de teste de VIH. O objectivo é de proporcionar uma abordagem sistemática para estabelecer uma **combinação estratégica de estratégias de teste**, incluindo decidir quais os modelos de teste que podem necessitar de adaptar, estabelecer ou abandonar. A abordagem considerará os **componentes centrais para o primeiro 90: mobilização, testes e associação a prevenção e/ou tratamento, Parte 2**.

O *Quadro de Decisões para serviços de teste de VIH* é uma ferramenta prática apoiada por um compêndio de ferramentas e melhores práticas em linha, disponível em www.differentiatedservicedelivery.org para orientar gerentes de programas de VIH sobre como considerar serviços de testes de VIH e associação em modo diferente. O objectivo é para os serviços de teste serem adaptados às necessidades da comunidade considerando os componentes centrais de testes através de uma lente centrada no cliente.

Síntese do quadro

Na Parte 1, fornece-se uma panorâmica do FSD, incluindo como serviços diferenciados de teste de VIH fazem parte do FSD. A Parte 2 apresenta os três componentes centrais de qualquer modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH: mobilização; teste; e associação a TAR ou serviços de prevenção. A Parte 3 apresenta um plano em seis etapas que visa permitir que gerentes de programas estabeleçam prioridades sobre quem necessita de abordagens de testes diferenciados de VIH e como as estabelecer usando as pedras basilares.

Na Parte 4, descrevem-se os três elementos chave de um cliente. Isto inclui: características clínicas e população(ões) específica(s) dos clientes; e o contexto no qual vivem. A Parte 5 aborda como desenvolver um programa optimizado e efectivo seja adaptando modelos existentes de testes de VIH ou estabelecendo novos modelos. A Parte 6 descreve as pedras basilares de fornecimento de serviço usadas para estabelecer um modelo.

Ao longo do quadro, estudos de caso e exemplos da vida real ilustram como os elementos e pedras basilares foram usados para conceber serviços diferenciados de teste de VIH.

DESAFIOS COMUNS: PORQUE É HORA DE FAZER TESTES EM MODO DIFERENTE

PERSPECTIVA DO CLIENTE



O meu marido nunca virá fazer um teste na clínica. Ele trabalha todo o dia e demoramos duas horas a chegar à clínica. E o meu parceiro anterior, não deveria também fazer um teste?

Como posso fazer testes às crianças e o marido desta mulher que vive com VIH? Ainda não vieram à clínica e vivem muito longe. Será que deveria contactar o seu parceiro anterior?



Não gostamos de ir à clínica e perguntar sobre testes de VIH. Os profissionais de saúde não são acessíveis. Porque não podemos fazer o teste nós mesmos?

Trabalho em um contexto em que a prevalência de VIH é muito mais elevada nas nossas populações chave. Como os posso alcançar para fazer testes se eles não gostam de vir à clínica?

PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE (PDS)

Gostaria de fazer um teste de VIH, mas não quero perder o meu lugar na fila para ver o doutor. Não me vou incomodar hoje.

Como posso fazer testes a todos estes clientes no meu departamento de consulta externa (DCE) para VIH? A fila é tão longa e não tenho tempo para fornecer teste de qualidade. No máximo, posso fazer testes a oito pessoas hoje.



Fiz um teste de VIH há algumas semanas e foi positivo, mas na realidade, não quero fazer um teste à minha criança.

Estou muito preocupada pois esta criança apresenta alguns sinais de VIH, mas penso que a mãe não quer que eu a examine. Que devo fazer?



ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Resumo executivo | ii |
| Desafios comuns: Porque é hora de fazer testes em modo diferente | iii |
| Prefácio | vii |

PARTE 1: INTRODUÇÃO VIII

| | |
|--|---|
| O que é fornecimento de serviço diferenciado para VIH? | 1 |
| Fornecimento de serviço diferenciado inclui testes de VIH | 1 |
| Como já são diferenciados os serviços de teste de VIH? | 2 |
| Porque devemos reavaliar como os serviços de teste de VIH são diferenciados? | 3 |
| Como este quadro apoiará o desenvolvimento de uma combinação estratégica de serviços diferenciados de teste de VIH | 3 |
| Como este quadro apoiará o estabelecimento sistemático de modelos diferenciados de fornecimento de serviço de teste de VIH | 3 |

PARTE 2: OS COMPONENTES CENTRAIS DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS DE TESTE DE VIH 4

PARTE 3: A ABORDAGEM DE SEIS ETAPAS DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS DE TESTE DE VIH 6

| | |
|--|----|
| Etapa 1: Realizar uma análise da situação | 9 |
| Etapa 2: Definir desafios | 11 |
| Etapa 3: Definir para quem os serviços de teste de VIH serão diferenciados | 11 |
| Etapa 4: Adaptar ou estabelecer modelos de serviços diferenciados de teste de VIH | 12 |
| Etapa 5: Conceber uma combinação estratégica de modelos diferenciados de fornecimento de serviço de teste de VIH – adaptar, estabelecer ou abandonar | 12 |
| Etapa 6: Avaliar e decidir que modelos diferenciados de fornecimento de serviço de teste de VIH adicionais são necessários | 13 |

PARTE 4: QUAIS SÃO OS TRÊS ELEMENTOS? 14

| | |
|--|----|
| Os três elementos | 15 |
| Como diferenciamos com base em características clínicas? | 16 |
| Como diferenciamos com base na população específica? | 16 |
| Como diferenciamos com base no contexto? | 17 |

PARTE 5: AVALIAR SE ADAPTAR OU ESTABELEECER 18

| | |
|---|----|
| Adaptar ou estabelecer | 19 |
| Questão 1: Há um serviço de testes de VIH existente que poderia ser adaptado para outro ambiente ou população? | 20 |
| Questão 2: Há um serviço de testes de VIH existente com fraco desempenho porque não inclui mobilização e/ou associação? | 21 |
| Quando é apropriado estabelecer um novo modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH? | 21 |

| | |
|--|-----------|
| PARTE 6: ADAPTAR OU ESTABELECEER MODELOS DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO DIFERENCIADO DE TESTE DE VIH..... | 22 |
| As pedras basilares | 23 |
| QUANDO são fornecidos STV? | 24 |
| ONDE são fornecidos serviços de STV? | 26 |
| QUEM fornece serviços de STV? | 28 |
| QUE serviços são fornecidos? | 30 |
| | |
| PARTE 7: CONCEBER UMA COMBINAÇÃO ESTRATÉGICA DE MODELOS DIFERENCIADOS DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO DE TESTE DE VIH – ADAPTAR, ESTABELECEER OU ABANDONAR | 32 |
| Uma combinação estratégica | 33 |
| | |
| PARTE 8: ASSOCIAÇÃO A PREVENÇÃO DE VIH E INÍCIO DE TAR | 36 |
| Associação a prevenção | 37 |
| Associação a início de TAR | 38 |
| | |
| PARTE 9: CONCLUSÃO | 40 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 42 |
| | |
| ANEXOS | 44 |
| | |
| LISTA DE ESTUDOS DE CASO | |
| Estudo de caso 1: Testes de VIH através de fornecedores leigos e auto-teste de VIH, Ucrânia | 10 |
| Estudo de caso 2: Mapeamento de serviços de STV na Tanzânia | 10 |
| Estudo de caso 3: Formação para teste por fornecedor leigo, Costa do Marfim | 11 |
| Estudo de caso 4: Mobilização de homens que têm relações sexuais com homens, Brasil | 13 |
| Estudo de caso 5: Teste de rotina de opção de exclusão para identificar crianças, Zimbabwe | 19 |
| Estudo de caso 6: Alcançar famílias de pessoas VIH positivas que injectam drogas, Paquistão | 19 |
| Estudo de caso 7: Melhorar TAIF com aconselhadore leigos, Malawi | 19 |
| Estudo de caso 8: Lições em eficiência a partir de abordagens de teste em prisões, Malawi | 35 |
| Estudo de caso 9: Pilotagem de uma ferramenta de avaliação de sintoma e risco durante testes comunitários de VIH, Tanzânia | 35 |
| | |
| LISTA DE EXEMPLOS | |
| Exemplo 1: Abordagens lideradas por comunidade para populações chave, Vietname | 25 |
| Exemplo 2: Alcançando homens em Eshowe, África do Sul | 27 |
| Exemplo 3: Sensibilização de CMMV e notificação do parceiro com conjuntos de auto-teste, Malawi | 29 |
| Exemplo 4: Notificação do parceiro com base nas instalações e serviços de parceiro do índice, Camarões | 31 |

ABREVIACOES

| | | | |
|------|--|-------|---|
| CEGA | Centro de Excelência e Gestão de Amigos | POP | Procedimento operacional padrão |
| CMMV | Circunciso médica masculina voluntária | PPrE | Profilaxia pré-exposio |
| CPN | Cuidados pré-natais | PQID | Pessoas que injectam drogas |
| DCE | Departamento de consultas externas | PSF | Profissional de sexo feminina |
| DCI | Departamento de consultas internas | PS | Profissional de sexo |
| DNT | Doença não transmissível | PVVIH | Pessoas que vivem com VIH |
| FCs | Funcionários clínicos | SDS | Sondagem demográfica e de saúde |
| FSD | Fornecimento de serviço diferenciado | STV | Serviços de teste de VIH |
| HSH | Homens que têm relações sexuais com homens | TAIF | Teste e aconselhamento iniciado pelo fornecedor |
| ITSs | Infecções transmitidas sexualmente | TAR | Tratamentos antirretrovirais |
| MdS | Ministério da saúde | TB | Tuberculose |
| OMS | Organizao Mundial da Saúde | TDR | Teste de diagnóstico rápido |
| ONG | Organizao não governamental | TROE | Teste de rotina de opo de exclusão |
| PAI | Programa ampliado de imunizao | TSC | Trabalhador de saúde comunitário |
| PCs | Populações chave | VHC | Vírus da hepatite C |
| PDC | Ponto de cuidados | | |
| PDS | Profissional de saúde | | |

“Temos efectuado tantas campanhas de sensibilizao para testes, mas não temos identificado praticamente nenhuns novos clientes VIH-positivos e muitas das pessoas que vêm fazer testes já fizeram um teste de VIH, mesmo nos últimos meses. Como posso alcançar as pessoas VIH-positivas que ainda não fizeram testes e assegurar-me que iniciam TAR, mas com os fundos limitados que possuo?”



PREFÁCIO

Antecedentes da série de Quadro de Decisões

O primeiro *Quadro de Decisões para fornecimento de TAR*³ foi publicado em Julho de 2016 e estabeleceu os antecedentes e princípios de fornecimento de serviço diferenciado usando os elementos e pedras basilares para conceber e estabelecer modelos de fornecimento diferenciado de TAR para clientes clinicamente estáveis.

Indo para além de clientes clinicamente estáveis, foi desenvolvido e lançado em 2017 um *Quadro de Decisões para fornecimento diferenciado de TAR a crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes*⁴. Em 2018, será publicado um terceiro Quadro de Decisões concentrando-se em populações chave.

Este quadro, o quarto na série, usa o mesmo processo por etapas para adaptar ou estabelecer modelos de FSD a todas as populações específicas – mas agora para mobilização, teste e associação. São usados os mesmos princípios, usando os elementos e pedras basilares como um quadro sistemático para estabelecer um modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH. Não é uma directriz, mas suplementa directrizes que estão disponíveis, fornecendo uma abordagem sistemática e programática para desenvolver modelos adequados de fornecimento de serviços para testes de VIH em um dado contexto.

Serviços diferenciados de teste de VIH

Até à data, o conceito de FSD concentrou-se principalmente em desenvolver modelos de cuidados para simplificar fornecimento de TAR a clientes estáveis e a populações específicas, tais como crianças e adolescentes e mulheres grávidas e lactantes³. Os serviços de teste de VIH em muitos ambientes já demonstraram elementos de uma abordagem de FSD. Os testes de VIH podem ser fornecidos tanto nas instalações como na comunidade, o “onde”, e em muitos contextos, foi uma tarefa partilhada com quadros leigos, os “quem”. No entanto, o uso sistemático dos elementos (Parte 4) e pedras basilares (Parte 6) para os três componentes de qualquer modelo de teste, (**mobilização, teste e associação**) (Parte 2) podem não ter sido implementados em todos os parâmetros dos programas.

Objectivos do Quadro de Decisões para serviços diferenciados de teste de VIH

Fornecimento de serviço diferenciado para VIH: Um Quadro de Decisões para serviços de teste de VIH é o quarto na série de quadros para implementação de FSD, mas pode ser consultado como um documento independente. Os objectivos do quadro são de fornecer:

- Um **contexto** para os princípios de FSD
- **Exemplos** de modelos diferenciados de fornecimento de serviço de teste de VIH que demonstram como usar os componentes centrais (Parte 2), elementos (Parte 4) e pedras basilares (Parte 6)
- **Orientação** sobre as etapas para decidir que modelos diferenciados de fornecimento de serviço de teste de VIH são necessários e se adaptar ou estabelecer novos modelos.

O *Quadro de Decisões para serviços de teste de VIH* visa gerentes de programas de VIH tanto nacionais como distritais e, sempre que adequado, parceiros de implementação, doadores e outras organizações que apoiam programas nacionais de VIH. O repositório em linha, www.differentiatedservicedelivery.org, foi actualizado para incluir as melhores práticas e publicações pertinentes sobre teste diferenciado e associação, incluindo todo o material pertinente anteriormente disponível em www.HIVST.org.

“Os líderes entre pares estão a auxiliar as pessoas nas suas comunidades para descobrirem a sua condição de VIH e iniciarem o tratamento quando necessário. Esta abordagem inovadora está a derrubar barreiras ao cuidado de pessoas que dele mais necessitam.”

– OMS, Vietname



PARTE 1

INTRODUÇÃO

O QUE É FORNECIMENTO DE SERVIÇO DIFERENCIADO PARA VIH?

Fornecimento de serviço diferenciado (FSD), ou cuidados diferenciados, é uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta serviços de VIH em toda a cascada de cuidados de VIH para reflectir as preferências e expectativas de vários grupos de

PVVIH ao mesmo tempo reduzindo encargos desnecessários sobre o sistema de saúde². Fornecendo FSD, as barreiras ao acesso de serviços por clientes e o encargo de fornecer serviços imposto aos profissionais de saúde deveriam ser reduzidos, permitindo que os sistemas de saúde e comunitários reorientem os recursos para os que mais necessitam. Para satisfazer as várias necessidades das pessoas que exigem testes de VIH e serviços de TAR, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma abordagem diferenciada do fornecimento de serviços^{5,6}.

FSD visa melhorar a qualidade da experiência do cliente, colocando o cliente no centro do fornecimento de serviço ao mesmo tempo assegurando que o sistema de saúde está a funcionar em modo tanto clinicamente responsável como eficiente. O impulsionador central para adaptação do fornecimento de serviços são as necessidades do cliente. Deste ponto de partida, devem considerar-se as necessidades

clínicas diferentes, a população específica (mulheres grávidas e lactantes, crianças e adolescentes ou população chave) e o contexto no qual o cliente vive. Estes três elementos são adicionalmente descritos na Parte 4.

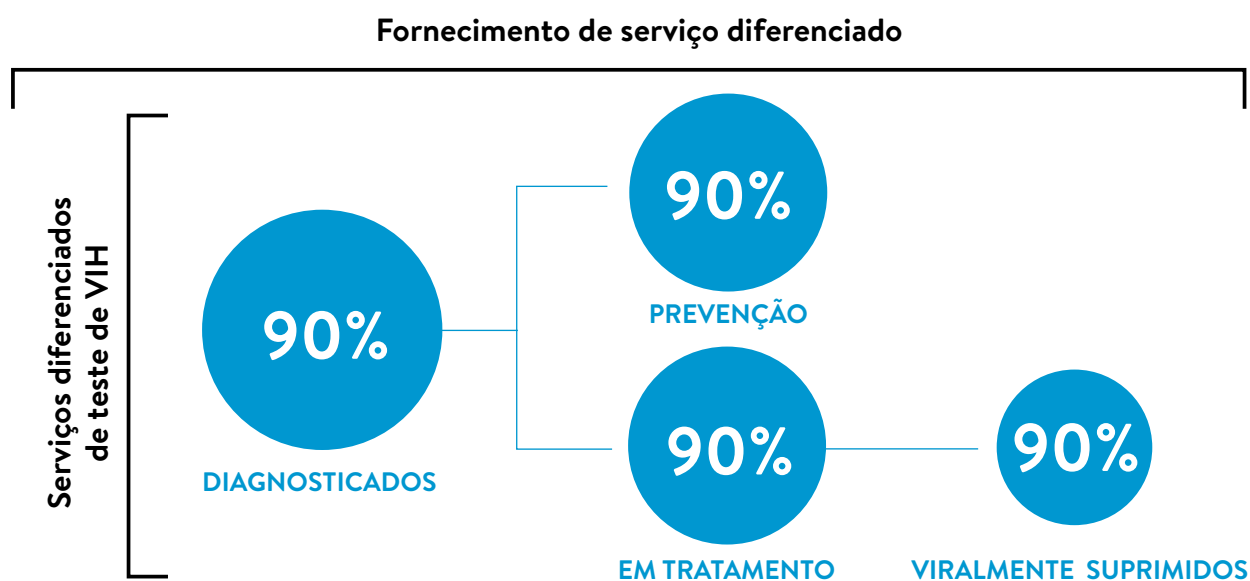
FSD apoia a reorientação de recursos para clientes que são mais necessitados e assim, no contexto de testes de VIH, visa desenvolver estratégias de testes de VIH para identificar as PVVIH que ainda não conhecem a sua condição com o objectivo de as associar aos cuidados de VIH ou serviços de prevenção. No contexto actual, encontrar a combinação estratégica correcta de modelos de teste para realizar esta tarefa é o desafio principal.

FORNECIMENTO DE SERVIÇO DIFERENCIADO INCLUI TESTES DE VIH

FSD aplica-se a todo o continuum de VIH, desde prevenção até supressão viral (Figura 1) e, portanto, a todos os três dos objectivos 90-90-90; o primeiro 90 é que 90% das PVVIH devem conhecer a sua condição de VIH⁷. As cascatas de testes globais e tratamento de VIH desde 2015 e 2016 sugerem um aumento do conhecimento da condição de VIH entre PVVIH de 66% em 2015 para 70% em 2016. No entanto, o progresso no primeiro 90 está muito aquém das outras áreas da cascata⁷.

Dependendo do contexto, as populações específicas podem contribuir uma maior proporção de novas infecções e/ou encarar barreiras ao acesso a serviços de teste de VIH. O primeiro objectivo 90 não será alcançado sem definir as restantes PVVIH que não conhecem a sua condição em um contexto específico e estabelecer modelos diferenciados de testes de VIH para as alcançar.

Figura 1: Fornecimento de serviço diferenciado aplica-se a todo o continuum de cuidados de VIH



FSD aplica-se a todo o continuum de cuidados de VIH incluindo associação a prevenção. Este Quadro de Decisões concentra-se na mobilização, teste, o primeiro 90 e associação – o segundo 90.

Serviços diferenciados de teste de VIH devem incluir associação

Este quadro considera três componentes centrais que devem ser considerados em qualquer modelo de testes de VIH: mobilização; teste; e associação (Parte 2). Em exemplos existente de modelos diferenciados de testes de VIH, incluindo aqueles descritos neste quadro, consideração sistemática dos três componentes não se encontra sempre presente. Assegurando que a componente de associação de um modelo de teste seja abordada, será essencial para alcançar os objectivos 90-90-90 através da associação daqueles com

teste positivo a TAR. Associação a prevenção deve também ser reforçada para alcançar o objectivo ambicioso de prevenção de atingir menos de 500.000 novas infecções em 2020. Estratégias de prevenção que devem ser oferecidas estão descritas nos cinco pilares de prevenção da ONUSIDA: prevenção por combinação para raparigas adolescentes e mulheres jovens; prevenção por combinação com populações chave; programas abrangentes de preservativos; circuncisão médica voluntária de homens e serviços de saúde sexual e reprodutiva para homens e rapazes; e introdução rápida de profilaxia de pré-exposição. Estes estão ilustrados na página 37.




COMO JÁ SÃO DIFERENCIADOS OS SERVIÇOS DE TESTE DE VIH?

No decurso da epidemia de VIH, já foram implementadas estratégias de teste diferentes. As estratégias iniciais concentraram-se em VCT e progrediram para a introdução sistemática de testes de VIH em CPN. Nos meados dos anos 2000 observou-se maior ênfase em testes para populações chave através de estratégias de teste móvel de trabalho paralelo conjuntamente com campanhas nacionais de "conheça a sua condição" utilizando mobilização em massa de meios de comunicação e testes de porta a porta. Desde 2007, foi introduzido teste e aconselhamento iniciado pelo fornecedor (TAIF), ampliando as taxas de diagnóstico nas instalações; mais recentemente, observámos uma mudança de paradigma para abordagens que maximizam o número de diagnósticos positivos de VIH. Nestes serviços de teste de VIH (STV), já foram incorporados alguns conceitos de FSD (Tabela 1), mas recomenda-se reavaliação se queremos alcançar o primeiro 90. Adicionalmente, com excepção do teste de CPN, muitas destas estratégias de teste diferenciado só são implementadas em

programas piloto ou onde parceiros de implementação apoiam os serviços. em outros ambientes, política e barreiras jurídicas podem impedir a implementação de serviços, por exemplo, para populações chave, e desafios relacionados com estigma podem impedir outras populações de terem acesso com êxito a serviços de teste existentes.

Revisões sistemáticas anteriores realçaram os benefícios e desafios restantes associados com a implementação de serviços diferenciados de teste de VIH^{8,9}. No lado positivo, teste de base comunitária foi a abordagem que produziu mais testes pela primeira vez, homens, crianças e clientes com contagens de CD4 mais elevadas. No entanto, foram identificadas lacunas, realçando oportunidades perdidas para testes de VIH e populações específicas que devem ainda ser alcançadas. Um exemplo disto, demonstrado por uma revisão sistemática de TAIF na África ao Sul do Sara, demonstrou muitas oportunidades perdidas de teste em pontos de entrada baseados em clínica¹⁰.

Tabela 1: Exemplos seleccionados de como testes de VIH foram diferenciados

| | |
|--|--|
|  ONDE SÃO OFERECIDOS STV? | Testes de VIH foram fornecidos nas instalações, na comunidade e no local de trabalho |
|  QUEM FORNECE STV? | Testes de VIH foram partilhados entre enfermeiras e trabalhadores leigos |
|  QUANDO SÃO FORNECIDOS STV? | Testes de VIH são realizados após as horas de trabalho para populações chave (por exemplo, teste de trabalho paralelo para profissionais femininas do sexo) |
| POPULAÇÕES ESPECÍFICAS | Testes de VIH são oferecidos como serviço com opção de exclusão para mulheres grávidas em CPN por enfermeiras parteiras |

PORQUE DEVEMOS REAVALIAR COMO OS SERVIÇOS DE TESTE DE VIH SÃO DIFERENCIADOS?

Devemos reavaliar como os serviços de teste de VIH são diferenciados porque foram identificadas diversas lacunas, realçando oportunidades perdidas para testes de VIH, particularmente entre populações específicas:

- Oportunidades de teste e captação de STV para homens continuam a ser inferiores às das mulheres¹¹.
- Menos de uma em cada cinco raparigas adolescentes em África têm conhecimento da sua condição de VIH¹².
- Populações chave – homens que têm relações sexuais com homens (HSH), pessoas que injectam drogas (PQID), profissionais do sexo (PS) e pessoas transexuais – são desproporcionadamente afectadas por VIH, mas a captação de serviços de teste de VIH é limitada⁷.
- Parceiros sexuais de PVVIH e crianças de PVVIH não são sistematicamente examinados⁵.

Fornecimento de serviço de testes de VIH: Mobilização + teste + associação

Uma proposição crítica deste quadro é que existem três componentes centrais de qualquer modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH:

- **Mobilização**
- **Teste**
- **Associação** tanto a tratamento como/ou prevenção.

Consideração estratégica de cada componente, tanto separadamente como em pacote completo, deveria aumentar a captação e eficiência de modelos de teste (ver a Parte 2). Abordagens diferenciadas para aumentar a eficiência de modelos de teste podem envolver a redução de algumas práticas actuais.

COMO ESTE QUADRO APOIARÁ O DESENVOLVIMENTO DE UMA COMBINAÇÃO ESTRATÉGICA DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS DE TESTE DE VIH

Este quadro apresenta aos gerentes de programas uma abordagem de seis etapas (Parte 3) para desenvolver uma combinação estratégica de modelo de fornecimento de serviços de teste de VIH para abordar oportunidades perdidas e populações negligenciadas. A combinação estratégica será impulsionada pelo contexto, incluindo a prevalência de VIH e cobertura actual do primeiro objectivo 90, em combinação com avaliação de como os recursos disponíveis podem ser utilizados mais eficientemente. Isto pode ou não ser heterogéneo em um país. Em alguns ambientes, podem existir modelos de testes de VIH que deveriam ser implementados em todas as regiões, tais como examinar pessoas com sintomas de VIH, tuberculose (TB) e infecções transmitidas sexualmente (ITSs), bem como examinar as crianças e parceiros sexuais de PVVIH.

Em ambientes onde uma alta proporção de clientes já conhecem a sua condição, estratégias de testes diferenciados de VIH podem incluir teste prioritário baseado em avaliação de risco de VIH e a introdução de estratégias direccionadas para aqueles sem acesso aos serviços, tais como programas de teste no local de trabalho para homens. Em ambientes com baixa prevalência de VIH onde o número de PVVIH que conhecem a sua condição é baixo, pode-se considerar a redução de testes de rotina em OPDs e aumentar TAIF em clínicas de TB e ITS conjuntamente com serviços reforçados de notificação assistida ao parceiro. Em quase todos os ambientes, deveria considerar-se programas de base comunitária para alcançar populações chave com serviços de teste de VIH adaptados¹³.

COMO ESTE QUADRO APOIARÁ O ESTABELECIMENTO SISTEMÁTICO DE MODELOS DIFERENCIADOS DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO DE TESTE DE VIH

Uma vez que a combinação estratégica de estratégias de testes de VIH foi decidida, os elementos centrados no cliente (Parte 4) e as pedras basilares (quando, onde, quem e que) fornecerão aos gerentes de programas e implementadores uma abord-

agem sistemática para **estabelecer cada um dos componentes centrais de um modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH: mobilização; teste; e associação (Parte 2).**

A photograph of two men kissing. The man on the left has dark hair and glasses, and the man on the right has grey hair and glasses. They are in front of a rainbow background. There are signs with text: "# EU ME AMO" and "# NÓS JÁ FIZEMOS O TESTE. E V...".

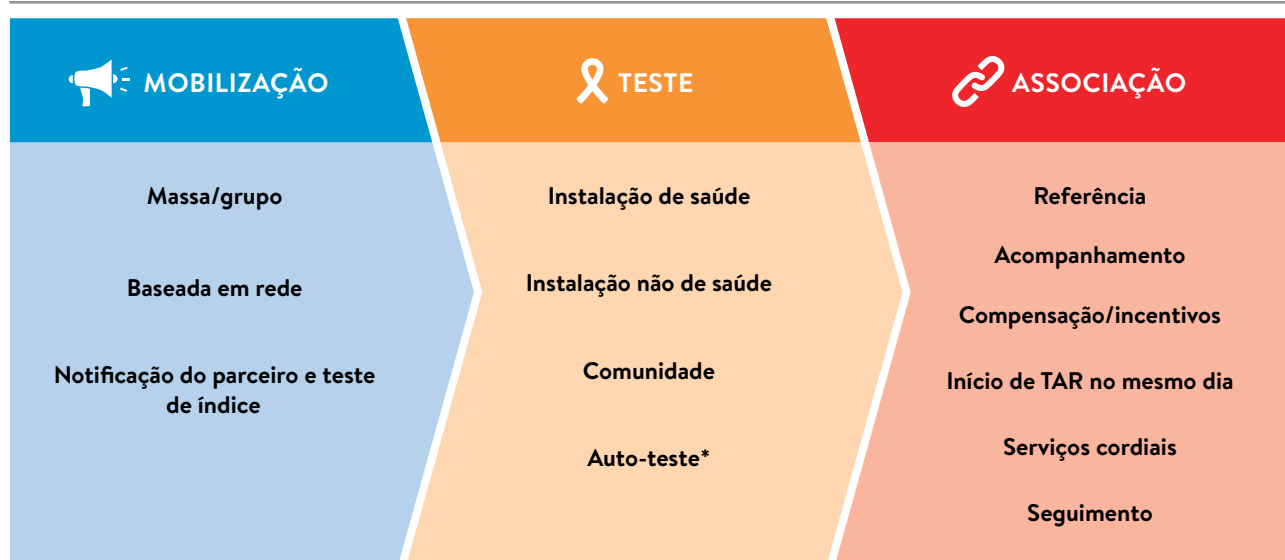
PARTE 2

OS COMPONENTES CENTRAIS DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS DE TESTE DE VIH

Qualquer modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH deveria incluir os seguintes três componentes centrais: mobilização; teste; e associação (Figura 2). Fornecem-se detalhes sobre mobilização, teste e associação no Anexo 1 conjuntamente com descrições das diferentes abordagens apresentadas na Figura 2. Quando descrito como um modelo de fornecimento de serviços de teste de VIH, todos os três

componentes são necessários e deveriam ser incluídos na concepção do modelo. Nos exemplos fornecidos neste quadro, são descritos esses componentes centrais e as pedras basilares (Parte 6) usadas para descrever a sua implementação. A Tabela 2 ilustra como estes três componentes e as pedras basilares deveriam ser usadas para conceber um modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH.

Figura 2: Três componentes de serviços diferenciados de teste de VIH



* Auto-teste é uma modalidade de teste que pode ser usada nas instalações de saúde, instalações não de saúde ou na comunidade. É aqui indicado como um modelo independente de teste.

Tabela 2: Componentes e pedras basilares para estabelecer um modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH

| | MOBILIZAÇÃO | TESTE | ASSOCIAÇÃO |
|--------|---|--|--|
| QUANDO | Hora do dia e frequência | Hora do dia e frequência | Período de tempo para associação e frequência de seguimento |
| ONDE | Localização das actividades de mobilização | Instalação de saúde Instalação não de saúde Comunidade | Localização das actividades de associação |
| QUEM | Quem faz a mobilização? | Quem faz os testes de VIH? | Quem apoia associação a prevenção? Quem apoia associação a início de TAR? |
| QUE | Para testes de VIH somente ou com outros serviços | Para testes de VIH somente ou com outros serviços | Prevenção: SMS/telefone Seguimento de base comunitária |
| | | | Início de TAR: SMS/telefone Seguimento de base comunitária |



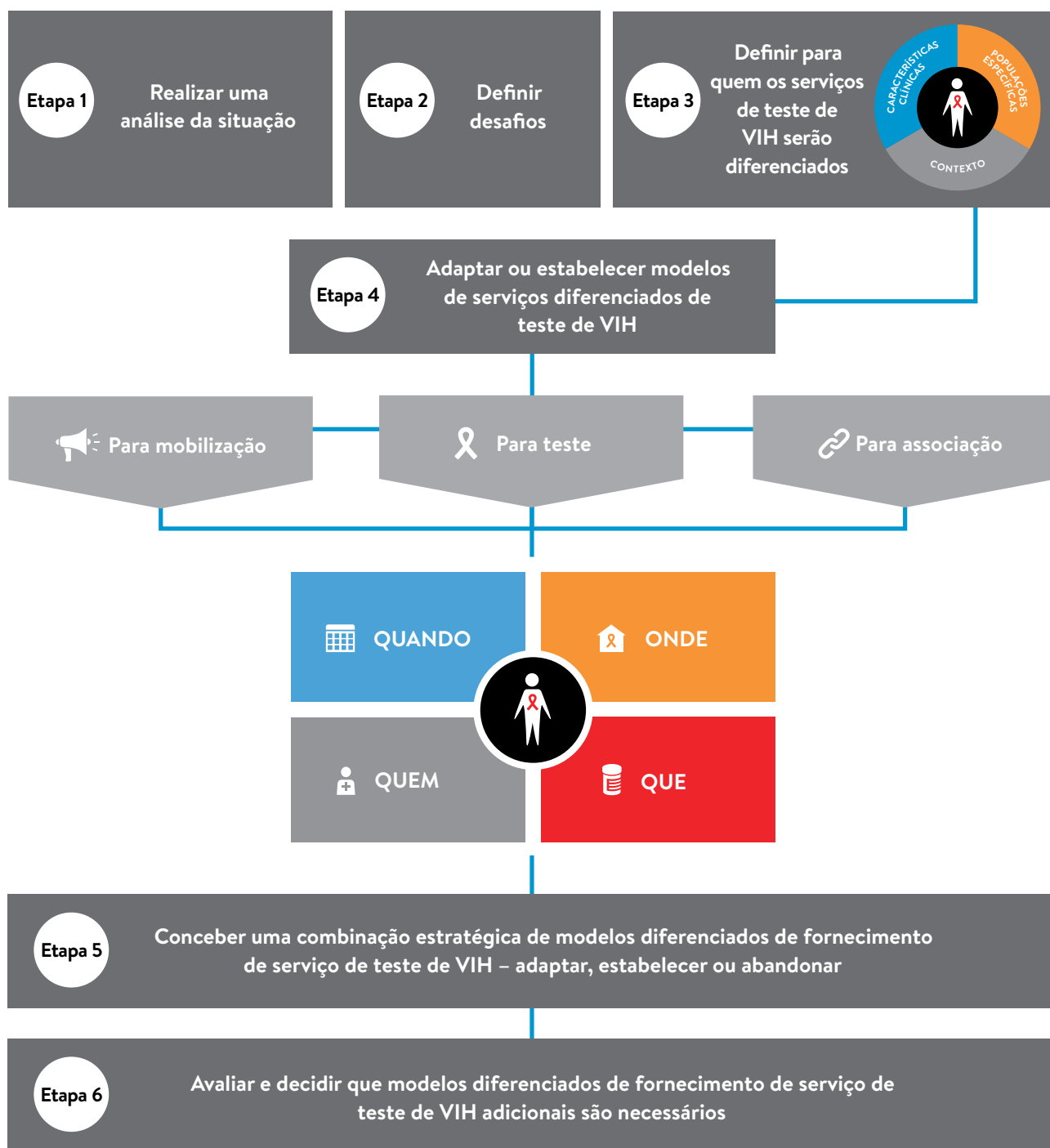
PARTE 3

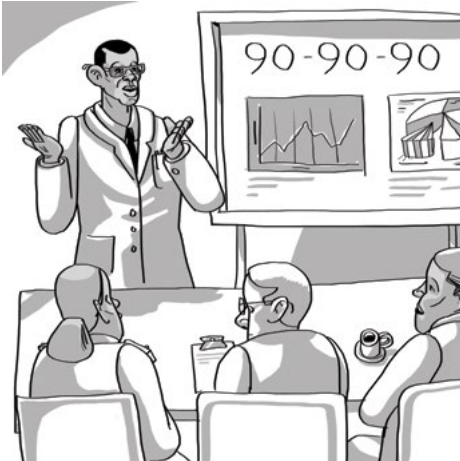
A ABORDAGEM DE SEIS ETAPAS DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS DE TESTE DE VIH

Para desenvolver modelos diferenciados de fornecimento de serviço de teste de VIH, pode ser necessário tomar decisões estratégicas tanto a nível nacional como regional. Pode ser necessário endossar uma combinação de abordagens de teste a nível nacional, mas onde se aplica cada uma depende da análise da situação local. Tal envolvimento local em ambiente prioritário também apoiará apropriação e adesão para implementação futura.

A abordagem de seis etapas descrita nesta secção orienta ministérios da saúde e parceiros de apoio no planeamento de como diferenciar serviços de teste de VIH (Figura 3). Para apoiar este processo, encontram-se disponíveis diversos anexos para descarga em <http://bit.ly/2sVehV5>. Ver Anexo 2 para uma lista completa dos anexos disponíveis em linha.

Figura 3: Abordagem de seis etapas para serviços diferenciados de teste de VIH





Saiba mais sobre Andrew

Andrew é um gerente distrital de VIH. Acabou de estar presente em uma reunião de sensibilização para descrever que modelos diferenciados de fornecimento de serviço de teste de VIH seriam apoiados pelo programa nacional. A prevalência de VIH no seu distrito é 7%. A cobertura de TAR é cerca de 65% entre todas as PVIH e, a partir dos dados mais recentes, ele sabe que 70% das mulheres conhecem a sua condição contra 40% dos homens. Trabalhadores de saúde nas clínicas de cuidados primários fornecendo serviços de DCE, incluindo tratamento de ITS, queixaram-se que é muito difícil examinar mais pessoas para VIH no DCE devido à longas filas e falta de recursos humanos adicionais. Trabalhadores leigos foram treinados para examinar nos centros de VCT associados ao hospital distrital, mas não existem trabalhadores leigos treinados para examinar nas clínicas de cuidados primários e nenhuns TSCs realizam "teste de triagem" na comunidade.

Saiba mais sobre Namrata

Namrata é uma profissional do sexo em uma grande cidade. Tem bons conhecimentos sobre VIH e foi examinada para VIH algumas vezes nos últimos anos. Ela sabe que se deveria examinar mais frequentemente, mas as filas na clínica durante o dia são cansativas. Muitas das suas colegas profissionais do sexo não foram examinadas para VIH pelos mesmos motivos. Namrata ouviu falar de um projecto noutra cidade onde profissionais do sexo estão a ser treinadas para aumentar a sensibilização sobre testes de VIH e serviços de prevenção de VIH incluindo PPrE e para distribuir auto-testes de VIH e preservativos a outras profissionais do sexo. Tem estado a pensar se isto é algo que ela poderia fazer na sua comunidade.



Saiba mais sobre John

John trabalha como guarda de segurança, começando a trabalhar às 7am e terminando às 6pm. Nunca foi examinado para VIH, mas sabe que muitas pessoas onde ele vive têm VIH. Ouvia falar de serviços locais de teste de VIH na rádio e muitas coisas sobre mulheres a serem examinadas na CPN. Também ouviu dizer que trabalhadores de saúde comunitários na sua vizinhança vêm de porta a porta a oferecer testes de VIH. Ir à clínica local durante as horas de trabalho é muito difícil e não está definitivamente muito satisfeito se alguém vier à sua casa. No fim, decide não ir fazer teste pois é muito esforço.

Saiba mais sobre Judith, David e a sua família

Judith foi diagnosticada VIH positiva no último trimestre da sua gravidez. Sabe que o seu marido não fez teste de VIH e não frequentou o centro de saúde durante alguns anos. Tentou persuadi-lo a ir à clínica, mas ele diz sempre que não tem tempo. Ela sabe que ele está ocupado, mas também pensa que ele está muito nervoso em frequentar a clínica e fazer o teste, especialmente se deve ser examinado próximo de casa. Judith também está preocupada com o seu parceiro anterior. Será que ele também tem VIH?



ETAPA 1: FAÇA UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Antes de decidir sobre a combinação estratégica de serviços diferenciados de teste de VIH, deve ser feita uma análise da situação. A análise da situação deve identificar as lacunas em alcançar o primeiro 90, tanto lacunas na cobertura geográfica como cobertura por populações específicas, e avaliar como as estratégias existentes de teste estão a abordar estas lacunas. Esta análise deve considerar os três componentes centrais (mobilização, teste e associação) que formam um modelo de testes de VIH com êxito. A análise deve incluir:

- Dados relacionados com o contexto epidemiológico
- Dados sobre acesso e cobertura de STV para populações gerais e específicas
- As políticas existentes (incluindo algoritmo de STV, procedimentos de controlo de qualidade e partilha de tarefas)
- Os modelos actuais de fornecimento de serviço usados
- As perspectivas de trabalhadores de saúde e clientes.

Idealmente, o programa nacional de VIH deveria liderar este processo em colaboração com coordenadores de STV regionais e distritais e parceiros de implementação. Pode obter-se um modelo do questionário para auxiliar com esta análise da situação no Anexo 2 em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

1.1 Avaliar os dados

A fim de definir a melhor combinação estratégica de modelos de testes de VIH, devem considerar-se os dados seguintes:

- Prevalência regional de VIH
- Prevalência e incidência de VIH nas populações específicas
- Cobertura de testes de VIH das pessoas que vivem com VIH a partir de sondagens baseadas em população

Equilibrar rendimento e necessidade

O rendimento de um modelo de testes de VIH é determinado pelo número de casos VIH-positivos encontrados no número de pessoas examinadas. Por exemplo, se forem examinadas 200 pessoas e existe uma pessoa positiva identificada, o rendimento é 1/200 ou 0.5%.

O rendimento de qualquer abordagem de testes de VIH deve ser equilibrado com necessidades e uma abordagem de direitos humanos para assegurar que todas as pessoas tenham acesso a testes de VIH de qualidade. Uma abordagem pode ter um rendimento de 0.1% mas identifica cinco pessoas que previamente não sabiam que eram VIH positivas. Outra abordagem pode identificar 50 novos positivos mas ter um rendimento de 0.01%. Ainda mais, testes de VIH são um ponto de entrada para acesso a tratamento de VIH para as pessoas identificadas como positivas, assim como o primeiro passo no acesso a prevenção para as que forem negativas.

- Cobertura de testes de VIH (já examinados e nos últimos 12 meses) em populações específicas (por exemplo percentagem de homens e mulheres examinadas), objectivos, lacunas e resultado (isto pode ser obtido a partir de sondagens baseadas em população e sondagens demográficas de saúde, relatórios específicos e/ou sondagens realizadas para populações chave)
- Cobertura de testes de VIH em áreas clínicas prioritárias (CPN/PNC, TB, ITS, subnutrição e pontos de entrada do departamento de consultas internas do hospital)
- Número e percentagem de PVVIH em TAR a nível nacional e regional
- A nível de local, análise de dados de STV de rotina para determinar a actividade actual de STV:
 - Desagregado por idade, sexo e população específica
 - Se o teste é realizado na comunidade ou instalação ou é resultado de teste de cliente índice
 - Proporção de repetição de teste de clientes
 - Percentagem de positividade em populações diferentes e a através de diversos modelos de fornecimento de serviço de teste de VIH
- Dados sobre atribuição actual de recursos humanos para testes de VIH
- Sempre que disponível, dados de associação a partir de sondagens de base comunitária, registos nacionais onde se fornece identificação única no teste ou através de estratégias de seguimento local
- Custos actuais de estratégias de teste e, se disponível, custos por cliente VIH-positivo identificado. Detalhes sobre mais recursos relacionados com custos são descritos no Anexo 2.

1.2 Avaliar políticas

Deve realizar-se uma comparação entre políticas a nível nacional com recomendações actuais da OMS sobre fornecimento de serviços. As pedras basilares (quando, onde, quem e que) descritas na Parte 6 podem ser usadas como um quadro para avaliar políticas que permitirão que serviços de testes de VIH e associação sejam efectivamente diferenciados. Essencial no fornecimento de testes diferenciados de VIH são: políticas de apoio a descentralização de testes de VIH fora das instalações de saúde (“onde”); e direccionamento de tarefas para enfermeiras e fornecedores leigos treinados e supervisionados, incluindo pares (“quem”). Políticas a considerar relacionadas com testes de VIH, para além de particularidades de testes diferenciados de VIH, incluem idade de consentimento, barreiras jurídicas que podem impedir que populações chave específicas tenham acesso a teste e possuir um algoritmo validado de testes de VIH.



Como trabalhadora de saúde comunitária, estou a visitar sempre a minha comunidade e a falar-lhes sobre testes de VIH. Porque não posso também examiná-los? Gostaria muito de fazer isso.

1.3 Avaliar o modelo de fornecimento de serviços de teste de VIH actual implementado

Análise de como os serviços de teste de VIH são actualmente fornecidos é essencial para decidir se um modelo existente deveria ser adaptado ou se um novo modelo de fornecimento de serviços de teste de VIH deveria ser estabelecido (Parte 5). Modelos existentes de fornecimento de serviços de teste de VIH em muitos ambientes podem já ser diferenciados até um certo ponto. No entanto, a cobertura ou implementação a nível de campo pode ser limitada geograficamente ou numa população específica. Também pode acontecer que só um dos componentes centrais (mobilização, teste e associação) foi diferenciado dentro de um modelo de teste, deixando espaço para adaptar os outros componentes para melhorar o modelo.

Recomenda-se um mapeamento amplo inicial de serviços diferenciados de teste de VIH para determinar o que está a ser implementado no país e com que cobertura (que proporção de instalações ou estruturas comunitárias oferecem um modelo particular). Fornecem-se exemplos de serviços diferenciados de teste de VIH ao longo deste quadro, descritos segundo como mobilização, teste e associação foram implementados. Podem obter-se exemplos adicionais publicados no sítio da web, www.differentiatedservicedelivery.org.

O mapeamento deve ser coordenado a nível nacional e utilizar dados a nível subnacional e/ou distrital. Encoraja-se para que tal exercício de mapeamento considere a cascata de cuidados diferenciados de VIH para maximizar o uso de recursos e não ser realizado isoladamente. Etapas sugeridas no mapeamento incluem: uma revisão de secretária da literatura existente publicada sobre modelos no exterior e interior do país; uma revisão de relatórios de actividade local nacional e de parceiros; uma sondagem de coordenadores distritais de VIH e parceiros de implementação; e visitas de local seleccionado usando os elementos de centragem no cliente (Parte 4) e as pedras basilares (Parte 6) para avaliar diferenciação actual de serviços de teste de VIH.

O modelo do Anexo 2 em linha proporciona uma descrição do que se pode perguntar para avaliar se testes de VIH foram diferenciados. Podem obter-se modelos semelhantes para fornecimento de TAR em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

Estudo de caso 1:

Testes de VIH através de fornecedores leigos e auto-teste de VIH, Ucrânia

Na Ucrânia, a epidemia de VIH é altamente concentrada entre populações chave e seus parceiros. Assim, são necessárias abordagens de base comunitária para testes de VIH. Se bem que fornecedores leigos não possam fornecer serviços de teste de VIH, providencia-se uma política para auto-teste de VIH. Para contornar estas políticas foi implementado “auto-teste de VIH assistido directamente”; isto consiste em pares de confiança e treinados fornecerem apoio directo a clientes de modo que se possam fazer auto-teste de VIH. Auto-teste de VIH foi implementado como parte de um pacote de serviços mais abrangente oferecido pelos fornecedores leigos, incluindo distribuição de seringas e preservativos.

Para clientes com resultado reactivo de auto-teste, fornecedores leigos oferecem apoio de referência e navegação para teste confirmatório e tratamento. Com a introdução de auto-teste de VIH assistido, testes de VIH entre pessoas que injectam drogas aumentou de 66.481 pessoas examinadas em 2014 para 149.000 em 2015. Estão em curso esforços para explorar e aumentar auto-teste de VIH não assistido.

Estudo de caso 2:

Mapeamento de serviços de STV na Tanzânia

Como parte do mapeamento global de FSD, o Programa Nacional de Controlo de SIDA na Tanzânia realizou um exercício de mapeamento de serviços de teste diferenciado. Seguiu os passos seguintes:

- Revisão de literatura sobre modelos de testes de VIH e associação, tanto internos como externos à Tanzânia
- Questionários a parceiros e reunião de seguimento com partes interessadas para apresentar modelos actuais de fornecimento de serviços de teste de VIH
- Visitas ao local com um questionário padrão.

O relatório completo está disponível em <https://bit.ly/2tpur8v>

Os pontos chave identificados foram lacunas em TAIF para pacientes internos, clientes que se apresentam com sintomas de ITSs, e teste de base comunitária apoiado pelo ministério da saúde, tanto para clientes índice como populações chave. As directrizes nacionais não aconselharam uma abordagem sistemática de mobilização, ou associação a TAR ou prevenção tanto para testes com base em instalações como de base comunitária.

1.4 Avaliar as perspectivas de trabalhadores de saúde e comunitários e populações alvo

Serviços diferenciados de teste de VIH devem ser centrados no cliente. Falar com representantes das populações gerais e específicas numa comunidade sobre a sua percepção de como serviços de teste são presentemente fornecidos e as suas

expectativas dos serviços assistirá na concepção de um modelo diferenciado de testes de VIH.

Dados sobre estas perspectivas podem ser obtidos frequentando serviços clínicos em diversos pontos de entrada ou com organizações de base comunitária para populações específicas usando sondagens, discussões de grupo de foco e/ou entrevistas individuais. Trabalhadores de saúde, incluindo trabalhadores clínicos, leigos e pares voluntários, devem ser consultados.

ETAPA 2: DEFINIR DESAFIOS

Com base na Etapa 1, deverá identificar-se os desafios que podem ser abordados através de STV diferenciados. Nesta fase, é útil organizar uma sessão de trabalho que inclui partes interessadas chave do sistema de saúde e sociedade civil para alcançar os objectivos seguintes:

- Sensibilizar coordenadores de testes de VIH e parceiros de implementação sobre os antecedentes e princípios fundamentais de fornecimento de serviços diferenciados de testes de VIH. (Nota: Idealmente isto deveria ser realizado como revisão integrada de FSD em toda a cascata).
- Proporcionar uma oportunidade para as partes interessadas apresentarem exemplos existentes de STV diferenciados implementados para adultos e populações específicas nos seus ambientes. Exemplos existentes deveriam apresentar os “quando”, “onde”, “quem” e “que” de cada um dos componentes centrais de um modelo de teste. Se um componente não foi considerado, isto poderia ser um ponto de partida útil para adoptar um modelo existente (Parte 5).
- Apresentar os resultados da revisão de secretária a nível nacional, regional e/ou distrital e exercício de mapeamento sobre STV.
- Envolver partes interessadas em um plano para definir abordagens a nível nacional, avançando análises de situação local/distrital e planejar estratégias de implementação local.

Conforme mencionado, encoraja-se para que o processo de mapeamento e revisão considere toda a cascata e todas as populações específicas.

Estudo de caso 3:

Formação para teste por fornecedor leigo, Costa do Marfim

Na Costa do Marfim, as directrizes nacionais providenciam para que fornecedores leigos realizem testes de VIH, mas a política ainda não foi implementada. A alteração das directrizes exigiu apoio e adesão do ministério da saúde e a inclusão de formação padronizada para fornecedores leigos sobre testes de VIH.

Para que uma pessoa se torne fornecedor leigo de testes de VIH, devem efectuar um curso de formação de seis dias consistindo de dez módulos, que é depois seguido de três dias de apoio supervisionado. Um examinador experiente também fornece formação e treino de seguimento, concentrando-se principalmente em aconselhamento. Com a implementação das exigências de orientação e formação, a Costa do Marfim projecta iniciar a implementação e aumento de serviços de teste de VIH por fornecedores leigos, particularmente para atingir homens e populações chave.

ETAPA 3: DEFINIR PARA QUEM OS SERVIÇOS DE TESTE DE VIH SERÃO DIFERENCIADOS

Com um entendimento claro do programa actual de fornecimento de serviço e desafios actuais, os três elementos descritos na Parte 4 podem ser usados para identificar modelos particulares de STV diferenciados que devem receber prioridade. Deve esclarecer-se que população é seleccionada

(geral, crianças e adolescentes, mulheres grávidas e lactantes ou populações chave específicas), se possuem características clínicas particulares e que especificidades do seu contexto podem alterar como o modelo de teste é fornecido.

ETAPA 4: ADAPTAR OU ESTABELECEMOS MODELOS DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS DE TESTE DE VIH

Na análise da situação, certos modelos podem já ter sido implementados. Com base na revisão da evidência e experiência de outros ambientes, podem ser feitas adaptações para modelos existentes para melhorar sua adesão ou eficiência. Alternativamente, o modelo pode ser adaptado para atender às necessidades de uma população específica. **Ao avaliar os serviços existentes de teste, todos os três componentes centrais devem ser abordados (mobilização, teste e associação).**

Onde não existe modelo existente de STV para uma população em um determinado contexto, deve ser estabelecido um novo modelo. Para isso, as pedras basais (parte 6), considerando “quando”, “onde”, “quem” e “que” para mobilização, teste e associação, devem ser definidas.

Eu tenho ajudado a mobilizar a comunidade de homens que têm relações sexuais com homens para serem examinados na minha cidade nos últimos três anos. Eu estava a contar-lhes sobre a importância dos testes de VIH para que possam obter tratamento e serviços de prevenção. Uma ONG acabou de fazer uma sondagem e, embora muitos homens estivessem interessados no teste, muito poucos tinham de facto feito um teste. A organização discutiu isso com o MdS e eles sugeriram que começássemos a fazer os testes na comunidade. Agora tenho a oportunidade de treinar para prestar o serviço de teste, bem como para distribuir conjuntos de auto-teste de VIH, o que é ótimo. Eu acho que muitos mais dos meus colegas vão agora ser examinados.



ETAPA 5: CONCEBER UMA COMBINAÇÃO ESTRATÉGICA DE MODELOS DIFERENCIADOS DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO DE TESTE DE VIH –ADAPTAR, ESTABELECEMOS OU ABANDONAR

A análise da situação pode identificar uma série de lacunas na cobertura de STV envolvendo populações específicas diferentes. Deve realizar-se um exercício de estabelecimento de prioridades a nível local para determinar que modelos de fornecimento de serviços de STV devem ser adaptados implementados de novo a imediato, médio e longo prazo.

Factores que determinam estas prioridades devem incluir:

- Cobertura de teste em populações específicas de alto risco (benefícios de associação tanto a tratamento como prevenção)
- Número absoluto de diagnósticos por modelo de teste
- Custo de modelos específicos (custo por pessoa diagnosticada)
- Rendimento de modelos específicos. Estratégias de alto rendimento podem ser mais económicas, mas também

devem assegurar cobertura suficiente do teste. Em ambientes onde muitas abordagens existentes têm rendimentos e números de clientes a iniciar TAR em declínio, deve-se dar prioridade a modelos alternativos.

- Viabilidade de implementação associada a recursos humanos e financeiros disponíveis.

Considerando estas questões, deve ser feita uma combinação estratégica de modelos de teste de VIH (incluindo os três componentes de mobilização, teste e associação), tanto a nível das instalações como das comunidades. Este estabelecimento de prioridades avaliará os recursos actuais disponíveis e levará à adaptação, estabelecimento ou abandono de alguns dos diferentes modelos diferenciados de fornecimento de serviço de teste de VIH. A Parte 7 considera exemplos de desenvolvimento desta combinação estratégica.

ETAPA 6: AVALIAR E DECIDIR QUE MODELOS DIFERENCIADOS DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO DE TESTE DE VIH ADICIONAIS SÃO NECESSÁRIOS

Uma vez seleccionados, a implementação dos modelos de testes diferenciados de VIH deve ser controlada através de iniciativas rotineiras de M&E e de melhoria de qualidade para avaliar a viabilidade de implementação, juntamente com a adesão actual a testes e rendimento de casos VIH-positivos. A análise dos modelos pode levar a que seja sugerida uma maior adaptação ou, se bem sucedida, permitir o desenvolvimento de outro modelo que aborde uma população diferente.

Ouvi na rádio que são oferecidos testes de VIH a todas as mulheres grávidas. Quando a minha parteira me examinou no CPN, tive resultado VIH positivo e ela iniciou-me no tratamento. Sei que meu novo bebé será examinado, mas como vou conseguir que o meu marido e outras crianças sejam examinados? E se eles tiverem um resultado positivo, onde serão tratados, pois não poderão vir à CPN?

Também estou preocupada com o meu ex-parceiro. E se ele tem VIH?



Saiba mais sobre **Judith, David e a sua família** na página 8

Estudo de caso 4:

Mobilização de homens que têm relações sexuais com homens, Brasil

No Brasil, homens que têm relações sexuais com homens e os seus parceiros foram envolvidos através de uma aplicação de telemóvel e plataforma segura da web, “A hora é agora”. Receberam conjuntos de auto-teste de VIH grátis (até dois conjuntos de seis em seis meses), preservativos e lubrificantes, e apoio para promover associação a cuidados. Através da plataforma, conjuntos de auto-teste de VIH foram distribuídos a um local preferido do cliente, incluindo por correio ou recolha anónima numa farmácia. Todos aqueles com resultado reactivo foram referidos para uma clínica acolhedora para homens que têm relações sexuais com homens para teste confirmatório e tratamento.

Até Janeiro de 2016, o sítio do programa tinha recebido 67.225 visitas e 2.527 solicitações exclusivas para conjuntos de auto-teste de VIH. Foram distribuídos mais de 4.000 conjuntos e 17% (432/2.527) daqueles que solicitaram um conjunto participaram os seus resultados de auto-teste. Trinta dos examinados (81%) que participaram um resultado reactivo receberam teste confirmatório, e todos eles foram confirmados como VIH positivos.



PARTE 4

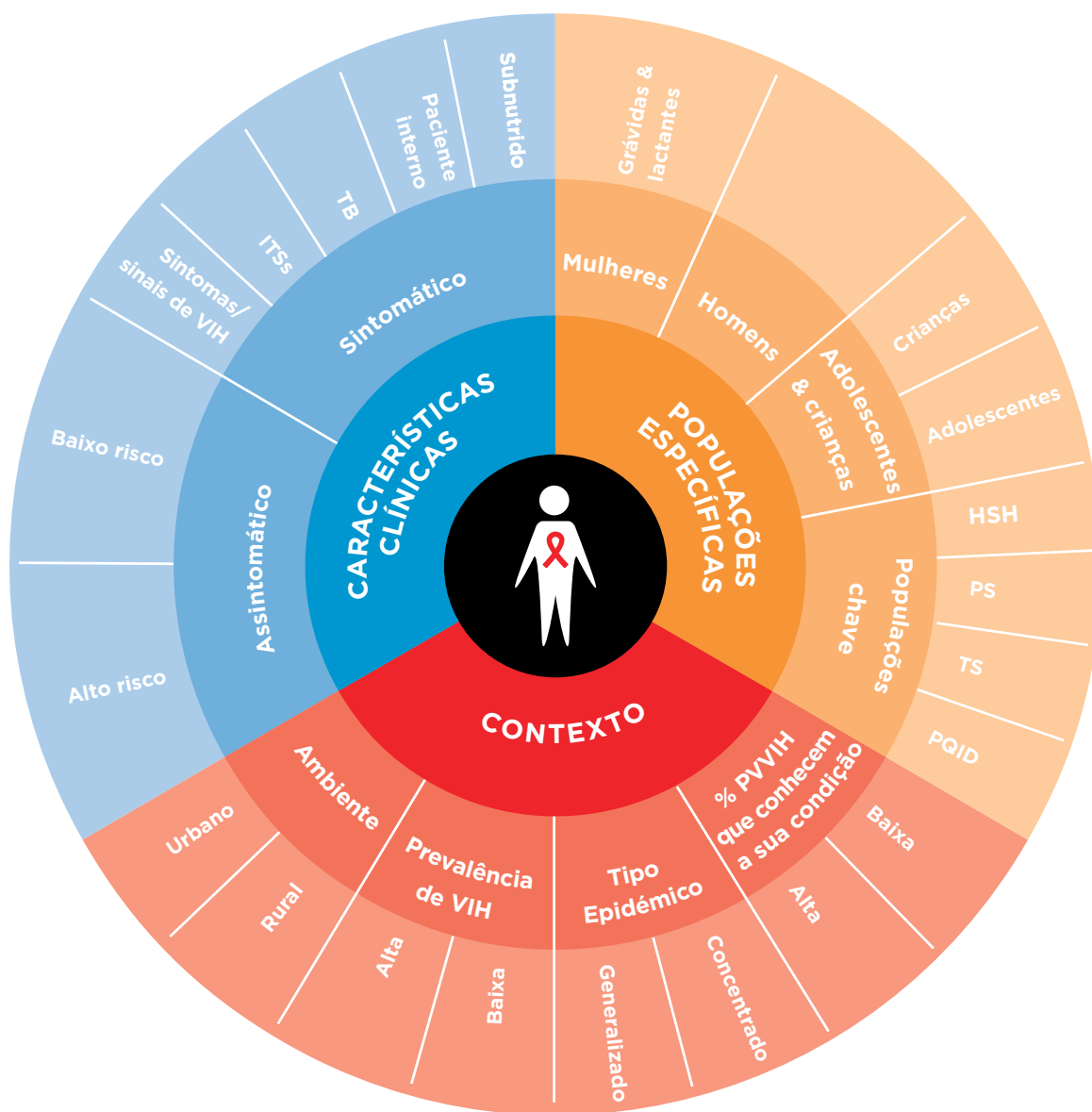
QUAIS SÃO OS TRÊS ELEMENTOS?

OS TRÊS ELEMENTOS

Para fornecer serviços de teste de VIH centrados no cliente, é útil considerar onde um cliente está situado nos três elementos seguintes (Figura 4). Será que o cliente possui características clínicas específicas, pertence a uma população específica

ou vive em um contexto que definirá como o modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH será concebido usando as pedras basilares, descritas na Parte 6. Cada um dos três elementos é descrito na secção seguinte

Figura 4: Os três elementos de testes diferenciados de VIH



COMO DIFERENCIAMOS COM BASE EM CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS?

Mobilização pode visar clientes que apresentam sintomas de VIH ou condições associadas com uma alta taxa de co-infecção de VIH. Os trabalhadores de saúde devem ser mobilizados para assegurar que TAIF é oferecido aos clientes frequentando os serviços, tais como departamentos de consultas internas de hospital (DCIs), e clínicas de TB e ITS. Para os clientes que ainda não estão severamente imunossuprimidos e ainda não apresentaram sintomas clássicos de infecção de VIH, serão necessárias estratégias de mobilização nas instalações e de base comunitária.

Testes de VIH devem ser integrados nos ambientes clínicos associados a uma alta taxa de co-infecção (por exemplo, ITS, TB, clínicas de hepatite e DCIs em ambientes de alta prevalência). Os clientes que frequentam cuidados nestes locais devem ser uma prioridade e serviços de teste de VIH devem, idealmente, ser fornecidos como um serviço de paragem única (mesmo dia,

mesma clínica, mesmo fornecedor de cuidados de saúde). As taxas de testes de VIH devem ser analisadas regularmente a partir de tais cenários, pois apesar de muitas vezes ser de alto rendimento, a abordagem TAIF nem sempre é implementada sistematicamente.

Também deve ser feita uma avaliação do risco do cliente de infecção por VIH para determinar a frequência recomendada do teste repetido para dar prioridade à necessidade de associação a diferentes estratégias de prevenção.

Estratégias de **associação** também devem ser diferenciadas de acordo com a apresentação clínica. Por exemplo, pacientes com HIV avançado, diagnosticados como pacientes ambulatoriais ou através de teste comunitário, devem ser marcados como prioritários para o seguimento, a fim de garantir a associação aos cuidados.

COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NA POPULAÇÃO ESPECÍFICA?

Serviços de teste de VIH devem ser diferenciados para satisfazer as necessidades de populações específicas.

Mobilização de populações específicas exigirá campanhas realizadas em locais específicos (tais como escolas, bares e bordéis) em horários definidos. O papel dos pares e das redes sociais nas campanhas de mobilização também demonstrou melhorar a adesão a serviços de teste.

Testes de VIH devem ser adaptados à população específica. Por exemplo, uma estratégia específica de repetição de teste é necessária para populações chave com maior vulnerabilidade à aquisição do VIH. No entanto, a repetição de teste na população geral deve basear-se numa avaliação de risco clínico. A utilização do auto-teste de VIH pode ser um método particularmente eficaz para uso em grupos que exigem repetição de teste frequente.

Associação pode ter que ser adaptada de acordo com as necessidades de uma população específica. Ter conhecimento de serviços especializados que ofereçam serviços médicos adicionais, por exemplo, o pacote de serviços médicos para profissionais do sexo ou pessoas que injectam drogas, é necessário para associar populações chave ao serviço de

fornecimento de TAR mais adequado. Associação a serviços de prevenção também pode ser diferenciada de acordo com o risco de infecção por VIH em uma população específica, proporcionando aqueles de maior risco com intervenções preventivas adicionais tais como PPrE.

Associação a início de TAR para crianças também pode ser diferenciada de acordo com o estado de revelação e a idade da criança. É necessário conhecimento sobre onde os serviços de TAR são fornecidos de acordo com a idade (por exemplo, TAR fornecido por meio de uma abordagem familiar na clínica para menores de cinco anos) para associar adequadamente a criança e os membros da família aos cuidados. Os profissionais de saúde também devem ser treinados para abordar a divulgação do VIH no aconselhamento pós-teste para associar efectivamente a criança aos serviços e garantir que o aconselhamento de divulgação seja continuado no serviço de TAR.

O Anexo 4 destaca algumas considerações que devem ser feitas para cada pedra basilar e populações específicas. A Tabela 3 destaca alguns dos desafios comuns enfrentados por populações específicas no acesso a STV e como a diferenciação do modelo de testes de VIH os pode abordar.

Tabela 3: Desafios em populações específicas e possíveis soluções através da diferenciação de testes de VIH e associação

| Desafios | Possíveis soluções | |
|---|--------------------|--|
| Homens | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Baixa frequência na instalação de saúde e relutância no acesso a serviços com mulheres e crianças Horas de trabalho prolongadas Estigma na comunidade Receio de resultado positivo Reduzidos conhecimentos e sensibilização de VIH, TAR e serviços de prevenção | QUANDO | Horas prolongadas ou fim de semana |
| | ONDE | <ul style="list-style-type: none"> Fornecer STV no local de trabalho, por exemplo, bases militares, forças policiais, minas ou fábricas Providenciar clínicas masculinas |
| | QUEM | <ul style="list-style-type: none"> Fornecedores masculinos de serviços de teste de VIH Oferecer auto-teste de VIH |
| Populações chave | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Criminalização, estigma e discriminação Mã atitude dos trabalhadores de saúde para com população chave | QUANDO | Teste de trabalho em paralelo |
| | ONDE | Fornecer divulgação de teste onde populações chave trabalham ou socializam |
| | QUEM | <ul style="list-style-type: none"> Treinar pares para fornecer os três componentes centrais de STV Oferecer auto-teste de VIH |
| Adolescentes | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Baixa frequência no DCE | QUANDO | Oferecer teste fora das horas de escola |
| | ONDE | <ul style="list-style-type: none"> Teste nas escolas ou clubes juvenis Mobilizar usando meios de comunicação social |
| | QUEM | Envolver pares adolescentes para mobilizar e realizar testes de VIH e actividades de associação |
| Mulheres grávidas e lactantes | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Novo teste no período pós-parto Examinar parceiros masculinos com condição desconhecida | WHERE | Examinar mulheres lactantes VIH-negativas que frequentam PAI |
| | WHERE | Examinar parceiros masculinos em casa através de teste de base comunitária de cliente índice |
| | WHO | Quadro comunitário ou através de auto-teste de VIH pelo cliente |

COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NO CONTEXTO?

Em ambientes onde um alto número das pessoas que vivem com VIH já conhece a sua condição, é imprescindível que a análise da situação considere dados para identificar quais as populações que permanecem não identificadas e onde estão. Definir uma estratégia nesses ambientes pode significar reduzir o teste de certos grupos que são de baixo risco, a fim de concentrar os recursos em alcançar aqueles que permanecem não examinados. Em países onde menos pessoas que vivem com VIH conhecem a sua condição, a selecção de modelos de teste será determinada mais pela prevalência de VIH e conhecimento de barreiras ao acesso a teste.

A prevalência de VIH em um ambiente será um factor determinante na determinação da combinação estratégica de modelo de fornecimento de serviços de teste de VIH. Dentro de um país, pode haver regiões específicas e populações específicas com taxas de prevalência mais altas, e é aqui que o teste deve receber prioridade. A recomendação da OMS para modelos de teste com base no tipo epidémico é apresentada no Quadro 1. A adaptação da combinação estratégica, no entanto, deve variar dependendo da percentagem de PVVIH que conhecem a sua condição.

Em ambientes rurais, onde o acesso a instalações de saúde é muito desafiador, pode ser mais importante integrar os testes de VIH nas actividades existentes de alcance móvel, tal como CPN. Os ambientes urbanos também podem ser o local para um maior

número de populações chave e, quando é este o caso, modelos de teste diferenciados para essas populações devem, portanto, ser prioritários.

Directrizes da OMS

Quadro 1: Recomendações da OMS sobre teste por contexto¹²

Em contextos de epidemias generalizadas: Os testes de rotina de VIH devem ser oferecidos a todos os clientes (adultos, adolescentes e crianças) em todos os ambientes clínicos.

Em ambientes epidémicos de baixo nível ou concentrados: Testes de VIH devem ser oferecidos a clientes (adultos, adolescentes e crianças) em ambientes clínicos que apresentam sintomas ou condições médicas que possam indicar infecção por HIV, incluindo casos de TB presumidos e confirmados.

Independentemente do tipo de epidemia, os testes de rotina de VIH devem ser considerados para: clínicas de subnutrição; ITS, hepatites virais e serviços de TB; ambientes de CPN; e serviços de saúde para populações chave.

PARTE 5

AVALIAR SE ADAPTAR OU ESTABELECEER



ADAPTAR OU ESTABELECER

O objectivo da análise da situação (Parte 3) é identificar as principais lacunas na cobertura de STV, destacando as localizações e populações que não têm acesso aos serviços. Fazer mudanças nos sistemas de saúde para alterar a forma como eles fornecem serviços requer adesão, motivação, coordenação, formação e, muitas vezes, pelo menos nas primeiras fases, investimento financeiro. Um primeiro passo importante é avaliar se um ou mais dos modelos existentes poderiam ser adaptados para atender às necessidades da população antes de estabelecer um novo modelo.

Quando um modelo já é entendido, implementado e em funcionamento dentro do sistema de saúde, é provavelmente mais fácil empreender adaptações do que implementar um modelo completamente novo. Adaptar os modelos existentes com os quais os trabalhadores de saúde estão familiarizados pode ser mais fácil de implementar e pode ser prioritário como actividades a curto prazo para diferenciar STV. Ao avaliar qualquer modelo de STV para adaptação, deve ser considerado cada um dos três componentes centrais

Estudo de caso 5:

Teste de rotina de opção de exclusão para identificar crianças, Zimbabwe¹⁴

Em Harare, Zimbabwe, a prevalência de VIH não diagnosticada entre crianças e adolescentes demonstrou ser mais elevada do que entre adultos. Desafios na realização de testes de VIH para esta população teve foco na falta de anuência pelo teste por parte do guardião e falta de disponibilidade de trabalhadores de saúde. Estes factores levaram a consideráveis oportunidades perdidas para o teste deste grupo dentro do cenário de cuidados primários. Teste de rotina de opção de exclusão (TROE) substituiu o convencional de opção de inclusão em TAIF e foi implementado em seis clínicas em Harare para todas as crianças de 6 a 15 anos.

Foi providenciado um conselheiro leigo adicional em cada clínica, e a disponibilidade dos conjuntos de teste de VIH foi assegurada. A proporção de crianças elegíveis recebendo teste aumentou de 76% para 93% e a taxa de teste melhorou de 71% para 95% no TROE em comparação com o período de TAIF. O rendimento dos diagnósticos de VIH aumentou de 2,9% para 4,5%, e uma criança frequentando as clínicas pós intervenção tinha o dobro da probabilidade de ser examinada para VIH no período de TROE em comparação com o período pré-intervenção.

Estudo de caso 6:

Alcançar famílias de pessoas VIH positivas que injectam drogas, Paquistão

No Paquistão, 42% (16.471/39.232) das pessoas que injectam drogas têm resultado positivo de VIH. Para alcançar as suas famílias, os trabalhadores de campo oferecem testes domiciliares de VIH aos seus parceiros sexuais e crianças após o aconselhamento sobre revelação e consentimento. Trabalhadoras de campo treinadas actuam discretamente para evitar a atracção do estigma, e visitam os lares de clientes com consentimento. Após estabelecer boas relações com a família, as trabalhadoras de campo oferecem testes rápidos de VIH a todos os parceiros e às crianças que satisfazem critérios após uma avaliação de risco.

Após um resultado negativo, os cônjuges/parceiros activos recebem testes de VIH de seguimento de três em três meses. Após um teste reactivo, é feito testes adicional na casa ou na clínica para confirmar o diagnóstico. Se confirmado como VIH positivo, os examinadores estimulam a divulgação sempre que seguro e benéfico, e fornecem acompanhamento para tratamento e apoio. Até Janeiro de 2018, 8,2% (286/3.455) dos cônjuges que aceitaram o teste eram VIH positivos. O programa está agora a considerar introduzir auto-testes de VIH para alcançar melhor esta população e aumentar a adesão.

Estudo de caso 7:

Melhorar TAIF com aconselhadores leigos, Malawi

No Hospital Central de Kamuzu no Malawi, muitos pacientes internados não estavam a receber TAIF. Em vez de depender de médicos para referirem clientes para teste, foi implementado TAIF iniciado por conselheiros leigos. Todos os pacientes internados nas enfermarias receberam automaticamente TAIF por um trabalhador leigo treinado, independentemente do motivo da admissão. Entre os pacientes, 60,4% tinham condição de HIV desconhecida antes da admissão e a prevalência de VIH após o teste foi de 39,3%. TAIF iniciado pelo conselheiro aumentou os testes de VIH em 79% (643/2.957 contra 1.228/3.154), resultando em um aumento do dobro em pacientes com condição de VIH conhecida¹⁵. Este é um exemplo de onde o “quem” é adaptado com partilha de tarefas de enfermeiras para conselheiros leigos.

Questão 1: Há um serviço de testes de VIH existente que poderia ser adaptado para outro ambiente ou população?

Onde um modelo foi implementado com sucesso em um cenário ou para uma população específica, considere como isso pode ser adaptado para um cenário ou população semelhante.

Em um exemplo, para alcançar profissionais do sexo, a clínica de VIH do hospital distrital trabalhou com uma organização de profissionais do sexo da sociedade civil para identificar pares que pudessem identificar os melhores horários e locais para mobilizar profissionais do sexo para testes de HIV e, em seguida, distribuir e, quando solicitado, supervisionar auto-teste de VIH. Depois, também forneceram informação para associar profissionais do sexo aos serviços de prevenção e cuidados no distrito.

Este modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH, incluindo mobilização, teste e associação, funcionou muito bem.

A clínica foi abordada por um grupo de homens que têm relações sexuais com homens que se preocupavam com o facto de que muitos homens que têm relações sexuais com homens que eles conheciam nunca tinham feito um teste de VIH porque receavam frequentar a clínica. Simplesmente adaptando o “onde” e o “quem” aos três componentes de mobilização, teste e associação, a equipe estabeleceu um modelo de serviço de teste de VIH para homens que têm relações sexuais com homens na sua comunidade.

As pedras basilares com adaptações feitas em negrito

| |  MOBILIZAÇÃO |  TESTE |  ASSOCIAÇÃO |
|--|--|--|--|
|  QUANDO | Entre as 8pm e meia-noite | Entre as 8pm e meia-noite | Seguido 3 vezes em um período de três meses |
|  ONDE | Bares identificados no centro da cidade para profissionais do sexo | Bares identificados no centro da cidade para profissionais do sexo | Clínica seleccionada de prevenção ou TAR |
| | Bares identificados no centro da cidade para homens que têm relações sexuais com homens | Bares identificados no centro da cidade para homens que têm relações sexuais com homens | |
|  QUEM | Colega profissional do sexo | Colega profissional do sexo distribuindo auto-testes | Colega profissional do sexo |
| | Homens pares que têm relações sexuais com homens | Homens pares que têm relações sexuais com homens distribuindo auto-testes | Homens pares que têm relações sexuais com homens |
|  QUE | Informação sobre serviços de testes de VIH, prevenção e cuidados. | Testes de VIH | Para prevenção - fornecer informação sobre onde ter acesso a serviços de prevenção |
| | Distribuição de preservativos e lubrificantes | Distribuição de preservativos e lubrificantes Controlo de ITS | Para início de TAR - seguimento por pares usando SMS e com seguimento em casa |



Não obtínhamos bons resultados examinando os parceiros masculinos das nossas mulheres que vinham às CPN. Fomos à comunidade e falámos com os chefes e frequentámos alguns dos foros comunitários para falar sobre isto. Dissemos que podiam vir em qualquer momento, não só à CPN, e que lhes fazíamos teste à tensão arterial e também controlo de ITSs. Agora vêm mais parceiros masculinos, o que é bom e podemos associá-los à nossa clínica de TAR ou sugerir que obtenham CMMV.

Questão 2: Há um serviço de testes de VIH existente com fraco desempenho porque não inclui mobilização e/ou associação?

Na maioria dos cenários, é provável que já exista alguma diferenciação de serviços de teste de VIH. Se ainda existe uma lacuna identificada no acesso e cobertura de serviços de STV para uma população específica, como poderia este modelo ser adaptado? Foram considerados todos os três componentes de STV (mobilização, teste e associação) no modelo?

Em um exemplo, uma clínica analisou os seus dados de testes de VIH e ficou preocupada com o facto de que poucos casais estavam a ser examinados. Foi organizada uma campanha de testes de campo uma vez por mês em duas igrejas na área e em uma reunião da comunidade onde os casais participariam. Após três meses, o

peçoal descobriu que a clínica ainda tinha examinado principalmente mulheres nesses locais e das que tiveram resultados positivos, apenas 30% estavam registadas na base de dados de TAR do distrito.

Usando as pedras basilares para mobilização, teste e associação, perceberam que não tinham desenvolvido formalmente uma estratégia para mobilizar os membros masculinos da comunidade e fornecer informações suficientes para associação a prevenção ou tratamento. Na tabela abaixo, as células em negrito destacam as adições feitas para incluir os componentes centrais e a mobilização e associação.

As pedras basilares com as adaptações em negrito

| |  MOBILIZAÇÃO |  TESTE |  ASSOCIAÇÃO |
|---|--|---|---|
|  QUANDO | No Domingo antes do teste planeado | Domingo de manhã, uma vez por mês | Seguimento após duas semanas, três tentativas de chamada |
|  ONDE | Na igreja | No exterior de duas igrejas | Pacientes seguidos por telefone ou através de visitas domésticas |
|  QUEM | O pastor | Enfermeira | Voluntários leigos associados à clínica fornecendo o teste |
|  QUE | Informação sobre a importância de fazer um teste geral de saúde incluindo um teste de VIH | Testes de VIH, informação sobre serviços de prevenção e cuidados, verificação da TA | Para prevenção: fornecer informação sobre onde ter acesso a preservativos e CMMV Para início de TAR: identificar local de TAR e seguir por meio de SMS |

QUANDO É APROPRIADO ESTABELECEER UM NOVO MODELO DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO DE TESTE DE VIH?

O objectivo de fazer qualquer alteração ao modelo de fornecimento de serviços é abordar uma lacuna específica nos serviços ou um desafio identificado para populações específicas ou trabalhadores de saúde em um cenário particular. Assim, qualquer novo modelo deve abordar um desafio específico ou lacuna identificada. Se existe uma população específica que não é actualmente atingida através dos serviços existentes, então

um novo modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH pode ter que ser considerado, um que inclui todos os três componentes (mobilização, teste e associação). A Parte 6 orienta-o sobre como usar as pedras basilares de FSD para estabelecer um novo modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH.



PARTE 6

ADAPTAR OU ESTABELEECER MODELOS DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO DIFERENCIADO DE TESTE DE VIH


AS PEDRAS BASILARES

Esta secção apresenta as quatro pedras basilares e destaca as recomendações relevantes da OMS que apoiam a sua implementação. Apresentam-se exemplos do mundo real para ilustrar como as pedras basilares podem ser aplicadas. Também vemos as nossos personagens, Andrew e Namrata, ao enfrentarem desafios em fornecer e dar acesso a serviços de teste de VIH.

As pedras basilares são a base da concepção de qualquer modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH (ver a Figura 5).

- **Quando** são fornecidos os serviços de teste de VIH (hora do dia e frequência de mobilização, teste e associação)?
- **Onde** são fornecidos os serviços de teste de VIH (localização de mobilização, teste e associação)?
- **Quem** está a fornecer os serviços de teste de VIH (os quadros realizando a mobilização, teste e associação)?
- **Que** serviços são fornecidos (o pacote de serviços)?

Figura 5: As pedras basilares do modelo de fornecimento de serviço de testes de VIH

| |  MOBILIZAÇÃO |  TESTE |  ASSOCIAÇÃO |
|--|--|--|---|
|  QUANDO | Em intervalos definidos; após o diagnóstico de um parceiro/membro familiar | Horas de funcionamento da clínica; 24 horas em maternidade e DCI Tempo direccionado para atingir a população específica Qualquer hora para HIVST Frequência definida por vulnerabilidade à aquisição de VIH | Simultaneamente e/ou após testes de VIH; seguimento durante um período definido |
|  ONDE | Em linha Meios de comunicação Comunidade Instalações não de saúde Instalações de saúde | Comunidade (incluindo casa) Instalações não de saúde Instalações de saúde | Por telefone Comunidade/visitas domésticas Instalações não de saúde Instalações de saúde |
|  QUEM | Trabalhadores de saúde Quadros leigos Colegas Clientes/membros familiares | Trabalhadores de saúde Quadros leigos Colegas Clientes/membros familiares | Trabalhadores de saúde Quadros leigos Colegas Clientes/membros familiares |
|  QUE | Informação sobre onde e porquê fazer teste e como associar a prevenção e tratamento | Testes de VIH, Quando adequado em combinação com: controlo de TB, controlo de ITS, medição de TA e glicose, controlo de nutrição | Fornecer detalhes sobre onde e como ter acesso a serviços de prevenção Fornecer detalhes sobre onde e como ter acesso a serviços de tratamento |

Devem ser descritas pedras basilares separadas para os três componentes centrais de serviços de teste de VIH

Conforme descrito na Parte 2, ao conceber qualquer serviço de testes de VIH, devem ser considerados os três componentes centrais (mobilização, teste e associação a TAR ou serviços de prevenção). As pedras basilares de “quando”, “onde”, “quem” e “que” devem ser descritas para cada um destes três componentes. Os exemplos apresentados ao longo desta secção demonstrarão como esta abordagem pode apoiar o planeamento e a implementação de um modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH. Para cada pedra basilar, os três componentes centrais podem ser realizados com

as mesmas ou diferentes, frequências, locais ou trabalhador de saúde.

Em todos os modelos de serviços diferenciados de teste de VIH, as necessidades do cliente devem ser centrais na concepção do modelo e devem ser o motivo principal para a adaptação do serviço. Cabe aos gestores distritais de saúde colaborar com os seus trabalhadores de saúde e clientes para analisar os desafios do seu distrito e determinar o “quando”, “onde”, “quem” e “que” que abordam estes desafios específicos. A decisão deve equilibrar o objectivo de melhorar o acesso aos serviços de teste de VIH para o cliente ao mesmo tempo usando eficientemente os recursos disponíveis. Como determinar a combinação estratégica de modelos de testes de VIH, será considerado Parte 7.



“QUANDO” são serviços de teste de VIH fornecidos?

Ao abrigo desta pedra basilar, deve ser determinada a hora do dia em que os serviços de teste de VIH (mobilização, teste e associação) são oferecidos, assim como a frequência do teste.



Directrizes da OMS

Quadro 2: Recomendações da OMS sobre a frequência dos testes de VIH¹²

Em todos os ambientes: Recomenda-se que seja oferecida uma repetição de teste pelo menos anualmente a pessoas de populações chave e a parceiros VIH-negativos em casais serodiscordantes. Dependendo dos comportamentos de risco do cliente, deve ser oferecida e estar disponível repetição de teste voluntária mais frequente.

Em uma epidemia de VIH generalizada: Repetir testes de todas as mulheres grávidas VIH-negativas no terceiro trimestre, pós-parto ou durante o parto devido ao elevado risco de aquisição de infecção de VIH durante a gravidez.

Em uma epidemia de VIH concentrada: Repetir testes de todas as mulheres grávidas VIH-negativas que fazem parte de um casal serodiscordante ou que fazem parte de um grupo de população chave.

Momento

Mobilização e testes de VIH: Mobilização e testes de base comunitária devem ser fornecidos no momento adequado para a população específica visada (por exemplo, para homens fora do horário de trabalho e para crianças fora do horário escolar). Utilizando pares para examinar permite maior flexibilidade, e o uso de AEVIH permite a máxima flexibilidade, permitindo que os clientes se examinem a si mesmos conforme a sua conveniência.

Nas instalações, fornecimento de testes de VIH deve estar disponível durante o horário normal de funcionamento da clínica e deve estar disponível 24 horas por dia nos serviços de maternidade e de DCI. A consideração de prolongar a disponibilidade do teste após o horário normal de trabalho nos fins de semana pode ser considerada em alguns locais e em clínicas específicas onde testes de VIH devem ser prioritários (CPN, TB, ITS, DCE e DCI). Devem ser descritos cronogramas claros para implementação da notificação do parceiro e teste do parceiro e família do cliente índice dentro de um procedimento operacional padrão.

Frequência

Mobilização: Numa instalação, a frequência da inclusão de mensagens sobre testes de HIV nas actividades de promoção de saúde deve ser determinada pela prevalência, tipo de clínica e recursos disponíveis. Em um contexto de alta prevalência, criação de exigência de STV deve estar disponível diariamente em todos os pontos de entrada da clínica e nos ambientes de CPN, ITS, TB e DCI em cada consulta.

Integração da promoção de saúde nos serviços de teste de VIH no trabalho dos quadros comunitários existentes (TSCs ou PVVIH trabalhando como voluntários na comunidade) e trabalhar com pares que vivem em uma comunidade específica ou populações chave pode permitir actividades de mobilização mais frequentes a nível da comunidade. Deve planear-se actividades de mobilização destinadas a atingir populações específicas ou durante grandes reuniões comunitárias e a frequência determinada de acordo com o rendimento provável em relação aos recursos para transporte, pessoal e teste futuro.



Directrizes da OMS

Quadro 3: Recomendação da OMS sobre notificação do parceiro¹²

Deve oferecer-se serviços voluntários de notificação assistida do parceiro como parte de um pacote abrangente de teste e cuidados oferecidos a pessoas com VIH.

Testes: A frequência da repetição de teste de VIH deve ser determinada pelo risco individual de adquirir VIH. As recomendações para a frequência da repetição de teste podem ser obtidas nas directrizes da OMS sobre teste de VIH (pág. 312)⁵. Quando a cobertura dos testes de VIH for alta, deve realizar-se uma avaliação mais aprofundada do risco, especialmente em ambientes de DCE, para evitar que altos números de clientes de baixo risco sejam examinados novamente.

Associação: Devem ser desenvolvidos procedimentos operacionais padrão para associação a serviços de prevenção e TAR tanto para testes baseados nas instalações como de base comunitária. Estes devem incluir o prazo para a associação prevista aos serviços, o momento de seguimento e o número de tentativas de acompanhamento a serem feitas durante um período de tempo definido. O Anexo 5 descreve uma amostra de POP para associação a serviços de TAR.

Exemplo 1:

Abordagens lideradas por comunidade para populações chave, Vietname

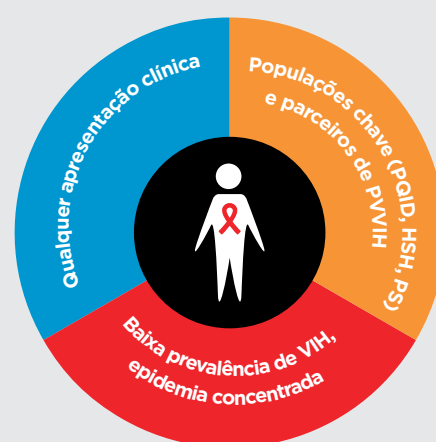
Panorâmica geral

Em 2016, foi calculado que apenas 73% das pessoas que vivem com HIV no Vietname foram diagnosticadas. A maioria dos 27% restantes, aqueles com HIV não diagnosticado, fazem parte de um grupo de população chave, incluindo pessoas que injectam drogas, homens que têm relações sexuais com homens, profissionais femininas do sexo e seus parceiros sexuais. A cobertura dos testes de VIH através dos serviços de teste convencionais com base nas instalações continua baixa, com apenas 36% das pessoas que injectam drogas, 41% das profissionais femininas do sexo e 43% dos homens que têm relações sexuais com homens recebendo um teste de VIH em 2016. Para atingir o primeiro objectivo 90 - diagnóstico de 90% das pessoas com VIH - o governo do Vietname calculou que a cobertura de testes de VIH entre populações chave deve aumentar para pelo menos 80%.

Para aumentar os testes de VIH entre populações chave e atingir as metas de cobertura, o governo do Vietname implementou teste rápido para VIH e teste de vírus da hepatite C (VHC) e sífilis entre Dezembro de 2015 e Outubro de 2017 em oito províncias. Isto foi realizado através de trabalho de alcance móvel, conduzido por fornecedores leigos pares de grupos de população chave, usando o auto-teste e notificação do parceiro/teste do parceiro do índice entre populações chave e os seus parceiros. Também foi promovido teste de doenças múltiplas para aumentar a aceitação dos serviços de teste. Parceiros sexuais de homens VIH-positivos que têm relações sexuais com homens foram contactados e

ofereceram-lhes testes de VIH usando meios de comunicação social. Foram oferecidos testes de VIH aos parceiros de profissionais femininas do sexo VIH-positivas através de referência de clientes e fornecedores leigos. Foi necessário efectuar acompanhamento activo durante três a quatro meses para todas as PVVIH para obter com sucesso informações sobre os parceiros e um período adicional de três a quatro meses para entrar em contacto, oferecer e entregar testes de VIH aos parceiros de PVVIH.

Os três elementos de abordagens de população chave lideradas pela comunidade



As pedras basilares de abordagens lideradas pela comunidade para teste de populações chave, Vietname

| | MOBILIZAÇÃO | TESTE | ASSOCIAÇÃO |
|--------|--|--|---|
| QUANDO | Prazo direccionado para alcançar uma população específica; Qualquer momento para AEVIH | 3-6 meses para aqueles com risco mais elevado | Acompanhamento activo durante 3-6 meses |
| ONDE | Meios de comunicação social e alcance comunitário | Instalações de saúde e alcance comunitário | Para seleccionar local de tratamento e/ou prevenção |
| QUEM | Fornecedores pares | Fornecedores pares | Fornecedores pares e leigos |
| QUE | Alcance por meios de comunicação social através da comunidade e parceiros de PVVIH | Testes rápidos de VIH; teste de doenças múltiplas (VHC e sífilis); e auto-teste de VIH | Para prevenção: pacote abrangente de ferramentas de prevenção |
| | | | Para início de TAR: navegação por pares para clínica de TAR |

Em 2017, foram implementados testes de VIH liderados pela comunidade e alcançaram-se 2.520 pessoas de populações chave; 67% foram examinados pela primeira vez. Dos que foram examinados, 2.094 receberam testes por fornecedores leigos e 426 receberam auto-teste de VIH. No total, 147 dos que foram examinados tiveram resultados reactivos (5,8%) e 140 desses 147

(96,6%) foram confirmados como positivos. Dos 140 casos VIH-positivos, 128 (91%) receberam TAR. Testes de parceiro do índice liderados pela comunidade identificaram 19,3% de todos os casos VIH-positivos (27/140). Análise a nível provincial revelou que STV comunitários diagnosticaram 30% e 60% de todos os casos de VIH nas províncias de Can Tho e Thai Nguyen.



“ONDE” são fornecidos serviços de teste de VIH?

A descentralização dos serviços de teste de VIH para clínicas de cuidados primários e ainda mais, para a comunidade, tem sido recomendada para aumentar a aceitação. Tal descentralização pode ser adequada tanto em cenários de alta como baixa prevalência, mas a escolha da localização pode variar de acordo com a população específica visada e o rendimento observado. O fornecimento de serviços de teste de VIH em diferentes níveis do sistema de saúde aborda barreiras diferentes enfrentadas pelos clientes. As pessoas preocupadas com o tempo e os custos de transporte para terem acesso a testes podem escolher uma zona local. Outras pessoas que possam ter preocupações sobre estigma podem optar por testes em locais centralizados, distantes das suas comunidades.

Serviços de teste de VIH em instalações de saúde

Mobilização e teste podem ser integrados no fluxo de pacientes em uma clínica específica (DCE, TB, ITS, planeamento familiar ou DCI) ou os clientes podem ser encaminhados para serviços independentes de teste de VIH. A selecção dos pontos de entrada para mobilização e teste pode variar de acordo com a prevalência de VIH. O Quadro 4 descreve a recomendação da OMS para a selecção de pontos de entrada com base no tipo de epidemia.

Para auto-teste de VIH, os conjuntos podem ser distribuídos nas instalações para serem realizados nas instalações, para levar para casa, ou para serem distribuídos e realizados na comunidade em casa ou ambientes de alcance móvel.

Associação a um local de tratamento ou prevenção do local de teste deve ser seleccionada pelo paciente, a qual pode ou não ser o mesmo local onde eles foram examinados. Os clientes examinados em instalações centrais durante uma admissão do paciente ou quando participam em outro serviço de DCE, devem ter a opção de serem encaminhados para um local descentralizado, quando disponível.



Directrizes da OMS

Quadro 4: Recomendações da OMS sobre teste e aconselhamento iniciado pelo fornecedor (TAIF)

Deve considerar-se TAIF para clínicas de serviços de subnutrição, ITS, hepatite e TB, ambientes de CPN e serviços de saúde para populações chave.

Em uma epidemia de VIH generalizada: TAIF deve ser oferecido a todos os clientes e em todos os serviços (incluindo serviços de ITSs, hepatites viral, TB, crianças menores de cinco anos, imunização, subnutrição, cuidados pré-natais e todos os serviços para populações chave) como um modo eficiente e eficaz de identificar pessoas com VIH.

Em uma epidemia de VIH concentrada: TAIF deve ser oferecido aos clientes (adultos, adolescentes e crianças) em ambientes clínicos que apresentem sintomas ou condições médicas que possam indicar infecção de VIH, incluindo casos de TB presumidos e confirmados.

Serviços de teste de VIH fora das instalações de saúde

Mobilização e testes de VIH fora das instalações de saúde podem ocorrer em:

- Instalações não de saúde
 - Instituições que visam populações específicas (escolas, locais de trabalho, militares e polícia)
- Locais comunitários
 - Locais que visam populações específicas (clubes juvenis para adolescentes, bares ou clubes para profissionais do sexo, praças de táxi para homens)
 - Pontos de encontro da comunidade (igrejas, jogos de futebol)
 - Casas dos clientes (teste comunitário de cliente índice; campanha geral de porta-a-porta).

A combinação de locais deve ser estrategicamente seleccionada no processo de tomada de decisão e será determinada por:

- Prevalência de VIH na população geral e nas populações específicas
- Dados de cobertura dos testes de VIH para populações específicas e gerais
- Características demográficas e comportamentais de populações não diagnosticadas
- Medições de desempenho de STV (tais como rendimento, número com resultado positivo, custo por positivo).

Associação Associação deve ser definida entre o ponto de teste da comunidade e o fornecedor de TAR ou serviços de prevenção. Deve ser oferecida aos pacientes uma escolha de locais de TAR sempre que seja viável, incentivando a participação em uma clínica mais próxima de casa, mas permitindo que os indivíduos escolham o seu local de TAR, particularmente em ambientes onde os níveis de estigma são elevados.



Directrizes da OMS

Quadro 5: Recomendações da OMS sobre serviços de teste de VIH de base comunitária¹²

Em uma epidemia de VIH generalizada: A OMS recomenda serviços de teste de VIH de base comunitária, com associação a prevenção, tratamento e serviços de cuidados, para além de oferecer TAIF rotineiramente para todas as populações, particularmente populações chave.

Em uma epidemia de VIH concentrada: A OMS recomenda serviços de teste de VIH de base comunitária, com associação a prevenção, tratamento e cuidados, para além de TAIF, para populações chave.

Exemplo 2:

Alcançando homens em Eshowe, África do Sul

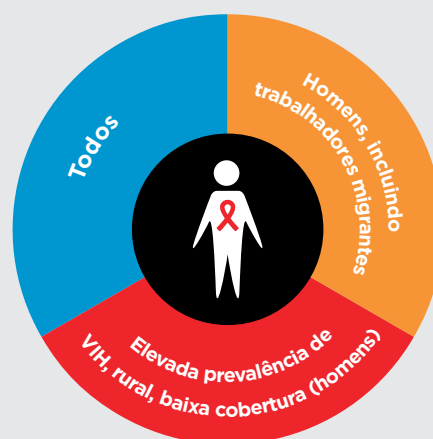
Panorâmica geral

Em 2016, foi calculado que 86% das PVVIH na África do Sul conheciam a sua condição, mas isto era inferior para os homens (79%) e jovens com idades entre 15 e 24 anos (65%). A província de KwaZulu-Natal tem a maior prevalência e incidência de VIH do país. Na área em torno da cidade provincial de Eshowe, estratégias anteriormente eficazes, tais como o alcance comunitário, incluindo o teste porta-a-porta, apresentavam menos de 1% de rendimento. Eram necessários esforços para alcançar os homens para fechar a lacuna de testes.

Em um projecto-piloto apoiado por uma ONG, foram estabelecidos locais fixos de testes de VIH em ambientes onde homens passam tempo, tais como praças de táxis, e estes providos de fornecedores exclusivamente masculinos para alcançar homens com testes de VIH, assim como outros serviços de saúde importantes, incluindo doenças não transmissíveis (DNT), controlo de TB e ITS. Estes locais estão situados próximo de clínicas onde o tratamento e CMMV estavam disponíveis, portanto, as referências podiam ser feitas rapidamente. Aqui, era conveniente que os homens se associassem aos, e iniciassem os, serviços de acompanhamento no mesmo dia. Testes no local de trabalho em herdades agrícolas foram estabelecidos por meio de uma relação formal com as associações locais de proprietários de herdades agrícolas.

Os testes de VIH eram geridos por um mobilizador e conselheiro que promove e oferece testes de VIH aos homens que trabalham na herdade agrícola. O mobilizador e conselheiro também encorajou os homens examinados para trazerem as suas parceiras e famílias para serem examinadas.

Os três elementos do alcance de homens em Eshowe



As pedras basilares do alcance de homens para testes de VIH em Eshowe, África do Sul

| | MOBILIZAÇÃO | TESTE | ASSOCIAÇÃO |
|--------|---|---|--|
| QUANDO | Horas de ponta em praças de táxi Horas acordadas com entidades patronais em herdades agrícolas | Horas de ponta em praças de táxi Horas acordadas com entidades patronais em herdades agrícolas | Sempre que possível, no mesmo dia |
| ONDE | Praças de táxi e locais onde homens se reúnem, local de trabalho (herdade) | Clínica satélite para homens; local de trabalho (herdade) | Postos locais de prevenção (incluindo CMMV) e MdS de TAR |
| QUEM | Fornecedores masculinos, conselheiros e mobilizadores | Trabalhadores de saúde masculinos e conselheiros | Fornecedores masculinos e conselheiros |
| QUE | Mobilização comunitária por conselheiros e mobilizadores masculinos | Testes rápidos de VIH e controlo de ITSs, NCDs e TB | Para prevenção: encaminhamento no mesmo dia ao local de CMMV |
| | | | Para início de TAR: início de TAR no mesmo dia |

No último trimestre de 2017, 9,4% das pessoas examinadas novos diagnósticos (19,6% nos serviços clínicos de Eshowe e 4,7% nas clínicas de Mbongolwane, e aproximadamente 4,4% através de centros móveis e fixos de alcance de homens). Em 2017, 4,4% (31/709) das pessoas atingidas por meio de um programa com base em herdades agrícolas tiveram resultados positivos. A maioria das pessoas identificadas nas

clínicas masculinas e programa baseado em herdades agrícolas estavam no estágio inicial da doença. Nas clínicas masculinas, aproximadamente 30% das PVVIH identificadas tinham uma contagem de CD4 acima de 500 células/mm³; e no programa baseado em herdades, 74% das PVVIH identificadas tinham uma contagem de CD4 de mais de 500 células/mm³.

“QUEM” fornece serviços de teste de VIH?

Importância de partilha de tarefas

A redistribuição racional de tarefas entre quadros, incluindo fornecedores leigos e clientes, tem constituído um princípio fundamental que apoiou a expansão dos programas de VIH, incluindo STV. Em cada modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH, é importante definir quem realiza as actividades de mobilização, teste e associação. Para permitir a partilha de tarefas de STV, é necessária uma revisão dos quadros regulamentares no país e, em alguns ambientes, as barreiras políticas relacionadas com partilha de tarefas continuam a ser um obstáculo fundamental para a expansão de STV.

Fornecedores leigos podem ser treinados para realizar testes de VIH, mas devem ser realizadas orientação contínua e garantia de qualidade nas instalações e na comunidade. Os profissionais de saúde comunitários ou os fornecedores leigos também podem ser treinados para realizar um único "teste de triagem" ou supervisionar auto-testes de VIH para controlar os clientes antes do encaminhamento para a execução do algoritmo completo por um conselheiro treinado ou profissional de saúde.

Em actividades de associação, também deve ser claramente definido quem é responsável por cada etapa de um POP de associação. Por exemplo, numa instalação, idealmente a pessoa que realiza o teste acompanha o cliente do ponto de entrada para o serviço de TAR quando o teste tem resultado positivo.

O papel dos pares

O papel dos pares em todos os três componentes de um modelo de fornecimento de serviço de teste de VIH demonstrou melhorar a aceitação de testes em populações específicas (adolescentes, populações chave) e foi recomendado pela OMS no apoio aos clientes para associação aos cuidados. Os pares necessitarão de formação específica, mas a sua capacidade de acesso a certas comunidades pode superar as barreiras relacionadas com estigma e estabelecer elos reforçados entre a população específica e o sistema de saúde.

O papel do cliente

Auto-testes de VIH introduziram o cliente como participante activo no componente de fornecimento de testes de VIH. O auto-teste de VIH pode ser assistido directamente por um profissional de saúde, um quadro comunitário ou um par treinado ou não assistido, sendo realizado de forma independente pelo cliente.

Directrizes da OMS

Quadro 6: Recomendação da OMS sobre testes de VIH por fornecedores leigos treinados usando testes de diagnóstico rápido (TDRs)¹²

Os fornecedores leigos que são treinados e supervisionados podem conduzir de forma independente testes seguros e eficazes de VIH usando TDRs.

Lembra-se de Namrata?



Namrata foi treinada para distribuir auto-testes de VIH e, onde as suas pares preferem, para ajudar directamente com auto-teste. Após o auto-teste ser realizado, ela incentiva as suas colegas profissionais do sexo a comparecerem na clínica para terem acesso a serviços de tratamento ou prevenção e, quando necessário, organiza para as acompanhar.



Lembra-se de John?

A sua entidade patronal está a planear uma semana em que todos os funcionários podem marcar um teste médico na sede. O teste não será apenas para VIH; pode também verificar a sua tensão arterial e fazer um controlo de saúde sexual. Parece ser muito mais vantajoso ser examinado para algumas coisas diferentes ao mesmo tempo e não necessita de tirar folga do trabalho.

Exemplo 3:

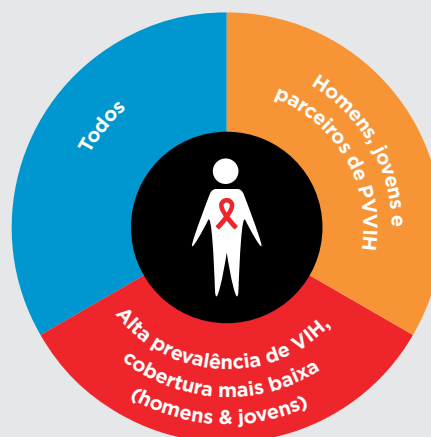
Sensibilização de CMMV e notificação do parceiro com conjuntos de auto-teste, Malawi

Panorâmica geral

No Malawi, para aumentar a proporção de homens e jovens que conhecem a sua condição de VIH, foi realizado um estudo para introduzir o auto-teste de VIH.

As abordagens para distribuição de conjuntos de auto-teste de VIH concentrou-se na distribuição por indivíduos treinados através de: (a) os responsáveis pela mobilização de homens para terem acesso a CMMV; (b) mulheres grávidas que podem entregar um conjunto aos seus parceiros masculinos; e (c) distribuição por um membro da comunidade treinado indo de porta em porta às residências e locais frequentados. Os distribuidores demonstrariam o auto-teste de VIH e forneceriam informações sobre o que fazer após um auto-teste positivo e negativo.

Os três elementos de alcance de CMMV e notificação de parceiro



As pedras basilares de Sensibilização de CMMV e notificação do parceiro com conjuntos de auto-teste, Malawi

| | 📣 MOBILIZAÇÃO | 🦋 TESTE | 🔗 ASSOCIAÇÃO |
|---------------|---|---|--|
| QUANDO | Período fixo de um mês | Uma vez por ano na comunidade Oferta de rotina a mulheres com parceiros masculinos não examinados na primeira visita a CPN | Cartões de referência distribuídos com conjuntos de auto-teste |
| ONDE | Comunidade CPN | Teste realizado em casa ou outro local privado | Qualquer instalação de saúde que oferece testes de VIH e locais de CMMV |
| QUEM | Membro comunitário treinado/ mobilizador | Indivíduos examinam-se sós ou com o parceiro | Membro comunitário treinado/ mobilizador |
| QUE | Mobilização comunitária e em instalação de CPN para explicar e promover auto-teste de VIH na comunidade e clínica | Auto-teste de VIH usando Auto-teste de VIH OraQuick | Para prevenção: encaminhamento no mesmo dia para CMMV (para homens) Para início de TAR: início de TAR com base em casa e/ou encaminhamento no mesmo dia para a clínica de TAR mais próxima |

A implementação de auto-teste de VIH através de distribuição baseada na comunidade e modelos de CMMV atingiu 26% e 68% dos examinados pela primeira vez, respectivamente. A aceitação de auto-teste de VIH foi mais elevada entre os jovens (50%) e homens (49%). A distribuição secundária a parceiros masculinos de mulheres grávidas demonstrou aumentar a aceitação de testes de VIH entre homens recebendo cartas de convite de padrão de cuidados de 17% para 92% quando foi oferecido auto-teste de VIH.

Em geral, a positividade de VIH foi de aproximadamente 5%, com 1% de positividade entre homens nos locais de CMMV, 1% de positividade entre os homens em distribuição secundária e 4% de positividade na distribuição baseada na comunidade. Isto é comparável à positividade média de 3% nas instalações no Malawi. Quando foi oferecido início de TAR no domicílio, a associação foi três vezes superior ao encaminhamento para as instalações.



“QUE” serviços são fornecidos?

Serviços autónomos de teste de VIH

Os serviços de teste de VIH podem ser fornecidos como um serviço autónomo nas instalações e instituições de saúde e na comunidade. Os clientes que procuram especificamente STV devem ser mobilizados para utilizarem estes serviços específicos.

Serviços integrados de teste de VIH

Os serviços de teste de VIH podem ser integrados no DCE existente, clínicas de doenças específicas (TB e ITS) ou outros serviços (controlo do cancro do colo do útero, CMMV). Da mesma forma, actividades de controlo adicionais também podem ser integradas em um modelo de testes de VIH, tal como TB, ITS, nutrição e controlo de DNT. A integração de actividades pode ser um modo mais económico de fornecimento de STV, particularmente a nível da comunidade.

Lembra-se de Judith, David e a sua família?

Após um mês a incentivar a auto-referência, a sua enfermeira perguntou à Judith se estaria de acordo se uma trabalhadora comunitária de saúde fosse à sua casa uma noite ou num fim de semana quando o marido lá estivesse, ou se ela gostaria de levar um conjunto de auto-teste para casa para o marido usar. Judith conhece e gosta da sua trabalhadora de saúde comunitária local e concordou que ela fosse a sua casa. Além de oferecer um teste de VIH a David, a TSC mediu a sua tensão arterial e controlou a família quanto a nutrição e TB.

Judith não estava satisfeita em entrar em contacto com o ex-parceiro e assim a enfermeira concordou em o contactar anonimamente.



Lembra-se de Andrew?



Depois de avaliar a análise da situação, Andrew descobriu que STV não estava disponível durante a noite e nos fins de semana nos departamentos de DCI e maternidade no hospital distrital. No serviço de AEV, parecia também que havia um número crescente de pessoas que examinavam de novo com muita frequência, e a maior parte destas estavam negativas. Ele também reconheceu que não existiam serviços de teste adaptados para as populações chave.

Como primeira acção, decidiu garantir acesso de 24 horas no departamento de DCI e maternidade e iniciar um modelo de fornecimento de serviços de VIH (incluindo mobilização, teste e estratégias para associação) em pontos focais para profissionais do sexo à noite, uma vez por mês. No AEV, discutiu se os conselheiros poderiam aplicar uma ferramenta de avaliação de risco para aconselhar os clientes sobre a necessidade de novo teste.

Exemplo 4:

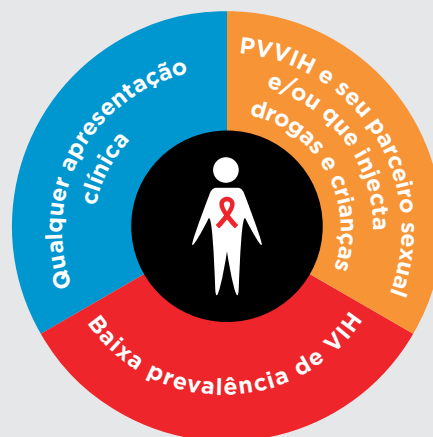
Notificação do parceiro com base nas instalações e serviços de parceiro do índice, Camarões

Panorâmica geral

Nos Camarões, a maior prevalência de VIH é entre homens que têm relações sexuais com homens, profissionais do sexo, mulheres grávidas e homens nas forças armadas. O programa nacional centrou-se nos testes de VIH nas instalações de saúde e teste de índice. Para aumentar a eficiência dos serviços de teste de VIH, verificou-se um maior foco em alcançar os parceiros de PVVIH diagnosticados nas instalações.

Serviços de fornecimento de teste de VIH para parceiros foram rotineiramente implementados nas instalações de saúde. Após o diagnóstico inicial, profissionais de saúde treinados deram seguimento e ofereceram assistência para contactar confidencialmente os parceiros e/ou virem ao domicílio para oferecer serviços de teste de VIH. Através de aconselhamento e discussão, PVVIH fornecem voluntariamente informações de contacto para os parceiros que pensam que devem ser contactados e como os contactar, seja por indicação do cliente, encaminhamento por contrato ou encaminhamento pelo fornecedor (ver Anexo 1). Trabalhadores de saúde treinados, em seguida, contactaram estes parceiros por telefone e/ou uma visita domiciliar para oferecer testes de VIH e marcar um horário para eles irem às instalações.

Os três elementos de notificação de parceiro com base nas instalações



As pedras basilares de notificação de parceiro e serviços de parceiro do índice com base nas instalações, nos Camarões

| | MOBILIZAÇÃO | TESTE | ASSOCIAÇÃO |
|--------|--|--|---|
| QUANDO | Cliente ou trabalhador de saúde contacta à hora acordada | À hora acordada com o parceiro | Controlo de seguimento |
| ONDE | Instalações ou casa | Instalações ou casa | Associado à prevenção local ou local de TAR |
| QUEM | Trabalhadores de saúde treinados e cliente índice | Trabalhadores de saúde treinados | Trabalhadores de saúde treinados Fornecedores leigos |
| QUE | Cliente índice notifica o parceiro Trabalhador de saúde telefona ou faz visita ao domicílio | Testes rápidos de VIH nas instalações ou na comunidade | SMS Seguimento com base domiciliar |

Entre Janeiro e Junho de 2016, foram diagnosticadas 1.407 pessoas com VIH e foram identificados 1.884 parceiros que podem ter sido expostos a VIH. No total, 94% (1.774/1.884) dos parceiros foram notificados e, dos notificados, 93% (1.655/1.774)

receberam testes de VIH. Dos que receberam testes de VIH, 32% (315) dos adultos e 6% (40) das crianças estavam VIH positivos e, dos diagnosticados, 93% associaram-se a TAR.



PARTE 7

**CONCEBER UMA
COMBINAÇÃO
ESTRATÉGICA
DE MODELOS DE
FORNECIMENTO
DE SERVIÇO
DIFERENCIADO
DE TESTE DE
VIH – ADAPTAR,
ESTABELEECER OU
ABANDONAR**

UMA COMBINAÇÃO ESTRATÉGICA

É necessária uma combinação estratégica de abordagens para o fornecimento de serviços de STV para aumentar a proporção de pessoas que vivem com VIH que conhecem a sua condição. O objectivo desta combinação é de facilitar o diagnóstico de tantas pessoas que vivem com VIH o mais cedo possível, maximizando o rendimento, eficiência, rentabilidade e equidade. Ao realizar a análise da situação (Parte 3), a combinação de modelos de fornecimento de serviços de VIH deve ser

implementada, com foco naqueles que permanecem não diagnosticados e nas populações mais vulneráveis à aquisição de VIH.

Os dois estudos de caso que se seguem ilustram um resumo dos processos de tomada de decisão em dois ambientes para determinar a combinação estratégica dos modelos de STV implementados.

Exemplo de combinação estratégica 1:

Baixa prevalência de VIH; baixa cobertura de testes de VIH; cobertura de TAR de 40%

A prevalência de VIH nas 10 províncias de um país hipotético varia de 0,7% a 2,7%. A prevalência de VIH entre os clientes que frequentam clínicas de ITS é de 7%, entre profissionais do sexo 13% e entre homens que têm relações sexuais com homens 17%.

A partir da sondagem demográfica e de saúde (SDS) mais recente, calcula-se que 15% dos homens conhecem a sua condição em comparação com 40% das mulheres. No ano passado, 80% de todos os testes de VIH realizados foram em mulheres grávidas em CPN onde os testes de VIH são realizados numa base de opção de exclusão.

Recomenda-se TAIF em todos os pontos de entrada da clínica, mas os dados revelam que menos de um quarto dos clientes de ITS recebem um teste de VIH contra 70% dos clientes de TB.

Sondagens de populações chave na capital revelam que apenas 30% de profissionais do sexo e 25% dos homens que têm relações sexuais com homens conhecem a sua condição de VIH.

É realizado um mapeamento de serviços de STV através de uma revisão documental e visitas ao local usando o questionário do Apêndice 3:

- Testes de VIH são promovidos e oferecidos sistematicamente nas clínicas de CPN e TB.
- Nos últimos 12 meses, não se verificaram quaisquer campanhas lideradas pelo ministério da saúde que promovessem testes de VIH e nada especificamente direccionado às populações chave.
- Embora STV sejam promovidos nos DCEs e nas clínicas de ITS, a maioria dos locais (85%) não possuem ninguém na clínica treinado para fazer testes, e têm abastecimentos limitados de conjuntos de teste.
- No ano passado, não foi realizado qualquer teste comunitário.
- Os serviços de STV foram diferenciados em um projecto piloto de uma ONG para profissionais do sexo e homens que têm relações sexuais com homens (fornecido à noite e em locais onde se reúnem na comunidade), mas os pares não estão envolvidos na mobilização e teste.

- Não existe orientação específica sobre como associar clientes VIH-positivos ao tratamento ou serviços de prevenção, e os locais de teste incluídos na sondagem não avaliam sistematicamente o risco de VIH.

Combinação estratégica de serviços de STV (mobilização, teste e associação) proposta:

MOBILIZAÇÃO

Estabelecer: Teste de cliente índice em qualquer caso VIH positivo identificado deve ser assegurado através de notificação do parceiro e ser oferecido tanto na instalação como na comunidade. O teste de cliente índice de base comunitária pode ser oferecido através do envolvimento de quadros comunitários para realizar testes de VIH ou através da distribuição de conjuntos de auto-teste de VIH.

Adaptar: Treinar pares da populações chave para criar procura de testes de VIH e serviços de prevenção.

Abandonar: Promoção de teste para população geral assintomática no DCE para se concentrar naqueles com sintomas de VIH, TB ou ITSs.

TESTE

Adaptar: Teste e aconselhamento iniciado pelo fornecedor (TAIF) com base nas instalações: Todos os clientes que apresentarem sintomas de ITS e TB e clientes apresentando sintomas e sinais de VIH devem ser examinados com prioridade.

Estabelecer: Oferecer serviços de teste de VIH nos locais de trabalho, tais como instituições militares ou empresas de segurança (ver um Exemplo 2 na página 27), para aumentar os testes entre homens.

ASSOCIAÇÃO

Adaptar: Utilizar pares treinados de população chave para apoiar navegação de pares que associa clientes com prevenção e/ou início de TAR

Estabelecer: Desenvolver um POP com cronogramas e métodos claros para associar clientes a prevenção e tratamento tanto nas instalações como na comunidade para padronizar este processo. Adoptar as directrizes de iniciação rápida da OMS.

Exemplo de combinação estratégica 2:

Alta prevalência; alta cobertura de STV; cobertura de TAR de 78%

A prevalência de VIH neste país hipotético é de 15,5%. Uma sondagem de base comunitária em uma província seleccionada, onde estão a ser consideradas estratégias de testes diferenciados, revelou que, em geral, 86% das pessoas que vivem com VIH conhecem a sua condição: 91% das mulheres conhecem a sua condição em comparação com 78% dos homens. A cobertura entre homens jovens de 15 a 24 anos era muito menor, a aproximadamente 50%. A prevalência de VIH em profissionais do sexo foi calculada em 73%, e calcula-se que 40% conheciam a sua condição.

Uma revisão dos serviços actuais de STV usando o questionário do Apêndice 3 demonstrou que:

- TAIF é oferecido em todos os pontos de entrada nos hospitais e todas as clínicas de APS têm pessoal treinado para realizar STV. Dos pacientes com TB, 95% foram examinados para VIH contra 75% dos clientes de ITS.
- Notificação de parceiro e teste de cliente índice não são realizados sistematicamente e, onde são, os parceiros são apenas convidados para as instalações.
- No ano passado, foram realizadas quatro campanhas de teste de alcance móvel para a população geral, mas com baixo rendimento (1,7% dos testes realizados tiveram um resultado de VIH positivo).
- STV não foi diferenciado para adolescentes e jovens adultos ou populações chave.
- AEVIH não foi implementado.

Para o ano seguinte, propõe-se a seguinte combinação estratégica de serviços de STV (mobilização, teste e associação):

MOBILIZAÇÃO

Estabelecer: Melhorar a notificação do parceiro e teste de cliente índice, incluindo teste de cliente índice de base comunitária.

Estabelecer: Lançar campanha de STV em colégios e universidades; incluindo a introdução de conjuntos de teste de VIH.

Estabelecer: Mobilizar populações chave para testes através de pares treinados.

TESTE

Adaptar: Continuar com TAIF baseado em instalações, mas com ênfase na avaliação de risco antes de qualquer novo teste e melhorar as taxas de testes de VIH em clientes com sintomas de ITS.

Adaptar: Promover teste de populações chave através da distribuição de conjuntos de auto-teste de VIH por pares treinados da populações chave e fornecer durante as horas de trabalho em paralelo.

Estabelecer: Introduzir serviços de teste de VIH de rotina em locais de trabalho, tais como exército e empresas de segurança, para visar os homens.

Abandonar: Testes de VIH de base comunitária para a população geral.

ASSOCIAÇÃO

Adaptar: Introduzir procedimentos operacionais padrão para associação, incluindo a navegação por pares para populações específicas, nas instalações de saúde.

Adaptar: Utilizar o acompanhamento por SMS após o teste comunitário de populações chave para apoiar associação a prevenção e início de TAR.

Em um determinado país, a proporção de PVVIH não diagnosticadas pode variar de acordo com a geografia (por província e entre ambientes rurais e urbanos) e população (tal como homens, PCs, adolescentes). Isto leva à necessidade de uma combinação estratégica de abordagens de testes diferenciados de VIH, pois uma abordagem uniformizada não enfrentará os desafios específicos do país locais. Como resultado da reconsideração das abordagens de combinação estratégica de STV, **pode ser necessário reduzir ou interromper**

completamente algumas estratégias actuais de teste. Além disso, pode ser necessário reduzir a frequência de teste entre indivíduos com baixo risco de aquisição de VIH.

Outros exemplos de como alguns países analisaram e desenvolveram uma combinação estratégica de estratégias de teste e ferramentas para apoiar este processo estão indicados no Anexo 2 e podem ser obtidos em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

Estudo de caso 8:

Lições em eficiência a partir de abordagens de teste em prisões, Malawi

Os testes de VIH nas prisões do Malawi foram diferenciados para aumentar a aceitação e reflectem a abordagem em três etapas dos cuidados de saúde nas prisões. Os testes de VIH são oferecidos quando o prisioneiro entra na prisão, semestralmente durante a sua estadia e à saída. Os prisioneiros são mobilizados para realizar testes de VIH através de palestras sobre saúde na clínica da prisão e por educadores pares (prisioneiros que tiveram alguma formação básica em educação de saúde) nas celas. Os guardas prisionais que foram treinados em testes de VIH e aconselhamento, realizam testes de VIH na clínica da prisão.

Durante o controlo semestral em que se oferecem a todos os reclusos testes de VIH, se não foram examinados nos últimos seis meses, os reclusos são organizados em grupos de 10 para receberem informações sobre testes de VIH. Cada prisioneiro é então convidado individualmente para a sala de teste e os seus detalhes completos são registados no registo de STV. O número único identificador do registo de STV é escrito no conjunto de teste e em um papel, assim como o tempo documentado quando a solução tampão foi adicionada. Para satisfazer a procura de testes, o conselheiro não espera um de cada vez, pelos resultados do teste. O prisioneiro seguinte é convidado a entrar na sala para retirar o sangue e são realizados os mesmos passos descritos supra. Repete-se isto para o grupo de 10.

Usando um cronómetro, deve assegurar-se que nenhum teste seja lido antes de decorrerem 15 minutos e nenhum teste é lido depois de 60 minutos a partir da adição da solução tampão. Uma vez que todos os 10 prisioneiros deram sangue, cada prisioneiro é depois chamado de volta individualmente para receber o seu resultado. Se for confirmado um teste positivo de VIH, fornece-se aconselhamento pós-teste e o cliente é associado aos serviços de cuidados e tratamento na clínica da prisão.

Com a implementação deste modelo, a cobertura de testes de VIH em duas prisões centrais (população de 1.500-2.000 detidos) aumentou de 43% para 97% e de 19% para 96% entre 2014 e 2017. Foram também documentadas adaptações semelhantes ao fluxo de pacientes em DCE e ambientes de teste comunitário.

Estudo de caso 9:

Pilotagem de uma ferramenta de avaliação de sintoma e risco durante testes comunitários de VIH, Tanzânia

Na Tanzânia, o ICAP na Universidade de Colúmbia está a implementar uma intervenção de prevenção de VIH baseada na comunidade financiada pelo CDC PEPFAR, conhecida localmente como o projecto FIKIA (Fikia significa “alcançar” em Swahili). O teste na comunidade deve ser especificamente direccionado para garantir um rendimento adequado, ao contrário das instalações de saúde onde as populações de pacientes já se apresentam com doenças. O ICAP pilotou uma ferramenta de controlo como parte de uma combinação de intervenções para aumentar o rendimento e o número de clientes VIH positivos identificados através do teste comunitário. A ferramenta de controlo avaliou os sintomas auto-participados e os riscos principais, incluindo: i) se eles sentiram ou não sintomas (incluindo febre, linfadenopatia, úlceras na boca, erupção cutânea, dor de cabeça ou dor de garganta) nos últimos dois meses; ii) se o cliente é ou não um membro de uma populações chave e/ou rapariga adolescente ou mulher jovem, iii) contacto de um cliente índice VIH positivo e iv) se o cliente suspeita ou não de exposição a VIH desde o seu último teste. A partir dos resultados iniciais, a ferramenta de controlo foi incorporada em regiões adicionais do projecto como um método para melhorar o direccionamento das actividades de teste, particularmente com homens, grandes eventos e comunidades geograficamente distintas, tais como vilas de pescadores e campos de mineração.



PARTE 8

ASSOCIAÇÃO A PREVENÇÃO DE VIH E INÍCIO DE TAR

ASSOCIAÇÃO A PREVENÇÃO

Um teste de VIH apresenta uma oportunidade para associar as pessoas com um teste não reactivo a estratégias de prevenção. Através da associação à prevenção, podem ser evitadas novas

infecções. A ONUSIDA descreve cinco pilares de prevenção e metas para reduzir a incidência de VIH (Figura 6).

Figura 6: Os cinco pilares de prevenção da ONUSIDA*

Metas de prevenção da Assembleia Geral das Nações Unidas



* Adaptado do Relatório de Lacuna de Prevenção, ONUSIDA, 2016.

ASSOCIAÇÃO A INÍCIO DE TAR

Neste quadro, associação a TAR é definida como quando um cliente inicia TAR.

Recomenda-se um pacote específico de controlo e intervenções profiláticas para os clientes que apresentam uma doença avançada de VIH (Quadro 8). A descentralização do pacote e partilha de tarefas do teste no local de atendimento, incluindo CD4, teste de antígeno criptocócico e teste LAM de TB, permitem o fornecimento das intervenções do pacote profilático e o rápido fornecimento de TAR a nível de assistência primária. Para os clientes que estão mais gravemente doentes, devem estar definidos critérios de referência claros.

Os serviços de teste devem estar atentos aos clientes VIH-positivos que estão a repetir o teste. Estes pacientes podem ou não estar associados aos serviços de TAR. As razões para repetição do teste devem ser exploradas conjuntamente com as razões para suspender o TAR quando isto ocorreu. O início de TAR também deve ser adaptado para a coorte crescente de clientes que estão a regressar aos cuidados após um período de incumprimento. Os serviços de TAR devem ser encorajados a inquirir se os clientes já estiveram anteriormente em TAR, a fim de abordar as razões para o incumprimento e estarem alertas para possível resistência ao tratamento.

As Figuras 7 e 8 ilustram como as pedras basilares também podem ser usadas para desenvolver modelos de fornecimento de serviços para início de TAR. A Figura 7 destaca as pedras basilares das investigações laboratoriais de linha de base, início de TAR e acompanhamento imediato para um cliente com na doença inicial de VIH. A Figura 8 destaca as pedras basilares para clientes com doença avançada de VIH.

Directrizes da OMS

Quadro 7: Recomendações da OMS sobre início rápido de terapia antiretroviral¹⁶

Início Rápido de TAR ^a deve ser oferecido a todas as pessoas que vivem com VIH após um diagnóstico confirmado de VIH e avaliação clínica.

Início de TAR deve ser oferecido no mesmo dia a pessoas que estão prontas para iniciar.

^a Início Rápido é definido como dentro de sete dias a partir do dia do diagnóstico de VIH; as pessoas com doença avançada de VIH devem receber prioridade de avaliação e início.

Directrizes da OMS

Quadro 8: Recomendação da OMS sobre a gestão de doença avançada de VIH¹⁶

Um pacote de intervenções, incluindo controlo, tratamento e/ou profilaxia para grandes infecções oportunistas, início rápido de TAR e intervenções intensificadas de apoio à adesão, deve ser oferecidos a todos que apresentarem doença avançada de VIH.

Doença avançada de VIH

- Para adultos, adolescentes e crianças \geq cinco anos, doença avançada de VIH é definida como uma contagem de células CD4 < 200 células/mm³ ou um evento de estágio clínico 3 ou 4 da OMS na apresentação para atendimento.
- Todas as crianças com VIH com menos de cinco anos devem ser consideradas como tendo doença avançada na apresentação.

“O teste baseado na comunidade é tão conveniente e amigável. Posso ser examinado em qualquer momento, em qualquer lugar, e sinto-me muito confortável ao assim fazer. O teste também é rápido - não é necessário esperar muito pelos resultados.”

– Cliente, Vietname

Figura 7: As pedras basilares de início de TAR em doença inicial de VIH

| | INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS DE LINHA DE BASE | INÍCIO DE TAR | ACOMPANHAMENTO IMEDIATO |
|---------------|--|---|---|
| QUANDO | Realização de teste de linha de base (controlo de CD4, TB), se possível através de PDC ou teste em linha no mesmo dia. Se teste no mesmo dia não estiver disponível, resultados devem estar disponíveis dentro de uma semana | Início rápido deve ser oferecido dentro de 7 dias com oferta de início no mesmo dia | Se início no mesmo dia, semana 1, 2 Todos o mês 1, 3, 6 |
| ONDE | DCl, DCE, clínica de cuidados primários | DCl, DCE, clínica de cuidados primários | Instalação de saúde, considerar acompanhamento de base comunitária ou alcance móvel |
| QUEM | Técnicos de laboratório, médicos, funcionários clínicos (FCs), enfermeiras, trabalhadores leigos | Médicos, FCs, enfermeiras | Médicos, FCs, enfermeiras |
| QUE | Avaliação de prontidão (clínica e psicossocial) para TAR | Início de TAR | Acompanhamento clínico e psicossocial |

Doença inicial: Indivíduos que se apresentam ou regressam aos cuidados quando estão clinicamente bem (ausência de doença de Estágio clínico 3 ou 4 da OMS e contagem de células CD4 ≥ 200 células/mm³)

Figura 8: As pedras basilares de início de TAR em doença avançada de VIH

| | INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS DE LINHA DE BASE | INÍCIO DE TAR | ACOMPANHAMENTO IMEDIATO |
|---------------|--|---|---|
| QUANDO | Realização de teste de linha de base (controlo de CD4, TB, CRAG e LAM se indicado), se possível através de PDC ou teste em linha no mesmo dia. Se teste no mesmo dia não estiver disponível, deve ocorrer dentro de uma semana | Se o cliente tem TB ou meningite criptocócica, iniciar TAR de acordo com directrizes clínicas. Se não está a ser tratado qualquer OI, deve ser oferecido início rápido dentro de 7 dias com oferta de início no mesmo dia | Visitas clínicas devem ser mais intensas (por exemplo, semanal a quinzenal) até estar estável; acompanhamento de base comunitária semanalmente a quinzenalmente |
| ONDE | DCl, DCE, clínica de cuidados primários | DCl, DCE, clínica de cuidados primários | Instalação de saúde, considerar acompanhamento adicional de base comunitária e/ou base domiciliar |
| QUEM | Técnicos de laboratório, médicos, FCs, enfermeiras, trabalhadores leigos | Médicos, FCs, enfermeiras | Médicos, FCs, enfermeiras, quadros de base comunitária |
| QUE | Pacote de cuidados para VIH avançado ¹⁶ Avaliação de prontidão (clínica e psicossocial) para TAR | TAR Pacote profilático conforme indicado | Acompanhamento clínico e psicossocial |

Doença avançada: Indivíduos que se apresentam ou regressam aos cuidados com doença avançada de VIH, determinada por critérios clínicos (Estágio 3 ou 4) e/ou imunológicos (CD4 < 200 células/mm³); estes indivíduos podem ser ingénuos sobre TAR ou ter interrompido o tratamento



PARTE 9

CONCLUSÃO

Os princípios de FSD e serviços diferenciados de teste de VIH devem ser ampliados para melhorar a cobertura dos testes de VIH e identificar as pessoas restantes que vivem com VIH que desconhecem a sua condição. A escolha do modelo será específica ao contexto com base na análise da situação, e os modelos serão adaptados, estabelecidos ou abandonados para responder aos desafios locais e às necessidades específicas do cliente.

Fornecimento de serviço diferenciado para VIH: Um Quadro de Decisões para serviços de teste de VIH utiliza a abordagem de seis etapas para orientar os gerentes de programas de VIH

Com serviços diferenciados de teste de VIH ...



Andrew pôde identificar qual a população específica a ser visada e utilizará as pedras basilares para conceber o modelo exacto que o seu distrito usará para mobilização, teste e associação de clientes a serviços de prevenção e tratamento.



Namrata será capaz de fazer testes a si mesma para VIH quando a sua par distribuir os auto-testes de VIH onde ela trabalha. A par também fará o acompanhamento para assegurar que todos se associem a um serviço de prevenção ou de tratamento.



Judith e a sua família foram todos examinados pelo trabalhador de saúde da comunidade que realizou a notificação do parceiro e o teste de cliente índice baseado na comunidade. O parceiro de Judith teve resultado negativo e, assim, o trabalhador de saúde da comunidade encaminhou-o à clínica para aconselhamento sobre prevenção.



John e os seus colegas da empresa de segurança estão a sentir-se positivos em continuar nos seus empregos e apreciam o controlo de saúde anual, incluindo a verificação da TA e um teste de VIH. Foram informados sobre várias clínicas de TAR próximas e ele ficou grato quando o conselheiro que lhe fez o teste o contactou para verificar se ele tinha ido à clínica e iniciado TAR.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. *HIV prevention 2020 road map*. Geneva: UNAIDS; 2017.
2. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):21484.
3. International AIDS Society (IAS). *Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery*. Durban, South Africa; July 2016.
4. International AIDS Society (IAS). *Differentiated Care for HIV: A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for children, adolescents and pregnant and breastfeeding women*. Paris, France; 2017.
5. World Health Organization. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed*. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
6. WHO, CDC, USAID, PEPFAR, IAS. *Key Considerations for differentiated service delivery for specific populations: Children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations*. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. UNAIDS. *Ending AIDS: Progress towards 90-90-90 targets*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2017.
8. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. *PLoS Med*. 2013;10(8):e1001496.
9. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV testing services 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.
10. Roura M, Watson-Jones D, Kahawita TM, Ferguson L, Ross DA. Provider-initiated testing and counselling programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review of their operational implementation. *AIDS*. 2013;27(4):617-626.
11. UNAIDS. *Blind spot reaching out to men and boys: Addressing a blind spot in the response to HIV*. Geneva: UNAIDS; 2017.
12. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV testing services 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.
13. Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet. HIV*. 2018;5(4):e190-e198.
14. Ferrand RA, Meghji J, Kidia K, et al. Implementation and Operational Research: The Effectiveness of Routine Opt-Out HIV Testing for Children in Harare, Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;71(1):e24-29.
15. LaCourse SM, Chester FM, Matoga M, et al. Implementation and Operational Research: Implementation of Routine Counselor-Initiated Opt-Out HIV Testing on the Adult Medical Ward at Kamuzu Central Hospital, Lilongwe, Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(1):e31-35.
16. World Health Organization. *Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy*. Geneva: WHO; 2017.
17. World Health Organization. *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services*. Geneva: WHO; 2017.
18. Press Association. Prince Harry calls for society to embrace HIV and Aids tests. *The Guardian*; 2017.
19. Naik R, Zembe W, Adigun F, et al. What Influences Linkage to Care After Home-Based HIV Counseling and Testing? *AIDS Behav*. 2018;22(3):722-732.
20. Meehan SA, Sloot R, Draper HR, Naidoo P, Burger R, Beyers N. Factors associated with linkage to HIV care and TB treatment at community-based HIV testing services in Cape Town, South Africa. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195208.

21. Boeke CE, Nabitaka V, Rowan A, et al. Assessing linkage to and retention in care among HIV patients in Uganda and identifying opportunities for health systems strengthening: a descriptive study. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):138.
22. McNairy ML, Lamb MR, Gachuhi AB, et al. Effectiveness of a combination strategy for linkage and retention in adult HIV care in Swaziland: The Link4Health cluster randomized trial. *PLoS Med.* 2017;14(11):e1002420.
23. Elul B, Lamb MR, Lahuerta M, et al. A combination intervention strategy to improve linkage to and retention in HIV care following diagnosis in Mozambique: A cluster-randomized study. *PLoS Med.* 2017;14(11):e1002433.
24. Liao A, Crepaz N, Lyles CM, et al. Interventions to promote linkage to and utilization of HIV medical care among HIV-diagnosed persons: a qualitative systematic review, 1996-2011. *AIDS Behav.* 2013;17(6):1941-1962.
25. Ruria EC, Masaba R, Kose J, et al. Optimizing linkage to care and initiation and retention on treatment of adolescents with newly diagnosed HIV infection. *AIDS.* 2017;31 Suppl 3:S253-s260.
26. Kranzer K, Govindasamy D, Ford N, Johnston V, Lawn SD. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2012;15(2):17383.
27. Nsigaye R, Wringe A, Roura M, et al. From HIV diagnosis to treatment: evaluation of a referral system to promote and monitor access to antiretroviral therapy in rural Tanzania. *J Int AIDS Soc.* 2009;12:31.
28. Shelus V, Taylor J, Greene E, et al. It's all in the timing: Acceptability of a financial incentive intervention for linkage to HIV care in the HPTN 065 (TLC-Plus) study. *PLoS One.* 2018;13(2):e0191638.
29. Chamie G, Schaffer EM, Ndyabakira A, et al. Comparative effectiveness of novel non-monetary incentives to promote HIV testing: a randomized trial. *AIDS.* 2018.
30. Labhardt ND, Ringera I, Lejone TI, et al. Effect of Offering Same-Day ART vs Usual Health Facility Referral During Home-Based HIV Testing on Linkage to Care and Viral Suppression Among Adults With HIV in Lesotho: The CASCADE Randomized Clinical Trial. *Jama.* 2018;319(11):1103-1112.
31. USAID P, LINKAGES. *Differentiated care for antiretroviral therapy for key populations: Case examples from the LINKAGES project.* Washington, DC: USAID; 2017.

ANEXOS



ANEXO 1:

Abordagens dos três componentes de modelos diferenciados de fornecimento de serviços de VIH

Conforme descrito na Parte 2, qualquer modelo de fornecimento de serviços de teste de VIH deve incluir mobilização, teste e associação. Neste anexo, são apresentadas opções para esses três componentes.

Mobilização

São necessárias estratégias de mobilização tanto para que os trabalhadores de saúde sejam encorajados a oferecer testes e para que as populações aceitem os testes de VIH. Os profissionais de saúde a nível de instalação em todos os pontos de entrada onde os testes de VIH estão indicados em um contexto particular devem ser sensibilizados sobre os benefícios dos testes de VIH para associação tanto aos serviços de prevenção como de tratamento. Isso, portanto, requer colaboração e coordenação entre departamentos dentro de instituições mais amplas. O pessoal na clínica de TAR deve ser mobilizado para garantir que todos os parceiros e membros da família dos clientes índice sejam examinados.

A mobilização da população pode ser alcançada através de uma gama de estratégias e usando várias estratégias em paralelo. Essas estratégias incluem abordagens de massa/grupo, baseadas em rede e notificação de parceiro e teste de índice.

Massa/grupo

A inclusão de informações sobre os testes de VIH na rádio local ou em publicações da imprensa pode ser uma estratégia para alcançar as comunidades com mensagens-chave sobre onde, quando e como ter acesso aos serviços de teste de VIH. O recrutamento de membros proeminentes da comunidade para promover os testes de VIH através de tais campanhas também pode ajudar a reduzir o estigma e normalizar os testes de VIH¹⁸.

Abordagens baseadas em rede - o papel dos pares

A utilização de pares para actuar como “embaixadores de testes de VIH” para fornecer informações e encorajar os outros a comparecerem para testes de VIH demonstrou ser uma estratégia bem-sucedida, especialmente entre populações específicas, tais como adolescentes e populações chave. Uma tal estratégia de “bola de neve”, em que os clientes identificam outros potenciais clientes entre os seus conhecidos, pode apoiar os pares a fornecer informações, distribuir convites ou incentivar os seus pares a fazerem testes. Isso também pode ser efectuado em instituições específicas, por exemplo, em escolas ou locais de trabalho.

Notificação de parceiro e teste do índice

Fazer testes aos parceiros e crianças de clientes VIH-positivos conhecidos é uma prioridade. O teste do índice envolve a mobilização do domicílio, família e parceiros de pessoas diagnosticadas com VIH para lhes serem oferecidos serviços de teste de VIH (STV). A notificação do parceiro é uma forma de

Directrizes da OMS

Quadro 9: Recomendação da OMS sobre notificação de parceiro¹²

Os serviços de notificação de parceiros voluntária assistida devem ser oferecidos como parte de um pacote abrangente de testes e cuidados oferecidos a pessoas com VIH.

mobilização e é um processo voluntário em que um profissional de saúde treinado pergunta às pessoas diagnosticadas com VIH sobre os seus parceiros sexuais, e se o cliente concordar, oferece STV a esses parceiros. A notificação de parceiro pode ser passiva ou assistida. Além disso, quaisquer crianças de um cliente VIH-positivo também devem receber testes de VIH. O teste do cliente índice pode ser realizado convidando os parceiros ou crianças para as instalações ou através de teste de base comunitária ou domiciliar, incluindo a opção de conjuntos de auto-teste de VIH serem distribuídos pelo caso índice ou quadro da comunidade.

A notificação de parceiros pode ser passiva (realizada pelo cliente) ou assistida (quando o cliente dá autorização para que o profissional de saúde entre em contacto com os seus parceiros actuais e anteriores). A OMS recomenda notificação de parceiro voluntária assistida.

Notificação passiva (também conhecida como referência do paciente) é quando clientes VIH-positivos são encorajados por um profissional de saúde treinado a revelar a sua condição aos seus parceiros sexuais ou parceiros que injectam drogas, por si mesmos, e sugerir STV ao parceiro. Essa estratégia pode ser ampliada com o fornecimento de conjuntos de auto-teste de VIH ao cliente índice para fornecer aos seus parceiros como uma modalidade de teste alternativa.

Notificação de parceiro voluntária assistida é quando um cliente VIH positivo que consente é auxiliado por um profissional de saúde treinado a revelar a sua condição ou a notificar anonimamente os seus parceiros sexuais. O fornecedor, então, oferece STV a esses parceiros. A notificação de parceiro assistida é feita usando referência de contrato, referência do fornecedor ou referência dupla.

- **Referência de contrato** é quando o cliente faz um contrato com um fornecedor treinado e concorda em divulgar a sua condição por si próprio e encaminhar o seu parceiro para STV dentro de um prazo específico. Se o parceiro não tem acesso a STV, o profissional de saúde entrará em contacto directamente com o parceiro para oferecer STV.

- **Referência do fornecedor** é quando, com o consentimento do cliente VIH positivo, um fornecedor treinado entra confidencialmente em contacto directamente com o parceiro da pessoa e oferece ao parceiro STV voluntário.
- **Referência dupla** é quando um fornecedor treinado acompanha e fornece apoio ao cliente VIH positivo quando ele revela a sua condição e pode, então, fornecer STV ao parceiro.

Teste

Teste refere-se ao modelo de fornecimento de serviços implementado para distribuir, executar e registar os resultados do teste de VIH. A hora do dia em que os serviços de teste de VIH são oferecidos, a frequência do teste, a localização onde os testes de VIH são realizados e quem realiza o teste devem ser definidos para cada modelo. Cada um desses aspectos do fornecimento do teste é considerado em mais detalhe na Parte 6, as pedras basilares de serviços de teste de VIH.

Testes de VIH de qualidade e precisos devem seguir a estratégia de teste definida com base em prevalência alta ($\geq 5\%$) ou baixa ($< 5\%$) de VIH e utilizar testes pré-qualificados da OMS dentro de um algoritmo de teste validado conforme descrito nas directrizes de teste de VIH da OMS¹². Um novo teste antes do início de TAR para verificar a condição de VIH é importante para garantir testes de VIH de qualidade e evitar o uso desnecessário de TAR. A frequência do novo teste para os clientes com risco contínuo também deve ser claramente definida para o modelo.

Para além dos trabalhadores de saúde que realizam o algoritmo completo de testes de VIH, uma estratégia conhecida como **“teste de triagem”** também pode ser fornecida. Isto é frequentemente realizado a nível da comunidade, onde um quadro de nível mais baixo ou trabalhador par realiza um teste de VIH. Se positivo, o cliente é associado a uma instalação onde o algoritmo completo é então executado por um quadro treinado em testes de VIH e aconselhamento. Da mesma forma, no auto-teste de VIH, deve ser realizada confirmação de um auto-teste positivo para o diagnóstico.

Um teste de VIH pode ser realizado tanto numa instalação (uma instalação de saúde ou não de saúde) ou na comunidade. Podem ser usadas modalidades diferentes de teste em cada local, incluindo um auto-teste de VIH.

Instalação de saúde

Os testes de VIH podem ser fornecidos como um serviço autónomo ou integrados em outras instalações de saúde ou serviços de controlo. A OMS recomenda que TAIF seja oferecido em serviços baseados em instalações de acordo com o tipo de epidemia (Quadro 4, página 26)¹⁷. Os testes de VIH também podem ser acompanhados de outras actividades de controlo, tais como para TB, ITS, nutrição, hipertensão ou diabetes.

Instalação não de saúde

A distribuição e acesso a testes de VIH também devem ser expandidos a outras instalações não de saúde, dependendo de onde as populações-alvo para teste estejam situadas. Exemplos

incluem testes de VIH nos locais de trabalho, prisões e outros ambientes fechados, escolas e instituições de ensino e outras instalações nas quais se pode ter acesso à mesma população de forma recorrente.

Comunidade

Os testes de VIH também podem ser fornecidos na comunidade. Isto pode ser feito por meio de testes domiciliares ou alcance de porta a porta, campanhas de alcance móvel e testes em locais de culto, parques, bares e outros locais.

Auto-teste

O auto-teste de VIH deve ser considerado como uma modalidade de teste conjuntamente com o teste tradicional por profissional de saúde, no âmbito de qualquer modelo de fornecimento de testes de VIH. De entre as pedras basilares (quando, onde, quem e que) de qualquer modelo de teste (Parte 6), o “quem” que realiza o teste torna-se o cliente. Conjuntos de auto-teste de VIH podem ser distribuídos tanto na instalação como na comunidade, inclusive no sector privado, comunidade, redes sociais, parceiros, outros locais e instituições, e podem ser realizados sem assistência ou assistidos directamente.

Associação

Na sequência de um teste de VIH, deve haver sempre uma acção - associação de clientes a um pacote abrangente de serviços de prevenção (tanto clientes VIH-positivos como VIH-negativos) e associação de clientes VIH-positivos a início e cuidados de TAR (Parte 8). A associação aos cuidados pode ser influenciada por factores individuais, comunitários e do sistema de saúde¹⁹. Tipos diferentes de modelos de fornecimento de testes (por exemplo, instalação de saúde, instalações não relacionadas com saúde, comunidade) e modalidades de teste de VIH (TAIF em comparação com auto-teste) podem afectar as oportunidades de associação e, portanto, exigirão diferentes abordagens de associação^{20,21}. Também foi demonstrado que uma combinação de estratégias de associação (tal como o uso de SMS, TAR inicial e diagnósticos mais rápidos) pode ser necessária para aumentar a captação de ART^{22,23}. Descrevem-se abaixo diversas estratégias para apoiar a associação a prevenção ou início de TAR.

Encaminhamento

Uma vez examinados, os clientes necessitam de encaminhamento por escrito, verbal ou electrónico para um serviço que ofereça cuidados de VIH ou serviços de prevenção. Devem estar implementados formulários e procedimentos padronizados para apoiar este processo.

Acompanhamento

Quando os testes de VIH são realizados em uma variedade de pontos de entrada em grandes instalações, pode ser um desafio para os clientes localizarem fisicamente o local de TAR e pode ser emocionalmente desafiador de se apresentarem para o atendimento. Da mesma forma, se for examinado na comunidade, podem existir vários desafios para um cliente localizar um local de TAR. Após a realização de qualquer teste,

acompanhamento directo do cliente a um serviço de TAR pela pessoa que realizou o teste ou um membro do pessoal designado (tal como um fornecedor leigo ou par) demonstrou melhorar as taxas de associação aos cuidados²⁴. Trabalhando com pares para acompanhar os clientes a um local de TAR também demonstrou ser particularmente benéfico, por exemplo, para adolescentes²⁵ e populações chave.

Compensação/incentivos

Foi proposto providenciar compensação por despesas de viagem como uma boa prática de intervenção para melhorar a associação aos cuidados²⁶⁻²⁸. Foi utilizado fornecimento de outros incentivos financeiros em outros contextos de estudo e nem sempre proporcionou um impacto positivo em associação²⁹. Pode ser necessária uma avaliação adicional de tais incentivos.

Início de TAR no mesmo dia

Oferecer início rápido e no mesmo dia de TAR para pessoas que estão prontas para iniciar TAR revelou melhoramento na proporção de clientes de VIH identificados de novo que iniciam tratamento. Cada vez mais, o início de TAR está a ser ainda mais descentralizado - de hospitais para centros de cuidados primários e, nos últimos anos, para as comunidades. No Lesoto, foram observados resultados melhorados de início de TAR para clientes que iniciaram o tratamento em casa, após testes domiciliares de VIH³⁰. Para populações chave, um número crescente de organizações baseadas na comunidade estão a associar-se com clínicas e fornecem início de TAR no local e recargas de TAR nas instalações de organizações baseadas na comunidade, tais como centros de visita³¹.

Serviços cordiais

Conhecimento e experiência de serviços de saúde podem influenciar significativamente a probabilidade de uma associação de clientes aos cuidados. Se os serviços de VIH em uma comunidade específica forem considerados “hostis”, superlotados ou não estão abertos em horários

convenientes, os clientes podem ser dissuadidos de participar. Por conseguinte, melhorando a qualidade dos serviços de TAR através de uma abordagem de cuidados diferenciados centrada nos clientes pode, em si mesma, melhorar a associação entre os testes de VIH e o início de TAR.

O aconselhamento pós-teste deve, portanto, fornecer informações suficientes sobre a escolha da clínica disponível e como e quando se tem acesso aos serviços. Para os clientes que ainda enfrentam o estigma como uma barreira principal, a escolha da clínica deve ser feita pelo cliente e, mesmo que tenha ocorrido descentralização, os indivíduos devem decidir se querem viajar para uma clínica próxima ou fora da sua comunidade.

A intervenção ou combinação de intervenções de associação deve ser planeada para cada modelo e pode ser concebida usando as mesmas pedras basilares do fornecimento diferenciado de TAR (Parte 6). Devem ser desenvolvidos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para associação aos cuidados e aos serviços de prevenção, tanto para modelos de teste baseados em instalações como de base comunitária, incluindo definir quem é responsável pela associação do cliente aos serviços e o prazo para a conclusão da actividade.

Seguimento

Se as estratégias iniciais de associação não forem bem sucedidas, é necessário ter um procedimento para seguir os clientes que não se associaram aos cuidados. No contacto inicial, quando examinados, os clientes devem concordar em ser seguidos e idealmente fornecer detalhes de contacto de telefone e localização. O seguimento pode ser feito por telefonema, SMS ou visitas domiciliares realizadas por quadros baseados em instalações ou comunitários. O Anexo 5 fornece um exemplo de um POP para associação de clientes a cuidados de VIH. Pode ser desenvolvido um POP semelhante para associação a prevenção em populações vulneráveis prioritárias.

ANEXO 2:

Anexos disponíveis em linha para apoiar implementação

Disponível em <http://bit.ly/2sVehV5>

- **Anexo 1 Em Linha para Testes:** Modelo para avaliar serviços diferenciados de teste de VIH a nível nacional (excel)
- **Anexo 2 Em Linha para Testes:** Modelo para avaliar serviços diferenciados de teste de VIH a nível de instalações
- **Anexo 3 Em Linha para Testes:** Modelo para avaliar políticas pertinentes relacionadas com serviços diferenciados de teste de VIH
- **Anexo 4 Em Linha para Testes:** Quadros políticos e regulamentares a considerar para otimizar a implementação de auto-teste de VIH
- **Anexo 5 Em Linha para Testes:** Recursos e exemplos adicionais para apoiar o desenvolvimento de uma combinação estratégica de serviços de teste de VIH

Recursos adicionais disponíveis relacionados com testes de VIH e custos

Disponível em <http://bit.ly/2sVehV5>

- A série de "webinares" em diversas partes da OMS e do grupo de Eficácia de Custos de Serviços de Teste de VIH (CENTS)- diapositivos e gravações
- Um módulo SPECTRUM baseado na Web para testes de VIH estará disponível através de Avenir Health mais tarde durante 2018: <http://www.avenirhealth.org/index.php>

ANEXO 3:

Questionário para avaliar serviços diferenciados de teste de VIH

Mobilização

| População geral | | Instalação |
|--|--|------------|
| Descreva as actividades de mobilização realizadas na instalação | | |
| São realizadas campanhas de mobilização de grupos em massa (meios de comunicação, campanhas de rádio)? S/N | | |
| Se sim (grupo em massa), com que frequência são realizadas? | | |
| É realizado teste de cliente índice? S/N | | |
| Existe um POP para realizar a notificação do parceiro e o teste de cliente índice? Se sim, por favor, compartilhe o POP. | | |
| A notificação de parceiro assistida é realizada por trabalhadores de saúde? S/N | | |
| A notificação de parceiro assistida é realizada por fornecedores leigos? S/N | | |
| Descreva novas abordagens ou sucessos na mobilização da população geral para testes de VIH | | |
| Descreva desafios à mobilização da população geral | | |
| Os homens estão empenhados em mobilizar as suas comunidades para testes de VIH? S/N | | |
| Crianças & adolescentes | | |
| ONDE | Existem actividades de mobilização realizadas nas escolas? S/N Se sim, especifique a faixa etária. | |
| | Existem actividades de mobilização realizadas em centros de jovens? S/N | |
| QUEM | Os adolescentes pares estão envolvidos em actividades de mobilização? S/N Forneça exemplos | |
| Populações chave | | |
| QUANDO | As actividades de mobilização são realizadas em horários adaptados às populações chave? Descreva. | |
| ONDE | As actividades de mobilização são realizadas em locais específicos para populações chave? Descreva. | |
| QUEM | As profissionais do sexo pares estão envolvidas na mobilização das suas comunidades para testes de VIH? S/N | |
| | Os homens pares que têm relações sexuais com homens estão envolvidos na mobilização das suas comunidades para testes de VIH? S/N | |
| | As pessoas transexuais pares estão envolvidas na mobilização das suas comunidades para testes de VIH? S/N | |
| | As pessoas pares que injectam drogas estão envolvidas na mobilização das suas comunidades para testes de VIH? S/N | |
| | Os prisioneiros pares e outras pessoas em ambientes fechados estão envolvidos em mobilizar as suas comunidades para testes de VIH? S/N | |

Teste

| População geral | | Instalação |
|--|---|------------|
| QUANDO | Os serviços de teste fora do horário de expediente estão disponíveis nas instalações de saúde? S/N | |
| | Está disponível teste nos fins de semana nas instalações de saúde? S/N Se sim, por favor especifique dias e horários. | |
| | O teste está disponível 24 horas no DCI? S/N | |
| | O teste está disponível 24 horas na maternidade? S/N | |
| | Quando são fornecidos os serviços de teste da comunidade? | |
| ONDE Qual das instalações ou locais comunitários indicados fornece STV? | TAIF na clínica CPN? S/N | |
| | TAIF na clínica de TB? S/N | |
| | TAIF nas clínicas de ITS? S/N | |
| | TAIF no DCE? S/N | |
| | VCT nas instalações? S/N | |
| | Escolas? S/N | |
| | Locais de trabalho? S/N | |
| | Prisões? S/N | |
| | Porta a porta comunitária de base domiciliar? S/N | |
| | Alcance comunitário e teste móvel para a população geral? S/N | |
| | Teste em local comunitário fixo para a população geral? S/N | |
| | Outro modo de fornecimento de teste (por favor descreva em comentários) | |
| | Cliente índice de base comunitária (alcance activo aos casos índice na comunidade)? S/N | |
| | Teste de cliente índice baseado nas instalações (convidando parceiros e membros da família)? S/N | |
| | Distribuição de auto-testes a partir das instalações? S/N | |
| Distribuição de auto-testes na comunidade? S/N | | |
| Outro - por favor, especifique | | |
| QUEM Qual dos quadros seguintes é capaz de realizar testes rápidos de VIH? | Médico? S/N | |
| | Funcionário clínico? S/N | |
| | Enfermeira? S/N | |
| | Conselheiro? S/N | |
| | Trabalhador de saúde comunitário (que não é um conselheiro)? S/N | |
| | Cliente perito/Par/Fornecedor leigo? S/N | |
| | Outro - por favor especifique | |
| Crianças e adolescentes | | |
| QUANDO | O teste é oferecido fora do horário escolar? | |
| ONDE | O teste é fornecido nas escolas? | |
| | O teste é fornecido nas clínicas de SMI? | |
| | O teste é fornecido nas clínicas de PAI ou por alcance de PAI? | |
| | Outro - por favor, especifique | |
| QUEM realiza ADO para IDE | Médico? S/N | |
| | Funcionário clínico? S/N | |
| | Enfermeira? S/N | |
| | Conselheiro? S/N | |
| | Trabalhador de saúde comunitário (que não é um conselheiro)? S/N | |
| | Outro - por favor especifique | |

| Populações chave | | |
|------------------|--|--|
| QUANDO | O teste é realizado em horários adaptados às populações chave? Descreva. | |
| ONDE | As actividades de teste são realizadas em locais específicos para as populações chave? Descreva. | |
| QUEM | As profissionais do sexo pares estão envolvidas nos testes nas suas comunidades? | |
| | Os HSH pares estão envolvidos nos testes nas suas comunidades? | |
| | Os TS pares estão envolvidos nos testes nas suas comunidades? | |
| | As PQID pares estão envolvidas nos testes nas suas comunidades? | |
| | Os prisioneiros pares e as pessoas em outros locais fechados estão envolvidos nos testes nas suas comunidades? | |

Associação





| População geral | Instalação | |
|--|--|--|
| Existe um POP para associação de clientes positivos a cuidados e tratamento a partir de locais de teste em instalações e comunitários? S/N Se sim, por favor, compartilhe. | | |
| É fornecido um formulário de referência para associação? S/N Se sim, por favor, compartilhe. | | |
| A nível de instalação existe um sistema de acompanhamento entre os pontos de teste e a clínica de TAR? | | |
| Após o teste comunitário, o cliente é associado a um trabalhador de saúde comunitário? | | |
| Após o teste comunitário, o cliente é associado a um cliente/par especialista? | | |
| Os clientes com resultados positivos na comunidade são seguidos se não forem associados a cuidados? | | |
| Se sim: Faz-se seguimento por telefone? | | |
| Se sim: Faz-se seguimento de base comunitária às casas dos clientes? | | |
| Os clientes masculinos VIH negativos são associados a serviços de CMMV? S/N | | |
| Descreva qualquer outra estratégia de associação implementada para apoiar a associação aos cuidados de VIH após o teste | | |
| Que recomendação é feita para o momento de início após um diagnóstico positivo? | | |
| Por favor, compartilhe quaisquer POPs para início de TAR (aconselhamento e clínica) - tanto para pacientes que se apresentam bem como pacientes que se apresentam com VIH avançado | | |
| Crianças e adolescentes | | |
| Como estão as crianças positivas associadas aos serviços de TAR? | | |
| Os adolescentes pares estão envolvidos em associação de adolescentes positivos aos serviços de TAR? | | |
| Populações chave | | |
| Profissionais do sexo | Como estão profissionais do sexo positivas associadas aos serviços de TAR? | |
| | Como estão profissionais do sexo associadas a prevenção? | |
| | As profissionais do sexo pares estão envolvidas em associação de clientes a serviços? | |
| Homens que têm sexo com homens | Como estão HSH positivos associados aos serviços de TAR? | |
| | Como estão HSH associados a prevenção? | |
| | Os HSH pares estão envolvidos em associação de clientes a serviços? | |
| Pessoas transexuais | Como estão TS positivos associados aos serviços de TAR? | |
| | Como estão TS associados a prevenção? | |
| | Os TS pares estão envolvidos em associação de clientes aos serviços? | |
| Pessoas que injectam drogas | Como estão PQID positivas associadas a serviços de TAR? | |
| | Como estão PQID associadas a prevenção? | |
| | PQID estão envolvidas em associação de clientes aos serviços? | |
| Prisioneiros e pessoas em outros ambientes fechados | Como estão prisioneiros positivos e pessoas em outros ambientes fechados associadas a serviços de TAR? | |
| | Como estão prisioneiros e pessoas em outros ambientes fechados associadas a prevenção? | |
| | Prisioneiros e pessoas em outros ambientes fechados estão envolvidos em associação de clientes aos serviços? | |

ANEXO 4:





Considerações de pedras basilares por população específica

| HOMENS | |
|---|---|
|  QUANDO | Durante o horário de trabalho nos locais de trabalho; depois das horas de trabalho, em instalações e para teste comunitário |
|  ONDE | Instalações, locais de trabalho, locais de reunião (bares, jogos de futebol, foros comunitários masculinos) |
|  QUEM | Trabalhadores de saúde, quadros leigos, pares masculinos, parceiros (notificação de parceiro, incluindo com conjuntos de auto-teste de VIH) |
|  QUE | STV integrados com o pacote de controlo de saúde: ITSs, hipertensão, fornecimento de serviços de prevenção (preservativos, associação a CMMV) |
| POPULAÇÕES CHAVE | |
|  QUANDO | Momento específico em que a população chave se reúne (à noite em bares ou clubes) |
|  ONDE | Local com base na comunidade onde a populações chave se reúne ou centro de visita |
|  QUEM | Profissionais de saúde que foram sensibilizados para fornecer serviços de teste de VIH para a populações chave específica Envolvimento de pares em todos os três componentes de STV Usando auto-teste de VIH como uma modalidade para fornecer testes |
|  QUE | Todos: STV, controlo e tratamento de ITS, planeamento familiar, serviços de prevenção (distribuição de preservativos e lubrificantes, PPrE) PQID: Distribuição de agulhas limpas e terapia de substituição de opióides |
| CRIANÇAS | |
|  QUANDO | Fora do horário escolar; uma vez examinadas, não voltar a examinar a menos que se verifique nova exposição |
|  ONDE | Clínicas sub-5 e DCE; clínicas de subnutrição; escolas e centros de juventude; casas como parte do teste de base comunitária do cliente índice |
|  QUEM | Trabalhadores da saúde e quadros leigos treinados |
|  QUE | Combinar com avaliação de nutrição e fornecimento de PAI |

ADOLESCENTES

| | |
|---|---|
|  QUANDO | Fora do horário escolar |
|  ONDE | DCE e clínicas de planeamento familiar; escolas, centros de juventude e outros locais baseados na comunidade onde os adolescentes se reúnem |
|  QUEM | Envolvimento de adolescentes pares; trabalhadores de saúde e quadros leigos treinados |
|  QUE | Sensibilização de VIH e educação em saúde sexual, incluindo serviços de planeamento familiar e ITS, serviços de prevenção |

MULHERES GRÁVIDAS E LACTANTES

| | |
|---|---|
|  QUANDO | Mesmo dia dos serviços pré-natais, pós-natais e de PAI Cronograma específico para novo teste de mulheres VIH-negativas para identificar seroconvertedores |
|  ONDE | Clínicas de CPN, PNC, PAI, planeamento familiar; baseado nas instalações e durante serviços baseados na comunidade |
|  QUEM | Enfermeiras e parteiras integrando STV nos serviços de CPN e PNC Considerar a formação de mães pares para mobilizar, examinar e apoiar a associação a serviços |
|  QUE | Testes de VIH integrados com os serviços de CPN, PNC e PAI e FP |

ANEXO 5:

Exemplo de associação a serviços de TAR, Gana

3.4 Associação a serviços de TAR



- Todos os clientes com resultado positivo de VIH devem ser proactivamente associados a serviços de TAR.
- A pessoa que realiza o teste de VIH deve assegurar-se que o cliente seja associado a serviços de TAR.
- Com autorização do cliente, os seus detalhes de contacto devem ser documentados no registo de STV e o local de TAR seleccionado pelo cliente registado.



- Em grandes instalações, a associação pode exigir que se acompanhe o cliente para ser registado na clínica onde os serviços de TAR são oferecidos.



- Para clientes identificados como VIH positivos quando são pacientes internados, o TAR deve ser iniciado na enfermaria (excepto se for indicado início retardado por motivos clínicos, tais como tratamento de meningite criptocócica) e deve realizar-se um plano claro de referência com o local de TAR preferido do cliente.



- Quando o cliente fez o teste na comunidade, o trabalhador de saúde ou quadro leigo que realiza o teste de VIH deve discutir opções de locais de TAR e o cliente deve, com a sua autorização, ser associado a um trabalhador de saúde ou voluntário (por exemplo, modelo de esperança) da sua comunidade.



- Clientes com resultado positivo de teste de VIH no mês anterior devem ser seguidos para assegurar que se associaram a cuidados seja através de referência cruzada no registo de TAR ou contactando o cliente por telefone.
- Se o cliente não se associou a cuidados, deve receber aconselhamento adicional se pode ser alcançado por telefone.
- Se não podem ser contactados por telefone, a enfermeira de saúde comunitária ou voluntário de modelo de esperança devem programar uma visita domiciliar como parte das actividades rotineiras de promoção de saúde para encorajar o cliente a ter acesso aos serviços.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Gostaríamos de agradecer a todas as pessoas e organizações que forneceram orientação, sugestões e apoio durante o desenvolvimento de *Um Quadro de Decisões para serviços de teste de VIH*.

O Quadro de Decisões foi desenvolvido por meio de um processo consultivo com as agências internacionais representadas no Grupo de Trabalho Técnico. Todas as agências forneceram informações técnicas para versões de esboço do quadro.

Agradecemos o Grupo de Trabalho Técnico pelo seu inestimável apoio e sugestões - Rachel Baggaley (OMS), Stephanie Behel (CDC), Tom Ellman (MSF), Anna Grimsrud (IAS), Cheryl Johnson (OMS), Obinna Onyekwena (Fundo Global) Kevin Osborne (IAS), Midnight Poonkasetwattana (APCOM), Tanya Shewchuk (BMGF), Heather Watts (OGAC) e Vincent Wong (USAID).

Agradecemos também Ade Fakoyka (Fundo Global), Kleio Iakovidi (MSF), Peter Ehrenkranz (BMGF), Annette Reinsich (Fundo Global), Dalila Zachary (Fundo Global) pelas suas contribuições em versões anteriores do quadro.

Agradecemos Helen Bygrave pela elaboração de Um Quadro de Decisões para serviços diferenciados de teste de VIH e Tara Mansell e Nelli Bazarova do IAS.

Agradecemos especiais às organizações que forneceram estudos de caso e exemplos para este documento, incluindo o Programa Nacional de Controlo da SIDA e ICAP na Tanzânia, o Ministério da Saúde na Costa do Marfim e colegas no Brasil, Camarões, Malawi, Paquistão, África do Sul, Ucrânia, Vietname e Zimbabwe.

Agradecemos à Bill & Melinda Gates Foundation pelo apoio financeiro.





FORNECIMENTO DE SERVIÇO DIFERENCIADO PARA VIH: UM QUADRO DE DECISÕES PARA SERVIÇOS DE TESTE DE VIH

Publicado por: International AIDS Society (IAS)
Contacto: decisionframework@iasociety.org
Amesterdão, Holanda. Julho 2018.

Direitos de autor: Autorizamos que sejam fotocopiados ou reproduzidos excertos desde que a fonte seja claramente e devidamente reconhecida.

Créditos fotográficos em ordem de publicação no documento: Esther Ouma/Photoshare; Juan D Torres/Photoshare; CDC e Fiotec/Brasil; Natacha Buhler/MSF; Eric Gauss/UNITAID; OMS Europa; Sami Siva/MSF; Sami Siva/MSF; Georgina Goodwin/Vestegaard Frandsen/Elisabeth Wilhelm/Photoshare; Luca Sola/MSF; Sara Creta/MSF; e Arvind Jodha/UNFPA/Photoshare.

As fotografias neste material são usadas somente para fins ilustrativos; não insinuam qualquer tipo particular de condição de saúde, atitudes, comportamento ou acções por parte de qualquer pessoa que surja nas fotografias.

Concepção: Design for development, www.d4d.co.za

Siga estes personagens à medida que encontram soluções para desafios comuns nos cuidados de VIH

Como vou conseguir fazer um teste de VIH visto que as filas na clínica são tão longas? Também não estou certo de onde posso obter um abastecimento regular de preservativos e ouvi dizer que alguns dos meus amigos começaram a tomar PPrE. Onde devo ir?



Namrata, uma profissional do sexo feminina

Como vou alcançar as pessoas restantes com VIH que não conhecem a sua condição com os recursos que temos? Temos que alcançar os nossos objetivos de 90-90-90.



Andrew, um gerente distrital de TAR

Pergunto a mim mesmo se devo fazer testes de VIH? Não é fácil ir à clínica para fazer testes porque estou a trabalhar.



John, um guarda de segurança

Tive resultado positivo durante a minha gravidez, mas o meu marido diz que está demasiado ocupado para ir à clínica fazer um teste.



Judith, David e o seu bebé