Abordagem do ICAP à Otimização de Testagem de HIV

ICAP
GLOBAL. HEALTH. ACTION.
Columbia University
Mailman School of Public Health

SOBRE O ICAP

O ICAP foi fundado em 2003 na Mailman School of Public Health da Universidade de Columbia Líder global emHIV e fortalecimento de sistemas de saúde, o ICAP oferece assistência técnica e apoio à implementação para governos e organizações não-governamentais em mais de 21 países. O ICAP apoiou o trabalho em mais de 5.200 unidades de saúde em todo o mundo. Através dos programas apoiados pelo ICAP mais de 2,2 milhões de pessoas receberam tratamento para oHIV e mais de 1,3 milhões iniciaram a terapia antirretroviral.

Prefácio

Este guia foi desenvolvido como como parte integrante de uma série de quatro documentos que visa apoiar as equipas ICAP na implementação de estratégias eficazes para alcançar as metas globais 90:90:90[1]. Os quatro documentos descrevem a abordagem do ICAP para:

1) **Otimização de testagem de HIV**. Este documento descreve inovações que apoiam um aumento no rendimento em testes deHIV, especialmente entre subpopulações que têm sido historicamente difíceis de alcançar.

2) **Inicio da Terapia Antirretroviral na Era " Testar e Tratar a Todos"**. Este documento descreve abordagens para garantir a alta aceitação e cobertura da terapia antirretroviral (TARV) no contexto da abordagem "Testar e Tratar a Todos".

3) **Modelos Diferenciados de Serviços.** Este documento descreve as principais considerações para a implementação de modelos diferenciados de serviços.

4) **Expansão da monitoria com carga viral**. Este documento descreve as principais considerações para a preparação da implementação e expansão nacional da monitoria do tratamento através da monitoria da carga viral.

Estes guias podem ser usados para ajudar os países a pensar em estratégias bem-sucedidas para otimizar a testagem deHIV, melhorar a cobertura de TARV, a retenção em cuidados e maximizar os serviços para garantir a supressão da carga viral. Todos os quatro documentos destacam áreas que precisam ser priorizadas, mantendo um foco em questões críticas que não são adequadamente cobertas em outros materiais. Esta série de documentos destina-se a complementar o "Pacote de Atendimento ICAP para Pessoas que Vivem com HIV" (ver Anexo I).

O público-alvo deste guia inclui as equipas clínicas e os gestores de saúde que apoiam a implementação e a expansão de modelos diferenciados de serviços.

Agradecimentos

Este guia foi desenvolvido pela seguinte equipa da Unidade Clínica e de Formação e Unidade de Informação Estratégica do ICAP: Julie Franks, Tanya Ellman, Bereket Alemayehu, Ruby Fayorsey, William Reidy, Kieran Hartsough, Fatima Tsiouris, Eduarda Pimentel de Gusmao, e Stephen Arpadi. Agradecemos especialmente a Andrea Howard, Wafaa El-Sadr, Jessica Justman, Tiffany Harris e Miriam Rabkin pelos comentários e contribuições atenciosas durante o desenvolvimento e revisão do guia.

Agradecimentos adicionais a Rebecca West e Anne Schoeneborn pela edição de texto do guia e fornecimento de informações editoriais.

[*] O alvo é que 90% de todas as pessoas que vivem com o HIV tomem conhecimento da sua situação de HIV; 90% de todas as pessoas com diagnóstico de infecção por HIV recebam TARV com apoio; e 90 por cento de todas as pessoas que recebem TARV tenham supressão viral.

Índice

Siglas ..... 5Error! Bookmark not defined.

Resumo executivo ..... 6.

Introdução ..... 7Error! Bookmark not defined.

I. Considerações para uma estratégia de testes direcionada ..... 8Error! Bookmark not defined.

A. Populações prioritárias para otimização da testagem ..... 9Error! Bookmark not defined.

B. Abordagens de otimização da testagem ..... 10Error! Bookmark not defined.

i. Testes móveis e testes in loco ..... 12Error! Bookmark not defined.

ii. Feiras de saúde e locais de avaliacao para multi-doenças ..... 12Error! Bookmark not defined.

iii. Modelos únicos adaptados às necessidades da População Chave (PC) ..... 12Error! Bookmark not defined.

iv. Testagem no local de trabalho ..... 12Error! Bookmark not defined.

v. Testagem domiciliares ..... 12Error! Bookmark not defined.

vi. Testagem de Rede Social 13

vii. Testagem de caso índice ..... 13Error! Bookmark not defined.

viii. Serviços de notificação de parceiros ..... 13Error! Bookmark not defined.

ix. Auto-Teste de HIV ..... 14Error! Bookmark not defined.

x. Otimização de Testagem no ATIP e ATS ..... 14Error! Bookmark not defined.

xi. Testes de HIV ao Nascer ..... 15Error! Bookmark not defined.

C. Garantir a Prestação de Serviços de Qualidade em testes direcionados ..... 16Error! Bookmark not defined.

D. Garantia de Qualidade em Testes de HIV ..... 17Error! Bookmark not defined.

i. Selecionar uma Estratégia de Teste e um Algoritmo ..... 17Error! Bookmark not defined.

ii. Retestagem para verificação antes de iniciar a TARV ..... 18Error! Bookmark not defined.

iii. Retestagem após testes com resultados negativos de HIV ..... 19Error! Bookmark not defined.

iv. Ligação com serviços após o teste ..... 19Error! Bookmark not defined.

II. Monitoria & Avaliação dos STH ..... 20Error! Bookmark not defined.

A. Sistemas de dados ..... 20Error! Bookmark not defined.

B. Avaliação do Programa ..... 26.

C. Documentar ligação ao Tratamento ..... 28Error! Bookmark not defined.

D. Segurança de Dados e Confidencialidade ..... 29Error! Bookmark not defined.

E. Considerações Especiais para Abordagens Específicas de Testagem ..... 30Error! Bookmark not defined.

F. Resumo ..... 32Error! Bookmark not defined.

Anexo 1: Material de Apoio ..... Error! Bookmark not defined.33

Anexo 2: Abordagem da PEPFAR para Classificação da População Chave ..... 34Error! Bookmark not defined.

Anexo 3: M&A dos Serviços de Notificação de Parceiros ..... 35Error! Bookmark not defined.

Referências ..... 36Error! Bookmark not defined.

Siglas

ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntária
ATHIV	Auto-teste do HIV
CMMV	Circuncisão Masculina Médica Voluntária
HIV	Vírs de Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
ITS	Infeção Transmitida Sexualmente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Populações-chave
PID	Pessoas que Injetam Drogas
PPE	Profilaxia pós-exposição
PPrE	Profilaxia pré-exposição
PS	Profissionais do Sexo
PTG	Pessoas Transgénero
PVHIV	Pessoas que Vivem com HIV
RCP	Reação em Cadeia da Polimerase
SIS	Sistema de Informação de Saúde
STH	Serviços de Testagem para o HIV
ATIP	Testes e Aconselhamento Iniciados pelo Prestador
TB	Tuberculose
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido

Resumo Executivo

Este documento centra-se na primeira das três metas globais 90:90:90: até 2020, 90% de todas as Pessoas que Vivem comHIV a saber o seu seroestado para de HIV.

Este objetivo ambicioso implica um afastamento das estratégias estabelecidas para testes que, até agora, resultaram no diagnóstico de 40% de todas as pessoas que vivem com o HIV (PVHIV).

Abordagens estratégicas para testes de HIV que maximizam a cobertura de serviços de teste em áreas geográficas e populações onde o ónus do HIV é geralmente alto, e o rendimento de programas de testes (ou seja, a proporção de todos os testes realizados que identificam um novo caso de HIV) reforçará a eficiência dos serviços de testagem do HIV e apoiará atingir as primeiras 90 metas. Diversas abordagens inovadoras foram desenvolvidas para levar o teste de HIV a ambientes comunitários e aumentar tanto a cobertura quanto o rendimento do teste de HIV. Este documento descreve essas abordagens e oferece considerações importantes para construí-las numa estratégia de teste de HIV. Principais considerações incluem:

- O uso de dados nacionais e subnacionais para informar estratégias de teste
- Avaliação das lacunas existentes na cobertura de testes
- Inclusão das necessidades e preferências das populações que atualmente são mal servidas pelos testes e correm alto risco de contrair HIV.
- Compreensão dos recursos humanos e da capacidade de infraestrutura para expandir e fortalecer os serviços de testagem do HIV.

O documento também descreve abordagens para vincular indivíduos ao tratamento do HIV após um resultado positivo do teste de HIV.

Introdução

O conhecimento das pessoas sobre o seu seroestado deHIV é essencial para o sucesso da resposta global ao HIV. Os objetivos gerais dos Serviços de Testagem paraHIV (STH) são:

- Disponibilizar testes de HIV para aqueles que precisam
- Fornecer resultados precisos e oportunos
- Vincular pacientes a serviços apropriados com base na sua situação

Para indivíduos seropositivos , a ligação atempada ao tratamento assegurará resultados ótimos na saúde e prevenirá a transmissão do HIV. Para indivíduos HIV negativos, os STH devem facilitar o acesso a serviços e recursos de prevenção apropriados, incluindo circuncisão masculina médica voluntária, preservativos masculinos e femininos e lubrificante, contracepção, programas de troca de agulhas e seringas, profilaxia pré-exposição (PPrE) e profilaxia de pós exposição (PPE).

Estima-se que, globalmente, 40% de todas as PVHIV não estão cientes de da sua situação[1] . Essa proporção está longe das metas globais de 90:90:90 - que, até 2020, 90% das PVHIVs devem ter conhecimento do seu seroestado para HIV[2]. Alcançar essa meta exigirá o fortalecimento da eficiência dos STH (ou seja, cobertura e qualidade dos serviços prestados às áreas geográficas e populações onde o ónus doHIV é alto); e rendimento (ou seja, proporção de todos os testes realizados que identificam um novo caso de HIV).[3] Diversas abordagens inovadoras foram desenvolvidas para melhorar a eficiência e o rendimento dos testes, levando os STH a ambientes baseados na comunidade. Essas abordagens têm o potencial de atingir indivíduos que enfrentam barreiras ao acesso a testes realizados em Unidades de Saúde ou desconhecem a disponibilidade e os benefícios dos STH. Essas abordagens incluem:

- Testagem móveis na comunidade
- Um modelo único que integra os STV com outros serviços necessários
- Testagem no local de trabalho
- Testagem de parceiros e filhos
- Testagem de rede social
- Testagem no domicílio
- Auto-teste de HIV

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou recentemente orientações sobre o uso do auto-teste do HIV (ATHIV), em que indivíduos realizam um teste rápido de diagnóstico (TDR) para oHIV em si mesmos, seja com a assistência de um prestador ou de forma independente, no ambiente da sua escolha.[4] A orientação também descreve os sistemas de notificação de parceiros de modo a identificar parceiros sexuais e parceirosutilizadores de drogas injetáveis de PVHIV e fornecer-lhes STH.[4] Além destes métodos inovadores, Aconselhamento e testagem iniciada pelo provedor (ATIPATIP) e aconselhamento e testagem em saúde voluntária (ATV) podem ser otimizados para aumentar a eficiência e o rendimento. A adoção de uma combinação personalizada de abordagens de teste permitirá que os programas direcionem os esforços de teste para locais geográficos e populações específicas onde estes são mais necessários.

O objetivo deste documento é descrever as principais considerações para uma estratégia de optimização de testagem que combina uma série de abordagens de teste para melhorar a cobertura dos mesmos (especialmente entre aqueles que nunca foram testados anteriormente) e para aumentar o rendimento do teste. Este documento também descreve abordagens para fortalecer a ligação aos cuidados e tratamento do HIV após um resultado positivo do teste.

I. Considerações para uma estratégia de otimização de testagem

O desenvolvimento de uma estratégia eficaz para a implementação do STH leva em consideração características das epidemias e lacunas nacionais e locais no atual STH, onde os dados indicam maior prevalência doHIV, as necessidades e preferências das populações que são o foco dos testes direcionados, o âmbito e a capacidade de disponibilizar os STH existente e recursos disponíveis para os STH (ver Caixa 1).

Caixa 1
As estratégias de otimização de testagem HIV baseiam-se emconsiderações de:
(número de pessoas alcançadas através do STH) **E**
% (rendimento de casos positivos para o HIV identificados através do STH) **E**
$ (recursos necessários para implementar os STH)

Dados nacionais e subnacionais relevantes para o teste deHIV. O primeiro passo no desenvolvimento de estratégias de otimização de testagem de HIV é conduzir uma análise das epidemias nacionais e subnacionais (incluindo a consideração do contexto geográfico e socioeconómico) e das populações de maior risco e necessidade de serviços. Mesmo dentro de epidemias generalizadas, as diferenças regionais na prevalência e nas populações afetadas exigirão abordagens distintas. Com base numa compreensão abrangente da natureza e dinâmica da epidemia e lacunas nos serviços atuais, as abordagens de STH podem ser adaptadas e implantadas para otimizar a absorção de testes e optimização da testagem. Além do rendimento, o número total de novos casos de HIV identificados e o custo das estratégias de testagem em relação aos resultados dos testes são importantes considerações de implementação**.**

Realizações e lacunas atuais do STH. O exame minucioso dos dados recolhidos rotineiramente do programa para analise da positividade ("yield") e volume de testagem, pode orientar estratégias eficazes para o STH. A comparação dos dados do programa com os dados epidemiológicos pode revelar onde a cobertura e o rendimento do teste são baixos em relação à necessidade. A avaliação da cobertura dos STH em contextos de ATIP com populações de pacientes com prevalência relativamente alta deHIV (por exemplo, serviços de tuberculose [TB] e de Infecções Transmidas Sexualmente [ITS]) pode ajudar a identificar oportunidades perdidas de atingir PVHIV. Além disso, subpopulações e áreas em que o diagnóstico de HIV tende a ser mais tardio, podem representar uma lacuna nos STH a ser abordada com esforços concentrados. Os dados do programa, no entanto, não capturam informações sobre pessoas que estão totalmente desprivilegiadas e sem acesso ao sistema de saúde. Fontes adicionais, incluindo dados de vigilância publicados e Pesquisas de Demografia e Saúde, podem fornecer informações sobre populações em risco para o HIV e não envolvidas em STH.

Necessidades e preferências das populações alvo. A captação de STH é maior em locais conhecidos e acessíveis para grupos-alvo. O planeamento da otimização de testagem HIV deve considerar as necessidades e barreiras específicas que as populações-chave e vulneráveis enfrentam, incluindo estigma, discriminação, pobreza e informações limitadas sobre a infecção e o tratamento doHIV. Igualmente importante é uma avaliação dos recursos disponíveis para remover ou mitigar as barreiras a testagem, tais como prestadores de serviços amigáveis à população e competentes e organizações comunitárias. Membros da população-alvo e fprovedorespodem fornecer informações sobre as necessidades e preferências de testagem.

Recursos humanos e infraestrutura disponíveis. Os requisitos de pessoal e infraestrutura para testes feitos na comunidade diferem dos testes realizados em unidade de saúde. Os trabalhadores leigos treinados podem ser incorporados na equipa dos STH como activistas para buscas e conselheiros, e, de acordo com as diretrizes do país, podem oferecer testagem numa variedade de cenários, da comunidade às unidades de

saúde. Além disso, os provedores comunitários que são aliados estabelecidos e confiáveis de populações e comunidades em risco deHIV são um recurso valioso para envolver grupos considerados difíceis de se alcançar. Onde quer que o teste ocorra, é essencial que as condições sejam adequadas para garantir a confidencialidade e as medidas necessárias de controle de infecção.

A. Populações prioritárias para a testagem de HIV

Os seguintes grupos populacionais são apropriados prioritários pra testagem HIV porque são: 1) de alto risco para a infecção pelo HIV; 2) com alto risco de transmissão se forem HIV positivos; e/ou 3) é improvável aceder aos STH oferecidos rotineiramente. Populações prioritárias para testes direcionados incluem:

1. **Populações-chave (PC),** nas quais o risco comportamental doHIV é elevado e a discriminação e o estigma impedem o acesso aos serviços de saúde. Isso inclui:
   - Profissionais do sexo (PS)
   - Homens que fazem sexo com homens (HSH)
   - Pessoas transgénero (PTG)
   - Pessoas que Injetam Drogas (PID)
   - Pessoas em prisões ou outros cenários de reclusão
2. **Populações vulneráveis,** para quem uma série de fatores os torna menos capazes de se proteger contra oHIV. Isso inclui:
   - **Raparigas adolescentes e mulheres jovens** são uma população vulnerável em que o acesso limitado à educação sobre o HIV e oportunidades limitadas para adquirir habilidades para redução de risco comportamental coincide com recursos económicos limitados e normas e práticas sociais, culturais e de gênero para criar barreiras ao acesso aos serviços de HIV.
   - **Rapazes adolescentes** também enfrentam limitações para aceder à educação e serviços relacionados aoHIV. Para meninos e meninas, a adolescência é um período de alto risco de infecção pelo HIV. Além disso, em ambientes de alta prevalência, o número de adolescentes não diagnosticados e infectados perinatalmente pode ser alto.
   - **Homens, especialmente homens jovens**, acedem a testes deHIV em menor número do que as mulheres, em parte porque não há um ponto de entrada amplamente acessível para os STH para homens (como testes em clínicas pré-natais e serviços de saúde sexual e reprodutiva para mulheres). Em contextos de alta prevalência, isto significa que os homens seropositivos para oHIV são diagnosticados mais tarde do que as mulheres, o que tem consequências negativas para a sua saúde e para a prevenção da transmissão subsequente.
   - **Trabalhadores migrantes e itinerantes** podem enfrentar múltiplos desafios ao acesso a serviços, incluindo barreiras de idioma, acesso limitado ao transporte para serviços de saúde e recursos económicos limitados. A vulnerabilidade doHIV também surge no contexto de ocupações que exigem períodos prolongados longe das comunidades de origem e fontes estabelecidas de cuidados de saúde, levando à formação de relações sexuais concomitantes e incapacidade de acesso ao STH. Pescadores, mineradores, trabalhadores têxteis e caminhoneiros de longa distância são exemplos de grupos que podem experimentar vulnerabilidade no contexto do seu trabalho.
3. **Parceiros sexuais e de drogas injetáveis de PVHIV** correm o risco de contrair o HIV por causa do risco comportamental partilhado. Os STH permitem que os parceiros acedam aos serviços apropriados para o cuidado do HIV - se forem considerados seropositivos - ou a prevenção do HIV se foremHIV-negativos.

4. **Bebés expostos ao HIV** apresentam alto risco de progressão rápida da doença, doença grave e morte; e a ligação precoce ao cuidado e início do tratamento são essenciais para reduzir a morbidade e a mortalidade em bebésHIV-positivos.

B. Abordagens otimização de testagem HIV

Abordagens distintas para testes direcionados são apropriadas para populações distintas. Além disso, a implementação de cada abordagem deve levar em conta considerações como o ambiente, a Unidade de Saúde e os colaboradores comunitários. A Tabela 1 fornece uma visão geral das abordagens de otimização de testagem HIV.

Tabela 1: Abordagens de Otimização de Testagem HIV

Abordagem	População Alvo	Considerações Principais
Testes móveis e testes feitos *in loco*	Homens em populações gerais; HSH, TG, PS, PID e outros grupos que possuem áreas bem definidas de socialização	A estreita colaboração com os membros da população-alvo e os seus aliados pode garantir que os locais de teste respondam às necessidades e preferências da população. Os sistemas de referência para vincular indivíduos com resultados de testes reativos aos cuidados com oHIV e tratamento conveniente para o local do teste e disponíveis no momento do teste são essenciais.
Teste no local de trabalho	Trabalhadores migrantes ou itinerantes que não se consideram em risco para o HIV, especialmente homens	O teste no local de trabalho é uma variante do teste *in loco* que traz testes para populações que podem não aceder ao atendimento de rotina. Preocupações sobre a confidencialidade durante o teste podem comprometer a aceitabilidade dos testes no local de trabalho. A integração do teste deHIV com outros serviços de saúde já oferecidos nos locais de trabalho, como o teste de TB, pode melhorar a aceitabilidade e a aceitação do STH.
Prestação de serviços integrada ("paragem única" ou serviços integrados)	PID, PS, adolescentes e outros grupos com múltiplas barreiras ao acesso aos cuidados de saúde	Abordagens abrangentes de redução de danos que combinam os STH com programas de agulha e seringa estéreis e o tratamento assistido por medicação para a dependência de opiáceos podem promover a adoção de testes entre o PID e outros utilizadores de drogas. Uma abordagem única pode ser mais económica do que os STH independentes, mas exige maior investimento de recursos e colaboração contínua com os prestadores de serviços da PC.
Testes em casa	Crianças e parceiros de pessoas conhecidas como soropositivas, em locais com elevada prevalência de HIV	Testes domiciliares podem ser efetivamente combinados com outras abordagens de testes (por exemplo, ATV, testagem de caso índice, campanhas de rastreio de várias doenças) para testar indivíduos que não acedem aos STH em unidade de saúde e locais públicos.

Teste de rede social	AGYW, PID, PS e outras PC com fortes redes sociais	Colegas/Educadores e "campeões" da prevenção doHIV e da saúde sexual e reprodutiva podem mobilizar suas redes sociais para participar de eventos de educação sobre HIV e STH.
Testagem de caso índice e serviços de notificação de parceiro	Família, parceiros sexuais e aqueles que compartilham equipamentos de injeção com PVHIV	As preferências para o tipo de encaminhamento para os STH voluntários (do caso índice, de um prestador ou ambos) variam entre populações e áreas. Consultar as partes interessadas da comunidade (incluir PVHS) para garantir que os sistemas de notificação e encaminhamento sejam adequadamente adaptados às populações alvo. Os sistemas de notificação de parceiros para o HIV não estão amplamente disponíveis em muitos contextos e precisariam ser desenvolvidos e implementados.
Auto-teste de HIV	HSH e outras PC, parceiros de indivíduos que acedem a STH e casais; profissionais de saúde e outros com preocupações sobre a confidencialidade do STH	Semelhante ao teste em casa, o ATHIV pode ser combinado com a testagem de caso índicepara envolver pessoas em risco que não acedem aos STH. Procedimentos para testes confirmatórios e ligação aos cuidados para diagnósticos de HIV confirmados são essenciais.
Feiras de saúde e campanhas/eventos de avaliação multi-doença	Homens, especialmente homens jovens e pacientes a serem testados pela primeira vez	Campanhas de mídia, anúncios de serviços em grande escala e o uso de voluntários da comunidade, em conjunto com campanhas de teste, podem aumentar a participação.
ATIP direcionados	Unidades de internamento baseadas no rendimento (incluindo TB, pediatria e desnutrição); clínicas pré-natais e serviços de parto e parto; Pacientes dasITS; e outras clínicas ambulatoriais em situações de alta prevalência de HIV	Quando os dados do programa identificam unidades médicas ou alas com números elevados e/ou rendimento de casos deHIV positivos, os STH podem ser intensificados ou simplificados para otimizar os ATIP.
Teste do HIV no nascimento	Todos os bebés expostos aoHIV ou bebés de alto risco *	Ideal para programas em que a cobertura de 4 a 6 semanas de diagnóstico precoce infantil(PCR) do HIV é> 80% e o tratamento antirretroviral está disponível para recém-nascidos. A testagem universal de todos os bebés expostos aoHIV é mais fácil de implementar, já que a identificação de bebés de alto risco é um desafio

*Os bebés de alto risco são definidos como bebés nascidos de mulheres com HIV que receberam <4 semanas de TARV antes do parto, ou que tenham uma carga viral> 1000 cópias/mL nas 4 semanas antes do parto ou que nasceram de mulheres com infecção por HIV durante gravidez.

i. Testes móveis e testes in loco

O teste móvel permite flexibilidade para levar os STH a diferentes locais. A colaboração com prestadores de serviços sociais que são conhecidos e aceitos pela PC e outras populações pode facilitar o teste em ambientes não tradicionais na comunidade, como "moonlighting tests", nos quais profissionais treinados facilitam o teste em locais comunitários onde os HSH se reúnem no período noturno. (veja o quadro 2 por exemplo). Organizações parceiras experientes podem ajudar a estabelecer medidas e procedimentos de segurança adequados para maximizar a aceitabilidade dos testes em ambientes comunitários. São essenciais procedimentos para acompanhamento adequado dos resultados de TDR reativos, como o encaminhamento facilitado para uma unidade próxima com horários convenientes.

Caixa 2: Teste Móvel
A Iniciativa de Saúde Masculina MOSAIC do ICAP na África do Sul adaptou STH para HSH usando barracas em áreas de hotspots identificadas / centros de atendimento em horários convenientes, incluindo noites (testes de luar) e fins de semana, com um aumento de quatro vezes nos testes de HIV. Além disso, por meio de comunidades de prática que consistem em uma rede de prestadores de serviços compatíveis com HSH, os HSH foram vinculados a serviços relevantes com base na sua situação de HIV.

ii. Feiras de saúde e locais de avaliação integrada de saúde. Os STH que são integrados em feiras de saúde visando vários problemas de saúde (como medição da pressão arterial, exames oftalmológicos e oculares, etc.) podem reduzir o estigma associado ao teste de HIV e alcançar alta cobertura de teste entre grupos que passam por testes com pouca frequência, incluindo homens.[5]

iii. Paragem Única adaptada às necessidades da População Chave (PC)

A integração dos STH em serviços estabelecidos e adaptados às necessidades da PC, como serviços de redução de danos para PID, é recomendada como uma abordagem centrada no paciente para fornecer STH e cuidados de acompanhamento para a PC. Para levar os serviços às PID e aos PS, os programas devem levar em consideração o ambiente político e jurídico relevante, de modo a não expor inadvertidamente a PC à discriminação ou processo judicial.

iv. Testagem no local de trabalho

O fornecimento de STH no local de trabalho pode ajudar a remover barreiras a testagem e alcançar indivíduos que, de outra forma, não teriam feito o teste numa unidade de saúde. Isso pode incluir homens, que em geral são difíceis de se envolver em STH, ou aqueles empregados em indústrias específicas que oferecem uma oportunidade para atingir uma população específica. Por exemplo, em parceria com o *Employment Bureau of Africa (TEBA)*, o ICAP apoiou o estabelecimento de serviços de rastreio, diagnóstico e tratamento de TB, bem como STH em três escritórios regionais do TEBA em Lesoto, onde os mineiros se reúnem para cobrar o pagamento diferido. Com a disponibilidade de STH no local, a proporção de casos de suspeitos de TB seroestado deHIV documentado aumentou de 13% para 83% em apenas seis meses, com 32% dos casos suspeitos de TB testados HIV positivos.[6]

v. Testagem Domiciliares

O TDR realizado em ambientes domésticos por profissionais leigos treinados ou profissionais atinge indivíduos que não acedem aos STH em unidades de saúde na comunidade. Para atingir o maior número de

indivíduos, os testes domiciliares devem ser adaptados à comunidade específica, e as visitas domiciliares devem ser agendadas em horários flexíveis para permitir que se chegue às pessoas durante as horas em que elas provavelmente estarão em casa. O teste domiciliar voluntário pode ser uma abordagem aceitável para o teste a familiares de pacientes indexados (ou seja, oferecer STH para os parceiros sexuais, filhos e parceiros de drogas injetáveis de PVHIV).

vi. Testagem de Rede Social

O encaminhamento feito através das redes sociais para os STH aproveita o poder das normas do grupo para aumentar a aceitabilidade do STH e a motivação para se submeter a testes. Nessa abordagem, os indivíduos dos grupos de PC que passaram por testes chegam aos amigos e parceiros sexuais dentro da mesma PC, incentivando-os a testar e fornecer informações sobre como aceder aos STH. Os membros conhecidos e confiáveis de uma rede social que compartilham fatores de risco semelhantes para HIV e/ou normas relacionadas a testes podem ser porta-vozes convincentes para os STH. Os defensores da PC e os membros da comunidade podem fornecer informações e feedback essenciais para desenvolver procedimentos para testes de redes sociais que respondam às necessidades e preferências da população-alvo, incluindo preocupações sobre a confidencialidade dos processos de referência.

vii. Testagem de caso índice

Os parceiros sexuais primários e os filhos de PVHIV têm taxas elevadas de HIV em comparação com as populações em geral. No entanto, os parceiros e membros da família podem não estar conscientes de que estão em risco de contrair o HIV. A testagem de caso índiceenvolve a identificação sistemática de parceiros atuais e antigos e filhos recém ou previamente diagnosticados com HIV, e envolvê-los nos STH (veja o Quadro 3, por exemplo). Os testes podem ser feito na unidade de saúde através de convites para membros da família ou através de testes domiciliares. Um estudo ICAP em Lesoto mostrou viabilidade, aceitabilidade e alta positividadena testagem focada em familiares de pacientes HIV positivos.[7] Esta abordagem também demonstrou eficácia na identificação de crianças soropositivas para o HIV.[8]

viii. Serviços de notificação de parceiros

Os serviços de notificação de parceiros ajudam as PVHIV quer já deram o seu consentimento a identificarem parceiros sexuais e utilizadores de drogas injetáveis, a fim de oferecer-lhes STHvoluntários. Os procedimentos para serviços de notificação de parceiros assistidos são adaptados de acordo com a preferência do paciente e a resposta dos parceiros.[4] Os tipos de referência incluem:

- Referência passiva: Os conselheiros do teste de HIV incentivam e orientam as PVHIV a divulgarem voluntariamente o seu diagnóstico deHIV aos parceiros e familiares e incentivá-los a fazerem o teste.
- **Referência acordada contratual**: as PVHIV iniciam o processo de encaminhamento passivo. Se os parceiros identificados e os membros da família não acederem aos STH dentro de um determinado período de tempo, um profissional de saúde entrará em contato confidencialmente para oferecer os STH voluntário.
- **Recomendação dupla**: as PVHIV e os fornecedores notificam em conjunto os parceiros e familiares e oferecem os STH voluntário.
- **Recomendação do provedor**: as PVHIV dão permissão expressa aos provedores para notificarem confidencialmente os parceiros e familiares e oferecer-lhes STH voluntários. O encaminhamento do prestador pode ser realizado sem identificar as PVHIV que iniciam o encaminhamento/recomendação.

Parceiros e membros da família que forem identificados pelos casos índices através de serviços de notificação de parceiros podem ser encaminhados para unidades de saúde para testes, podem receber testes domiciliares ou podem receber treinamento e recursos para conduzir o ATHIV.

Caixa 3Testagem de caso índice de pacientes novos e actualmente em TARV

Em 2016, as unidades de saúde de HIV apoiadas pelo ICAP em cinco municípios no Quênia implementaram procedimentos para testar os familiares no domicílio de pacientes novos e existentes portadores de HIV ("casos índices") para o HIV. Foram desenvolvidas ferramentas para rastrear os resultados do teste de familiares do caso índice.

- **Recentemente, os pacientes seropositivos para o HIV foram aconselhados a levarem os seus parceiros e familiares para as unidades de saúde para testagem, e foi oferecido incentivo de transporte para os pais levarem crianças para serem testadas.**
- **Para os pacientes existentes, a equipa da clínica analisou informação de uma semana antes das consultas agendadas e ligou para os pacientes com familiares com situação de HIV desconhecida. Os pacientes foram convidados a trazerem os seus familiares para a consulta e para testes.**
- **A equipa clínica monitorou o teste de familiares e parceiros e ofereceu testes domiciliares para aqueles que não compareceram para o teste, conforme solicitado.**

Dados do período de abril a junho de 2016 mostraram que, entre os membros adultos do domicílio (20 anos de idade ou mais) testados para HIV, a prevalência do HIV era de quase 8%, enquanto a prevalência entre os membros

ix. Auto-Teste deHIV

O ATHIV requer o uso de um único TDR que é realizado e interpretado pelo indivíduo num ambiente da sua própria escolha.[4] Os resultados reativos exigem testes confirmatórios adicionais de acordo com o algoritmo nacional validado para o teste deHIV. Como ele pode ser usado por indivíduos que não desejam ou não conseguem aceder ao teste em unidades de saúde ou na comunidade, o ATHIV pode complementar outras abordagens de testes e preencher lacunas na cobertura de testes. O ATHIV não é recomendado para PVHIV em TARV, pois isso pode resultar num falso resultado não reativo. Um estudo ICAP em Lesoto mostrou alta aceitação e aceitabilidade do ATHIV.[7] Outro estudo no Malaui obteve alta cobertura por dois anos consecutivos (77%), particularmente entre adolescentes, e o ATHIV mostrou-se seguro, preciso e aceitável.[9]

Os componentes essenciais dos kits de ATHIV incluem um dispositivo de teste rápido de fluido oral; uma descrição da especificidade e sensibilidade do teste; instruções detalhadas para realizar o teste e interpretar o resultado; e as etapas a serem tomadas e os recursos a serem acessados no caso de um resultado reativo.

A educação e o treinamento para assegurar que os utilizadores sejam capazes de realizar o auto-teste corretamente e interpretar os resultados dos testes com precisão são componentes essenciais do ATHIV, e os materiais educacionais devem ser adaptados à preferência linguística, nível de alfabetização e estilo de aprendizagem dos utilizadores.[10] O acesso a testes confirmatórios de resultados reativos, e serviços vinculados a diagnósticos confirmados deHIV positivos, são críticos.

Embora o uso indevido e danos sociais relacionados ao ATHIV sejam raros, os procedimentos devem ser implementados para prevenir, monitorar e mitigar eventuais riscos.

x. Otimização de Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor & Aconselhamento e Testagem Voluntários

Os ATIP é a base de muitos programas de STV e deve continuar a ser uma abordagem central para o teste. A proporção de casosHIV-positivos identificados pelos ATIP pode variar significativamente entre regiões e

unidades de saúde, bem como dentro das unidades, e, portanto, os dados do programa de rotina devem ser usados para garantir que os locais de maior rendimento tenham implementado totalmente os ATIP. Os ATIP devem ser priorizados para pacientes nas consultas pré-natais (CPN), pacientes que recebem serviços pós-GBV; pacientes com tuberculose e pacientes com suspeita de tuberculose; pacientes comITS; órfãos e crianças vulneráveis; crianças com doença grave e de repetição, desnutrição e crescimento insuficiente; e para todos os pacientes em ambientes de maior prevalência. A fim de melhorar o rendimento e a eficiência, os ATIP podem não ser implementados em todos os locais, mas focados em pontos de entrada dentro da unidade de saúde, unidades específicas ou certas regiões onde essa abordagem foi mais bem-sucedida. Além disso, estabelecer procedimentos para integrar os ATIP em contextos clínicos pode ajudar a otimizar essa abordagem (veja a Caixa 3).

Caixa 3: Optimização doATIP num Ambiente de Alta Prevalência

Os locais apoiados pelo ICAP no Quênia Ocidental empreenderam uma iniciativa para simplificar os procedimentos para testar e melhorar o rendimento dos testes em ambientes ambulatoriais em unidades de alto volume. Os conselheiros leigosforam colocados no gabinete de triagem com a equipa de enfermagem e as seguintes perguntas de rastreio de elegibilidade da STH foram incorporadas à seleção:

• O estado do HIV é conhecido?

o PARAR se for conhecido positivo

• Se status relatado desconhecido (nunca testado no passado) ou recusou a responder:

o oferecer a testagem

• Se o status do HIV for negativo, pergunte se foi testado no último ano.

o Se NÃO, ofereça testes

o Se SIM, faça um novo teste com base no risco de exposição recente (profissional do sexo, falha no preservativo, picada de agulha, etc.)

Os pacientes elegíveis foram imediatamente ligados ao STH; os identificados como soropositivos para o HIV foram imediatamente ligados ao tratamento do HIV nas unidades de saúde. As ferramentas da STH foram revisadas para incluir formulários de resumo semanais e mensais para capturar dados desagregados por idade e ponto do serviço de teste dentro da unidade.

xi. Testagemde HIV ao Nascimento

O teste deHIV ao nascimento (nos dois primeiros dias de vida) oferece uma oportunidade para a identificação precoce de bebés com infecção peloHIV. A OMS recomenda a implementação de testes ao nascimento quando a cobertura do teste virológico infantil está estabelecida às 4–6 semanas.[11] Além disso, o PEPFAR recomenda a realização destes testes quando mais de 80 por cento dos bebés nascidos de mulheres que recebem a prevenção da transmissão doHIV de mãe para filho (PTV). Estes bebés devem repetir o teste virológico aos dois meses de idade, e regimes de tratamento devem estar disponíveis e devem ser iniciados imediatamente para recém-nascidos no caso de teste positivo. O teste ao nascimento identifica os bebés infectados durante a gravidez e não deve substituir o teste de rotina às 4 a 6 semanas, que permite a identificação de infecções que ocorrem durante o parto e no período precoce pós-parto.

O teste deHIV ao nascimento pode ser conduzido usando teste de ácido nucléico (PCR de DNA deHIV). Vários fatores devem ser levados em consideração antes de realizar testes de HIV ao nascimento, incluindo:

- Recursos humanos adicionais para a saúde necessários para testes deHIV ao nascimento
- A necessidade de sistemas desenvolvidos para garantir o retorno dos resultados e a ligação aos serviços
- Risco de:
  - Uma diminuição no número de crianças que retornam para o teste de virológiso às 4-6 semanas
  - Um aumento de falsos positivos em ambientes onde a cobertura de PTV é alta

- Custos associados a aumentar o volume de testes necessários (ao nascimento e às 4-6 sem)

Veja o Anexo 1 para informações adicionais.

C. Garantir a Prestação de Serviços de Qualidade na optimização da testagem

A testagem optimizada realizada na comunidade apresenta desafios especiais em termos de proteção dos "5 C's" *(em inglês)* no que se refere à qualidade dos STH:

- **Consentimento:** Abordagens de opção de não participação nos testes, em que o teste deHIV é realizado após notificar os pacientes de que o teste é normalmente realizado (por exemplo, como parte dos cuidados pré-natais) deve incluir linguagem explícita sobre o direito de recusar ou adiar o teste de exclusão. As pessoas que recebem STH devem ser informadas sobre o processo para o teste de rotina de HIV e do seu direito de recusar o teste sem perder o acesso a outros serviços. O consentimento verbal informado ou consentimento por escrito deve ser obtido antes de um paciente ser testado e aconselhado. Os pacientes que se sentem coagidos a fazer o teste de HIV podem relutar em se envolver no acompanhamento adequado dos STH, incluindo a vinculação aos cuidados no caso de resultados de testes reativos. Ao envolver as pessoas chaves (*PC*) que são altamente estigmatizadas e discriminadas, criminalizadas ou ambos, a colaborarem com organizações que tenham experiência e especialização trabalhando com a população pode ser fundamental para estabelecer relacionamentos de confiança e aumentar a disposição da PC para se envolver com os STH. Políticas e práticas especiais para proteger populações vulneráveis de testes obrigatórios ou compulsórios podem ser necessárias.
- **Confidencialidade:** O teste e aconselhamento para oHIV devem ser sempre realizados com atenção à confidencialidade. A privacidade nos centros da comunidade pode ser assegurada criando espaços separados (ou identificando outro local que ofereça confidencialidade) para fornecer resultados de teste e aconselhar pacientes. Os prestadores que realizam testes devem orientar os pacientes considerando com quem compartilhar os resultados dos testes e como. O sigilo partilhado da sua situação de HIV com profissionais de saúde, um parceiro, membros da família e outras pessoas de confiança pode melhorar o gestão geral do HIV, incluindo a adesão ao tratamento ao longo do tempo.
- **Aconselhamento:** Fornecer formação, supervisão de apoio e orientação em aconselhamento de alta qualidade para os trabalhadores leigos é essencial, pois eles se juntam às equipas de teste de HIV que fornecem STH. Os esforços de testes móveis devem incluir espaço para os pacientes que estão considerando os testes para fazer perguntas num ambiente privado (se preferirem). Os procedimentos para a realização de testes em ambientes comunitários ou em residências devem incluir etapas para fornecer aconselhamento pós-teste de alta qualidade para resultados de testes reativos e não-reativos.
- **Correção:** Serviços de teste de alta qualidade são fundamentais para a aceitação e satisfação do paciente. Mecanismos de garantia de qualidade devem assegurar que as pessoas recebam um diagnóstico correto. A garantia de qualidade pode incluir medidas internas e externas e deve receber apoio do laboratório nacional de referência. O treinamento de indivíduos que conduzem o teste é fundamental, assim como é garantir que os kits de teste sejam mantidos numa temperatura apropriada. Todas as pessoas que receberem um diagnóstico positivo de HIV devem ser novamente testadas para verificar o seu diagnóstico antes/no momento da iniciação da TARV (consulte a seção "Repetição de teste para verificação antes da iniciação da TARV").
- **Ligação:** Fornecer STH onde não há acesso ao tratamento oferece um benefício limitado para aqueles comHIV. A solução pode incluir encaminhamentos para outros serviços médicos, serviços sociais necessários e serviços de prevenção, que podem fortalecer a ligação dos pacientes com os

serviços de tratamento doHIV. Do mesmo modo, é essencial conectar os que são seropositivos e em risco de contrair oHIV com os serviços de prevenção do HIV.

Embora métodos de testes inovadores e abordagens baseadas na comunidade para STH tenham grande potencial para chegar às populações que mais necessitam de serviços, eles também apresentam desafios em relação à manutenção de padrões de qualidade fora do ambiente clínico, ligação efetiva a serviços apropriados de acompanhamento e estratégias de testes correspondentes para a epidemia e populações alvo. À medida que os programas nacionais expandem os STH, o compartilhamento de lições aprendidas e as melhores práticas promoverão o portfólio coletivo de habilidades e estratégias para controlar a epidemia do HIV.

D. Garantia de Qualidade em Testes de HIV

i. Selecionar uma Estratégia de Teste e um Algoritmo

Estratégia do teste de HIV. Uma estratégia de teste descreve uma sequência de testes específica que deve ser usada para o diagnóstico do HIV. Para garantir resultados precisos, o teste de HIV deve seguir uma estratégia consistente. A estratégia apropriada para o teste do HIV deve ser selecionada para o país com base na prevalência do HIV. A OMS recomenda duas estratégias de testagem para o diagnóstico do HIV, uma para paises e locais de alta prevalência (≥ 5%) e outra para aqueles de baixa prevalência (<5%). Como o valor preditivo positivo do diagnóstico diminui com a diminuição da prevalência do HIV, é fundamental que as estratégias de teste sejam selecionadas com base na prevalência (para evitar erros de diagnóstico). Um diagnóstico de HIV não deve ser feito sem **dois** resultados de testes reativos sequenciais em configurações de alta prevalência ou três resultados de testes reativos sequenciais em **ambientes de baixa prevalência.**

Em configurações de alta prevalência:

- Em situações com prevalência superior a 5 % na população testada, um diagnóstico de HIV positivo deve ser feito quando dois kits de teste sequenciais são reativos.
- Indivíduos testando A1 +; A2−; A3 +: deve ser consideradoHIV-inconclusivo. O paciente deve retornar em 14 dias para novo teste.
- Indivíduos testando A1 +; A2−; A3−: deve ser considerado soronegativo.

Em configurações de baixa prevalência:

- Em ambientes com menos de 5% de prevalência do HIV na população testada, um diagnóstico de HIV positivo deve ser emitido para pessoas com três testes reativos sequenciais.
- Indivíduos testando A1 +; A2−: deve ser considerado soronegativo (a menos que A1 seja um ensaio de quarta geração [Ab/Ag] e A2 seja um ensaio de Anticorpo-único, caso em que o resultado deve ser considerado não-conclusivo e o paciente deve ser aconselhado e instruído a retornar em 14 dias para repetição do teste)
- Indivíduos testando A1 +; A2 +; A3−: deve ser consideradoHIV-inconclusivo e solicitado a retornar em 14 dias para repetição do teste.

Caixa 4: Estratégia de Teste de HIV

Uma pesquisa recente com 48 países descobriu que apenas 20% adotaram a estratégia de teste de HIV recomendada pela OMS para ambientes de alta e baixa prevalência.12 Além disso, a maioria dos países pesquisados diagnosticou um teste individual A1 +; A2−; A3 + como HIV-positivo, não HIV-inconclusivo como recomendado pela OMS. A interpretação de A3 como um desempate pode, teoricamente, produzir excesso de resultados falso-positivos.

Algoritmo de teste de HIV. Um algoritmo de teste é a combinação e a sequência de testes específicos usados numa determinada estratégia de teste de HIV (ver Quadro 5). O algoritmo de teste nacional deve ser universalmente e consistentemente aplicado para todas as abordagens de STH (ATIP, ATV, testagem comunitária, teste de rastreio e ATHIV).

Caixa 5: Algoritmo de Testagem de HIV

Um algoritmo de testagem de HIV descreve os testes específicos usados numa determinada estratégia de testagem de HIV. A combinação de testes usados num algoritmo de testagem deve ser validada a nível nacional ou subnacional**.**

• **Os testes de primeira linha** devem identificar qualquer amostra positiva para o HIV e, portanto, ter uma maior sensibilidade.

• **Os testes de segunda linha e de terceira linha** são usados para confirmar a reatividade inicial observada no teste de primeira linha, portanto devem ter maior especificidade (para descartar o falso positivo).

É essencial minimizar o potencial de falso positivo por meio da seleção cuidadosa da combinação de testes de HIV usados pela validação de algoritmos de testagem. A escolha dos testes de primeira linha (A1), segunda linha (A2) e terceira linha (A3) deve ser validada. Sempre que possível, testes baseados em diferentes preparações de antígenos devem ser usados em combinação.

ii. Retestagem para verificação antes de Iniciar a TARV

Para garantir que os indivíduos não sejam desnecessariamente colocados em tratamento vitalício ou sobrecarregados com o impacto social e psicológico de diagnósticos incorretos, a OMS recomenda que todos os indivíduos sejam testados novamente para verificar seu status deHIV antes/no momento do início do tratamento. O diagnóstico incorreto tem consequências pessoais e de saúde pública prejudiciais e deve ser evitado. A comunicação clara com os pacientes sobre a necessidade de repetição do teste para verificação pode aumentar a confiança no diagnóstico e reforçar o valor do inicio precoce de TARV. O novo teste de cada indivíduo recém-diagnosticado deve ser realizado numa nova amostra - idealmente conduzida por um prestador diferente, usando o mesmo algoritmo de teste - antes de/no momento do inicio de TARV.[12]

Retestagem para verificação deve ser realizado da seguinte forma:

- Preferencialmente por um provedor diferente com um espécime recém- recolhido, idealmente no local onde a decisão sobre o início da TARV é feita
- Independentemente do tipo de provedor que realiza os STH (prestador de serviços de saúde, equipa de laboratório das unidades de saúde, conselheiro, conselheiro leigo)
- Independentemente do tipo de amostra que está sendo recolhida para o teste deHIV (picada no dedo, sangue venoso, amostra de fluido oral)
- Em todas as abordagens de STH adotadas no país, incluindo ATIP, ATV, testes deHIV baseados na comunidade e ATHIV
- Independentemente do tipo de algoritmo nacional de teste deHIV adotado no país (teste em série ou teste paralelo)

Os programas nacionais devem assegurar que todas as pessoas recém diagnosticadas com oHIV sejam novamente testadas antes ou no momento do início do tratamento e/ou inicio do TARV. A documentação dos testes e resultados deve ser incorporada nas ferramentas nacionais usadas no momento em que ocorre o teste de verificação (por exemplo, nos registos médicos deHIV/TARV, se feito na clínica de HIV no registo de HIV, ou num registo STH se feito no contexto de ATV baseado em unidades de saúde ou num laboratório). A implementação de novo teste antes/no momento da inicio de TARV não elimina erros de classificação se a estratégia nacional de testagem para o HIV não for consistente com o que a OMS recomenda para o cenário específico. O novo teste antes/no momento do inicio ea TARV é complementar a

- não um substituto para - controle de qualidade de rotina e atividades externas de garantia de qualidade (por exemplo, testes de proficiência, supervisão no local).[13]

iii. Retestagem Após Testes com Resultados Negativos para HIV

As pessoas soronegativas com uma exposição recente devem passar por um novo teste quatro semanas após um resultado negativo para identificar ou excluir a soroconversão. A repetição do teste também deve ser realizada para indivíduos com risco recente, como umaITS nova ou recente; aqueles com condições clínicas indicativas de HIV, incluindo TB; e como parte da oferta de PPE ou PPPrE. A OMS recomenda, pelo menos, um novo teste anual para indivíduos com risco contínuo deHIV, incluindo parceiros soronegativos em relações sorodiscordantes e popoulção chave (*PC*). A retestagem de rotina (por exemplo, a cada três meses em locais de alta prevalência) também deve ser realizado para mulheres grávidas em áreas de alta prevalência ou incidência de HIV.

iv. Ligação com Serviços Após o Teste

A ligação com o tratamento é a ponte essencial dos "primeiros 90" (diagnóstico do HIV) aos "segundos 90" (início de TARV). Os benefícios de saúde dos STH, em última instância, derivam do acesso aos serviços de tratamento e/ou prevenção que o teste permite ligar. A ligação e início atempado de tratamento garantem ótimos resultados de saúde e ajudam a prevenir a transmissão do HIV. Contudo, mundialmente, um grande número de pessoas diagnosticadas com o HIV não está ligada ao tratamento adequando para HIV. Embora esta ligação seja geralmente mais forte em locais onde o tratamento STH eHIV estão localizados na mesma unidade de saúde, várias intervenções mostraram melhorar a ligação com o tratamento após um TDR reativo, como por exemplo a oferta de tratamento na comunidade e podem ser incorporadas nos STH. Os procedimentos devem ser cuidadosamente monitorados para garantir que sejam totalmente implementados conforme planeado para avaliara sua eficácia.

- **Sistemas de referência bidirecional.** Um profissional da unidade de saúde é designado e passa a ser o responsável por receber e rastrear referências dos STH e trabalhar em estreita colaboração com a equipa de testagem para acompanhar proativamente os novos pacientes. Esteprofissional recebe nomes e informações de contato de novos pacientes, faz ligações para agendar compromissos, se necessário, e envia chamadas de lembrete se os pacientes não comparecerem dentro do período acordado.
- **Lembretes SMS** podem ser enviados pelo pessoal dos STH já conhecido pelo paciente antes da primeira consulta ou para pacientes que não compareceram às consultas.
- **A acompanhamento às consultas,** inclusive para consultas no mesmo dia, quando possível, pode melhorar a ligação/vínculo em grupos que, de outra forma, correm o risco de não se envolverem com o tratamento do HIV (incluindo população chave (*PC*) estigmatizadas que frequentemente experimentam maus tratos quando procuram serviços). O pessoal dos STH que estabeleceu um relacionamento com os pacientes durante os testes e durante a entrega dos resultados dos testes pode aliviar as preocupações destes pacientes sobre discriminação e estigmatização nas unidades de saúde, oferecendo-se para acompanhar o paciente até a próxima consulta. Este procedimento também pode ser usado como uma medida de acompanhamento para pacientes que não ligam para marcar a consulta mesmo após SMS e/ou lembretes por telefone.
- **Encaminhamento para serviços de paragem única.** Prestação de cuidados e tratamento paraHIV, onde os pacientes já estão recebendo outros serviços (como clínicas de TB e CPN e serviços de redução de danos para PID), melhora a ligação e o início mais adequado do tratamento.
- **Ligação com os serviços de prevenção doHIV após resultados de testes negativos.** Um TDR não reativo oferece uma oportunidade para encaminhamento e vinculação aos serviços de prevenção para garantir que a infecção futura não ocorra. A gama de ferramentas de prevenção do HIV inclui PPrE para indivíduos com risco contínuo para HIV, Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV) para homens heterossexuais e serviços específicos de população para população chave (incluindo serviços de

redução de danos para PID, serviços de apoio na comunidade para HSH, serviços de saúde sexual e reprodutiva para PS e serviços de saúde e sociais para jovens).

II. Monitoria & Avaliação dos STH

Para implementar abordagens de otimização de testagem HIV, os sistemas de M&A para os STH devem ser adaptados para monitorar e acompanhar os pacientes com eficácia, identificar os sucessos e desafios dos STH e informar as mudanças projetadas para alcançar os resultados desejados do programa. Principais considerações de M&A para os STH - em particular relacionadas aos elementos dos STH descritos em outra parte deste documento - incluem:

1. Garantir que os sistemas de dados atendam às necessidades de M&A da STH. Isso inclui sistemas para recolha rotineira de dados do programa, como Sistemas nacionais de Informações de Saúde (SIS).

2. Assegurar o planeamento de programas orientados por dados e monitoria de rotina e uso de dados, incluindo avaliações de programas

3. Estabelecimento de sistemas eficazes para documentar e facilitar a vinculação a serviços de tratamento e prevenção, incluindo a vinculação de testes não realizados nas unidades de saúde.

4. Garantir a confidencialidade e segurança dos dados em diversos ambientes

5. Abordar as preocupações específicas de M&A para várias formas de testes direcionados

A. Sistemas de Dados

Os sistemas de dados de STH dentro de contextos nacionais e/ou de programas devem ser projetados para atender às necessidades programáticas e prioridades mutáveis do MdS, parceiros implementadores e doadores. Esses sistemas de dados podem incluir uma combinação de ferramentas eletrónicas e em papel para recolha de dados, gestão , relatórios e uso de dados para avaliação e melhoria de programas. Em geral, os sistemas de dados devem ser projetados para capturar e gerir as principais informações de todo o âmbito dos serviços prestados, fortalecendo assim a capacidade de um programa de documentar, relatar e analisar dados dos STH para melhorar a tomada de decisões com base nos dados recolhidos. As funções e responsabilidades dos indivíduos que recolhem e documentam as informações sobre STH devem ser claramente definidas.

i. Recolha e Gestão de Dados

Ferramentas em papel - registo STH. Na maioria dos contextos, um registo STH nacional será usado para documentar testes em Unidades de Saúde e espaços de STH móveis. Esse registo geralmente serve como fonte exclusiva de dados para os STH e deve recolher todos os dados necessários para amonitoria, relatório e avaliação do programa.

Dado o crescente interesse em alcançar as populações chave (*PC*) em risco para o HIV, os registos STH devem ser adaptados para incluir uma maneira padronizada de registar a classificação do grupo PC do paciente. O processo de classificação pode seguir as orientações sobre classificação PC fornecidas pelo PEPFAR (ver Anexo 2) e ser incluído no registo STH. Os registos STH devem permitir que os utilizadores registem todos os grupos relevantes de PC nos quais um indivíduo pode ser classificado (ou seja, em alguns casos, mais de um grupo de PC). Os registos STH usados atualmente em Mianmar são um exemplo de uma ferramenta que incorpora um tipo de classificação de grupo de PC (ver trecho na Figura 1). Embora a recolha de informações da PC seja importante, os programas também devem considerar os possíveis problemas de estigma e confidencialidade que podem surgir da divulgação de tais informações.

Além disso, os registos STH podem exigir modificações para incorporar campos que documentam referências e confirmem a vinculação a serviços relevantes. A prioridade mais alta é a documentação de referência e ligação aos cuidados e tratamento para indivíduos cujo teste tenha sido HIV positivo. Um exemplo deste tipo de campo - do registo STH nacional de Lesoto - é mostrado na Figura 2. Observe que a inclusão de um

campo destinado a documentar as ligações confirmadas precisará ser acompanhada por procedimentos claros descrevendo como essas informações serão recolhidas e documentadas em vários cenários (por exemplo, conexões dentro de uma unidade de saúde). Outros tipos de encaminhamentos e vínculos que podem ser documentados num registo STH incluem encaminhamentos para PPrE e CMMV para aqueles cujo teste HIV tenha sido negativo, e para clínicas de TB, serviços de planeamento familiar e serviços de redução de efeitos nocivos para PID (consulte a seção "Abordagens de Otimização de Testagem HIV").

Figura 1: Trecho do Registo Nacional de STH em Mianmar

Registo STH

Data	Nome	ID	Idade	Sexo		Mulher Grávida		Esposo(a) de		Criança exposta	Categoria de risco					
				M	F	PP	MP	(+) mulher	(-) mulher		1	2	3	4	5	6

Categorias de Risco - HIV	ဖိုး ကူးစက်နိုင်သောအန္တရာယ်အလေမ်းအုပ်စု	
1	FSW (Mulher Profissional do Sexo)	အမျိုးသမီးလိင်လုပ်သမား။
2	Cliente ou FSW	လိင်အပျော်အပါးလိုက်စားသူ။
3	MSM (Homem que faz sexo c/homem)	အမျိုးသားချင်းလိင်တူဆက်ဆံသူ။
4	IDU/PWID (usuário de droga/pessoa que injeta droga)	မူးယစ်ဆေးသွေးကြောတွင်းထိုးသွင်းသူ။
5	Parceiro de População-Chave (KP)	MSM, FSW, IDU စသောဦးတည်အုပ်စုများ၏ လိင်ဆက်ဆံဖော်။ PLHIV ၏ဇင်ပွန်း၊ ဇနီး။
6	Baixo Risco (não mais de 10% do total)	HIV ဖိုးကူးစက်ရန် အန္တရာယ်နည်းသော အုပ်စု (ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်၏ဇင်ပွန်း ၊ Risk Categories အမှတ်စဉ် ၁ မှ ၅ အတွင်း) ခွဲခြားမထည့်နိုင်သော လူအားလုံး ။ **လူဦးရေစုစုပေါင်း၏ ၁၀% မကျော် ရ။**

Por último, com a recomendação de repetição de teste para verificação antes do início da TARV, os campos podem precisar ser adicionados ao registo STH para verificar se alguém teve um teste HIV positivo ou se está sendo considerado está testando ou entrando como um positivo conhecido (testado em outra unidade de saúde ou auto-testado), e se o novo teste para verificação foi concluído. Esta informação será essencial para evitar a dupla contagem de indivíduos previamente testados na unidade de saúde ou em outro lugar.

Figura 2: Vínculo ao Campo de Tratamento no Registo de STH em Lesoto

Ligado ao Serviço
(S/N)
Número Único de TARV # da Clínica do Paciente
(s)

Ferramentas adicionais em papel complementares ao registo STH. Em alguns contextos, ferramentas adicionais podem obter informações STH, seja em paralelo ao registo STH ou sem as informações correspondentes registadas num registo STH. Isso pode incluir ferramentas para serviços de prevenção e teste de pessoas chave (*PC*), serviços de clínicas pré-natais, serviços para crianças expostas aoHIV, notificação de parceiros, testes a familiares de pacientes indexados, testes de redes sociais e ATHIV. Três principais considerações sobre o uso dessas ferramentas para os STH são:

1) Diretrizes sobre relatórios dos STH devem ser desenvolvidas para especificar claramente quais ferramentas devem ser usadas para calcular indicadores agregados de relatórios dos STH. Idealmente, o registo STH deve ser usado para a elaboração de relatórios sempre que possível.

2) Para programas de prevenção do HIV (como o programa de prevenção de PPrE e PC), os registos devem ser projetados para rastrear longitudinalmente o novo teste

dos pacientes. Esse tipo de sistema pode ser usado para facilitar a geração de lembretes para os estes pacientes quando o novo teste for necessário.

3) Se essas ferramentas forem usadas como documento exclusivo para STH, ou seja, se nenhum registo dos STH for usado para registar também informações de testes, para permitir a desagregação relevante para relatórios nacionais/do financiador/implementador (por exemplo, idade, gênero, classificação das pessoas chave - *PC*) deve idealmente ser recolhida rotineiramente para uso nestas ferramentas.

Além disso, os programas dos STH podem instituir um registo de referência separado para rastrear os vínculos entre os pacientes que testam HIV positivo. A implementação desse tipo de registo deve incluir orientações específicas sobre funções, responsabilidades e procedimentos para rastrear os vínculos.

Sistemas de Dados Eletrónicos. A utilização ou o estabelecimento de um sistema eletrónico para obter dados dos STH e, de maneira automatizada, monitorar continuamente a absorção e o rendimento dos STH e a vinculação ao tratamento contribui para o monitoria efetiva do programa e os esforços de melhoria. Este sistema pode ser projetado para recolher e gerir dados agregados, por exemplo, de relatórios mensais dos STH gerados por unidades de saúde e pela comunidade; ou dados STH do paciente, como dados de um Registo Médico Eletrónico (RME) da unidade de saúde ou via mHealth, como recolha de dados feita em *tablets*.

Para dados agregados do STH, um sistema eletrónico como o DHIS 2 (http://www.dhis2.org)/pode ser usado. O DHIS 2 é de código aberto, personalizável, acessível a partir de vários tipos de dispositivos e é construído em torno de uma estrutura que permite a interoperabilidade simples entre ele e outros sistemas. Este tipo de sistema pode importar dados de outros sistemas (por exemplo, bancos de dados nacionais agregados) e gerar arquivos de dados de exportação para relatórios para financiadores.

Bancos de dados dos pacientes, como um RME, oferecem muitos recursos e podem fornecer vários benefícios adicionais:

- Apoio às atividades do programa de rotina - por exemplo, sinalizar os pacientes que necessitam de testes de acompanhamento do HIV ou que não foram vinculados a serviços de tratamento ou outros serviços, como planeamento familiar ou tratamento da TB.
- Se estiver usando um identificador comum (por exemplo, número nacional de identificação pessoal ou dados biométricos), a ligação pode ser confirmada por meio da referência a outros bancos de dados existentes sobre pacientes, como para atendimento e tratamento do HIV.
- Maior flexibilidade na análise e síntese de dados de STH.

ii. Planeamento de programas, monitoria de programas e uso de dados

Orientações sobre planeamento de otimização de testagem de HIV, monitoria do progresso e realização de avaliações de programas estão descritas abaixo.

Desenvolver Metas. Os programas devem descrever a (s) população (ções) específica (s) que será (rão) alvo (s) em áreas geográficas específicas e ter uma base para a forma como tais metas alcançarão os objetivos programáticos. Estas metas de testes associados precisam ser desenvolvidas para cada população específica e seguir uma estratégia de teste. As informações básicas e dados necessários para calcular metas e rendimento esperado, como o tamanho da população, estimativas de prevalência, pesquisas e dados recolhidos rotineiramente, são extraídos da literatura publicada, como também de dados programáticos. Um exemplo ilustrativo de uma tabela de metas é mostrado na Tabela 2. A tabela de metas inclui as populações de interesse, metas por área geográfica e por positividade para HIV (ou seja, rendimento). Abordagens apropriadas da otimização de testagem HIVpara alcançar as metas são selecionadas com base nas populações-alvo, áreas geográficas, necessidades e preferências da população e recursos disponíveis.

Tabela 2: Tabela Ilustrativa de Metas

População -alvo	Região 1	Região 2	Região 3	Região 4	Total a ser testado	Número Positivo	PositividadeHIV	Cálculos com Base em Pressupostos	Pressupostos	Fonte de Informação
HSH	3050	1954	700	1696	7400	1480	20%	1) Total de 13602 MSM em quatro regiões 2) 80% a serem alcançados 3) Menos 15% com situação d HIV conhecida: 9250 4) Aceitação dos STH de 80%: 7400	Proporção da população masculina que é MSM é de 2.16%. Aplicado à população as regiões com base nos dados do Censo. Número estimado de HSH: 13602 Predomínio do HIV entre HSH entre 14 e 35%, dependendo da área geográfica e fonte dos dados.	• Relatório Nacional sobre HIV – Comportamentos Relacionados ao Risco, Predomínio do HIV e Estimativas de Tamanho de Populações para Grupos de Risco • Relatório da UNAIDS sobre o Progresso Global de Resposta à AIDS • Plano Operacional por País (COP) do CDC, 2016 • Censo 2010
PS	1387	842	N/A	N/A	2290	892	40%	1) Total de PS em duas regiões: 4976 2) 80% a serem alcançados 3) Menos 30% com situação deHIV conhecida: 2786 4) Aceitação dos STH de 80%: 2229	A proporção da população feminina de PS é de 1.24%. Aplicada à população das regiões com base no Censo de 2010: 4976 O predomínio doHIV entre PS entre 40% e 70% dependendo da área geográfica e fonte dos dados	• Relatório Nacional sobreHIV – Comportamentos Relacionados ao Risco, Predomínio do HIV e Estimativas de Tamanho de Populações para Grupos de Risco • CDC COP 2016 • Censo 2010
Trabalhad. Texteis	10087	6724	N/A	N/A	16811	2522	15%	1) 38000 trabalhadores X 70%: 26600 a serem oferecidos STH 2) Menos 21% com situação deHIV conhecida: 21014 3) Aceitação dos STH de 80%: 16811	Indústrias têxteis localizadas em duas regiões População de trabalhadores têxteis estimada em 38000 Predomínio doHIV entre trabalhadores têxteis estimada em 20%	• Dados de emprego nas companhias • Informação das Associações de Indústrias Têxteis • DHS 2014
Índice-paciente	9099	9615	2275	8285	29274	2342	8%	1) Número recém iniciado em TARV com base nas metas PPEFAR para 2017 e 2018: 21925 2)85% das famílias a serem alcançadas: 18636 3) Vezes 2.1 a serem testados (2 outros membros de cada família mais vizinhos): 39136 4) Menos 12% com situação de HIV conhecida: 34440 5) Aceitação dos STH de 85%: 29274	Número recém iniciado em TARV com base nas metas PPEFAR para 2017 e 2018 Estimaram osHIV-positivos em 12%	• Dados MdS • CDC COP 206
Total	23623	19136	2975	9981	55715	7236	13%			

Monitorar o Progresso. À medida que os dados são recolhidos, os programas devem revisar os resultados rotineiramente, incluindo as populações-alvo engajadas, aqueles testados para o HIV, aqueles com teste HIV positivo e aqueles vinculados aos serviços de tratamento ou prevenção. Os resultados devem ser comparados com as metas para determinar se os esforços alcançaram o progresso desejado e onde os esforços precisar ser aprimorados ou os recursos redirecionados. Os indicadores de desempenho dos STH devem estar alinhados com os requisitos de relatórios do país e do financiador. Indicadores ilustrativos de desempenho dos STH estão incluídos na Tabela **3.**

Tabela 3. Indicadores Ilustrativos Recomendados para Monitoria e Avaliação dos STH1

1. Número de indivíduos que receberam STH e receberam os resultados dos testes
2. Número e proporção de indivíduos que recentemente testaram HIV positivo
3. Número e proporção de indivíduos HIV positivos recentemente diagnosticados e ligados com sucesso ao tratamento
4. Número e proporção de indivíduos HIV positivos recentemente diagnosticados e ligadosao tratamento que foram novamente testados para o HIV antes / no momento da iniciação da TARV
5. Proporção de familiares / famílias identificadas através de pacientes indexados e a receber STH[2]
6. Número e proporção de *hotspots* de pessoas chave (*PC*) identificadas que foram encontradas por meio do STH móvel

[1] Todos os indicadores podem ser desagregados conforme desejado por sexo, idade, localização, PC / grupo populacional prioritário e estratégia de teste

[2]Avaliado por meio de atividades de garantia de qualidade, pois os dados não estarão prontamente disponíveis nos sistemas de M&A de rotina.

Observamos que os dados para indicadores como os mencionados acima podem ser gerados rotineiramente por unidades de saúde que fornecem STH ou, em alguns casos, pode ser preferível introduzir determinados esforços de recolha e agregação de dados por períodos de tempo limitados e/ou dentro de um subconjunto de unidades de saúde ou modalidades de teste (por exemplo, para um subconjunto de indicadores que não podem ser calculados usando dados de rotina). Esta última abordagem pode ser útil para obter uma compreensão básica de como os aspectos bem-sucedidos de um programa de STH estão dentro de certos locais, modalidades ou populações-alvo.

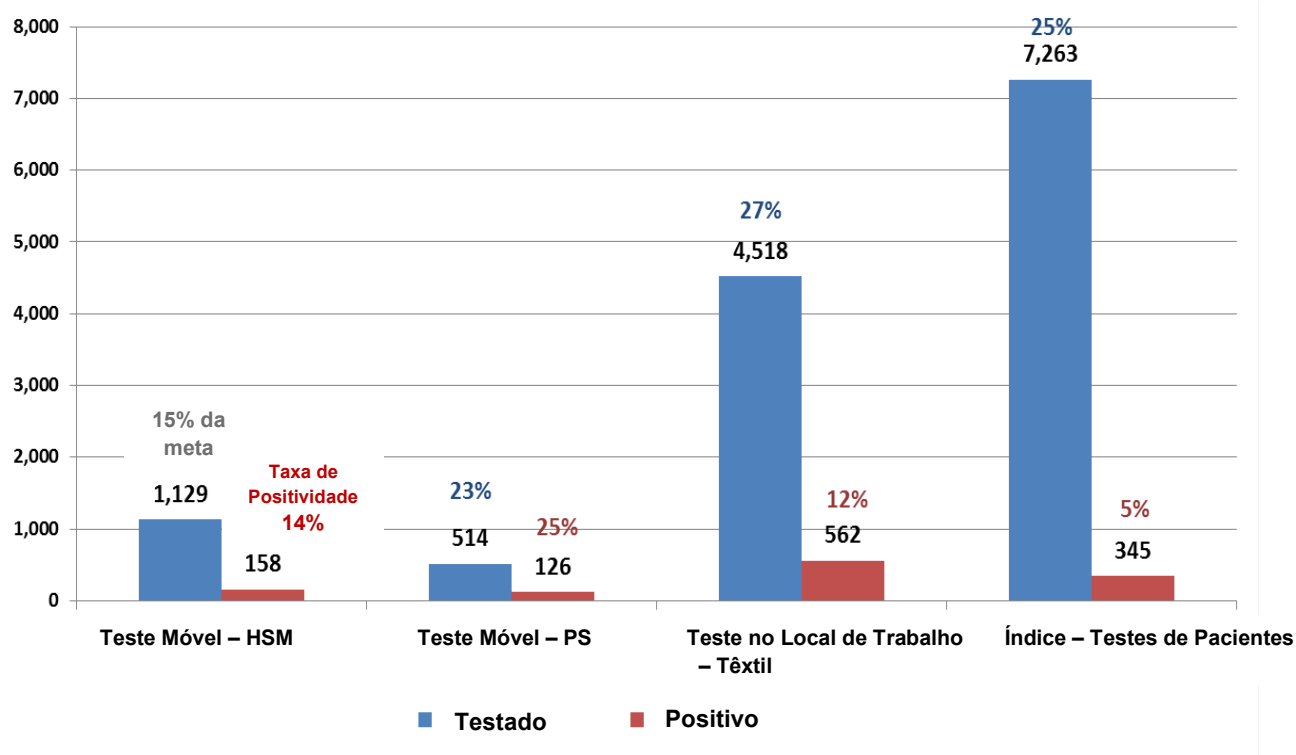
Para utilizar dados STH de forma eficaz, painéis simples ou ferramentas interativas podem ser projetados como parte do SIS eletrónico para resumir as tendências na cobertura de testes (se os denominadores populacionais estiverem disponíveis), tendências de volume e rendimento nos locais e tipos de teste e tendências estratificadas por idade, sexo, população chave ou prioritária e região geográfica. Os resultados também podem ser apresentados num contexto geográfico, incorporando dados regionais de vigilância de antecedentes (como a prevalência do HIV e dados sobre o tamanho da população), quando disponíveis.

Resumos de dados e mapas de resultados dos STH (ver Figura 3) devem ser continuamente monitorados e, juntamente com dados de vigilância, podem ser usados para priorizar os esforços de teste de HIV e métodos de teste (quando necessário) para populações e pontos de serviço com alto rendimento ou alta prevalência e baixa cobertura ou aceitação.

Figura 3: Mapa Ilustrativo da Positividade do HIV por Local (Suazilândia)

A figura 4 mostra um exemplo de como os programas podem visualizar os resultados dos testes. Neste caso, o progresso para as metas (do exemplo na Tabela 2) é avaliado após um quarto da implementação. Cada abordagem de teste alvo e população alvo associada é avaliada quanto ao progresso para a meta anual e taxa de positividade. Devem ser exploradas explicações sobre o desempenho insuficiente (ou seja, <25% de cumprimento da meta anual) e a positividade para o HIV abaixo do esperado.

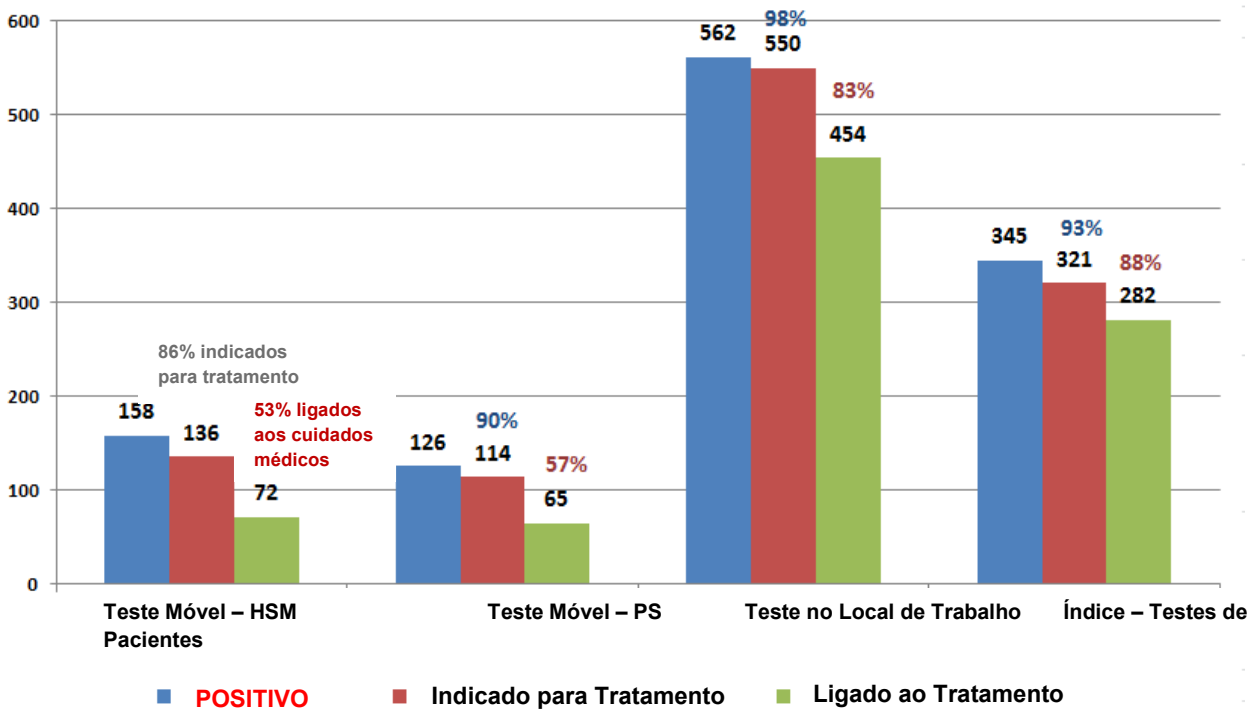
Figura 4: Teste de HIV e taxa de positividade por abordagem á otimização de testagem HIV, primeiro trimestre



Os testes em cadeia de HIV também devem ser avaliados para verificar referência e ligação com serviços de tratamento e prevenção. Idealmente, estes testes deveriam começar com uma estimativa do tamanho da

população em risco, ou uma estimativa do número de PVHIV numa população. A Figura 5 fornece um exemplo de uma cadeia de testes de HIV para indivíduos cujos testes de de HIV foram positivo. Neste exemplo, embora o encaminhamento para o tratamento seja alto, a vinculação ao tratamento é menor, principalmente entre HSH e PS identificados por meio de testes móveis. Os esforços de ligação devem ser reavaliados e mais recursos podem ser direcionados para a ligação. Um ciclo contínuo de planeamento de programas, implementação, recolha de dados, M&A e ajuste dos esforços de teste deve ocorrer, com a revisão de dados ocorrendo trimestralmente no mínimo.

Figura 5: Teste de HIV em Cadeia, Primeiro Trimestre HIV



B. Avaliação do Programa

As avaliações de processos e resultados devem ser conduzidas ao longo da vida de um programa para determinar o progresso em direção à consecução dos objetivos do programa, avaliar a relação entre as estratégias de testes e os principais resultados e para informar as modificações do meio do curso. Questões de avaliação e projeto devem ser desenvolvidos em consulta com o financiador e outras partes interessadas. O Quadro 6 apresenta questões ilustrativas de avaliação de processos e resultados.

Caixa 6: Questões Ilustrativas sobre a Avaliação

Avaliação de processos/questões de monitoria

1. Até que ponto as atividades planeadas do programa foram implementadas?
2. Até que ponto a prevenção de HIV e STH direcionada foi ampliada para populações prioritárias?

Perguntas de avaliação de resultado

. 1. Que proporção de PVHIV recém-identificadas foram conectadas ao tratamento dentro de 90 dias?

2. Até que ponto os sistemas nacionais foram desenvolvidos para STH de qualidade e vinculação a cuidados e tratamento?

3. Até que ponto a assistência técnica apoiou a implementação de atividades de controle de qualidade e garantia de qualidade e construiu capacidade para garantir resultados de testes de alta qualidade?

C. Documentar a ligação ao Tratamento

Documentar a ligação ao tratamento, prevenção e outros serviços é fundamental para avaliar o sucesso dos STH. As informações que devem ser documentadas incluem:

1) Encaminhamentos feitos pelos STH para serviços com a TARV, PPrE, CMMV, TB, planeamento familiar e redução de danos. Isso deve ser documentado no registo STH (como mencionado acima), mas também num formulário de referência padronizado. Este formulário pode ser adaptado a partir de formulários nacionais de referência amplamente utilizados em muitos países.

2) Vinculação confirmada a estes serviços. Abordagens para documentar as ligações para o encaminhamento de pacientes dentro das unidades de saúde podem diferir das abordagens para documentar os encaminhamentos entre unidades distintas ou entre as unidades e a comunidade. Os encaminhamentos para outras unidade de saúde provavelmente exigirão mais esforço para confirmar e documentar (por exemplo, procedimentos necessários em torno do uso de um registo de referência, conforme descrito abaixo).

Um protocolo de encaminhamento padrão ao nível nacional ou regional, com ferramentas de referência de acompanhamento, como um formulário de encaminhamento padronizado, pode orientar e facilitar encaminhamentos dentro e fora das unidades, bem como encaminhamentos de STH da comunidade para serviços nas unidades de saúde. Procedimentos de referência detalhados devem estar em vigor e deve ser fornecida formação sobre esses procedimentos aos profissionais de saúde. Um diretório de referência padronizado deve ser estabelecido para facilitar as referências e o acompanhamento. O diretório deve incluir todos os possíveis pontos de referência para a área que abrange, os serviços oferecidos, nomes de prestadores, horas de entrega de serviços e informações de contato.

Figura 6: Registo Ilustrativo do Rastreamento do Encaminhamento

Informação de contato do paciente						Indicações														
						Clínica de HIV		PPrE		CMMV		Clínica de TB		Planeamento familiar		Redução de riscos		Outros		
Data da indicação	Identidade do paciente	Grupo de população (ver códigos)	Nome	Data de nascimento	Número de celular	Local indicado (ver códigos)	Vinculação confirmada? (S/N) / Dara do acompanhamento	Local indicado (ver códigos)	Vinculação confirmada? (S/N) / Dara do acompanhamento	Local indicado (ver códigos)	Vinculação confirmada? (S/N) / Dara do acompanhamento	Local indicado (ver códigos)	Vinculação confirmada? (S/N) / Dara do acompanhamento	Local indicado (ver códigos)	Vinculação confirmada? (S/N) / Dara do acompanhamento	Local indicado (ver códigos)	Vinculação confirmada? (S/N) / Dara do acompanhamento	Local indicado (ver códigos)	Vinculação confirmada? (S/N) / Dara do acompanhamento	Observações

Além de um formulário de encaminhamento padrão, um registo de rastreamento de referência pode ser implementado dentro do contexto de procedimentos padronizados,[15] em particular para encaminhamentos feitos para outras unidades ou de STH da comunidade para unidades (ver Figura 6). Esse registo pode ser projetado para incluir o subconjunto de pacientes dos STH que exigem tipos especificados de referências e deve capturar informações relevantes, como informações de contato do paciente, tipo e localização do encaminhamento, datas do acompanhamento feito pelo pessoal dos STH com o paciente ou na unidade de saúde, e documentação confirmando a ligação/vínculo ao tratamento.

O acompanhamento individual com os pacientes para avaliar a ligação com os tratamentos pode fornecer informações úteis para orientar os serviços de apoio contínuos para os pacientes e fornecer dados para M&A desta ligação. O acompanhamento individual pode ser extremamente intensivo em recursos, e muitas vezes o autorrelato pode não ser confiável. Por conta disso, o rastreamento universal da ligação aos serviços só pode ser viável com a implementação de um número de identificação único nacional. Se o número de identificação não for nacional, o uso ou estabelecimento de um número de identificação único local (como um número de registo) dentro das unidades de saúde ou dentro do contexto de um projeto implementado por um implementador de programa pode facilitar o rastreamento de pacientes em pontos de serviço. O uso de identificadores exclusivos pode ser especialmente útil dentro do contexto de programas de prevenção do HIV direcionados a coortes distintas de pacientes, onde os números são usados para rastrear os serviços prestados ao longo do tempo (incluindo STH de acompanhamento e vinculação à prevenção ou assistência). Também vale a pena notar que a recolha, o gestão e o uso de informações longitudinais - especialmente fora de locais estáticos, como clínicas - são mais viáveis se implementados usando bancos de dados eletrónicos no nível do paciente, conforme descrito acima.

Apesar de talvez não ser viável para implementação em nível nacional em muitos cenários, uma opção para identificação exclusiva dentro de um contexto de projeto é a codificação de dados biométricos, que recolha dados exclusivos, como impressões digitais e escaneamentos de retina ou de íris. O uso da biometria é uma maneira eficaz de garantir a identificação e evitar duplicação e superestimação de volumes de pacientes. Ele fornece uma camada extra de desduplicação em situações em que os pacientes podem alterar suas informações pessoais e demográficas e procurar atendimento médico em várias unidades de saúde. Os riscos e benefícios do uso de dados biométricos sobre identificadores alfanuméricos ou outros identificadores exclusivos devem ser levados em consideração, e são necessários esforços para garantir que esses dados sejam seguros. Por exemplo, em situações em que comportamentos de pessoas chave (PC) são criminalizados, um banco de dados com biomarcadores destas pessoas (PC) pode ser acessível ao governo, o que não seria inteligente, pois poderia afastar a própria população que o projeto deseja envolver.

D. Segurança de Dados e Confidencialidade

Manter a confidencialidade e a segurança dos dados de saúde é fundamental para todos os programas de saúde, especialmente para condições de saúde estigmatizadas (como o HIV) e para populações que enfrentam estigma e discriminação, incluindo pessoas chave (PC), como HSH, PID e PS.

Portanto, é importante que os programas estabeleçam procedimentos padronizados de segurança e confidencialidade de dados na recolha, transporte, armazenamento e uso de dados. Padrões gerais eficazes para proteger e proteger dados em papel e eletrónicos foram descritos anteriormente [16,17,18] e podem ser aplicados ou adaptados para uso numa ampla gama de configurações e populações.

No contexto do STH, os serviços fornecidos em ambientes comunitários têm considerações especiais em termos de segurança e confidencialidade dos dados. Os profissionais de saúde e outros coletores de dados estarão na comunidade com registos em papel ou eletrónicos potencialmente contendo informações de saúde pessoalmente identificáveis, e estarão transportando ou transmitindo essas informações de e para as unidades de saúde. É essencial que as medidas de segurança de dados estejam em vigor nas comunidades e nas unidades de saúde.

Os registos em papel devem ser armazenados num saco/recipiente trancado no campo quando não estiverem em uso, não devem ser deixados desacompanhados e, idealmente, devem ser devolvidos diariamente às unidades de saúde ou escritório para serem armazenados num local trancado e seguro. Os profissionais da saúde e os coletores de dados não devem levar mais registos/dados de saúde do que precisam enquanto estiverem em campo, e os programas não devem recolher nenhuma informação de identificação pessoal em registos em papel que não seja essencial para as operações do programa.

O uso de registos eletrónicos por meio de dispositivos como smartphones e tablets para STH na comunidade pode ajudar a garantir a confidencialidade e a segurança das informações do paciente. No entanto, certas medidas básicas devem estar em vigor para garantir a segurança desses dispositivos. Por exemplo, os dispositivos devem ser criptografados e protegidos por senha. Os dados devem ser armazenadosnum sistema seguro (rede ou nuvem) e os dados devem ser armazenados de acordo com os requisitos legais do país. Se possível, os dados devem ser enviados ao servidor diariamente, para que não sejam armazenados localmente no dispositivo eletrónico por longos períodos de tempo. Plataformas de gestão de dispositivos móveis para gestão contínuo de dispositivos de recolha de dados também devem ser implementadas, permitindo a proteção remota de dados em dispositivos perdidos/roubados (incluindo bloqueio de dispositivo, limpeza, criptografia e passagem.

Por fim, o protocolo e os procedimentos que especificam as funções do utilizador e garantem que os utilizadores não compartilhem suas senhas com alguém intencionalmente ou inadvertidamente (por exemplo, no caso de perda ou roubo) devem ser desenvolvidos e implementados.

Para programas de notificação de parceiros, garantir a segurança e a confidencialidade dos dados do paciente e as informações pessoais e médicas dos parceiros é essencial para evitar danos e divulgação incorreta. Um ambiente confidencial e seguro deve ser fornecido para as PVHIV a identificar parceiros sexuais e utilizadores de drogas injetáveis. A identidade do paciente indexado ou a situação de HIV nunca devem ser revelados aos parceiros, e o resultado dos serviços de teste do parceiro nunca deve ser partilhado com o paciente indexado .

E. Considerações Especiais para Abordagens Específicas de Teste

Embora os elementos básicos de M&A sejam fundamentais para o STH, independentemente da abordagem (ou seja, recolha de um conjunto mínimo de informações necessárias, facilitação de relatórios e uso de dados, facilitação da vinculação aos cuidados/tratamento, garantia de segurança e confidencialidade dos dados), certas modalidades exigem M&A adicionais. Por exemplo, certos tipos de locais para STH (como testes móveis) são mais adequados para a recolha de dados eletrónicos e outros (por exemplo, testes no local de trabalho) podem introduzir preocupações particulares relacionadas à confidencialidade dos dados do paciente.

A Tabela 4 descreve as principais considerações de M&A para cada uma das abordagens de otimização de testagem discutidas anteriormente. Ao estabelecer sistemas de M&A para abordagens de teste específicas, o programa deve levar em conta a população e os recursos disponíveis.

Tabela 4: Considerações de M&A para Abordagens Específicas de Teste

Abordagem de Teste	Considerações Chave de M&A
Testes móveis e testes feitos em determinados locais	• Os STH podem ter de ser coordenados com atividades e ferramentas de serviços de prevenção • Recolha da classificação das pessoas chave (*PC*) como parte dos STH • As ferramentas padrão são feitas para as unidades de saúde e podem não documentar informações suficientes sobre local • Documentação de ligação/vínculo ao tratamento, incluindo unidades diferentes daquelas que apoiam a atividade de teste. Registos de rastreamento de referência podem ser implementados. • Manter a segurança e confidencialidade dos dados no campo • O uso da tecnologia móvel é ideal; no entanto, o objetivo é apoiar os sistemas nacionais em vez de criar sistemas paralelos, de modo que a tecnologia deve incorporar elementos de dados de ferramentas nacionais e facilitar relatórios de rotina de STH • Os eventos de teste podem ser direcionados com base no número/percentual de rendimento e nas informações de vigilância
Entrega integrada de serviços (modelo de entrega único)	• Estabelecer procedimentos e ferramentas para ajudar a garantir testes regulares entre populações com alto risco de contrair HIV. • Considerar a incorporação de identificações exclusivas e o estabelecimento de um sistema eletrónico no nível do paciente para rastrear pacientes que precisam de testes de acompanhamento e fornecer dados dos STH não duplicados • Encadeamento de documentos para atendimento usando ferramentas de MdS ou clínica, dependendo da situação; especificar funções e responsabilidades para o acompanhamento com o paciente ou clínica de HIV, e para documentar a Ligação/vínculo ao tratamento.
Teste no ambiente de trabalho	• Preocupações sobre a confidencialidade no ambiente de trabalho. Garantir a implementação de fortes diretrizes e procedimentos de confidencialidade e segurança, incluindo treinar a equipa quanto à confidencialidade, limitando o acesso dos funcionários aos registos, protegendo o armazenamento de registos e protegendo os espaços privados para os STH • Se o teste de HIV for integrado a outros serviços de saúde, como serviços de TB, assegure-se de que as ferramentas capturem todas as informações-chave (como a ligação para PVHIV)
Testes ao Domicílio	• Garantir a segurança e a confidencialidade das informações do paciente • Ligação de documentos para cuidar • Uso de tecnologia móvel
Teste de rede social	• Pode ser necessário estabelecer ferramentas especiais para rastrear os testes de rede social, incluindo árvores de rede, ferramentas para rastrear os STH fornecidos aos membros da rede e relatórios agregados padronizados
Teste a familiares de pacientes indexados e serviços de notificação de parceiros	• A ferramenta de teste de parceiros e familiares para pacientes clínicos de HIV deve ser desenvolvida para fins clínicos/de garantia de qualidade • Se a notificação de parceiros de implementação, um sistema de M&A deve ser estabelecido para isso (ver Anexo 3)

Auto-teste de HIV	• Sistemas de M&A para ATHIV expandido não existem; identificar sistemas eficazes de M&A para modelos de ATHIV deve ser uma alta prioridade • As necessidades e estratégias de M&A serão altamente dependentes do modelo (por exemplo, distribuição do kit de teste, suporte para vinculo ao tratamento) • Idealmente, os dados do ATHIV estarão acessíveis para uso nos esforços nacionais para avaliar a cobertura e o rendimento
Feiras de saúde e campanhas/eventos de rastreio multi-doença	• Os problemas de M&A são semelhantes aos dos testes móveis realizados na comunidade
ATIP direcionado	• Garantir que informações adequadas sejam recolhidas e relatadas nos pontos de teste (por exemplo, desagregação por idade no teste de ANC) • Avaliar estratégias para identificar a aceitação/cobertura de testes em clínicas. Os registos padrão de frequência e admissão não recolhem informações sobre o histórico de testes de HIV, portanto, não podem fornecer denominadores adequados para calcular a cobertura de teste. Se recolhidas rotineiramente, os dados das perguntas de rastreio do teste de HIV (como os mostrados anteriormente) podem ser usados para compilar números elegíveis para STH nos pontos de teste • Os testes podem ser direcionados com base no número/percentagem de rendimento e através do monitoria de números baixos testados
Teste de HIV ao nascer	• Ferramentas nacionais existentes podem não capturar testes de nascimento • Os relatórios nacionais agregados podem ser atualizados para resumir a cobertura dos testes de nascimento, resultados e iniciação de TARV para bebés HIV-positivos

F. Resumo

Para alcançar o primeiro dos alvos 90:90:90 globais, a cobertura de STH deve aumentar para as populações em cujas áreas geográficas o fardo do HIV é mais alto, e em áreas anteriormente sub-atendidas e com populações em risco de HIV. São necessárias abordagens inovadoras de teste de HIV para enfrentar esse desafio, e os sistemas de M&A devem evoluir para fornecer informações para reforçar e concentrar os esforços de testagem.

A abrodagem aos à otimização de testagem HIV exige sistemas sólidos de M&A para monitorar o número de indivíduos atingidos, testar o rendimento e a vinculação aos serviços de tratamento e prevenção, e para informar o planeamento do programa. Os sistemas e ferramentas em papel deverão ser modificados ou substituídos por ferramentas eletrónicas SIS e por ferramentas que possam monitorar mais a cobertura e a produtividade dos STH com maior eficiência, permitindor uma análise completa das estratégias de teste. Os registo clínicos e as ferramentas devem recolher informações sobre as populações-chave e prioritárias alcançadas e documentar referências e vinculação ao tratamento e outros serviços relacionados com o HIV. O estabelecimento de identificadores únicos a nível nacional permite o rastreamento universal da vinculação aos cuidados e tratamento. No entanto, a implementação de identificadores exclusivos numa escala menor, como dentro de uma unidade de saúde ou projeto limitado, ajudará a rastrear os pacientes longitudinalmente entre os pontos de atendimento. Garantir a confidencialidade e a segurança dos dados é essencial para a variedade de abordagens de STH discutidas aqui.

Embora várias abordagens de otimização de testagem HIV possam ser empregadas, é essencial realizar uma monitoria de rotina e avaliações periódicas para determinar que abordagens são mais eficazes para atingir as metas de cobertura, qualidade e rendimento. As abordagens consideradas mais eficazes devem ser promovidas e expandidas para outras populações e áreas geográficas, conforme apropriado.

Anexo 1: Material de Apoio

Para aceder a essas ferramentas, copie e cole o URL abaixo no seu navegador web. Observe que nem todos os hiperlinks funcionarão diretamente do Word.

Testes de Nascimento para Diagnóstico de HIV em Crianças: Considerações e Controvérsiashttp://icap.columbia.edu/news-events/events/detail/icap-grand-rounds-webinar-birth-testing

Pacote de Cuidados ICAP para Pessoas que Vivem com o HIV
http://icap.columbia.edu/resources/detail/icap-package-of-care-for-people-living-with-hiv

PEPFAR 3.0 Controlando a epidemia: cumprindo a promessa de uma geração livre de SIDA
https://www.pepfar.gov/documents/organization/234744.pdf

Diretrizes da OMS sobre Auto-teste de HIV e Notificação de Parceiro, dezembro de 2016
http://www.OMS.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/

Diretrizes Consolidadas da OMS sobre Serviços de Testes de HIV, julho de 2015
http://www.OMS.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/

Recomendações da OMS para Garantir a Qualidade do Teste de HIV: Resumo das Políticas de 2015
http://www.OMS.int/hiv/pub/toolkits/policy-hiv-testing-quality-assurance/en/

Página da OMS sobre serviços de teste para o HIV
http://OMS.int/hiv/topics/vct/en/

Anexo 2: Abordagem da PEPFAR para Classificação da População Chave

Classificação da População-Chave (principal)	**14/6/2016**
Essa avaliação foi desenvolvida para ser usada nos ambientes de assistência médica da comunidade e das instalações com o objetivo de ajudar os prestadores a identificar os tipos de serviços necessários ao paciente. O formulário completo deve ser oferecido a todos os pacientes*, independentemente das suposições dos prestadores quanto ao paciente ser um membro da população-chave ou não. Observação: Todo roteiro em texto normal deve ser lido em voz alta para o paciente; o texto em itálico são instruções para o prestador de cuidados de saúde.* **Roteiro para profissionais de saúde para o paciente:** "Vou perguntar-lhe sobre alguns comportamentos sexuais de risco e de uso de drogas. As suas respostas vão-me ajudar a dar-lhe um melhor atendimento. As suas respostas a estas perguntas serão mantidas no seu registo clínico confidencial. Responder a estas perguntas é voluntário e pode recusar-se a responder a qualquer pergunta, sem perder o direito a receber o serviço que o trouxe aqui hoje."	
1. Considera-se: homem, mulher transgênero ou outro? ☐ Homem ☐ Mulher ☐ Transgénero (homem para) mulher ☐ Transgêéero (mulher para) homem ☐ _____Outro ☐ Recusa-se a responder	*Se Transgénero (homem para) mulher: o paciente nasceu menino mas identifica-se como mulher* *Se Transgénero (mulher para) homem: o paciente nasceu menina mas identifica-se como homem*
5. Qual era o seu sexo ao nascer? Masculino ou Feminino?	☐ Homem ☐ Mulher ☐ _____Outro ☐ Recusa-se a responder
4. Você faz sexo com homens, mulheres ou ambos?	☐ Apenas homens ☐ Apenas mulheres ☐ Ambos, homens e mulheres ☐ Recusa-se a responder
3. A venda de sexo é a sua principal fonte de rendimento?	☐ Sim ☐ Não ☐ Recusa-se a responder
2. Nos últimos 6 meses, injetou drogas ilícitas ou ilegais?	☐ Sim ☐ Não ☐ Recusa-se a responder

Fonte: Guia de Referência do Indicador de Monitoria, Avaliação e Relatório do PEPFAR (MER 2.0).
https://www.pepfar.gov/documents/organization/263233.pdf

Anexo 3: M&A dos Serviços de Notificação de Parceiros

Conforme descrito anteriormente neste documento, a introdução de serviços de notificação de parceiros juntamente com os STH foi recomendada pela OMS. Os dados recolhidos para monitorar serviços de notificação de parceiros devem incluir o número de parceiros contatados, notificados e testados para o HIV. Especificamente, o registo STH ou a ferramenta de notificação do parceiro deve incluir informações sobre:

- PVHIV a quem são oferecidos serviços de notificação de parceiros
- PVHA que aceitam serviços de notificação de parceiros
- PVHIV rastreados para violência por parceiro íntimo para cada parceiro *
- Parceiros identificados por paciente soropositivo
- Localização física dos parceiros identificados
- Tipo de parceiro (sexual ou droga injetável)
- Parceiros identificados que foram notificados
- Tipo de notificação de parceiro (passivo, contrato, dual, fornecedor)
- Parceiros que aceitam STH
- Parceiros que testam HIV positivo
- Parceiros seropositivos vinculados aos cuidados e tratamento
- Eventos adversos que ocorrem em pacientes HIV positivos após notificação do parceiro

** Se for identificada violência por parte do parceiro íntimo, a notificação do parceiro é adiada*

Referências

[1] Relatório de lacunas de prevenção. Genebra: UNAIDS; 2016.

[2] 90-90-90: Uma meta de tratamento ambiciosa para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS. Genebra: UNAIDS; 2014.

[3] PEPFAR 3.0. Controlando a epidemia: cumprindo a promessa de uma geração sem aids. Washington, DC: Office of the U.S. Global AIDS Coordinator; 2014.

[4] Diretrizes sobre autoteste de HIV e notificação de parceiros: complementam as diretrizes consolidadas sobre serviços de testagem para HIV. Genebra: OMS; 2016.

[5] Chang W, Chamie G, Mwai D, et al. mplementação e pesquisa operacional: custo e eficiência de uma abordagem híbrida de teste multidispositivo móvel com alta cobertura de testes de HIV na África Oriental. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 2016;73(3):e39–e45.

[6] Howard AA, Saito S, Fredrix K, et al. Serviços integrados de TB/HIV para os migrantes mineiros e suas famílias no Lesoto.CROI 2016; Boston, MA.

[7] Zerbe A, DiCarlo A, Mantell JE, et al. Aceitabilidade e aceitação do auto-teste de HIV domiciliar no Lesoto.CROI 2015; Seattle, WA.

[8] Lugada E, Levin J, Abang B, et al. Comparação do teste de HIV domiciliar e baseado em clínicas entre membros do domicílio de pessoas que fazem terapia antirretroviral em Uganda: resultados de um estudo randomizado. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 2010;55(2):245–52.

[9] Choko AT, MacPherson P, Webb EL, et al. Absorção, precisão, segurança e ligação aos cuidados durante dois anos de promoção do autoteste anual para o HIV em Blantyre, Malauí: um estudo prospectivo de base comunitária. *PLoS Medicine.* 2015;12(9):e1001873.

[10] Peck RB, Lim JM, van Rooyen H, et alComo deve ser o auto-teste ideal para o HIV? Um estudo de usabilidade de protótipos de teste em autoteste de HIV não supervisionado no Quênia, Malauí e África do Sul. *AIDS and Behavior.* 2014;18 Suppl 4:S422–32.

[11] Diretrizes consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo HIV. Recomendações para uma abordagem de saúde pública - segunda edição. Genebra: OMS; 2016.

[12] Recomendações da OMS para garantir a qualidade dos testes de HIV: resumo de políticas. Genebra: OMS; 2015.

[13] Melhorar a qualidade dos testes em pontos de atendimento relacionados ao HIV: garantindo a confiabilidade e a precisão dos resultados dos testes. Genebra: OMS, 2015.

[14] Sharma M, Ying R, Tarr G, et al. Revisão sistemática e meta-análise de testes de HIV com base na comunidade e nas undades de saúde para abordar a relação com as lacunas de cuidados na África Subsaariana. *Nature.* 2015;528(7580):S77–85.

[15] Instrumentos para estabelecer redes de referência para atendimento abrangente ao HIV em ambientes com poucos recursos.Family Health International; 2005.

[16] Diretrizes de segurança e confidencialidade de dados para programas de HIV, hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose: padrões para facilitar o compartilhamento eo uso de dados de vigilância para ações de saúde pública. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2011.

[17] Diretrizes sobre a proteção da confidencialidade e segurança da informação sobre o HIV: procedimentos de um seminário. Genebra;UNAIDS; 2006.

[18] O Instrumento de avaliação de privacidade, confidencialidade e segurança: proteção de informações pessoais de saúde. Genebra: UNAIDS; 2016.