



FORNECIMENTO DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS PARA VIH:

## UM QUADRO DE DECISÕES PARA FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TRATAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS PARA POPULAÇÕES CHAVE

A última milha no acesso universal

É hora de *fornecer* em modo diferente.



**Fornecimento de serviços diferenciados:**

- Efectuar fornecimento de TAR centrado no cliente
- Pertinente para todas as pessoas que vivem com VIH incluindo populações chave

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



***Um Quadro de Decisões para fornecimento diferenciado de tratamentos antirretrovirais para populações chave*** chama atenção objectiva para as populações específicas de homens que têm relações sexuais com homens, pessoas transexuais, pessoas que injectam drogas e profissionais do sexo. Os conceitos aqui apresentados são aplicáveis a uma audiência global.

Este é o terceiro na série de Quadros de Decisões – um passo essencial na direcção dos objectivos de 90-90-90.

# ÍNDICE

---

Desafios comuns: Porque é hora de fornecer em modo diferente.....	v
Resumo executivo.....	vi
Prefácio.....	viii
<b>PARTE 1: INTRODUÇÃO .....</b>	<b>X</b>
O que é fornecimento de serviços diferenciados para VIH?.....	1
Porque é necessário diferenciar fornecimento de serviços para populações chave?.....	1
Quais são os princípios fundamentais de FSD? .....	2
O que é fornecimento diferenciado de TAR? .....	3
Fornecimento diferenciado de TAR é para todos .....	5
Quatro modelos gerais de fornecimento diferenciado de TAR .....	5
<b>PARTE 2: A ABORDAGEM DE CINCO ETAPAS PARA FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR A POPULAÇÕES CHAVE .....</b>	<b>6</b>
A abordagem de cinco etapas.....	7
<b>PARTE 3: QUAIS SÃO OS TRÊS ELEMENTOS?.....</b>	<b>12</b>
Os três elementos.....	13
Como diferenciamos com base em características clínicas? .....	14
Como diferenciamos com base na população específica?.....	15
Como diferenciamos com base em contexto?.....	16
Factores críticos .....	17
<b>PARTE 4: AVALIAR SE ADAPTAR OU ESTABELECE UM MODELO DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR.....</b>	<b>18</b>
Adaptar ou estabelecer.....	19
Quando é apropriado estabelecer um novo modelo de fornecimento de TAR para populações chave? .....	20
<b>PARTE 5: ADAPTAR OU ESTABELECE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR PARA POPULAÇÕES CHAVE.....</b>	<b>22</b>
As pedras basilares.....	23
“ONDE” são fornecidos TAR? .....	24
“QUEM” proporciona fornecimento diferenciado de TAR? .....	26
“QUANDO” são fornecidos TAR? .....	28
“QUE” serviços devem ser oferecidos? .....	30

<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>32</b>
------------------------	-----------

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>
--------------------------	-----------

<b>ANEXOS .....</b>	<b>36</b>
---------------------	-----------

## **LISTA DE ESTUDOS DE CASO**

Estudo de caso 1: Avaliação das percepções de profissionais do sexo femininas e de trabalhadores de saúde sobre serviços de TAR para populações chave, África do Sul .....	9
Estudo de caso 2: Governo e populações chave a trabalhar em colaboração, Gana .....	9
Estudo de caso 3: Envolver populações chave para proporcionar formação de sensibilização a trabalhadores de saúde, Jamaica .....	9
Estudo de caso 4: Expansão de serviços para alcançar pessoas que injectam drogas e homens que têm relações sexuais com homens, África do Sul .....	10
Estudo de caso 5: Utilização de centros facultativos de acolhimento para fornecer serviços abrangentes, Quênia .....	11
Estudo de caso 6: Início de TAR no mesmo dia em ambientes de base comunitária, Tanzânia .....	11
Estudo de caso 7: Fornecimento de serviços diferenciados em áreas que têm baixa densidade de profissionais do sexo femininas, África do Sul .....	16
Estudo de caso 8: Fornecimento de serviços paralegais nos serviços de saúde, Burundi .....	16
Estudo de caso 9: Fornecimento de serviços a profissionais do sexo femininas e homens que têm relações sexuais com homens em um contexto político desafiador, Tanzânia .....	16
Estudo de caso 10: Educadoras pares de profissionais do sexo femininas, Zimbábue .....	17
Estudo de caso 11: Direitos e serviços para profissionais do sexo, Macedónia.....	17
Estudo de caso 12: Expansão de centros de acolhimento de PC para homens que têm relações sexuais com homens e profissionais do sexo para incluir início e distribuição de TAR através de LINKAGES, Quênia .....	19
Estudo de caso 13: Fornecimento de saúde e bem-estar sexual holísticos para homens que têm relações sexuais com homens, África do Sul.....	19
Estudo de caso 14: Adaptação de fornecimento comunitário de TAR liderado pelo cliente, Uganda .....	20
Estudo de caso 15: Serviços de Saúde Liderados por População Chave, Tailândia .....	20
Estudo de caso 16: Descentralização de cuidados de VIH para homens que têm relações sexuais com homens na Cidade de Guatemala .....	24

## **EXEMPLOS**

Exemplo 1: Fornecimento de TAR com base comunitária para pessoas que injectam drogas, Índia .....	25
Exemplo 2: Fornecimento de TAR liderado por profissionais do sexo femininas, Uganda .....	27
Exemplo 3: Fornecimento de TAR liderado por organizações de populações chave para mulheres transexuais, Tailândia .....	29
Exemplo 4: Integração de fornecimento de TAR em serviços de PC, Haiti .....	31

## ABREVIATURAS

ARV	Antirretroviral	ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
C&A	Controlo & avaliação	OSC	Organização da sociedade civil
CCD	Centros de Controlo e Prevenção de Doenças	PCDMs	Pontos comunitários de distribuição de medicamentos (Uganda)
CD4	Classe de diferenciação 4	PC	População chave
CDA	Centro de acolhimento	PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para Combate à SIDA (EUA)
CPN	Cuidados pré-natais	PPE	Profilaxia pós-exposição
CV	Carga viral	PPrE	Profilaxia Pré-exposição
DCTL	Distribuição comunitária de TAR liderada pelo cliente (Uganda)	PVVIH	Pessoas que vivem com VIH
FGTSM	Fundo Global para TB, SIDA e Malária	RSAT	Rainbow Sky Association Tailândia
FSD	Fornecimento de serviços diferenciados	SSLPC	Serviços de Saúde Liderados pela População Chave (Tailândia)
IAS	International AIDS Society (Sociedade Internacional da SIDA)	SWING	Bangcoque e Songkhla, Service Workers IN Group Foundation
IO	Infecção oportunistas	TAR	Tratamentos antirretrovirais
ITS	Infecção transmitida sexualmente	TASO	The AIDS Treatment Organization (Organização de Tratamento de SIDA) (Uganda)
LINKAGES	Continuum de Serviços de VIH para Populações Chave Afectadas pelo projecto VIH	TB	Tuberculose
NACO	National AIDS Control Organization (Organização Nacional de Controlo da SIDA) (Índia)	TSC	Trabalhador de saúde comunitário
OBC	Organização de base comunitária	TSO	Terapia de substituição de opióides
OMS	Organização Mundial da Saúde	USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
ONG	Organização não-governamental	VHC	Vírus da hepatite C

**“Envolver as comunidades e organizações de populações chave como parceiros e líderes na implementação de serviços de saúde é uma abordagem informada com base em evidência para melhorar a qualidade e a aceitação dos serviços.”**

**– Organização Mundial da Saúde**

# DESAFIOS COMUNS: PORQUE É HORA DE FORNECER EM MODO DIFERENTE



## PERSPECTIVA DO CLIENTE



Eles tratam-me como alguém de outro planeta. Então o meu nome e endereço não correspondem ao meu cartão de identidade. Isto não é justificação para o modo com sou tratado. O médico não entende o uso de hormonas e VIH. Por que me devo incomodar a ir? Estou melhor cuidando de mim mesmo.

Eu não entendo. O que é que ele quer ou necessita? Como o/a chamo? Estou confuso. Eu realmente nem sei onde começar com um exame físico. Não temos formação sobre género e sexualidade.



Tenho que me deslocar muito, pois existem lugares diferentes onde posso encontrar trabalho em diferentes épocas do ano. É frustrante que deva ir à minha clínica para obter reabastecimentos de TAR e eles só me dão um mês de medicamentos de cada vez.

As nossas directrizes só nos permitem dar um mês de TAR. Isto é realmente difícil para os nossos clientes que nos dizem que vão viajar. Não poderíamos dar reabastecimentos mais extensos?



## PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE SAÚDE

Eu trabalho durante a noite e depois descanso enquanto os meus filhos estão na escola. Ir à clínica de TAR na manhã é realmente difícil e não me posso permitir de ir à clínica particular.

Por que devemos ter a nossa clínica em funcionamento no fim da tarde? Estamos tão ocupados. Sabemos que existem profissionais do sexo na comunidade local, mas por que não podem vir durante o horário normal da clínica?



Acabei de descobrir que estou a viver com VIH e tenho receio de partilhar a minha condição. Se eu for à clínica, não será que todos sabem que sou positivo? Tenho muito receio de dizer ao meu parceiro sobre o resultado do meu teste.

Ouvi dizer que existem altos índices de violência baseada em género na minha comunidade, mas como posso ajudar? Eu sou apenas uma pessoa.



## RESUMO EXECUTIVO

Há boas notícias na luta contra o VIH. Tratamentos antirretrovirais (TAR) estão a manter as pessoas vivas, saudáveis e vivendo mais anos. A Profilaxia de Pré-exposição (PPrE) está a ajudar a prevenir novas infecções. Um recorde de 20,9 milhões de pessoas estão em TAR, o que significa, pela primeira vez, que mais de metade de todas as pessoas que vivem com VIH estão em tratamento<sup>1</sup>.

Mas existem lacunas. As populações-chave (PCs) são desproporcionalmente afectadas pelo VIH, mas estão sub-representadas nos programas de testes e tratamento de VIH<sup>2,3</sup>. Dados globais revelam que a prevalência de VIH entre populações-chave, incluindo homens que têm relações sexuais com homens, pessoas que injectam drogas, profissionais do sexo e pessoas transexuais, é substancialmente mais alta do que entre a população geral<sup>4</sup>. As análises de 2017 destacam que 80% das novas infecções por VIH fora da África Subsaariana ocorrem entre populações-chave e seus parceiros sexuais<sup>4</sup>. Mesmo em países de alta prevalência na África Subsaariana, as populações-chave são afectadas desproporcionalmente, com 25% das novas infecções ocorrendo entre este grupo. Além disso, as populações-chave têm reduzido acesso a tratamento e enfrentam desafios específicos em permanecer em tratamento em comparação com a população geral<sup>5-8</sup>. Estas são populações que ficaram para trás na luta contra o VIH.

As preocupações de um gestor distrital de VIH e de um membro de uma população-chave ilustradas ao lado, realçam alguns dos desafios enfrentados à medida que continuamos a aumentar o acesso aos cuidados e tratamento de VIH. As vulnerabilidades das populações-chave resultam em que estas sejam desproporcionalmente afectadas por VIH em todos os países e ambientes. Estes riscos desproporcionais estão relacionados com questões comuns entre os membros destas populações, tais como desigualdades legais e sociais específicas que aumentam a sua vulnerabilidade. Populações-chave estão muitas vezes socialmente isoladas e sujeitas a rejeição social, estigma e auto-estigma, discriminação e criminalização. Muitos vivem com medo da violência e, com demasiada frequência, são excluídos ou auto-excluídos do acesso aos serviços de saúde. O Anexo 1 inclui uma lista de documentos de referência importantes sobre cuidados de VIH para populações-chave<sup>9-12</sup>.



Eu não compreendo a alta prevalência de VIH entre as populações-chave ou os efeitos de estigma e discriminação nos resultados de saúde para esses indivíduos.

Saiba mais sobre **Andrew**, um gerente distrital de TAR, na página 4



Tenho medo de ir à minha clínica local de VIH por medo de que alguém me veja - seja um possível cliente ou alguém da minha família.

Saiba mais sobre a **Namrata**, uma profissional do sexo, na página 4

O fornecimento de serviços diferenciados (FSD) oferece uma oportunidade para reconsiderar como o sistema de saúde se pode adaptar para garantir que populações anteriormente mal servidas recebam cuidados centrados no cliente. As populações-chave devem fazer parte da resposta se quisermos atingir os objectivos de 90-90-90 estabelecidos: 90% das pessoas que vivem com VIH conhecem a sua condição; 90% destas têm acesso a tratamento; e 90% daqueles em tratamento alcançam supressão viral e avançam para os objectivos de 95-95-95 até 2030.

**“O fornecimento diferenciado de TAR pode abordar as desigualdades no acesso de populações-chave aos serviços de tratamento de VIH, desenvolvendo novos modelos de fornecimento de TAR que satisfazem as necessidades específicas de populações-chave e atingem grupos marginalizados, criminalizados e estigmatizados. O fornecimento diferenciado de TAR pode também permitir que comunidades de populações chave estejam mais envolvidas nos cuidados e tratamento de VIH.”**

– Organização Mundial da Saúde

### Uso do termo “populações-chave”

O Quadro de Decisões para populações-chave concentra-se objectivamente em quatro grupos:

- Homens que têm relações sexuais com homens
- Pessoas que injectam drogas
- Profissionais do sexo
- Pessoas transexuais.

Neste documento, para facilitar o uso, será usado o acrónimo PC para nos referir-mos a esses quatro grupos.

Se bem que outros grupos, tais como migrantes e pescadores, também estejam sujeitos a uma maior vulnerabilidade a VIH, não estão sujeitos à criminalização na mesma forma que as quatro populações-chave que abordamos aqui. Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a ONUSIDA também incluam prisioneiros e pessoas em ambientes fechados entre grupos de populações chave, este documento não aborda este grupo, pois têm necessidades diferentes relacionadas com o fornecimento de cuidados de saúde<sup>3</sup>.

FSD, por vezes conhecido como cuidados diferenciados, relaciona-se com respostas de saúde centradas no cliente. O FSD envolve a adaptação de serviços ao longo de um processo contínuo, desde a prevenção até ao tratamento, incluindo diagnósticos, cuidados e apoio. Este quadro de decisões é um dos quatro quadros de decisões de FSD destinados a apoiar a tomada de decisões por parte de gestores de saúde nos ministérios da saúde. Os outros três quadros centram-se no fornecimento diferenciado de TAR para adultos clinicamente estáveis e para crianças, adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e serviços diferenciados de testes de VIH.

**As populações-chave podem beneficiar do acesso a fornecimento diferenciado de TAR e não devem ser excluídas com base no uso de drogas, profissão, identidade de género ou orientação sexual.**

**Além disso, sempre que possível, os serviços devem ser descentralizados para ambientes, tais como centros de atendimento, para facilitar o acesso ao tratamento.**

**Os pares de populações-chave devem estar activamente envolvidos no fornecimento de serviços de VIH e TAR.**

**Alguns indivíduos de PC** fazem parte de mais de uma população-chave. Por exemplo, alguns homens que têm relações sexuais com homens e algumas pessoas transexuais também podem envolver-se em trabalho sexual e/ou injectar drogas.

São necessários modelos de fornecimento de TAR que sejam adaptados, aceitáveis, acessíveis, eficazes e eficientes para populações-chave. Estas abordagens do fornecimento de cuidados de saúde devem andar de mãos dadas com a abordagem das barreiras sociais, estruturais, políticas e culturais aos serviços para populações chave. Quando nós, como agentes da saúde pública, alcançarmos e incluirmos com sucesso os excluídos, teremos atingido um outro nível na criação de sistemas de saúde que trabalham para alcançar o acesso universal. Embora os dados publicados sobre as populações-chave sejam frequentemente inexistentes, os programas de TAR devem responder directamente aos contextos locais relevantes e aos desafios enfrentados pelas populações-chave. “Tratamento para todos” só será alcançado se nos deslocar-mos às comunidades e ouvirmos as necessidades e preferências dos nossos clientes de populações chave, adaptando as nossas estratégias de serviço em conformidade.

**Dois intervenções chave que se aplicam a todas as populações-chave são reconsiderar o “quem” e o “onde” do fornecimento de TAR (discutido adicionalmente na Parte 5, As pedras basilares). Pares como parceiros e pares como fornecedores** proporcionam um meio novo e eficaz de preencher uma lacuna de recursos humanos, mas com pessoas que fornecem acesso legítimo e compreensão da população-chave específica. Utilizar a infra-estrutura comunitária existente, tal como os centros de atendimento como locais para consultas clínicas e fornecimento de TAR, também pode reduzir as barreiras associadas com o atendimento de serviços públicos de rotina.

Este quadro delineará a metodologia para identificar desafios específicos, decidir quais os modelos de FSD que podem resolver esses desafios e como adaptar ou estabelecer sistematicamente um modelo diferenciado de fornecimento de TAR para uma população-chave específica.



**Eu realmente gosto de frequentar o meu centro de atendimento. Bem gostaria de também poder receber ali os meus reabastecimentos de TAR.**

# PREFÁCIO

## Antecedentes da Série de Quadros de Decisões

O primeiro *Quadro de Decisões para fornecimento de TAR* foi lançado em Julho de 2016 e estabeleceu os antecedentes e princípios de FSD para clientes clinicamente estáveis, usando os princípios dos elementos e pedras basulares<sup>14</sup>. O quadro proporciona orientação sobre quais os elementos de FSD que devem receber prioridade para implementação e como estabelecer um determinado modelo.

Para além de clientes adultos clinicamente estáveis, o segundo na série, o *Quadro de Decisões para fornecimento diferenciado de TAR* a crianças, adolescentes e mulheres grávidas e lactantes foi desenvolvido e lançado em 2017<sup>15</sup>.

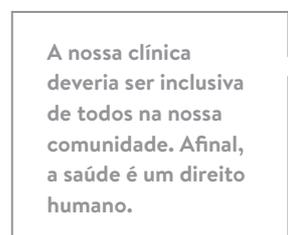
Este quadro, o terceiro da série, fornece orientação sobre como dar prioridade a uma abordagem de FSD para populações-chave com foco no fornecimento diferenciado de TAR. Este *Quadro de Decisões* foi desenvolvido com base em uma análise dos modelos actuais de melhores práticas e dos resultados de uma “Sessão de trabalho global sobre FSD para populações-chave” que reuniu quase 50 participantes de 20 países.

Um quarto *Quadro de Decisões* com foco em serviços diferenciados de testes para VIH, a ser lançado no final de 2018, inclui exemplos de como os modelos de fornecimento de serviços de testes para VIH podem ser adaptados para populações-chave.

## Populações-chave também podem beneficiar do acesso a fornecimento diferenciado de TAR

Populações-chave, muitas vezes excluídas do acesso aos serviços de saúde, também devem beneficiar de FSD, incluindo o fornecimento diferenciado de TAR. O foco principal do primeiro *Quadro de Decisões* foi de descrever modelos de fornecimento de TAR para adultos clinicamente estáveis. Nessa altura, isto era onde a maior parte da evidência estava disponível e inicialmente reflectia os maiores ganhos possíveis tanto para os clientes como para o sistema de saúde. As populações-chave que são estáveis também devem beneficiar de quaisquer modelos diferenciados de fornecimento de TAR que sejam implementados para a população em geral. À medida que os países formularam políticas de FSD, verificou-se um apelo mais intenso para orientação sobre como populações específicas também podem beneficiar de fornecimento diferenciado de TAR e como adaptar ou estabelecer modelos para essas populações.

O FSD oferece a oportunidade tanto de simplificar os cuidados para aqueles que se estão a dar bem no tratamento como fornecer cuidados adaptados para aqueles que lutam para iniciar TAR e permanecem nos cuidados com uma carga viral suprimida devido a barreiras ao acesso. Um *Quadro de Decisões* para fornecimento diferenciado de tratamentos antirretrovirais para populações-chave concentra-se em fornecer rumos alternativos para que populações-chave tenham acesso a serviços de saúde. Baseia-se nas evidências e recomendações fornecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>3,16</sup> e nas Considerações Chave<sup>13</sup> para desenvolver uma abordagem sistemática para estabelecer modelos eficazes de fornecimento de TAR para populações-chave.



## Como ler o Quadro de Decisões para populações-chave

Um Quadro de Decisões para fornecimento diferenciado de tratamentos antirretrovirais para populações-chave estabelece um entendimento abrangente do fornecimento diferenciado de TAR e uma abordagem de passo a passo para planejar o fornecimento de serviços de TAR para populações-chave e como adaptar ou estabelecer modelos de fornecimento diferenciado de TAR. Os exemplos e estudos de caso fornecidos concentram-se especificamente em populações-chave.

As Considerações Chave<sup>13</sup> e as directrizes consolidadas da OMS sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de VIH para populações-chave descrevem o “que” deve ser implementado. Este Quadro de Decisões concentra-se em “como” operacionalizar o fornecimento de serviços de TAR.

Se é um principiante em FSD, na série de Quadros de Decisões ou a trabalhar com populações-chave, leia a partir da Parte 1.

Se tem experiência em FSD ou leu os Quadros de Decisões anteriores, mas está menos familiarizado com populações-chave, preste muita atenção às Partes 1, 4 e 6.

Perco uma grande parte do meu dia quando devo ir buscar o meu TAR à clínica. Eles também sugeriram de me juntar a um grupo de apoio, mas os outros membros não compreendem os meus desafios. Pergunto a mim mesmo se poderia formar um grupo com os meus amigos homens que têm relações sexuais com homens que também necessitam de TAR.



Sei que existem profissionais do sexo femininas e homens que têm relações sexuais com homens que vêm à nossa clínica, mas não tenho certeza se o meu pessoal sabe como prestar os serviços de saúde sexual de que necessitam, bem como o seu TAR. Penso que devemos tentar integrar estes serviços.

## Objectivos do Quadro de Decisões para populações chave

Os objectivos do Quadro de Decisões para o fornecimento de TAR para populações chave são de fornecer:

- Um **contexto** para os princípios de FSD e fornecimento diferenciado de TAR e como se relacionam com populações-chave
- **Exemplos** de fornecimento diferenciado de TAR para populações chave que demonstram o uso dos elementos (Parte 3) e pedras basilares (Parte 5)
- **Orientação** sobre como adaptar ou estabelecer um modelo de fornecimento diferenciado de TAR para populações-chave específicas.

Um Quadro de Decisões para fornecimento diferenciado de tratamentos antirretrovirais para populações-chave visa tanto gestores nacionais e distritais de programas de VIH como, quando apropriado, parceiros de implementação, doadores e outras organizações que apoiam programas nacionais de VIH, incluindo a sociedade civil e organizações de populações chave baseadas na comunidade.

Um repositório de conhecimentos em linha ([www.differentiatedservicedelivery.org](http://www.differentiatedservicedelivery.org)) apoia o Quadro de Decisões para populações-chave. É o recurso de referência para FSD e inclui orientação global e nacional, modelos de melhores práticas de fornecimento de serviços com as suas respectivas ferramentas de implementação e recursos relacionados.



PARTE 1

# INTRODUÇÃO

# O QUE É FORNECIMENTO DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS PARA VIH?

O FSD é uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta os serviços de VIH em toda a cascata de cuidados de VIH para reflectir as necessidades e preferências de vários grupos de pessoas vulneráveis ou que vivem com VIH, ao mesmo tempo reduzindo encargos desnecessários no sistema de saúde<sup>17</sup>. Ao fornecer FSD, as barreiras ao acesso a serviços de VIH são reduzidas e o sistema de saúde pode concentrar de novo os recursos nos mais necessitados.

**Fornecimento de serviços diferenciados também é designado como cuidados diferenciados.**

O FSD visa melhorar a qualidade da experiência do cliente, colocando o cliente no centro do fornecimento de serviços, ao mesmo tempo assegurando que o sistema de saúde está a funcionar de maneira clinicamente responsável e eficiente. Para atender à diversidade de necessidades de populações-chave e pessoas que vivem com VIH (PVVIH), a OMS recomenda uma abordagem diferenciada do fornecimento de serviços<sup>16</sup>. Dentro de uma estrutura de saúde pública, pode-se considerar as necessidades de um grupo populacional de acordo com três elementos (Parte 3): a população específica de clientes; o contexto em que ele/ela vive e procura cuidados (por exemplo, ambiente urbano ou rural, de baixa ou alta sobrecarga); e as suas características clínicas.

## POR QUE É NECESSÁRIO DIFERENCIAR FORNECIMENTO DE SERVIÇOS PARA AS POPULAÇÕES CHAVE?

### Melhorar o acesso e a qualidade dos serviços

As populações-chave que foram socialmente isoladas muitas vezes não têm confiança nos serviços de saúde e temem ser estigmatizadas, discriminadas ou, em alguns casos, denunciadas às autoridades. Diferenciando o fornecimento de serviços para populações-chave, as iniquidades no acesso aos serviços de saúde em todo o espectro de serviços de prevenção, testes, cuidados e tratamento de VIH podem ser abordadas<sup>18</sup> conjuntamente com a melhoria da qualidade do pacote clínico abrangente oferecido<sup>3</sup>.

**Ao descentralizar o fornecimento de TAR à comunidade (por exemplo, para centros de atendimento), o acesso a serviços de VIH para populações-chave pode ser melhorado.**

Existem vários exemplos bem-sucedidos de FSD para populações-chave. A resposta comunitária das organizações de populações chave fornece alguns dos primeiros exemplos de FSD. Estes incluem serviços de alcance de prevenção realizados por organizações de base comunitária (OBCs), iniciativas de população chave para realização de testes e associação a serviços de saúde, grupos de apoio para populações-chave que vivem com VIH e centros de acolhimento (CDAs) oferecendo serviços, tais como informações e produtos de prevenção, tratamento de ITS, TSO e serviços de referência<sup>19</sup>. Com base nesses sucessos, incorporando os ensinamentos adquiridos de programas-piloto em abordagens apoiadas pelo ministério da saúde pode dar apoio à expansão adicional de FSD de qualidade.

### Melhorar o acesso

FSD para populações-chave, acima de tudo, significa melhorar o acesso a serviços de saúde para populações-chave. Devido aos altos níveis de criminalização, estigma e discriminação, associados em muitos casos com altos níveis de violência, muitas pessoas de populações-chave revelam relutância em usar os serviços de saúde públicos. Além disso, a marginalização social, a pobreza e a exclusão de seguros e previdência social resultam em reduzido acesso a TAR. Usando as pedras basilares de FSD para adaptar a forma como TAR são fornecidos pode superar algumas das barreiras ao acesso a TAR e apoiar a integração de tais serviços nas instalações de ministérios da saúde.

### Melhorar a qualidade dos cuidados

Através da lente de populações-chave específicas, adaptar e estabelecer modelos de FSD pode levar a um diagnóstico antecipado, associação a prevenção e tratamento e melhores resultados de tratamento. Além disso, a integração do pacote abrangente adequado com TAR pode melhorar a qualidade dos cuidados e resultados para o cliente.

Embora se devam ter em mente as eficiências de saúde e sustentabilidade a longo prazo, os contextos locais, sistemas de saúde locais e o nível de criminalização, estigma, discriminação e violência determinarão como alcançar populações-chave de outra forma excluídas. É importante que as populações-chave possam ter acesso a serviços relevantes e críticos às suas necessidades, quando necessário. Iniciativas de ONGs e comunitárias devem ter como objectivo complementar os serviços prestados pelo governo, idealmente trabalhando em conjunto para fornecer um serviço sustentável.

## Sensibilizar os profissionais de saúde sobre necessidades específicas

Muitos profissionais de saúde hesitam em tratar pessoas de populações-chave devido a preconceitos preconcebidos ou falta de familiaridade com a diversidade sexual e de género, trabalho sexual, saúde anal ou uso de drogas. O FSD pode auxiliar a criar sistemas para identificar pessoal clínico mais experiente, amigável ou aberto a receber formação sobre como tratar populações-chave. Existem algumas áreas que exigirão especialização médica específica (por exemplo, uso de hormonas e interações de TAR entre pessoas transexuais), conjuntamente com a consideração de questões éticas implicadas no envolvimento com comunidades de populações-chave. O que é melhor para o cliente, por sua vez, será melhor para o fornecedor, em última análise melhorando as eficiências do sistema de saúde e os resultados gerais de saúde.

## Apoio a “tratar todos” e alcançar 90-90-90

Em todo o mundo, quase 38 milhões de pessoas estão a viver com VIH e 20,9 milhões de pessoas estão a receber TAR<sup>4</sup>. Com a implementação da recomendação da OMS de 2015 para “tratar todos” os indivíduos VIH-positivos com TAR<sup>20</sup>, os sistemas de saúde, muitas vezes já sob pressão extrema devido à falta de recursos humanos e financeiros, estão a ser forçados a reexaminar como os cuidados de TAR são fornecidos. Embora o progresso na cobertura do tratamento tenha sido extraordinário nos últimos cinco anos, é hora de fazer um esforço conjunto para tratar as pessoas marginalizadas e excluídas que são desproporcionalmente afectadas pelo VIH, mas estão sub-representadas nos programas de testes e tratamento de VIH. É necessário um foco renovado para garantir uma melhor adesão e associações aos serviços de saúde entre as populações-chave.

# QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DE FSD?

## Fornecimento de cuidados centrados no cliente

Um princípio fundamental para diferenciar o fornecimento de serviços de TAR é identificar e abordar as barreiras específicas identificadas pelos clientes e capacitá-los para gerirem melhor sua saúde com o apoio do sistema de saúde, incluindo serviços baseados na comunidade. A OMS destaca a necessidade de cuidados centrados no cliente para melhorar a qualidade dos serviços de VIH (Quadro 1)<sup>16</sup>.



### Directrizes da OMS

#### Quadro 1: Recomendações da OMS para cuidados centrados no cliente<sup>16</sup>

“Os programas de VIH devem: fornecer cuidados centrados nas pessoas focados e organizados em torno das necessidades, preferências e expectativas de saúde das pessoas e comunidades, mantendo a dignidade e respeito individual, especialmente para populações vulneráveis, e envolver e apoiar pessoas e famílias a desempenharem um papel activo no seu próprio cuidado através de tomada de decisão informada.”

**Envolver os pares no fornecimento de serviços de VIH, incluindo o fornecimento de TAR, deveria ser uma prioridade na concepção de modelos de fornecimento de serviços diferenciados para populações-chave.**

## Reduzir o estigma e a discriminação e respeitar os direitos humanos

Criminalização, estigma e discriminação podem ser o maior obstáculo para que as populações-chave tenham acesso aos serviços de saúde. Através do envolvimento e capacitação da comunidade, o FSD pode aumentar as exigências de fornecimento de serviços isentos de estigma e iniciar o trabalho com parceiros de serviços de saúde para reduzir estigma e discriminação por meio de sensibilização e formação sobre as necessidades das populações-chave. É essencial ter em mente a segurança e protecção de populações-chave, especialmente em áreas onde são criminalizadas ou sujeitas a violência.

## Reconhecer a importância das comunidades e pares como fornecedores

Um Quadro de Decisões para o fornecimento de diferenciado de tratamentos antirretrovirais para populações-chave visa destacar como os modelos de fornecimento de TAR podem adoptar uma abordagem comunitária ao considerar as opções de fornecimento de TAR para populações-chave e seus parceiros. As redes que representam populações-chave são parceiros críticos na criação de exigências de serviços e na abordagem de barreiras ao acesso. O fornecimento de serviços por fornecedores leigos é recomendado pela OMS<sup>3</sup> e o papel dos pares no fornecimento de serviços e a influenciar o comportamento também é reconhecido na pedra basilar “quem” ao conceber qualquer modelo de FSD (Parte 5). A alfabetização sobre saúde e direitos também deve ser incorporada como componentes-chave para o desenvolvimento de comunidades flexíveis.

## Incluir apoio psicossocial

A importância do apoio psicossocial, seja por profissionais de saúde, comunidades ou pares, é de particular importância para as populações-chave. Muitas comunidades têm grupos de cuidados ou apoio prestados através de OBCs e/ou associados a instituições de saúde. Embora o aconselhamento sobre adesão individual seja uma parte importante do início de TAR e aconselhamento de adesão contínuo, o tipo e a frequência do apoio psicossocial devem ser adequados às necessidades e desejos do cliente. Isto pode incluir apoio de pares sociais em grupo e/ou indivíduos ou pares ou conselheiros treinados. Assim como as PVVIH nos modelos de FSD podem ter acesso a serviços fora das visitas programadas, o acesso a apoio psicossocial pode ser fornecido de forma semelhante e deve estar disponível à frequência desejada pelo cliente da PC.

## Directrizes da OMS

### Quadro 2: Recomendação da OMS sobre tratamento e cuidados de VIH<sup>2</sup>

As populações-chave que vivem com VIH devem ter o mesmo acesso a tratamentos antirretrovirais e gestão de TAR, que as outras populações.

## O QUE É FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR?

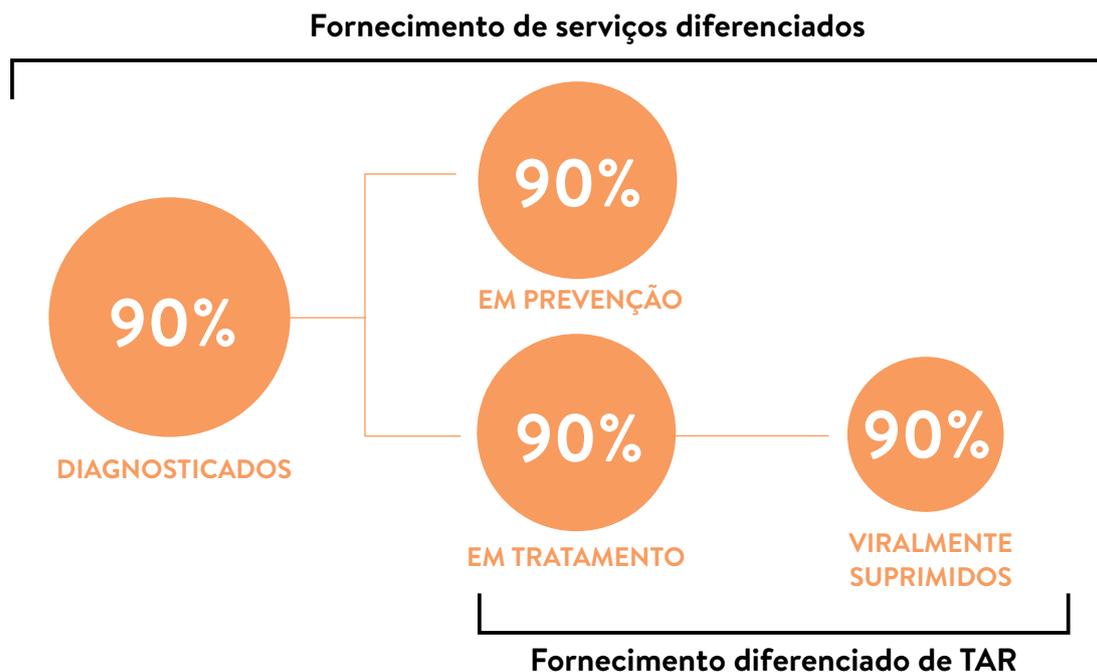
### O fornecimento diferenciado de TAR é um componente dos cuidados diferenciados de VIH ou do fornecimento de serviços

O FSD aplica-se a todo o contínuo de VIH, desde a prevenção até a supressão viral, e a todos os três objectivos de 90-90-90<sup>21</sup>.

O fornecimento diferenciado de TAR é um componente de FSD (Figura 1).

O fornecimento diferenciado de TAR não é apenas para clientes adultos clinicamente estáveis. Os princípios podem ser aplicados a todas as populações, incluindo populações-chave, e a clientes que podem, por um período, requerer acompanhamento clínico mais intensivo.

Figura 1: O fornecimento de serviços diferenciados é aplicável a todo o continuum de cuidados de VIH



O FSD aplica-se a todo o continuum de cuidados de VIH, incluindo associação a prevenção. Este Quadro de Decisões concentra-se no fornecimento de TAR a populações chave.



### Saiba mais sobre Andrew

Andrew é um médico que é agora um gerente de TAR em um distrito que é composto por algumas pequenas povoações e outras comunidades rurais. Em uma reunião nacional, ele adquiriu conhecimentos sobre populações-chave e a situação que enfrentam em termos de sobrecarga de doença, criminalização, exclusão dos serviços de saúde e os efeitos de estigma e discriminação no comportamento de procura de serviços de saúde. Ele compreendeu que isto era um grande desafio em uma comunidade rural onde as populações-chave sofriam discriminação e muitas vezes se escondiam. Regressou a casa sem saber onde começar.

### Saiba mais sobre Namrata

Namrata é uma profissional do sexo e sustenta a sua mãe idosa e seus dois filhos pequenos. Foi recentemente diagnosticada com VIH, mas receia ir à sua clínica local de VIH por vários motivos. Ela não quer ser vista a entrar na clínica por membros da família, vizinhos ou possíveis clientes. No seu trabalho, ela desloca-se, trabalhando em cidades diferentes.



### Saiba mais sobre Juan

Juan tem relações sexuais com homens e só descobriu a sua condição de VIH porque estava muito doente e foi hospitalizado. O hospital encaminhou-o para uma clínica de VIH, mas ele receia frequentar a clínica devido a ameaças de violência ou abuso verbal. Ele é muito solitário e tem poucos amigos - nenhum deles conhece a sua orientação sexual.

### Saiba mais sobre Chantal

Chantal é uma mulher transexual que tem o seu próprio pequeno negócio e consegue ganhar dinheiro suficiente para sustentar os seus pais idosos. Foi tratada muito rudemente na clínica local de VIH e, embora seja VIH-positiva, recusa-se a voltar lá.



### Saiba mais sobre Ian

Ian é um jovem que injecta drogas intravenosas e teve problemas para manter um emprego fixo devido a problemas de saúde recorrentes, por vezes graves, ao longo dos anos. Ele acabou de ser diagnosticado como VIH positivo. Tem estado em TAR há apenas alguns meses, mas tem dificuldade em lidar com a situação, pois ele necessita de ir a um lugar para consultas clínicas e fornecimento de TAR e outro para a sua terapia de substituição de opióides.

# O FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR É PARA TODOS

O fornecimento diferenciado de TAR centra-se no cliente e responde às necessidades de clientes que estão clinicamente estáveis e aqueles que necessitam de acompanhamento médico mais intensivo<sup>22</sup>.

Se um cliente estiver clinicamente estável, ele deve ter acesso a modelos de fornecimento diferenciado de TAR com visitas clínicas menos frequentes e reabastecimentos de TAR mais prolongados. Portanto, proporcionar acesso ao fornecimento diferenciado de TAR a clientes clinicamente estáveis requer o estabelecimento de critérios de estabilidade clínica. A maioria das definições de “estável” incluem uma duração mínima em TAR e uma medida de adesão a, ou sucesso do, tratamento. O Quadro 3 descreve os critérios da OMS para clientes clinicamente estáveis. Vários países, durante o desenvolvimento de orientação operacional específica para cada país, já adaptaram esta definição. **Em modo importante, as Considerações Chave<sup>13</sup> sugerem que os critérios para as PCs devem corresponder aos mesmos critérios de outros clientes/pacientes adultos clinicamente estáveis** (ver o Quadro 3). Isto permitirá a implementação simplificada para populações específicas.

## Considerações Chave

### Quadro 3: Critérios para definir clientes clinicamente estáveis

Recebeu TAR durante pelo menos um ano; nenhuma reacção adversa a medicamentos que exija controlo regular; nenhuma doença actual (incluindo condições tais como subnutrição em crianças, condições de saúde mental ou depressão pós-parto); uma boa compreensão da adesão ao longo da vida; e evidência de sucesso do tratamento (duas medições consecutivas de carga viral abaixo de 1.000 cópias/mL, aumento da contagem de células CD4 ou contagem CD4 acima de 200 células/mm<sup>3</sup>).

Para clientes com doença avançada de VIH (definida como tendo uma contagem de células CD4 <200 células/mm<sup>3</sup> e/ou doença em Estágio 3 ou 4), deve implementar-se um acompanhamento mais intensivo e um pacote de intervenções para reduzir a morbidez e mortalidade neste grupo vulnerável<sup>22</sup>.

## QUATRO MODELOS GERAIS DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

A diferenciação do fornecimento de TAR exige a existência de uma escolha de modelos de fornecimento de serviços a partir dos quais o cliente possa escolher. A opção seleccionada pelo cliente pode mudar ao longo do tempo para reflectir mudanças nas necessidades ou preferências. A maioria dos modelos de fornecimento diferenciado de TAR documentados podem ser categorizadas em quatro modelos. Para clientes clinicamente estáveis, incluindo populações chave, todos estes modelos devem sempre especificar a frequência das consultas clínicas e a frequência do recebimento de reabastecimentos de TAR.

- Em **modelos de grupo geridos por trabalhadores de saúde**, os clientes recebem os seus reabastecimentos de TAR em um grupo gerido ou por um fornecedor profissional ou leigo. Grupos geridos por trabalhadores de saúde reúnem-se nas e/ou fora das instalações de saúde, por exemplo, nos centros de acolhimento (CDAs) de populações chave.
- Em **modelos de grupo geridos pelo cliente**, os clientes recebem os seus reabastecimentos de TAR em um grupo gerido e operado pelos próprios clientes, neste caso, grupos de populações chave (por exemplo, distribuição comunitária liderada por clientes a profissionais do sexo femininas, ou DCTLG, no Uganda, página 27). Geralmente, grupos geridos por clientes reúnem-se fora das instalações de saúde.
- Em **modelos individuais baseados nas instalações**, em uma visita de reabastimento de TAR, os clientes podem evitar o pessoal clínico e/ou apoio de adesão e prosseguir directamente para o seu reabastimento de medicamentos, na maioria das vezes directamente do ponto de dispensação (Integração de fornecimento de TAR em serviços de PC no Haiti, página 31).
- Em **modelos individuais fora das instalações**, os clientes recebem algumas ou todas os seus reabastecimentos de TAR, consultas clínicas e apoio psicossocial fora das instalações de saúde. Estes modelos incluem alcance móvel, serviços descentralizados a centros de acolhimento de população-chave, farmácias comunitárias ou entrega domiciliar de TAR (Serviços de Saúde Liderados por População Chave na Tailândia, páginas 21 e 29, e serviços de base comunitária para pessoas que injectam drogas na Índia, página 25).



PARTE 2

# A ABORDAGEM DE CINCO ETAPAS DO FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR PARA POPULAÇÕES-CHAVE

# A ABORDAGEM DE CINCO ETAPAS

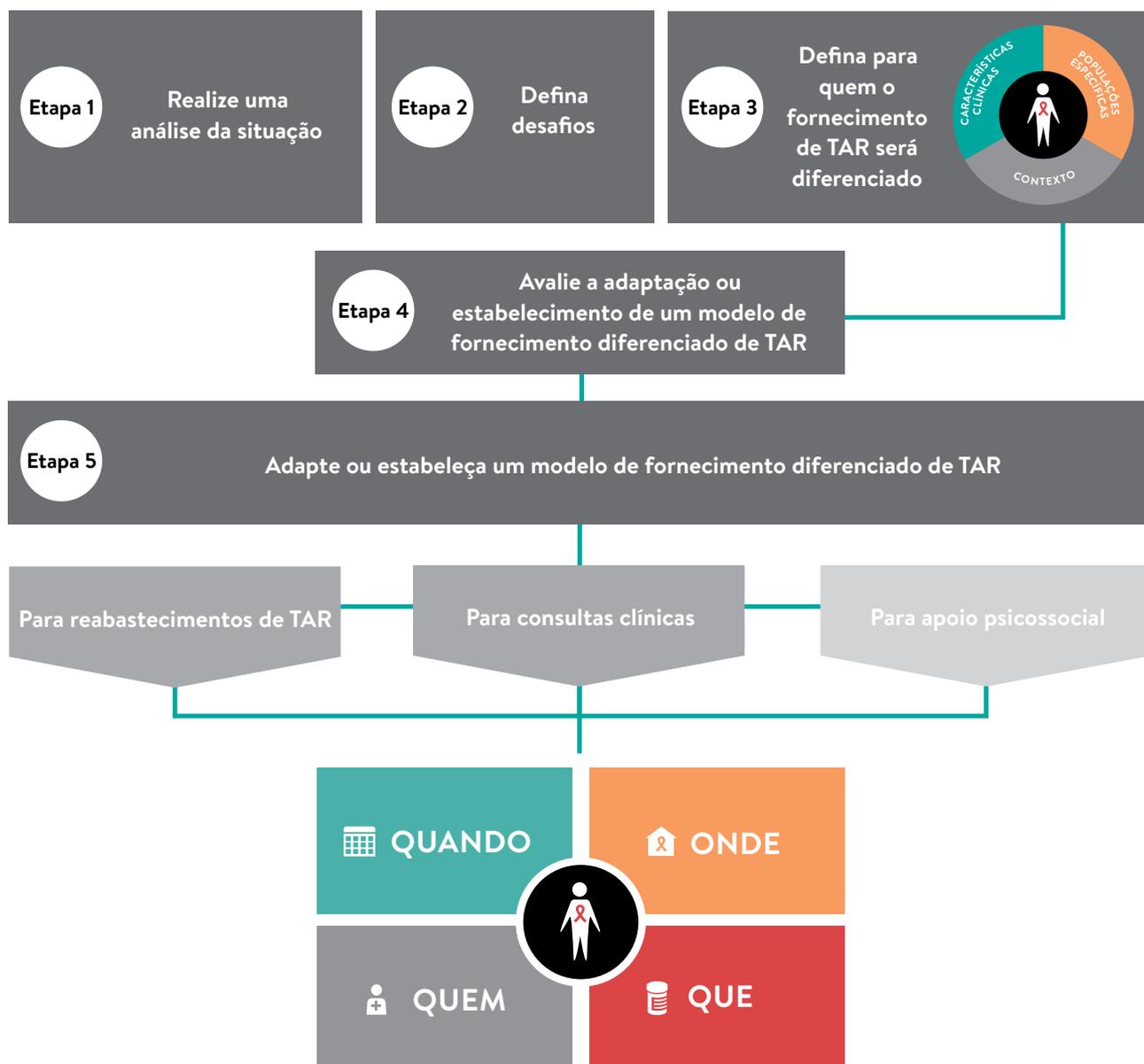
Para desenvolver modelos de fornecimento diferenciado de TAR para populações chave, é necessária uma análise da situação tanto a nível nacional como local. Sempre que possível, deve ser desenvolvida orientação de política a nível nacional. Em países onde a criminalização do trabalho sexual, uso de drogas ou comportamento consensual entre pessoas do mesmo sexo impedem o estabelecimento ou a manutenção do FSD, para populações chave, podem ser necessárias abordagens alternativas.

A abordagem de cinco etapas orienta os ministérios da saúde, as agências de saúde e as organizações da sociedade civil (OSCs)

que fornecem serviços a populações chave no planeamento de como diferenciar o fornecimento de TAR (Figura 2). Enquanto que isto define a abordagem para populações chave, o processo de cinco etapas também pode ser realizado simultaneamente para outras populações e para serviços em toda a cascata. Para apoiar este processo, estão disponíveis diversos anexos para descarga em [www.differentiatedservicedelivery.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes](http://www.differentiatedservicedelivery.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes) ou <http://bit.ly/2sVehV5>.

Veja o Anexo 1 para obter uma lista completa dos anexos disponíveis em linha.

**Figura 2: Abordagem de cinco etapas para fornecimento diferenciado de TAR a populações chave**



# ETAPA 1 - REALIZAR UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO

É importante compreender como os serviços de VIH são actualmente fornecidos às as populações-chave e seus resultados, bem como as políticas existentes que apoiam ou obstruem o fornecimento diferenciado de TAR para populações-chave específicas. Um exemplo de uma sondagem realizada para mapear o FSD a nível nacional (Anexo 2), conjuntamente com as ferramentas de sondagem usadas, pode ser obtido em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

Para populações-chave, muitas vezes existem lacunas nos dados disponíveis. Deve ser feito trabalho formativo para envolver as populações-chave e populações-chave que vivem com VIH para entender as barreiras aos serviços. A ausência de dados disponíveis para populações-chave não deve, no entanto, ser usada como um motivo para atrasar o fornecimento de serviços. A recolha de dados deve ser feita paralelamente à implementação.

## 1.1 Avaliar as perspectivas da população chave de PVVIH e profissionais de saúde

O FSD é fundamentalmente centrado no cliente. Falar com uma variedade de membros da população chave, tanto os que são VIH positivos como VIH negativos, é fundamental para garantir que os modelos de fornecimento de serviços sejam concebidos adequadamente para satisfazer as suas necessidades e expectativas. Como tal, isto inclui envolvê-los activamente no planeamento, fornecimento e controlo do fornecimento diferenciado de TAR. Os dados sobre as perspectivas dos membros da população chave podem ser obtidos por meio de sondagens de saída clínica, discussões com grupos focais e/ou entrevistas individuais. Frequentemente, estas devem ser realizadas na comunidade em locais onde uma população-chave específica normalmente se reúne e devem ser feitas em parceria com redes e organizações de populações chave.

É importante garantir a participação significativa de clientes tanto actuais como potenciais.

Os profissionais de saúde, incluindo os fornecedores leigos e pessoal clínico, também devem ser consultados para abordar os seus desafios no fornecimento de serviços à população chave. Um exemplo de questionário que pode ser usado para avaliar as perspectivas de populações-chave e profissionais de saúde pode ser obtido no Anexo 2 e em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

## 1.2 Avaliar os dados

Os dados a nível nacional devem ser revistos para fornecer uma visão geral da estimativa do número de populações-chave, a prevalência de VIH em cada população-chave e um mapeamento de onde se podem encontrar as populações chave. Em muitos casos, podem não existir estimativas precisas da dimensão da população nas populações-chave - mas isto não deve impedir o fornecimento de serviços. Não se recomenda a recolha de dados sobre populações-chave através de sistemas rotineiros de controlo de pacientes e a sensibilidade de quaisquer dados recolhidos e exercício de mapeamento deve ser respeitada. Visite <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/person-centred-hiv-monitoring-guidelines/en/> para obter mais detalhes.

## 1.3 Avaliar as políticas

Deve ser realizada uma comparação de políticas a nível nacional com as recomendações actuais de fornecimento de serviços da OMS<sup>16</sup> e Considerações Chave<sup>13</sup>. As políticas devem ser revistas em alinhamento com as pedras basilares (Parte 5) e para apoiar o fornecimento diferenciado de TAR em geral. Pode obter-se um modelo para avaliar as políticas relevantes, o Anexo 2 em linha, para diferenciar o fornecimento de TAR para populações específicas em <http://bit.ly/2sVehV5>.



### Lembra-se de Andrew?

Com um líder comunitário, o gerente de TAR distrital, Andrew, reuniu alguns profissionais de saúde de apoio de duas clínicas com representantes de três ONGs locais que trabalharam com profissionais do sexo e homens que têm relações sexuais com homens. Eles concordaram em colaborar e elaboraram um plano no qual a ONG apoiaria pares como navegadores para auxiliarem discretamente as populações-chave no acesso aos serviços de saúde. O pessoal das clínicas também seria treinado sobre a diversidade de necessidades de saúde sexual, a fim de fornecer serviços mais sensíveis e adaptados às populações-chave.

No caso de populações-chave, é imperativo avaliar a legislação e as políticas actuais que podem apoiar ou afectar negativamente os direitos e a saúde das populações-chave. A OMS delineou uma auditoria destas questões legais (ver Anexo 3), que deve ser realizada com a “participação do governo, sociedade civil e redes lideradas pela comunidade, e organizações de populações-chave”<sup>24</sup>.

## 1.4 Avaliar os modelos actuais de fornecimento de TAR e quem fornece serviços às populações-chave

Deve ser efectuado um mapeamento inicial dos serviços existentes a populações chave a fim de identificar o que pode ser adaptado para integrar o fornecimento diferenciado de TAR. Em segundo lugar, um mapeamento dos modelos existentes de fornecimento diferenciado de TAR que também podem ser ampliados ou adaptados para satisfazer as necessidades de outra população-chave.

A nível distrital, para cada local, os dados devem ser agrupados descrevendo o fornecimento de serviços com base nos elementos (Parte 3) e as pedras basilares (Parte 5), e deve considerar como as visitas clínicas, de reabastecimento e psicossociais são fornecidas. Um exemplo de uma lista de verificação que pode ser usada para realizar esta avaliação pode ser obtido no Anexo 2 e em linha em <http://bit.ly/2sVehV5>.

Foram delineados exemplos de fornecimento diferenciado de TAR para populações-chave nas Partes 3 e 5. O mapeamento pode ser realizado através de uma combinação de uma revisão documental da literatura existente publicada e de relatórios de actividades locais nacionais e de parceiros, uma sondagem dos coordenadores de TAR distritais e parceiros de implementação, e visitas a locais seleccionados. É importante mapear não apenas os modelos actuais de fornecimento de

TAR, mas também se é fornecido o respectivo pacote médico abrangente e se os serviços são independentes ou integrados em uma clínica de TAR ou de pacientes externos ministerial. Também é importante saber se as instalações têm um sistema de marcação de consultas e seguimento, e se são programados dias específicos para servir as populações-chave.

Também é essencial documentar se os serviços de cuidados clínicos de VIH, o pacote médico abrangente e o apoio psicossocial são fornecidos por meio de serviços públicos, privados ou apoiados por ONGs para auxiliar o planeamento futuro. Os grupos existentes de apoio à população chave podem ser aproveitados para incluir o fornecimento de TAR e fornecer apoio psicossocial.

### Estudo de caso 2:

#### Governo e populações chave a trabalhar em colaboração, Gana

No Gana, os serviços de VIH para populações-chave eram fornecidos por uma ONG em colaboração com o Ministério da Saúde. Os serviços de VIH eram fornecidos nos centros de acolhimento, mas não incluíram o fornecimento de TAR. Em 2017, como parte do desenvolvimento estratégico de um manual operacional para todos os serviços de VIH, o Programa Nacional de Controlo da SIDA no Gana, trabalhou em conjunto com ONGs e representantes de populações chave para incluir recomendações específicas sobre o fornecimento de TAR para populações chave, incluindo o fornecimento de reabastecimentos de TAR nos centros de acolhimento. O manual está disponível em <https://bit.ly/2NrcSOc>

### Estudo de caso 1:

#### Avaliação das percepções de profissionais do sexo femininas e de trabalhadores de saúde sobre serviços de TAR para populações chave, África do Sul

Em Durban, África do Sul, foram realizadas entrevistas aprofundadas com profissionais do sexo, funcionários de clínicas e partes interessadas locais tais como a polícia, gerentes de bordéis e parceiros de implementação para avaliar se as trabalhadoras do sexo prefeririam serviços descentralizados de TAR. A descentralização dos cuidados foi considerada benéfica, pois reduziria os custos de transporte, reduziria o tempo gasto na clínica e teria o potencial de abordar o estigma relacionado com o trabalho sexual e a revelação inadvertida de VIH. Em particular, considerou-se que os serviços móveis seriam discretos e entendeu-se que facilitariam o seguimento melhorado de clientes.

### Estudo de caso 3:

#### Envolver populações chave para proporcionar formação de sensibilização a trabalhadores de saúde, Jamaica

Na Jamaica, a alta taxa de prevalência de VIH entre homens que têm relações sexuais com homens e o alto nível de violência e discriminação dirigido a homens que têm relações sexuais com homens cria desafios aos cuidados de qualidade para VIH. Uma organização liderada por uma PC colaborou com instrutores do governo para formar e sensibilizar fornecedores de serviços de saúde e funcionários das instalações sobre os efeitos do estigma e discriminação na saúde e comportamento de obtenção de saúde, bem como género, sexualidade e diversidade, sensibilização legal e trabalho com comunidades locais. A OSC, em colaboração com o ministério da saúde, conduziu o processo desde a concepção curricular e formação até ao controlo comunitário.

## ETAPA 2 - DEFINIR DESAFIOS

Com base na Etapa 1, deve identificar-se os desafios que podem ser abordados através do fornecimento diferenciado de TAR. Nesta fase, é importante envolver as partes interessadas estratégicas, incluindo representantes do sistema de saúde, parceiros de implementação que fornecem apoio, responsáveis por políticas e redes de população chave de PVVIH. Idealmente, isto deve ser feito em um contexto mais amplo de desenvolvimento de uma abordagem geral do fornecimento de serviços diferenciados, com um subgrupo concentrando-se em populações-chave. Em alguns casos, dado o nível de estigma, discriminação e violência, esta sessão de trabalho deve ser efectuada como um encontro discreto com os aliados das partes interessadas.

A reunião deve visar alcançar os seguintes objectivos:

- a. Sensibilizar os coordenadores de TAR e parceiros de implementação sobre os antecedentes e princípios básicos do fornecimento diferenciado de TAR e relevância para populações-chave.
- b. Apresentar os resultados da revisão a nível nacional relativa a populações-chave específicas.
- c. Proporcionar uma oportunidade para que as partes interessadas, incluindo fornecedores actuais de serviços a populações chave, apresentem exemplos existentes de FSD implementados para adultos e populações específicas (se existirem) nos seus ambientes, incluindo intervenções psicossociais fornecidas e utilizadas por populações específicas.
- d. Resumir os resultados de consultas com populações-chave que vivem com VIH, representantes de organizações de população chave e profissionais de saúde.
- e. Envolver as partes interessadas em um plano de análise de estratégia local/distrital para o fornecimento de serviços a PC.

## ETAPA 3 - DEFINIR PARA QUEM O FORNECIMENTO DE TAR SERÁ DIFERENCIADO

Com uma compreensão clara das necessidades de populações-chave específicas, do actual programa de fornecimento de serviços e das políticas implementadas, você está pronto para prosseguir dando prioridade ao fornecimento diferenciado de TAR para uma ou mais populações-chave específicas. Usando as contribuições de dados do programa de populações chave

de PVVIH e entendendo as políticas em vigor, pode determinar os desafios enfrentados pelos clientes de PC e pelo sistema de saúde. Com base nos desafios, pode decidir quais as populações que devem ser prioritárias para receber fornecimento diferenciado de TAR.

### Estudo de caso 4:

#### Expansão de serviços para alcançar pessoas que injectam drogas e homens que têm relações sexuais com homens, África do Sul

OUT Well-being é uma clínica de ONG na África do Sul que trabalha em estreita colaboração com o sector de saúde. Começou oferecendo serviços para homens que têm relações sexuais com homens e reconhecendo as necessidades não satisfeitas das pessoas que injectam drogas, incluindo-as no seu modelo de fornecimento de serviços. Trabalhando com pessoas que injectam drogas, a clínica foi recentemente integrada na rede de saúde pública como uma clínica de PC. Tem parcerias íntimas com o governo, universidades e financiadores. O modelo de entrega de TAR que utiliza é baseado nas instalações com um componente de alcance que envolve os pares no fornecimento de serviços. A clínica utiliza enfermeiras de alcance trabalhando em estreita colaboração com os conselheiros/educadores pares da PC. O sistema de distribuição de TAR é de enfermeiras a pares a clientes. A clínica observa que uma das suas estratégias bem-sucedidas é uma boa taxa de retenção em TAR e ser bem conhecida por oferecer serviços de qualidade nos principais pontos cruciais de populações chave. O projecto tem obtido altas taxas de retenção e altas taxas de supressão viral entre pessoas que injectam drogas e, como resultado, tem fornecido reabastecimentos de TAR nos pontos críticos da comunidade.

## ETAPA 4 - AVALIAR SE ADAPTAR OU ESTABELECEER UM MODELO DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

Podem já existir centros de saúde ou instalações baseadas na comunidade (por exemplo, centros de acolhimento) que prestam apoio de pares e outros serviços de VIH às populações chave. Onde estas intervenções e programas já estão em vigor, podem ser adaptadas para incluir fornecimento diferenciado de TAR. A Parte 4 proporciona orientação para avaliar se deve adaptar ou estabelecer um modelo de fornecimento de TAR.

O seu distrito pode já ter implementado um modelo/s de fornecimento diferenciado de TAR para clientes adultos estáveis. Nesse caso, antes de criar um novo modelo de fornecimento de TAR para populações-chave, avalie se um modelo já implementado poderia ser aproveitado para atender às necessidades da população-chave específica. Onde um modelo já é entendido, implementado e em funcionamento dentro do sistema de saúde, pode ser mais fácil realizar pequenas adaptações do que implementar um novo modelo.

Estudo de caso 5:

### Utilização de centros facultativos de acolhimento para fornecer serviços abrangentes, Quênia

No Quênia, uma OSC usa os centros de acolhimento (CDAs) como um espaço seguro para fornecer serviços, incluindo testes de VIH, controlo e tratamento de ITSs, distribuição de produtos de prevenção e controlo de câncer do colo do útero. As pessoas que são VIH positivas são dirigidas às instalações mais próximas do ministério da saúde. A distribuição de TAR a clientes estáveis é organizada através do CDA. A enfermeira do CDA também presta serviços à noite e nos fins de semana.

## ETAPA 5 - ADAPTAR OU ESTABELECEER UM MODELO DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

A adaptação ou estabelecimento de um modelo de fornecimento diferenciado de TAR para PCs com base nos seus dados e políticas pode ser realizado usando uma abordagem de pedras basilares considerando o “quando” (hora do dia e frequência de serviço), “onde” (local de serviço), “quem” (fornecedor de serviços) e o “que” (pacote de cuidados) para reabastecimentos de TAR, consultas clínicas e apoio psicossocial.

Depois de este processo de cinco etapas tiver sido concluído, será necessário discutir a nível de distrito e/ou de instalação, a mecânica do modelo específico (tal como fornecimento de medicamentos, atribuição de recursos humanos, adaptações relevantes de materiais de C&A). Visite <http://bit.ly/2sVehV5> e descarregue o Anexo 2 em linha, que descreve o “como” ou mecânica do modelo depois de seleccionar um modelo de fornecimento diferenciado de TAR. Será necessário um plano claro para a implementação e para avaliar o impacto do modelo.

Estudo de caso 6:

### Início de TAR no mesmo dia em ambientes de base comunitária, Tanzânia

Na Tanzânia, o ICAP na Universidade de Colômbia está a implementar uma intervenção de prevenção de VIH do CCD financiada pelo PEPFAR, conhecida localmente como o projecto “FIKIA” (Fikia significa “alcançar” em Swahili). O projecto envolve voluntários de grupos de PCs (homens que têm relações sexuais com homens, mulheres profissionais do sexo e pessoas que injectam drogas) para criar uma procura de testes de VIH e apoiar a associação aos serviços de prevenção e cuidados de VIH. Pares voluntários conduzem alcance comunitário para identificar potenciais beneficiários, conduzem controlo de TB, ITS e risco de VIH, e acompanham os beneficiários aos locais de teste da comunidade. O ICAP organiza testes comunitários com serviços médicos (incluindo testes de VIH e serviços de início de TAR) fornecidos por PDSs de instalações de saúde do governo. As modalidades de teste variam desde grandes eventos com várias tendas, baseados em instalações (por exemplo, em uma paragem de camiões ou pousada), em carros e por equipes que transportam abastecimentos em uma mochila que viajam a pé até ao local e no horário preferidos do cliente (PDSs “com mochila”). Os clientes com resultado positivo passam por um controlo clínico e recebem um pacote inicial de TAR para duas semanas no ponto de diagnóstico na comunidade. Estes clientes são apoiados por uma visita de seguimento às suas instalações de saúde preferidas acompanhados por um voluntário dentro de duas semanas após o início de TAR. Quando o início imediato de TAR comunitários não estiver disponível, os clientes são acompanhados pelos pares até à instalação de cuidados e tratamento mais próxima.

PARTE 3

QUAIS SÃO  
OS TRÊS  
ELEMENTOS?

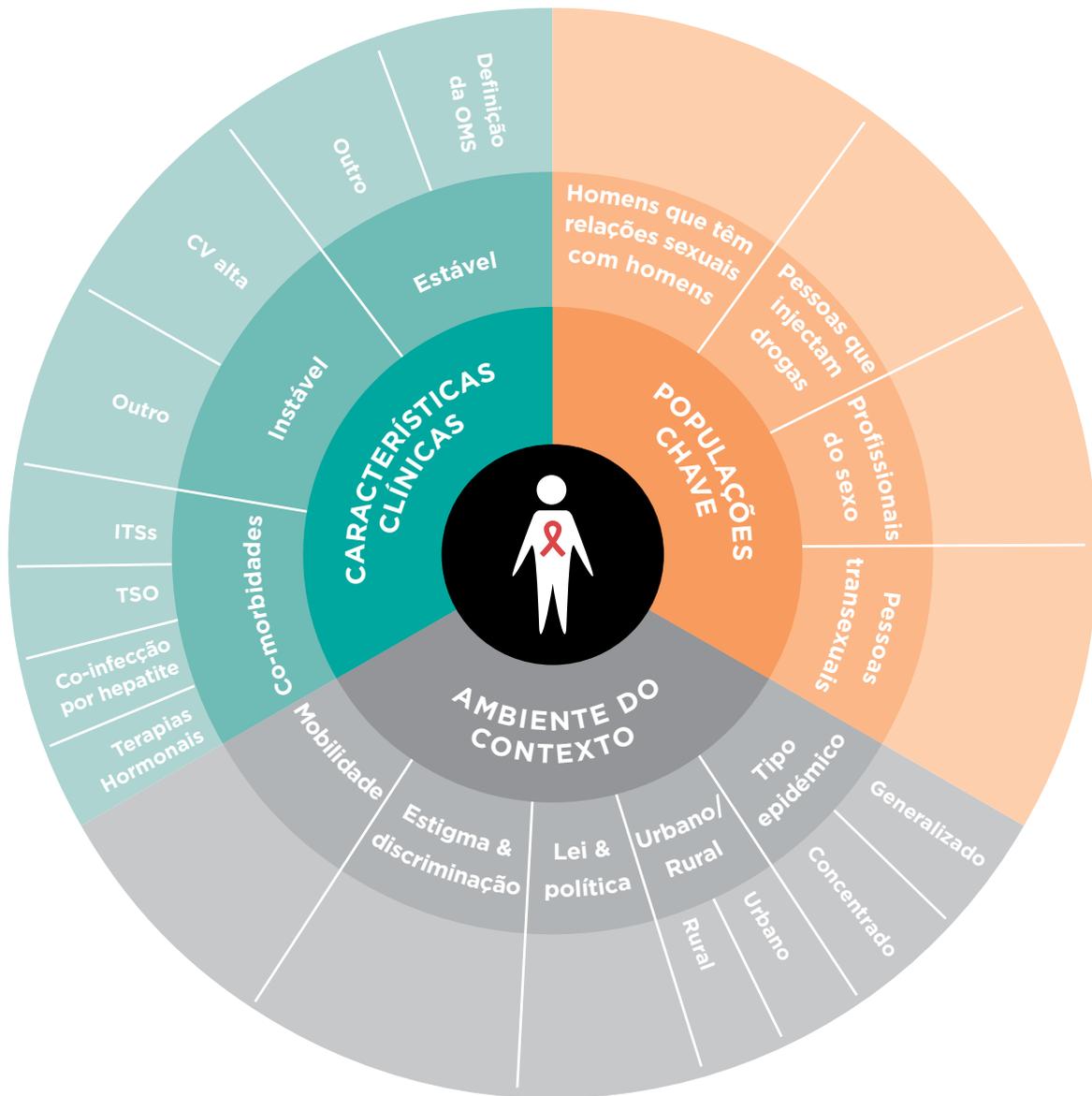


# OS TRÊS ELEMENTOS

A fim de fornecer cuidados centrados no cliente, devem considerar-se os três elementos seguintes para qualquer cliente: a(s) população(ões) chave(s) específica(s) em consideração; as suas características clínicas; e o seu contexto social e geográfico (Figura 3). Isto permitirá que adapte ou estabeleça modelos adequados de fornecimento de TAR, usando as pedras

basilares descritas na Parte 5. Nesta parte, consideramos cada um desses grupos específicos de populações chave, bem como as suas características clínicas e o seu contexto, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3: Os três elementos para populações-chave



# COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS?

Os membros da população chave podem ser definidos como clinicamente estáveis em relação ao seu VIH ou necessitando de cuidados médicos mais intensivos, pois podem ter uma carga viral não suprimida ou presente com outra co-infecção relacionada com VIH, incluindo TB, ITSs e hepatite viral. Também podem apresentar características clínicas específicas relativas ao seu respectivo comportamento. Algumas apresentações clínicas, tais como questões de saúde mental, podem ser mais comuns em todas as populações-chave; outras, tais como abscessos cutâneos recorrentes ou sintomas de abstinência, podem ser específicos de uma população-chave, tal como pessoas que injectam drogas.

A Tabela 1 apresenta alguns exemplos das características clínicas que devem ser consideradas ao conceber um modelo diferenciado de fornecimento de TAR para populações-chave. A gestão destas condições clínicas deve, idealmente, ser fornecida como um serviço completo com os seus cuidados de VIH. Onde isto não for viável, a comunicação entre os fornecedores de serviços deve ser reforçada para garantir que não ocorram interações entre medicamentos e que sejam fornecidas mensagens consistentes de saúde ao cliente.

**Tabela 1: Características clínicas a serem consideradas com populações-chave**

<b>Todas as populações chave</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Carga viral suprimida ou não suprimida</li><li>Infecções oportunistas, incluindo TB</li><li>Saúde mental (por exemplo, depressão e ansiedade, dependência em álcool ou drogas)</li><li>Violência física e sexual</li><li>Saúde sexual, incluindo ITSs e contraceção</li></ul>
<b>Pessoas que injectam drogas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tratamento da dependência de substâncias (interacções TSO e TAR)</li><li>Hepatite B &amp; C</li><li>Infecções cutâneas</li><li>Gestão de sintomas de abstinência</li><li>Sobredosagem</li></ul>
<b>Profissionais do sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Infecções transmitidas sexualmente</li><li>Necessidades de saúde reprodutiva</li></ul>
<b>Homens que têm relações sexuais com homens</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Infecções transmitidas sexualmente</li><li>Saúde anal</li></ul>
<b>Pessoas transexuais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Infecções transmitidas sexualmente</li><li>Terapias hormonais</li><li>Saúde anal</li></ul>

# COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NA POPULAÇÃO CHAVE ESPECÍFICA?

O fornecimento de TAR deve ser diferenciado considerando os desafios de cada população específica. À medida que o fornecimento diferenciado de TAR está a ser concebido e implementado, deve dar-se atenção especial à abordagem dos desafios comuns enfrentados (Tabela 2), em vez de os encarar como barreiras à implementação.

Embora existam desafios comuns a todas as populações-chave, cada grupo específico de população chave exigirá um pacote

único e abrangente de serviços de saúde para atender às suas necessidades específicas e superar os desafios. No entanto, deve dar-se reconhecimento ao potencial de um indivíduo necessitar do pacote médico abrangente alinhado com mais de uma população-chave específica ao conceber os serviços. Por exemplo, o uso de drogas ilícitas pode ser mais comum entre profissionais do sexo e pode dever ser integrado em um serviço abrangente.

**Tabela 2: Desafios e possíveis soluções através do fornecimento diferenciado de TAR para populações chave**

Desafios	Possíveis soluções através de TAR diferenciados
<b>Comum a todas as populações-chave</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Níveis de estigma e discriminação nos serviços de saúde</li> <li>• Estigma e discriminação em comunidades mais amplas</li> <li>• Violência baseada no género</li> <li>• Ausência de financiamento ou apoio político para a programação de PCs</li> <li>• Violência, incluindo assédio e detenção pelas forças da lei</li> <li>• Estatuto legal, incluindo possível criminalização do comportamento de pessoas do mesmo sexo, uso de drogas e trabalho sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilização e formação de profissionais de saúde e funcionários das instalações</li> <li>• Oportunidade de introduzir apoio de pares em modelos de grupo ou modelos individuais, tais como pares navegadores e trabalhadores de alcance</li> <li>• Serviços discretos criativos anunciados de boca a boca ou meios de comunicação social</li> <li>• Confidencialidade, segurança e confiança</li> <li>• Trabalhar com as forças da lei</li> <li>• Investimento em programação adaptada eficaz para PCs</li> <li>• Advogar para obter financiamento e apoio político (mesmo apoio tácito)</li> <li>• Controlar e documentar violações dos direitos humanos</li> </ul>
<b>Homens que têm relações sexuais com homens</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo de sair na comunidade ou com a família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecimento de TAR e apoio psicossocial em grupo ou por pares</li> <li>• Rede de pares</li> <li>• Rede de fornecedores de FSD para homens que têm relações sexuais com homens</li> </ul>
<b>Profissionais do sexo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O horário dos serviços públicos de TAR não é conveniente</li> <li>• Medo de sair na comunidade ou em família, incluindo receio de perda de trabalho</li> <li>• Migração, movimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação do tempo da clínica de acordo com as necessidades da pessoa profissional do sexo</li> <li>• Integração da saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar nos serviços de VIH</li> <li>• Rede de pares</li> <li>• Rede de fornecedores de FSD para profissionais do sexo</li> </ul>
<b>Pessoas transexuais</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de transição, incluindo tratamento hormonal e possível interacção com TAR</li> <li>• Identidade legal diferente da aparência física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação sobre fornecimento de cuidados de transição, incluindo terapia hormonal e possíveis interações com TAR</li> <li>• Sensibilidade e formação em torno de género, sexualidade e diversidade</li> </ul>
<b>Pessoas que injectam drogas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de drogas e, se em TSO, possíveis interações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinar com TSO em ambientes clínicos ou PNS em ambientes comunitários (OBC, alcance, CDAs, etc.)</li> <li>• Aconselhamento e orientação por pares</li> </ul>

## COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NO CONTEXTO?

Para cada população-chave, os serviços podem dever ser diferenciados de maneiras diferentes, dependendo dos números da população-chave presente e se o ambiente é urbano ou rural. Onde os números não são suficiente elevados para apoiar um serviço autónomo, os membros da população chave ainda devem poder ter acesso aos modelos de fornecimento de serviços existentes disponíveis para a população em geral.

A estrutura política ou jurídica, tal como a criminalização de relações entre pessoas do mesmo sexo, venda de sexo, uso de drogas e/ou o nível de aceitação e rejeição social de PCs particulares, também é uma questão contextual essencial

a ser considerada ao conceber modelos de fornecimento diferenciado de serviços. Quando necessário, o apoio legal também pode ser integrado com serviço da PC. Finalmente, o factor contextual adicional relevante para muitas PCs é a sua mobilidade, com muitas deslocando-se para um local particular por períodos definidos (por exemplo, profissionais do sexo que se deslocam para locais de construção) e para algumas que se deslocam para novas áreas onde não serão identificadas por receio de possível discriminação e violência. A adaptação dos serviços de fornecimento de TAR à natureza móvel dos estilos de vida da população-chave é uma consideração importante na diferenciação do fornecimento de TAR para populações-chave.

### Estudo de caso 7:

#### **Fornecimento de serviços diferenciados em áreas que têm baixa densidade de profissionais do sexo femininas, África do Sul**

Na África do Sul, uma OSC trabalha em estreita colaboração com unidades de saúde em cidades predominantemente pequenas e áreas rurais, empregando trabalhadores de alcance pares de profissionais do sexo em tempo parcial e um coordenador de pares. Os pares visitam as pessoas nas suas casas, realizam actividades nocturnas semanais de alcance e estão envolvidos na formação de profissionais de saúde e na execução de tarefas clínicas atribuídas para apoiar os profissionais de saúde. Estão a alcançar mais de 500 profissionais do sexo por mês e podem acompanhar os desafios em todas as etapas da cascata desde prevenção a tratamento.

### Estudo de caso 8:

#### **Fornecimento de serviços paralegais nos serviços de saúde, Burundi**

No Burundi, uma OSC que se concentra em violações dos direitos humanos expandiu seu alcance para incluir serviços de VIH. Fornece serviços de alcance que incluem associações a cuidados, bem como tratamento e alfabetização legal. O uso de centros de acolhimento tem sido fundamental para o fornecimento de TAR e apoio psicossocial. Pares educadores e trabalhadores de alcance promovem a capacitação social. Usam os meios de comunicação social e a tecnologia de telefone para controlar as situações, o que também permite respostas de emergência a detenções arbitrarias e maus-tratos.

### Estudo de caso 9:

#### **Fornecimento de serviços a profissionais do sexo femininas e homens que têm relações sexuais com homens em um contexto político desafiador, Tanzânia**

O projecto Sauti é uma iniciativa de base comunitária para prevenção e tratamento de VIH para homens que têm relações sexuais com homens e mulheres profissionais do sexo que inclui saúde positiva, dignidade e prevenção, o envolvimento activo de PVVIH nos serviços de resposta e planeamento familiar. Funciona em uma atmosfera de estigma e discriminação persistentes e serviços hostis para com as PCs.

O projecto inclui o acesso a um pacote central de serviços personalizados, de qualidade, comunitários e centrados no cliente, incluindo a prevenção combinada (biomédica, comportamental e estrutural). A implementação do projecto foi realizada em fases e incluiu a padronização de materiais, competências e procedimentos, tais como formação, auxiliares de formação e ferramentas de controlo. Os aspectos vitais do projecto foram parcerias estratégicas e o envolvimento de PVVIH no fornecimento de serviços de saúde. As PCs foram integralmente envolvidas no mapeamento, consulta, planeamento, implementação e controlo. O uso inovador de meios de comunicação social e painéis de dados tem sido um aspecto fundamental de seu sucesso. O projecto recentemente adicionou PPrE e auto-testes aos seus serviços.

# FACTORES CRÍTICOS

Foram desenvolvidos documentos de orientação prática sobre como implementar uma programação abrangente para populações-chave para homens que têm relações sexuais com homens<sup>11</sup>, pessoas que injectam drogas<sup>9</sup>, profissionais do sexo<sup>11</sup>

e pessoas transexuais<sup>10</sup>. A OMS também fornece recomendações sobre os elementos críticos que devem ser abordados ao desenvolver qualquer serviço para populações-chave. A Figura 4 descreve estes factores críticos<sup>2</sup>.

**Figura 4: Factores críticos da OMS para melhorar o acesso a serviços de VIH para populações-chave<sup>2</sup>**

FACTORES CRÍTICOS
<b>Leis e políticas</b>
Movimento para a descriminalização do comportamento das populações-chave Idade de consentimento para serviços Reconhecimento de pessoas transexuais pela lei Acesso à justiça e apoio legal para populações chave
<b>Estigma e discriminação</b>
Políticas anti-estigma, antidiscriminação e de protecção Prestação de “serviços sensíveis às populações-chave” Formação e sensibilização de profissionais de saúde
<b>Capacitação da comunidade</b>
Programa liderado por organizações de populações chave Participação significativa
<b>Violência contra populações chave</b>
Prevenção da violência contra populações-chave Apoio a pessoas vítimas de violência

Estudo de caso 10:

## Educadoras pares de profissionais do sexo femininas, Zimbabue

No Zimbabue, foi criado um programa em 2009 para usar educadoras pares de profissionais femininas do sexo para mobilizar e capacitar profissionais do sexo e auxiliar a associá-las aos serviços de saúde. Fornecem uma variedade de serviços, incluindo gestão de ITS, distribuição de preservativos, testes de VIH, encaminhamentos para TAR e PPrE e apoio à adesão. A sua formação inclui formação paralegal e serviços de protecção infantil. Os dados são recolhidos electronicamente usando identificadores exclusivos.

Estudo de caso 11:

## Direitos e serviços para profissionais do sexo, Macedónia

Na Macedónia, uma organização liderada por profissionais do sexo, originalmente criada como uma organização de direitos, mobiliza membros da comunidade para participarem no fornecimento de serviços. O grupo oferece serviços de alcance de testes e orientação com uma carrinha móvel em colaboração com o ministério da saúde. Fornece navegação para serviços de saúde onde os funcionários da instalação foram treinados e sensibilizados. A confiança nos serviços aumentou com o tempo. O grupo também advoga perante para FSD e outros serviços para profissionais do sexo.



PARTE 4

# AVALIAR SE ADAPTAR OU ESTABELEECER UM MODELO DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

# ADAPTAR OU ESTABELECER

Antes de estabelecer um novo modelo de fornecimento diferenciado de TAR, é fundamental, primeiramente, fazer duas perguntas para avaliar se existem programas que poderiam ser adaptados e aproveitados para apoiar o fornecimento diferenciado de TAR para populações-chave.

## Pergunta 1: Existe uma intervenção actual de VIH ou de saúde para populações-chave que poderia ser adaptada?

Antes de desenvolver um novo modelo de fornecimento diferenciado de TAR, é essencial avaliar quem está actualmente a fornecer serviços a populações-chave. Em muitos casos, pode haver organizações de base comunitária (OBCs) existentes que ofereçam intervenções de VIH,

saúde ou psicossociais. Aproveitando estes programas existentes para incluir, por exemplo, a distribuição de reabastecimentos de TAR, poderia apoiar visitas menos frequentes às instalações de saúde.

Estudo de caso 12:

### Expansão de centros de acolhimento de PC para homens que têm relações sexuais com homens e profissionais do sexo para incluir início e distribuição de TAR através de LINKAGES, Quênia<sup>19</sup>

No Quênia, o programa LINKAGES financiado pela USAID apoia o fornecimento de serviços em 16 municípios para mulheres profissionais do sexo, homens que têm relações sexuais com homens e homens profissionais do sexo. Recentemente, os centros de acolhimento (CDAs) que oferecem serviços de apoio psicossocial, prevenção e teste de VIH expandiram-se para incluir início rápido e fornecimento de TAR aos seus clientes. Desde Outubro de 2017, a Family AIDS Initiative Response, uma ONG que serve mulheres profissionais do sexo nos municípios de Nakuru e Narok, tem um médico que vem aos CDAs para apoiar o início e o fornecimento de TAR em dias específicos, apoiando mais de 50 profissionais femininas do sexo no tratamento.

Recentemente, o ministério da saúde credenciou mais quatro CDAs para mulheres profissionais do sexo, homens que têm relações sexuais com homens e homens profissionais do sexo para fornecerem TAR. Espera-se que a captação nestas instalações aumente rapidamente; 118 profissionais femininas do sexo e 115 homens que têm relações sexuais com homens e homens profissionais do sexo já têm acesso a TAR através dos CDAs.

Estudo de caso 13:

### Fornecimento de saúde e bem-estar sexual holísticos para homens que têm relações sexuais com homens, África do Sul

Na África do Sul, um projecto Men4Health oferece serviços baseados em instalações, incluindo prevenção e tratamento. Calcula-se que 50% de todos os serviços directos não estão relacionados com VIH (avaliações de ITS, visitas de saúde mental, distribuição de produtos de prevenção e materiais de comunicação de educação de informação). Tudo começou com um local e agora expandiu-se para ter serviços em todas as províncias. Os serviços incluem PPrE e tratamento do vírus da hepatite C. O fornecimento de TAR é feito através de um sistema baseado em clínicas com tempos de recolha flexíveis, um exemplo de um modelo individual baseado em instalações. Formação completa e a garantia de serviços de qualidade significa que a marca é aceite na comunidade e que os níveis de confiança da comunidade são altos.

## Pergunta 2: Existe um modelo de fornecimento diferenciado de TAR que poderia ser adaptado?

À medida que o fornecimento de serviços de VIH se torna cada vez mais diferenciado, os modelos de fornecimento de TAR para populações específicas podem já ter sido planeados e implementados. Ao considerar uma população-chave específica, características clínicas diferentes ou um contexto em mudança, um passo importante é avaliar se um ou mais dos modelos existentes poderiam ser adaptados para satisfazer as necessidades dessa população, em vez de estabelecer um novo modelo.

Onde um modelo já é entendido, implementado e em funcionamento dentro do sistema de saúde, adaptações, menores ou maiores, são geralmente mais fáceis de realizar do que implementar um novo modelo. Além disso, pode haver apoio de pares, testes por pares e associação ou intervenções psicossociais que poderiam ser adaptadas para incluir o fornecimento de TAR.

Com populações-chave, as questões sociais relacionadas com estigma e discriminação devem ser tomadas em consideração na adaptação dos modelos existentes. Pode exigir sensibilização e formação rigorosas, bem como um sistema contínuo para garantir formação contínua, quando a força de trabalho pode mudar regularmente.

Quando existe um modelo apropriado para adaptação, as pedras basilares do modelo - “quando”, “onde” e por “quem” o serviço será fornecido, e quaisquer mudanças no pacote de cuidados (o “que”) devem ser sistematicamente usadas para adaptar a mecânica do modelo à nova população (ver parte 5).

### Estudo de caso 14:

#### Adaptação de fornecimento comunitário de TAR liderado pelo cliente, Uganda

No Uganda, a Organização de Tratamento da SIDA (TASO) tem facilitado o fornecimento diferenciado de TAR para adultos há mais de 10 anos. Estabeleceu uma série de locais comunitários fora das instalações, conhecidos como pontos comunitários de distribuição de medicamentos (PCDMs). Seguiu isto estabelecendo um outro modelo de grupo de fornecimento de TAR na comunidade, conhecido como DCTLCS ou distribuição comunitária de TAR liderada pelo cliente. Recentemente, mulheres profissionais do sexo em um PCDM começaram a advogar para uma DCTLC liderada por profissionais femininas do sexo.

## QUANDO É APROPRIADO ESTABELEECER UM NOVO MODELO DE FORNECIMENTO DE TAR PARA POPULAÇÕES CHAVE?

Quando não existe um modelo que possa ser adaptado, então pode ser necessário desenvolver um novo modelo de fornecimento diferenciado de TAR. A Parte 5 fornece orientação através deste processo de estabelecimento.

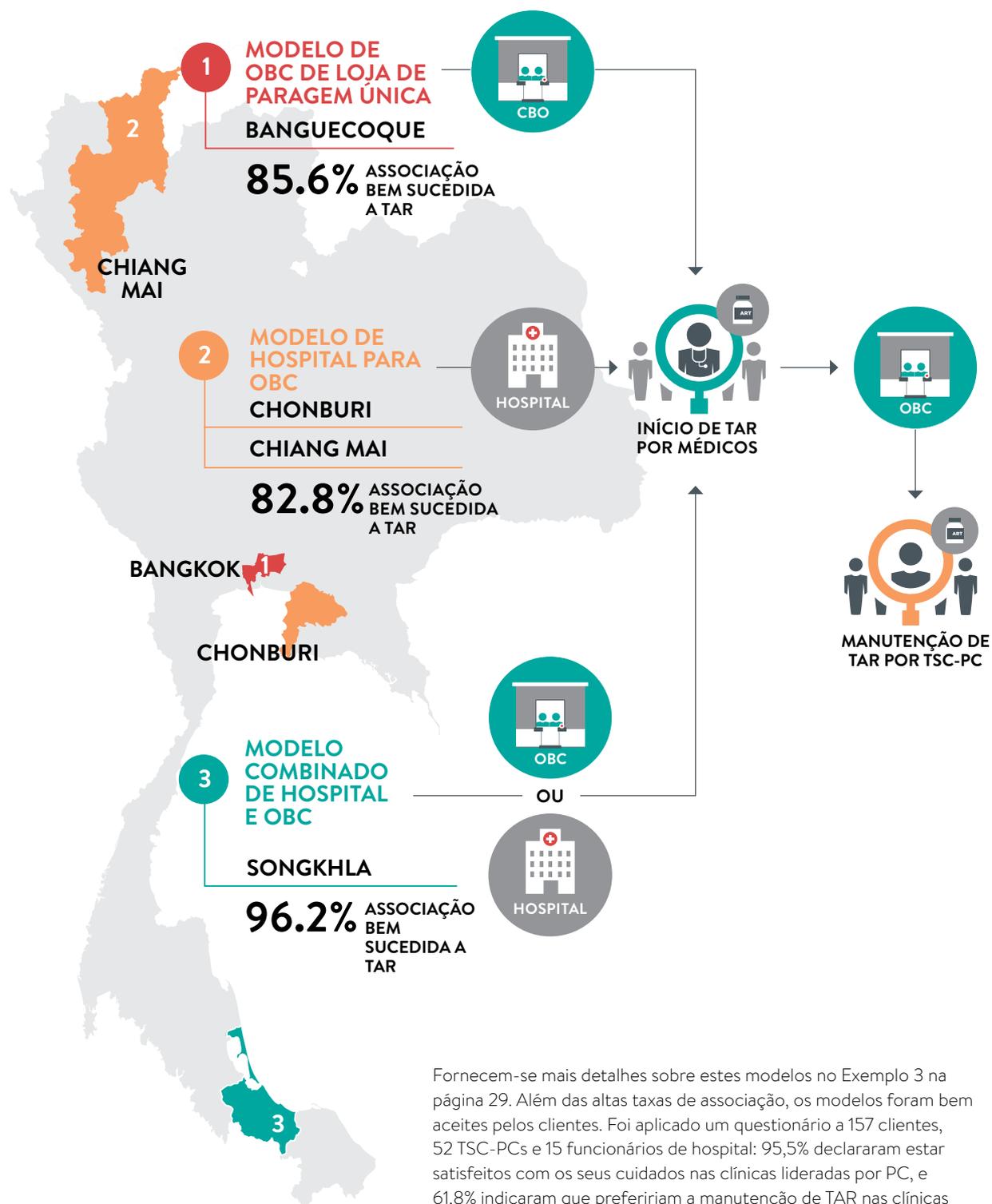
### Estudo de caso 15:

#### Serviços de Saúde Liderados por População Chave, Tailândia

O Modelo de Serviços de Saúde Liderados por População Chave (SSLPC) é financiado pela USAID/PEPFAR através do Programa LINKAGES implementado pela FHI 360, e foi pilotado em quatro províncias da Tailândia. São oferecidos serviços diferenciados de VIH para melhorar a aceitação do serviço de VIH entre homens que têm relações sexuais com homens, profissionais masculinos do sexo, mulheres transexuais e mulheres transexuais profissionais do sexo. Estes serviços são adaptados para satisfazer as necessidades da população específica ao longo da cascata: alcançar, recrutar, fazer testes, tratar, prevenir e reter.

A Figura 5 destaca os três modelos que foram concebidos com OBCs para apoiar a retenção entre clientes de TAR clinicamente estáveis. Os clientes eram elegíveis para manutenção de TAR através dos SSLPC se estivessem clinicamente estáveis, sendo definido como tendo estado em TAR por mais de um ano, com evidência de carga viral suprimida (definida como dois resultados consecutivos de RNA de VIH <50 cópias/mL), contagem de CD4 > 200 células/mm<sup>3</sup>, ausência de reacções adversas a medicamentos ou infecções oportunistas, sem co-morbididades que necessitem de acompanhamento médico regular e uma boa compreensão da adesão ao longo da vida.

Figura 5: Modelos de fornecimento diferenciado de TAR por SSLPC



Fornecem-se mais detalhes sobre estes modelos no Exemplo 3 na página 29. Além das altas taxas de associação, os modelos foram bem aceites pelos clientes. Foi aplicado um questionário a 157 clientes, 52 TSC-PCs e 15 funcionários de hospital: 95,5% declararam estar satisfeitos com os seus cuidados nas clínicas lideradas por PC, e 61,8% indicaram que prefeririam a manutenção de TAR nas clínicas lideradas por PC. Foi declarada uma atitude positiva em relação ao fornecimento diferenciado de TAR por 82,7% dos 52 TSC-PC e 86,7% dos 15 funcionários de hospital.



PARTE 5

# ADAPTAR OU ESTABELECEER FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR PARA POPULAÇÕES CHAVE

# AS PEDRAS BASILARES

Esta secção apresenta as quatro pedras basilares do fornecimento de serviços diferenciados e destaca as directrizes relevantes<sup>2</sup> e Considerações Chave<sup>13</sup> da OMS que apoiam o seu uso. Também se descrevem exemplos de modelos diferenciados existentes de fornecimento de TAR para populações chave específicas. São apresentadas as principais mensagens a considerar relacionadas com cada PC. Também vemos os nossos personagens, Namrata, Juan, Chantal e Ian, a ponderarem como

as suas vidas poderiam ser melhoradas se as pedras basilares do seu fornecimento de TAR fossem diferenciadas.

As pedras basilares são os alicerces de qualquer modelo de fornecimento de serviços. Onde são prestados os cuidados (localização)? Quem está a fornecer os cuidados (fornecedor de serviços par)? Quando são prestados os cuidados (horário de visita e frequência de visita)? Que cuidados são prestados (pacote de serviços)? Ver a Figura 6.

**Figura 6: As pedras basilares do fornecimento diferenciado de TAR para populações chave**



## Podem ser necessárias pedras basilares separadas para consultas clínicas, reabastecimentos de TAR e apoio psicossocial

As pedras basilares para consultas clínicas, reabastecimentos de TAR e apoio psicossocial podem ser diferentes - os clientes podem requerer apoio psicossocial mais frequente do que a revisão clínica e alguns serviços podem ser mais facilmente descentralizados. Os clientes que estão clinicamente estáveis podem necessitar de uma consulta clínica cada 6-12 meses enquanto recolhem reabastecimentos de TAR em um modelo simplificado com mais frequência (por exemplo, 3-6 meses). Além disso, para populações-chave, é necessário fornecer componentes diferentes do pacote médico abrangente e apoio psicossocial.

Populações-chave específicas, independentemente da estabilidade clínica, podem estar sujeitas a isolamento e rejeição social e beneficiar de apoio psicossocial adicional. Este apoio pode ser fornecido através de grupos de apoio ou redes

(incluindo plataformas virtuais) de população chave de PVVIH, aconselhamento de adesão individual com profissionais de saúde ou fornecedores leigos ou, em alguns casos, visitas domiciliares por fornecedores leigos.

Em todos os modelos de fornecimento diferenciado de TAR, o cliente está no centro. Cabe ao gerente de saúde do distrito trabalhar com profissionais de saúde e clientes para determinar quais as pedras basilares de entre “onde”, “quem”, “quando” e “que” do modelo diferenciado de cuidados que respondem às necessidades mais urgentes da população chave e comunidade. As partes interessadas devem equilibrar o objectivo de melhorar os resultados do cliente com a capacidade de fazer o uso mais eficiente do sistema de saúde disponível e dos recursos da comunidade.



## “ONDE” são fornecidos TAR?

### Descentralizar os serviços para mais perto de casa

Para muitos clientes de populações chave, o acesso físico a TAR continua a ser um desafio. O tempo e os custos de viagem para chegar à clínica, os longos períodos de espera e as persistentes questões de estigma permanecem barreiras à retenção e supressão viral sustentada. Descentralizar os cuidados de VIH, inclusive para populações-chave, significa levar os serviços para mais perto da casa do cliente, seja para uma instalação mais próxima de casa ou, idealmente, para um local na, ou próximo da, comunidade do cliente, tal como um centro de acolhimento ou ponto crucial da população chave. Esta estratégia pode reduzir tanto a sobrecarga nos clientes como aliviar o congestionamento em locais centralizados. A descentralização pode ser viável para reabastecimentos de TAR e apoio psicossocial, enquanto as consultas clínicas podem ser mais adequadamente fornecidas nas instalações de saúde.

### Até que ponto descentralizar varia de acordo com o contexto

Muitos membros de populações-chave querem receber a garantia de fornecimento discreto de serviços, privacidade e confidencialidade. Questões de criminalização, estigma e discriminação devem ser avaliadas ao determinar onde as consultas clínicas e os reabastecimentos de TAR são fornecidos. Nas zonas rurais, a descentralização pode reduzir a dificuldade e o custo das viagens, abreviar os tempos de espera e oferecer opções de cuidados de saúde mais seguras, discretas e acessíveis. No entanto, o cliente deve ter sempre a escolha de onde gostaria de receber os seus cuidados.

Além disso, devido à natureza especializada de alguns dos pacotes médicos abrangentes exigidos, pode não ser apropriado descentralizar todos os serviços para todos os locais em um distrito. Frequentemente, há uma sobrecarga maior de PCs em uma determinada localização geográfica, o que deve orientar onde os serviços recebem prioridade.

### Integração de serviços

Idealmente, o pacote médico abrangente para cada grupo de população chave deve ser fornecido como um serviço “de paragem única”. Isto evita problemas de comunicação entre os serviços e deveria evitar interações entre medicamentos. Onde este serviço de paragem única é fornecido é uma decisão operacional/estratégica. Os serviços para membros da população chave podem ser integrados em uma clínica existente de TAR, tal como uma clínica autónoma dentro de uma instalação de saúde existente, ou independente em uma instalação baseada na comunidade ou móvel.



## Directrizes da OMS

### Quadro 4: Recomendações sobre descentralização

A descentralização do tratamento e cuidados de VIH deve ser considerada como uma maneira de aumentar o acesso e melhorar a retenção nos cuidados:

- Início de TAR no hospital com manutenção de TAR nas instalações de saúde periféricas
- Início e manutenção de TAR em instalações de saúde periféricas
- Início de TAR nas instalações de saúde periféricas com manutenção a nível da comunidade.

No entanto, existem casos em que a integração pode não ser a melhor escolha para o cliente. Por exemplo, um cliente de PC que já recebe o seu fornecimento de TAR através de um grupo pode preferir continuar nesse modelo enquanto tem acesso aos outros elementos dos cuidados médicos em um serviço especializado separado. Integrar VIH e outros serviços de saúde em um programa baseado em instalações pode ou não ser visto como uma mudança positiva. Em consonância com os princípios do fornecimento de serviços diferenciados, os clientes devem ter a opção de onde ter acesso a TAR e aos componentes do pacote médico abrangente.

### Estudo de caso 16:

#### Descentralização de cuidados de VIH para homens que têm relações sexuais com homens na Cidade de Guatemala

Cuidados de VIH para homens que têm relações sexuais com homens na Cidade da Guatemala eram fornecidos em locais do hospital central. Em 2017, o fornecimento de TAR foi adaptado para homens que têm relações sexuais com homens e oferecido em três locais descentralizados, dois administrados por uma ONG e um administrado pelo MdS. Dos 276 homens que têm relações sexuais com homens que receberam a opção de descentralizar os seus cuidados para mais próximo de casa, 47% aceitaram. A maioria preferiu frequentar a clínica administrada pela ONG. No final do acompanhamento do estudo, entre aqueles na clínica administrada pela ONG, 98% foram retidos em tratamento. A duração média das visitas descentralizadas foi de 30 minutos em comparação com 4-5 horas na clínica centralizada. Mais de 90% dos participantes das três clínicas consideraram que os cuidados recebidos eram “excelentes”.

## Exemplo 1:

# Fornecimento de TAR com base comunitária para pessoas que injectam drogas, Índia

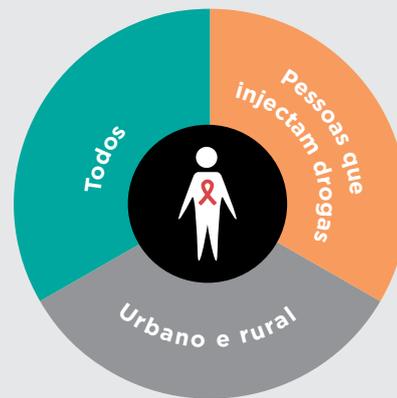
### Resumo

O uso de drogas injectáveis é o principal impulsor da epidemia de VIH na região nordeste da Índia. A Organização Nacional de Controle da Sida (NACO) da Índia implementa intervenções direccionadas: programas de prevenção liderados por pares de nível comunitário para populações-chave, que são operados por ONGs. O Projecto Sunrise, implementado pelo CCD e FHI360 em colaboração com a NACO, apoia estes programas em distritos seleccionados fornecendo um pacote de serviços a pessoas que injectam drogas, incluindo redução de danos, controlo de ITS e associação a testes de VIH e centros de TAR. O Projecto Sunrise emprega mentores de campo para trabalhar em rede com a comunidade, equipas de alcance de ONGs e fornecedores de serviços para fornecer serviços a pessoas que injectam drogas.

Após a adopção pela Índia de “tratar todos” em 2017, o projecto implementou uma estratégia para apoiar o início de TAR entre organizações registadas de tratamento de PVVIH de PCs e melhorar o acesso a TAR, fornecendo reabastecimentos nos serviços que oferecem TSO. Foram empregados mentores

de campo para trabalhar em rede com a comunidade, equipas de alcance das ONGs e fornecedores de serviços para alcançar pessoas que injectam drogas. O Project Sunrise é um exemplo de modelo individual de fornecimento de TAR fora das instalações.

### Os três elementos do Project Sunrise



## As pedras basilares do fornecimento dos serviços do Project Sunrise, Índia

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
<b>QUANDO</b>	Mensais	Semestrais	Mensalmente, conforme necessário
<b>ONDE</b>	Locais comunitários que fornecem TSO	Centros de TAR	Locais comunitários que fornecem TSO
<b>QUEM</b>	Pares mentores de campo para alcance Pessoal clínico para dispensação de TAR	Médicos	Pares mentores
<b>QUE</b>	Navegação, programa de agulhas e seringas, preservativos, aconselhamento, controlo de VIH, fornecimento de TAR, TSO	Avaliação clínica Exames de laboratório	Apoio psicossocial

Após seis meses, os resultados preliminares revelam que os mentores de campo alcançaram 1.123 PVVIH, navegaram 444 PVVIH para centros de TAR e documentaram o início de TAR em 396 PVVIH. Para melhorar ainda mais o início de TAR entre as

PCs, o Projecto Sunrise iniciou recentemente projectos-piloto envolvendo a co-localização da dispensação de TAR em três locais de intervenção, fornecendo TSO.

## ONDE: Considerações Chave

### Quadro 5: Localização das visitas<sup>13</sup>

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
<b>ONDE</b>	OBCs Cuidados de saúde primários Hospitais	Hospitais Cuidados de saúde primários OBCs Clínicas de TSO*	CBOs TSO* Linhas de telefone directas

\*Para pessoas que injectam drogas

# “QUEM” proporciona fornecimento diferenciado de TAR?

## A importância da partilha de tarefas

O fornecimento de TAR a populações-chave pode ser proporcionado por médicos, oficiais clínicos, enfermeiras, fornecedores leigos e pares. Em ambientes com restrições de recursos humanos, uma gama mais ampla de partilha de tarefas pode ser apropriada. A avaliação dos quadros regulamentares que podem apoiar ou bloquear a partilha de tarefas apropriada, incluindo o papel dos pares da PC, é uma parte importante da análise da situação. O Quadro 6 descreve a recomendação da OMS sobre a partilha de tarefas e o Quadro 7 descreve o papel dos pares como fornecedores.

## Profissionais de saúde

A OMS recomenda a partilha de tarefas entre profissionais de saúde para fornecer consultas clínicas e reabastecimentos de TAR, e esta abordagem deve ser considerada no fornecimento de serviços a PC. Em alguns ambientes, o mesmo profissional de saúde que fornece TAR pode ser capaz de fornecer outros serviços clínicos (quando possível, este deve ser o objectivo); no entanto, em outros ambientes, isto pode ter que ser implementado por um médico diferente com formação especializada (por exemplo, TSO). O fornecimento do pacote médico abrangente também pode significar que as populações-chave exigem interações mais frequentes com um fornecedor de cuidados de saúde com formação médica.

Os profissionais de saúde também devem ser treinados para fornecer apoio psicossocial e para controlar e tratar ou encaminhar clientes que apresentam condições de saúde mental.

## Directrizes da OMS

### Quadro 6: Recomendações sobre troca de tarefas e partilha de tarefas<sup>3,16</sup>

Fornecedores leigos treinados e supervisionados podem distribuir TAR a adultos, adolescentes e crianças que vivem com VIH.

- Clínicos não médicos, parteiras e enfermeiras treinadas, podem iniciar TAR de primeira linha.
- Clínicos não médicos, parteiras e enfermeiras treinadas, podem manter TAR.
- Profissionais de saúde comunitários treinados e supervisionados podem dispensar TAR entre visitas clínicas regulares.

## O papel dos pares da população chave

O papel dos pares no fornecimento de serviços de TAR para todas as populações-chave demonstrou melhorar a retenção e a adesão a TAR. Os pares de populações chave podem estar envolvidos em modelos de fornecimento de TAR para apoiar o fornecimento de TAR (facilitando modelos de reabastecimento de grupo nas instalações ou na comunidade; ou entregando TAR aos grupos de TAR da comunidade com a autorização do cliente), fornecer apoio psicossocial e seguir clientes que tenham faltado a consultas. Além de apoiar a alfabetização sobre tratamento e a adesão a TAR, o envolvimento de pares permite que os clientes abordem, com alguém com experiências compartilhadas, os desafios de estigma, discriminação e as barreiras legais e sociais relacionadas que as populações-chave enfrentam.

## QUEM: Considerações Chave

### Quadro 7: Fornecedor de serviços a populações chave

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
QUEM	Fornecedores leigos, pares, trabalhadores de alcance, profissionais de saúde	Enfermeiras, parteiras, oficiais clínicos, médicos	Assistentes sociais, fornecedores leigos, pares navegadores, trabalhadores de alcance, profissionais de saúde



**Chantal pensa:** Eu realmente agradeço o apoio que recebo da par conselheira quando recolho os meus reabastecimentos de TAR no centro de acolhimento. Ela entende os desafios que enfrentei.

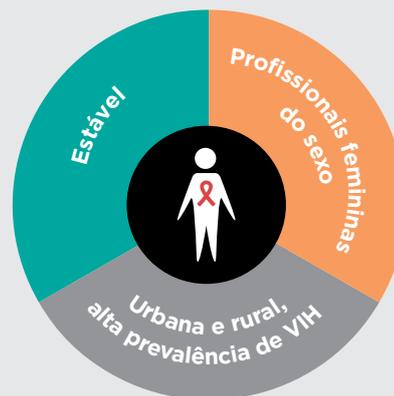
## Exemplo 2:

# Fornecimento de TAR liderado por profissionais femininas do sexo, Uganda

### Resumo

No Uganda, a Organização de Apoio à SIDA (TASO) tem vindo a proporcionar fornecimento diferenciado de TAR há mais de 10 anos. O fornecimento de TAR foi primeiramente descentralizado para os pontos comunitários de distribuição de medicamentos (PCDMs). Em 2017, um grupo de mulheres profissionais do sexo advogou a distribuição comunitária de TAR liderada por clientes (DCTLC) dirigida por profissionais femininas do sexo, um modelo que era semelhante àquele desenvolvido para clientes adultos estáveis nas comunidades. Uma DCTLC inclui o agrupamento de profissionais do sexo de uma área geográfica em um grupo de pares de apoio de cinco a dez membros. O grupo selecciona uma par líder que é responsável por recolher reabastecimentos de TAR trimestrais do PCDM mais próximo. A par líder então distribui os reabastecimentos aos membros da DCTLC no local acordado, documenta a distribuição e controla o tratamento entre as suas pares. A DCTLC dirigida por profissionais femininas do sexo é um exemplo de um modelo de grupo de fornecimento de TAR liderado por clientes.

### Os três elementos de DCTLCs para profissionais femininas do sexo



### As pedras basilares das DCTLCs para profissionais do sexo, Uganda

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
<b>QUANDO</b>	Cada dois meses, 6 vezes/ano Horário de acolhimento flexível, decidido pelo grupo	Semestralmente (2 vezes/ano)	Em cada consulta clínica; no grupo em cada reabastecimento Apoio adicional conforme necessário
<b>ONDE</b>	Comunidade: ponto comunitário de distribuição de medicamentos (PCDM)	Clínica de cuidados primários	Comunidade
<b>QUEM</b>	Par líder profissional feminina do sexo nomeada pelo grupo distribui TAR pré-embalados	Médico ou funcionário clínico	Par líder profissional feminina do sexo nomeada pelo grupo
<b>QUE</b>	Distribuição de reabastecimento de TAR, apoio psicossocial por pares, controlo de adesão por pares, apoio psicossocial	Controlo nutricional, medição da adesão, controlo de TB, controlo de ITS, exames de IO, se houver, investigação laboratorial (CV e CD4), controlo de peso, controlo de saúde mental, ajuste de dose conforme necessário	Apoio psicossocial por pares

Entre Outubro de 2016 e Junho de 2017, uma campanha de mudança de comportamento alcançou mais de 7.000 profissionais femininas do sexo. Foi realizado um total de 5.775 testes de VIH e foram identificadas 525 pessoas que vivem com VIH (taxa de positividade = 9,1%). Das identificadas como VIH-positivas, 81,5% (n=428) estavam associadas aos cuidados

e 23,6% das associadas aos cuidados foram iniciadas em TAR (n=124). No mesmo período, um número cumulativo de 215 mulheres profissionais do sexo estavam sob cuidados, com 89,8% em TAR, das quais 90,9% estavam viralmente suprimidas. Até à data, todas as 24 mulheres profissionais do sexo nos quatro DCTLCs estão viralmente suprimidas.

## “QUANDO” são fornecidos TAR?

### Prolongar ou adaptar o horário de serviços

Na maioria dos ambientes com recursos limitados, os TAR estão disponíveis para serem recolhidos somente durante o horário da clínica. Deve ser dada consideração à disponibilidade de membros da população chave, confidencialidade e confiança. O alinhamento com as visitas dos membros da família deve ser aplicado a membros da população-chave com filhos e outras pessoas na sua rede de apoio. Ter noites especiais ou fins de semana para populações-chave pode ser apropriado em alguns casos.

Adaptar o tempo dos serviços é uma maneira simples de abordar problemas de acesso para clientes de população-chave específica. Por exemplo, fornecer reabastecimentos para profissionais do sexo no início da noite permitirá que elas percam menos trabalho.

### Reduzir a frequência de reabastecimentos de TAR e visitas clínicas

Reduzir a frequência das visitas é uma maneira eficiente de aliviar a sobrecarga tanto no cliente como no sistema de saúde. Um princípio fundamental, associando todos os modelos de fornecimento diferenciado de TAR, é separar as visitas

“somente de reabastecimento” das visitas que exigem avaliação clínica e/ou laboratorial. Se os clientes estáveis podem ser vistos semestralmente, então, durante o período intermediário, o cliente deve ser capaz de limitar as suas interações com o sistema de saúde para obter o seu reabastecimento de medicamentos (a duração máxima acordada do reabastecimento deve idealmente ser de 3-6 meses) e ter acesso a apoio psicossocial desejado. Para populações-chave, pode haver a necessidade de visitas clínicas adicionais para fornecer o pacote médico abrangente (por exemplo, TSO para pessoas dependentes em opióides e agulhas e seringas estéreis para pessoas que injectam drogas). O reabastecimento de TAR pode ser fornecido através de um dos quatro modelos de reabastecimento comuns descritos ou de uma adaptação dos mesmos. Os clientes não necessitam ter uma interação clínica durante uma visita de reabastecimento.

### Utilizar a duração máxima de reabastecimentos de TAR

Dependendo das regulamentações locais, a autoridade apropriada (por exemplo, nacional, distrital ou instalação) deve informar os profissionais de saúde sobre a duração máxima de um reabastecimento TAR (1 mês, 3 meses, 6 meses, etc.) e se existem quaisquer circunstâncias especiais. Circunstâncias especiais podem incluir férias ou se o cliente se estiver a mudar para outro local durante um período para procurar trabalho. Esta orientação determinará a frequência das visitas de um cliente da população chave para recolher os reabastecimentos.

### Frequência de apoio psicossocial

A frequência do apoio psicossocial deve ser adequada às necessidades do cliente da população-chave. Aconselhamento de adesão é uma parte importante tanto do início de TAR como do pacote de cuidados de um paciente instável. No entanto, pode não ser necessário aconselhamento contínuo de adesão para alguns clientes estáveis da população chave e pode sobrecarregar os clientes, os fornecedores leigos e o sistema de saúde. A adesão e retenção demonstraram melhoria quando os clientes têm acesso a apoio de pares, seja individualmente ou como parte de um grupo de apoio de pares<sup>25</sup>.

#### Directrizes da OMS<sup>16</sup>

#### Quadro 8: Recomendações sobre frequência de visitas

- Recomendam-se visitas clínicas menos frequentes (3-6 meses) para pessoas estáveis em TAR.
- Recomendam-se recolhas de medicamentos menos frequentes (3-6 meses) para pessoas estáveis em TAR.

## QUANDO: Considerações Chave

### Quadro 9: Frequência de visitas para populações-chave clinicamente estáveis em TAR<sup>13</sup>

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
 <b>QUANDO</b>	Cada 3-6 meses	6-12 meses para TAR Dependente das necessidades de um pacote médico abrangente	Cada 1-6 meses

## Exemplo 3:

# Fornecimento de TAR liderado por organizações de populações chave para mulheres transexuais, Tailândia

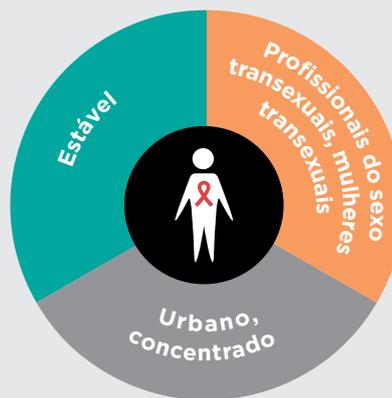
### Resumo

Na Tailândia, os modelos de fornecimento de serviços de saúde foram concebidos para melhorar a aceitação de serviços de VIH entre mulheres transexuais e homens que têm relações sexuais com homens, e abordar os desafios das baixas taxas de associação aos cuidados e altos índices de perda de seguimento. Neste exemplo, são descritos detalhes da manutenção de TAR para mulheres transexuais. Os clientes eram elegíveis para a manutenção de TAR através dos SSL-PC se estivessem clinicamente estáveis, conforme definido no estudo de caso 15 nas páginas 20-21.

Foram desenvolvidos três modelos de fornecimento diferenciado de TAR em colaboração com OBCs (ver página 21). No “modelo de OBC de paragem única”, os médicos vão às OBCs lideradas pela PC para apoiar o início de TAR. Uma vez clinicamente estáveis, os TSC-PCs fornecem apoio aos clientes para manutenção de TAR. No modelo “hospital para a OBC”, o pessoal da OBC acompanha os clientes aos hospitais provinciais da rede de TAR para início e, depois de clinicamente estáveis, os clientes são encaminhados para os TSC-PCs nas suas OBCs para manutenção de TAR. No “modelo combinado de hospital para a OBC”, o início e manutenção

do tratamento podem ocorrer nos hospitais, bem como na OBC, dependendo das preferências dos clientes. Os modelos são exemplos de modelos individuais de entrega TAR fora das instalações (ver a página 5).

### Os três elementos do fornecimento de TAR liderado pela PC



### As pedras basilares do fornecimento diferenciado de TAR para mulheres transexuais através dos SSL-PC, Tailândia\*

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
QUANDO	Mensalmente ou trimestralmente Durante o horário normal de expediente para visitas lideradas por médicos, adicionalmente durante a noite e/ou fins de semana para visitas lideradas por TSC-PC	Trimestralmente Durante o horário normal de expediente para visitas lideradas por médicos, adicionalmente durante a noite e/ou fins de semana para visitas lideradas por TSC-PC	Trimestralmente, ou conforme necessário Durante o horário normal de expediente para visitas lideradas por médicos, adicionalmente durante a noite e/ou fins de semana para visitas lideradas por TSC-PC
ONDE	Alternativamente, hospital e OBCs, ou todas as visitas na OCB, dependendo da preferência do cliente e das circunstâncias locais	Alternativamente, hospital e OBCs, ou todas as visitas na OCB, dependendo da preferência do cliente e das circunstâncias locais	Alternativamente, hospital e OBCs, ou todas as visitas na OCB, dependendo da preferência do cliente e das circunstâncias locais
QUEM	Alternativamente médicos e TSC-PCs	Alternativamente médicos e TSC-PCs	Funcionários de cuidados e apoio (FCAs)
QUE	Médicos: receitas de TAR, consulta clínica TSC-PCs: reabastecimentos de TAR, exame de saúde abrangente, verificação e aconselhamento de aderência, e encaminhamento para o médico conforme necessário	Médicos: receitas de TAR, consulta clínica TSC-PCs: exame de saúde abrangente, verificação e aconselhamento de aderência, e encaminhamento para o médico conforme necessário	FCAs: apoio psicossocial, aconselhamento sobre relações sexuais seguras e encaminhamento para aconselhamento adicional, se necessário

Entre Maio de 2015 e Outubro de 2016, foram realizados testes de VIH a 784 MTS, 83 (10,6%) eram VIH positivas e 68 (81,9%) iniciaram TAR. A supressão viral foi alcançada por 46 de 50 clientes (92%) em tratamento no 6º mês. Até Março de 2018, 19 dos 50 pacientes em TAR estavam estáveis, 16 ainda estavam em seguimento e receberam manutenção de TAR pelos trabalhadores de saúde comunitários da PC (TSC-PC)

em clínicas lideradas pela PC. Dez (62,5%) MTS concordaram em ser observadas por TSC-PCs, enquanto seis (37,5%) preferiram receber a manutenção de TAR em outro lugar. Não ocorreram até agora quaisquer preocupações de aderência ou clínicas que justificariam o encaminhamento de volta aos hospitais.

\* O modelo SSLPC é financiado pela USAID/PEPFAR através do programa LINKAGES implementado pela FHI360, e é fornecido através das seguintes OBCs: Rainbow Sky Assotiation Rainbow Sky Association Tailândia (RSAT) em Bangucoque e Songkhla, Service Workers IN Group Foundation (SWING) em Bangucoque e Chonburi, SISTERS em Chonburi e Caremat e M-plus em Chiang Mai.



## “QUE” serviços devem ser oferecidos?

### Os clientes da população chave necessitam de visitas clínicas, de reabastecimento de TAR e de apoio psicossocial

Uma vez definido como estável, o cliente ainda requer os seguintes tipos de visitas. Estas podem ser fornecidas separadamente ou, dependendo da frequência, combinadas:

- Visitas de TAR e de reabastecimento de medicamentos
- Visitas clínicas, incluindo
  - Investigações de laboratório, quando necessárias
  - Pacote médico específico abrangente para a população chave e outros problemas de saúde específicos
- Apoio psicossocial, incluindo apoio à adesão e apoio para abordar as barreiras legais.

As visitas clínicas devem avaliar o sucesso do tratamento com TAR através da análise histórica e clínica e revisão dos testes de controlo da carga viral. É a frequência destas visitas que muda uma vez que os clientes são definidos como clinicamente estáveis. Populações-chave podem requerer mais apoio psicossocial do que as outras populações e esta pode ser a única razão para visitas específicas.

### Populações-chave podem requerer serviços adicionais

Para além dos serviços relacionados com VIH, todas as populações-chave devem receber o pacote abrangente baseado em evidências delineado pela OMS<sup>3</sup> (ver Anexo 4). A frequência desses serviços médicos pode ser necessária com maior ou menor frequência do que a revisão clínica de VIH, mas quando ambos são necessários, o ideal é que o cliente os receba na mesma clínica, no mesmo dia e do mesmo profissional de saúde.

### A importância de sistemas de referência eficazes dos fornecedores de reabastecimento de TAR e de serviços psicossociais

Quando as visitas de reabastecimento de TAR e/ou apoio de pares são fornecidas separadamente, é essencial ter um sistema de encaminhamento entre os fornecedores leigos que gerem o reabastecimento de TAR ou apoio psicossocial e os fornecedores de cuidados clínicos. Com contacto clínico menos frequente, os fornecedores leigos têm mais responsabilidade em fornecer controlo e encaminhamento. o controlo pode ser informal, baseado na avaliação do bem-estar do fornecedor leigo ou do cliente da população-chave, ou mais formal, utilizando uma ferramenta estruturada de sintoma e/ou adesão. Confidencialidade é imperativa.

## QUE: Considerações Chave

### Quadro 10: Pacote de cuidados<sup>13</sup>

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
 <b>QUE</b>	Reabastecimento de TAR Verificação de referência Verificação de aderência Prevenção	Consulta clínica Testes laboratoriais Receita Prevenção Serviços abrangentes	Apoio de pares Apoio legal Resposta à violência Intervenções sociais Intervenções psicológicas

**Ian pensa:** agora eu tenho acesso a TSO em um centro comunitário com o apoio de uma enfermeira. Eu também posso obter meu TAR no centro comunitário e funciona muito melhor obter tudo o que preciso em um só lugar.



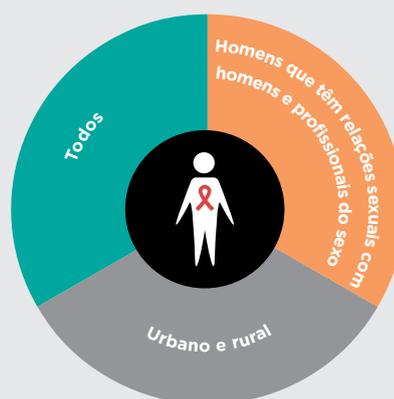
## Exemplo 4:

### Integração de fornecimento de TAR em serviços de PC, Haiti

#### Resumo

Para melhorar o acesso a, e o apoio à aceitação de, prevenção, testes, tratamento e cuidados de VIH para homens que têm relações sexuais com homens e mulheres profissionais do sexo, o projecto LINKAGES no Haiti integrou o fornecimento de TAR em nove locais pré-existentes de fornecimento de serviços com foco na PC em Outubro de 2016. Anteriormente, aqueles que tiveram resultado VIH positivo em um dos centros ou durante testes móveis foram encaminhados para instalações de TAR públicas e privadas. Em cada instalação com foco na PC, a equipe de cuidados de saúde inclui médicos, enfermeiras, técnicos de laboratório, um psicólogo, farmacêutico e assistentes sociais. O pessoal também é submetido a formação sobre o fornecimento de serviços sensíveis às PCs, para garantir que as PCs possam ter acesso aos serviços existentes sem receio de estigmatização e discriminação<sup>19</sup>.

#### Os três elementos de TAR integrados nos locais de fornecimento de serviços à população chave



#### As pedras basilares de TAR diferenciados através da integração em locais com foco na população chave, Haiti

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS	APOIO PSICOSSOCIAL
<b>QUANDO</b>	Cada dois ou três meses	Trimestralmente Durante o horário normal de expediente para visitas lideradas por médicos, adicionalmente durante a noite e/ou fins de semana para visitas lideradas por TSC-PC	Cada dois ou três meses Mais frequentemente, se necessário
<b>ONDE</b>	Local de fornecimento de serviços com foco na PC Comunidade/casa	Local de fornecimento de serviços com foco na PC	Local de fornecimento de serviços com foco na PC Comunidade/casa
<b>QUEM</b>	Equipe multidisciplinar incluindo pares	Equipa multidisciplinar	Equipe multidisciplinar incluindo pares
<b>QUE</b>	Reabastecimento TAR, apoio de pares, espaço seguro	Receitas de TAR, consulta clínica, exame de saúde abrangente	Apoio psicossocial, encaminhamento para aconselhamento adicional, se necessário, espaço seguro

Após a introdução do fornecimento de TAR nesses nove locais, foram observadas melhorias dramáticas na associação aos cuidados e taxas de início de TAR. Nos três locais que apoiam homens que têm relações sexuais com homens, o início de TAR aumentou de 18% para mais de 70% e em um trimestre atingiu 94%. Nos seis locais que apoiam profissionais femininas do sexo, o início de TAR aumentou de 17% para mais de 90% no último trimestre<sup>19</sup>.

Os pares navegadores são agora parte integrante não apenas do apoio psicossocial, mas também responsáveis pela entrega de TAR. Os clientes podem solicitar reabastecimentos de TAR baseados na comunidade ou em casa dos pares navegadores se tiverem dificuldades em visitar os locais devido à distância ou horários ocupados.

# CONCLUSÃO



# CONCLUSÃO

Populações-chave frequentemente encontram barreiras ao acesso aos serviços de VIH. Os princípios do FSD e fornecimento diferenciado de TAR devem ser ampliados para melhorar os resultados para as populações-chave e, ao mesmo tempo, reduzir os encargos desnecessários para os profissionais de saúde e o sistema de saúde. O FSD deve ser baseado no contexto local e ser sensível às necessidades das populações-chave específicas locais.

Serviços específicos para populações-chave já foram diferenciados com dados indicando um impacto positivo nos resultados de TAR. Documentar tais estratégias com os resultados e desafios é fundamental para que os responsáveis por decisões realizem investimentos futuros em FSD para populações-chave e para que os ministérios da saúde tornem tais serviços sustentáveis.

O fornecimento diferenciado de TAR para populações-chave não deve ser limitado a clientes clinicamente estáveis. FSD pode ser uma maneira de aumentar o acesso a serviços de VIH para populações-chave e, em seguida, oferecer opções para modelos de fornecimento de serviços com base nas necessidades clínicas e preferências individuais. Uma abordagem de fornecimento de serviços diferenciados também deve ser aplicada a todo o continuum de cuidados - com abordagens

**FSD para populações-chave deve assegurar que os modelos de TAR diferenciados existentes sejam acessíveis a populações-chave e procurar oportunidades para adaptar serviços de população chave existentes para incluir o fornecimento de TAR.**

diferenciadas de prevenção (por exemplo, fornecimento de PPrE), testes, associação, início de TAR e cuidados.

Os onde e quem do fornecimento diferenciado de TAR são de abordagem particularmente importante, através da descentralização do fornecimento de TAR para a comunidade e a inclusão de pares no fornecimento de serviços.

Este quadro é melhor usado em paralelo com as Considerações Chave e as Directrizes consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de VIH para populações-chave. Estão disponíveis ferramentas e melhores práticas em [www.differentiatedservicedelivery.org](http://www.differentiatedservicedelivery.org). Agradecemos os seus comentários.

Por favor envie um email para [dsd@iasociety.org](mailto:dsd@iasociety.org) e visite [www.differentiatedservicedelivery.org](http://www.differentiatedservicedelivery.org) para obter mais detalhes.

## Com fornecimento diferenciado de TAR para populações-chave ...



Andrew trabalhou com sucesso com ONGs e representantes da população chave para implementar um plano de formação para utilizar melhor os pares navegadores. O acesso a serviços para populações-chave melhorou no seu distrito.



Namrata alterna as vezes com uma rede de pares de colegas profissionais do sexo para recolherem reabastecimentos de TAR umas para as outras. Ela está contente porque só necessita de visitar a clínica para consultas clínicas e sua carga viral é indetectável.



Juan agora recebe os seus reabastecimentos de TAR no centro de acolhimento. Está a receber formação para ser um par conselheiro.



Ian recebe os seus TAR e TSO no mesmo local e não teve nenhum problema de saúde maior desde que os seus cuidados foram integrados.

# REFERÊNCIAS

---

1. UNAIDS. *Right to Health*. Geneva: UNAIDS; 2017.
2. World Health Organization. *Policy brief: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
3. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations –2016 update*. Geneva: WHO; 2016.
4. UNAIDS. *Ending AIDS: Progress towards 90-90-90 targets*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2017.
5. Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214-222.
6. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2012;380(9839):367-377.
7. Baral S, Beyrer C, Muessig K, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(7):538-549.
8. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*. 2008;372(9651):1733-1745.
9. United Nations Office on Drugs and Crime INoPWUD, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, United States Agency for International Development. *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions*. Vienna, Austria; 2017.
10. United Nations Development Programme I, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United States Agency for International Development. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Development Programme; 2016.
11. United Nations Population Fund GFoMH, United Nations Development Programme, World Health Organization, United States Agency for International Development, World Bank. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Population Fund; 2015.
12. World Health Organization UNPF, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, The World Bank. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
13. WHO, CDC, USAID, PEPFAR, IAS. *Key Considerations for differentiated service delivery for specific populations: Children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations*. Geneva: World Health Organization; 2017.
14. International AIDS Society (IAS). *Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery* Durban, South Africa; July 2016.
15. International AIDS Society (IAS). *Differentiated Care for HIV: A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for children, adolescents and pregnant and breastfeeding women*. Paris, France; 2017.
16. 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.
17. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):21484.
18. MacDonald V, Verster A, Baggaley R. A call for differentiated approaches to delivering HIV services to key populations. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(Suppl 4).
19. USAID P, LINKAGES,. *Differentiated care for antiretroviral therapy for key populations: Case examples from the LINKAGES project*. Washington, DC: USAID; 2017.
20. World Health Organization. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Geneva: World Health Organization; September 2015.
21. UNAIDS. *90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland UNAIDS; October 2014.
22. World Health Organization. *Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy*. Geneva: WHO; 2017.

23. Gedela K. "Know your epidemic": driving down HIV in London and beyond. In: Lancet T, ed. *The Lancet Global Health Blog*. Vol 2018.
24. World Health Organization. *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva: WHO; 2015.
25. MacPherson P, Munthali C, Ferguson J, et al. Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. *Trop Med Int Health*. 2015;20(8):1015-1032.
26. Cawley C NS, Szumilin E, Perry S, Amoros Quiles I, Masiku C, Wringe A. Six-monthly appointments as a strategy for stable antiretroviral therapy patients: evidence of its effectiveness from seven years of experience in a Medecins Sans Frontieres supported programme in Chiradzulu district, Malawi. *AIDS 2016*; Durban; 2016.

# ANEXOS



## ANEXO 1:

---

### Principais documentos de referência sobre populações-chave e VIH

World Health Organization. *Policy brief: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, 2016 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/keypopulations-2016-update/en/>

World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, 2016 update. Geneva: WHO; 2016. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

United Nations Office on Drugs and Crime, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, United States Agency for International Development. *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions*. Vienna, Austria; 2017. [http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017\\_HIVHC](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_HIVHC)

United Nations Development Programme, IRGT, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United States Agency for International Development. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Development Programme; 2016. <http://who.int/hiv/pub/toolkits/transgender-implementation-tool/en>

United Nations Population Fund, Global Forum on MSM & HIV, United Nations Development Programme, World Health Organization, United States Agency for International Development, World Bank. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Population Fund; 2015. <http://who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en>

World Health Organization UNPF, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, the World Bank. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. [http://who.int/hiv/pub/sti/sex\\_worker\\_implementation/en](http://who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en)

## ANEXO 2:

---

### Anexos em linha disponíveis para apoiar a implementação

Disponível em <http://bit.ly/2sVehV5>

- Anexo 1 para Populações Chave em linha: Modelo para mapeamento de exemplos comuns de fornecimento diferenciado de TAR a nível nacional
- Anexo 2 para Populações Chave em linha: Questionário a nível de instalação para avaliação de linha de base de fornecimento diferenciado de TAR
- Anexo 3 para Populações Chave em linha: Uso de mapeamento participativo para avaliar a captação e cobertura de serviços. Orientação do exercício de mapeamento participativo de Iringa.
- Anexo 4 para Populações Chave em linha: Avaliação de prontidão do mapeamento programático para uso com populações-chave

## ANEXO 3:

### Auditoria da legislação actual e lista de verificação de políticas<sup>24</sup>

Adaptado de “Ferramenta para definir e controlar objectivos de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados de VIH para população chave”. 2015.

1. A legislação e as políticas actuais incluem algum dos itens seguintes, que podem afectar negativamente as populações-chave e os esforços para lidar com VIH?	
1.1	Leis que criminalizam comportamentos de populações-chave, incluindo: actos sexuais entre adultos do mesmo género com consentimento mútuo; sexo anal entre adultos com consentimento mútuo; envolvimento em trabalho sexual por adultos com consentimento mútuo; “travestismo” ou “representação de género”; uso de drogas ou posse de drogas para uso pessoal
1.2	Legislação que define as idades de consentimento homossexuais e heterossexuais desiguais
1.3	Leis ou práticas de policiamento que criminalizam ou impedem a distribuição de preservativos ou informações sobre o uso de preservativos e sexo seguro
1.4	Leis criminalizando o porte de preservativos; ou práticas de policiamento onde o transporte de preservativos pode ser usado como prova de trabalho sexual (se o trabalho sexual for ilegal)
1.5	Leis ou práticas de policiamento criminalizando ou impedindo a distribuição de equipamento de injeção e informações sobre práticas de injeção seguras
1.6	Leis ou políticas que prevêm testes obrigatórios de VIH para populações-chave
1.7	Leis ou políticas que prevêm a obrigatoriedade de testes em prisões ou para a segregação de prisioneiros que vivem com VIH
2. A legislação e as políticas actuais incluem algum dos itens seguintes, que apoiam os direitos de populações-chave e os esforços para lidar com o VIH?	
2.1	A Estratégia Nacional de VIH, que aborda especificamente as populações chave
2.2	Leis que protegem contra violações dos direitos humanos e discriminação (geralmente - não específicas de VIH ou populações chave)
2.3	Leis que protegem contra violações dos direitos humanos e discriminação com base na orientação sexual, identidade de género, envolvimento em trabalho sexual ou uso de drogas
2.4	Legislação que exige que pessoas nas prisões e outros ambientes fechados tenham acesso a cuidados de saúde de igual padrão aos disponíveis na comunidade.
2.5	Leis que reconhecem o trabalho sexual como trabalho
2.6	Leis que criminalizam todas as formas de exploração e vitimização, de acordo com o direito internacional
2.7	Leis que regulam as condições de saúde e segurança profissional para proteger profissionais do sexo e seus clientes
2.8	Regulamentações que permitem que pessoas transexuais mudem os seus nomes oficialmente e que adquiram reconhecimento legal e identificação reconhecendo a sua identidade de género escolhida.
2.9	Leis que apoiam de forma inequívoca a provisão de terapia de substituição de opióides de manutenção e Programas de agulha e seringa

#### Comentários:

Os itens indicados nesta lista de verificação podem ser usados como guia ao conduzir uma auditoria da legislação e política actuais para identificar leis e políticas que possam apoiar ou afectar negativamente os direitos, a saúde ou o bem-estar de homens que têm relações sexuais com homens, pessoas em prisões, e outros ambientes fechados, pessoas que injectam drogas, profissionais do sexo ou pessoas transexuais. Uma auditoria deste tipo deve ser realizada com a participação do governo, sociedade civil e redes lideradas pela comunidade, e organizações de populações-chave.

## ANEXO 4:

### Resumo das recomendações da OMS sobre intervenções do sector de saúde de populações chave<sup>3</sup>

<b>Prevenção de VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso correcto e consistente de preservativos</li><li>• PPrE oferecida às PCs com risco substancial de adquirir VIH</li><li>• PPE oferecida após exposição potencial a VIH</li><li>• Circuncisão médica masculina voluntária em ambientes de alta prevalência para homens que têm relações sexuais com mulheres</li></ul>
<b>Redução de danos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todas as pessoas que injectam drogas devem ter acesso a equipamento de injeção estéril</li><li>• Acesso a TSO</li><li>• Acesso a intervenção baseada em evidências</li><li>• Gestão de emergência de sobredosagem</li></ul>
<b>Testes e aconselhamento de VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oferta rotineira de testes voluntários e aconselhamento em ambientes clínicos e comunitários</li></ul>
<b>Tratamento e cuidados de VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PCs devem ter o mesmo acesso a, e gestão de, TAR que os outros adultos</li><li>• PCs grávidas que vivem com VIH devem ter acesso a TAR</li></ul>
<b>Prevenção e gestão de co-infecções e co-morbididades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acesso ao controlo, diagnóstico e tratamento de TB</li><li>• Acesso ao controlo, diagnóstico e tratamento de hepatite viral B e C</li><li>• Controlo e gestão de rotina de perturbações de saúde mental (depressão, tensão psicológica, etc.)</li></ul>
<b>Saúde sexual e reprodutiva</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Controlo, diagnóstico e tratamento de ITSs</li><li>• Vida sexual plena e agradável, incluindo uma variedade de opções reprodutivas</li><li>• Opções e serviços para o término de gravidezes prejudiciais</li><li>• Controlo do cancro do colo do útero para PC feminina</li><li>• Acesso a cuidados de concepção e gravidez para PCs femininas</li></ul>

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

---

Gostaríamos de agradecer a todos os indivíduos e organizações que forneceram orientação, comentários e apoio durante o desenvolvimento de *Um Quadro de Decisões para tratamentos antirretrovirais para populações-chave*.

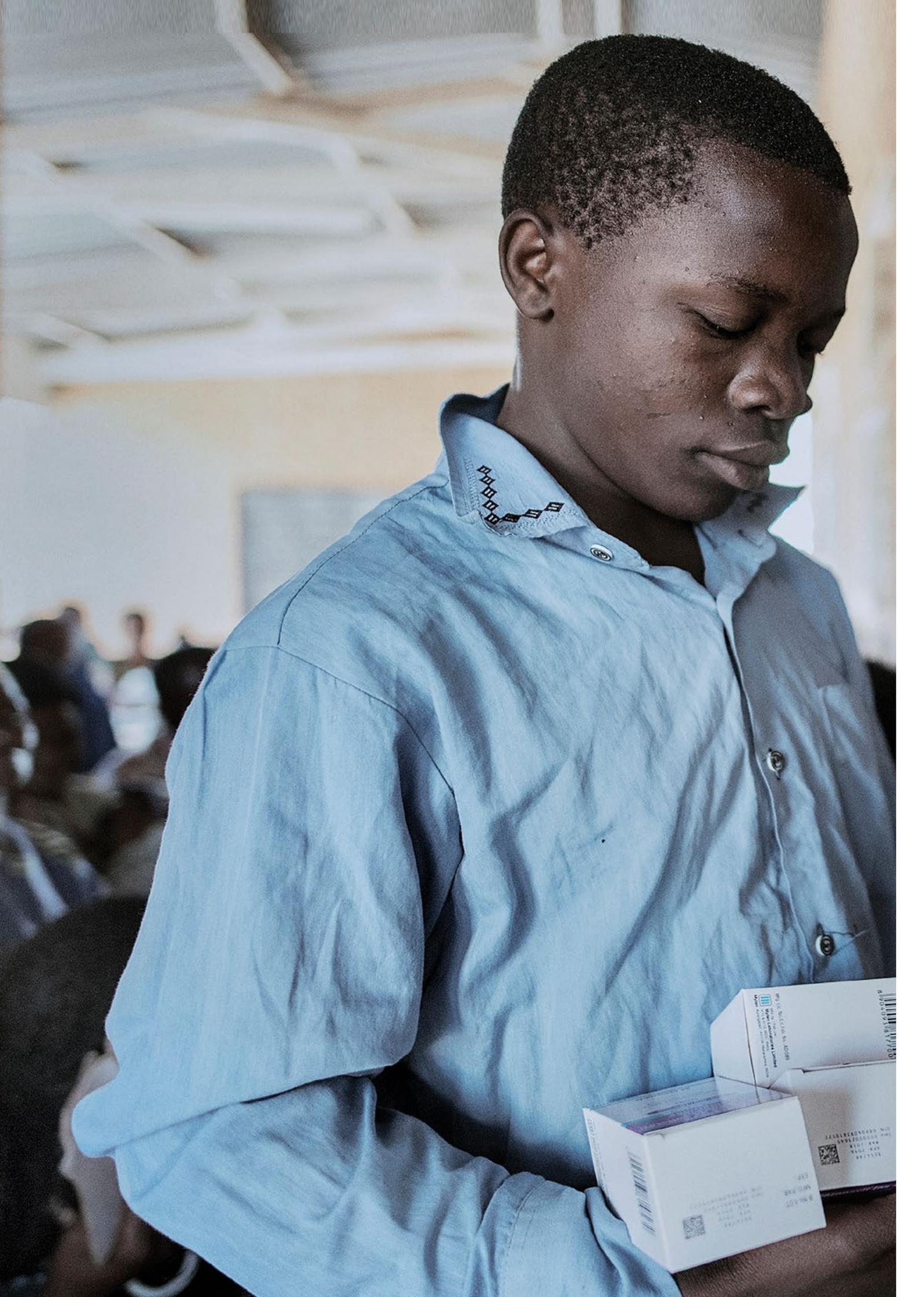
Agradecemos ao Grupo de Trabalho Técnico pelo seu inestimável apoio e comentários – Trisa Bingham (CCD), Gregory Brighton Kata [Global Network of Sex Work Projects (NSWP)], Lyubov Chubukova (Eurasian Network of People Who Use Drugs), Gina Dallabetta (BMGF), Tom Ellman (MSF), Virginia Macdonald (OMS), Anna Grimsrud (IAS), Othoman Mellouk (Men Who Have Sex With Men Global Forum), Kevin Osborne (IAS), Kate Thomson (Global Fund), Leigh Ann van der Merwe (International Reference Group on Transgender Women and VIH/AIDS), Annette Verster (OMS) E Tisha Wheeler (USAID).

Agradecemos também a Chris Akolo (LINKAGES), Kate Anteyi (USAID), Michael Cassell (LINKAGES), Medhan Dicarlo (LINKAGES), Peter Ehrenkranz (BMGF), Hally Mahler (LINKAGES), Neil McCullouch (NSWP), Ed Ngoksin (Global Fund), Navindra Persaud (LINKAGES) e Tanya Shewchuk (BMGF) pelas suas contribuições em versões anteriores do quadro.

Agradecemos a Ken Morrison e Helen Bygrave pela elaboração de *Um Quadro de Decisões para tratamentos antirretrovirais para populações-chave* e Tara Mansell e Nelli Bazarova da IAS.

Agradecimentos especiais às organizações que forneceram estudos de caso e exemplos para este documento, incluindo a The AIDS Trust Support Organization no Uganda, a Thai Red Cross AIDS Research Centre e especificamente o Dr. Reshmie Ramautarsing na Tailândia, J-FLAG na Jamaica, OUT Well-being, a Sex Workers Education and Advocacy Task force (SWEAT) e Men4Health na África do Sul, ICAP e a USAID apoiaram o programa do projecto Sauti liderado por Jhpiego na Tanzânia e, especificamente, Dr. Haruka Maruyama, MOLI no Burundi, Centre for Sexual Health, VIH and AIDS Research (CeSHHAR) no Zimbábwe, STAR-STAR na Macedónia, FAIR no Quénia, Projecto Sunrise na Índia, colegas na Guatemala e no Haiti e o projecto LINKAGES.

Agradecimentos à Bill & Melinda Gates Foundation pelo apoio financeiro.





## **FORNECIMENTO DE SERVIÇOS DIFERENCIADOS: UM QUADRO DE DECISÕES PARA TRATAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS DIFERENCIADOS PARA POPULAÇÕES CHAVE**

---

Publicado por: International AIDS Society (IAS)

Contacto: [dsd@iasociety.org](mailto:dsd@iasociety.org)

Amesterdão, Holanda. Julho de 2018.

Direitos de autor: Autorizamos que excertos sejam fotocopiados ou reproduzidos, desde que a fonte seja reconhecida de forma clara e adequada.

Créditos fotográficos em ordem de inclusão no documento: Luca Sola/MSF; G.M.B. Akash/Panos Pictures/ActionAid; Akram Ali/Photoshare; Aleksandar Aleksic/Photoshare; Ian Kwok/Photoshare; Dipayan Bhar/Photoshare; Kyaw Winn/Photoshare; Aleksandr Glyadyelov/MSF; Sam Phelps/MSF; Marta Soszynska/MSF; e Todd Brown/MSF.

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

Concepção: Design for development, [www.d4d.co.za](http://www.d4d.co.za)

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

Eu não entendo a alta prevalência de VIH entre as populações-chave ou os efeitos de estigma e discriminação nos resultados de saúde para esses indivíduos.



**Andrew, um gerente distrital de TAR**

Eu quero poder obter todas as minhas necessidades de saúde resolvidas em um lugar único.



**Ian, uma pessoa que injecta drogas**

Ninguém na clínica é capaz de abordar as minhas necessidades.



**Chantal, uma mulher transexual**

Eu não sei como divulgar a minha condição de VIH ou falar com os meus amigos sobre a minha identidade sexual.



**Juan, um homem que tem relações sexuais com homens**

Receio ir à minha clínica local de VIH porque temo que alguém me veja - seja um possível cliente ou alguém da minha família.



**Namrata, uma profissional feminina do sexo**