




CUIDADOS DIFERENCIADOS PARA VIH:

UM QUADRO DE DECISÕES PARA O FORNECIMENTO DE TRATAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS DIFERENCIADOS

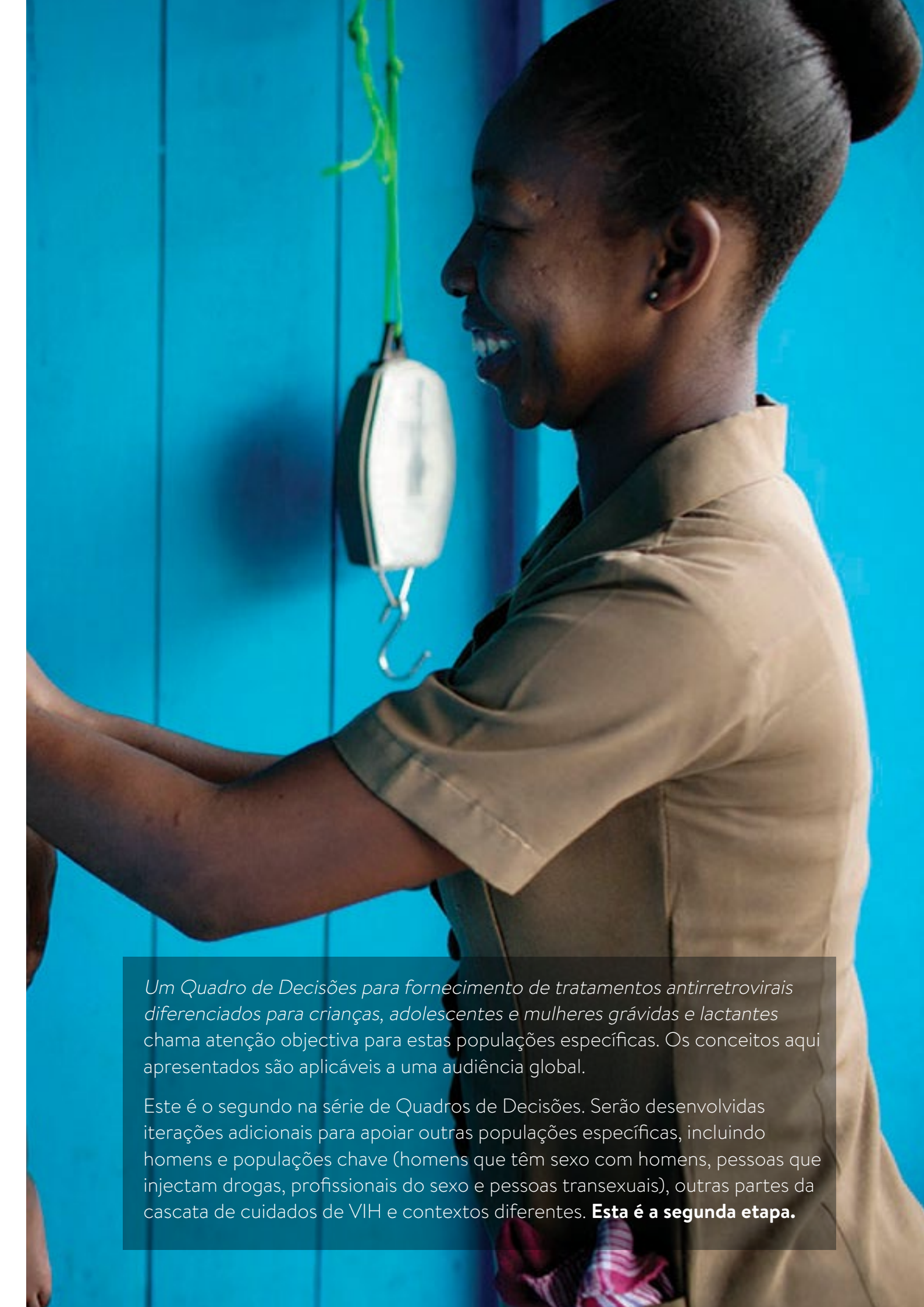
Para crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes

É hora de *fornecer* em modo diferente.

A woman with dark hair tied back, wearing a white patterned top, is holding a young child. The child is smiling and looking towards the right. The background is a solid blue color. The text is overlaid on a semi-transparent dark blue box in the lower-left quadrant.

**Cuidados diferenciados:
Relevante para as
pessoas que vivem com
VIH, incluindo crianças,
adolescentes e mulheres
grávidas e lactantes.**

**É hora de *fornecer* em
modo diferente.**



Um Quadro de Decisões para fornecimento de tratamentos antirretrovirais diferenciados para crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes chama atenção objectiva para estas populações específicas. Os conceitos aqui apresentados são aplicáveis a uma audiência global.

Este é o segundo na série de Quadros de Decisões. Serão desenvolvidas iterações adicionais para apoiar outras populações específicas, incluindo homens e populações chave (homens que têm sexo com homens, pessoas que injectam drogas, profissionais do sexo e pessoas transexuais), outras partes da cascata de cuidados de VIH e contextos diferentes. **Esta é a segunda etapa.**

ÍNDICE

Resumo executivo.....	iv
Desafios comuns: Porque é hora de fornecer em modo diferente.....	v
Prefácio.....	vi
PARTE 1: INTRODUÇÃO	VIII
O que são cuidados diferenciados e fornecimento diferenciado de TAR?	1
Foco em populações específicas.....	2
Porque é necessário diferenciar fornecimento de TAR para populações específicas?.....	2
Quais são os princípios fundamentais de cuidados diferenciados?.....	3
Quais são os princípios fundamentais de cuidados diferenciados para populações específicas?.....	3
Critérios para um cliente clinicamente estável	4
Quatro modelos gerais de fornecimento diferenciado de TAR.....	5
PARTE 2: A ABORDAGEM DE 5 ETAPAS PARA FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR A POPULAÇÕES ESPECÍFICAS.....	6
PARTE 3: QUAIS SÃO OS TRÊS ELEMENTOS A CONSIDERAR?	12
Os três elementos.....	13
Como diferenciamos com base em características clínicas?	14
Como diferenciamos com base na população específica?.....	14
Como diferenciamos com base em contexto?.....	17
PARTE 4: AVALIAR ADAPTAÇÃO DE UM MODELO EXISTENTE OU ESTABELECE UM NOVO MODELO... 18	18
Adaptar ou estabelecer.....	19
Questão 1: Já há um modelo existente de fornecimento diferenciado de TAR?.....	19
Questão 2: Já há apoio de pares existente ou intervenção psicossocial que possam ser adaptados?	21
Quando é apropriado estabelecer um novo modelo de fornecimento de TAR?.....	21
PARTE 5: ADAPTAR OU ESTABELECE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS	22
As pedras basilares.....	23
“QUANDO” são fornecidos TAR?	24
“ONDE” são fornecidos TAR?	26
“QUEM” proporciona fornecimento diferenciado de TAR?	28
“QUE” serviços devem ser oferecidos?	30
Considerações de pedras basilares por população específica.....	32
CONCLUSÃO	34
ANEXOS	38

LISTA DE ESTUDOS DE CASO

1 Capacitar populações chave jovens com formação de advocacia e comunicação, Ásia-Pacífico.....	9
2 Clubes de adolescentes, Suazilândia.....	14
3 Centros de acolhimento comunitários, incluindo populações chave de adolescentes, Paquistão.....	16
4 Cuidados centrados na família para órfãos que vivem com VIH, Haiti.....	16
5 Dia pediátrico na clínica de TAR com intervalo de consulta de membro familiar estável, Quênia.....	17
6 TAR de base comunitária (B-CTAR), Namíbia	17
7 Iniciativa de Encontros Pediátricos Acelerados Padronizados para Medicamentos de TAR (SPEEDI), Tanzânia.....	17
8 Adaptação do modelo de clube de adesão (CA) a TAR , África do Sul	19
9 Adaptação de Apoiantes Comunitários de Tratamento de Adolescentes (ACTA), Zimbabwe	21

LISTA DE EXEMPLOS

1 Clubes de adolescentes, Malawi.....	25
2 Alcance pediátrico para crianças, Zâmbia	27
3 Clubes pós-natais, África do Sul.....	29
4 Reabastecimento de TAR a membros familiares, Zimbabwe.....	31

ABREVIACÕES

ACTA	Apoiantes Comunitários de Tratamento a Adolescentes	PCR	Reacção em cadeia da polimerase
ARV	Antirretroviral	PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para Combate à SIDA
B-CTAR	TAR de base comunitária	PF	Planeamento familiar
C&A	Controlo e avaliação	PMCs	Pares mãe-criança
CA	Clubes de adesão	PMCAR	Par mãe-criança de alto risco
CCD	Centros para Controlo e Prevenção de Doença	PMCBR	Par mãe-criança de baixo risco
CCP	Clínica de cuidados primários	PVVIH	Pessoas que vivem com VIH
CPoN	Cuidados pós-natais	SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
CPrN	Cuidados pré-natais	SMRC	Saúde materna, do recém-nascido e criança
CSP	Cuidados de saúde primários	SPEEDI	Iniciativa de Encontros Pediátricos Acelerados Padronizados para Medicamentos de TAR
CV	Carga viral	SSR	Saúde sexual e reprodutora
DIA	Diagnóstico infantil antecipado	TAR	Tratamentos antirretrovirais
FSD	Fornecimento de serviço diferenciado	TB	Tuberculose
GACs	Grupos de TAR comunitários	UNUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para VIH/SIDA
GD4	Grupo de diferenciação 4	USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
MGL	Mulheres grávidas e lactantes	VIH	Vírus da imunodeficiência humana
OBC	Organizações de base comunitária		
OMS	Organização Mundial da Saúde		

RESUMO EXECUTIVO



Ainda falto um dia por mês à escola para ir à clínica e receber os meus TAR mesmo que me sintam bem.

Aprenda mais sobre **Sophia**, uma cliente adolescente, na página 20



Devemos atingir 90-90-90 e implementar tratar todos. Como vamos alcançar isto com os recursos que temos?

Aprenda mais sobre **Andrew**, um gerente distrital de TAR, na página 20

Estas preocupações de uma cliente adolescente e um gerente distrital de TAR realçam os desafios encarados à medida que continuamos a implementar serviços de tratamentos antirretrovirais (TAR). Atingindo mais de 18 milhões de pessoas com TAR é um feito considerável [1]. No entanto, com quase 37 milhões de pessoas a viver com VIH (PVIH) mundialmente [1], é necessário muito trabalho para levar a cabo integralmente “tratar todos” e ampliar o acesso a TAR. Crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes (CAMGL) e as suas crianças têm necessidades e expectativas únicas. Quando estas são consideradas pelo sistema de saúde, tanto o sistema de clientes como de saúde beneficiam.

Cuidados diferenciados, ou fornecimento de serviço diferenciado, proporcionam um quadro para inovação do fornecimento de serviço. “Cuidados diferenciados é uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta serviços de VIH em toda a cascata, em modos que tanto servem melhor as necessidades de PVIH como reduzem encargos desnecessários sobre o sistema de saúde” [2]. Aplica-se a todas as populações, incluindo crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes.

Até à data, muitos dos modelos de cuidados diferenciados bem conhecidos adaptaram fornecimento de serviço para adultas não grávidas clinicamente estáveis em ambientes epidémicos de alto encargo. No entanto, os potenciais ganhos mais elevados de cuidados diferenciados podem ser para grupos de clientes que presentemente têm resultados pobres. Dados de crianças, adolescentes e MGL sugerem que existem oportunidades substanciais para melhorar os resultados e qualidade dos cuidados.

As considerações chave para Fornecimento Diferenciado de TAR para Populações Específicas: Crianças, Adolescentes, Mulheres Grávidas e Lactantes e Populações Chave ou Considerações Chave de 2017 [3], defendem providenciar acesso a fornecimento diferenciado de TAR a populações específicas.

Um Quadro de Decisões para fornecimento de TAR a crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes ou o Quadro de Decisões para Populações Específicas como é designado neste documento para facilitar, concentra-se em como implementar estas recomendações. O quadro visa apoiar gerentes de programas de VIH a nível nacional e distrital para adaptarem ou estabelecerem modelos de fornecimento diferenciado de TAR. O documento guia o leitor em como avaliar os dados e identificar prioridades para abordar desafios específicos e locais. O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* é apoiado por um compêndio em linha de ferramentas e melhores práticas, disponível em www.differentiatedcare.org.

Na Parte 1, fornece-se uma perspectiva geral de cuidados diferenciados e fornecimento diferenciado de TAR, e definem-se os princípios fundamentais para populações específicas. a Parte 2 descreve um plano de 5 etapas para orientar gerentes de programas de TAR na prioridade das intervenções a implementar em resposta ao contexto específico. Na Parte 3, delineiam-se os “elementos” chave de um cliente, incluindo as características clínicas, grupo(s) populacional(is) específico(s) e contexto em que vivem. A Parte 4 apresenta duas questões chave a considerar antes de prosseguir com o estabelecimento de um novo modelo de fornecimento diferenciado de TAR: (i) se adaptar modelos de fornecimento diferenciado de TAR para adultos; ou (ii) se adaptar intervenções actuais de apoio psicossocial a populações específicas. Apresentam-se as “pedras basilares” de fornecimento de serviço na Parte 5 com exemplos ilustrativos.

Para responder às necessidades das populações específicas e melhorar o fornecimento de TAR numa abordagem de saúde pública, a resposta a VIH deve agora *fornecer* em modo diferente. É necessário apoio coordenado de doadores, agências de implementação e redes de PVIH para encarar este desafio. O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* é uma ferramenta prática para guiar como considerar populações específicas em modo diferente com o objectivo de proporcionar crianças, adolescentes e MGL com serviços de VIH de qualidade quando, onde e como os querem.

DESAFIOS COMUNS: PORQUE É HORA DE FORNECER EM MODO DIFERENTE

PERSPECTIVA DO CLIENTE

PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE SAÚDE



Porque devo faltar um dia à escola cada mês para ir à clínica quando me sinto saudável?

Como vou conseguir passar tempo com adolescentes que têm depressão e não tomam o seu tratamento?

A minha mãe recebe os seus antirretrovirais (ARVs) na nossa povoação por isso porque devo viajar até à clínica para os meus ARVs?

Porque devo ver esta criança todos os meses para a pesar se as suas doses de medicamento não vão mudar durante pelo menos 2 anos?



Como vou conseguir fazer visitas à clínica para o meu novo bebé e as minhas visitas para obter os meus ARVs?

As minhas clientes começam o tratamento quando estão grávidas, mas como continuam, com o tratamento se têm medo de ir à clínica de VIH após o fornecimento?



Porque devo passar todo o dia na clínica todos os meses para recolher os meus ARVs agora que estou grávida quando costumava obter o meu tratamento num ponto de recolha na minha comunidade?

Porque é que um bom membro do clube não pode permanecer no grupo agora que está grávida?



PREFÁCIO

Antecedentes

O primeiro *Quadro de Decisões para fornecimento de TAR* foi publicado em Julho de 2016 na 21ª Conferência Internacional da SIDA em Durban, África do Sul [4]. Define os antecedentes e princípios de cuidados diferenciados com um menu de exemplos de fornecimento diferenciado de TAR com foco em adultos clinicamente estáveis. Também fornece orientação sobre a prioridade dos elementos de cuidados diferenciados que devem ser implementados em um dado ambiente e como estabelecer um modelo/s de fornecimento diferenciado de TAR para adultos clinicamente estáveis.

Um repositório de conhecimentos em linha, www.differentiatedcare.org, apoia tanto o primeiro *Quadro de Decisões* como o *Quadro de Decisões para Populações Específicas*. É o recurso de “onde ir” para cuidados diferenciados e inclui orientação global e nacional, modelos de fornecimento de serviço de melhor prática com as suas ferramentas de implementação associadas, e recursos relacionados.

Ir para além de adultos “estáveis”

Crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes (MGL), bem como as suas crianças, vão beneficiar dos modelos de acesso a fornecimento diferenciado de TAR. Se bem que o primeiro *Quadro de Decisões* considerasse populações para além de adultos, o seu foco principal era adultos clinicamente estáveis, ou “estáveis”, a maior população para a qual deve guiar o desenvolvimento e implementação de fornecimento diferenciado de TAR [4]. Nessa altura, a maior parte da evidência de fornecimento diferenciado de TAR era para adultos clinicamente estáveis, reflectindo os maiores ganhos possíveis tanto para os clientes como o sistema de saúde.

À medida que os países formularam políticas de cuidados diferenciados, verificou-se uma maior chamada para orientação sobre se crianças, adolescentes e MGL deveriam também ter acesso ao fornecimento diferenciado de TAR e como estabelecer modelos para estas populações. Se bem que populações específicas se estendam para além de crianças, adolescentes e MGL, o *Quadro de Decisões para Populações Específicas* concentra-se nas populações supracitadas.

Cuidados diferenciados proporcionam oportunidade tanto para simplificar cuidados para os que estão a dar-se bem com o tratamento como proporcionar melhores cuidados àqueles a quem barreiras os previnem de obter ou manter supressão viral. O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* foca-se em clientes clinicamente estáveis. Se bem que reconheça que clientes clinicamente instáveis possam ser os que têm menos acesso aos serviços facilmente ou frequentemente e também possam beneficiar de acesso a

modelos de cuidados diferenciados para apoiar supressão viral, não existem recomendações globais e evidência limitada sobre pedras basilares ou modelos adequados. No entanto, existem Considerações Chave e evidência crescente para populações específicas clinicamente estáveis. É por este motivo que este documento se concentra em como operacionalizar fornecimento diferenciado de TAR para populações específicas clinicamente estáveis.

Como ler o Quadro de Decisões para Populações Específicas

O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* pode ser lido como um documento independente sem referência ao primeiro *Quadro de Decisões sobre fornecimento de TAR*. Estabelece um entendimento completo sobre fornecimento diferenciado de TAR e uma abordagem passo a passo para estabelecer modelos de fornecimento diferenciado de TAR. Os exemplos e estudos de caso fornecem foco específico em crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes.

O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* suplementa outra nova publicação, as “Considerações Chave sobre Fornecimento Diferenciado de Tratamentos Antirretrovirais para Populações Específicas: Crianças, Adolescentes, Mulheres Grávidas e Lactantes e Populações Chave”, ou Considerações Chave. As Considerações Chave delinham “o que” deve ser implementado e o *Quadro de Decisões para Populações Específicas* operacionaliza “como” as implementar. Um quadro de decisões adicional, que reflecte as Considerações Chave para populações chave, será publicado em 2018.

Se você é um principiante em cuidados diferenciados ou no Quadro de Decisões:

Leia a partir da Parte 1 (página viii)

Se tem experiência em cuidados diferenciados ou já leu o primeiro Quadro de Decisões:

- Ignore as páginas i-1
- Comece na página 2, Parte 1: Porque devemos diferenciar o fornecimento de TAR para populações específicas?
- Leia a Parte 2, que revê a abordagem de 5 etapas para adaptar ou estabelecer modelos de fornecimento diferenciado de TAR para uma nova população
- Ignore as páginas 12-13
- Leia a Parte 3 desde a página 14: Como diferenciamos com base na população específica?
- Leia a Parte 4 & Parte 5

Ambos temos cargas virais não detectáveis e deveriam confiar em nós com maiores fornecimentos de ARVs.



Uso do termo, “populações específicas”

O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* concentra-se intencionalmente em crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes e suas crianças. Não existe uma palavra ideal para se referir colectivamente a estas populações específicas. No entanto, para facilidade de uso neste documento, será usado o termo, “populações específicas”.

No *Quadro de Decisões para Populações Específicas*, os clientes não abordados em detalhe incluem:

- as adolescentes e grávidas
- populações chave (homens que têm sexo com homens, pessoas que injectam drogas, profissionais do sexo e pessoas transexuais)
- pessoas que são tanto adolescentes como membros de populações chave
- homens no seu papel como pais na unidade familiar assim como homens mais geralmente fora deste papel
- crianças de populações chave.

Serão desenvolvidas iterações adicionais da série de Quadros de Decisões para apoiar algumas das populações supracitadas, outras partes da cascata de cuidados de VIH e contextos diferentes.

Objectivos do Quadro de Decisões para Populações Específicas

Os objectivos do *Quadro de Decisões para Populações Específicas* são de fornecer:

- **Antecedentes** dos princípios de cuidados diferenciados e fornecimento de TAR
- Um **menu de exemplos** de fornecimento diferenciado de TAR para populações específicas
- **Orientação** sobre como adaptar ou estabelecer um modelo de fornecimento diferenciado de TAR para crianças, adolescentes e/ou MGL.

O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* visa gerentes de programas de TAR tanto nacionais como distritais e, sempre que adequado, parceiros de implementação, doadores e outros que apoiam ou trabalham com o programa nacional de TAR. O repositório de conhecimentos em linha (www.differentiatedcare.org) foi actualizado para incluir melhores práticas de modelos de fornecimento de TAR para crianças, adolescentes e MGL.

Temos dificuldade em conseguir que jovens e novas mães regressem à clínica. Como podemos melhorar os seus resultados?





PARTE 1

INTRODUÇÃO

O QUE SÃO CUIDADOS DIFERENCIADOS E FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR?

O que são cuidados diferenciados?

“Cuidados diferenciados é uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta serviços de VIH em toda a cascata para reflectir as preferências e expectativas de vários grupos de PVVIH ao mesmo tempo reduzindo encargos desnecessários sobre o sistema de saúde” [2]. Fornecendo cuidados diferenciados, reduzem-se barreiras ao acesso por clientes a serviço de VIH e o sistema de saúde pode redirigir recursos aos mais necessitados.

Cuidados diferenciados visam 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 funciona em modo tanto clinicamente responsável como eficiente. O impulsionador central para adaptar o fornecimento de serviço são as necessidades do cliente. Reconhecendo uma abordagem de saúde pública, devemos considerar as necessidades de um grupo incluindo a população específica do cliente (por exemplo, crianças, adolescentes, MGL) e o contexto no qual ele/ela vive e procura cuidados (por exemplo, urbano ou rural, ambiente de baixos ou altos encargos). Estes elementos são adicionalmente descritos na Parte 3 (página 12).

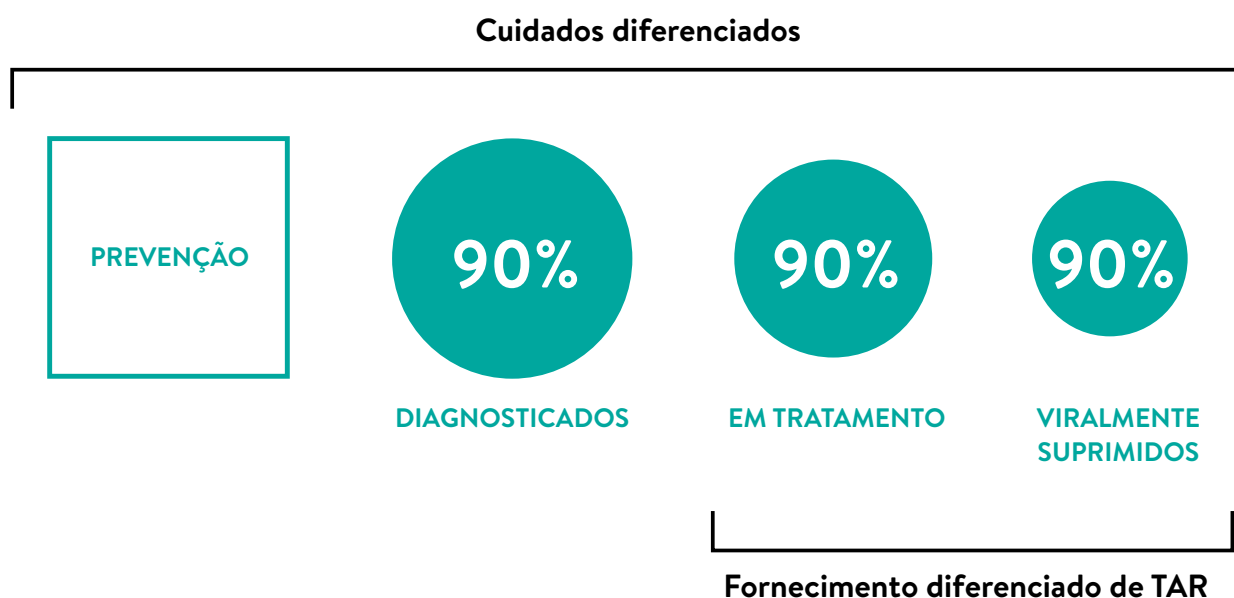
Cuidados diferenciados também são designados como **fornecimento diferenciado de serviço (FDS)**. Para **satisfazer a diversidade de necessidades das PVVIH**, a **Organização Mundial da Saúde (OMS)** recomenda uma **abordagem de cuidados diferenciados para fornecimento de serviços** [5].

Fornecimento diferenciado de TAR é um componente dos cuidados diferenciados de VIH

Cuidados diferenciados aplicam-se a todo o continuum de VIH, desde prevenção até supressão viral, e a todos os objectivos de 90-90-90 (90% das PVVIH devem conhecer a sua condição; 90% dos que conhecem a sua condição devem estar em TAR; 90% dos que estão em TAR devem ser virologicamente suprimidos) [6].

Fornecimento diferenciado de TAR é um componente dos cuidados diferenciados (Figura 1). Os princípios dos cuidados diferenciados são apresentados no *Quadro de Decisões para Populações Específicas* no contexto do fornecimento de TAR.

Figura 1: Cuidados diferenciados aplicam-se a todo o continuum de cuidados de VIH



FOCO EM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* tem foco em crianças, adolescentes e MGL que estão clinicamente estáveis no tratamento, e apresenta modelos de fornecimento de TAR adaptados à suas necessidades. Se bem que os princípios dos cuidados diferenciados se apliquem a toda a cascata de VIH e de facto se estendem a outras doenças (Figura 1), existe ímpeto significativo, orientação de política e evidência para aumento da implementação do fornecimento diferenciado de TAR para clientes clinicamente estáveis. À medida que correligionários de TAR adquiriram maturidade, um número crescente de crianças, adolescentes e MGL em programas de tratamento estão viralmente suprimidos e não exigem controlo clínico e de laboratório frequente.

Alinhando o modelo de fornecimento de serviço para pais ou responsáveis e suas crianças reduzirá os encargos de, por exemplo, a mãe dever ir separadamente para o seu tratamento pessoal e o da criança. Revendo os modelos de fornecimento de TAR para populações específicas clinicamente estáveis, a sua retenção e supressão podem ser melhoradas. Conforme exposto no prefácio, o *Quadro de Decisões para Populações Específicas* assenta no, e expande-se a partir do, *Quadro de Decisões* de 2016 [4] que tinha foco em adultos. Serão desenvolvidas iterações adicionais para apoiar outras partes da cascata de tratamentos (por exemplo, testes e elos) e expandir para outras populações específicas (por exemplo, populações chave).

PORQUE É NECESSÁRIO DIFERENCIAR FORNECIMENTO DE TAR PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS?

1. Para melhorar a qualidade de vida dos clientes

Acima de tudo, fornecimento diferenciado de TAR pode melhorar a qualidade da assistência e acesso a tratamento para crianças, adolescentes e MGL que vivem com VIH. Pode melhor atingir populações mal servidas e abordar questões em torno de estigma e discriminação que muitos encaram no acesso aos serviços de VIH. Fornecimento diferenciado de TAR é sensível às necessidades das PVVIH e frequentemente resulta em aumento dos níveis de adesão, satisfação do cliente e capacitação do cliente [12].

2. Para melhorar a eficiência e resultados do sistema de saúde

Apoiar clientes para iniciarem TAR é fundamental, mas retenção no cuidado e adesão aos tratamentos eficazes a longo prazo é necessário para alcançar supressão viral. Dados de retenção de vários países demonstram que os programas de TAR encaram globalmente desafios substanciais na manutenção de clientes em TAR [13] com supressão viral [14], especialmente crianças, adolescentes e mulheres lactantes [15-17]. Dados de locais onde o fornecimento diferenciado de TAR tem sido adoptado destacam que tais intervenções podem ser parte de melhoramento de retenção e adesão e do alcance dos segundo e terceiro "90" destacados nos objectivos globais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) (Figura 1).

3. Para alcançar os benefícios de uma abordagem baseada em família

Cuidados relacionados com VIH frequentemente incluem múltiplos membros familiares; os benefícios proporcionados

pelo acesso a fornecimento diferenciado de TAR são otimizados quando aplicados a todos os membros familiares. Isto significa permitir acesso aos mesmos modelos, ou àqueles alinhados, de fornecimento diferenciado de TAR. Por exemplo, será somente fornecendo a crianças clinicamente estáveis o seu reabastecimento de TAR através do mesmo modelo de cuidados que o do seu cuidador que alcançaremos o potencial de eficiência do fornecimento diferenciado de TAR.

4. Para continuar a apoiar "tratar todos"

Em todo o mundo, quase 37 milhões de pessoas vivem com VIH e 18,2 milhões de pessoas estão a receber TAR; destas, calcula-se que 1,8 milhões são crianças (<15 anos) [1, 18]. Com a implementação da recomendação da OMS de 2015 para "tratar todos" os indivíduos VIH-positivos em TAR [19], os sistemas de saúde, frequentemente já sob extrema pressão devido à falta de recursos humanos e financeiros, deverão reavaliar como os cuidados de TAR são fornecidos.

5. Para alcançar 90-90-90

Embora existam 18,2 milhões de pessoas em tratamento, a cobertura ainda está abaixo de 50%, com 46% de adultos e 49% de crianças com VIH a ter acesso a TAR [1, 20]. Clientes que não estão actualmente em tratamento necessitam de acesso a TAR dentro de um modelo de fornecimento de serviço que satisfaça as suas necessidades e expectativas, e o sistema de saúde deve encontrar modos para apoiar o dobro do número de clientes de TAR. Conforme exposto nas directrizes mais recentes da OMS [5] e das Considerações Chave [3], diferentes pacotes de cuidados são essenciais para abordar as diversas necessidades.

QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DE CUIDADOS DIFERENCIADOS

Cuidados centrados no cliente

Um princípio fundamental para diferenciar os cuidados é fornecer TAR de uma forma que reconhece barreiras específicas identificadas pelos clientes e os capacita para gerir a sua doença com o apoio do sistema de saúde. A OMS destaca a necessidade de cuidados centrados no cliente para melhorar a qualidade dos serviços de cuidados de VIH (Quadro 1) [5].

Até à data, a maioria dos serviços de TAR foram fornecidos como serviços verticais independentes. No entanto, com uma coorte de clientes crescente e mais adulta, é necessária uma abordagem de fornecimento de serviço que responde às necessidades dos vários grupos de PVVIH para permitir que os clientes tenham supressão viral sustentada. Por exemplo, mulheres lactantes podem preferir acesso a serviços integrados de seguimento infantil e cuidados maternos de VIH enquanto os adolescentes podem preferir acesso a serviços integrados de saúde sexual e reprodutora (SSR) e cuidados de VIH.

Eficiência do sistema de saúde

Com a população de PVVIH apresentando necessidades cada vez mais diversas, reconhece-se que os sistemas de saúde

deverão afastar-se de uma abordagem de "o mesmo para todos" [2]. Cuidados diferenciados apoiam a transferência de recursos para os clientes mais necessitados apoiando os clientes estáveis de VIH para que tenham interações mais reduzidas e menos intensas com o sistema de saúde.

Directrizes da OMS

Quadro 1: Recomendações sobre cuidados centrados no cliente [5]

“Programas de VIH devem: proporcionar cuidados centrados nas pessoas com o foco e organizados em torno das necessidades, preferências e expectativas de saúde das pessoas e comunidades, defendendo a dignidade e respeito individual, especialmente para as populações vulneráveis, e envolver-se e apoiar pessoas e famílias para desempenharem um papel activo no seu cuidado pessoal através de tomada de decisão informada.”

QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DE CUIDADOS DIFERENCIADOS PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS?

Abordagem baseada em família

O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* procura realçar como os modelos de fornecimento de TAR podem assumir uma abordagem familiar ao considerar cuidados para crianças e seus pais ou responsáveis [7]. Cada vez mais, existem chamadas para alinhar políticas e modelos de fornecimento de serviço para crianças e seus pais ou responsáveis [8]; assim fazendo pode melhorar toda a cascata clínica familiar [9]. Reconhece-se que existem muitos outros membros de uma família e diferentes tipos de famílias. O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* identifica exemplos de melhores práticas em que as necessidades dos membros da família são consideradas ao visar consolidar os cuidados, resultando em encargos menores tanto para os clientes como o sistema de saúde. Os membros familiares são interdependentes e portanto uma mudança dos cuidados de um membro pode criar desafios ou oportunidades para outro membro [10, 11].

Integração de serviços

Integração de serviços é um princípio fundamental dos cuidados diferenciados de VIH, particularmente para populações específicas. Conjuntamente com partilha de tarefas e descentralização, integração dos cuidados de VIH com outros serviços de saúde é uma recomendação da OMS para reforçar o continuum de tratamento e cuidados [5]. Integração é realizada como chave para proporcionar benefícios às mães

e suas crianças, e sugere-se combinar serviços de VIH para adolescentes com “serviços abrangentes para abordar [a suas] necessidades múltiplas, incluindo apoio psicossocial e saúde sexual e reprodutora”.

Fomentar e encorajar apoio psicossocial

A importância de apoio psicossocial a todas as PVVIH, incluindo apoio das comunidades e pares, é de significado particular para estas populações específicas [3]. Muitas instalações e comunidades possuem grupos de apoio a responsáveis, adolescentes ou MGL fornecidos através de organizações de base comunitária (OBCs), ou programas para órfãos e crianças vulneráveis. Estes proporcionam uma oportunidade única para serem fomentados e incluem a distribuição de reabastecimentos de TAR (ver página 21).

Se bem que aconselhamento individual de adesão seja uma parte importante tanto do início de TAR como do pacote de cuidados para clientes clinicamente instáveis, aconselhamento permanente sobre adesão pode não ser necessário para clientes clinicamente estáveis e pode constituir um encargo indevido sobre os clientes, fornecedores e o sistema de saúde. Portanto, o tipo e frequência do apoio psicossocial deve ser adequado às necessidades do cliente. Assim como as PVVIH em modelos de fornecimento diferenciado de TAR podem ter acesso a serviços fora das visitas programadas, apoio psicossocial pode igualmente ser acessível e deve estar disponível à frequência desejada pelo cliente.

CRITÉRIOS DE UM CLIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL

Critérios para definir “estável”

Proporcionar acesso a fornecimento diferenciado de TAR para clientes clinicamente estáveis exige estabelecer critérios para identificar quem pode ser considerado “estável”. A maioria das definições de “estável” incluem uma duração mínima em TAR e uma medida de adesão ou sucesso do tratamento. Abaixo, o Quadro 2 delinea os critérios para clientes clinicamente estáveis das Considerações Chave. Em modo importante, as Considerações Chave sugerem que os critérios devem tentar adequar os critérios para adultos. Isto permitirá implementação simplificada para populações específicas.

Encaminhamento para apoio clínico intensivo

No mesmo modo que são necessários critérios para acesso a fornecimento diferenciado de TAR para clientes estáveis, são necessários critérios para encaminhar um cliente do modelo de fornecimento diferenciado de TAR para cuidados intensivos. As Considerações Chave recomendam os mesmos critérios para todas as populações específicas (Quadro 3) [3]. Quando os modelos de fornecimento diferenciado de TAR começaram, era normal encaminhar o clientes com adesão pobre do seu modelo de fornecimento diferenciado de TAR de novo para cuidados de rotina baseados na instalação, prestados por médico. À medida

que os modelos evoluíram para atender a populações específicas, tais como adolescentes, **clientes que sentiam “instabilidade” (tal como relapso viral) poderão permanecer no seu modelo de fornecimento diferenciado de TAR mas ter consultas clínicas adicionais** e/ou aconselhamento adicional de adesão incluído para um período específico para apoiar a re-supressão.

Considerações Chave

Quadro 3: Critérios de encaminhamento para serviços intensivos [3]

- Uma doença aguda subcorrente exigindo gestão clínica mais frequente, incluindo mas não se limitando a desenvolvimento de co-morbidez ou infecção, doença mental, reacção adversa a medicamento ou subnutrição em crianças;
- Carga viral >1000 cópias/mL;
- Questões psicológicas ou desordens de saúde mental exigindo apoio ou gestão mais intensos; e
- Uso prejudicial de drogas ou álcool ou dependência conforme definida pela ICD-10 ou outros critérios de diagnóstico e que afectem adesão a TAR.

Considerações Chave

Quadro 2: Critérios para clientes clinicamente estáveis [3]

Os mesmos critérios que os adultos: receberam TAR durante pelo menos um ano, sem reacções adversas a medicamento que exigem controlo regular, sem doenças correntes (incluindo condições tais como subnutrição em crianças, condições de saúde mental ou depressão pós-natal), um bom entendimento de adesão permanente e evidência do êxito do tratamento (duas medições consecutivas de carga viral sob 1000 cópias/mL, contagens crescentes de células CD4 ou contagens de CD4 acima de 200 células/mm³).

Critérios adicionais para populações específicas:

Crianças: devem ter pelo menos dois anos de idade, no mesmo regime à mais de três meses e responsáveis aconselhados e orientados sobre o processo de divulgação.

Adolescentes: devem ter acesso a apoio psicossocial.

Mulheres grávidas:

Clinicamente estável em TAR ao conceber: já com acesso a modelo de fornecimento diferenciado de TAR e pelo menos 1 VL < 1000 cópias/ml nos últimos 3 meses e acesso a cuidados pré-natais.

Começou TAR durante a gravidez: como uma mulher que inicia tratamento durante a gravidez só poderia iniciar fornecimento diferenciado de TAR no período pós-parto, um resultado VIH-negativo na criança com teste de ácido nucleico (TAN) a seis semanas e evidência de acesso a cuidados infantis de seguimento são exigências adicionais.

“Como mãe solteira com quatro crianças que dependem de mim como sustento, custa-me muito caro vir ao reabastecimento de ARV.”

– Mulher PVVH, Tanzânia

QUATRO MODELOS GERAIS DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

À medida que os programas de VIH em ambientes de recursos limitados têm aumentado, o número de instalações que fornecem cuidados aumentou dramaticamente. Para além desta descentralização, o fornecimento de TAR tem cada vez mais utilizado transferência de tarefas. Inovações mais recentes no fornecimento de TAR, ou modelos de fornecimento diferenciado de TAR para clientes clinicamente estáveis, podem ser classificados em quatro modelos:

- **Modelos de grupo de cuidado de saúde geridos por trabalhadores** descrevem aqueles em que os clientes recebem os seus reabastecimentos de TAR em grupo gerido ou por um profissional ou um membro leigo (por exemplo clubes de Família, jovens e pós-natais na África do Sul, página 40). Grupos de cuidados de saúde geridos por trabalhadores reúnem-se dentro e/ou fora das instalações de cuidados de saúde.
- **Modelos de grupo gerido pelos clientes** descrevem aqueles em que os clientes recebem os seus reabastecimentos de TAR em um grupo que é gerido e operado pelos próprios clientes (por exemplo, grupos comunitários de TAR, ou GACs, integrando adolescentes com mais de 15 anos em Moçambique ou reabastecimento de TAR de membro familiar no Zimbabwe, página 31). Geralmente, grupos

geridos pelos clientes reúnem-se fora das instalações de cuidados de saúde.

- **Modelos individuais baseados nas instalações** descrevem aqueles em que reabastecimento de TAR e/ou visitas psicossociais, e por vezes visitas para análise ao sangue de rotina, foram separados das consultas clínicas. Idealmente, clientes têm uma visita de reabastecimento de TAR, circunvalam qualquer pessoal clínico ou apoio de adesão e prosseguem directamente para receber o medicamento (por exemplo Iniciativa de Encontros Pediátricos Acelerados Padronizados para Medicamentos de TAR (SPEEDI) na Tanzânia, página 17). Os serviços podem ser fornecidos a uma população específica em um momento e local adequado (por exemplo Clubes de Adolescentes no Malawi, página 25).
- **Modelos individuais fora das instalações** descrevem aqueles onde reabastecimentos de TAR e, em alguns casos, consultas clínicas são fornecidos aos indivíduos fora das instalações de saúde (por exemplo, TAR de base comunitária, ou B-CTAR, alcance móvel, que inclui crianças, adolescentes e MGL em áreas remotas da Namíbia, página 17). Estes modelos são inclusivos de farmácias comunitárias, modelos de alcance e entrega ao domicílio.

Temos estado ambos em tratamento durante muito tempo mas devemos vir em dias separados para receber os nossos cuidados e tratamento de VIH.



Aprenda mais sobre **Miriam e seu filho, Joe**, na página 20

Nem sei como conseguimos fazer visitas à clínica para o nosso bebé e visitas para obter os nossos ARVs.



Aprenda mais sobre **John, Nadia e seu filho, Noah**, na página 20

A photograph of a woman with dark hair tied back, wearing a purple short-sleeved shirt and a red patterned cloth draped over her shoulder. She is holding a baby wrapped in a red cloth. The woman is looking down at the baby with a gentle expression. The background is dark and out of focus.

PARTE 2

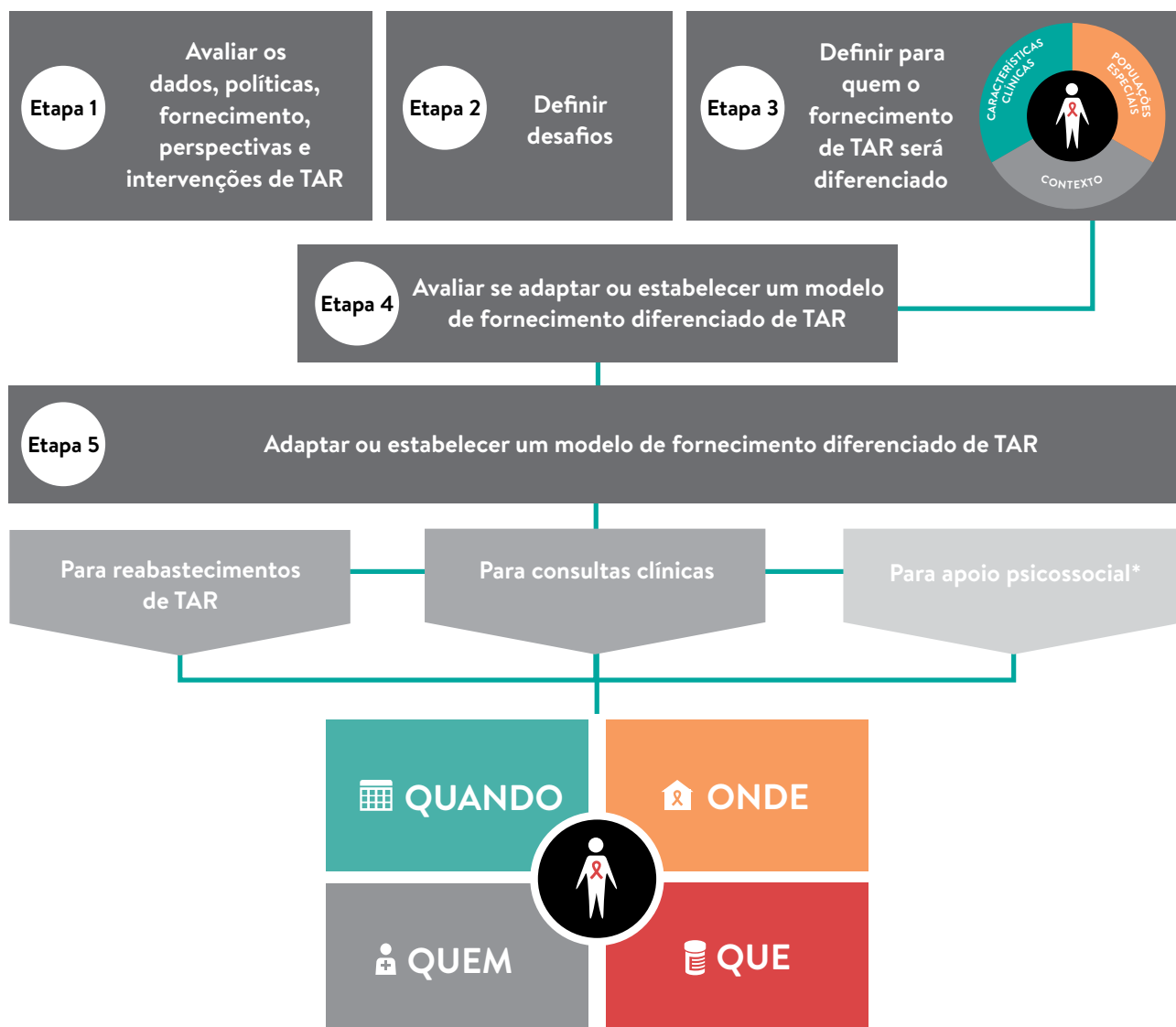
A ABORDAGEM DE 5 ETAPAS PARA FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR A POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

A ABORDAGEM DE 5 ETAPAS PARA FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

Para desenvolver modelo(s) de fornecimento diferenciado de TAR para crianças, adolescentes e MGL e suas crianças, podem ser necessárias decisões a nível nacional e local. Por exemplo, o que funciona em um ambiente urbano pode não ser adequado em um ambiente rural. Orientação de política deve ser desenvolvida a nível nacional e adoptada a nível sub-nacional. Decisões relativas ao(s) modelo(s) mais adequado(s) devem basear-se em contexto e seleccionadas a nível de instalação para assegurar propriedade tanto por clientes como trabalhadores de saúde.

A abordagem de 5 etapas orienta ministérios da saúde no planeamento de como diferenciar o fornecimento de TAR para populações específicas (Figura 2). Se bem que isto exponha a abordagem para estas populações específicas, o processo de 5 etapas também pode ser efectuado simultaneamente para todas as populações (por exemplo, adultos, populações chave). Para apoiar este processo, encontram-se disponíveis diversos anexos para descarga em www.differentiatedcare.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes ou <http://bit.ly/2sVehV5>. Ver Anexo 1 (página 39) para uma lista completa dos anexos disponíveis em linha.

Figura 2: Abordagem de 5 etapas para fornecimento diferenciado de TAR a populações específicas



*Foi incluído um novo conjunto de "pedras basilares psicossociais" no *Quadro de Decisões para Populações Específicas*. Apoio psicossocial, tal como ambientes de pares, podem melhorar a adesão a longo prazo de clientes estáveis mas não deve impedir a implementação de fornecimento diferenciado de TAR.

ETAPA 1 – AVALIAÇÃO DE DADOS, POLÍTICAS, FORNECIMENTO, PERSPECTIVAS E INTERVENÇÕES DE TAR

É importante ter um entendimento dos resultados do cliente para crianças, adolescentes e MGL, bem como de políticas existentes que apoiam ou obstruem a diferenciação do fornecimento de TAR a estas populações específicas e como os serviços de TAR estão actualmente a ser fornecidos. Um exemplo de uma sondagem realizada para mapear os exemplos de cuidados diferenciados a nível nacional (Anexo 1 em linha), conjuntamente com as ferramentas de sondagem usadas, podem ser obtidos em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

(a) Avaliar dados

Dados de controlo e avaliação (C&A) de rotina sobre retenção e supressão viral auxiliam a determinar quais são os desafios a nível do local. Esta lista de verificação (Anexo 2 em linha) pode ser consultada em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>. Dados relevantes incluem o número de crianças, adolescentes e MGL em TAR em cada local, dados disponíveis de supressão viral, e dados de retenção para estas populações específicas. Também é importante saber se as instalações têm um sistema de consultas e seguimento, se são reservados dias específicos para gerir crianças, adolescentes ou MGL, e qual o serviço que proporciona gestão (por exemplo, serviço pré-natal, serviço materno e de saúde infantil, serviço de VIH).

Existem desafios em assegurar qualidade de dados e dados suficientes para desagregar resultados por população específica. Dados rotineiros de qualidade são importantes para além da avaliação de TAR diferenciados. Quando os dados estão disponíveis, encoraja-se distribuição a departamentos nacionais e partilha de resultados com partes interessadas mais gerais.

(b) Avaliar políticas

Deve efectuar-se uma comparação das políticas a nível nacional com as recomendações actuais de fornecimento de serviço da OMS [5] e Considerações Chave [3]. As políticas devem ser revistas em alinhamento com as pedras basilares (Parte 5, página 23 para mais detalhes) e para apoiar fornecimento diferenciado de TAR em geral. Uma planilha de avaliação das políticas relevantes, Anexo 3 em linha, para diferenciar fornecimento de TAR para populações específicas pode ser obtida em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

(c) Avaliar os modelos actuais de fornecimento de TAR

Recomenda-se um mapeamento geral inicial do fornecimento diferenciado de TAR para determinar o que está a ser implementado no país e a cobertura dos modelos (qual a proporção de instalações de saúde que estão a oferecer esse modelo). Este mapeamento deve ser realizado não só para populações específicas, mas também para populações adultas estáveis para permitir adaptação a populações específicas. A nível distrital, para cada local, devem ser recolhidos dados descrevendo o fornecimento de serviços com base nos elementos (Parte 3, página 13) e as pedras basilares (Parte 5, página 23). São descritos exemplos de fornecimento diferenciado de TAR na literatura e estes são realçados nas Partes 3 e 5. O mapeamento pode ser realizado através de uma combinação de análise documental de literatura publicada e relatórios locais de actividade nacional e de parceiros, uma sondagem dos coordenadores distritais de TAR e parceiros de implementação, e visitas a locais seleccionados.

Usando os elementos e pedras basilares, avaliar como os TAR estão actualmente a ser fornecidos em cada local de TAR para as consultas clínicas e de reabastecimento e intervenção psicossocial. Um exemplo de uma lista de verificação que pode usar para realizar esta avaliação pode ser obtida como Anexo em linha 2 em <http://bit.ly/2sVehV5>.

(d) Avaliar a perspectiva das PVVIH e trabalhadores de saúde

Cuidados diferenciados são fundamentalmente centrados no cliente. Falando com PVVIH sobre as suas necessidades e expectativas é essencial para assegurar que o modelo de fornecimento de serviços seja concebido adequadamente. Dados sobre as perspectivas das PVVIH podem ser obtidos através de sondagens de saída de clínicas, discussão de grupo de foco e/ou entrevistas. É importante assegurar participação significativa dos clientes. Assim, isto inclui envolvê-los activamente no planeamento, entrega e controlo de fornecimento diferenciado de TAR (ver Estudo de caso 1). Trabalhadores de saúde, incluindo tanto fornecedores leigos como pessoal clínico, também devem ser consultados. O Anexo 4 em linha é um exemplo de questionário que pode ser usado para avaliar as perspectivas de PVVIH e trabalhadores de saúde e pode ser obtido em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

“Gostaria de receber cuidados e tratamento de uma pessoa que tenha a mesma condição de VIH que eu porque, estando na mesma situação, não me tratam mal em qualquer modo.”

– PVVIH jovem, Tanzânia

(e) Avaliar as intervenções de apoio de pares e recursos humanos actuais disponíveis para crianças, adolescentes ou MGL

Normalmente, estas populações específicas têm intervenções de apoio psicossocial existentes, tais como grupos de apoio de base comunitária ou baseados em instalações. O mapeamento destas intervenções é importante pois podem ser adaptadas para incluir fornecimento de TAR (ver página 21). Por exemplo, muitas clínicas possuem programas de orientação de mães para novas mães que podem ser impulsionados para incluir a distribuição de reabastecimentos de TAR. Outros programas com foco em saúde materna e infantil (por exemplo, programas de apoio a nutrição, órfãos e crianças vulneráveis) também podem ser adaptados para incluir fornecimento de serviços a PVVIH. Muitos modelos de fornecimento diferenciado de TAR são capacitados por fornecedores leigos que, para modelos de população específica, podem já estar envolvidos em actividades tais como aconselhamento de divulgação. É importante avaliar a disponibilidade e formação de fornecedores leigos, incluindo trabalhadores de saúde comunitários.

Estudo de caso 1:

Capacitar populações chave jovens com formação de advocacia e comunicação, Ásia-Pacífico

Para fomentar o envolvimento significativo de populações chave jovens na resposta a VIH, YouthLEAD, uma rede de, e para, populações chave jovens mais afectadas por VIH, desenvolveu o curso de liderança NewGen Asia. Após projectos pilotos e formação de formadores, NewGen foi adaptado e incluído em formação nacional em Myanmar, nas Filipinas e Indonésia. Através da capacitação de populações chave jovens com aumento de advocacia e competências comunitárias, a sua capacidade de se envolverem em resposta a VIH foi melhorada [21].



Poderia recolher o tratamento para os meus clientes da clínica e entregá-los no grupo de apoio que conduzo na igreja ao Sábado.



Clientes que vão à clínica de VIH recebem rapidamente os seus TAR pré-embalados do conselheiro. Também quero isto na clínica infantil.



A minha mãe explicou-me que ambos temos VIH e porque vamos ao hospital para ver a enfermeira especial para crianças. Não tenho medo porque sou saudável e forte. Sou muito bom ao lembrá-la todos os dias que devemos tomar os nossos comprimidos.

ETAPA 2 – DEFINIR DESAFIOS PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E MGL

Com base na Etapa 1, podem ser identificados os desafios que podem ser abordados através do fornecimento diferenciado de TAR. Nesta fase, é importante levar a cabo uma sessão de trabalhos e envolver as principais partes interessadas tanto do sistema de saúde como como redes de PVVIH para alcançar os objectivos seguintes:

- Sensibilizar os coordenadores de TAR e parceiros de implementação sobre os antecedentes e princípios fundamentais do fornecimento diferenciado de TAR e relevância para populações específicas.
- Proporcionar uma oportunidade para que as partes interessadas apresentem exemplos existentes de cuidados diferenciados implementados para adultos e populações específicas (se for caso) nos seus ambientes, incluindo intervenções psicossociais fornecidas e utilizadas pelas populações específicas.
- Apresentar os resultados da análise documental de nível nacional relativa a populações específicas.
- Resumir os resultados das consultas com responsáveis por crianças, adolescentes e MGL que vivem com VIH, e trabalhadores de saúde.
- Envolver as partes interessadas em um plano para a análise da situação local / distrital.

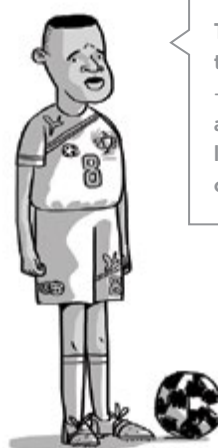
Conforme indicado na página 7, esta sessão de trabalho poderia ser limitada a populações específicas ou ser parte de uma sessão de trabalho maior sobre cuidados diferenciados para todas as populações.

“Para alunos internos, é difícil deixar a escola para ir a clínicas de TAR numa base mensal e sofremos estigma de colegas estudantes uma vez que descobrem que somos VIH positivos.”

– PVVIH jovem, Tanzânia

ETAPA 3 – DEFINIR A(S) POPULAÇÃO(ÕES) PARA QUEM O FORNECIMENTO DE TAR SERÁ DIFERENCIADO

Com um entendimento claro do programa de fornecimento actual e políticas em vigor, você está pronto para prosseguir com as prioridades de fornecimento diferenciado de TAR para uma ou mais das populações específicas. Usando os dados do programa para PVVIH, e entendendo as políticas implementadas, pode determinar os desafios dos clientes e do sistema de saúde. Com base nos desafios, você pode determinar que população/ões específica/s devem constituir prioridade para receber fornecimento diferenciado de TAR. Usando os três elementos descritos na Parte 3 (página 13), considere as características clínicas, população específica (crianças, adolescentes ou MGL) e contexto. É também agora que você define quem é elegível para o modelo de fornecimento diferenciado de TAR e o critério de encaminhamento quando um cliente deve ser dirigido pelo fornecedor de serviço do modelo de fornecimento diferenciado de TAR para cuidados intensivos (página 4).



Tenho que ir à clínica todos os meses – e detesto ir. É aborrecido! Não há lá outras crianças com quem brincar.

“Para evitar ser [identificado], sou forçado a ir e obter serviços em centros distantes, e por vezes não tenho dinheiro suficiente para o bilhete de autocarro.”

– Um cliente adolescente HSH

ETAPA 4 – AVALIAR ADAPTAÇÃO DE MODELO EXISTENTE DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR OU ESTABELECE UM NOVO MODELO

O seu distrito pode já ter implementado um modelo/s de fornecimento diferenciado de TAR para clientes adultos estáveis. Se assim for, antes de estabelecer um novo modelo de fornecimento de TAR para crianças ou adolescentes ou MGL, avalie se um modelo já implementado pode ser adaptado para satisfazer as necessidades da população específica. **Quando um modelo é já entendido, implementado e funciona no sistema de saúde, é mais fácil fazer adaptações menores do que implementar um novo modelo.** Por exemplo, o modelo de clube de adesão (CA) no Cabo Ocidental, África do Sul, foi adaptado para populações específicas (ver página 40 e Anexo 2).

O seu distrito ou algumas das suas instalações podem já estar a fornecer intervenções de apoio de pares, tais como grupos

de apoio para crianças e seus responsáveis, adolescentes ou MGL. Com o entendimento de que ambientes de pares proporcionam apoio psicossocial importante a longo prazo e benefícios de adesão [22], considere se as intervenções que já estão em funcionamento podem ser adaptadas para um modelo de fornecimento diferenciado de TAR e incluir distribuição de TAR. Por exemplo, a intervenção de Apoiantes Comunitários de Tratamento a Adolescentes (ACTA) no Zimbabwe foi adaptada para utilizar apoio de pares para adolescentes no seu grupo de reabastecimentos de TAR (ver página 21 e Anexo 3).

A Parte 4 (página 18) orientá-lo-á na avaliação de se adaptar ou estabelecer.

“Eu quero vir à clínica todos os meses para ver o meu progresso, como estou a andar, para falar com a enfermeira.”

– PVVIH jovem, África do Sul

ETAPA 5 – ADAPTAR OU ESTABELECE UM MODELO DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

Adaptar ou estabelecer um modelo de fornecimento diferenciado de TAR com base nos seus dados e políticas pode ser feito usando uma abordagem de pedras basilares considerando “quando” (frequência do serviço), “onde” (local do serviço), “quem” (fornecedor do serviço) e “que” (pacote de cuidados) para reabastecimentos de TAR, consulta clínica e apoio psicossocial.

Após este processo de 5 etapas ter sido realizado, será necessário discutir a nível distrital e/ou de instalação a mecânica específica do modelo (por exemplo, fornecimento de medicamentos, atribuição de recursos humanos, adaptações relevantes dos materiais de C&A). Consulte <http://bit.ly/2sVehV5> e descarregue o Anexo 6 em linha o qual descreve o “como” ou mecânica do modelo após seleccionar um modelo de fornecimento diferenciado de TAR. Será necessário um plano claro para implementação e avaliação do impacto do modelo. Os resultados devem ser integrados em actividades de melhoria de qualidade para o local.



A minha menina é saudável, cresce e fala muito. Tivemos de aumentar a sua dose só uma vez no último ano. Porque é que a enfermeira a deve ver tantas vezes?



PARTE 3

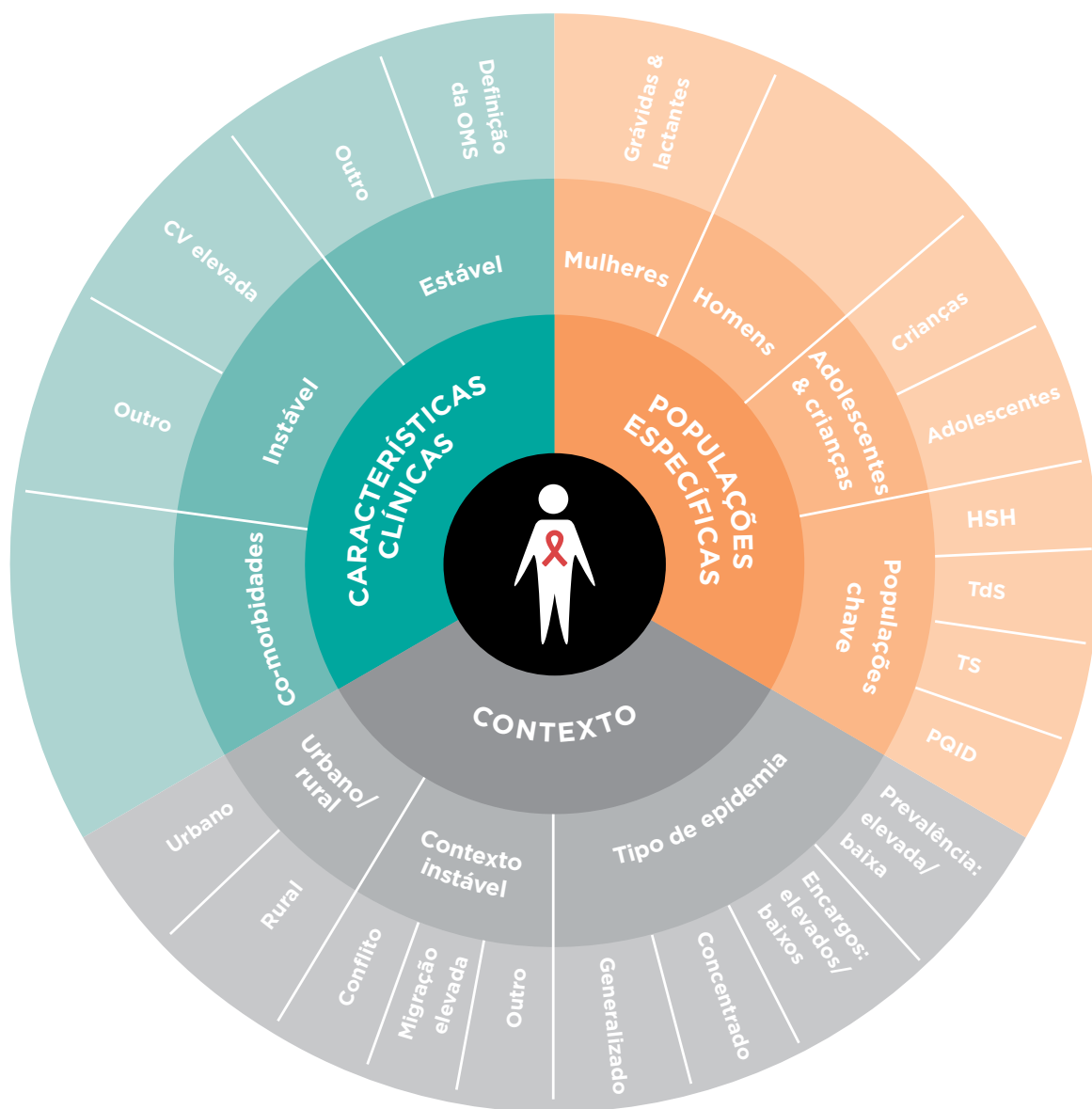
QUAIS SÃO OS TRÊS ELEMENTOS A CONSIDERAR?

OS TRÊS ELEMENTOS

A fim de prestar cuidados centrados no cliente, deve considerar as características clínicas, população(ões) específica(s) e contexto dos seus clientes (Figura 3). Isso permitirá que você adapte ou elabore modelos adequados de fornecimento de TAR usando as pedras basilares descritas na Parte 5. Nesta parte,

consideramos cada um destes grupos de população específica (isto é, crianças ou adolescentes ou MGL), bem como as suas características clínicas e contexto conforme apresentado na Figura 3. Cada um destes três elementos é descrito e apresentam-se estudos de caso relevantes nesta secção.

Figura 3: Os três elementos



COMO DIFERENCIAMOS COM BASE EM CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS?

Conforme exposto na Parte 1, uma abordagem de cuidados diferenciados fornece cuidados que atendem às necessidades de PVVH. Como resultado, se um cliente for clinicamente instável, devem receber um nível intensificado de acompanhamento e apoio. O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* concentra-se em adaptar ou estabelecer modelos para crianças, adolescentes ou MGL clinicamente estáveis. Ver a página 4 para mais detalhes sobre os critérios para clientes clinicamente estáveis.

Com base em características clínicas, os clientes podem ser definidos como estável, instável, e com co-morbidades ou co-infecções (Figura 3). Um cliente pode ser classificado como clinicamente estável se está bem e em TAR durante um prazo específico com carga viral suprimida. Clientes instáveis podem ter uma carga viral elevada ou outra característica, tal como subnutrição em uma criança ou depressão em um adolescente.

Deve considerar-se algumas populações específicas para inclusão em modelos normalmente reservados para clientes estáveis, mesmo que não satisfaçam todos os critérios de estabilidade. Por exemplo, adolescentes podem beneficiar de participação em um grupo gerido por trabalhador de saúde a partir do momento de início de tratamento. Associando-se ao grupo, terão acesso imediato a um ambiente de pares onde podem observar e discutir as suas preocupações com adolescentes que têm estado em TAR durante mais tempo, alcançaram carga viral suprimida, e já se qualificam para reabastecimentos de TAR mais prolongados. Para satisfazer as suas necessidades clínicas, podem necessitar de consultas clínicas mais frequentes para além de participar no grupo. Existem exemplos de modelos de fornecimento de serviços a adolescentes que incluem adolescentes de diagnóstico ou início

de tratamento ou que os retêm durante um período de relapso viral (ver Estudo de caso 2, clubes de adolescentes no Exemplo 1, página 25, e clubes de jovens no Anexo 2, página 40).

Estudo de caso 2:

Clubes de adolescentes, Suazilândia, incluindo adolescentes instáveis [23]

Na Suazilândia, resultados de retenção de adolescentes estavam em declínio com números crescentes de clientes em TAR. Em esforços anteriores para melhorar resultados de adolescentes, algumas instalações implementaram grupos de apoio a adolescentes, que foram apreciadas pelos adolescentes e trabalhadores de saúde, e foram associadas a resultados melhorados. Todos os adolescentes conscientes da sua condição de VIH e em TAR foram encorajados a associar-se. Com base neste sucesso, foram desenvolvidos clubes de adolescentes, onde os reabastecimentos de TAR foram fornecidos aos clientes clinicamente estáveis nestes grupos de apoio existentes. Clubes de adolescentes funcionam mensalmente nas instalações. Adolescentes estáveis recebem reabastecimentos de TAR trimestrais no grupo, mas podem frequentar o grupo mais frequentemente se quiserem. Adolescentes não suprimidos ou que sofrem relapso viral também fazem parte destes grupos mas recebem o seu reabastecimento de TAR mensalmente quando vêem o médico após a reunião de clube de adolescentes.

COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NA POPULAÇÃO ESPECÍFICA?

O fornecimento de TAR deve ser diferenciado considerando os desafios de cada população específica. À medida que fornecimento diferenciado de TAR está a ser concebido e implementado, deve dar-se atenção especial para encontrar possíveis soluções abordando os desafios indicados na Tabela 1 em vez de encarar estes desafios como barreiras à implementação.

Cada uma destas populações específicas (crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes) exigem um pacote abrangente único de serviços de saúde para superar as suas necessidades e desafios particulares.

Desde que tenho estado a fornecer cuidados integrados de VIH e pré-natais, muito mais dos meus clientes estão viralmente suprimidos no fornecimento, reduzindo o risco de transmissão às suas crianças.



Tabela 1: Desafios e possíveis soluções através de fornecimento diferenciado de TAR

Desafios	Possíveis soluções através de fornecimento diferenciado de TAR
Crianças	
<ul style="list-style-type: none"> • Período de crescimento físico e rápido desenvolvimento cognitivo • Exige ajuste de doses • Dependentes do/s responsável/eis • Frequentam creche/escola/colégio interno • Transição para adolescência 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidade para orientar o responsável e introduzir apoio de pares em modelos de grupo • Visitas clínicas menos frequentes e reabastecimentos de TAR mais prolongados após 2 anos de idade quando os ajustes de dose se tornam infrequentes • Alinhar visitas com férias escolares e consultas com responsável • Transição de cuidado pediátrico para adolescente como parte de fornecimento de TAR e grupo de apoio psicossocial
Adolescentes	
<ul style="list-style-type: none"> • Período de rápido desenvolvimento cognitivo, social e sexual • Frequenta escola • Exige independência enquanto ainda exige apoio de responsável • Necessidades de SSR novas e em mudança • Prevalência crescente de desafios de saúde mental • Transição para início de vida adulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidade para orientação de pares em modelo de grupo • Visitas fora do horário escolar para apoiar tanto a escola como frequência à clínica • Podem ser incorporados serviços adicionais relacionados com saúde mental e necessidades de SSR • Transição de cuidado de adolescente para adulto como parte de fornecimento de TAR e grupo de apoio psicossocial
MGL e suas crianças	
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação a necessidades clínicas adicionais de gravidez ou período pós-natal • Exigências de criança jovem exposta, incluindo seguimento clínico infantil • Frequência crescente de visitas de saúde durante gravidez e após parto • Muitas mulheres diagnosticadas com VIH durante a gravidez mas também número crescente de mulheres já estáveis em TAR ao conceber 	<ul style="list-style-type: none"> • Alinhamento de visitas clínicas para mães e suas crianças • Integração de cuidados de saúde materna, de recém-nascido e criança (SMRC), incluindo testes de crianças expostas e fornecimento de serviços de TAR maternos no modelo • Acesso a modelos de fornecimento diferenciado de TAR após parto se estável • Oportunidade para mulheres estáveis em TAR ao conceber de permanecerem no seu modelo de fornecimento diferenciado de TAR

Necessidades da unidade familiar

Sobretudo, crianças, adolescentes e MGL frequentemente pertencem a unidades familiares interdependentes. O planeamento de modelo diferenciado de fornecimento de TAR deve considerar como os cuidados de membros familiares serão afectados e se tentando abordar as necessidades de (um) membro/s familiar/es particular/es pode criar desafios para outro membro. Por exemplo, um pai pode fazer parte de um serviço rápido de recolha de reabastecimento de TAR numa Segunda-feira na farmácia da clínica e também dever estar presente na Quarta-feira ao dia pediátrico para ter acesso ao reabastecimento de TAR da sua criança.

Necessidades diferentes de mulheres grávidas já estáveis em TAR e com novo início em TAR

Mulheres já estáveis em TAR e recebendo cuidados através de um modelo de fornecimento diferenciado de TAR ao conceber podem encarar desafios diferentes das mulheres recentemente diagnosticadas e com início em TAR durante a gravidez. Estas distinções podem justificar maior diferenciação entre estes dois grupos. Por exemplo, mulheres já estáveis em TAR podem arriscar perder o acesso a um modelo de fornecimento diferenciado de TAR valioso durante a gravidez e aleitamento se o critério excluir MGL, como é o caso em muitos ambientes. Esta situação pode resultar em uma mulher ocultar a sua gravidez e afectar negativamente as suas necessidades de saúde materna. Em contrapartida, mulheres com início em TAR durante a gravidez podem apreciar uma abordagem de “uma paragem única” ao receberem os seus cuidados de VIH do serviço de SMRC.

Estudo de caso 3:

Centros comunitários de acolhimento, incluindo populações chave de adolescentes, Paquistão

A Aliança de Saúde Naz Male no Paquistão opera seis centros em “pontos quentes” chave para homens que têm sexo com homens e próximo de áreas com grandes habitações de pessoas transexuais, incluindo adolescentes destas populações. Cada centro oferece tanto serviços clínicos como centro de acolhimento com actividades de alcance. São estabelecidos locais para cada população chave para satisfazer mais efectivamente as diferentes necessidades de cada população específica. O pessoal multidisciplinar em cada local inclui médicos, assim como membros da comunidade e populações chave[21].

Estudo de caso 4:

Cuidados centrados em família para órfãos que vivem com VIH, Haiti

O grupo não lucrativo, Cuidando de Órfãos do Haiti com SIDA (CHOAIDS), concebeu um modelo abrangente, centrado em família para melhorar as vidas dos órfãos que vivem com VIH no Haiti. Foram recrutados responsáveis VIH-positivos para os órfãos por meio de palavra de boca a boca. Estes vivem juntamente com as crianças em alojamento que é fornecido e o modelo inclui acesso a boa nutrição e água potável segura. Tanto as crianças como os responsáveis recebem o seu tratamento de VIH e cuidados na mesma instalação de saúde [24].



Adoro o meu trabalho como navegador de pares. Poderia facilmente distribuir o tratamento dos meus clientes a eles de modo a que não devam esperar na farmácia.



Tendo sido VIH positivo durante a maior parte da minha vida, sinto-me apoiado pela comunidade de onde venho. O meu VIH deve adaptar-se perfeitamente à minha vida.



Já ando em tratamento há 10 anos. Porque devo regressar para recolher o meu tratamento todos os meses só porque estou grávida?

“Gosto de obter o meu medicamento através dos Clubes de Cuidados de Jovens. Antes tinha de esperar muito tempo numa fila só para obter o medicamento.”

– Pessoa jovem que vive com VIH, África do Sul

COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NO CONTEXTO?

A prevalência de VIH em uma população específica num dado ambiente geográfico (por exemplo, rural ou urbano) determina a concentração de clientes e deve influenciar a escolha de modelo de fornecimento diferenciado de TAR. É importante lembrar que mesmo onde um país ou distrito têm uma prevalência relativamente elevada de VIH, a concentração de crianças ou adolescentes pode ser bastante baixa (especialmente em áreas rurais), tornando pouco prática a implementação de modelos específicos para crianças ou adolescentes. Por exemplo, pode não existir um número suficientemente elevado de adolescentes para formar um grupo próximo de casa ou para justificar um dia pediátrico específico na clínica local. Em tais contextos, pode ser mais adequado assegurar que as crianças e/ou adolescentes tenham acesso a modelos de fornecimento de TAR para adultos estáveis, talvez dentro das unidades familiares. Os estudos de caso 5 e 6 demonstram modelos de fornecimento de TAR que são adequados para concentrações diferentes de populações de crianças em TAR.



Grupos para mães lactantes na clínica são muito bons mas eu vivo a uma distância de 2 horas de autocarro. Tenho muita dificuldade em chegar lá. Tenho de recolher o tratamento próximo de casa.

Estudo de caso 5:

Dia pediátrico numa clínica de TAR com intervalo de consulta de membro familiar estável, Quênia

Alta concentração de crianças que vivem próximo das instalações

Em diversos centros urbanos no Quênia, as clínicas de TAR implementaram semanalmente um dia de serviço pediátrico com foco em VIH devido ao elevado número de crianças em TAR. Todas as crianças e seus membros familiares em TAR recebem as mesmas datas de consulta nestes dias pediátricos. Crianças estáveis e seus membros familiares frequentam revisões clínicas cada 3-6 meses e recebem reabastecimentos de TAR trimestrais.

Estudo de caso 6:

TAR de base comunitária (B-CTAR), Namíbia

Baixa concentração de crianças em área rural de difícil acesso

Em um distrito rural da Namíbia, instalações de cuidados primários fornecem alcance móvel a pontos fixos em comunidades rurais de difícil acesso 4-6 vezes por ano. Unidades familiares são geridas conjuntamente neste serviço. Crianças, adolescentes e seus membros familiares adultos são observados para revisão clínica cada 3-6 meses (dependente da condição de “estabilidade”) com reabastecimentos de TAR abrangendo o mesmo período.

Estudo de caso 7:

Iniciativa de Encontros Pediátricos Acelerados Padronizados para Medicamentos de TAR (SPEEDI), Tanzânia, separando o reabastecimento de TAR e visitas de consulta clínica [30]

Na Tanzânia, a congestão do serviço de encaminhamento pediátrico conduziu ao aumento de tempo de espera para clientes. Para descongestionar as instalações e reduzir os tempos de espera, as instalações introduziram visitas de reabastecimento de TAR. Clientes tanto crianças como adolescentes que eram estáveis em TAR foram inscritos no programa SPEEDI. Estes clientes já não necessitavam de ver um médico em cada visita de cuidado de saúde. Durante uma visita SPEEDI, verificam os sinais vitais e antropométricos do cliente, efectuem uma contagem de comprimidos, e perguntam-lhe se deseja ver um médico. Se não desejam, o cliente vai directamente à farmácia para recolher um reabastecimento de TAR para 2-3 meses. Os clientes alternam visitas rápidas SPEEDI com visitas de revisão clínica de rotina e devem ver o médico 2-3 vezes por ano. A carga viral dos clientes é verificada uma vez por ano durante a visita de reabastecimento de TAR antes da revisão clínica permitindo a avaliação como parte da revisão clínica.



PARTE 4

AVALIAR ADAPTAÇÃO DE UM MODELO EXISTENTE OU ESTABELEECER UM NOVO MODELO

ADAPTAR OU ESTABELEECER

À medida que o fornecimento de serviços de VIH se torna cada vez mais diferenciado, modelos de fornecimento de TAR para populações específicas podem já ter sido planeados e implementados. Ao subsequentemente considerar uma nova população (tal como crianças, adolescentes e MGL), características clínicas diferentes ou um novo contexto, um primeiro passo importante é avaliar se um ou mais dos modelos existentes podem ser adaptados para satisfazer as necessidades dessa população antes de estabelecer um novo modelo.

Quando um modelo já está entendido, implementado e em funcionamento no sistema de saúde, é mais fácil fazer adaptações menores do que implementar um novo modelo. Podem também existir intervenções de apoio de pares ou psicossociais que podem ser adaptadas para incluir fornecimento de TAR. Devem primeiramente considerar-se ambas estas oportunidades de adaptação.

Questão 1: Já há um modelo existente de fornecimento diferenciado de TAR?

Obter participação para e implementar novos modelos de fornecimento de serviço é um desafio e pode demorar tempo. Frequentemente exige mudanças nos processos de sistema de saúde, tais como a cadeia de abastecimento e C&A. Quando um modelo de fornecimento diferenciado de TAR já foi implementado, muitas destas mudanças ao sistema de saúde já foram efectuadas. Adaptação de modelo, tomando atenção para assegurar que processos cruzados não sofram mudanças ou que estas sejam mínimas, será de implementação muito mais fácil e rápida.

Por exemplo, na Cidade do Cabo, África do Sul, clubes de adesão foram adaptados para satisfazer as necessidades de populações específicas (ver Anexo 2, página 40).

Quando existe um modelo adequado para adaptação, é ainda necessário considerar quaisquer mudanças ao critério de estável e critério de encaminhamento e, sobretudo, as pedras basilares do modelo – quando, onde e por quem o serviço será fornecido, e quaisquer mudanças ao pacote de cuidados (o “que”) (Ver Parte 5).

Estudo de caso 8:

Adaptação de modelo de clube de adesão (CA) de TAR, África do Sul [25]

Na Cidade do Cabo, África do Sul, CAs de TAR para adultos estáveis foram adoptados como política e implementados, com 63.000 clientes (41% da coorte de TAR) recebendo os seus cuidados através deste modelo em Dezembro de 2016. Os clientes são elegíveis para integrarem um CA após seis meses em TAR se tinham uma carga viral de <400 cópias/mL (o limite definido nacionalmente para supressão viral). CAs são grupos de 25-30 clientes estáveis que recebem os seus reabastecimentos de TAR, apoio e cuidados no grupo. Um fornecedor leigo facilita-os. Na visita de reabastecimento de TAR antes da consulta clínica anual, tira-se sangue para controlo de rotina, incluindo carga viral. O modelo de CA foi adoptado como um dos modelos de fornecimento diferenciado de TAR na África do Sul para adultos estáveis. CAs são um exemplo de um modelo de grupo de cuidados de saúde gerido por trabalhadores (página 5).

CAs foram adaptados para clubes familiares, clubes de jovens e clubes pós-natais com adaptações dos critérios e cada uma das pedras basilares (ver Parte 5 e Anexo 2). Clubes familiares incluem crianças e seus responsáveis. Se o responsável satisfaz o critério para ser um cliente estável, também recebe os seus reabastecimentos de TAR no modelo [26]. Clubes de jovens incluem adolescentes entre 12 e 25 anos de idade, e fomentam apoio de pares entre jovens recentemente diagnosticados e iniciados e aqueles que já estão em tratamento há muito tempo. O facilitador do clube de jovens foi treinado para fornecer serviços adequados a adolescentes, e existem actividades de grupo estruturadas e interactivas [27]. Clubes pós-natais ocorrem na clínica de SMRC e estão disponíveis para todas as mulheres VIH-positivas pós-parto. As visitas são alinhadas com o seguimento infantil, e o apoio inclui orientação sobre cuidado e desenvolvimento infantil (ver Anexo 2, página 40 para detalhes).



Aprenda mais sobre Andrew

Andrew é um gerente distrital de TAR. Ele acabou de participar em uma reunião nacional de revisão em que foram levantadas preocupações sobre a fraca retenção de TAR no seu distrito. Os seus profissionais de saúde também estão a reclamar que eles estão a consultar demasiados clientes de TAR todos os dias para fornecer atenção concentrada aos seus clientes adolescentes e estão a sentir-se sobrecarregados. Andrew vai seguir o plano de 5 etapas para ver se o fornecimento diferenciado de TAR pode assistir na melhoria de resultados para adolescentes no seu distrito.

Aprenda mais sobre Sofia

Sofia está na escola secundária e é uma estudante diligente. Já está em TAR há dois anos e frequenta a clínica todos os meses para recolher os seus ARVs. Sofia vai a um grupo de apoio um Sábado por mês. Também toma conta do seu irmão mais novo após a escola pois a mãe trabalha horas prolongadas. Ela frequenta a clínica durante a semana e frequentemente falta à escola devido à grande fila de 40-60 outros clientes na área de recepção. Estes clientes na maior parte são muito mais velhos, de idade semelhante à sua mãe. Após esperar, ela tipicamente tem cinco minutos de exame com uma enfermeira e depois deve esperar em uma fila ainda mais longa para recolher o tratamento na farmácia. A enfermeira passa uma nota de baixa à Sofia para a escola e depois a Sofia passa a noite preocupada por entregar a nota de baixa, porque não se sente doente.



Aprenda mais sobre Mariam e o seu filho de 7 anos, Joe

Mariam e o seu filho têm estado em TAR desde que Joe tinha um ano. Mariam obtém os seus ARVs e cuidado clínico na clínica local trimestralmente, mas tem que ir ao serviço pediátrico no hospital de dois em dois meses para o cuidado e tratamento do Joe. A clínica do Joe é só para crianças e assim a Mariam não pode também recolher ali os seus ARVs. A Mariam e Joe passam um dia inteiro para ir ao hospital e isto custa metade do salário mensal da Mariam. Joe sabe que tanto ele como a mãe são VIH positivos e e ajudam-se um ao outro para lembrar-se de tomar o tratamento todos os dias.

Aprenda mais sobre John, Nadia e seu filho, Noah

John e Nadia foram diagnosticados com VIH quando a Nadia estava grávida. Ambos têm estado em tratamento há pouco mais de um ano. O seu menino bebé, Noah, tem seis meses de idade e o seu teste de VIH às 6 semanas foi negativo. John e Nadia vão à clínica de VIH todos os meses para tratamento e Nadia leva o Noah à clínica infantil para as suas imunizações e verificações. John trabalha longe de casa e é-lhe muito difícil tirar um dia de folga para vir obter o seu tratamento. Nadia tem dificuldades em casa com o novo bebé. Ela tem dificuldade em ir a todas as suas consultas clínicas na clínica de VIH e à clínica infantil.



Questão 2: Já há apoio de pares existente ou intervenção psicossocial que possam ser adaptados?

Pode já existir apoio de pares ou intervenções psicossociais operacionais fornecendo benefícios às populações específicas. Estes podem ser grupos de apoio de pares ou outros programas com foco em crianças e adolescentes, tais como programa para órfãos e crianças vulneráveis. Fomentando estes programas existentes para incluírem distribuição de reabastecimentos de TAR poderia apoiar visitas menos frequentes às instalações de saúde. Ver estudo de caso 9 e para mais detalhes, ver o Anexo 3, página 42.

“O programa Zvandiri auxiliou-me a compreender como devo viver como sou. Agora estou pronta a ir para a comunidade a fim de auxiliar outras crianças, adolescentes e pessoas jovens para aderirem bem ao tratamento antirretroviral e combaterem todas as formas de estigma e discriminação.”

– PVVIH feminina, 22 anos de idade, Zimbabwe

Estudo de caso 9:

Adaptação do programa de Apoiantes Comunitários de Tratamento a Adolescentes (ACTA), Zimbabwe

No Zimbabwe, a OBC Africaid já trabalha há mais de uma década para fornecer serviços de base comunitária a crianças, adolescentes e PVVIH jovens através do programa Zvandiri [28].

Os seus ACTA são adolescentes VIH-positivos que foram treinados e orientados para fornecer apoio psicossocial a crianças e adolescentes que vivem com VIH nas suas comunidades. O seu trabalho é realizado em colaboração com o Ministério da Saúde e Cuidado Infantil. No *Manual Operacional e de Fornecimento de Serviços do Zimbabwe* de 2017 [29], o modelo de ACTA foi adaptado para incluir apoio ao fornecimento de reabastecimentos de TAR. Para além do apoio comunitário, o papel dos ACTA foi ampliado para grupos de reabastecimento de TAR a adolescentes baseados nas instalações e distribuir reabastecimentos de TAR nestes grupos.

QUANDO É APROPRIADO ESTABELECEER UM NOVO MODELO DE FORNECIMENTO DE TAR?

Deve dar-se sempre prioridade a assegurar que o modelo de fornecimento de TAR alcança o seu objectivo: satisfazer os desafios da população específica de interesse ao mesmo tempo mantendo uma abordagem de saúde pública. A Parte 5 vai orientá-lo através deste processo de estabelecimento.



Vem uma clínica móvel à minha povoação todos os meses. Levo lá o meu bebé para pesar e imunizações. Pergunto muitas vezes porque não me podem trazer os meus ARVs.

A photograph of two women wearing headscarves sitting at a table. The woman in the foreground is wearing a pink sweater and a patterned headscarf. The woman in the background is wearing a blue headscarf and a light blue cardigan. They appear to be in a meeting or discussion.

PARTE 5

ADAPTAR OU ESTABELECEER FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

AS PEDRAS BASILARES

Esta secção apresenta as quatro pedras basilares e realça Directrizes e Considerações Chave da OMS relevantes [3, 5]. Também se descreve um exemplo de um modelo diferenciado real de fornecimento de TAR para uma população específica. São também apresentadas mensagens finais chave por população específica. Também vemos as nossas personagens, Sofia, Miriam e John, a sonhar como as suas vidas poderiam melhorar se as pedras basilares do seu fornecimento de TAR fossem diferenciadas.

As pedras basilares são os componentes chave de um modelo diferenciado de fornecimento de serviços. Quando se fornecem cuidados (frequência de visita)? Onde são fornecidos os cuidados (local)? Quem fornece os cuidados (fornecedor de serviços)? Que cuidados são fornecidos (pacote de serviços)? Ver Figura 4.

São necessária pedras basilares separadas para consultas clínicas, reabastecimentos de TAR e apoio psicossocial

Todos os modelos de cuidados de TAR fornecem consultas clínicas e reabastecimentos de TAR. Muitos também fornecem acesso a serviços de apoio psicossocial, tais como grupos de apoio ou redes (incluindo plataformas virtuais), aconselhamento individual de adesão com trabalhadores de saúde ou fornecedores leigos, ou em alguns casos visitas ao domicílio por fornecedores leigos. Os “quando, onde, quem e que” devem ser considerados separadamente para cada um destes

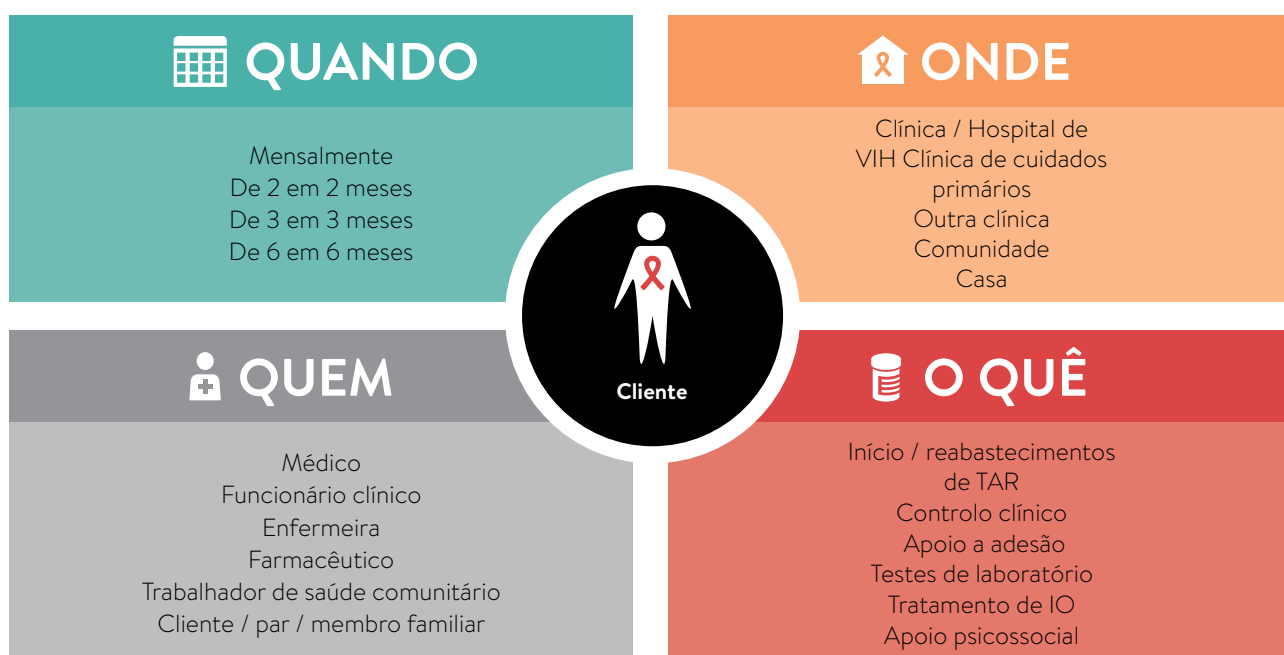
componentes. Consultas clínicas e reabastecimentos de TAR são ambos críticos.

No entanto não é necessário que ocorram com a mesma frequência, e não exigem o mesmo quadro de fornecedores.

Apoio psicossocial é importante, especialmente para populações específicas, mas pode não ser adequado ou necessário para todos os clientes. É necessária consideração separada de consultas clínicas e visitas de reabastecimento de TAR relativamente a que tipo de apoio psicossocial é apreciado por clientes clinicamente estáveis, onde pode ser disponibilizado, por quem e com que frequência para aceitação. Populações específicas, apesar de serem clinicamente estáveis, podem beneficiar de apoio psicossocial adicional. As pedras basilares de fornecimento diferenciado de serviços também podem ser aplicadas para definir os quando, onde, quem e que do apoio psicossocial. Este apoio pode ser calendarizado, por exemplo, durante um período específico de gravidez ou aleitamento, ou para assegurar o alcance de divulgação em crianças e adolescentes jovens, ou contínuo através de grupos de apoio de pares constantes.

Conforme discutido na Parte 1, em todos os modelos de fornecimento diferenciado de TAR, o cliente está no centro. Cabe ao gerente distrital de saúde de trabalhar com trabalhadores de saúde e clientes para determinar as pedras basilares “quando, onde, quem e que” do modelo diferenciado de cuidados que responde às necessidades mais urgentes da comunidade. As partes interessadas devem equilibrar o objectivo de melhorar resultados dos clientes com a capacidade de fazer o uso mais eficiente do sistema de saúde disponível e recursos comunitários.

Figura 4: As pedras basilares





“QUANDO” SÃO FORNECIDOS TAR?

Alinhamento do fornecimento de TAR entre membros familiares em TAR

Alinhando tanto o reabastecimento de TAR como datas de regresso de visita a consulta clínica para membros familiares otimiza os benefícios do fornecimento diferenciado de TAR. Se tanto o responsável como a criança recebem reabastecimentos trimestrais mas devem recolher os reabastecimentos em datas diferentes (ou locais diferentes), as vantagens de um reabastecimento mais prolongado são reduzidas. Ainda mais, se um pai ou responsável recebe consultas clínicas trimestrais e a sua criança deve ser observada mensalmente, as vantagens do reabastecimento mais prolongado para o adulto não são alcançadas. Se bem que isto seja relevante para crianças que dependem muito dos responsáveis, também se pode aplicar a adolescentes, especialmente adolescentes jovens e os que vivem em comunidades rurais, de difícil acesso. Alinhamento da visita do membro familiar deve aplicar-se tanto a responsáveis femininos como masculinos, irmãos e outros na rede de apoio.

Redução da frequência de reabastecimentos de TAR e visitas clínicas

Reduzir a frequência das visitas é um modo eficiente de reduzir a carga tanto sobre o cliente como o sistema de saúde. Um princípio fundamental, ligando todos os modelos de fornecimento diferenciado de TAR, é separar visitas de "apenas reabastecimento" das visitas que exigem avaliação clínica, e/ou laboratorial. Se um médico prescreve TAR para um período de 6 meses, então, durante o período de intervenção, o cliente deve ser capaz de limitar as suas interações com o sistema de saúde a somente as necessárias para obter o seu reabastecimento de medicamentos e acesso ao apoio psicossocial desejado. Se for possível fornecer reabastecimento suficiente na visita clínica, o cliente não necessitaria de ver um médico até à sua próxima consulta clínica. Existem exemplos de modelos de fornecimento de serviço pediátrico que separam visitas só para reabastecimento de TAR de visitas de consulta clínica (ver Estudo de caso 7, página 17).

O período da receita de TAR deve alinhar com a frequência das consultas clínicas. Quando isto acontece, os médicos não necessitam tomar parte em visitas de reabastecimento de TAR; isto facilita os reabastecimentos de TAR sem o envolvimento do pessoal clínico. Por exemplo, quando consultas clínicas são necessárias cada 12 meses, o período da receita também deve ser 12 meses (isto é, não é necessária receita nova no período interveniente).

Utilização da duração máxima de reabastecimentos de TAR

Dependendo dos regulamentos locais, a autoridade adequada (por exemplo, nacional, distrital ou instalação) deve informar os trabalhadores de saúde sobre a duração máxima de um reabastecimento de TAR que pode ser dada – 1 mês, 3 meses, 6 meses, etc. – e se existem circunstâncias especiais que são reconhecidas. Circunstâncias especiais podem incluir férias em Dezembro, frequência de escola interna longe de casa ou viagens prolongadas de trabalho. Esta orientação determinará a frequência das visitas do cliente para recolher reabastecimentos. Para apoio com prolongamento de reabastecimentos de TAR, refira-se ao calculador de receita multi-mensal da Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional (USAID) disponível em www.differentiatedcare.org.

Prolongamento ou adaptação das horas de serviço

Na maioria dos ambientes de recursos limitados, TAR estão simplesmente disponíveis para serem recolhidos durante as horas de clínica. Adaptando o horário de serviços é uma maneira simples de abordar problemas de acesso para clientes específicos. Por exemplo, fornecendo reabastecimentos para crianças e adolescentes após o horário de encerramento da escola ou aos Sábados pode reduzir ausências da escola, permitir que a criança ou adolescente sigam um programa mais rotineiro, e permitir que os pais percam menos trabalho. Ver Exemplo 1, clubes de adolescentes do Malawi (página 25), que são realizados aos Sábados ou Domingos.

Frequência do apoio psicossocial em ambientes de apoio de pares

A frequência do apoio psicossocial deve ser adequada às necessidades do cliente. Se bem que aconselhamento individual de adesão seja uma parte importante tanto do início de TAR como pacote de cuidados de cliente instável, pode não ser necessário aconselhamento constante de adesão para clientes estáveis e pode constituir um encargo desnecessário sobre os clientes, fornecedores leigos e o sistema de saúde. A evidência revela que adesão e retenção melhora quando os clientes têm acesso a ambientes de apoio de pares, mais frequentemente grupos de apoio específicos à população [22]. Existem exemplos de modelos de fornecimento diferenciado de TAR com êxito em que reabastecimentos de TAR são combinados com apoio psicossocial fornecido em grupos liderados por pares (por exemplo, ACTA, página 21) e outros em que não é (por exemplo, individuais rápidos baseados em instalação [31] e ver Estudo de Caso 8, página 19, e Anexo 2, página 40).

QUANDO: Considerações Chave

Quadro 4: Frequência das visitas [3]

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
 QUANDO	3-6 meses	6 meses (Crianças de 2-5 anos: 3 meses)	1-6 meses

Exemplo 1:

Clubes de adolescentes, Malawi

Panorâmica geral

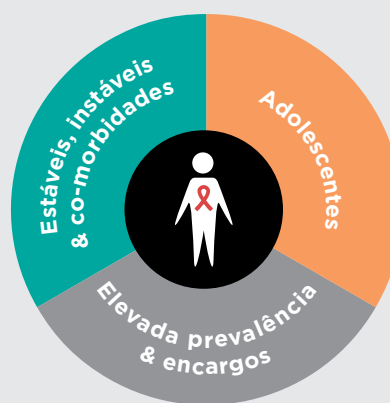
No Malawi, foram desenvolvidos clubes de adolescentes para abordar resultados pobres de retenção para adolescentes e jovens adultos. Clientes com 10-19 anos de idade que estão conscientes da sua condição de VIH (divulgação plena) podem ingressar em um clube de adolescentes. Estes realizam-se mensalmente num Sábado ou Domingo fora das horas normais de clínica e são só para adolescentes. Clubes de adolescentes variam de 15 a 200 clientes.

O clube de adolescentes é facilitado por um orientador de clube que é treinado e orientado no currículo de clube de adolescentes de Baylor. Em clubes maiores, adolescentes mais jovens e de mais idade são divididos para adaptar o apoio psicossocial com adolescentes mais velhos também recebendo literacia sobre SSR. Durante as actividades do clube, uma enfermeira vê cada adolescente individualmente para o seu reabastecimento de TAR e revisão clínica. Medem-se cargas virais de acordo com directrizes nacionais aos seis meses, dois anos e depois cada dois anos a partir daí.

Algumas instalações com altos números de inscritos no modelo continuam a ver os adolescentes mensalmente para apoio psicossocial mas de 2 em 2 meses para revisão clínica e fornecer reabastecimentos de TAR para 2 meses. Outras

mudaram completamente para um programa de visita de 2 em 2 meses. Adolescentes presentes recebem reembolso para transporte e lanche. Clubes de adolescentes são um exemplo de um modelo individual baseado nas instalações (página 5) e são uma intervenção psicossocial (grupo de apoio a adolescentes pré-existente realizado ao Sábado) que foi adaptado para proporcionar fornecimento diferenciado de TAR (página 21). Mais informação sobre este modelo está disponível em www.differentiatedcare.org.

Os três elementos de clubes de adolescentes



As pedras basilares do clube de adolescentes de Baylor

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
QUANDO	1-2 meses*	1-2 meses*	1-2 meses*
ONDE	Sábado/Domingo – horas só para adolescentes em clínicas de cuidados primários e hospitais fornecendo TAR	Sábado/Domingo – horas só para adolescentes em clínicas de cuidados primários e hospitais fornecendo TAR	Sábado/Domingo – horas só para adolescentes em clínicas de cuidados primários e hospitais fornecendo TAR
QUEM	Enfermeira ou farmacêutico	Enfermeira	Fornecedor leigo
O QUÊ	Reabastecimento de TAR	Consulta clínica Nova receita Tirar sangue	Adesão estruturada com foco em adolescentes, apoio nutricional e psicossocial Literacia de SSR Ambiente de grupo de pares Actividades de pares

*Variação entre instalações, com a maior parte vendo cada adolescente mensalmente para os três serviços. Algumas instalações com cargas de clientes mais altas ou vêem adolescentes mensalmente para apoio psicossocial mas só cada 2 meses para reabastecimento de TAR e revisão clínica ou mudaram completamente para um programa de visita cada 2 meses.

Existem clubes de adolescentes semelhantes no Botswana, Lesoto, Suazilândia, Uganda e Tanzânia.



“ONDE” são fornecidos TAR?

Descentralização de serviços para mais próximo de casa

Para muitos clientes, o acesso físico a TAR permanece um desafio. O tempo e custos de viagens para chegar à clínica, bem como questões persistentes de estigma, permanecem barreiras à retenção e supressão viral sustentada. Descentralização dos cuidados de VIH, incluindo para crianças, adolescentes e MGL – levando os serviços mais próximo da casa do cliente, seja para uma instalação mais perto de casa ou idealmente para um local da comunidade do cliente – é uma estratégia que pode reduzir tanto a sobrecarga nos clientes como o congestionamento nos locais centralizados.

Até que ponto descentralizar varia de acordo com o contexto

Em áreas de alta sobrecarga, apoio de pares deve ser fornecido nas comunidades ou associado à recolha de reabastecimento de TAR ou adicionalmente a estas visitas. Planeamento atento do local das visitas clínicas contra as visitas de reabastecimento de TAR é especialmente relevante para crianças em áreas de baixa sobrecarga onde pode não ser lógico capacitar todo o pessoal de cuidados primários para gerir VIH pediátrico. No entanto, centralizar serviços clínicos pediátricos aumenta a lógica para reduzir a frequência de consultas clínicas e/ou fornecer reabastecimentos de TAR mais próximo de casa. Proporcionando apoio de pares em áreas de baixa sobrecarga

pode ser difícil se muito poucos de uma população específica vivem próximo uns dos outros. Em tais casos, poderia considerar-se proporcionar acesso a grupos de apoio de pares virtuais, tais como salas de conversa para adolescentes através de uma plataforma como WhatsApp.

Quando o fornecimento integrado de serviços apoia as necessidades do cliente e quando não o faz


Serviços integrados, também designados como abordagem de “loja de uma paragem”, quase sempre servem melhor as necessidades dos clientes pois permitem que estes frequentem o mesmo local, com o mesmo fornecedor, na mesma visita para todos os seus cuidados. Os clubes pós-natais na página 41 são um exemplo de como esta abordagem pode funcionar para mulheres lactantes. No entanto, existem casos em que a integração pode não ser o melhor para o cliente. Por exemplo, um cliente pode preferir manter o seu modelo actual de fornecimento de serviços. Para mulheres que já recebem o seu fornecimento de TAR através de um grupo antes da concepção, integrar serviços de VIH e SMRC em um programa baseado nas instalações pode ou não ser considerado como mudança positiva. Consistente com os princípios de cuidados diferenciados, os clientes devem poder escolher se permanecer onde os seus serviços são fornecidos.



Miriam pensa: E se eu só devia ir ao hospital duas vezes por ano para a enfermeira especializada ver o meu filho e poderia recolher os seus reabastecimentos de TAR na minha clínica local ao mesmo tempo que recolho os meus?

ONDE: Considerações Chave

Quadro 5: Local das visitas [3]

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
 ONDE	Clínica de cuidados primários (CCP), alcance, fora das instalações Para MGL – também serviço de SMRC na CSP	CCP, alcance de instalações Para MGL – SMRC na PCC	CSP, fora das instalações, virtual

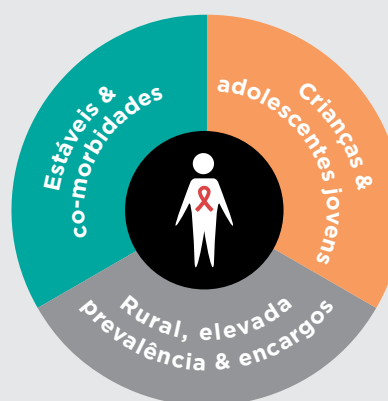
Exemplo 2:

Encaminhamento para baixo apoiado por apoio pediátrico com intervalo de consulta para crianças, Zâmbia

Panorâmica geral

Na Zâmbia, crianças VIH-positivas viajavam grandes distâncias para receber cuidados no hospital central de encaminhamento pediátrico. Os serviços pediátricos desenvolveram um serviço de alcance de cuidados primários. As crianças com menos de 16 anos de idade que demonstraram boa adesão, eram clinicamente estáveis sem infecções oportunistas e que queriam cuidados mais próximo de casa receberam este modelo de fornecimento de TAR. As crianças foram encaminhadas para a clínica de cuidados primários mais próxima e uma equipe, incluindo um médico do hospital do serviço de encaminhamento pediátrico, forneceu apoio de alcance. As crianças eram observadas trimestralmente na clínica de cuidados primários para consultas clínicas e reabastecimento de TAR pela equipe de alcance. As cargas virais eram medidas em cada segunda visita. Este modelo de alcance pediátrico é um exemplo de modelo individual fora das instalações (serviço de hospital de encaminhamento pediátrico) (página 5) e de um novo modelo de fornecimento diferenciado de TAR (página 21). Mais informação sobre este modelo está disponível em www.differentiatedcare.org.

Os três elementos de alcance pediátrico



As pedras basilares de alcance pediátrico

	REABASTECIMENTOS DE TAR*	CONSULTAS CLÍNICAS*	APOIO PSICOSSOCIAL*
QUANDO	3 meses	3 meses	3 meses
ONDE	Clínicas de cuidados primários	Clínicas de cuidados primários	Clínicas de cuidados primários
QUEM	Equipe de alcance, incluindo médico e conselheiro	Equipe de alcance, incluindo médico e conselheiro	Equipe de alcance
O QUÊ	Reabastecimento de TAR	Consulta clínica Nova receita Tirar sangue (CV 6 meses)	Aconselhamento individual de adesão

*Reabastecimento de TAR, consulta clínica e apoio psicossocial todos fornecidos simultaneamente.



“QUEM” proporciona fornecimento diferenciado de TAR?

A importância da transferência de tarefas

Atribuir determinadas tarefas a quadros menos qualificados permitiu intensificar os TAR em ambientes de recursos limitados. Prestação de cuidados de VIH de rotina e fornecimento de TAR já não são responsabilidade exclusiva dos médicos. Na última década, enfermeiras e fornecedores leigos envolveram-se cada vez mais na prestação de cuidados de TAR. Esta mudança não se limitou a enfermeiras e fornecedores leigos que trabalham em clínicas de VIH; também ocorreu em outros ambientes como a CSP e serviços de SMRC. Para implementar transferência e partilha de tarefas, é frequentemente necessária uma revisão dos quadros regulamentares do país e, em alguns ambientes, permanece uma barreira importante à ampliação de TAR.

Fornecedores leigos podem distribuir reabastecimentos de TAR

A OMS recomenda que fornecedores leigos distribuam reabastecimentos de TAR em visitas entre consultas clínicas para adultos, crianças e adolescentes [5] (ver Quadro 6). Existe uma distinção importante entre distribuir e dispensar: dispensar é a função de um farmacêutico enquanto distribuir significa que o reabastecimento já foi dispensado e o fornecedor leigo pode trazer o reabastecimento ao cliente. Utilizando fornecedores leigos para distribuir reabastecimentos de TAR pode poupar tempo aos clientes e enfermeira e/ou farmacêutico nas instalações. Reabastecimentos de TAR podem então ser recolhidos fora das instalações de saúde, seja em pontos de recolha ou em grupos de apoio.

“Quem” pode recolher reabastecimentos de TAR

Também é importante considerar quem quem pode recolher TAR em nome do cliente. Os clientes devem ser informados se outros podem recolher TAR em seu nome e, se assim for, quem é elegível. Evidência revela que os clientes que permitiram que um amigo ou membro familiar recolhesse em seu nome tinham risco reduzido de relapso viral em comparação com aqueles que o não fizeram [32]. Isto pode ser porque os clientes possivelmente divulgaram a sua condição à família ou amigos, e é claro que os clientes gostam de ter esta opção para fornecimento de TAR [33]. Nos clubes familiares na África do Sul (ver Anexo 2, página 40), um cliente ou responsável pode

QUEM: Considerações Chave

Quadro 7: Fornecedor de serviços [3]

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
QUEM	Fornecedor leigo, responsável, par, trabalhador de alcance	Enfermeira, parteira, funcionário clínico, médico	Fornecedor leigo, responsável, par, trabalhador de alcance



Directrizes da OMS

Quadro 6: Recomendações sobre transferência de tarefas e partilha de tarefas [5]

- Fornecedores leigos formados e supervisionados podem distribuir TAR a adultos, adolescentes e crianças que vivem com VIH (forte recomendação, evidência de baixa qualidade).
- Pessoal clínico formado não médicos, parteiras e enfermeiras podem iniciar TAR de primeira linha (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).
- Pessoal clínico formado não médicos, parteiras e enfermeiras podem manter TAR (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).
- Trabalhadores de saúde comunitários formados e supervisionados podem dispensar TAR entre visitas clínicas regulares (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).

Estas recomendações aplicam-se a todos os adultos, adolescentes e crianças que vivem com VIH.

enviar um membro familiar ou amigo de confiança para recolher os seus TAR e os da sua criança [26].

“Quem” pode proporcionar apoio psicossocial

Já há muito se reconheceu que fornecedores leigos devem ser utilizados para fornecer apoio psicossocial. O termo, “fornecedor leigo”, é amplo e inclui uma gama de pessoas sem certificados profissionais ou diplomas universitários, mas que foram formados para fornecer serviços específicos, tais como apoio de adesão e/ou facilitar grupos de apoio de pares. Estes fornecedores leigos podem ser PVVIH ou não, e podem ser do mesmo ou semelhante grupo de população que o cliente. Estes factores frequentemente facilitam boas relações entre fornecedor e cliente, o que pode apoiar adesão a longo prazo. fornecedores leigos podem fazer parte do pessoal de saúde das instalações, equipas de alcance de instalações de saúde ou OBCs.

Exemplo 3: Clubes pós-natais, África do Sul

Panorâmica geral

Na Cidade do Cabo, África do Sul, foram desenvolvidos clubes pós-natais em resposta às baixas taxas de retenção pós-parto das mulheres iniciadas em TAR na gravidez e para reforçar diagnóstico infantil antecipado de VIH. Todas as mulheres VIH-positivas em TAR que dão à luz nas instalações podem ingressar. As mulheres não necessitam de ser estáveis, mas são avaliadas como fazendo parte de um par mãe-criança de baixo risco (PMCBR) ou um par mãe-criança de alto risco (PMCAR), com diferenças em frequência de visita e pacote de cuidados. Cada clube inclui 6-12 pares mãe-criança (PMCs) agrupados por mês de parto. É facilitado por um fornecedor leigo baseado no serviço de SMRC em uma clínica de saúde primária local.

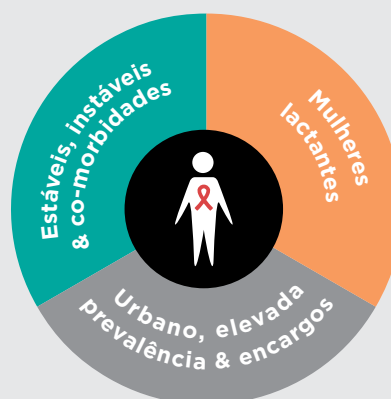
As reuniões de grupo ocorrem no ambiente da clínica e o apoio fornecido concentra-se em cuidados infantis e manutenção de adesão materna aos TAR. Em cada sessão, o fornecedor leigo dispensa TAR maternos e reabastecimentos infantis de cotrimoxazola no grupo para o período até à próxima visita ao clube (mensalmente desde quando as crianças têm 10 semanas de idade até terem 6 meses devido a directrizes provinciais impondo verificações mensais do bebé, e trimestrais subsequentemente até a criança ter 18 meses de idade). Cada PMC recebe uma consulta clínica única integrada.

O pacote clínico de cuidados fornecido muda com cada visita. Em geral, segue o programa de imunização e seguimento infantil com testes de VIH da criança exposta a VIH aos 9 e 18 meses e cuidados adicionais de VIH para mães que recebem cargas virais semestrais e consultas clínicas de VIH. Um

PMCAR recebe apoio adicional com uma visita semanal ao domicílio por um fornecedor leigo e consultas clínicas mensais contínuas até ser reavaliado como PMCBR. Qualquer criança recentemente diagnosticada como VIH-positiva e as suas mães são encaminhadas do clube pós-natal para a clínica de VIH. Quando as crianças não afectadas atingem 18 meses, o grupo de mães sem as suas crianças torna-se um clube comunitário adulto de adesão.

Clubes pós-natais são um exemplo de um modelo de grupo de cuidados de saúde gerido por trabalhadores (página 5). Revela como um modelo de fornecimento diferenciado de TAR para adultos estáveis que já fazia parte das directrizes nacionais da África do Sul e largamente implementado foi adaptado para mulheres pós-natais (página 19). Mais informação sobre este modelo é disponível em www.differentiatedcare.org.

Os três elementos de clubes pós-natais



As pedras basilares de clubes pós-natais

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS*	APOIO PSICOSSOCIAL
QUANDO	Mensalmente até a criança ter 6 meses, depois cada 3 meses	6 meses	Mensalmente até a criança ter 6 meses, depois cada 3 meses
ONDE	Serviço de SMRC na CSP	Serviço de SMRC na CSP	Serviço de SMRC na CSP
QUEM	Enfermeira de SMRC	Enfermeira de SMRC	Fornecedor leigo
O QUÊ	Reabastecimento de TAR materno Reabastecimentos infantis de cotrimoxazola	Consulta clínica materna de VIH Tirar sangue (6 meses)	Literacia de cuidados e desenvolvimento infantil Apoio a adesão materna Ambiente de grupo de pares

* Descreve somente pedras basilares clínicas de VIH materno. As crianças recebem imunizações, seguimento infantil e testes repetidos de VIH segundo as directrizes nas suas consultas clínicas que ocorrem após cada reabastecimento de TAR em grupo.



“QUE” serviços devem ser oferecidos?

Se clientes clinicamente estáveis fazem visitas separadas para reabastecimentos de TAR e consultas clínicas com quadros de fornecedores diferentes, deveria definir-se um pacote padrão de serviços para cada tipo de visita. As necessidades médicas de um cliente em TAR serão diferentes durante a vida do cliente, especialmente quando transitam de infância para adolescência e vida adulta. Clientes femininas podem ter períodos de gravidez e aleitamento e cuidar de crianças de idades crescentes. Muitos clientes passarão por períodos de instabilidade económica, clínica, social ou outra.

Visitas de reabastecimento de TAR podem ser combinadas com apoio de pares ou fornecidas separadamente

Visitas de reabastecimento de TAR podem ser combinadas com apoio psicossocial fornecendo reabastecimentos de TAR em um ambiente de grupo de apoio de pares. Isto é mais comum em modelos de fornecimento diferenciado de TAR para adolescentes (ver clubes de adolescentes na página 25, clubes de jovens nas páginas 19 e 41). No entanto, isto pode não ser viável ou criar barreiras ao estabelecimento de modelos de fornecimento diferenciado de TAR. Nestes contextos, a população específica pode ser associada com apoio de pares fornecido na comunidade. Portanto, o planeamento de fornecimento diferenciado de TAR deve incluir partes interessadas de OBC que podem fornecer estes cuidados (ver página 3).

Clientes estáveis ainda necessitam de consultas clínicas

Crianças, adolescentes e MGL estáveis devem ainda receber consultas clínicas regulares regular relativas a VIH como parte do seu pacote de cuidados. Isto deve incluir gestão clínica abrangente em termos das directrizes aplicáveis, por exemplo, directrizes clínicas pediátricas, para adolescentes ou PMTCT, com gestão de outras co-morbididades. Com frequência reduzida de visitas clínicas, o médico terá menos oportunidades de ver o cliente e é importante assegurar a qualidade da consulta clínica. Testes de tuberculose (TB) devem ser fornecidos em todas as consultas clínicas independentemente de o cliente ser “estável”. Todos os clientes deveriam ter acesso a serviços clínicos fora do

seu programa de cuidados diferenciados se necessitam de obter cuidados clínicos.

A importância de sistemas efectivos de encaminhamento de reabastecimento de TAR e fornecedores de serviços psicossociais

Quando as visitas de reabastecimento de TAR e/ou apoio de pares são fornecidas separadamente, um sistema de encaminhamento entre o fornecedor leigo que gere o reabastecimento de TAR ou visita de apoio psicossocial aos cuidados clínicos é essencial. Com contacto clínico menos frequente, fornecedores leigos têm mais responsabilidade para fornecer testes e encaminhamento. Testes podem ser informais, baseados na avaliação de bem-estar pelo fornecedor leigo ou cliente, ou mais formais utilizando uma ferramenta estruturada de sintoma e/ou adesão.

Considere como incorporar revisão da carga viral ou resultados de CD4 nas consultas clínicas

Modelos de fornecimento diferenciado de TAR exigem identificação efectiva e gestão atempada de altas cargas virais. Investigações de laboratório (isto é, carga viral ou se não disponível, CD4) podem ser feitas na ou antes da consulta clínica permitindo revisão dos resultados como parte da consulta clínica.

Quando se tira sangue na consulta clínica, os clientes com resultados de “bandeira vermelha” devem ser chamados. À medida que clientes já estão estáveis, a chamada será necessária para menos clientes. Alternativamente, o sangue do cliente pode ser tirado na visita de reabastecimento de TAR antes da consulta clínica se a visita for feita em uma instalação de saúde ou for concedido ao cliente um período de tempo quando devem visitar — seja nas instalações ou outro ponto de cuidados de saúde — para tirar sangue antes da consulta clínica. Os resultados podem então ser revistos como parte da consulta clínica, fornecendo uma imagem clínica completa ao médico.

O QUÊ: Considerações Chave

Quadro 8: Pacote de cuidados [4]

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS*	APOIO PSICOSSOCIAL
O QUÊ	Reabastecimento de TAR Verificação de adesão Exame de encaminhamento Crianças: Reabastecimento de Cotrimoxazola Verificação de processo de divulgação MGL: Verificação de frequência de SMRC	Revisão clínica segundo directrizes clínicas adequadas Laboratórios (6 meses) Nova receita Crianças: Verificação de dose e possível ajuste Adolescentes: Avaliação de saúde mental (anual) MGL: Verificação de frequência de SMRC (se não for serviço integrado)	Apoio de pares e exame de encaminhamento Verificação de adesão Apoio de divulgação à criança/subsequente

Exemplo 4:

Reabastecimento de TAR de membro familiar, Zimbabwe [29]

Panorâmica geral

No Zimbabwe, as crianças em TAR devem atender visitas clínicas mensais, apesar de o fornecimento diferenciado de TAR ser oferecido a adultos. Reconhecendo uma abordagem centrada em família, o modelo de reabastecimento de TAR a membro familiar foi desenvolvido do modelo de grupo comunitário de reabastecimento de TAR que já estava implementado.

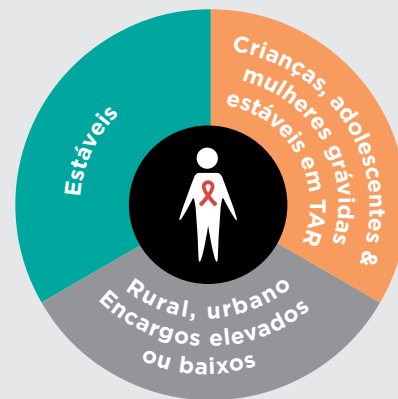
As crianças com mais de 2 anos sem infecções oportunistas, carga viral inferior a 1,000 cópias/ml e no mesmo regime de TAR durante pelo menos 6 meses podem agora ingressar o seu grupo familiar. Cada 3 meses, um representante familiar recolhe reabastecimentos de TAR para todos os membros familiares estáveis em TAR e distribui-os em casa. As crianças entre 2 e 5 anos devem atender cada vez com o representante familiar para consulta clínica. Quando a criança tem pelo menos 5 anos e em doses adultas, ele/ela pode atender somente em cada segunda visita (isto é, 6 meses) para consulta clínica.

Isto continua durante a adolescência até aos 19 anos de idade, quando o membro familiar deve atender somente uma consulta clínica anual. As cargas virais são medidas anualmente para todos os membros familiares. Quando um membro familiar já faz parte deste modelo e fica grávida, pode permanecer como

membro do grupo familiar de reabastecimento de TAR desde que atenda cuidados de SMRC separadamente.

O modelo de reabastecimento de TAR de membro familiar é um exemplo de um fornecimento diferenciado de TAR a adulto estável já recomendado pelas diretrizes nacionais adaptadas para populações específicas. Mais informação sobre este modelo é disponível em www.differentiatedcare.org.

Os três elementos de reabastecimento de TAR familiar







As pedras basilares do reabastecimento de TAR familiar no Zimbabwe

	REABASTECIMENTOS DE TAR		CONSULTAS CLÍNICAS*		APOIO PSICOSSOCIAL
	Todos os membros familiares	Crianças 2-5 anos	Crianças >5 anos + adolescentes em doses adultas	Membros familiares adultos	Acessível a adolescentes
QUANDO	3 meses	3 meses	6 meses	Anual	1-3 meses*
ONDE	Em casa	Clínicas de cuidados primários			Na comunidade
QUEM	Membro familiar	Enfermeira			Fornecedor leigo
O QUÊ	Reabastecimento de TAR e cotrimoxazola	Consulta clínica Tirar sangue (CV anual)			Grupo de apoio de pares





* Adolescentes têm acesso a ACTA fornecendo apoio psicossocial na comunidade.

CONSIDERAÇÕES SOBRE PEDRAS BASILARES POR POPULAÇÃO ESPECÍFICA




CRIANÇAS

 QUANDO	<p>Frequência de ajustes de dose de medicamento Reduzir a frequência das visitas pode parecer complicado devido a ajustes de dose de medicamento necessários à medida que as crianças crescem, mas estes ocorrem infrequentemente após os 2 anos de idade (ver Anexo 2 nas Considerações Chave [3]). Um médico que vê uma criança cada 6 meses seria frequência suficiente para detectar mudanças de peso que exigem ajustes de dose.</p> <p>Formulações pediátricas de medicamentos Para crianças estáveis receberem fornecimentos de medicamentos mais prolongados, deveriam idealmente estar a tomar grânulos ou comprimidos em vez de xaropes, que frequentemente têm prazos de validade menores e são mais volumosos para transportar para e dos pontos de recolha por trabalhadores de saúde e clientes. No entanto, infrequência de visita clínica poderia ainda ser maximizada, mesmo que as limitações das fórmulas líquidas signifiquem que sejam necessárias recolhas mais frequentes mas aceleradas de medicamentos.</p>
 ONDE	<p>Sem ajustes de dose, reabastecimentos de TAR podem ser distribuídos fora das instalações de saúde cada 3-6 meses com visitas clínicas em uma instalação de saúde.</p>
 QUEM	<p>Sem necessidade de ajustes de dose, fornecedores leigos podem distribuir reabastecimentos de TAR.</p>
 O QUÊ	<p>Verificação e ajuste de dose de TAR e cotrimoxazola Os médicos podem avaliar o peso actual e aumento de peso previsto durante os 6 meses seguintes e se necessário, ajustar as doses de TAR em conformidade.</p> <p>Apoio e verificações de divulgação Apoiar responsáveis para efectuarem divulgação infantil adequada à idade é importante para adesão sustentada a longo prazo. Grupos de apoio de pares a responsáveis podem facilitar este processo através de discussão. Visitas de reabastecimento de TAR e consultas clínicas devem ser usadas para verificar com o responsável relativamente ao progresso.</p>

ADOLESCENTES

 QUANDO	<p>Saúde mental flutuante e necessidades de SSR Adolescência é um período de necessidades mentais e de SSR flutuantes. Um médico que vê um adolescente cada 6 meses teria oportunidade suficiente para identificar estas oportunidades. Adolescentes também podem escolher de ver um médico no entretanto, se necessário.</p> <p>Alinhar programa de visitas com calendário escolar Reduzindo a frequência de visitas permite que as visitas sejam programadas durante as férias escolares. Malawi e Zimbábwe especificamente permitem abastecimentos de TAR mais prolongados (6-12 meses) para clientes que frequentam escola ou universidade longe de casa. Ruanda fornece reabastecimentos para 3-meses, mas alinha consultas com adolescentes com férias escolares.</p>
 ONDE	<p>Espaços adequados aos jovens Adolescentes apreciam espaços designados para adolescentes. Oferecendo horas prolongadas ou de fim-de-semana especificamente para adolescentes automaticamente cria espaço designado para adolescentes. Quando horas prolongadas não são possíveis, considere designar uma sala específica nas instalações para consultas clínicas a adolescentes e distribuição de reabastecimento de TAR (mesmo que só operacional como tal durante períodos específicos). Quando os reabastecimentos de TAR em pontos de recolha comunitários, devem considerar-se horas de recolha específicas para adolescentes.</p> <p>Ambientes alternativos de apoio de pares Quando existem poucos clientes adolescentes em TAR para viabilizar a formação de grupos de apoio próximo das casas dos clientes, devem considerar-se alternativas a grupos de apoio de pares face-a-face, incluindo acesso a grupos de apoio virtuais ou salas de conversa.</p>
 QUEM	<p>Possibilidade de juntar reabastecimentos de TAR a ambientes de apoio de pares Podem existir ambientes de apoio de pares seja na clínica ou realizados por OBCs ou como parte de outros programas para adolescentes que podem proporcionar reabastecimentos de TAR. O facilitador do grupo de OBC poderia ser considerado para distribuir reabastecimentos de TAR pré-embalados.</p>
 O QUÊ	<p>Avaliação de necessidades de SSR Fornecimento de avaliação de SSR e planeamento familiar (PF) permanece essencial e não deve ser posto em risco. Sempre que possível, datas de regresso a PF devem ser alinhadas com datas de reabastecimentos de TAR. Anticoncepcionais orais podem ser fornecidos com os reabastecimentos de TAR.</p>

MULHERES GRÁVIDAS E LACTANTES

 QUANDO	Cuidados integrados de SMRC e VIH não significa restringir o período de reabastecimento de TAR As directrizes da OMS de 2016 recomendam integração de SMRC com cuidados maternos de VIH fornecidos pelo serviço de SMRC [5]. No entanto, isto não significa que os reabastecimentos de TAR só devem ser fornecidos para o período até à próxima visita de SMRC. O período máximo de reabastecimento de TAR ainda pode ser utilizado. Quanto menos reabastecimentos de TAR e consultas clínicas maternas de VIH devem ser fornecidas pelo serviço de SMRC, tanto mais eficiente e maneável para o sistema de saúde, e mais foco pode ser dado a cuidados gerais pré-natais óptimos (CPrN), cuidados pós-natais (CPoN) e seguimento de crianças expostas a VIH.
 ONDE	Fornecimento de cuidados maternos de TAR em locais de serviços de SMRC Cuidados clínicos maternos de VIH devem ser integrados com visitas de seguimento de cuidados para crianças expostas a VIH fornecidos pelo serviço de SMRC, especialmente para mulheres iniciadas em TAR durante a gravidez que não tiveram interacção anterior com serviços clínicos de VIH. Ver exemplo de clube pós-natal (página 29).
 QUEM	Cuidados integrados significa que a enfermeira de SMRC fornece consultas clínicas Modelos de fornecimento diferenciado de TAR para mulheres lactantes estáveis deveria idealmente ser integrado nos cuidados de SMRC com enfermeiras de SMRC efectuando consultas clínicas maternas de VIH. Reabastecimentos de TAR também podem ser fornecidos nos serviços de SMRC preferivelmente por fornecedores leigos, se possível.
 O QUÊ	Cuidados de SMRC ou verificação de SMRC integrados Quando cuidados de SMRC e consulta clínica materna de VIH não estão integrados, devem efectuar-se verificações tanto nas visitas de consultas clínicas como reabastecimentos de TAR para assegurar que MGL estão a atender os cuidados de SMRC.

John pensa: E se a minha mulher pudesse recolher os nossos reabastecimentos de TAR do trabalhador de saúde comunitário na nossa área no mesmo local que usam para testes de VIH? A enfermeira que verifica e imuniza o nosso bebé também poderia ver a minha mulher quanto ao seu VIH quando é necessário. E eu poderia ir à clínica uma vez por ano para não ter que faltar tanto ao trabalho.



Sofia pensa: E se eu pudesse recolher o meu reabastecimento de TAR cada três meses ao Sábado no meu grupo de apoio e ver a minha enfermeira somente cada segunda visita? Poderia obter o meu tratamento do facilitador do grupo no entretanto. Ainda poderia ingressar no grupo de apoio efectuado em qualquer outro Sábado quando sinto que necessito de apoio adicional.

CONCLUSÃO



CONCLUSÃO

Os princípios de cuidados diferenciados e fornecimento diferenciado de TAR devem ser ampliados para melhorar resultados de populações específicas ao mesmo tempo reduzindo sobrecarga desnecessária sobre trabalhadores de saúde e o sistema de saúde. Cuidados diferenciados, ou fornecimento diferenciado de serviços, deve ser baseado no contexto local e sensível às necessidades de crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes.

O *Quadro de Decisões para Populações Específicas* usa a abordagem de 5 etapas para orientar gerentes de programas de TAR para examinarem mudanças que podem ser efectuadas para diferenciar o fornecimento de cuidados de TAR. Esta abordagem reconhece que para crianças, adolescentes e MGL em particular, o fornecimento de TAR deve considerar a inclusão de apoio psicossocial, especialmente apoio de pares. Seguindo as 5 etapas, pode obter-se uma abordagem de

fornecimento de TAR de qualidade e centrada no cliente para populações específicas.

Fornecimento diferenciado de TAR para populações específicas não se deve limitar a clientes que sejam clinicamente estáveis. Cada vez mais, cuidados diferenciados podem beneficiar clientes recentemente iniciados no tratamento e que não são viralmente suprimidos. Uma abordagem de cuidados diferenciados deve também ser aplicada a todo o continuum de cuidados – com abordagens diferenciadas de prevenção (por exemplo, fornecimento de PrEP), testes, elos e início de TAR.

Este quadro é de melhor uso em paralelo com as Considerações Chave [3] e as ferramentas e melhores práticas disponíveis em www.differentiatedcare.org. Agradecemos os seus comentários.

Por favor envie-nos um email para decisionframework@iasociety.org e visite www.differentiatedcare.org para mais detalhes.

Com fornecimento diferenciado de TAR...



... Sofia pode concentrar-se no seu trabalho escolar e recebe apoio de pares.



... Miriam pode recolher tanto o seu tratamento como o do filho rapidamente na clínica local trimestralmente.



... Andrew observou melhoramentos de satisfação do cliente e resultados entre crianças, adolescentes e MGL.



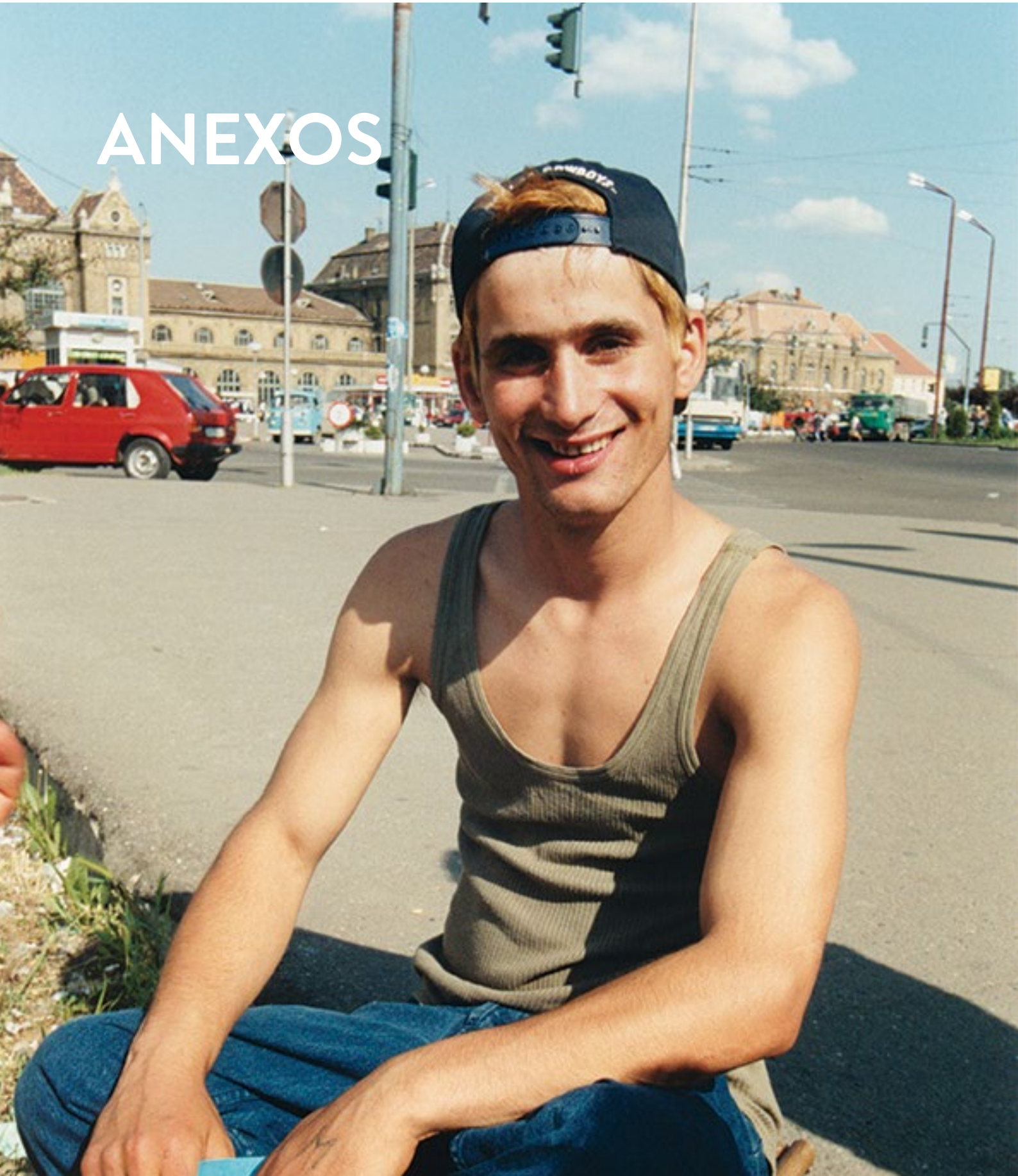
... Nadia recolhe o seu tratamento e o do marido numa farmácia comunitária. Recebe cuidados clínicos de VIH da enfermeira de SMRC e o marido vai à clínica uma vez por ano para exame clínico.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS 2016.
2. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkranz P, Ellman T, Ferris R, 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. World Health Organization, International AIDS Society (IAS), CDC, USAID, PEPFAR. Key Considerations for differentiated antiretroviral therapy for specific populations: Children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Geneva: WHO 2017.
4. International AIDS Society (IAS). Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery Durban, South Africa 2016 July 2016.
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. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, Switzerland UNAIDS 2014 October 2014.
7. Richter L. An introduction to family-centred services for children affected by HIV and AIDS. *J Int AIDS Soc*. 2010 Jun 23;13 Suppl 2:S1.
8. Richter LM, Sherr L, Adato M, Belsey M, Chandan U, Desmond C, et al. Strengthening families to support children affected by HIV and AIDS. *AIDS Care*. 2009;21 Suppl 1:3-12.
9. Myer L, Abrams EJ, Zhang Y, Duong J, El-Sadr WM, Carter RJ. Family matters: Co-enrollment of family members into care is associated with improved outcomes for HIV-infected women initiating antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014 Dec 01;67 Suppl 4:S243-9.
10. Leeper SC, Montague BT, Friedman JF, Flanigan TP. Lessons learned from family-centred models of treatment for children living with HIV: current approaches and future directions. *J Int AIDS Soc*. 2010 Jun 23;13 Suppl 2:S3.
11. Amzel A, Toska E, Lovich R, Widyono M, Patel T, Foti C, et al. Promoting a combination approach to paediatric HIV psychosocial support. *AIDS*. 2013 Nov;27 Suppl 2:S147-57.
12. Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, Holmes C, Wilkinson L, Biot M, et al. Reframing HIV care: putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Trop Med Int Health*. 2015 Apr;20(4):430-47.
13. Fox MP, Rosen S. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis 2008-2013. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;69(1):98-108.
14. Boender TS, Sigaloff KC, McMahon JH, Kiertiburanakul S, Jordan MR, Barcarolo J, et al. Long-term Virological Outcomes of First-Line Antiretroviral Therapy for HIV-1 in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2015 Nov 1;61(9):1453-61.
15. Nachega JB, Hislop M, Nguyen H, Dowdy DW, Chaisson RE, Regensberg L, et al. Antiretroviral therapy adherence, virologic and immunologic outcomes in adolescents compared with adults in southern Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 May 1;51(1):65-71.
16. Davies MA, Keiser O, Technau K, Eley B, Rabie H, van Cutsem G, et al. Outcomes of the South African National Antiretroviral Treatment Programme for children: the leDEA Southern Africa collaboration. *S Afr Med J*. 2009;99:730-7.
17. Tenthani L, Haas AD, Tweya H, Jahn A, van Oosterhout JJ, Chimbandira F, et al. Retention in care under universal antiretroviral therapy for HIV-infected pregnant and breastfeeding women ('Option B+') in Malawi. *Aids*. 2014 Feb 20;28(4):589-98.
18. UNAIDS. AIDS by numbers. Geneva, Switzerland: UNAIDS 2015.
19. World Health Organization. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization 2015 September 2015.
20. UNAIDS. Get on the fast-track - The life-cycle approach to HIV. Geneva: UNAIDS 2016 21 November 2016.
21. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization 2014.
22. MacPherson P, Munthali C, Ferguson J, Armstrong A, Kranzer K, Ferrand RA, et al. Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. *Trop Med Int Health*. 2015 Aug;20(8):1015-32.
23. Swaziland National AIDS Programme. National policy guidelines for community-centred models of antiretroviral therapy service delivery (CommART) in Swaziland. In: Programme SNA, editor. Mbabane, Swaziland: Ministry of Health 2016.

24. Romero-Daza N, Ruth A, Denis-Luque M, Luque JS. An alternative model for the provision of services to HIV- positive orphans in Haiti. *Journal of Health care for the Poor and Underserved*. 2009;20(4):36-40.
25. Wilkinson L, Harley B, Sharp J, Solomon S, Jacobs S, Cragg C, et al. The expansion of the Adherence Club model for stable antiretroviral therapy patients in the Cape Metro, South Africa 2011-2015. *Tropical Medicine & International Health*. 2016 June 2016;21(6):743-9.
26. Tsondai P, Wilkinson L, Henwood R, Ullauri A, Cassidy T, Tutu S, et al. Retention and viral suppression outcomes of patients enrolled in family ART adherence clubs in Cape Town, South Africa. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); Paris, France 2017.
27. Médecins Sans Frontières Khayelitsha. Youth linkage and retention interventions from HIV diagnosis to adult care transition: Report and toolkit 2016.
28. Africaid [cited 2017 31 May 2017]; Available from: [http:// www.africaid-zvandiri.org/programmes-adolescent-treatment-supporters/](http://www.africaid-zvandiri.org/programmes-adolescent-treatment-supporters/).
29. Ministry of Health and Child Care. Operational and service delivery manual for prevention, care and treatment of HIV in Zimbabwe. Zimbabwe 2017.
30. Bacha J, Aririguzo L, Wanless S, Ngo K, Campbell L, Shutze G. The standardized pediatric expedited encounters for ART drugs initiative: description and evaluation of an innovative pediatric ART health service delivery model in Tanzania. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); Paris, France 2017.
31. Cawley C, Nicholas S, Szumilin E, Perry S, Amoros Quiles I, Masiku C, et al. Six-monthly appointments as a strategy for stable antiretroviral therapy patients: evidence of its effectiveness from seven years of experience in a Médecins Sans Frontières supported programme in Chiradzulu district, Malawi 21st International AIDS Conference (AIDS 2016); Durban, South Africa 2016.
32. Tsondai PR, Wilkinson L, Grimsrud A, Mdlalo PT, Ullauri A, Boule A. High rates of retention and viral suppression in the scale-up of antiretroviral therapy adherence clubs in Cape Town, South Africa. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(Suppl 4).
33. Venables E, Towriss C, Rini Z, Nxiba X, Solomon S, Cassidy T, et al. "If I'm not in the club, I have to move from one chair to another." A qualitative evaluation of patient experiences of adherence clubs in Khayelitsha and Gugulethu, South Africa. 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017); Paris, France 2017.

ANEXOS



ANEXO 1:

Anexos em linha disponíveis para apoiar implementação

Disponível em www.differentiatedcare.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes (<http://bit.ly/2sVehV5>)

- Anexo em linha 1: Planilha para mapeamento de exemplos comuns de fornecimento diferenciado de TAR a nível nacional
- Anexo em linha 2: Questionário a nível de instalação para avaliação de linha de base de fornecimento diferenciado de TAR
- Anexo em linha 3: Planilha para avaliar políticas relevantes relativas a fornecimento diferenciado de TAR
- Anexo em linha 4 (word): ARASA/ITPC Questionário para avaliar perspectivas de pessoas que vivem com VIH e trabalhadores de saúde sobre fornecimento diferenciado de TAR
- Anexo em linha 4 (PDF): ARASA/ITPC Questionário para avaliar perspectivas de pessoas que vivem com VIH e trabalhadores de saúde sobre fornecimento diferenciado de TAR
- Anexo em linha 5: Considerações para outros grupos de clientes
- Anexo em linha 6: Resumo de mecânica de modelos – o “como”

ANEXO 2:

Adaptações feitas ao modelo de clube de adesão a TAR para populações específicas

Na província do Cabo Ocidental da África do Sul, clubes de adesão para adultos foram adaptados para famílias, jovens e mulheres pós-natais. Cada uma das pedras basilares (Parte 5) foi revista para satisfazer as necessidades da população específica. Este é um exemplo de quando um modelo pré-existente de fornecimento diferenciado de TAR foi adaptado para populações específicas (página 19).



CLUBES DE ADULTOS



CLUBES FAMILIARES
(CRIANÇAS & RESPONSÁVEIS)



CLUBES DE JOVENS



CLUBES PÓS-NATAIS

Pedras basilares de clubes de adesão para adultos

Critérios para clubes de adesão: 6m em TAR + 1 CV <400 cópias/ml + sem condição clínica exigindo seguimento mais atento

	REABASTECIMENTOS DE TAR*	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL*
QUANDO	2-4 meses	Anual	2-4 meses
ONDE	Clínicas de cuidados primários ou locais comunitários	Clínicas de cuidados primários	Clínicas de cuidados primários ou locais comunitários
QUEM	Fornecedores leigos	Enfermeira	Fornecedores leigos
O QUÊ	TAR Pré-embalados Exame breve de sintomas	Consulta clínica Tirar sangue (CV)**	Apoio de pares facilitado (grupo de 25-30 clientes)

* No modelo de clube de adesão, reabastecimentos de TAR e apoio psicossocial ocorrem na mesma visita e a consulta clínica é feita imediatamente após uma das visitas de reabastecimentos de TAR.

** O sangue é tirado pela enfermeira na visita anterior de reabastecimento de TAR.

Pedras basilares de clubes de adesão para mulheres pós-parto

Critérios para clubes pós-natais: Todas as mulheres VIH-positivas pós-parto em TAR

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
QUANDO	Mensalmente nos primeiros 6 meses; depois cada 3 meses	Mensalmente nos primeiros 6 meses; depois cada 3 meses	Mensalmente nos primeiros 6 meses; depois cada 3 meses
ONDE	Cuidados de SMRC na clínica de cuidados primários	Cuidados de SMRC na clínica de cuidados primários	Cuidados de SMRC na clínica de cuidados primários
QUEM	Fornecedor leigo	Enfermeira de SMRC	Fornecedor leigo
O QUÊ	TAR pré-embalados Breve exame de sintomas Reabastecimento de Cotrimoxazola para crianças	Consulta clínica de SMRC Teste de VIH em crianças Consulta clínica materna de VIH (6 meses) Tirar sangue (CV - 6 meses)	Apoio de pares facilitado (grupo de 6-12 PMCs) Sessão de aconselhamento estruturada Orientação de cuidados e desenvolvimento infantil

Pedras basilares de clubes de adesão para adolescentes

Critérios para clubes de jovens: 12-25 anos+ ilegível pré-TAR / iniciado em TAR / estável em TAR (12m em TAR + 2 CV <400 cópias/ml + sem condição clínica exigindo seguimento mais atento).

	REABASTECIMENTOS DE TAR*	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL*
QUANDO	Mensalmente nos primeiros 6 meses; depois mesmo dos adultos	Mesmo programa que reabastecimento de TAR para clientes novos em tratamento (ainda não estáveis)	Mensalmente nos primeiros 6 meses; depois mesmo dos adultos
ONDE	Clínicas de cuidados primários	Clínicas de cuidados primários	Clínicas de cuidados primários
QUEM	Fornecedor leigo com formação adequada a jovens	Enfermeira	Fornecedor leigo com formação adequada a jovens
O QUÊ	TAR pré-embalados Breve exame de sintomas PF fornecido após o grupo por enfermeira nas instalações Tirar sangue (CV - anual)	Consulta clínica Tirar sangue (CV)	Apoio de pares facilitado (grupo 18-22 clientes) Sessão de aconselhamento estruturado Actividade interactiva

Pedras basilares de clubes de adesão familiares

Critérios para clubes familiares: Criança (>5 anos) + 12m em TAR + 2 CV <400 cópias/ml + sem condição clínica exigindo seguimento mais atento. Se o responsável em TAR = satisfaz critérios para adulto estável.

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
QUANDO	2-4 meses	Anual	2-4 meses
ONDE	Clínicas de cuidados primários	Clínicas de cuidados primários	Clínicas de cuidados primários
QUEM	Fornecedores leigos	Enfermeira	Fornecedores leigos
O QUÊ	TAR pré-embalados Breve exame de sintomas Verificação de dose Tirar sangue (CV anual)	Consulta clínica Tirar sangue (CV)	FApoio de pares facilitado (grupo de 25-30 clientes) Apoio a divulgação infantil





ANEXO 3:

Adaptações feitas ao modelo de Apoiantes Comunitários de Tratamento a Adolescentes para incluir reabastecimento de TAR





No Zimbábue, o Apoiantes Comunitários de Tratamento a Adolescentes da Africaid (ACTA) tem fornecido apoio psicossocial a crianças e adolescentes que vivem com VIH. Para apoiar as necessidades dos adolescentes, o manual de fornecimento de serviços de 2017 recomenda reabastecimentos de TAR em grupos de adolescentes baseados nas instalações, incluindo ACTA nas visitas de reabastecimento de TAR. Este é um exemplo de aplicação de uma intervenção de apoio psicossocial em um modelo de fornecimento diferenciado de TAR (página 21).

Antes do fornecimento diferenciado de TAR, não existia elo directo entre os serviços clínicos e apoio psicossocial.

As pedras basilares de cuidados de VIH a adolescentes no Zimbábue antes de 2017

	REABASTECIMENTOS DE TAR & CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
 QUANDO	Cada 1-3 meses	Conforme necessário
 ONDE	CCP	Comunidade, fora das instalações
 QUEM	Enfermeira e conselheiro primário	Apoiantes Comunitários de Tratamento a Adolescentes
 O QUÊ	Reabastecimentos de TAR e cotrimozazola Educação de SSR e serviços para adolescentes	Apoio de pares

As pedras basilares de reabastecimentos de grupos de adolescentes baseados nas instalações incorporando ACTA após 2017

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
 QUANDO	3 meses	6 meses	3 meses*
 ONDE	CCP	CCP	CCP com visitas adicionais na comunidade, fora das instalações de saúde
 QUEM	Conselheiros primários/ACTA	Enfermeira	ACTA
 O QUÊ	Reabastecimentos de TAR e cotrimoxazola Exame de encaminhamento	Consulta clínica Serviços de SSR Tirar sangue (anual se CV)	Apoio de pares Educação de SSR Verificação de adesão Exame de encaminhamento

* Mais frequentemente fora do modelo conforme necessário.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todas as pessoas e organizações que forneceram orientação, comentários e apoio durante o desenvolvimento do *Quadro de Decisões para Populações Específicas*.


Agradecemos ao Grupo de Trabalho Técnico pelo seu inestimável apoio e comentários – Tom Ellman (MSF), Peter Ehrenkranz (BMGF), Robert Ferris (USAID), Nathan Ford (OMS), Anna Grimsrud (IAS), Maureen Murenga (ICW), Kevin Osborne (IAS), Annette Reinisch (Global Fund), George Siberry (OGAC) e Isaac Zulu (CDC). Agradecemos também a Gloria Anyalechi (CDC), Laura Broyles (CDC), Helen Bygrave (consultora), Meena Srivastava (USAID) e David Sullivan (USAID) pelos seus comentários.

Agradecemos a todos os participantes na *Consulta sobre modelos de serviços de fornecimento diferenciado de VIH para populações e ambientes específicos* da OMS, particularmente os nossos colegas da OMS, Meg Doherty, Nathan Ford e Shaffiq Essajee.

Agradecemos a Lynne Wilkinson por elaborar o *Quadro de Decisões para Populações Específicas* e a Tara Mansell e Nelli Bazarova da IAS. Agradecemos também aos Jovens Defensores para Cuidados Diferenciados e suas respectivas organizações, incluindo Shanine Mushonga (Africaid, Zimbabwe), Prosper Ndlovu (Saúde Reprodutora de Wits e Instituto de VIH, África do Sul), Arnold Mwakalindo (Opções de Saúde Familiar do Quênia, Quênia), Lynda Sichali (Juventude e Sociedade, Malawi) e Lilian Benjamin (Aliança de Juventude da Tanzânia, Tanzânia). Agradecemos à Coligação de Tratamento de Adolescentes, incluindo Carlo André Oliveras Rodríguez.

Agradecimentos especiais às organizações que forneceram conteúdo para o *Quadro de Decisões para Populações Específicas* e, em particular, Africaid, Baylor, MSF, YouthLEAD, OMS e ministérios da saúde no Malawi, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.

Agradecemos à Fundação Bill & Melinda Gates pelo apoio financeiro.

A photograph of a woman with dark skin and hair, wearing a light blue t-shirt, holding a baby wrapped in a pink and white checkered cloth. She is looking off to the side with a serious expression. The background is dark and out of focus. In the bottom right corner, the arm and hand of another person wearing a pink shirt are visible, resting on a surface.

CUIDADOS DIFERENCIADOS PARA VIH: UM QUADRO DE DECISÕES PARA FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TRATAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS

Para crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes

Publicado pela: International AIDS Society (IAS)

Contacto: decisionframework@iasociety.org Paris, França. Julho 2017.

Direitos de autor: Fornecemos autorização para que excertos sejam fotocopiados ou reproduzidos desde que a fonte seja clara e devidamente reconhecida.

Créditos fotográficos em ordem de publicação no documento: Kate Holt/JHPIEGO & MCSP; Ali Khurshid/Lighthouse Photography & MCSP; Amar Nath Dutta/Photoshare; Karen Kasmauski/MCSP; Aimee Centivany/Photoshare; Lana Abramova/MSF; Wendy Tactuk/CapacityPlus & IntraHealth International; Mike Jay Browne/Photoshare; e Karen Kasmauski/MCSP & Jhpiego.

As fotografias neste material são utilizadas apenas para fins ilustrativos; não implicam qualquer condição particular de saúde, atitudes, comportamentos ou acções por parte de qualquer pessoa nas fotografias.

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



Serão desenvolvidas iterações adicionais da série de Quadro de Decisões para apoiar outras populações especiais, incluindo homens e populações chave, outras partes da cascata de cuidados de VIH e contextos diferentes.

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

Tenho que ir para a escola e devo caminhar muito para ir à clínica.



Sofia, uma adolescente

Devo melhorar os resultados de retenção no meu distrito.



Andrew, um gerente distrital de TAR

Devo ir a locais diferentes para o meu tratamento e o do meu filho.



Miriam & Joe, mãe e filho

Sinto-me saudável e devo trabalhar e a minha mulher está muito ocupada com o novo bebé.



John, Nadia & Noah, pais e bebé