



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Guião Orientador sobre
Modelos Diferenciados
de Serviços
em Moçambique

2018



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Guião Orientador sobre
**Modelos Diferenciados
de Serviços
em Moçambique**

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 em Moçambique. Moçambique - 2018.**

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS):

Francisco Mbofana, Secretário Executivo do CNCS

Ministério da Saúde:

Rosa Marlene Cuco Manjate, Directora Nacional de Saúde Pública
Aleny Couto, Chefe do PNC ITS-HIV/SIDA
Noela Chicuecue
Elisa Adelaide Tembe
Armando Bucuane
Orlando Munguambe
Irénio Gaspar
Hélder Macúl
Jules Bonou
Edna Paúnde
Guita Amane

Eudóxia Filipe
Teresa Beatriz Simione
Jéssica Seleme
Netinho Cancha
Helga Guambe
Kwalila Tibana
Morais da Cunha
Hélio Magaia
Roxanne Hoek
Ivandra Libombo (CMAM)
Mauro Duvane (PNCT)

Parceiros:

USAID
CDC
OMS Moçambique
ARIEL
EGPAF
ICAP
CCS
MSF Bélgica

MSF Suíça
FHI360
Jhpiego
DREAM
UNICEF
I-TECH
FGH
PSM

Agradecimentos

Esta publicação do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) foi possível com apoio do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o alívio da SIDA (PEPFAR). O seu conteúdo e as suas conclusões são da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não devem ser interpretados como posicionamento ou políticas oficiais, assim como não se deve inferir nenhum endossamento ao Governo Americano.

Tiragem

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento desde que citada a fonte.

Layout: Daniela Cristofori

Prefácio

Em Moçambique, a pandemia do HIV/SIDA, é assumida como um desafio de âmbito multisectorial. Nos últimos anos, o MISAU, através do Serviço Nacional de Saúde tem implementado múltiplas acções integradas, com o objectivo de alargar as medidas de prevenção, diagnóstico e o início atempado dos cuidados e tratamento, através do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV/SIDA (2013), que contempla a expansão dos Serviços de Tratamento Antirretroviral e a Melhoria da Qualidade Assistencial.

A complexidade do tratamento antirretroviral e das infecções oportunistas, associada aos desafios levantados pela expansão dos cuidados e tratamento, sugere que os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados dos pacientes com HIV/SIDA, tenham cada vez melhores competências para lidar com esta patologia e pacientes.

Contudo, apesar da expansão contínua do acesso aos cuidados e tratamento para o HIV/SIDA nos últimos anos, ainda persistem os desafios relacionados a infraestrutura, recursos humanos e a qualidade dos serviços. E no continuum dos cuidados para o HIV/SIDA, a adesão e a retenção representam desafios muito importantes.

O compromisso assumido pelo MISAU de continuar a expandir o acesso aos cuidados e tratamento para o HIV/SIDA nos próximos anos, obriga a identificar modelos de atendimento, ajustados à realidade local, que respondam aos desafios e rentabilizem os recursos existentes.

No contexto do descrito anteriormente, foi elaborado o presente Guião de Modelos Diferenciados de Serviços, que será um instrumento orientador e de grande valia para os provedores de saúde, envolvidos nos cuidados e tratamento dos pacientes vivendo com o HIV.

Espera-se que este guião, contribua para uma melhoria da adesão e retenção dos pacientes e que diminua a sobrelotação das Unidades Sanitárias, de forma que se possa focar a prestação dos serviços nos pacientes mais necessitados de atenção, racionalizando os recursos existentes.

Maputo, Abril de 2018

A Ministra da Saúde



Dra. Nazira Karimo Vali Abdula

Índice

Introdução	7
------------------	---

MÓDULO 1: Modelos Diferenciados de Serviços para Aconselhamento e Testagem em Saúde **8**

1. Criação de demanda para o aconselhamento e testagem do HIV	9
1.1. Aspectos chave para criação de demanda	9
1.2. Abordagens para criação de demanda na US	10
1.3. Abordagens para criação de demanda na comunidade	15
2. identificação de pessoas HIV positivas	18
2.1. Aconselhamento e Testagem iniciado pelo utente (ATIU)	18
2.2. Aconselhamento e Testagem iniciada pelo provedor (ATIP)	21
2.3. Aconselhamento e testagem baseado no caso índice	30
2.4. Ligação entre os serviços de at e de cuidados e tratamento	33
3. Monitoria e Avaliação	37
Anexos	38

MÓDULO 2: Modelos Diferenciados de Serviços para Cuidados e Tratamento **48**

Perfil dos pacientes para a implementação dos MDS	49
Modelos diferenciados para pacientes em cuidados e tratamento para HIV	53
Criação de demanda dos modelos diferenciados de serviços	54
MDS para redução do tempo de permanência na Unidade Sanitária	57
Descrição de actividades e responsabilidades dentro do modelo de Fluxo Rápido	60
MDS para redução da frequência de visitas dos pacientes à Unidade Sanitária	64
Dispensa trimestral	71
Monitoria e Avaliação	105
Anexos	107
Referências Bibliográficas	109

Introdução

Em resposta ao plano de aceleração de TARV, registamos uma expansão do acesso aos cuidados e tratamento para HIV nos últimos anos. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as suas limitações em recursos humanos e de infraestruturas, apresenta grandes desafios para oferecer serviços com a qualidade desejada. No continuum dos cuidados para HIV, a retenção dos pacientes tem sido o desafio mais importante.

Com a introdução do Testar e Iniciar e o compromisso do País para alcançar as metas do 90-90-90, precisa-se de estratégias inovadoras para identificar as pessoas vivendo com HIV que ainda não conhecem seu estado serológico, assegurar a sua ligação com os serviços de cuidados e tratamento, retê-los em tratamento antirretroviral, condição necessária para uma supressão viral. Então, continuar a atender os pacientes nas Unidades Sanitárias (US) da mesma maneira seria completamente ineficiente e com prejuízo desnecessário para o próprio paciente. Para isso, os Modelos Diferenciados de Serviços podem ser utilizados para simplificar e adaptar o manejo das pessoas vivendo com HIV, para satisfazer as expectativas dos diferentes grupos de pacientes infectados pelo HIV com o intuito de otimizar a capacidade geral do sistema de saúde para que possam alcançar as metas 90-90-90 da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O presente Guião dos Modelos Diferenciados de Serviços está estruturado em dois módulos:

- **Módulo 1: Modelos Diferenciados de Serviços para Área de Prevenção** - Tem como principal foco a identificação das pessoas vivendo com HIV, usando abordagens otimizadas, focalizadas e a sua ligação com os serviços de cuidados e tratamento.
- **Módulo 2: Modelos Diferenciados para Cuidados e Tratamento** - Tem como principal foco a diminuição do tempo de espera e da sobrecarga desnecessária para dar maior atenção aos pacientes que mais precisam.



MÓDULO 1:

Modelos Diferenciados de Serviços para Área de Prevenção

O presente módulo irá focar nos seguintes temas:

1. Criação de demanda para o aconselhamento e testagem do HIV:
Orientado para o alcance da população prioritária e elegível.
2. Identificação de pessoas com resultado de teste do HIV positivo.
3. Ligação aos Cuidados e Tratamento.

1. Criação de Demanda para o Aconselhamento e Testagem do HIV

Para a identificação de utentes elegíveis ou prioritários para o aconselhamento e testagem, é importante a criação de demanda. Através dos diferentes meios de comunicação, a criação de demanda deve ser feita através da divulgação dos serviços de testagem disponíveis tanto na US como na comunidade, para a população em geral. Ainda, pretende-se alcançar os utentes nas USs (salas de espera, gabinetes de consulta e enfermarias).

1.1. Aspectos chave para criação de demanda

Durante a criação de demanda, devem ser passadas e/ou divulgadas mensagens que incluem:

- Importância do conhecimento do sero-estado.
- Factores de risco que podem levar e/ou sugerem para contaminação pelo HIV (Vide anexos 1, 2, 3, 4, 5 - Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).
- Sinais e sintomas de alerta de infecção pelo HIV (Vide anexos 1, 2, 3, 4, 5 - Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).

- Grupos considerados de alto risco de infecção pelo HIV.
- Necessidade de identificação da população elegível ou prioritária para o ATS:
 - (i) Todo paciente com sintomatologia sugestiva ao HIV.
 - (ii) Adolescente dos 10-24 anos.
 - (iii) Mulheres grávidas, lactantes e seus parceiros.
 - (iv). Contactos do caso índice (parceiros sexuais, filhos menores de 10 anos e pais de criança seropositiva menor de 10 anos).
 - (v) População-chave (trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas injectáveis e reclusos).
 - (vi) População vulnerável (raparigas adolescentes e jovens dos 10-24 anos de idade, camionistas, mineiros, trabalhadores sazonais, crianças órfãs e casais sero-discordantes).
- Importância do diagnóstico precoce e ligação à US para o acesso aos cuidados clínicos e ao tratamento.
- Locais existentes (nas USs e na comunidade) onde os utentes/pacientes e a comunidade em geral podem ter acesso ao diagnóstico do HIV.

1.2. Abordagens para criação de demanda na US

A criação de demanda na US deve ser feita mediante informação e educação do paciente através de seguintes acções:

- a) Palestras matinais, Projecção de vídeos ou spots nas salas de espera.
- b) Aconselhamento individual aos pacientes (pelo provedor de saúde ou pessoal leigo).
- c) Educação de pares.

a) Palestras matinais nas salas de espera

Descrição

As palestras matinais acontecem na Unidade Sanitária (nas salas de espera dos diferentes gabinetes de consulta e nas enfermarias), e consistem

na transmissão das mensagens-chave para criação de demanda (vide capítulo 1.1) ainda, podem ser abordados outros tópicos de saúde (ITS, tuberculose, malária, diabetes, hipertensão arterial, cancro, violência baseada no género, circuncisão masculina, saúde sexual e reprodutiva, HIV/SIDA, etc). As palestras podem ser feitas pelo provedor de saúde ou pessoal leigo em serviço na US.

Objectivos

As palestras têm como objectivo, dar a conhecer a população em geral as diferentes condições que submetem um indivíduo a situações de vulnerabilidade com relação ao HIV, e desta forma chamar a consciência para a necessidade de se aderir ao teste de HIV.

Critérios de elegibilidade

Este modelo é aplicável para a população em geral que se encontram nas salas de espera dos diferentes gabinetes de consulta e para os pacientes internados nas enfermarias (Unidade Sanitária).

Descrição de tarefas

Na sala de espera, o provedor de saúde ou pessoal leigo (conselheiro, activista, educador de par, mãe mentora, entre outros) devem:

- Realizar uma palestra inicial/informativa sobre aspectos gerais de saúde (ITS, tuberculose, malária, diabetes, hipertensão arterial, cancro, violência baseada no género, circuncisão masculina, saúde sexual e reprodutiva e HIV/SIDA, etc).
- Realizar o aconselhamento pré-teste em grupo (se aplicável) focalizando em aspectos gerais e não particulares de cada utente. Portanto, no aconselhamento pré-teste devem ser abordados os seguintes aspectos:
 - Formas de transmissão e de prevenção do HIV.
 - Comportamentos de risco, assim como os sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV (Vide anexos 1.2.3.4.5. - Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave)
 - População de alto risco e alvo para o AT.

- ▶ Importância e vantagens de conhecer precocemente o diagnóstico do HIV.
 - ▶ Importância do aconselhamento e testagem de parceiros sexuais e filhos menores de 10 anos de PVHIV, assim como pais de crianças menores de 10 anos e que são HIV positivas.
 - ▶ Interpretação e implicação dos possíveis resultados do teste de HIV.
- Organizar os pacientes por ordem de chegada para evitar os longos períodos de espera, (através de atribuição de senhas enumeradas ou uma outra forma que a US achar conveniente).
 - Priorizar na fila e no atendimento, os utentes/pacientes com sinais/sintomas graves em particular as crianças.

b) Aconselhamento individual aos pacientes (pelo provedor de saúde ou pessoal leigo)

Descrição

O aconselhamento individual consiste na interação/diálogo confidencial com o paciente, onde o provedor de saúde ou pessoal leigo aborda aspectos particulares de cada utente/paciente, e em caso de necessidade pede consentimento para testagem.

Objectivos

O aconselhamento individual tem como objectivo, dar a conhecer ao utente/paciente as diferentes condições que submetem um indivíduo a situações de vulnerabilidade com relação ao HIV, e oferecer a testagem para os casos prioritários e elegíveis.

Critérios de elegibilidade

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

Descrição de tarefas

No gabinete de consulta:

O provedor deve fazer o aconselhamento pré e pós teste individual, focalizando-se nos aspectos particulares de cada utente. Durante a sessão

de aconselhamento, dentre os vários aspectos importantes, o provedor deve:

- Questionar ao utente/paciente se já fez teste de HIV previamente, quando e quais foram os resultados.
- Rastrear os critérios de elegibilidade para a testagem (Vide anexos 1.2.3.4.5.- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave)
- Abordar sobre as implicações do resultado positivo e negativo do teste de HIV.
- Solicitar consentimento do paciente para testagem.
- Oferecer a testagem ou referir para testagem (dependendo do fluxo em uso na US).
- Se o resultado for positivo, abordar a necessidade e importância da revelação do sero-estado para o parceiro sexual, a testagem deste e dos filhos menores de 10 anos. Sem descartar a necessidade de iniciar o seguimento clínico o mais precocemente possível.
- Se resultado for negativo, falar sobre a importância de convidar o parceiro sexual para testagem e abordar os aspectos de prevenção (uso do preservativo, diminuição de número de parceiros sexuais, etc).

Na enfermaria/internamento:

- Realizar palestras matinais para os utentes, pais e cuidadores, abordando os aspectos listados no ponto 1.2 alínea a).
- Realizar o aconselhamento individual seguindo as orientações do ponto 1.2 alínea b).

Para todos os sectores, as palestras devem ser conduzidas segundo o guião orientador para elaboração de palestras do anexo 6, associado aos questionários para o rastreio de factores de risco e de sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV (Vide anexo 1,2,3,4,5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).

c) Educação de Pares

Descrição

A educação através de pares consiste na transmissão de informações sobre temas gerais de saúde e específicos para o HIV e é realizada por um indivíduo afectado ou infectado pelo HIV.

Objectivos

Tem como objectivo dar a conhecer a população em geral as diferentes condições que tornam as pessoas vulneráveis a contrair o HIV, e desta forma chamar a consciência para a necessidade de aderir ao teste de HIV.

Critérios de elegibilidade

Este modelo é aplicável para a população em geral e população prioritária e elegível no âmbito das actividades do ATS na US.

Descrição de tarefas

Os educadores de pares e activistas devem:

- Realizar palestras, dramatizações, conversas individuais ou em grupo nas salas de espera das Unidades Sanitárias e na comunidade, durante as visitas e eventos comunitários, usando material IEC que inclui informação dos questionários para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV (Vide anexos 1.2.3.4.5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).
- Após a identificação de indivíduos elegíveis, estes devem ser encaminhados para os pontos de aconselhamento e testagem.

1.3. Abordagens para criação de demanda na comunidade

A criação de demanda na comunidade deve ser feita mediante informação e educação à população em geral, sobre os possíveis factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV. Através de **informação e educação com recurso aos meios de comunicação social e diálogos comunitários**, pode-se passar as mensagens-chave (vide capítulo 1.1), de forma a consciencializar a população sobre os possíveis riscos e orientar para o AT.

a) Informação e educação com recurso aos meios de comunicação social

Descrição

Este modelo consiste na transmissão de aspectos-chave, previamente definidos sobre o HIV e patologias co-relacionadas (Vide anexos 1.2.3.4.5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes adultos e população-chave) através de rádios comunitárias e televisões, usando os horários de maior audiência (durante os intervalos dos principais noticiários e programas de grande audiência).

Objectivos

O objectivo desta abordagem é de informar a população em geral sobre as vantagens da testagem para o HIV, o risco de transmissão, os locais que oferecem os serviços de AT a nível da Unidade Sanitária e comunidade, e o modo como a população pode aceder a estes serviços.

Critérios de elegibilidade

A população em geral e a população prioritária e elegível para o AT.

Descrição de tarefas

- Usar rádios comunitária e canais televisivos, em horários de maior audiência (durante os intervalos dos principais noticiários e programas de grande audiência) para transmitir mensagens-chave previamente definidas sobre o HIV e patologias co-relacionadas

(Vide anexos 1.2.3.4.5.- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes adultos e população-chave)

- O SDSMAS e as US devem criar mecanismos que permitam a participação regular e sempre que necessário dos provedores de saúde nesses programas televisivos, de modo a promover a interação com a comunidade, clarificando questões e promovendo os serviços de saúde existentes.

b) Diálogos Comunitários

Descrição

Nesta abordagem, indivíduos devidamente capacitados deverão facilitar diálogos entre os líderes e outros membros da comunidade sobre assuntos de interesses comuns nas suas áreas. Este é um processo de mobilização e capacitação da comunidade, que fornece a comunidade informações, competências e confiança sobre as decisões em relação a sua vida.

Objectivos

O objectivo desta abordagem é dotar as lideranças comunitárias e/ou pessoas influentes na comunidade de capacidades para transmissão de mensagens sobre o HIV nas comunidades, de modo a educar as comunidades e criar demanda para os serviços de saúde.

Critérios de elegibilidade

A população em geral e a população prioritária e elegíveis para o AT.

Descrição de tarefas

- A abordagem deve ter em conta os aspectos-chave acima referidas no ponto 1.1.
- Os activistas das associações previamente capacitados e inseridos em determinada comunidade devem dinamizar a promoção de encontros mensais com os intervenientes dessas comunidades, em que as lideranças usam o material IEC para informar aos

membros das suas comunidades sobre o HIV, os locais de testagem e importância do seguimento em cuidados e tratamento.

- Durante as actividades realizadas pelos actores comunitários, deve-se ter atenção para:
 - Rastreio e aconselhamento dos utentes usando os questionários para rastreio de factores de risco e de sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV (Vide anexos 1.2.3.4.5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).
 - Testagem dos utentes elegíveis ou referência para testagem (de acordo com o fluxo preconizado), priorizando aqueles com sinais e sintomas sugestivos e factores de risco de infecção pelo HIV, assim como os pertencentes aos grupos prioritários para o AT.
 - Referência para US (cuidados e tratamento).

Para pacientes com resultado positivo diagnosticados na comunidade deve-se:

- Usar a guia de referência/contra referência da comunidade para o encaminhamento para US.
- Confirmar a inscrição e seguimento nos cuidados e tratamento, através de visitas de seguimento aos pacientes.
- Pacientes testados na comunidade, e que tenham alguma condição clínica grave (sintomas de doença grave), e requerem um atendimento priorizado pelo clínico.

2. Identificação de Pessoas HIV Positivas

A testagem (ATS) pode ser oferecida dentro e fora da US. Para uma testagem bem-sucedida, depois da criação da demanda é pertinente realçar a necessidade do seguimento dos 5 princípios orientadores do ATS:

- Obter o **consentimento** do utente antes da testagem.
- Assegurar a **confidencialidade** das informações.
- Oferecer **aconselhamento** antes e depois da testagem de acordo com as normas e procedimentos.
- Assegurar que o **resultado** dado ao utente seja **correcto**.
- Assegurar as condições para uma **ligação** dos pacientes com resultado de **HIV positivo** com os serviços de cuidados e tratamento e dos pacientes com resultado de **HIV negativo** com os serviços de prevenção.

2.1. Aconselhamento e Testagem iniciado pelo utente (ATIUI)

O ATIUI é a modalidade, na qual de forma voluntária os utentes procuram conhecer o seu sero-estado para o HIV, usando as seguintes serviços:

- a) Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS).
- b) Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade (ATS-C).

a) Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS)

Descrição

Serviço da Unidade Sanitária, onde o utente se dirige voluntariamente, ou é referido para receber o aconselhamento numa abordagem de saúde no geral, incluindo a testagem para o HIV.

Objectivos

Dar a conhecer a população em geral, assim como a prioritária e elegível para testagem, os aspectos (prevenção, testagem, riscos, etc) relevantes sobre o HIV e doenças relacionadas.

Crítérios de elegibilidade

Utentes/pacientes voluntários e referidos.

Descrição de tarefas

O pessoal leigo deve:

- Para além do AT para o HIV, promover o rastreio e informação sobre outras doenças/situações tais como ITS, tuberculose, malária, diabetes, hipertensão arterial, cancro, violência baseada no género e o encaminhamento aos serviços de circuncisão masculina e saúde sexual e reprodutiva.
- Utentes com resultado de HIV negativo e com necessidade de testagem a posterior, devem levar consigo o cartão do utente da UATS, com a data da próxima testagem (ver anexo 7- tabela de orientação para a frequência de testagem de casos negativos).
- Mulheres grávidas devem ser referidas para a CPN onde serão aconselhadas e testadas.
- Crianças expostas ao HIV referir para AT na CCR.

A informação da testagem oferecida na UATS, que inclui os pacientes referidos de outros sectores para testar neste serviço, deve ser registada no livro de ATS da UATS.

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

Descrição

Serviço de ATS oferecido na comunidade, onde o utente/paciente pode se dirigir voluntariamente, actualmente recomenda-se que esta abordagem esteja focalizada para o rastreio, identificação e referência de PVHIV.

Objectivos

Dar a conhecer a população prioritária e elegível para o AT, os aspectos (prevenção, testagem, riscos, etc) relevantes sobre o HIV e doenças relacionadas.

Critérios de elegibilidade

- Indivíduos parte da população prioritária ou elegível (Vide capítulo 1.1.) para o ATS, com idade \geq a 18 meses (criança, adolescente e adulto).
- Indivíduos em condição de risco e vulnerabilidade para o ATS (*vide anexos 1.2.3.4.5- algoritmos de rastreio de comportamento de risco e sinais e sintomas, para crianças, adolescentes, adultos e população-chave*).

Descrição de tarefas

O conselheiro leigo deve:

- Fazer a identificação dos utentes para o ATSC através das seguintes abordagens:
 - Estratégia do caso índice.
 - Visitas domiciliares.
 - Brigadas móveis (com acções integradas).
- Rastrear e testar para o HIV os utentes usando as seguintes normas:
 - Ver se pertencem aos grupos prioritários e/ou elegíveis para o AT (Vide a descrição da população prioritária no capítulo 1.1).
 - Se tem condição de risco de infecção pelo HIV (Vide anexos 1.2.3.4.5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).
- Para crianças com idade <18 meses, **Não é recomendada a oferta da testagem para HIV na comunidade, pois o diagnóstico de HIV nesta faixa etária é feita através dos testes virológicos (PCR DNA HIV)**. Para estes casos o conselheiro deve:
 - Fazer o rastreio de algum motivo de atenção especial (órfão, gemelar, baixo peso, alimentação artificial antes dos 6 meses de vida, pai ausente, desnutrição ou falência de crescimento, contacto para TB e exposição ao HIV).

- ▶ Caso tenha alguma condição de atenção especial, referir a criança para CCR da US da zona de residência.

A informação da testagem oferecida na comunidade deve ser registada nos livros de ATS da comunidade.

2.2. Aconselhamento e Testagem iniciada pelo provedor (ATIP)

Descrição

O ATIP deve ser oferecido em todas as US, nos gabinetes onde é feita a oferta de cuidados clínicos adultos e pediátricos, incluído enfermarias e outras especialidades. Nestes sectores, o provedor de saúde deve fazer o rastreio para identificação de factores de risco e/ou sinais e sintomas, para desta forma oferecer o AT para os pacientes elegíveis (vide capítulo 1.1).

Objectivos

Garantir o AT focalizado para pacientes com maior probabilidade de estarem infectados pelo HIV (vide capítulo 1.1. e os anexos 1.2.3.4.5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes adultos e população-chave).

Critérios de elegibilidade

O ATIP deve ser oferecido em três modalidades:

- **Modalidade 1:** ATIP de forma rotineira: nos sectores de CCR, CPN, enfermaria, SAAJ, TB, CPP e CM. Assim como a todos os pacientes com indicação para realizar procedimentos cirúrgicos, dadores de sangue e pacientes em serviço de urgências (internamento de curta duração).

- **Modalidade 2: ATIP de rotina para utentes com factores de risco e sintomatologia sugestiva de infecção pelo HIV:** para pacientes com factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV, nos sectores de CCS, consultas externas, triagem, serviços de urgência (Banco de Socorros). (Vide anexos 1.2.3.4.5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).
- **Modalidade 3:** ATIP através da estratégia do caso índice: em todos os sectores da US bem como na comunidade, através da identificação e convite dos seus contactos directos para o AT (parceiros sexuais, filhos menores de 10 anos e pais de criança seropositiva menor de 10 anos).

A estratégia de caso índice pode ser implementada tanto na US, como na comunidade, através do ATSC.

Descrição de tarefas

a) Procedimentos para rastreio e oferta de AT para crianças com idade <18 meses

A toda criança menor de 18 meses deve-se conhecer o seu estado sorológico para o HIV (exposta, infectada ou não infectada).

O provedor de saúde ou conselheiro leigo deve:

- Avaliar se a criança tem o seu sero-estado conhecido.
- A criança com idade inferior a 18 meses, é considerada elegível para testagem quando:
 - A mãe nunca foi testada na gravidez ou durante a amamentação.
 - A mãe lactante teve resultado de teste rápido de HIV negativo feito há mais de 3 meses.
 - A mãe está ausente ou recusou fazer o teste de HIV.
 - A criança exposta é conhecida, encontra-se ainda sem resultado definitivo e apresenta sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV.

- Perante suspeita clínica, oferecer o teste em primeiro lugar à mãe. Apenas se a mãe recusar (ou estiver ausente) testar a criança, para identificar a situação de exposição.
- Se a criança tem história de exposição ao HIV conhecida e nunca foi seguida na CCR ou abandonou a CCR, referir a criança para CCR.

Se criança está acompanhada pela mãe deve-se:

- Oferecer TR para 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 do PTV-mãe) e a seguir, referir a criança para à CCR para confirmar o resultado com o PCR.
- Se resultado for negativo e a criança apresentar algum factor de risco (Vide anexo 1- Algoritmo de rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para criança), oferecer a testagem a 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 seu seguimento na CCS.

Se criança não está acompanhada pela mãe deve-se:

- Oferecer a testagem a própria criança com TR.
- Se o resultado do teste da criança for HIV positivo, referir esta criança para a CCR para confirmar com PCR.
- Se o resultado do teste da criança for HIV 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 TR negativo durante o período da lactação, deve ser submetida a retestagem do HIV a cada três meses, até a criança completar 9 meses.

A informação de AT deve ser registada nos livros de ATS do sector e no cartão de saúde da criança.

b) Procedimentos para rastreio e oferta da AT para crianças (≥ 18 meses - 14 anos)

- Para toda criança com idade ≥ 18 meses, deve-se verificar o seu sero-estado para HIV através do registo da informação presente 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 tiver resultado negativo mas sem registo da data da testagem:
 - Oferecer AT a mãe lactante.
 - Fazer o rastreio da elegibilidade de testagem da criança e adolescente (Vide anexo 1 e 2- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças e adolescentes).

No processo de testagem de crianças e adolescentes, deve-se garantir o consentimento para a testagem tendo em conta que:

- Os adolescentes com idades entre 11 - 15 anos anos, podem dar o seu próprio consentimento para a testagem nas seguintes condições:
 - Adolescentes sexualmente activos, casados ou vivendo maritalmente, grávidas ou a amamentar e chefes de família. Com excepção destes casos, o adolescente pode dar seu consentimento para testagem.
 - Crianças <11 anos, o consentimento deve ser solicitado aos pais ou cuidadores, excepto quando a criança ou adolescente apresenta-se na US sem o pai/cuidador e reúna uma das seguintes condições:
 - o Ter sido vítima de violência baseada no género (VBG) e sexual.
 - o 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 (aspectos psicossociais), de modo a identificar os possíveis riscos e benefícios da testagem nestes grupos e planificar as condutas de forma individualizada.

c) Procedimentos para rastreio e oferta de ATIP nos diferentes serviços clínicos

Este sub-capítulo focaliza os procedimentos que orientam o provedor para rastrear e oferecer o ATIP com o objectivo de identificar casos positivos. Para melhor direcionamento, descrevem-se os seguintes procedimentos:

1. ATIP na Enfermaria de Pediatria.
2. ATIP na Enfermaria do Adulto (todas as especialidades incluindo maternidade).
3. ATIP nos Sectores de Paragem Única (CPN, Pós-parto, CCR e TB).
4. ATIP nos Gabinetes de Consulta (Triagens de Pediatria e do Adulto, CCS, CPF, Consultas Externas, Banco de Socorros, etc).

1. ATIP na Enfermaria de Pediatria

- Oferecer aconselhamento e testagem a toda criança e mãe com sero-estado desconhecido e sem informação da sua exposição ao HIV.
- Convidar pais de crianças seropositivas menores de 10 anos para o aconselhamento e testagem.

Para Criança < 18 meses:

- Se acompanhada pela mãe – oferecer teste também a mãe.
- Criança não acompanhada pela mãe ou cuja mãe recusa a testagem, testar a criança com TR, e se positivo, seguir o algoritmo de DPI.
- Se confirmada exposição, sem possibilidade de ter resultado de PCR, fazer o diagnóstico presuntivo e iniciar TARV o mais precoce possível. Recomendar confirmação do diagnóstico com PCR depois da alta.

Criança ≥ 18 meses:

- Se ainda estiver em aleitamento materno, oferecer o teste também a mãe. Se resultado do teste da criança for:
 - **Positivo**, iniciar o TARV o mais precoce possível.
 - **Negativo**, recomendar repetir a testagem 2 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 2 meses, oferecer a testagem a mãe e dependendo do resultado, também a todas as crianças 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 (maiores de 5 anos), também no processo clínico, no livro de admissão e no livro de ATS e na guia de alta do internamento.

2. ATIP na enfermaria do adulto (todas as especialidades incluindo maternidade)

- Registar no livro de admissão da enfermaria o sero-estado do paciente a entrada (HIV+. HIV- testado há menos de 3 meses, ou sero-estado desconhecido. A informação do estado serológico pode ser obtida verificando o cartão de saúde para seguimento do doente crónico ou processo clínico do paciente das consultas crónicas.
- Oferecer AT para todos pacientes com resultado negativo, testados há mais de 3 meses ou com sero-estado desconhecido.
- Os pacientes gravemente doentes ou inconscientes, o consentimento deve ser solicitado aos familiares ou acompanhante. 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 paciente.
- Registar o resultado do teste no processo clínico, no livro de admissão, no livro de ATS e na guia de alta do internamento.

- Sempre que for identificada uma criança HIV+, deve-se oferecer a testagem aos pais (Estratégia do caso índice).
- Crianças e adultos com resultado definitivo HIV+, sempre que as condições clínicas o permitam, devem iniciar TARV ainda na enfermaria (se o paciente ou cuidador/acompanhante estiver preparado) e continuar com **sessões de aconselhamento de reforço de adesão durante o período de internamento**.
- Discutir com os pacientes ou pais/cuidadores as alternativas dos locais de seguimento após o internamento.
- Para todos estes pacientes que iniciam 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 está internado.
- Depois da alta, referir os pacientes para continuar o seguimento na US da zona de residência. Deve-se registar toda informação no cartão de saúde da criança, cartão do paciente e na guia de alta e de referência para seguimento. Se o paciente decidir continuar o tratamento em outra US, deve-se, garantir o registo da transferência no livro TARV e na base de dados, para evitar que seja considerado como abandono.
- Garantir que todas as enfermarias façam registo do sero-estado do paciente nos livros de admissão da enfermaria à entrada. No caso de ser criança, registar o sero-estado (criança HIV+ confirmada, HIV-, criança exposta, sero-estado desconhecido) com base na informação do cartão de saúde da criança, processo clínico da criança, livro do ATS oferecido na enfermaria, caderneta da mãe ou ainda conversa com a própria mãe. No caso de adulto, registar HIV positivo, HIV negativo ou indeterminado.

3. ATIP nos Sectores de Paragem Única (CPN, Pós-parto, CCR, SAAJ e TB)

Nestes diferentes sectores de Paragem Única o provedor deve:

- Oferecer o ATIP, abertura do processo clínico e consulta dos casos positivos no próprio sector.
- Iniciar TARV segundo as normas do PNC ITS, HIV/SIDA.

Lembrar de convidar sempre:

- Os parceiros/as (usando convite ou outro recurso) e filhos menores de 10 anos de mulheres HIV Positivo.
- Convidar os parceiros sexuais das mulheres HIV negativo.
- Crianças e adultos contactos dos pacientes com TB, para oferta do rastreio para TB e testagem para HIV.
- Enfatizar as vantagens da testagem e tratamento para o HIV durante a gravidez e após o parto, durante o tratamento da TB e da revelação do sero-estado a um membro da família indicado.
- Se o resultado do parceiro for HIV positivo, o provedor deve encaminhá-lo para os cuidados e tratamento.

4. ATIP nos gabinetes de consulta (Triagens de pediatria e do adulto, CCS, CPF, Consultas Externas, Banco de Socorros, etc)

Nestes sectores o provedor deve:

- Fazer o rastreio da elegibilidade para o AT e avaliar se pertence aos grupos prioritários. (Usar os anexos 1.2.3.4.5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).
 - Avaliar factores de risco de infecção por HIV (Vide os anexos 1,2,3,4,5- Algoritmos para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV para crianças, adolescentes, adultos e população-chave).
- Convidar os contactos directos do caso índice para o AT.
- Se identificada criança com idade <18 meses, seguir como recomendado no ponto 3.1.
- Para crianças com idade \geq 18 meses com desmame há mais de 2 meses, deve-se:
 - **Se o rastreio for positivo, oferecer o teste rápido de HIV a criança.**

Se resultado for HIV negativo:

- Criança <5 anos: Registrar o resultado no cartão de saúde da criança.
- Crianças ≥5 anos: Registrar o resultado no cartão do utente.
- Referir a criança para triagem de pediatria ou consulta externa para seguimento dos sintomas em causa. Para crianças <5 anos que ainda estiver em aleitamento materno, deve-se ter atenção de repetir a testagem dois meses depois do desmame.

Se o resultado for HIV positivo:

- Referir esta criança para a consulta externa integrada (CEI) para iniciar o TARV (mesmo que ainda esteja a mamar).
- Testar a mãe e encaminha-la de acordo com o seu resultado de HIV.
- Reforçar o aconselhamento para adesão aos cuidados e tratamento, principalmente para as crianças acompanhadas pelos cuidadores.

- **Mãe com sero-estado positivo: Verificar o sero-estado da criança.**

- Criança com sero-estado desconhecido - testar a criança.
 - ii. Se resultado for HIV positivo - referir para CEI para iniciar TARV.
 - iii. Resultado HIV negativo e desmame há mais de 2 meses – registrar o resultado negativo no cartão de saúde da criança ou no cartão do utente.
 - iv. Resultado HIV negativo, criança ainda em aleitamento materno - referir a criança para CCR.

- **Mãe com sero-estado negativo - verificar a data da testagem.**

- Teste feito há > de 3 meses, repetir a testagem.
- Teste feito a menos de 3 meses, seguir a tabela de frequência de testagem para casos negativos (Vide o anexo 7).

2.3. Aconselhamento e testagem baseado no caso índice

Descrição

Caso índice é todo o utente com resultado positivo para o HIV, testado quer na US como na comunidade. Este pode ser paciente adulto (homem ou mulher) incluindo mulher grávida ou lactante, criança ou adolescente ou paciente co-infectado com TB/HIV. A partir deste utente devemos rastrear e testar os considerados “contactos” dentre eles os seguintes:

- Se caso índice for adolescente ou adulto, testar:
 - Seu(s) parceiros
 - Seus filhos < de 10 anos
- Se o caso índice for uma criança:
 - Testar seus pais

A estratégia de caso índice deve ser implementada com o consentimento do paciente índice.

- No caso do paciente índice ser uma criança, o consentimento deve ser fornecido pelos pais, (mãe ou pai) cuidador ou encarregado de educação da criança.
- Todos eles devem ser oferecidos teste para o HIV como forma de identificar os “contactos” positivos, inclui-los nos cuidados e tratamento e sempre que possível numa abordagem familiar.

Objectivos

Garantir a identificação de casos positivos através do rastreio e AT dos contactos directos do PVHIV.

Critérios elegibilidade

- Todos os parceiros sexuais do caso índice.
- Pais de crianças menores de 10 anos com resultados de teste de HIV positivo.
- Crianças menores de 10 anos, filhos de adultos HIV positivo.

Descrição de tarefas

Como identificar o caso índice e seus contactos?

- Identificar e mapear todos os pacientes HIV+ inscritos na US (novos e em seguimento).

- Em todas as consultas, verificar se os contactos foram testados, e se aplicável oferecer a abordagem do caso índice.
- Preparar o caso índice para revelação do seu sero-estado.
- Solicitar consentimento do caso índice para testagem dos seus contactos.
- Após dar o consentimento, o caso índice pode referir qual será o local de preferência para testar o contacto (na comunidade ou na US) e marcar a data para o AT.

a) Abordagem do caso índice implementada na Unidade Sanitária:

- Convidar e marcar a data para realização do AT dos contactos do caso índice na US.
- Após a testagem, registar a informação no processo TARV do paciente índice (formulário de rastreio familiar), no livro de registo de ATS e nos documentos dos contactos, isto é, cartão de saúde e ou cartão do utente dependendo do resultado do teste.
- Se o contacto não se apresentar na US, reforçar o aconselhamento com o caso índice e se possível, incluir nas abordagens comunitárias de ATS-C.
- Se o resultado dos contactos testados for positivo, abrir o processo no local de testagem (se aplicável) e acompanhar o paciente para a Consulta Externa Integrada, para iniciar o seguimento.
- Re-iniciar o processo com o contacto com resultado de teste de HIV positivo como novo caso índice e repetir o ciclo.
- Os contactos com idade inferior a 18 meses, não devem ser testados. Devem ser encaminhados à CCR para seguimento como criança exposta.

b) Estratégia do caso índice implementada na comunidade:

- Identificar e mapear todos os pacientes HIV+ inscritos na US (novos e em seguimento).
- Marcar a data para realização do AT dos contactos do caso índice na comunidade.

- Preparar o caso índice para revelação do seu sero-estado.
- Testar todos os contactos do caso índice que são elegíveis.
- A informação da testagem dos contactos do caso índice deve ser registada no registo de ATS da comunidade.
- Após a testagem, o conselheiro deve garantir o reporte da informação sobre testagem dos contactos à US para o registo no processo TARV do caso índice (formulário de rastreio familiar), e que seja registada nos documentos dos contactos (cartão de saúde e ou cartão do utente).
- Se o resultado dos contactos testados for positivo, referir à US para os serviços TARV para iniciar o seguimento.
- Re-iniciar o processo com o contacto positivo como novo caso índice e repetir o ciclo.
- Contactos pediátricos com idade inferior a 18 meses, não devem ser testados na comunidade. Devem ser encaminhados à US para seguimento na CCR como criança exposta.

Os contactos só serão testados se:

- Tem sero-estado desconhecido.
- Tem resultado de teste de HIV negativo sem registo da data da testagem.
- Tem resultado de teste de HIV negativo e reúne critérios para retestagem (factores de risco e sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV).

Para o caso de crianças:

- Só podem ser testadas na comunidade crianças ≥ 18 meses.
- Toda criança < 18 meses, com sero-estado desconhecido e/ou com suspeita de infecção por HIV, deve ser referida para US, sector de CCR (não deve ser testada na comunidade).
- No seio familiar do CI, deve-se testar outras pessoas mediante uma avaliação de factores de risco. Se identificados, pessoas parte da população prioritária e elegível para o ATS, oferecer o AT no fluxo de seguimento do ATS-C e não na abordagem do caso índice.

2.4. Ligação Entre os Serviços de AT e de Cuidados e Tratamento

Considera-se ligação entre os serviços de AT e de cuidados e tratamento, quando o paciente com diagnóstico positivo para o HIV é inscrito nos serviços de cuidados e tratamento e com a 1ª consulta clínica efectuada e devidamente registada até 7 dias após o diagnóstico. Para os pacientes que preferem ser seguidos nas US's onde foram diagnosticados, então a primeira consulta deve ser realizada no dia do diagnóstico.

Nos locais onde é possível, a colheita de sangue para a contagem de células CD4 deverá ser também privilegiada neste 1o dia, de modo que se possa decidir sobre a elegibilidade para as profilaxias.

a. Fluxos de pacientes para garantir a ligação aos cuidados e tratamento

No ATIU e ATIP, após a confirmação do diagnóstico de infecção por HIV, o provedor de ATS deve:

- Fazer a abertura do processo clínico, atribuição do NID e onde for possível/aplicável oferecer a primeira consulta no mesmo sector. São propostos os fluxos abaixo:

a) Fluxo 1: ATIP nos serviços clínicos (gabinetes de consulta).

O provedor de saúde deve:

- Oferecer AT durante a consulta clínica do paciente.
- Se o resultado for HIV+, registar o resultado na guia de referência do paciente e:
 - Se aplicável, abrir o processo clínico do paciente no sector e acompanhar a CEI para ter consulta no mesmo dia.

OU

- Passar a guia de referência e acompanhar o paciente para a CEI para abertura de processo e consulta no mesmo dia.

Atenção! Este paciente está doente e não pode ser enviado de volta para casa sem consulta clínica. Deve-se assegurar a oferta do tratamento para a condição clínica/sintomatologia que levou o paciente a procurar a US.

b) Fluxo 2: ATIU na UATS

O pessoal leigo deve:

- Oferecer ATS aos utentes
- Se o resultado do teste for HIV+:
 - Fazer acolhimento do paciente, registar o resultado na guia de referência do paciente, abrir o processo clínico na UATS e acompanhar o paciente para os serviços de cuidados e tratamento para consulta no mesmo dia.
- Se forem referidos pacientes das consultas, testar neste sector, a informação do paciente deve ser registada no livro de ATS da UATS.

Os pacientes não devem ser obrigados a abrir o processo clínico e ter seguimento na US onde obtiveram o diagnóstico. Para estes casos, o paciente deve ser referido de volta para o clínico da triagem para tratamento da doença que o levou a US e de seguida referido para seguimento TARV na US de sua preferência.

c) Fluxo 3: ATIU na comunidade

- Os pacientes com resultado positivo devem ser referidos para a US por si escolhida, usando a guia de referência e contra referência da comunidade (vide anexo 8)
- Para US's com UATS, este serviço é o ponto de referência para os casos positivos referidos da comunidade.
- Para US sem UATS, referir os pacientes para a recepção da US
- Deve-se garantir as visitas de seguimento para os pacientes referidos à US para confirmar a sua inscrição e o seguimento nos cuidados e tratamento. Assim como, apoiar no processo de adesão e retenção aos C&T. (Ex. Fazer uma visita de seguimento ao domicílio dos pacientes referidos que não apareceram depois de 7 dias).
- Toda criança testada na comunidade, que possui o cartão de saúde, o resultado do teste deve ser registado pelo pessoal leigo no cartão de saúde da criança, na tabela referente a testagem da criança – linha correspondente ao 1º teste rápido.

- A informação a ser registada no cartão de saúde da criança inclui:
 - O resultado do teste (positivo, negativo ou indeterminado), data da realização do teste e o local da testagem (ATSc).
 - Se a criança não possuir cartão de saúde, o resultado deve ser registado na guia de referência.
 - A informação a ser registada no cartão do utente inclui: data da realização do teste e a data para retestagem (Vide anexo 9).
- Os pacientes com resultado negativo, devem obter o cartão do utente com registo da data para retestagem (se necessário), segundo a tabela de frequência de testagem para casos negativos (anexo 7).

US com abordagem de Testar e Iniciar

Após o diagnóstico positivo e referência ao CT, no gabinete de consulta clínica, deve-se oferecer ao paciente:

- A consulta clínica inicial
- Contagem de CD4 inicial (no mesmo dia se tiver PIMA na US)
- Início do TARV se a avaliação da prontidão for favorável; se não, dentro dos 15 dias de acordo com as normas
- As profilaxias se o paciente for elegível: TPC e TPI.

Nota:

- Após a identificação de pacientes HIV+, o importante é garantir o seu encaminhamento, inclusão e seguimento nos serviços de C&T, e não apenas focar na abertura do processo clínico do paciente.
- O paciente é livre de iniciar o C&T na US de sua preferência.
- Lembrar que as triagens e bancos de socorro atendem crianças e adultos sintomáticos. Esta é uma porta de entrada potencial 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 sintomas ou sinais sugestivos de alguma destas patologias.

Tratar sempre a condição clínica que levou o paciente a procurar a US

- A US deve organizar o fluxo de atendimento das crianças e adultos diagnosticadas HIV+ nas triagens, por forma a garantir que tenham acesso a 1ª consulta no mesmo dia e que recebam tratamento para a condição clínica que levou o paciente à procura a US, tendo sempre atenção para não prolongar o seu tempo de espera ou de permanência na US.
- Após o resultado positivo, o paciente é livre de escolher a US onde pretende seguir com as consultas, sendo que o provedor apenas deve entregar ao paciente a guia de referência de ATS para que este apresente o seu resultado e inicie com os cuidados e tratamento na US de sua preferência.
- A referência das crianças HIV+ para o início de TARV deve ser física (acompanhamento pelo activista, EP ou provedor do serviço).
- A informação da testagem oferecida deve ser toda ela registada **nos livros de ATS e nos cartões dos pacientes.**

Crianças com cartão de saúde (ou <5 anos) o resultado do teste e a data da testagem deve ser registado **no cartão de saúde da criança**, na tabela referente a «testagem da criança».

- Se o resultado for HIV-, seguir o protocolo recomendado para a retestagem de negativos.
- Se o resultado for HIV+, registar o resultado no cartão, abrir o processo clínico de seguimento TARV na triagem e referir fisicamente para CEI.

Criança sem cartão de saúde (5 – 14 anos).

- Se resultado de HIV for negativo - oferecer **cartão do utente** e seguir o protocolo da retestagem para casos negativos (vide o anexo 7).
- Se o resultado de HIV for positivo - referir a criança para consulta TARV e garantir que tenha a 1ª consulta no mesmo dia (**atenção, esta criança está doente para ter-se dirigido a triagem e não pode ser enviada de volta para casa sem consulta clínica**).

3. Monitoria e Avaliação

- Todos os utentes testados na UATS, devem ser registados no livro de registo diário do **ATS**.
- Todos os pacientes aconselhados e testados nos serviços clínicos, incluindo enfermarias e outras especialidades da US, devem ser registados no livro de registo diário do **ATS**.
- Todos os utentes aconselhados e testados na comunidade, devem ser registados no livro de registo diário do **ATS** da comunidade.

TABELA 1: ASPECTOS A CONSIDERAR NO REGISTO DOS DIFERENTES GRUPOS-ALVO DE ATS

SECTOR DE TESTAGEM	GRUPO-ALVO	REGISTO	FLUXO DE RELATÓRIO
TB	Pacientes com TB	Livro de registo de TB	PNCT
	Contactos directos e acompanhantes de paciente com TB	Livro de ATS	Programa de ATS
CPN	Mulher grávida e seu parceiro	Livro de registo da CPN	Programa de SMI
	Filhos e outros familiares da MG	Livro de ATS	Programa de ATS
CPP/PF	Mulher utente da CPP/PF	Livro de registo da CPP/PF	Programa de SMI
	Parceiro e familiares da mulher	Livro de consulta da CPP/PF	Programa de SMI
		Livro de ATS	Programa de ATS
UATS	Pacientes referidos dos serviços clínicos	Livro do ATS	Programa de ATS
Tiagem de pediatria	Criança	Livro de registo da Consulta da Criança Doente	Programa Saúde infantil
	Acompanhantes da criança	Livro de ATS	Programa de ATS
SAAJ	Adolescentes	Livro de ATS	Programa de ATS

Anexos – Módulo 1

1. Algoritmo para rastreio de crianças de 0 a 9 anos para testagem.....	39
2. Algoritmo para rastreio de adolescentes de 10 a 19 anos para testagem	40
3. Algoritmo para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas de HIV em adultos.....	41
4. Algoritmo para avaliação de comportamentos de risco (população-chave)	42
5. Guião para identificação e avaliação de comportamentos de risco das populações-chave	43
6. Guião orientador sobre como realizar uma palestra	44
7. Tabela de frequência de testagem para casos HIV negativos.....	45
8. Guia de referência e contra-referência da comunidade	46
9. Cartão do utente para casos negativos	47

Anexo 1: Algoritmo para rastreio de crianças de 0 a 9 anos para testagem



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMO PRIORIZAR CRIANÇAS PARA A TESTAGEM DO HIV

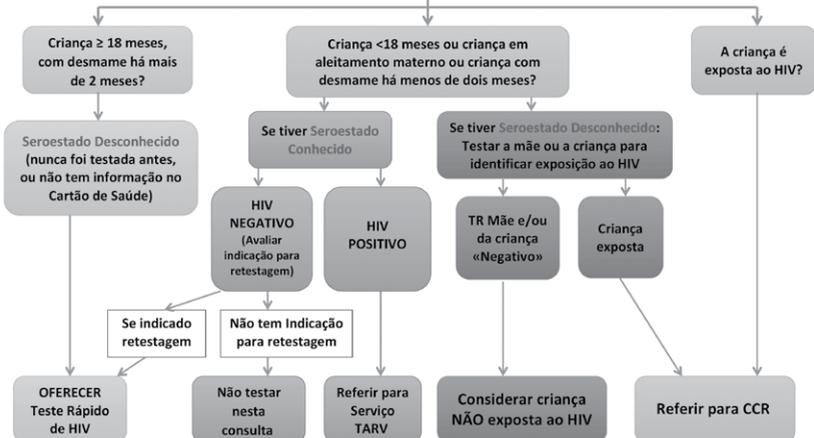


RASTREIO DE CRIANÇAS DE 0 a 9 ANOS PARA TESTAGEM

1. A criança é órfã de pai ou mãe?
2. A criança esteve internada na enfermaria nos últimos 6 meses?
3. A criança teve alguma lesão extensa na pele nos últimos 6 meses ou uma lesão que não melhorou com o tratamento?
4. A criança teve algum problema de saúde severo ou persistente nos últimos três meses?

Resposta "SIM" a pelo menos uma das questões

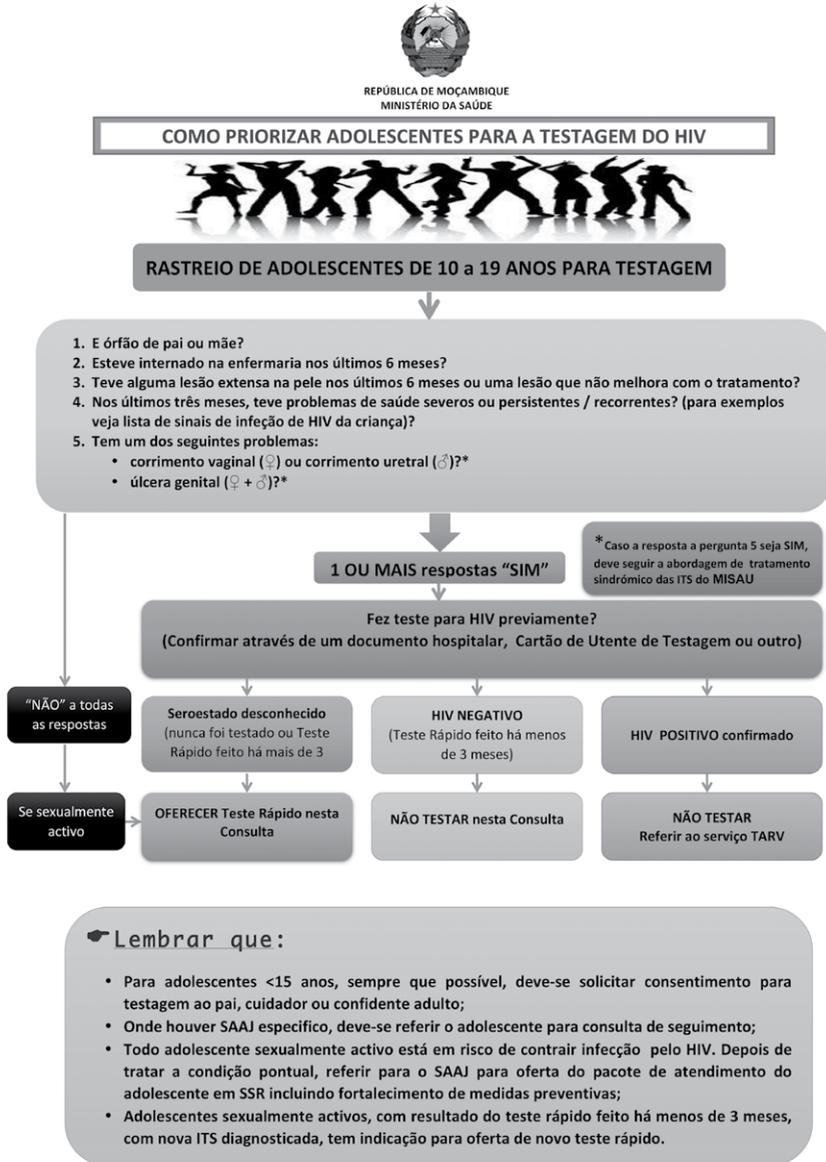
Verificar informação sobre a testagem para o HIV na Caderneta de Saúde da Mulher ou no Cartão de Saúde da Criança ou Cartão do Doente



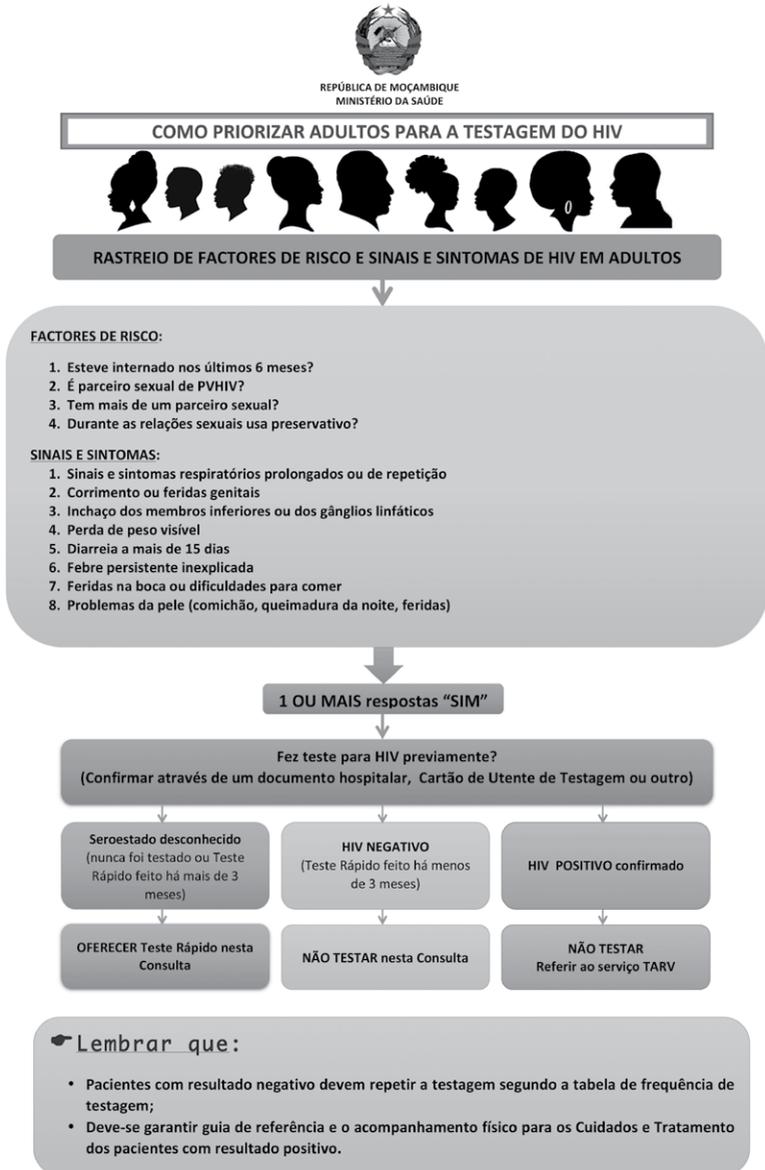
Atenção:

Toda criança com resultado confirmatório de infecção por HIV deve ser referida ao Serviço TARV. Criança com resultado confirmatório NEGATIVO, depois de tratar a condição clínica pontual, referir para seguimento na CCS ou SAAJ.

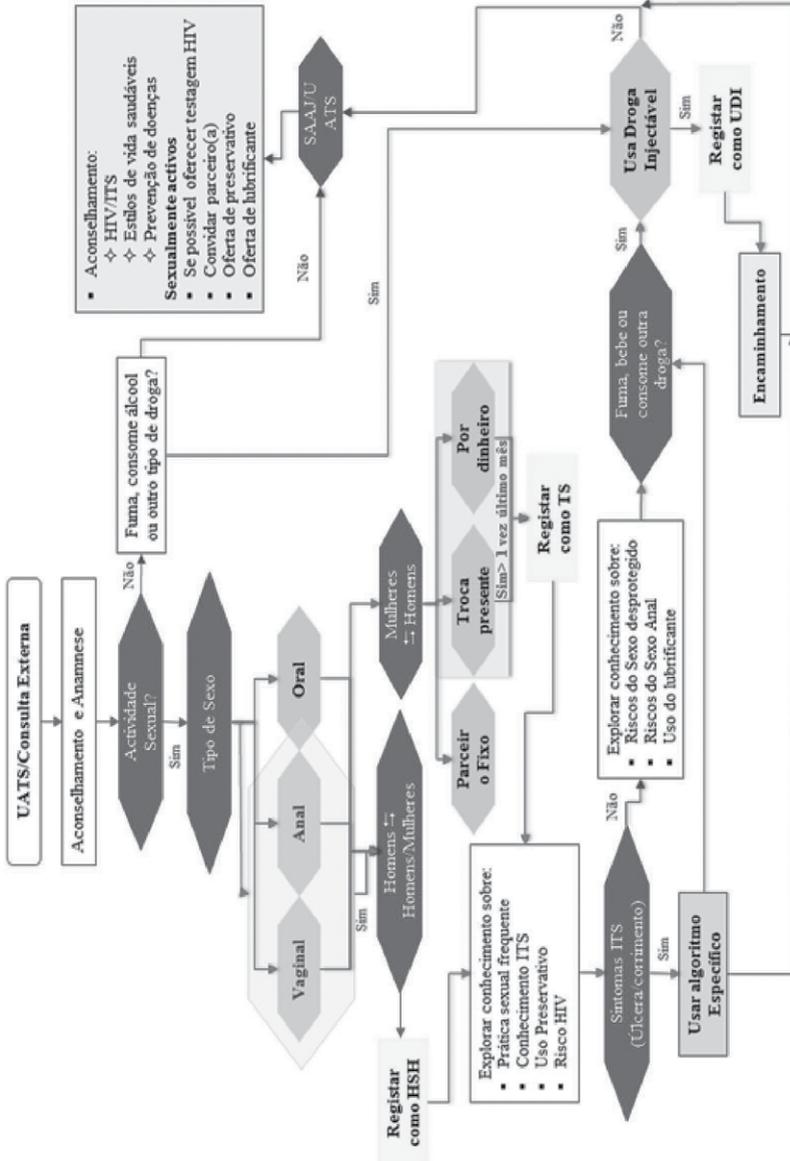
Anexo 2: Algoritmo para rastreio de adolescentes de 10 a 19 anos para testagem



Anexo 3: Algoritmo para rastreio de factores de risco e sinais e sintomas de HIV em adultos



Anexo 4: Algoritmo para avaliação de comportamentos de risco (população-chave)



Anexo 5: Guião para identificação e avaliação de comportamentos de risco das populações-chave



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PNC ITS-HIV/SIDA

GUIÃO PARA IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO DAS POPULAÇÕES-CHAVE

Questões para todos os utentes

Gostaria que falássemos um pouco das suas práticas sexuais actuais.

1. É sexualmente activo? Se sim, com quem tem sido as suas relações sexuais? (com mulheres, com homens e/ou com ambos)?
2. Que tipo de sexo tem praticado (anal, oral ou vaginal)?
3. Alguma vez já foi solicitado(a) para ter relações sexuais com alguém em troca de dinheiro ou presentes?
4. Consome bebida alcoólica ou outras drogas? Se sim, o que costuma consumir (tipo de bebida ou outras drogas)?
5. Se usa outras drogas, como e para que fim usa? Está a usar actualmente? Com que frequência?

Questões 1 e 2 orientam para secção A

Questões 3 orientam para secção B

Questões 4 e 5 orientam para secção C

Secção A. Homens que fazem sexo com homens (HSH)

1. Já ouviu falar em ITS? HIV/SIDA? Se sim, sabe como se prevenir para não apanhar?
2. Usa preservativos durante o sexo?
3. Já usou alguma vez um produto para lubrificação durante o sexo anal? Se sim, qual?
4. Acredita que através do sexo anal é possível apanhar as ITS ou HIV?
5. Alguma vez teve algumas feridas, corrimento, comichões ou irritação no ânus ou no pénis? Se sim, procurou tratamento?

Secção B. Trabalhadoras de Sexo (MTS)

1. Vive com o parceiro? Para além deste parceiro, tem outros?
2. (Caso respondeu sim para questão 4 na secção para todos os utentes): Qual tem sido sua reacção quando um cliente paga mais para não usar o preservativo?
3. Já ouviu falar em ITS? HIV/SIDA? Se sim, sabe como se prevenir para não apanhar?
4. Usa o preservativo com os clientes e também com o seu parceiro? Se sim, usa em todas as práticas sexuais? Utiliza lubrificantes para facilitar a penetração? Quais tipos de lubrificante?
5. Onde tem praticado sua actividade como trabalhadora de sexo? (rua, pensão, barracas, casa, hotel, etc.)?

Secção C. Pessoas que Injectam Drogas e Pessoas que Usam Drogas

1. Como têm sido as suas relações sexuais depois do consumo da droga?
2. Usou o preservativo durante estas relações sexuais?
3. Se referiu o uso de drogas injectáveis, há quanto tempo (semanas, meses, anos)?
4. Já partilhou agulhas/seringas? Se sim, há quanto tempo?
5. Acha que alguém que usa drogas injectáveis pode estar em risco de contrair o HIV?

Anexo 6: Guião orientador sobre como realizar uma palestra

Passos para organizar uma palestra:

- 1. Tema:** identificar o tema a ser abordado na palestra
 - (ex. Sinais e sintomas e factores de risco de infecção pelo HIV)
- 2. Grupo alvo:** saber quais são as pessoas que se beneficiarão da sua palestra
 - (ex. utentes na sala de espera da US)
- 3. Objectivos da palestra:** O que eu quero alcançar com a palestra?
O que eu quero que os participantes entendam ou saibam?
 - (Ex. Passar o conhecimento sobre os factores de risco de infecção, chamando a atenção do utente para adesão ao teste, faze-los reflectir sobre os comportamentos de risco e comprometerem-se com práticas seguras, etc)
4. Definir o **conteúdo** da palestra ou **tópicos** a serem abordados
5. Qual é a **duração** para a palestra?
- 6. Definir o formato da palestra:** que tipo de abordagem devo usar durante a palestra?
 - Informativa ou Interactiva
 - Se haverá espaço para perguntas
 - Se haverá algum momento de conversa e uma hora de exposição
 - Se haverá microfone, projecção e outros recursos didácticos.
- 7. Elaborar algumas notas** (manuscrito ou impresso) sobre os pontos a serem abordados na palestra
 - **Que pontos abordar** - Não dá para falar de tudo. Então deve-se optar por trabalhar alguns pontos (três a quatro pontos fortes) ao longo de todo o conteúdo.
 - É importante ter coerência.
 - Faça revisão dos conteúdos, ensaie, releia suas anotações. Quanto mais familiarizado você estiver com a sua apresentação, mais fluída ela será no momento da facilitação/exposição.
- 8. Defina um bom local** – de acordo com o tipo de abordagem a usar
- 9. Escolher e preparar o material de apoio** (*slides*, *flip chart*, etc)
 - Prepare o material com antecedência
- 10. Faça a divulgação do evento** – Com todos os pontos anteriores de como organizar uma palestra, está na hora de divulgá-la.
- 11. Esteja pronto para imprevistos** – Mesmo diante do planificado, acontecem imprevistos na hora de organizar palestra. Por isso você deve estar preparado.

Anexo 7: Tabela de frequência de testagem para casos HIV negativos

POPULAÇÃO	PERIODICIDADE DE TESTAGEM
População em geral e população vulnerável (mulheres jovens dos 15-24 anos, raparigas dos 10-14 anos, crianças órfãs e vulneráveis de rua e pessoas com deficiência)	De 6 em 6 meses após a testagem inicial
População-chave (MTS, HSH, UDI e Reclusos), casais sero-discordantes, dadores de sangue, mulher grávida e seus parceiros	De 3 em 3 meses após a testagem inicial
Em casos de exposição ocupacional e/ou violência sexual	Testagem inicial, dentro de 72 horas. a seguir na 4ª semana. No 3º e 6º mês após a testagem inicial
Crianças expostas com resultado positivo ou negativo	Seguir o Algoritmo de diagnóstico precoce infantil (em Anexo)
<p>Se o resultado do teste for negativo após a primeira testagem e no processo da avaliação de comportamento de risco verificar-se que o utente correu um risco de infecção é necessário proceder a re-testagem 3 meses depois, de contrário não é necessário repetir o teste.</p> <p>É fundamental que entre a realização do primeiro teste e a re-testagem, os utentes não tenham comportamentos que os coloque em risco de infecção pelo HIV. Deve-se, pois, dar-se uma orientação para o uso do preservativo e lubrificante (onde aplicável) em todas as relações sexuais.</p> <p>O teste rápido do HIV não deve ser considerado como método de prevenção. O utente deve estar consciente de comportamentos que o coloca em risco e adoptar métodos que o previnam de contrair o HIV.</p>	

Anexo 8: Guia de referência e contra-referência da comunidade

Guia de Referência e Contra Referência

(Promoção de acesso e adesão aos cuidados de saúde primários e serviços sociais)



Mod. SIS-H-24

Nome do Utente: _____ Idade: _____ Sexo: _____ NID*: _____ NIT*: _____ Nº do Guia _____
 Distrito: _____ Localidade: _____ Bairro: _____ Unidade Comunal: _____
 Quarteirão: _____ A casa fica perto de: _____
 Organização: _____ Projecto: _____ Programa: _____

A ser preenchido pelo ACTIVISTA

SERVIÇOS SMI:	SERVIÇOS HIV:	SERVIÇOS TB/Malária:	SERVIÇOS SOCIAIS:
Maternidade p/ parto: <input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> CP Familiar <input type="checkbox"/> Consulta Pós-Parto <input type="checkbox"/> CCR <input type="checkbox"/> PTV <input type="checkbox"/>	ATIS <input type="checkbox"/> ITS <input type="checkbox"/> Pré-TARV / IO <input type="checkbox"/> Testado HIV+ <input type="checkbox"/> Abandono TARV <input type="checkbox"/> PPE <input type="checkbox"/> Circuncisão Masculina <input type="checkbox"/>	Suspeito de TB <input type="checkbox"/> Contacto de TB <input type="checkbox"/> Controlo de BK <input type="checkbox"/> Abandono de TTB <input type="checkbox"/> Reacções do TTB <input type="checkbox"/> Suspeito de Malária <input type="checkbox"/>	OCB / Apoio Comunitário <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Acção social <input type="checkbox"/> GAVV <input type="checkbox"/> Apoio Psico-social <input type="checkbox"/> Posto Policial <input type="checkbox"/>

Suspeito de Malnutrição: Banco de socorro/Consulta de triagem: Controlo da Dor: Data: ____/____/____
 Outros motivos/ Especificar o cuidado/ serviço prestado ou a ser prestado: _____
 Nome da pessoa que referiu: _____

A ser preenchido pela UNIDADE SANITÁRIA (marcar todos os serviços em que o utente passar)

ATENÇÃO NA CONSULTA DE SERVIÇOS PRESTADOS:

SERVIÇOS SMI:	SERVIÇOS HIV:	SERVIÇOS TB/Malária:	SERVIÇOS SOCIAIS:
Maternidade p/ parto: <input type="checkbox"/> CPN <input type="checkbox"/> CP Familiar <input type="checkbox"/> Consulta Pós-Parto <input type="checkbox"/> PTV <input type="checkbox"/>	CCR <input type="checkbox"/> ATIS <input type="checkbox"/> ITS <input type="checkbox"/> Testado HIV+ <input type="checkbox"/> Pré TARV/IO <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>	TARV <input type="checkbox"/> Sem TB <input type="checkbox"/> Profilaxia por contacto TB <input type="checkbox"/> Tratamento de TB <input type="checkbox"/> Doenças crónicas <input type="checkbox"/> Controlo da Dor <input type="checkbox"/>	Controlo de BK: <input type="checkbox"/> e ____ Reacções do TTB <input type="checkbox"/> PPE <input type="checkbox"/> Terapia nutricional <input type="checkbox"/> CCS <input type="checkbox"/>

Outros atendimentos/ Especificar: _____ Motivo de referência: _____
 Referido para (US, Acção Social, Educação, OCBs, apoio psicossocial, CRN): _____
 Observações: _____

Nome do trabalhador de saúde: _____ Nome da US: _____ Nome da US: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pela ACÇÃO SOCIAL

Subsídio de alimentos <input type="checkbox"/>	Educação <input type="checkbox"/>	OCB <input type="checkbox"/>	GAVV <input type="checkbox"/>
Habituação <input type="checkbox"/>	Alteado de pobreza <input type="checkbox"/>	Acção social produtiva <input type="checkbox"/>	Apoio monetário <input type="checkbox"/>
Outras Redes/ grupos/ instituição de apoio. Especificar: _____			INMS <input type="checkbox"/>

*Especificar o cuidado/ serviço prestado ou a ser prestado: _____
 Nome do trabalhador que referiu: _____ Data: ____/____/____

CPN - Consulta Pré Natal; ITS - Infecções de transmissão sexual; OCB - Organização Comunitária de Base; CCR - Centros de Referência; PPE - Profilaxia Pós-Exposição; GAVV - Gabinete de Atendimento a Vítimas de Violência; CP - Consulta Pós-Parto; ATIS - Acompanhamento e Testagem em Saúde; NID - Número de Identificação de Identificação; PNT - Programa Nacional de Controlo de Tuberculose; IO - Infecção por VIH; NIT - Número de Identificação de Identificação; BK - Bacilo de Koch; PTV - Prevenção de Transmissão Vertical; BK - Bacilo de Koch; Domicilares; CCS - Consulta de Carga Sólida; TARV - Tratamento anti-retroviral; TTB - Teste de Identificação de Tuberculose; CD - Cuidado de Dependência.



MÓDULO 2:

Modelos Diferenciados de Serviços para Cuidados e Tratamento

Modelos Diferenciados de Serviços para Cuidados e Tratamento

Perfil Dos Pacientes Para A Implementação Dos Mds

Segundo a Organização Mundial de Saúde, existem quatro grupos de pacientes em cuidados e tratamento para HIV sobre os quais os MDS podem ser aplicados, nomeadamente:

Pacientes novos (< 6 meses):

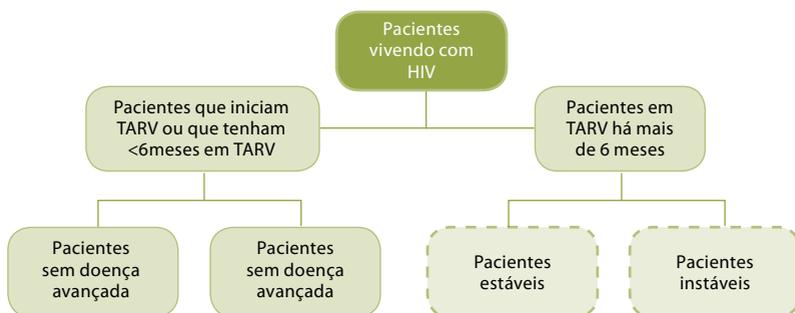
- **Sem doença avançada:** Pacientes independentemente da idade, que se apresentam sem infeções oportunistas definidoras de estadio III ou IV da OMS na altura da inscrição em cuidados e com CD4 elevado (≥ 200 cels/mm³).
- **Com doença avançada:** Pacientes independentemente da idade, que se apresentam com sinais e sintomas de doença avançada (condições definidoras de estadio III e IV da OMS ou com CD4 < 200 cels/mm³) na altura da inscrição em cuidados. Estes requerem um pacote de cuidados clínicos específicos de modo a serem estabilizados, para que iniciem TARV rapidamente e reduzam a morbi-mortalidade.

Pacientes em seguimento

a) Critérios de estabilidade para adulto e adolescente com idade ≥ 10 anos

- Paciente ≥ 10 anos estáveis:
 - Paciente em TARV há pelo menos 6 meses.
 - Com uma medição de carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou um resultado de CD4 ≥ 200 cels/ml (onde CV não estiver disponível), avaliada no último ano do TARV.
 - Sem condição clínica activa do estadio III ou IV da OMS, sem factores sugestivos de má adesão (últimos 3 levantamentos de ARV's ou consultas clínicas regulares) e sem reacções adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular.

- Pacientes ≥ 10 anos instáveis: se tiver pelo menos uma das seguintes condições:
 - Ter resultado de carga viral ≥ 1000 cópias/ml ou CD4 < 200 cels/ml (onde CV não estiver disponível) no último ano do TARV, ou
 - Condição clínica activa do estágio III ou IV da OMS, ou
 - Factores sugestivos de má adesão (últimos 3 levantamentos ou consultas clínicas irregulares) ou
 - Reacções adversas aos medicamentos que requerem monitoria regular.



b) Critérios de estabilidade para crianças < 10 anos

Todos os elementos considerados para avaliar a estabilidade em pacientes adultos são válidos também para crianças e adolescentes, havendo diferença no período decorrido desde o início do TARV até a avaliação dos critérios de estabilidade e nos valores do CD4 (para locais onde a CV não estiver disponível). Assim sendo:

b.1. Crianças < 10 anos estáveis

- Crianças dos 2-4 anos, estáveis:
 - Em TARV há pelo menos 12 meses.
 - Uma medição de carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou resultado de CD4 > 750 cels/ml ou $> 15\%$ (onde a CV não estiver disponível), avaliadas no último ano do TARV.
 - Restantes critérios similares ao do adulto (sem condição clínica

activa do estadio III ou IV da OMS, sem factores sugestivos de má adesão (últimos 3 levantamentos de ARV's ou consultas clínicas regulares), sem reacções adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular.

Nota: O cuidador deve estar no mesmo modelo diferenciado de cuidados que a criança para esta faixa etária.

- **Crianças dos 5-9 anos, estáveis:**

- Em TARV há pelo menos 12 meses.
- Uma medição de carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou um resultado de CD4 > 200 cels/ml (onde a CV não estiver disponível) avaliadas no último ano do TARV.
- Restantes critérios similares ao do adulto (sem condição clínica activa do estadio III ou IV da OMS, sem factores sugestivos de má adesão (últimos 3 levantamentos de ARV's ou consultas clínicas regulares), sem reacções adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular.

Nota: O cuidador deve estar no mesmo modelo diferenciado de cuidado que a criança para esta faixa etária.

b.2. Crianças < 10 anos clinicamente instáveis

Se tiver pelo menos uma das seguintes condições:

- Ter resultado de carga viral ≥ 1000 cópias/ml no último ano do TARV ou
- CD4 abaixo das cifras recomendáveis para idade da criança (onde não houver CV disponível).
 - CD4 abaixo de 750 cels/ml ou <15% (para crianças dos 2 – 4 anos)

OU

- CD4 abaixo de 200 Cels/mm³ (para crianças dos 5 – 9 anos)
 - Restantes critérios similares aos dos adultos (condição clínica activa do estágio III ou IV da OMS, com factores sugestivos de má adesão (últimos 3 levantamentos ou consultas clínicas irregulares), reacções adversas aos medicamentos que requerem monitoria regular.

TABELA 1: RESUMO DOS CRITÉRIOS DE ESTABILIDADE EM CRIANÇAS

ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE	GRUPO ETÁRIO	ONDE A CV ESTIVER DISPONÍVEL	ONDE A CV NÃO ESTIVER DISPONÍVEL
Pacientes clinicamente estáveis	<2 anos	Não recomendável	Não recomendável
	2 – 4 anos	<ul style="list-style-type: none"> • TARV há pelo menos 12 meses. • Uma medição de CV < 1000 cópias/ml avaliada no último ano do TARV. • Sem condição clínica activa do estágio III ou IV da OMS. • Sem factores sugestivos de má adesão (últimos 3 levantamentos de ARV's ou consultas clínicas regulares). 	Todos os critérios descritos + Resultado de CD4 > 750 cels/mm ³ ou < 15% avaliado no último ano do TARV.
	5 – 9 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Sem reacções adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular. 	Todos os critérios descritos + Resultado de CD4 > 200 cels/mm ³ avaliado no último ano do TARV.
	≥ 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> • TARV há pelo menos 6 meses. • Uma medição de CV < 1000 cópias/ml avaliada seis meses após o início de TARV. • Sem condição clínica activa do estágio III ou IV da OMS. • Sem factores sugestivos de má adesão (últimos 3 levantamentos de ARV's ou consultas clínicas regulares). • Sem reacções adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular. 	Todos os critérios descritos + Resultado de CD4 > 200 cels/mm ³ avaliado no último ano do TARV.

Modelos Diferenciados para Pacientes em Cuidados e Tratamento para HIV

Esta secção descreve os diferentes modelos que podem ser implementados ao nível das US, sendo cada um deles orientado para o alcance dos seguintes objectivos:

1. Redução do tempo de permanência dos pacientes na Unidade Sanitária.
2. Redução da frequência de visitas dos pacientes à Unidade Sanitária.
3. Provisão de atendimento integrado ao paciente e sua família.
4. Redução da carga de trabalho do provedor de saúde.
5. Redução dos custos financeiros e outros para o seguimento do plano de tratamento.

TABELA 2: OBJECTIVOS PORTIPO DE MDS

	OBJECTIVOS DO MDS	TIPO DO MDS
1	Redução do tempo de permanência dos pacientes na Unidade Sanitária.	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxo Rápido
2	Redução da frequência de visitas dos pacientes à Unidade Sanitária.	<ul style="list-style-type: none"> • GAAC • Dispensa Trimestral
3	Provisão de atendimento integrado ao paciente e sua família.	<ul style="list-style-type: none"> • Paragem Única SMI • Paragem Única SAAJ • Paragem Única de TB • Abordagem familiar • Clubes de Adesão
4	Redução da carga de trabalho do provedor de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os modelos
5	Redução dos custos financeiros e outros para o seguimento do plano de tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os modelos

Criação de Demanda dos Modelos Diferenciados de Serviços

A implementação dos modelos diferenciados na US, permitem de um modo geral diminuir a sobrecarga de trabalho por parte dos provedores, para além dos benefícios que os mesmos trazem para os pacientes, permitindo a melhoria da retenção e da adesão dos pacientes aos cuidados e tratamento das doenças crónicas, como o caso da infecção pelo HIV.

Para garantir a inclusão dos pacientes nos diferentes modelos, é crucial a divulgação dos mesmos, nos diferentes locais de concentração de pacientes, na unidade sanitária e na comunidade.

Toda a equipa de provedores de saúde que atendem PVHIV na US e na Comunidade devem estar envolvidos neste processo, garantindo que se partilhe as mensagens-chave para a integração dos pacientes nos diferentes modelos.

Estas mensagens-chave devem ser oferecidas por todos os provedores de saúde e em particular por:

- Clínicos.
- Provedores de APSS/ PP.
- Enfermeiros.
- Técnicos de farmácia.
- Recepcionistas.
- Pessoal leigo:
 - Conselheiros leigos.
 - Educadores de pares.
 - Mãe mentora.
 - Outros actores comunitários.

Grupo alvo:

- Pacientes HIV positivo em seguimento.

Temas a abordar:

- Modelos disponíveis na unidade sanitária
- Vantagens dos modelos:
 - Para o paciente
 - Para a unidade sanitária e provedor
- Critérios de Elegibilidade

Os modelos disponíveis e os critérios de elegibilidade serão descritos abaixo.

Vantagens dos MDS - Para o Paciente:

- Diminuição do número de visitas dos pacientes à US.
- Redução do tempo de espera na US.
- Redução dos custos com o transporte.
- Partilha de experiências ligadas a doença e a toma de medicamentos.
- Provisão de atendimento integrado do paciente e da sua família.

Vantagens dos MDS - Para a Unidade Sanitária e para o Provedor:

- Redução das enchentes.
- Redução da sobrecarga de trabalho em diferentes sectores.
- Melhoria da qualidade da prestação de cuidados aos pacientes.

TABELA 3: DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES EM CADA SECTOR

SECTORES	DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES	PERIODICIDADE	RESPONSÁVEL
Sala de Espera/ Locais de Concentração	Realizar palestras informativas sobre os MDC. Encaminhar para a recepção os pacientes que estiverem interessados.	Diário	Provedor de saúde e pessoal leigo
Recepção	Reforçar mensagens para aderência aos MDC. Encaminhar os pacientes interessados em aderir, para o APSS&PP	Diário	Rececionista/ conselheiro
APSS/ PP	Aconselhar e reforçar a adesão dos pacientes aos cuidados. Explicar as vantagens dos MDC com ênfase para pacientes ainda não incluídos. Apoiar o paciente na escolha de um modelo adequado. Verificar a elegibilidade e encaminhar ao clínico.	Diário	Provedor de APSS/ PP
Consulta Clínica	Rever a avaliação feita pelo APSS/PP. Reforçar as mensagens sobre as vantagens dos MDCs. Oferecer os MDCs aos pacientes elegíveis, em todas as consultas de seguimento.	Diário	Clínicos
Farmácia	Reforçar as mensagens sobre as vantagens dos MDCs. Encaminhar o paciente para o APSS/PP ou para o Clínico se o paciente estiver interessado.	Diário	Rececionista/ Conselheiro leigo
Comunidade	Disseminar a estratégia ao nível da comunidade através dos actores comunitários. Realizar diálogos comunitários realçando as vantagens dos MDC's. Referir a US se o paciente estiver interessado.	Semanal	Todos actores comunitários Activistas, OCB's, APE's, Educadores de Pares, Mãe mentoras, etc)

MDS para redução do tempo de permanência na Unidade Sanitária

Fluxo rápido

Descrição

O fluxo rápido consiste num MDC no qual as consultas clínicas de seguimento são agendadas a cada 6 meses para pacientes maiores de 10 anos ou a cada 3 meses para as crianças com idade entre os 2 e os 9 anos, pacientes em TPI e lactantes que reúnam critérios. As consultas de APSS/PP para o reforço de adesão são trimestrais e o levantamento de medicamentos na farmácia é mensal ou trimestral nas unidades sanitárias com dispensa trimestral. O paciente deverá ser orientado para antecipar as consultas clínicas sempre que sentir necessidade, por exemplo surgimento de sintomas ou alguma preocupação em relação ao tratamento.

Nota: Em US que estejam a implementar a dispensa trimestral, estas duas abordagens deverão ser implementadas em simultâneo no mesmo paciente, ou seja, as consultas clínicas realizadas a cada 3 ou 6 meses, as consultas de APSS/PP a cada 3 meses e o levantamento de ARV's na farmácia deixa de ser mensal e passa a ser trimestral.

Critérios de elegibilidade

O fluxo rápido é recomendado para todos os pacientes que preencham os seguintes critérios:

- Ter idade ≥ 2 anos.
- Estar estável.
- Não ser gestante.
- Lactante, mãe de criança exposta com mais de 9 meses, com resultado de teste rápido de HIV negativo e que ainda esteja a amamentar.
- Ter conhecimento do seu sero-estado para HIV, caso contrário, deverá vir acompanhada (a partir dos 9 anos já pode ter RD completa).

- Para criança dos 2 – 9 anos, deve ter um cuidador responsável. Se o cuidador for HIV+ e em TARV, o mesmo também deve reunir critérios para inclusão no fluxo rápido.
- Não estar envolvido em outro MDS, com exceção da dispensa trimestral e abordagem familiar.
- Manifestar interesse em aderir ao fluxo rápido.

Nota: Quando este modelo é seguido por crianças e seus cuidadores em simultâneo, a frequência das visitas deve ser ajustada ao calendário de seguimento clínico recomendado para a criança, segundo o grupo etário, ou seja, as crianças estáveis abaixo dos 10 anos devem ter visita clínica a cada 3 meses. Para mais detalhes sobre a periodicidade de seguimento das crianças, veja a tabela x página X.

TABELA 4: CRONOGRAMA DE SEGUIMENTO DE PACIENTES ≥ 2 ANOS DE IDADE NO FLUXO RÁPIDO

SERVIÇO	PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO
Consulta clínica	Semestral para pacientes ≥ 10 anos
	Trimestral para crianças entre 2-9 anos
Consulta de APSS/PP	Trimestral
Farmácia – Levantamento de ARVs e/ou medicamentos profiláticos (se aplicável)	Mensal para US sem Dispensa Trimestral de ARVs
	Trimestral para US com dispensa trimestral de ARVs
Laboratório - Carga Viral CD4, Glicémia, Creatinina, ALT/AST, TGs/Col	Anual
	Semestral

Casos específicos

Tratamento Profilático com a Isoniazida

O tratamento profilático com Isoniazida (TPI) não deve ser uma contra-indicação para entrar no fluxo rápido. Se o paciente estiver a receber TPI, deve ser instruído para:

- Seguir consultas clínicas trimestrais enquanto estiver em TPI.

- Levantar os ARVs e Isoniazida mensalmente ou trimestralmente onde houver dispensa trimestral.
- Marcar consulta clínica imediata perante o surgimento de qualquer sinal ou sintomas sugestivo de toxicidade por INH (hepatite e neuropatia periférica) ou de TB activa.

Tratamento Profilático com o Cotrimoxazol

Assim como o TPI, o TPC não deverá ser uma contra-indicação para a entrada no fluxo rápido. Neste caso, o calendário de seguimento nas consultas não se altera e o paciente levanta CTX na mesma frequência de levantamento dos ARVs (mensal mediante receitas pré-datadas ou trimestral se houver dispensa trimestral).

CrITÉRIOS para a saída dos pacientes do Fluxo Rápido

Os critérios para a saída dos pacientes do Fluxo Rápido incluem:

- Diagnóstico de uma nova gravidez.
- Crianças e adultos que se tornem instáveis.
- Em caso de crianças, retirar também do fluxo rápido se:
 - Apresentar um novo cuidador que não esteja ainda familiarizado com a doença da criança.
 - Um cuidador cuja situação torna-se instável.
- Caso o paciente deseje trocar para um outro MDS, por exemplo passar para um GAAC.

Nota: No caso do seguimento do par - cuidador/criança, a suspensão de um deles do FR não implica necessariamente a suspensão do outro. Deve-se avaliar caso a caso a razão da suspensão para tomada de decisão sobre a permanência ou retirada do outro membro do FR. Exemplo: caso o cuidador seja diagnosticado TB, a criança deve automaticamente sair da FR nos próximos seis meses para consulta clínica mensal, pois há obrigatoriedade de fazer o despiste mensal de sinais e sintomas de TB activa, visto ter um contacto próximo. Mas, se o cuidador sair do FR porque foi diagnosticada uma nova gravidez, a criança pode manter-se no FR.

Descrição de actividades e responsabilidades dentro do modelo de Fluxo Rápido

Consulta clínica

Paciente Novo no Fluxo Rápido

- Confirmar os critérios de elegibilidade do paciente ao Fluxo Rápido.
- Caso o paciente não tenha critérios, avaliar para outros modelos e seguir procedimento de reforço da adesão/despiste de falência terapêutica / reações adversas aos medicamentos.
- No caso de confirmação da elegibilidade, explicar o cronograma de seguimento do paciente neste modelo.
- Registrar no cartão do doente e processo clínico (ficha de APSS/PP e na capa do processo), que se trata de um paciente em fluxo rápido com a sigla “FR” e caso esteja também em dispensa trimestral com a sigla “FR-DT”.

Paciente em Seguimento no Fluxo Rápido

- Rever os critérios de elegibilidade do paciente ao Fluxo Rápido.
- Verificar a existência de critérios de saída do Fluxo Rápido e dar o respectivo seguimento.
- Verificar no cartão do paciente, se está claramente registado, que o paciente está em Fluxo Rápido simples ou Fluxo Rápido com Dispensa Trimestral.
- Rever o cronograma de seguimento com o paciente.

Paciente Novo e em Seguimento no Fluxo Rápido

- Registrar/actualizar a ficha de seguimento e agenda de consulta (caso exista).
- Fazer a receita de ARVs válida para 6 meses (ou 3 meses de acordo com o caso) para levantamento de medicamentos mensal (ou trimestral em US com dispensa trimestral).

- Na receita deve constar o NID, nome do paciente e o clínico deve indicar claramente se o paciente está na Dispensa Trimestral.
- O clínico deve explicar que uma cópia da receita fica com o paciente e que a receita deverá ser guardada para os sucessivos levantamentos ao longo do período de 6 meses ou 3 meses de acordo com o caso.
- Preencher e entregar a requisição de análises a serem feitas antes da consulta seguinte.
- Registar as datas de consultas seguintes em cada serviço, nomeadamente:
 - APSS/PP para o reforço de adesão.
 - Consulta clínica.
 - Laboratório (com tempo suficiente para que os resultados estejam disponíveis na consulta seguinte).
- Caso por alguma razão o paciente seja retirado do fluxo rápido, deve-se:
 - Providenciar seguimento de acordo com o caso clínico.
 - Registar na ficha de seguimento e na folha de continuação e colocar a data de suspensão.

APSS/PP

- Actualizar o endereço e contacto telefónico bem como o estado serológico do cônjuge do paciente.
- Providenciar aconselhamento de reforço de adesão aos pacientes.
- Registar no cartão e processo clínico a data da consulta seguinte de APSS/ PP.
- Encaminhar ao gabinete clínico os pacientes que têm consulta clínica semestral marcada no mesmo dia.

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 ao gabinete clínico.

Laboratório

- Colher as amostras de sangue para CD4, carga viral e outros testes laboratoriais de acordo como o cronograma de seguimento.
- Os resultados de laboratório poderão ser enviados à recepção para arrumação nos processos ou recolhidos e guardados pelos doentes ao critério da US.

Farmácia

- Aconselhar sobre o Fluxo Rápido e dar orientação dos próximos contactos com a US.
- Aviar os medicamentos para 1 mês (3 meses caso haja implementação da estratégia de dispensa trimestral na US).
- Actualizar na receita, a data de levantamento, a quantidade aviada e o saldo (por exemplo: numa receita com 180 comprimidos, o técnico de farmácia indica $180 - 30 = 150$) e entregar a receita de volta ao paciente.
- Colocar as datas do levantamento seguinte no cartão do paciente e informar ao paciente.
- A cópia da receita fica com o paciente e a original deve ser anexada ao FILA do paciente na farmácia. O paciente deverá ser informado que a receita deverá ser guardada para os sucessivos levantamentos ao longo do período de 6 meses.
- Actualizar o Livro de Registo Diário de ARVs (LDRA) antes de arquivar os FILAs.
- Actualizar e arquivar a FILA no ficheiro móvel normal se for fluxo rápido simples, ou seguindo as normas da dispensa trimestral se for fluxo rápido com dispensa trimestral.
- Ao 6º mês (ou 3º mês, para US com aviamento trimestral), informar ao paciente que só poderá fazer o próximo levantamento mediante a apresentação de uma nova receita e que para tal, deverá obrigatoriamente passar pela consulta clínica e uma nova receita.

Recepção

- Organizar os processos clínicos no arquivo geral, de acordo com as normas nacionais.
- Encaminhar os pacientes para consulta de APSS/PP antes da consulta clínica.

O seguimento da mulher lactante no fluxo rápido, continua na CCR, nomeadamente:

- Consultas clínicas trimestrais.
- Consultas de APSS/PP trimestrais.
- Levantamento mensal de ARVs.

As actividades a realizar em cada uma das visitas, são as mesmas descritas para os STARV

MDS para redução da frequência de visitas dos pacientes à Unidade Sanitária

1. Grupos de adesão comunitária (GAAC)

Descrição

O GAAC é um modelo diferenciado de cuidados em que a administração de ARVs é gerida pelos próprios pacientes. Consiste em grupos de três a seis adolescentes ou adultos vivendo com HIV, inscritos nos Cuidados e Tratamento e que alternam entre eles as idas para o serviço de saúde para levantar medicamentos para o grupo. Desta forma, o número de visitas à Unidade Sanitária que cada paciente deve fazer por ano reduz.

Como funciona?

- Os pacientes 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.
- O número mínimo é de 3 pessoas e o máximo de 6 pessoas para cada grupo.
- Cada grupo deverá eleger um dos membros para ser o Ponto Focal e o responsável pela gestão do mesmo.
- O plano de rotatividade de visitas é definido pelo clínico na altura da formação do grupo, de tal forma que cada paciente saiba quando deve se deslocar à Unidade Sanitária para consulta médica, marcação de análises clínicas ou colheita de amostra, reportar a informação sobre a adesão e o estado de saúde dos outros membros do grupo e 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 duas vezes por mês, preferencialmente nos dias antes do representante deslocar-se à Unidade Sanitária e logo depois do mesmo voltar com os medicamentos.

- No encontro que decorre antes do representante se deslocar à Unidade Sanitária devem ser realizadas as seguintes actividades: verificação da adesão de cada membro do grupo e preenchimento da ficha de monitoria de saldo de ARVs, identificação do membro seguinte 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 Unidade Sanitária, devem ser realizadas as seguintes actividades: distribuição dos medicamentos, reforço da necessidade de adesão, revisão do plano de rotatividade de consultas e as datas em que cada membro deve deslocar-se para a Unidade Sanitária e planificação da data do encontro seguinte.

Sempre que possível, deve ser promovida a formação de grupos de adolescentes entre os 15 – 19 anos.

Critérios de elegibilidade

- Paciente estável.
- Ter idade ≥ 15 anos e que não seja mulher grávida ou lactante.
- Podem ser inclusos também pacientes 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 dois (2) membros é que podem ser não aderentes.
 - GAAC com 5 membros: Apenas um (1) membro é que pode ser não aderente.
 - GAAC com 4 membros: Apenas um (1) membro é que pode ser não aderente.
 - GAAC com 3 membros: Todos os membros devem ser aderentes.

TABELA 5: CRONOGRAMA DE SEGUIMENTO DO ADULTO E ADOLESCENTE ≥ 15 ANOS DE IDADE NO GAAC

SERVIÇO	PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO
Consulta clínica	Semestral
Consulta de APSS/PP	Semestral
Farmácia Levantamento de ARVs e/ou medicamentos profiláticos (se aplicável)	Mensal/Rotativo por cada elemento do grupo
Laboratório Carga Viral CD4, Glicémia, Creatinina, ALT/AST e TGs/Col	Anual Semestral

Crítérios para a saída dos pacientes do GAAC

- Paciente que se torna instável (excluídos os pacientes com má adesão até o número máximo de 2 elementos por GAAC, que poderão permanecer na dinâmica).
- Mulher que engravida: nesses casos, a mulher deverá sair da dinâmica activa do grupo para a Paragem Única na SMI e deverá ser encorajada a participar nos grupos de Mães para Mães ou outro grupo existente na SMI até à alta da criança da CCR, para beneficiar do pacote de informação/educação referente a SMI, incluindo PTV.

Nota: Caso um GAAC de 3 membros perca um membro, a Unidade Sanitária deverá procurar completar o grupo com um ou mais novos pacientes e caso isto não seja possível, tentar inserir os restantes pacientes em outros grupos ou modelos diferenciados.

Descrição de actividades

Após a criação de demanda e identificação dos potenciais membros do GAAC, os pacientes deverão ser encaminhados para o sector de consulta clínica onde será feita a reavaliação dos critérios de elegibilidade. Assim, os procedimentos diferem entre as fases *de Entrada no modelo* e de *Seguimento*.

Fase de Entrada no modelo

Consulta Clínica

- Consultas clínicas individuais e reavaliar os critérios de elegibilidade de cada membro ao GAAC.
- Definir a composição final do grupo.
- Para os pacientes não elegíveis, disponibilizar 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.
- Fazer o registo na ficha de seguimento de cada paciente, tendo o cuidado de colocar as datas de consulta seguinte específicas para que o paciente não seja considerado faltoso/abandono.
- Prescrever ARV's e tratamentos profiláticos (se aplicável) para cada paciente.
- Caso se aplique, preencher as requisições de análises laboratoriais para o membro do grupo que terá a consulta seguinte.
- Registar no cartão e no processo clínico dos pacientes (capa do processo, ficha de seguimento e ficha de APSS/PP) com a sigla «GAAC» para identificar o paciente no GAAC.
- Marcar no cartão dos pacientes 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).

- Caso por alguma razão o paciente seja retirado do GAAC, deve-se:
 - Providenciar seguimento de acordo com o caso clínico.
 - Registar na ficha de seguimento e na folha de continuação e colocar a data de suspensão.

APSS/PP

- Preencher o livro de registo do GAAC.
- Actualizar o endereço e contacto telefónico bem como o estado serológico do cônjuge de cada paciente.
- 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 Unidade Sanitária.
 - Organização dos encontros comunitários e que assuntos devem ser abordados em cada tipo de encontro (antes e depois da consulta).
 - Procedimento 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 dos membros do grupo fazerem a consulta médica e as análises de rotina (Carga Viral, CD4, Hemograma e Bioquímica.) de forma rotativa.
 - Importância de continuarem aderentes ao tratamento.
 - A possibilidade dos 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 os processos clínicos em pastas e atribuir nome a cada GAAC.
- Arrumar as pastas GAAC em cacifos/gavetas, separados e exclusivos para pacientes em GAAC.

- Encaminhar os pacientes para consulta de APSS/PP antes da consulta clínica.

Fase de Seguimento

Na fase de seguimento, os pacientes 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 paciente.
- Providenciar aconselhamento de reforço de adesão ao paciente.
- Actualizar a ficha de monitoria de saldos de ARVs dos membros do grupo.
- Actualizar o livro de registo do GAAC.
- Registar no cartão e processo clínico 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 paciente para o gabinete clínico.

Consulta Clínica

- Reavaliar os critérios de elegibilidade do paciente ao GAAC.
- Reavaliar o estado clínico do paciente presente e actualizar o respectivo processo clínico.
- 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 do paciente as datas de:
- APSS/PP para o reforço de adesão (após de 6 meses).
- Consulta clínica (após de 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 CD4, carga viral e outros testes laboratoriais de acordo como o cronograma de seguimento.
- Os resultados de laboratório poderão ser enviados à recepção para arrumação nos processos ou recolhidos e guardados pelos doentes 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 do paciente e informar ao paciente.
- Actualizar o Livro de Registo Diário de ARVs (LDRA) antes de arquivar os FILAs.
- Registar nos FILAs dos membros do grupo, que se trata de pacientes 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).

Dispensa trimestral

Descrição

A dispensa trimestral de ARVs consiste na disponibilidade de medicamentos ARVs para um período de três meses de uma só vez para o paciente estável. A dispensa para três meses é feita em US seleccionada pelo nível central. Todos os pacientes que entram para a dispensa trimestral devem seguir o cronograma de consultas clínicas do modelo de fluxo rápido, ou seja, consultas clínicas semestrais.

Nota: Esta abordagem é sempre implementada com o cronograma de consultas clínicas do Fluxo Rápido, ou seja, consultas clínicas semestrais (ou trimestrais para crianças de 2-9 anos).

Critérios de Elegibilidade

- Ter idade ≥ 2 anos.
- Ser paciente estável.
- Não ser gestante ou lactante em seguimento na CCR.
- Ter conhecimento do seu sero-estado para HIV, caso contrário, deverá vir acompanhada (a partir dos 9 anos já pode ter RD completa).
- Para criança dos 2 – 9 anos, deve ter um cuidador responsável. Se o cuidador for HIV+ e em TARV, o mesmo também deve reunir critérios para inclusão na dispensa de ARVs para 3 meses.
- Não estar envolvido em outro MDS, com exceção do Fluxo Rápido e abordagem familiar.
- Manifestar interesse em aderir a dispensa trimestral.

Nota: : Quando este modelo é seguido por crianças e seus cuidadores em simultâneo, a frequência das visitas do par criança/cuidador deve ser ajustada ao calendário de seguimento clínico da criança.

A lactante que estiver a fazer fluxo rápido, não deve ser submetida a dispensa trimestral, mesmo que a US esteja a implementar dispensa trimestral de ARVs. Nestes casos, ela deverá manter-se no FR com levantamento mensal de ARVs segundo o fluxo da farmácia recomendado para as paragens únicas.

TABELA 6: CRONOGRAMA DE SEGUIMENTO DE PACIENTES ≥ 2 ANOS DE IDADE NO MODELO DE DISPENSA

SERVIÇO	PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO
Consulta clínica	Semestral (pacientes maiores de 10 anos= Trimestral (Crianças de 2 a 9 anos, pacientes em TPI=
Consulta de APSS/PP	Trimestral
Farmácia – Levantamento de ARVs e/ou medicamentos profiláticos (se aplicável)	Trimestral
Laboratório - Carga Viral CD4, Glicémia, Creatinina, ALT/AST, TGs/Col	Anual Semestral

Casos específicos

Tratamento Profilático com a Isoniazida

O tratamento profilático com Isoniazida (TPI) não deve ser uma contra-indicação para entrar na dispensa trimestral. Se o paciente estiver a receber TPI, deve ser instruído para:

- Seguir consultas clínicas trimestrais enquanto estiver em TPI.
- Levantar os ARVs e Isoniazida trimestralmente.
- Marcar consulta clínica imediata perante o surgimento de qualquer sinal ou sintomas sugestivo de toxicidade por INH (hepatite e neuropatia periférica) ou de TB activa.

Tratamento Profilático com o Cotrimoxazol

Assim como o TPI, o TPC não deverá ser uma contra-indicação para a entrada na Dispensa Trimestral. Neste caso, o calendário de seguimento nas consultas não se altera e o paciente levanta CTX na mesma frequência de levantamento dos ARVs (mensal mediante receitas pré-datadas ou trimestral se houver dispensa trimestral).

Crítérios para a saída dos pacientes da Dispensa Trimestral

Após ter iniciado a dispensa trimestral, o clínico poderá decidir pela suspensão e voltar ao aviamento mensal, caso seja comprovado a existência de uma das seguintes condições:

- Diagnóstico de uma nova gravidez.

- Crianças e adultos que se tornam instáveis.
- Em caso de crianças, retirar também da dispensa trimestral se:
 - Apresentar um novo cuidador que não esta ainda familiarizado com a doença da criança.
 - Um cuidador cuja situação torna-se instável.
- Perda dos medicamentos por duas vezes seguidas.
- Caso o paciente deseja trocar de estratégia, por exemplo passar para um GAAC.

Descrição de actividades e responsabilidades dentro do modelo de Dispensa Trimestral

Consulta Clínica

Paciente novo

- Confirmar os critérios de elegibilidade do paciente a dispensa trimestral.
- Caso o paciente não tenha critérios, avaliar para outros modelos e seguir procedimento de reforço da adesão/despiste de falência terapêutica / reações adversas aos medicamentos.
- No caso de confirmação da elegibilidade, explicar o cronograma de seguimento do paciente neste modelo.
- Registrar no cartão do doente e processo clínico (ficha de APSS/PP e na capa do processo), que se trata de um paciente na dispensa trimestral com a sigla DT.

Paciente em manutenção

- Rever os critérios de elegibilidade do paciente a Dispensa trimestral.
- Verificar se está nitidamente registado no cartão e no processo clínico que se trata de um paciente na Dispensa trimestral.
- Rever o cronograma de seguimento com o paciente.
- Verificar a existência de critérios de saída do Fluxo Rápido e dar o respectivo seguimento.

Para paciente novo e em manutenção

- Actualizar a ficha de seguimento e agenda de consulta (caso exista).
- Fazer as receitas de ARVs e de medicamentos profilácticos (se aplicável) válidas para 6 meses para levantamento trimestral.
- Na receita deve constar o NID, nome do paciente e o clínico deve indicar claramente se o paciente está na Dispensa Trimestral.
- O clínico deve explicar que uma cópia da receita fica com o paciente e que a receita deverá ser guardada para os sucessivos levantamentos ao longo do período de 6 meses.
- Preencher e entregar a requisição de análises a serem feitas antes da consulta seguinte.
- Registrar as datas de consultas seguintes:
 - APSS/PP para o reforço de adesão (após 3 meses).
 - Consulta clínica (após 6 meses para pacientes >10 anos ou 3 meses para crianças 2 a 9 anos e pacientes em TPI).
 - Visita ao laboratório com tempo suficiente para que os resultados estejam disponíveis na consulta seguinte.
- Caso por alguma razão o paciente seja retirado da dispensa trimestral, deve-se:
 - Providenciar seguimento de acordo com o caso clínico.
 - Registrar na ficha de seguimento e na folha de continuação, e colocar a data de suspensão.

APSS/PP

- Actualizar o endereço e contacto telefónico bem como o estado serológico do cônjuge do paciente.
- Providenciar aconselhamento de reforço de adesão aos pacientes.
- Registrar no cartão e processo clínico a data da consulta seguinte de APSS/PP.
- Encaminhar ao gabinete clínico os pacientes que têm consulta clínica semestral marcada no mesmo dia.

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 ao gabinete clínico.

Laboratório

- Colher as amostras de sangue para CD4, carga viral e outros testes laboratoriais de acordo como o cronograma de seguimento.
- Os resultados de laboratório poderão ser enviados à recepção para arrumação nos processos ou recolhidos e guardados pelos doentes de acordo com os critérios da US.

Farmácia

Quando o paciente chega a farmácia, o técnico de serviço deve observar através da receita se o paciente irá levantar medicamentos para 3 meses de uma só vez (pacientes na Dispensa Trimestral). Assim terá as seguintes responsabilidades:

- Aconselhar o paciente sobre a dispensa trimestral e dar orientação dos próximos contactos com a US.
- Aviar os medicamentos para 90 dias (3 meses).
- Aconselhar o paciente com foco na boa conservação dos medicamentos e reforçar a importância de **não compartilhar os medicamentos** com outros membros da família e/ou amigos.
- Actualizar na receita a data de levantamento, quantidade aviada, saldo e data do próximo levantamento (**Por Exemplo:** numa receita com 180 comprimidos, o técnico de farmácia indica $180 - 30 = 150$) e entregar a receita de volta ao paciente.
- Colocar as datas do levantamento seguinte no cartão do paciente e informar ao paciente.
- A cópia da receita fica com o paciente e a original deve ser anexada ao FILA do paciente na farmácia. O paciente deverá ser informado que a receita deverá ser guardada para os sucessivos levantamentos ao longo do período de 6 meses.

- Ao levantamento de medicamentos no 3º mês, informar ao paciente que para o seguinte levantamento ele deverá chegar com uma nova receita, que só pode ter na consulta clínica.
- Actualizar a FILA e marcar como dispensa trimestral.
- Actualizar o Livro de Registo Diário de ARVs (LRDA).
- Caso o farmacêutico receba uma receita apenas para 30 dias, mas verifique que se trata de uma FILA de um paciente que previamente estava na dispensa trimestral, este deve verificar com o clínico se o paciente foi retirado da dispensa trimestral ou se foi um erro de prescrição. Caso seja um erro isto deve ser retificado.

Nota: para maiores esclarecimentos sobre a gestão dos FILAs e dos registos na farmácia, referir ao Guião de Gestão de ARVs Dispensa para 3 meses, V.1.0, República De Moçambique Ministério Da Saúde, Julho 2016.

Recepção

- Organizar os processos clínicos no arquivo geral, de acordo com as normas nacionais.
- Encaminhar os pacientes para consulta de APSS/PP antes da consulta clínica.

MDS para a provisão de atendimento integrado

O atendimento integrado pode ser entendido de duas formas diferentes:

1. Modelos integrados que providenciam serviços na forma de paragem única em que o paciente recebe todos os serviços de que precisa, no mesmo gabinete, no mesmo dia e pelo mesmo profissional de saúde.
2. Modelos integrados que providenciam atendimento clínico ao agregado familiar no mesmo gabinete e ao mesmo tempo, ainda que sem fornecer todos os serviços no mesmo local (os pacientes ainda têm que frequentar a farmácia e o laboratório).

Abordagem Familiar

Descrição

A Abordagem Familiar (AF) é um modelo que surge como uma alternativa para melhorar a qualidade de cuidados oferecidos aos membros da mesma família que recebem cuidados, com enfoque para a criança, adolescente e par mãe-filho (s).

Considera-se um grupo de família quando no agregado familiar existem pelo menos 2 membros infectados por HIV.

Este modelo consiste no atendimento do agregado familiar, no mesmo dia, no mesmo gabinete clínico 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 pacientes em cuidados, particularmente das crianças. Ajuda também no processo de revelação do sero-estado no seio da família.

Critérios de Elegibilidade

- Todos os pacientes HIV positivo (criança, adolescente, jovem e adulto), em pré-TARV e/ou TARV, independentemente da data do diagnóstico, estadio clínico ou imunológico.
- Ser membro do mesmo agregado familiar e estar em seguimento na mesma Unidade Sanitária.
- Revelação do sero-estado total entre os membros da família com idade recomendável, independentemente de haver sero-discordância.
 - Em crianças com idade ≥ 7 anos, iniciar o processo de RD em coordenação com os pais ou responsáveis pela família.
- Aceitar fazer parte do grupo de família.

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

- Parceiro sero-discordante.
- Pais ou cuidadores sero-negativos de crianças HIV+, que tenham alguma doença crónica e que estejam em seguimento naquela US (**Exemplo:** HTA, Diabetes, etc).
- Outros filhos sero-negativos ou irmãos sero-negativos das crianças HIV+ do grupo de família, que tenham alguma doença crónica que requeira seguimento naquela US.
- Cuidadores (que não sejam pais biológicos) das crianças HIV+. Neste caso, só entram na abordagem familiar se o agregado tiver pelo menos dois membros da família HIV+.

Cronograma de Seguimento

Tendo em conta os critérios de elegibilidade para pertencer ao grupo de família (podem ser inclusos tanto pacientes 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 ARVs mensalmente 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 em algum outro modelo diferenciado que reduza o número de visitas à US (nomeadamente fluxo rápido e/ou dispensa trimestral).

- Todos os membros de um agregado familiar podem ser inclusos no fluxo rápido e/ou dispensa trimestral se reunirem os critérios de inclusão recomendados.
- Poderão surgir situações em que parte dos membros dos agregados familiares contendo crianças, possam ser inclusos no fluxo rápido com ou sem dispensa trimestral e os restantes continuarem nas consultas mensais. Estas condições são as seguintes:
 - O agregado familiar que tem pelo menos 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.

Nota:

- Nestes casos, o membro instável deverá ser acompanhado mensalmente por um adulto (fixo ou de forma rotativa) até que reúna os critérios de estabilidade.
- Os critérios de suspensão do fluxo rápido e da dispensa trimestral são os mesmos descritos no respectivo modelo.

TABELA 7: CRONOGRAMA DE SEGUIMENTO NA ABORDAGEM FAMILIAR

SERVIÇO	PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO
Consulta clínica	<p>Mensal nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Famílias em que o chefe do agregado é clinicamente instável. • Famílias com apenas um adulto e que contenham pelo menos uma criança com idade ≤ 2 anos ou criança ≥ 2 anos ou adolescentes clinicamente instáveis. <p>Trimestral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agregados com crianças entre 2 e 9 anos em que todos são clinicamente estáveis. <p>Semestral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agregados compostos por adultos e adolescentes ≥ 10 anos em que todos são clinicamente estáveis.
Consulta de APSS/PP	<p>Mensal: Para agregados que fazem consultas clínicas mensais.</p> <p>Trimestral: Para agregados que fazem consulta clínica trimestral ou semestral.</p> <p>Nota: cada paciente deve ser avaliado individualmente para identificação de suas necessidades para APSS/PP. Pacientes com necessidades especiais, devem ser encaminhados sempre que necessário para sessões de APSS/PP individualizadas.</p>
Farmácia – Levantamento de ARVs e/ou medicamentos profiláticos (se aplicável)	
US sem Dispensa Trimestral	<p>Levantamento de ARV mensal para cada um dos membros do agregado familiar.</p> <p>Neste caso, os membros adultos do agregado familiar, podem de forma rotativa, encaminhar as receitas médicas de todos os membros do agregado à farmácia e fazer o levantamento dos ARVs para todo o agregado familiar.</p>
US com dispensa trimestral	Levantamento trimestral para os membros do agregado familiar que estiverem neste modelo.
Laboratório	<p>Semestral (todas análises)</p> <p>Anual (para CV suprimida).</p>

CrITÉRIOS para suspensão da Abordagem Familiar

- Os membros de um agregado familiar poderão decidir abandonar este modelo de cuidados a qualquer altura.
- Não há critérios clínicos que recomendem a saída deste modelo. Os membros do agregado familiar com problemas de adesão, carga viral detectável ou que requerem atendimento de APSS/PP individualizado, devem ser referidos às consultas de seguimento da adesão mensal para seguimento segundo o algoritmo, sem porém, excluí-los da dinâmica da família.

Descrição de actividades e responsabilidades dentro do modelo de Abordagem Familiar

Identificação dos pacientes para Abordagem Familiar

- Os pacientes elegíveis para entrar no modelo de abordagem familiar, deverão ser identificados a cada consulta, pelo clínico e/ou pessoal de APSS/PP na US.
- O par mãe/cuidador e filho, deve se encorajado a fazer parte da abordagem familiar e a cada consulta, encorajá-los a trazer parceiros e outros membros do agregado familiar para o rastreio.
- Dentro das actividades de Prevenção Positiva, é prioritária a promoção da revelação do sero-estado ao parceiro/a. Neste sentido, é importante que os profissionais se lembrem de perguntar aos pacientes pelo sero-estado dos seus parceiros, pois, muitas vezes estes já fazem seguimento na mesma ou noutra US e poderiam ser incluídos na abordagem familiar.
- Antes de avançar com a criação de um grupo para Abordagem familiar, deve-se garantir que todos os adultos que irão participar no grupo, conhecem o sero-estado dos restantes membros. Todos os membros adultos deverão concordar em formar parte do grupo de forma explícita, garantindo que esta decisão seja tomada individualmente (entrevista individual a cada membro em separado).
- Os pacientes deverão ser submetidos a avaliação para aprovação apenas a partir da 2ª consulta clínica de seguimento (15 – 30 dias após o diagnóstico ou inscrição nos cuidados).

Registo das famílias e organização dos processos

- Para cada família deve ser atribuído um número de identificação do grupo familiar, Por Exemplo: AF1, AF2, AF3.
- Os integrantes do grupo familiar devem ser registados num livro de registo separado, com a lista dos integrantes e seus respectivos NIDs.
- O número da família deve ser registado na capa do processo, no FILA e no cartão de cada componente da família.
- Os processos deverão ser guardados juntos num cacifo de «Abordagem Familiar», por ordem numérica e crescente dos grupos. Todos os processos da mesma família, deverão ser agrupados numa pasta, na capa da qual deverá constar o número do grupo e a lista dos membros com seus respectivos NIDs.
- Todas as fichas de seguimento, receitas e requisições das análises devem ser registadas com o número da família.
- No Livro TARV e no SESP, deve ser identificado o código da família no campo correspondente para cada um dos membros.

Organização dos FILAS

- Os FILAS devem estar agrupados por famílias em pastas suspensórias e arrumados em cacifos específicos para grupos familiares, organizados por ordem crescente dos números de família.
- Cada família deve estar identificada pelo seu número específico.

Em cada FILA e receita médica, deve estar registado o número de identificação correspondente da família.

2. Clubes de Adesão

Descrição

O Clube de Adesão é um modelo diferenciado de atendimento integrado em forma de paragem única. Os Clubes de Adesão são grupos que variam entre 15 a 30 pacientes em TARV, que reúnem-se regularmente a cada três meses, para uma sessão em grupo de 45-60 minutos e no final da sessão os membros recebem o tratamento antirretroviral.

Os Clubes de Adesão visam a criação de um ambiente mais conveniente às necessidades dos pacientes dentro da Unidade Sanitária, onde são divulgados e discutidos conteúdos relevantes para a saúde individual e colectiva.

As sessões de rotina dos clubes são lideradas pelo pessoal leigo de saúde devidamente preparados (conselheiro, trabalhador comunitário de saúde, educador de par) sob a supervisão de um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro ou agente de medicina, que não está presente durante a sessão do clube. O responsável deste modelo na Unidade Sanitária é um clínico (médico ou técnico de medicina).

Em cada sessão do clube, os pacientes serão avaliados pelo facilitador (peso e rastreio de sintomas), participarão de uma actividade de apoio/educação em grupo e receberão a sua medicação pré-empacotada para 1 ou 3 meses na sala/local onde tem lugar a sessão do clube. Os pacientes podem ser vistos por um conselheiro de forma individual caso solicitem e os pacientes com sintomas/problemas clínicos recebem uma consulta individual com o clínico do clube (enfermeiro ou agente de medicina) no mesmo dia. Se indicado, o paciente será encaminhado para o técnico de medicina/médico.

Semestralmente, todos os membros do clube devem ter uma consulta clínica e uma consulta de APPS/PP individual e durante a sessão anterior do clube (3 meses antes) deve-se assegurar que são feitas as análises laboratoriais pertinentes para que os resultados estejam disponíveis durante a consulta clínica semestral (a colheita de amostras será feita no local onde acontecem as sessões do clube).

Nota: Este é um modelo de excelência aplicável principalmente mas não só, a US de grande fluxo e com recursos humanos/materiais e de espaço e privacidade suficientes para garantir sua viabilidade. Estas US deverão ter capacidade para aviar medicamento por períodos de 3 meses para os pacientes, podendo ser implementado em US ainda sem dispensa trimestral, contudo, isto implica cargas de trabalho maiores (sessões mensais ao invés de trimestrais).

Critérios de elegibilidade

- Ter idade ≥ 10 anos.
- Ter a revelação total do diagnóstico.
- Clinicamente estável e a receber TARV (qualquer linha) por um mínimo de 6 meses.
- Não ser gestante ou lactante.
- Ter conhecimento do seu sero-estado para o HIV.
- Não estar envolvido em outro MDS, com exceção da dispensa trimestral.
- Manifestar interesse em aderir ao modelo de clubes de adesão.

Particularidades

A critério da US, os pacientes poderão ser agrupados dentro dos clubes, atendendo às suas características. **Por exemplo:** poderá ser promovida a criação de clubes para adolescentes ou para pacientes em segunda linha de tratamento.

Para adolescentes dos 10 – 14 anos, devem ter revelação do diagnóstico total e que venham as consultas clínicas sozinhos.

- **Clubes de adolescentes e jovens (exclusivos):**
 - Pacientes de 15-19 anos de idade.
 - Para não entrar em choque com o horário escolar, pode-se considerar a marcação das sessões do clube em horários amigáveis.
- **Clubes de adesão para pacientes em 2ª linha TARV:** Os pacientes com diagnóstico de falência e que requerem de troca de linha, ou aqueles que já se encontram em tratamento de segunda linha, poderão ser agrupados em Clubes de Adesão por forma a garantir um maior controlo e monitoria dos mesmos.

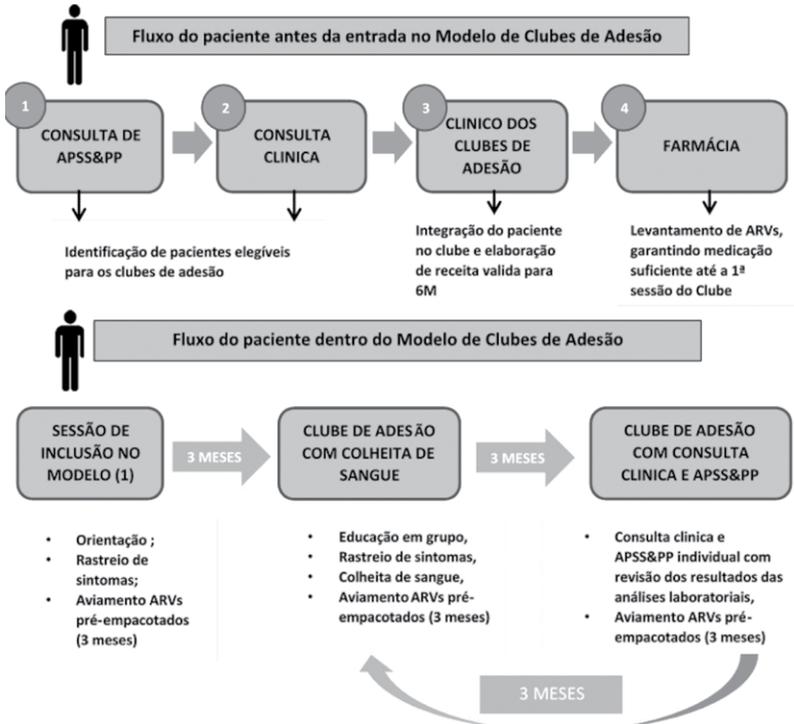
Contudo, uma mistura entre pacientes na 1ª e 2ª linha deve ser encorajada, pois permite a partilha de experiências sobre os desafios de TARV na 2ª linha e fortalece a adesão dos pacientes da 1ª linha.

- **Gestão dos pacientes com CV>1,000 cópias/ml e clinicamente estáveis:** Os pacientes que encontram-se dentro do modelo de Clubes de Adesão, se a qualquer altura for detectado um problema de adesão ou estes tiverem um resultado de CV acima de 1000 cópias/ml, deverão iniciar um processo de avaliação/reforço da adesão intensificado (com periodicidade mensal de visitas de APSS/PP), no sentido de corrigir os problemas e se necessário, chegar-se ao diagnóstico de falência ao tratamento em uso. Contudo, poderão permanecer na dinâmica dos Clubes, se eles assim o quiserem, pois esta dinâmica tem demonstrado a sua eficácia na melhora da adesão/retenção dos pacientes em cuidados e tratamento.
- De forma excepcional, a **mulher que ficar grávida fazendo parte de um Clube de Adesão** e que deseja continuar a participar das dinâmicas do Clubes, poderá continuar a participar dos encontros do grupo. Esta mulher deverá ser referida para seguimento na paragem única de SMI.

TABELA 8: CRONOGRAMA DE SEGUIMENTO DE PACIENTES NOS CLUBES DE ADESÃO

SERVIÇO	PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO
Consulta clínica individual	Semestral
Consulta de APSS/PP em grupo e individual	Trimestral e Semestral respectivamente
Exames laboratoriais	Semestral
Avaliação de peso e rastreio de doenças comuns	Trimestral
Levantamento de ARVs e medicamentos profiláticos	Trimestral (mensal para US sem dispensa trimestral)

FIGURA 1: FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DE PACIENTES NO CLUBE DE ADESÃO



a) Descrição das actividades e responsabilidades em cada sector dentro do modelo de Clubes de Adesão

Equipa de gestão da Unidade Sanitária: Antes do início das actividades do modelo

1. Organizar uma equipa na Unidade Sanitária que será responsável pela gestão dos Clubes de Adesão e que deve incluir as seguintes figuras/membros:
 - Gestor dos Clubes de Adesão (Técnico de Medicina ou Médico).
 - Clínico dos Clubes de Adesão (TMG, Enfermeiro ou Agente de Medicina com formação em TARV).
 - Facilitador dos Clubes de Adesão (Pessoal leigo formado em APSS/PP e com capacidade para realizar aconselhamento em saúde).
2. Identificar um espaço dentro da Unidade Sanitária onde possam ser organizadas as sessões dos clubes:
 - Identificar um local dentro da Unidade Sanitária que garanta a privacidade. A identificação e adequação do espaço para os clubes deve ser realizada e completada pelo gestor dos Clubes de Adesão antes da introdução do modelo na Unidade Sanitária.
 - A configuração sugerida para o espaço do clube para uma sessão de grupo de rotina, é ter os membros do clube sentados em círculo, com o facilitador fora do círculo, sentado numa mesa onde disporá dos registos e a medicação pré-empacotada para cada membro do clube. Desta forma, os pacientes podem ser vistos pelo facilitador com relativa privacidade para avaliação do peso e rastreio de sintomas, e aviamento da medicação.
3. Devem ser criadas condições de registo específicas para fazer possível a monitoria das actividades dos Clubes. Os pacientes são seguidos nas visitas de rotina dos clubes através das Ficha de Registo dos Clubes, e dos FILAS. Todos os FILAS a nível da farmácia devem ser arquivados juntos.

Equipa responsável pelos Clubes de Adesão: Identificação e encaminhamento dos pacientes

1. O gestor dos Clubes deverá definir o número máximo de clubes que a US é capaz de acomodar. Deverá identificar as datas para o começo de novos clubes e identificar os clubes existentes que podem incluir novos membros.
2. Uma vez identificado um paciente como elegível para o modelo, ele deverá ser encaminhado ao gestor dos clubes, que deverá confirmar a elegibilidade e enquadrar o paciente num clube (caso existam vários clubes na Unidade Sanitária). O paciente deverá ser informado sobre a data, a hora e o local onde decorrem as sessões do clube. Assim mesmo, o paciente deve ser claramente informado para dirigir-se directamente ao local do clube sem passar previamente pela recepção.
3. O gestor deverá registar toda a informação sobre o número do clube, data, hora, etc. no cartão de identificação do paciente e no processo clínico de forma clara e visível.
4. O gestor deve elaborar uma receita que garanta medicamentos até a data da primeira sessão do Clube.
5. O paciente só se considera recrutado para o clube quando chega à primeira visita ao clube, contudo, deve ser registado na ficha de registo do clube no momento em que é identificado, para que a medicação pré-empacotada esteja disponível na primeira sessão marcada.

Equipa responsável pelos Clubes de Adesão (Preparação das sessões dos clubes)

TABELA 9: RESPONSABILIDADE DAS ACTIVIDADES DE PREPARAÇÃO DAS SESSÕES DOS CLUBES ANTES DE UMA SESSÃO ROTINEIRA

ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL
Fazer o pré-empacotamento dos medicamentos a serem entregues aos pacientes 1-2 dias antes da sessão com devida identificação.	Farmacêutico/Assistente de Farmácia
Verificar que a medicação pré-empacotada esteja disponível na manhã antes da visita ao clube e que todas as outras condições estão criadas.	Clínico dos Clubes de Adesão e Farmacêutico/Assistente de Farmácia
Verificar no dia anterior se a sala do clube está disponível e preparada.	Facilitador dos Clubes de Adesão
Levar o registo do clube antes da sessão.	Facilitador dos Clubes de Adesão
Recolher a medicação pré-empacotada na Farmácia antes da sessão para ser distribuída no final da sessão do clube.	Facilitador dos Clubes de Adesão

TABELA 10: RESPONSABILIDADE DAS ACTIVIDADES DE PREPARAÇÃO DAS SESSÕES DOS CLUBES ANTES DE UMA SESSÃO COM REALIZAÇÃO DE ANÁLISES LABORATORIAIS

ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL
Preencher os formulários de laboratório para requisição da carga viral e outros testes que sejam necessários.	Clínico dos Clubes de Adesão
Levar para o local do clube todos os insumos necessários para a colheita de sangue (tubos de colheita, agulhas, seringas, etc.).	Clínico dos Clubes de Adesão

TABELA 11: RESPONSABILIDADE DAS ACTIVIDADES DE PREPARAÇÃO DAS SESSÕES DOS CLUBES ANTES DE UMA SESSÃO DO CLUBE COM CONSULTA DE APSS/PP E CONSULTA CLÍNICA SEMESTRAL INDIVIDUAL

ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL
Lembrar 1-2 dias antes ao pessoal da recepção que haverá uma visita clínica e de APSS/PP individual dos membros do clube de adesão.	Facilitador/Gestor dos Clubes de Adesão
Organizar os processos clínicos dos membros do clube 1-2 dias antes da data prevista do encontro do clube, assegurando que todos os resultados das análises laboratoriais estejam dentro dos processos clínicos.	Facilitador dos Clubes de Adesão

Equipa responsável pelos Clubes de Adesão (Durante as sessões rotineiras dos clubes de adesão)

1. **Peso e rastreio de sintomas, incluída medição de TA:** Se um paciente tiver apresentado qualquer um dos seguintes sintomas durante o último mês, o facilitador do clube deve encaminhar o paciente ao clínico responsável do clube:
 - Sintomas sugestivos de TB (tosse, febre, perda de peso, sudoração nocturna e astenia).
 - Gravidez.
 - Qualquer outro sintoma preocupante.

Os pacientes que necessitam de uma consulta, podem ser vistos pelo enfermeiro responsável do clube no final da sessão e serem encaminhados para o Técnico de Medicina/Médico caso necessário.

2. **Abordar as mensagens de prevenção positiva.**
3. **Apresentar mensagens de suporte de adesão.**
4. **Promover palestra participativa para promover a literacia do paciente** (nutrição, saúde sexual e reprodutiva, direitos humanos, estigma e discriminação, educação para a saúde, saneamento do meio, medidas de prevenção, etc).
5. **Aviamento de medicamento,** abordagem de adesão relacionada com a qualidade da toma, dosagens, nome de regimes, horários da toma, etc

Equipa responsável pelos Clubes de Adesão (Dia da consulta de APPS/PP, no mesmo dia que a consulta clínica)

- Aconselhamento de reforço de adesão aos pacientes e avaliação de risco de adesão.
- Oferta de mensagens de Prevenção Positiva.
- Actualização do endereço e contacto telefónico do paciente e do confidente, caso ainda não tenha sido feito.
- Agendamento de consulta semestral caso o paciente não apresente risco de adesão e esteja a cumprir o calendário da consulta clínica e sessões de rotina do clube de adesão.
- Em caso de detecção de problemas de adesão, reforçar a adesão durante pelo menos 3 meses e encaminhar para o gabinete clínico.

Equipa responsável pelos Clubes de Adesão (Dia da consulta semestral individual no Sector de consultas clínicas)

- Os pacientes são vistos individualmente com seus processos clínicos individuais pelo clínico responsável pelos clubes num gabinete clínico.
- Todas as informações relativas à consulta devem ser documentadas no processo clínico.
- Após a consulta, o registo do clube também deverá ser preenchido e a medicação é dispensada pelo facilitador do clube. Nesta ocasião, não haverá dinâmica de grupo, apenas aviamento de medicamentos.

Após a Sessão do Clube

1. Se um paciente não comparece à sessão do clube e não envia um confidente para levantar, há um período de tolerância (5 dias) durante o qual o paciente ainda pode levantar seus medicamentos ou enviar um confidente e ainda assim permanecer no clube.
2. A medicação não distribuída durante a sessão do clube deve ser devolvida à farmácia pessoalmente pelo facilitador do clube.
3. Caso o paciente se apresente durante o período de tolerância, o gestor do clube ou outro membro da equipa que seja designado (facilitador ou clínico do clube) deve observar o paciente, registar a visita no registo do clube (junto com o facto de o paciente ter chegado tarde) e o paciente deverá ir à farmácia para levantar a sua medicação pré-empacotada.
4. É importante que as regras do período de tolerância e a pessoa a quem o membro do clube deve apresentar-se sejam conhecidas e cumpridas por todos os pacientes do clube e todos os funcionários, pois podem constituir critério para exclusão do clube.
5. Uma vez que é obrigatória a presença do paciente nas sessões do clube com colheita e com consultas, deverá ser feita a busca activa dos pacientes que:
 - Tenham enviado um confidente no dia de colheita de sangue ou num dia de consulta clínica e APSS/PP.
 - Tenham enviado o confidente para levantar os medicamentos duas vezes sucessivamente.

6. Caso o paciente não seja encontrado, será removido do clube e a informação será registada no registo do clube, assim como se fornecerá a informação à equipa de M&A para capturar o paciente como faltoso no sistema electrónico e passar ao sistema regular de cuidados. Os processos clínicos dos pacientes que não compareceram durante o período de tolerância devem ser retirados do arquivo do clube.

Equipa da Farmácia

- Pré-empacotar em sacos plásticos a medicação de todos os membros dos clubes de adesão para três meses (um saco por paciente). A medicação de cada paciente deve ser rotulada (NID, nome e regime).
- Identificar no FILA, em lugar visível como “Clube de Adesão” e o número do clube no qual foi alocado (caso existam vários clubes na Unidade Sanitária).
- Organizar de forma separada os FILAs dos clubes de adesão, caso existam vários clubes na Unidade Sanitária segundo o número do clube (todos os FILAs de pacientes no mesmo Clube devem ser arrumados juntos).
- Após a sessão do clube, actualizar o FILA e arrumar no arquivo.
- Actualizar o livro de Registo Diário de ARVs (LDRA) antes de arquivar os FILAs.

Crítérios de saída do clube e de retorno ao sistema regular de cuidados

- O paciente/confidente não comparece durante o período de tolerância e não é localizado.
- O paciente enviou o confidente no dia de colheita de sangue ou num dia de consulta clínica de rotina e não compareceu após busca activa.
- O paciente enviou o confidente para levantar os medicamentos duas vezes sucessivamente.
- O paciente tem resultados de outras análises laboratoriais que requeiram monitoramento mais rigoroso.

- O paciente desenvolve quaisquer condições clínicas que exigem seguimento clínico mais regular pela equipa clínica.
- Outras condições avaliadas durante a consulta clínica individual.
- Solicitação do paciente para retornar ao atendimento regular.

b) Paragem Única de SMI

Descrição

A Paragem Única consiste na integração do seguimento TARV oferecido pelas ESMI no pacote de cuidados para mulheres grávidas (na CPN) e par mãe-filho no período após o parto (CPP e CCR), até a alta do seu bebé da CCR, num mesmo gabinete e pela mesma ESMI.

Os serviços de SMI implementam a Paragem Única para maximizar a qualidade de atendimento da mulher grávida, parturiente, lactante e a sua criança.

O acesso Universal ao TARV ou Opção B+ consiste na oferta de TARV para todas as mulheres grávidas e lactantes HIV positivo para toda a vida independente do CD4, estadio clínico e idade gestacional. A opção B+ deve ser implementada em todas as US que oferecem serviços TARV, numa abordagem de Paragem Única.

Critérios de elegibilidade

A Paragem Única de SMI é recomendada para todas as pacientes que preencham os seguintes critérios:

- Mulheres grávidas e lactantes HIV Positivo e negativo (na Consulta pré-natal).
- Par mãe/acompanhante-criança com motivos de risco para atenção (Consulta da criança em risco).

Cuidados de Saúde Oferecidos a Mulher Grávida na Consulta Pré-Natal

Constam do pacote de cuidados que devem ser oferecidos a toda mulher grávida na consulta pré-natal os seguintes:

1. Cuidados de rotina a toda mulher grávida independentemente do seu sero-estado:
 - Avaliação da idade gestacional em semanas
 - Exame obstétrico completo
 - Rastreio da Hipertensão Arterial e Diabetes
 - Despiste e tratamento da sífilis e outras ITS
 - Prevenção (oferta de rede mosquiteira e TIP Malária) e diagnóstico e tratamento da malária (para as sintomáticas)
 - Prevenção da hemorragia pós-parto através da oferta de Misoprostol (a partir das 28 semanas de gestação)
 - Vacina antitetânica
 - Rastreio e Prevenção da Tuberculose

2. Aconselhamento e testagem para o HIV para toda a mulher grávida com sero-estado desconhecido

3. Seguimento TARV da mulher grávida HIV positivo
 - 3.1. Calendário de seguimento TARV Clínico e Laboratorial na CPN

TABELA 12: SEGUIMENTO CLÍNICO

SERVIÇO	MENSAL
Consulta clínica	Até ao parto
APSS/PP	
Levantamento de ARVs	

TABELA 13: SEGUIMENTO LABORATORIAL

LABORATÓRIO	LINHA DE BASE	MENSAL	6 MESES	12 MESES	A CADA 6 MESES	ANUALMENTE
Carga Viral (Segundo o algoritmo)	Na 1ra CPN (MG em TARV a \geq 3 meses a entrada)	NA	NA	X	NA	X, após 2 CV indetectáveis consecutivas
Hemograma,	X	X	X	X	X	NA
Glicemia, Creatinina	X	NA	X	X	NA	X
ALT/AST	X	X	NA	X	NA	X
CD4	X		X	X	X	NA

Nota: Durante a consulta pré-natal:

Toda mulher grávida deve receber informação sobre a importância do parto institucional e sobre os principais sinais de risco durante a gravidez e parto.

Deve-se elaborar em conjunto com a ESMI o plano para o parto e resposta as complicações obstétricas

Cuidados de Saúde Oferecidos a Mulher na Maternidade

Constam do pacote de cuidados oferecidos a mulher na maternidade os seguintes:

1. Cuidados de rotina a parturiente:

1.1. Na admissão:

- Exame obstétrico completo
- Rastreio da sífilis e administração a primeira dose de tratamento
- Decisão sobre o destino da mulher depois da observação na admissão

Nos casos de partos fora da maternidade que se apresentam na admissão:

Para a Mulher deve-se oferecer:

- ATS para o HIV
- Oferecer a vitamina A e sal ferroso para tomar em casa

Para o Recém-nascido deve-se:

- Verificar o estado do recém-nascido:
 - RN vivo e normal
 - RN prematuro
 - RN com malformação congénita
 - Nado morto
 - Registrar o sexo e peso do recém-nascido

1.2. Na sala de parto, para além das anteriores, deve-se:

- Manejar todas as complicações maternas directas e indirectas conforme as normas e indicar claramente as condutas/procedimentos
- Manejar todas as complicações no recém-nascido conforme as normas e indicar claramente as condutas/procedimentos

Nota: Antes da Alta da Maternidade, toda criança deve ser vacinada com BCG + pólio 0

2. Início do TARV na mulher HIV positivo

3. Profilaxia para criança exposta ao HIV (Xarope de Nevirapina)

Consulta Pós-Parto (CPP)

A Consulta pós- parto consiste na oferta de cuidados a mãe e criança nos primeiros 28 dias após o parto e compreende:

1. Cuidados de rotina para a puérpera e RN

1.1. Puérpera:

- Verificar o estado geral e identificar de complicações obstétricas
- Avaliar o estado nutricional
- Fazer o diagnóstico e tratamento da malária (se apresentar sintomas/sinais)
- Fazer o rastreio e tratamento da Sífilis
- Oferecer sal ferroso e ácido fólico
- Aconselhamento sobre alimentação infantil (amamentação exclusivo nos primeiros 6 meses de vida)

1.2. RN

- Verificar o estado geral, identificar e manejar possíveis complicações

2. ATS (ATIP) – Lactante, parceiro e filhos menores de 10 anos

3. Seguimento TARV da lactante HIV positivo

4. Seguimento do Recém-nascido Exposto ao HIV: Verificar a adesão a toma do Xarope de Nevirapina e a ocorrência de efeitos colaterais

Consulta da Criança em Risco (CCR)

É caracterizado pela oferta de cuidados de Saúde a Mãe e Criança com alguma condição de risco e consiste na oferta das seguintes intervenções numa abordagem de Paragem Única:

Cuidados de rotina para todas as crianças:

- Controlo do crescimento ponderal e avaliação nutricional
- Verificar o calendário vacinal e referir para o PAV caso necessário
- Desparasitação e suplementação com vitamina A

- Avaliação do desenvolvimento psicomotor
- Verificar e registar as condições de risco (Contacto com TB, Desnutrição Aguda, Exposição ao HIV, Sífilis congénita e ver outras condições de risco e manejar)
- Profilaxia para TB (TPI) quando aplicável

2. ATS do HIV para lactantes, parceiros e filhos menores de 10 anos

3. Seguimento clínico e laboratorial da lactante HIV Positivo na CCR

TABELA 14: SEGUIMENTO CLÍNICO DA MULHER LACTANTE HIV POSITIVO

SERVIÇO	MENSAL	TRIMESTRAL
Consulta Clínica	Até aos 9 meses após o parto	Após aos 9 meses pós-parto e TDR HIV negativo da criança que ainda está em aleitamento materno
APSS/PP	Até aos 9 meses após o parto	Após aos 9 meses pós-parto e TDR HIV negativo da criança que ainda está em aleitamento materno
Levantamento dos ARVs	X	NA

TABELA 15: SEGUIMENTO LABORATORIAL

LABORATÓRIO	LINHA DE BASE	MENSAL	6 MESES	12 MESES	A CADA 6 MESES	ANUALMENTE
Carga Viral (Segundo o algoritmo)	3 Meses após o parto	NA	NA	X	NA	X, após 2 CV indetectáveis consecutivas
Hemograma	X	X	X	X	X	NA
Glicemia, Creatinina	X	NA	X	X	NA	X
ALT/AST	X	X	NA	X	NA	X
CD4	X		X	X	X	NA

O seguimento da mulher lactante HIV positivo inclui ainda:

- Oferta de métodos de planeamento familiar
- Oferta de aconselhamento e encaminhamento para o rastreio do cancro do colo do útero

4. Seguimento da Criança Exposta (CE) ao HIV a partir do primeiro mês de idade (incluindo o Diagnóstico Precoce Infantil)

O seguimento da CE ao HIV, inicia a partir do primeiro mês de idade. Estas crianças recebem os devidos cuidados até ao diagnóstico definitivo do HIV, nomeadamente:

- Atendimento de rotina
- Profilaxia com cotrimoxazol (a partir de 1 mês)
- Profilaxia com Nevirapina
- Testes diagnósticos para confirmação ou exclusão da infeção pelo HIV, segundo o algoritmo de DPI

Calendário das consultas:

- Se TDR HIV negativo da criança aos 9 meses e ainda estiver em aleitamento materno passa para Fluxo rápido, com consultas trimestrais até aos 18 meses
- Se TDR HIV positivo da criança aos 9 meses, PCR negativo e em aleitamento materno, manter o seguimento mensal na CCR até aos 12 meses e depois a cada 2 meses até a alta

Critério para alta da CCR

O par Mãe-filho têm alta da Paragem Única da CCR na altura do diagnóstico definitivo da criança:

Criança com resultado definitivo negativo:

- Criança deve ser referida para Consulta de Criança Sadia (CCS)
- Mãe deve ser referida para Serviços TARV

Criança com resultado definitivo positivo:

- Criança e mãe devem ser referidas para Serviço TARV

Fluxo de Farmácia na Paragem Única (PU) de SMI

Novo modelo para as Paragens Únicas: por estoque nivelado.

Estoque Nivelado - é uma quantidade de medicamentos pré-determinada (pela Farmácia, o sector de PU e visada pela Direcção clinica da US) que é reposta semanalmente.

Na Paragem Única da SMI, a ESMI deve:

- Manter o FILA no ficheiro móvel no gabinete
- Fazer o aviamento dos ARVs
- Registrar os levantamentos no simplificado da Paragem Única (PU)
- Dirigir-se semanalmente a Farmácia com o LRDA da PU para a reposição do estoque
- Enviar os faltosos para a Farmácia semanalmente

c) Paragem Única da Tuberculose

Descrição

A Paragem Única da Tuberculose fornece os serviços de HIV e TB de maneira integrada, o que implica que o paciente co-infectado HIV/TB deve receber os cuidados na mesma consulta e deve também ser assistido preferencialmente pelo mesmo clínico. Esta abordagem está a ser implementada especificamente na consulta de tuberculose nas Unidades Sanitárias do país e mostra ter benefícios para o paciente, visto que os cuidados oferecidos são centrados nele.

Esta estratégia não muda nenhuma norma de tratamento e seguimento tanto do tratamento da TB como do HIV, o que significa que este paciente irá fazer o DOT para TB e para o TARV irá levantar os ARV's de acordo com as normas em vigor, bem como cumprir o calendário de seguimento clínico e laboratorial de TARV e receber as profilaxias segundo as normas.

Crítérios de elegibilidade

A Paragem Única de TB é recomendada para todos os pacientes que preencham os seguintes critérios:

- Todos os pacientes com TB, com diagnóstico positivo para o HIV no PNCT.
- Todos os pacientes HIV+, diagnosticados com TB activa e depois referidos ao PNCT.
- Todos os pacientes co-infectados TB/HIV referidos de outras sectores para o PNCT.

Crítérios para a saída dos pacientes da Paragem Única

- Apenas pacientes que terminem o tratamento da tuberculose.

FIGURA 2: ALGORITMO DO FLUXO DOS PACIENTES DENTRO DO MODELO PARAGEM ÚNICA

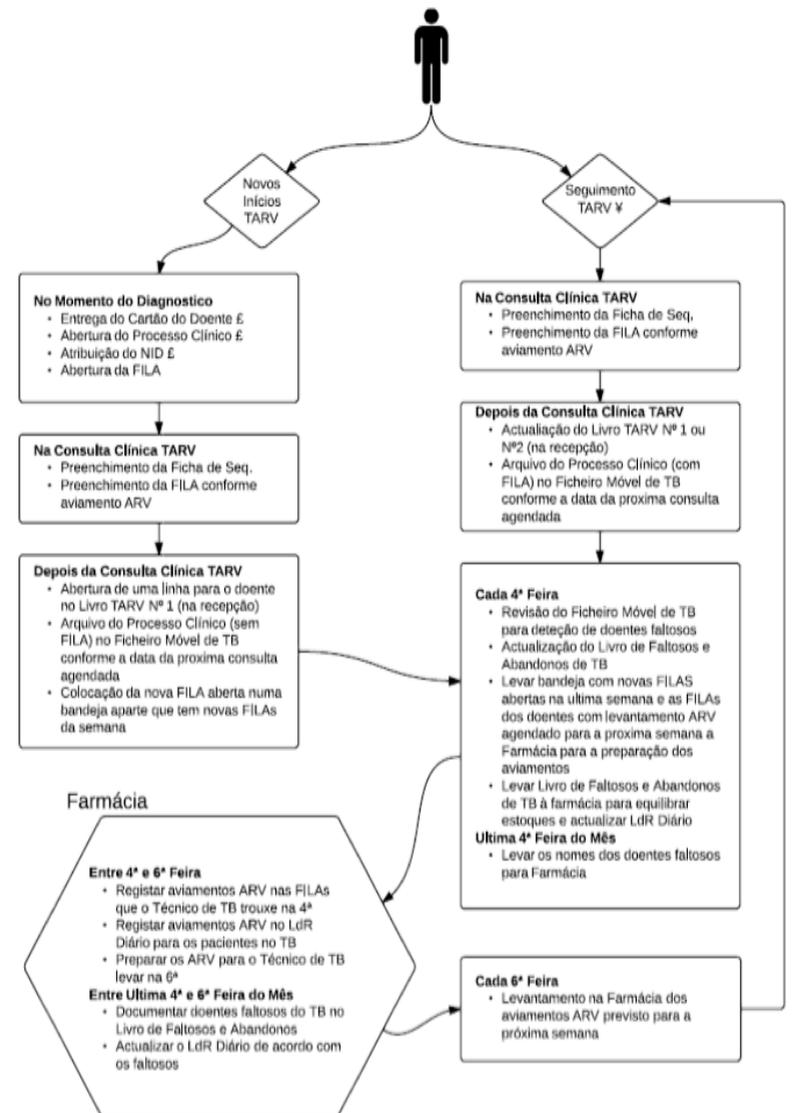


TABELA 16: CRONOGRAMA DE SEGUIMENTO DE PACIENTES NA PARAGEM ÚNICA DE TB

SERVIÇO	PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO
Consulta clínica	Mensal
Consulta de APSS/PP	Mensal/Trimestral
Farmácia – Levantamento de ARVs e/ou medicamentos profiláticos – no local	
US sem Dispensa Trimestral de ARVs	Mensal
US com dispensa trimestral de ARVs	Mensal
Laboratório - Carga Viral CD4, Glicémia, Creatinina, ALT/AST, TGs/Col	Anual Semestral

Descrição de actividades e responsabilidades dentro do modelo de Paragem Única

Consulta clínica

- Verificar/confirmar os critérios de elegibilidade do paciente a Paragem Única e separar/identificar/abrir os processos.
- Após a confirmação da elegibilidade, explicar como está organizada a estratégia na US.
- O paciente co-infectado com TB/HIV, deve iniciar o tratamento TARV segundo as normas.
- O serviço de PNCT deve elaborar o FILA na primeira semana em que o paciente inicia o tratamento da TB e submeter à Farmácia na semana seguinte com as restantes FILAs, de forma a garantir a disponibilidade dos medicamentos (seguir fluxo de farmácia para PU).
- Fazer a receita de ARVs para levantamento mensal e a prescrição dos tuberculostáticos.
- Preencher e entregar a requisição de análises a serem feitas antes da próxima consulta (se aplicável).
- Atribuir o cartão da TB ao paciente.
- Registar na ficha de seguimento e na agenda da consulta (em caso de existir esta agenda).

APSS/PP

- Actualizar o endereço e contacto telefónico bem como o estado serológico do cônjuge do paciente.
- Convidar os contactos do paciente com TB (em particular crianças <14 anos) e referir para o clínico do PNCT para fazer o rastreio.
- Providenciar aconselhamento de reforço de adesão aos pacientes.
- Marcar a próxima consulta trimestral de APSS/PP na folha de seguimento clínico e no cartão do paciente, caso o paciente não apresente problemas de adesão.

Nota: Em caso de deteção de problemas de adesão, reforçar a adesão durante pelo menos 3 meses e se a US tiver ponto focal de apoio psicossocial, solicitar apoio para aconselhamento sempre que necessário.

Laboratório

- Colher as amostras de sangue para CD4, carga viral e outros testes laboratoriais de acordo como o cronograma de seguimento dentro do gabinete, sempre que possível.
- Os resultados de laboratório deverão ser arquivados nos processos clínicos dos pacientes, contidos no ficheiro dentro do PNCT.

Farmácia

Seguir o fluxo de farmácia preconizado para as paragens únicas, que orienta para:

PNCT deve fazer:

- Requisição inicial de ARVs à farmácia para garantir a média de consumo semanal e o stock nivelado para os novos inícios.
- Reporte e requisição semanal de ARVs à farmácia usando os FILAs dos consumos previstos para a semana seguinte e os faltosos da semana anterior.

- Aviamiento dos medicamentos para 1 mês para cada paciente.
- Colocação da data do levantamento seguinte no cartão do paciente e informar o paciente.
- Preenchimento da data da entrega dos ARVs ao paciente no FILA e a data do próximo levantamento.

A Farmácia deve fazer:

- Aviamiento dos medicamentos para PNCT seguindo as necessidades (requisições e justificativos de consumos).
- Preenchimento do LRDA

Organização dos processos

O responsável do PNCT deve garantir a organização dos processos clínicos em cacifos/gavetas separados e exclusivos de pacientes em Paragem Única. Os arquivos devem ser organizados por NIDs e os FILAs em ficheiros móveis.

d) Paragem Única do SAAJ

São seguidas em Paragem Única de SMI no SAAJ:

- Adolescentes Grávidas/Lactantes identificadas como HIV Positivo no SAAJ
- Adolescentes grávidas HIV positivo referidas de outras consultas

As normas de atendimento são as mesmas que aplicada para o atendimento no gabinete de CPN

- Critérios de Alta da PU de SMI do SAAJ
- Adolescente mãe HIV positivo com mais de 20 anos deve ser referida para doenças crónicas
- Adolescente mãe com menos de 20 anos, 3ª gesta deve ser referida para o sector de SMI

Monitoria e Avaliação

A implementação dos Modelos Diferenciados de Cuidados deve ser acompanhada de uma plataforma funcional de Monitoria e Avaliação, que permita medir a cobertura e o impacto dos mesmos, bem como uma correcta tomada de decisão a todos os níveis.

Os instrumentos de registo do Sistema Nacional de Saúde ainda não permitem a colheita e reporte de informação relativa a maioria dos Modelos Diferenciados de Serviços descritos neste guião. Assim sendo, numa fase inicial, o reporte rotineiro destes dados será feito apenas em Unidades Sanitárias com sistemas electrónicos de seguimento de pacientes (SESP), com excepção do indicador de US que oferecem cada MDC.

TABELA 17: INDICADORES A SEREM REPORTADOS, A FONTE DE DADOS E A FREQUENCIA DE REPORTE

Categoria	Indicador	Numerador	Denominador	Fonte De Dados	Periodicidade de Reporte
Cobertura	% de US TARV que oferecem cada MDC	Nº de US que oferecem cada modelo	Nº de US que oferecem TARV	DPS	Trimestral
	% de novospacientes inscritos nos MDC	Nº de pacientes inscritos em MDC no período	Nº de pacientes elegíveis para MDC atendidos no período (excluir pacientes já inscritos no MDS)	SESP	Trimestral
	% de pacientes activos em TARV que estão inscritos nos MDC	Total de pacientes activos em TARV nos MDS até ao final do período	Total de pacientes activos em TARV elegíveis para os MDC até o final do período	SESP	Trimestral



Impacto	% de pacientes inscritos nos MDC com supressão viral (<1.000 cópias/mL)	Nº de pacientes inscritos nos MDC com supressão viral (<1.000 cópias/mL) 12 meses após a inscrição no modelo	Nº de pacientes inscritos nos MDC com um resultado de CV 12 meses após a inscrição no modelo	SESP	Quando necessário
	% PVHIV e em TARV que continuam em TARV 12, 24 e 36 meses após o início do tratamento.	Nº de pacientes que iniciaram TARV nos 12 meses anteriores ao início do período de reporte e que, 12, 24 e 36 meses depois do início de TARV, permanecem em TARV	Nº de pacientes que iniciaram TARV nos 12 meses anteriores ao início do período de reporte. (Deste grupo excluir os "transferidos para".)	SESP	Anual

Anexos Módulo 2

1. Questionário de identificação de pacientes elegíveis aos modelos diferenciados de serviços para cuidados e tratamento 109

Anexo 1: Questionário de identificação da população-chave

A. Identificação do Paciente

Nome: _____ NID: _____

Contacto: _____
 Telefone _____ Residência: _____

Data de Início de TARV: ____/____/____ Tempo de TARV: 6 -
 12M _____ >12M _____ Idade(anos): _____ Sexo: _____ Regime de TARV:

B. Avaliação da Estabilidade do Paciente

Crianças

Em TARV há pelo menos 12 meses: Sim Não

Uma medição de CV<1000 cópias/mm³ avaliada a menos de 3 meses 6M após o início de TARV: Sim Não (Sim = MDC)

CD4 > 750cels/mm³: Sim Não CD4 > 15%: Sim Não (Sim = MDC)

Condição clínica activa do estadio III ou IV: Sim Não (Não = MDC)

Levantou os medicamentos nos últimos 3 meses sem atrasos: Sim Não (Sim = MDC)

Reacções adversas aos medicamentos: Sim Não (Não = MDC)

Cuidador está em algum MDC: Sim Não Se Sim, Qual: _____
 (Sim = MDC)

C. Elegibilidade e/ou Escolha de MDC

Fluxo _____ Rápido _____ Aviamento Trimestral _____ Paragem Única
 TB/CPN/CCR/CPF/SAAJ _____ Abordagem Familiar _____ Distribuição Comunitária de
 ARVs _____ GAAC _____ Clubes de Adesão _____ Outros Grupos de Apoio _____

Adultos

Em TARV há pelo menos 12 meses: Sim Não (Sim: MDC)

Uma medição de CV<1000 cópias/mm³ avaliada a menos de 3 meses

CD4 > 200 cels/mm³: Sim Não CD4 > 25%: Sim Não (Sim = MDC)

Condição clínica activa do estadio III ou IV: Sim Não (Não = MDC)

Levantou os medicamentos nos últimos 3 meses sem atrasos: Sim Não (Sim = MDC)

Reacções adversas aos medicamentos: Sim Não (Não = MDC)

D. Elegibilidade e/ou Escolha de MDC

Fluxo Rápido_____ Aviamento Trimestral_____ Paragem Única
TB/CPN/CCR/CPF/SAAJ_____ Abordagem Familiar_____ Distribuição Comunitária de
ARVs_____ GAAC_____ Clubes de Adesão_____ Outros Grupos de Apoio_____

Referências Bibliográficas

1. Afiado J, Wilkinson L, Cox V, Cragg C, van Cutsem L, Grimsrud A. Resultados de pacientes inscritos em clubes ARTE aderência após viral Conferência re-supressão sobre Retrovírus e infecções oportunistas, Boston, 22-25 fevereiro de 2015.
2. Álamo ST, Wagner GJ, Ouma J, P domingo, Marie L, Colebunders R, et al. Estratégias para otimizar a eficiência clínica em um programa de tratamento anti-retroviral de base comunitária em Uganda. *AIDS and Behavior*. 2013; 17 (1): 274-83
3. Alcorn, Keith (2006). Routine or opt-out counselling and testing: findings from the 2006 PEPFAR meeting. July 27, 2006.
4. ART base comunitária Vandendyck M, Motsamai M, Mubanga M. resultou em excelente retenção e pode alavancar comunidade em-powerment no Lesoto rural, um estudo de método misto. *HIV / AIDS Res Treat Abrir J*. 2015; 2 (2): 44-50.
5. ARTE sistema de distribuição de base comunitária Okoboi S, Ding E, Persuad S, Wangisi J, J Birungi, Shurgold S, Kato D, Nyonyintono H, Egessa A, Bakanda C, Munderi P. pode eficazmente facilitar a retenção programa de longo prazo e de baixo as taxas de morte e falência virológica em Uganda rural. *AIDS Research and terapia*. 2015 12 de novembro; 12 (1): 1.
6. Auld AF, Shiraishi RW, Couto A, Mbofana F, Colborn K, Alfredo C, et ai. A Decade of Antiretroviral Therapy Scale-up em Moçambique: Avaliação de Tendências resultado e Novos Modelos de Prestação de Serviços entre mais de 300.000 pacientes inscritos Durante 2004-2013. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2016; 73 (2): e11-e22.
7. Babigumira JB, Castelnuovo B, Stergachis A, Kiragga A, P Shaefer, Lamorde M, et al. Relação custo-eficácia de um programa de farmácia só de recarga em uma grande clínica urbana HIV / AIDS em Uganda. *PLoS One*. 2011; 6 (3): e18193.
8. Bacha J, Aririguzo L, Wanless S, Ngo K, Campbell L, Shutze G. Os encontros acelerada pediátricos padronizados para iniciativa drogas ARTE: descrição e avaliação de um modelo de entrega inovador ART pediátrico de serviços de saúde na Tanzânia Conferência Internacional AIDS Society 9ª sobre Ciência HIV , Paris, 22-27 julho de 2017.

9. Bango F, J Ashmore, Wilkinson G, L Cutsem, clubes Cleary S. aderência para fornecimento a longo prazo da terapia anti-retroviral: custo-eficácia e análise de acesso de Khayelitsha, África do Sul. *Tropical Medicine & International Health*. De 2016.
10. Bekolo CE, Diallo A, M Philips, et al. espaçamento nomeação semestral para visitas clínicas como um modelo para a retenção no cuidado do HIV em Conakry-Guiné: um estudo de coorte. *BMC Infectious Diseases*. 2017; 17 (1): 766.
11. Bemelmans H, Baert S, Goemaere E, G Wilkinson, Vandendyck H, Cutsem L, et al. modelos apoiados pela comunidade de assistência a pessoas em tratamento do HIV na África sub-saariana. *Tropical Medicine & International Health*. 2014; 19 (8): 968-77.
12. Cawley C, Nicholas S, Szumilin E, Perry S, Amoros Quiles I, Masiku C, et ai. Consultas semestrais como uma estratégia para pacientes de terapia anti-retroviral estável: evidências de sua eficácia a partir de sete anos de experiência em um programa apoiado Médicos Sem Fronteiras no distrito Chiradzulu, Malawi AIDS. 21ª Conferência Internacional sobre SIDA, Durban, 18-22 Julho de 2016.
13. CDC (2006). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *MMWR, Recommendations and Reports*, Atlanta, USA, September 22, 2006.
14. CDC (2006a). CDC HIV/AIDS Science Facts: CDC Releases revised HIV Testing Recommendations in Healthcare Settings. CDC Atlanta, USA, September 2006.
15. City Health Information (2006). Making HIV Testing a Routine Part of Medical Care. The New York City Department of Health and Mental Hygiene, February 2006.
16. Consórcio da África Austral sobre SIDA -SAT, Normas para o aconselhamento de homens que fazem sexo com outros homens, Zimbabwe, 2004.
17. Decroo t, J Lara, Rasschaert F, Bermudez-Aza E, Couto A, Candrinho B, et al. Dimensionamento de grupos de arte comunitária em Moçambique. *Int DST Res Rev*. 2013; 1 (2): 49-59.
18. Decroo t, Koole O, Remartinez D, dos Santos N, Dezembro S, Jofrisse M, et al. retenção e fatores de risco de quatro anos para o atrito entre os membros de grupos de arte comunidade em Tete, Moçambique. *Tropical Medicine & International Health*. 2014; 19 (5): 514-21.

19. Ghys PD, Gouws E, Lyster R, et al. (2010). Trends in HIV prevalence and sexual behavior among young people aged 15-24 years in countries most affected by HIV. *Sexually Transmitted Infections*
20. Grimsrud A, a Sharp J, Kalombo C, Bekker LG, Myer L. Implementação de clubes de aderência de base comunitária para os pacientes de terapia anti-retroviral estável em Cape Town, África do Sul. *Revista da Sociedade Internacional de SIDA*. 2015; 18 (1).
21. Grimsrud A, Lesosky M, Kalombo C, Bekker LG, Myer L. Implementação e Pesquisa Operacional: Community-Based adesão clubes de Gestão das estáveis TERAPIA ANTI-RETROVIRAL Pacientes em Cape Town, África do Sul: um estudo de coorte. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2016; 71 (1): e16-e23.
22. Horwood CM, Youngleson MS, Moses E, Stern AF, Barker PM. Usando abordagens de melhoria da qualidade adaptados para fortalecer os sistemas de saúde baseados na comunidade e melhorar a assistência em países de alto HIV-fardo subsaarianos africanos. *AUXILIA*. 2015; 29: S155-S64.
23. Jaffar S, Amuron B, Foster S, Birungi J, Levin J, Namara L, et al. As taxas de falha virológica em pacientes tratados em uma casa de base em comparação com um modelo de cuidados de HIV à base de instalação em Jinja, sudeste Uganda: um ensaio de equivalência cluster-randomizado. *The Lancet*. 2010; 374 (9707): 2.080.
24. Jakubowski A, Kabami J, Mwai D, Snyman K, Clark t, Ayieko J, et al. A prestação de cuidados de HIV simplificada associada com carga económica reduzida de cuidados de procura entre SIDA adultos infectados pelo HIV. 21ª Conferência Internacional sobre SIDA, Durban, 18-22 Julho de 2016.
25. Jefferys G, Hector J, Hobbins H, J Ehmer, Anderegg N. sobrevivência melhorada e permanência no tratamento e cuidado do HIV: o valor de grupos ART comunidade para pacientes com HIV em ART em rural norte Moçambique. SIDA, a 21ª Conferência Internacional de SIDA, Durban, 2016.
26. Jobarteh K, Shiraishi RW, Malimane I, Gudo PS, Decroo t, Auld AF, et ai. Comunidade Grupos de Apoio arte em Moçambique: O Potencial de Pacientes como parceiros no cuidado. *PLoS ONE*. 2016; 11 (12): e0166444

27. Kaplan S, Oosthuizen C, Stinson K, Little M, Euvrard J, Osler M, et al. desengajamento contemporânea da terapia anti-retroviral em Khayelitsha, África do Sul. 24ª Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas, Seattle, 13-16 February 2017.
28. Khabala KB, Edwards JK, Baruani B, Sirengo H, Musembi P, Kosgei RJ, et al. Adesão à Medicação clubes: uma solução potencial para gerenciar um grande número de pacientes estáveis com várias doenças crónicas nos assentamentos informais. *Tropical Medicine & International Health*. 2015; 20 (10): 1265-1270
29. Kwarisiima D, Kanya MR, Owaraganise A, Mwangwa F, Byonanebye DM, Ayieko J, et al. Altas taxas de supressão viral em adultos e crianças com alta contagem de CD4 + usando um modelo de entrega de ART aerodinâmico no julgamento PESQUISAR em Uganda rural e Quênia. *Journal of Sociedade Internacional da SIDA*. 2017; 20 (Suppl 4): 21673.
30. Luque-Fernandez MAVC, G ; Goemaere, E ; Hilderbrand, K ; Schomaker, M ; Mantangana, N ; Mathee, S ; Dubula, V; Ford, N ; Hernan, MA; Boulle, A. Eficácia de grupos de adesão do paciente como um modelo de cuidados para pacientes estáveis em terapia anti-retroviral em Khayelitsha, Cidade do Cabo, África do Sul. *PLoS One*. 2013; 8 (2): e56088.
31. MacKenzie, RK, van Lettow, M., Gondwe, C., Nyirongo, J., Singano, V. e Banda, V. Mais retenção nos cuidados de entre os adolescentes no tratamento anti-retroviral aceder “adolescente Club” um modelo de atenção diferenciada centrada no adolescente em comparação com padrão de atendimento: um estudo de caso-controlado aninhado em um hospital de referência terciária em Malawi. *Journal of Sociedade Internacional da SIDA*. 2017; 20 (3): e25028.
32. Matambo t, Hildebrand K, CM, Wilkinson L, Van Cutsem L, Bauernfeind A, et al. estratégias de adesão direcionadas para o fornecimento de terapia anti-retroviral transfronteiriça (ART) para trabalhadores agrícolas migrantes em Musina, África do Sul. 19ª Conferência Internacional de Aids, Washington, 22-27 julho de 2012.
33. McGuire M, Pedrono G, Mukhua B, Huckabee M, Heinzemann A, Szumilin E. Otimizando o monitoramento do paciente após o primeiro ano de ART: três anos de implementação consultas clínicas de 6 meses em Malawi rural. *Abstrato para IAS*. 2011.

34. Mesic A, J Fontaine, Sim t, J Greig, Thwe t, Moreto-Planas L, et al. Implicações de cuidados diferenciada para sucesso ARTE aumento de escala em epidemia HIV concentrada em Yangon, Myanmar. *Journal of Sociedade Internacional da SIDA*. 2017; 20 (Suppl 4): 21644.
35. Mody A, Roy H, Sikombe K, salgado t, Holmes C, Bolton Moore C, et ai. Melhor retenção, com seis meses Clinic Retorno Intervalos para Estável pacientes infectados pelo HIV na Zâmbia *Clinical Infectious Diseases*. 2017.
36. Mpima D, J Birungi, Makabayi R, S Kanters, Luzze C. Comunidade terapia anti-retroviral (ART) modelos de entrega de alta retenção paciente e manutenção de uma boa adesão: O suporte SIDA Organização (TASO) descobertas reseach operacionais, projecto financiado CDC / PEPFAR no Uganda. 7ª Conferência IAS sobre a patogénese do HIV, tratamento e prevenção, Kuala Lumpur, 30 junho - 3 julho de 2013.
37. Myer G, Lyun V, Zerbe A, Phillips TK, Brittain K, Mukonda E, et al. Modelos diferenciados de atendimento para as mulheres pós-parto em terapia anti-retroviral em Cape Town, África do Sul: um estudo de coorte. *Journal of Sociedade Internacional da SIDA*. 2017; 20 (Suppl 4): 21636.
38. Naslund JA, Dionne-Odom J, Júnior destinar C, Jogerst KM, Renold Sénécharles R, Jean Louis M, et al. Adaptação e implementação de um programa comunitário para melhorar a retenção no cuidado a pacientes com HIV no sul do Haiti: “Grupo dos 6”. *AIDS Research and Treatment*. 2014; 2014.
39. Nsanzimana S, Remera E, Muhayimpundu R, Burns, t, Dlulu S, Mills EJ, et al. aplicação gradual das visitas clínicas espaçados para pacientes HIV-positivos estáveis no Ruanda para apoiar tratar todos. *Journal of Sociedade Internacional da SIDA*. 2017; 20 (Suppl 4): 21635.
40. Obua C, Kayiwa J, Waako P, Tomson L, Balidawa H, Chalker J, et al. Melhorar a adesão a um tratamento anti-retroviral em Uganda com uma intervenção baseada na facilidade de baixos recursos. *Ação Global Health*. 2014; 7.
41. ONUSIDA (2004). Manual para Legisladores em Matéria de HIV/SIDA, Legislação e Direitos Humanos: Acção para combater o HIV/SIDA em face do seu impacto devastador sobre os aspectos humano, económico e social. Colecção Boas Práticas da ONUSIDA.

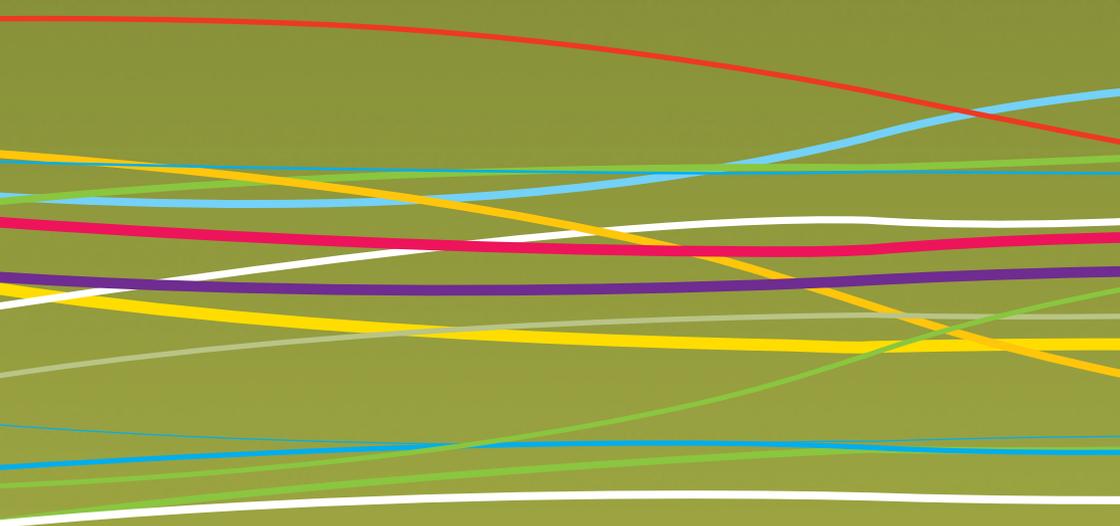
42. ONUSIDA (2005). Estigma, Discriminação e Violação dos Direitos Humanos.
43. Pasipamire G, Kerschberger B, I. Zabsonre I, Ndlovu S, Sibanda L, mamba S, et al. Implementação de combinação modelos recargas ART na Suazilândia rural. Conferência Internacional de AIDS, Durban, 18-22 julho 2016.
44. Pasipamire G, Kerschberger B, I. Zabsonre I, Ndlovu S, Sibanda L, mamba S, et al. Implementação de combinação modelos recargas ART na Suazilândia rural. Conferência Internacional sobre SIDA, Durban, 18-22 Julho de 2016.
45. Pasipamire G, Kerschberger B, I. Zabsonre I, Ndlovu S, Sibanda L, mamba S, et al. Implementação de combinação modelos recargas ART na Suazilândia rural. Conferência Internacional sobre SIDA, Durban, 18-22 Julho de 2016.
46. Pellecchia L, Baert S, S Nundwe, Bwanali A, B Zamadenga, Metcalf CA, et al. “Somos parte de uma família”. Benefícios e limitações dos grupos de arte comunitária (GAC) em Thyolo, Malawi: um estudo qualitativo. Revista da Sociedade Internacional de SIDA. 2017.
47. Prust ML, Banda CK, Nyirenda R, Chimbwandira F, Kalua t, Jahn A, et al. prescrições de multi-mês, recargas de fast track, e grupos de arte da comunidade: resultados de avaliação do processo no Malawi sobre o uso de modelos diferenciados de cuidados para atingir as metas nacionais de tratamento do HIV. Journal of Sociedade Internacional da SIDA. 2017; 20 (Suppl 4): 21650.
48. Rasschaert F, Decroo t, Remartinez D, Telfer B, Lessitala F, Biot M, et al. Adaptar um modelo de entrega de ART baseada na comunidade para as necessidades dos pacientes: a pesquisa de métodos mistos em Tete, Moçambique. BMC Public Health. 2014; 14 (1): 364.
49. Rasschaert F, Telfer B, Lessitala F, Decroo t, Remartinez D, Biot M, et al. A avaliação qualitativa de um modelo grupo de terapia anti-retroviral comunidade em Tete, Moçambique. PloS ONE. 2014; 9 (3): e91544.
50. Roy H, Mukumbwa-Mwenechanya H, Efronson E, Lumpa H, Sharma A, Sikazwe I, et al. Absorção e adaptação de grupos de adesão comunidade na Zâmbia. 24ª Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas, Seattle, 13-16 February 2017 .

51. Selke HM, Kimaiyo S, Sidle JE, Vedanthan R, Tierney WM, Shen C, et al. Task-shifting de entrega anti-retroviral de trabalhadores de saúde às pessoas que vivem com HIV / AIDS: desfechos clínicos de um programa baseado na comunidade no Quênia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2010; 55 (4): 483-90.
52. Sombra SB, Osmand t, Mwangwa F, Owaraganise A, Clark t, Charlebois E, et al. Custo do HIV simplificada cuidado em clínicas do Quênia e de Uganda rurais no Estudo SEARCH. 24ª Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas, Seattle, 13-16 fevereiro de 2017.
53. Tsondai P, G Wilkinson, Grimsrud A, Mdlalo P, Ullauri A, Boule A. altas taxas de retenção e a supressão viral no aumento de escala de clubes terapia de aderência anti-retrovirais em Cape Town, África do Sul. *Journal of Sociedade Internacional da SIDA*. 2017; 20 (Suppl 4): 21649.
54. Tsondai P, G Wilkinson, Henwood R, Ullauri A, Cassidy t, tutu S, et al. Retenção e resultados supressão viral de pacientes inscritos em clubes ART adesão da família em Cape Town, África do Sul. 9ª Conferência Internacional de AIDS Society sobre Ciência HIV, Paris, 22-27 julho de 2017.
55. Um Grimsrud, Patten L, a Sharp J, L Myer, Wilkinson G, Bekker LG. Estendendo intervalos de distribuição para pacientes estáveis em ART. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2014 01 de junho; 66 (2): e58-60.
56. Venables E, Edwards JK, Baert S, Etienne W, Khabala K, Bygrave H. “Eles só vêm, pegar e ir embora.” A aceitabilidade de Medicação Integrado adesão clubes para pacientes de HIV e Doenças Não Transmissíveis (DNT) em Kibera, no Quênia. *PLoS ONE*. 2016; 11 (10): e0164634
57. Venables E, Towriss C, Rini Z, X Nxiba, Solomon S, Cassidy T, et al. “Se eu não estou no clube, eu tenho que passar de uma cadeira para outra”, uma avaliação qualitativa das experiências de pacientes de clubes de aderência em Khayelitsha e Gugulethu, África do Sul. 9ª Conferência Internacional de AIDS Society sobre Ciência HIV, Paris, 22-27 julho de 2017.
58. Vu G, Waliggo S, Zieman B, Jani N, Buzaalirwa G, Okoboi S, et al. Custo anual de terapia anti-retroviral em três modelos de prestação de serviços no Uganda. *Revista da Sociedade Internacional de SIDA*. 2016; 19 (4 5Suppl)

59. Wanless RS, Kim M, Golin R, A Amzel, Ahmed S, Mhango J, et al. Multi-mês prescrição de terapia anti-retroviral e sua viabilidade: experiências de iniciativa Baylor International Pediatric AIDS (BIPAI) em seis países da África Austral. 9ª Conferência Internacional de AIDS Society sobre Ciência HIV, Paris, 22-27 julho de 2017.
60. Wilkinson G, Moyo F, Henwood R, Runeyi P, Patel S, de Azevedo V, et al. Jovens clubes ART adesão: Resultados de um modelo inovador para jovens HIV positivo em Khayelitsha, África do Sul. 21ª Conferência Internacional sobre SIDA, Durban, 18-22 Julho de 2016.
61. Wilkinson L, Harley B, a Sharp J, Solomon S, S Jacobs, Cragg C, Kriel E, Peton N, Jennings K, Grimsrud A. Expansão do modelo de adesão Club para pacientes de terapia anti-retroviral estáveis no Metro Cabo, África do Sul 2011- 2015. *Tropical Medicine & International Health*. 2016 01 de junho; 21 (6): 743-9.
62. Wilkinson LS. ARTE clubes de aderência: Uma estratégia de retenção a longo prazo para os pacientes clinicamente estáveis que receberam terapia anti-retroviral. *Sul Africano Jornal de Medicina de HIV*. 2013; 14 (2): 48-50.



MOÇAMBICANOS E AMERICANOS
JUNTOS NA LUTA CONTRA O HIV / SIDA



I-TECH
International
Training & Education
Center for Health