



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Guião Orientador sobre
**MODELOS DIFERENCIADOS
DE SERVIÇOS PARA
O HIV/SIDA**
em Moçambique

2023



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE



GUIÃO ORIENTADOR SOBRE
**MODELOS DIFERENCIADOS DE
SERVIÇOS PARA O HIV/SIDA
EM MOÇAMBIQUE**

2023

FICHA TÉCNICA

Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública - Programa Nacional de Controlo das ITS, HIV e SIDA.

Guião Orientador Sobre Modelos Diferenciados de Serviços para o HIV/SIDA em Moçambique - 2023.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS): Francisco Mbofana, Secretário Executivo

Ministério da Saúde:

Quinhas Fernandes, Director Nacional de Saúde Pública

Benigna Matsinhe, Directora Nacional Adjunta de Saúde Pública

Aleny Couto, Chefe do PNC ITS-HIV/SIDA

Irénio Gaspar

Hélder Macul

Elisa Tembe

Yara Paulo

Orlando Munguambe

Edna Paúnde

Jéssica Seleme

Teresa Beatriz Simeone

Artur Fernandes

Guita Amane

Námita Eliseu

Eudóxia Filipe

Kwalila Tibana

Morais da Cunha

Hélio Magaia

Orrin Tiberi

Isabel Sathane

Sérgio Correia

Ivandra Libombo

Joaquim Simango

António Paúnde

Fernando Boene

Sociedade Civil:

Ezequias Maimisse

Parceiros:

INTERNATIONAL AIDS SOCIETY

CQUIN

FUNDO GLOBAL

USAID

CDC

OMS MOÇAMBIQUE

FUNDAÇÃO ARIEL

EGPAF

ICAP

CCS

MSF BÉLGICA

MSF SUÍÇA

ABT/ECHO

JHPIEGO

DREAM

UNICEF

I-TECH

FGH

AGRADECIMENTOS

Aos/Às Serviços Provinciais de Saúde, Direcções Provinciais de Saúde, Sociedade Civil e membros dos diferentes Grupos Técnicos do PNC ITS, HIV/SIDA, que deram o seu precioso contributo para a elaboração deste guião, com base em suas experiências de terreno na implementação dos Modelos Diferenciados de Serviços.

Ao Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o alívio da SIDA (PEPFAR), que de forma geral, apoiou todas as fases de elaboração deste Guião.

À Sociedade Internacional do SIDA (International AIDS Society – IAS), que partilhou com o MISAU as orientações internacionais sobre a implementação dos Modelos Diferenciados de Serviços.

Tiragem

Este documento é propriedade do Ministério da Saúde, entretanto, é permitida a reprodução parcial ou total do seu conteúdo, desde que citada a fonte.

Layout:

International AIDS Society (IAS)

Projecto: Design for development (d4d.co.za)

Ilustração: Phathu Nembilwi

PREFÁCIO

Em Moçambique, a epidemia do HIV/SIDA é um desafio que exige resposta cada vez mais coordenada, e de engajamento multisectorial. Nos últimos anos, o MISAU, através da Direcção Nacional de Saúde Pública, tem implementado acções integradas com objectivo de alargar as medidas de prevenção, diagnóstico e o início atempado dos cuidados e tratamento para o HIV/SIDA. Entretanto, a expansão dos serviços relacionados ao HIV/SIDA associada à sua complexidade, é acompanhada pela emergência de desafios relacionados a infraestrutura e recursos humanos mais equilibrados em termos de quantidade e qualidade.

O compromisso do MISAU de continuar a expandir o acesso aos cuidados e tratamento para o HIV/SIDA remete à necessidade de se continuar a implementar modelos de atendimento ajustados às necessidades dos utentes, os quais devem responder aos desafios actuais e rentabilizar os recursos localmente disponíveis.

Nesta perspectiva, o MISAU desenvolveu e iniciou em 2018, a implementação do Guião Orientador sobre os Modelos Diferenciados de Serviços, o qual tinha como objectivo padronizar a implementação de intervenções para a redução do peso da doença, tanto para o utente assim como para o Serviço Nacional de Saúde.

Após divulgação e início da implementação do referido guião em 2018, os Modelos Diferenciados de Serviços ora em implementação foram sendo ajustados ao longo do tempo, como resultado das experiências adquiridas durante a sua implementação. Por outro lado, outros Modelos Diferenciados foram sendo introduzidos em resposta às necessidades e condições dos utentes, e em resposta as estratégias que o país adoptou para o controlo da COVID-19 e, por último em resposta às recomendações emanadas de experiências internacionais.

Assim, como forma de (i) documentar os ajustes suprarreferidos, e (ii) assegurar os mecanismos essenciais para padronizar a sua implementação, o MISAU procedeu com a actualização do Guião, o que resultou nesta que é a 2ª Edição.

É esperado que esta 2ª Edição do Guião contribua para melhoria da identificação de pessoas vivendo com HIV/SIDA e sua ligação aos cuidados, melhoria da adesão e retenção ao tratamento e, em última instância, contribua sobremaneira para os níveis desejados de supressão viral, pressupostos indispensáveis para o controlo

da epidemia. Concomitantemente, espera-se que a implementação mais refinada dos Modelos Diferenciados de Serviços contribua para a redução contínua da sobrecarga de trabalho dos provedores de saúde, de forma que estes por sua vez, prestem serviços humanizados e de melhor qualidade.

Maputo, Fevereiro de 2023



O Ministro da Saúde

Prof. Doutor Armindo Tiago

ÍNDICE

Lista de abreviaturas e acrónimos	1
Introdução	4
Elementos essenciais a considerar na implementação dos MDS	6
MÓDULO 1: MDS PARA ÁREA DE PREVENÇÃO	8
A. Criação de demanda para o aconselhamento e testagem de HIV	9
B. Estratégias focadas para o alcance e identificação de PVHIV	20
C. Ligação entre ats e serviços de cuidados e tratamento do HIV	44
D. Modelos diferenciados de serviços para a profilaxia pré-exposição	51
i. Extensão de Horário de atendimento	51
ii. Paragem Única para a PrEP	52
iii. Fluxo Rápido da PrEP	53
iv. Dispensa multimensal da PrEP	54
E. Registo e reporte de informação, monitoria e avaliação	57
MÓDULO 2: MDS PARA A ÁREA DE CUIDADOS E TRATAMENTO	70
A. Perfil dos utentes para a oferta dos MDS	71
B. Classificação dos MDS para área de cuidados e tratamento	73
C. Criação de demanda para os mds para área de cuidados e tratamento	76
D. Elegibilidade para os modelos diferenciados de serviços	79
E. Descrição dos modelos diferenciados de serviços	82
i. Dispensa Multimensal deARVs	82
ii. Dispensa comunitária através do APE	89
iii. Grupos de apoio para adesão comunitária	94
iv. Extensão do Horário de Atendimento	101
v. Paragem Única	103
vi. Abordagem Familiar	111
vii. Dispensa comunitária de ARV através do Provedor	113
viii. Dispensa comunitária de ARVs através de Brigadas Móveis (BM)	119
ix. Dispensa Comunitária através de Clínicas Móveis (CM) para PC e vulneráveis	113
F. Modelos diferenciados de serviços em contexto de emergência	143
G. Registo e reporte de informação, Monitoria e Avaliação	146
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACS	Agente Comunitário de Saúde	CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
AJM	Adolescente e Jovem Mentor	CMMV	Circuncisão Médica Masculina Voluntária
AMA	Aconselhamento para Melhoria da Adesão	CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
AT	Aconselhamento e Testagem	CPF	Consulta de Planeamento Familiar
ATHIV	Auto-testagem para o HIV	CPN	Consulta Pré-Natal
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde	CPP	Consulta Pós-Parto
ATS-C	Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade	CCS	Consulta da Criança Sadia
APE	Agente Polivalente Elementar	CT	Cuidados e Tratamento
APSS/PP	Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva	CTZ	Cotrimoxazol
ARV	Antirretrovirais	CV	Carga Viral
ATIP	Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor	DAH	Doença Avançada por HIV
ATIU	Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Utente	DMM	Dispensa Multimensal
BK	Bacilo de Koch	DOT	Directa Observação da Toma
BM	Brigada Móvel	DPI	Diagnóstico Precoce Infantil
CACUM	Cancro do Colo Uterino e da Mama	DPS	Direcção Provincial de Saúde
CCD	Consulta da Criança Doente	DS	Dispensa Semestral
CCR	Consulta da Criança em Risco	DT	Dispensa Trimestral
CD4	Cluster of Differentiation 4	EDTA	Ethylenediaminetetraacetic acid
CE	Criança Exposta ao HIV	EP	Educador de Par
CI	Caso Índice	EPI	Equipamento de Protecção Individual
CM	Clínica Móvel	ESMI	Enfermeira de Saúde Materno Infantil

FILA	Ficha Individual de Levantamento de Antirretrovirais	ML	Mulher Lactante
FM	Ficha Mestra	Mini LRDA	Minilivro de Registo Diário de Antirretrovirais
FRF	Formulário de Rastreo Familiar	MINT	Ministério do Interior
FSR	Formulário de Solicitação de Resultado	NID	Número de Identificação do Doente
GAAC	Grupo de Apoio para Adesão Comunitária	NIP	Número de Identificação da PrEP
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana	OMS	Organização Mundial da Saúde
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens	PAV	Programa Alargado de Vacinação
HTA	Hipertensão Arterial	PB	Perímetro braquial
IEC	Informação, Educação e Comunicação	PC	Populações-chave
iDART	Intelligent Dispensing ART	PCR	Polymerase Chain Reaction
INH	Isoniazida	PF	Planeamento Familiar
IO	Infeções Oportunistas	POP	Procedimento Operacional Padrão
ITS	Infeções de Transmissão Sexual	PPE	Profilaxia Pós Exposição
LDR	Livro de Registo	PrEP	Profilaxia Pré Exposição
LRD	Livro de Registo Diário	PU	Paragem Única
LRDA	Livro de Registo Diário de Antirretrovirais	PID	Pessoas que Injectam Drogas
MDS	Modelos Diferenciados de Serviços	PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
MG	Mulher Grávida	P/E	Peso para estatura
MM	Mapa Mensal	RAM	Reacção Adversa aos Medicamentos
MMIA	Mapa Mensal de Informação de Antirretrovirais	REC	Recluso
MISAU	Ministério da Saúde	RD	Revelação do Diagnóstico
		SAAJ	Serviço Amigo do Adolescente e Jovem
		SESP	Sistema Eletrónico de Seguimento de Utentes

SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida	TS	Trabalhador de Sexo
SMI	Saúde Materno-Infantil	TPC	Tratamento Profilático com Cotrimoxazol
SNS	Serviço Nacional de Saúde	TPT	Tratamento Preventivo da Tuberculose
SPS	Serviços Provinciais de Saúde	TR	Teste Rápido
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva	US	Unidade Sanitária
SIS	Sistema de Informação para Saúde	VD	Visita domiciliar
TARV	Tratamento Antirretroviral	VBG	Violência Baseada no Género
TB	Tuberculose	VPI	Violência pelo Parceiro Íntimo
TG	Transgénero		

Tabela 1: Abreviaturas Dos MDS Para O Registo Na Ficha Mestra

MODELO	ABREVIATURA
Dispensa Trimestral De ARV	DT
Dispensa Bimestral De ARV	DB
Dispensa Semestral De ARV	DS
Grupos De Apoio Para Adesão Comunitária	GA
Abordagem Familiar	AF
Dispensa Comunitária Através Do Provedor	DCP
Dispensa Comunitária Através Do Agente Polivalente Elementar	DCA
Dispensa Comunitária Através De Brigadas Móveis	BM
Dispensa Comunitária Através De Clínicas Móveis	CM
Extensão De Horário	EH
Paragem Única No Sector Da Tuberculose	TB
Paragem Única Nos Serviços TARV	CT
Paragem Única No Serviço Amigo Do Adolescente E Jovem	SAAJ
Paragem Única No Serviço De Saúde Da Mulher E Da Criança	SMI
Doença Avançada Por HIV	DAH

INTRODUÇÃO

Em resposta ao Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA do Ministério da Saúde -MISAU (2013-2017), o país registou uma expansão significativa do acesso aos cuidados e tratamento para HIV/SIDA (CT). O Serviço Nacional de Saúde (SNS), com as suas limitações em recursos humanos, materiais e de infraestruturas, enfrenta grandes desafios para oferecer serviços com a qualidade desejada. No continuum dos cuidados para HIV, a identificação de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e início do tratamento anti-retroviral (TARV), sua retenção aos cuidados e alcance da supressão viral tem sido alguns dos grandes desafios enfrentados pelo SNS.

Tendo o país assumido o compromisso de alcançar as metas do 95-95-95 até 2025, urge a necessidade de se implementar estratégias inovadoras para identificar as PVHIV que ainda não conhecem o seu estado serológico, assegurar a sua ligação aos serviços de cuidados e tratamento e retê-las em tratamento antirretroviral, condições estas necessárias para o alcance da supressão viral.

Por outro lado, há necessidade de oferecer serviços de saúde adaptados às diferentes populações, com maior enfoque para aquelas que enfrentam barreiras para o acesso aos serviços de saúde, como adolescentes, homens, populações-chave e vulneráveis e pessoas vivendo em contexto de emergência (por calamidades naturais e/ou conflitos militares).

Entretanto, nos últimos tempos a experiência tem-nos demonstrado que manter os mesmos moldes de atendimento aos utentes, independentemente das suas particularidades, é ineficiente e com prejuízo desnecessário para o utente e para o SNS. Nessa vertente, os Modelos Diferenciados de Serviços (MDS) devem ser implementados para tornar mais eficazes as actividades de identificação de PVHIV, simplificar e adaptar o seu manejo, e satisfazer as expectativas dos diferentes grupos populacionais (World Health Organization, 2021).

O presente Guião tem como objectivo principal padronizar a implementação dos MDS oferecidos na Unidade Sanitária (US) e na comunidade e está estruturado em dois módulos:

Módulo 1: Modelos Diferenciados de Serviços para Área de Prevenção – que orienta para:

- a) Implementação de MDS para melhoria da identificação dos utentes em maior risco de infecção pelo HIV, sua ligação e retenção aos serviços de prevenção, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).

- b) Implementação de actividades para melhoria da identificação das PVHIV através da testagem focalizada e a sua ligação com os serviços de cuidados e tratamento.

Módulo 2: Modelos Diferenciados de Serviços para área de Cuidados e Tratamento – que orienta para implementação de actividades que simplificam e adaptam os serviços de saúde às necessidades do utente em TARV de acordo com a sua condição.

ELEMENTOS ESSENCIAIS A CONSIDERAR NA IMPLEMENTAÇÃO DOS MDS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization, 2021), existem quatro elementos essenciais a serem considerados na implementação dos MDS, a saber:

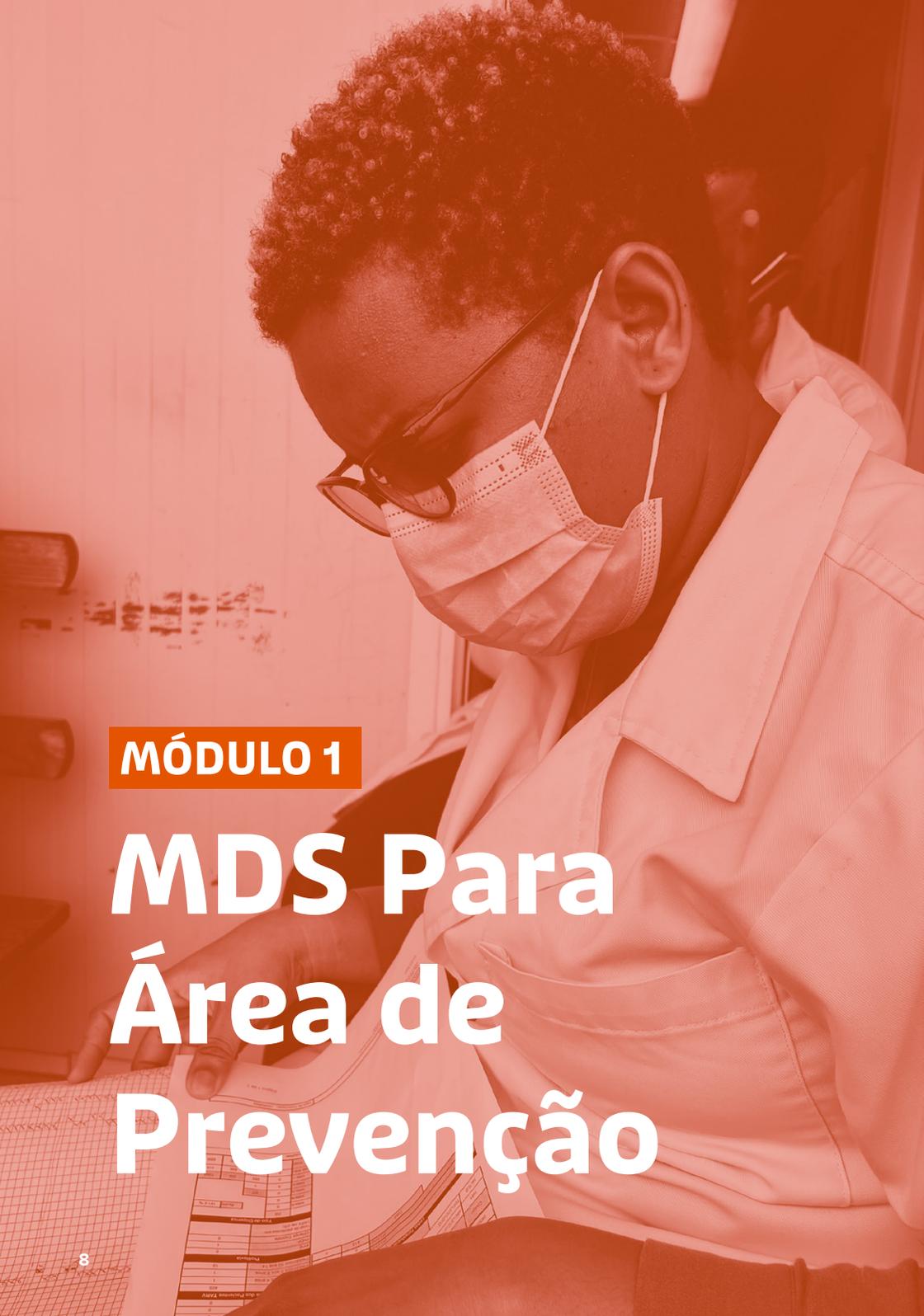
- 1. O QUÊ:** Refere-se ao pacote de serviços a ser oferecido aos utentes em MDS (serviços e insumos de prevenção, serviços clínicos, de Apoio Psicossocial/ Prevenção Positiva (APSS/PP), de laboratório e de farmácia);
- 2. ONDE:** Refere-se ao local onde cada um dos serviços acima referidos deve ser oferecido (US ou comunidade);
- 3. QUEM:** Refere-se aos actores (técnicos de saúde ou provedores leigos) envolvidos na provisão dos serviços relacionados aos MDS, desde a criação de demanda, oferta dos serviços/insumos de prevenção, serviços de CT, monitoria da resposta terapêutica, entre outros;
- 4. QUANDO:** Refere-se à frequência com que cada um dos serviços acima referidos deve ser oferecido aos utentes em MDS.

A figura abaixo ilustra estes 4 elementos essenciais a serem considerados na implementação dos MDS, sendo estes centrados no utente, ou seja, devem responder às necessidades e preferências de cada utente, de acordo com as suas particularidades.

Figura 1: Elementos essenciais a considerar na implementação dos MDS



Os MDS são factor importante nas actividades rumo ao controlo da epidemia na medida em que contribuem para melhoria da identificação das pessoas vivendo com HIV, melhoram a sua ligação aos cuidados e apoiam na retenção, condições estas necessárias para o alcance da supressão viral.



MÓDULO 1

MDS Para Área de Prevenção

O módulo para área de prevenção irá focar nas seguintes intervenções:

- A. Criação De Demanda Para O Aconselhamento E Testagem De HIV
- B. Estratégias Focadas No Alcance E Identificação De PVHIV
- C. Ligação Entre Aconselhamento E Testagem Para Saúde (ATS) E Serviços De Prevenção Ou Cuidados E Tratamento Do HIV
- D. Profilaxia Pré Exposição (PrEP)

A. CRIAÇÃO DE DEMANDA PARA O ACONSELHAMENTO E TESTAGEM DE HIV

Para o alcance e identificação do grupo-alvo elegível e prioritário para a testagem do HIV, é importante promover e difundir os serviços de ATS nos diferentes formatos e canais/meios de comunicação disponíveis. A criação de demanda para os serviços de aconselhamento e testagem, quer seja na US ou na comunidade, é fundamental para que a população conheça os serviços, sua importância, a forma de acedê-los e que tenha interesse em aderir aos mesmos.

Mensagens-chave para criação de demanda aos serviços de ATS

Dentre várias informações necessárias para a criação de demanda aos serviços de ATS, existem mensagens consideradas chave, cuja transmissão é fundamental que seja durante as actividades de promoção e divulgação dos serviços de ATS na comunidade ou US, a saber:

- Vantagens do utente conhecer o seu sero-estado para o HIV o mais cedo possível;
- Sinais e sintomas que sugerem a possibilidade de o utente estar infectado pelo HIV;
- Possíveis comportamentos de risco que o utente esteja a praticar, factores de risco a que o utente esteja exposto;
 - Para as consultas, devem ser usados os algoritmos e Guiões que facilitam a identificação da elegibilidade do utente para testagem do HIV, nomeadamente: (i) Algoritmo de testagem para o HIV em crianças

dos 0 - 14 anos; (ii) Algoritmo de testagem para o HIV em adultos e adolescentes até 14 anos; (iii) Algoritmo para avaliação de comportamentos de risco da população-chave; (iv) Guião para identificação e avaliação de comportamentos de risco da população-chave;

- Dar a conhecer os serviços aos grupos populacionais com maior risco de infecção pelo HIV, sendo estes elegíveis e prioritários para testagem, designadamente:
 - Adolescentes e jovens dos 10-24 anos (rapazes e raparigas);
 - Mulheres grávidas, mulheres lactantes e seus parceiros sexuais;
 - **Contactos directos de caso índice (parceiros sexuais, filhos com idade inferior a 15 anos e pais de criança/adolescente com HIV com idade inferior a 15 anos) e parceiros de partilha de agulhas/seringas se o caso índice for uma Pessoa que Injecta Drogas (PID);**
 - Todo utente com comportamentos, factores de risco, sinais e sintomas que sugerem a possibilidade de estar infectado pelo HIV;
 - População-chave, nomeadamente: trabalhadores de sexo, homens que fazem sexo com outros homens, pessoas transgéneras, PID e reclusos;
 - População vulnerável (raparigas adolescentes e jovens dos 10-24 anos de idade, trabalhadores móveis e migrantes incluindo o trabalhador mineiro, camionistas de longo curso, militares, crianças órfãs e vulneráveis da/na rua, pessoas com deficiência e parceiro negativo de casal sero-discordante);
 - Homens com idade igual ou superior a 25 anos;
- Para casos de resultado de HIV positivo, divulgar as vantagens de iniciar o TARV o mais cedo possível;
- Para casos de resultado de HIV negativo, divulgar as vantagens de usar os métodos e os serviços de prevenção de acordo com a necessidade do utente, para evitar a infecção pelo HIV. A prevenção combinada inclui os seguintes serviços:
 - Testagem de HIV e Sífilis;
 - TARV para todas as pessoas HIV positivas, de forma a reduzir o risco de transmissão do HIV (exemplo: casais sero-discordantes);
 - Tratamento de outras ITS;
 - Redução de Danos para pessoas que usam drogas;
 - Profilaxia Pré Exposição;

- Uso de preservativos masculino, feminino e gel lubrificante;
- Profilaxia Pós Exposição (PPE).
- Divulgar os locais disponíveis na US e na comunidade, onde os utentes podem ter acesso ao aconselhamento e testagem de HIV.

Abordagens e plataformas para criação de demanda para o ATS na US e comunidade

A criação de demanda na US e comunidade deve ser feita mediante a divulgação de informação e educação à população, enfatizando através das mensagens-chave anteriormente descritas, as vantagens do acesso precoce aos serviços do ATS. O objectivo é garantir que todas as pessoas HIV positivas e que desconhecem o seu sero-estado, possam ter acesso a testagem e conheçam o seu diagnóstico.

As actividades de criação de demanda, tanto na US como na comunidade devem ser realizadas através das seguintes abordagens:

- a) Aconselhamento em grupo;
- b) Aconselhamento individual;
- c) Aconselhamento para casais;
- d) Difusão de material de Informação, Educação e Comunicação – IEC (impresso e audiovisual);
- e) Informação e educação com recurso aos meios de comunicação social;
- f) Educação para saúde através de educação de pares;
- g) Trabalhos com agentes de mudança: líderes religiosos e outros actores comunitários influentes através de:
 - Diálogos comunitários;
 - Uso de megafones;
 - Visitas porta-a-porta;
 - Reuniões na comunidade;
- h) Criação da demanda no âmbito da Auto-Testagem do HIV (ATHIV).

a) Aconselhamento em grupo

Objectivo

Dar a conhecer à população em geral as diferentes condições que submetem a um indivíduo a situações de vulnerabilidade com relação ao HIV, e desta forma chamar à consciência para a necessidade de conhecer o seu sero-estado.

Nesta abordagem, pode-se também incluir palestras e teatro para através de uma forma descontraída, despertar a consciência da comunidade sobre a importância da testagem do HIV.

Critérios de Elegibilidade

Esta abordagem é aplicável para a população em geral que se encontra nas salas de espera dos diferentes gabinetes de consulta na US, para utentes internados nas enfermarias e para diferentes locais onde podem ser realizadas palestras de saúde na comunidade (exemplo: Cantos de saúde escolares e universitários, zonas quentes para populações chave, actividades de criação de demanda em locais de trabalho formal e informal, etc.).

Descrição

As palestras devem acontecer diariamente na unidade sanitária (nas salas de espera e outros locais de concentração), assim como nas actividades comunitárias. Esta actividade consiste na transmissão das mensagens-chave para criação de demanda para o ATS. Durante a actividade, devem ser abordados também outros aspectos relevantes para a saúde (exemplo: Infecções de Transmissão Sexual (ITS), Tuberculose (TB), Malária, Diabetes, Hipertensão Arterial (HTA), Cancro, Violência Baseada no Género (VBG), Circuncisão Médica Masculina Voluntária (CMMV), HIV/SIDA, PrEP, etc.).

Na US, as palestras devem ser facilitadas por técnicos de saúde ou pessoal leigo formado e na comunidade, poderão ser administradas por provedores e actores comunitários que previamente receberam a capacitação em literacia do HIV, para que possam fornecer à comunidade informações e competências necessárias para tomada de decisões em relação a sua saúde e vida.

Na sala de espera, o provedor de saúde ou pessoal leigo deve:

- Realizar uma palestra inicial/informativa sobre aspectos gerais de saúde (ITS, Tuberculose, Malária, Diabetes, Hipertensão Arterial, Cancro, Violência Baseada no Género, Circuncisão Médica Masculina Voluntária e HIV/SIDA, etc.);
- Realizar o aconselhamento pré-teste em grupo (se aplicável) focalizando aspectos gerais e não particulares de cada utente, abordando os seguintes tópicos:

- Conceito de HIV;
- Formas de transmissão e prevenção do HIV;
- Comportamentos e factores de risco, assim como sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV;
- Grupos-alvo elegíveis para o aconselhamento e testagem;
- Vantagens do utente conhecer precocemente o seu sero-estado para o HIV;
- Importância da testagem de parceiros sexuais e filhos menores de 15 anos caso o utente tenha um resultado positivo para o HIV;
- Alertar aos pais, caso tenham filhos menores de 15 anos com HIV (importância de fazer o teste de HIV);
- Auto-testagem de HIV como mais uma opção para ter acesso ao diagnóstico;
- Possíveis resultados de um teste de HIV e suas implicações.

NOTA:

As palestras devem ser conduzidas usando o Guião orientador para implementação de palestras, associado aos algoritmos de elegibilidade para testagem do HIV e de população-chave.

b) Aconselhamento Individual**Objectivo**

Dar a conhecer ao utente as diferentes condições que o podem submeter a situações de vulnerabilidade para o HIV e oferecer a testagem para os utentes prioritários e elegíveis.

Critérios de Elegibilidade

Todo o utente com factor de risco e/ou sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV e utentes voluntários.

Descrição

O aconselhamento individual consiste na interação/diálogo de forma confidencial com o utente, onde o provedor de testagem aborda aspectos relacionados a vulnerabilidade para o HIV, e posteriormente, focaliza-se nas particularidades de cada utente. No aconselhamento individual, o provedor de testagem deve falar

sobre os comportamentos e factores de risco de infecção pelo HIV, desconstruir crenças e preconceitos relacionados ao HIV e promover a testagem.

Durante esta sessão, dentre os vários aspectos importantes, o provedor de testagem deve:

- Perguntar se o utente alguma vez fez o teste de HIV, quando e quais foram os resultados (incluindo da ATHIV se aplicável);
- Avaliar a elegibilidade para a testagem usando os algoritmos de rastreio para testagem, incluindo os algoritmos para identificação e seguimento da população-chave;
- Explicar o significado dos possíveis resultados do teste de HIV;
- Solicitar o consentimento do utente e oferecer a testagem.

c) Aconselhamento para Casais

Objectivos:

Incorajar os casais a planear o seu futuro e conhecer o sero-estado de HIV juntos como forma de ultrapassar as barreiras relacionadas ao HIV, incluindo a disponibilidade e o acesso ao diagnóstico de HIV.

CrITÉRIOS de Elegibilidade

Casais voluntários e/ou elegíveis para o ATS, incluindo parceiros negativos de casais sero-discordantes.

Descrição

- Garantir que o casal recebe as mensagens de prevenção e que os parceiros são orientados a pensarem sobre seus possíveis resultados de HIV de modo a garantirem um futuro saudável;
- Apoiar o casal de modo a criar confiança e capacidade em lidar com questões relacionadas ao HIV;
- Focalizar mais nos pontos fortes do casal e não nas fraquezas identificadas durante o aconselhamento;
- Assegurar que os parceiros:
 - Concordam em falar juntos sobre questões ligadas aos riscos e preocupações em relação ao HIV;
 - Estão dispostos a receber os resultados de HIV em conjunto;
 - Comprometem-se em manter a confidencialidade sobre os resultados de HIV.

NOTA:

As intervenções para casais levadas a cabo de forma eficaz e breve fazem a diferença.

d) Material de comunicação (IEC e audiovisual)

Objectivos

Promover o uso do material IEC (impresso e audiovisual) tais como: cartazes, vídeos de testemunhos, spots, animações, músicas, folhetos, etc., para sensibilizar e criar curiosidade, interesse e alerta nos utentes, contribuindo para a criação de demanda para os serviços de ATS.

Critérios de Elegibilidade

Esta abordagem é aplicável para a população em geral que se encontra em diferentes ambientes na US e comunidade.

Descrição

Os materiais de informação, educação e comunicação desempenham um papel importante na transmissão de informação. Estes materiais podem ser de diferentes tipos, designadamente: álbuns seriados, brochuras, cartazes, folhetos, vídeos, etc. Eles são um canal para passagem de mensagens-chave para sensibilização de mudança de comportamento e para promover a procura e uso de serviços de testagem de HIV.

e) Informação e Educação com recurso aos Meios de Comunicação Social

Objectivo

Informar a população em geral sobre as vantagens da testagem para o HIV, os locais onde são oferecidos os serviços de aconselhamento e testagem a nível da US e das comunidades e o modo como os utentes podem aceder a estes serviços.

Critérios de Elegibilidade

População em geral, população prioritária e elegível para o aconselhamento e testagem (AT) na US e na comunidade.

Descrição

Esta abordagem consiste na transmissão de mensagens-chave previamente definidas sobre o HIV e patologias relacionadas, através de campanhas nas redes

sociais (exemplo: WhatsApp, Facebook e Instagram), e nas rádios comunitárias e televisões, em horários de maior audiência.

Devem ser criados mecanismos que permitam a participação regular de provedores de saúde nestes programas, de modo a promover a interação com a comunidade, clarificar questões e promover os serviços de saúde existentes, incluindo o ATS.

As redes sociais são usadas por um número elevado de pessoas e tem a capacidade de disseminar informação de maneira rápida e exponencial e influir na sua assimilação. Deve ser feito o uso das várias páginas fidedignas de informação (exemplo: MISAU, CNCS e Parceiros de Implementação) e redes sociais (Facebook, WhatsApp, Instagram, Youtube e Twitter) e outras plataformas disponíveis (Alô Vida, Pensa e Telessaúde) para abranger os utentes que não conhecem os serviços de testagem.

f) Educação de Pares

Objectivos

Dar a conhecer aos pares, as diferentes condições que os submetem a situações de vulnerabilidade com relação ao HIV e desta forma chamar a consciência para a necessidade de adesão ao ATS.

Critérios de Elegibilidade

Esta abordagem é aplicável para os pares de um determinado mentor (exemplo: indivíduos afectados ou infectados pelo HIV), que seja população prioritária e elegível para o ATS (na US ou na comunidade).

Descrição

A educação através de pares deve acontecer tanto na unidade sanitária assim como na comunidade e consiste na partilha de informações para educar, informar e aconselhar sobre temas gerais de saúde com maior enfoque para o HIV, por um indivíduo afectado ou infectado pelo HIV. Com base na sua própria experiência de vida, o educador de par deve estabelecer uma relação de proximidade e quebra de barreiras de estigma e discriminação em torno do HIV, facilitando a oferta de serviços de ATS.

Os Educadores de Pares devem:

- Dar seu testemunho como forma de credibilizar a informação que está a passar aos pares;
- Realizar palestras, dramatizações, conversas individuais ou em grupo na US e na comunidade, durante as visitas e eventos comunitários;
- Identificar utentes elegíveis e encaminhá-los para os serviços de ATS.

g) Trabalhos com Agentes de Mudança

Objectivos

Transmitir informação sobre saúde, incluindo a testagem do HIV, através de trabalhos com os líderes religiosos, comunitários e outros actores comunitários (que sejam influentes e com grande impacto na comunidade).

Critérios de elegibilidade

Esta abordagem é aplicável a comunidade em geral, com maior foco para população prioritária e elegível para o ATS na comunidade.

Descrição

Considerar os líderes religiosos e comunitários como sujeitos de acção e não como objectos de mudança. Estes desempenham um papel fundamental para a saúde das suas comunidades. Munidos de informação e mensagens-chave, estes poderão realizar palestras, diálogos, etc. para que se possa alcançar um maior número de pessoas, promovendo os serviços de saúde existentes na US e na comunidade. Estes actores comunitários podem ser capacitados e orientados para realizar suas actividades através de: diálogos comunitários, uso de megafones, campanhas porta a porta, reuniões da comunidade e criação da demanda no âmbito da auto-testagem do HIV (ATHIV).

- Diálogos Comunitários
 - Devidamente capacitadas, as lideranças comunitárias e outras pessoas influentes na comunidade facilitam diálogos entre os líderes e outros membros da comunidade sobre assuntos de interesse comum;
 - É um processo de mobilização e capacitação, que fornece à comunidade informações, competências e confiança sobre as decisões em relação a sua vida;
 - É uma forma de educar as comunidades e de criar demanda para os serviços de saúde incluindo o ATS;
 - É a oportunidade para dinamizar a promoção de encontros mensais com diferentes intervenientes da comunidade, em que as lideranças, usando material de IEC, informam as suas comunidades sobre o HIV, os locais de acesso à testagem e importância do seguimento nos cuidados e tratamento;
 - Durante as actividades realizadas pelos actores comunitários, deve-se ter atenção para o rastreio e identificação de utentes elegíveis para o ATS, a referência para testagem e para os serviços de cuidados e tratamento e de prevenção do HIV.

- Uso de Megafones
 - Durante as actividades na comunidade, os actores comunitários poderão fazer uso de megafones para disseminar mensagens-chave de criação de demanda para o ATS. Esta actividade pode ser realizada em locais de maior aglomerado de pessoas.
- Campanhas Porta a Porta
 - Através de actores comunitários influentes e capacitados, as campanhas porta a porta permitem uma maior aproximação ao utente, dando campo para que se possa disseminar mensagens-chave e criar demanda para os serviços que são prestados a nível da comunidade e da US;
 - Permitem também oferecer um aconselhamento individualizado sobre temas relacionados ao HIV, incluindo a importância da testagem do HIV.
- Reuniões da Comunidade
 - As reuniões da comunidade são momentos importantes para que haja um maior envolvimento e apropriação de temas relacionados à saúde naquele local;
 - Trata-se de uma abordagem que utiliza a dinâmica do grupo com o objectivo de dar a conhecer os serviços da US e os que são oferecidos na comunidade, bem como a importância do envolvimento da comunidade no que tange ao papel importante que a comunidade tem perante a desmitificação do HIV e o apoio que poderão dar à população mais vulnerável ao HIV.

h) Criação da demanda no âmbito da Auto-Testagem do HIV (ATHIV)

Objectivos

Ampliar a capacidade de alcançar pessoas de difícil acesso ao ATS. Portanto, a população em geral deve também ser informada sobre as vantagens da ATHIV, como se faz o teste, como proceder depois de fazer o ATHIV e sobre os locais onde podem ter acesso ao ATHIV.

A ATHIV está integrada no aconselhamento e testagem em saúde – comunitária (ATS-C) e toda a abordagem para criação de demanda na comunidade deve incluir a informação sobre a disponibilidade de mais um recurso de diagnóstico para as populações prioritárias e elegíveis, que dada a sua condição social e preferência, não queiram se submeter a testagem convencional e pretendam realizar primeiro a testagem do HIV inicial na sua comodidade e em ambiente de maior privacidade.

Toda a informação e educação feita na abordagem de criação da demanda é extensiva para a criação da demanda para a ATHIV.

Critérios de Elegibilidade

Esta abordagem é aplicável a comunidade em geral, com maior enfoque para população prioritária e elegível, com idade igual ou superior a 15 anos.

Descrição

Sendo uma abordagem cujo o procedimento está centrado no próprio utente, para além de incluir a transmissão de mensagens-chave previamente definidas sobre o HIV e doenças/situações relacionadas, a criação da demanda na ATHIV deve ser potenciada através de meios de difusão de comunicação audiovisual, tal como: cartazes, folhetos e vídeos para plataformas digitais (WhatsApp, Facebook entre outras), assim como a rádio comunitária e a televisão, preferencialmente em horários de maior audiência.

A US, através de seus meios de criação de demanda para o ATS, deve também incluir mensagens sobre a ATHIV e o seu acesso a nível da comunidade.

Porém, a diversidade de meios de difusão e de promoção usados na criação da demanda da ATHIV tem o objectivo extensivo de informar a população prioritária sobre o novo meio de diagnóstico de HIV, o procedimento de uso do kit e os serviços preventivos e de ligação pós resultado do auto-teste.

B. ESTRATÉGIAS FOCADAS PARA O ALCANCE E IDENTIFICAÇÃO DE PVHIV

A testagem para o HIV deve ser oferecida na US e comunidade. Para uma testagem bem-sucedida, depois da criação de demanda, é pertinente realçar a necessidade do seguimento dos 5 princípios orientadores do ATS:

- Obtenção do consentimento informado do utente antes da testagem;
- Assegurar a confidencialidade das informações e do processo;
- Oferecer aconselhamento antes e depois da testagem de acordo com as normas e procedimentos;
- Assegurar que o resultado entregue ao utente seja o correcto;
- Assegurar a ligação dos utentes com resultado positivo aos serviços de cuidados e tratamento, e dos utentes com resultado negativo aos serviços de prevenção.

Prestação de Serviços de Aconselhamento e Testagem do HIV

Os serviços (abordagens e estratégias) a serem prestados no processo de AT para o HIV são:

- a) Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Utente (ATIU)
 - i. Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS)
 - ii. Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade (ATS-C)
 - Testagem convencional de HIV
 - Auto-testagem de HIV
- b) Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor (ATIP)
 - i. Oferta de ATIP para crianças com idade menor de (<)18 meses
 - ii. Rastreio e oferta da ATIP para crianças/adolescentes (entre os (≥) 18 meses aos - 14 anos de idade)
 - iii. Rastreio e oferta de ATIP nos diferentes serviços clínicos.

a) Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Utente (ATIUI)

O ATIUI é uma abordagem voluntária através da qual os utentes procuram conhecer o seu sero-estado para o HIV, usando os serviços da UATS e do ATSC disponíveis.

i. Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS)

Objectivos

Garantir o acesso ao diagnóstico de HIV para população geral, assim como a prioritária e elegível para testagem na US.

Abordar tópicos relevantes sobre o HIV e doenças/situações relacionadas (exemplo: ITS, TB, Malária, Diabetes, HTA, Cancro, VBG-violência baseada no género - VPI, etc.), incluindo a importância da prevenção do HIV.

Crítérios de Elegibilidade

Utentes voluntários e referidos para testagem do HIV.

Descrição

Na UATS, o aconselhamento e testagem é oferecido aos utentes que procuram voluntariamente o serviço de AT, ou para os utentes referidos da comunidade ou outros serviços da US. Nesta abordagem, o provedor de testagem da UATS tem as seguintes responsabilidades:

- Realizar palestras e/ou aconselhamento em grupo ou individual sobre as vantagens do AT;
 - Usar algoritmos de elegibilidade para o ATS, assim como os algoritmos e guiões para identificação e seguimento da população-chave, facilita a actividade do provedor a orientar melhor suas mensagens para criação de demanda na UATS;
- Receber o utente de forma cordial e acolhedora, assegurando a privacidade e a confidencialidade;
- Avaliar (durante o aconselhamento pré teste) prováveis situações de exposição ao HIV e abordar as vantagens de redução de comportamentos que coloquem o utente em risco de infecção pelo HIV;
- Questionar o utente sobre a possibilidade de ter feito o uso do auto-teste anteriormente;
- Explicar sobre o período de janela, avaliar a possibilidade de o utente estar nesta fase e orientar sobre as precauções a tomar de forma evitar o risco de infecção;

- Mulheres grávidas, adolescentes e jovens, crianças expostas devem ser referidas para os serviços de consultas pré-natal (CPN), Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) e Consulta de Criança de Risco (CCR) respectivamente, onde serão aconselhados e testados.
- **Para os utentes com resultado negativo:**
 - Marcar a testagem seguinte (de acordo com avaliação de risco) e registar a data no cartão/caderneta do utente. A ATHIV pode ser referida como uma opção para as testagens de seguimento;
 - Convidar os parceiros sexuais maiores de 15 anos para testagem ou referir para o ATHIV na comunidade;
 - Referir o utente para os serviços e oferta de insumos de prevenção de acordo com a necessidade (PrEP, CMMV, preservativos, lubrificantes, VBG, etc.);
- **Para os utentes com o resultado positivo:**
 - Acolher, abrir a ficha mestra e referir para os serviços de cuidados e tratamento;
 - Iniciar a estratégia de testagem dos contactos directos através do caso índice, incluindo o rastreio de VPI;
 - Falar e referir para auto-testagem, como um recurso adicional disponível para testagem dos contactos directos do utente que tenham idade igual ou superior a 15 anos;
 - Preencher e entregar o cartão/caderneta ao utente para seguimento.
- Assegurar o preenchimento de todos instrumentos da UATS, nomeadamente: livros de registo de ATS, ficha de rastreio familiar, convites para os contactos, relatórios estatísticos e assegurar o arquivo correcto de toda a informação.

NOTA:

A informação da testagem oferecida na UATS, que inclui os utentes referidos de outros serviços clínicos, deve ser registada no livro de ATS da UATS.

ii. Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade (ATS-C)

Objectivos

Garantir o acesso ao diagnóstico de HIV para população prioritária e elegível para testagem. Abordar tópicos relevantes sobre o HIV e doenças/situações relacionadas, nomeadamente: ITS, TB, malária, diabetes, HTA, cancros, VBG-VPI, etc.), incluindo a importância da prevenção do HIV.

CrITÉRIOS de elegibilidade

- População prioritária ou elegível para o ATS (pessoas com idade igual ou superior (\geq) a 18 meses);
- Indivíduos em condição de risco e vulnerabilidade para a infecção pelo HIV.

Descrição

Serviço de ATS oferecido na comunidade, onde recomenda-se que seja focalizado tendo em conta os critérios de elegibilidade e população prioritária para o AT, fazendo o rastreio, identificação e referência de utentes com resultado positivo à US, para inscrição nos cuidados e tratamento de HIV.

Os actores comunitários e provedores de testagem devem:

- Identificar os utentes para o ATS-C através das seguintes modalidades:
 - Visitas domiciliares;
 - Brigadas e clínicas móveis;
 - ATHIV;
 - Testagem móvel.
- Rastrear os utentes usando os algoritmos de elegibilidade para o ATS, os de PC e oferecer a testagem aos utentes que reúnam critérios;
- Identificar a população prioritária e com comportamentos e factores de risco para oferta do ATS.

NOTA:

- Para crianças com idade <18 meses, não se deve oferecer a testagem para HIV na comunidade, pois o diagnóstico de HIV nesta faixa etária é feito através de testes virológicos (PCR, DNA e HIV). Nestes casos, o provedor de testagem deve fazer o rastreio de algum motivo de atenção especial nomeadamente: a orfandade, gemelaridade, baixo

peso, alimentação artificial antes dos 6 meses de vida, pai ausente, desnutrição ou falência de crescimento, contacto para TB e exposição ao HIV (pai/mãe).

- Durante o rastreio na comunidade, se forem identificadas crianças com uma ou mais das condições, o provedor ATS-C deve encaminhá-las à US (CCR) mais próxima, acompanhadas de uma guia de referência.
- De forma a melhorar a focalização e a identificação e testagens de utentes elegíveis, os algoritmos de testagem do HIV para crianças/adolescentes e adultos, também devem ser utilizados por actores comunitários e conselheiros de ATS capacitados;
- A informação do ATS-C deve ser registada nos livros de ATS da comunidade;
- Nas unidades sanitárias com UATS, o livro de ATS-C encontra-se e permanece neste sector. Em US sem UATS, deve-se definir internamente o local para alocação deste livro

Auto-Testagem de HIV

Objectivo

É uma abordagem integrada nos serviços de ATS, que aumenta o acesso à testagem através da selecção e encaminhamento das pessoas com maior probabilidade de estarem infectadas pelo HIV, para a testagem convencional (testagem de confirmação usando o algoritmo nacional), e tem os seguintes objectivos:

- Ampliar a identificação de casos positivos do HIV;
- Criar demanda para os serviços de ATS convencional;
- Complementar os esforços de diagnóstico do HIV, bem como apoiar a colmatar as lacunas na testagem às populações de maior risco de infecção e de difícil acesso.

CrITÉrios de Elegibilidade

- População em geral com idade igual ou superior a 15 anos, população prioritária, elegível e de difícil acesso ao ATS, nomeadamente:
 - Parceiros sexuais com sero-estado desconhecido;

- Parceiros sexuais do CI;
- Pais de criança índice menor de 15 anos;
- População-Chave (TS e seus clientes, HSH, PID, REC e TG);
- Adolescentes e jovens (dos 15 – 24 anos);
- População vulnerável com idade igual e superior a 15 anos;
- Homens com idade igual ou superior a 25 anos;
- Militares.

Descrição

O auto-teste é um meio de auto-rastreamento para o HIV, onde o utente realiza o teste de HIV sozinho, incluindo a colheita da amostra (saliva), execução dos procedimentos do teste e a interpretação dos resultados. O utente pode realizar o teste com alguém da sua confiança, mas de maneira independente dos serviços de saúde. O kit de auto-teste pode ser adquirido de forma gratuita através de actores comunitários do ATS-C (conselheiros, activistas, educadores de pares previamente capacitados (pode também estar disponível nas farmácias público-privadas).

O ATHIV dá a possibilidade para que o utente realize o procedimento em um lugar à sua escolha, que lhe garanta o conforto e o nível de privacidade e a confidencialidade que considere adequado.

O procedimento de ATHIV é simples e rápido, fornece o resultado entre 20 – 40 minutos.

Para Moçambique foi seleccionado e registado o auto-teste pré-qualificado pela OMS o “*OraQuick*”, que tem maior sensibilidade para detectar os anticorpos do HIV 1 e 2. O kit de auto-teste “*OraQuick*” apresenta-se numa embalagem que contém o teste (a espátula), o reagente, o suporte do tubo que contém o reagente e a bula de instruções de uso. A realização do auto-teste não requer equipamento laboratorial.

Um resultado reactivo (positivo) ao auto-teste não é considerado como conclusivo, dado que o protocolo estabelece que o resultado seja confirmado mediante um teste convencional realizado na US ou ATS-C por um provedor capacitado.

Utentes com resultado negativo no ATHIV, devem ser orientados para aderir aos insumos e serviços de prevenção. Ainda, o utente deve fazer a re-testagem com o teste convencional (*Determine e Unigold*) ou com ATHIV na data indicada pelo provedor de testagem, após avaliação dos factores de risco do utente.

Grupos Especiais no ATHIV

Nesta abordagem os grupos especiais são: os reclusos (REC) e as pessoas que injectam drogas (PID), pois devido a sua condição social, estes grupos merecem considerações específicas no que respeita a auto-testagem de HIV.

- A abordagem deve assegurar o envolvimento proactivo do actor comunitário (conselheiro, EP e activista);
- Garantir as condições necessárias para realização do ATHIV nas penitenciárias e locais de distribuição para PID's;
- Sempre que esteja disponível a testagem convencional nos locais de distribuição para estas populações, não se orienta a distribuição do ATHIV. Estes utentes devem ser referidos para a testagem convencional de HIV.

Modelos de distribuição do auto-teste de HIV

Distribuição Primária (directa):

O provedor oferece os serviços incluindo a entrega do kit de ATHIV directamente ao utente final. Na distribuição primária o ATHIV pode ser oferecido *de forma assistida e não assistida*.

- De forma Assistida:

Ocorre quando o provedor entrega o kit de ATHIV e demonstra ao utente as instruções de como usar o kit.

- De forma Não Assistida:

Quando o provedor entrega o kit de ATHIV e não demonstra as instruções ao utente sobre como usar o kit.

Distribuição Secundária:

- O kit de ATHIV chega ao utente final secundariamente através de um intermediário, que recebe o kit do provedor de testagem ou actor comunitário;
- Este tipo de distribuição pode ocorrer entre parceiros sexuais, como parte da estratégia de CI e entre pares;
- No acto da oferta dos serviços de ATHIV, o utente primário pode ter acesso a 3 kits de ATHIV, 1 para si e 2 para os seus parceiros sexuais ou pares.

NOTA:

Para todos os modelos de distribuição, o provedor de testagem ou actor comunitário deve:

- Fornecer informações ao utente sobre o ATHIV, incluindo serviços disponíveis após a realização do auto-teste;
- Disponibilizar vídeos ou materiais com instruções de procedimentos de ATHIV;
- Disponibilizar as linhas de informações (Alô Vida e Pensa);
- Informar que o resultado positivo deve ser confirmado logo que possível na US ou ATS-C, usando o algoritmo nacional de testagem.

b) Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor (ATIP)

Objectivos

Oferecer proactivamente o aconselhamento e testagem para utentes com comportamentos e factores de risco, assim como, com sinais e sintomas que sugerem a possibilidade de uma infecção por HIV.

Critérios de Elegibilidade

O ATIP deve ser oferecido em 2 modalidades:

- Modalidade 1:

ATIP de rotina para **todos** os utentes que se apresentam nos seguintes sectores: CCR, enfermarias do adulto e pediátricas, TB, CPN, consultas pós-parto (CPP), utentes com indicação para realizar procedimentos cirúrgicos, dadores referidos do banco de sangue e internamento de curta duração do serviço de urgências (Banco de Socorros).

- Modalidade 2:

ATIP mediante **avaliação de factores de risco e sintomatologia sugestiva** de infecção por HIV nos seguintes sectores: consulta de criança sadia (CCS), triagem de pediatria/consulta de criança doente (CCD), consulta externa, triagem do adulto, serviços de urgência (Banco de Socorros). Para operacionalizar esta testagem focalizada, os provedores e conselheiros devem fazer o uso regular dos algoritmos de testagem que permitem avaliar a elegibilidade dos utentes para testagem do HIV de crianças/adolescentes, adultos e população-chave. Para além dos algoritmos, os provedores e conselheiros devem estar capacitados para

identificar comportamentos e factores de risco de infecção pelo HIV durante o aconselhamento pré-teste.

Descrição

O ATIP deve ser oferecido em todas as US, nos gabinetes onde é feita a oferta de cuidados clínicos para utentes adultos e pediátricos, incluindo as enfermarias e outras especialidades.

i. Rastreio e oferta de ATIP para Crianças com idade inferior a (<) 18 meses

Conhecer o estado serológico para o HIV de toda criança menor de 18 meses, nomeadamente, criança exposta, infectada ou não infectada) e nestes casos, o provedor deve considerar o seguinte:

- Avaliar se a criança tem o sero-estado conhecido;
- A criança com idade inferior a 18 meses, é considerada elegível para testagem, se:
 - A mãe nunca tiver sido testada na gravidez ou durante a amamentação;
 - A mãe lactante teve resultado negativo a um teste realizado num período anterior aos últimos 3 meses;
 - A mãe está ausente ou recusou-se a fazer o teste de HIV;
- Perante uma suspeita clínica, deve-se oferecer o teste em primeiro lugar à mãe. Apenas deve-se testar a criança se a mãe recusar (ou estiver ausente), para identificar a situação de exposição;
- Se a criança tiver história de exposição ao HIV conhecida e nunca foi seguida na CCR ou se for um caso de abandono a CCR, deve ser referida para a CCR;
- Se criança estiver acompanhada pela mãe, o provedor deve:
 - Oferecer o TR a mãe, para saber sobre o estado de exposição da criança;
 - **Se o resultado da mãe for positivo**, significa que a criança é exposta ao HIV. Neste caso, deve-se registar a informação no cartão de saúde da criança (na tabela de PTV-mãe) e referir a criança para a CCR para confirmação do resultado com o teste de PCR;
 - **Se o resultado da mãe for negativo** e a criança apresentar factores de risco e sinais/sintomas sugestivos de infecção pelo HIV, oferecer a testagem à criança;

- **Se o resultado da mãe for negativo** e a criança não apresentar outra condição de risco, registar o resultado no cartão de saúde da criança e manter seguimento na CCS.
- Se a criança não estiver acompanhada pela mãe, o provedor deve:
 - Oferecer a testagem rápida a criança;
 - **Se o resultado do teste da criança for positivo**, referir a criança para a CCR para confirmar com PCR;
 - **Se o resultado do teste da criança for negativo** e a criança não apresentar outra condição de risco, continuar seguimento na CCS;
 - Em todos os casos, deverá ser registado o resultado no cartão de saúde da criança;
- Toda mulher lactante com resultado de teste rápido (TR) negativo durante o período da lactação deve ser submetida a re-testagem para o HIV a cada 3 meses, até a criança completar os 9 meses. A informação de aconselhamento e testagem AT deve ser registada nos livros de ATS do sector e no cartão de saúde da criança.

ii. Rastreio e Oferta de ATIP para Crianças/Adolescentes (dos 18 meses aos 14 anos)

Para estes casos, o provedor deve:

- Verificar o sero-estado para HIV através do registo feito no cartão de saúde da criança;
- Se a mãe e a criança tiverem o sero-estado desconhecido (sem registo do sero-estado da mãe e da criança no cartão), ou se a mãe estiver a amamentar (lactante) e com resultado de teste rápido negativo realizado há mais de 3 meses, ou se tiver resultado negativo, mas sem registo da data da testagem, oferecer o AT à mãe lactante;
- Avaliar a elegibilidade para a testagem da criança e adolescente usando o algoritmo de testagem. Usar o algoritmo de crianças/adolescentes dos 0 -14 anos);
- O critério de re-testagem de criança HIV negativa é igual ao da população adulta: a testagem deve repetida a cada 12 meses, sendo precedida de uma avaliação de elegibilidade.;
- É importante proceder com avaliação periódica de crianças com informação clínica sugestiva de infecção por HIV no livro de consultas e avaliar o número de crianças testadas, para avaliar perdas de oportunidade;

- Todo o sector com baixa cobertura de testagem de crianças com sintomatologia sugestiva de infecção por HIV, deve ser submetido a tutoria de ATS/APSS e monitoria semanal de dados;
- Para os adolescentes entre 11-14 anos de idade, o consentimento dos pais ou cuidadores para a testagem é necessário. No entanto, os adolescentes nesta faixa etária, podem dar seu próprio consentimento para a testagem, se forem observadas as seguintes condições:
 - Se forem sexualmente activos, casados ou vivendo maritalmente, se estiverem grávidas ou lactantes, se forem chefes de família e com sinais e/ou sintomas sugestivos de infecção por HIV (exemplo: ITS).
 - Para crianças menores de (<)11 anos, o consentimento deve ser solicitado aos pais ou cuidadores, excepto se a criança ou adolescente apresentar-se na US sem os pais/cuidadores e reúna uma das seguintes condições:
 - Ter sido vítima de violência baseada no género (VBG) e sexual;
 - Ter alguma condição clínica grave que necessita de testagem para decisão clínica (em regime de internamento);
- O provedor de saúde deve estar preparado para avaliar caso a caso, de modo a identificar os possíveis riscos e benefícios da testagem nestes grupos e planificar as condutas de forma individualizada.

iii. Rastreio e Oferta de ATIP nos Diferentes Serviços Clínicos

Este subcapítulo focaliza os procedimentos que orientam ao provedor para rastrear os utentes e oferecer o ATIP com o objectivo de identificar casos de HIV positivos. Para melhor direccionamento, descrevem-se os procedimentos correspondentes aos seguintes sectores:

- Enfermaria de Pediatria;
- Enfermaria de adulto (todos os serviços, incluindo maternidade);
- Paragens únicas (CPN, Pós-parto, CCR, SAAJ e TB);
- Triagens de pediatria/CCD e de adulto, CCS, Consulta de Planeamento Familiar (CPF), consultas externas, banco de socorros, etc.

ATIP nas enfermarias (incluindo internamento de curta duração do Banco de Socorros)

Neste sector é recomendado que o provedor:

- Registe no livro de admissão (coluna de observação), o sero-estado do utente à entrada. A informação do estado sorológico pode ser obtida verificando o

cartão de saúde para seguimento do utente crónico ou Ficha Mestra do utente, ou ainda no cartão de saúde da criança;

- No livro de ATS, na coluna de observações, deve identificar/anotar todos utentes testados na condição de acompanhantes dos utentes internados (usando a sigla AC), de forma a melhor ser avaliada a cobertura de testagem na enfermaria.

Enfermaria de Pediatria

O provedor deve:

- Garantir que todas as enfermarias façam à entrada o registo do sero-estado do utente nos livros de admissão da enfermaria. Nas crianças, registar o sero-estado (criança HIV+ confirmada, HIV-, criança exposta, sero-estado desconhecido) com base na informação do cartão de saúde da criança, da Ficha Mestra, do livro do ATS, da caderneta da mãe ou ainda a partir da conversa com a própria mãe;
- Oferecer aconselhamento e testagem a toda criança e mãe com sero-estado desconhecido e sem informação da sua exposição ao HIV;
- Convidar os pais de crianças/adolescentes HIV positivos menores de 15 anos, para o aconselhamento e testagem.
- **Para crianças menores de (<) 18 meses:**
 - Se for acompanhada pela mãe – oferecer teste também a mãe;
 - Se a mãe for HIV positiva, considerar a criança exposta e fazer seguimento de diagnóstico precoce infantil;
 - Se a mãe for HIV negativa e a criança tiver sintomatologia sugestiva de infecção pelo HIV, testar a criança;
 - Para criança não acompanhada pela mãe ou cuja mãe recusa-se a ser testada, testar a criança usando o teste rápido de HIV, e se o resultado do teste for positivo, seguir o algoritmo de Diagnóstico Precoce Infantil (DPI).
 - Se for confirmada a exposição da criança, e não houver possibilidade de ter resultado de PCR, realizar o diagnóstico presuntivo e iniciar TARV o mais precocemente possível. Recomenda-se ao provedor a confirmação do diagnóstico com PCR depois da alta.
- **Para criança ≥ 18 meses:**
 - Se ainda estiver em aleitamento materno, oferecer o teste também a mãe. Se o resultado do teste da criança for:

- **Positivo**, iniciar o TARV o mais precocemente possível;
- **Negativo**, repetir a testagem 3 meses após o desmame (registar na guia de alta e no cartão da criança) e seguir o algoritmo de DPI;
- Se já tiver feito o desmame há mais de 3 meses, oferecer o AT a mãe e dependendo do resultado, também a criança com sero-estado desconhecido;
- Registar o resultado do teste no cartão de saúde da criança, na tabela de PTV-Mãe, no item correspondente ao 1º teste, incluindo a data da realização do teste, ou no cartão do utente (para crianças maiores de 5 anos), e também no processo de internamento, no livro de admissão, no livro de ATS e na guia de alta do internamento;
- Para toda criança e adolescente menor de 15 anos HIV+, deve-se oferecer o AT aos pais.
- Os utentes com resultado HIV+, sempre que as condições clínicas o permitam, devem iniciar o TARV ainda na enfermaria (se o utente ou cuidador/acompanhante estiver preparado) e continuar com as sessões de aconselhamento de reforço de adesão durante o período de internamento;
- Discutir com os utentes ou pais/cuidadores as alternativas dos locais de seguimento das consultas para cuidados de HIV após a alta do internamento.

Enfermaria do adulto (todos os Serviços incluindo Maternidade)

O provedor deve:

- Garantir que todas as enfermarias façam à entrada o registo do sero-estado do utente nos livros de admissão da enfermaria (HIV positivo, HIV negativo ou indeterminado);
- Para as crianças, registar o sero-estado: criança HIV+ confirmado, criança HIV-, criança exposta ou sero-estado desconhecido, com base na informação do cartão de saúde da criança, Ficha Mestre, livro do ATS, caderneta da mãe ou da informação obtida a partir da conversa com a mãe;
- Oferecer AT para todos utentes com resultado negativo testados há mais de 3 meses ou com sero-estado desconhecido;
- Para os utentes gravemente doentes ou inconscientes, o consentimento deve ser solicitado aos familiares ou acompanhantes. Na ausência destes, o provedor deve agir de acordo com o melhor interesse do utente, garantindo logo que as condições clínicas permitam a revelação do sero-estado ao utente;

- Registrar o resultado do teste na Ficha Mestra, no livro de admissão do internamento, no livro de ATS e na guia de alta do internamento;
- Para utentes com resultado HIV+, sempre que as condições clínicas o permitam, devem iniciar o TARV ainda na enfermaria, se o utente ou cuidador/acompanhante estiver preparado, e continuar com sessões de aconselhamento de reforço de adesão durante o período de internamento;
- Para todos os utentes que iniciam o TARV na enfermaria, deve-se fazer a inscrição no livro pré TARV e TARV, atribuição do NID da US para justificação da dispensa dos ARVs da US onde o utente encontra-se internado;
- Depois da alta, os utentes devem ser referidos para continuação do seguimento na US de sua preferência. Deve-se registar toda informação no cartão do utente e na guia de alta do internamento e de referência para seguimento. Se o utente optar por continuar o tratamento numa US diferente da indicada ou recomendada, deve-se garantir o registo da transferência na Ficha Mestra, livro do TARV e no SESP, para evitar que seja considerado como abandono.

ATIP nos sectores de paragem única (CPN, CPP, CCR, SAAJ e TB)

Nos sectores de paragem única (PU) o provedor deve:

- Oferecer o ATIP para todos os utentes elegíveis a consulta específica do sector e para os acompanhantes que sejam elegíveis;
- Identificar população-chave;
- Enfatizar as vantagens da testagem e do tratamento para o HIV durante a gravidez e pós-parto;
- Enfatizar as vantagens da testagem e do tratamento para o HIV durante o tratamento da Tuberculose;
- Incluir mensagens sobre o ATHIV e garantir o acesso aos parceiros sexuais através do ATS-C.

Se resultado do teste de HIV for **negativo**:

- Oferecer e/ou referir o utente para os serviços e recursos de prevenção, de acordo com a necessidade do utente (exemplo: preservativos, lubrificantes, PrEP, VBG, CMMV, tratamento das ITS, etc.);
- Oferecer o AT para os parceiros sexuais do utente.

Se resultado for **positivo**:

- Realizar o acolhimento para início de cuidados e tratamento;

- Preencher a Ficha Mestra e oferecer consulta ao utente no próprio sector (excepto os acompanhantes, que devem ser referidos a recepção);
- Iniciar TARV segundo as normas;
- Oferecer a testagem do caso índice (CI) para os casos elegíveis, incluindo o rastreio de VPI;
- Encaminhar para os serviços de cuidados e tratamento, todos os acompanhantes testados com resultado positivo na PU.

Diagnóstico de HIV e Sífilis para mulher grávida na CPN/SAAJ e Maternidade

Dada a necessidade de melhorar a identificação de mulher grávida (MG) e seus parceiros sexuais com sífilis, o MISAU introduziu o teste DUO (HIV e Sífilis), a ser usado na CPN, SAAJ e Maternidade. A tomada de decisão sobre a oferta ou não do teste Duo (HIV e Sífilis) é feita de acordo com o sero-estado para o HIV da mulher à chegada para a consulta. Assim, seguem abaixo as orientações sobre a oferta do teste DUO à MG:

- O teste DUO (HIV e Sífilis) só deve ser usado quando for necessário fazer o diagnóstico simultâneo de infecção por HIV e de Sífilis na primeira CPN. O grupo-alvo para este teste são as MG com sero-estado do HIV desconhecido.
- O teste DUO (HIV e Sífilis) deve ser usado nos seguintes serviços:
 - CPN: Todas as mulheres grávidas com sero-estado desconhecido para o HIV e Sífilis na primeira consulta;
 - SAAJ: Todas as adolescentes grávidas com sero-estado desconhecido para o HIV e Sífilis na primeira consulta;
 - Maternidade: Todas as MG que chegam pela primeira vez na maternidade, sem história de seguimento na CPN e que tenham o sero-estado desconhecido para o HIV e Sífilis.

NOTA:

O TDR DUO de HIV e Sífilis deve ser usado APENAS na PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL (CPN) para o diagnóstico de ambas patologias.

ATIP nos gabinetes de consulta (triagens de pediatria/CCD e do adulto, CCS, CPP, CPF, consultas externas, banco de socorros)

Nestes sectores, o provedor deve:

- Avaliar a elegibilidade do utente usando os algoritmos para testagem de crianças/adolescentes, adultos e população-chave para o AT, e avaliar se o utente faz parte de um dos grupos prioritários e se tem comportamentos e factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV;
- Enfatizar as vantagens da testagem e do tratamento para o HIV;
- Incluir mensagens sobre o ATHIV e garantir o seu acesso para o utente e seus parceiros sexuais através do ATS-C;
- Para crianças menores de (<)18 meses, seguir como descrito na alínea a) (Rastreio e oferta de ATIP para crianças com idade <18 meses).

Para crianças com (\geq) 18 meses ou mais de idade e com desmame há mais de 3 meses, o provedor deve:

- Oferecer o teste rápido de HIV a criança (se o rastreio for positivo);
Se resultado for HIV negativo:
 - Criança <5 anos: registar o resultado no cartão de saúde da criança;
 - Crianças \geq 5 anos: registar o resultado no cartão/caderneta do utente;
 - Referir a criança para triagem de pediatria/CCD ou consulta externa para seguimento dos sintomas em causa;
 - Para crianças <5 anos que ainda estiverem em aleitamento materno, deve-se ter atenção de repetir a testagem 3 meses depois do desmame.

Se o resultado for HIV+:

- Referir a criança para os serviços TARV (mesmo que ainda esteja em aleitamento materno);
- Testar a mãe e o pai e encaminhá-los de acordo com os seus resultados de HIV;
- Reforçar o aconselhamento para adesão aos cuidados e tratamento, principalmente para as crianças acompanhadas pelos pais e cuidadores;
 - Para mãe com sero-estado positivo:
 - Verificar o sero-estado da criança:

- Para criança com sero-estado desconhecido - testar a criança;
 - **Se o resultado for positivo** - referir a criança para os serviços de TARV;
 - **Se o resultado for negativo e com desmame há mais de 3 meses** – registar o resultado negativo no cartão de saúde da criança ou no cartão/caderneta do utente;
 - **Se resultado for negativo**, criança ainda em aleitamento materno - referir a criança para CCR;
 - **Mãe com sero-estado negativo:**
 - Verificar a data da testagem: se o teste tiver sido realizado há mais de 3 meses, repetir o teste;
 - Se o teste tiver sido realizado há menos de 3 meses, seguir as recomendações de re-testagem de HIV para os casos negativos, conforme a tabela de frequência de re-testagem (Tabela de frequência de re-testagem para casos negativos).

NOTA:

Nos sectores de triagens e bancos de socorros são atendidas crianças sintomáticas. Estes sectores constituem potenciais portas de entrada para identificação de crianças com desnutrição, com infecção por HIV e/ou com TB e que necessitam de intervenção imediata. No momento da consulta, as crianças podem já apresentar sinais e sintomas sugestivos de alguma destas patologias.

c) Aconselhamento e testagem do HIV baseado no caso índice

Objectivo

Quebrar a cadeia de transmissão do HIV, oferecendo o ATS a pessoas que foram ou estão expostas ao HIV, ligar os casos positivos aos serviços de cuidados e tratamento e os negativos, aos serviços de prevenção.

Esta estratégia implica o apoio por parte dos provedores de testagem ao caso índice, para revelação de diagnóstico aos seus parceiros sexuais e a testagem destes e de outros contactos directos.

CrITÉRIOS de Elegibilidade

É considerado **Caso Índice** um indivíduo recém-diagnosticado para o HIV na US ou na comunidade, ou um indivíduo HIV positivo que está inscrito nos cuidados e tratamento para o HIV. Este pode ser utente adulto (homem ou mulher), mulher grávida ou lactante, criança ou adolescente ou utente co-infectado TB/HIV, que tenha contactos directos que possam estar expostos ao HIV como resultado da relação que mantém com o caso índice. A partir do CI, o provedor de testagem deve rastrear e oferecer o AT aos seus contactos directos expostos ao HIV, a saber:

- Todos os parceiros sexuais nos últimos 12 meses;
- Pais biológicos de crianças/adolescentes menores de 15 anos;
- Filhos biológicos com idade inferior a 15 anos, de pais HIV positivos;
- Todos os parceiros de partilha de agulhas/seringas, se o caso índice for uma pessoa que injecta drogas.

Descrição

A estratégia deve ser implementada apenas se o caso índice consente (concorda) com a oferta de ATS aos seus contactos directos elegíveis. Se o caso índice **consente com a testagem de seus contactos**, estes são listados, feitos a revelação de diagnóstico e notificados pelo caso índice e pelo provedor de testagem para o acesso aos serviços de aconselhamento e testagem na US ou na comunidade. O referido consentimento do caso índice deve estar obrigatoriamente registado no Formulário de Rastreio Familiar (FRF).

Requisitos mínimos para a implementação da estratégia de testagem através do Caso Índice

- A testagem através do caso índice é voluntária e o caso índice tem a liberdade de optar por aderir ou recusar em fazer parte da estratégia;

- Se o CI se recusar a fazer parte da estratégia, ele não deve ser penalizado ou pressionado a mudar de opinião;
- A estratégia é centrada no utente e focalizada em suas necessidades e segurança, incluindo de seus contactos;
- Todos os casos índice, têm o direito de receber os serviços de prevenção, cuidados e tratamento do HIV, independentemente da sua decisão de participar ou não da estratégia;
- O caso índice não é obrigado a revelar o motivo da recusa de sua participação da estratégia. Os provedores de testagem devem ser treinados e supervisionados nos procedimentos de testagem através desta estratégia, incluindo o rastreio de VPI e monitoria de eventos adversos, que deve considerar o respeito dos direitos do utente, o consentimento informado e a confidencialidade.

Oferta de Serviços

Os serviços de oferta de testagem de contactos directos de caso índice NÃO são um evento único, estes devem ser oferecidos continuamente, especificamente nas seguintes situações:

- Logo após o diagnóstico positivo do utente;
- A cada consulta de TARV, caso todos os contactos não tenham sido testados;
- Pelo menos uma vez por ano, como parte dos serviços de cuidados e tratamento para o HIV;
- Em situações de troca/mudança de parceiros sexuais e nascimento de mais filhos.

Locais de oferta da estratégia de CI

A testagem de contactos directos de caso índice deve ser oferecida:

- Em todos os sectores de testagem de HIV na US;
- Em todos os sectores de tratamento de HIV na US;
- No ATS-C;

Para a identificação de CI em cuidados e tratamento para o HIV que tenham contactos elegíveis para testagem durante as consultas clínicas, deve-se também usar o método de revisão das Fichas Mestras, mediante a verificação semanal das FM sem a situação familiar preenchida e/ou sem informação de testagem dos contactos.

Identificação de caso índice, seus contactos e sua inclusão na estratégia

- A identificação do caso índice começa com os utentes recém diagnosticados HIV+ e utentes já em CT na US;
- Os contactos são identificados através do rastreio feito com o formulário de rastreio familiar;
- Deve ser feita a identificação dos contactos directos que o CI tenha mencionado e que tenha consentido para testagem;
- À medida que os contactos forem testados, novos casos índice podem ser identificados e incluídos no ciclo de testagem através da estratégia;
- A testagem dos contactos elegíveis deve ser realizada num local previamente acordado com o caso índice ou com o próprio contacto e este pode ser na comunidade, na residência ou na US;
- Para as duas abordagens (US ou comunidade), é importante que os provedores de testagem considerem:
 - Identificar o caso índice na lista de inscritos na US (FRF e FM);
 - Certificar que o CI, consente e concorda em participar na estratégia de CI;
 - Rastrear possível Violência pelo Parceiro Íntimo e garantir as referências necessárias;
 - Submeter o utente ao aconselhamento, para preparação da revelação do seu sero-estado aos parceiros sexuais e pais (para casos de adolescentes índices);
 - Os contactos pediátricos com idade inferior a 18 meses, não devem ser testados. Estes devem ser encaminhados obrigatoriamente à CCR para seguimento como criança exposta.

Para os contactos que preferem ser testados na US

- Oferecer o convite e marcar a data para o AT dos contactos revelados e notificados;
- Fazer a remarcação, considerando um máximo de 3 remarcações para testagem dos contactos que não tiveram disponibilidade no dia inicialmente agendado;
- Testar todos os contactos elegíveis. Após a testagem, registar a informação no livro de ATS, FRM, FM do CI e nos documentos dos contactos, isto é, no cartão de saúde e ou caderneta do utente;

- Apoiar o CI no processo de notificação e revelação do diagnóstico aos seus contactos, principalmente aos seus parceiros sexuais;
- Se o **resultado dos contactos testados for positivo**, abrir a FM no local de testagem e referir fisicamente aos cuidados e tratamento para iniciar o TARV;
- Em caso de **contactos negativos**, garantir as referências para acesso aos serviços e aos recursos de prevenção conforme as necessidades do utente, PrEP, CMMV, preservativos e lubrificantes, etc. e a re-testagem de acordo com o risco de exposição;
- O ATHIV pode também ser uma opção de diagnóstico para os contactos maiores de 15 anos pelo que, o provedor de testagem pode colocar esta opção ao caso índice e referir o mesmo ao ATS-C, caso o utente e contactos o prefiram.

Para os contactos que preferem ser testados na comunidade (ATS-C)

- Marcar a data da realização do AT dos contactos na comunidade/residência;
- Testar todos os contactos elegíveis;
- Após a testagem, garantir o registo da informação dos contactos no livro de ATS-C e no cartão do utente;
- Se o resultado dos **contactos testados for positivo**, entregar a guia de referência e contra-referência e referi-los à US para inscrição nos cuidados e tratamento;
- Em caso de **contactos negativos**, garantir as referências para os serviços de prevenção (PrEP, CMMV, preservativos, etc.) e a re-testagem de acordo com avaliação de risco de exposição ao HIV;
- Garantir a oferta do ATHIV para os contactos elegíveis:
 - Contactos com idade igual e/ou superior a 15 anos que:
 - Estão ausentes no momento da visita do conselheiro para testagem;
 - Recusam a testagem convencional;
 - Outros membros da família interessados no ATHIV.
 - Na residência do CI, é importante fazer o rastreio usando os algoritmos de testagem para a elegibilidade do ATS e testagem de outros filhos biológicos do CI com idade superior a 15 anos, assim como dos filhos não biológicos, outros conviventes com comportamentos, factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV. Para estes casos, devem ser registados os procedimentos de testagem como ATS-C e não como parte da estratégia de caso índice.

Situações especiais

Há necessidade de reforçar a identificação de contactos de CI, não apenas dos novos utentes diagnosticados, mas também utentes já em cuidados e tratamento para o HIV, especialmente os faltosos, abandonos e utentes com a carga viral (CV) não suprimida.

NOTA:

Os contactos só devem ser testados se:

- Tiverem sero-estado desconhecido;
- Tiverem resultado de teste negativo, mas sem registo da data da testagem;
- Tiverem resultado de teste negativo e avaliada a condição de risco, se reunir critérios para a re-testagem (conforme orienta a Directriz de ATS);
- Passaram pelo processo de RD por parte do caso índice (parceiros sexuais e pais de adolescente índice);
- Consentem em ser testados para o HIV.

d) Violência Pelo Parceiro Íntimo (VPI)

O rastreio, monitoria e seguimento de casos de VPI fazem parte dos requisitos mínimos para implementação da testagem através de caso índice, para assegurar serviços éticos e seguros.

A Violência pelo Parceiro Íntimo consiste no abuso ou agressão que acontece no contexto de uma relação próxima/íntima com o marido/esposa ou um parceiro/a, de uma relação actual ou passada.

Neste caso, considera-se Parceiro Íntimo todo parceiro sexual: marido, amante, esposa, namorado, cliente sexual de trabalhadora de sexo - TS (actual ou passado). A Violência pelo Parceiro Íntimo é uma forma de VBG e inclui actos de agressão sexual, física, psicológica, emocional, económica, etc.

A estratégia de Caso Índice para identificação de parceiros sexuais que sejam HIV positivos é uma das abordagens para o aumento da identificação de novos casos. A testagem para o HIV deve ser oferecida à casais e parceiros sexuais e deve ser acompanhada de apoio para divulgação e revelação mútua dos resultados.

O medo do CI revelar o seu estado serológico positivo para o HIV, assim como o temor de sofrer violência pelo seu parceiro íntimo, são razões que contribuem para a recusa do utente em participar da estratégia de testagem através do caso índice e da testagem de casal.

Os provedores de testagem não podem negar os serviços aos utentes que decidem pela não revelação do seu sero-estado e/ou a testagem dos seus parceiros sexuais. A segurança do utente é o factor mais importante na decisão de participar ou não dos serviços de AT.

Consequências da “Violência pelo Parceiro Íntimo”

A VPI pode conduzir à seguintes consequências:

- Lesões físicas;
- Perturbações mentais tais como: depressão, ansiedade e ideação suicida;
- Não adesão aos serviços de saúde, incluindo os cuidados tratamento de HIV;
- Destruição de ARVs e de bens;
- Retirar as crianças dos cuidados da mãe/pai.
- Entre outros.

O rastreio de VPI

O objectivo principal do rastreio de VPI é a deteção de sinais e a consequente prevenção da ocorrência de efeitos adversos aos utentes (CI) dos serviços de apoio a revelação e testagem de parceiro íntimo. Isto implica que o provedor:

- Previna que os utentes (CI), seus parceiros e familiares sofram de actos de violência como resultado da revelação do sero-estado de HIV aos parceiros íntimos;
- Identifique e encaminhe os utentes (CI) em risco ou que sofrem de violência, aos serviços adequados de VBG;
- Ajude a melhorar a adesão e retenção destes utentes nos cuidados e tratamento;

Suporte Solidário de Primeira Linha

O suporte solidário de primeira linha é uma abordagem de aconselhamento centrado na sobrevivência e na diminuição de risco. Trata-se de atendimento imediato prestado ao caso índice que tenha experimentado violência pelo parceiro íntimo. Se algum utente relatar alguma forma de violência, a primeira prioridade é providenciar o suporte solidário de primeira linha.

O suporte solidário de primeira linha responde às necessidades emocionais, físicas, de segurança e de apoio ao utente, sem interferir na sua privacidade. Em muitas situações é o cuidado mais importante que se pode proporcionar para utentes que sofrem violência pelo parceiro íntimo. O suporte solidário de primeira linha tem ajudado pessoas que passaram por vários eventos perturbadores ou stressantes, incluindo qualquer pessoa sujeita a VPI. Pelo que, para utentes em risco de VPI, deve ser fornecido o “Apoio de Primeira Linha - LIVES”, incluindo verificação de segurança e encaminhamento para serviços clínicos e não clínicos, tais como: Medicina Legal, Apoio Psicossocial, Polícia, Comunidade, SAAJ e outros.

Componentes do Suporte Solidário de Primeira Linha no âmbito do VPI (LIVES)

- **Escuta:** Escutar atenta e activamente o utente com empatia e sem julgamento.
- **Consulta:** Avaliar e responder pontualmente às necessidades e preocupações emocionais, físicas, sociais e práticas que o utente apresenta.
- **Validação:** Mostrar que entende, acredita e valoriza a informação prestada pelo utente incluindo as suas preocupações.
- **Segurança:** Priorizar a segurança do utente, ajudando-o a encontrar soluções que o protejam de mais danos.
- **Encaminhamento:** Ajudar o utente, encaminhando-o aos serviços de referência apropriados, incluindo os serviços psicossociais, clínicos e legais.

NOTA:

A segurança do utente constitui a principal prioridade no âmbito das actividades de apoio a revelação do sero-estado e testagem de seus parceiros sexuais.

C. LIGAÇÃO ENTRE ATS E SERVIÇOS DE CUIDADOS E TRATAMENTO DO HIV

Considera-se ligação entre os serviços de AT e de cuidados e tratamento, quando o utente com diagnóstico de infecção pelo HIV é inscrito nos serviços de cuidados e tratamento, com a 1ª consulta clínica realizada e devidamente registada, até 7 dias após o diagnóstico.

Objectivos

Garantir que todo o utente com diagnóstico positivo para o HIV tenha continuidade de seguimento através da oferta de serviços de cuidados e tratamento para o HIV.

Descrição

Durante o processo de ligação, o provedor deve apoiar o utente a identificar a US mais conveniente onde passará a receber os cuidados e tratamento, tendo em conta alguns factores determinantes para a sustentabilidade, tais como: a proximidade do local de residência, escola, trabalho, etc. O provedor deve dar a conhecer ao utente a existência dos serviços de apoio existentes na unidade sanitária para o seu tratamento e seguimento, bem como na comunidade.

As abordagens-chave na ligação passam por:

- Abertura da ficha mestra no local de testagem, caso o utente tenha sido testado na US e prefira fazer seguimento na mesma US e assegurar que a primeira consulta seja realizada no dia do diagnóstico;
- Referir o utente para a US da sua conveniência, caso o utente tenha sido testado na US ou comunidade e prefira fazer seguimento em outra US e dar seguimento para que a primeira consulta clínica seja realizada na US de preferência do utente no período de 7 dias após o diagnóstico;
- No quadro das intervenções comunitárias, o actor comunitário deve ser o elo de ligação entre o utente recém diagnosticado com HIV no ATSC com a US;
- Fazer a triangulação da informação entre os serviços de ATS e CT da US de referência, para verificar o ponto de situação dos utentes referidos (confirmação da ligação);
- Organizar o fluxo de atendimento das crianças diagnosticadas com HIV, por forma a garantir o acesso a 1ª consulta no mesmo dia e recebam tratamento para a condição principal que motivou a procura dos cuidados de saúde tendo a atenção para não prolongar o seu tempo de permanência na US;

- Toda a informação referente a testagem, deve ser registada nos instrumentos de registo de ATS e no cartão dos utentes;
- Para as crianças com idade inferior a 5 anos, o resultado do teste de HIV deve ser registado no cartão de saúde da criança, na tabela referente a “testagem da criança”.

NOTA:

- O utente está doente e não deve sair da US de volta para casa sem consulta clínica. Deve-se assegurar a oferta do tratamento para a condição clínica que o levou a US;
- Com excepção das enfermarias, o utente não deve ser obrigado a abrir a Ficha Mestra e ter seguimento na US onde obteve o diagnóstico. Para estes casos, o utente deve ser referido para seguimento TARV na US de sua preferência;
- Não basta apenas a abertura da Ficha Mestra do utente, mas também, é necessário assegurar que o utente seja devidamente acolhido, integrado e acompanhado nos serviços de CT de HIV. O utente pode optar por realizar o CT de HIV na US de sua preferência.

Fluxos de ligação aos CT

No livro de ATS, o registo de ligação é feito na página direita (ligação clínica e contactos). Este registo permite documentar a seguinte informação essencial para confirmação da ligação:

- Os dados pessoais do utente diagnosticado HIV+ (nome e endereço/telefone);
 - Colocar o nome completo para facilitar a identificação do utente;
 - De seguida, colocar o endereço e o número de telefone, **caso o utente tenha consentido ser contactado e/ou visitado**;
- O local ou unidade sanitária para o seguimento aos cuidados clínicos do HIV conforme a opção indicada pelo utente;
- O resultado da ligação do utente diagnosticado HIV+ (realização da 1ª consulta clínica do HIV).

NOTA:

O registo do endereço e telefone do utente no livro de ATS (página direita), é feito apenas quando o utente **consente ser contactado e/ou visitado, para adesão aos CT do HIV.**

Ligação a partir do ATIP nos serviços clínicos

Neste sector, o provedor de testagem deve:

- Registrar o resultado do teste de HIV do utente no cartão/caderneta do utente;
- Abrir a ficha mestra no sector de testagem, acolher e acompanhar o utente para a consulta clínica.

Ligação a partir da UATS

Neste sector, o provedor de testagem deve:

- Registrar o resultado do teste de HIV no cartão do utente;
- Abrir a ficha mestra na UATS;
- Acolher e acompanhar o utente para os serviços de cuidados e tratamento do HIV para consulta.

Ligação a partir do ATSC

- Referir os utentes HIV positivos para a US, acompanhados de uma guia de referência e contra-referência da comunidade e o cartão do utente;
- Para as US que dispõe de UATS, este serviço constitui o ponto de entrada dos utentes, de modo que, todos os casos positivos para o HIV identificados na comunidade, são referidos para este sector (UATS);
- Cruzar a informação com a US de referência para verificar o ponto de situação dos utentes referidos;
- Realizar visitas de seguimento regulares para aferir a inscrição e retenção de utentes em cuidados e tratamento de HIV

Situações especiais no âmbito da ligação aos cuidados e tratamento

No âmbito da ligação aos CT, são considerados em situação especial os utentes testados com resultado positivo e não ligados aos CT de HIV, incluindo os utentes

recém referidos para o início dos CT em outra US. Para estes casos, o provedor de testagem deve garantir o reforço da ligação através das seguintes acções:

- Durante a sessão de acolhimento, reforçar a importância do início dos CT;
- Explorar o motivo pelos quais o utente não pretende inscrever-se aos CT e registar na coluna de observação do LDR de ATS;
- Solicitar o consentimento do utente para a realização de chamadas de seguimento e/ou visita domiciliar;
- Para utentes que consentem em receber visitas ao domicílio, registar no LDR de ATS, os respectivos dados, nomeadamente o endereço e o número de telefone.

Tabela 2: Acções a serem tomadas para o reforço da ligação para utentes em situação especial (Utentes não ligados aos CT)

GRUPO-ALVO	INTERVENÇÃO E PERIODICIDADE
Utentes testados na US ou comunidade não inscritos nos cuidados e tratamento de HIV (inclui os referidos para o início dos CT em outra US)	<p>INTERVENÇÃO 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 8 dias após o diagnóstico, verificar se o utente está inscrito nos CT. 2. Para utentes referidos para outra US: 8 dias após o diagnóstico realizar uma chamada para a US de referência. <p>Caso não haja confirmação da ligação na US:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar chamada e/ou visita domiciliar (VD) para reforço da ligação do utente aos CT. <hr/> <p>INTERVENÇÃO 2:</p> <p>Se não confirmada a ligação no 8º dia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 15 dias após o diagnóstico verificar se o utente está inscrito nos CT. 2. Para utentes referidos para outra US: 15 dias após o diagnóstico realizar uma chamada para a US de referência. <p>Caso não haja confirmação da ligação na US:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar chamada e/ou VD para reforçar a ligação do utente nos CT. <p>Se não confirmada a ligação aos CT considerar perda de ligação.</p>

NOTA:

O utente pode retornar a US depois do período de intervenção de 8 e/ou 15 dias após o diagnóstico. Para estes casos, realizar triangulação de dados (SESP, LdR TARV, Ficha Mestra) e registar a informação no Livro de Registo do ATS.

Ligação Entre Ats E Serviços De Prevenção Do HIV

Objectivos

Garantir que todo o utente com resultado negativo para o HIV tenha continuidade de seguimento através da oferta de serviços de prevenção.

Tabela 3: Norma de re-testagem para casos HIV negativos

POPULAÇÃO	RECOMENDAÇÃO DA RE-TESTAGEM
População em geral	Anualmente: De acordo com a avaliação de risco
Adolescentes e Jovens	Anualmente: De acordo com a avaliação de risco
Parceiro (a) seronegativo (a) de casal sero discordante	Anualmente: De acordo com avaliação de risco
População-chave (homens que fazem sexo com homens, PID, recluso, TG e TS)	Semestralmente: De acordo com avaliação de risco
Mulher grávida e seus parceiros sexuais	Trimestralmente até ao parto
Mulher lactante	Trimestralmente até ao 9 mês pós-parto (após o parto, re-testagem anualmente de acordo com avaliação de risco)
Em casos de exposição ocupacional e/ou violência sexual	Testagem inicial dentro de 72 horas, a seguir, na 4ª semana, no 3º e no 6º mês após a testagem inicial
Utentes em PrEP	Trimestralmente

Os utentes com resultado negativo devem receber o cartão/caderneta do utente, com registo da data para re-testagem, conforme a norma de re-testagem para casos HIV negativos.

A informação a ser registada no cartão do utente deve incluir:

- A data da realização do teste;
- O resultado do teste;
- A data da próxima testagem.

Os utentes com resultado negativo para o HIV precisam de orientação acerca do seu resultado, principalmente aqueles que estão em risco de infecção devido às suas próprias condições de vulnerabilidade. Sendo assim, aqueles com resultado negativo e em risco contínuo de infecção pelo HIV, devem ser ligados aos serviços de prevenção.

Note-se que, o risco de cada utente está associado ao seu estilo de vida, o que faz com que as estratégias de prevenção para o HIV a serem adoptadas atendam às necessidades específicas de cada utente. A isto chamamos de prevenção combinada que, como o próprio nome já diz, combina diferentes intervenções para atender às necessidades do utente. A prevenção combinada leva em consideração as características do utente, do grupo social a que pertence, do momento de vida, das suas necessidades e das formas de transmissão do vírus no contexto em que está inserido. Neste sentido, a prevenção combinada tem um importante papel no direccionamento de medidas de prevenção que atendam as características das populações-chave e vulneráveis em seus contextos individuais e estruturais.

A prevenção combinada do HIV inclui:

- **Intervenções comportamentais tais como:** acções de sensibilização para a mudança de comportamento para a redução do risco de infecção pelo HIV;
- **Intervenções biomédicas tais como:** a promoção e distribuição de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes, a PrEP e PPE;
- **Intervenções estruturais tais como:** a retenção da rapariga na escola, a eliminação do estigma e discriminação e a provisão de serviços amigáveis livres de estigma e discriminação nos serviços de saúde e outros.

A prevenção combinada deve ser vista com base em três aspectos:

1. Como uma combinação de diferentes estratégias comportamentais e/ou biomédicas de prevenção em diferentes momentos da vida de um indivíduo;
2. Como uma estratégia de prevenção que deve ser combinada com a pessoa que irá utilizá-la, a partir da sua realidade e dentro das suas possibilidades, num processo de aconselhamento dialogado e não imposto;

3. Como uma estratégia orientada pelo respeito aos direitos humanos e autonomia das pessoas e por políticas públicas que garantam acolhimento, informação e acesso aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção, principalmente para as pessoas mais vulneráveis.

Intervenções Biomédicas na Prevenção Combinada

Dentro das intervenções biomédicas da prevenção, estão discriminadas as seguintes, que o provedor pode oferecer e/ou referir ao utente HIV negativo:

- Oferta de preservativos masculino, feminino e gel lubrificante;
- Oferta ou referência para PPE, para os casos de:
 - **Exposição ocupacional:**
 - Profissional de saúde que sofre acidente no âmbito do trabalho com utente HIV positivo ou com sero-estado desconhecido;
 - **Exposição não ocupacional:**
 - Qualquer indivíduo que reporta uma exposição sexual- situação de violência sexual com pessoa HIV+ ou com sero-estado desconhecido;
 - Sexo consentido com parceiro conhecido HIV+ (acidente com ruptura de preservativo ou sexo desprotegido);
- Testagem de HIV e Sífilis;
- TARV para todas as pessoas HIV positivas, de forma a reduzir o risco de transmissão do HIV (exemplo: casais serodiscordantes);
- Tratamento de outras ITS;
- Redução de danos para pessoas que usam drogas
- Profilaxia Pré Exposição- PrEP
- Circuncisão Médica Masculina Voluntária

D. MODELOS DIFERENCIADOS DE SERVIÇOS PARA A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO

A PrEP insere-se num contexto de prevenção combinada, com o principal objectivo de ampliar as abordagens de prevenção do HIV. Com eficácia acima de 90%, é dos recursos mais importantes para a prevenção biomédica do HIV, rumo ao controlo da epidemia até 2030.

Implementar a PrEP consiste em oferecer o medicamento acompanhado de informação e educação sobre o correcto uso dos mesmos, e de outras formas de prevenção de HIV, rastrear e tratar outras ITS e por último apoiar a adesão e ligação ao tratamento de pessoas que recebem o resultado positivo para o teste de HIV.

Dependendo do perfil e necessidade dos utentes, a PrEP pode ser oferecida através dos seguintes modelos diferenciados de serviços:

- Extensão de horário de atendimento;
- Paragem única da PrEP;
- Fluxo rápido da PrEP;
- Dispensa Multimensal da PrEP;
- Brigadas Móveis;
- Clínicas Móveis.

i. Extensão de Horário de atendimento

Definição: Este modelo consiste na oferta de serviços de prevenção e de cuidados e tratamento para o HIV/SIDA antes e/ou depois das horas normais de expediente na US.

Critérios de elegibilidade para a Extensão de horário de atendimento

CRITÉRIOS DE EGIBILIDADE

Utentes com dificuldade de procurar os serviços de saúde durante as horas normais de expediente.

NOTA:

Apesar deste modelo ser principalmente dirigido para utentes que enfrentam barreiras de acesso à US durante as horas normais de expediente, todos os outros utentes em seguimento nas US que implementam este MDS, que tenham interesse em receber os serviços fora do horário normal de expediente, devem beneficiar-se do modelo.

ii. Paragem Única para a PrEP

Este modelo consiste na oferta dos serviços da PrEP e outras condições que o utente apresente, num mesmo gabinete de atendimento, visando reduzir a sua circulação e tempo de espera na US. Todos os utentes em PrEP devem receber os serviços integrados num gabinete de PU. A PrEP deve ser oferecida nos seguintes gabinetes de PU: PU da PrEP, PU do SAAJ e PU da SMI. A PU da PrEP refere-se ao gabinete onde são oferecidos os serviços da PrEP para todos os utentes que não sejam adolescentes e jovens, mulheres grávidas, mulheres lactantes e mulheres em seguimento para Planeamento Familiar. Esta (PU da PrEP) pode ser implementada de forma integrada num gabinete de triagem, de consulta TARV, de consulta de doença crónica ou outro gabinete identificado pela US. Adolescentes e jovens em seguimento em US sem SAAJ devem receber os serviços da PrEP no gabinete de PU da PrEP.

CrITÉrios de elegibilidade para a Paragem Única da PrEP

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<p>PU do SAAJ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes e Jovens (dos 15 aos 24 anos) em PrEP, que não tenham tido partos anteriores. <p>PU na SMI (PF, CPN, CPP, CCR):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mulher em PF, MG, Mulher Lactante (ML). <p>PU da PrEP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utente em PrEP que não seja adolescente, mulher em seguimento para PF, CPN e CPP e CCR. 	<p>PU do SAAJ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes em PrEP que não estejam nos grupos etários de adolescentes e jovens, • Mulheres grávidas que tenham tido parto anterior. <p>PU na SMI (PF, CPN, CPP, CCR):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os utentes que não estejam sem seguimento nos sectores da SMI. <p>PU da PrEP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os utentes adolescentes, MG, ML e mulheres em seguimento para PF na SMI.

NOTA:

Lembre-se que, em US sem SAAJ específico, os utentes elegíveis para a PU do SAAJ e aqueles que não sejam MG/ML e mulher em PF devem ser seguidos na PU da PrEP.

iii. Fluxo Rápido da PrEP

Este modelo consiste no levantamento mensal da PrEP, por utentes cujas consultas de seguimento são agendadas trimestralmente.

Critérios de elegibilidade para o Fluxo Rápido da PrEP

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Ter idade igual ou superior a 15 anos e: <ul style="list-style-type: none"> Referir dificuldades em gerir múltiplos frascos da PrEP ou Ser recluso, PIDs, migrante ou Utentes em PrEP sob demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> Desejar sair do modelo

Cronograma de seguimento do utente em Fluxo rápido da PrEP

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta Clínica	Trimestral
Dispensa da PrEP	Mensal
ATS	Trimestral, durante a consulta
Avaliação Clínica e Laboratorial	Trimestral: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação de infeção aguda pelo HIV Rastreio e tratamento de ITS Despiste de doença renal

iv. Dispensa multimensal da PrEP

Este modelo consiste no levantamento trimestral ou semestral da PrEP. No dia da consulta, o utente recebe uma receita com medicação para 3 ou 6 meses.

CrITÉrios de Elegibilidade para a Dispensa Trimestral (DT) da PrEP

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Estar em PrEP há menos de 6 meses • Ter idade igual ou superior a 15 anos • Desejar estar no modelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Desejar sair do modelo

Cronograma de seguimento de utentes em DT da PrEP

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta Clínica	Trimestral
Dispensa da PrEP	Trimestral
ATS	Trimestral na consulta
Avaliação clínica e laboratorial	Trimestral

CrITÉrios de elegibilidade para a Dispensa Semestral (DS)

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Ter idade igual ou superior a 15 anos e: <ul style="list-style-type: none"> • Ser Militar OU • Ser Mineiro OU • Ser população/trabalhadora migrante OU • Outros utentes que estejam em PrEP há pelo menos 6 meses consecutivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez • Lactação • Recusar em fazer parte do modelo • Perda de medicamentos por 2 ou mais vezes consecutivas

NOTA:

Embora os militares, mineiros e população migrante sejam elegíveis para este modelo, não é obrigatório que estejam no modelo. Caberá ao utente identificar o modelo mais adequado para si, dentre as opções que forem disponíveis.

Cronograma de seguimento do utente em Dispensa Semestral (DS) da PrEP

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta Clínica	Semestral
Dispensa da PrEP na PU	Semestral
ATS	Trimestral: <ul style="list-style-type: none"> Dentro da US: na consulta ou UATS Fora da US: ATS-C (Testagem convencional ou ATHIV)
Avaliação clínica e laboratorial	Semestral: <ul style="list-style-type: none"> ATS (Testagem convencional) Avaliação de infecção aguda pelo HIV Rastreio e tratamento de ITS Despiste de doença renal

NOTA:

A testagem para o HIV nos utentes em DS da PrEP deve ser trimestral, pelo que:

- Na data de consulta na US, o utente deve realizar o teste convencional de HIV.
- O utente em DS deverá ser instruído para que 3 meses depois da consulta, realize o teste na comunidade através da testagem convencional ou ATHIV ou dirigir-se a uma US para testagem convencional. Três meses após o último teste, o equivalente a 6 meses após a data da última consulta, o utente deve voltar à US para mais uma consulta clínica.
- O provedor deve instruir o utente sobre os locais de oferta do ATS-C.

Para apoiar ao utente na escolha do melhor MDS da PrEP para si, o provedor deverá:

- Explicar ao utente o cronograma de seguimento de cada MDS e suas vantagens;
- Auscultar do utente, as suas necessidades e potenciais barreiras no acesso a PrEP;
- Explicar ao utente as consequências da toma incorrecta da PrEP e seus potenciais riscos da dispensa semestral;
- Explicar ao utente a importância do rastreio trimestral de infecção pelo HIV através do ATHIV ou testagem convencional;
- Explicar como e quando usar o ATHIV e como conservar o mesmo.

Após esta conversa (provedor e utente), o utente irá decidir qual será o cronograma de seguimento que melhor se aplica para o seu caso.

NOTA:

Para detalhes de operacionalização de Brigadas Móveis e Clínicas Móveis, consultar Guião de Modelos Diferenciados de Serviços.

E. REGISTO E REPORTE DE INFORMARÇÃO, MONITORIA E AVALIAÇÃO

O registo e reporte de dados referentes aos Modelos Diferenciados de Serviços para a componente de ATS, deverá ser em conformidade com as orientações para cada uma das abordagens.

- Os utentes testados para o HIV na UATS, devem ser registados no livro de registo diário do ATS alocado a UATS.
- Os utentes aconselhados e testados nos serviços clínicos, incluindo enfermarias e outras especialidades da US, devem ser registados no livro de registo diário do ATS alocados aos respectivos sectores.
- Os utentes aconselhados e testados na comunidade, devem ser registados no livro de registo diário do ATS da comunidade.
- Utes em seguimento na Paragem Única da TB, do SAAJ e da SMI, devem ser registados nos respectivos livros de cada sector. A tabela abaixo, resume os livros de registo e o programa através do qual os dados devem reportados para cada um dos casos.
- Utes em PrEP, devem ter uma caderneta do utente dos serviços de saúde onde é registado o tipo de dispensa da PrEP em que o ele se encontra assim como a testagem periódica que o mesmo realiza, tanto na US como na comunidade.

Tabela 4: instrumentos de registo de dados de ATS

SECTOR DE TESTAGEM	GRUPO-ALVO	LIVRO DE REGISTO	FLUXO DE INFORMAÇÃO
Tuberculose	Utente com TB	Livro de Registo de TB	PNCT
	Contactos e acompanhantes de utentes com TB	Livro de Registo ATS	PNC ITS, HIV/SIDA - ATS
CPN	Mulher Grávida e seu Parceiro	Livro de Registo da CPN	SMI
	Filhos e outros acompanhantes da MG	Livro de Registo de ATS	PNC ITS, HIV/SIDA - ATS
CPP/PF	Utente da CPP/PF	Livro de Registo de CPP/PF	SMI
	Parceiro e familiares da Mulher	Livro de Registo de CPP/PF	SMI
		Livro de Registo de ATS	PNC ITS, HIV/SIDA - ATS
UATS	Utentes referidos dos serviços clínicos	Livro de Registo de ATS	PNC ITS, HIV/SIDA - ATS
Triagem de Pediatria	Crianças	Livro de Registo da CCD	Saúde Infantil
	Acompanhante das crianças	Livro de Registo de ATS	PNC ITS, HIV/SIDA - ATS
SAAJ	Utentes do SAAJ	Livro de Registo de ATS	PNC ITS, HIV/SIDA - ATS

Registo da informação e sistema de referência dos utentes da comunidade para US

- Os utentes com resultado positivo, devem ser referidos para US através da guia referência e contra-referência da comunidade;
- Os utentes com resultado negativo, devem obter o cartão/caderneta do utente, com registo da data para re-testagem, (ver tabela de frequência de testagem);
- Devem ser garantidas as visitas de seguimento dos utentes referidos a US, para confirmar a sua inscrição e o seguimento nos serviços de cuidados e tratamento, assim como apoiar o reforço de adesão e retenção aos CT;
- Para toda criança testada na comunidade e que possua o cartão de saúde, deve ter o resultado do teste registado pelo pessoal leigo no **cartão de saúde da criança**, na tabela referente a testagem da criança.
- A informação a ser registada no cartão de saúde da criança deve incluir:
 - O resultado do teste (positivo, negativo ou indeterminado), a data da realização do teste e o local do teste (ATS-C);
 - Se a criança não tiver o cartão de saúde, o resultado deve ser registado na guia de referência.
- A informação a ser registada no cartão/caderneta do utente deve incluir:
 - A data da realização do teste e a data de re-testagem, conforme o preconizado pela Directriz de ATS.

Para o registo e reporte de informação referente a PrEP devem ser observados os procedimentos descritos no Guião da PrEP do MISAU.

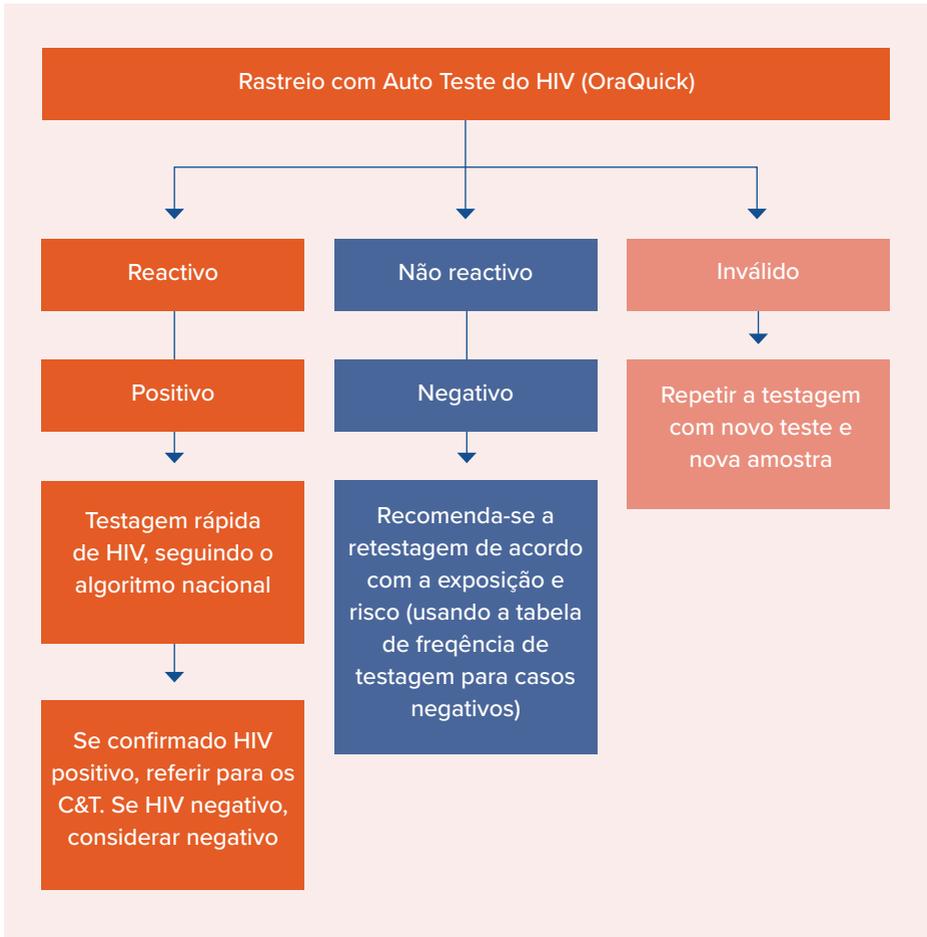
ANEXOS

do Módulo 1

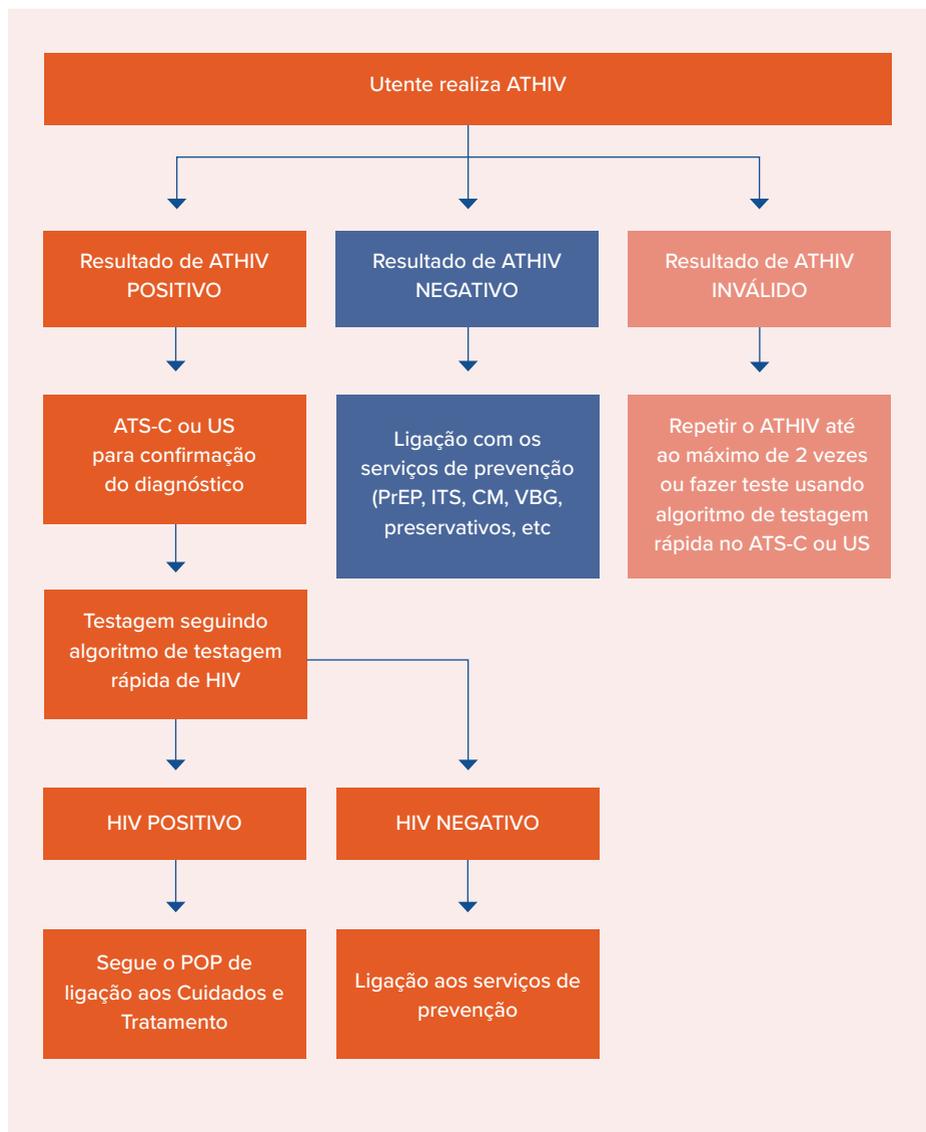
ANEXO 1A: Algoritmo De Autotestagem Do HIV	61
ANEXO 1B: Fluxo Para Orientação de Utente Pós Autotestagem de HIV	62
ANEXO 1C: Fluxo De Testagem De HIV A Partir De Ci	63
ANEXO 1D: Fluxograma Para Rastreio De Vpi	64
ANEXO 1E: Avaliação Do Regime Da PrEP Em Homens Que Fazem Sexo Com Homens	65
ANEXO 1F: Marcos Legais E Outros Aspectos Estruturais	66
ANEXO 1G: Questionário Para Rastreio De HIV Em Crianças < 10 Anos E Adolescentes	67
ANEXO 1H: Questionário Para Rastreio De HIV Adultos	68

ANEXO 1A:

Algoritmo De Autotestagem Do HIV

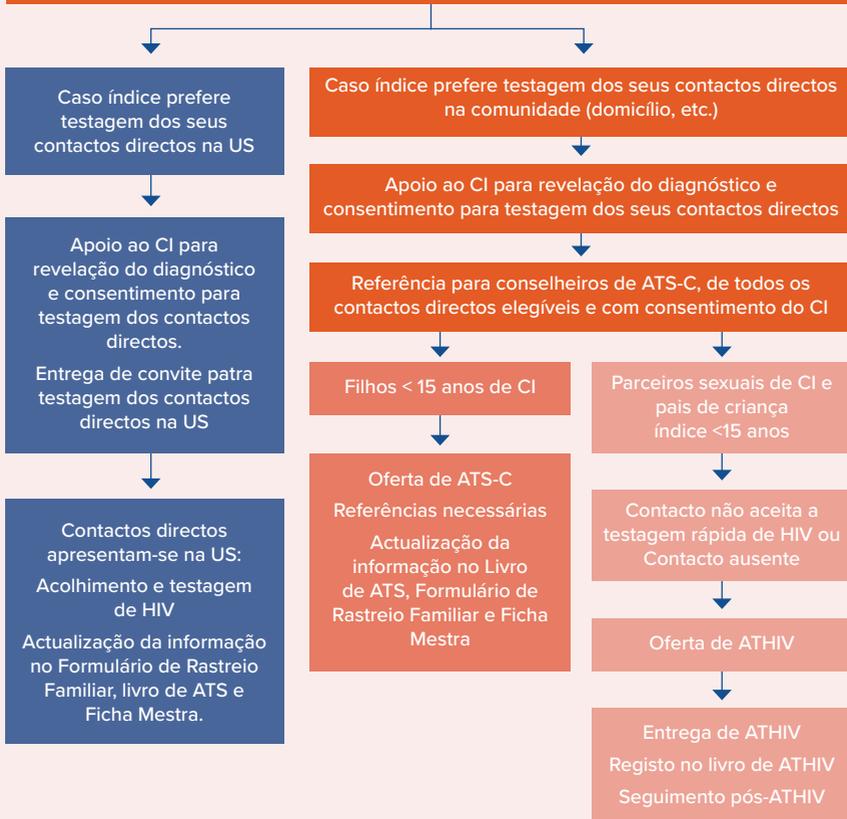


ANEXO 1B: Fluxo Para Orientação De Utente Pós Autotestagem De HIV



ANEXO 1C: Fluxo De Testagem De HIV A Partir De Ci

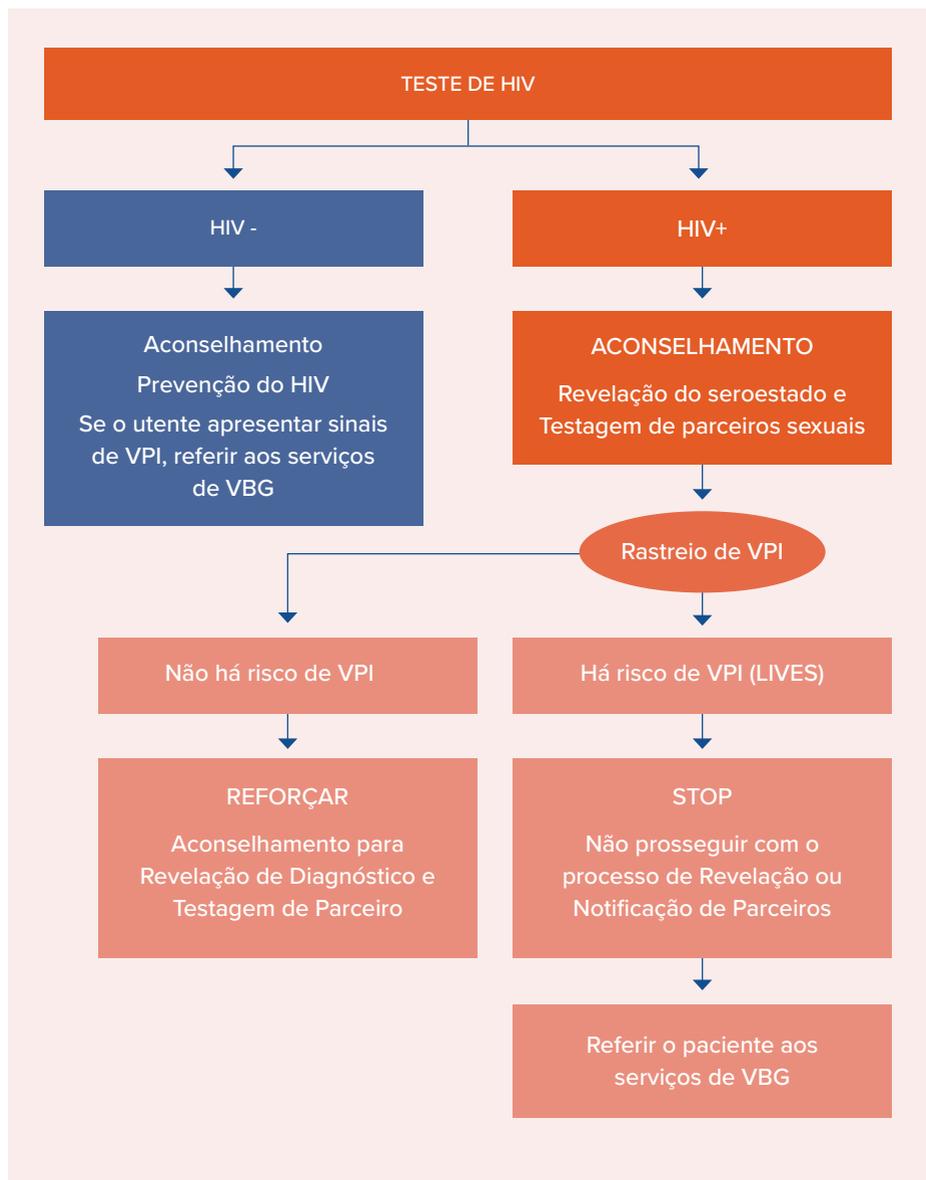
Identificação do caso índice e oferta para testagem de seus contactos directos (parceiros sexuais, filhos menores de 15 anos e pais de criança índice <15 anos)



NOTA: As crianças contacto de CI, <15 anos, não são elegíveis a ATHIV, portanto seguem o fluxo da testagem usando o algoritmo de testagem rápida de HIV.

No seio familiar do CI, deve-se oferecer a testagem rápida ou ATHIV a outras pessoas/familiares mediante uma avaliação de factores de risco

ANEXO 1D: Fluxograma Para Rastreamento De VPI



ANEXO 1E:

Avaliação Do Regime Da Prep Em Homens Que Fazem Sexo Com Homens

Avaliar o risco de HIV e determinar a elegibilidade para PrEP oral em homens que fazem sexo com homens

Discutir opções de oferta da PrEP

PrEP DIÁRIA

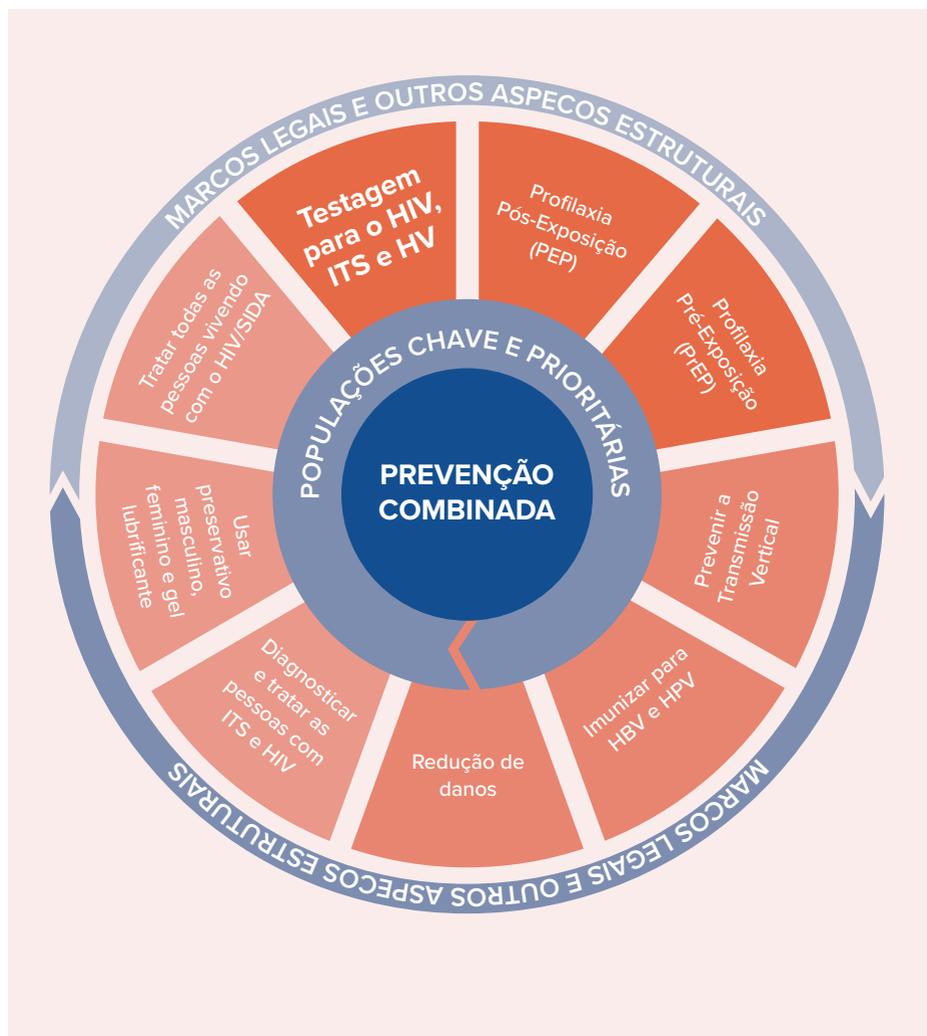
Se risco é mais frequente que duas vezes por semana

PrEP SOB DEMANDA

Se relações sexuais são previsíveis, ou igual ou inferiores a duas vezes por semana

Oferta da PrEP de acordo com o cronograma recomendado pelas normas nacionais para ambas as situações. Para utentes em PrEP sob demanda, registar como preconizado nas normas nacionais, apenas referir no campo das observações que o utente está no regime de PrEP sob demanda

ANEXO 1F: Marcos Legais E Outros Aspectos Estruturais



ANEXO 1G:

Questionário Para Rastreamento De HIV Em Crianças < 10 Anos E Adolescentes

Para crianças <10 anos:

1. A criança é órfã de pai ou mãe?
2. A criança já esteve internada na enfermaria nos últimos 6 meses?
3. A criança teve alguma lesão extensa na pele nos últimos 6 meses ou que não melhora com o tratamento?
4. A criança teve algum destes problemas de saúde recorrentes ou persistente nos últimos três meses:
 - i. Tosse há mais de duas semanas que não melhora com o tratamento?
 - ii. Diarreia prolongada ou persistente que não melhora com o tratamento?
 - iii. Saída de secreção ou pus pelos ouvidos nos últimos 3 meses que não melhora com o tratamento?
 - iv. Perda de peso ou falência de crescimento (peso estacionário) nos últimos 3 meses?
 - v. A criança tem adenopatias (ou caroços) no pescoço, axilas e região inguinal ou outra região do corpo?

Para Criança e adolescente com idade entre os 10-19 anos:

1. E órfão de pai ou mãe?
2. Esteve internada na enfermaria nos últimos 6 meses?
3. A criança teve alguma lesão extensa na pele nos últimos 6 meses ou que não melhora com o tratamento?
4. A criança teve algum destes problemas de saúde recorrentes ou persistente nos últimos três meses?
 - i. Tosse há mais de duas semanas que não melhora com o tratamento?
 - ii. Diarreia persistente?
 - iii. Saída de Secreção ou pus pelos ouvidos?
 - iv. Emagrecimento progressivo?
 - v. Outro problema de saúde que causou ausência prolongada ou recorrente na escola ou trabalho?
5. Tem corrimento vaginal (♀) ou corrimento uretral (♂) ou úlcera genital?

ANEXO 1H:

Questionário Para Rastreamento De HIV Adultos

a) Condições sociais

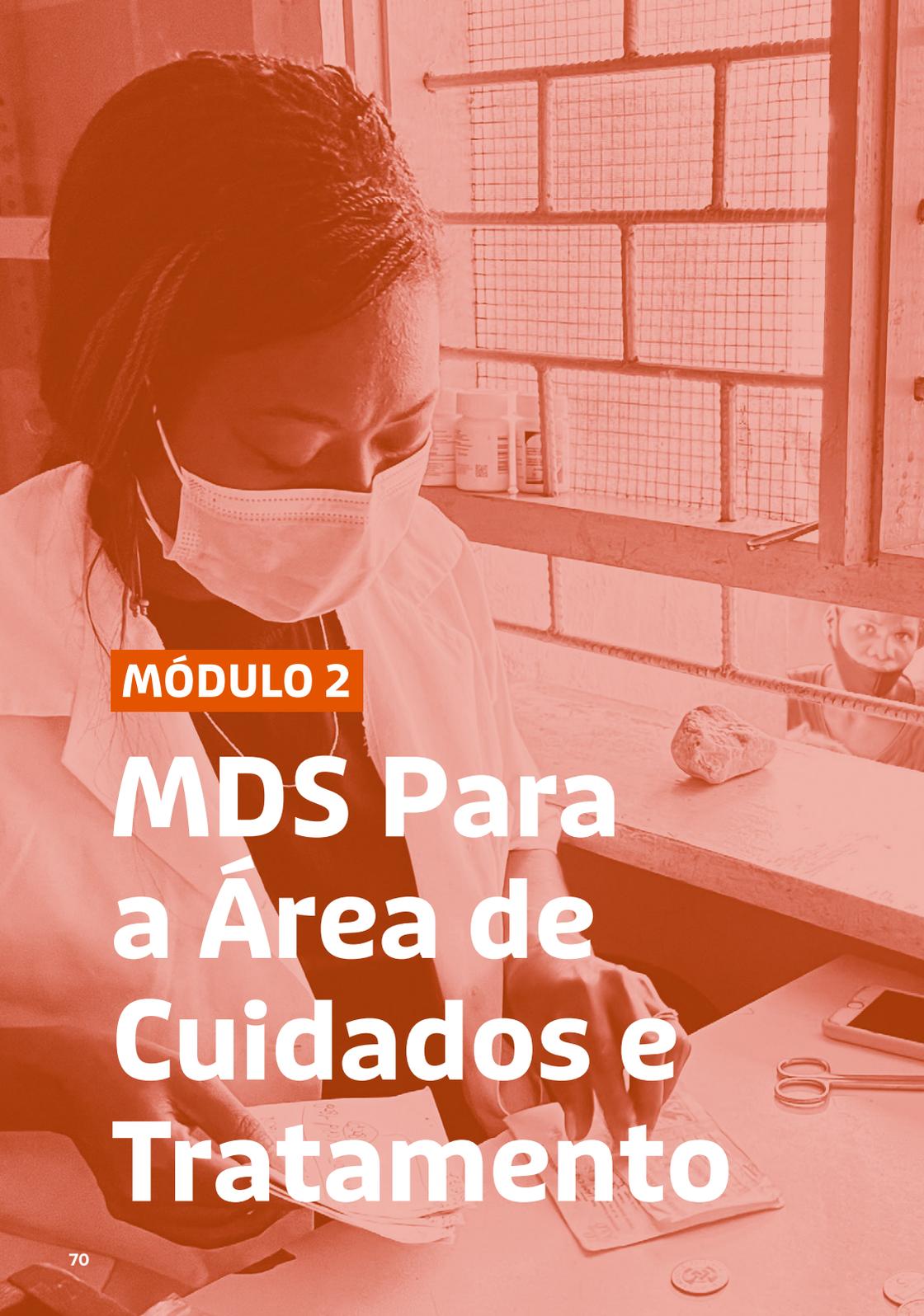
1. O paciente é parceiro de PVHS ou de mulher grávida?
2. A paciente está grávida?
3. O paciente faz parte do grupo de população chave?
4. O paciente faz parte do grupo de população vulnerável?
5. Pessoas com mais de um parceiro sexual;
6. Qualquer paciente que solicite um teste de HIV que não tenha sido previamente testado

b) Condições clínicas

1. O paciente apresenta:
2. Corrimento no pénis ou vaginal;
3. Dor ou ardor ao urinar, no baixo ventre ou durante a relação sexual;
4. Feridas na região do sexo ou no ânus;
5. Escroto (testículo) inchado;
6. Inchaço nas virilhas;
7. Tosse, febre e Suores nocturnos há mais de 2 semana,
8. Escarro com sangue;
9. Falta de apetite;
10. Dores no peito e nas costas;
11. Feridas ou outras lesões na pele (sobretudo com pus);
12. *Fraqueza, perda de peso e ou emagrecimento;*
13. *Inchaço nos pés e/ou pernas;*
14. *Feridas na boca e ou dificuldades para comer ou dor ao engolir alimentos;*

15. *Diarreia há mais de 15 dias;*
16. *Saída de pús ou sujidade pelo ouvido;*
17. Carções no pescoço, axilas e virilha ou pescoço inchado;
18. Sarcoma de Kaposi (manchas cor de vinho/violáceas na pele)?;
19. Queimadura da noite
20. Cefaleia (dor de cabeça) persistente (que não melhora com o tratamento);

Se responder a sim a pelo menos uma destas perguntas, ofereça o Teste de HIV ao paciente



MÓDULO 2

MDS Para a Área de Cuidados e Tratamento

O módulo para área de CT irá focar nos seguintes aspectos:

- A. Perfil Dos Utentes Para A Oferta Dos Mds
- B. Classificação Dos Mds Para Área De Cuidados E Tratamento
- C. Criação De Demanda Para Os Mds Para Área De Cuidados E Tratamento
- D. Elegibilidade Para Os Modelos Diferenciados De Serviços
- E. Descrição Dos Modelos Diferenciados De Serviços
 - 1. Modelos Diferenciados De Serviços Menos Intensivos
 - 2. Modelos Diferenciados De Serviços Mais Intensivos

A. PERFIL DOS UTENTES PARA A OFERTA DOS MDS

Segundo a OMS (World Health Organization, 2021), existem quatro grupos de utentes em cuidados e tratamento para HIV sobre os quais os MDS devem ser oferecidos, como se ilustra na tabela 5.

Os utentes com doença avançada por HIV, requerem um pacote de cuidados clínicos específicos para sua estabilização e devem iniciar o TARV rapidamente para reduzir a sua a morbimortalidade. O pacote de cuidados para utentes com doença avançada está descrito no **Guião de Doença Avançada por HIV** do Ministério da Saúde (2021).

Tabela 5: Perfil dos utentes para oferta dos MDS

<p>UTENTE SEM DOENÇA AVANÇADA</p> <p>Utente com idade igual ou superior a 5 anos, que se apresenta sem infecção oportunistas definidora de estadios III ou IV da OMS e com resultado de CD4 elevado (≥ 200 cels/mm³).</p>	<p>UTENTE COM DOENÇA AVANÇADA</p> <p>Toda criança com idade < 5 anos (independente da condição, dos sinais e sintomas e da contagem de CD4) e todo utente com idade ≥ 5 anos que se apresenta com pelo menos uma das seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condição activa do estadio III ou IV da OMS; • Resultado de CD4 < 200 cels/mm³.
<p>UTENTE ESTÁVEL</p> <p>Utente que reúne todos os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade > 2 anos; • Em TARV há mais de 6 meses; • CV < 1000 cópias/ml ou CD4 ≥ 200 cels/ml (quando a CV não estiver disponível), avaliada nos últimos 12 meses (em crianças com idade entre 3 e 5 anos, considerar CD4 ≥ 350 cels/ml); • Sem condição clínica activa definidora do estadio III ou IV da OMS. 	<p>UTENTE INSTÁVEL</p> <p>Utente com pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade ≤ 2 anos; • Utente em TARV há menos de 6 meses; • CV ≥ 1000 cópias/ml ou CD4 < 200 cels/ml (quando a CV não estiver disponível), avaliada nos últimos 12 meses. Em crianças com idade entre 3 e 5 anos, considerar CD4 < 350 cels/ml; • Presença de condição clínica activa definidora do estadio III ou IV da OMS ou outra condição clínica activa e grave; • Presença de reacções adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular.

NOTA:

Por predefinição:

1. Toda criança com idade inferior a 2 anos é considerada clinicamente instável, independentemente da presença de outros critérios.
2. Toda criança com idade inferior a 5 anos é considerada como tendo doença avançada, independentemente da presença dos outros critérios definidores de DAH.

B. CLASSIFICAÇÃO DOS MDS PARA ÁREA DE CUIDADOS E TRATAMENTO

Os MDS para a área de Cuidados e Tratamento descritos neste guião podem ser classificados de acordo com:

- Seu objectivo principal;
- Sua composição e local de recepção dos serviços;
- Sua frequência de visitas à US.

Abaixo, são classificados os MDS de acordo com estes três parâmetros.

Tabela 6: Classificação dos MDS por objectivo

OBJECTIVO PRINCIPAL	TIPO DO MDS
Redução da frequência de visitas à US	<ul style="list-style-type: none"> • GAAC • Dispensa Bimestral de ARVs • Dispensa Trimestral de ARVs • Dispensa Semestral de ARVs
Provisão de atendimento integrado ao utente ou família.	<ul style="list-style-type: none"> • Paragem única no sector da SMI • Paragem única no SAAJ • Paragem única no Serviço da TB • Paragem única nos cuidados e tratamento • Abordagem familiar
Aproximação dos serviços de saúde ao utente	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensa Comunitária de de ARVs através do Provedor • Dispensa Comunitária de ARVs através do Agente Polivalente Elementar (APE) • Dispensa Comunitária de ARV através de BM • Dispensa Comunitária de ARV através de Clínicas Móveis para populações chave e vulneráveis
Provisão de serviços de saúde fora do horário normal de expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Extensão de horário de atendimento
Redução da carga de trabalho do provedor	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os modelos
Redução dos custos para o utente e para o SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os modelos

Tabela 7: Classificação de acordo com a sua composição e local de oferta dos serviços

CATEGORIA	MODELO
MDS Individuais baseados na US	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensa Bimestral de ARVs • Dispensa Trimestral de ARVs • Dispensa Semestral de ARVs • Extensão de Horário de atendimento • Paragem Única (SMI, SAAJ, CT e TB/HIV)
MDS Individuais baseados na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensa Comunitária de de ARVs através do Provedor • Dispensa Comunitária de ARVs através do APE • Dispensa Comunitária de ARV através de BM • Dispensa Comunitária de ARV através de Clínicas Móveis para populações chave e vulneráveis
MDS de grupo facilitados pelo Provedor	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem Familiar
MDS de grupos facilitados pelo Utente	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de Apoio para Adesão Comunitária

Tabela 8: Classificação dos MDS de acordo com a frequência de visitas

MDS MENOS INTENSIVOS
<p>São aqueles que culminam com a redução da frequência de visitas do à US:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dispensa Bimestral de ARVs• Dispensa Trimestral de ARVs• Dispensa Semestral de ARVs• Dispensa Comunitária de ARVs através do APE• GAAC
MDS MAIS INTENSIVOS
<p>São aqueles que se oferecidos de forma isolada, não culminam com a redução da frequência de visitas do utente à US:</p> <ul style="list-style-type: none">• PU no Sector de SMI• PU no SAAJ• PU nos Cuidados e Tratamento• PU no Serviço da Tuberculose• Extensão de Horário de atendimento• Dispensa Comunitária de ARV através de brigada móvel (BM)• Dispensa Comunitária de ARV através de CM para PC e Vulnerável• Abordagem Familiar• Dispensa Comunitária de ARV através do Provedor• Doença Avançada por HIV

C. CRIAÇÃO DE DEMANDA PARA OS MDS PARA ÁREA DE CUIDADOS E TRATAMENTO

A implementação dos MDS permite de um modo geral, reduzir a sobrecarga de trabalho para os provedores, traz vários benefícios para o utente assim como para o Serviço Nacional de Saúde no seu conjunto, contribuindo para a melhoria da adesão e retenção dos utentes aos cuidados e tratamento. Para otimizar a inclusão dos utentes elegíveis nos diferentes modelos, é crucial a massificação da divulgação dos mesmos, tanto a nível da US, assim como na comunidade.

Toda a equipa de provedores (técnicos de saúde e pessoal leigo) que oferece serviços para PVHIV na US e na comunidade, deve estar envolvida neste processo, garantindo a partilha de mensagens-chave para a integração dos utentes nos MDS.

As tabelas abaixo (tabelas 5, 6 e 7) fazem uma descrição sumária sobre o grupo-alvo, os temas a serem abordados, quem deve transmitir as mensagens, as vantagens e as actividades a serem levadas a cabo em cada sector no âmbito da implementação dos MDS.

Tabela 9: Criação de demanda para os MDS

 GRUPO-ALVO Pessoas vivendo com HIV em TARV ou Pré-TARV Pais e Cuidadores de PVHIV Parceiros sexuais de PVHIV	 TEMAS A ABORDAR O que são MDS? MDS disponíveis na US e na Comunidade Vantagens dos MDS Critérios de elegibilidade Critérios de exclusão	 RESPONSÁVEL Provedores de clínicos Provedores de APSS/PP Enfermeiros Técnicos de Farmácia Conselheiros Educadores de pares Mães Mentoras APE AJM e Homem Campeão Outros provedores Outros Actores Comunitários
--	---	--

Tabela 10: Vantagens dos MDS

PARA O UTENTE	PARA O PROVEDOR E SNS
<ul style="list-style-type: none">• Diminuição do nº de visitas à US;• Redução do tempo de espera;• Redução dos custos associados aos cuidados e tratamento;• Levantamento dos medicamentos fora das horas de expediente;• Partilha de experiências ligadas a doença e a toma de medicamentos;• Recepção de atendimento integrado (utente ou família);• Levantamento de ARVs fora da US.	<ul style="list-style-type: none">• Redução da demanda de utentes;• Redução da carga de trabalho;• Mais disponibilidade de tempo para outras actividades;• Melhoria da qualidade dos serviços prestados;• Mais disponibilidade de tempo para utentes que demandam maiores necessidades;• Redução dos custos associados a provisão de cuidados e tratamento.

Tabela 11: Descrição de actividades em cada sector

SECTOR	ACTIVIDADES	PERIODI- CIDADE	RESPOS- NÁVEL
Sala de espera/ locais de concentração	<ul style="list-style-type: none"> Realizar palestras informativas sobre MDS (reforçar mensagens sobre MDS disponíveis e suas vantagens); Encaminhar os utentes interessados para a recepção. 	Diária	Provedor de Saúde/ Pessoal leigo
Recepção	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar mensagens para adesão aos MDS; Encaminhar os utentes interessados para o APSS/PP 	Diária	Rececionista/ Conselheiro
APSS/PP	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhar e reforçar a adesão dos utentes aos cuidados; Explicar as vantagens dos MDS com ênfase para os utentes que ainda não estão inclusos; Apoiar o utente na escolha do modelo adequado para si; Verificar a elegibilidade do utente e encaminhá-lo ao clínico. 	Diária	Provedor de APSS/PP
Consulta Clínica	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar as mensagens sobre as vantagens dos MDS; Avaliar elegibilidade aos MDS; Oferecer os MDS aos utentes elegíveis; Inscrever utentes elegíveis nos respectivos MDS 	Diária	Provedores Clínicos
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar as mensagens sobre as vantagens dos MDS. Encaminhar o utente para o APSS/PP ou para o Clínico se o utente estiver interessado. 	Diária	Profissionais de Farmácia Administrativo
Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Disseminar mensagens sobre os MDS através dos actores comunitários, meios audiovisuais e material de IEC (televisões, rádios comunitárias, panfletos, outdoors, etc.); Realizar diálogos comunitários realçando as vantagens dos MDS; Referir à US os utentes que estiverem interessados. 	Semanal/ Sempre que possível	Todos actores comunitários (Activistas, OCB, APES, Educadores de Pares, Mães Mentoras, etc.)

D. ELEGIBILIDADE PARA OS MODELOS DIFERENCIADOS DE SERVIÇOS

Os critérios de elegibilidade são descritos nos capítulos referentes a cada MDS, entretanto, as tabelas 7 e 8 abaixo, ilustram de maneira resumida os critérios de elegibilidade conforme o perfil de cada utente.

Tabela 12: Elegibilidade aos MDS de acordo com o tempo de TARV

A PARTIR DO INÍCIO DO TARV

- Extensão de Horário de Atendimento
- Abordagem Familiar
- PU nos Cuidados e Tratamento
- Paragem única no sector da Tuberculose
- Paragem Única no sector de SMI
- Paragem Única no SAAJ
- Dispensa Comunitária de ARVs através de Brigadas Móveis
- Dispensa Comunitária de ARVs através de Clínicas Móveis para populações-chave e vulneráveis
- Doença Avançada por HIV

A PARTIR DO 2º MÊS DE TARV

- Dispensa comunitária através do Provedor

APÓS 3 MESES DE TARV

- Dispensa trimestral de ARV

APÓS 6 MESES DE TARV

- Dispensa Bimestral de ARVs
- Dispensa Semestral de ARVs
- GAAC
- Dispensa comunitária de ARVs através do APE

NOTA:

1. O período de permanência em TARV por si só, não é condição determinante para a elegibilidade para inscrição nos MDS. Outros critérios devem ser rigorosamente avaliados antes da decisão de oferecer os MDS aos utentes.
2. Um utente em TARV, há mais tempo do que o mínimo necessário para inscrição num MDS, pode continuar sendo elegível ao respectivo MDS. Por exemplo, um utente em TARV há 3 anos pode ser elegível a PU nos CT, a DT e a DS, caso reúna todos os critérios de elegibilidade para o respectivo MDS.

Tabela 13: Grupos-alvo para oferta dos MDS

MODELO	GRUPO-ALVO
Dispensa Bimestral de ARVs	<ul style="list-style-type: none"> Mulher Lactante em TARV há mais de 6 meses, estável
Dispensa Trimestral de ARV	<ul style="list-style-type: none"> Utentes estáveis com idade > a 2 anos Excluir Mulher Grávida e Mulher Lactante
Dispensa Semestral de ARV	<ul style="list-style-type: none"> Utentes estáveis com idade ≥ 5 anos e peso ≥ 30 kg Excluir Mulher Grávida e Mulher Lactante
Grupos de Apoio para adesão comunitária	<ul style="list-style-type: none"> Utentes estáveis com idade ≥ 15 anos Excluir Mulher Grávida e Mulher Lactante
Abordagem Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Utentes com familiar em seguimento na mesma US
Dispensa comunitária através do Provedor	<ul style="list-style-type: none"> Utente faltoso com idade ≥ 2 anos, com dificuldade de se deslocar a US. Excluir Mulher Grávida e Mulher Lactante
Dispensa Comunitária através do APE	<ul style="list-style-type: none"> Utentes estáveis, com idade ≥ 5 anos e peso ≥ 30 kg Excluir Mulher Grávida e Mulher Lactante
Dispensa Comunitária de ARVs através de BM	<ul style="list-style-type: none"> Utentes residentes em áreas que recebem BM
Dispensa Comunitária de ARVs através de CM para PC e vulnerável	<ul style="list-style-type: none"> População-chave, vulnerável e migratória.
Extensão de Horário	<ul style="list-style-type: none"> Utentes com dificuldade para se deslocarem a US em horas normais de expediente.
Paragem única no sector da TB	<ul style="list-style-type: none"> Utentes co-infectados TB/HIV
Paragem única nos cuidados e tratamento	<ul style="list-style-type: none"> Utentes novos inícios TARV (até terem o resultado da 1ª CV suprimida) Utentes com a Carga Viral não suprimida Excluir Mulher Grávida e Lactante
Paragem única no SAAJ	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes com revelação completa do diagnóstico Adolescentes nulíparas, mesmo que estejam grávidas Excluir adolescentes na 2ª gravidez em diante e lactantes
Paragem única na SMI	<ul style="list-style-type: none"> Mulher grávida, Mulher Lactante Criança Exposta ao HIV
Doença Avançada por HIV	<ul style="list-style-type: none"> Todos Utentes com Doença Avançada

E. DESCRIÇÃO DOS MODELOS DIFERENCIADOS DE SERVIÇOS

Modelos Diferenciados de Serviços Menos Intensivos

Os MDS menos intensivos são aqueles cuja implementação culmina com a redução da frequência de visitas do utente à US, através do espaçamento das consultas (clínicas e de APSS/PP) e do levantamento dos medicamentos antirretrovirais e profilaxias (tratamento preventivo da tuberculose-TPT e cotrimoxazole-CTZ). Os modelos Diferenciados de Serviços menos intensivos actualmente implementados em Moçambique são: Dispensa Multimensal de ARVs (Dispensa Bimestral, Trimestral e Semestral de ARVs), Dispensa Comunitária de ARV através do APE e grupo de apoio para adesão comunitária (GAAC).

i. Dispensa Multimensal de ARVs

A dispensa multimensal de ARVs consiste no aviamento de medicamentos ARVs para mais de um mês, com o objectivo de reduzir a frequência das visitas dos utentes à US. No país, a dispensa multimensal (DMM) de ARVs está a ser implementada através da dispensa de ARVs para 2 meses (dispensa bimestral-DB de ARVs para a mulher lactante), para 3 meses (dispensa trimestral-DT de ARVs) ou 6 meses (dispensa semestral-DS de ARVs). Uteses em DB e DT e elegíveis para profilaxia com isoniazida-INH e CTZ devem também recebê-las bimestralmente ou trimestralmente. Os utentes inscritos na DS devem ter as suas consultas clínicas e de APSS/PP agendadas semestralmente alinhadas à data de levantamento de ARVs. A dispensa bimestral de ARVs será descrita no capítulo de MDS no sector de SMI.

Dispensa Trimestral de ARV

Consiste no levantamento trimestral de ARVs. No dia da consulta, o utente recebe uma receita com medicação para 3 ou 6 meses, entretanto o levantamento é sempre trimestral.

- O 1º caso (receita com medicação para 3 meses) aplica-se para:
 - Uteses em TARV há 3 meses ou mais, ainda sem o resultado da 1ª CV;
 - Crianças com idade compreendida entre 2 e 5 anos;
- O 2º caso (receita com medicação para 6 meses), aplica-se para:
 - Uteses com idade superior a 5 anos, em TARV há mais de 6 meses e que tenham o resultado da 1ª CV suprimida.

Critérios de Elegibilidade para a Dispensa Trimestral de ARVs

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Ter idade igual ou superior a 2 anos • Estar em TARV há mais de 3 meses • Não apresentar condição clínica activa do estadio III ou IV da OMS • Ter resultado de CV < 1000 cópias/ml • Não estar em profilaxia com fluconazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez • Lactação • Reacção adversa grave ao TARV • Recusar em fazer parte do modelo • Perda de medicamentos por 2 ou mais vezes consecutivas

NOTA:

- Utentes em TARV há mais de 3 meses, que ainda não receberam resultado da 1ª CV são elegíveis para DT com consulta trimestral. Nestes casos, usa-se o critério de CD4 ≥ 200 .
- Utentes que não tenham resultado de CD4 ao 3º mês de TARV devido **a avaria do equipamento, problemas no transporte de amostras ou ruptura de consumíveis** podem ser inscritos na DT caso reúnam os restantes critérios de elegibilidade.
- Utentes com DAH apenas por CD4 < 200 que apresentem TODOS os outros critérios de elegibilidade para DT devem ser inscritos na DT.
- Utentes em trânsito que estejam na DT devem:
 - Receber os medicamentos para 3 meses, caso se apresente na data que está agendada apenas o levantamento trimestral intercalar;
 - Receber medicamentos para 1 mês, caso se apresente na data indicada (ou posterior a esta) que deveria se beneficiar de consulta clínica na sua US de seguimento. Durante a entrega de medicamentos para 1 mês, estes utentes devem ser aconselhados a retornarem o mais breve para suas US de seguimento, ou solicitarem transferência para a US mais conveniente para si.

Cronograma de seguimento dos utentes em DT

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta Clínica	1. 4º ao 9º mês de TARV: Trimestral 2. Depois de 9 meses de TARV: <ul style="list-style-type: none"> • Se Idade > 5 anos – Semestral • Se Idade 2-5 anos – Trimestral
Consulta de APSS/PP	1. 4º ao 9º mês de TARV: Trimestral 2. Depois de 9 meses de TARV: <ul style="list-style-type: none"> • Se Idade > 5 anos – Semestral • Se Idade 2-5 anos – Trimestral
Farmácia	ARV – Trimestral INH – Trimestral CTZ – Trimestral

Profilaxias

Estar em tratamento profilático para Isoniazida e/ou Cotrimoxazol não são contraindicações para receber os ARVs trimestralmente. Nestes casos, o utente deve ser instruído para:

- Levantar trimestralmente os ARVs e as profilaxias, nomeadamente a INH e/ou CTZ;
- Marcar consulta clínica imediatamente perante o surgimento de qualquer sinal ou sintoma sugestivo de toxicidade por INH ou CTZ ou de TB activa.

Dispensa Semestral de ARV

Este modelo consiste na dispensa de ARVs para 6 meses em cada levantamento. O mesmo está em implementação faseada, pelo que, **apenas US selecionadas em cada fase serão contempladas**. A cada consulta clínica, utentes inscritos neste modelo recebem uma receita para o levantamento de ARVs para 6 meses. A data de levantamento dos ARVs na farmácia é alinhada à data da consulta clínica e de APSS/PP. Os utentes inscritos neste modelo não podem ter a necessidade de levantamento regular de outros medicamentos, pelo que, estar em profilaxia com INH ou CTZ, ou possuir alguma condição relacionada ao HIV que requeira seguimento regular são contraindicações para inscrição neste modelo.

Critérios de Elegibilidade para a Dispensa Semestral de ARVs

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> Ter idade igual ou superior a 5 anos e peso ≥ 30kg Estar em TARV há mais de 6 meses Ter o resultado de CV < 1000 cópias/ml Não apresentar condição clínica activa do estadio III ou IV da OMS Não estar em TPC ou Fluconazol Não estar em TPT e ter completado TPT. 	<ul style="list-style-type: none"> Gravidez Lactação Reacção adversa grave ao TARV Perda de medicamentos por 2 ou mais vezes consecutivas Recusar em fazer parte do modelo

Cronograma de seguimento de utentes em DS

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta Clínica	Semestral
Consulta de APSS/PP	Semestral
Farmácia	ARV – Semestral INH – N/A CTZ – N/A

Descrição de actividades por sector na Dispensa Multimensal de ARVs (DT e DS)

Consulta clínica

- Verificar/confirmar os critérios de elegibilidade do utente à DT ou DS.
- Se elegível, explicar ao utente sobre o seu o cronograma de seguimento neste MDS;
- Fazer a receita de ARVs para 3 ou 6 meses:
 - Dispensa Trimestral com consulta trimestral:** Fazer receita com medicamentos suficientes para 90 dias. Exemplo: Se o utente está num regime TARV de toma de um comprimido por dia, receberá a cada consulta

trimestral, uma receita de 90 comprimidos. O mesmo deve ser aplicado para as profilaxias;

- **Dispensa Trimestral com consulta semestral:** Fazer receita com medicamentos ARVs suficientes para 180 dias, com levantamento trimestral. Exemplo: Se o utente está num regime TARV de toma de um comprimido por dia, receberá no dia da consulta clínica, uma receita de 180 comprimidos. Entretanto, neste dia, levantará 90 comprimidos. Os restantes 90, serão levantados depois de 3 meses, data agendada apenas para o levantamento. Nesta data, o utente não terá consulta clínica. O mesmo deve ser aplicado para as profilaxias. Depois de 6 meses, será passada uma nova receita durante a consulta, para reiniciar o ciclo.
- **Dispensa Semestral:** Fazer receita com medicamentos ARVs suficientes para 180 dias, a serem todos levantados no dia da consulta. Exemplo: se o utente está num regime TARV de toma de um comprimido por dia, receberá no dia da consulta, uma receita de 180 comprimidos e levantará todos os 180 (2 frascos de 90 comprimidos cada) nesta data. Utentes em seguimento neste modelo não devem estar em seguimento nas paragens únicas (incluindo PU do SAAJ e PU nos Cuidados e Tratamento).
- Na receita, deve constar que o utente se encontra na dispensa multimensal de ARVs (colocar DT ou DS).
- Preencher e entregar a requisição de análises no dia da consulta.
 - Marcar no cartão/caderneta do utente com a sigla “DT” ou “DS” para identificar o utente que está na DMM;
 - O utente deve visitar o laboratório com tempo suficiente para que os resultados estejam disponíveis na consulta seguinte (se o utente tiver o resultado da CV < 1000 cópias/ml, deve-se colocar o mesmo na bolsa plástica. Se o resultado for \geq de 1000 cópias, fazer chamada ou visita para iniciar o AMA);
- Registar na ficha clínica (coluna 24) e ficha de APSS/PP (linha 12) da FM, que se trata de um utente em Dispensa Multimensal.

APSS e PP

- Deve ser no mesmo dia da consulta clínica;
- Actualizar o endereço e contacto telefónico do utente;
- Solicitar o consentimento para chamadas ou visitas domiciliares, caso o utente ainda não o tenha dado;

- Avaliar a necessidade e oferecer mensagens de prevenção positiva;
- Avaliar a adesão e reforçar a importância da mesma: avaliar a adesão durante o período de 3 ou 6 meses em que o utente tinha a medicação;
- Aconselhar para a boa conservação dos medicamentos e lembrar a importância de não compartilhar os medicamentos com outros membros da família e/ou amigos;
- Reforçar as mensagens sobre toma correcta dos ARVs e profilaxias;
- Avaliar factores psicossociais que possam afectar a adesão;
- Reforçar a importância dos hábitos de vida saudáveis;
- Registar no cartão/caderneta do utente e na FM, o respectivo MDS (DT ou DS).

Laboratório

- Colher as amostras para as análises laboratoriais na data da consulta;
- Os resultados das análises podem ser enviados à recepção, para entregar ao utente na consulta seguinte, para a arrumação na FM ou ainda recolhidos e guardados pelos utentes, a critério da US.

Farmácia

- Aconselhar sobre a DMM e orientar sobre as datas dos próximos contactos com a US;
- Aviar os medicamentos de acordo com o tipo de dispensa (DT ou DS);
- Verificar o prazo de validade dos medicamentos aviados, (a validade dos medicamentos deve ser superior à data da dispensa seguinte);
- Aconselhar para a boa conservação dos medicamentos e lembrar a importância de não compartilhar os mesmos com outros membros da família e/ou amigos;
- Actualizar na receita médica a data de levantamento, a quantidade de frascos dispensados e lembrar a data das consultas seguintes (clínica e de APSS/PP);
- Actualizar o FILA ou o eFILA do sistema electrónico (onde estiver disponível), a quantidade dispensada, a data de aviamento, o regime em tratamento e a data de levantamento seguinte;
- Após a actualização do FILA/eFILA, efectuar o registo da dispensa no LRDA;
- Para todos os utentes novos em DMM, o FILA electrónico deve ser impresso e arquivado no ficheiro fixo organizado por ordem do NID;

- No caso de FILA manual, deve ser actualizado e guardado na pasta suspensa correcta do mês seguinte no ficheiro móvel;
- Arquivar a cópia da receita junto ao FILA, para um máximo de 12 receitas arquivadas correspondentes aos últimos 12 meses;
- No final de cada dia, o LRDA deve ser utilizado pela recepção para a actualização da FM e pela Farmácia para actualizar a ficha de stock.
- Caso o profissional de farmácia receba uma receita apenas para 30 dias, deverá:
 - Verificar a partir do FILA, se o utente esteve incluído na DMM. Se for um utente que esteja em DMM, o profissional de farmácia deve verificar com o clínico se o utente foi retirado da DMM ou se é um erro que deve ser corrigido.
- No final do mês, o Mapa Mensal de Informação de Antirretrovirais (MMIA) deve reportar todos os utentes, incluindo os utentes que estão em DMM, na tabela do Tipo de Dispensa e Total de Utentes, segundo as instruções de preenchimento e com base no MMIA anterior. Este aspecto é crítico para manter a capacidade de abastecer correctamente a US e manter 3 meses de stock para todos os utentes (incluído os que têm medicamentos em casa e não visitam a US no mês em questão).

NOTA:

Utentes **activos em TARV**, elegíveis para a DMM, mas que tenham adesão de **Risco ou Má adesão** devido a:

- Problemas de transporte (falta de transporte ou dinheiro de transporte)
- Vias de acesso à US comprometidas (distância, calamidades, conflitos, etc.)
- Estigma/discriminação.

Devem ser inscritos/mantidos na DMM.

Esta norma não inclui utentes que retornam a US após o abandono, definido como ausência por mais de 59 dias.

ii. Dispensa comunitária através do APE

Para contribuir para a retenção e supressão viral em utentes que fazem o TARV, o MISAU optou pela inclusão da dispensa dos antirretrovirais e oferta de cuidados para o HIV na comunidade (ao domicílio ou em outro local de preferência do utente), pelos Agentes Polivalentes Elementares. O APE é uma figura aceite, conhecida e eleita pela comunidade, ele faz a ligação entre a comunidade e a US na oferta de cuidados de saúde primários.

O pacote de serviços relacionados ao HIV oferecidos pelo APE inclui:

- Rastreio de pessoas elegíveis para testagem para o HIV e referência para os serviços de ATS (na comunidade ou US);
- Reforço de adesão para as pessoas vivendo com HIV;
- Distribuição de ARVs para as utentes em TARV;
- Rastreio da tuberculose e referência de casos suspeitos;
- Criação de demanda para a PrEP e para outros MDS;
- Visitas de reintegração para utentes faltosos e abandonos;
- Registo e envio de informação.

NOTA:

Todos utentes HIV+ novos diagnosticados e utentes que abandonaram o TARV identificados pelo APE na comunidade, devem ser encaminhados à US para o início ou reinício do TARV. Depois de serem alcançados os critérios de estabilidade, estes serão avaliados pelo clínico da US e se reunirem os critérios mínimos exigidos, serão inscritos no modelo de dispensa de ARVs pelo APE ou em outro MDS da preferência do utente. O APE não deve iniciar o TARV aos utentes novos diagnosticados, nem reiniciar o TARV aos utentes reintegrados após o abandono.

CrITÉrios de Elegibilidade para a Dispensa Comunitária de ARVs através do APE

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> Ter idade igual ou superior a 5 anos e peso ≥ 30kg Estar em TARV há mais de 6 meses Ter o resultado de CV < 1000 cópias/ml Não apresentar condição clínica activa do estadio III ou IV da OMS Não estar em profilaxia com fluconazol 	<ul style="list-style-type: none"> Gravidez Lactação Reacção adversa grave ao TARV Estar em TPT e/ou TPC Perda de medicamentos por 2 ou mais vezes consecutivas Recusar em fazer parte do modelo

Cronograma de Seguimento de utentes na Dispensa Comunitária de ARV através do APE

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta Clínica	Semestral
Consulta de APSS/PP	Semestral
Farmácia	ARV – Trimestral (alternado os levantamentos na US/comunidade) INH – N/A CTZ – N/A

Apesar da consulta de APSS/PP ser oferecida semestralmente na US, o APE deve oferecer trimestralmente durante a dispensa de ARVs, mensagens para o reforço de adesão.

As mensagens também devem ser oferecidas na comunidade, durante a dispensa dos ARVs. A informação relativa ao reforço da adesão oferecida pelo APE não deve ser registada na Ficha Mestra do utente.

Descrição de actividades em cada sector

Consulta Clínica

- Verificar/confirmar os critérios de elegibilidade do utente ao modelo;
- Se confirmada e elegibilidade:
 - Identificar o APE que fará o seguimento do utente de acordo com a comunidade de proveniência do utente;
 - Explicar ao utente o pacote de serviços que receberá na US e na comunidade;
- Passar uma receita clínica para 6 meses, como explicado na secção sobre dispensa trimestral de ARVs. No dia da consulta clínica, o utente receberá ARVs para 3 meses na Farmácia da US (este levantamento não deve ser feito nas PU), e o levantamento intercalar (3 meses após a data da última consulta clínica), será feito na comunidade, através do APE, como explicado adiante.
- No final do dia, partilhar com o ponto focal dos APEs da US, a lista de utentes que passarão a receber ARVs através do APE na comunidade.

APSS e PP

- Aconselhar ao utente sobre a necessidade de se dirigir ao encontro do APE na data agendada e no local combinado;
- Reforçar mensagens sobre as vantagens do modelo e informar sobre a existência de outros MDS;
- Explicar a periodicidade de seguimento;
- Reforçar a importância de adesão ao tratamento;
- Actualizar o endereço e o contacto telefónico do utente;
- Avaliar a necessidade e oferecer mensagens de prevenção positiva;
- Avaliar a adesão e reforçar a importância da mesma;
- Reforçar a mensagem da toma correcta dos ARVs e Profilaxia;
- Avaliar factores psicossociais que podem afectar a adesão do utente;
- Reforçar hábitos de vida saudáveis.

Visita mensal do APE à US:

- O APE deve fazer a visita mensal à US antes do dia 20 de cada mês (entre os dias 17 e 19 de cada mês). É importante que esta visita tenha lugar antes do dia 20, para que todas as actividades do APE sejam captadas nos relatórios estatísticos mensais da US;

- Durante a visita, o APE deve encontrar-se primeiro com o Ponto Focal de HIV da US e depois com a Farmácia do ambulatório da US. No encontro com o Ponto Focal de HIV, deve-se confirmar a inclusão de “novos utentes” ou se há utentes que devem ser removidos do modelo.
- A Farmácia do ambulatório deve coordenar com o Ponto Focal de HIV, para ter o registo actualizado dos APEs habilitados para dispensa de TARV. Os ARVs só devem ser dispensados apenas aos APEs capacitados na gestão do TARV;
- Nos dias dos levantamentos na US, o Profissional de Farmácia deve localizar o FILA do utente, actualizar e fazer a dispensa dos respectivos ARVs directamente ao utente e informá-lo que o próximo levantamento será efectuado na comunidade com o APE.
- O registo das Dispensas na US é feito no LRDA da Farmácia do ambulatório de acordo com as regras de preenchimento do modelo e adicionar um **sinal “APE X”** na coluna do Nome do Utente;
- Durante as visitas mensais do APE à US, na Farmácia, o responsável pelo TARV deve localizar o mini-LRDA dos APEs, e manter o mesmo actualizado – este livro é de uso exclusivo para a dispensa de ARVs pelos APEs;
- Cada APE deve ter uma folha no mini-LRDA do mês anterior (o duplicado elaborado no mês anterior);
- O APE deve levantar os ARVs para utentes cujo próximo levantamento é dentro dos próximos 30 dias ou menos (Exemplo: os antirretrovirais correspondentes a utentes em DT cujo último levantamento na US tenha sido feito dois meses anteriores ao dia da visita do APE, deverão ser entregues ao APE para dispensa na comunidade).
- De modo a garantir a boa conservação, os ARVs para utentes em DT, com tratamento para mais de 30 dias, devem permanecer no stock da Farmácia do ambulatório. Exemplo: Os ARVs dos utentes cujo levantamento foi efectuado na US ou na comunidade no mês anterior a visita do APE a US, não devem ser entregues ao APE, visto que este utente ainda dispõe em casa de medicamentos para aproximadamente 2 meses de tratamento).
- A dispensa dos ARVs para cada utente deve ser confirmada no mini-LRDA, através do duplicado do APE.

Elaboração do balancete no mini-LRDA para prestação de contas:

- Antes de aviar os ARVs ao APE para o mês seguinte, deve-se proceder com a contagem do número de utentes que receberam ARVs através do APE e o número de frascos devolvidos, o que constitui saldo de ARVs dos utentes

faltosos. O mini-LRDA final, deve ser validado com as assinaturas do APE e do Profissional de Farmácia, incluindo a data da avaliação.

- Na Farmácia, o Profissional de Farmácia deve:
 - Agrupar numa pasta os FILAs dos utentes seguidos por cada APE. A cada APE deve corresponder uma pasta suspensa, que é arquivada na gaveta denominada APE;
 - Registrar no LRDA de forma agrupada os dados do mini-LRDA, numa linha com o nome do APE. Fazer o registo dos utentes aos quais foram dispensados ARVs no iDART/FILA e no FILA físico;
 - Rever FILAs de utentes que tenham sido incorporados ou removidos deste modelo e com este APE – indicados pelo ponto focal de HIV;
 - Rever o número de utentes cujo próximo levantamento é igual ou inferior a 30 dias para incluir no aviamento para mês seguinte.
 - Disponibilizar o mini-LRDA para actualização da Ficha Mestra, que será feita pela equipa da recepção.

Entrega dos ARVs ao APE

- Na Farmácia, o Profissional de Farmácia deve preparar os ARVs para o mês questão:
 - Abrir uma nova folha no mini-LRDA com dados do APE;
 - Registrar o NID/Nome do utente, do medicamento, da linha, do regime e tipo de utente;
 - Registrar o tipo de dispensa;
 - Registrar a data estimada de levantamento em cada linha/utente do mini-LRDA de acordo com a data do FILA/eFILA;
 - Calcular os ARVs a dispensar ao APE;
 - Usar o mecanismo de stock nivelado, considerando que o stock inicial é o saldo passado que idealmente deve ser zero. A **quantidade a dispensar ao APE = consumo - saldo inicial**. Esta fórmula é aplicável para as dispensas Mensais;
 - Para período pós transição para DT, usar o mecanismo de stock nivelado, considerando stock inicial como o saldo passado, que idealmente deve ser zero. **Quantidade a dispensar ao APE = quantidade de frascos para 3 Meses para utentes cujo próximo levantamento é igual ou inferior a 30 dias - saldo inicial.**

- Sempre que possível, os medicamentos aviados ao APE, devem estar numa caixa (ou incluir no Kit de Malária que tenha espaço).
- Assegurar que os ARVs estejam bem-acondicionados para serem transportados pelo APE na sua viagem de volta à comunidade;
- Assinar com o APE o mini-LRDA, que deverá servir como guia de remessa.

Dispensa de ARVs pelo APE na Comunidade

- O APE deve levar o duplicado do mini-LRDA, para ajudar no controlo dos aviamentos e servir como justificativo de consumo;
- APE regressa à comunidade para um novo ciclo de dispensa;
- O APE deve dispensar o medicamento ao utente na data agendada e no local combinado, de acordo com a preferência do utente;
- Registrar a entrega dos ARVs ao utente na comunidade, colocando um certo (☑) no nome do utente, no duplicado mini-LRDA e a data do levantamento;
- No momento da entrega dos ARVs, o APE deve avaliar a adesão do utente, identificar os factores psicossociais que podem afectar a adesão e reforçar a adesão ao tratamento;
- Em caso de DT, deve lembrar-se ao utente que o próximo levantamento será na Farmácia do ambulatório da US depois da consulta clínica.
- No final de cada semana, o APE deve contactar o Ponto Focal da Unidade Sanitária para informar sobre os utentes agendados no período para os quais não foi realizada a dispensa.
- Após a informação do APE, o Ponto Focal de HIV da US deve contactar:
 - A Farmácia para o registo no Livro de Faltosos e Abandonos
 - A recepção para iniciar com o mecanismo de reintegração.

iii. Grupos de apoio para adesão comunitária

O GAAC é um MDS de grupo que consiste no levantamento rotativo de ARVs e profilaxias pelos membros do grupo e entrega na comunidade aos restantes membros. Consiste em grupos de três a seis utentes em TARV, que alternam entre si as idas a US para o levantamento dos medicamentos para todos os membros do grupo. Esta abordagem reduz o número de visitas à Unidade Sanitária que cada utente deveria realizar.

Descrição do Modelo

Os utentes são livres de aderir ao grupo em função das afinidades com as quais se identificam, quer seja por laços de parentesco, socioculturais, relacionadas ao emprego ou outras, desde que todos elementos do grupo estejam inscritos na mesma Unidade Sanitária onde recebem o TARV e consintam em fazer parte do grupo.

O número mínimo de membros para cada grupo é de 3 pessoas e máximo de 6. Cada grupo deverá eleger um dos membros para ser o ponto focal, que será o responsável pela gestão do mesmo.

O plano de rotatividade de visitas é acordado com o clínico na altura da formação do grupo, de modo que os membros do grupo saibam quando corresponde a cada utente deslocar-se à Unidade Sanitária para consulta médica, marcação de análises clínicas ou colheita de amostras, reportar a informação sobre a adesão e o estado de saúde dos outros membros do grupo e por último fazer o levantamento dos medicamentos para o tratamento de todos os membros do grupo.

O ponto focal deve assegurar que o grupo se encontre pelo menos uma vez por mês, preferencialmente nos dias logo após o retorno do membro do grupo indicado para levantar os ARVs na US.

No encontro que decorre antes do representante do grupo deslocar-se à Unidade Sanitária para o levantamento dos ARVs, devem ser realizadas as seguintes actividades: identificação do próximo membro que deve ir à Unidade Sanitária, contribuição para custear as despesas da viagem e discussão de soluções às barreiras sociais relacionadas ao HIV.

No encontro que decorre depois do representante voltar da US, devem ser realizadas as seguintes actividades: distribuição dos medicamentos, reforço da necessidade de adesão, revisão do plano de rotatividade de consultas, as datas em que cada membro deve deslocar-se para a US e a planificação da data do encontro seguinte.

NOTA:

- Sempre que possível, deve-se promover a formação de grupos de adolescentes entre os 15 – 19 anos.
- Podem ser inclusos também utentes não aderentes, mas que reúnam todos os restantes critérios de estabilidade. Nestes casos, a constituição dos grupos deve seguir as recomendações abaixo:
 - GAAC com 6 membros: Apenas 2 membros é que podem não ser aderentes.
 - GAAC com 5 membros: Apenas 1 membro é que pode não ser aderente.
 - GAAC com 4 membros: Apenas um 1 membro é que pode não ser aderente.
 - GAAC com 3 membros: Todos os membros devem ser aderentes.

Caso um GAAC de 3 membros perca um deles, a US deve procurar completá-lo com 1 ou mais novos utentes. Em caso de impossibilidade, o Provedor deve oferecer aos restantes membros a possibilidade de se unirem a outros grupos ou de aderirem a outros MDS.

Critérios de Elegibilidade para o GAAC

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Ter idade igual ou superior a 15 anos • Estar em TARV há mais de 6 meses • Ter o resultado de CV <1000 cópias/ml • Não apresentar condição clínica activa do estadio III ou IV da OMS • Não estar em profilaxia com fluconazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez • Lactação • Reacção adversa grave ao TARV • Perda de medicamentos por 2 ou mais vezes consecutivas • Recusar em fazer parte do modelo

Cronograma de seguimento de utentes no GAAC

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta clínica	Semestral
Consulta de APSS/PP	Semestral
Farmácia	ARV – Mensal rotativo INH – Mensal rotativo CTZ – Mensal rotativo

Descrição de Actividades

Após a criação de demanda e identificação dos potenciais membros do GAAC, os utentes deverão ser encaminhados para a consulta clínica onde será feita a avaliação dos critérios de elegibilidade. Assim, os procedimentos diferem entre as fases de entrada e de seguimento no modelo.

Fase de Entrada no Modelo

Consulta Clínica

- Realizar consultas clínicas individualmente e avaliar os critérios de elegibilidade de cada membro.
- Definir a composição final do grupo.
- Para os utentes não elegíveis, garantir o seguimento apropriado mediante o caso, nomeadamente: seguimento clínico, APSS/PP e laboratorial ou avaliar e oferecer outros modelos se aplicável.
- Definir e explicar o plano de rotatividade dos membros do grupo, incluindo consultas clínicas e de APSS/PP, visitas a farmácia e ao laboratório.
- Registrar na FM de cada utente, tendo o cuidado de colocar a data da consulta seguinte, para que o utente não seja considerado como faltoso ou abandono.
- Prescrever ARVs e tratamentos profiláticos (se aplicável) para cada utente.
- Caso se aplique, preencher as requisições de análises laboratoriais para o membro do grupo que terá a consulta seguinte.
- Registrar no cartão/caderneta e na ficha mestra.

- Marcar no cartão/caderneta dos utentes as datas de:
 - APSS/PP para o reforço de adesão.
 - Consulta clínica.
 - Visita ao laboratório (com tempo suficiente para que os resultados estejam disponíveis na consulta seguinte).
- Para utentes retirados do GAAC, o provedor deve:
 - Providenciar seguimento de acordo com o caso clínico.
 - Registrar na ficha mestra.

APSS/PP

- Actualizar o endereço e contacto telefónico bem como o estado serológico do cônjuge de cada utente.
- Realizar aconselhamento em grupo, com enfoque para os seguintes pontos:
 - O funcionamento do GAAC, responsabilidades dos membros, do Ponto Focal do grupo e do pessoal da US.
 - Organização dos encontros comunitários e assuntos que devem ser abordados em cada encontro (antes e depois da consulta).
 - Os procedimentos para a monitoria da adesão e apoio mútuo entre os membros do grupo.
 - A existência e o funcionamento da ficha saldo para o GAAC, gerida pelo ponto focal do grupo.
 - A necessidade de os membros do grupo fazerem a consulta médica e análises de rotina (Carga Viral, CD4, Hemograma e Bioquímica, etc.) de forma rotineira.
 - Importância de continuarem aderentes ao tratamento.
 - A possibilidade de os membros do grupo terem acesso à US sempre que for necessário.
 - A necessidade de cumprir com as datas de colheita de amostra para que os resultados estejam disponíveis no dia da consulta.

Recepção

- Organizar as Fichas Mestras de acordo com as normas;
- Encaminhar os utentes para consulta de APSS/PP antes da consulta clínica.

Fase de Seguimento

Na fase de seguimento, os utentes devem ser encaminhados para a consulta de APSS/PP antes de irem para a consulta clínica e outros sectores.

APSS/ PP

- Actualizar o endereço e contacto telefónico bem como o estado serológico do cônjuge de cada utente.
- Providenciar aconselhamento de reforço de adesão ao utente.
- Actualizar a ficha de monitoria de saldos de ARVs dos membros do grupo.
- Actualizar o livro de registo do GAAC.
- Registar no cartão/caderneta e na FM, a data da consulta seguinte de APSS/PP.

NOTA:

Em caso de deteção de problemas de adesão, reforçar a adesão com consultas de APSS/PP mensais durante pelo menos 3 meses e encaminhar o utente para o gabinete clínico.

Consulta Clínica

- Reavaliar os critérios de elegibilidade do utente ao GAAC.
- Reavaliar o estado clínico do utente presente e actualizar a respectiva Ficha Mestra.
- Rever o plano de rotatividade dos membros do grupo, incluindo as datas de colheita de amostras para análises de cada um.
- Fazer a receita de ARVs mensal para todos membros do grupo.
- Preencher e entregar a requisição de análises a serem feitas antes da consulta do membro que fará a visita seguinte.
- Marcar no cartão/caderneta do utente as datas de:
 - APSS/PP para o reforço de adesão (após 6 meses).
 - Consulta clínica (após 6 meses).
 - Visita ao laboratório (com tempo suficiente para que os resultados estejam disponíveis na seguinte consulta semestral).
- Registar na agenda da consulta (caso exista agenda).

Laboratório

- Colher as amostras de sangue para análises de CD4, carga viral e outros testes laboratoriais de acordo com as requisições.
- Os resultados poderão ser enviados à recepção para arrumação nas bolsas plásticas ou recolhidos e guardados pelos utentes, de acordo com os critérios da US.

Farmácia

- Aviar os medicamentos para 1 mês para cada membro do grupo.
- Rever as datas de levantamento seguinte no cartão/caderneta do utente e informá-lo.
- Actualizar o Livro de Registo Diário de ARVs antes de arquivar os FILAs.
- Registar nos FILAs dos membros do grupo, que se trata de utentes GAAC.
- Arrumar os FILAs do grupo numa única pasta e colocar o número de identificação do grupo GAAC.
- Colocar as pastas dos grupos, num separador suspenso por semana.
- Fazer a gestão semanal dos faltosos, dos FILAs que ficam nas pastas da semana do ficheiro móvel (que deveriam levantar medicação no mês corrente).

Modelos Diferenciados de Serviços Mais Intensivos

Os MDS mais intensivos são aqueles que se oferecidos de forma isolada, não culminam com a redução da frequência de visitas do utente à US. Ou seja, um utente que esteja inscrito apenas nos MDS mais intensivos deve receber a consulta clínica, consulta de APSS/PP, ARVs e profilaxias numa base mensal. Os MDS mais intensivos são: extensão do horário de atendimento, paragens únicas (Cuidados e Tratamento, TB/HIV, SAAJ e SMI), dispensa de ARVs através de brigadas móveis, dispensa de ARVs através de clínicas móveis para PC e vulnerável, dispensa de ARVs através do provedor, abordagem familiar e Doença Avançada por HIV.

Entretanto, se elegível, um utente pode estar inscrito em dois MDS em simultâneo: sendo um MDS menos intensivo e outro MDS mais intensivo. Por exemplo: o utente pode estar em seguimento na extensão de horário e na dispensa semestral ao mesmo tempo. Ou pode estar inscrito na PU dos cuidados e tratamento e na dispensa trimestral ao mesmo tempo. Nestas situações, o cronograma de seguimento deve sempre estar alinhado ao MDS menos intensivo.

iv. Extensão do Horário de Atendimento

Consiste na inclusão de serviços de prevenção e cuidados e tratamento para o HIV e SIDA nos serviços de saúde oferecidos antes e/ou depois das horas normais de expediente. Este modelo permite melhorar o acesso aos serviços de saúde para populações que enfrentam barreiras no acesso a estes serviços durante o horário normal de funcionamento de instituições públicas (homens, funcionários do sector público e privado, trabalhadores por conta própria, alunos, estudantes, adolescentes e jovens, populações-chave e vulneráveis, entre outras). Apesar deste modelo beneficiar primariamente utentes que enfrentam barreiras durante as horas normais de expediente, outros utentes (incluindo utentes faltosos e reintegrados pós abandono) que prefiram procurar os serviços nestas horas, devem beneficiar-se deste modelo. Os serviços podem ser oferecidos em três modalidades, podendo as mesmas ocorrer em simultâneo ou de forma isolada, dependendo das condições da US:

a) Início do atendimento antes das 7:30h da manhã

Consiste na abertura da US às 6h da manhã, permitindo que utentes em seguimento que não tenham consulta clínica agendada para o dia, levistem os seus medicamentos sem enfrentar longas filas de espera e utentes com a análise de Carga Viral agendada para o dia, colham as respectivas amostras nos mesmos moldes. Para o funcionamento pleno deste modelo, deve haver: para Unidades Sanitárias de pequeno volume disponibilidade de um profissional de Farmácia e de um auxiliar administrativo e para Unidades Sanitárias de médio e grande volume – disponibilidade de 2 técnicos de farmácia e 2 auxiliares administrativos. Para a componente de CV, pelo menos um técnico de laboratório deve estar disponível para a colheita de amostras. Recomenda-se que no dia anterior, a equipa da Farmácia identifique os utentes agendados para o dia seguinte, usando como fonte de informação os FILAs, Agenda de Marcação de Consulta, Sistema Eletrónico de Seguimento de Uteses (SESP) ou iDART. Deste modo, são preparados os medicamentos destes utentes, reduzindo ainda mais o tempo de espera. Todos os instrumentos de registo devem ser actualizados (FILA, LRDA, iDART, Ficha Mestra e SESP), tal como acontece no atendimento normal.

b) Oferta atendimento para além das 15:30H

Consiste na oferta de todos os serviços relacionados ao HIV depois das 15:30 (recepção, digitação, ATS, Serviços TARV, SMI, SAAJ, TB, Doenças Crónicas, APSS/PP, Laboratório e Farmácia). Este serviço é destinado para todos os utentes de doenças crónicas, incluindo o HIV e SIDA. Para o funcionamento pleno deste modelo, a US deve ter disponível recursos humanos que possam cobrir o horário regular e horas extras. Para tornar este modelo sustentável, recomenda-se o trabalho em turnos, de modo que a equipa do 1º turno entre as 07:30 Horas e saia às 15:30 Horas e a equipa do 2º turno entre às 11:00 Horas e saia às 19:00 Horas.

c) Oferta de serviços clínicos aos finais de semana e feriados

Consiste na oferta de todos os serviços (Recepção, Digitação, ATS, Serviços TARV, SMI, SAAJ, TB, Doenças Crónicas, APSS/PP, Laboratório e Farmácia) aos sábados e feriados, das 07:30 Horas às 13:00 Horas. Recomenda-se que no mínimo, um provedor para cada serviço esteja disponível para implementação deste modelo. Recomenda-se que no dia anterior, a equipa da Farmácia identifique os utentes com consulta clínica agendada para o dia seguinte usando como fonte de informação os FILAs, agenda de marcação de consultas, SESP ou iDART. Deste modo, são preparados os medicamentos destes utentes, reduzindo ainda mais o tempo de espera. Sectores que funcionam como PU, devem estabelecer o fluxo definido pela Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) para gestão de ARVs nas PU. De modo a tornar este modelo sustentável, recomenda-se que as equipas trabalhem de forma alternada, para evitar que seja a mesma equipa escalada todos os finais de semana.

Para o bom funcionamento deste modelo, é crucial a elaboração de uma escala com diversos turnos, devendo esta escala ser activamente monitorada pelo Director Clínico da US.

Critérios de elegibilidade para a Extensão de Horário de Atendimento (EH)

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento antes das 07:30 Horas da manhã: Estar inscrito na DT com consulta semestral. • Extensão de horário de atendimento da US depois das 15:30 Horas e oferta de serviços clínicos durante o final de semana e feriados: • Utes com dificuldade de procurar os serviços de saúde durante as horas normais de expediente; • Todos os outros utentes em seguimento nas US que implementam este MDS, que tenham interesse em receber os serviços fora do horário normal de expediente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condição clínica que necessita de serviços não disponíveis durante a EH. • Desejar sair do modelo.

Cronograma de seguimento de utentes na Extensão de Horário de atendimento

O seguimento de utentes que recebem cuidados e tratamento fora do horário normal de expediente deve ser ajustado à condição de cada utente, ou seja, a outros MDS que o utente estiver inscrito.

Descrição de actividades por sector na Extensão de Horário

Em cada sector, deverão ser oferecidos serviços ajustados a condição clínica e psicossocial de cada utente. Durante o período fora de expediente, os sectores de Recepção, Consulta TARV, APSS/PP, Laboratório e Farmácia continuarão a oferecer os serviços de rotina oferecidos nos horários regulares de trabalho. As US que enfrentam escassez de Recursos Humanos para o funcionamento pleno dos sectores acima mencionados fora das horas regulares, podem optar pela integração de alguns serviços, no formato de paragem única. Por exemplo, os medicamentos, o APSS/PP e a colheita de amostras para análises laboratoriais podem ser oferecidos em modelo de PU pelo provedor clínico, desde que devidamente treinado (o modelo de PU é descrito a seguir).

NOTA:

1. Utes em seguimento neste MDS, podem alternar entre receber serviços em horários fora do expediente ou em horário normal de expediente, de acordo com as suas necessidades.
2. Para facilitar a implementação deste modelo, deve-se implementar a marcação de consultas por bloco, com um mínimo de 2 blocos:
 - c) 1º Bloco – Das 07:30 Horas às 15:30 Horas
 - d) 2º Bloco – Das 15:30 Horas às 19:00 Horas
3. Para além das actividades de rotina, todos os sectores devem divulgar mensagens sobre a existência deste modelo na US.

v. Paragem Única

Este MDS consiste na oferta dos serviços relacionados ao HIV e outras condições que o utente apresente num único gabinete de atendimento. Visa reduzir a circulação e o tempo de espera do utente na US. O modelo de PU deve ser implementado nos seguintes sectores: SMI (CPN e CCR), SAAJ, TB/HIV e Gabinete de consulta TARV. Para implementação da PU no Gabinete de Consulta TARV, a US deve ter disponibilidade de recursos humanos (capacitados para a provisão de serviços integrados), infraestrutura (para oferta de serviços respeitando a

privacidade) e materiais (para armazenamento seguro de medicamentos e outros consumíveis no gabinete). Dada às particularidades da MG, ML e Criança Exposta ao HIV (CE), a paragem única no sector da SMI será descrita adiante num capítulo específico. No presente capítulo, são descritas as PU no SAAJ, no sector da TB e no gabinete de consulta de TARV.

Critérios de elegibilidade para seguimento na PU (SAAJ, TB/HIV e CT)

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<p>PU no SAAJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser adolescente ou Jovem (10 aos 24 anos) de ambos sexos com revelação total do diagnóstico. • Ser nulípara. <p>PU TB/HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser utente co-infectado TB/HIV. <p>PU nos cuidados e tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser utente novo início TARV (até ter o resultado da 1ª CV suprimida); • Ter a CV não suprimida. • Apresentar clínica de DAH 	<p>PU no SAAJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter idade < 10 anos ou > a 24 anos • Ser lactante ou ter tido um parto anterior. <p>PU TB/HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terminar com sucesso o tratamento para TB <p>PU nos cuidados e tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter última CV suprimida • Ser MG ou ML • Ser co-infectado TB/HIV

Cronograma de seguimento de Utentes na PU do SAAJ e de CT

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta clínica	Mensal até ao 3º mês, e depois trimestral
Consulta de APSS/PP	Mensal até ao 3º mês, e depois trimestral
Farmácia	<p>ARVs – Mensal até ao 3º mês, e depois trimestral</p> <p>INH – Mensal até ao 3º mês, e depois trimestral</p> <p>CTZ – Mensal até ao 3º mês, e depois trimestral</p>

NOTA:

1. Após o 3º mês de TARV, o utente em seguimento na PU do SAAJ deve ser reavaliado para inclusão em outros MDS, mantendo o seguimento no SAAJ até a transição para a consulta TARV do adulto.
2. Utentes em seguimento na PU de CT por CV \geq 1000 cópias/ml devem ter o seu cronograma ajustado ao fluxo de seguimento de utentes com Carga Viral elevada.

Cronograma de seguimento de utentes na PU TB/HIV

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta clínica	Mensal
Consulta de APSS/PP	Mensal
Farmácia	ARV – Mensal INH – N/A CTZ – Mensal

Descrição de actividades em cada sector**Consulta Clínica**

- Disponibilizar todos os serviços (clínicos, APSS/PP, laboratoriais e de Farmácia) no gabinete de consulta clínica;
- Organizar as FM no gabinete de consulta, de acordo com as normas de arrumação do arquivo;
- Armazenar os medicamentos e outros consumíveis de forma segura;
- Verificar e confirmar os critérios de elegibilidade do utente à paragem única;
- Uma vez confirmada a elegibilidade, explicar ao utente que receberá os cuidados integrados no mesmo gabinete, até que tenha critérios de seguimento na consulta de TARV normal;
- Explicar ao utente o cronograma de seguimento de acordo com a sua condição.
- Registar na FM toda a informação relativa aos serviços oferecidos.

APSS e PP

- Oferecer a APSS/PP ao utente no mesmo dia e no mesmo local, em função da consulta clínica;
- Actualizar o endereço e contacto telefónico do utente;
- Solicitar o consentimento para chamadas ou visitas domiciliares, caso o utente ainda não o tenha fornecido;
- Avaliar a necessidade e oferecer mensagens de prevenção positiva;
- Avaliar a adesão e reforçar a importância da mesma para o utente;
- Reforçar a mensagem sobre a toma correcta dos ARVs e Profilaxias;
- Avaliar factores psicossociais que podem afectar a adesão aos CT;
- Reforçar mensagens sobre hábitos de vida saudáveis.

Laboratório

- As actividades do laboratório devem ser realizadas no gabinete de consulta clínica sempre que possível.
- Colher as amostras de sangue para a carga viral e outras análises laboratoriais de acordo com a elegibilidade de cada utente.
- Os resultados das análises devem ser enviados ao sector da PU, arquivados na bolsa plástica para registo na FM, comunicação, e entregues ao utente na consulta seguinte.

Farmácia

- As actividades da Farmácia (registo e dispensa de ARVs, profilaxias e outros medicamentos) devem ser realizadas no sector da PU. Para o efeito, devem estar disponíveis no gabinete de consulta os seguintes modelos: bloco de receitas, FILA, Mini LRDA, Mini LRD TPT e Ficha de Stock;
- O FILA, Mini LRDA, Mini LRD TPT são actualizados após a dispensa ao utente e a ficha de stock diariamente;
- A disponibilização dos ARVs, profilaxias e outros consumíveis ao gabinete da PU deve ser através do mecanismo de “stock nivelado”. O aviamento de medicamentos de acordo o consumo justificado da semana anterior;
- Organizar as FILAs dos utentes em seguimento na PU em forma de ficheiro móvel (ou pastas móveis);
- Enviar diariamente o Mini-LRDA, com os utentes atendidos no dia, para digitação Sistemas da Farmácia e no SESP;

- Justificar semanalmente os ARVs dispensados através do Mini-LRDA para reposição do stock nivelado, e a requisição das profilaxias e outros medicamentos;
- A disponibilização de outros medicamentos para a PU deve ser feita mediante o preenchimento do modelo “Requisição Interna/Balancete”, de acordo com as normas vigentes.

Recepção

- Localizar e enviar para às PU as FM dos utentes inscritos neste modelo;
- Devolver ao arquivo geral as FM de utentes que terminam o seguimento neste MDS;
- Criar um sistema de arquivo de FM dos utentes em seguimento na Paragem Única.

NOTA:

1. Nas US com SAAJ específico, todas as crianças e adolescentes com idade superior a 10 anos e com revelação total do diagnóstico, devem ser referenciadas para este sector.
2. Apesar do utente receber os serviços integrados na PU, poderá ser referenciado para outros serviços da US sempre que os mesmos não estejam disponíveis na PU.
3. US com disponibilidade de Recursos Humanos e Infraestrutura devem implementar PU específica para serviços de pediatria, onde serão seguidas as crianças até aos 14 anos de idade.
4. Algumas US oferecem a PU na consulta do trabalhador. Neste modelo, os utentes devem receber os serviços no formato de paragem única, tendo o seu cronograma de seguimento de ser ajustado à sua condição ou ao outro MDS em que o utente estiver inscrito. Devem ser removidos da PU da consulta do trabalhador, utentes nas seguintes situações: gravidez, lactação, infecção por TB, inscrição na DS e se o utente desejar sair do modelo.
5. As FM dos utentes em seguimento na PU devem ser arquivadas no gabinete da PU, até que sejam referidos para seguimento no Serviço TARV geral da US.

MDS Para A Mulher Grávida, Mulher Lactante E Criança Exposta Ao HIV

As mulheres grávidas e lactantes vivendo com HIV representam um grupo particular no controlo da epidemia, devido ao risco que apresentam de transmitir o HIV para a criança. Deste modo, devem ser implementadas intervenções que contribuam para a melhoria da adesão, retenção e supressão viral nestes grupos, reduzindo assim o risco de transmissão vertical do HIV. A provisão de atendimento integrado em forma de paragem única, a redução da frequência de visitas à US, bem como a redução das distâncias para o acesso aos cuidados de saúde surgem como intervenções para a melhoria dos pressupostos acima mencionados. Os modelos aplicáveis para a MG e ML e CE são: Paragem Única CPN/CCR, Brigadas Móveis, Extensão de Horário de atendimento e Dispensa Bimestral de ARVs.

Paragem Única para a MG, ML e CE

Toda a mulher grávida, lactante e criança exposta ao HIV, deve receber cuidados integrados (relacionados à gravidez/lactação e exposição ao HIV/SIDA) num único gabinete de atendimento. As MG vivendo com HIV, devem receber os cuidados integrados na Consulta Pré-Natal e as Mulheres Lactantes devem ser seguidas junto às suas crianças expostas como um par na CCR.

Crítérios de Elegibilidade para a PU na SMI

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PU SMI <ul style="list-style-type: none"> • Ser Mulher Grávida (PU na CPN) • Ser Mulher Lactante (PU na CCR) • Ser Criança Exposta (PU na CCR) 	PU na CCR: <ul style="list-style-type: none"> • ML mãe de CE que tenha alta da CCR (por resultado definitivo ou por óbito da criança).

Cronograma de seguimento da MG em seguimento na CPN

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta clínica de TARV	Mensal
Consulta Pré-Natal	Mensal
Consulta de APSS/PP	Mensal
Farmácia	ARV – Mensal INH – Mensal CTZ – Mensal

Cronograma de seguimento da ML em seguimento na CCR

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta clínica	Mensal
Consulta de TARV	Mensal
Consulta de APSS/PP	Mensal
Farmácia	ARV – Mensal INH – Mensal CTZ – Mensal PF - Mensal

Cronograma de seguimento da CE em seguimento na CCR

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta pós-parto (CPP)	1ª CPP: Na maternidade 2ª CPP: 7º - 20º dia de vida 3ª CPP: 21º - 28º dia de vida
Consulta de criança em risco (CCR)	Inicia com 1 mês de vida da criança, Consulta clínica mensal até aos 12 meses e depois bimestral até alta da CCR.

NOTA:

Criança exposta ao HIV, que se apresenta na terceira CPP com 28 dias de vida, deve fazer esta consulta e registar no livro da CCP. No mesmo dia, esta CE deve ser referida para CCR para a sua primeira consulta.

Dispensa Bimestral de ARVs

Consiste no aviamento bimestral (uma vez a cada 2 meses) de medicamentos para a mulher lactante vivendo com HIV, mãe de CE exposta em seguimento na CCR.

Neste modelo, a cada visita a CCR, o par mãe/criança recebe:

- Consulta clínica para a criança exposta
- Consulta clínica para a ML (consulta TARV)
- Sessão de APSS/PP para a ML
- Dispensa de ARVs e profilaxias para 60 dias para a ML
- Dispensa bimestral de cotrimoxazol para a CE
- Exames laboratoriais para a ML e CE de acordo com as normas.

Crítérios de elegibilidade para a Dispensa Bimestral de ARVs

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	
<p>A ML deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar em TARV há mais de 6 meses, e • Apresentar o resultado da carga viral actualizada e >1000 cópias/ml, e • Não apresentar nenhuma condição clínica activa do estadio III ou IV da OMS. 	<p>A Criança Exposta deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter 12 meses ou mais de vida e estar em aleitamento materno, e • Ter o último resultado de PCR negativo, e • Não apresentar outra condição de risco, nem sinais e sintomas de doença que requeira monitoria clínica regular, e • Ter bom crescimento avaliado através da classificação do P/E nos últimos 3 meses de seguimento.

Cronograma de seguimento da CE (filha de ML em DB) na CCR

SERVIÇO	PERIODICIDADE
Consulta da CCR (CE)	Bimestral
Consulta de TARV (ML)	Bimestral
Consulta de APSS/PP (ML)	Bimestral
FARMÁCIA ARV (ML) CTZ (ML e CE) TPT (ML, se elegível)	Bimestral

vi. Abordagem Familiar (AF)

A abordagem familiar é um modelo que surge como uma alternativa para melhorar a qualidade de cuidados oferecidos aos membros da mesma família que recebem cuidados na mesma US, com enfoque para a criança, adolescente e o par “mãe-filho”.

Considera-se um grupo de família quando no agregado familiar existem pelo menos dois membros vivendo com HIV e recebendo os cuidados em conjunto.

Este modelo consiste no atendimento da família no mesmo dia, no mesmo gabinete e pelo mesmo provedor, numa consulta familiar, facilitando deste modo o seguimento e tratamento dos membros da mesma família.

Além de facilitar o seguimento, a abordagem familiar permite melhorar o envolvimento de pais e cuidadores, parceiros e irmãos no tratamento uns dos outros, permitindo desta maneira reduzir o estigma no seio das famílias e melhorar a adesão e retenção dos utentes em cuidados, particularmente das crianças. O modelo também ajuda no processo de revelação do sero-estado no seio da família.

CrITÉrios de elegibilidade para a Abordagem Familiar

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Uteses HIV positivos (criança, adolescente, jovem e adulto), em TARV, independentemente da data do diagnóstico, estadio clínico ou imunológico. • Ser membro do mesmo agregado familiar e estar em seguimento na mesma Unidade Sanitária. • Ter revelação total do sero-estado entre os membros da família com idade recomendável, independentemente de haver sero-discordância. • Consentir em fazer parte do grupo de família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não ter familiares em seguimento na mesma US; • Recusar-se em fazer parte do modelo;

NOTA:

Embora a positividade para o HIV seja um dos principais critérios para integrar a AF, podem ser inclusos no grupo, membros sero-negativos nas seguintes condições:

- Parceiro sero-discordante, incluindo aqueles que estão em PrEP;
- Pais ou cuidadores seronegativos de crianças HIV+, que tenham alguma doença crónica em seguimento na mesma US (exemplo: HTA, Diabetes, etc).
- Outros filhos seronegativos ou irmãos seronegativos da criança HIV+ do grupo de família, que tenham alguma doença crónica que requeiram seguimento na mesma US;
- Cuidadores (que não sejam pais biológicos) das crianças vivendo com HIV. Neste caso, só entram na AF se o agregado tiver pelo menos dois membros da família HIV+.
- Mulher que engravida estando em seguimento na AF, querendo, pode manter-se no grupo, acompanhando os seus familiares a consulta sempre que necessário.

Cronograma de seguimento de utentes na Abordagem Familiar

Tendo em conta os critérios de elegibilidade para a AF (podem ser inclusos tanto utentes estáveis como instáveis), recomenda-se, numa primeira fase (logo após a criação de grupo de família), que se faça marcação de consultas clínicas, consultas de APSS/ PP e dispensa de ARV na mesma data para todos os membros do grupo. Contudo, a cada consulta, o provedor de saúde deve fazer avaliação das condições de estabilidade de cada um dos membros da família para decidir pela inclusão/continuidade em algum outro MDS menos intensivo. O cronograma de seguimento será ajustado ao modelo em que cada membro estiver incluído.

- Todos os membros de um agregado familiar podem ser inclusos em modelos menos intensivos, caso reúnam os critérios de inclusão.
- Poderão surgir situações em que parte dos membros dos agregados familiares, possam ser inclusos em MDS menos intensivos e os restantes continuarem no seguimento mensal. Estas condições são as seguintes:
 - O agregado familiar com 2 ou mais membros adultos (idade > 15 anos);
 - Ter pelo menos uma criança com idade < 2 anos;
 - Ter criança ≥ 2 anos ou adolescentes clinicamente instáveis.

Nestas situações, se o membro instável for uma criança, esta deverá ser acompanhada mensalmente por um adulto (fixo ou de forma rotativa) até que reúna os critérios de estabilidade.

Descrição de actividades em cada sector

Neste modelo, as actividades em cada sector são as rotineiras, com excepção da farmácia, que deve organizar os FILAs do grupo de família numa única pasta suspensa e estas, devem estar arrumadas por grupos de famílias.

vii. Dispensa comunitária de ARV através do Provedor

A dispensa de ARVs na comunidade através do provedor de saúde, consiste na oferta de medicamentos antirretrovirais e profilaxias ao domicílio do utente, assegurando que este tenha consentido em receber visitas no seu domicílio, através de um provedor de saúde, que pode ser técnico de medicina geral, enfermeiro geral, psicólogo ou outro. Este MDS tem como grupo-alvo utentes que faltam à consulta clínica e/ou ao levantamento antirretroviral, mas que têm intenção de continuar com a medicação.

Critérios de elegibilidade para a Dispensa Comunitária de ARV pelo Provedor

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<p>Utente com idade ≥ 2 anos que seja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faltoso a consulta ou ao levantamento de ARVs, mas que quando contactado telefonicamente, refere dificuldades em apresentar-se na US devido a questões relacionadas a falta de transporte ou de recursos financeiros para a sua deslocação, mas que tem interesse em continuar com o TARV, e aceita receber a medicação na sua residência ou outro ponto na comunidade; • Faltoso a consulta ou ao levantamento de ARVs, e que reúne os critérios acima referidos, sem contacto telefónico, mas que consentiu em receber visita domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criança com idade inferior a 2 anos; • Utente faltoso, contactado telefonicamente e promete retornar aos cuidados e tratamento; • Utente faltoso, que não mostra interesse em continuar o tratamento após receber intervenção para reintegração; • Abandono; • Mulheres grávidas e lactantes.

Cronograma de seguimento de utentes na Dispensa comunitária de ARV através do Provedor

Os utentes que recebem os ARVs na comunidade, através do provedor de saúde não têm um cronograma específico de seguimento. Cada utente receberá os serviços na US ou na comunidade (após reintegração) de acordo com a sua condição e de acordo com o MDS em que está inscrito. Durante a visita, o provedor deve avaliar se o utente é elegível para os serviços específicos, como colheita de amostras para o teste de CV, rastreio, testagem ou referência de parceiros sexuais e filhos menores de 15 anos.

Mediante uma escala da US, será de forma diária e rotativa identificado apenas um provedor para deslocar-se a comunidade para fazer entrega dos ARVs, profilaxias e oferta de APSS/PP. A ida a comunidade de apenas um provedor de saúde irá facilitar a privacidade, confidencialidade e confiança entre o provedor e o utente. Poderá haver ajuda de actores comunitários para a localização das residências ou bairros.

Local:

Os serviços devem ser oferecidos num local a ser acordado com o utente e este pode ser:

- Domicílio do utente;
- Ponto de prestação de serviços pelo APE;
- Outro ponto acordado entre o utente e o provedor.

NOTA:

A dispensa de ARVs na comunidade através do provedor não deve ser um modelo de seguimento contínuo dos utentes. Este MDS, deve ser oferecido apenas para utentes que faltam à consulta ou ao levantamento de ARVs. No dia da entrega dos medicamentos ao utente na comunidade, o mesmo deve ser aconselhado a retornar logo que possível a US (dentro de 30 dias), para beneficiar-se de MDS menos intensivos que ele seja elegível.

Pacote de serviços a ser oferecido na dispensa comunitária de ARV pelo provedor

- Entrega de medicamentos antirretrovirais;
- Entrega de TPT e Cotrimoxazol a utentes que já estejam a receber estas profilaxias;
- Distribuição de insumos de prevenção (preservativos e lubrificantes);
- Oferta de APSS/PP: avaliação da adesão, de factores psicossociais que afectam a adesão, aconselhamento para reforço da adesão e oferta de mensagens de PP;
- Rastreio para referência e testagem de parceiros sexuais e filhos menores de 15 anos;
- Rastreio de ITS, TB e VBG.

Descrição de actividades

Ao nível da US

- Fazer ligação para os utentes faltosos e solicitar o consentimento para levar os medicamentos às suas residências ou num local combinado;
- Informar ao utente que deve retornar a US o mais breve possível para inscrição em outros MDS menos intensivos (se for elegível);
- Elaborar as receitas médicas (se o provedor não for clínico, contactar um clínico para obter receitas para utentes em seguimento na Farmácia do ambulatório e os das Paragens Únicas) e levantar os medicamentos (ARVs e profilaxias) na Farmácia do ambulatório (local exclusivo para dispensa de ARVs ao Provedor), para entrega pelo provedor de saúde na comunidade;
- Para os utentes atendidos na PU, separar os FILAS dos mesmos e partilhar os dados de NID/Nome do utente, medicamento, linha terapêutica, regime terapêuticos e duração terapêutica ao provedor que fará a visita, para entregar na Farmácia do ambulatório um dia antes da saída para comunidade;
- A Farmácia entrega os medicamentos (ARVs e profilaxias) ao provedor de saúde, respeitando a quantidade de acordo com a lista apresentada. Os ARVs devem estar registados na folha do Mini LRDA do provedor que fica na US;
- Conferir as quantidades de ARVs e profilaxias recebidas pelo provedor de saúde e levar o duplicado do Mini-LRDA;
- Entregar diariamente o Mini-LRDA à Farmácia do ambulatório após a realização da actividade na comunidade;

- Actualizar o livro de faltosos e abandonos após as visitas pelo provedor;
- Actualizar as diferentes fontes:
 - Fichas mestras, Livro de APSS/PP, mini-LRDA dos provedores que vão a comunidade, LRDA, FILA, iDART e SESP) na US;
 - Nos FILAs, colocar a data do retorno do utente à US. O provedor deverá visitar os diferentes sectores (Farmácia do ambulatório e Paragens Únicas) cujos utentes foram atendidos por ele para que possa actualizar os FILAS destes utentes;
- Solicitar ao utente a assinatura do consentimento na ficha mestra antes de receber a visita e os medicamentos, quando ele for a consulta clínica.

Ao nível da comunidade

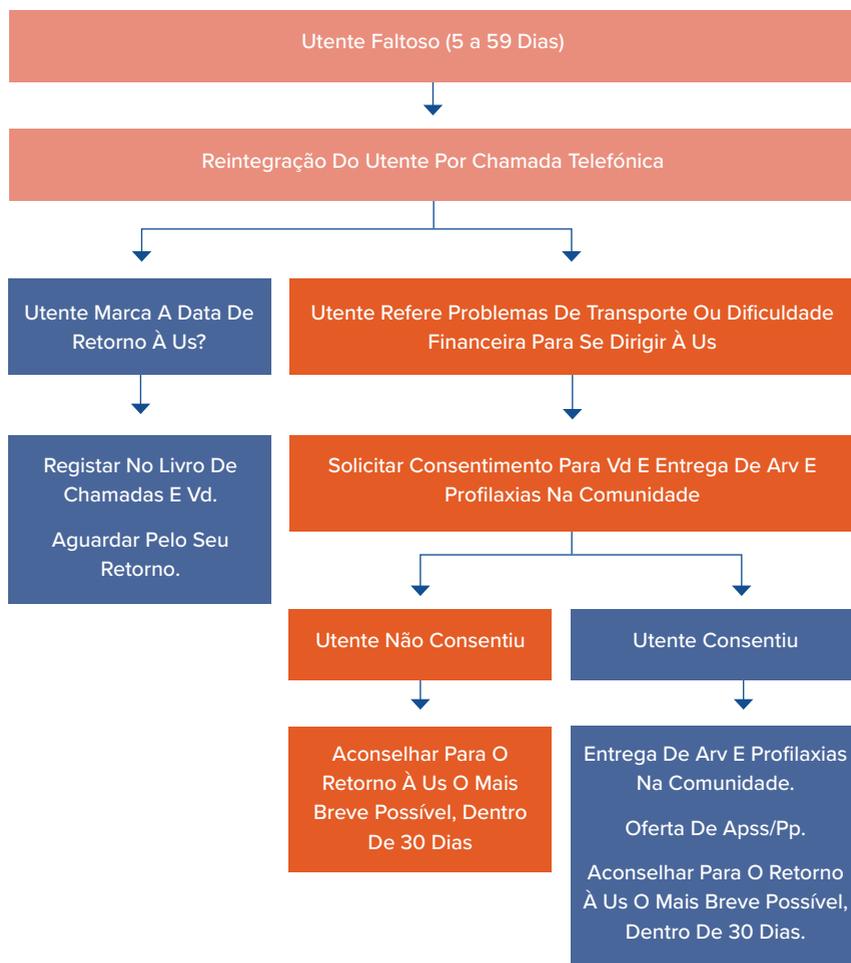
Durante a entrega dos ARVs e profilaxias na comunidade:

- Actualizar a data do levantamento seguinte no cartão/caderneta, bem como colocar um “certo” no duplicado do Mini-LRDA a fim de justificar o consumo na Farmácia;
- Informar ao utente que ao dirigir-se à US na consulta seguinte, poderá ser avaliado para outro MDS e caso seja elegível, deixará de ser necessário receber os ARVs mensalmente;
- Avaliar e reforçar a adesão ao TARV e oferecer mensagens de PP;
- Avaliar os factores psicossociais que afectam a adesão;
- Reforçar necessidade de testagem de parceiros sexuais e filhos < 15 anos;
- Referir a US em caso de VBG.
- Registar a informação no livro de dispensa comunitária de ARVs através do provedor.

Gestão de utentes

Para todos os utentes com contacto telefónico:

- Antes de efectuar a visita, fazer 3 chamadas para todos os contactos disponíveis durante 2 dias consecutivos;
- Durante a visita, se o utente for localizado, oferecer o pacote de serviços descrito acima;
- Se não for localizado, devolver os medicamentos à US no mesmo dia: esta tarefa é da responsabilidade do provedor de saúde.

Algoritmo 1: Dispensa de ARVs através do Provedor**NOTA:**

Utentes sem contacto telefónico, elegíveis para dispensa comunitária de ARVs através do provedor, podem receber os ARVs através deste modelo, desde que tenham consentido em receber visitas ao domicílio. Nestas situações, caso não seja possível efectuar chamada telefónica, o provedor poderá dirigir-se directamente ao domicílio do utente.

Ao nível dos serviços TARV, após retorno da comunidade

Após a dispensa na comunidade, o provedor deverá:

- Solicitar as FM de todos os utentes que receberam os ARVs e profilaxias e efectuar o respectivo registo, no campo de consultas clínicas e de levantamento de ARVs. Nestes campos, deverão ser trancadas as variáveis não aplicáveis.
- Enviar as FM para introdução da informação no SESP.

Ao nível da Farmácia

- Receber do provedor de saúde a lista dos utentes que consentiram com esta modalidade de levantamento: NID, nome, medicamento, tipo de dispensa, proveniência do utente (Farmácia ou PU), quantidade a ser aviada, no dia anterior da visita a comunidade;
- Separar os FILAS dos utentes atendidos na Farmácia que consentiram com a dispensa pelo provedor e marcadas para visita no dia seguinte.
- Preparar a medicação e armazenar numa caixa, identificada pelo nome do provedor e adicionar os medicamentos para os utentes das Paragens Únicas na referida caixa;
- Abrir um Mini-LRDA dos provedores que irão a comunidade e em cada visita usar uma folha de mini-LRDA para registar as dispensas efectuadas pelo provedor;
- Entregar o duplicado da folha do mini-LRDA com os medicamentos a serem aviados pelo provedor por utente, para que o provedor possa colocar o certo no acto da dispensa;
- No caso de medicamentos profiláticos, dispensar com base na receita;
- Receber os medicamentos devolvidos da comunidade e armazená-los de forma adequada;
- Avaliar com o provedor os dados do mini-LRDA e validar com as assinaturas (do APE e do Profissional da Farmácia) e a respectiva data. Actualizar o LRDA/iDART com os dados limpos do mini-LRDA;
- Actualizar o livro de faltosos e abandonos.

viii. Dispensa comunitária de ARVs através de Brigadas Móveis (BM)

O MISAU, através do Programa Alargado de Vacinação (PAV), introduziu as Brigadas Móveis como intervenção para melhoria da cobertura vacinal em áreas de difícil acesso aos cuidados de saúde. Posteriormente, houve a integração de outros cuidados de saúde como a nutrição, planeamento familiar, entre outros.

As barreiras de acesso aos serviços de prevenção, testagem e de cuidados e tratamento para o HIV, já foram descritas acima como factores que contribuem para a fraca cobertura dos serviços, assim como para a má adesão e retenção dos utentes nos cuidados. Deste modo, é orientada a inclusão da componente de HIV nas BM já em implementação através do PAV.

A integração dos serviços de HIV nas BM tem como grupo-alvo os utentes HIV negativos que procuram os serviços de prevenção e utentes HIV positivos instáveis e estáveis diagnosticados na comunidade ou referidos a partir da US. Os utentes vivendo com HIV que recebem cuidados através deste modelo, devem ser continuamente avaliados para elegibilidade a outros MDS menos intensivos e referidos à US logo que for confirmada a sua elegibilidade.

Critérios de Elegibilidade das US para implementação de Brigadas Móveis

Para que a US seja elegível para implementar as BM, deve reunir os seguintes critérios:

- Raio de acção que abrange comunidades com dificuldades de acesso, quer seja devido à fraca disponibilidade da rede de transportes públicos, intransitabilidade das vias de acesso, longas distâncias, migrações sazonais (plantações e trabalho sazonal) e situações de emergência, tais como: calamidades ou conflitos;
- Disponer de recursos, nomeadamente: meio de transporte, combustível, recursos humanos, material e medicamentos, para apoiar as actividades das brigadas móveis. Deverão também ser considerados os recursos disponibilizados pela US da sede ou pelos parceiros de implementação. Estes recursos devem ser suficientes para realizar as BM de acordo com o calendário de seguimento dos utentes na comunidade, de modo que os mesmos não fiquem sem receber os cuidados.
- US com fraca cobertura de serviços de saúde da mulher e da criança (CPN, CCR, CCS, CCD CPF, Vacinação, Nutrição, etc.).

Critérios de elegibilidade das comunidades para recepção de BM com componente de HIV

- Fazer parte da lista de comunidades que já recebem BM regularmente, de acordo com os critérios estabelecidos pelo PAV;
- Apresentar dificuldade de acesso à US, quer seja por: (i) Inexistência de rede pública de transporte ou elevado custo de transporte, (ii) intransitabilidade das vias de acesso, (iii) longas distâncias (de ≥ 8 km), (iv) migrações sazonais (plantações, trabalho sazonal, deslocados/as), (v) conflitos militares e calamidades naturais;
- Comunidades que tenham no mínimo 15 utentes em seguimento TARV;
- Comunidades com altas taxas de positividade no ATS-C;
- Comunidades com baixa taxa de retenção (retenção aos 12 meses $\leq 65\%$);
- Áreas de concentração de populações-chave (TS, HSH, transgénero e PID) em áreas não cobertas pelas clínicas móveis descritas no capítulo a seguir.

Critérios de elegibilidade para a recepção de ARV nas BM

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Utente HIV+, caso novo identificado na US ou na comunidade, sem condição clínica grave; • Utente HIV+ em TARV na US e referido a comunidade (incluindo com utentes com má adesão ou adesão de risco); • Caso esteja em tratamento para TB, deverá estar a fazer o DOT comunitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Surgimento duma condição clínica grave que necessite de seguimento mais diferenciado ao nível da US.

Cronograma de seguimento de utentes que recebem ARVs na BM

- Não existe um cronograma de seguimento específico para os utentes que recebem os serviços no modelo de BM.
- O cronograma de seguimento dos utentes na BM deve obedecer as normas de seguimento clínico e laboratorial dos utentes em TARV.
- Entretanto, os utentes na BM podem estar simultaneamente inscritos em outros MDSs menos intensivos. Nestas circunstâncias, o utente deve ser aconselhado a continuar o seguimento no MDS menos intensivo na US.

Pacote de serviços relacionados ao HIV a serem oferecidos nas BM

Consulta clínica inicial

Para o utente HIV Positivo:

- Abertura da Ficha Mestra, oferta da primeira consulta de APSS/PP – aconselhamento Pré-TARV, avaliação de factores psicossociais que afectam a adesão e oferta de mensagens de prevenção positiva;
- Realização da 1ª consulta clínica – rastreio de ITS, TB, Cancro do Colo Uterino e da Mama - CACUM (onde houver capacidade para estes rastreios), estadiamento clínico, avaliação nutricional, rastreio e aconselhamento para testagem familiar. Avaliação da prontidão do utente e início do TARV logo que estiver pronto (seja na data do diagnóstico ou nas visitas subsequentes da BM). Oferta de profilaxias e tratamento para Infecções Oportunistas (IOs);
- Colheita de amostras para CD4 inicial, hemograma e bioquímica mediante requisitos;
- As amostras devem ser colhidas e referenciadas para a US onde serão processadas. Caso haja capacidade, um PIMA deve ser levado para a BM, entretanto, deve-se garantir que a US continua a colher e processar as amostras dos seus utentes;
- Referência para US, caso apresente condição que requeira seguimento na US ou caso o utente prefira fazer seguimento na US;

Consulta de seguimento

Será oferecida consulta clínica e de APSS/PP de seguimento aos utentes que tiverem iniciado TARV na comunidade e os referidos pela US, desde que residam nas áreas abrangidas pela BM. O pacote de serviços oferecidos em cada consulta é o mesmo disponibilizado na US:

- APSS/PP;
- Rastreio e manejo de reacções adversas;
- Estadiamento clínico da OMS;
- Rastreios da TB/ITS, oferta de profilaxias e manejo de infecções oportunistas;
- Avaliação e apoio nutricional;
- Ajuste de regimes ARVs caso seja necessário;
- Aconselhamento e testagem de contactos do caso índice (filhos menores de 15 anos, parceiros/as sexuais e pais de criança positiva menor de 15 anos);

- Manejo clínico, mediante condição clínica apresentada pelo utente;
- Colheita de amostras para análises (carga viral, CD4, hemograma, bioquímica, etc.);
- Oferta de Diagnóstico Precoce Infantil para todas as crianças expostas em seguimento (segundo o algoritmo de testagem) com suas mães nas BM;
- Rastreio, manejo inicial e referência para a VBG.

NOTA:

Utentes com critérios e que optem pelos MDS menos intensivos, devem ser aconselhados para o seguimento na US.

Utentes em seguimento na BM que desenvolvam condições que requeiram seguimento na US, devem ser referidos para a US.

O aviamento de ARVs na BM para as mulheres grávidas e lactantes deverá apenas acontecer se os serviços pré-natais (CPN) e de seguimento da criança em risco (CCR) completos também forem garantidos na BM.

Farmácia

Considerando que nas BM são feitas consultas médicas e tratamento das doenças mais comuns na comunidade, a Farmácia deverá:

- Preparar pacotes com ARVs e profilaxias para os utentes agendados em seguimento na BM;
- Preparar um stock nivelado de ARVs para utentes novos diagnosticados na BM;
- Acrescentar os ARVs e medicamentos para profilaxia e/ou tratamento das infecções oportunistas e outras doenças (relacionadas com as patologias mais frequentes na comunidade), na lista dos medicamentos que são levados à comunidade. Durante a quantificação dos medicamentos, deve-se ter em consideração os utentes novos diagnosticados;
- Actualizar os aviamentos nas fichas mestras e FILA;
- Disponibilizar FILAs e outros instrumentos de registo;
- Organizar os FILAs no arquivo móvel da US em pasta/gaveta rotulada “BM”;
- Solicitar um mini-LRDA ao responsável da Farmácia para ser usado exclusivamente pela respectiva BM;

- Registrar os medicamentos aviados no Mini-LRDA de acordo com os procedimentos;
- Arquivar as receitas dos medicamentos das infecções oportunistas, junto das outras receitas aviadas no ambulatório (no respectivo dia);
- Preencher o mini-LRDA da farmácia do ambulatório, transcrevendo os totais de cada um dos medicamentos aviados, de acordo com o procedimento das PU.

NOTA:

A quantificação dos ARVs e medicamentos profiláticos, deve ser feita tomando em consideração os utentes já existentes naquela comunidade e a previsão de novos inícios, através do mecanismo de stock nivelado.

Laboratório

As actividades na área do laboratório devem incluir:

- Preparação dos consumíveis para a realização dos testes de HIV, colheita e referenciamento de amostras de CD4, Carga Viral, PCR, TB, Hemograma e bioquímica;
- Colheita de amostra para análises clínicas (CD4, CV, PCR e outros mediante necessidade);
- Empacotamento das amostras segundo as normas, como forma de garantir a boa conservação;
- Recolha e documentação dos resultados das análises antes da BM seguinte.

Princípios gerais para o bom funcionamento das BM

Para que as brigadas móveis com a componente de dispensa de ARVs funcionem devidamente, é necessário que o ponto focal de HIV e o ponto focal da BM da US coordenem as suas actividades de seguinte forma:

- Planificação e registo adequado;
- Comunicação eficiente com as comunidades;
- Retro-informação às comunidades sobre a evolução do programa;
- Tomada de decisões baseada na análise de dados das actividades desenvolvidas;
- Gestão adequada dos recursos.

Actividades de preparação ao nível da comunidade

- Mapeamento das aldeias/comunidades para oferta dos serviços de brigada móvel (deve ser feito em colaboração com o responsável de Medicina Preventiva da US);
- Identificação de um ponto focal para cada comunidade (APE ou outro Agente Comunitário de Saúde), que será o elo de ligação com a comunidade;
- Identificação dos actores comunitários (de todas categorias, por exemplo: associações locais, sociedade civil, líderes comunitários e religiosos, etc.) e apresentação da estratégia e cronograma (calendarização) das BM;
- Identificação de organizações que fazem o ATS-C para facilitar as referências;
- Em coordenação com os actores comunitários, promover actividades para mobilização comunitária e criação de demanda para os serviços oferecidos (usando outras plataformas, como rádios comunitárias);
- Identificação do local de estacionamento da BM ou do local para atendimento comunitário disponibilizado pela comunidade;
- Em épocas chuvosas e/ou de sementeira, avaliar previamente com a comunidade e os utentes, a pertinência em deslocar a BM para um ponto fixo próximo das machambas, minas, zona de pesca e etc.

Actividade de preparação ao nível da US

- Elaboração do cronograma de visitas: deve-se elaborar um cronograma detalhado de visitas as comunidades. Este, deverá incluir o nome da comunidade a visitar, a data da visita e os recursos necessários;
- Elaboração da lista de utentes em TARV e em PrEP a serem seguidos na BM. A lista deve incluir tanto os novos utentes identificados na US durante a semana e os utentes já em seguimento na US. A lista deverá também incluir uma parte dedicada aos utentes faltosos;
- Identificação e oferta de seguimento na BM, de utentes elegíveis em seguimento na US;
- Preparação dos recursos para a BM nomeadamente: (i) humanos (identificação do pessoal e atribuição de responsabilidades para cada membro integrante na brigada), (ii) materiais/equipamentos e insumos necessários, tais como: viatura, combustível, medicamentos, testes/consumíveis, vacinas, etc. e os instrumentos de registo, nomeadamente: livros de registo, fichas mestras, fichas individuais de PrEP, FILAs, fichas de CCR, requisições de laboratório – FSR CV, FSR PCR, etc. e (iii) os recursos financeiros;

- Informação e/ou visita de pré-aviso, em coordenação com o ponto focal da comunidade e os actores comunitários das comunidades a serem visitadas. É importante obter a aprovação dos líderes comunitários:
 - Antes da implementação da abordagem/actividade, deve-se obter a aprovação da administração distrital, Líderes Comunitários e ACS;
 - Antes da realização das visitas às comunidades, deve-se partilhar o calendário das visitas com os Líderes Comunitários e ACS;
 - Deve-se assegurar que no dia da BM, os Líderes Comunitários e Agente Comunitário de Saúde (ACS) estejam presentes, ainda que a sua presença seja limitada a parte inicial do evento ou actividade;
- Depois da realização das BM, os dados de todos os programas envolvidos devem ser actualizados na US de referência e os respectivos instrumentos de registo (manuais e electrónicos), num prazo de dois dias após a BM.

Relação do Material necessário para o bom funcionamento das BM

Aconselhamento e Testagem em Saúde:

1. Livro de registo ATS-C
2. Formulário de rastreio familiar,
3. Convites para os contactos de CI,
4. Guias de referência,
5. Cronómetros,
6. Preservativos,
7. Modelo de pénis,
8. POP e algoritmos orientadores de testagem, algoritmos de factores de risco e sinais e sintomas (criança/adolescente e adulto) e mapa de consumo de testes rápidos;

ITS e PrEP:

1. Livro de registo de casos de ITS,
2. Preservativos e lubrificantes,
3. Livro de registo de PrEP,
4. Ficha de seguimento do utente em PrEP;

Componente Clínica e de APSS/PP:

1. Ficha mestra (dos utentes já em seguimento na comunidade e algumas fichas limpas para eventuais utentes a iniciarem TARV na comunidade),
2. Ferramenta de reforço de adesão,
3. Lista de NID dos utentes seguidos na BM,
4. Lista de NID a serem atribuídos aos novos utentes diagnosticados na BM,
5. Guia de referência e contra referência, balança e altímetro pediátrico e de adulto.

SMI:

1. Livros de registo de SMI,
2. Fichas mestras,
3. Fichas pré-natais/cadernetas de mulher,
4. Cadernos de AIDI (incluindo AIDI neonatal),
5. Fitas para PB grávidas e crianças,
6. Fita métrica,
7. Termómetro,
8. Balança, altímetro,
9. Estetoscópio de Pinard,
10. Tabelas de classificação nutricional,
11. Cartão de saúde de crianças,
12. Ficha individual da CCR,
13. Testes rápidos de HIV e Sífilis, e DBS;

Farmácia:

1. FILA,
2. Mini-LRDA,
3. MM TB para TPT,
4. Receituário,
5. Medicamentos,
6. Testes rápidos de HIV,
7. Suplementos nutricionais,

8. Preservativos,
9. Lubrificantes,
10. Métodos anticoncepcionais e outros consumíveis que forem necessários;

Componente Laboratorial:

1. Material para colheita de amostras de BK, Carga Viral, CD4, Hemograma, Bioquímica, PCR,
2. Tubos *Ethylenediaminetetraacetic acid* (EDTA)
3. Testes rápidos de malária, sífilis, HIV, etc;

Outro material de apoio:

1. Material de IEC para PrEP,
2. Tríptico de pediatria,
3. Tabelas de vigilância e reabilitação nutricional.

NOTA:

- O utente em seguimento na BM deve fazer consultas clínicas, de APSS/PP e levantamento de medicamentos mensalmente. Caso o utente tenha os critérios de elegibilidade para outros modelos menos intensivos, deve ser aconselhado para o seguimento na US;
- Utentes com CV acima de 1000 cópias devem ser referidos para o seguimento na US, para beneficiarem-se de aconselhamento para melhoria da adesão.

Áreas abrangidas (componente de HIV):

- Envolvimento Comunitário e Coordenação
- Aconselhamento e Testagem em Saúde
- Área Clínica
- Apoio Psicossocial e PP
- Saúde Materno Infantil e Nutrição
- Farmácia
- Laboratório
- Monitoria e Avaliação
- ITS/HIV

NOTA:

Nem sempre será possível garantir a presença de técnicos específicos das áreas listadas acima, no entanto, a equipa deverá organizar-se por forma a que os membros integrantes da BM cubram as actividades de todas áreas.

Actividades a realizar por área

ÁREA	ACTIVIDADES
<p>Envolvimento Comunitário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criar demanda para o modelo na US e na comunidade; • Planificar as BM em coordenação com a comunidade; • Preparar as sessões/visitas de mobilização pré BM; • Verificar se as outras áreas têm as condições criadas para a BM; • Verificar se a logística está criada para a BM; • Elaborar relatórios de avaliação de desempenho e o peso das actividades; • Coordenar com o Líder comunitário, para: <ul style="list-style-type: none"> • Definir o melhor local para a realização da BM na comunidade; • Sensibilizar/mobilizar as populações; • Apoiar nas actividades de IEC.
<p>ATS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar o material para ATS, incluindo os instrumentos de registo; • Listar os contactos do Caso Índice, população-chave, crianças órfãs e vulneráveis e outra população vulnerável a serem testados na comunidade. Em coordenação com o actor comunitário, promover a sua participação; • Realizar a testagem de acordo com as normas nacionais (pessoal treinado e devidamente credenciado pelo MISAU).

ÁREA	ACTIVIDADES
APSS/PP	<ul style="list-style-type: none"> • O atendimento deve ser em forma de paragem única; • Organizar o material (ficha mestra e ferramenta de reforço de adesão); • Fazer o aconselhamento pré-TARV para novos inícios e reforço de adesão para utentes em seguimento; • Fazer avaliação dos factores psicossociais que afectam a adesão; • Oferecer mensagens de PP e fazer o registo na ficha APSS&PP.
Cuidados e tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consultas clínicas de acordo com as normas clínicas; • Fazer o rastreio de infecções oportunistas e oferecer atenção especial aos utentes que apresentam queixas; • Verificar sinais de reacções adversas; • Preencher requisições para análises laboratoriais de acordo com as normas; • Prescrever ARVs, profilaxias e outras medicações de acordo com a situação (clínica e laboratorial) de cada utente; • Arquivar a nível da US as fichas mestras ao regresso das BM.

ÁREA	ACTIVIDADES
SMI	<ul style="list-style-type: none"> • Todo seguimento descrito na área de APSS/PP e Cuidados e Tratamento; • Seguimento da MG, ML e CE ao HIV de acordo com as normas; • O atendimento deve ser em forma de Paragem Única; • Fazer testagem e re-testagem de HIV e Sífilis de acordo com as normas; • Disponibilizar aconselhamento pré-TARV para novos inícios e reforço de adesão para os utentes em seguimento; • Avaliar as fichas mestras e últimos resultados laboratoriais (CD4, CV, Hemograma) e actualizar os aviamentos; • Avaliar as fichas individuais das crianças em risco (elegibilidade para testagem com PCR ou TR e resultado dos testes feitos e entrega de profilaxias); • Fazer o rastreio de ITS, infecções oportunistas e oferecer atenção especial aos utentes que apresentam queixas; • Fazer rastreio de elegibilidade para PrEP com início e seguimento na BM; • Verificar sinais de reacções adversas; • Colher amostra para análises laboratoriais sempre que necessário de acordo com as normas nacionais; • Aviar ARVs, profilaxias para mãe, RN e outros; • Arquivar as FM na US de acordo com as normas.

ÁREA	ACTIVIDADES
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar FILA, receituário ARV e todas as profilaxias necessárias; • Garantir com a Farmácia a reposição semanal do Stock Nivelado através do mecanismo de Mini-LRDA; • Fazer a contagem de FILAS e receitas prescritas; • Identificar, registar os faltosos e encaminhar para o ACS; • Registar as dispensas de medicamentos através do FILA no Mini-LRDA da BM; • Actualizar as fichas de stock dos seus medicamentos, testes e outros consumíveis; • Organizar os FILAs na farmácia (ficheiro móvel) da BM, em pasta/gaveta identificando a BM;
Laboratório	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar o material para colheita e processamento amostras de CD4, colheita, armazenamento e transporte de amostras de carga viral, hemograma, bioquímica e baciloscopia; • Fazer a colheita de amostra para análises laboratoriais (CD4, Carga Viral, PCR e outros mediante a necessidade); • Empacotar as amostras segundo as normas, como forma de garantir a boa conservação; • Elaborar listas de utentes por comunidade (mapeamento dos utentes); • Em coordenação com o clínico/ Enfermeira de Saúde Materno Infantil - ESMI e a Farmácia, actualizar os registos manuais e electrónicos a nível da US; • Definir o fluxo de actualização dos registos na US por forma que toda a informação da BM seja integrada nos relatórios da US; • Monitorar a qualidade de preenchimento dos livros de registo.

Fluxo de informação (dados) entre a Brigada Móvel e a US

Atribuição de NID

- A US deve atribuir uma cota de NIDs à BM sempre que esta for realizar actividades;
- Após a abertura de fichas mestras e atribuição de NID aos utentes na comunidade, estes devem ser registados nos livros Pré-TARV e TARV da US.

Arquivo das Fichas Mestras

- As fichas mestras devem ficar armazenadas no arquivo geral da US;
- Para facilitar a localização das fichas mestras dos utentes seguidos na brigada móvel, deve-se registar os NIDs dos utentes em seguimento neste modelo, numa lista de utentes em seguimento nas BM.

Resumo Mensal HIV e SIDA

- A brigada móvel deve ter a sua folha de contagem individual. Os dados desta folha devem ser agregados ao resumo mensal da US;
- As folhas de contagem da brigada móvel devem ser arquivadas na US.

Registo do consumo de ARVs

- A BM deve levar 2 mini-LRDA, um para a consulta integrada geral e outro para SMI;
- O aviamento de ARVs deve ser registado durante a BM nos seguintes instrumentos:
 - Mini LRDA
 - Receita Clínica
 - Ficha Mestra

APSS PP

- Deve ser preenchida a respectiva componente na ficha mestra;
- Os dados devem ser descarregados no livro de APSS/PP de acordo com as normas.

Aconselhamento e testagem para o HIV

- Deve ser registado no livro de ATS-C.

SMI e nutrição

- Para além do livro da CPN, CCR, SSR, PF, CCS, CCD, deve ser levado o livro de PCR e todos os outros instrumentos de registo necessários para a BM.

Laboratório

- A BM deve ter requisições e protocolos de análises clínicas, nomeadamente: hemograma, bioquímica, CD4 e carga viral. Toda informação de amostras colhidas para análise clínica deve ser registada nos respectivos livros de registo do laboratório.

Fluxo de informação

- Antes da partida da BM para a comunidade, a equipa deve:
 - Ter organizado uma lista de quota de NIDs a serem atribuídos aos utentes testados HIV+ na comunidade;
- Durante as actividades, a equipa deve:
 - Preencher todos os instrumentos citados anteriormente.
- Depois das actividades, a equipa deve:
 - Preencher a folha de contagem de HIV e SIDA com os dados do dia;
 - Inscrever todos os novos utentes HIV+ nos livros pré-TARV e TARV;
 - Descarregar a informação do mini-LRDA e receitas clínicas no LRDA;
 - Descarregar a informação de análises clínicas feitas no livro de registo do laboratório;
 - Passar a informação referente ao APSS/PP da FM para o livro de registo.

ix. Dispensa Comunitária através de Clínicas Móveis (CM) para PC e vulneráveis

De modo geral, a proporção de populações-chave com acesso aos cuidados de saúde para prevenção e cuidados e tratamento para o HIV é reduzida devido a questões de ordem sociocultural, longas distâncias e horário de funcionamento dos serviços normais nas unidades sanitárias não amigáveis para estes grupos. Dentre estes aspectos, o preconceito, estigma, discriminação e a intimidação pelos agentes da lei, são apontados pelas PC como as principais barreiras que eles enfrentam para o acesso aos serviços de saúde.

Neste sentido, a OMS recomenda a implementação de estratégias de alcance comunitário e serviços de saúde mais próximos da comunidade, assim como o uso de pares, no sentido de aproximar os serviços de saúde relevantes para estas populações, como componentes essenciais, com evidência convincente do impacto na redução de comportamentos de risco e baixa exposição ao HIV e outras doenças. A oferta destes serviços na comunidade através de clínicas móveis, apresenta-se como um modelo diferenciado de serviços, permitindo

a mobilização destes para zonas de aglomeração das PC, as chamadas zonas quentes (*Hot Spots*).

Critérios de elegibilidade para a recepção de ARV nas CM

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<p>Utentes pertencentes a grupos de PC ou vulnerável que sejam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utente HIV+, caso novo identificado na US ou na comunidade, sem condição clínica grave; • Utente HIV+ em TARV na US, e referido a comunidade (incluindo utentes com má adesão ou de risco); • Caso esteja em tratamento para TB, deverá estar a fazer o DOT comunitário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Surgimento duma condição clínica grave que necessite de seguimento mais diferenciado ao nível da US.

Cronograma de seguimento de utentes que recebem ARVs na CM

- Não existe um cronograma de seguimento específico para os utentes que recebem os cuidados e tratamento no modelo de CM.
- O cronograma de seguimento dos utentes que recebem os cuidados e tratamento na CM deve obedecer as normas de seguimento clínico e laboratorial dos utentes em TARV.
- Entretanto, os utentes na CM podem estar simultaneamente inscritos em outros MDSs menos intensivos. Nestas circunstâncias, o utente deve ser aconselhado a continuar o seguimento no MDS menos intensivo na US.

Princípios gerais para o bom funcionamento das CM

- Em termos de **localização**, as CM devem estar em locais estratégicos, definidos em estreita colaboração com os representantes dos beneficiários da PC. No entanto, estas devem estar localizadas próximo às “zonas quentes” e locais de residência da PC. Além disso, para não estigmatizar ou constranger a PC no acesso aos serviços de saúde, deve-se dar especial atenção para o pacote de serviços oferecidos, sinalética, imagens e material IEC disponibilizado.
- No que cabe ao **pacote de serviços**, é recomendável a oferta de pacotes adicionais e de interesse para toda a população, como por exemplo, a distribuição de insumos de prevenção, a medição da pressão arterial, o PF,

o rastreio de ITS e TB, o rastreio de CACUM, da Próstata, Diabetes, Epilepsia, diagnóstico e tratamento da malária, demonstração de técnicas de palpação testicular, diagnóstico e tratamento da malária entre outros.

- As CM devem ter **horários flexíveis** para absorver populações indisponíveis durante horários regulares de funcionamento das unidades sanitárias - por exemplo, os TS preferencialmente visitam a US antes de se dirigirem às “zonas quentes”, pois, durante outros períodos estão a realizar outras actividades. Entretanto, de modo a garantir sustentabilidade das CM e a segurança para os profissionais de saúde, recomenda-se que estas funcionem das 15 às 20 Horas, podendo o horário ser adaptado de acordo com as condições reais de cada local.
- **Periodicidade:** as CM devem oferecer serviços de saúde uma vez por mês em cada local definido, no entanto, se necessário, uma frequência superior a esta pode ser definida em coordenação com a US, parceiro clínico, comunitário e representantes dos beneficiários.
- As CM devem possuir **recursos humanos** treinados e sensibilizados, de forma a oferecerem um serviço de saúde que seja profissional, amigável, seguro, sigiloso, confortável, livre de estigma e discriminação.
- No currículo de formação dos provedores de saúde afectos à CM, devem constar matérias ou conteúdos como: ética e deontologia profissional, género, sexualidade, direitos humanos, TARV e PrEP, ATHIV e redução de danos. Adicionalmente, é importante a presença de navegadores ou educadores de pares, de modo que as PC tenham apoio de pares e segurança de que os serviços são amigáveis.
- De modo a potencializar a ligação entre os serviços, a comunidade e a US, os provedores da CM devem ser da US de referência. De forma a responder à alta rotatividade dos provedores do Serviço Nacional de Saúde e garantir a sustentabilidade das CM, deve-se estabelecer um sistema de rotatividade dos provedores afectos a CM.
- De forma a garantir a segurança dos provedores e equipamentos, é recomendável a coordenação com a unidade policial mais próxima, de modo que haja presença policial durante todo o período de oferta de funcionamento da CM.

Factores para o sucesso e sustentabilidade das Clínicas Móveis

- Parceria e colaboração com as autoridades de Saúde e Seguranças Pública, tanto ao nível central como local (exemplo: MISAU, DPS/SPS e Ministério do Interior-MINT). Esta colaboração deverá ser extensiva aos serviços de saúde distritais e aos comités de cogestão.

- Parceria e colaboração com as organizações e grupos liderados pelas PC e vulneráveis, envolvendo-as em todas as fases nomeadamente: definição dos locais, implementação, levantamento de necessidades de serviços, criação de demanda e monitoria da qualidade dos serviços prestados.
- Envolvimento das lideranças locais tais como líderes tradicionais e religiosos.

Pacote de serviços para todos os utentes

Com objectivo de alargar o acesso aos serviços de cuidados e tratamento livres de estigma e discriminação, a CM deverá oferecer os seguintes serviços:

Serviços de saúde sexual e reprodutiva

- Rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS;
- Planeamento Familiar;
- Rastreio de principais cancros incluindo CACUM, próstata, rectal e anal.

Serviços de prevenção do HIV

- Promoção de literacia para a prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV e ITS;
- Oferta de preservativos e lubrificantes;
- ATS incluindo a auto-testagem para o HIV;
- Oferta de PPE;
- Promoção da circuncisão médica masculina voluntária e referência;
- Prevenção combinada: oferta da PrEP, preservativos, lubrificantes, referência para circuncisão médica masculina voluntária (nas regiões onde se aplica).

Cuidados e Tratamento para o HIV

- Realizar consultas clínicas de acordo com as normas clínicas;
- Oferta do TARV e profilaxias;
- Oferta de apoio a revelação do diagnóstico, notificação e convite de parceiros sexuais e parceiros de partilha de seringas dos indivíduos testados HIV+ para testagem (testagem através do caso índice). Crianças filhas de pais atendidos nas CM que sejam elegíveis para testagem devem ser referidas para testagem na US;
- Aconselhamento e oferta de métodos de planeamento familiar;
- Aconselhamento e referência para serviço de SSR, incluindo interrupção voluntária da gravidez;

- Rastreio e diagnóstico de doença avançada por HIV;
- Apoio psicossocial e prevenção positiva.

Outros Serviços

- Rastreio e referência para diagnóstico e tratamento de TB e Hepatites;
- Aconselhamento, identificação e notificação de VBG com referência para serviços pós-VBG;
- Redução de danos para PID.

Pacote específico para PID

As pessoas que usam drogas devem ter acesso aos serviços de Redução de Danos, seja através da US ou Centro Comunitário. Assim, à PID deverá ser oferecido:

- Pacote de serviços para todos os utentes (acima descrito);
- Tratamento e substituição de opiáceas;
- Gestão de overdoses;
- Distribuição de parafernália e
- Aspectos de higiene e nutrição.

Questões a considerar nos serviços TARV e PrEP

- Deve-se assegurar a igualdade de oportunidade, confidencialidade, atendimento humanizado e a qualidade dos serviços;
- Deve-se garantir a disponibilidade dos fármacos e a prontidão dos provedores para fazerem a ligação aos cuidados e tratamento;
- Para os utentes testados cujo resultado seja positivo, deverá ser assegurada a ligação imediata aos serviços TARV, feita abertura da FM, atribuição de NID e início de TARV;
- Todos os utentes em TARV iniciados na CM, deverão ser aconselhados e encaminhados para a US de referência uma vez que o mesmo já esteja elegível a um outro modelo. Para o efeito, o utente deve ser aconselhado sobre o seguimento na US desde o início do seguimento na CM;
- Deve-se informar ao utente sobre a existência dos mecanismos de reintegração em casos de falta e/ou abandono, entretanto, só serão operacionalizados se o utente consentir através da assinatura da ficha de consentimento;

- Os dados produzidos através dos serviços prestados na CM, devem alimentar a estatística da unidade sanitária de referência.
- Aos utentes que iniciam o TARV na CM, devem ser oferecidos a opção de seguimento clínico e dispensa mensal de medicamentos durante os primeiros 3 meses de TARV na CM. Passado este período, deve-se oferecer a proposta de inclusão em um dos outros modelos diferenciados de serviços disponíveis na US de referência. Caso o utente prefira continuar a receber os serviços na CM, a cada consulta deverá ser reforçada a necessidade de continuar a receber os serviços na US.
- As CM devem partilhar com as US de referência, a informação de utentes novos inícios (TARV e PrEP) e/ou referidos, de modo que seja confirmada a sua chegada e inscrição nos serviços. No final de cada semana, deve se fazer triangulação de ambos para confirmação da ligação.

Acções ao nível Comunitário

Ao nível comunitário deverão ser asseguradas as seguintes acções:

Equipa da clínica e suas responsabilidades

INTERVENIENTE	SERVIÇO TARV	SERVIÇO PREP
<p>Conselheiro Leigo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer aconselhamento e testagem para o HIV, apresentado ao utente a possibilidade de este fazer o seguimento na CM ou na US. • Se o utente positivo desejar ser seguido na CM, deve ser encaminhado à consulta clínica, onde será aberta a ficha mestra. • Se o utente desejar ser seguido na US de referência ou em outra US, deve ser-lhe passada uma guia de referência, onde seguirá o fluxo de seguimento de utentes da US. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer aconselhamento e testagem em Saúde e aconselhamento sobre os factores que o colocam em risco de infecção pelo HIV. • Apresentar ao utente a PrEP como medida de prevenção, explicando a importância da adesão e a possibilidade de iniciar e fazer o seguimento na comunidade ou na US. • Se o utente for negativo e desejar iniciar a PrEP na clínica móvel, deve ser encaminhado a consulta clínica. • Se o utente desejar ser seguido na US de referência ou em outra US, deve ser-lhe passada uma guia de referência, onde seguirá o fluxo de seguimento do utente inscrito em PrEP na US.

INTERVENIENTE	SERVIÇO TARV	SERVIÇO PREP
Provedor Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer a consulta clínica (inicial ou de seguimento) de acordo com as normas; • Na ausência do psicólogo/ técnico de psiquiatria/ conselheiro, oferecer ao utente o apoio psicossocial e prevenção positiva (APSS/PP). • Se elegível, deve-se aconselhar ao utente para continuidade do seguimento na US, em outros MDS menos intensivos. • Se CV ≥ 1000 cópia/ml, deve-se oferecer o AMA na CM e seguir o algoritmo de CV e normas de seguimento do utente com suspeita de Falência Terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Inicial: na data da testagem na comunidade para oferecer serviços clínicos da PrEP onde o utente é avaliado e mediante critérios de elegibilidade é inscrito no livro de registo, atribuído o NIP e inicia a PrEP. • Oferecer o apoio psicossocial. • Consultas de seguimento mensais nos primeiros 6 meses, após os quais é referido para a US para inscrição em outros MDS da PrEP.
Psicólogo ou outro provedor de APSS	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a adesão do utente ao TARV; • Avaliar os factores psicossociais que afectam a adesão; • Oferecer mensagens de prevenção positiva; • Oferecer o AMA para utentes com CV ≥ 1000 cópias/ml; • Oferecer apoio psicossocial e moral aos utentes vítimas de violência e se necessário, encaminhar para outros serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio psicossocial (APSS), aconselhamento e seguimento dos utentes para adesão e retenção; • Avaliar e reforçar a adesão a profilaxia; • Oferecer mensagens de prevenção, uso do preservativo e lubrificante.
Técnico do Laboratório	<ul style="list-style-type: none"> • Colher e processar amostras de acordo com as requisições recebidas. • Enviar os resultados das análises para a recepção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colher e processar amostras de acordo com as requisições recebidas. • Enviar os resultados das análises para a recepção.

INTERVE-NIENTE	SERVIÇO TARV	SERVIÇO PREP
Técnico de Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Aviar os medicamentos de acordo com a prescrição clínica. • Arquivar os FILAs segundo as normas. • Preencher o mini-LRDA segundo as normas. • Garantir a reposição do stock nivelados dos ARVs, medicamentos, testes e outros consumíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aviar a PrEP de acordo com a prescrição clínica. • Preencher o mini-Livro de registo diário de ARVs segundo as normas.

Preparação e logística das CM

ÁREA	RECURSOS NECESSÁRIOS			
	RECURSOS HUMANOS	MATERIAL DE APOIO	CONSUMÍVEIS	INSTRUMENTOS DE REGISTO
Recepção	<ul style="list-style-type: none"> • Rececionista 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião de gestão de arquivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento de Proteção Individual (EPI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Livro TARV • Livro Pré-TARV • Ficha mestra • Guia de referência • Livro da PrEP • Ficha de seguimento da PrEP • Caderneta do utente
ATS	<ul style="list-style-type: none"> • Conselheiro ou • Técnico de psiquiatria ou • Psicólogo ou • Outro provedor de ATS acreditado 	<ul style="list-style-type: none"> • Directriz de ATS • POP de ATS • POP de ligação • Cronómetro • Modelos anatómicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Kits completos de testagem rápida para o HIV • Kits de auto-teste de HIV • Esfigmomanómetro • EPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Livro de registo de ATS • Livro de registo de auto-testagem • Convites • Guia de transferência

ÁREA	RECURSOS NECESSÁRIOS			
	RECURSOS HUMANOS	MATERIAL DE APOIO	CONSUMÍVEIS	INSTRUMENTOS DE REGISTO
Consulta clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Provedor clínico: • Médico ou • TMG ou • Outro provedor treinado 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos orientadores • Algoritmos • Tabelas • Modelos anatómicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de PF • Preservativos • Lubrificantes • Teste de sífilis • Escarradores • EPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha mestra • Requisições de análises • Ficha de rasteio familiar • Guia de referência • Receituário
APSS	<ul style="list-style-type: none"> • Conselheiro ou • Técnico de psiquiatria ou • Psicólogo ou • Outro 	<ul style="list-style-type: none"> • Directriz de APSS • Guião de mensagens de ATS e APSS/PP • Álbum seriado do I=I 	<ul style="list-style-type: none"> • EPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Livros de chamadas e visita domiciliar (VD) • Livro de APSS e PP
Laboratório	<ul style="list-style-type: none"> • Técnico de laboratório ou • Outro provedor treinado para recolha de amostras. 	<ul style="list-style-type: none"> • POPs • Algoritmos de testagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Kits de recolha de amostras para Carga Viral, CD4, hemograma, bioquímica e outros testes (TB LAM- e CRAG) • EPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Livro de CV • Livro de registo de laboratório. • Livro de protocolo • Papel de filtro para DBS
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional de farmácia • Outro provedor formado para dispensa de ARVs e profilaxias 		<ul style="list-style-type: none"> • ARVs • INH/3HP • Medicamentos para abordagem sintromica das ITS • Outros medicamentos de doenças mais comuns • TDRs 	<ul style="list-style-type: none"> • Mini- LRDA • FILA • Ficha de stock • Mapa de consumo de testes rápidos • mini- LRD TPT •

F. MODELOS DIFERENCIADOS DE SERVIÇOS EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA

Moçambique é frequentemente afectado por calamidades naturais e conflitos político-militares, situações estas que comprometem o acesso aos serviços de saúde, com maior gravidade para utentes padecendo doenças crónicas. Assim, no contexto do HIV e SIDA, é fundamental a padronização dos modelos diferenciados de serviços a serem implementados em situações de emergência, evitando deste modo a disrupção dos serviços. Neste contexto, os MDS que permitem a aproximação dos cuidados de saúde à comunidade (brigadas móveis e dispensa de ARVs através do APE) e levantamento de ARVs para vários meses, são os modelos de eleição a serem implementados nas situações de emergência. Algumas calamidades naturais são previsíveis, pelo que, apesar do curto espaço entre o aviso meteorológico e a ocorrência da calamidade, algumas acções visando a mitigação do seu impacto devem ser tomadas em consideração.

Aspectos a considerar antes da ocorrência de calamidades naturais previsíveis

Em caso de aviso meteorológico de ocorrência de calamidades naturais, sempre que possível a US deve:

- Avaliar a prontidão da US para responder ao estado de calamidade:
 - Disponibilidade do stock de medicamentos e consumíveis em cada sector;
 - Disponibilidade de recursos humanos (US e comunidade);
 - Disponibilidade instrumentos de registo e caderneta do utente;
 - Actualização de dados no SESP (onde tiver);
 - Disponibilidade de meios de comunicação (telemóveis e crédito);
 - Disponibilidade de meios para realização das Brigadas Móveis.
- Estimar as necessidades de ARVs (TARV, PPE e PrEP), profilaxias, outros medicamentos e consumíveis para os 3 meses seguintes, e comunicar ao depósito distrital/provincial para reforço do stock (se necessário);
- Disponibilizar de forma temporária a Dispensa Trimestral de ARVs e profilaxias para todos os grupos populacionais que se apresentam na US antes da emergência;

- Disponibilizar de forma temporária a dispensa semestral de ARVs, mesmo que a US não implemente de forma rotineira este modelo. Os utentes devem reunir todos os critérios para a DS, descritos no capítulo sobre Dispensa Multimensal de ARVs.
- Fazer campanhas de comunicação sobre a calamidade que se aproxima (e oferta de reforço de adesão), através dos meios de comunicação usuais:
 - Palestras colectivas na US;
 - Actores comunitários de saúde;
 - Uso de megafones;
 - Rádios comunitárias.
- Indicar um ponto focal da US e partilhar os contactos, para que os utentes possam entrar em contacto em caso de necessidade;
- Fazer uma orientação aos actores comunitários sobre os serviços de HIV a serem oferecidos por eles na comunidade (oferta de ARVs pelos APes e serviços de reforço de adesão e de reintegração por todos os outros actores comunitários);
- Transportar os instrumentos de registo (e cópias de segurança do SESP) para local seguro;
- Após a comunicação da ocorrência do evento, solicitar a vinda dos utentes marcados para a data do evento e aqueles marcados para datas até 7 dias depois da data prevista para o evento, para o levantamento trimestral ou semestral dos seus medicamentos.

Aspectos a considerar após a ocorrência da calamidade

- Reforçar mensagens na comunidade sobre importância de adesão e continuidade aos serviços (através de actores comunitários e meios de comunicação disponíveis) e operacionalizar as actividades de reintegração de faltosos e abandonos;
- Realizar campanhas de comunicação para divulgação dos modelos diferenciados de serviços em implementação no contexto de emergência.

Reavaliar o estado da US pós calamidade:

- Disponibilidade do stock de medicamentos e consumíveis em cada sector;
- Disponibilidade de recursos humanos (US e Comunidade);
- Disponibilidade instrumentos de registo;

- Atualização de dados no SESP (onde tiver);
- Disponibilidade de meios de comunicação (telemóveis e crédito);
- Disponibilidade de meios para realização das Brigadas Móveis.

Estimar as necessidades de ARVs (TARV, PPE e PrEP), profilaxias, outros medicamentos e consumíveis para os 3 meses seguintes e comunicar ao depósito distrital/provincial para reforço do stock (se necessário).

Descrição dos MDS a serem implementados no contexto de emergência

Brigadas Móveis

Idealmente, os serviços de HIV devem ser integrados nos postos fixos de saúde instalados nos locais de concentração ou de acomodação dos deslocados no contexto de emergência. Caso não haja postos fixos instalados, devem ser realizadas brigadas móveis com a componente de HIV para estes locais, para o início e continuidade dos serviços, até a reabertura das US ou retorno dos deslocados às suas zonas de origem.

A todos os utentes, deve ser oferecida a Caderneta do Utente dos Serviços de Saúde, que deverá ser apresentada pelo utente na US sempre que procurar os serviços de saúde. Devem ser levados na BM, todos os instrumentos de registo referentes aos serviços a serem oferecidos, e os dados deverão ser reportados através da US de proveniência da BM, obedecendo o fluxo do SIS.

NOTA:

Utentes em TARV na BM (novos inícios e em seguimento), que não apresentem condição clínica activa definidora dos estádios III ou IV da OMS, devem receber o TARV e profilaxias para 3 meses, independentemente da presença ou não dos outros critérios definidos no capítulo sobre a DT. A frequência de realização das análises laboratoriais deve obedecer os algoritmos nacionais.

Mulheres grávidas, lactantes e crianças expostas ao HIV em seguimento na BM no contexto de emergência, devem receber os ARVs e profilaxias para 3 meses, entretanto, sempre que possível, a CPN, CPP e CCR devem ser agendadas mensalmente para oferta de outros serviços.

Dispensa de ARVs através dos Agentes Polivalentes Elementares

Em áreas de acesso limitado aos serviços de saúde, os actores comunitários representam o elo de ligação entre as US e comunidades. O papel destes actores, torna-se ainda mais importante em contextos de emergência descritos acima, em que os serviços oferecidos nas US tornam-se limitados ou completamente indisponíveis. Neste contexto, deve-se maximizar o contributo dos Agentes Polivalentes Elementares para provisão de aconselhamento para adesão, prevenção positiva e oferta dos medicamentos antirretrovirais.

A dispensa comunitária de ARVs através dos APEs é limitada a áreas de saúde pré-definidas pelos SPS/DPS e MISAU, entretanto, no contexto de emergência todos os APEs das áreas de saúde afectadas devem ser capacitados para a provisão destes serviços com base no pacote elaborado pelo MISAU.

A oferta dos medicamentos por estes actores, deve sempre ser para 3 meses (para adultos e crianças com idade superior a 2 anos), independentemente da presença ou não dos critérios descritos no capítulo da DT. O mecanismo de identificação e referência de utentes para o APE, fluxo de medicamentos e reporte de informação é o mesmo que o descrito no capítulo sobre a Dispensa de ARVs pelo APE.

Dispensa Multimensal de ARVs

A dispensa multimensal de ARVs consiste no aviamento de medicamentos antirretrovirais para mais de 1 mês (2, 3 ou 6 meses). Em contextos de emergência, este modelo torna-se fundamental pelo facto reduzir a necessidade de idas regulares à US. Este modelo é aplicável à US que continua a oferecer serviços de HIV/SIDA, mesmo sob situação de calamidade ou conflito militar. A dispensa trimestral de ARVs e profilaxias, deve ser oferecida a todos os adultos (incluindo MG e ML) e crianças com idade superior a 2 anos. Utentes com critérios de estabilidade (aderentes ao TARV, clinicamente estáveis, CV suprimida e sem RAM graves, que não seja MG ou ML), que tenham idade superior a 5 anos e que já tenham feito o TPT devem beneficiar-se de dispensa semestral de ARVs (com consultas clínicas e de APSS/PP semestrais), nos moldes descritos no capítulo sobre Dispensa Multimensal de ARVs, mesmo que a US não tenha sido contemplada para a implementação faseada deste MDS.

Após a normalização da situação, a inscrição de utentes nestes MDS (dispensa trimestral e semestral de ARVs) deve obedecer aos critérios descritos no capítulo sobre Dispensa Multimensal de ARVs. Todos os aspectos relacionados ao seguimento clínico e laboratorial dos utentes inscritos na DMM em contexto de emergência não descritos neste capítulo, deverão ser consultados no capítulo sobre a DMM descrito anteriormente neste guião.

G. REGISTO E REPORTE DE INFORMAÇÃO, MONITORIA E AVALIAÇÃO

1. Registo de informação

Moçambique implementa instrumentos baseados em papel (ficha mestra) para o registo de informação relacionada aos MDS para utentes em tratamento antirretroviral. Um utente em TARV pode ser elegível e estar inscrito em um ou mais modelos diferenciados de serviços, entretanto, o campo para o registo desta informação na ficha mestra não é suficientemente extenso para o registo de todos eles. Por esta razão, o registo dos MDS na ficha mestra deverá obedecer as seguintes normas:

- Ser efectuado na coluna 24 da ficha clínica e linha 12 da ficha de APSS/PP, através das suas respectivas abreviaturas (ver tabela 1);
- Se o utente estiver inscrito em apenas um MDS, registar a respectiva abreviatura;
- Se o utente estiver inscrito em 2 MDS, registar as respectivas abreviaturas separadas por uma barra oblíqua (/), independentemente da ordem (exemplo: DT/AF ou AF/DT);
- Se o utente estiver inscrito em 3 ou mais MDS, priorizar o registo dos seguintes modelos:
 - Dispensa comunitária de ARVs através do APE
 - Dispensa de ARVs em farmácias privadas
 - Dispensa multimensal de ARVs (DT ou DS)
 - Abordagem familiar.

NOTA:

Os modelos de dispensa comunitária de ARVs através do APE e dispensa de ARVs em farmácias privadas, preveem a oferta de medicamentos para 3 meses. Assim, em utentes inscritos nestes 2 modelos não é necessário registar a DT (registar apenas DCA ou DD).

Na ficha mestra dos utentes que recebem os serviços (tanto na comunidade como na US) no contexto de emergência, o registo dos MDS na coluna 24 deve obedecer as normas descritas acima. Entretanto, deve-se acrescentar na linha referente a consulta realizada (à direta da coluna da rúbrica), as letras **EM**, significando que aquela consulta clínica foi realizada no contexto de emergência.

2. Reporte de informação

O fluxo de dados do MISAU não permite o reporte de informação relacionada aos MDS. Assim, os dados de MDS continuarão sendo reportados através de:

- **Ciclos de Melhoria de Qualidade do PNC ITS, HIV/SIDA** – Avaliações anuais realizadas pelas equipas da US com SESP, em que, da lista de indicadores colhidos e reportados, constam indicadores relacionados aos MDS. Estes indicadores são ajustados a cada ciclo de MQ, em função das necessidades e prioridades do Programa. O desempenho dos indicadores de MQ é reportado ao MISAU através do fluxo de dados de MQHIV;
- **Monitoria Intensiva** – Avaliações mensais lideradas pelas equipas de Melhoria de Qualidade das US com SESP. O desempenho dos indicadores de MDS reportados através da monitoria Intensiva, é discutido ao nível da US e reportado até ao nível central através do fluxo de dados de MQHIV;
- **Avaliações anuais da implementação dos MDS** – São avaliações externas realizadas por equipas conjuntas (MISAU, DPS e Parceiros), numa amostra de US. Tem como principais objectivos avaliar a inscrição, cobertura, qualidade, impacto dos MDS, assim como auscultar os utentes e provedores dos Modelos Diferenciados de Serviços.

ANEXOS

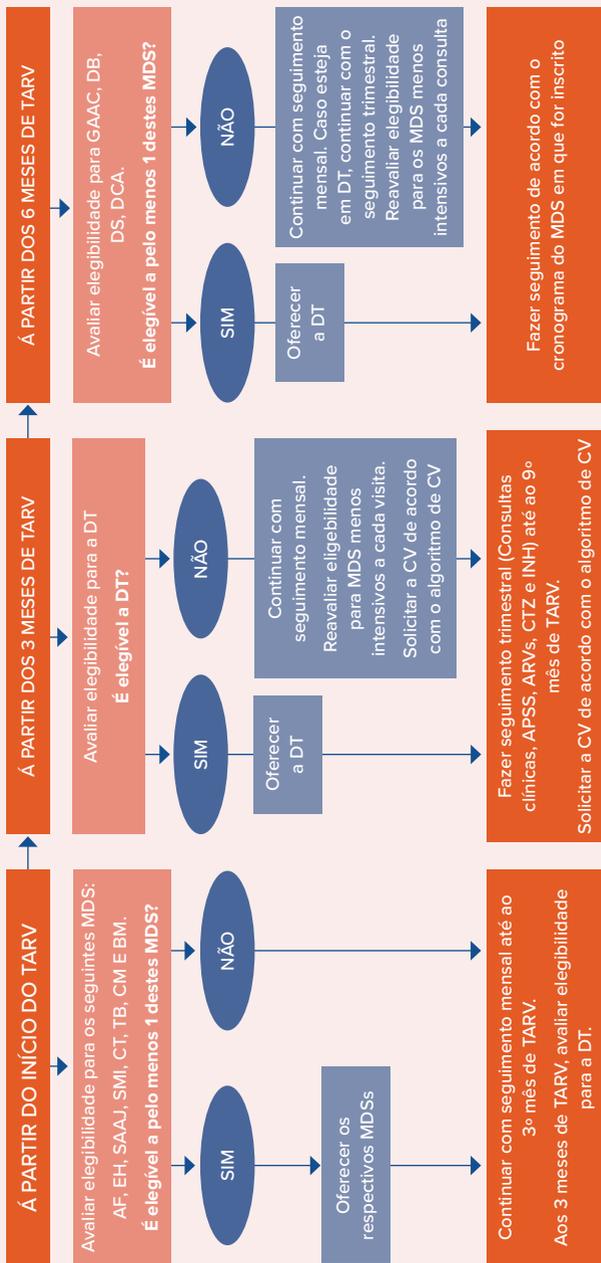
Do Módulo 2

ANEXO 2A: Algoritmo De Oferta De Mds De Acordo Com O Tempo De Tarv 149

ANEXO 2B: Tabela Elegibilidade Aos MDS 150

ANEXO 2C: Tabela De Frequência E Local De Seguimento Dos Utentes Em Mds 152

ANEXO 2A: Algoritmo De Oferta De Mds De Acordo Com O Tempo De TARV



NOTA:

1. A **Dispensa de ARVs através do Provedor** só deve ser oferecida à utentes que faltam às consultas ou levantamento de ARVs. Não deve ser oferecida 2 ou mais vezes consecutivas. Utentes que abandonam o TARV não são elegíveis a este MDS.
2. Os modelos de **AF, EH, Paragens Únicas, Clínicas Móveis e Brigadas Móveis** devem ser oferecidos aos utentes elegíveis no início do TARV, ou em qualquer outro momento durante o seu seguimento, caso reúnam os critérios de elegibilidade.
3. Utentes inscritos na **AF, EH, Paragens Únicas (SAAJ e C&T)** e **clínicas Móveis** podem também ser inscritos na **DT**, caso reúnam os critérios de elegibilidade para a **DT**.
4. Utentes inscritos na **AF** ou **EH** podem também ser inscritos na **DS**, caso reúnam os critérios de elegibilidade para a **DS**.
5. Apesar do levantamento trimestral, o **CTZ** e o **TPT** devem ser suspensos de acordo com as normas Nacionais.

ANEXO 2B: Tabela Elegibilidade Aos MDS

MDS	CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE										RAM GRAVE
	IDADE	CARGA VIRAL	ADESÃO AO TARV	CONDIÇÃO ACTIVA DO ESTADIO OMS	TEMPO DE TARV	GRAVIDEZ	LACTAÇÃO	TPT E CTZ	FLUCONAZOL	TB	
DISPENSA BIMESTRAL DE ARV	N/A	<1000	Boa	I ou II	≥ 6 meses	Não	Sim	N/A	Não	Não	Não
DISPENSA TRIMESTRAL DE ARV	≥ 2 anos	<1000 ¹	Boa ²	I ou II	≥ 3 meses	Não	Não	N/A	Não	Não	Não
DISPENSA SEMESTRAL DE ARV	≥ 5 anos	<1000	Boa ²	I ou II	≥ 6 meses	Não	Não	Não	Não	Não	Não
DC ATRAVÉS DO APE	≥ 5 anos	<1000	Boa	I ou II	≥ 6 meses	Não	Não	Não	Não	Não	Não
GAAC	≥ 15 anos	<1000	Boa ³	I ou II	≥ 6 meses	Não	Não	N/A	Não	Não	Não
PU SMI	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Sim	Sim	N/A	N/A	Não	N/A
PU C&T	N/A	N/A ⁴	N/A	N/A	<9 meses ⁴	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A
PU SAAJ	10 a 24 anos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A ⁵	Não	N/A	N/A	Não	N/A
PU TB/HIV	N/A	N/A	N/A	III ou IV	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Sim	N/A
EXTENSÃO DE HORÁRIO	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A ⁶	N/A 6	N/A	N/A	N/A	N/A
ABORDAGEM FAMILIAR	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Não ⁷	Não ⁷	N/A	N/A	Não	N/A
DC ATRAVÉS DO PROVEDOR	≥ 2 anos	N/A	Risco ou Má	N/A	N/A	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A

MDS	CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE										
	IDADE	CARGA VIRAL	ADESÃO AO TARV	CONDIÇÃO ACTIVA DO ESTÁDIO OMS	TEMPO DE TARV	GRAVIDEZ	LACTAÇÃO	TPT E CTZ	FLUCONAZOL	TB	RAM GRAVE
BRIGADA MÓVEL	N/A	N/A	N/A	I, II, III	N/A	N/A	N/A	N/A	Não	N/A	Não
CLÍNICA MÓVEL	N/A	N/A	N/A	I, II, III	N/A	N/A	N/A	N/A	Não	N/A	Não

NOTA: N/A significa que o critério não deve ser considerado para o MDS, ou seja, tendo ou não o critério, o utente continua sendo elegível ao MDS.

- O utente pode ser inscrito na DT 3 meses após o início do TARV (ainda sem o resultado da CV), caso reúna os restantes critérios de elegibilidade. Depois de ter o resultado da CV, continuará na DT caso esta esteja suprimida (e mantenha os restantes critérios de elegibilidade).
- Utentes com adesão de risco ou má adesão devido a problemas de transporte ou acesso limitado à US são elegíveis a DT e DS, caso reúnam os restantes critérios de elegibilidade.
- GAAC de 4 ou 5 pessoas pode ter um membro com adesão de risco ou má adesão. GAAC de 6 pessoas pode ter 2 membros com adesão de risco ou má adesão.
- Pacientes novos inícios TARV (até terem resultado da CV suprimida) e pacientes com $CV \geq 1000$ (independentemente do tempo de TARV) são elegíveis para seguimento na PU dos Cuidados e Tratamento. US com condições de infraestrutura e Recursos Humanos podem implementar PU nos C&T para crianças até aos 14 anos, independentemente do tempo de TARV e Carga Viral.
- Raparigas dos 10 aos 24 anos de idade que estejam grávidas, devem ser seguidas no SAAJ apenas se forem nulíparas. Caso tenham tido um parto anterior, assim como as lactantes, devem ser seguidas no sector da SMI (CPN ou CCR).
- A extensão de Horário para MG e ML deverá ser oferecida na PU da SMI.
- Mulheres que engravidam ou que se tornam lactantes durante o seguimento no modelo de AF, devem passar a receber os seus serviços na PU de SMI, entretanto, querendo, podem continuar a acompanhar os seus familiares para a consulta da família nos serviços TARV.

ANEXO 2C: Tabela De Frequência E Local De Seguimento Dos Utentes Em Mds

MDS	CONSULTA TARV		APSS/PP		ARV		TPT E CTZ		FLUCONAZOL	
	FREQUÊNCIA	LOCAL	FREQUÊNCIA	LOCAL	FREQUÊNCIA	LOCAL	FREQUÊNCIA	LOCAL	FREQUÊNCIA	LOCAL
DISPENSA BIMESTRAL	Bimestral	US	Bimestral	US	Bimestral	US	Bimestral	US	N/A	N/A
DT COM CONS. TRIMESTRAL	Trimestral	US	Trimestral	US	Trimestral	US	Trimestral	US	N/A	N/A
DT COM CONS. SEMESTRAL	Semestral	US	Semestral	US	Trimestral	US	Trimestral	US	N/A	N/A
DISPENSA SEMESTRAL	Semestral	US	Semestral	US	Semestral	US	N/A	N/A	N/A	N/A
GAAC	Mensal rotativo	US	Mensal rotativo	US	Mensal rotativo	US/comunidade	Mensal rotativo	US/comunidade	N/A	N/A
PU SMI	Mensal	US	Mensal	US	Mensal	US	Mensal	US	N/A	N/A
CE FILHA DE ML EM DB	Bimensal	US	N/A	N/A	Bimensal	US	Bimensal	US	N/A	N/A
PU C&T	Mensal ou trimestral	US	Mensal ou trimestral	US	Mensal ou Trimestral	US	Mensal ou Trimestral	US	Mensal	US
PU SAAJ	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal ou Trimestral	US	Mensal	US
PU TB/HIV	Mensal	US	Mensal	US	Mensal	US	Mensal	US	Mensal	US

MDS	CONSULTA TARV		APSS/PP		ARV		TPT E CTZ		FLUCONAZOL	
	FREQUÊNCIA	LOCAL	FREQUÊNCIA	LOCAL	FREQUÊNCIA	LOCAL	FREQUÊNCIA	LOCAL	FREQUÊNCIA	LOCAL
EXTENSÃO DE HORÁRIO	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal ou Trimestral	US	Mensal	US
ABORDAGEM FAMILIAR	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal, Trimestral ou Semestral	US	Mensal ou Trimestral	US	Mensal	US
DC ATRAVÉS DO APE	Semestral	US	Semestral	US	Trimestral	Comunidade	N/A	N/A	N/A	N/A
DC ATRAVÉS DO PROVEDOR	Uma vez	Comunidade	Uma vez	Comunidade	Uma vez	Comunidade	Uma vez	Comunidade	N/A	N/A
BRIGADA MÓVEL	Mensal	Comunidade	Mensal	Comunidade	Mensal	Comunidade	Mensal	Comunidade	N/A	N/A
CLÍNICA MÓVEL	Mensal ou trimestral	Comunidade	Mensal ou trimestral	Comunidade	Mensal ou Trimestral	Comunidade	Mensal ou Trimestral	Comunidade	N/A	N/A

NOTA:

1. Utentes inscritos na AF, CT, PU, SAAJ, EH, DCP e na CM, podem também inscritos na DMM, sendo a frequência dos serviços ajustada à respectiva DMM.
2. Utentes que recebem ARV na comunidade através do provedor não devem receber ARV para mais de 1 mês, mesmo que estejam inscritos na DMM.
3. A DCP só deve ser oferecida para utentes faltosos, e estes devem ser referidos a US para continuidade do seguimento.



MATERNIDADE

Referências Bibliográficas

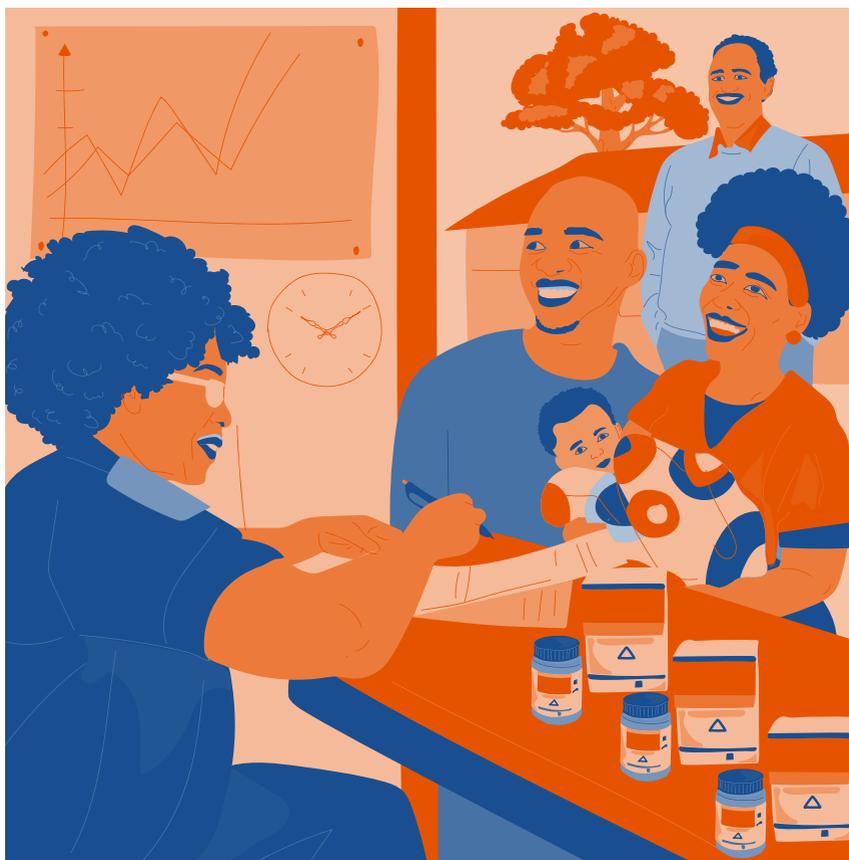
- Ministério da Saúde. (2018) Guião Orientador sobre Modelos Diferenciados de Serviços. Moçambique https://comitetarvmisau.co.mz/docs/orientacoes_nacionais/Guiao_Modelos_diferenciados_2018.pdf
- Ministério da Saúde. (2021) Guião de oferta da Profilaxia pré exposição ao HIV em Moçambique <https://www.misau.gov.mz/index.php/guioes-de-prevencao-e-de-cuidados-e-tratamento?download=1195:guiao-de-oferta-da-profilaxia-pre-exposicao-ao-hiv-final>
- Ministério da Saúde. (2019) Guião para oferta da Auto-Testagem para o HIV em Moçambique <https://www.misau.gov.mz/index.php/guioes-de-prevencao-e-de-cuidados-e-tratamento?download=621:guiao-de-auto-teste>
- Ministério da Saúde. (2016) Directriz para Integração dos serviços de Prevenção, cuidados e tratamento do HIV/SIDA para população chave no sector da saúde em Moçambique <https://www.misau.gov.mz/index.php/hiv-sida-directrizes-nacionais?download=134:directriz-para-integracao-dos-servicos-de-prevencao-cuidados-e-tratamento-do-hiv-e-sida-para-a-populacao-chave-no-sector-da-saude>
- Ministério da Saúde. (2015) Ditecriz Nacional de Apoio Psicossocial nos Cuidados e Tratamento para o HIV em Moçambique <https://www.misau.gov.mz/index.php/hiv-sida-directrizes-nacionais?download=947:directriz-nacional-de-apoio-psicossocial-nos-cuidados-e-tratamento-do-hiv>
- Ministério da Saúde. (2015) Estratégia de Grupos de Apoio para Adesão Comunitária Moçambique <https://www.misau.gov.mz/index.php/hiv-sida-directrizes-nacionais?download=77:estrategia-de-grupos-de-apoio-e-adesao-comunitaria-gaac>
- Ministério da Saúde. (2016) Directriz Nacional para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Moçambique <https://www.misau.gov.mz/index.php/hiv-sida-directrizes-nacionais?download=72:directriz-nacional-para-implementacao-do-aconselhamento-e-testagem-em-mocambique>
- World Health Organization. (2021). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. In World Health Organisation Guidelines (Issue July). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>
- World Health Organization. (2021). Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. In *World Health Organisation Guidelines* (Issue April). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1344311/retrieve>
- World Health Organization. (2022). Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information - Strengthening Routine Data for Impact. In *World Health Organisation Guidelines* (Issue June). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1454979/retrieve>
- World Health Organization. (2022). Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. In *World Health Organisation Guidelines* (Issue March). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1336192/retrieve>



Ato-testagem do HIV é uma abordagem integrada nos serviços de ATS, que aumenta o acesso à testagem através da selecção e encaminhamento das pessoas com maior probabilidade de estarem infectadas pelo HIV, para a testagem convencional



Os Modelos Diferenciados de foram concebidos para ajustar os serviços às necessidades e preferências dos utentes. Cabe ao utente escolher o melhor MDS para si, dentre aqueles a que é elegível.



As triagens e bancos de socorros atendem crianças sintomáticas. Esta é uma potencial porta de entrada para identificar crianças com desnutrição, infecção por HIV e/ou TB e que necessitam de intervenção atempada pois, na altura da consulta elas já poderão apresentar algum sintoma ou sinal sugestivo de alguma destas patologias.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

