



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
PNC ITS/HIV/SIDA

**DIRECTRIZ NACIONAL
PARA A IMPLEMENTAÇÃO
DO ACONSELHAMENTO
E TESTAGEM EM SAÚDE**



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
PNC ITS/HIV/SIDA

**DIRECTRIZ NACIONAL
PARA A IMPLEMENTAÇÃO
DO ACONSELHAMENTO
E TESTAGEM EM SAÚDE**

Ficha técnica

Ministério da Saúde (*MISAU*), Direcção Nacional de Assistência Médica (*DNAM*) para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde. Moçambique: MISAU/DNAM - 2015

Ministério da Saúde

Dr. Ussene Hilário Isse
Dr^a Elenia Macamo
Dr^a. Aleny Couto
Dr^a. Vânia Macome
Dr^a. Florbela Bata
Dr. Stélio Mazivila
Dr^a. Noela Chicuecue
Dr^a. Hélia Catine
Dr. Joseph Lara
Dr^a. Guita Amane
Dr^a. Tatiana Borchanikova
Dr^a. Eduarda Gusmão
Dr. Cremildo Maueia
Dr^a Lúcia Simbine
Dr. José Tique
Dr. Olegário Muananthata
Dr^a. Dina Ibraimo

Parceiros

CDC: Daniel Shodell e Nely Honwana

USAID: Paula Pateguana

Colaboradores

CNCS: Ema Chuva

JHPIEGO: Alicia Jaramillo, Thaís
Ferreira e Judite Cardoso

PATHFINDER: Marcos Benedetti

Capa

Ricardo Timbe

Revisão Linguística

Rui Manjate

Layout & Gráficos

Danilo da Silva

Índice

ABREVIATURAS	8
ABORDAGEM GERAL DO ACONSELHAMENTO E TESTAGEM	13
INTRODUÇÃO	13
BREVE HISTORIAL DO ACONSELHAMENTO E TESTAGEM (AT) EM MOÇAMBIQUE	13
OBJECTIVOS	14
ABORDAGENS DO AT PARA O HIV RECONHECIDAS EM MOÇAMBIQUE	15
PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO AT	15
ETAPAS DO PROCESSO DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM	18
ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE	18
ACONSELHAMENTO DURANTE A TESTAGEM	18
ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE	19
FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO TESTE PARA O HIV	20
ORIENTAÇÕES PARA GRUPOS ESPECÍFICOS E PRIORITÁRIOS NO ÂMBITO DO ATS	22
MULHERES GRÁVIDAS	22
CRIANÇAS	22
ADOLESCENTES	24
POPULAÇÃO-CHAVE	24
TESTAGEM DE CASAIS	25
CONSIDERAÇÕES PARA CASOS ESPECIAIS	28
UTENTES QUE SE RECUSAM A FAZER O TESTE DO HIV	28
UTENTES INCONSCIENTES OU COM DEFICIÊNCIA COGNITIVA	28
PACIENTES QUE NÃO ACEITAM O RESULTADO POSITIVO	28
ACONSELHAMENTO E TESTAGEM INICIADO PELO PROVEDOR – ATIP	30
DEFINIÇÃO	30
MODALIDADES DO ATIP A SER IMPLEMENTADO EM MOÇAMBIQUE	30
TESTAGEM NO BANCO DE SANGUE	33
REFERÊNCIAS NO ATIP	33
ACONSELHAMENTO E TESTAGEM INICIADO PELO UTENTE- ATIU	36
DEFINIÇÃO	36
ACONSELHAMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE NAS UATS	36
ACONSELHAMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE NA COMUNIDADE – ATSC	37
ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR O SEGUIMENTO E A CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS	42
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DO ATS	45
FORMAÇÃO	45

DIRECTRIZ NACIONAL PARA ATS

COORDENAÇÃO - COMITÉ DE GESTÃO DAS ACTIVIDADES DO ATS	46
LOGÍSTICA: GESTÃO DE TESTES RÁPIDOS DO HIV	47
QUALIDADE DA TESTAGEM	50
RESPONSABILIDADES NO ATS	51
MINISTÉRIO DA SAÚDE:	51
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE:	52
DIRECÇÃO DISTRIITAL/UNIDADE SANITÁRIA	52
RESPONSÁVEL PELO ATS DA US:	53
RESPONSÁVEL DO LABORATÓRIO DA US:	53
CHEFES DE SERVIÇO (SMI; CONSULTAS E TRIAGENS, TB ETC.):	54
PROVEDOR DE TESTAGEM:	54
PARCEIRO DE IMPLEMENTAÇÃO:	55
RESPONSÁVEL DA FARMÁCIA	56
MONITORIA & AVALIAÇÃO	58
SISTEMA DE INFORMAÇÃO	58
ANEXOS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73



5







7

Agradecimentos

Agradecemos a todos que, directa e indirectamente, apoiaram na elaboração deste documento que irá apoiar a todos os gestores e implementadores do ATS em Moçambique, em especial as equipas das Direcções Provinciais de Saúde, pelas excelentes contribuições para a finalização da presente Directriz.

1. ABREVIATURAS

ATIU	Aconselhamento e testagem iniciado pelo utente
ATIP	Aconselhamento e testagem iniciado pelo provedor
ATS	Aconselhamento e testagem em saúde
ATSC	Aconselhamento e testagem em saúde na comunidade
CCR	Consulta da criança em risco
CDC	Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (do inglês Center for Disease Control and Prevention)
CPN	Consulta pré-natal
CPP	Consulta pós-parto
DPS	Direcção Provincial de Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IEC	Informação, educação e comunicação
ITS	Infecção de transmissão sexual
IO	Infecção oportunista
Jhpiego	Organização Não-Governamental afiliada à Universidade Johns Hopkins dos EUA
MISAU	Ministério da Saúde
PCR	Reacção em Cadeia da Polimerase (do inglês Polymerase Chain Reaction)
PPE	Profilaxia Pós-exposição
PTV	Prevenção de Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SDSMAS	Serviço Distrital da Saúde, Mulher e Acção Social
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde materno-infantil



SNS	Serviço Nacional de Saúde
TARV	Tratamento anti-retroviral
TB	Tuberculose
TIO	Tratamento da infecção oportunista
UATS	Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
UDI	Usuários de drogas injectáveis
US	Unidade sanitária
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde



DIRECTRIZ NACIONAL PARA ATS

10



PREFÁCIO

O Aconselhamento e Testagem em Saúde surge da necessidade e urgência de permitir o acesso ao diagnóstico de HIV para a população em geral. Para que o Ministério da Saúde (MISAU) optasse pela implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde, foram determinantes alguns aspectos: Melhorar os serviços, Integrar os programas, Incluir o aconselhamento em outras áreas, Combater as doenças transmissíveis, Expandir tratamentos, Prevenir e Promover a saúde, Enfrentar o desafio de diminuir os riscos das doenças, Melhorar os sistemas de referência em saúde, Estimular e fortalecer a construção de redes sociais e de participação da população no cuidado com sua própria saúde, dentre outros, sendo que a Qualidade de execução para os diferentes determinantes é a principal prioridade.

O Aconselhamento e Testagem em Saúde é uma componente que fortalece o vínculo entre o utente e o provedor, garantindo a passagem de mensagens de prevenção, apoiando na adesão aos cuidados e tratamentos e criando condições para a melhoria da qualidade de vida do utente/paciente, seus parceiros, filhos e familiares.

Com a iniciativa da criação do Aconselhamento e Testagem em Saúde, o funcionamento da rede de saúde altera, pois surge a necessidade da inclusão do Aconselhamento e Testagem para o HIV em todos os programas e serviços clínicos, nas Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde e na Comunidade, contribuindo para o aumento do acesso ao teste de HIV e, conseqüentemente, para o aumento da prevenção do HIV.

Com a elaboração e a implementação do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA (2013-2017), direcciona-se o Aconselhamento e Testagem em Saúde para uma abordagem que deve responder à meta de inclusões ao TARV. Assim sendo, o ATS torna-se na actualidade uma actividade a ser implementada para encontrar pessoas vivendo com o HIV e, conseqüentemente, criar um sistema de referenciamento para os serviços de cuidados e tratamento. É desta forma que se identificam grupos-alvo e prioritários para o ATS (os parceiros e filhos de PVHIV, a população-chave, as mulheres grávidas e seus parceiros, crianças e adolescentes).

A presente Directriz operacional foi formulada com o objectivo de apresentar as bases para a implantação harmonizada das actividades de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) em Moçambique.

Salientar que um dos aspectos importantes na área do ATS é também abordar e trabalhar os aspectos de prevenção com indivíduos que após a testagem apresentam resultados negativos. É importante garantir que a prevenção seja efectiva, diminuindo, desta forma, o número de indivíduos infectados pelo HIV.

O Nosso Maior Valor é a Vida!

A Ministra da Saúde,



Dra. Nazira Karimo Vali Abdula



12





2. ABORDAGEM GERAL DO ACONSELHAMENTO E TESTAGEM

2.1. INTRODUÇÃO

O vírus de imunodeficiência humana (*HIV*) e a síndrome de imunodeficiência adquirida (*SIDA*) afectam as pessoas em todas as dimensões da sua vida pessoal, familiar, comunitária e social. Controlar a propagação do HIV em Moçambique exige mudanças nas normas sociais e comportamentais e também intervenções de natureza política e social.¹

O Aconselhamento e Testagem em Saúde (*ATS*) é actualmente compreendido como uma estratégia através da qual a população em geral possa conhecer o seu estado de saúde em relação a certas condições, com maior ênfase para o HIV.

Desta maneira, a Organização Mundial da Saúde (*OMS*) recomenda, como forma de enfrentar a severa situação de crescimento da epidemia, maior ênfase em estratégias que dêem oportunidade de conhecimento do estado serológico para a expansão do tratamento e cuidados, através de sessões de Aconselhamento e Testagem. (*WHO, 2013 – Consolidated guidelines on the use of anti-retroviral drugs for treating and preventing HIV infection*).

2.2. BREVE HISTORIAL DO ACONSELHAMENTO E TESTAGEM (AT) EM MOÇAMBIQUE

Em 1999, inicia o AT em simultâneo com o funcionamento dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (*GATV's*) e os Hospitais de Dia (*HDD*) que na altura ofereciam apenas tratamento para infecções oportunistas (*IO*). Até ao ano de 2003, existiam 80 *GATV's* em funcionamento no país. Estes serviços foram criados com o objectivo de proporcionar à comunidade em geral uma oportunidade para o acesso à informação básica sobre a prevenção do HIV/SIDA e o conhecimento sobre o seu estado serológico, permitir o diagnóstico de infecção por HIV e o início atempado dos cuidados e tratamento de PVHIV.

Estes serviços cobriam apenas uma pequena fracção da população-alvo, considerando que até 2003 apenas 101.163 utentes tiveram acesso aos serviços de Aconselhamento e Testagem (*AT*). Por outro lado, a distribuição geográfica destes serviços revelou uma iniquidade entre as diferentes províncias, sendo necessário corrigir estas disparidades. Surge então a necessidade de massificar o aconselhamento e testagem, aproveitando todos os recursos disponíveis nos sectores público e privado.

No ano de 2004, a avaliação do sector de Saúde indica a necessidade de novas acções com vista a conceber uma nova abordagem no combate às doenças endémicas e melhorar a prestação dos serviços de saúde em Moçambique. (*PEN Livro II, Objectivos e Estratégias de Monitorização a Avaliação*). Assim sendo, no período

1. Estratégia Nacional de Comunicação para o Combate ao HIV/SIDA, Junho, 2006, MISAU)



2005-2009 propõe-se a criação do aconselhamento e testagem fora das unidades sanitárias, nomeadamente o Aconselhamento e Testagem na Comunidade (AT-C), como forma de maximizar a cobertura nacional e atingir as populações residentes em zonas mais recônditas. Em 2008-2009, inicia a integração do AT em outros serviços clínicos, estratégia acompanhada pela necessidade de direccionar o aconselhamento para uma abordagem não só de testagem para o HIV, mas, sim, de saúde no seu todo. Surge então o Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS). Desta forma, os GATV's tornam-se Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS). Sendo um dos objectivos do ATS identificar precocemente PVHIV e criar uma ligação melhor estruturada com os serviços de cuidados e tratamento.

Actualmente, as várias abordagens e estratégias de implementação visam alcançar as PVHIVS, através de:

Identificação e testagem de parceiros e filhos de pessoas com HIV (*Caso-índice*):

- Identificação e testagem precoce de parceiros de mulheres grávidas; Identificação e testagem de população-chave (*trabalhadoras de sexo (TS)*, homens que fazem sexo com homens (*HSH*), usuários de drogas injectáveis) e população vulnerável (*reclusos, população em constante mobilidade e raparigas com idade compreendida entre 15 e 24 anos*).

14

2.3. OBJECTIVOS

A presente Directriz Nacional para o ATS é formulada com o objectivo de definir orientações para a implementação no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A Directriz surge com a necessidade de integrar orientações com base em recomendações internacionais e evidências actuais, assim como fundir os quatro (4) documentos orientadores de AT, implementados anteriormente:

- Guião Para o Aconselhamento e Testagem Iniciados Pelo Provedor no Contexto Clínico 2008;
- Guião Estratégico-Operacional para a Implementação das Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS) 2008;
- Directrizes para a Implementação e Monitoria do Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade, 2009;
- Directriz para a Melhoria de Qualidade de Testagem Rápida de HIV em Moçambique.

2.3.1. GRUPO-ALVO

Este documento é dirigido aos gestores de programas e provedores de serviços a todos os níveis do SNS, e todos os envolvidos na promoção de saúde dos cidadãos

moçambicanos. A Directriz enfatiza, como aspectos principais, os pontos-chave para a implementação e gestão do ATS.

2.4. ABORDAGENS DO AT PARA O HIV RECONHECIDAS EM MOÇAMBIQUE

O Ministério da Saúde reconhece duas abordagens de AT para o HIV em Moçambique, que podem ser implementadas na unidade sanitária e comunidade:

Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor (*ATIP*): oferece oportunidade aos utentes de conhecerem seu estado serológico para o HIV para fins de diagnóstico, prevenção, cuidados e tratamento.

Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Utente (*ATIU*): abordagem iniciada pelo indivíduo que procura conhecer o seu estado em relação ao HIV, tanto para fins de prevenção da infecção quanto para planificar melhor a sua vida. Nesta modalidade, o teste é solicitado pelo utente e os resultados são “utilizados” pelo indivíduo para a tomada de decisão sobre a sua vida.

As normas de implementação e especificidades de cada uma das abordagens de AT reconhecidas e executadas em Moçambique serão explicadas mais adiante.

2.5. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO AT

“O mais importante princípio para os provedores de saúde nos serviços deve ser fazer sempre o que é o melhor para o interesse do paciente. Isto requer a provisão de informação suficiente para uma decisão informada e voluntária para realizar o teste, incluindo ainda a oportunidade de recusar a testagem. O aconselhamento pós-teste e as referências aos serviços apropriados são essenciais para todos os pacientes – independentemente do resultado do teste – e a confidencialidade deve ser mantida” (Traduzido de OMS/UNAIDS, 2006)

Segundo a WHO, July 2015 – Consolidated Guidelines on HIV Testing Services, um serviço de Aconselhamento e Testagem para ser efectivo e com qualidade tem que responder a 5 componentes ou princípios éticos indispensáveis:

2.5.1. CONSENTIMENTO INFORMADO

O teste do HIV é livre; isto é, os utentes nunca deverão ser forçados a receber aconselhamento ou a fazer a testagem para o HIV. Por este motivo, é essencial que recebam orientações que sirvam de base para o seu consentimento informado.

O consentimento informado é o princípio ético mestre no AT, pois é aquele que garante a autonomia da decisão do utente, respeitando-o como sujeito e cidadão de direito. O consentimento informado estabelece-se através de um processo de diálogo entre o utente e o provedor de saúde em que o primeiro é informado

acerca das questões sobre o HIV e testagem, para então tomar a decisão de fazer ou não o teste. Na República de Moçambique, o teste do HIV não é obrigatório.

2.5.2. CONFIDENCIALIDADE

Deve-se manter o sigilo acerca das informações reveladas pelo utente durante o aconselhamento, bem como aquelas fornecidas para o utente referente ao seu estado serológico. Este é um dos pontos essenciais para que a população confie na qualidade do AT oferecida pelo Serviço Nacional de Saúde. A garantia da confidencialidade do teste é crucial para a tomada de decisão segura pelo utente. É princípio do AT o compromisso de sigilo sobre qualquer informação trocada na sessão de aconselhamento, bem como durante o procedimento da testagem.

2.5.3. ACONSELHAMENTO

É o processo de escuta activa, individualizada, que envolve a interacção entre o utente e o provedor de saúde, estabelecendo uma relação de troca. Refere-se ao modo como o provedor de saúde constrói com o utente uma relação de confiança de modo a apoiá-lo na adopção de comportamentos saudáveis. O aconselhamento está baseado no respeito e ética, e consiste em ajudar o utente a compreender a importância do conhecimento do seu estado serológico para o HIV e oferecer informações para a tomada de decisões em relação à sua saúde. O processo é dividido em três partes: aconselhamento pré-teste, aconselhamento durante a testagem e, por último, o aconselhamento pós-teste.

2.5.4. RESULTADO CORRECTO DOS TESTES

O provedor deve garantir a qualidade durante a execução dos testes que irá executar, oferecer ao utente a possibilidade de acompanhar activamente o procedimento, assim como garantir a entrega de resultados correctos. A execução do teste e a entrega do resultado devem ser acompanhadas pelo processo de aconselhamento, sendo que se orienta para que seja o mesmo provedor a iniciar e a finalizar o processo de AT.

2.5.5. LIGAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS DE AT E OS DE CUIDADOS E TRATAMENTO

O provedor de saúde deve garantir a referência dos utentes para os serviços de cuidados e tratamento com consentimento do utente. Para os utentes com resultado positivo, é indispensável garantir não só as referências, mas também o seguimento/acompanhamento nos serviços de TARV.



3. ETAPAS DO PROCESSO DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM

O aconselhamento deve ser efectuado por provedores previamente e devidamente capacitados. É no pacote de formação do ATS (*Aprovado pelo MISAU*) onde se encontram todos os instrumentos necessários e capazes de oferecer ao provedor as habilidades básicas para o exercício do aconselhamento.

3.1. ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE

É o momento em que o provedor de testagem solicita ao utente o consentimento para a realização do teste para HIV; aborda sobre aspectos relacionados à prevenção e cuidados e tratamento; avalia comportamentos de risco do utente, incluindo a violência baseada no género; elucida sobre os possíveis serviços de apoio que o utente poderá ter, independentemente do resultado e sobre a importância de testagem de familiares, com prioridade para parceiros e filhos.

Em locais e/ou serviços com grande afluxo de pacientes, pode-se priorizar o Aconselhamento Pré-teste em grupo na sala de espera, de forma a maximizar o tempo e garantir que todos os utentes a testar tenham acesso ao aconselhamento. Contudo, é de considerar o aconselhamento individual no momento em que o provedor está apenas com o utente, pois este é o momento de avaliar comportamentos de risco e garantir que o utente percebeu o que se pretende com o AT.

3.2. ACONSELHAMENTO DURANTE A TESTAGEM

É fundamental que nesta etapa o provedor de testagem tenha o foco nas seguintes questões:

- Com base nos procedimentos “operacional padrão” (*POP’s em anexo*) de testagem, explicar ao utente como deve ser feito o procedimento de testagem, e como se interpretam os possíveis resultados;
- Oferecer o apoio psicossocial para enfrentar o resultado do teste;
- Realizar imediatamente a testagem, e com o utente proceder à leitura dos seus resultados utilizando o algoritmo de testagem;
- Esclarecer sobre todas as implicações de cada resultado: negativo, positivo ou indeterminado;
- Discutir o resultado do teste com o utente.

3.3. ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE

É o momento em que o provedor de testagem faz a leitura e a interpretação do resultado do teste do HIV com o utente, de modo a que este seja considerado como um sujeito activo no processo. O aconselhamento pós-teste deve ser acompanhado de orientações que ajudem o utente a tomar decisões seguras no que se refere à sua saúde. Seu conteúdo deve destacar além da revelação do resultado, a importância e a manutenção da continuidade de cuidados e tratamento, no caso de resultado positivo. Os resultados dos testes devem ser entregues individualmente e nunca em grupo, no entanto os casais devem ser encorajados a receber o AT juntos. O mesmo provedor que conduziu o aconselhamento pré-teste deve fazer o aconselhamento pós-teste e deve ainda abordar questões sobre:

- Necessidade de testar seus parceiros e filhos, caso o resultado seja positivo;
- No caso de utentes com resultado negativo e que não demonstrem nenhum comportamento de risco, encorajá-los a doar sangue no banco de sangue mais próximo;
- Mesmo com o resultado negativo, o utente deve ser encorajado a convidar seu/sua parceiros(as) para o teste;
- Uteses com resultado negativo podem ser referenciados para outros serviços clínicos, de acordo com a necessidade do utente (*ex. circuncisão masculina, consultas externas, planeamento familiar, etc.*);
- Nos casos de utentes que tenham sido vítimas de violência sexual, devem ser encaminhados ao Serviço de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência ou seguir o fluxo de atendimento a vítimas de violência estabelecido na unidade sanitária;
- Nos casos de trabalhadores de saúde que tenham sido expostos à infecção pelo HIV, devem prontamente comunicar ao supervisor designado na US, conforme preconiza o MISAU através do Guião de Profilaxia Pós-Exposição – PPE;
- Nos casos de resultados indeterminados, a testagem deve ser repetida imediatamente e feito o seguimento segundo o procedimento indicado no algoritmo de testagem (**Vide em anexo o Algoritmo Nacional de Testagem Rápida para o HIV**), e o utente deve ser aconselhado a adoptar práticas seguras de prevenção, seguindo as orientações exigidas até à obtenção do resultado correcto.



Há necessidade de reforçar o aconselhamento pós-teste para utentes negativos, assim como encaminhá-los para serviços necessários e trabalhar os aspectos relacionados com a prevenção. A re-testagem deve ser avaliada segundo o grau de risco de infecção, assim como é fundamental traçar estratégias seguras de prevenção.

3.4. FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO TESTE PARA O HIV

De forma a promover e reforçar as orientações para a prevenção da infecção pelo HIV, devem ser encorajados a fazer o teste pelo menos uma vez por ano: todos os utentes sexualmente activos que praticam sexo desprotegido; os que não conhecem o resultado serológico do parceiro. Esta directriz orienta para a frequência de testagem para o HIV, com periodicidade definida de acordo com o risco de exposição para cada grupo-alvo, segundo a tabela nº1 abaixo:

Tabela 1. Orientação para a frequência de re-testagem em determinados grupos-alvo

População	Periodicidade de testagem
População em geral e população vulnerável (mulheres jovens dos 15-24 anos, raparigas dos 10-14 anos, crianças órfãs e vulneráveis de rua e pessoas com deficiência)	De 6 em 6 meses após a testagem inicial
População-chave (MTS, HSH, UDI e Reclusos), casais serodiscordantes, dadores de sangue, mulher grávida e seus parceiros,	De 3 em 3 meses após a testagem inicial
Em casos de exposição ocupacional e/ou violência sexual	Testagem inicial, dentro de 72 horas; a seguir na 4ª semana; no 3º e 6º mês após a testagem inicial
Crianças expostas com resultado positivo ou negativo	Seguir o Algoritmo de diagnóstico precoce infantil (em Anexo)



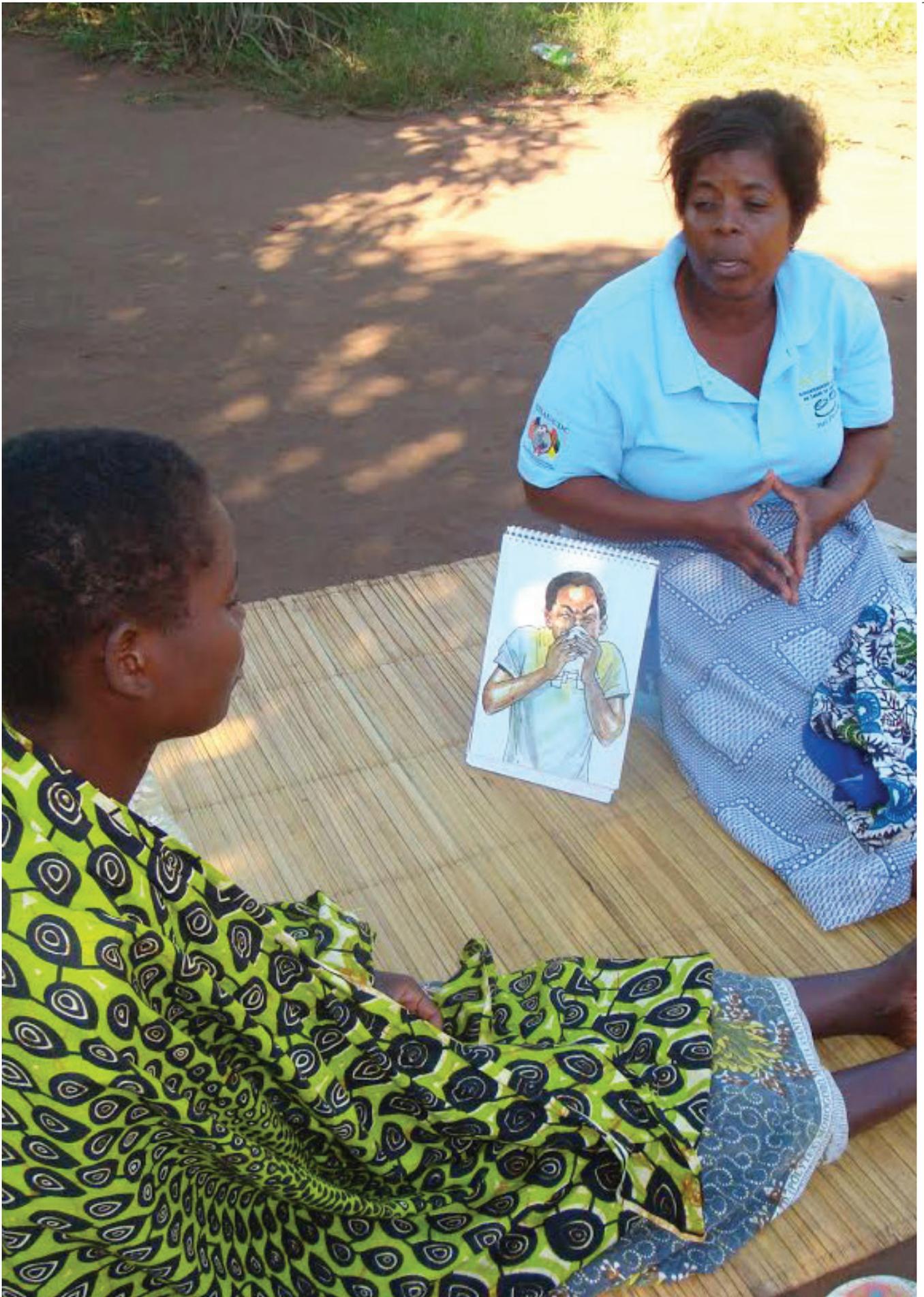
Se o resultado do teste for negativo após a primeira testagem, e no processo da avaliação de comportamento de risco verificar-se que o utente correu um risco de infecção, é necessário proceder a re-testagem 3 meses depois, de contrário não é necessário repetir o teste.



É fundamental que entre a realização do primeiro teste e a re-testagem os utentes não tenham comportamentos que os coloquem em risco de infecção pelo HIV. Deve-se, pois, dar-se uma orientação para o uso do preservativo e lubrificante (onde aplicável) em todas as relações sexuais.



O teste rápido do HIV não deve ser considerado como método de prevenção. O utente deve estar consciente de comportamentos que o colocam em risco e adoptar métodos que o previnam de contrair o HIV.



4. ORIENTAÇÕES PARA GRUPOS ESPECÍFICOS E PRIORITÁRIOS NO ÂMBITO DO ATS

Em algumas situações é necessário que o aconselhamento e testagem sejam adaptados às necessidades específicas dos utentes, tais como as que se seguem:

4.1. MULHERES GRÁVIDAS

A primeira intervenção para uma prevenção eficaz da transmissão vertical é a identificação precoce de mulheres grávidas HIV positivas. Deste modo, o MISAU recomenda fortemente o aconselhamento e testagem a todas as mulheres grávidas que se apresentem à Consulta Pré-Natal (CPN) de modo a oferecer atempadamente todas as intervenções da Prevenção da Transmissão Vertical (PTV). Deve-se disseminar a importância da chegada precoce a CPN (*no primeiro trimestre*), pois quanto mais cedo o seu início e quanto maior o tempo de exposição desta mulher grávida aos ARVs para PTV, maiores são as possibilidades de seu(s) filho(s) nascer(em) livre(s) do HIV.



O MISAU recomenda que todo o parceiro de mulher grávida seja testado para o HIV

22

4.2. CRIANÇAS

O objectivo da testagem é identificar as crianças infectadas pelo HIV antes do aparecimento de infecções oportunistas, iniciar o TARV e reduzir a mortalidade.

Todos os lactantes (*de 0 a 18 meses de idade*) com o estado de exposição para o HIV desconhecido, devem ter a confirmação da exposição ao HIV através da realização do teste rápido para a mãe e/ou a criança (*no caso de mãe não presente ou não aceitar ser testada*) no primeiro contacto com a unidade sanitária.

As crianças filhos de mães HIV+ (*crianças expostas ao HIV*) devem ser seguidas na Consulta da Criança em Risco (CCR). Nesta consulta, devem receber os devidos cuidados para a PTV e diagnóstico precoce da infecção a partir do primeiro mês de vida. Estes cuidados incluem seguimento clínico, profilaxia das infecções oportunistas, uso de ARVs e testes de diagnósticos para a confirmação ou exclusão da infecção pelo HIV (*teste virológico - PCR DBS ADN de HIV e teste rápido para o HIV – Determine e Unigold*), segundo orientação do MISAU.

4.2.1. PASSOS PARA O DIAGNÓSTICO DE HIV NAS CRIANÇAS MENORES DE 18 MESES

- Todas as crianças expostas ao HIV devem fazer o teste virológico (*PCR ADN HIV*) ao 1º mês de vida ou na primeira oportunidade (*até 9 meses*) que a criança se apresenta na Unidade Sanitária;



- Todas as crianças com teste PCR ADN HIV positivo devem ter um 2º teste PCR ADN HIV que deve ser colhido na altura da entrega do resultado do primeiro teste, para confirmar o diagnóstico. Nestes casos, a criança deve ser encaminhada ao serviço TARV para seguimento e tratamento, sem aguardar pelo resultado do segundo teste PCR ADN HIV *(que será posteriormente encaminhado ao serviço de TARV para a decisão final)*;
- Todas as crianças expostas ao HIV com idade igual ou superior a 9 meses, que não fizeram o PCR – ADN HIV ou que tiveram o teste de PCR ADN HIV negativo, devem fazer o teste rápido de HIV.
- As crianças com resultado de teste rápido para HIV positivo:
 - Devem fazer o teste PCR ADN HIV para confirmar o diagnóstico;
 - Se a criança é assintomática deve continuar o seguimento na CCR até à receção do resultado de PCR *(a conduta seguirá de acordo com o resultado do PCR ADN HIV)*;
 - Se a criança é sintomática, deve seguir o algoritmo de diagnóstico presuntivo;
 - As crianças com resultado de teste rápido para HIV negativo, assintomáticas e com mais de 2 meses de desmame, devem receber alta da CCR e continuar seguimento na CCS *(Consulta de Criança Sadia)*.

Nos casos de recém-nascidos e crianças, os pais ou cuidadores devem participar do aconselhamento e dar o seu consentimento para a realização do teste do HIV. Nos casos em que estes responsáveis pela criança não estejam presentes, o provedor de testagem deve fazer o que for melhor para o interesse da criança.

Para finalizar, é importante recordar sobre a necessidade de diagnóstico do HIV para crianças até aos 10 anos, filhos de mães seropositivas e/ou com sintomatologia sugestiva ao HIV.



O livro do ATIP deve estar alocado também à CCR, para o registo de crianças seguidas neste serviço por outro motivo de consulta que não seja a exposição pelo HIV. Ainda, a testagem nos serviços de atendimento a crianças deve também ser centralizada na mãe com resultado desconhecido.



Para mais detalhes sobre o diagnóstico precoce da criança, por favor consultar o Algoritmo de Diagnóstico Precoce Infantil (em anexo), e/ou o Manual de Diagnóstico Precoce Infantil do HIV do MISAU.



4.3. ADOLESCENTES

Para os adolescentes, o principal modo de transmissão do HIV é através de relação sexual desprotegida. Em Moçambique, adolescentes do sexo feminino são particularmente vulneráveis; a iniciação sexual precoce, muitas vezes com parceiros mais velhos, o sexo coercivo/forçado, o baixo índice do uso do preservativo aliados à vulnerabilidade biológica da adolescente, aumenta o risco da infecção pelo HIV (*WLSA Moçambique, Relatório de pesquisa sobre as representações e práticas da sexualidade entre os jovens e a feminização do SIDA em Moçambique, 2007*).

Existe também uma proporção de adolescentes que podem ter sido infectadas durante a gravidez, cujas mães não foram envolvidas na PTV, não tendo sido diagnosticadas até ao momento.

No aconselhamento e testagem ao adolescente é preciso realçar a importância da vivência com uma sexualidade responsável, que inclui a prevenção de ITS's, contracepção e apoio na construção de um plano de vida seguro.

A OMS considera adolescentes os indivíduos com idade compreendida entre 10 e 19 anos.

Para a realidade do nosso país, refere-se que os adolescentes sexualmente activos, casados ou vivendo maritalmente, grávidas, chefes de família, podem dar seu próprio consentimento para a realização do teste rápido de HIV. Contudo, a administração do teste a crianças e adolescentes menores de 11 anos e os mentalmente incapacitados apenas pode acontecer com o consentimento dos pais ou responsáveis legais destes (*Lei nº 19/2014, de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato à Emprego Vivendo com HIV e SIDA - Referida no Boletim da República, de 27 de Agosto de 2014*).

Normalmente a porta de entrada dos adolescentes e jovens na unidade sanitária é o SAAJ, assim sendo para casos de unidades sanitárias sem SAAJ implementado, o adolescente e jovem podem ser aconselhados e testados em qualquer outro serviço que tenha provedores preparados para esta actividade.

4.4. POPULAÇÃO-CHAVE

Aos grupos da população-chave referem-se àqueles que têm maior probabilidade de estarem expostos à infecção pelo HIV (*OMS 2014- Directrizes Consolidadas Sobre a Prevenção do HIV, Diagnóstico, Tratamento e Atenção Para as Populações-Chave*). A Directriz Nacional sobre População-Chave (*Moçambique-2015*) definiu como população-chave as trabalhadoras de sexo (TS), homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injectáveis (UDI) e reclusos.

No aconselhamento para a população-chave é fundamental que o provedor de testagem faça uma avaliação de risco adaptada a comportamentos que facilitem a exposição ao HIV, e outros factores de vulnerabilidade que possam atingir esta população. As estratégias de aconselhamento e testagem em HIV devem ser adaptadas de forma a responder às especificidades e necessidades deste grupo populacional, através da combinação e integração de várias acções não só no ambiente sanitário como fora deste, uma vez que o nível de aceitabilidade dos serviços depende da percepção individual e social das vantagens e desvantagens destes serviços.

O ATS para a população-chave deve ser uma prioridade na comunidade, considerando que é com o ATS-C que mais facilmente podemos identificar os locais de fácil acesso a esta população específica, assim como mais fácil torna-se o registo e o encaminhamento da mesma.

4.5. TESTAGEM DE CASAIS

O MISAU recomenda esforços no sentido de promover o aconselhamento e testagem aos casais que procuram serviços de saúde, assim como aqueles captados através das actividades desenvolvidas a nível comunitário. O atendimento de casais torna-se um caso especial pela complexidade do AT para este grupo-alvo, principalmente para casais com resultados diferentes. Contudo, a abordagem do ATS chama a atenção do provedor para encorajar os utentes a testar junto a seus parceiros pelo seguinte:

- As mensagens de aconselhamento são baseadas nos resultados de ambos, e facilita a cooperação do casal para a redução de riscos;
- O casal tem a possibilidade receber os resultados conjuntamente, melhorando, dessa forma, a probabilidade de um entendimento comum;
- As decisões de quebra de confidencialidade podem ser realizadas conjuntamente, em uma discussão franca e aberta.

Para massificar a testagem de casais, surge o modelo do Caso-Índice que é considerado uma estratégia eficaz para a identificação de parceiros com infecção por HIV, visto que mais de metade dos parceiros sexuais primários de PVHIV também estarão infectados. O Caso-Índice (*utente com resultado HIV+*) pode escolher fazer a testagem novamente com o seu parceiro como um casal ou alternativamente o seu parceiro poderá fazer a testagem individualmente se ainda não tiver acontecido a revelação do estado. A testagem de parceiros de PVHIV é importante, especialmente para a identificação de casais sero-discordantes, no sentido de evitar infecção do parceiro HIV negativo. Nestes casos:

- Parceiro seropositivo deve ser encaminhado imediatamente aos serviços de cuidados e tratamento, e se indicado, deve iniciar o TARV;
 - Para os seguintes casos de parceiros negativos: Caso seja homem, referir aos serviços de circuncisão masculina, planeamento familiar ou outros em caso de necessidade; Caso seja mulher, referir aos serviços de planeamento familiar;
- Para todas as situações, oferecer orientação sistemática para o uso correcto do preservativo nas relações sexuais, de forma a prevenir-se.



Ao abordarmos a necessidade de testar os parceiros, é importante reflectir com o utente sobre a testagem de parceiros não primários em caso de necessidade. É importante não apenas preservar a família, mas também garantir o uso de métodos preventivos e cuidados nas relações extraconjugais.



5. CONSIDERAÇÕES PARA CASOS ESPECIAIS

5.1. UTENTES QUE SE RECUSAM A FAZER O TESTE DO HIV

O teste de HIV não é obrigatório. A recusa para a testagem do HIV não deve afectar o acesso do utente aos serviços de saúde, e não deve resultar em tratamento coercivo e/ou quebra de sigilo. A decisão do utente recusar-se a fazer o teste de HIV deve ser registada na ficha de registo diário e voltar a ser discutida com o utente nas visitas de seguimento na US.

5.2. UTENTES INCONSCIENTES OU COM DEFICIÊNCIA COGNITIVA

Nos casos de utentes gravemente doentes, inconscientes, ou seja, não capazes de prover o consentimento informado para a realização do teste, o consentimento deve ser solicitado ao familiar e ou responsável que acompanha o utente. Na ausência de tal pessoa, os provedores de saúde devem agir de acordo com o melhor interesse do utente em questão.

5.3. PACIENTES QUE NÃO ACEITAM O RESULTADO POSITIVO

Para casos de pacientes que apresentam um comportamento de negação para com o seu resultado positivo, devemos ter em consideração que existem vários factores psicossociais que podem levar o paciente a este comportamento. Assim sendo, é importante ter como relevância os seguintes aspectos:

- O provedor deve ter compreensão à reacção do paciente, ajudando-o a reflectir sobre a situação e marcar um retorno para o seguimento;
- Em caso de necessidade, referir o paciente para um profissional de referência na US, com disponibilidade e habilidade para lidar com estes casos;
- Para US e/ou comunidades com grupos de apoio funcionais, o paciente pode ser referido ao grupo para o apoio na aceitação e integração aos cuidados;
- Propor a intervenção de um confidente (*pessoa de confiança do paciente*) que possa apoiar na gestão do caso;
- O paciente não deve estar sujeito à rejeição nos cuidados pelo facto de não aceitar o seu diagnóstico.



O provedor de testagem deve garantir que o utente acompanhe todo o procedimento da testagem. Este acto pode evitar dúvidas por parte do utente e facilitar a aceitabilidade do resultado.



6. ACONSELHAMENTO E TESTAGEM INICIADO PELO PROVEDOR – ATIP

6.1. DEFINIÇÃO

O ATIP é conhecido como a abordagem em que o provedor de saúde oferece aos utentes a oportunidade de conhecer o seu estado serológico em relação ao HIV.

O ATIP é uma estratégia que oferece a oportunidade de aconselhar e testar para o HIV todos os utentes que se apresentam nos serviços de saúde, em todos os serviços clínicos. Esta estratégia é também parte de uma avaliação diagnóstica aos utentes que apresentam sinais ou sintomas atribuíveis a doenças relacionadas com o HIV, a fim de rastrear o HIV atempadamente e prestar cuidados de saúde apropriados. Ainda, a inclusão do ATIP apresenta-se como uma oportunidade para garantir que a infecção pelo HIV seja mais sistematicamente e atempadamente diagnosticada nas US.

O ATIP deve ser assumido como parte da rotina dos profissionais de saúde das US e todo o provedor de saúde previamente formado em ATIP deve oferecer a oportunidade do AT para o HIV aos utentes.

30

6.2. MODALIDADES DO ATIP A SER IMPLEMENTADO EM MOÇAMBIQUE

O ATIP em Moçambique será implementado nas seguintes modalidades:

- ATIP de forma rotineira em que o provedor oferece o AT a todos os utentes que se apresentam ao serviço para consulta, independentemente de se apresentarem com ou sem sintomas sugestivos de infecção pelo HIV;
- ATIP de forma rotineira em que o provedor oferece o AT apenas aos utentes que apresentem condições como ITS, TB, herpes zóster, candidíase oral/orofaríngea, neoplasia cervical e outros sintomas sugestivos de infecção pelo HIV. Estas condições ocorrem com maior frequência em pessoas infectadas pelo HIV, devido à imunodeficiência associada ao vírus, bem como devido ao modo de transmissão que pode ser comum (*ex; ITS – Transmissão por via sexual*);
- ATIP em que o provedor irá oferecer o AT aos parceiros e filhos de pessoas com resultado positivo para o HIV, portanto a abordagem de Caso-Índice.

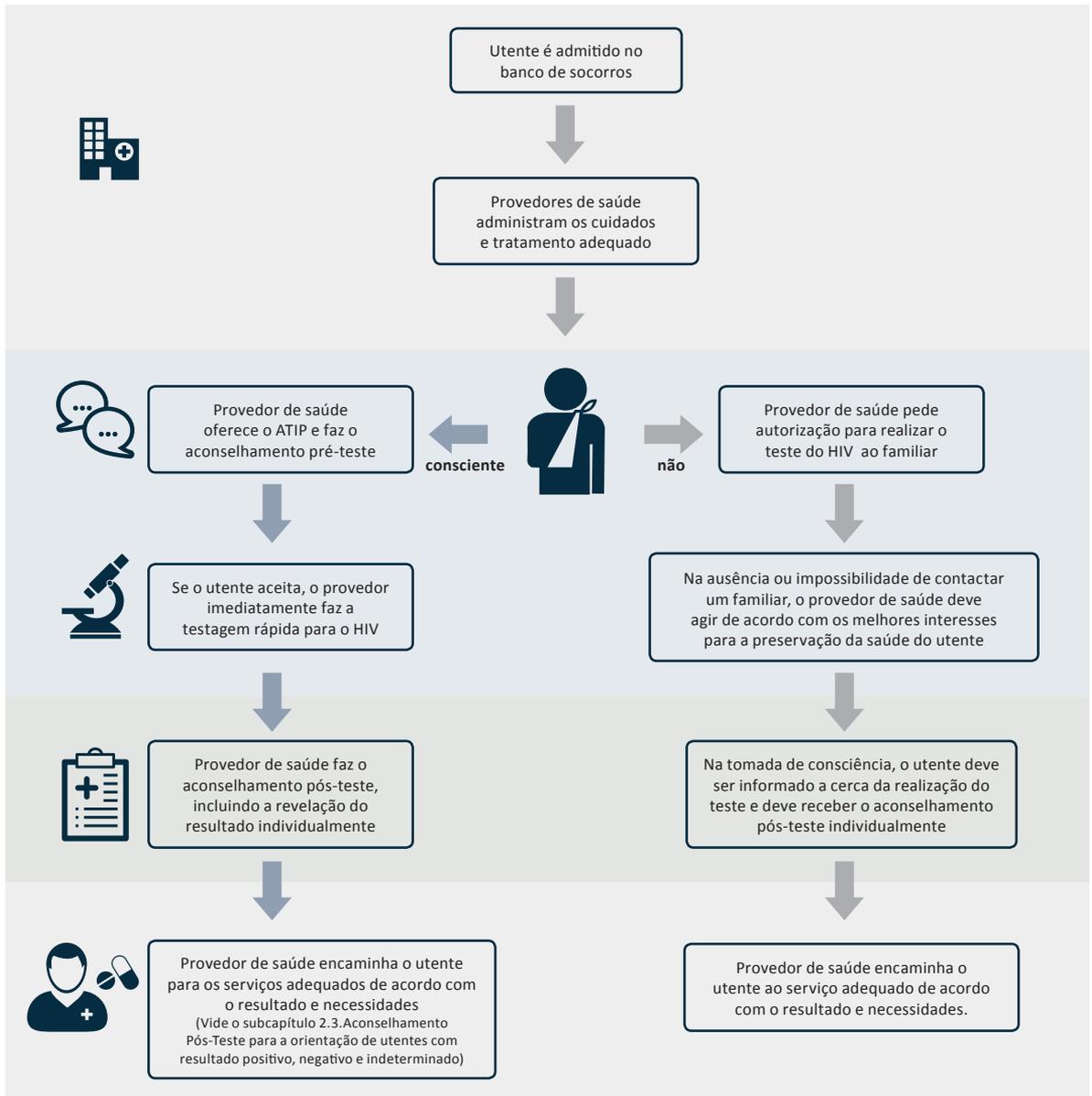
Tabela 2. *Serviços para a implementação das modalidades do ATIP*

Modalidade de ATIP	Âmbito de implementação
ATIP para todos os pacientes de forma rotineira	US: CCR, enfermaria, TB, CPN, CPP, CM, pacientes com indicação para realizar Procedimentos cirúrgicos, Dadores referidos do banco de sangue e serviço de urgências (incluir os pacientes em observação)
ATIP de rotina para utentes com sintomatologia sugestiva de HIV	US: CCS, consulta externa, triagem, serviços de urgência e Estomatologia.
ATIP (Caso-Índice)	Todos os sectores da US e na comunidade
Todas as Unidades Sanitárias devem definir seu fluxo de atendimento, de acordo com a realidade local e os recursos disponíveis (Ver Figura 1. Fluxograma de Testagem Para a Porta de Entrada do Serviço de Urgência.	



No caso em que os utentes são identificados e/ou aconselhados num sector ou gabinete da US, e referidos para a UATS para realizar a testagem e receber o resultado, não deve ser registado como ATIP.

Figura 1. Fluxograma de Testagem Para a Porta de Entrada do Serviço de Urgência



6.3. TESTAGEM NO BANCO DE SANGUE

O objectivo principal da testagem nos Bancos de Sangue é de garantir a transfusão de sangue segura ao receptor e a protecção do dador. Todas as amostras colhidas e destinadas à doação de sangue devem ser testadas obrigatoriamente.

A testagem é feita usando testes de alta sensibilidade e especificidades, segundo os fluxos estabelecidos nos serviços de transfusão de sangue, de modo a prevenir a transmissão de agentes infecciosos.

Os dadores de sangue reportados como negativos após a testagem podem manter a actividade de doação de sangue e os reportados como positivos, devem ser notificados e em seguida encaminhados aos serviços de AT para o aconselhamento, testagem e revelação do diagnóstico.

Os Bancos de Sangue devem garantir o registo adequado dos candidatos à doação de sangue, de acordo com as normas estabelecidas para permitir a sua notificação em caso de necessidade, independentemente do local onde ocorra a doação.

6.4. REFERÊNCIAS NO ATIP

Todos os utentes testados para o HIV cujo resultado seja positivo devem ser encaminhados aos serviços de cuidados e tratamento do HIV e outros serviços de apoio. Se a US não fornece todos os serviços de apoio, deve ser estabelecido um mecanismo de referência efectivo, certificando-se que o utente e seu(*sua*) parceiro(*a*) recebam os serviços completos de atenção e apoio psicossocial.

Tabela 3. *Orientação para referências*

Referência de mulheres grávidas	As mulheres grávidas com diagnóstico positivo para o HIV devem ser referidas para os serviços de CPN para serem avaliadas e iniciarem PTV.
Referência para casais discordantes	O parceiro HIV+ na relação serodiscordante deve ser referido para o serviço de cuidados e tratamento para a avaliação e devido seguimento. Lembrar que o parceiro HIV+ da mulher grávida é elegível para o TARV, independentemente do valor de CD4 ou condição clínica. O parceiro negativo deve ser referido para serviços de prevenção disponíveis
Referência aos utentes que sofreram violência	As referências devem ser feitas ao serviço de atendimento integrado às vítimas de violência para casos indicados, de modo a proporcionar o acesso ao PEP e outros cuidados médicos, apoio psicossocial bem como acesso à justiça.

Referência de crianças de mães seropositivas

As crianças recém-nascidas de mães seropositivas devem ser sempre encaminhadas para CCR até que tenham o seu diagnóstico confirmado:

Seja pelo Polyimeraase Chain Reaction - PCR de 0 a 9 meses;

Seja pelo teste Determine depois dos 9 meses, com confirmação do resultado aos 18 meses.



Para o cumprimento das metas nacionais e para responder às necessidades estabelecidas para o ATIP, a nível distrital, unidade sanitária e serviços de testagem, podem ser estabelecidas e/ou atribuídas metas de AT.



7. ACONSELHAMENTO E TESTAGEM INICIADO PELO UTENTE- ATIU

7.1. DEFINIÇÃO

O ATIU é conhecido como a abordagem de aconselhamento e testagem voluntária; é aquele em que o utente procura voluntariamente conhecer o seu estado serológico para o HIV.

Em Moçambique, o ATIU é definido como uma estratégia que tem como objectivo ampliar o acesso à informação sobre o HIV e outras acções preventivas de saúde de forma integrada, sendo oferecido em duas vertentes: nas US com Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde – UATS e também nas Comunidades, com o Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade - ATSC. As especificidades de cada abordagem serão explicadas a seguir.

7.2. ACONSELHAMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE NAS UATS

Concebido inicialmente para o aconselhamento e testagem do HIV, actualmente é um modelo de assistência integrada ao utente, tendo como principal objectivo promover acções preventivas de saúde e cuidados sobre várias doenças num único local. Dentre as prioridades está a melhoria do acesso aos demais serviços de saúde por meio de actividades de orientação e promoção em saúde, aperfeiçoamento das referências, aumentando a adesão aos serviços. Para além da testagem para HIV, os provedores da UATS devem realizar o rastreio das ITS, tuberculose, malária, diabetes, hipertensão arterial, epilepsia e da violência baseada no género. Deve realizar ainda a oferta e a demonstração do uso correcto de preservativos e de lubrificantes, e o encaminhamento aos serviços de circuncisão masculina onde e quando aplicável, respectivamente.

O Plano de Aceleração em Resposta ao HIV orienta para o aumento de pacientes em TARV, assim sendo o acesso ao diagnóstico é indispensável. Sempre que possível, a expansão dos serviços TARV deve ser acompanhada por uma UATS, com condições básicas para oferecer ATS aos utentes voluntários.

Nas unidades sanitárias com UATS, este é o local indicado para acolher os pacientes com resultado positivo referidos do ATS-C. No entanto, é contra-indicada a re-testagem de pacientes referidos com guia de referência que confirma o seu resultado, e certos de terem aceites o seu resultado.

É, sim, importante o acolhimento e o devido encaminhamento dos pacientes, como se refere no Protocolo de Implementação da Testagem para HIV na UATS

Figura 2. Protocolo para a Implementação da Testagem para HIV na UATS



Nas unidades sanitárias com UATS, este serviço é o ponto de referência para os pacientes referidos do ATSC. Após receber os pacientes positivos referidos do ATSC, o conselheiro deve abrir o processo, fazer o acolhimento e encaminhar o paciente aos cuidados e tratamento.



As US's sem UATS devem coordenar com as organizações que oferecem o ATSC na área de saúde da mesma US, de modo que perto (até no máximo 1km) se possa oferecer o ATIU e a US pode então referir todos os casos de ATIU para esse ponto de testagem do ATSC. Os casos de ATIU referidos das US's para o ATSC devem ser registados como ATSC.



Os pacientes referidos do ATIP para testar na UATS, devem ser registados no livro do ATIU, coluna de Referidos. Assim sendo, na UATS deve-se encontrar apenas o livro do ATIU, e o provedor que Aconselha e Testa os pacientes referidos é quem deve registar e repostar a actividade.

7.3. ACONSELHAMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE NA COMUNIDADE – ATSC

O objectivo principal do ATSC é promover acções preventivas de saúde na comunidade, aumentando a cobertura dos serviços a oferecer testagem a grupos específicos da população. Os objectivos específicos incluem:

- Aumentar o acesso e a cobertura dos serviços de aconselhamento para doenças comuns ou situações de saúde que requeiram atenção como: Malária, Tuberculose, Diarreia, ITS, Saúde Reprodutiva, Hipertensão, Diabetes, Nutrição e Higiene Pessoal, Ambiente e Violência;
- Oferecer ATS aos parceiros, filhos e familiares de Casos-Índice;
- Oferecer ATS à população-chave e vulneráveis, nomeadamente: MTS, HSH, UDI, reclusos, camionistas, deficientes, mineiros e raparigas jovens e/ou adolescentes dos 15 a 24 anos;
- Contribuir para a redução de comportamentos de risco através de educação dirigida;
- Contribuir para o aumento da retenção dos pacientes em cuidados e tratamento de HIV;
- Contribuir para a redução do estigma e discriminação a que estão submetidas as pessoas que vivem com HIV;
- Fortalecer o sistema de referência e contra referência para cuidados e tratamento das pessoas com HIV e outras doenças comuns.

38

7.3.1. MODALIDADES DO ATSC

A oferta dos serviços de ATSC é realizada nas comunidades ou fora da US. Existem três modalidades para o ATSC, nomeadamente:

- **Modalidade fixa:** Oferece ATS em local fixo e permanente (ex.: escola, igreja, etc.);
- **Modalidade móvel:** Oferece ATS em locais e datas pré-definidos pelos intervenientes (autoridades de saúde local, parceiros, líderes comunitários, responsáveis distritais), onde não existe um serviço permanente de ATSC;
- **Modalidade domiciliária:** Oferece ATS porta a porta, em localidades pré-definidas pelos intervenientes (parceiros, líderes comunitários e SDSMAS).

7.3.2. PILARES DO ATSC:

- **Localização geográfica para o ATSC:** O foco geográfico actual do ATSC são as comunidades/distritos com alta densidade populacional, alta prevalência de HIV e elevado número de pessoas que desconhecem o seu estado serológico para o HIV. Este foco geográfico aumentará a possibilidade de encontrar pessoas seropositivas que não sabem do seu seroestado e encaminhá-las aos serviços de cuidados e tratamento.
- Testagem de HIV dos parceiros e filhos do Caso-Índice
- A OMS, 2015 – Consolidated Guidelines on HIV Testing Services, define a estratégia de Caso-Índice, como aquela concebida para o rastreio, identificação e testagem de Parceiros e Filhos de PVHIV (Caso-Índice).
- A testagem de parceiros e filhos do Caso-Índice visa aumentar a identificação precoce de infecções de HIV não diagnosticadas. Procura identificar, aconselhar, testar, abordar sobre medidas de prevenção, e, se indicado, encaminhar parceiros e filhos de PVHIV para serviços de cuidados e tratamento para HIV;
- É indicado não apenas a testagem, mas também o encaminhamento e seguimento de PVHIV, que compõem à mesma árvore familiar, seja feito no mesmo dia ou momento. Desta forma, contribui-se para o fortalecimento do apoio mútuo e adesão aos métodos de prevenção e de cuidados e tratamento;
- Caso seja identificado no seio familiar um indivíduo considerado parte dos grupos prioritários para testagem e/ou de alto risco, este pode ser submetido ao AT sem, no entanto, ser reportado como abordagem pelo Caso-Índice;
- Os Casos-Índice podem ser identificados na US e encaminhados ao ATS-C para a testagem dos parceiros e filhos, assim como o implementador do ATS-C pode realizar a actividade baseando-se nos Casos-Índice identificados na comunidade.
- **Testagem para a População-Chave e Vulnerável:** A plataforma de ATSC é fundamental para a oferta de serviços à população-chave como parte dos serviços de prevenção, pelo facto deste grupo-alvo ter acesso limitado à testagem pelo receio de estigma, discriminação e a divulgação de seropositividade. É importante ressaltar que, para além da população-chave, existe um grupo denominado “População Vulnerável” cujas denominações e serviços a prover são detalhados no PEN IV (Plano Estratégico Nacional IV).
- **ATSC como base para a referência à circuncisão masculina:** A plataforma de ATSC pode constituir uma oportunidade para alcançar homens seronegativos, não circuncidados e encaminhá-los aos serviços de Circuncisão Masculina disponíveis, como parte de uma intervenção de prevenção.



Os grupos prioritários (População-Chave e Vulnerável, parceiros e filhos do Caso-Índice e Homens que merecem a intervenção de circuncisão masculina) são os considerados grupo-alvo para o ATS-C, contudo os provedores da unidade sanitária devem também trabalhar no rastreio, identificação e testagem destes grupos.



Orienta-se ainda para que abordagem do Caso-Índice efectue-se com o consentimento voluntário do Caso-Índice.



É fundamental a coordenação entre US e ATS-C para facilitar as referências e seguimento deste grupo-alvo

7.3.3. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ATSC

- O ATSC é implementado por organizações da sociedade civil incluindo organizações de base comunitárias (*OBC*);
- Nenhuma destas organizações deve iniciar a implementação do ATSC sem o devido reconhecimento e coordenação com o CNCS, MISAU, NPCCS, DPS, SDMAS e US;
- É indispensável o credenciamento destas organizações por parte da DPS, com o conhecimento do MISAU;
- Todas as organizações devem trabalhar em coordenação com as Unidades Sanitárias e DDS's da área de actuação, de forma a garantir que a implementação das actividades e avaliação de desempenho dos provedores de testagem/activistas seja também gerida pelas entidades acima descritas;
- A contratação e a formação dos gestores e provedores de testagem de cada organização devem ser feita em coordenação com as DPS's e SDSMAS;
- A estrutura das organizações deve estar preparada para responder ao fluxo de gestão dos testes rápidos, assim como o de envio dos relatórios das actividades (*VIDE os fluxogramas de gestão de testes rápidos e de gestão de dados em anexo*);
- As organizações devem assegurar a referência dos utentes e a ligação com os serviços de saúde (*coordenar as actividades com o responsável do ATS da US como forma de obter resposta sobre as referências e encaminhamentos feitos*). Vide em anexo a ficha de referência e contra-referência;



- Participar activamente nos encontros técnicos e de melhoria de qualidade da unidade de referência.



Para apoiar o desempenho das actividades dos provedores de testagem que estão tanto nas UATS como no ATSC, foram desenhados alguns protocolos para o rastreio de algumas patologias, e organogramas para facilitar os encaminhamentos e referências. Estes protocolos e o organograma encontram-se em anexo.

8. ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR O SEGUIMENTO E A CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS

Os utentes seropositivos identificados em sessões de ATS devem ser referidos às consultas para receberem os cuidados e tratamento adequados e ter seguimento para garantir a adesão aos cuidados e tratamento. As estratégias para alcançar a continuidade dos serviços devem ser discutidas entre os intervenientes para que a sua implementação seja apropriada à realidade local. Entre algumas, destacam-se:

- A US deve identificar a figura que será responsável por gerir referências e encaminhamentos da comunidade para a unidade sanitária e vice-versa;
- Possibilidade de abertura do processo do utente na UATS logo após o teste, no caso de resultado HIV+:
 - Existem algumas unidades sanitárias que praticam esta modalidade para minimizar a perda de utentes. As US's são encorajadas em apostar na expansão do processo de abertura dos processos, acolhimento e encaminhamento dos pacientes a partir da UATS;
 - Os utentes testados positivos no ATIP devem ser encaminhados para o serviço de cuidados e tratamento, e não para a abertura do processo na UATS.
- Na US sem UATS os utentes encaminhados da comunidade ou de outra US devem ser dirigidos para a aceitação do STARV para o seguimento;
- Uso de educadores de pares ou seu equivalente, ou mesmo os provedores de testagem para acompanhar os pacientes para o serviço de seguimento;
- Em coordenação com o ATS-C, realizar visitas domiciliárias aos pacientes com diagnóstico positivo para certificar que estes se registaram nos serviços de cuidados e tratamentos e estão a fazer o devido seguimento, assim como para aconselhar e testar os seus parceiros e filhos;
- As visitas domiciliárias devem ser efectuadas com o consentimento dos pacientes;
- Promoção e facilitação de grupos de apoio que reúnam PVHIV que estejam ou não em TARV, para partilhar as experiências. A promoção desses grupos de apoio mútuo e aconselhamento é uma estratégia que deve ser utilizada para:

- Estimular os utentes a aderirem aos cuidados e tratamento, principalmente as mulheres grávidas seropositivas, de modo que as mesmas sejam incorporadas na PTV, serem encorajadas a continuar com o tratamento antiretroviral e a trazerem os seus filhos expostos ou infectados pelo HIV para o acompanhamento, assim como abordar outras barreiras incluindo a VBG;
- Os pacientes devem ser encorajados a revelar o seu estado serológico para um confidente, o qual desempenhará um papel fundamental de apoio, confiança e auto-estima, incluindo questões relacionadas com a tomada de medicamentos, adesão ao TARV, acompanhamento às consultas, entre outras;
- Identificar os recursos disponíveis na comunidade e estabelecer um sistema de referência e contra-referência de acordo com as necessidades identificadas. Através do envolvimento de organizações de base comunitária que apoiam em diferentes vertentes; com activistas, pessoas vivendo com HIV/SIDA, agentes polivalentes de saúde e educadores de par;
- No caso dos utentes identificados pelos conselheiros na comunidade (ATSC), deve ser garantido o seguimento deles até que sejam incorporados na US, seja através das visitas de seguimento dos mesmos, a eleição de um provedor na unidade sanitária, também com a responsabilidade de gerir casos referidos da comunidade, e o apoio dos provedores de testagem das UATS que recebem e encaminham os casos referidos do ATSC;
- Reforçar a integração entre a US, líderes comunitários, religiosos, associações, ONG's locais e parceiros no sentido de juntar os esforços e recursos disponíveis para melhorar o acesso do AT da população e aos cuidados de saúde das pessoas vivendo com HIV;
- No final de cada período todos os intervenientes do ATS e ATS-C devem confrontar e discutir os resultados obtidos no respeitante a referências-contra-referências, encaminhamentos e seguimentos.



Vide em anexo a ficha de referência e contra-referência, aprovada pelo MISAU, que deve ser implementada da comunidade para US.



ICAP

Uni-Gold

Com Apoio ICAP

Uni-Gold: Preparação

Uni-Gold: Colhendo a Amostra

Uni-Gold: Adicionando Amostra e Reagente ao Ponto de Entrada do Dispositivo

CAIXA DE SEGURANÇA

PARA RESÍDUOS, AGULHAS E REAGENTES ESTERILIZADOS

PARA UTILIZAÇÃO ÚNICA - MULTIPACIENTES

RECOMENDADO POR OMS

BIOHAZARD CARD

Uni-Gold: Obtendo Resultados

Alere

Trinity Biotech

Uni-Gold™ 1/10

Alere

Uni-Gold™ 1/10

MEDIC-DENT

Labios, Mucosas e Amalga



9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DO ATS

9.1. FORMAÇÃO

ATIP - Como critério mínimo para a implementação e devida prestação da oferta do ATIP, os serviços devem assegurar a existência de provedores de saúde acreditados e/ou formados para prover o ATIP:

- A formação deve ser concebida com base nos protocolos do MISAU;
- O pacote de formação é de cinco dias, incluindo aulas teóricas e práticas;
- A avaliação da formação deve focar-se nos conhecimentos, habilidade e atitudes, para o qual se aplicará um pré-teste, pós-teste e avaliação de desempenho, baseado nas listas de verificação do ATIP;
- O provedor de saúde deve alcançar pelo menos 80% dos padrões de qualidade/desempenho para ser acreditado como um provedor de ATIP.

UATS - Todo o provedor de testagem das UATS deverá receber uma formação específica para capacitá-lo ao desenvolvimento das actividades que irá realizar. A formação inicial deve ser realizada num período de 10 (*dez*) dias úteis, dos quais 6 (*seis*) destinam-se às aulas teórico-práticas, sendo os restantes 4 (*quatro*) dias reservados para actividades práticas com utentes nas UATS, consoante normas do MISAU. É importante frisar a necessidade de credenciar este provedor, quando este mostra aptidão para o exercício de suas actividades.

ATSC - Todo o conselheiro do ATSC deverá receber uma formação específica para capacitá-lo ao desenvolvimento das actividades que irá realizar:

- A formação deverá ser realizada num período de 10 (*dez*) dias úteis, dos quais 6 (*seis*) destinam-se às aulas teórico-práticas, sendo os restantes quatro (*4*) dias reservados para actividades práticas com utentes no ATSC, conforme os protocolos do MISAU;
- Para além desse período, os conselheiros deverão fazer um estágio de uma a três semanas no ATSC e na US (*UATS*), e somente após o estágio e depois da avaliação de desempenho poderão ser liberados para o desempenho de suas actividades;

Após uma avaliação para a acreditação de desempenho, ou seja, em um período de 3 (*três*) semanas, deve decorrer a capacitação e estágio dos conselheiros;

Nos primeiros 3 (*três*) meses após a formação, os conselheiros deverão receber apoio técnico mais estreito e sistemático do parceiro e área de laboratórios. Este apoio deverá acontecer, no mínimo, a cada trimestre.

- Os conselheiros deverão ser avaliados trimestralmente, utilizando listas de verificação que contêm padrões de desempenho adequados para esta actividade;
- Cada grupo de conselheiros deve ser acompanhado de um supervisor. O supervisor, para além de assegurar o bom desempenho dos conselheiros e uma logística adequada ao desenvolvimento das actividades, também deve assegurar o envio regular e sistemático dos dados estatísticos.

A Unidade Sanitária, através do ponto focal do ATS, deverá ser envolvida no processo das formações dos novos conselheiros, das formações e reciclagens dos conselheiros que já estejam a trabalhar, assim como nas avaliações de desempenho de maneira a garantir que as actividades estejam a ser realizadas consoante as Directrizes do MISAU.

 Apenas formadores credenciados pelo MISAU estão autorizados a fazer formação de provedores de testagem. Em todas as formações de ATS, ATIP e ATSC é indispensável e obrigatória a participação do técnico de laboratório, como responsável pela garantia de qualidade de testagem. Assim como os responsáveis de farmácia e de Monitoria e Avaliação, para garantir o cumprimento do fluxo de Gestão de Testes Rápidos e de Dados.

 Nota: Vide as listas de verificação para a classificação dos padrões mínimos em Aconselhamento, nos pacotes de formação de ATIP e ATS-C (MISAU)

 Vide o Guião de Observação para a classificação dos padrões mínimos em Testagem, no pacote de formação de Qualidade de Testagem (MISAU)

46

9.2. COORDENAÇÃO - COMITÉ DE GESTÃO DAS ACTIVIDADES DO ATS

ATIP, UATS e ATSC - Cada US deve procurar integrar os intervenientes principais e as discussões propostas pela área de ATS, no comité de gestão das actividades da unidade sanitária ou distrito. Nos momentos em que se pretende discutir os aspectos relacionados com ATS, é indispensável a presença dos seguintes técnicos: Director da US, responsável do ATS na US, chefes dos serviços, responsável do ATSC, responsável de farmácia e responsável do laboratório.

Este comité é que definirá a forma como o ATS dentro e fora da US será implementado e fará a coordenação com os demais para a sua implementação, bem como a monitoria periódica das actividades. As discussões para área do ATS devem acontecer mensalmente e a coordenação das acções deve envolver:

Garantia de um sistema logístico de qualidade para a justificação de consumo e distribuição dos kits de testes e consumíveis;

Disponibilização de materiais de Informação, Educação e Comunicação - IEC para os serviços a serem oferecidos;

Garantia de profissionais capacitados, acreditados e actualizados, por meio de formação continuada e supervisão;

Organizar em colaboração com as DPS, os fluxos, as referências e os seguimentos de acordo com as condições locais, a fim de garantir a integração na rede de assistência aos utentes.

9.3. LOGÍSTICA: GESTÃO DE TESTES RÁPIDOS DO HIV

O princípio básico para a gestão dos testes é a solicitação atempada destes ao nível central, bem como o controlo dos usos, de modo a garantir a sua disponibilidade. Para isso, é necessária a monitoria da demanda e do consumo de kits de testes de cada US, distrito, província. O nível central deve quantificar o consumo, as previsões e enviar os kits de acordo com essa quantificação. Deve existir um plano anual no nível central, provincial e local, com metas de pessoas a aconselhar e testar, prazos de aquisição e esquemas de distribuição. Periodicamente, deve-se fazer uma avaliação do cumprimento das metas e do consumo dos testes. Esta avaliação deverá ser realizada no comité de gestão de actividades do ATS.

O responsável pela provisão dos testes na US é o sector de farmácia. Este sector deve encarregar-se localmente da gestão dos kits, deve enviar mensalmente à DPS os dados sobre o consumo, stock, kits cujos prazos estão prestes a expirar e previsões de consumo em função dos dados dos meses anteriores.

Se a unidade sanitária não tiver um farmacêutico, deve-se identificar um ponto focal que será responsável pela gestão dos testes rápidos. Os chefes do serviço em coordenação com responsável do ATS da US devem apoiar a farmácia pela distribuição dos testes, garantindo a gestão dos kits de testagem para que não haja ruptura. Em caso de insuficiência ou falta de testes, deve-se disponibilizar os testes nos locais prioritários (*consulta pré-natal, maternidade e TB*). Em casos excepcionais, pode-se, de forma coordenada, recorrer a outra US, distrito ou província que tiver disponibilidade, para evitar a paralisação das actividades ou referir os utentes nos casos necessários. Para melhor argumentar a necessidade de uma fácil gestão dos testes, orienta-se para o seguinte:

- A OSC deve organizar-se minimamente para armazenar devidamente a quantidade de testes que necessitar para o seu consumo;
- Melhorar a comunicação entre os gestores dos testes (*farmácia*) e os serviços de AT;

- O sector de farmácia deve garantir a existência e preenchimento correcto e uniforme dos mapas de consumo de testes rápidos, nos diversos serviços de AT;
- Assegurar que cada serviço de AT da US reporta o consumo de testes como foi preconizado;
- Assegurar que nas formações de ATS e ATS-C a componente de farmácia esteja integrada;
- No final de cada período de reporte, a US ao compilar os dados dos sectores deve fazer uma análise crítica da informação que recebe (*Verificar a relação dos testes fornecidos, testes consumidos e testes que sobram no sectores*);
- De seguida a US deve enviar o Relatório Mensal de Testes Rápidos e o Balancete dos testes através do Modelo de Requisição/Balancete para o DDM;
- O DDM ao compilar os Relatórios Mensais de Testes Rápidos (*Assegurar que todos os seus dependentes entreguem estes dentro do Prazo Estabelecido*);
- O DDM ao compilar os dados dos seus dependentes deve fazer uma análise crítica da informação que recebe (*verificar a relação dos testes fornecidos, testes consumidos e testes que sobram no seu Dependente*);
- No final do Período o DDM deve enviar o Relatório Mensal de Testes Rápidos e o Balancete dos testes através do Modelo de Requisição/Balancete para o DPM.

9.3.1. FLUXO DE GESTÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA O ATSC

A gestão dos testes rápidos para o ATS-C será feita a nível do distrito. O responsável pela gestão dos testes para o ATSC deve enviar as requisições e os mapas dos consumos de testes ao depósito de medicamentos distrital. É a este nível que os OSC (*Organizações da Sociedade Civil*) devem coordenar a gestão dos testes para o seguimento de suas actividades.

O novo fluxograma de testes rápidos de HIV para o ATS-C (*Maputo, 14 de Novembro de 2014, CMAM*), orienta para o seguinte:

- Garantir que Provedores do ATSC tenham os modelos de gestão (*Requisição/Balancete e Relatório Mensal de Testes Rápidos*);
- Assegurar que os Provedores do ATSC saibam preencher esses modelos;



- O DPM (*Depósito Provincial de Medicamentos*) distribui testes rápidos de HIV para os distritos, através dos depósitos distritais de medicamentos (*DDM*) baseado no consumo reportado. Os representantes das OSC não deverão levantar testes nos DPM;
- Os representantes das OSC deverão levantar os testes rápidos nos DDM da sua área de acção e realizar a distribuição através da sua rede de supervisões aos activistas comunitários;
- O relatório mensal de consumo de testes rápidos deve ser preenchido por cada activista;
- O representante da OSC deve compilar os mapas dos activistas no modelo da CMAM e produzir uma requisição de testes rápidos de HIV usando os modelos de requisição balancete distrital da CMAM;
- Todos os meses o representante da OSC deverá reportar o número de testes consumido pelos activistas comunitários e o número de testes positivos durante o período, através do Mapa de Consumo de Testes rápidos ao DDM de sua área de acção. A quantidade requisitada deverá ser de acordo com o consumo e o stock existente;
- A aquisição de testes depende do reporte do mapa de consumo de testes rápidos, que deve ser confrontado e acompanhado pelo relatório estatístico de actividades com visto do responsável da US.
- Para casos de realização de Campanhas de Testagem:
 - Calcular a meta de pessoas a aconselhar e testar;
 - Identificar o período que vão executar a tarefa;
 - Fazer a Requisição de Testes e submeter ao visto do Médico Chefe Distrital e enviar ao Depósito Distrital de Medicamentos;
 - No final da campanha, devem apresentar o consumo de testes e o relatório das actividades, e devolver o stock existente ao Depósito Distrital de Medicamentos;



A aquisição de testes depende do reporte do mapa de consumo de testes rápidos, que deve ser confrontado e acompanhado pelo relatório estatístico de actividades.

10. QUALIDADE DA TESTAGEM

A garantia da qualidade da testagem serológica do HIV em Moçambique é essencial para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes de saúde. O diagnóstico adequado do HIV é a chave para o sucesso dos programas de prevenção e tratamento do HIV. Moçambique assistiu nos últimos anos uma expansão sem precedentes da testagem do HIV com vista a alcançar as metas para a prevenção e tratamento do HIV.

A garantia da qualidade envolve responsabilidades de vários intervenientes, a US (*gestor do ATS e gestor de laboratórios*) em coordenação com os parceiros deve organizar-se para que seja efectivo. Esta garantia envolve: a) cumprimento dos padrões de testagem (*ver em anexos a lista de verificação*), b) conservação e validade dos kits de testagem, c) cumprimento do algoritmo nacional de testagem (*ver em anexos o algoritmo de testagem*), d) leitura correcta dos resultados, e) correspondência entre os resultados dos testes e dos controlos de qualidade.

Assim sendo, o MISAU, em colaboração com os parceiros de implementação, implementou uma estratégia para a melhoria da qualidade da testagem do HIV. Esta estratégia assenta nos seguintes pilares:

50

A Revitalização dos núcleos provinciais de qualidade da testagem do HIV. Estes núcleos estão sobre o comando do departamento de laboratórios, e deve garantir:

- O envolvimento dos intervenientes de Laboratório (*Supervisor, Assessor e INS*), PNC ITS's e HIV/SIDA, ATS, Monitoria e Avaliação e Farmácia;
- O treino inicial e de refrescamento de todo o pessoal que realiza a testagem do HIV em Moçambique;
- A avaliação da competência inicial e regular dos provedores que realizam a testagem rápida do HIV em Moçambique;
- O credenciamento do pessoal com qualificação para realizar a testagem rápida do HIV em Moçambique;
- A certificação dos locais de testagem para seguimento dos padrões mínimos de qualidade de testagem;
- A realização de visitas regulares de supervisão aos locais que realizam a testagem do HIV;
- A adopção de medidas de controlo de qualidade interna e externa;

- A existência de Procedimentos Operacionais Padrão Determine e Uni-gold e os Algoritmos de Testagem (*em anexo*), nos locais onde se executa o AT;
- A inclusão de actores comunitários que realizam o ATS-C, nas formações e seguimento de actividades no âmbito da qualidade de testagem.



Os detalhes e instrumentos para a implementação da estratégia de qualidade podem ser consultados em: Directriz para a Melhoria da Qualidade da Testagem Rápida de HIV em Moçambique, e no Pacote de Formação de Qualidade de Testagem, INS, DNAM (2013).



Orienta-se para que as DPS's tornem funcionais e reportem as actividades para o nível central, dos Núcleos Provinciais que garantem a qualidade de testagem.

11. RESPONSABILIDADES NO ATS

Para a adequada implementação do ATS em qualquer uma das suas abordagens, é necessário o envolvimento de vários intervenientes: MISAU, comunidade, direcção da US, responsável pelo ATS da US, os chefes de cada serviço, o provedor de testagem que faz o ATS e eventuais parceiros.

Abaixo segue a descrição das responsabilidades de cada interveniente para a implementação, gestão, monitoria e supervisão das actividades de ATS:

11.1. MINISTÉRIO DA SAÚDE:

- Liderar o processo de implementação do AT em todo o país;
- Difundir a Directriz Nacional do ATS e outras referências técnicas nas Direcções Provinciais de Saúde;
- Garantir a disponibilidade de recursos: kits de testagem e consumíveis para a devida provisão de AT;
- Conduzir os painéis de controlo de qualidade de AT;
- Planificar e avaliar o cumprimento das metas e indicadores de AT no país;
- Realizar as supervisões e apoio técnico de AT a nível das Províncias;
- Prover materiais de formação para o AT;

- Facilitar acordos e memorandos de entendimento com os parceiros para a implementação do AT.

11.2. DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE:

- Definir as áreas prioritárias para a intervenção e expansão das actividades de ATS;
- Disponibilizar os kits de testagem para os locais que fazem ATS (*US e ATSC*) de modo que seja garantido a execução das actividades para ATS;
- Apoiar na selecção, formação dos técnicos, conselheiros, provedores de saúde em colaboração com os líderes distritais e outros intervenientes para o ATS;
- Garantir que informações sobre as actividades de ATS sigam os padrões estabelecidos do envio da informação, desde a Unidade Sanitária até ao nível central;
- Garantir as supervisões e apoio técnico de ATS a nível do distrito.

52

11.3. DIRECÇÃO DISTRITAL/UNIDADE SANITÁRIA

- Difundir a Directriz Nacional do ATS e outras referências técnicas entre os provedores de saúde;
- Liderar a implementação da actividade de ATS para o HIV na US;
- Coordenar as actividades e o reporte dos dados dos parceiros que eventualmente apoiem a US;
- Atribuir responsabilidades específicas em relação a quem regista/reporta os dados das actividades de ATS;
- Analisar a informação sobre o ATS (*seja dos serviços pelo ATIP, como pela Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde – UATS e do ATSC*) e tomar as decisões necessárias com sua equipa de gestão;
- Encaminhar os registos das actividades de ATS (*ATIP, UATS e ATSC*) aos serviços de saúde SDSMAS;
- Criar as condições de conforto e privacidade nos serviços para que o ATIP seja feito de acordo com os princípios orientadores de ATS;
- Apoiar na implementação do ATS na Comunidade e incorporar as actividades da mesma no fluxograma da US;

- Liderar a ligação entre a comunidade e a US, através daqueles utentes aconselhados e testados na comunidade que se dirigem à US;
- Criar as condições de biossegurança para o descarte de lixo infeccioso.

11.4. RESPONSÁVEL PELO ATS DA US:

- Este responde ao director clínico da Unidade Sanitária e ao gestor de ITS's e HIV/SIDA distrital;
- Garantir que seja implementada a Directriz Nacional do ATS com apoio estreito da Direcção da Unidade Sanitária;
- Planificar as actividades e garantir o cumprimento das metas de ATS na US;
- Apoiar na logística dos kits de testagem;
- Monitorar as avaliações de desempenho realizadas em pares nos serviços, com apoio das listas de verificação;
- Supervisionar a provisão efectiva do ATS;
- Promover a criação de espaços para o ATS que garantem confidencialidade;
- Apoiar o processo de análise da informação e validação dos dados do ATS;
- Preparar relatórios integrando todos os pontos que realizam actividades de ATS;
- Identificar as necessidades de formação em matéria de AT dos provedores e programar as mesmas;
- Manter a estreita coordenação com a Direcção da US e parceiros que apoiam as actividades de ATS;
- Fazer o seguimento dos utentes testados no ATSC e referidos a US para cuidados e tratamento.

11.5. RESPONSÁVEL DO LABORATÓRIO DA US:

- Garantir a qualidade dos procedimentos da testagem do HIV em todos os serviços que estejam a testar na US, providenciando a formação

em serviço aos provedores que estejam a testar na US, consoante a necessidade;

- Preparar relatórios sobre o ponto da situação da qualidade da testagem e dar o devido seguimento em coordenação com o responsável do ATS na US, incluindo os provedores de saúde não acreditados, mas que estejam a testar na US.

11.6. CHEFES DE SERVIÇO (SMI; CONSULTAS E TRIAGENS, TB ETC.):

- Trabalhar em coordenação com o responsável do ATS a nível da unidade sanitária;
- Assegurar-se que esteja de forma visível para toda a equipa uma escala para a implementação do ATS;
- Fazer as requisições atempadas dos kits de testagem, materiais e suprimentos necessários para o ATS;
- O chefe do serviço deve compilar os mapas de consumo dos provedores no modelo da CMAM e produzir uma requisição de testes rápidos de HIV, usando os modelos de requisição balancete distrital da CMAM;
- Verificar a validade dos reagentes e consumíveis regularmente;
- Assegurar-se que os materiais de testagem fora do prazo sejam inutilizados e nunca consumidos;
- Organizar o serviço de modo a garantir um espaço adequado que ofereça privacidade aos utentes durante a sessão de ATS;
- Rever e analisar os dados das fichas de registo diárias e resumos mensais de ATIP de forma a garantir a fidelidade nos dados;
- Assegurar que o resumo mensal do serviço seja enviado ao responsável de ATS da US.

11.7. PROVEDOR DE TESTAGEM:

- Oferecer ATS a todas as pessoas, de acordo com as especificidades de sua abordagem de testagem;
- Cumprir com o algoritmo nacional de testagem;
- Cumprir, no mínimo, 80% dos padrões básicos de qualidade para o ATS;

- Garantir a confidencialidade das questões a serem discutidas durante a sessão;
- Preencher, de forma adequada, a ficha de registo diário e mensal do AT disponíveis;
- Entregar, atempadamente, o resumo mensal para o responsável do ATS da US;
- Encaminhar o utente aos serviços que sejam necessários, de acordo com os resultados.

11.8. PARCEIRO DE IMPLEMENTAÇÃO:

- Assinar memorando de entendimento para a implementação do ATSC;
- Apoiar a implementação das actividades na comunidade e na US, de acordo com as necessidades;
- Realizar a contratação e formar os conselheiros de acordo com as normas do MISAU;
- Garantir a qualidade do ATS, incluindo a conservação adequada e validade dos kits de testagem;
- Apoiar no desenho do fluxo de atendimento, fluxo de registo das informações de ATS e apoiar a sua implementação como forma de garantir que as informações sobre as actividades de ATIP e ATIU sejam enviadas às instâncias superiores atempadamente e recebidas pelo nível central;
- Dar apoio técnico de forma a garantir a qualidade de testagem e de informação,
- Apoiar na coordenação de recursos necessários para a realização do ATS (*cronómetros, placas de resultado, luvas, manuais de recolha de informações, etc.*).
- Manter estreita relação com a US de modo a garantir a referência e contra-referência dos utentes de ATS;
- Estabelecer uma estreita relação e coordenação com MISAU e DPS/SDSMAS.

11.9. RESPONSÁVEL DA FARMÁCIA

- Garantir a provisão e gestão dos testes rápidos a nível dos serviços da unidade sanitária;
- Os chefes dos serviços deverão levantar os testes rápidos na farmácia e realizar a distribuição, de acordo com as necessidades de cada sector;
- A farmácia distribui testes rápidos de HIV para os serviços mediante o consumo reportado pelos chefes destes serviços;
- Todos os meses o chefe do sector deverá reportar o número de testes consumido pelos provedores e o número de testes positivos durante o período, através do Mapa de Consumo de Testes rápidos. A quantidade requisitada deverá ser de acordo com o consumo e o stock existente;
- O relatório mensal de consumo de testes rápidos deve ser preenchido por cada provedor de testagem;
- A farmácia da unidade sanitária deve enviar mensalmente à DDM os dados sobre o consumo, stock, kits, cujo prazo estão prestes a expirar e previsões de consumo em função dos dados dos meses anteriores.



12. MONITORIA & AVALIAÇÃO

Para a avaliação dos provedores de saúde/conselheiros, encontram-se em anexo listas de verificação com os padrões indicados para garantir a qualidade das actividades. De referir que existem dois tipos de avaliações; as internas e as externas, e apoiar tecnicamente na sua implementação. As avaliações internas devem ser utilizadas em pares periodicamente para apoiar a formação contínua do provedor de testagem. Orientadas por um supervisor, essas avaliações visam identificar os constrangimentos que os provedores de testagem estejam a enfrentar na implementação do ATS e a elaborar um plano de mudanças conjunto que permita ultrapassar os constrangimentos encontrados.

Para além das avaliações em pares, devem ser realizadas, pelo responsável do ATS da US em coordenação com o responsável do Laboratório da US, avaliações externas de desempenho. O instrumento de avaliação externa permite identificar e medir, de forma objectiva, o desempenho das actividades de ATS.

12.1. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Para sustentar o sistema de informação do ATS e fazer as avaliações necessárias, seguem os indicadores básicos e/ou prioritários:

- Nº de utentes aconselhados para o HIV por sexo e faixa etária;
- Nº de testados para o HIV por sexo;
- % de utentes aconselhados e testados HIV positivos (*entre os utentes testados*) por sexo;
- % de utentes testados por âmbito.

Toda a actividade de ATS deve ter um sistema de registo para permitir um acompanhamento, corrigir erros, sugerir formações em serviço, expandir, traçar estratégias, difundir informações, elaborar materiais de IEC e relatórios de actividade de ATS.

A recolha dos dados das actividades de ATS deve ser feita através das Fichas de Registo Diário. O preenchimento da ficha deve respeitar a fidelidade, evitar erros e omissões e garantir a segurança. As fichas devem ser, no final de cada actividade diária, guardadas em locais seguros e todas as informações passadas para o Resumo Mensal. O chefe do serviço deve verificar as informações do resumo mensal e assegurar-se que estão correctamente preenchidas. Para a garantia da confidencialidade dos registos, as fichas devem ser mantidas em lugar seguro, não podendo ser reveladas informações que identifiquem o utente.

No caso dos serviços de saúde que implementam o ATIP, a fim de evitar a duplicação ou sub-registo da informação, os registos diários devem ser sempre consolidados por serviços (*por ex: medicina homem, medicina mulher, medicina, cirurgia, consulta de planeamento familiar, consulta de pediatria, consultas TB, consultas externas, banco de socorros, enfermaria de ortopedia, entre outros*).

12.1.1. FLUXO DE GESTÃO DE DADOS

O fluxo de gestão de dados de ATS segue a mesma orientação da gestão de dados global, estabelecida pelo MISAU.

Figura 3. Fluxo de dados para a unidade sanitária

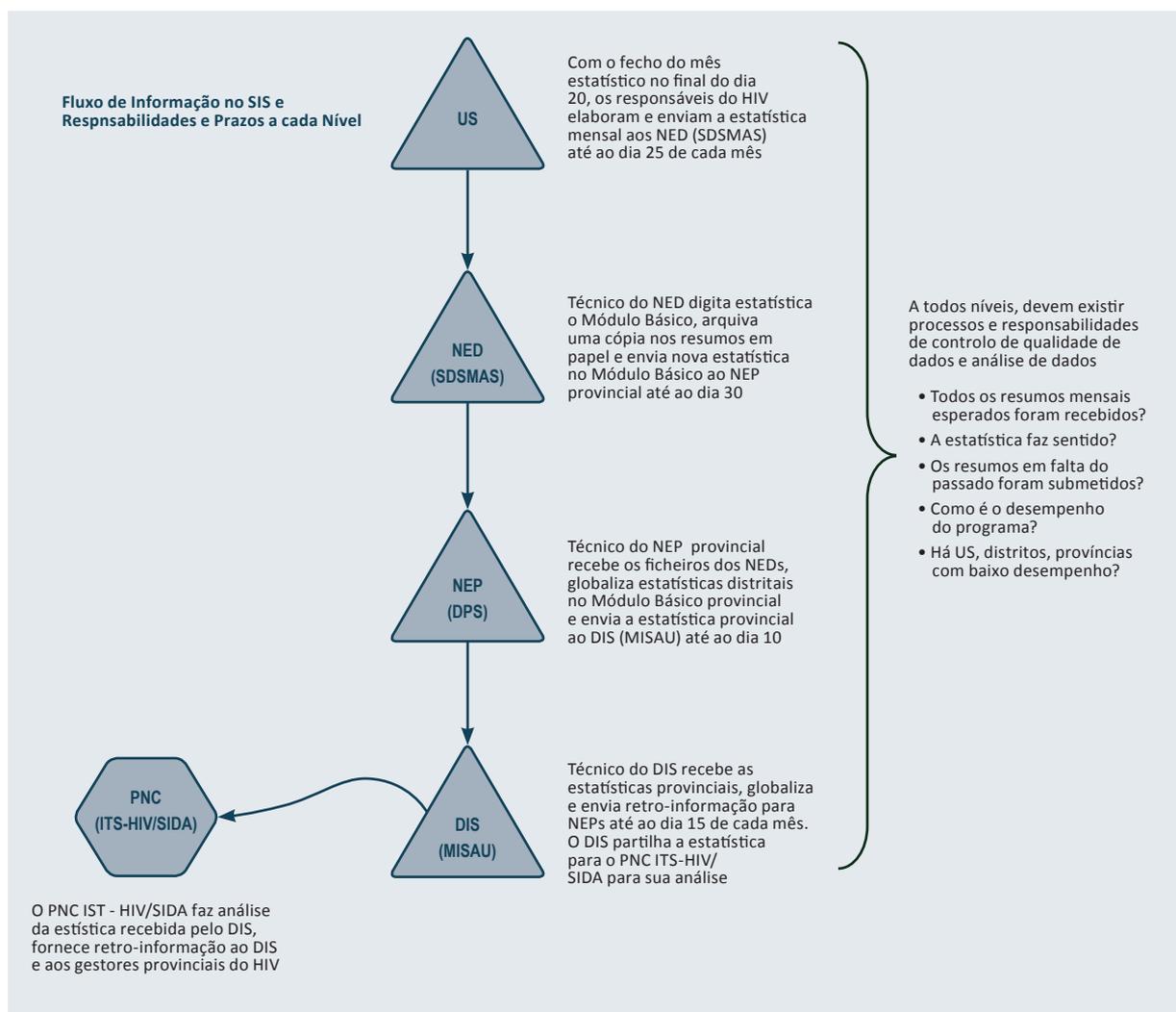
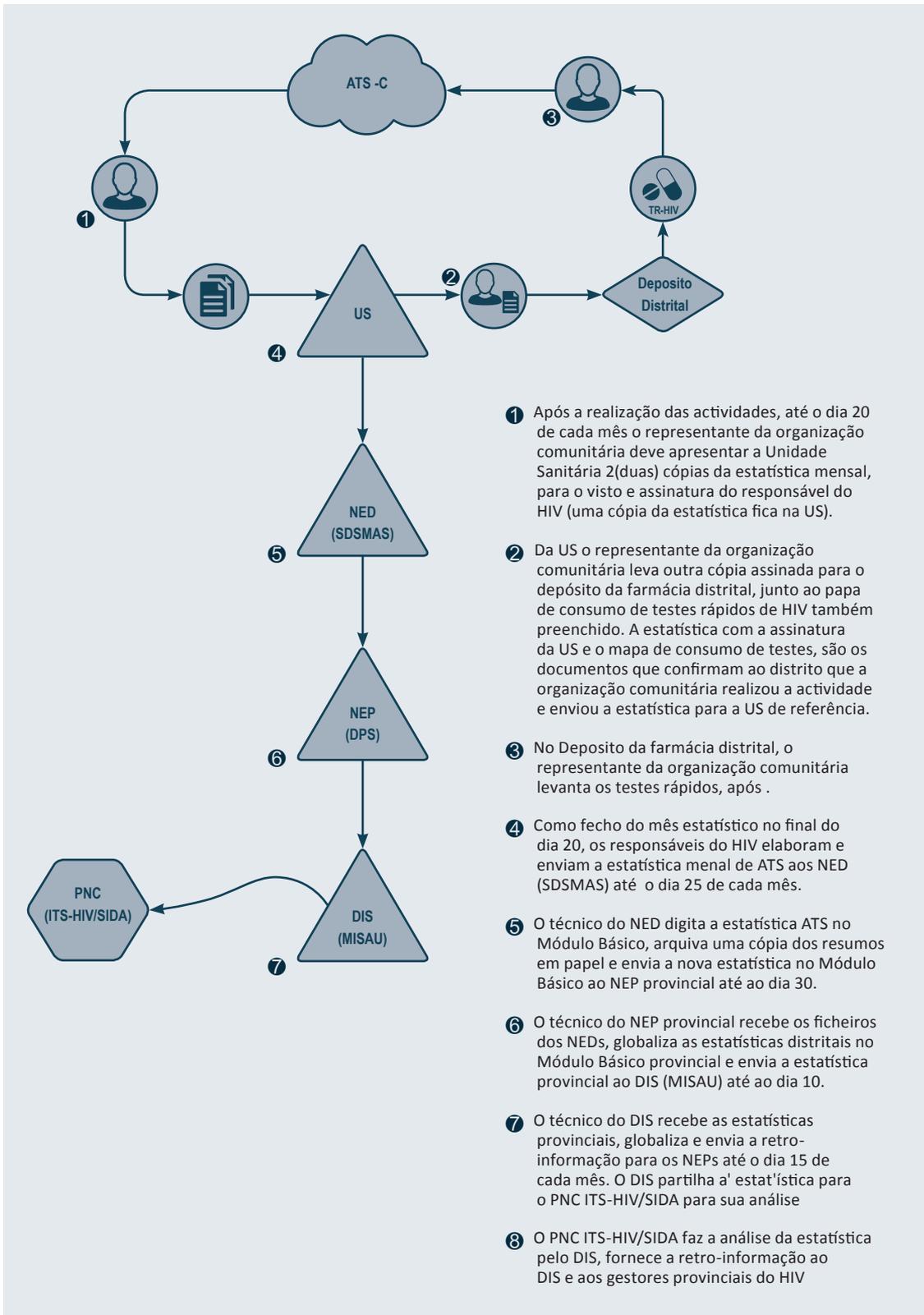


Figura 4. Fluxo de Gestão de Dados para o ATSC



- 1 Após a realização das actividades, até o dia 20 de cada mês o representante da organização comunitária deve apresentar a Unidade Sanitária 2(duas) cópias da estatística mensal, para o visto e assinatura do responsável do HIV (uma cópia da estatística fica na US).
- 2 Da US o representante da organização comunitária leva outra cópia assinada para o depósito da farmácia distrital, junto ao papa de consumo de testes rápidos de HIV também preenchido. A estatística com a assinatura da US e o mapa de consumo de testes, são os documentos que confirmam ao distrito que a organização comunitária realizou a actividade e enviou a estatística para a US de referência.
- 3 No Deposito da farmácia distrital, o representante da organização comunitária levanta os testes rápidos, após .
- 4 Como fecho do mês estatístico no final do dia 20, os responsáveis do HIV elaboram e enviam a estatística mensal de ATS aos NED (SDSMAS) até o dia 25 de cada mês.
- 5 O técnico do NED digita a estatística ATS no Módulo Básico, arquiva uma cópia dos resumos em papel e envia a nova estatística no Módulo Básico ao NEP provincial até ao dia 30.
- 6 O técnico do NEP provincial recebe os ficheiros dos NEDs, globaliza as estatísticas distritais no Módulo Básico provincial e envia a estatística provincial ao DIS (MISAU) até ao dia 10.
- 7 O técnico do DIS recebe as estatísticas provinciais, globaliza e envia a retro-informação para os NEPs até o dia 15 de cada mês. O DIS partilha a estatística para o PNC ITS-HIV/SIDA para sua análise
- 8 O PNC ITS-HIV/SIDA faz a análise da estatística pelo DIS, fornece a retro-informação ao DIS e aos gestores provinciais do HIV

[nome do documento em falta!]



O responsável do ATS da US em coordenação com a Direcção da Unidade Sanitária, DPS e Parceiros de implementação devem garantir que as fichas de monitoria e avaliação de ATS utilizadas são aquelas preconizadas pelo MISAU.



Vide em anexo os fluxogramas de gestão de dados da US e Comunidade.



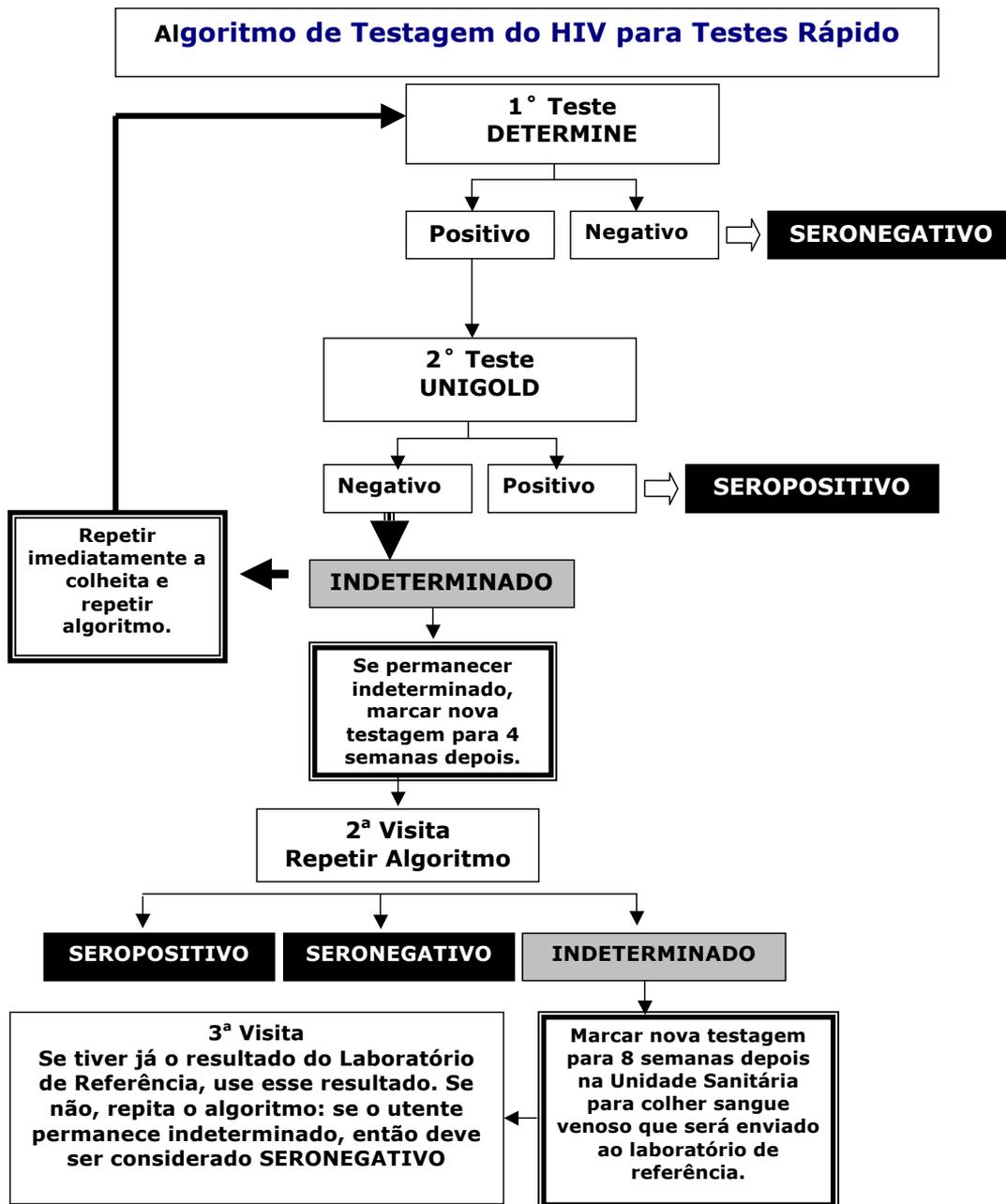
DIRECTRIZ NACIONAL PARA ATS

62

8

13. ANEXOS

Anexo 1. Algoritmo e testagem do HIV para Testes Rápidos



Anexo 2. Formulário de despiste dos principais sintomas de tuberculose**DESPISTE DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA TUBERCULOSE**

CÓDIGO DO UTENTE: _____

Sexo: _____ Idade: _____

SINTOMAS	SIM	NÃO
1. O utente tem tosse há mais de 3 semanas?		
2. O utente tem tido escarro com sangue alguma vez nas últimas 3 semanas?		
3. O utente tem febre há mais de 3 semanas?		
4. O utente tem tido suores à noite por mais de 3 semanas?		
5. O utente perdeu mais de 3 quilos do seu peso normal nas últimas 4 semanas?		

- Se o utente responder **SIM** à pergunta 1 ➔ **Serviço de TB**
- Se o utente responder **SIM** à pergunta 2 ➔ **Serviço de TB**
- Se o utente responder **SIM** as perguntas 1 e 2 ➔ **Serviço de TB**
- Se o utente responder **SIM** à pergunta 1 associada a uma ou todas as perguntas 3, 4 e 5 ➔ **Serviço de TB**
- Se o utente responder **SIM** as perguntas 3, 4 e 5 separadamente ou combinadas entre si ➔ **Médico ou Técnico de Medicina de Referência**

Anexo 3. Formulário de Despiste dos principais sinais/sintomas das ITS

DESPISTE DOS PRINCIPAIS SINAIS/SINTOMAS DAS ITS

CÓDIGO DO UTENTE: _____

Sexo: _____ Idade: _____

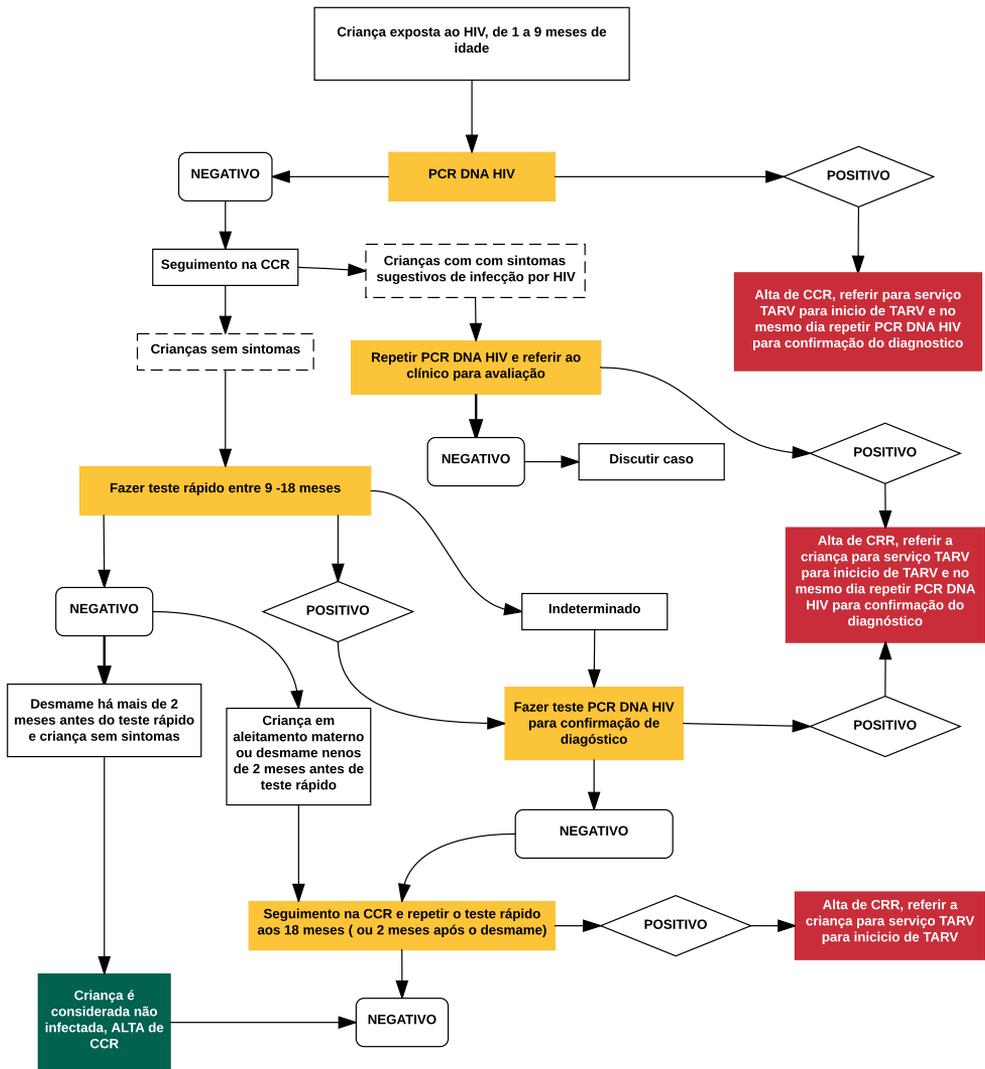
SINTOMAS	SIM	NÃO
1. Corrimento vaginal/uretral		
2. Comichão ou irritação nos órgãos genitais		
3. Dor no baixo-ventre		
4. Dor/ardor ao urinar		
5. Feridas, úlceras ou verrugas nos órgãos genitais		
6. Inchaço no escroto ou inchaço na virilha		

Se o utente responder a **pelo menos um dos itens**, deve ser encaminhado à Unidade Sanitária mais próxima para uma consulta.

Além disso fale sobre:

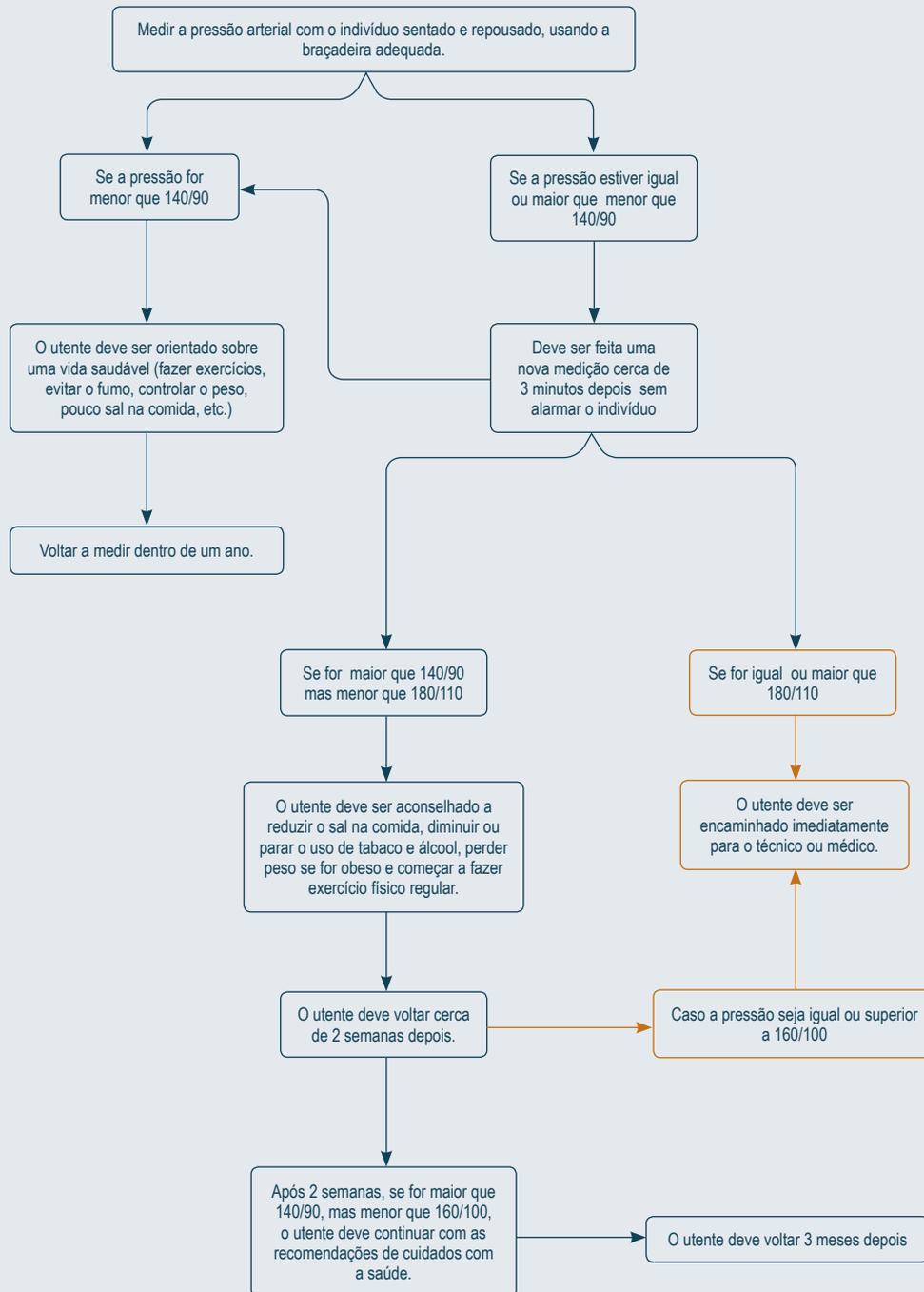
- a) Os riscos que corre, e o risco de infecção para o seu parceiro;
- b) A importância do parceiro também procurar tratamento;
- c) A importância de suspender as relações sexuais e/ou usar preservativo em todas as relações sexuais até ir à Unidade Sanitária e tratar-se.

Anexo 5. Algoritmo de Diagnóstico Infantil



Anexo 6. Algoritmo de Avaliação de Risco - Tensão arterial

Após a chegada do utente, deixe-o descansar por uns 5 minutos, para que o esforço proveniente do seu trajecto não interfira na medida de sua tensão. Acolha o utente e estabeleça uma relação de confiança. Pergunte se o utente está a tomar anti-inflamatório (diclofenac, iboprufeno, indometarina) e/ou algum medicamento anti-hipertensivo.



Anexo 7. Procedimento Operacional Padrão para DETERMINE

DETERMINE: PREPARAÇÃO



1. Reúna os itens do teste e outros consumíveis necessários



2. Use uma tira por teste e preserve o número do lote na embalagem remanescente



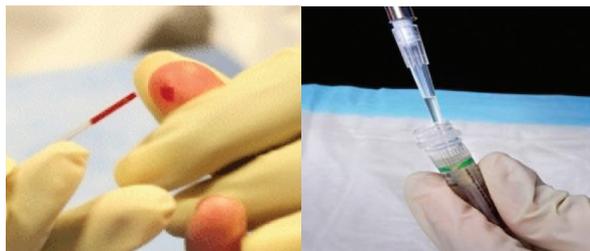
3. Rotule o cartão com o número de identificação do utente.



4. Remova a cobertura protectora metálica.

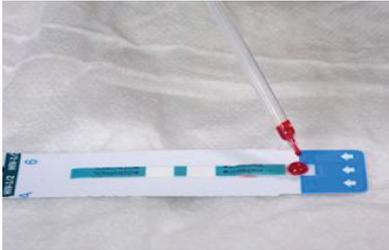
68

DETERMINE: COLHENDO AMOSTRA



5. Colha 50 µl de amostra com um tubo capilar ou uma pipeta de precisão

DETERMINE: APLICANDO AMOSTRA E TAMPÃO À TIRA DE TESTE



6. Aplique a amostra na parte absorvente da tira de testagem.



7. Para sangue total apenas, adicione 1 gota de tampão na janela de amostra.

DETERMINE: OBTENDO RESULTADOS



8. Aguarde 15 minutos (não mais que 60 min) para ler os resultados



9. Leia e registre o resultado e outras informações pertinentes na folha de trabalho

69

DETERMINE – INTERPRETAÇÃO DO TESTE

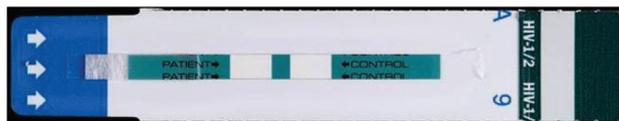
REACTIVO



NÃO-REACTIVO



INVÁLIDO



Anexo 8. Procedimento Operacional Padrão para Uni-Gold

UNI-GOLD: PREPARAÇÃO

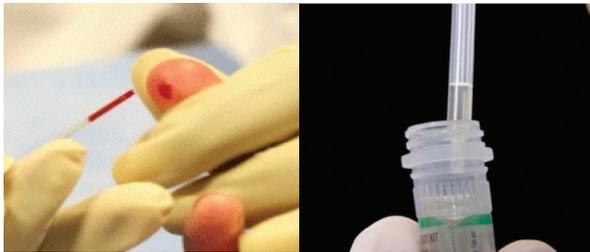


1. Reúna os itens do teste e outros consumíveis necessários.



2. Remova o dispositivo da embalagem e rotule o dispositivo com o número de identificação do utente.

UNI-GOLD: COLHENDO A AMOSTRA



3. Colha a amostra usando um tubo capilar ou uma pipeta de precisão.

UNI-GOLD: ADICIONANDO AMOSTRA E REAGENTE AO PORTO DE ENTRADA DO DISPOSITIVO



4. Aplique 2 gotas (aprox. 60µl) de amostra na janela de amostra do dispositivo.



5. Adicione 2 gotas (± 60µL) do tampão do kit na janela da amostra.



UNI-GOLD: OBTENDO RESULTADOS



6. Aguarde 10 minutos (não mais de 20 min) antes de ler os resultados



7. Leia e registre o resultado e outras informações pertinentes na folha de trabalho

UNI-GOLD: INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

REACTIVO



NÃO-REACTIVO



INVÁLIDO



14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. ALCORN, KEITH (2006). Routine or opt-out counselling and testing: findings from the 2006 PEPFAR meeting. July 27, 2006.
10. CDC (2006). Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR, Recommendations and Reports, Atlanta, USA, September 22, 2006.
11. CDC (2006a). CDC HIV/AIDS Science Facts: CDC Releases revised HIV Testing Recommendations in Healthcare Settings. CDC Atlanta, USA, September 2006.
12. CITY HEALTH INFORMATION (2006). Making HIV Testing a Routine Part of Medical Care. The New York City Department of Health and Mental Hygiene, February 2006.
13. Consórcio da África Austral sobre SIDA -SAT, Normas para o aconselhamento de homens que fazem sexo com outros homens, Zimbabwe, 2004.
14. Ghys PD, Gouws E, Lyerla R, et al. (2010). Trends in HIV prevalence and sexual behavior among young people aged 15-24 years in countries most affected by HIV. Sexually Transmitted Infections
15. ONUSIDA (2004). Manual para Legisladores em Matéria de HIV/SIDA, Legislação e Direitos Humanos: Acção para combater o HIV/SIDA em face do seu impacto devastador sobre os aspectos humano, económico e social. Colecção Boas Práticas da ONUSIDA.
16. ONUSIDA (2005). Estigma, Discriminação e Violação dos Direitos Humanos em Relação ao HIV: Estudos de casos de programas bem sucedidos. Colecção Boas Práticas da ONUSIDA.
17. Organização Mundial da Saúde (2002). Quadro Geral Para Reduzir o Peso da TB/HIV. Stop TB e HIV. WHO/CDS/TB/2002. Genebra, Suíça.
18. Republic of Kenya/ Ministry of Health (2006). Guidelines for HIV Testing in Clinical Settings. Second Edition. National AIDS and STD Control Programme,
19. República de Moçambique/MISAU (2004). Manual do Conselheiro e do Supervisor dos Gabinetes de ATV.
20. Republic of Kenya/Ministry of Health; NASCOP (2002) National Guidelines for the Prevention of Mother to Child HIV Transmission (PMCT) Second edition.

21. Republic of Kenya/Ministry of Health (2001) Policy guidelines on blood transfusion in Kenya. National Blood Transfusion service of Kenya.
22. Republic of Kenya/Ministry of Health; NASCOP (2001) Guidelines to Antiretroviral Drug Therapy in Kenya.
23. Republic of Kenya/Ministry of Health; NASCOP (2001) National Guidelines for Voluntary Testing and Counseling.
24. Republic of Kenya (1997) Sectional paper number 4: AIDS in Kenya.
25. República de Moçambique/MISAU (2007). Guião Político-Estratégico do Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS). PNC ITS/HIV/SIDA.
26. República de Moçambique/MISAU (2008). Guião Político-Estratégico do Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor (ATIP). PNC ITS/HIV/SIDA.
27. República de Moçambique/MISAU (2011). Normas de atendimento à criança sadia e à criança em risco.
28. República de Moçambique/MISAU. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, 2010-2014
29. República de Moçambique/MISAU (2011). Avaliação da Implementação dos Serviços de Aconselhamento e Testagem Iniciados pelo Provedor nas Unidades Sanitárias
30. WHO (2012) Planning, implementing and monitoring home-based HIV testing and counseling: a practical handbook for Sub-Saharan Africa.
31. WHO (2012) Service delivery approaches to HIV testing and counseling (HTC): A strategic HTC programme framework.
32. WHO (2010) Delivering HIV test results and messages for re-testing and counseling in adults.
33. WHO (2007) Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities
34. WHO/UNAIDS (2011) Policy statement on HIV Re-Testing
35. WHO Report, (2010)
36. WHO/UNAIDS (2004) Policy statement on HIV Testing.

- 
37. República de Moçambique/MISAU. Plano Nacional de Monitoria e Avaliação de HIV/SIDA, 2013-2017
 38. WHO (2015) Consolidated Guidelines on HIV Testing Services)
 39. Lei nº 19/2014, de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego Vivendo com HIV e SIDA - Referida no Boletim da República de 27 de Agosto de 2014).
 40. OMS (2014) Directrizes Consolidadas Sobre a Prevenção do HIV, Diagnóstico, Tratamento e Atenção Para as Populações-Chave
 41. WLSA (2007) Moçambique, Relatório de pesquisa sobre as representações e práticas da sexualidade entre os jovens e a feminização do SIDA em Moçambique



DIRECTRIZ NACIONAL PARA ATS

76

