Abordagem do ICAP aos Modelos Diferenciados de Serviços

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 em HIV 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 cuidados para HIV e mais de 1,3 milhões iniciaram a terapia antirretroviral.

Prefácio

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

1) **Optimização da testagem para HIV**. Este documento descreve inovações que permitem a optimização de testes de HIV, especialmente entre subpopulações que têm sido historicamente difíceis de alcançar.

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

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 considerações chaves para a preparação da implementação e expansão nacional da monitoria do tratamento através da medição da carga viral.

Estes guias podem ser usados para ajudar os países a considerar estratégias bem-sucedidas para optimizar a testagem de HIV, melhorar a cobertura de TARV, a retenção em cuidados e maximizar os serviços para garantir a supressão 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 Seção VI: Instrumentos).

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: Ruby Fayorsey, Fátima Tsiouris, Eduarda Pimentel de Gusmão, Tanya Ellman, Stephen Arpadi, Julie Franks, Bereket Alemayehu e William Reidy. 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.

* A meta 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; e 90 por cento de todas as pessoas que recebem TARV tenham supressão viral.

Índice

Siglas 5
Resumo Executivo 6
Introdução 6
I. Prestação Diferenciada de Serviçospara Adultos 8
A. PVHIV Apresentando-se Bem com Doença Precoce 9
B. PVHIV Apresentando Doença Avançada 12
C. PVHIV Estável em TARV 14
D. PVHIV Instável em TARV 15
II. Modelos Diferenciados de Serviços para Pacientes Estáveis 16
A. Levantamento de TARV nas Unidades de Saúde 16
i. Fluxo Rápido de levantamento de TARV 16
ii. Grupos TARV baseados na Unidade de Saúde 16
B. Dispensa de TARV na Comunidade /ao Domicílio 17
i. Pontos de distribuição de TARV na comunidade 17
ii. Grupos de TARV liderados por Profissional de Saúde Comunitário/Educador de Pares 17
iii. Grupos de TARV comunitários liderados por pacientes 18
III. Modelos Diferenciados de serviçospara Subpopulações 19
A. Adolescentes 20
B. Mulheres Grávidas e Lactantes 20
IV. Considerações e Monitoria e Avaliação 22
A. Instrumentos para Documentar MDS 24
i. Adaptar os registos médicos dos pacientes TARV 24
ii. Adaptar Instrumentos e Sistemas de Farmácia 25
iii. Novas instrumentos para documentar MDS 25
B. Fluxo de dados entre novas instrumentos e o registo médico do paciente em TARV 28
i. Registo em suporte papel 28
ii. Tecnologia móvel eletrónica 29
iii. Adaptação de instrumentos eistentes nas US 30
C. Indicadores de desempenho para monitorizar a PDS 30
D. Instrumentos e sistemas para gerar relatórios agregados para PDS 31
i. Unidades de Saúde com base de dados eletrónicos de paciente - Recolha de dados do PDS 31
ii. Instalações que dependem de instrumentos em suporte papel para relatórios 32
E. Outras questões de M&A no âmbito da PDS 33
F. Resumo das considerações sobre M&A 35
V. Principais Considerações para a Implementação dos Modelos Diferenciados de Serviços 35
VI. Instrumentos 39
VII. Referências Bibliográficas 40

Siglas

AgCr	Antígeno criptocócico
AQD	Avaliação da Qualidade de Dados
AVHIV	Adolescentes que Vivem com HIV
CTX	Cotrimoxazol
CV	Carga Viral
EMD	Equipa Multidisciplinar
GAAC	Grupo TARV da comunidade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INH	Isoniazida
IO	Infecção Oportunista
M&A	Monitoria & Avaliação
MdS	Ministério da Saúde
MDS	Modelos Diferenciados de Serviços
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSC	Profissional da Saúde
PDS	Prestação Diferenciada de Serviços
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (de mãe para filho)
PVHIV	Pessoas que Vivem com HIV
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SMS	Serviço de Mensagens Curtas
TB	Tuberculose
TARV	Terapia Antirretroviral
TPI	Terapêutica Preventiva com Isoniazida
US	Unidade de Saúde

Resumo Executivo

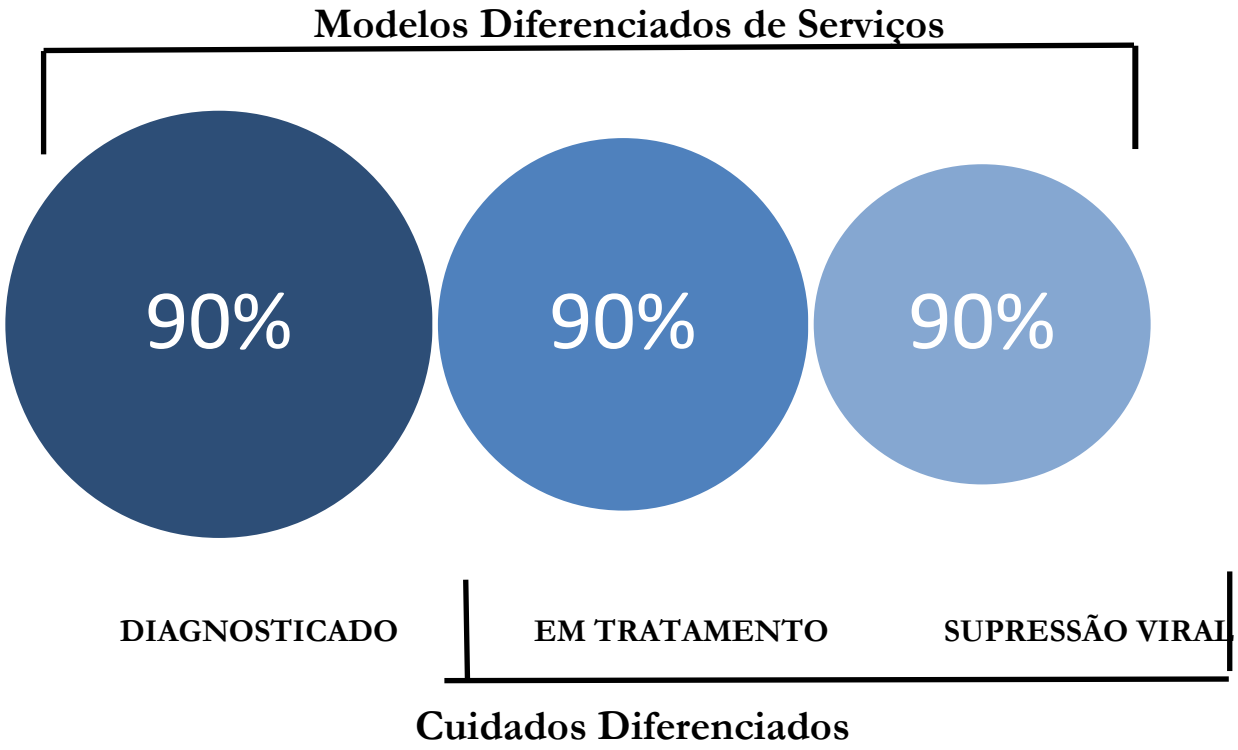
Este documento concentra-se em modelos diferenciados de serviços para adultos e adolescentes estáveis, e inclui uma variedade de recursos clínicos, de monitoria e avaliação de programas em países apoiados pelo ICAP e de organizações internacionais.

O documento está dividido em cinco seções principais:

- A primeira seção descreve os **critérios clínicos** para classificar os pacientes como estáveis ou instáveis, e delineia o pacote de cuidados e prestação de serviços (O QUÊ, ONDE, QUEM E QUANDO) para pacientes que se apresentam bem ao iniciar TARV, pacientes com doença avançada ao iniciar TARV; e pacientes estáveis e instáveis.
- A segunda seção descreve os vários **modelos** diferenciado de serviços para pacientes estáveis, tanto na comunidade quanto na unidade de saúde.
- A terceira seção resume as considerações para modelos diferenciado de serviços para **adolescentes** e **mulheres grávidas e lactantes** que vivem com HIV.
- A quarta seção destaca a monitoria e a avaliação dos modelos diferenciado de serviços (MDS), incluindo as adaptações necessárias aos sistemas de monitoria existentes. Esta seção inclui exemplos de países, instrumentos de monitoria e avaliação e indicadores.
- A seção final descreve as considerações de implementação para a expansão de MDS e inclui uma tabela para apoiar na monitoria da expansão para o nível nacional.

É importante notar que os MDS são aplicáveis em toda a cascata de cuidados de HIV, visando alcançar as metas de 90:90:90 (ver Figura 1). Este guia foca especificamente na entrega de TARV para otimizar o cuidado e tratamento do paciente.

Figura 1. Modelos Diferenciados de Serviços vs. Cuidados Diferenciados



Introdução

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou uma recomendação para oferta de tratamento para o HIV a todos os adultos, adolescentes e crianças que vivem com o HIV, independentemente da contagem de células CD4 ou do estadio da doença.[1] Entre os desafios associados à implementação da estratégia "testar e tratar" está o aumento previsto no número de pacientes inscritos em clínicas que oferecem cuidados e tratamento para o HIV, possivelmente exaurindo a capacidade de oferecer atendimento de qualidade. Atualmente, os programas de HIV - particularmente aqueles em áreas de alta prevalência - estão sobrecarregados e à procura de maneiras eficientes de oferecer cuidado e tratamento que atendam às diversas necessidades dos pacientes e reduzam as barreiras para o tratamento, otimizando a eficiência.

Na maioria dos casos, a prestação de serviços de HIV é principalmente baseada em unidades de saúde. A fim de assegurar que todas as Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) tenham acesso ao TARV, a prestação de serviços deve ser simplificada e padronizada, focando não apenas na descentralização e a delegação de tarefas, mas também considerando os modelos comunitários de cuidados e assegurando uma eficiência no processo de compras e gestão da cadeia de suprimentos.[1]

Caixa 1. A Prestação de Serviços Diferenciada é uma abordagem centrada no paciente que adapta os serviços de HIV em todo o processo para refletir as necessidades clínicas e as preferências de vários grupos de PVHIV, enquanto reduz os encargos desnecessários sobre o sistema de saúde.

Os MDS são uma abordagem centrada no paciente, que enfoca as preferências e expectativas das PVHIV (ver Quadro 1). Aborda os contextos e características clínicas dos pacientes e visa a individualizar os cuidados para as populações de pacientes usando uma abordagem de saúde pública. O MDS procura criar eficiência na prestação de serviços de HIV para alcançar a expansão do programa, assegurando ao mesmo tempo que o atendimento leva em conta à diversidade das necessidades do paciente. O objetivo principal dos MDS é simplificar e remover os obstáculos para os cuidados de pacientes com base na intensidade e nível de serviços necessários. Na abordagem MDS, os pacientes mais graves recebem cuidados intensificados, enquanto aqueles com doença estável ou menos avançada recebem cuidados adequados no ambiente mais adequado às suas necessidades específicas. A diferenciação de serviços para subpopulações, como mulheres grávidas e lactantes, crianças, adolescentes e populações-chave, pode ajudar a melhorar o acesso ao tratamento do HIV.

Há quatro componentes principais do MDS:

1) **O QUÊ:** O tipo de serviço prestado (por exemplo, reabastecimento de TARV, consulta clínica ou ambos)
2) **ONDE:** A localização da prestação de serviços (ou seja, na Unidade de Saúde [US] ou na comunidade)
3) **QUEM:** Critérios de elegibilidade do paciente e tipo de prestador de serviços
4) **QUANDO:** A frequência de serviços para consulta clínica ou reabastecimento de TARV

O objetivo deste documento é descrever as principais considerações para a implementação de modelos MDS (MDSM). O documento foca-se no MDSM para adultos e adolescentes estáveis.

I. Modelos Diferenciados de Serviços para Adultos

Pacientes que vivem com o HIV (com exceção de grávidas) podem ser categorizadas em dois grandes grupos:

1. Pacientes em cuidados, novos em TARV, ou em TARV há menos de um ano
2. Pacientes atualmente em TARV há mais de um ano.

Os pacientes novos em TARV (grupo 1) são subdivididos em dois subgrupos: a) aqueles que se apresentam bem com doença inicial (ou seja, contagem de CD4 elevada); e b) aqueles que apresentam doença avançada (estadio III/IV da OMS ou CD4 <200/mm3) (ver Figura 2). Dependendo do contexto local, as PVHIV com doença ou comorbidades pouco controladas pelo HIV podem ser classificadas como instáveis. As PVHIV que estão em TARV há mais de um ano (grupo 2) são subdivididas em dois subgrupos, estáveis ou instáveis, com base num conjunto de critérios clínicos, imunológicos e virológicos, de acordo com a OMS (ver Quadros 2 e 3). Para pacientes que estiveram em TARV por mais de dois anos, um único resultado de carga viral (CV) <1000 cópias/ml realizado nos últimos 12 meses deve ser suficiente para considerá-los estáveis se atenderem a todos os outros critérios listados no Quadro 3. Esta última diferenciação exclui crianças menores de 10 anos e mulheres grávidas e lactantes.

Caixa 2. Definição da OMS de paciente estável

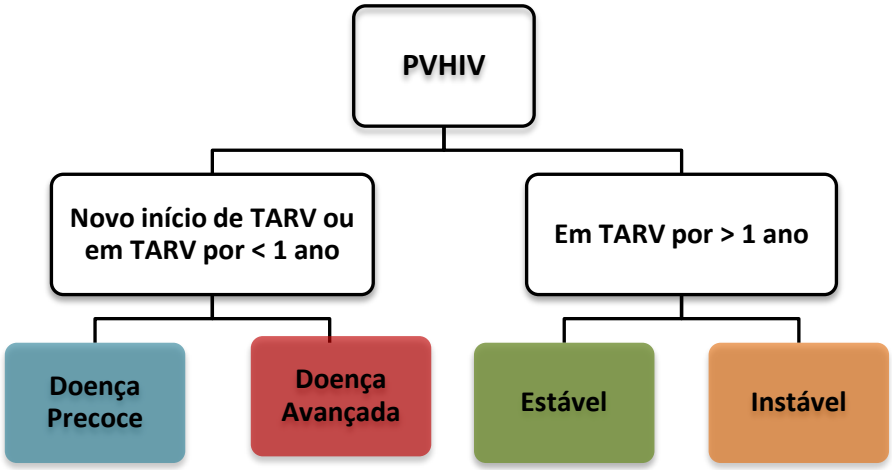
Um paciente que:

- Recebeu TARV por pelo menos um ano e não tem reações adversas a medicamentos que exijam monitoramento regular
- Nenhuma doença atual ou gravidez
- Atualmente não lactante
- Tem boa compreensão da adesão ao tratamento ao longo da vida
- Evidência do sucesso do tratamento (ou seja, duas medidas consecutivas de CV não detectáveis). Na ausência de monitoramento de CV, o aumento da contagem de CD4, ou CD4> 200 células / mm3 mais uma medida objetiva de adesão, podem ser usadas para indicar o sucesso do tratamento.

É importante perceber que essa categorização é fluida e que a avaliação do paciente deve ocorrer em intervalos regulares ou sempre que houver uma mudança no estadio clínico ou imunológico de um indivíduo. Também é importante observar que os tipos de MDSM implementados precisarão ser modificados ou adaptados dependendo do tipo de epidemia (alta ou baixa prevalência), do cenário de atendimento (urbano, periurbano ou rural) e dos recursos disponíveis. Para cada grupo de PVHIV, a prestação de serviços diferenciados deve levar em consideração o seguinte:

- **Aspectos clínicos do atendimento** (provedor, onde o serviço é prestado e com que frequência)
- **Serviços de laboratório** (tipo de teste - por exemplo, CV, contagem de CD4, rastreio de antígeno criptocócico [CrAg] - e com que frequência)
- **Adesão/apoio psicossocial** (provedor, onde o apoio é fornecido e com que frequência)
- **Medicamentos** (quem dispensa medicação, onde e com que frequência)

Figura 2. Visão Geral da Classificação de Pacientes para Cuidados Diferenciados



Caixa 3. Classificação dos Pacientes como Estável ou Instável

Classificação Modificada de Paciente como Estável vs. Instável
☐ Atualmente em TARV> 1 ano ☐ > 10 anos de idade, não grávida, não lactantes ☐ Dois resultados consecutivos de CV <1000 cópias/ml nos últimos dois anos, * OU CD4 em ascenção ou CD4> 200 células/mm3 mais boa adesão em avaliação objetiva ** ☐ Nenhuma reação adversa a medicamentos que exija monitoria contínua ☐ Nenhuma infecção oportunista ativa (IO), incluindo tuberculose (TB) ☐ Sem preocupações da equipa de saúde *** ---------- ☐ **Sim para todos os itens acima: Estável** ☐ **Não a qualquer um dos acima: Instável**
* O intervalo de medição da CV não deve ser inferior a seis meses. O resultado mais recente da CV deve estar dentro do último ano. Para pacientes que estejam em TARV por> 2 anos, um único resultado de CV <1000 cópias/ml no último ano é suficiente. ** Regime de uma dose diária: <2 doses perdidas/mês; Regime duas doses diárias: <4 doses perdidas/mês OU relato de levantamento atempado de medicamentos *** Sem abuso de substâncias, doença mental ou comorbidade que exija um acompanhamento próximo e frequente **Principais considerações para subpopulações:** Para mulheres grávidas e lactantes, crianças menores de 5 anos, adolescentes, casais sero-discordantes e populações-chave, o TARV deve ser iniciado com urgência e um acompanhamento rigoroso deve ser feito seguindo as orientações apresentadas para pacientes com doença avançada (Tabela 1B). A Tabela 4 descreve modelos de atenção para adolescentes.

A. PVHIV Apresentando-se Bem com Doença Precoce

Pacientes que apresentam doença pelo HIV precoce (CD4 > 200 células/mm3, estadio I/II da OMS) precisam de apoio à adesão e retenção após o início de TARV. Isso pode ser fornecido inicialmente na Unidade de Saúde com a opção de transição para a comunidade, uma vez que o paciente esteja estável em TARV (ver Tabela 1A). Consulte o Anexo 1 para o "Pacote de Atendimento ICAP para PVHIV".

Tabela 1A. PVHIV Apresentando-se Bem com Doença Precoce

Quando	O Que	Quem	Onde
Primeira Visita (Tempo 0)	**Visita clínica**: confirmação do diagnóstico de HIV; Teste de CD4 (linha de base); Estadio OMS; Rastreio de TB; apoio à adesão e aconselhamento **Medicamentos**: iniciação de TARV e CTX	Profissional de Saúde+	Clínica TARV
Semana 2	**Visita clínica**: Avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação de adesão, apoio e aconselhamento; encaminhamento do paciente ao grupo de apoio de pares **Medicamentos**: TARV e CTX refil para 1 mês	Enfermeira ou conselheira leiga	Clínica TARV
Mês 1–2	**Visita clínica**: avaliar os sintomas clínicos através da lista de verificação de sintomas e verifique os efeitos colaterais/toxicidade; iniciar o TPI; avaliação de adesão, apoio e aconselhamento **Medicamentos**: TARV, INH e CTX refil para 1 mês	Enfermeira ou conselheira leiga	Clínica TARV
Mês 3	**Visita clínica**: avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação da adesão, apoio e aconselhamento; link para o conselheiro de adesão da comunidade **Medicamentos**: TARV, INH e CTX refil para3 meses	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Mês 4–5	Avaliação de adesão, apoio e aconselhamento	Conselheiro leigo,	Clínica TARV Comunidade/domicilio ou fluxo rápido na clínica TARV
Visita Chave: Mês 6	**Visita clínica**: Monitorar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação de adesão, apoio e aconselhamento **Laboratório**: colecta de amostras CV **Medicamentos**: INH refil por 1 mês; refil de TARV e CTX por 3 meses	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Mês 7	**Visita clínica:** resultados da CV entregues ao paciente; avaliar os sintomas clínicos através da lista de verificação dos sintomas e verificar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação da adesão, apoio e aconselhamento; intensificar o aconselhamento e apoio com base nos resultados da CV **Medicamentos**: TARV e CTX refil por 1-3 meses com base em CV	Profissional de Saúde +	Clínica TARV

Mês 8–11	CV> 1000 (Consulte o ICAP CV POP) ** **Visita clínica**: avalie os sintomas clínicos por meio de lista de verificação; avaliação de adesão, aconselhamento intensificado e apoio **Medicamentos**: TARV e CTX refil por 1 mês **Laboratório**: Repetir a CV entre M9 e M11 após a boa adesão ter sido alcançada	Conselheiro leigo, médico, ou enfermeira para repetir o resultado da CV	Clínica TARV
	CV <1000 Avaliação de adesão, apoio e aconselhamento **Medicamentos**: TARV e CTX refilpor 3 meses	Conselheiro leigo,	Clínica TARV Comunida de/domicil io ou fluxo rápido na clínica TARV
Visita Chave: **Mês 12**	**Visita clínica**: avaliar os sintomas clínicos através da lista de verificação dos sintomas **Laboratório**: Segunda recolha de amostras de CV; apoio à adesão e aconselhamento **Medicamentos**: TARV e CTX refil por 3 meses Nota: O paciente é classificado como "ESTÁVEL" ou "INSTÁVEL" com base na avaliação clínica e nos resultados de CV do espécime recolhido aos 12 meses	Profissional de Saúde +	Clínica TARV

+ A denominação "profissional de saúde" inclui médicos, enfermeiros, clínicos e técnicos de medicina

** "Procedimentos Operacionais Padrão de Monitoria da Carga Viral para o Corpo Profissional de Saúde da ICAP e para os Profissionais de Saúde" (Anexo 2)

Em cada contato com os pacientes, o profissional de saúde (clínico, enfermeiro ou conselheiro leigo) avaliará o paciente e o classificará como "precoce" ou "avançado", e fará referência ao acompanhamento apropriado, conforme indicado.

Siglas: TB = tuberculose, TARV = tratamento antirretroviral, INH = isoniazida, CTX = cotrimoxazol, TPI = terapia preventiva com isoniazida, CV = carga viral

B. PVHIV Apresentando Doença Avançada

Pacientes com doença avançada (estadio III/IV da OMS ou CD4 <200/mm3) apresentam alto risco de progressão da doença e complicações relacionadas ao HIV, e portanto, devem receber um pacote clínico de cuidados destinado a reduzir o risco de morbidade e mortalidade, incluindo início rápido de TARV (uma vez excluído o risco de síndrome inflamatória de reconstituição imune [IRIS]). Eles devem receber rastreio de antigeno criptocócico; rastreio de TB, com início do tratamento da TB ou TPI, conforme indicado; fornecimento de profilaxia de CTX; e planeamento para acompanhamento intensivo (ver Tabela 1B). Refirir ao "Pacote de Cuidados para Severamente Imunocomprometido" desenvolvido pelo ICAP no Quénia (Anexo 3), e "Atendimento diferenciado a Adultos com Alto Risco de Evolução da Doença pelo HIV: Um Apelo à Ação" (Anexo 4) para detalhes sobre "QUAIS" serviços adicionais devem ser fornecidos para pacientes com doença avançada.

A OMS divulgará novas orientações sobre o pacote mínimo de atendimento para pacientes com doença avançada por HIV no final de 2017. Prevê-se que isso inclua um pacote reforçado de cuidados para pacientes com doença avançada, com base nos resultados do estudo REALITY. O estudo REALITY avaliou um pacote reforçado de tratamento para pacientes com CD4 <100 células/mm3, que incluiu cinco dias de azitromicina (500mg), uma dose única de albendazol (400mg), 12 semanas de INH/piridoxina (300/25mg), 12 semanas de fluconazol (100mg) e cotrimoxazol contínuo. Houve uma redução de 27% na mortalidade em comparação com o tratamento padrão, que foi o cotrimoxazol contínuo.

Tabela 1B. PVHIV Apresentando Doença Avançada

Quando	O Que	Quem	Onde
Primeira visita (Tempo 0)	**Visita clínica**: confirmação do diagnóstico de HIV; Teste de CD4 (linha de base); estadiamento OMS; Rastreio de CrAg e TB; rastreio de IO; apoio à adesão e aconselhamento **Medicação**: inicio de TARV e CTX	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Semana 2	**Visita clínica**: Tratamento e gestão de IO coexistente; avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação de adesão, apoio e aconselhamento **Medicação**: TARV e CTX refilpor 1 mês	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Mês 1-2	**Visita clínica**: Gestão de IO; avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; iniciar o TPI; avaliação da adesão, apoio e aconselhamento **Medicação**: TARV, INH e CTX refil por 1 mês	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Mês 3	**Visita clínica**: avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação de adesão, apoio e aconselhamento **Medicação**: TARV, INH e CTX refil por 1 mês	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Mês 4-5	**Visita clínica**: avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação de adesão, apoio e aconselhamento **Medicação**: TARV, INH e CTX refil por 1 mês	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Visita Chave: Mês 6	**Visita clínica**: avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação de adesão, apoio e aconselhamento **Laboratório**: recolha de amostras CV **Medicação**: TARV, INH e CTX refil por 1 mês	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Mês 7	**Visita clínica**: resultados da CV entregues ao paciente; monitorar os sintomas clínicos através da lista de verificação dos sintomas e verificar os efeitos colaterais//toxicidade; avaliação da adesão, apoio e aconselhamento; intensificar o aconselhamento e apoio com base nos resultados da CV **Medicação**: INH refil por 1 mês; Refil de TARV e CTX por 3 meses	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Mês 8-11	CV> 1000 (Consulte o POP de CV do ICAP) ** **Visita clínica**: avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; suporte de adesão; Aconselhamento reforçado de adesão **Medicação**: TARV e CTX refil por 1 mês **Laboratório**: Repetir CV entre M9 e M11 após boa adesão relatada	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
	CV <1000 **Visita Clínica**: Avaliar os efeitos colaterais/toxicidade; avaliação de adesão, apoio e aconselhamento	Profissional de Saúde +	Clínica TARV

	Medicação: TARV e CTX refil por 3 meses		
Visita Chave: **Mês 12**	**Visita clínica**: Avaliar os efeitos colaterais/toxicidade **Laboratório**: Segunda recolha de amostras de CV; aconselhamento e apoio à adesão **Medicação**: TARV e CTX refil por 1 mês Nota: O paciente é classificado como "ESTÁVEL" ou "INSTÁVEL" com base na avaliação clínica e nos resultados de CV da amostra recolhida aos 12 meses	Profissional de Saúde +	Clínica TARV

+ O Profissional de Saúde inclui médicos, enfermeiros, clínicos e técnicos de medicina

** "Procedimentos Operacionais Padrão de Monitoria da Carga Viral para o Corpo Profissional de Saúde da ICAP e para os Profissionais de Saúde" (Anexo 2)

Em cada contato com os pacientes, o profissional de saúde (clínico, enfermeiro ou conselheiro leigo) avaliará o paciente e o reclassificará como doença "precoce" ou "avançada" e fará referência ao acompanhamento apropriado, se indicado.

Siglas: CrAg = antígeno criptocococico, TB = tuberculose, TARV = tratamento antirretroviral, INH = isoniazida, CTX = cotrimoxazol, TPI = terapia preventiva com isoniazida, IO = infecções oportunistas, CV = carga viral

C. PVHIV Estável em TARV

Pacientes estáveis que estejam em TARV há pelo menos um ano podem ser vistos com menos frequência e receber TARV por meio de uma abordagem rápida em uma clínica de TARV, na comunidade ou em casa (com visitas clínicas na US a cada 3–6 meses e monitoria de CV anualmente) (ver Tabela 2A). É importante reclassificar os pacientes após cada CV e/ou avaliação clínica e abordar quem, o quê, quando e onde o paciente deve ser seguido. Transição de pacientes a realizar levantamento de TARV em Unidades de Saúde para distribuição de TARV na comunidade requer monitoria cuidadosa para garantir que o paciente esteja ligado ao grupo de distribuição e que não ocorram lacunas no tratamento.

Tabela 2A. Pacientes estáveis em TARV há um ano ou mais

O Quê	Quem	Onde
Avaliações clínicas a cada 3-6 meses	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Laboratório: Monitoria de CV a cada 12 meses *	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Suporte psicossocial/adesão a cada 3-6 meses	Conselheiro leigo ou agente comunitário de saúde	Comunidade/casa, fluxo rápido na clínica ou grupo de distribuição de TARV nos Unidades de Saúde
Levantamento de medicamentos a cada 3-6 meses	Conselheiro leigo ou agente comunitário de saúde	Comunidade/casa, fluxo rápido na clínica ou grupo de distribuição de TARV nos Unidades de Saúde

+ "Profissional de saúde" inclui médicos, enfermeiros, clínicos e técnicos de medicina

* Reclassificar os pacientes após cada carga viral e/ou avaliação clínica

D. PVHIV Instável em TARV

Pacientes instáveis em TARV há menos de um ano também apresentam alto risco de má evolução clínica, incluindo complicações e/ou falência terapêutica. Esses pacientes precisam de monitoria clínica rigorosa, a maioria dos quais precisará ser fornecida nas Unidades de Saúde. Eles devem receber aconselhamento reforçado de adesão e testes de CV e serem reclassificados com base no resultado da CVe na avaliação clínica (consulte a Tabela 2B).

Tabela 2B. Pacientes instáveis em TARV há um ano ou mais

O que	Quem	Onde
Avaliações clínicas a cada 1 a 2 meses	Profissional de Saúde +	Clínica TARV
Laboratório: monitoria de CV a cada 3 meses após aconselhamento reforçado de adesão *	Profissional de Saúde +	
Apoio psicossocial/adesão ** a cada 1 a 2 meses	Conselheiro leigo, conselheiro de adesão ou farmacêutico	
Levantamento de medicamentos a cada 1 a 2 meses	Conselheiro leigo, conselheiro de adesão ou farmacêutico	

+ "Profissional de Saúde" inclui médicos, enfermeiros, clínicos e técnicos de medicina

* Reclassificar os pacientes após cada carga viral e/ou avaliação clínica

** Consulte a Ferramenta de Aconselhamento de adesão reforçado do ICAP (ver Anexo 11)

II. Modelos Diferenciados de Serviço para Pacientes Estáveis

A disponibilização de TARV a pacientes estáveis pode ser simplificada para melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados, descongestionando as Unidades de Saúde, referindo os pacientes para o MDS, aproximando o tratamento da comunidade ou oferecendo o fluxo rápido para levantamento de TARV nas unidades de saúde. As seções a seguir, juntamente com a Tabela 3, resumem as várias inovações programáticas que foram usadas para fornecer modelos diferenciados de serviços de TARV a pacientes estáveis.

A. Levantamento de TARV nas Unidades de Saúde

Aos pacientes estáveis em TARV é dada a opção de levantar medicamentos nas Unidades de Saúde. Essas visitas são separadas das consultas clínicas; os pacientes podem ser incluídos no fluxo rápido na farmácia para levantar os seus medicamentos ou ir buscá-los quando participarem de reuniões de clube de adesão nos Unidades de Saúde.

i. Fluxo Rápido de levantamento de TARV

Pacientes estáveis devem ser incluídos no fluxo rápido quando chegam à unidade de saúde, acessando a farmácia diretamente para levantamento de TARV, sem precisar consultar um clínico. Isso pode ser conseguido encurtando o período de registo . Depois que o registo é concluído, a recepcionista encaminha o paciente para a farmácia ou para o ponto de distribuição designado para levantar medicamentos. A medicação deve ser pré-embalada e rotulada com pelo menos um dia de antecedência e armazenada no ponto de recolha medicação. No momento de levantar medicamentos, o farmacêutico ou profissional de saúde (PSC) faz uma triagem rápida de sintomas e realiza uma verificação de adesão. O paciente é enviado para casa a menos que relate uma queixa ou sinais/sintomas positivos no rastreio clinico (ver Anexo 5). Os pacientes devem ter a opção de consultar um clínico se houver alguma preocupação após a conclusão da lista de verificação. O farmacêutico ou PSC deve fornecer um resumo mensal do levantamento de medicamentos para monitoria e notificação do paciente.

ii. Grupos TARV baseados na Unidade de Saúde

A distribuição em grupo de medicamentos para pacientes estáveis pode ser oferecida àqueles que frequentam clubes de adesão nos Unidades de Saúde. Os clubes são facilitados por educadores de pares, com encaminhamentos para enfermeiros e/ou médicos quando necessário. Também funcionam como grupos de apoio. Normalmente consistem em grupos de até 30 pacientes que se encontram a cada dois ou três meses por menos de uma hora. Durante a sessão de grupo, as tarefas essenciais, como a avaliação de peso e o rastreio clinico de sinais e sintomas, são fornecidas por um educador treinado ou por um agente comunitário de saúde que atua como facilitador do clube. As avaliações são registadas nos registos dos pacientes (ver Anexo 6) e monitoradas pelo pessoal clínico por meio de um formulário de relatório mensal. O facilitador do grupo preenche o formulário de relatório mensal para monitoria e reporte do paciente. Qualquer paciente que relate sintomas é

encaminhado para a clínica de TARV para avaliação priorizada por um médico. Todos os membros do clube são vistos por um clínico duas vezes por ano: uma vez para exames de sangue e dois meses depois para o exame clínico anual. O facilitador do clube também é responsável por completar o registo do clube (exemplo mostrado no Anexo 7).

B. Entrega de TARV na Comunidade/ ao Domicílio

Pacientes estáveis em TARV têm a opção de levantar medicamentos num local designado na comunidade ou formar um grupo no qual os membros se revezam na recolha de medicamentos da Unidade de Saúde e entregá-los aos indivíduos do grupo TARV da comunidade (GAAC). O sucesso dos modelos comunitários de TARV depende de apoio e recursos suficientes e confiáveis, incluindo: um quadro de trabalhadores leigos; um fornecimento de medicamentos flexível e confiável; acesso a gestão clínica de qualidade; e um sistema de monitoria confiável para atendimento ao paciente (idealmente incluindo CV). Os modelos também requerem avaliação contínua e adaptação adicional para alcançar mais pacientes com alto risco de perda de seguimento. No mínimo, deve haver: um registo para documentar a frequência e a recolha de medicamentos, uma lista de verificação simples a ser usada para rastreio clínico e um formulário de monitoria de presença (exemplo mostrado no Anexo 8) para verificação das atividades pelo PSC e pelo representante do GAAC.

i. Pontos de distribuição de TARV na comunidade

Grupos de PVHIV formam um grupo e pegam seus medicamentos num ponto fixo na comunidade. Um trabalhador leigo dispensa medicamentos, mede o peso, realiza rastreio clínico baseado em sinais e sintomas e facilita o apoio através de pacientes especialistas após a distribuição da medicação. Os pacientes vão ao ponto de distribuição a cada três meses para reabastecimento de TARV e reportam à Unidade de Saúde semestralmente para consulta clínica e exames de sangue (com CV realizada anualmente). Os trabalhadores leigos também fornecem encaminhamentos para atendimento clínico para pacientes que apresentam rastreio clínico positivo ou apresentem queixas. Os pacientes que não comparecem às suas visitas são rastreados por conselheiros através de telefonemas ou visitas domiciliares. Os pontos de distribuição também podem oferecer aconselhamento e testagem para HIV a nível comunitário. Os pontos de distribuição da comunidade exigem trabalhadores leigos como funcionários, espaços seguros para armazenar medicamentos e um meio de transporte para levar a medicação da Unidade de Saúde aos pontos de distribuição. Deve haver um mecanismo de retroinformação para a Unidade de Saúde para dados colectados no ponto de distribuição, bem como um sistema de monitoria e avaliação (M&A) para monitorar a adesão e a retenção, com retroinformação para a Unidade de Saúde.

ii. Grupos de TARV liderados por Prof. de Saúde Comunitário/Educador de Pares

Os clubes de adesão ao TARV para pacientes estáveis são facilitados por um agente comunitário de saúde ou por um membro da equipa não clínico, como um educador, dependendo do contexto local. O grupo é composto de aproximadamente 15-30 pacientes estáveis que se encontram a cada dois ou três meses. O facilitador do grupo fornece avaliação clínica rápida, encaminhamento (quando

necessário), apoio de pares e distribuição de pacotes de medicamentos ARV pré-embalados. Os membros vão à clínica duas vezes por ano para acompanhamento clínico.

iii. Grupos de TARV comunitários liderados por pacientes

Os membros de um grupo de pacientes estáveis em TARV numa comunidade revezam-se a levantar medicamentos da clínica e entregando-os ao resto do grupo. Os membros do grupo também oferecem entre si apoio à adesão e monitoria de resultados. O grupo é composto de 5 a 8 pacientes em TARV estáveis que são treinados em funções e responsabilidades específicas, incluindo o reconhecimento de sintomas que requerem encaminhamento para a clínica, utilizando instrumentos para recolher informações de atendimento mínimo e como se comunicar com os profissionais de saúde. Eles se reúnem mensalmente na casa de um membro do GAAC ou num local da comunidade para distribuir os medicamentos e oferecer entre si apoio à adesão. Cada membro recebe uma consulta clínica e exames de sangue quando visita a Unidade de Saude. É importante que haja um enfermeiro ou educador designado para monitorar o grupo e verificar se os medicamentos foram levantados e o registo e assinado.

Tabela 3. Resumo dos Modelos Diferenciados de Serviços de distribuição de TARV para pacientes estáveis *

Onde	Distribuição TARV nas Unidades de Saúde		Distribuição TARV ao Domicílio/ na Comunidade		
Tipo	**Fluxo rápido de dispensa de TARV**	**Clubes de adesão nos Unidades de Saúde**	**Ponto de distribuição de TARV na comunidade**	**Grupo de refil de TARV na comunidade liderado por educadores de pares**	**Grupo de TARV comunitário liderado por pacientes**
Configuração	Urbano Rural	Urbano	Urbano Rural	Rural	Rural
Quem é o Fornecedor **Pacientes**	Técnico de farmácia ou Enfermeira	Técnico farmacêutico, Enfermeira, ou conselheira leiga Grupo de 25-30 pacientes	Enfermeira comunitária ou conselheiro leigo	Conselheiro leigo ou educadores de par Grupo de 15-30 pacientes estáveis	PVHIV Grupo de 5 a 8 pacientes estáveis
Onde	Farmácia de clínica em unidade que oferece TARV	Espaço de reunião em unidade de saude que oferece TARV	Espaço comunitário mais perto da casa do paciente	Espaço comunitário mais perto da casa do paciente	Casa do paciente ou local da comunidade
O que	Levantamento de medicação (TARV, CTX, INH) - Rastreio basico de sintomas -Monitoria de adesão -Provisão de preservativos	Levantamento de medicação (TARV, CTX, INH) - Rastreio basico de sintomas -Monitoria de adesão Apoio psicossocial -Provisão de preservativos	Local da comunidade mais perto da casa do paciente Captador de medicação (TARV, CTX, INH) - Rastreio basico de sintomas -Monitoria de adesão Apoio psicossocial -Provisão de preservativos	Levantamento de medicação (TARV, CTX, INH) Apoio psicossocial -Provisão de preservativos	Levantamento de medicação (TARV, CTX, INH) Apoio psicossocial
Quando	A cada 3-6 meses	A cada 2-4 meses	A cada 2-3 meses	A cada 2-3 meses	Por mês
Como	Medicamentos pré-embalados	Medicamentos pré-embalados	Medicamentos pré-embalados -Espaço para armazenar medicamentos a nível comunitário	Medicamentos pré-embalados no US -Permite medicamentos no dia da visita clínica a US	Medicamentos pré-embalados no US -Host pega remédio no dia da consulta para US
M&A	Registros para documentar o recebimento de medicação Lista de verificação do sintomas	Registo GAAC - Formulário de acompanhamento de presenças Lista de verificação do sintomas	Registo GAAC - Formulário de acompanhamento de presenças Lista de verificação do sintomas	Registo GAAC Formulário de acompanhamento de presenças	Registo GAAC Formulário de acompanhamento de presenças

Modificado de Bemelmans M, Baert S., Goemaere E, et al. Modelos de Assistência Apoiados pela Comunidade para Pessoas em Tratamento de HIV na África Subsaariana. Trop Med e Int Health. 2014; 19 (8): 968-977.

III. Modelos Diferenciados de Serviço para Subpopulações

A. Adolescentes

Adolescentes que vivem com HIV (AVHIV) têm necessidades distintas devido às rápidas mudanças fisiológicas, psicológicas e comportamentais. Geralmente, o AVHIV tem resultados clínicos inferiores aos dos adultos e apresenta maior risco de perda de seguimento (menos de dois terços dos adolescentes conseguem manter 95% de adesão). Os AVHIV são frequentemente agrupados com crianças ou adultos, portanto, há evidências limitadas específicas do adolescente quanto à prestação de serviços. Adolescentes infectados verticalmente e horizontalmente têm algumas semelhanças, mas também podem ter necessidades diferentes e condições clínicas diversas que requerem diferentes abordagens de prestação de serviços. A OMS completou recentemente uma revisão do MDS para o AVHIV e encontrou seis MDS para adolescentes, incluindo clubes de jovens / adolescentes, GAACs, prescrição de medicamento para 3 ou 6 meses, TARV na comunidade e serviços voltados para adolescentes a decorrer ao sábado. Estavam acionados três modelos adicionais que incluíam adolescentes e crianças. Todos os modelos foram implementados em áreas de epidemia generalizada e de alta prevalência que incluíam áreas urbanas, periurbanas e rurais. Dois dos modelos específicos para adolescentes foram grupos geridos por Profissionais de Saúde, dois eram variações do modelo de grupo gerido por Pacientes e dois eram uma combinação de modelos geridos por profissionais de saude na US (fast-track). A Tabela 4 destaca as principais diferenças nos nove modelos identificados pela OMS.

B. Mulheres Grávidas e Lactantes

Na maioria dos países de alta prevalencia, a PTV e os cuidados com o HIV foram integrados para mulheres grávidas e lactantes usando um modelo de paragem única. Portanto, o MDS para esta sub-população precisará fornecer não apenas cuidados integrados, mas também levar em consideração os diferentes desafios que as mulheres enfrentam ao longo de todo o PTMF, incluindo durante a gravidez, o período pós-parto e a transição para o cuidado do HIV. Diferentes MDSs para mulheres grávidas e lactantes foram implementadas para apoiar o seu acesso a serviços essenciais (tais como acesso ao TARV) durante períodos vulneráveis ao longo do seu continuum de cuidados (por exemplo, no momento do parto). Em alguns países, como a África do Sul, as puérperas integram-se em clubes de adesão à ou clubes pós-natais, que são facilitados por conselheiros leigos ou mães mentoras na comunidade.

Tabela 4. Resumo dos Modelos Diferenciados de Serviços para o AVHIV *

Tipo de modelo	Grupo gerido pelo PSC	Grupo liderado pelo paciente	Grupo gerido pelo PSC	Grupo gerido pelo PSC	Individual focado na US	Focado na US com suporte da comunidade	Individual focado na US	Individual focado na US	Individual fora da US
Nome do Modelo	**Clube de jovens**	**Adolescentes no GAAC**	**Clube de Adolescentes ao Sábado**	**Clube Adolescentes (Eswatini)**	**Clinica para Adolescente Ao Sábado**	**Apoiadores do tratamento de adolescentes da comunidade (CATS)**	**Dipensa trimestral**	**MMP/ (SPEEDI)**	**C-BTARV**
Configuração	Urbano Rural	Urbano/rural	Urbano	Peri-urbano	Peri-urbano	Urbano	Urbano/rural	Urbano	Urbano
Quem **Elegibilidade critério**	20-30 pacientes 12-25 anos; > 12m TARV; 2 CV <400; Bem	20-30 pacientes > 12 a 18 anos; > 6m na 1ª linha; CD4> 200; Bem e Revelação feita	9 a 23 anos; Na TARVe; Revelação feita	10-19 anos > 6m em TARV *; 1 CV <1000; Bem	13–24 anos; > 6m em TARV; Revelação feita; Bem	17–23 anos	Nenhum critério conhecido	0-25 anos; > 6m em TARV; 1 CV <1000; Bem	>1 ano
Consulta clínica: Quem **Quando** **Onde**	Enfermeira Anualmente USP	Enfermeira Cada 6m USP	Enfermeira/ médico Cada 2m Terciário/USP	Enfermeira /médico Cada 6m USP	Médico Cada 2m USP	Enfermeira Cada 3m	Enfermeira Cada 3m USP	Enfermeira/ médico Cada 4–6m Clínica especializada	Equipa de buscas Cada 3-6 m Comunidade
Refil TARV: Quem **Quando** **Onde**	Coloque o PSC 4x2m e depois 1x4m USP	Pares Por mês Comunidade	TSL / clínico Cada 2m Terciário/USP	TSL / clínico Cada 3m USP	TSL / médico Cada 2m USP	Enfermeira Cada 3m USP	Enfermeira Cada 3m USP	LPSC / clínico/farmacêutico Cada 2-3 m Clínica especializada em pediatria	Equipa de buscas Cada 3-6 m Comunidade
Informação adicional	http://www.differentiatedcare.org/Models/Youth Clubs/Details#	Programa MSF em Tete	http://dignitasinternational.org/hiv/teen-club/ https://botswanateenclub.wordpress.com/			CATS fornecem visitas domiciliares semanais e atividades de grupo de apoio mensais			

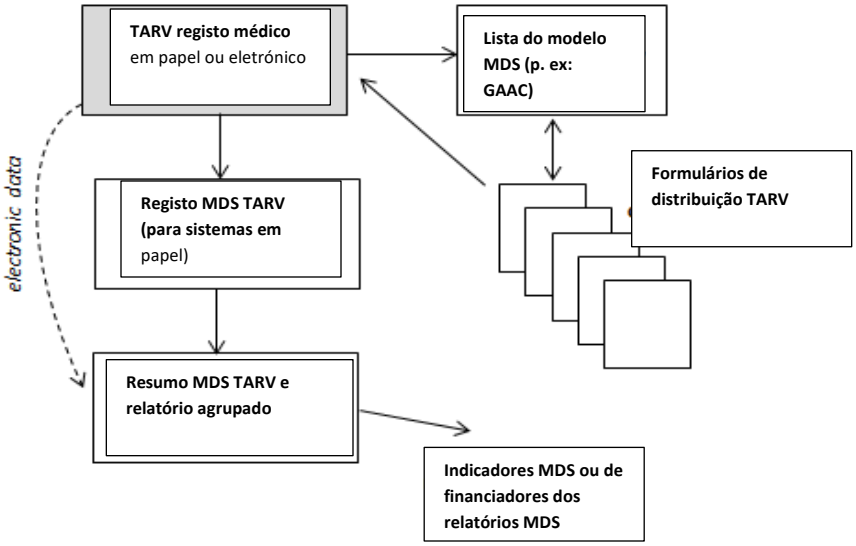
* Modificado do procedimento da consulta da OMS sobre o MDS do HIV para populações e ambientes específicos, de 16 a 18 de novembro de 2016, Genebra, Suíça.

Siglas: PSC = Profissional de Saúde Comunitária, USP = Unidade de Saúde Primária, TSL = Trabalhador de saúde leigo, M = mês, PM = prescrição mensal, SPEEDI = Encontro Pediátrico Padronizado para a Iniciativa de Medicamentos TARV, C-BART = TARV Comunitária

IV. Considerações a Monitoria & Avaliação

O MDS diversifica o "quem, o quê, quando e onde" da concepção do programa de HIV. Por exemplo, para aqueles que respondem bem ao TARV, os programas podem oferecer serviços acelerados, visitas menos frequentes, prescrição de vários meses, clubes de TARV nas unidades de saúde/ ou GAACs. Outros serviços de MDS são adaptados para pacientes com doença avançada por HIV ou aqueles que apresentam falência virológica; estes podem incluir avaliações mais frequentes, monitoria clínica e laboratorial mais frequentes e intervenções clínicas e psicossociais intensificadas. Também podem ser desenvolvidos serviços diferenciados para crianças, adolescentes e jovens, mulheres grávidas e lactantes, populações-chave e vulneráveis e outros perfis de pacientes.

Essas mudanças representam um desafio para os sistemas existentes de M&A do programa de HIV. Para dar conta da diversificação de serviços e fornecer dados precisos, completos e oportunos para fins de relatório e melhoria do programa, será preciso fazer adaptações instrumentosnos de M&A (incluindo aqueles para recolha de dados, monitoria e relatórios), estratégias de M&A e métricas de avaliação do programa. Novos métodos de avaliação que medem aspectos únicos do MDS, como o impacto na qualidade do atendimento ao paciente e a produtividade do prestador de serviço, também podem ser necessários. A adoção de processos específicos de M&A focados em MDS precisará ser adaptada a contextos específicos e baseada nas características dos sistemas existentes de M&A e MDS.



Adaptações aos sistemas de M&A existentes podem incluir:

1) **Atualização de instrumentos existentes de Sistemas de Informação em Saúde (SIS),** como o processo clínico do paciente, para recolher os elementos-chave dos cuidados prestados e introduzir novos instrumentos para registar os serviços prestados a pacientes que recebem diversos serviços de HIV, incluindo aqueles que ocorrem fora da Unidade de Saúde.

2) **Estabelecer um fluxo de dados eficaz** entre quaisquer novas instrumentos e o histórico médico do paciente.

3) **Estabelecimento e definição de indicadores** a serem reportados rotineiramente que descrevam adequadamente e os resultados de diversos serviços baseados em Unidades de Saúde e na comunidades

4) **Desenvolver e implementar instrumentos e sistemas para gerar resumos de dados** para MDS, incluindo dados para o cálculo de novos indicadores para permitir a avaliação dos programas.

Para otimizar a implementação e garantir a sustentabilidade, esses sistemas e instrumentos de M&A devem ser desenvolvidos e subsequentemente implementados em colaboração com o Ministério da Saúde (MdS) e outras partes interessadas e, sempre que possível, devem incorporar orientação global prevalecente e lições aprendidas em outros ambientes. Uma visão geral dos elementos do sistema de M&A para potencial adaptação, juntamente com considerações adicionais de M&A para implementadores de MDS, é apresentada abaixo.

Tabela 5. Elementos Ilustrativos de Dados a Serem Adicionados ao Prontuário Médico de TARV

Elemento de dados	Instruções / Respostas
Tipo de visita	□ Visita clínica □ TARV Rápido □ Clube de adesão nas unidades de saúde □ Ponto de distribuição da TARV na comunidade □ Grupo comunitário de TARV liderado por pares □ Grupo comunitário de TARV liderado pelo paciente
Apenas para visitas clínicas:	
Paciente estável?	□ Estável □ Instável Se instável, como ?: _____
Paciente elegível para rápido TARV, clube de adesão ou grupo de TARV?	□ Elegível □ Inelegível Se inelegível, por quê?: □ Instável □ Outros: _____
MDSM atribuído	TARV nas clínicas de HIV □ TARV Rápido □ Clube de adesão baseado em facilidade □ Ponto de distribuição da TARV da comunidade □ Grupo comunitário de TARV liderado por pares □ Grupo comunitário de TAR liderado pelo paciente
Grupo ID	Número de ID designado por unidade a clube ou grupo (para pacientes designados para um clube de adesão baseado em instalações ou grupo de TAR da comunidade)
Apenas para visitas não clínicas:	
Data de retirada da TARV	A data em que a TARV foi recebida pelo paciente ou, para os grupos, a data da TARV foi fornecida a um membro do grupo
TARV fornecidas	Documentar o fornecimento de TARV (por exemplo, 1 mês)
Comentários	Pode-se notar os sintomas ou diagnóstico de TB, gravidez, problemas de adesão ou problemas de saúde que exigem acompanhamento clínico do HIV.

Observe que essas recomendações visam um sistema em que os elementos de atendimento MDS são iinstrumentosntegrados o máximo possível aos programas de VIH existentes e construídos em instrumentos - como o processo clínico de TARV e bases de dados no nível de paciente - para simplificar os sistemas de recolha de dados e relatórios (ver dados ilustrativos na Figura 3). Esta integração pode não ser alcançável a curto prazo em alguns contextos; no entanto, à medida que os modelos diferenciados de serviço se tornam padrão e os indicadores exigidos pelo MS e os financiadores começam a exigir dados específicos para o MDS, minimizar o uso de instrumentos paralelos será crítico.

Por último, observe que essas considerações de M&E se concentram no apoio ao MDS para pacientes estáveis. As diretrizes de M&E para MDS para outras subpopulações (ex., adolescentes, mulheres e lactantes e outros pacientes não estáveis) podem ser diferentes e necessitar o desenvolvimento de novos instrumentos quando estratégias específicas para estas subpopulações estejam melhor estabelecidas.

A. Instrumentos para Documentar MDS

Em geral, as informações específicas de MDS não são capturadas pelos processos clínicos de TARV disponíveis atualmente ou por outros instrumentos nacionais de M&A. Por exemplo, as instrumentos de SIS atuais geralmente não registam informações longitudinais sobre a elegibilidade do paciente para MDS, o modelo de atendimento que o paciente está a receber ou o tipo de serviços prestados (por exemplo, participação no clube de adolescentes nas unidades de saúde, levantamento de TARV na comunidade ou fluxo rápido de TARV). Essas informações adicionais são necessárias para informar o manejo clínico dos pacientes e fornecer dados para M&A e melhoria da qualidade. Além disso, prevê-se que os pacientes possam alternar entre vários modelos diferenciados de serviços com base em seu estadio clínico ou necessidades psicossociais. Portanto, para a implementação efetiva do MDS, os processos clínicos e instrumentos de TARV do MdS, assim como resumos mensais e bases de dados de pacientes (descritos abaixo), precisarão ser revistos e adaptados, resultando num novo conjunto de instrumentos que abrangem os serviços fornecidos. Em alguns casos, novos instrumentos de M&A precisarão ser desenvolvidos.

i. Adaptar os processos clínicos dos pacientes TARV

A maioria dos processos clínicos nacionais de TARV atualmente não documenta informações importantes de MDS, como a classificação de pacientes estáveis / instáveis e elegíveis / não elegíveis para MDS ao longo do tempo, ou o tipo de serviços de MDS fornecidos ao paciente. Independentemente de esses indicadores serem ou não agregados e usados nos programas do MsS, eles são importantes para o atendimento individual ao paciente. A definição de elegibilidade, o modelo de serviço diferenciado e os serviços oferecidos devem ser adicionados aos registo de TARV nacional para apoiar o monitoria de rotina da implementação do MDS (ver Tabela 5).

1. Elegibilidade do MDS

Atualmente, a maioria das diretrizes determina a elegibilidade para o MDS específico usando critérios demográficos, clínicos, laboratoriais e psicossociais específicos. Portanto, essas variáveis precisam ser avaliadas e documentadas em intervalos regulares e as classificações de elegibilidade registadas em cada ponto de tempo. Os registos nas Unidades de Saúde, incluindo o TARV do paciente, provavelmente exigirão adaptação para documentar a situação de elegibilidade dos pacientes em intervalos regulares (por exemplo, a cada seis ou 12 meses). Os critérios de exclusão do MDS também precisarão ser avaliados regularmente e documentados ao longo do tempo para determinar a cobertura por tal modelo numa Unidade de Saúde ou programa específico, e para permitir a transição de pacientes de um modelo de atendimento para outro.

2. Documentar o MDS e os Serviços Recebidos

Além de documentar a elegibilidade para o MDS, os processos clínicoss de TARV também precisarão registar em cada visita se o paciente está ou não designado para receber MDS; se ele está ou não a receber MDS; que tipo(s) de MDS estão a ser fornecidos; e onde (por exemplo,

comunidade, farmácia, laboratório). Como muitos MDS envolvem prestação de serviços diferentes de consultas clínicas, fora do Unidade de Saúde, o registo de TARV deve ser atualizado para registar as datas de levantamento de TARV do paciente, quantidade de ARVs entregue e outros serviços (como aconselhamento, testes, etc.) que não coincidam com as visitas clínicas sobre o HIV. Áreas adicionais, tais como rastreio de TB, estado de gravidez, serviços de planeamento familiar, resultados de avaliação à adesão de TARV e avaliação de outras co-morbidades podem ser adicionados dependendo da informação recolhida em cuidados de MDS oferecidos fora da US. A definição das variáveis para inclusão no processo clínico de TARV será guiada pelos dados recolhidos nas novas instrumentos de M&A introduzidas para uso em TARV menos intensivo (descrito abaixo).

Em resumo, os dados recolhidos ou registrados no processo clinico de pacientes nos MDS devem incluir todos os elementos padrão de atendimento para consultas clínicas do paciente, incluindo dados clínicos relacionados à adesão, laboratório e farmácia, bem como novas informações, incluindo as classificações discutidas acima; informações sobre o modelo de MDS que o paciente foi designado para receber; um número de identificação atribuído ao GAAC ou ao site (conforme aplicável); e informações longitudinais sobre os serviços prestados, tais como datas de levantamento de TARV e informações de avaliações de rotina, como triagem de TB e monitoria da adesão. É importante reconhecer que o MDS está a evoluir e, portanto, é importante que haja flexibilidade para poder adicionar novos elementos aos modelos médicos adotados à medida que são incorporados aos programas.

ii. Adaptar Instrumentos e Sistemas de Farmácia

Independentemente dos registos de TARVs mostrarem a a classificação do paciente, modelo e os servicos recebidos, as instrumentos e os sistemas de farmácias nas Unidades de Saúde, que dão suporte ao MDS, podem exigir uma adaptação para garantir que os serviços sejam prestados com mais eficiência. Por exemplo, as farmácias podem implementar sistemas para facilitar o planeamento da levantamento de TARV (ex.: para permitir o pré-empacotamento de medicamentos), conforme indicado no diário de refil de TARV desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Quénia (ver Figura 4).

Figura 4. Instantâneo do Diário da Nomeação de Reabastecimento de TARV do Quénia

HIV CARE & TREATMENT REFILL APPOINTMENT DIARY
SCHEDULED VISITS

S/N	Unique ID	Name [First, Middle, Last]	ART Refill Model [Use codes]
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ART REFILL ATTENDANCE SUMMARY

Fast Track	Community ART Distribution – HCW Led	Community ART Distribution – Peer Led	Facility ART Distribution Group	Total

ART REFILL MODEL CODES

FT = Fast Track
CADH = Community ART Distribution – HCW Led
CADP = Community ART Distribution – Peer Led
FADG = Facility ART Distribution Group

iii. Novos instrumentos para documentar serviços MDS

Processsos clínicos de pacientes em TARV e outros instrumentos de M&A, como agenda de consultas nas Unidades de Saúde, não estarão disponíveis no ponto de serviço do MDS na comunidade. Portanto, os instrumentos para documentar a participação e registar as informações dos pacientes à medida que os serviços são prestados ao longo do tempo precisarão ser desenvolvidos e implementados. Tais instrumentos devem ser adaptados para refletir as necessidades

de documentação para o MDS individual (por exemplo, clubes de adesão nas unidades desaúde, pontos de distribuição de TARV na comunidade) que estão activos ou planeados.

Exemplo: Grupos TARV da Comunidade

Neste MDS, pacientes estáveis e assintomáticos frequentam uma clínica de HIV uma ou duas vezes por ano para avaliações clínicas e laboratoriais de rotina, enquanto a distribuição de medicamentos, avaliação da adesão, rastreio de sintomas e, em alguns casos, apoio psicossocial são fornecidos na comunidade. Do ponto de vista da M&A, os desafios associados incluem: garantir que a Unidade de Saúde tenha um registo completo que inclua serviços fora da Unidade de Saúde, promovendo uma comunicação clara e bidirecional entre os sistemas das US e da comunidade, garantindo a identificação adequada dos pacientes que não estão a ser tratados e evitando dupla contagem de pacientes. Para GAACs, pelo menos dois novos instrumentos serão necessários: uma lista de pacientes incluídos em cada grupo ligado a uma Unidade de Saúde específica, e um registo ou formulário documentando a distribuição de TARV e outros serviços prestados (o último a ser completado em cada evento de distribuição de TARV para cada grupo).

A **lista de pacientes** num GAAC específico pode ser projetada para documentar características do grupo - como seu número de identificação, local da reunião e pessoa de contato - e registar as identidades (nome, número TARV) e informações de contato dos pacientes que fizeram parte e saíram do grupo. Além disso, a lista pode ser usada para rastrear a entrada do paciente e saída do grupo. Um exemplo de lista GAAC, usado pelos Médicos Sem Fronteiras, é mostrado na Figura 5.

A lista de pacientes provavelmente será mantida na Unidade de Saúde, como parte de um arquivo ou

Figura 5. Lista de pacientes incluídos nos CAGs (Fonte: Médicos sem Fronteiras) [10]

Facility name: Focal person name: Meeting area:

CAG number: Focal person contact number:

CAG member number	ART number	First name	Surname	Sex	DOB	Mobile number	Date ART initiation	Date joined CAG	Date permanently left CAG
1					../ .. /....		../ .. /....	../ .. /....	../ .. /....
2					../ .. /....		../ .. /....	../ .. /....	../ .. /....
3					../ .. /....		../ .. /....	../ .. /....	../ .. /....

*Reason for leaving CAG: 1.TFO 2.Moved to other CAG 3.Permanently returned to Clinic Care 4.LTFU 5.Died 6.Other

fichário contendo listas para todos os clubes e grupos de pacientes associados a este Centro. Estas informações também podem ser recolhidas e geridas usando um sistema eletrónico.

Um documento separado, **como um registo ou formulário usado especificamente para recolher informações sobre levantamento de TARV e outros serviços de pacientes ao longo do tempo**, provavelmente também será necessário. A intenção deste documento é capturar informações sobre os serviços recebidos fora da Unidade de Saúde e comunicar essas informações de volta à Unidade para transcrição destes dados nos instrumentos ali utilizados, como o registo TARV do paciente. Como esse documento, em certos contextos, será retirado da Unidade de Saúde e preenchido na comunidade, a implementação deste documento como um registo longitudinal em papel pode ser incómoda e apresentar riscos à confidencialidade e à segurança das informações do paciente. Portanto, é aconselhável que a recolha de dados em papel sobre serviços prestados em ambientes comunitários seja concebida como instrumentos transversais, que utilizem iniciais ou outros identificadores, e que evitem a divulgação inadvertida da situação de HIV positivo. Essa

ferramenta também pode ser implementada por meio de tecnologia eletrónica móvel ou tablet e incorporar algumas informações longitudinais recolhidas anteriormente sobre o paciente, conforme discutido abaixo.

A informação sobre os serviços prestados no contexto dos GAACs pode ser recolhida em ambos os pontos de distribuição de TARV (isto é, pela farmácia) e na distribuição final ao paciente na comunidade. Os elementos de dados capturados neste formulário ou registo podem incluir: identidade do paciente, datas de distribuição da TARV ao paciente, quantidade de TARV fornecida e outros aspectos do tratamento, como avaliações à adesão, triagem de TB, planeamento familiar e gravidez e/ou avaliação de sintomas ou questões psicossociais que possam requerer encaminhamento para a Unidade de Saúde. Um exemplo disso é a minuta do "Formulário de Distribuição de TARV na Comunidade" desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Quénia (ver Figura 6), que reflete muitos desses aspectos. Este formulário traz informações importantes da distribuição de TARV na comunidade e foi projetado para ser devolvido à instituição para complementar as informações recolhidas no processo clínico do paciente.

Deve-se notar que o processo clinico de TARV atualizado e os novos registos em papel e/ou eletrónicos devem, idealmente, ser projetados para permitir uma comunicação nos dois sentidos que possibilite serviços eficazes e adequados, tanto na unidade de saúde como na comunidade.

Figura 6. Formulário de Distribuição Comunitária de TARV (Fonte: MS do QuéniaQuénia) 9

A. ART Distribution Form for Stable Patients — Complete at time of dispensing

Patient Name: _____ Client Unique No: _____
Date of ARV Distribution: DD_____MM_____YYYY_____
ART Refill Model: _____
Patient Phone No: Treatment Supporter Phone No:
ARVs regimen being distributed: Quantity (mths):
Other drugs/supplies being distributed and quantity
☐ CPT / Dapsone, quantity (mths): ☐ Oral Contraception, quantity (mths): ☐ Condoms (yes/no):
☐ Other: , quantity (days): ☐ Other: , quantity (days):
Name of pharmacist: Signature:
Name of ART distributor: Signature:

B. Patient review checklist *(if yes to any of the questions below, confirm they have enough ART until they can reach the clinic and refer back to clinic for further evaluation; book appointment and notify clinic)* — Complete at time of distribution

Any missed doses of ARVs since last clinic visit: ☐Yes ☐No
If yes, how many missed doses: _____
Any current/worsening symptoms:

Fatigue: ☐Yes ☐No Cough: ☐Yes ☐No	Fever: ☐Yes ☐No Rash: ☐Yes ☐No	Nausea/vomiting: ☐Yes ☐No Genital sore/discharge: ☐Yes ☐No	Diarrhoea: ☐Yes ☐No Other:

Any new medications prescribed from outside of the HIV clinic: ☐Yes ☐No
If yes, specify:
Family planning method used: ☐Yes ☐No
Pregnancy status: ☐Pregnant ☐Not Pregnant ☐Not Sure
Referred to clinic: ☐Yes ☐No
If yes, appointment date: DD___ MM___ YYYY _____
Signature of patient upon receipt of the ART:

Observe que, para indivíduos num GAAC liderado por pacientes, o uso de registos em papel, como registos de grupo, gera preocupação em relação à confidencialidade e segurança das informações do paciente, especialmente se esses registos não forem devolvidos imediatamente à Unidade de Saúde. Para esses grupos, se possível, é recomendável o uso de tecnologia móvel segura para recolha de dados e envio para a US. Isso exigiria que pelo menos um membro de cada grupo TARV tenha a tecnologia adequada disponível (por exemplo, um telefone padrão para mensagens de texto SMS ou um smartphone criptografado para abordagens de recolha de dados mais avançada). Se instrumentos em papel devem ser usados, eles devem ser projetados para evitar o uso de nomes completos de pacientes ou qualquer outra informação que, se perdida, possa revelar a situação de HIV positivo do paciente.

No caso de outros modelos de cuidados com MDS desenvolvidos para diferentes populações de pacientes; por exemplo, aqueles com doença avançada ou instável em TARV, a elegibilidade para tal modelo exigirá uma documentação. Além disso, as informações sobre a entrega de intervenções específicas fornecidas ao longo do tempo dentro da Unidade de Saúde e, conforme aplicável, nas comunidades ou residências também exigirão documentação. Os módulos de M&A precisarão ser desenvolvidos para documentar esses serviços.

Em resumo, os requisitos de documentação para os vários MDS serão diferentes. Por exemplo, embora uma lista separada e um sistema de documentação de serviços transversais possam ser apropriados para GAACs, estes podem não ser necessários para pacientes que recebam serviços de fluxo rapido de TARV na US. Detalhes sobre os tipos de instrumentos, os elementos de dados específicos a serem registados e quem os regista (e onde e quando) devem ser determinados com base nos procedimentos, funções e responsabilidades dos profissionais de saúde/pares/pacientes sob o respectivo MDS.

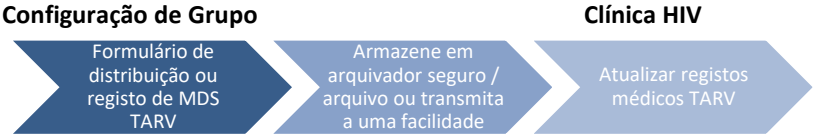
B. Fluxo de dados entre novos registos e o processo clinico do paciente em TARV

Conforme descrito acima, as informações de prestação de serviços sob MDS - em particular para pacientes que recebem serviços com menos frequência, ou serviços fora da unidade de HIV - provavelmente serão recolhidas usando várias instrumentos que são preenchidas em pontos de serviço na Unidade de Saúde e na comunidade. Ao mesmo tempo, os serviços para pacientes instáveis/ avançados podem exigir informações mais detalhadas no nível do paciente e informações potencialmente baseadas na comunidade. Para facilitar a gestão clínica eficaz do paciente, será fundamental garantir que as informações recolhidas sejam rotineiramente transportadas ou transmitidas para a unidade de saúde de maneira oportuna, segura e padronizada, e que os processos clínicos ou base de dados eletrônica dos pacientes sejam prontamente atualizados com esta informação, conforme apropriado.

Os dados do paciente do MDS podem ser relatados às instalações usando uma variedade de métodos, dependendo da tecnologia disponível em cada local de tratamento. Os métodos sugeridos incluem:

i. Registos em Papel

Figura 7. Fluxo de Dados Baseados em Papel das Configurações de Serviços MDS para a Clínica de HIV



Todos os registos em papel, tais como formulários ou registos de TARV, devem ser devolvidos à Unidade de Saúde por profissionais de saúde da comunidade, colegas ou pacientes designados por grupos de pacientes da comunidade (conforme aplicável) no mesmo dia em que a TARV é distribuída aos pacientes. A recolha de informações de identificação pessoal (como nomes completos) e outras informações que possam revelar a situação de HIV do paciente se a confidencialidade for violada devem ser minimizadas o máximo possível em formulários em papel. As instrumentos que contêm informações confidenciais e identificáveis do paciente devem ser armazenadas numlocal seguro n a Unidade de Saúde. Um arquivo ou fichário

especificado para compilar e gerenciar esses formulários deve ser estabelecido, e as funções e responsabilidades para manter o arquivo atualizado e seguro devem ser descritas para a equipa da Unidade de Saúde.

Depois que os formulários ou registos de distribuição TARV específicos para MDS forem compilados na Unidade de Saúde, o próximo passo será o processo rotineiro de recuperar registos médicos TARV para pacientes que recebem MDS e o resumo manual de informações dessas instrumentos para atualizar os registos TARV do paciente. (Figura 7). Observe que este processo pode às vezes requerer experiência clínica; por exemplo, para interpretar e resumir adequadamente as informações sobre os sintomas relatados pelos pacientes e para iniciar as ações de acompanhamento necessárias aos pacientes.

ii. Tecnologia Móvel Eletrónica

Como parte de uma estratégia para recolha eletrónica e gestão de dados de pacientes em MDS (ver Caixa 4), os elementos de dados que poderiam ser recolhidos num formulário em papel ou registo podem ser recolhidos usando tecnologia móvel, como telefones celulares básicos seguros, smartphones ou tablets encriptados. Seguindo um formato definido, os telefones celulares básicos podem ser usados por profissionais de saúde comunitários, colegas ou pacientes em GAACs ou MDS para enviar mensagens de texto SMS contendo IDs de membros do grupo, datas de levantamento de TARV e outras informações clínicas de interesse dos provedores das Unidades de Saúde. Esta informação seria então transcrita em instrumentos nas unidades de saúde (por exemplo, formulários ou registos de pacientes específicos para MDS, como os descritos acima) e posteriormente usados para atualizar o registo médico de TARV do paciente, ou os dados poderiam ser transcritos diretamente para o registo/registo médico ou banco de dados de TARV do paciente.

Caixa 4. Sistemas de Dados Eletrónicos para PDS

Para capturar e resumir as informações necessárias para monitorizar os cuidados com MDS, a introdução e/ou adaptação de sistemas eletrónicos (por exemplo, um banco de dados dos pacientes localizados nos Unidades de Saúde ligado a sistemas para recolha e uso de dados de pacientes móveis) se tornará uma prioridade ainda maior no contexto do MDS. Alguns benefícios dos sistemas de dados eletrónicos para MDS incluem:

1) Um banco de dados de registos médicos de atendimento a pacientes com HIV / TARV, atualizado para capturar os elementos de dados de MDS descritos aqui, forneceria a flexibilidade para gerar resumos agregados de dados para cada modalidade de TARV menos intensiva.

2) O uso da tecnologia eletrónica de recolha de dados móveis, como smartphones ou tablets, para recolher dados de pacientes fora da clínica de HIV (isto é, para cuidados TARV menos intensivos) pode agilizar o processo de envio de dados para a Unidade de Saúde relevante para a atualização dos registos médicos de atendimento ao paciente /TARV. Tal tecnologia também pode ser usada para fornecer rotineiramente informações básicas de resumo do paciente para os profissionais de saúde para uso na provisão de TARV menos intensiva (por exemplo, último resultado de CV do paciente, próxima consulta clínica, etc.).

Além disso, os sistemas móveis podem incorporar medições biométricas para documentar identidades únicas do paciente e vincular de forma confiável os dados do paciente aos registos eletrónicos da Unidade de Saúde.

Uma abordagem mais segura e amigável seria implementar a recolha de dados por meio de smartphones ou tablets seguros e encriptados, se possível. Neste cenário, os profissionais de saúde, colegas ou pacientes usariam smartphones ou tablets criptografados para aceder um aplicativo personalizado projetado para recolher o formulário em papel ou registar elementos de dados - de maneira ideal e simplificada. Quando a entrada de dados é concluída, o registo pode ser enviado

para um servidor de banco de dados seguro e ser automaticamente excluído do dispositivo móvel para reduzir o risco de acesso não autorizado aos dados do paciente. Os dados do servidor podem ser baixados por/para instalações para atualização manual de registos baseados em instalações e/ou fusão com dados de bases de dados eletrónicas da Unidade de Saúde.

iii. Uso de instrumentos existentes nas Unidades de Saúde

Nos casos em que os serviços são prestados dentro da Unidade de Saúde - como o fluxo rápido de TARV, as instrumentos existentes precisarão de ser adaptados para recolher algumas das informações necessárias nos pontos em que os serviços são fornecidos aos pacientes. Por exemplo, no caso de fluxo rápido de TARV, os países podem considerar a adaptação do registo de farmácia para um formato eletrônico, de modo a incorporar campos desejados, como os descritos para a distribuição comunitária do formulário de TARV (ver Figura 6), além de facilitar o trabalho dos profissionais.

C. Indicadores de Desempenho para Monitorar MDS

Os indicadores de HIV/TARV mais atuais da M&A não incluem informações sobre a adesão ou resultados dos pacientes em MDS. Por exemplo, os indicadores de resultado do PEPFAR TARV, tais como retenção e supressão viral, são definidos para medir os resultados apenas durante os primeiros 12 meses de TARV. No entanto, a elegibilidade para MDS para pacientes estáveis requer que eles tenham supressão viral por 6-12 meses após o início de TARV. Assim, para monitorar e avaliar a provisão de MDS, será necessária identificação e implementação de indicadores que avaliam a cobertura e os resultados de coortes de pacientes inscritos em MDSs . Alguns **indicadores recomendados** estão listados na Tabela 6. Esses indicadores podem ser desagregados em subcategorias significativas, como faixa etária, gênero e modelo de prestação de serviços.

Os indicadores devem ser elaborados com as partes interessadas do país, incluindo o Ministério da Saúde (MdS) e outros; refletir os elementos do MDS usados nacionalmente; e responder às prioridades nacionais. Orientações detalhadas sobre o cálculo de indicadores, incluindo numeradores e denominadores, devem ser desenvolvidas para uso durante a formação e a implementação.

D. Instrumentos e Sistemas para Gerar Relatórios Agregados para MDS

Os indicadores específicos de MDS semelhantes aos sugeridos na Tabela 6 podem ser implementados como elementos a serem incluídos nos relatórios de rotina submetidos pelas unidades de saúde ou por outras entidades. Tais indicadores podem ser estabelecidos para monitoria interna por gestores de programas e parceiros implementadores, e para ajudar a avaliar e garantir a qualidade do atendimento à medida que o MDS é implementado. Tenha em mente que os instrumentos de papel existentes, como registos nacionais de TARV, não são projetados para recolher elementos de dados específicos de MDS, nem para rastrear listagens de pacientes desde o início dos modelos MDS de TARV (6 a 12 meses após o início da TARV). Os registos existentes são, portanto, incapazes de gerar dados agregados de relatórios para indicadores MDS.

Tabela 6. Indicadores Recomendados Ilustrativos para M&A de MDS

1. Número de pacientes em TARV recentemente classificados como elegíveis para MDS (ou seja, aos 6-12 meses após o início)
2. Número / percentagem de pacientes em TARV recém-elegíveis iniciando o MDS
3. Número de pacientes em TARV que recebem atendimento sob MDS
4. Número / percentagem de pacientes inscritos com uma avaliação clínica na US 6, 12 meses após o início do PDS
5. Número / percentagem de pacientes em MDS que receberam um teste de CV 12 meses após o início do MDS
6. Número / percentagem de pacientes recebendo MDS que tem supressão viral 12 meses após o início de MDS
7. Número / percentagem de pacientes recebendo MDSM com os seguintes resultados: 3
    a) Em tratamento, mantém classificação MDS
    b) Em tratamento, mudado para TARV totalmente localizado na clínica
    c) Abandono ou interrompeu TARV
    d) Morto[1]

[1]Os indicadores 2 a 6 devem ser desagregados pelo tipo MDS.

Para facilitar o relatório no nível local dos dados de M&A do MDS, novos sistemas para agregação de dados relevantes serão necessários. Algumas opções podem ser: novas consultas de bases de dados eletrónicas atualizadas com elementos de dados específicos de MDS, como classificação de elegibilidade de MDS longitudinal e modelos de TARV recebidos, ou novos registos de TARV em papel preenchidos com informações de processos clínicos TARV.

i. Unidades de Saúde com bases de dados eletrónicas - Recolha de dados do MDS

Recomenda-se aos países com bases de dados do MdS que contenham dados individuais de pacientes em TARV, que atualizem esses sistemas de modo a incluir quaisquer alterações feitas nos processos clínicos e registos em papel, conforme discutido acima. Com essas mudanças, os dados eletrónicos devem ser suficientes para monitorar a cobertura, a retenção e os resultados sob MDS nessas unidades de saúde. Novas consultas dos dados podem ser desenvolvidas para calcular automaticamente valores para relatórios nacionais ou indicadores personalizados para monitoria de qualidade. Dado o aumento da complexidade de monitoria e relatórios com novos modelos no MDS, essa opção é altamente recomendada.

ii. Instalações que dependem de instrumentos em papel para relatórios

As US que usam exclusivamente registos em papel precisarão contar com registos TARV revisados - ou novos registos usados especificamente para pacientes que recebem novos MDS – de modo a monitorar a cobertura e os resultados dos pacientes inscritos nos MDS. Os registos podem ser desenvolvidos ou revisados para incluir os seguintes elementos de dados para cada paciente. Como muitos desses itens serão alterados com o tempo, essas informações devem ser organizadas por horário (por exemplo, mensalmente), desde o primeiro início dos serviços de MDS:

• Data da classificação do paciente para MDS
• Classificação de elegibilidade do MDS do paciente: estável/instável e elegível/inelegível para serviços de TARV menos intensivos
• Data de início do MDSM
• Tipo MDS (por exemplo, fast-track, GAAC, clube/grupos de TARV)
• Grupo de entrega de TARV/ID do clube
• Datas de recebimento TARV e quantidade dispensada
• Datas da visita clínica
• Resultados de CV
• Informações adicionais, como adesão e desenvolvimento de sintomas
• Se o paciente ainda está a receber serviços de MDS ou não
• Motivos para mudar o MDS, como gravidez, desenvolvimento de IO, aumento de CV, preocupação com os profissionais de saúde, reação adversa a medicamentos ou preferência do paciente

A adição dessas colunas ou a criação de um registo separado para pacientes que recebem MDS permitiria a computação para fins de M&A. Os elementos do registo devem, no mínimo, ser projetados para permitir o cálculo de todos os indicadores necessários. Relatórios de listagens trimestrais adaptados de TARV para esses pacientes com MDS também podem ser desenvolvidos e implementados para o cálculo dos resultados de retenção, usando as informações deste registo de pacientes com MDS.

E. Outras questões de M&A no âmbito do MDS

Avaliação de Qualidade de Dados (AQD)

A introdução de novas instrumentos de M&A, funções e responsabilidades (incluindo recolha de dados de pares e pacientes), fluxo de dados (incluindo recolha de dados na comunidade) e requisitos de relatórios no MDS introduzirão novos cenários onde erros, dados ausentes e baixa pontualidade de dados submissão pode ocorrer. As estratégias tradicionais de AQD - incluindo a identificação de elementos de dados para avaliar, registos de amostragem, comparação de valores para papel analógico e/ou elementos de dados eletrónicos e recontagem de registos agregados - podem ser adaptadas aos novos instrumentos e sistemas implementados no MDS. Essencial para a conduta adequada destas AQD adaptadas será garantir o acesso ao conjunto completo de fontes de informação usado para recolher dados para pacientes estáveis que recebem MDS (ou seja, listas, registos e formulários).

Programas e parceiros implementadores devem garantir que as unidades de saúde tenham sistemas organizacionais que funcionem bem para armazenar e gerenciar essa documentação. Esses sistemas devem permitir que os indivíduos que conduzem a AQD encontrem facilmente a documentação necessária para qualquer paciente cujos dados sejam selecionados para inclusão numa AQD. Quando a documentação em papel não estiver disponível (por exemplo, com recolha eletrónica de dados móveis), estratégias para avaliar a qualidade dos dados (como verificações de alcance e lógica, e confirmação de período com pacientes e profissionais de saúde) podem ser adotadas.

Identificar Pacientes Faltosos ou abandonos

Os pacientes que recebem MDS terão uma consulta clínica a cada seis meses. Atualmente, o rastreamento de pacientes que não comparecem às consultas é frequentemente iniciado dentro das unidades de saúde para pacientes que perderam as consultas (e não receberam TARV), ou que não tiveram uma consulta clínica dentro de um certo período de tempo (por exemplo, três meses). Para permitir a detecção de visitas perdidas no novo MDS para pacientes estáveis, as datas de levantamento da TARV relatadas devem ser incorporadas nos instrumentos e registos existentes. Deverão ser adoptados critérios para o não-comparecimento às consultas de modo a incorporar essas informações de recolha de TARV e considerar os tempos entre as visitas de reabastecimento de TARV. Com os procedimentos apropriados para identificar estes pacientes sob MDS, podem ser conduzidos procedimentos padrão para rastrear e subsequente classificar de pacientes comos faltosos ou abandonos.

Ligação e Encaminhamento

Ao abrigo dos novos modelos de tratamento/distribuição de TARV, os pacientes podem ser identificados fora do ambiente clínico - em alguns casos por educadores de pares ou por outros pacientes em TARV – se necessitarem de acompanhamento clínico.

Os componentes principais do sistema de M&A, descritos nas seções acima, devem ser projetados para: 1) documentar as condições e necessidades do paciente de maneira tão clara e sistemática quanto possível; 2) transmitir essas informações para a Unidade de Saúde responsável de maneira rápida e confiável; 3) documente que as informações foram recebidas e as ações tomadas registadas. À medida que os formulários/registos são desenvolvidos e as funções e responsabilidades são delineadas no MDS, esses tipos de cenários devem ser mantidos em mente. Para encaminhamentos para outras instituições de saúde a partir de locais fora da clínica de HIV, os instrumentos nacionais de referência do Ministério da Saúde devem ser usados e as orientações devem ser observadas.

Confidencialidade e Segurança de Dados

A importância crítica da confidencialidade e segurança dos dados não pode ser exagerada. Em particular, a recolha e o uso de dados em ambientes comunitários (em alguns casos por colegas e pacientes) podem apresentar novos desafios. O uso de tecnologia móvel criptografada, como smartphones ou tablets, em configurações da comunidade é uma solução potencial. No entanto, é provável que muitas configurações dependam de métodos menos seguros, como instrumentos de papel ou uso de telefone celular/SMS. É importante que todos os planos para recolha de dados, transporte, armazenamento ou uso sob MDS priorizem a segurança das informações do paciente.

Avaliação do impacto do modelo MDS nos resultados dos pacientes

Para avaliar o impacto do MDS, um resultado como a retenção do paciente na Unidade de Saúde pode ser comparado antes e depois da implementação do MDS. O período de retenção seria definido para um período de tempo relevante (por exemplo, 18 ou 24 meses após o início da TARV). Alternativamente, se as unidades de saúde comparáveis dentro de um cenário específico estão fornecendo e não fornecendo o novo MDS, a retenção poderia ser comparada antes e depois para essas unidades (uma comparação "diferença dentro da diferença"). Devido à falta de comparabilidade entre pacientes dentro de um determinado serviço que recebe MDS e aqueles que não recebem MDS, uma comparação entre esses grupos dentro de uma Unidade de Saúde não forneceria resultados significativos.

De maneira mais geral, à medida que o MDS é planeado e implementado, a realização periódica de avaliações estruturadas das características dos locais para implementação do MDS é altamente recomendada. Os resultados dessas avaliações podem ser usados para rastrear o progresso na implementação dos principais elementos do MDS (por exemplo, estabelecimento de MDS específico, funções e responsabilidades na distribuição de TARV, uso de instrumentos de M&A) dentro das instalações de saúde ao longo do tempo e podem, se possível, ser vinculado aos dados clínicos do paciente para identificar tendências nos resultados dos mesmos à medida que aumenta o MDS.

Além disso, como o objetivo dos modelos de MDS é aumentar a cobertura, a eficiência e a qualidade do atendimento, outras abordagens de M&A podem ser necessárias. Por exemplo: pesquisas sobre

satisfação do paciente e satisfação do provedor, avaliação da carga e produtividade do paciente do provedor e custo-efetividade do MPDS.

F. Resumo das Considerações sobre M&A

Com uma implementação cada vez mais ampla do MDS, os países, financiadores e parceiros implementadores de programas procurarão monitorizar efetivamente a captação e os resultados do MDS entre os pacientes elegíveis. Uma variedade de modelos de refil de TARV, incluindo grupos TARV, fluxo rápido de levantamento e modelos de distribuição comunitária de TARV, estão em uso em alguns contextos.

Neste guia, propomos uma abordagem simplificada de M&A que integra os elementos de tratamento MDS no registo médico padrão do paciente (em papel e/ou eletrónico) nos tipos MDS, como ilustrado na Figura 3. Uma série de indicadores específicos de MDS é proposta na Tabela 6.

À medida que os programas, financiadores e implementadores dos países ganharem experiência na implementação do MDS, surgirão estratégias para refinar os componentes dos sistemas de M&A. Encorajamos a adoção do MDS e a adoção de elementos críticos de M&A para complementar os sistemas atuais. Por fim, para alcançar a meta de cobertura, qualidade e eficiência, avaliações apropriadas precisam ser conduzidas e indicadores devem ser adotados para medir o efeito do MDS nos resultados dos pacientes e no desempenho do sistema de saúde.

V. Principais Considerações para a Implementação do MDS

A abordagem do MDS (especialmente em relação a quem fornece o tratamento e onde, consulte a Tabela 3) dependerá do tipo de paciente, da subpopulação (mulheres grávidas, crianças, populações-chave, etc.), tipo de Unidade de Saúde e contexto local. No nível nacional, políticas e diretrizes são necessárias para definir claramente o "quem, o quê, onde e como" do MDS a ser utilizado. Instalações com baixa carga de pacientes podem querer considerar a manutenção de seu modelo atual de tratamentos, se a retenção e a adesão do paciente forem ótimas. No entanto, fazer alterações em pacientes estáveis diminuirá o tempo de espera e poderá melhorar a satisfação do paciente. Uma lista de verificação de avaliação de unidades de saúde para distribuição comunitária de TARV pode ser encontrada no Anexo 10. Além disso, o ICAP criou um painel para ajudar os países a monitorarem o progresso em direção à implementação em escala total do MDS (ver Tabela 8).

Tabela 7. Principais Considerações para Implementação do MDS

	Nível Nacional/Sanitário	Nível Comunitário
Política /Compromisso Político	• Grupo de trabalho técnico funcional que inclui membros do programa de HIV, programa de PTV, parceiros de implementação, profissionais de saúde e PVHS. • Diretrizes nacionais atualizadas para incluir tratamento para todos • Fóruns clínicos como grupos de trabalho técnicos ou EMD no nível da Unidade de Saúde, incluindo farmacêuticos/dispensadores • Políticas e diretrizes/protocolos aprovados para cuidados baseados na comunidade, incluindo distribuição de TARV na comunidade, orientações sobre cuidados diferenciados, currículos de formação, auxiliares de trabalho, etc.	• Grupo de saúde comunitária funcional que se reúne regularmente e inclui os principais líderes comunitários, ativistas comunitários e defensores da saúde (educadores de pares, pessoal de saúde, etc.) • Conscientização da comunidade sobre diretrizes de tratamento atualizadas • Campanhas de saúde pública em HIV • Estabelecimento de reuniões de coordenação entre os líderes e representantes da comunidade e a equipa de gestão da Unidade de Saúde – US. • Credenciamento de pontos de distribuição de farmácias locais
Recursos humanos	• Aprovação da delegação de tarefas, incluindo início e manutenção em TARV por enfermeiros e conselheiros leigos para apoiar a adesão e o monitoria do paciente • Competências essenciais de cada quadro de saúde definido	• Aprovação e aceitabilidade dadelegação de tarefa e dos leigos pela comunidade • Reconhecimento de educadores/conselheiros leigos como um grupo importante de saúde • Estratégia para reter agentes comunitários de saúde • Estratégia para Formação contínuo e apoio de agentes comunitários de saúde
Infraestrutura	• Espaço de armazenamento de instalações para produtos adicionais (por exemplo, distribuição de TARV) em nível regional • Atualização de farmácia e dispensários para fornecer espaço privado para interações do paciente	• Espaço de armazenamento comunitário para suprimentos TARV/site de distribuição seguro • Espaços comunitários para sediar reuniões de grupos comunitários
Commodities	• Fornecimento adequado de medicamentos • Gestão confiável da cadeia de suprimentos (incluindo distribuição de estoque, gestão e compras) • Simplificação e harmonização dos regimes de tratamento	• Apoio ao autocuidado, incluindo panfletos de educação em saúde enfocada no TARV • Avaliação da cadeia de suprimentos e gestão de estoque • Sistema de monitoria e avaliação para monitorar distribuição e estoque • Sistema de auditoria para monitorar o uso de estoque
Laboratório	• Algoritmo para Monitoria CV * • Sistema de transporte para amostras de CV	• Algoritmo para monitoria de CV * • CV no ponto de atendimento • Sistema de transporte para amostras de CV da comunidade para o laboratório de US
Garantia de Qualidade e Supervisão	• Farmacêutico assegura supervisão e supervisão do pessoal da farmácia • Reuniões trimestrais do comitê de revisão de pacientes para garantir tratamento adequado e apoio aos pacientes que não estão recebendo tratamento ou com doença avançada.	• Relatórios de eventos adversos • Instrumentos de avaliação de adesão • Instrumentos de supervisão para monitorar a distribuição comunitária de TARV
M&A/Sistemas de Informação	• Os instrumentos de M&A permitem a monitoria de elegibilidade do MDS do paciente, o MDSM atribuído e os serviços prestados • Instrumentos documentam capturas de TARV sob o MDS • Fluxo de dados entre novas instrumentos e o registo médico do paciente • Indicadores de desempenho para onitorarr o MDS • Instrumentos e sistemas para gerar relatórios agregados para MDS • Avaliações de qualidade de dados • Sistemas de identificação de pacientes a perder seguimento e buscas • Sistemas de ligação e encaminhamento e formulários • Confidencialidade e segurança de dados • Avaliação	• Instrumentos documentando captadores de TARV sob MDS • Fluxo de dados entre novos pontos de oferta de cuidados clinicos • Sistemas de ligação e encaminhamento e formulários
Siglas: US = Unidade de saúde; EMD = equipa multidisciplinar; CV = carga viral*		**Consulte o Anexo 2**

Tabela 8. Painel de Tratamentos Diferenciados do ICAP

Políticas	Políticas nacionais de tratamento do HIV proíbem ou impedem o MDS	Políticas nacionais não mencionam MDS	As políticas nacionais incluem o MDS, mas não promovem ativamente esses modelos de atenção	Políticas nacionais promovem ativamente o uso do MDS para pacientes estáveis	Políticas nacionais promovem ativamente o uso de MDS para diversos grupos *
Diretrizes	As diretrizes nacionais de tratamento do HIV não incluem o MDS		As diretrizes nacionais para o tratamento do HIV incluem o MDS, mas não fornecem orientações detalhadas e específicas sobre a implementação		As diretrizes nacionais para o tratamento do HIV fornecem orientações detalhadas e específicas sobre a implementação do MDS
Diversidade de serviços MDS	Nenhum serviço MDS foi implementado	O PDS está disponível apenas para pacientes estáveis e apenas um modelo foi implementado**	MDS está disponível apenas para pacientes estáveis, e apenas dois modelos foram implementados	MDS está disponível apenas para pacientes estáveis, e ≤3 modelos foram implementados	O MDS está disponível para diversos grupos de pacientes
Plano nacional de aumento de MDS	Nenhum	Discussões e reuniões do plano de expansão do MDS em andamento	Esboço do plano de aumento de escala do MDS disponível	Plano de ampliação de MDS desenvolvido e aprovado pelo MdS	Plano de expansão MDS sendo implementado ativamente
Coordenação	Nenhum	As atividades de PDS estão sob a alçada dos grupos existentes; atualizações de progresso são apresentadas em reuniões permanentes não focadas no MDS (por exemplo, um GTT de tratamento e tratamento)	As atividades de MDS são coordenadas por um grupo dedicado (por exemplo, um sub-TWG ou equivalente)	A pessoa focal nacional do MDS lidera o planeamento e a coordenação do MDS	Progresso do MDS comunicado nos relatórios anuais do programa e/ou nas reuniões nacionais anuais de revisão
Envolvimento Comunitário	Nenhum	Os representantes das PVHIV e/ou a sociedade civil estão envolvidos na implementação do MDS	PVHIV e/ou representantes da sociedade civil estão envolvidos tanto na implementação do MDS como no design do MDS	As PVHIV e/ou representantes da sociedade civil estão envolvidos na implementação, projeto e avaliação do MDS	As PVHIV e/ou representantes da sociedade civil estão sistematicamente envolvidos no desenvolvimento, concepção, implementação e avaliação de políticas de MDS
Materiais de Formação	Materiais de Formação de MDS não estão disponíveis	Alguns materiais de Formação em MDS foram desenvolvidos por organizações que testam PDS/parceiros de implementação	Os currículos nacionais em serviço de MDS para profissionais de saúde ou para trabalhadores de saúde leigos (mas não ambos) estão disponíveis e em uso	Currículos nacionais de MDS para profissionais de saúde e trabalhadores leigos estão disponíveis e em uso	Os currículos de pré-serviço e em serviço da MDS Nacional estão disponíveis e em uso
POPs e ajudas de trabalho	Nenhum	Organizações implementadoras testaram procedimentos operacionais padrão (POPs) e ajudas de trabalho para projetos MPDS independentes	POPs e ajudas de trabalho nacionais estão disponíveis para apenas um modelo MDS	POPs e ajudas de trabalho nacionais estão disponíveis para dois modelos MDS	POPs nacionais passo a passo e auxiliares de trabalho estão disponíveis para ≥3 MDS

Sistema M&A	Nenhum elemento do sistema de M&A para MDS está em vigor ou em desenvolvimento	O desenvolvimento de novas instrumentos e sistemas de M&A para o MDS está planeado ou em andamento	Algumas instrumentos novas ou adaptadas (por exemplo, registos, cartões de pacientes, relatórios mensais) e/ou diretrizes de M&A foram implementadas	A maioria dos elementos de M&A do MDS está implementada, mas eles não são abrangentes ou totalmente integrados aos sistemas de M&A de rotina.	Todos os elementos de um sistema de M&A para MDS estão implementados e integrados num sistema nacional de M&A para serviços de HIV/TARV.
Cobertura	Nenhum	MDS está disponível a <25% da US fornecendo TARV	Pelo menos um MDS está disponível em 25-49% dos casos de US	Pelo menos um MDS está disponível em 50-75% dos casos das US	Pelo menos um MDS está disponível em> 75% da Unidade de Saúde fornecendo TARV
Qualidade dos Serviços MDS	Nenhum padrão de qualidade foi especificado para o MDS	Padrões de qualidade para MDS específicos foram definidos, mas a qualidade MDS ainda não foi avaliada	Programas maiores de MDS foram avaliados e mostram impacto nos indicadores de processo e/ou de resultado	Os programas de MDS têm protocolos de gestão de qualidade em andamento e atividades contínuas de melhoria de qualidade	Serviços MDS demonstrados, consistentes e de alta qualidade existem em todos os sites

* "Diversos grupos de pacientes" inclui MDS para pacientes estáveis e mais um grupo adicional (pacientes instáveis, pacientes com alto risco de progressão da doença, adolescentes e jovens, mulheres grávidas e lactantes, populações-chave e vulneráveis, migrantes e populações móveis, etc.)

** O MDS para pacientes estáveis inclui, mas não se limita a: espaçamento entre consultas dipensados por vários meses, visitas fluxo rápido de levantamento, clubes baseados em US, grupos comunitários de TARV, levantamento comunitária de TARV ("PODI")

VI. Instrumentos

Para aceder essas instrumentos, copie e cole o URL abaixo em seu navegador da web. Observe que nem todos os hiperlinks funcionarão diretamente a partir do Word.

Anexo 1: Pacote de Cuidados da ICAP para Pessoas que Vivem com o HIV
http://icap.columbia.edu/resources/detail/icap-package-of-care-for-people-living-with-hiv

Anexo 2: Procedimentos Operacionais Padrão de Monitoria da Carga Viral para o Corpo Profissional de Saúde da ICAP e para os Profissionais de Saúde
http://icap.columbia.edu/resources/detail/standard-operating-procedures-on-viral-load-monitoring

Anexo 3: Pacote de Cuidados Severamente Imunossuprimido da ICAP (SIPOC) (Quénia)
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/severely-immunosuppressed-package-of-care-sipoc/

Anexo 4 Atendimento diferenciado para adultos com alto risco de progressão da doença pelo HIV: um apelo à ação
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/call-to-action/

Anexo 5: Checklist de Sintomas do Grupo de TAR da Comunidade ICAP
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/community-TARV-group-symptom-based-checklist/

Anexo 6: Formulário de Distribuição de TAR para Pacientes Estáveis (Quénia) 9
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/TARV-distribution-form-forstable-patients/

Anexo 7: Registo do Grupo de Trabalho Comunitário (MSF) 10
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/cag-register/

Anexo 8: Formulário de Monitoria de Presença do GAAC (Zimbábue)
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/cag-group-monitoring-form/

Anexo 9: Formulário de Relatório Trimestral da GAAC (Malawi)
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/quarterly-cag-supervision-form-for-health-surveillance-assistance/

Anexo 10: Formulário de Avaliação da Distribuição Comunitária de TAR (Quénia)
https://cquin.icap.columbia.edu/resources/kenya-community-TARV-distribution-assessment-form/

Anexo 11: Ferramenta de Plano de Adesão Aprimorada ICAP
http://icap.columbia.edu/resources/detail/viral-load-toolkit-tools

Outras instrumentos de implementação para grupos TARV da comunidade

- Atendimento diferenciado ao HIV: um quadro de decisão para o tratamento antirretroviral. IAS; 2016. http://www.differentiatedcare.org/Guidance
- Entrega de terapia antirretroviral de base comunitária. ONUSIDA e MSF; 2015
- Relatório e kit de instrumentos do clube de adesão ao TAR. MSF. https://www.msf.org.za/about-us/publications/reports/TARV-adherence-club-report-and- toolkit
- Como implementar grupos comunitários de TARV. MSF; 2014. http://www.msf.org/sites/msf.org/files/cag_toolkit.pdf
- Estratégia de grupos de apoio e apadrinhamento [Estratégia nacional para grupos comunitários de apoio à adesão]. Moçambique MdS; 2015. https://mozlivinglibrary.files.wordpress.com/2014/09/estrategia-gaac.pdf
- Mais perto de casa: fornecimento de terapia anti-retroviral na comunidade: experiência de quatro países da África Austral. ONUSIDA e MSF; 2012

VI. Referências Bibliográficas

[1] 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. http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

[2] El-Sadr WM, Rabkin M, DeCock KM. Saúde da população e atenção individualizada na resposta global à SIDA: sinergia ou conflito? 2016;30:2145–8.

[3] Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, et al. Reformulando o cuidado com o HIV: colocando as pessoas no centro da terapia anti-retroviral. *Trop Med and Int Health.* 2015;20:430–447.

[4] Waldrop G, Doherty M, Vitoria M, Ford N. Pacientes estáveis e pacientes com doença avançada: definições de consenso para apoiar a escala sustentada se a terapia antirretroviral. *Trop Med and Int Health.* 2016;21(9):1124–3.

[5] ICAP pacote de cuidados para pessoas que vivem com HIV. http://icap.columbia.edu/resources/detail/icap-package-of-care-for-people-living-with-hiv

[6] WHO anuncia o desenvolvimento de diretrizes sobre o manejo de pacientes com doença avançada pelo HIV. WHO website. Publicado em 6 de março, 2017.. http://www.who.int/hiv/mediacentre/news/HIV-advanced-disease-gdg2017/en/

[7] Hakim H, Musiime V, Szubert AJ, et al. A profilaxia melhorada da infecção reduz a mortalidade em adultos e crianças mais velhas, infectados pelo HIV, imunocomprometidos, que estão iniciando a terapia antirretroviral no Quénia, Malawi, Uganda e Zimbábue: o estudo REALITY. 21ª Conferência Internacional sobre Aids, 18–22 July 2016 in Durban, África do Sul. Oral abstract FRAB0101LB.

[8] Procedimentos operacionais padrão no monitoramento de carga viral para funcionários da ICAP e trabalhadores da área de saúde.: http://icap.columbia.edu/resources/detail/standard-operating-procedures-on-viral-load-monitoring

[9] Bernays S, Jarrett P, Kranzer K, Ferrand RA. Crianças que crescem com infecção pelo HIV: a responsabilidade do sucesso. *Lancet*. 2014;383(9925):1355–7.

[10] Kim S-H, Gerver SM, Fidler S, Ward H. Adesão à terapia anti-retroviral em adolescentes vivendo com HIV: revisão sistemática e metanálise. 2014;28(13):1945–56.

[11] Atendimento diferenciado: guia operacional [Minuta]. Nairóbi: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Controle da Aids e IST;2017.

[12] Kit de instrumentos do grupo comunitário TARV: como implementar o modelo CAG. Cidade do Cabo: Médecins Sans Frontières, África Austral Medical Unit; 2013.