



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

GUIÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ABORDAGEM DO TESTAR E INICIAR

2016

www.misau.gov.mz





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

GUIÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ABORDAGEM DO TESTAR E INICIAR

FICHA TÉCNICA

Ministério da Saúde

Francisco Mbofana
Aleny Couto
Isabel Pinto
Noela Chicuecue
Florabela Bata
Edna Paunde
Guita Amane
José Tique
Teresa Simione
Admiro Macave
Ivandra Libombo
Roxanne Hoek
Armando Bucuane
Orlando Munguambe
Morais da Cunha
Elisa Tembe
Hélio Magaia

Parceiros

CDC: Paula Samo Gudo, Charity Alfredo, Sónia Chilundo
USAID: Januário Reis, Angels Almirall
ARIEL: Leonel Zevo
CCS: Nidze Guiloviça
EGPAF: Ali Oenzar, Mahoudo Bonou
FGH: Marzio Stefanutto
ICAP: Marina Prieto
ITECH: Maria Ruano

Colaboradores

OMS: Marco Victória

Capa e Layout

José Tique

ÍNDICE

CONTEXTUALIZAÇÃO.....	7
RECOMENDAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO TESTAR E INICIAR.....	9
ACONSELHAMENTO E TESTAGEM PARA HIV	9
Aconselhamento e testagem no âmbito do testar e iniciar	9
Grupos prioritários para aconselhamento e testagem	10
Particularidades no ATIP	10
Aconselhamento e testagem para a criança e adolescente.....	11
Ligação aos serviços de cuidados e tratamento	12
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS NO ÂMBITO DO TESTAR E INICIAR.....	13
Critérios para início do TARV	13
Esquemas de tratamento	14
Apoio psicossocial e adesão ao TARV.....	14
Seguimento clínico e laboratorial.....	18
Plano de seguimento clínico.....	21
Seguimento Laboratorial.....	23
Resumo do seguimento clínico, laboratorial, apoio psicossocial e farmácia	24
MODELOS DE CUIDADOS.....	26
Abordagens para redução do tempo de espera na US e melhoria da qualidade do atendimento clínico.....	27
Modelos de implementação para melhoria da adesão e retenção aos cuidados.....	28
MONITORIA E AVALIAÇÃO	31
ANEXOS	32

GLOSSÁRIO

Caso índice: É aquele utente testado e com resultado positivo para o HIV, na US ou na comunidade. Este pode ser a mãe, o pai ou o(a) filho(a).

Paciente estável: Paciente ≥ 5 anos que não seja grávida ou lactante, em TARV há pelo menos 6 meses, com resultado de CD4 > 350 Cel/ml em duas medições com intervalo de 6 meses ou uma medição de carga viral indetectável, sem condição clínica activa do estadio III ou IV, com relatos sugestivos de boa adesão, sem reacções adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular.

Sucesso do tratamento: Paciente com 2 medidas consecutivas de Carga Viral indetectável. Na ausência de CV, pode-se considerar a contagem de CD4 > 200 cel/ml³ com evidências de boa adesão.

Testar e iniciar: TARV universal para todos os adultos, adolescentes e crianças vivendo com HIV, independentemente da contagem de CD4 ou e do estadio clínico do paciente (logo que o paciente estiver preparado para o efeito).

ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

APSS&PP – Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva

AT – Aconselhamento e Testagem

ATIP – Aconselhamento e Testagem iniciado pelo provedor

ATIU – Aconselhamento e Testagem iniciado pelo utente

ATS – Aconselhamento e Testagem em Saúde

ATS-C – Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade

C&T – Cuidados e Tratamento

CCR – Consulta de Criança em Risco

CCS – Consulta de Criança Sadia

CV – Carga Viral

MPM – Grupos de Mãe para Mãe

DPI – Diagnostico Precoce Infantil

EP – Educadores de Pares

ESMI – Enfermeira de Saúde Materno Infantil

ITS – Infecção de Transmissão Sexual

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNC ITS HIV/SIDA – Programa Nacional de Controle de ITS HIV e SIDA

PVHIV – Pessoas Vivendo com o HIV

SAAJ – Serviço Amigo de Adolescentes e Jovens

TA – Tensão Arterial

TDR – Teste de Diagnóstico Rápido

UATS – Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde

VBG – Violência Baseada no Género

CONTEXTUALIZAÇÃO

O país comprometeu-se em implementar as novas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) lançadas em 2015 que apontam para o início universal de TARV para todos os adultos, adolescentes e crianças vivendo com HIV, independentemente da contagem de CD4 ou estadio clínico.

Pretende-se que a implementação destas recomendações contribua para que se atinja melhores resultados de saúde para as pessoas vivendo com a HIV, redução do número de novas infecções e o cumprimento das novas metas estabelecidas pela ONUSIDA até 2020 (90/90/90).

Em Moçambique, a implementação da estratégia de “Testar e Iniciar” para os pacientes vivendo com HIV será feita de forma faseada. A implementação irá decorrer de Agosto de 2016 á Dezembro de 2017 e vai cobrir 29 distritos sendo inicialmente 12 distritos nomeadamente, Cidade de Maputo, Cidade da Matola, Cidade e distrito de Xai-Xai, distrito de Chokwé, distrito de Maxixe, Cidade da Beira, Cidades de Chimoio, Tete, Quelimane, Nampula, Lichinga e Pemba (veja [Tabela 1](#)).

Posteriormente, ainda durante a implementação faseada serão incorporados os distritos de Manhica, Bilene, Namacurra, Mocuba, Nicoadala, Dondo, Moatize, Nhamatanda, Distrito de Manica, Mueda, Gondola, Montepuez e Nacala-Porto.

Com base nos resultados do processo de implementação faseada, será definido um plano de implementação que possa abranger os restantes distritos do país.

Tabela 1. Distritos Abrangidos pela Implementação Faseada da Abordagem do Testar e Iniciar

Fase 1: Capitais provinciais			Fase 2: 8 Distritos			Fase 3: 9 distritos		
Mês de Início	Provincia	Distrito	Mês de Início	Provincia	Distrito	Mês de Início	Provincia	Distrito
Agosto de 2016	Niassa	Cidade de Lichinga	Fevereiro de 2017	Maputo Prov	Distrito de Manhiça	Agosto de 2017	Manica	Distrito de Manica
	Cabo Delgado	Cidade de Pemba		Gaza	Distrito de Bilene Macia		Cabo Delgado	Distrito de Mueda
	Nampula	Cidade de Nampula		Zambézia	Distrito de Namacurra		Manica	Distrito de Gondola
	Zambézia	Cidade de Quelimane		Zambézia	Distrito de Mocuba		Cabo Delgado	Distrito de Montepuez
	Tete	Cidade de Tete		Zambézia	Distrito de Nicoadala		Nampula	Cidade de Nacala-Porto
	Manica	Cidade de Chimoio		Sofala	Distrito de Dondo		Inhambane	Distrito de Vilanculo
	Sofala	Cidade da Beira		Tete	Distrito de Moatize		Inhambane	Distrito de Massinga
	Inhambane	Cidade de Maxixe		Sofala	Distrito de Nhamatanda		Niassa	Distrito de Cuamba
	Gaza	Area de Xai-Xai*					Tete	Distrito de Changara
	Maputo Provincia	Cidade de Matola						
	Maputo Cidade	Cidade de Maputo**						
	Gaza	Distrito de Chokwe***						

*Área de Xai-Xai composta pela cidade e distrito de Xai-Xai

**Cidade de Maputo vai incluir todos os distritos municipais

***Distrito de Chokwé foi incluído na primeira fase para maximizar a sinergia com a Iniciativa de Prevenção Combinada em implementação no distrito

RECOMENDAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO TESTAR E INICIAR

ACONSELHAMENTO E TESTAGEM PARA HIV

Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) é uma das intervenções para a prevenção do HIV e cuidados, e que dá ao utente a oportunidade de explorar, com o máximo de confidencialidade, os seus comportamentos de risco relativamente ao HIV. É uma componente através da qual a população em geral pode conhecer o seu estado de saúde, particularmente em relação ao HIV. Os principais objectivos do ATS são:

- Garantir o diagnóstico para pessoas infectadas pelo HIV;
- Ampliar o acesso dos utentes ao ATS como estratégia de prevenção e promoção à saúde;
- Identificar e abordar as crenças e mitos que coloquem em risco ou aumentem a vulnerabilidade da saúde;
- Reduzir o “risco” de contrair HIV;
- Reflectir e comprometer-se com práticas mais seguras;
- Referir, quando necessário, para serviços que oferecem cuidados e tratamento.

Aconselhamento e testagem no âmbito do testar e iniciar

Para todos os utentes e pacientes atendidos nos locais que oferecem testagem (UATS, ATIP e ATS-C), é indispensável garantir um aconselhamento com qualidade.

No entanto, existem aspectos básicos que devemos considerar durante o processo de aconselhamento no âmbito do testar e iniciar:

- Garantir a confidencialidade do processo de aconselhamento e testagem
- Observar a percepção do utente com relação aos assuntos abordados durante o aconselhamento;
- Garantir o consentimento para a realização do teste;
- Explicar as vantagens da testagem rápida do HIV;
- Abordar os aspectos de prevenção de novas infecções e da reinfecção;
- Garantir a entrega de resultados correctos;
- Oferecer apoio psicossocial ao utente e esclarecer sobre as implicações de cada resultado;
- Explicar sobre a abordagem do “Testar e Iniciar”, enfatizando a sua necessidade e importância;
- Garantir as referências necessárias, estabelecendo um sistema de entrega ao paciente de guias de referência e contra-referência complementar ao sistema de acompanhamento inter-sectorial de pacientes, usando como

recurso os educadores de pares (EP)/activistas ou o próprio provedor de testagem, como forma de evitar as perdas dos pacientes e/ou garantir o conforto e confiança dos pacientes nos serviços.

Qualquer diagnóstico ou resultado incorrecto (falso-positivo ou falso-negativo) tem consequências para a vida psicossocial do utente, e muitas vezes com graves repercussões. Nesse âmbito, é indispensável que o provedor de testagem garanta a qualidade do aconselhamento e da testagem rápida do HIV para todos os pacientes. Para tal, o provedor deve estar treinado para proceder com a testagem de acordo com os padrões mínimos de qualidade (seguimento e interpretação correcta do algoritmo e POP's de testagem), antes de confirmar o resultado ao paciente.

Ainda no âmbito do testar e iniciar, todo o provedor de saúde e pessoal leigo treinado nas abordagens do ATS deve estar capacitado para implementar as suas actividades considerando:

Os cinco (5) princípios orientadores do ATS:

- O Consentimento informado;
- A Confidencialidade;
- O Aconselhamento;
- O Resultado correcto dos testes;
- A ligação entre os serviços de AT e de C&T.

As Etapas do ATS

- Aconselhamento pré-teste;
- Aconselhamento durante o processo de testagem;
- Aconselhamento pós-teste.

Grupos prioritários para aconselhamento e testagem

Considerando que o principal objectivo do ATS é garantir que 90% das pessoas vivendo com HIV, sejam diagnosticadas e tenham conhecimento do seu estado sorológico, o AT deve ser orientado para grupos definidos como prioritários para testagem:

- Mulheres grávidas e seus parceiros;
- Crianças com idades compreendidas entre zero e dez anos filhos de mães seropositivas e/ou com sintomatologia sugestiva ao HIV;
- Parceiros e filhos de PVHIV (caso índice);
- População chave (trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas injectáveis e reclusos);
- População vulnerável (raparigas adolescentes e jovens dos 10-24 anos de idade, camionistas, mineiros, trabalhadores sazonais e casais sero-discordantes).

Particularidades no ATIP

Em todos os gabinetes de atendimento clínico da unidade sanitária, deve-se manter a abordagem do ATIP como rotina para:

- Todos os pacientes nos seguintes serviços:
 - Serviços de internamento;

- Consultas ambulatoriais (CCR, TB, CPN, CPP, SAAJ, CM, VBG);
- Pacientes com indicação para realizar procedimentos cirúrgicos e,
- Dadores referidos do Banco de Sangue.
- Apenas para utentes com sintomatologia sugestiva de infecção por HIV, nos seguintes serviços:
 - Consulta de Criança Sadia (CCS);
 - Consulta externa;
 - Triagem e;
 - Serviço de urgências.

Particularidades no ATIP (Consulta de Criança em Risco – CCR)

O algoritmo para o Diagnóstico Precoce Infantil – DPI, implementado nas CCR ou em outros sectores contempla a testagem com o PCR e a testagem usando o teste rápido do HIV.

Para as **crianças com idade <18 meses**, o fluxo de testagem em vigor deve ser mantido, isto é:

- Em crianças < 9 meses de idade, a ESMI da CCR fará a colheita do 1º PCR e do PCR de confirmação;
- Em crianças dos 9 – 18 meses de idade, a ESMI da CCR fará o TDR e se o resultado for positivo ou indeterminado, ela mesma irá colher o PCR de confirmação;
- Em crianças ≥18 meses de idade, a ESMI deve realizar o TDR, e se o resultado for positivo, a criança deverá ser encaminhada para o serviço TARV para o início do tratamento.

Á todos estes grupos deve-se garantir a oferta do apoio psicossocial ao pai/cuidador ou utente e esclarecer sobre as implicações de cada resultado.

Aconselhamento e testagem para a criança e adolescente

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

- Os adolescentes com idade ≥15 anos, podem dar o seu próprio consentimento para a testagem;
- Para as crianças com idade < 15 anos, o consentimento deve ser solicitado aos pais ou cuidadores, excepto quando a criança ou adolescente se apresenta na US sem o pai/cuidador e reúna uma das seguintes condições:
 - Ter sido vítima de violência baseada no género (VBG);
 - Ter alguma condição clínica grave que necessita de testagem para decisão clínica (em regime de internamento);
 - Ter idade superior a 11 anos e evidência clínica de gravidez ou a amamentar o ter evidência comprovada de que esteja a viver maritalmente.

- No caso de utentes que frequentam o SAAJ, pode ser oferecida a testagem aos adolescentes com idade ≥ 12 anos, que se apresente com um confidente que seja uma pessoa adulta (≥ 18 anos).

O provedor deve estar preparado para avaliar caso a caso (aspectos psicossociais) durante o AT para adolescentes nestas idades, de modo a identificar os possíveis riscos e benefícios da testagem nestes grupos e planificar as condutas de forma individualizada.

Ligação aos serviços de cuidados e tratamento

Considera-se ligado a cuidados e tratamento ao paciente com diagnóstico de infecção pelo HIV, inscrito nos serviços de cuidados e tratamento, com a 1ª consulta clínica efectuada e devidamente registada. Após a testagem e abertura do processo, os pacientes devem ser encaminhados a consulta de APSS e PP (antes do gabinete de consulta clínica) onde deverá receber os seguintes cuidados:

- Acolhimento;
- Aconselhamento;
- Educação e preparação para o TARV;
- Encaminhamento para a 1ª consulta clínica;

A ligação é tida como efectiva se o paciente se beneficiar de todas estas componentes, o que deve acontecer preferencialmente no mesmo dia. 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.

Aspectos a considerar na ligação aos C&T

Aos pacientes diagnosticados na US orienta-se para:

- Abertura do processo no sector de testagem (UATS e nos serviços com ATIP, onde for possível);
- Referência com guia de referência e contra- referência da US;
- Acompanhamento do paciente por EP (ou seu equivalente) ou pelo provedor de Testagem;

Aos pacientes diagnosticados na comunidade orienta-se para:

- Referência com guia de referência e contra-referência da comunidade;
- Encaminhamento dos pacientes a US (UATS como ponto de referência onde aplicável);
- Garantir as visitas domiciliárias de seguimento dos pacientes referidos.

NOTA

Não importa apenas abrir o processo clínico do paciente mas também, garantir o seu encaminhamento, inclusão e seguimento nos serviços de C&T. O paciente é livre de iniciar o C&T na US de sua preferência.

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS NO ÂMBITO DO TESTAR E INICIAR

Critérios para início do TARV

Todos os pacientes adultos, adolescentes e crianças vivendo com HIV são elegíveis para iniciar o TARV, independentemente do seu estadiu clínico ou imunológico (e da data do diagnóstico e inscrição no serviço TARV).

Neste contexto, a abordagem de “Testar e Iniciar” aplica-se a todos os casos novos (recém diagnosticados) e aos casos antigos (pacientes inscritos em pré- TARV mesmo antes do início da abordagem de “Testar e Iniciar”).

O TARV deve iniciar dentro de 15 dias após o diagnóstico, logo que o paciente esteja preparado para o tratamento. A prontidão do paciente deverá ser comprovada tanto pelo pessoal de APSS e PP como pelo clínico que vai iniciar o TARV, usando os instrumentos de APSS e PP disponíveis.

Antes de iniciar o TARV:

- O paciente deve ser submetido a pelo menos uma sessão de aconselhamento;
- Deve ser avaliado o nível de preparação do paciente pelo clínico imediatamente antes do início do TARV; caso em que o clínico julgue que o paciente ainda não está preparado para iniciar o TARV deve remarcar mais uma sessão de aconselhamento antes de iniciar o TARV.

O início do TARV não deve de forma alguma ser imposto ao paciente, no entanto é dever dos profissionais de saúde sensibilizar e esclarecer sobre os benefícios do início precoce do TARV.

Caso o paciente recuse iniciar o TARV, o mesmo deverá ser aconselhado a seguir as consultas clínicas e de APSS e PP mensais nos primeiros 3 meses, onde deve ser aconselhado sobre os benefícios do início do TARV, usando sempre que possível evidências clínicas e imunológicas, até que se sinta preparado para iniciar o TARV. Se após 3 meses de seguimento o paciente persistir em não aceitar o TARV, o mesmo deverá ser orientado a seguir as consultas semestrais para avaliação clínica (re-estadiamento, pesquisa de intercorrências, seguimento laboratorial) e trimestrais de APSS e PP.

Particularidades do início do TARV para grupos especiais

- Mulher grávida e lactante: as mulheres grávidas e lactantes devem iniciar o TARV o mais rápido possível. Elas devem ser submetidas a avaliação da prontidão para o início do TARV desde o dia do diagnóstico.
- Pacientes co-infectados TB/HIV: o TARV deve ser iniciado dentro de 8 semanas após o início do tratamento de TB, logo que o paciente estiver estabilizado, ou dentro de 2 semanas para os pacientes com imunodepressão severa ($CD4 < 50$ cels/mm³).

Esquemas de tratamento

O esquema de 1ª linha para o TARV em Moçambique:

Para adultos e crianças ≥ 5 anos ou com peso superior a 35 Kg:

- **TDF/3TC/EFV**

Em caso de contra-indicação para o uso do TDF (Insuficiência renal, Diabetes Mellitus ou Hipertensão arterial não controlada), recomenda-se:

- **AZT/ABC+3TC+EFV**

Em caso de contra-indicação para o uso do EFV (antecedentes psiquiátricos graves), recomenda-se:

- **AZT+3TC+NVP** (para pacientes com $CD4 \leq 350$ cels/mm³)
- **TDF+3TC+LPV/r** (para pacientes com $CD4 > 350$ cels/mm³, pelo elevado risco de hepatotoxicidade á NVP nos pacientes com $CD4$ elevado)

Para crianças < 5 anos e crianças ≥ 5 anos com peso inferior a 35 Kg:

- **AZT+3TC+NPV/EFV**
- **AZT+3TC+LPV/r** (em casos de antecedentes de exposição a PTV).

Apoio psicossocial e adesão ao TARV

O seguimento no Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva é feito logo após a abertura do processo, onde o paciente receberá o acolhimento, aconselhamento e educação para o TARV, incluindo as 7 mensagens de Prevenção Positiva.

No atendimento às PVHIV o aconselhamento é uma das principais ferramentas á ser usada pelo provedor com vista a estabelecer uma relação de confiança entre o provedor de saúde e o paciente, com o objectivo de resgatar os recursos internos do paciente para que ele tenha possibilidade de se reconhecer como agente principal da sua própria saúde (tabela 1).

Tabela 2. Características do Aconselhamento

Aconselhamento é

- Estabelecer uma relação de ajuda
- Ajudar o utente a falar sobre a sua história de vida, experiências e escutar activamente
- Dar informação correcta e apropriada
- Ajudar o utente a conhecer as suas habilidades e capacidades
- Ajudar o utente a desenvolver uma atitude positiva diante dos desafios de viver com HIV e SIDA

Aconselhamento não é

- Dizer o que o utente deve fazer
- Tomar decisões pelo utente
- Julgar ou culpar o utente
- Fazer promessas que não poderá cumprir
- Impor a sua opinião ao utente

Antes do início do tratamento antirretroviral (TARV), o provedor de saúde deve iniciar uma discussão detalhada com o paciente sobre a sua vontade e prontidão para o início do TARV, apresentando ao paciente:

- O fluxo e funcionamento da US;
- Os principais benefícios do início atempado do TARV, com ênfase para supressão viral, restauração do sistema imunitário do paciente;

- Os possíveis efeitos adversos da medicação;
- Os regimes e plano do tratamento, incluindo as visitas de seguimento clínico, laboratorial e apoio psicossocial.

Todas PVHIV que recebem o apoio psicossocial efectivo e o pacote de Prevenção Positiva estão menos vulneráveis a sofrer doenças psicológicas e tem a possibilidade de enfrentar melhor os desafios da doença.

As sessões de aconselhamento TARV para os adultos, devem ser feitas mensalmente nos primeiros 3 meses após o início de TARV, e posteriormente com uma periodicidade trimestral, e sempre que houver necessidade.

Para as crianças <15 anos, as sessões de APSS/PP deverão ser mensais durante o 1º ano de TARV e após este período, serão feitas a cada 2 meses nos pacientes com boa adesão ao TARV e às consultas e com boa resposta clínica e imunológica/viológica, mas também sempre que houver necessidade. O processo de revelação do diagnóstico deve fazer parte destas sessões de aconselhamento.

NOTA

Para os adolescentes (crianças ≥ 10 anos), deve-se sempre que possível solicitar a presença de um confidente ou cuidador em pelo menos uma sessão de aconselhamento.

Adesão e Retenção dos Pacientes aos Cuidados e ao Tratamento de HIV

A adesão e retenção aos cuidados e ao tratamento antiretroviral são um determinante primário para a supressão viral do paciente, redução do risco para a transmissão do vírus de HIV, progressão da doença e morte. Vários são os factores que podem interferir na adesão dos pacientes a toma dos ARVs e retenção nos serviços de Saúde.

Factores individuais

- Esquecimento de tomar a medicação/rotina diária do paciente;
- Depressão;
- Uso abusivo de álcool ou outras drogas;
- Ausência de suporte familiar;
- Estigma e/ou discriminação;
- Complexidade dos regimes terapêuticos;
- Efeitos adversos.

Factores relacionados com o sistema de saúde

- Longas distâncias para as unidades sanitárias;
- Frequência elevada das visitas a US;
- Elevado tempo de espera.

Mulher Grávida

- Náuseas e vômitos decorrentes da gravidez;
- Receio que a medicação prejudique o bebé;
- Falta de suporte / revelação de diagnóstico ao parceiro;
 - Receio do estigma e ou discriminação.

Criança

- Dependência da criança em relação aos pais/cuidadores e envolvimento de terceiros;
- Necessita de um envolvimento e comprometimento dos pais e cuidadores;
- Fraca revelação diagnóstica.

Adolescentes

- Aspectos psicológicos relacionados com a adolescência;
- Limitação para discussão dos factores relacionados com o HIV;
- Serviços não personalizados;
- Dificuldades na transição dos cuidados pediátricos para o TARV adulto.

Pessoas com transtornos mentais

PVHIV com sintomas incontrolláveis de depressão ou outros transtornos mentais são mais vulneráveis a não serem aderentes ao TARV, associado às dificuldades para perceber a toma dos medicamentos, organizar horários e entender a importância do tratamento.

Populações chave

Problemas relacionados com o estigma e discriminação em volta dos serviços a nível das US.

Estratégias para melhorar a adesão

- Oferecer aconselhamento de qualidade e apoio emocional contínuo (seguimento trimestral no APSS & PP);
- Ter atenção aos sinais de depressão e ansiedade;
- Desenhar o plano de tratamento junto ao utente apoiando na adaptação do utente à toma diária da medicação;
- Identificar pacientes faltosos e activar as buscas e visitas domiciliarias;
- Confirmar no processo clínico e FILA a adesão do utente.

Monitoria da adesão

A monitoria da adesão é fundamental para identificar precocemente aqueles pacientes em risco de não adesão, ou aqueles que já estão com dificuldades, a fim de planear intervenções de apoio ao tratamento de acordo com cada um dos casos. Recomenda-se que a monitoria da adesão seja incorporada na rotina e como responsabilidade de toda equipa da unidade sanitária.

Este controle de adesão pode ser feito através de:

- Teste de carga viral, onde o resultado pode ser considerado como padrão para avaliar a adesão do paciente ao TARV, para além de permitir a identificação precoce de falência terapêutica;
- Auto-reporte;
- Contagem dos comprimidos (saldo) do paciente;
- Levantamento dos medicamentos na farmácia.

Casos especiais

Pacientes que recusam iniciar o TARV

A decisão de aceitar ou não iniciar o Prevenção positiva

- Referência aos grupos de apoio.

Crianças e Adolescentes

- Envolvimento de pais e cuidadores;
- Revelação de diagnóstico;
- Criação de serviços personalizados (por exemplo nos SAAJ e ajuste aos horários da escola e outras actividades quotidianas);
- Referência para grupos de apoio.

Mulheres Grávidas e Lactante

- Seguimento comunitário através de educadores de par ou activistas aonde o sistema comunitário esteja organizado (ex. Existência de OCBs, MPM);
- Envolvimento do parceiro (envio de convite);
- Grupos de apoio (pares, MPM).

Pacientes faltosos e abandonos

A US deve implementar um sistema que permite identificar/listar os pacientes faltosos e abandonos (semanalmente):

- Referência para buscas;
- Priorizar as mulheres grávidas, crianças, pacientes co-infectados;
- Reforço do aconselhamento (este deve ser feito pelo clínico e pelo APSS&PP);
- Referência para grupos de apoio.

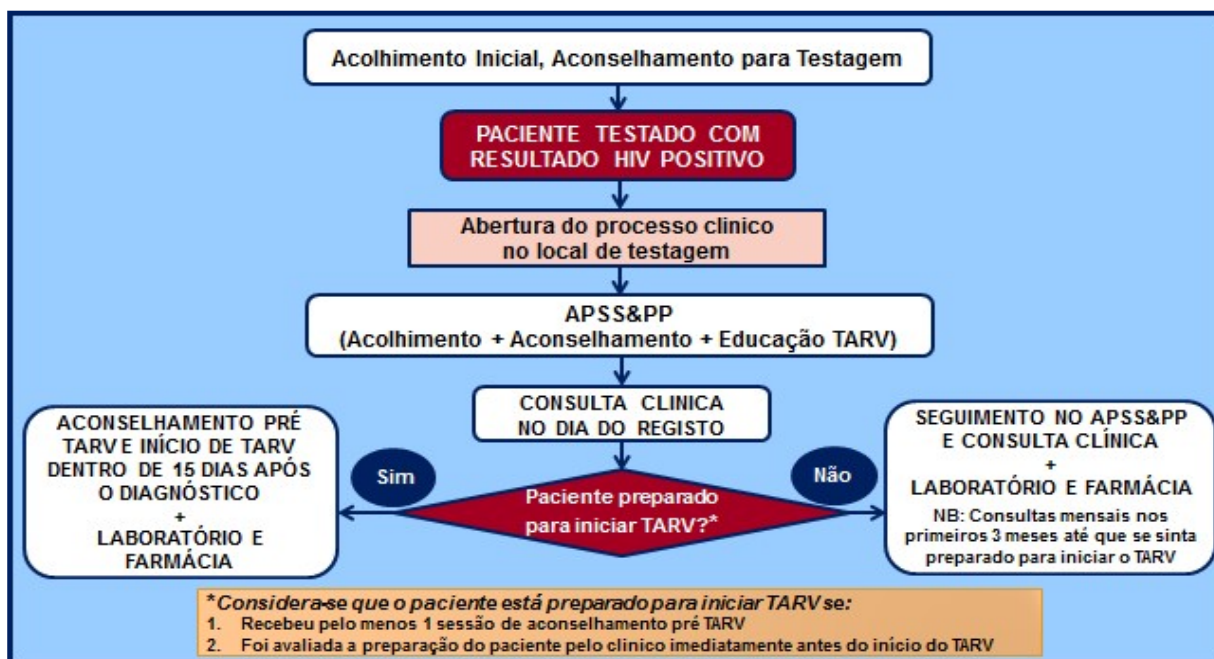
Consumo de álcool e outras drogas

- Identificar sinais e sintomas associados ao consumo de álcool e outras drogas;
- Explicar os efeitos do consumo de álcool e outras drogas;
- Explicar a importância da redução;
- Referir para consultas de saúde mental.

Seguimento clínico e laboratorial

O fluxo de seguimento clínico, laboratorial e de apoio psicossocial dos pacientes foi redefinido no âmbito da implementação do testar e iniciar. A [figura 1](#) ilustra o fluxo de seguimento para casos novos desde o diagnóstico até ao início do TARV, incluindo o seguimento em APSS&PP e farmácia.

Figura 1: Fluxo de pacientes na Unidade Sanitária para casos novos



Primeira Consulta

A primeira consulta deve ser abrangente, na busca de elementos que possam orientar ou apoiar no diagnóstico de doenças oportunistas e concomitantes que necessitem de tratamento antes de iniciar o TARV ou durante os primeiros meses de tratamento. De princípio deve ser realizada no mesmo dia da inscrição em cuidados e abertura do processo clínico. Esta inclui:

História clínica completa, com enfoque em:

- Avaliação da TA e outros sinais vitais;
- Estadiamento clínico OMS;
- Avaliação nutricional;
- Rastreio de ITS;
- Rastreio de TB;
- Avaliação de outras intercorrências (Sarcoma de Kaposi, Criptococose)
- Avaliação de elegibilidade para tratamentos profiláticos (Fluconazol, Isoniazida, Cotrimoxazol).

Pedido de exames laboratoriais, de acordo com as normas nacionais: Hemograma completo (se não disponível, pedir Hgb), Bioquímica (Transaminases - ALT, Creatinina, Glicose, Colesterol), contagem de células CD4 (absoluto e percentual), RPR, Urina II;

- Profilaxia com Cotrimoxazol, Isoniazida ou Fluconazol, se tiver critério de elegibilidade;
- Diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas;
- Oferta de aconselhamento e mensagens de prevenção positiva no gabinete de consulta e continuação da preparação para o início do tratamento;
- Identificação dos pacientes em risco de adesão e oferta de APSS e PP de acordo com a condição.

IMPORTANTE

Embora não seja um critério para decisão do início do TARV, CD4 inicial serve para auxiliar a tomada de decisão em relação à profilaxia com Cotrimoxazol e rastreio de Criptococose (CD4 <100 cels/mm³).

NOTA

O teste rápido de rastreio de Criptococose (CrAg) ainda não está disponível em todo país, mas deve ser feito aos pacientes com CD4 menor do que 100, porque nesta faixa de CD4, a probabilidade de contrair a Criptococose é maior.

Profilaxia das Infecções Oportunistas

Critérios para Tratamento Profilático com Cotrimoxazol

a) Crianças < 5 anos de idade:

- Toda criança HIV+ independente do estadio clínico e imunológico e da contagem de CD4;

b) Crianças dos 5 – 14 anos de idade:

- Toda criança com contagem de CD4 < 500 cels/mm³ ou estadio clínico II, III e IV da OMS;

c) Pacientes adultos (idade ≥ 15 anos):

- Pacientes com contagem de CD4 ≤ 350 cels/mm³
- Pacientes grávidas independentemente do estadio clínico e/ou imunológico;
- Pacientes no estadio clínico III ou IV da OMS independentemente da contagem de células CD4;

Critérios para suspensão do Cotrimoxazol

- Suspende-se o Cotrimoxazol nas crianças entre os 5 á 14 anos (≥ 5 anos e ≤14 anos) que estiverem clinicamente estáveis e com CD4 >500 cels/mm³ em duas medições consecutivas com intervalo de 6 meses ou as que tiverem supressão da carga viral (carga viral <1,000 cópias/ml, após 6 meses em TARV).

- Suspende-se o Cotrimoxazol nos pacientes adultos (≥ 15 anos) que estiverem clinicamente estáveis e com $CD4 > 350$ cels/mm³ em duas medições consecutivas com intervalo de 6 meses ou supressão da carga viral (carga viral $< 1,000$ cópias/ml, após 6 meses em TARV).

CrITÉRIOS para Tratamento Profilático com Isoniazida

- Toda criança < 1 ano, que tenha história reconhecida de contacto com TB pulmonar, e sem evidência clínica de tuberculose activa.
- Toda criança com idade > 1 ano e pacientes adultos infectados por HIV (incluídas as mulheres grávidas), sem evidência clínica de tuberculose activa.

CrITÉRIOS de exclusão para a profilaxia com Isoniazida

- Tuberculose activa;
- Doença hepática aguda ou crónica;
- Paciente com doença aguda grave pela dificuldade de excluir TB activa;
- Neuropatia periférica;
- Alcoolismo;
- Má adesão;
- Intolerância a Isoniazida.

O tratamento profilático com isoniazida tem a duração de 6 meses.

Nota: a avaliação clínica do paciente em tratamento profilático com Isoniazida deve ser mensal.

CrITÉRIOS para Tratamento Profilático com Fluconazol

a) Serão submetidos á profilaxia com Fluconazol:

- Paciente HIV+, com idade igual ou superior a 15 anos, que tenha contagem de $CD4 < 100$ cels/mm³ e com resultado do teste de antígeno para criptococo em soro positivo (CrAg +).

b) Serão excluídos tanto do rastreio como da profilaxia com Fluconazol:

- Pacientes com antecedente documentado de patologia criptocócica;
- Crianças (≤ 14 anos), mulheres grávidas e lactantes infectadas por HIV.

Plano de seguimento clínico

A [figura 2](#) mostra o fluxo de seguimento de pacientes que iniciam TARV. A cada consulta clínica de seguimento, os seguintes serviços devem ser prestados:

- História clínica;
- Exame físico;
- Monitoria e tratamento dos efeitos secundários do TARV;
- Diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas;
- Re-estadiamento clínico;
- Avaliação nutricional;
- Rastreio de ITS, TB, outras intercorrências (SK, HTA, Diabetes) ;
- Revisão das profilaxias (Isoniazida, Cotrimoxazol, Fluconazol) ;
- Revisão dos resultados das análises pedidas/ pedido de novas análises clínicas;
- Monitorização laboratorial de acordo com as normas nacionais;
- Aconselhamento de seguimento e de reforço de adesão.

De acordo com o tipo de paciente e sua condição clínica, devem ser priorizadas as acções apresentadas no plano de seguimento, como ilustra a tabela 2.

Figura 2. Fluxo de pacientes na Unidade Sanitária para pacientes em seguimento

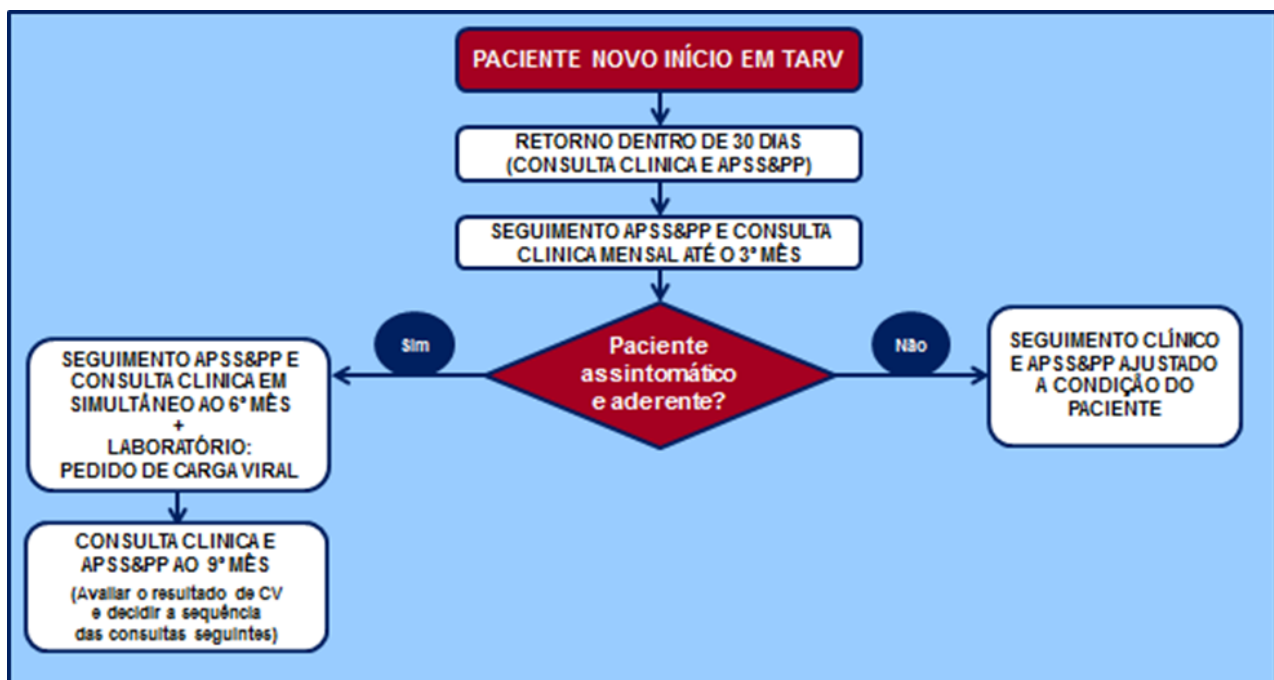


Tabela 3: Plano de seguimento dos pacientes

PVHIV	Componente clínica	Componente de APSS e PP
Paciente novo diagnosticado e inscrito no serviço de cuidados e tratamentos		
Pacientes assintomáticos (estadio I)	<ul style="list-style-type: none"> Rastreio e tratamento das IO's Avaliação nutricional Prover o tratamento profilático Pedido das análises laboratoriais de rotina Avaliação e referência para revelação diagnóstica APSS e PP 	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento Aconselhamento pré TARV, incluindo educação para o TARV, Avaliação do risco de adesão e oferta do pacote de Prevenção Positiva
Pacientes sintomáticos (estadio II, III e IV)	<ul style="list-style-type: none"> Rastreio e tratamento das IO's Avaliação nutricional Tratamento das condições clínicas graves; Prover o tratamento profilático Pedido das análises laboratoriais de rotina Avaliação e referência para revelação diagnóstica 	<ul style="list-style-type: none"> Preparação/início da revelação diagnóstica no caso de crianças e adolescentes Marcar a próxima sessão para seguimento de adesão)
Paciente já em TARV (nas consultas de seguimento)		
Pacientes estáveis	<p>Oferta de pacotes com vista a redução de frequência/ visitas a US:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultas semestrais Dispensa de ARVs trimestral Monitoria da adesão Avaliação da resposta terapêutica (monitoria da carga viral e/ou do CD4, onde a carga viral não estiver disponível) e rastreio da falência terapêutica Monitoria dos efeitos secundários aos ARVs Cuidado diferenciado em nível comunitário 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da adesão, reforço da importância da adesão e oferta do pacote de Prevenção Positiva e PP
Pacientes instáveis	<p>Avaliação clínica minuciosa incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rastreio de TB, Criptococose, outras intercorrências (Sarcoma de Kaposi) Prover o tratamento profilático consoante elegibilidade Seguimento clínico intensivo (consultas ajustadas a condição clínica do paciente) Dispensa de ARVs mensal e Monitoria estreita da adesão Avaliação da resposta terapêutica (monitoria da carga viral e/ou do CD4, onde a carga viral não estiver disponível) e rastreio da falência terapêutica Monitoria dos efeitos secundários aos ARVs 	<ul style="list-style-type: none"> Preparação/início da revelação diagnóstica, no caso de crianças e adolescentes não revelados ou casais serodiscordantes.

Definição de Paciente estável

Paciente ≥ 5 anos que não seja grávida ou lactante, em TARV há pelo menos 6 meses, com resultado de CD4 >350 Cel/ml em duas medições com intervalo de 6 meses ou uma medição de carga viral indetectável, sem condição clínica activa do estadio III ou IV, com relatos sugestivos de boa adesão, sem reacções adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular.

Seguimento laboratorial

Teste de Carga Viral

Este é o teste de eleição **indicado** para a avaliação da resposta ao TARV nos pacientes em TARV e **deve ser feito de forma rotineira**:

- Em todos os pacientes adultos e crianças > 2 anos, 6 meses após o início do TARV, e posteriormente repetido de 12 em 12 meses para pacientes estáveis, de acordo com o algoritmo em anexo.
- Em todas as mulheres grávidas e lactantes 3 meses após o início do TARV, e posteriormente repetido aos 3 meses e depois de 12 em 12 meses para pacientes estáveis, de acordo com o algoritmo em anexo

A solicitação da Carga Viral pode ser alterada, tendo em conta o seguimento do respectivo algoritmo (ex. repetição entre os 3 a 6 meses em pacientes com uma carga viral acima de 1,000 cópias/ml) (Anexo 2).

Contagem de CD4

Apesar de pouco relevante na monitoria da resposta ao TARV em pacientes no âmbito de “Testar e Iniciar”, o CD4 continuará a ter o seu papel para a identificação dos pacientes que necessitam de cuidados mais diferenciados ou com intercorrências clínicas (tratamento e profilaxias de infecções oportunistas).

- Em locais onde a CV estiver disponível, o uso regular de contagem de células CD4 pode ser interrompido e deve ser considerado conforme a necessidade clínica do paciente.
- Em US sem acesso ao teste de CV, o CD4 poderá ser usado no monitoramento dos pacientes, contudo esforços devem ser empreendidos para que o mais rápido possível se possa monitorar os pacientes usando o teste de CV.
- Monitorização da função renal. A monitorização da função renal, deve ser realizada de forma regular, sobretudo aos pacientes com risco aumentado de disfunção renal (idosos, hipertensos e diabéticos), e todos os que estiverem a usar esquemas potencialmente tóxicos para a função renal.

Outros exames médicos e laboratoriais a ser realizados na monitoria dos pacientes em TARV, tendo em conta a situação clínica individual de cada paciente:

- Hemograma completo;
- Transaminases (ALT,AST) ;
- Fosfatase alcalina e GGT;
- Amilase;
- Colesterol e triglicéridos;
- Teste de gravidez;
- Urina II;
- Raio X do tórax;
- GeneXpert;
- Hepatite B e C;
- RPR.

Resumo do seguimento clínico, laboratorial, apoio psicossocial e farmácia

O plano de seguimento está descrito de forma resumida na [Tabela 4](#). No entanto, o mesmo poderá ser ajustado em caso de necessidade.

Tabela 4. Periodicidade do seguimento clínico, laboratorial, apoio psicossocial, e levantamento na farmácia.

	Início TARV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	3/3m	6/6m	12/12m
Atendimento clínico*	X	X	X	X			X			X ^a					X	
APSS e PP	X	X	X	X			X			X			X	X		
Carga Viral**							X									X
Farmácia***	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Contagem do CD4****	X						X						X		X	
Testes laboratoriais	X						X						X			X

*Para todos os pacientes que iniciam o TARV com regime contendo NVP recomenda-se que seja feita uma consulta 15 dias depois do início de TARV. O calendário do seguimento clínico poderá ser ajustado à condição clínica do paciente, isto é, para pacientes clinicamente instáveis, com reacções adversas aos medicamentos ou evidência de má adesão pode-se marcar consultas clínicas fora deste calendário.

(^a) Nesta consulta o paciente deve trazer o resultado da Carga Viral para avaliar o resultado do tratamento e decidir a sequência das consultas.

** A solicitação da Carga Viral pode ser alterada, tendo em conta o seguimento do respectivo algoritmo (ex. repetição aos 3 meses ou 6 meses para mulheres grávidas/lactantes e em adultos e crianças >2 anos com carga viral acima de 1,000 cópias/ml).

*** Aviamento mensal de receitas válidas para 6 meses (fluxo rápido) ou aviamento trimestral para pacientes elegíveis nas unidades sanitárias que estiverem a implementar.

**** Recomenda-se a monitoria do CD4 de 6/6 meses até o paciente estar estável em TARV. Posteriormente, em locais onde a Carga Viral estiver disponível, o uso regular de contagem de células CD4 pode ser interrompido.

Crianças menores de 5 anos

O seguimento clínico, a provisão de APSS e PP e o levantamento de medicamentos na farmácia deve ser mensal até aos 12 meses. Depois dos 12 meses de TARV a criança passa para o seguimento em consulta clínica e de APSS e PP de 2/2 meses desde que tenha uma boa adesão ao tratamento/consultas e uma boa resposta clínica, imunológica e/ou virológica.

NOTA

As crianças ≥ 5 anos seguem o mesmo cronograma de consultas e APSS e PP, Farmácia e Laboratório que os adultos.

Particularidades no seguimento da criança em TARV

Para além dos parâmetros descritos, a cada consulta, as crianças devem ser avaliadas para:

- Peso e estatura;
- Avaliação nutricional;
- Evolução dos parâmetros de desenvolvimento psicomotor;
- Ajuste da dosagem de ARVs ao peso da criança;
- Avaliação da necessidade de revelação diagnóstica (para crianças >10 anos).

Tabela 5. Principais mensagens de apoio a serem dadas durante o seguimento dos pacientes

ACOLHIMENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar o significado do diagnóstico ao utente 2. Explicar como funciona a US (Fluxo, equipe, localização dos serviços); 3. Trabalhar na aceitação do diagnóstico; 4. Explicar como funciona a Unidade Sanitária: 5. (Fluxo, equipe, localização dos serviços) <ul style="list-style-type: none"> • Explicar o significado do Testar e Iniciar; • Diminuir a Ansiedade acerca do tratamento.
	<p>Explicar o significado de HIV/SIDA, Formas de transmissão e prevenção do HIV que existem</p> <p>Adesão aos Cuidados e ao TARV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benefício do início atempado do TARV, tais como a efectiva supressão viral, restauração do sistema imunitário, prevenção das doenças oportunistas e prevenção da transmissão do HIV; • Quando uma pessoa é HIV+ tem critérios clínicos imediatos para iniciar o TARV; • O objectivo do TARV é baixar a quantidade do vírus e aumentar o CD4; • Os ARV's não curam, mas irão controlar a evolução da doença e manter a pessoa saudável e com boa qualidade de vida; • O TARV pode provocar efeitos colaterais, portanto, o paciente deverá ir ao Centro de Saúde o mais cedo possível; • Os efeitos adversos são temporários e podem ser tratados; • Uso de medicamentos tradicionais e sensibilização a não misturar os medicamentos; <p>Avaliação comportamental</p> <p>ACONSELHAMENTO Pré-TARV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adesão a toma dos medicamentos e idas às consultas; • Importância da partilha do seroestado com o parceiro ou confidente; • Comportamentos sexuais seguros (uso de preservativo); • Expectativas/intenções de ter filhos e o seguimento clínico; • Uso abusivo de álcool e/ou drogas. <p>Avaliação de Risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de parceiros, sexo desprotegido, prevenção e orientação sexual; • Confidencialidade no seguimento na unidade sanitária; • Revelação de diagnóstico e importância do confidente no tratamento; • Importância de fornecer contactos correctos e solicitar consentimento para buscas. <p>Plano de tratamento e adesão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regime de tratamento, a sua actuação e os benefícios do mesmo; • Plano de tratamento, determinando em conjunto os horários para a toma; • Estratégias de apoio ao tratamento; • Importância da adesão às consultas e ao tratamento para a sua saúde . • Seguimento laboratorial, carga viral e CD4
SEGUIMENTO DE ADESÃO	<p>Importância da adesão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhora o estado de saúde do/a utente; • Prolonga o tempo de vida; • Diminui a probabilidade de infectar outras pessoas durante as relações sexuais, de mãe para filho durante de gravidez, parto e aleitamento • Oferecer mensagens de Prevenção Positiva • Seguimento clínico e laboratorial; • Envolvimento de um confidente no processo de adesão; • Falar da importância de grupos de apoio

MODELOS DE CUIDADOS

Com a implementação da estratégia de “Testar e Iniciar”, é esperado um aumento da demanda para as unidades sanitárias nos serviços de cuidados e tratamento e consequentemente um aumento da sobrecarga de trabalho. Neste âmbito, surge a necessidade acrescida de implementar abordagens que apoiem a melhoria da qualidade dos cuidados clínicos oferecidos aos utentes, bem como garantir a adesão dos pacientes ao TARV e retenção dos mesmos em cuidados.

Parte destas abordagens passam pela implementação dos modelos de cuidados clínicos diferenciados aos pacientes. A selecção destes modelos de cuidados dependem de:

- Tipo de US (grande e pequeno volume);
- Localização da US (? Rural, urbana);
- Tipos de serviços oferecidos nessa US;
- Disponibilidade de recursos humanos diferenciados para as diferentes áreas de intervenção e capacitados (delegação de tarefas ou *task shifting*);
- Disponibilidade dos sistemas de apoio.

Abordagens para redução do tempo de espera na US e melhoria da qualidade do atendimento clínico

Descongestionamento das Unidades sanitárias de grande volume

- Deve-se estimular aos pacientes a sua transferência para US periféricas próximas do local de residência, explicando as vantagens no que concerne a melhoria no atendimento personalizado dos pacientes e oferta de serviço de qualidade;
- A transferência dos pacientes deve ser consensual, e nunca de forma compulsiva;
- Nos Distritos com US a implementar a dispensa de ARVs para 3 meses, deve-se identificar mecanismos de monitorar as auto-transferências dos pacientes para US com dispensa de 3 meses com o propósito de serem contemplados na abordagem;
- **Expansão de Serviços TARV para as Unidades periféricas** para facilitar o acesso a US em termos de distância e de custo de transporte.

Espaçamento das consultas clínicas de seguimento (trimestral ou semestral) para pacientes estáveis (fluxo rápido)

Os pacientes maiores de 5 anos, clinicamente estáveis, e que estejam em TARV há pelo menos 6 meses e com boa adesão, devem ser observados pelo clínico de 6 em 6 meses. Neste contexto o paciente poderá se beneficiar de receitas pré-datadas para ARV's e CTZ para um período de 6 meses podendo levantar estes medicamentos mensalmente ou trimestralmente na farmácia da US, dependendo da US estar ou não contemplada na abordagem da dispensa de ARVs para 3 meses.

Uma excepção é feita aos pacientes em profilaxia com INH, para os quais o seguimento clínico deve ser mensal durante 6 meses, período de duração do tratamento profilático.

Modelos de implementação para melhoria da adesão e retenção aos cuidados

Revelação do diagnóstico ou do seroestado

A todo o paciente, deve-se encorajar e dar apoio para que faça a revelação do seu seroestado ao parceiro, ou a algum membro da família. Deve-se dar apoio psicossocial até que todo o processo de revelação do seroestado esteja concluído.

Toda a criança com idade ≥ 10 anos, deve ser avaliada tanto pelo clínico como pelo pessoal de APSS, para a necessidade de revelação diagnóstica parcial ou completa, priorizando aquelas que comparecem as consultas sozinhas (sem acompanhante).

Toda criança deve ter a revelação diagnóstica completa antes da transição para o TARV adulto (depois de completar os 15 anos de idade).

Implementação de um sistema de identificação precoce de pacientes faltosos abandonos

O sistema de ficheiro móvel dos FILA's e o registo no livro de faltosos e abandonos permite a elaboração das listas dos faltosos/abandonos da semana anterior. Este constitui um instrumento de grande valia sobretudo em US sem sistemas electrónicos de seguimento de pacientes.

Nas US com base de dados electrónica e/ou sistema de dispensa electrónico de ARVS (iDART), para além da identificação dos faltosos/abandonos através do ficheiro móvel, esta poderá ser feita através da elaboração da lista automática usando o SESP/iDART.

Busca consentida através de chamadas telefónicas ou visitas domiciliárias de acordo com o contexto do paciente

Como primeiro passo das actividades de busca, os pacientes faltosos/abandonos incluídos nas listas serão contactados. Este contacto pode ser feito por chamadas telefónicas ou por visitas usando os activistas quando disponíveis.

Abordagem familiar/de pares (mãe-filho, casais)

Esta abordagem tem como objectivo testar e diagnosticar infecção por HIV nos membros da família (crianças e cônjugues), melhorar a identificação dos parceiros sero-discordantes e iniciar precocemente do TARV nas PVHIV identificadas, bem como melhorar a sua adesão e retenção.

O pacote de cuidados para abordagem familiar inclui:

- Oferta de pacote de aconselhamento pré e pós-teste á família;
- Oferta precoce de TARV aos membros da família;
- Oferta do pacote de prevenção positiva a todos os membros da família;

- Melhoria da capacidade dos provedores na gestão dos problemas da família.

Expansão dos GAAC

O GAAC é um modelo de cuidados com vista a contribuir para a melhoria dos níveis de retenção dos pacientes em TARV, para além de benefícios para a US.

Os GAAC são grupos auto-formados de 3 à 6 pacientes que têm acesso ao TARV na mesma unidade sanitária e que alternam o levantamento dos ARVs. Para além das responsabilidades individuais dos elementos do grupo no levantamento dos medicamentos, o mesmo grupo é representado por um ponto focal do grupo, que é o elemento que tem a responsabilidade de coordenar o grupo e estabelecer a ligação com a US (ver a Estratégia de Grupos de Apoio e Adesão Comunitária).

Formação e Dinamização dos Grupos de apoio

A criação de grupos de apoio tendo em conta as faixas etárias, sexo e necessidades específicas (ex: os adolescentes) dentro e fora da US, pode constituir uma abordagem para melhorar a adesão dos pacientes e proporcionar uma oportunidade para o apoio psicossocial através de pares dentro dos grupos.

Para uma óptima interacção entre os membros, recomenda-se que os grupos devem comportar não acima de 25 membros.

A periodicidade dos encontros pode ser quinzenais ou mensais dependendo da opção dos membros do grupo e com sessões que podem durar entre 60 a 90 minutos por sessão, sendo que os temas abordados devem ser de consenso, necessidades e interesse dos pacientes.

Sempre que possível deve haver um facilitador devidamente capacitado para moderar os debates e esclarecer as possíveis dúvidas.

Dispensa trimestral de medicamentos ARV

Actualmente, a dispensa de ARV's é feita numa base mensal. Contudo, á partir de Agosto de 2016 o PNC ITS HIV/SIDA em coordenação com a CMAM vai adoptar a política de dispensa de ARVs para 3 meses, como forma de reduzir a sobrecarga das farmácias e diminuir as frequências dos pacientes na US. Esta abordagem será implementada de forma faseada, iniciando em 22 US pré-seleccionadas, com um plano de expansão previamente definido. Com esta medida, espera-se não só reduzir a frequência das visitas dos pacientes às US, como também a melhoria da qualidade dos cuidados clínicos, redução do tempo de espera dos pacientes, e aumento da adesão e da retenção em cuidados.

Serão contemplados na **dispensa de ARVs para 3 meses** os pacientes que reunirem os seguintes **critérios**:

- Paciente com idade igual ou superior a 5 anos (e que não seja grávida nem lactante);
 - Para criança dos 5 – 10 anos, deve ter um cuidador responsável. Se o cuidador for HIV+ e em TARV, também deve reunir critérios para inclusão na dispensa de ARVs para 3 meses;
 - Para crianças que vêm sozinha as consultas (sem nenhum acompanhante) devem ter idade superior a 10 anos e revelação diagnóstica completa;
- Em TARV há pelo menos 6 meses;
- CD4 > 350 Cel/ml ou uma medição de CV indetectável (onde a CV estiver disponível);
- Não apresentar nenhuma condição activa do estadio III ou IV;
- Registo de boa adesão as consultas e/ou ao levantamentos na farmácia nos últimos 6 meses;
- Não fazer parte de um GAAC;
- Não estar a fazer profilaxia com TPI;
- Não estar a fazer profilaxia com CTZ.

A identificação dos pacientes elegíveis para receber os medicamentos por 3 meses deve ser feita pelo clínico. Deve-se reforçar o APSS e PP com vista a reforçar a adesão dos pacientes as consultas.

Crítérios para a Suspensão do aviamento de ARVs para 3 meses

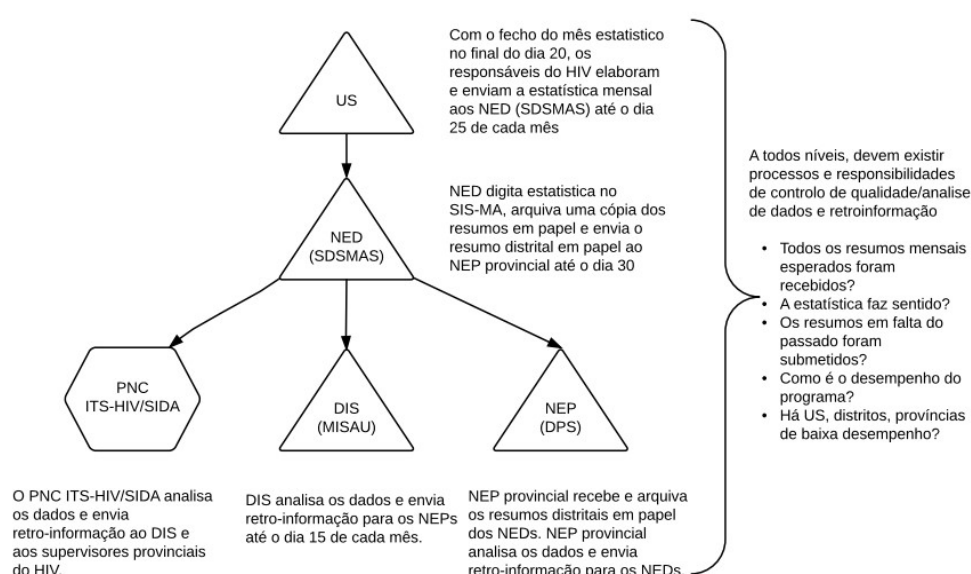
Após ter iniciado o processo de aviamento de ARVs para 3 meses, o clínico poderá decidir pela suspensão, e voltar ao aviamento mensal, caso seja comprovado a existência de uma das seguintes condições:

- Diagnóstico de uma nova gravidez;
- Paciente desenvolveu uma nova condição clínica do estadio III ou IV;
- Comprovada má adesão;
- Suspeita de falência clínica, imunológica ou virológica;
- No caso em que um dos membros do par criança–cuidador seja suspenso da dispensa de ARVs para 3 meses por qualquer motivo, o outro membro deve automaticamente ser também suspenso.

MONITORIA E AVALIAÇÃO

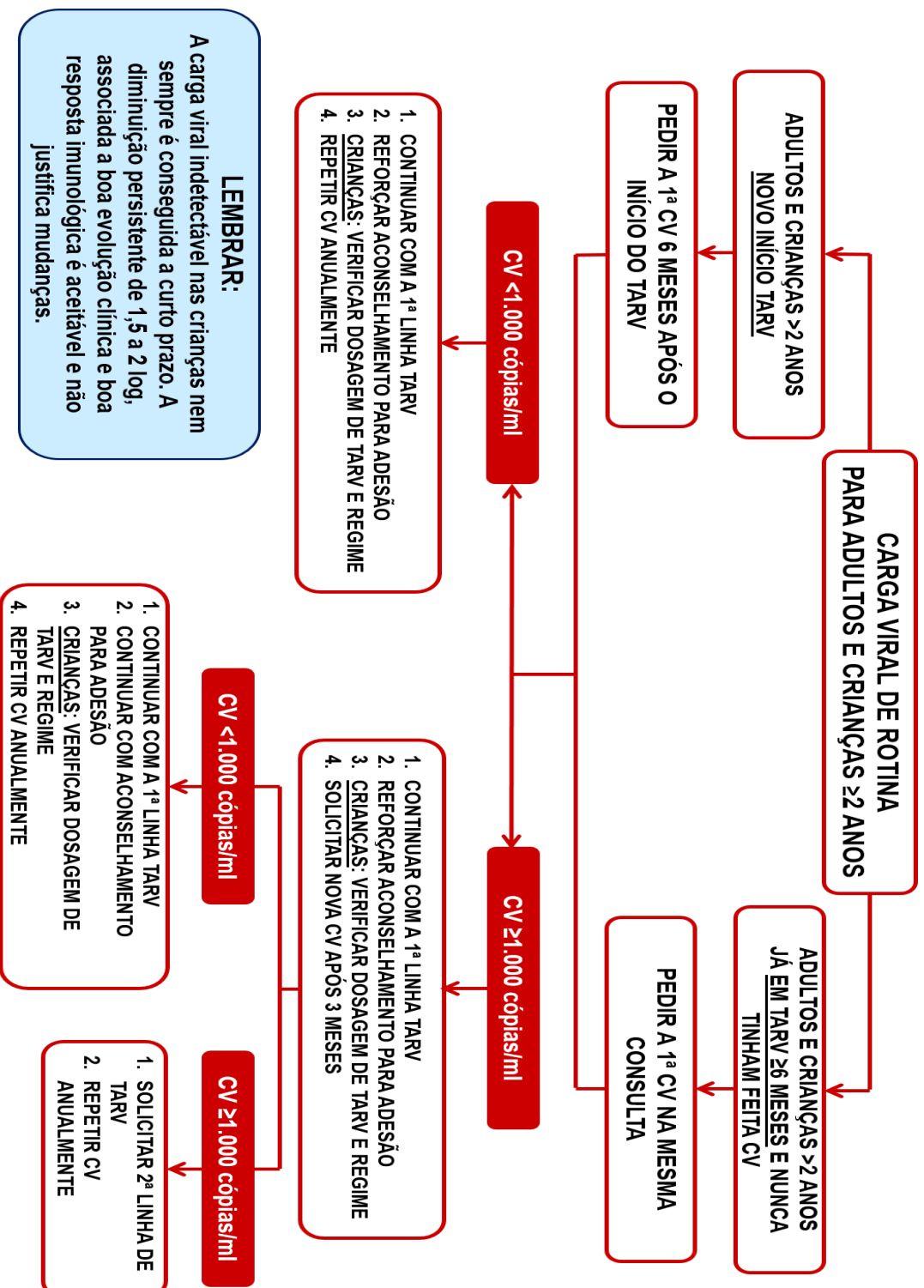
A abordagem de testar e iniciar trás vários desafios programáticos, logísticos e de monitoria e avaliação. As metas programáticas são muito ambiciosas, existindo potencial para uma maior sobrecarga de trabalho, risco acrescido de ruptura de medicamentos, testes rápidos, instrumentos de registo e reagentes laboratoriais. O registo e reporte de informação torna-se ainda mais crucial para que possam ser tomadas decisões informadas sobre a gestão e prestação de serviços, justificação de consumo, prevenção de rupturas e o cumprimento das metas. A [Figura 3](#) ilustra o fluxo de Informação do Sistema de Informação de Saúde do MISAU que não sofrerá alterações com a implementação da abordagem do Testar e Iniciar.

Figura 3. Fluxo de Informação do SIS, responsabilidade e Prazos a cada nível



Apesar das mudanças no fluxo de pacientes, seguimento clínico e laboratorial, de modo geral, os procedimentos de recolha e agregação de dados do PNC ITS HIV/SIDA mantem-se os mesmos com a excepção da introdução de novos instrumentos para a carga viral (formulário de solicitação do teste de CV, protocolo de envio de amostras de CV e livro de registo de colheita de CV). É importante conhecer o fluxo de dados do programa e as responsabilidades de cada membro da equipa na registo e agregação da informação

ANEXOS



ANEXO 2

