

UM GUIA PRÁTICO PARA A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE PREVENÇÃO DE HIV

Experiências partilhadas e lições aprendidas com a África do Sul





«Sempre parece impossível até que seja feito.»

Nelson Mandela (Primeiro Presidente democraticamente eleito da África do Sul, 1994)



ÍNDICE

Agradecimentos	10
Siglas	13
Prefácio dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças	14
Prefácio da Universidade de Stellenbosch	15
Aval do Arcebispo Emérito Desmond Tutu	16
<hr/>	
Capítulo 1 - Introdução	19
1. Como teve início o presente documento de orientação?	20
2. Como é diferente o presente documento de orientação?	20
3. Quem irá beneficiar do presente documento de orientação?	20
4. Porque é que as estratégias de prevenção de HIV de base comunitária são importantes?	21
5. Porque é que é importante aprender com as experiências sul-africanas?	22
6. Qual é o contexto geográfico?	22
7. Como deve ser utilizado o presente documento de orientação?	23 de
8. O que irá aprender com o presente documento de orientação?	24
<hr/>	
Capítulo 2: Envolvimento das Partes Interessadas	27
1. Como aprender sobre uma comunidade antes da execução de serviços de prevenção de HIV?	28
1.1 Aprender com uma análise da situação	29
1.2 Aprender com uma pesquisa formativa	30
2. Quem são as diversas partes interessadas numa comunidade?	31
2.1 Partes interessadas no sector de serviços sociais	31
2.2 Partes interessadas no sector de serviços de saúde	31
2.3 Partes interessadas no sector de serviços comunitários	32
2.4 Partes interessadas no sector de investigação académica	36
3. Como podemos criar uma demanda para serviços comunitários de prevenção de HIV?	36
3.1 Mobilização nas ruas, utilizando altifalantes	36
3.2 Mobilização porta-a-porta	37
3.3 Grandes eventos de envolvimento da comunidade	38
3.4 Meios de comunicação	38
4. Será que há uma diferença entre o envolvimento das comunidades urbanas, periurbanas e rurais?	39
<hr/>	
Capítulo 3: Colaboração com Organizações sem Fins Lucrativos	43
1. O que é uma organização sem fins lucrativos (OSFL)?	44
2. O que é uma parceria bem-sucedida?	45
3. Porque é que é importante formar parcerias com OSFL para a prestação de serviços de base comunitária?	46
4. Como seleccionar uma OSFL para uma colaboração?	47
4.1 Abrir concurso	47
4.2 A selecção de OSFL bem-sucedidas	47

ÍNDICE

5. Como estabelecer uma parceria contratual?	48
6. Quais são as estruturas de notificação para acompanhar o progresso das OSFL?	50
7. Como é que as parcerias estão ligadas à sustentabilidade de um projecto?	53

Capítulo 4: Criação, Apetrechamento e Manutenção de Uma Equipa

1. Como criar uma equipa para a prestação de serviços comunitários de testagem de HIV?	58
1.1. Decisão sobre a estrutura da equipa	58
1.2. Recrutamento de pessoal	59
1.3. Rastreios médicos	60
2. Que tipo de formação é necessária antes da entrada ao serviço?	61
2.1. Considerações iniciais antes que a formação comece	61
2.2. Formação prévia à entrada ao serviço: Directamente relacionada com a prestação de serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH)	63
2.3. Formação prévia à entrada ao serviço: Relacionada com a integração de outros serviços de saúde nos SCTH	64
2.4. Formação prévia à entrada ao serviço: Indirectamente relacionada com a prestação de SCTH	65
3. Como sustentar uma equipa?	67
3.1. Formação de reciclagem	67
3.2. Bem-estar e apoio psicossocial	69

Capítulo 5: Prestação de Serviços Holísticos Orientados para o Utente

1. Quais são algumas questões importantes a considerar antes da execução de serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH)?	74
2. Quais são os benefícios e desafios de três diferentes modalidades de SCTH?	75
2.1. Centros autónomos de testagem de HIV	75
2.2. Serviços Móveis de Testagem de HIV	76
2.3. Serviços de Testagem de HIV porta-a-porta	78
3. Quais são algumas considerações quanto à decisão sobre a modalidade de SCTH mais adequada a implementar?	79
4. O que se deve considerar no processo de testagem de HIV?	81
4.1. Criação de demanda	81
4.2. Sessão de informação pré-teste	81
4.3. Teste rápido de HIV	83
4.4. Aconselhamento pós-teste - comunicação do resultado do teste de HIV	85
5. Como se pode integrar serviços de saúde relacionados com STH?	88
5.1. A integração de rastreios de ITS, TB e planeamento familiar com a sessão de informação pré-teste	88
5.2. A integração de outros serviços competentes com STH antes do aconselhamento pós-teste	89

6. Como é o processo de encaminhamento?	94
7. Será que STH terminam com o encaminhamento do utente para um centro de saúde?	95

Capítulo 6: Ligação aos Cuidados e Tratamento de HIV

1. O que é a ligação aos cuidados de saúde?	98
2. Porque é que ligação aos cuidados e tratamento de HIV é tão importante?	98
3. Quais são os benefícios de ligação aos cuidados e tratamento de HIV?	100
3.1. Benefícios para o indivíduo	100
3.2. Benefícios para a comunidade	100
4. Porque é que as pessoas não chegam aos serviços de cuidados e tratamento de HIV?	100
5. Quais são algumas boas práticas para a ligação das pessoas diagnosticadas com HIV em serviços de testagem comunitária aos cuidados de saúde?	101
6. Como saber se uma pessoa vivendo com HIV chegou aos serviços de cuidados e tratamento de HIV?	103

Capítulo 7: Garantia de Qualidade de Testagem de HIV

1. Qual a diferença entre a Garantia de Qualidade (GQ) e o Controlo da Qualidade (CQ)?	108
2. Como garantir a qualidade dos kits de teste rápido de HIV utilizados na comunidade?	110
2.1. Pessoal bem treinado e competente	110
2.2. Controlo da temperatura	112
2.3. Gestão de stocks	114
2.4. Garantir a validade dos kits de teste rápido de HIV	115
3. Quais são as precauções normais?	116
3.1. Orientações para as precauções normais relacionadas com o local de trabalho	116
3.2. Orientações para as precauções normais relacionadas com a segurança pessoal	117

Capítulo 8: Gestão de Dados

1. Porquê a necessidade de dados de elevada qualidade?	120
2. Por onde começar? – O plano de gestão de dados	120
3. Que tipos de dados podem ser recolhidos?	121
3.1. Dados quantitativos	121
3.2. Dados qualitativos	122
4. Quem deve recolher os dados?	122
5. Como se deve recolher os dados?	123
5.1. Considerações éticas	123
5.2. Optar pela recolha de dados em papel ou por via electrónica	123
6. O que acontece com os dados depois de recolhidos?	124
6.1. No caso de recolha de dados em papel	124
6.2. No caso de recolha de dados por via electrónica	128

ÍNDICE

7. Como se pode utilizar os dados geográficos em programas comunitários de prevenção de HIV?	130
7.1. Utilização de fotografias aéreas para mostrar mudanças estruturais no ambiente onde foi executado um programa comunitário de prevenção de HIV	130
7.2. Utilização de cartografia num programa comunitário de prevenção de HIV para monitorizar o desempenho do programa	131
7.3. Utilização de cartografia para mostrar acesso auto-reportado a cuidados de saúde durante a duração de um programa de HIV na comunidade	132

Capítulo 9: Monitoramento e Avaliação

135

1. Porque é que o monitoramento e avaliação são importantes para programas comunitários de prevenção de HIV?	136
2. Como monitorizar e avaliar os resultados do programa?	136
2.1 Consideração dos conceitos relacionados com o monitoramento e avaliação dos resultados do programa	136
2.2 Considerações de indicadores	137
2.3 Utilização de estudos de caso para ilustrar o monitoramento e avaliação dos resultados do programa	139
2.4 Instrumentos para o monitoramento e avaliação dos resultados do programa	141
3. Como monitorizar e avaliar o desempenho de profissionais de saúde?	144
3.1 Avaliação de como os profissionais de saúde prestam serviços	144
3.2 Avaliação de como os profissionais de saúde recolhem dados	146
4. Como monitorizar e avaliar o controlo de infecção por TB?	147
4.1 Utilização de um instrumento de avaliação do controlo de infecção por TB	147
5. Qual a importância da divulgação de dados do programa e de resultados do MA aos profissionais de saúde?	148

Comentários Finais

151

Referências

153

Apêndices 1 a 30

163

Índice

228

AGRADECIMENTOS

Este guia resulta de uma colaboração entre indivíduos representando diversas entidades bem como a título pessoal, que dedicaram generosamente o seu tempo e partilharam os seus conhecimentos práticos, a sua perícia e as suas histórias durante muitos meses. Os autores reconhecem os contributos significativos de académicos, pesquisadores, profissionais de saúde, membros da comunidade, gestores de programas e muitos funcionários apoiando a prestação de serviços de saúde (dados, garantia de qualidade, recursos humanos, saúde e segurança, formação, operações e logística). Agradecimentos particulares são devidos aos profissionais de saúde e aos seus utentes que nos permitiram fotografá-los, e cujas histórias e fotografias enriqueceram o presente guia, fazendo-o muito mais estimulante do que teria sido (mudámos muitos dos nomes para manter a confidencialidade).

Não teria sido possível a elaboração deste guia sem os revisores que prestaram o seu contributo técnico e apresentaram sugestões úteis aos autores. Valorizamos muito a nossa relação de trabalho com os serviços governamentais de saúde e muitas organizações sem fins lucrativos e reconhecemos o seu contributo no presente documento. Gostaríamos de expressar a nossa imensa gratidão à Ronelia Julius pelas suas capacidades de administração e pelo seu trabalho duro nos bastidores.

Autores

Todos os autores estão associados ao Centro de TB Desmond Tutu, na Universidade de Stellenbosch. São eles: Jody Boffa, Rory Dunbar, Ricardo Felix, Anelet James, Nozizwe Makola, Nomtha Mandla, Sue-Ann Meehan, Jerry Molaolwa, Vikesh Naidoo, Zamikhaya Ndiki, Kerry Nel, Michelle Scheepers, Mark Theart, Margaret van Niekerk, Lario Viljoen e Blia Yang.

Revisores

Sr. Dylan Bart (MPH) – Faculdade de Medicina, Universidade da Cidade do Cabo
Professora Emérita Nulda Beyers (MBCb, MSc, FCP, PhD) - Centro de TB Desmond Tutu, Universidade de Stellenbosch
Dr. Peter Bock (MRCP [RU, Ed], MPH) - Centro de TB Desmond Tutu, Universidade de Stellenbosch
Dr.ª Mary Glenshaw (PhD, MPH) - Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (CPCD)
Sr.ª Ann Green (MPH) - Instituto Vanderbilt para a Saúde Global
Sr. Sam Griffith (MAT) – Rede de Ensaio para a Prevenção do HIV/FHI 360
Dr. Nelis Grobbelaar (MBCb) - Instituto de Saúde ANOVA
Dr. Ardril Jabar (MBCb, MPH) – Escola de Saúde Pública e Medicina Familiar, Universidade da Cidade do Cabo
Sr. James Kruger (MPH) – Governo do Cabo Ocidental, Departamento de Saúde
Dr.ª Françoise Louis – (MBCb) - Kheth'Impilo
Sr.ª Hilda Maringa (BA Curr) - Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (CPCD)
Dr. Muhammad Osman (MBCb) - Centro de TB Desmond Tutu, Universidade de Stellenbosch
Sr.ª Neshaan Peton (B Cur, M Admin) - Governo do Cabo Ocidental, Departamento de Saúde
Sr.ª Estelle Piwowar-Manning (BS MT [ASCP] SI) - Rede de Ensaio para a Prevenção do HIV/Centro de Laboratórios
Sr. Msokoli Qotole (BA [Hons]) – Governo do Cabo Ocidental, Departamento de Saúde
Dr.ª Shahra Sattar (MBCb, MPH) – Fundação Desmond Tutu HIV, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Cidade do Cabo
Dr. Musonda Simwinga (PhD) – ZAMBART, Lusaca, Zâmbia
Sr. Timothy Wilson – (B Eng, PGDES, PBDSD) - Independente

Colaboradores do Centro de TB Desmond Tutu

Taryn Allie, Gaynore Antas-Pietersen, Joyal Arendse, Thabisa Bike, Sterna Brand, Lorian De Vries, Francionette Esau, Patricia Heneke, Jacqueline Hlalukana, Lonwabo Hlomendlini, Graeme Hoddinott, Akhona Kili, Shaun Lawrence, Luzuko Manzi, Alex Maicu, Bulelwa Mangcunyana, Zimasa May, Fortunate Ndaba, Kholeka Ncombo, Nonzukiso Npapama, Nompandolo Ntsimbi, Miska Ntitsolo, Yvonne Saunders, Masibulele Sishuba-Zulu, Clyde Smith, Gertrude van Rensburg.

Outros contribuintes

Obert Bore (membro da comunidade), Rudi de Koker (Sindicato dos Trabalhadores de Confecção Têxtil e Vestuário da África do Sul), Mandla Dosi (político local), Marcell Februarie (membro da comunidade), David Galetta (membro da comunidade), Florence Groener (Departamento de Saúde da Cidade do Cabo), Karen Jennings (Departamento de Saúde da Cidade do Cabo), Kevin Lee (Departamento de Saúde da Cidade do Cabo), Sarah Matthyse (membro da comunidade), Leon Mbeki (membro da comunidade), Barbara Miller (Infantário Etafeni), Izak Mofekeng (Serviços da Comunidade Masincedane), Thembaletu Nyandeni (membro da comunidade), Botwe Pakati (Sindicato dos Trabalhadores de Confecção Têxtil e Vestuário da África do Sul), Vuyokazi Sixhoga (membro da comunidade), Carrie Smorenburg (assistente social independente), Johann van Greunen (terapeuta pastoral independente).

Grupo coordenador

Sue-Ann Meehan, Margaret van Niekerk e Blia Yang (Centro de TB Desmond Tutu, Universidade de Stellenbosch) foram responsáveis pela supervisão de todo o processo e pela revisão final. É com imensa gratidão que reconhecemos todos que colaboraram connosco neste sentido.

Financiamento

A elaboração e publicação do presente documento de orientação foi possível graças ao financiamento do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (PEPFAR) através do acordo de cooperação número GHH000320 dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (CPCD). O conteúdo desta publicação é da exclusiva responsabilidade dos autores e não representa, necessariamente, a posição oficial do PEPFAR nem dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças.

Sugestão para citação

Meehan, S, Yang, B, Van Niekerk, M, Boffa, J, Dunbar, R, Felix, R, James, A, Makola, N, Mandla, N, Molaolwa, J, Naidoo, V, Ndiki, Z, Nel, K, Scheepers, M, Theart, M e Viljoen, L. *Um Guia Prático para a Execução de Serviços Comunitários de Prevenção de HIV. Experiências Partilhadas e Lições Aprendidas com a África do Sul.* Cidade do Cabo: Universidade de Stellenbosch, 2017.

Responsável editorial: Michelle Galloway

Designer gráfico: Dilshad Parker

Ilustradora: Shameema Dharsey

Fotografia: Kim Cloete, Damien Schumann, Anton Jordaan, Blia Yang

Fotografia da capa: Matthew Slater

Audiovisual: Kim Cloete

Impresso por: Sun Media

Para informações sobre este documento de orientação, contactar com:

The Desmond Tutu TB Centre
PO Box 241
Cape Town
8000

+27 21 9389812
sueanm@sun.ac.za

Disponível em linha em:

<http://www.sun.ac.za/english/faculty/healthsciences/paediatrics-and-child-health/Pages/Home.aspx>



SIGLAS

ARV	Anti-retroviral	NAS	Armazenamento em rede (Inglês: «Network-attached storage»)
ATIU	Aconselhamento e testagem iniciado pelo utente (Inglês: «Client-initiated counselling and testing»)	OMS	Organização Mundial da Saúde
ATIP	Aconselhamento e testagem iniciado pelo provedor	ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
CCC	Conselho consultivo da comunidade (Inglês: «Community advisory board»)	OSFL	Organização sem fins lucrativos
GCC	Grupo consultivo da comunidade (Inglês: «Community advisory group»)	PDA	Assistente digital pessoal (Inglês: «Personal digital assistant»)
CCD	Centros de Prevenção e Controlo de Doenças	PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (Inglês: «United States President's Emergency Plan for AIDS Relief»)
CCT HD	Departamento da Saúde da Cidade do Cabo (Inglês: «City of Cape Town Health Department»)	PPE	Profilaxia pós-exposição ao HIV
CMMV	Circuncisão masculina médica voluntária	POC	Na fase dos cuidados de saúde (Inglês: «Point-of-care»)
COMAPP	Projecto Comunitário de Prevenção de HIV/SIDA (Inglês: «Community HIV/AIDS Prevention Project»)	PON	Procedimentos operativos normalizados
CQ	Controlo da qualidade	PopART	Impacto populacional da Terapia anti-retroviral na redução da transmissão do HIV (Inglês: «Population effect of Antiretroviral therapy to reduce HIV transmission»)
CQI	Controlo de qualidade independente	PQF	Programa Questões de Família!
CTDT	Centro de TB Desmond Tutu	PTV	Prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho)
CXR	Radiografia do tórax (Inglês: «Chest X-ray»)	PVHS	Pessoas vivendo com HIV/SIDA
DNS	Departamento Nacional da Saúde	SCTH	Serviços comunitários de testagem de HIV
DNT	Doença não transmissível	SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
EDC	Recolha electrónica de dados (Inglês: «Electronic data capture»)	SIG	Sistema de Informação Geográfica
ELISA	Ensaio de imunoabsorção enzimática (Inglês: «Enzyme-linked immunosorbent assay»)	SNLS	Serviços Nacionais de Laboratório de Saúde
GPS	Sistema de Posicionamento Global (Inglês: «Global Positioning System»)	SSR	Saúde sexual e reprodutiva
GQ	Garantia de qualidade	STH	Serviços de testagem de HIV
GQE	Garantia de qualidade externa	TARV	Terapia anti-retroviral
HIVST	Autoteste de HIV (Inglês: «HIV self-testing»)	TB	TB
HPTN	Rede de Ensaios para a Prevenção do HIV (Inglês: «HIV Prevention Trials Network»)	TMC	Circuncisão tradicional masculina (Inglês: «Traditional male circumcision»)
HSB	Homens que fazem sexo com homens	TST	Teste tuberculínico de Mantoux (Inglês: «Mantoux tuberculin skin test»)
IEC	Informação, educação e comunicação	US	Universidade de Stellenbosch
IMC	Índice de massa corporal	UTT	Testagem e tratamento universal (Inglês: «Universal test and treat»)
ITS	Infecção sexualmente transmissível	VHB	Vírus da Hepatite B
LCT	Ligação aos cuidados e tratamento de HIV	HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LTFU	Perda de seguimento (Inglês: «Lost to follow-up»)	WCG DoH	Departamento de Saúde do Governo do Cabo Ocidental (Inglês: «Western Cape Government Department of Health»)
MA	Monitoramento e avaliação		

PREFÁCIO DOS CENTROS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS

Carta da parte da Sr.^a Nancy Hedemark Nay
Directora Nacional Interina dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças dos EU, na sede sul-africana

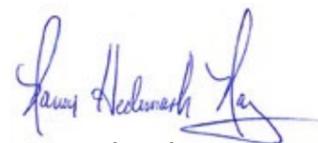
Em consonância com o objectivo dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças dos Estados Unidos (CCD) e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (PEPFAR), o qual visa contribuir para o controlo da epidemia de HIV na África do Sul, tenho a honra de apresentar, em colaboração com o Centro de TB Desmond Tutu (CTDT) na Universidade de Stellenbosch, *Um Guia Prático sobre a Execução de Serviços Comunitários de Prevenção de HIV: Experiências Partilhadas e Lições Aprendidas com a África do Sul*. A África do Sul abriga quase 20% das 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, bem como o maior programa nacional de TARV, com 3,3 milhões de pessoas em tratamento. Em vista dessa realidade desconcertante, foi com muito entusiasmo que os CCD/PEPFAR providenciaram financiamento e assistência técnica para a elaboração do presente guia inovador, assim contribuindo para que os programas de execução e prevenção sejam de fácil compreensão e aplicação.

Tanto infecções já instaladas como novas infecções permanecem em níveis inaceitavelmente elevados em muitas partes da África do Sul, portanto há uma necessidade premente de medidas mais adequadas de prevenção. O Guia pode ser utilizado não só no contexto sul-africano mas também em outros locais, visto que muitas das lições aprendidas e nele contidas são universais. Modelos matemáticos demonstraram que um melhor acesso e utilização dos serviços de testagem de HIV e ainda uma instituição precoce da Terapia Anti-retroviral (TARV) em pessoas infectadas por HIV têm o potencial de reduzir em muito novas infecções por HIV ao nível populacional. O CCD na África do Sul espera que o Guia ajude organizações a criarem programas de prevenção de HIV baseados na comunidade para que tenham um impacto muito real na redução de infecções por HIV e de doenças.

O Guia foi elaborado com os conhecimentos adquiridos de três projectos comunitários de prevenção de HIV independentes, executados pelo CTDT entre 2008 e 2017. Todos foram financiados através do CCD. Um desses projectos foi o Projecto Comunitário de Prevenção de HIV/SIDA (COMAPP). O objectivo do COMAPP foi a prevenção de novas infecções por HIV e TB através do fornecimento de serviços integrados de HIV, de base comunitária, na província do Cabo Ocidental na África do Sul. O COMAPP colaborou com trabalhos sociais comunitários para prestar serviços de aconselhamento, testagem e encaminhamento através de veículos móveis e centros autónomos, pela integração de serviços de HIV e de outros serviços de saúde numa abordagem do tipo «balcão único», em locais acessíveis. O projecto contribuiu significativamente para aumentar o número de pessoas que conhecem o seu estado serológico face ao HIV, o diagnóstico de tuberculose (TB), a prestação de serviços adicionais de saúde e nutrição, e a ligação de utentes aos cuidados adequados.

O êxito do COMAPP deve-se, em grande parte, a uma colaboração estreita e contínua com parceiros governamentais sul-africanos e organizações locais sem fins lucrativos. Ao perceber o êxito do projecto, o CCD sul-africano solicitou a elaboração deste guia prático e completo sobre a prevenção de HIV que serviria de instrumento de boas práticas, para que outros pudessem imitar esse modelo bem-sucedido.

O CCD na África do Sul quer agradecer ao CTDT pela compilação do presente documento de orientação prática, bem como a todos os responsáveis, académicos, funcionários de campo e utentes que participaram da sua elaboração. Acreditamos que as organizações locais não só terão neste guia importante um recurso útil, mas também o irão utilizar para salvar vidas, como se pretende.



Nancy Hedemark Nay



PREFÁCIO DA UNIVERSIDADE DE STELLENBOSCH

Carta da parte do Professor Jimmy Volmink
Presidente da Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde na Universidade de Stellenbosch

A Universidade de Stellenbosch (US) é internacionalmente reconhecida como uma instituição de excelência académica. A universidade, muito consciente do seu papel na sociedade, mudou a sua estratégia. Em vez de mero diálogo com a comunidade, pretende fazer uma diferença real na vida das pessoas e ser relevante na sociedade sul-africana. Essa transição do diálogo com a comunidade para o impacto social rege-se pelo nosso *Plano Estratégico para o Impacto Social: 2017-2022*. A US visa «aumentar o impacto social» ao facilitar interacções mutuamente benéficas entre a US e «parceiros sociais» para criar conhecimentos colaborativos orientados para o futuro. Ao mesmo tempo, a US reconhece e abraça o impacto da sociedade na Universidade e nas suas actividades.

Um dos nossos compromissos na Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde (FMCS) é contribuir para a criação, partilha e tradução de conhecimentos que irão promover saúde e desenvolvimento, a fim de «fazer avançar a saúde e a igualdade na África do Sul e mais além». O presente documento de orientação alinha-se à visão e missão e Plano Estratégico da Faculdade. Resulta de um esforço colaborativo de várias partes interessadas, juntamente com a coordenação e autoria de indivíduos no Centro de TB Desmond Tutu (Departamento de Pediatria). Essas pessoas transmitem informações práticas e partilham as suas experiências pessoais e conhecimentos sobre a prestação de serviços comunitários de prevenção de HIV, numa época na África do Sul em que o HIV/SIDA continua a ser um desafio sanitário. Destinada a pessoas responsáveis pela execução de programas, esta orientação visa fornecer informações que irão ajudar pessoas que desejam executar serviços comunitários, tendo assim um impacto positivo no controlo da epidemia de HIV/SIDA na África do Sul.

A África do Sul encontra-se, actualmente, num ponto de viragem no que respeita ao HIV/SIDA. As medidas tomadas hoje vão determinar se o país irá continuar no caminho rumo ao controlo da epidemia ou se irá voltar à situação vivida nos primeiros tempos em que havia um número crescente de novas infecções e de mortes devido ao HIV/SIDA. Ao observar a história da reacção à epidemia de HIV/SIDA na África do Sul, torna-se claro que êxitos foram alcançados de melhor forma quando havia uma colaboração e cooperação entre as diversas partes interessadas a trabalharem em conjunto para um objectivo comum. A colaboração é um princípio fundamental da estratégia de impacto social da US.

A Faculdade apoia fortemente a presente orientação; a sua matéria trata de um dos domínios de incidência da Faculdade, a saber o HIV e TB. A orientação constitui o culminar dos conhecimentos, experiências e competências de pessoas com experiência em todos os aspectos de serviços comunitários de prevenção de HIV e de pessoas que entendem completamente a comunidade. O papel que a sociedade civil pode desempenhar no controlo da epidemia de HIV é fortemente descrito na orientação, que enfatiza novamente a importância de uma abordagem multisectorial da saúde pública. O Capítulo 3 (Colaboração com Organizações sem Fins Lucrativos) descreve uma parceria entre a Universidade de Stellenbosch e uma Organização sem fins lucrativos (OSFL), que resultou numa melhor capacidade no seio da OSFL e, em última análise, em sustentados serviços comunitários de testagem de HIV. Isso é um exemplo do desejado impacto societal em que a Universidade de Stellenbosch está empenhada.

Reconheço e agradeço a todas as partes interessadas que se reuniram para elaborar a presente publicação, bem como aos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças que financiaram este trabalho. É para a FMCS na Universidade de Stellenbosch uma honra poder partilhar esta publicação consigo.



Prof. Jimmy Volmink



AVAL DO ARCEBISPO EMÉRITO DESMOND TUTU



ARCHBISHOP EMERITUS DESMOND M TUTU
O.M.S.G C.H D.D F.K.C



23 de Maio de 2017

A África do Sul está com uma epidemia de HIV/SIDA, com cerca de 7 milhões de pessoas vivendo com HIV e 380 000 novas infecções por HIV anualmente, das quais 25% ocorrem entre adolescentes e jovens raparigas. Cerca de 2,3 milhões de crianças ficaram órfãs devido ao HIV/SIDA. É essencial que controlemos essa epidemia.

Embora tenham sido realizadas grandes conquistas no sector da saúde pública, o governo não pode lutar contra o HIV/SIDA sozinho, e a sociedade civil tem um papel fundamental a desempenhar, em especial nas actividades de prevenção e em garantir que todos conheçam o seu próprio estado serológico.

Profissionais de saúde do Centro de TB Desmond Tutu na Universidade de Stellenbosch, em colaboração com muitas organizações sem fins lucrativos, têm oferecido serviços de testagem de HIV em comunidades afectadas pelo HIV à volta da Cidade do Cabo desde 2008. Já tendo realizado testes em mais de 168 000 pessoas nos seus centros autónomos e serviços de testagem de HIV móveis, e tendo oferecido testes de HIV porta-a-porta a mais de 60 000 agregados familiares, eles adquiriram uma vasta experiência em todos os aspectos de testagem de HIV de base comunitária.

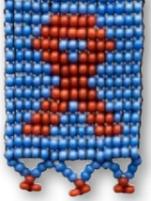
É para mim uma honra estar associado ao Centro de TB Desmond Tutu, e estou muito contente por poder apoiar o presente documento de orientação tão prático e estimulador, repleto de texto e fotografias, boas práticas, estudos de caso, dicas, instrumentos (que podem ser descarregados) e excelente material audiovisual a salientar as principais mensagens de cada capítulo. Confio que irá ajudar responsáveis pela execução de programas através dos conhecimentos práticos necessários para fazer a diferença nas suas comunidades.

“A minha humanidade está inextricavelmente ligada à tua humanidade, pois só em conjunto é que podemos ser humanos”.

Arcebispo Emérito Desmond Tutu
Hermanus, África do Sul

Suite 111 Clock Tower, V&A Waterfront, Cape Town, Western Cape, 8001, South Africa
PO Box 50708, Cape Town, 8002 | Tel: +27 (0) 21 552 7524 | Email: archpa@tutu.org





CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

Porque é que este documento de orientação é importante?

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana, do inglês «Human Immunodeficiency Virus») e SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) é uma epidemia mundial. Impedir a transmissão do HIV é essencial na luta contra a SIDA. É amplamente reconhecido que não se pode realizar a prevenção e tratamento de HIV apenas nos centros de saúde do governo. Para enfrentar a epidemia de HIV é preciso uma resposta comum do governo em parceria com a sociedade civil. Serviços comunitários de prevenção de HIV podem desempenhar um papel importante na luta contra o HIV. O presente documento de orientação irá constituir um recurso importante para quem quer criar serviços comunitários de prevenção de HIV, no âmbito de uma abordagem integrada da saúde pública.

As evidências científicas indicam-nos quais as intervenções que devemos executar se pretendemos reduzir a transmissão do HIV, mas há apenas informação limitada sobre como executar tais intervenções num contexto comunitário. Por exemplo, sabemos que precisamos aumentar o acesso a testagem de HIV para que possamos diagnosticar as pessoas com HIV e ligá-las a tratamento. Contudo, em termos práticos, como se entra numa comunidade e se começa a oferecer serviços de testagem de HIV (STH)? Como se leva as pessoas diagnosticadas com HIV a chegarem aos serviços de cuidados e tratamento de HIV?

O presente documento de orientação aborda essas e muitas outras questões, uma vez que fornece informações práticas e relevantes, recorrendo aos conhecimentos especializados e às competências dos autores, que têm experiência directa na execução de programas comunitários de prevenção de HIV.

O guia abrange aspectos pertinentes à execução e gestão de serviços comunitários de prevenção de HIV. Embora predominantemente baseados em experiências de aconselhamento e programas de testagem de HIV, muitos dos princípios fundamentais podem ser aplicados em vários outros tipos de programas de prevenção de HIV a serem executados fora dos estabelecimentos de saúde.

« a execução de um programa comunitário de prevenção de HIV permite a consulta presencial num ambiente em que as pessoas se sentem mais à vontade e abertas a aceitar a educação sanitária e serviços de saúde, sobre assuntos e doenças ainda um pouco estigmatizados. Esses programas apresentam oportunidades para a colaboração de serviços de saúde com líderes da comunidade, organizações de inspiração religiosa e outras organizações estabelecidas na comunidade. Ao caminharmos para uma abordagem da saúde que se centra na sociedade total, os programas de prevenção de HIV constituem um bom ponto de contacto para consciencializar indivíduos e comunidades sobre as suas responsabilidades na luta contra a SIDA.»
- Neshaan Peton (*Directora-adjunta de Tratamento de HIV e PTV, do Departamento de Saúde do Governo do Cabo Ocidental*)

INTRODUÇÃO

Sue-Ann Meehan



Faça o seu pouquinho de bem onde estiver; esses pouquinhos de bem reunidos é que dominam o mundo.

- Arcebispo Emérito Desmond Tutu
(Defensor dos direitos sociais sul-africano,
activista anti-apartheid e Galardoado
com o Prémio Nobel)



O que irá aprender com o presente capítulo?

1. Como teve início o presente documento de orientação?
2. Como é diferente o presente documento de orientação?
3. Quem irá beneficiar do presente documento de orientação?
4. Porque é que as estratégias de prevenção de HIV de base comunitária são importantes?
5. Porque é que é importante aprender com as experiências sul-africanas?
6. Qual é o contexto geográfico?
7. Como deve ser utilizado o presente documento de orientação?
8. O que irá aprender com o presente documento de orientação?

1. Como teve início o presente documento de orientação?

O Centro de TB Desmond Tutu (CTDT), situado no Departamento de Pediatria, na Faculdade de Medicina e Ciências de Saúde da Universidade de Stellenbosch, tem executado programas comunitários de HIV e tuberculose (TB) desde 2008 com o objectivo de melhorar o acesso à testagem de HIV e à ligação aos cuidados de saúde, bem como reforçar a integração dos serviços de HIV e TB. Foi assegurado o financiamento do PEPFAR (o Plano de Emergência do Presidente para Alívio da SIDA), através dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (CCD), para a execução desses programas. Através da sua colaboração com os serviços de saúde e organizações sem fins lucrativos (OSFL), bem como o seu trabalho directo com comunidades, o CTDT ganhou experiência do envolvimento de partes interessadas e também aprendeu boas práticas para uma colaboração com organizações locais. A prestação de serviços de testagem de HIV, utilizando modalidades alternativas, tem sido uma fonte rica de aprendizagem sobre a integração de serviços e a ligação aos cuidados de saúde por melhores resultados no campo de HIV e TB. Além disso, aprendemos como gerir a garantia de qualidade (GQ) da testagem comunitária de HIV e adquirimos prática ao recolher dados pertinentes e de alta qualidade para o monitoramento e avaliação desses programas. Em 2016, o CCD na África do Sul dirigiu-se ao CTDT, pedindo-nos que consolidássemos as nossas aprendizagens e boas práticas num documento de orientação que pudesse ser partilhado com outros envolvidos na execução de programas comunitários de prevenção de HIV. O presente documento de orientação é resultado desse pedido. É um enorme privilégio podermos partilhar as nossas experiências.

Comunidades na Cidade do Cabo e arredores.

2. Como é diferente o presente documento de orientação?

O presente documento de orientação é diferente porque apresenta uma perspectiva prática da execução de serviços comunitários de prevenção de HIV. Todos os colaboradores têm experiência directa na execução a nível de base e partilham lições práticas aprendidas no terreno. Embora baseadas em experiências específicas num ambiente determinado, o leitor pode facilmente adaptar as informações aqui contidas e aplicá-las à sua situação específica.

O presente documento de orientação não é prescritivo nem exaustivo. Visa estimular uma reflexão e inspirar o leitor com formas práticas e criativas de enfrentar muitos dos desafios que existem na prestação de serviços comunitários de prevenção de HIV.

3. Quem irá beneficiar do presente documento de orientação?

Qualquer um pode beneficiar com o presente documento de orientação, apesar de ele ser destinado a pessoas que tencionam executar serviços comunitários de prevenção de HIV ou que desejam realizar actividades comunitárias relacionadas. Há muitas categorias de pessoal envolvidas na execução de diferentes aspectos dos programas e actividades comunitários de prevenção de HIV, incluindo as seguintes: gestores ou coordenadores de programas, enfermeiros, conselheiros de HIV, mobilizadores da comunidade, agentes de monitoramento e avaliação, agentes de regulação, pessoal de garantia de qualidade, agentes de ligação comunitária, gestores e pessoal das OSFL, gestores de dados, programadores de dados, gestores de recursos humanos e formadores. Todas essas categorias de pessoal devem retirar benefícios directos do presente documento de orientação.

4. Porque é que os serviços comunitários de prevenção de HIV são importantes?

Muitos países, incluindo a África do Sul, adoptaram o objectivo «90-90-90» do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (ONUSIDA) para acabar com a epidemia de SIDA (1). Em termos desse objectivo, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV irão conhecer o próprio estado serológico, 90% de todas as pessoas com diagnóstico de infecção por HIV irão receber a terapia anti-retroviral (TARV) e 90% dessas pessoas terão uma carga viral suprimida (2). A visão é que todos tenham acesso aos serviços de testagem de HIV (STH) e que todas as pessoas vivendo com HIV devam estar em tratamento e chegar a ter uma carga viral suprimida, para que ninguém nasça com HIV nem morra de HIV (1). Veja Figura 1.1.

Os governos não podem combater a epidemia de SIDA sozinhos. Os centros de saúde governamentais não podem fazer testes de HIV a todos. Também não têm os recursos necessários para realizar testes em todas as pessoas infectadas por HIV nem para as tratar. Além disso, nem todas as populações acedem a centros de saúde optimamente (3). Muitos factores, tais como longos períodos de espera, pessoal antipático e estigma (4 - 7) foram assinalados como causas para as pessoas não acederem a centros de saúde, sobretudo se elas não se sentem doentes e não reconhecerem sinais ou sintomas de doença. Algumas populações não costumam ir a centros de saúde, incluindo os homens (8), que consideram esses como espaços femininos, e os adolescentes, que sentem que os centros de saúde não são acolhedores para os jovens (9). Contudo, muito do progresso em relação ao aumento do número de pessoas que conhecem o próprio estado serológico registou-se em centros de saúde. Isso foi feito através de uma abordagem iniciada pelo provedor (10).

Será que sabia?
Qual a diferença, na África do Sul, entre o aconselhamento e testagem iniciado pelo provedor e o aconselhamento e testagem iniciado pelo utente?

O aconselhamento e testagem iniciado pelo provedor (ATIP): Profissionais de saúde rotineiramente oferecem o teste de HIV a todos que chegam a um centro de saúde, como um componente padrão dos cuidados de saúde, independentemente de eles apresentarem, ou não, sinais ou sintomas de infecção por HIV. Isso aumenta tanto o número de pessoas que já fizeram testes de HIV como a identificação precoce de pessoas infectadas por HIV que não saberiam, de outra forma, o seu estado serológico (11).

O aconselhamento e testagem iniciado pelo utente (ATIU): As pessoas presentes num serviço de saúde especialmente para um teste de HIV. Decidem voluntariamente conhecer o próprio estado serológico como indivíduo, casal ou família (11).

Recursos limitados e o facto de nem todos se sentirem à vontade ao visitar um centro de saúde proporcionam oportunidades à sociedade civil de colaborar com governos e outras organizações, tais como instituições académicas, para controlar a epidemia de HIV. Isso realça o importante papel que os programas comunitários de prevenção de HIV desempenham na prevenção da transmissão do HIV, utilizando a abordagem de iniciação pelo provedor bem como do utente para localizar as pessoas infectadas por HIV e ligá-las aos cuidados de saúde.

Para aprender mais sobre o objectivo da ONUSIDA, visite o seguinte sítio Web: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>

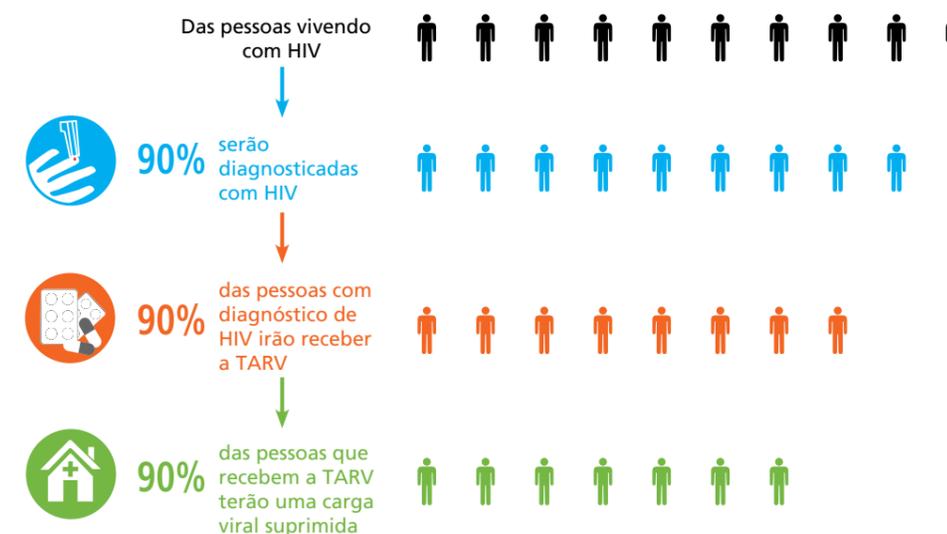


Figure 1.1: Inspirado pelo objectivo «90-90-90» da ONUSIDA

5. Porque é que é importante aprender com as experiências sul-africanas?

Em todo o mundo, 36,7 milhões de pessoas viviam com HIV em 2015 (12), das quais 25,6 milhões eram da África subsariana (13), que se pode considerar o epicentro da epidemia mundial. O peso do HIV é o mais elevado na África do Sul, com 7 milhões de pessoas que viviam com HIV em 2015. A África do Sul também tem o maior programa governamental de tratamento anti-retroviral, com 3,3 milhões de sul-africanos em tratamento. A África do Sul tem uma epidemia generalizada porque a transmissão ocorre, principalmente, entre casais heterossexuais (15). A prevalência estimada de HIV é de 18% da população adulta com idade entre os 15-49 anos (16). Observa-se uma prevalência de HIV maior entre as mulheres do que entre os homens, e entre as pessoas que vivem em habitações informais nas periferias das cidades do que aqueles que vivem nas zonas rurais (17). Grande parte do peso do HIV existe nas populações mais pobres (18).

A resposta da África do Sul à epidemia de HIV desenvolveu-se espectacularmente. A princípio, nos anos 1990, o governo sul-africano negou que o HIV causasse a SIDA. A única forma de impedir a transmissão do HIV era a utilização de preservativos (19). No início dos anos 2000, evidências científicas mostraram que a TARV podia impedir grávidas infectadas por HIV de transmitirem o HIV aos seus fetos (20). O departamento de saúde reagiu de forma cautelosa, afirmando que os medicamentos eram tóxicos e que o sistema de saúde não tinha os recursos para executar um programa nacional de prevenção de transmissão vertical (PTV) em toda a África do Sul. A sociedade civil, em resposta, levou o governo ao Tribunal Constitucional, que decidiu que a negação de prestar a PTV constitui uma violação dos direitos humanos (20). A PTV foi executada, aos poucos, a partir de 2002 (21). A transmissão do HIV de mãe para filho diminuiu, em seguida, de 8,5% em 2008 (22) para 2,4% em 2012 (23).

Com a nomeação de um novo Presidente e Ministro da Saúde em 2009 (24), a resposta do governo à epidemia de HIV tornou-se mais urgente. Os sul-africanos foram aconselhados a fazerem o teste de HIV e a «conhecerem o seu estado». Após uma campanha nacional de testagem de HIV (2010/2011), a proporção de adultos que já tinham sido testados para o HIV aumentou de 43,7% em 2010/11 para 65,2% em 2012 (25), com muitos adultos submetidos ao teste em serviços comunitários de testagem de HIV.

Entre 2006 e 2011, o fornecimento da TARV foi ampliado, em grande parte devido a um aumento de financiamento de doadores internacionais. Esse financiamento foi distribuído, principalmente, através de organizações não governamentais (26), salientando o papel da sociedade civil no aumento da cobertura

de TARV na África do Sul. O Departamento de Saúde também desempenhou um papel na expansão do programa de TARV, pelo aumento constante dos critérios de elegibilidade para tratamento de HIV, disponibilizando assim a TARV a cada vez mais pessoas infectadas por HIV. O limiar de CD4 foi constantemente aumentado a fim de permitir que aqueles com uma contagem de CD4 mais elevada pudessem beneficiar de tratamento (22, 27, 28). Em Setembro de 2016, a África do Sul começou a oferecer a TARV a todos aqueles que vivem com HIV, independentemente da contagem de CD4 (16).

No início, a África do Sul demorou bastante a responder à epidemia de HIV, mas tem-se tornado cada vez mais decidida, com mudanças constantes na política e progressos substanciais na prevenção e tratamento de HIV. Isso, juntamente com interações contínuas entre o governo e a sociedade civil (29), torna a África do Sul um estudo de caso único. As experiências partilhadas e as lições aprendidas com a experiência sul-africana serão valiosas na caminhada da aldeia global rumo ao controlo da epidemia de HIV até 2020 (30). A sociedade civil precisa continuar a desempenhar o seu papel na luta contra esta epidemia bem como avaliar as necessidades de comunidades e executar programas que fazem a diferença na vida das pessoas infectadas e afectadas pelo HIV.

6. Qual é o contexto geográfico?

O presente documento de orientação utiliza as experiências adquiridas e as lições aprendidas nos últimos nove anos de trabalho na prevenção comunitária de HIV. Grande parte dos contributos provém de experiências valiosas, adquiridas na execução de três projectos independentes de prevenção comunitária de HIV, os quais foram financiados pelo CCD, nomeadamente um projecto comunitário de integração de TB e HIV (2008-2012); o Projecto Comunitário de Prevenção de HIV/SIDA (COMAPP) (2011-2017) e a componente de intervenção da Rede de Ensaio para a Prevenção do HIV (HPTN) 071 Impacto Populacional da Terapia anti-retroviral na redução da transmissão do HIV (PopART), que é um pacote combinado de prevenção de HIV (2014 - actualmente). Os serviços comunitários de testagem de HIV referidos no presente documento de orientação foram executados no Distrito Metro da Cidade do Cabo e no Distrito de Cape Winelands, na Província do Cabo Ocidental da África do Sul.

O Distrito Metro da Cidade do Cabo é um distrito prioritário do PEPFAR por causa das estimadas 177 285 pessoas vivendo com HIV no distrito (16). A prevalência de HIV entre as mulheres que vão à consulta de clínicas pré-natais aumentou de 18,2% em 2009 para 20,4% em 2014. Entre os oito subdistritos de saúde, a prevalência pré-natal de HIV varia de 8,8% a 34,7% (31). A cobertura da TARV é cerca de 79% (16). O Cape Winelands é um distrito semi-rural, próximo da Cidade

de Cabo. Compreende cinco subdistritos de saúde, onde a prevalência pré-natal de HIV varia entre 5,4% e 19,8% (31).

O peso do HIV é desigualmente distribuído entre os distritos de saúde. O peso maior encontra-se nas comunidades urbanas informais, que são densamente povoadas com habitações quer formais quer informais (barracos). Essas comunidades são caracterizadas

por muitas injustiças sociais, incluindo altos níveis de pobreza, criminalidade, desemprego e abuso de drogas.

É no seio de tais comunidades que esses projectos foram executados e onde muitas das lições valiosas foram aprendidas e muitos êxitos alcançados. As experiências, práticas e competências recolhidas nesses ambientes constituem a base das informações que se encontram no presente documento de orientação.



Serviços comunitários de prevenção de HIV têm um papel a desempenhar na luta contra a epidemia de HIV, para fazer a diferença na vida das pessoas, quer infectadas, quer afectadas pelo HIV.

7. Como deve ser utilizado o presente documento de orientação?

O presente documento de orientação foi projectado para fornecer ao leitor informações provocadoras em formato estimulante, inspirador e motivador.

Cada capítulo contém:

- Um **trecho introdutório** que permite ao leitor compreender qual a importância do capítulo no âmbito de serviços comunitários de prevenção de HIV.
- Um **índice** que apresenta o conteúdo do capítulo.
- **Textos** escritos sob diferentes perspectivas, incluindo as dos executores, serviços de saúde, OSFL e utilizadores finais (os utentes).
- **Fotografias** que ilustram muitas das próprias actividades e intervenções discutidas.

- **Estudos de caso** que ilustram exemplos reais a partir das nossas próprias experiências.
- **Dicas** com informações úteis e práticas.
- Caixas intituladas «**Será que sabia?**» que explicam conceitos relacionados.
- **Ligações** a sítios Web onde se pode encontrar leitura adicional.
- **Referências cruzadas** entre capítulos, que permitem ao leitor uma compreensão completa de um assunto específico sob diferentes perspectivas.

O que mais contém o presente documento?

- **Instrumentos e material de formação** fazem parte dos apêndices. É permitida aos utilizadores deste guia a utilização e adaptação desses instrumentos no âmbito dos seus próprios programas.
- Uma representação **audiovisual** dos aspectos fundamentais de cada capítulo.

8. O que irá aprender com o presente documento de orientação?

O êxito da execução de qualquer serviço de base comunitária, geralmente, depende do que fazemos antes da execução do programa, incluindo a forma como nos relacionamos com diferentes partes interessadas. O **Capítulo 2 (Envolvimento das Partes Interessadas)** visa assegurar que o leitor entende como se relacionar com as partes interessadas, tanto antes como durante a execução do programa, fornecendo importantes orientações e muitos instrumentos para assegurar uma colaboração bem-sucedida com as partes interessadas. As abordagens de base comunitária, frequentemente lideradas por OSFL locais, prestam serviços fora dos centros de saúde, mais perto de onde as pessoas vivem, trabalham e vão à escola. O **Capítulo 3 (Colaboração com Organizações sem Fins Lucrativos)** fornece informações valiosas sobre como colaborar com as OSFL para prestar serviços de prevenção de HIV, de uma forma que também desenvolve capacidades dentro da OSFL para a sustentabilidade do programa. Não pode haver nenhum programa bem-sucedido sem pessoal devidamente treinado, altamente motivado e saudável. O **Capítulo 4 (Criação, Apetrechamento e Manutenção de Uma Equipa)** visa permitir ao leitor compreender como recrutar, formar, motivar e apoiar pessoal por forma a constituir e manter uma equipa eficaz que possa executar um programa de prevenção de HIV com êxito.

Serviços comunitários de HIV podem reduzir os custos e tempo gastos tanto no deslocamento para serviços de saúde como em longos períodos de espera nesses centros de saúde para o utente (5). As modalidades comunitárias podem superar algumas das barreiras que impedem as pessoas de aceder a um centro de saúde. O **Capítulo 5 (Prestação de Serviços Holísticos Orientados para o Utente)** irá explorar várias modalidades de prestação de serviços comunitários, salientando as vantagens e desafios apresentados por cada modalidade, em termos de populações atingidas, número de casos de HIV e ligação aos cuidados de saúde. Ao partilhar boas práticas e fornecer ao leitor dicas úteis, o presente capítulo também trata do modo como se integra serviços de saúde relacionados nos serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH).

O **Capítulo 6 (Ligação aos Cuidados e Tratamento de HIV)** aborda o importante aspecto da ligação de pessoas diagnosticadas com HIV num contexto comunitário aos cuidados de saúde e tratamento de HIV oferecidos num centro de saúde. O presente capítulo aborda o facto de a ligação aos cuidados de saúde constituir um passo crucial no processo de testagem de HIV; aponta muitas das razões pelas quais as pessoas não chegam aos cuidados de saúde descrevendo então maneiras práticas de melhorar a ligação aos cuidados de HIV a partir de um serviço comunitário de testagem de HIV.

Além da prestação de serviços, há muitos outros aspectos programáticos que fazem parte de um programa comunitário de prevenção de HIV, executado com êxito. A Garantia de Qualidade (GQ) tem a maior importância para qualquer programa de testagem de HIV, portanto o **Capítulo 7 (Garantia de Qualidade de Testagem de HIV)** fornece estratégias importantes e actividades práticas para permitir que os programas comunitários prestem serviços de testagem de HIV de uma qualidade elevada e que produzam resultados de testes de HIV precisos, de forma consistente. A gestão de dados também é um aspecto fundamental de qualquer programa de prevenção de HIV. O **Capítulo 8 (Gestão de Dados)** apresenta ao leitor todas as informações necessárias que lhe permitem tomar decisões informadas para a criação de um sistema adequado de gestão de dados e para assegurar que a recolha de dados é relevante, de alta qualidade e oportuna. Por meio de estudos de caso, esse capítulo descreve a cartografia geográfica como forma alternativa de representação visual dos dados. O **Capítulo 9 (Monitoramento e Avaliação)** dedica-se ao monitoramento e avaliação (MA), que faz parte integrante de qualquer programa. Nesse capítulo são fornecidas orientações sobre como recolher dados para o monitoramento de serviços de prevenção de HIV e a avaliação dos resultados.

Confiamos que o presente documento de orientação irá inspirá-lo e motivá-lo na execução e gestão bem-sucedida do seu programa comunitário de prevenção de HIV, fazendo assim «o seu pouquinho de bem onde estiver».





CAPÍTULO 2 ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS



ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS

Blia Yang, Nozizwe Makola, Jody Boffa, Zamikhaya Ndiki e Lario Viljoen



Este trabalho não é para vós – não vivam acima do vosso povo, mas vivam com ele. Se podem erguer-se, levem alguém consigo.

- Charlotte Mannya Maxeke (Uma das primeiras mulheres negras a ser licenciada na África do Sul; 1871 – 1939)



Porque é que o presente capítulo é importante?

A colaboração com as partes interessadas, tanto antes como durante a execução do programa, é indispensável para o êxito de qualquer programa de base comunitária. É importante abandonar intervenções que perpetuam a participação passiva dos beneficiários; a participação deve ser activa. Como se realiza uma análise da situação?

Como se cria um Conselho Consultivo da Comunidade (CCC, do inglês «Community Advisory Board»)? Como se colabora com várias partes interessadas e se cria parcerias autênticas para o respeito e benefício mútuos? O presente capítulo responde a essas perguntas ao abordar o envolvimento das partes interessadas em termos de consulta, co-criação, adesão, parcerias, colaboração e criação de uma demanda por serviços de testagem de HIV.

O que irá aprender com o presente capítulo?

1. Como aprender sobre uma comunidade antes da execução de serviços de prevenção de HIV?
 - 1.1 Aprender com uma análise da situação
 - 1.2 Aprender com uma pesquisa formativa
2. Quem são as diversas partes interessadas numa comunidade?
 - 2.1 Partes interessadas no sector de serviços sociais
 - 2.2 Partes interessadas no sector de serviços de saúde
 - 2.3 Partes interessadas no sector de serviços comunitários
 - 2.4 Partes interessadas no sector de investigação académica
3. Como podemos criar uma demanda para serviços comunitários de prevenção de HIV?
 - 3.1 Mobilização nas ruas, utilizando altifalantes
 - 3.2 Mobilização porta-a-porta
 - 3.3 Grandes eventos de envolvimento da comunidade
 - 3.4 Meios de comunicação
4. Será que há uma diferença entre o envolvimento das comunidades urbanas, periurbanas e rurais?

1. Como aprender sobre uma comunidade antes da execução de serviços de prevenção de HIV?

Uma vez decidido qual a comunidade em que gostaria de executar o seu programa de prevenção de HIV, é essencial que conheça aquela comunidade: o povo, as políticas, os recursos já existentes e os serviços disponíveis. Não se pode chegar a uma comunidade, organizando os seus serviços e esperando que as pessoas acedam aos seus serviços. Tem de compreender o contexto, para que os seus serviços estejam em consonância com as necessidades da comunidade.

Será que sabia?

Porque é que o envolvimento da comunidade é tão importante?

- Para fornecer antecipadamente à comunidade informações sobre os serviços de saúde a serem prestados nela.
- Para criar confiança entre a sua organização e a comunidade, a fim de diminuir as potenciais dúvidas e desconfianças dos membros da comunidade.
- Para garantir a transparência, a fim de que a comunidade compreenda os benefícios e possíveis riscos inerentes.
- Para ouvir as necessidades da comunidade a fim de assegurar que os serviços prestados pela sua organização são uma prioridade nessa área.
- Para dar à comunidade a oportunidade de contribuir para a execução dos serviços de saúde. Se a intervenção não é uma prioridade para a comunidade, sendo porém considerada um caso de emergência sanitária pelo governo, o envolvimento da comunidade pode ajudar na adaptação contextual dos serviços para uma melhor aceitação.
- Para ganhar o apoio e adesão da comunidade aos serviços de saúde a serem prestados pela sua organização.
- Para habilitar a comunidade a assumir a responsabilidade dos serviços a serem oferecidos.

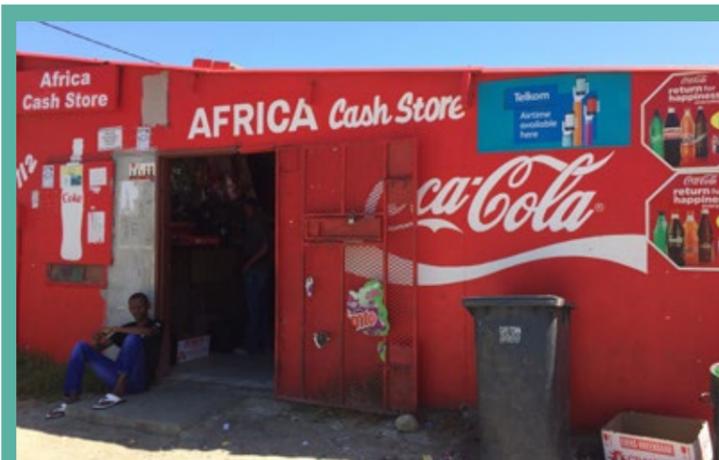
Duas maneiras de aprender sobre a comunidade são através de uma análise da situação ou da realização de uma pesquisa formativa.

Será que sabia?

Quais são as semelhanças e diferenças entre uma análise da situação e uma pesquisa formativa?

- Em ambas, são recolhidos dados a fim de tomar decisões informadas.
- Ambas podem ajudar a prestar serviços comunitários de prevenção de HIV que satisfazem as necessidades da comunidade.
- Uma análise situacional faz parte do processo de envolvimento das partes interessadas, enquanto uma pesquisa formativa apenas identifica as partes interessadas (não faz parte do processo de envolvimento).
- Uma análise da situação realiza-se antes da execução do programa, enquanto uma pesquisa formativa pode ser feita antes ou durante a execução do programa.

É essencial que conheça a sua comunidade, o povo, as políticas, os recursos já existentes e os serviços disponíveis.



1.1 Aprender com uma análise da situação

Antes da execução de qualquer programa comunitário de prevenção de HIV, os responsáveis pela execução do programa devem considerar fazer uma análise da situação. (Ver Apêndice 1 para um Instrumento de Análise Situacional.) Trata-se de uma avaliação da situação da saúde, além das influências sociais e ambientais na área, fornecendo uma visão geral dos serviços de saúde já oferecidos (32, 33). Baseada num quadro analítico causal, tal análise apresenta as interações de contributos, processos e resultados, constituindo tanto uma colecção de dados quantitativos e qualitativos como evidência da situação actual do sistema de saúde (33). Uma análise da situação começa pela criação de um comité de direcção, a decisão sobre os instrumentos necessários para a recolha de informações, o planeamento e organização da recolha, a interpretação das informações recolhidas, e a divulgação das informações aos diferentes públicos-alvo (33).

As informações recolhidas de uma análise da situação podem ajudar na execução de serviços de saúde ou do desenvolvimento de novas intervenções sanitárias (32), ao assegurar que as ofertas de serviços se complementam em vez de saturarem serviços não utilizados pelos utentes. A análise da situação também ajuda os responsáveis pela execução de programas a identificarem as organizações locais e projectos de investigação que já estão na área para eventuais colaborações e parcerias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que é uma metodologia participativa, inclusiva, analítica, pertinente, abrangente e baseada em provas (33). Os responsáveis pela execução de programas podem entrar em contacto com os serviços governamentais de saúde, líderes da comunidade e organizações locais para ajudar na recolha das informações.

O Centro de TB Desmond Tutu desenvolveu um Instrumento de Análise Situacional (Ver Apêndice 1), com base em experiências nos últimos anos, que providenciou um guia útil para conhecer as comunidades nas quais trabalhámos. O instrumento não é exaustivo, mas serve de um guia, podendo ser adaptado a diferentes contextos e ambientes.



Com base neste instrumento, fornecemos exemplos dos tipos de informação que se pode recolher durante uma análise da situação:

- **Dados demográficos** (incluindo tamanho da população, sexo, idade, religião, orientação sexual, etc.). Com base nos dados demográficos, pode-se tomar decisões sobre quantas pessoas é que podem precisar dos seus serviços e quais as populações-alvo a serem visadas, por exemplo os homens, os adolescentes ou as populações-chave. Uma compreensão das principais religiões e da cultura irá permitir-lhe prestar serviços adequados, que são sensíveis à comunidade e em consonância com os valores e sistemas de crenças dela. O princípio importante é utilizar as informações demográficas que foram recolhidas para orientar o programa adequadamente e para dirigir-se às populações apropriadas, de modo que o seu programa possa desfrutar de uma boa aceitação de serviços.
- **Peso da doença** (incluindo taxas de mortalidade, prevalência de HIV, o número de utentes que recebem cuidados de HIV, o número de utentes em tratamento com a terapia anti-retroviral (TARV), incidência de TB, etc.). Essas informações podem orientá-lo a hierarquizar quais os serviços de saúde que devem ser integrados nos serviços comunitários de testagem de HIV (STH) e quais as intervenções adicionais que devem ser executadas para melhorar a saúde na área.
- **Serviços sociais** (incluindo cuidados domiciliários, grupos de apoio, programas de alimentação, escolas, centros sociais, etc.). Com uma lista dos serviços sociais disponíveis na comunidade, irá tornar-se possível prestar um serviço orientado para o utente no âmbito de um programa de prevenção de HIV, onde se pode encaminhar utentes para outros serviços sociais adequados, conforme a necessidade. Para uma discussão do processo de encaminhamento, veja o Capítulo 5 (*Prestação de Serviços Holísticos Orientados para o Utente*).
- **Serviços de saúde** (incluindo número de centros de cuidados de saúde primários, hospitais, curandeiros, organizações sem fins lucrativos que prestam serviços de saúde, etc.). Essas informações são essenciais para o encaminhamento de utentes para outros serviços de saúde apropriados a partir do seu programa comunitário de prevenção de HIV.
- **Serviços comunitários** (informações sobre partes interessadas da comunidade, incluindo conselhos consultivos da comunidade, fóruns comunitários, políticos locais, líderes culturais e religiosos). Cada responsável pela execução de um programa comunitário deve começar por identificar os principais intervenientes na comunidade para fins de envolvimento das partes interessadas. Isso é essencial. Então, tente encontrar-se pessoalmente com esses principais intervenientes para iniciar o processo de criar uma parceria.

- Esses principais intervenientes normalmente têm grande influência nas decisões ou percepções da comunidade e são frequentemente chamados de "guardiões" da comunidade. Os Conselhos Consultivos da Comunidade (CCC) são importantes porque, geralmente, criam a relação entre a comunidade e o centro de cuidados de saúde primários (34).

Será que sabia? Como se define uma comunidade?

Uma comunidade pode ser definida como «um conjunto de pessoas, com diversas características, unidas por laços sociais, as quais partilham perspectivas comuns e participam em acções conjuntas em determinados locais e ambientes geográficos» (35).



Uma comunidade na qual foram prestados serviços de prevenção de HIV.

- **Projectos de investigação** (incluindo os projectos de investigação actuais e planeados na área). Esses projectos de investigação podem entrar em conflito com os serviços de saúde que os responsáveis pela execução de programas desejam prestar à comunidade. Por exemplo, é possível que processos de ensaio clínico já ofereçam os serviços planeados por responsáveis pela execução de programas e irão então afectar a aceitação desses serviços; também é possível que serviços planeados por executores de programas possam impedir e comprometer a intervenção em estudo. A recolha de todas essas informações para uma análise da situação deve ajudar os responsáveis pela execução do programa a avaliarem a situação actual na área, e ajudá-los a tomarem decisões baseadas em provas na base das quais se deve hierarquizar os serviços de saúde ou intervenções (36).

1.2 Aprender com uma pesquisa formativa

A pesquisa formativa é um conjunto de actividades de investigação utilizadas para informar e otimizar intervenções sanitárias planeadas, abrindo caminho para

reforçar as actividades de planeamento em paralelo com o envolvimento inicial das partes interessadas bem como a execução. Cientistas sociais formados realizam essas actividades de investigação, constituídas principalmente por métodos qualitativos, embora também se possa utilizar métodos quantitativos. O objectivo global da pesquisa formativa é fornecer informações para ajudar os responsáveis pela execução de um programa a adaptarem uma intervenção ao ambiente local (37). Ao informar uma intervenção focalizada, a pesquisa formativa pode conduzir a economias tanto de tempo como de custos de intervenção (38).

Será que sabia? Quais são os benefícios da pesquisa formativa?

- Informa e otimiza a execução, tendo em conta os intervenientes pertinentes bem como o contexto específico do local (disposição geográfica, crenças de saúde, cuidados de saúde actualmente disponíveis, história da comunidade, etc.). Um exemplo seria identificar que há uma grande população de profissionais do sexo na comunidade porque vive junto a uma estrada principal de acesso à cidade.
- Informa potenciais medidas de economias. Um exemplo seria identificar que a maior parte da população masculina pratica a Circuncisão Tradicional Masculina (TMC), que pode constituir um desafio se gestores de programas querem implementar a Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV) na área.
- Identifica os possíveis obstáculos às intervenções de testagem de HIV, tais como obstáculos estruturais (incluindo a infraestrutura) ou obstáculos sistémicos (por exemplo atitudes da comunidade). Um exemplo seria identificar que grande parte dos membros da comunidade crêem que a retirada de sangue tem a ver com a «magia negra». Os responsáveis pela execução de um programa deveriam levar isso em consideração ao desenvolver mensagens destinadas à comunidade sobre serviços de teste rápido de HIV por picada no dedo.
- Identifica catalisadores potenciais, incluindo a identificação das principais partes interessadas e organizações, as intervenções sanitárias já instaladas e o aproveitamento das atitudes positivas da comunidade para com a testagem de HIV.

Embora a pesquisa formativa possa ser realizada tanto antes como durante a execução dos serviços comunitários de prevenção de HIV, é aconselhável que seja feita antes da prestação de grandes intervenções onde irão ser prestados serviços adicionais ou alternativos que, normalmente, não são prestados como padrão de tratamento. O papel da ciência social e da pesquisa formativa não é implementar o envolvimento ou sensibilização da comunidade, mas antes identificar as principais partes interessadas, guardiões e organizações já activas na comunidade.

2. Quem são as diversas partes interessadas numa comunidade?



Uma vez realizada uma análise da situação ou uma pesquisa formativa, deveria estar informado sobre quem são os «guardiões» na área e deveria ter entrado em contacto com eles. Esses «guardiões» também são conhecidos como «partes interessadas». O envolvimento das partes interessadas é, frequentemente, um processo intrincado por causa do grande número de organizações com diferentes interesses. A presente secção descreve diversas partes interessadas, destacando porque é que é importante envolver esses grupos.

2.1 Partes interessadas no sector de serviços sociais

Estas organizações prestam diversos serviços sociais no seio de uma comunidade, incluindo serviços domiciliários para pessoas com deficiência; apoio às pessoas afectadas pelo abuso de drogas; ou projectos de valorização económica para mães solteiras ou famílias carentes. É importante estabelecer relações com essas partes interessadas, visto que os responsáveis pela execução de um programa precisam de colaborar com organizações locais de modo que possam encaminhar utentes para os serviços sociais, em caso de necessidade. Os indivíduos e agregados familiares afectados pelo

Será que sabia? O que é uma parte interessada, na perspectiva de um programa de saúde?

Uma parte interessada é uma pessoa ou um grupo interessado, ou envolvido, ou comprometido com os serviços de saúde a serem prestados pelos responsáveis pela execução de um programa ou, em alternativa, um grupo de pessoas que irão ser afectadas pelos serviços de saúde (39).

Quem são as diversas partes interessadas?

1. Partes interessadas no sector de serviços sociais (organizações de inspiração religiosa, organizações da sociedade civil, OSFL).
2. Partes interessadas no sector de serviços de saúde (serviços governamentais de saúde a nível local, a nível subdistrital e a nível nacional; serviços de saúde privados, serviços de saúde das OSFL).
3. Partes interessadas no sector de serviços comunitários (CCC, fóruns comunitários, líderes da comunidade, OSFL).
4. Partes interessadas no sector de investigação académica (instituições académicas, empresas farmacêuticas, e/ou OSFL a realizar investigação académica).

HIV e/ou TB suportam encargos sociais adicionais (40), portanto os responsáveis pela execução de programas devem colaborar com organizações locais a fim de poderem prestar os serviços de saúde reforçados e holísticos que os utentes necessitam.

2.2.2 Partes interessadas no sector de serviços de saúde

As partes interessadas no sector de serviços de saúde incluem os serviços governamentais de saúde e organizações privadas. Cada uma destas partes é responsável por fornecer serviços de saúde na comunidade. É particularmente importante estabelecer uma relação forte com os serviços governamentais de saúde, desde o pessoal presente nas unidades de saúde locais aos responsáveis pelas políticas de saúde a nível do governo central. Qualquer intervenção que afecte o sistema de saúde necessitará da aprovação e/ou apoio dos diferentes níveis das autoridades. As directrizes seguidas pelos executores do programa na prestação de serviços de saúde são determinadas pelos serviços governamentais de saúde. Sugere-se que os executores reservem algum tempo para procurar conhecer os serviços de saúde oferecidos na comunidade.

Estudo de caso: Uma colaboração forte com os serviços governamentais de saúde resulta na integração de serviços de saúde sexual e reprodutiva nos serviços de testagem de HIV móvel

O Centro de TB Desmond Tutu (CTDT), na Universidade de Stellenbosch, tem prestado serviços de testagem de HIV desde 2008 na Província do Cabo Ocidental na África do Sul. O CTDT tem operado em parceria com o Departamento de Saúde da Cidade do Cabo (CCT HD) e o Departamento de Saúde do Governo do Cabo Ocidental (WCG DoH). O CTDT realizava serviços de testagem de HIV móvel a utilizar caravanas e tendas montadas em áreas de tráfego intenso dentro de comunidades com diversos pesos do HIV. Também dialogavam com os serviços governamentais de saúde para compartilhar lições aprendidas e boas práticas. Criada uma relação forte, os resultados do programa eram partilhados regularmente com os serviços governamentais de saúde. O CTDT entrou em contacto com os pertinentes serviços governamentais de saúde e pediu-lhes que fornecessem os consumíveis necessários de modo que pudessem integrar os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos serviços de testagem de HIV móvel. Na altura, testes de gravidez e serviços de planeamento familiar estavam só disponíveis em centros de cuidados de saúde primários. Os serviços adicionais permitiam que o CTDT prestasse um serviço integrado, nomeadamente às mulheres e raparigas. A introdução desses novos serviços resultou em que um maior número de raparigas acedessem a serviços de testagem de HIV. Veja o Capítulo 5 (*Prestação de Serviços Holísticos Orientados para o Utente*).

2.3 Partes interessadas no sector de serviços comunitários

Partes interessadas no sector de serviços comunitários são fundamentais. Essas incluem CCC/Comités de Saúde, fóruns comunitários e líderes individuais (incluindo culturais, políticos e religiosos). Tais partes interessadas podem diferir em função do contexto da comunidade (41).

2.3.1 Conselhos Consultivos da Comunidade

Por vezes, um CCC é referido como um Grupo Consultivo da Comunidade, Comité de Saúde ou Fórum de Saúde Comunitária. Verifique se existe um CCC na comunidade onde pretende trabalhar. Caso contrário, deve-se estar ciente de que é preciso um considerável investimento de tempo e esforço para montar um CCC representativo e empenhado. Contudo, um CCC que funciona bem é vantajoso e vale bem o esforço.

Um CCC:

- é composto de membros de diferentes grupos interessados envolvidos em programas de saúde e programas comunitários de desenvolvimento local nas suas respectivas comunidades;
- deve ser grande o suficiente para reflectir os interesses e necessidades das partes interessadas (42, 43); e,
- dá uma voz independente e consultiva, funcionando como um sistema consultivo de partes interessadas para facilitar a participação dos interessados da comunidade (43).

O papel de um CCC é:

- funcionar como o elo entre as comunidades e os investigadores ou responsáveis pelos serviços de saúde;
- informar partes interessadas da comunidade sobre

investigações propostas e em curso, fornecendo às equipas de investigação informações sobre os costumes e crenças locais, bem como as opiniões e preocupações locais que surjam durante a execução do programa (43);

- contribuir para a promoção dos serviços de testagem de HIV, participando em campanhas de sensibilização e discussões sobre STH;
- ajudar a adaptar estratégias de mobilização de modo que sejam adequadas ao contexto; e,
- rever materiais distribuídos por responsáveis pela execução de programas para assegurar que são sensíveis do ponto de vista cultural e fáceis de compreender.

«Os membros dum CCC compreendem as normas culturais da comunidade, ou, por outras palavras, o que é aceitável para a comunidade. Não se pode aprender as normas culturais através da leitura. Portanto, os CCC desempenham um papel fundamental, visto que podem aconselhar os investigadores e responsáveis pela execução de programas sobre como se pode aceder a uma comunidade.» - O Reverendo David Galetta (*Copresidente do CCC do CTDT*).

Se não existe um CCC na área, os responsáveis pela execução do programa são obrigados a montar um CCC para assegurar que os interesses da comunidade são claros aos próprios responsáveis (44).

«Achei útil receber formação do CTDT sobre práticas de aconselhamento de base, a elaboração eficaz de actas e boas práticas clínicas (BPC), pois antes não sabia nada sobre BPC. É bom que também desenvolvem capacidades em nós como membros do CCC.» - Thembaletu Nyandeni (*membro de CCC*)

Consulte as boas práticas para CCC da OMS, em www.who.int/hiv/pub/imai/om_4_community.pdf

Boas práticas para montar um CCC - com base nas nossas experiências

1. O funcionamento e composição de um CCC serão diferentes em diversas comunidades e ambientes. Montar um CCC é um processo complexo e deve ser receptivo às necessidades da comunidade. Por exemplo, numa das nossas áreas de pesquisa, os serviços governamentais de saúde estabeleceram contacto com as partes interessadas a nível local, incluindo serviços sociais, clínicas locais e partes interessadas no sector de serviços comunitários, para criarem Comités de Saúde. Membros do CCC foram propostos e seleccionados dos Comités de Saúde.
2. Os responsáveis pela execução do programa devem explicar o papel dos CCC aos fóruns comunitários de forma transparente, para que os membros da comunidade compreendam as responsabilidades dos membros de um CCC. Partilhámos com os membros da comunidade que estavam interessados em associar-se com um CCC os aspectos tanto positivos como potencialmente desafiantes de fazer parte de um CCC. Isso permitiu-lhes tomarem uma decisão informada antes de aderirem ao CCC.
3. O CCC deve ser representativo da comunidade em geral. Por exemplo, recomenda-se que tanto os jovens como as pessoas mais idosas estejam representados no CCC. Devem também ser incluídas pessoas que falam a(s) língua(s) locais bem como pessoas com uma variedade de níveis de ensino.
4. O CCC deve representar os membros da comunidade que irão ser directamente afectados pelo programa. Por exemplo, num programa concentrado em HIV ou TB, deve-se incluir pessoas vivendo com HIV ou TB no CCC.
5. Regra geral, os membros de um CCC dão o seu tempo voluntariamente. Em retribuição, membros dos CCC recebem formação em domínios como a elaboração de actas ou gestão e liderança. No âmbito de estudos de investigação, deve-se incluir também assuntos como Boas Práticas Clínicas, introdução à investigação clínica, informações básicas sobre o HIV, introdução às questões de saúde pública e aconselhamento básico sobre o HIV na formação dos CCC. Os membros do CCC podem compreender, assim, a importância do seu papel e estar dotados de competências para que possam funcionar de forma independente.
6. O CCC deve dispor de todas as estruturas formais necessárias. Isso inclui um presidente nomeado e seleccionado, um comité executivo, uma constituição, estatutos e uma acta lavrada em cada reunião. Devem reunir-se regularmente.



Membros da comunidade foram propostos para o estabelecimento de um Conselho Consultivo da Comunidade para executar um pacote combinado de prevenção de HIV, o qual foi entregue porta-a-porta no seio das comunidades do Cabo Ocidental na África do Sul.

Estudo de caso: Montar um CCC numa comunidade onde existia, anteriormente, um Comité de Saúde

O CTDI montava um CCC como uma obrigação ética para um ensaio de investigação. Na África do Sul, os CCC costumam funcionar mais no âmbito de investigações académicas, enquanto os Comités de Saúde actuam no contexto de serviços gerais de saúde (45). O objectivo do CCC é funcionar como elo entre a comunidade e os investigadores, ao passo que os Comités de Saúde actuam como interface entre os serviços governamentais de saúde e a comunidade (46). Ao envolver as partes interessadas no estabelecimento de um CCC, os serviços governamentais de saúde e membros da comunidade informaram o CTDI que esse processo seria muito difícil, porque Comités de Saúde tinham sido montados recentemente na área pela comunidade e os serviços governamentais de saúde, e que os membros desse comité recebiam um estipêndio. É contra as regras do Comité de Ética da Universidade de Stellenbosch pagar um estipêndio a membros de um CCC. Isto apresentou vários desafios ao CTDI no que se refere ao estabelecimento do CCC:

1. Quem queria se voluntariar para ser um membro do CCC se pudesse receber um estipêndio como membro de um Comité de Saúde?
2. O que aconteceria se um candidato que não fizesse parte do Comité de Saúde já existente fosse eleito para ser um membro do CCC?
3. Do ponto de vista da comunidade, qual seria o organismo que a representava - o CCC ou o Comité de Saúde?

Através do processo de envolvimento das partes interessadas, o CTDI reuniu-se várias vezes com serviços de saúde do governo local, fóruns comunitários, líderes da comunidade e ex-membros do Comité de Saúde acerca da melhor forma de montar um CCC para o ensaio de investigação. Durante esse processo de consulta, foram identificados vários pontos, a saber:

1. a necessidade de uma forma bem transparente de montar o CCC pelo envolvimento de líderes da comunidade que pudessem ajudar a direccionar o processo;
2. que o CCC devia ser criado por um processo de nomeação de candidatos dos serviços de saúde do governo local, fóruns comunitários e líderes da comunidade;
3. que ex-membros do Comité de Saúde não estavam excluídos desse processo de nomeação e que se podiam nomear a si próprios;
4. que a selecção do CCC se realizaria através de uma apresentação de candidatura formal para revisão; e,
5. foi criado um comité de selecção do CCC, compreendendo um grupo diverso de indivíduos da comunidade e investigadores para rever as candidaturas e entrevistar os candidatos que irão fazer parte do CCC.

Este processo de envolvimento das partes interessadas, consulta e um procedimento transparente na constituição do CCC criou confiança na relação com a comunidade e as diversas partes interessadas.



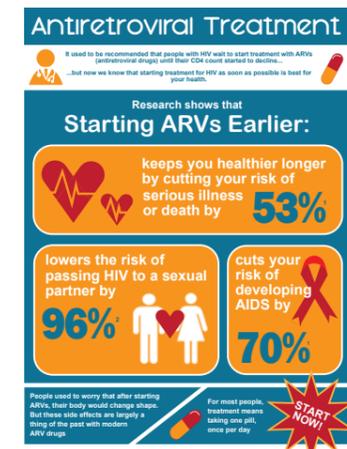
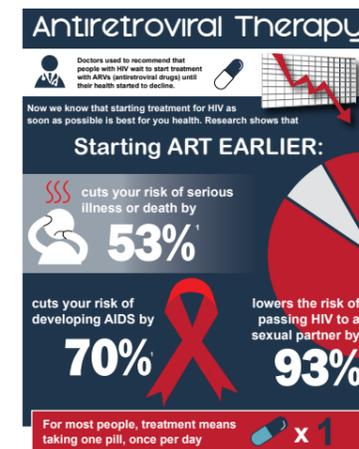
Assegure que os membros do CCC provêm das comunidades nas quais irá prestar serviços de testagem de HIV.

Estudo de caso: Contributos valiosos de um CCC melhoram materiais IEC

A HPTN 071 (PopART) entrega um pacote combinado de prevenção de HIV porta-a-porta na comunidade, por meio de prestadores de cuidados de HIV da comunidade (também denominados CHIP), que inclui testes de HIV em casa e encaminhamento para ligação aos cuidados de HIV e tratamento anti-retroviral. O PopART desenvolveu material de informação, educação e comunicação (IEC) com a assistência dos CCC, de modo com esse material fosse sensível do ponto de vista cultural e fácil de compreender de acordo com o contexto. O processo de desenvolvimento e testagem dos materiais levou seis meses. Segue-se um exemplo de um folheto antes e depois dos contributos do CCC. Foi apresentado aos membros do CCC o projecto de folheto, à esquerda. As suas respostas foram integradas no projecto revisado, à direita.

Foram efectuadas alterações no folheto original em função dos comentários dos membros do CCC:

1. «Deve ser substituída a palavra "terapia" por "tratamento", que a segunda palavra é mais utilizada na comunidade.»
2. «Não compreendemos o gráfico com a flecha indicando para baixo no projecto.»
3. «Gostaríamos de acabar com o mito de que os anti-retrovirais mudam a forma do teu corpo.»
4. «Deve ser tirada a imagem da pessoa doente, pois parece que as pessoas irão ficar mais doentes com efeitos secundários quando tomarem anti-retrovirais.»
5. «Deve ser incluída uma imagem de um casal para visualizar o menor risco de transmitir o HIV a um parceiro sexual.»
6. «Devem ser utilizadas cores mais vivas e ser colocada uma caixa de diálogo com a menção "COMEÇA JÁ" para que o folheto seja mais atraente aos olhos.»



2.3.2 Fóruns comunitários

Fóruns comunitários são:

- grupos na comunidade que podem ter sido criados por organizações sociais, políticas ou religiosas com um objectivo específico no seio da respectiva organização (46);
- uma das melhores formas de relacionar-se directamente com os membros da comunidade;
- diferentes dos CCC, pois geralmente têm um interesse específico estabelecido pelos próprios membros da comunidade; e,
- organizados e liderados por membros da comunidade.

2.3.3 Líderes da comunidade

Dica Conheça as preocupações da comunidade na qual irá trabalhar

Deve-se estar ciente de que a saúde pode não ser a primeira prioridade dos fóruns comunitários. Há-de existir numerosos desafios sociais na comunidade que podem causar maiores preocupações para o fórum, por exemplo taxas de desemprego elevadas ou uma falta de oportunidades para os jovens. Realçar o seu projecto pode revelar-se desafiante, pois pode não ser uma prioridade da comunidade. Dedique algum tempo para estabelecer confiança na sua relação com os líderes de fóruns comunitários; e arranje tempo para escutar os membros da comunidade e descobrir quais são as preocupações na comunidade.

Dependendo do contexto, líderes da comunidade podem ser líderes políticos, culturais ou religiosos. Esses líderes são essencialmente os "guardiões" de áreas específicas no seio da comunidade.

Pontos a considerar:

- Discuta com a comunidade sobre a melhor forma de apresentar-se aos líderes da comunidade relevantes.
- Nas comunidades onde há chefes tradicionais ou líderes tribais, respeito pela hierarquia será essencial para comunicações bem-sucedidas. Portanto, deve informar-se, através dos serviços governamentais de saúde, sobre quem são essas pessoas e qual é o protocolo correcto para aproximar-se delas.
- Deve-se estar ciente de que, numa sociedade tradicional, os responsáveis pela execução de programas podem ser vistos como «forasteiros», que não são de confiança.
- Empenhe-se em estabelecer confiança nas suas relações com os líderes da comunidade para ajudar a promoção da saúde.
- Deve-se estar ciente de que nem todos os líderes da comunidade serão populares numa determinada área.

2.4 Partes interessadas no sector de investigação académica

Partes interessadas no sector de investigação podem incluir instituições académicas, OSFL ou empresas farmacêuticas. Partes interessadas no sector de investigação recolhem e analisam dados que podem beneficiar o seu programa, pelo que é uma boa ideia estabelecer relações com elas.

Os responsáveis pela execução de programas devem:

- dialogar com investigadores para assegurar que não há uma sobressaturação de determinados serviços prestados na área;
- conhecer as plataformas comunitárias onde investigadores em saúde divulgam os resultados dos seus estudos e pedir licença para assistir às reuniões de divulgação; os dados divulgados podem ser muito úteis para compreender a epidemiologia das doenças na área; e,
- trabalhar em estreita colaboração com investigadores e explorar as possibilidades de compartilhar recursos.



A andar pela comunidade para aprender sobre a comunidade.

3. Como podemos criar uma demanda para serviços comunitários de prevenção de HIV?

A montagem de um programa comunitário de prevenção de HIV exige a criação de uma demanda para os serviços que serão prestados. Há muitas maneiras de criar uma demanda, e a presente secção irá tratar de algumas dessas estratégias.

Na África do Sul, o programa nacional de testagem de HIV recomenda ênfase na criação de demanda nas populações onde a aceitação de testagem de HIV seja insuficiente, tais como as populações-chave e os adolescentes (11). A sua estratégia para criar uma demanda depende do ambiente e de quais as populações que pretende alcançar. Os CCC podem facilitar a identificação das melhores estratégias a serem utilizadas numa área ou comunidade específica. Utilizar-se-ia uma estratégia diferente se pretender alcançar uma população-chave (tal como os profissionais do sexo, os homens que fazem sexo com homens, ou as pessoas que injectam drogas) do que quando visar alcançar as raparigas ou a população em geral. As suas mensagens seriam diferentes, e também seria diferente onde, quando e como se realiza a mobilização. Muitas populações-chave são difíceis de alcançar, pois não são facilmente identificáveis. Poderá ser necessário mobilizá-las através de redes já existentes, de modo que a sua privacidade seja protegida. As raparigas podem responder bem à utilização de meios de comunicação social. Se desejar alcançar os homens, é aconselhável realizar as suas actividades de mobilização fora do horário de trabalho.

Algumas estratégias de criação de demanda para consideração:



PORTA-A-PORTA



UTILIZAÇÃO DE ALTIFALANTE



EVENTOS DE ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE



UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE COMUNICAÇÃO

3.1 Mobilização nas ruas, utilizando altifalantes

- A mobilização nas ruas consiste em andar pelas ruas num grande grupo para consciencializar a comunidade sobre os serviços prestados pelo

seu programa, chamando atenção e partilhando informações sobre os serviços.

- É mais adequado para as comunidades periurbanas, onde vive um grande número de pessoas em proximidade uns dos outros. Este método não seria tão bem sucedido nas comunidades rurais, embora possa funcionar em mercados de fim-de-semana ou outros eventos onde as pessoas se reúnem em grandes números.
- Monte um espectáculo vistoso nas ruas a fim de chamar as pessoas para fora das suas casas, utilizando então a oportunidade para promover os serviços que está a prestar.
- Para chamar a atenção das pessoas, o pessoal que realiza a mobilização deve estar vestido de forma uniforme a fim de se destacar.
- Chapéus coloridos, cantos e dança irão complementar o ambiente e fazer as pessoas saírem das suas casas.

- Além disso, pode-se utilizar um altifalante para chamar as pessoas à rua.
- Uma vez chamada a atenção dos membros da comunidade, utilize o altifalante para apresentar a sua organização, para explicar os serviços de saúde oferecidos e para divulgar mensagens fundamentais sobre a saúde.
- O pessoal pode distribuir folhetos para reforçar as mensagens verbais.
- Considere realizar a mobilização nas ruas em diferentes horas do dia para alcançar diferentes públicos que poderão estar ausentes durante as horas de trabalho habituais.

«O que nos chama a sair à rua são os altifalantes. Logo que os ouvimos, saímos das nossas casas para ouvir as mensagens. Ouvimos os conselhos de saúde em alto e bom som. Tratam da nossa saúde e bem-estar.»
- Sarah Matthyse (Membro da comunidade).



Grandes grupos de pessoas que caminham pelas ruas chamam a atenção e sensibilizam a comunidade para determinados serviços.

3.2 Mobilização porta-a-porta

- Esta estratégia permite-lhe conversar individualmente com as pessoas nas suas casas sobre os serviços de saúde prestados pela sua organização.
- O melhor é fazer isso aos pares, tanto para garantir a segurança do pessoal como para evitar que os membros do agregado familiar se sintam sufocados.

- Fornece aos membros da comunidade um espaço mais íntimo para dialogarem consigo e fazerem perguntas.
- Como com a mobilização nas ruas, pode-se deixar folhetos nas casas para reforçar as mensagens verbais.
- Considere andar de porta em porta em diferentes horas do dia para alcançar uma ampla população, especialmente para chegar àqueles que não estejam em casa durante o horário comercial normal.

A mobilização porta-a-porta é uma ótima forma de conversar individualmente com as pessoas sobre os serviços de saúde prestados pela sua organização.



- Deve-se estar ciente de que os membros do agregado familiar podem ser distraídos com os afazeres domésticos ou podem não se sentir confortáveis em discutir assuntos privados diante de outros familiares e, portanto, podem não o escutar com entusiasmo.

«É bom realizar a mobilização porta-a-porta, pois podes responder imediatamente às perguntas dos utentes. Além disso, há pessoas que não sabem ler ou que não gostam de ler, portanto, ao dialogar com eles cara a cara, eles podem melhor entender a mensagem.»
- Luzuko Manzi (Profissional de saúde)

3.3 Grandes eventos de envolvimento da comunidade

- Realizar um grande evento da comunidade significa que poderá dialogar com um grande número de pessoas ao mesmo tempo.
- Peça a um político da área de saúde, uma pessoa local e respeitada, que transmita as suas principais mensagens, pois tais pessoas, geralmente, estão bem posicionadas para transmitir mensagens de forma apropriada ao contexto.
- Inclua actividades divertidas, como música, jogos, rifas e prémios. Caso pretenda dar prémios, consulte o CCC para assegurar que são apropriados para o contexto local.
- Considere utilizar representações, dramas ou danças

que podem divulgar uma mensagem relacionada com a saúde.

- Pense na possibilidade de oferecer rastreios médicos, de modo que a comunidade se familiarize com o tipo de serviços que irá prestar.
- Assegure que o evento é realizado num local que tenha espaço suficiente para um grande público.
- Assegure que tem as permissões adequadas para a realização do evento.
- Pense em requisitos adicionais, tais como garrafas de água suficientes, instalações sanitárias, equipas de intervenção médica, controlo de multidões (polícia) e planos de saída caso se trate de uma área cercada.
- Os custos podem ser elevados em comparação com outras estratégias.

«Como representante da comunidade, valorizo os serviços trazidos à comunidade pelo CTD, pois os serviços são trazidos ao povo. Isso facilita a educação da comunidade sobre a sua saúde e também lembra as pessoas que têm que assumir a responsabilidade por permanecerem saudáveis. Sugiro que estes grandes eventos de envolvimento da comunidade sejam realizados aos fins-de-semana para alcançar mais membros da comunidade.» - Mandla Dosi (Político Local)

visual, geralmente, há-de ser lembrada por mais tempo do que uma mensagem lida ou ouvida. Uma outra opção a ser considerada é a utilização de estações de rádio comunitárias em regiões onde mais pessoas têm rádio.

4. Será que há uma diferença entre o envolvimento das comunidades urbanas, periurbanas e rurais?



Será que sabia?
Qual a diferença entre uma área urbana, periurbana e rural?

Uma **área urbana** é a região que rodeia uma cidade. São áreas bem desenvolvidas, e há uma densidade de estruturas tais como casas, edifícios comerciais, estradas, pontes e ferrovias.

As **áreas periurbanas** ficam nos arredores da cidade. Essas áreas normalmente resultam de as pessoas mudarem-se das áreas rurais para mais próximo da cidade a fim de procurar emprego. Regra geral, são densamente povoadas e caracterizam-se por habitações tanto formais como informais (barracos de chapa ondulada), elevado desemprego, criminalidade e pobreza geral.

As **áreas rurais** são regiões geográficas situadas fora das cidades. Essas zonas, tipicamente, caracterizam-se por uma baixa densidade populacional e pequenos povoados. As zonas agrícolas são geralmente rurais.

As comunidades urbanas, periurbanas e rurais têm, cada uma, as suas próprias vantagens e desafios no que se refere ao envolvimento. As estratégias de envolvimento podem ser consideravelmente diferentes. Portanto, serviços comunitários de prevenção de HIV necessitam de ser adaptados de forma adequada para garantir uma melhor aceitação dos serviços de HIV.

Devido à elevada densidade populacional nos ambientes urbanos e periurbanos, um evento único pode alcançar um grande número de pessoas.

Nas **comunidades urbanas**, uma maior população e proximidade com a cidade também significa maior concorrência pelo tempo das pessoas. As populações nos centros urbanos, onde há uma maior presença de instituições académicas, também podem ser propensas a sofrer fadiga de engajamento quando existem muitos projectos ao mesmo tempo. É importante recordar que poderá existir uma sobrecarga de custos e tempo se há muitos projectos isolados na área e se não há mudanças tangíveis na prática como resultado do processo de envolvimento (47).

As **comunidades periurbanas**, muitas vezes, têm uma maior diversidade cultural e económica, o que constitui uma oportunidade de relacionar-se com as populações em maior risco e marginalizadas (48). Porém, tal significa que esse envolvimento exige uma abordagem mais diversificada, dependendo dos grupos-alvo.

Em contraposição, trabalhar com as **comunidades rurais** significa, muitas vezes, mais similaridades no sistema local de valores culturais. Tal homogeneidade pode favorecer e prejudicar o processo de envolvimento da comunidade. Uma maior uniformidade pode significar que é mais fácil alcançar-se um consenso

O envolvimento da comunidade é diferente nas comunidades urbanas, periurbanas e rurais. Reserve algum tempo para compreender o contexto a fim de poder prestar serviços de testagem de HIV convenientes.



Grandes eventos de envolvimento da comunidade proporcionam uma oportunidade de dialogar com um grande número de pessoas ao mesmo tempo para promover os serviços prestados pela sua organização.

Para uma lista de verificação das operações e logística para a organização de um grande evento de envolvimento da comunidade, consulte o Apêndice 2.

3.4 Meios de comunicação

A utilização de meios de comunicação para criar uma demanda de serviços de prevenção de HIV pode ser eficaz, dependendo do contexto local. Os meios de comunicação incluem rádio, jornais, televisão e redes sociais.

- Discuta com o CCC os meios mais apropriados para utilizar na comunidade específica.
- Esclareça quais são as melhores línguas nas quais se comunicar.

- Leve em consideração a taxa de alfabetização antes de elaborar materiais IEC a serem distribuídos por meios de comunicação impressos.
- Elabore materiais visuais, em consulta com os líderes da comunidade locais, para assegurar que são adequados ao contexto.
- Deve ser elaborado um plano de comunicação social, levando em consideração tanto os recursos financeiros como a disponibilidade de pessoal qualificado.
- As decisões sobre a utilização de meios de comunicação adequados ao público-alvo são importantes. Por exemplo, a televisão é cara, mas chega a um público alargado, e uma mensagem





Boas práticas para o envolvimento da comunidade em ambientes tradicionais e/ou coesos culturalmente (52 - 54)

1. Preparar-se bem

- Aprender os cumprimentos adequados (p. ex. aperto de mão suave, reverência, contacto visual ou não).
- Perguntar sobre, e observar, o traje apropriado das mulheres em comparação com os homens, das crianças em comparação com os adultos, das pessoas casadas em comparação com as solteiras, etc.
- Perguntar se os líderes ou visitantes esperam receber presentes.
- Esforçar-se, de forma razoável, para familiarizar-se com a língua, sobretudo com os cumprimentos e a terminologia relacionada ao HIV.
- Pensar na possibilidade de empregar um membro respeitado na comunidade como conselheiro cultural.

2. Reduzir o desequilíbrio de poder em reuniões de envolvimento

- Encontrar-se algures no seio da comunidade em vez de num centro de saúde ou noutra instituição, fazendo assim com que os participantes locais se sintam à vontade.
- Utilizar pontos de encontro circulares, incentivando os responsáveis pela execução do programa a se misturarem com os membros da comunidade.
- Considerar um co-presidente local em reuniões de envolvimento.
- Utilizar jogos locais e actividades que não dependam de uma língua específica como quebra-gelos.
- Servir comida local.
- Aceitar, sempre que possível, convites a actividades culturais.

3. Estar preparado para mudar do seu papel como perito

- A noção do intercâmbio de conhecimentos depende dos conhecimentos especializados que provêm das experiências vividas dos membros da comunidade - no início, pode ser difícil para os profissionais de saúde e para os membros da comunidade reconhecerem ou aceitarem esse facto.
- Acostumar-se a escutar mais do que falar, sendo um estudante da comunidade.
- Evitar utilizar meios electrónicos em reuniões - uma apresentação de *slides* pode ser unilateral, não favorecendo as interacções.

4. Estar ciente das diferenças de estatuto que existem dentro da comunidade

- Garantir uma representação adequada da população mais afectada pela pobreza e pela impotência.
- Não deixar de incluir pessoas que vivem com HIV, juntamente com ou em vez de delegados das organizações locais que as representam.
- Prever formas de lidar suavemente com as hierarquias presentes na equipa - embora possa visar que todos os membros estejam em pé de igualdade, é possível que existam expectativas diferentes de acordo com as práticas culturais.

5. Não ter medo de discordar

- Todos compreendem a burocracia; o envolvimento constitui um equilíbrio delicado entre as responsabilidades e expectativas dos membros da comunidade, dos profissionais de saúde, dos políticos, e as limitações dos recursos escassos de saúde - não ter medo de identificar esse facto ou de lembrar o grupo dele.
- Quando as expectativas estão em discordância, deve negociar. De acordo com a nossa experiência, os membros da comunidade valorizam a comunicação aberta, demonstrando respeito pela sabedoria e pelas contribuições de todas as partes.

durante o processo de envolvimento. Por outro lado, o sistema de valores numa sociedade mais homogénea pode significar maior resistência ao envolvimento com grupos vistos como forasteiros (49, 50). Em ambientes desse tipo, um investimento inicial mais longo no desenvolvimento de relações com representantes da comunidade pode revelar-se extremamente gratificante.

Dadas as complexidades adicionais quando se trabalha com populações difíceis de alcançar (tanto em termos de proximidade como de cultura), a persistência, muitas vezes, conduz a participantes ávidos que se comprometem a longo prazo, uma vez que tenha sido estabelecida a confiança (48). O mesmo se aplica relativamente à colaboração com comunidades tradicionais de maior dimensão (51).

De realçar que, até nas comunidades mais rurais ou tradicionais, pode existir grande diversidade, os sistemas de valores estando muito longe de estagnados (52).

Sugerimos que, no início do processo de envolvimento, profissionais de saúde aprendam tanto quanto possível sobre as diversas ideologias no seio da comunidade e que continuem a reflexionar sobre as suas próprias crenças e, igualmente, que façam contactos regulares com os membros da comunidade para identificar e integrar mudanças subtis nos sistemas de valores.

O envolvimento das partes interessadas é um investimento fundamental para os responsáveis pela execução de programas. A criação de uma parceria colaborativa entre os serviços sociais, os serviços de saúde, os serviços comunitários e os projectos de investigação é central no envolvimento das partes interessadas. A ideia é criar uma relação de confiança, transparente e mutuamente benéfica, em função do qual a sua organização pode prestar aos membros da comunidade um serviço de saúde de elevada qualidade e holístico, em colaboração com as partes interessadas.



Membros da comunidade dando uma vista de olhos aos folhetos distribuídos durante uma mobilização comunitária.



CAPÍTULO 3 COLABORAÇÃO COM AS ORGANIZAÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS

Porque é que o presente capítulo é importante

A execução de um programa comunitário de prevenção de HIV não pode ser completamente bem sucedido a menos que haja uma boa colaboração entre todas as partes interessadas: os financiadores, as pessoas com conhecimentos especializados e competências no campo de serviços e actividades de prevenção de HIV e as pessoas que compreendem a comunidade muito bem.

Portanto, as organizações sem fins lucrativos (OSFL) que operam nas comunidades para melhorar a vida dos membros da comunidade são parceiros essenciais na execução de um programa. No presente capítulo, são partilhadas as aprendizagens com uma parceria especial entre uma instituição académica e várias OSFL, a fim de destacar alguns princípios fundamentais no que diz respeito à colaboração com OSFL para assegurar a sustentabilidade de programas.

O que irá aprender com o presente capítulo?

1. O que é uma organização sem fins lucrativos (OSFL)?
2. O que é uma parceria bem-sucedida?
3. Porque é que é importante formar parcerias com OSFL para a prestação de serviços de base comunitária?
4. Como seleccionar uma OSFL para uma colaboração?
 - 4.1 Abrir concurso
 - 4.2 A selecção de OSFL bem-sucedidas
5. Como se estabelece uma parceria contratual?
6. Quais são as estruturas de notificação para acompanhar o progresso das OSFL?
7. Como é que as parcerias estão ligadas à sustentabilidade de um projecto

COLABORAÇÃO COM ORGANIZAÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS

Margaret van Niekerk, Blia Yang e Sue-Ann Meehan



Se quer ir rápido, vá sozinho.
Se quer ir longe, vá em grupo.

(Provérbio africano)



1. O que é uma organização sem fins lucrativos (OSFL)?

Uma OSFL visa prestar ao público um serviço ou benefício qualquer, mas sem lucrar com isso. Na África do Sul, uma OSFL é definida como uma organização privada estabelecida para fins públicos (55). As OSFL são independentes do governo (56, 57) e exercem actividades a favor de aliviar sofrimento, promover os interesses dos pobres e/ou promover o desenvolvimento da comunidade (58). Regra geral, elas dependem do financiamento por doadores, agências de financiamento nacionais e/ou internacionais, subsídios governamentais e eventos de angariação de fundos. "OSFL" é um termo amplo que abrange tanto as organizações não-governamentais (ONG) como as organizações locais (CBO, do inglês "community-based organizations") (56).

Será que sabia?
Qual a diferença entre as ONG e as CBO?
(59)

A sigla «ONG» representa «organização não governamental». As ONG, geralmente, são organizações estruturadas formalmente, registadas com o governo. São voluntárias, isto é, não lucrativas. Podem prestar serviços a nível internacional, nacional ou local.

«CBO» representa «organização local». Essas são organizações de base, iniciadas pelos moradores locais, operando no interesse dos seus membros. Podem ser ou formais ou informais, mas todos os seus membros pertencem à comunidade que servem.

Estudo de caso: Uma OSFL adapta programas para tratar das necessidades em mudança

O Etafeni é uma organização sem fins lucrativos registada, composta por instalações multiúso onde é realizada uma variedade de programas educativos e programas de assistência social, bem como programas comunitários numa população mal servida em Nyanga, Cidade do Cabo. A comunidade de Nyanga é periurbana, com uma população estimada em 58 723 de pessoas em 2011. Tem uma elevada taxa de desemprego (cerca de 56%), pobreza generalizada e um elevado peso do HIV/SIDA (60).

Fundado em 2001, o Etafeni originalmente funcionava como uma resposta à epidemia de HIV/SIDA que era (e continua a ser) galopante em Nyanga e nas áreas vizinhas. O centro presta serviços a famílias afectadas pelo HIV/SIDA e, mais especificamente, a crianças vulneráveis infectadas e afectadas pela epidemia de SIDA.

O Etafeni foi criado numa época quando a África do Sul estava a abandonar o negacionismo aplicado à questão da SIDA. As avós e cuidadores estavam preocupados com a taxa de morte dos pais em Nyanga, deixando-os e os seus filhos com pouco ou nenhum apoio. Depois de muitos meses de consulta com a comunidade, foi estabelecido o Etafeni Day Care Trust para tratar das necessidades do elevado número de famílias vulneráveis em Nyanga. Constituído em Dezembro de 2001, o Trust é uma entidade jurídica independente, registada como uma organização sem fins lucrativos.

O Etafeni teve início como uma resposta à epidemia de HIV/SIDA, mas ao longo dos anos evoluiu para tratar de todos os aspectos relacionados com ou que contribuem para a epidemia, tais como os órfãos, o desemprego feminino e juvenil e a negligência de crianças. O Etafeni abrange agora uma abordagem mais holística, atendendo às diversas necessidades em Nyanga e mantendo, ao mesmo tempo, particular atenção às mulheres e crianças. Actualmente, executa numerosos programas, incluindo cuidados pré-escolares, que tiveram início em 2003, serviços sociais, que tiveram início em 2006, e um programa microempresarial de bem-estar feminino e um Programa Apto para o Trabalho, que tiveram início em 2007. O Programa Apto para o Trabalho fornece a jovens adultos o desenvolvimento pessoal e profissional necessário para ingressarem no mercado de trabalho. Em 2008, foram estabelecidos os serviços de guarda pós-escolar para órfãos e crianças vulneráveis, e aconselhamento sobre o HIV, TB e ITS também teve início.

O pessoal do Etafeni foi identificado na comunidade local. A organização desenvolve capacidades em pessoal iniciante, através de formação em exercício e de mentoria. O desenvolvimento de capacidades no seio da organização também fomenta e assegura a sustentabilidade da organização.

Barbara, Gerente de Desenvolvimento, Infantário Etafeni



O Infantário Etafeni é uma OSFL estabelecida, realizando uma variedade de programas educativos, programas de assistência social e programas de HIV/SIDA em Nyanga, Cidade do Cabo

O modo de estruturação e funcionamento de uma OSFL difere de uma OSFL para outra. Regra geral, uma OSFL tem um conselho de administração, cujos directores frequentemente oferecem os seus serviços numa base voluntária. As suas funções principais são supervisionar o director executivo, desenvolver e aprovar orçamentos e talvez envolver-se na angariação de fundos. O director executivo responsabiliza-se pela supervisão das funções diárias da OSFL e reporta ao conselho. Os membros do pessoal responsabilizam-se pela execução das várias actividades do programa. Os seguintes sites Web fornecem mais informações sobre a estruturação de uma OSFL:

<http://www.etu.org.za/toolbox/docs/building/lrc.html>

<https://www.gdrc.org/ngo/org-chart.html>

<https://libcom.org/library/what-structure-ngo>

2. O que é uma parceria bem-sucedida?

Uma parceria bem-sucedida significa coisas diferentes para pessoas diferentes. Uma parceria é definida como «uma relação colaborativa entre entidades que perseguem objectivos comuns através de uma divisão do trabalho mutuamente acordada» (61).

O estudo de caso a seguir apresenta um exemplo de uma parceria bem-sucedida entre uma instituição académica (universidade) e várias OSFL locais. Muitas das aprendizagens desse estudo de caso específico foram utilizadas por todo o presente capítulo para destacar boas práticas e ensinamentos retirados.



Figura 3.1: Uma parceria bem-sucedida é quando todos colaboram



Estudo de caso: Uma colaboração bem-sucedida entre uma universidade e várias OSFL locais

«O envolvimento cívico é uma ponte que liga de novo uma universidade à comunidade que a rodeia. É necessário que tanto a universidade como a comunidade caminhem pela ponte.» (Hlekani Kabiti, Estudante de pós-graduação da Universidade de Venda, na África do Sul).

Desde 2007, a Universidade de Stellenbosch tem recebido apoio financeiro do PEPFAR para serviços comunitários de prevenção de HIV, por intermédio dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (CCD). A Universidade de Stellenbosch tem colaborado com mais de sete OSFL na prestação de serviços comunitários de prevenção de HIV em várias comunidades diferentes na Cidade do Cabo. Os objectivos globais da parceria eram impedir novas infecções por HIV, diagnosticar as pessoas vivendo com HIV e ligá-las a serviços de cuidados e tratamento.

Responsabilidades da universidade

- Apoio financeiro: financiamento da OSFL.
- Desenvolvimento de competências: Apoio técnico por formação formal e informal.
- Mentoria e formação interna.

Responsabilidades da OSFL

- Emprego de pessoal.
- Prestação directa de serviços.
- Obtenção de produtos consumíveis.
- Actividades de monitoramento e avaliação.
- Relatórios mensais e trimestrais.

A colaboração entre a Universidade de Stellenbosch e algumas das OSFL continuou durante nove anos. Essas parcerias foram bem-sucedidas porque:

- ambas as partes trabalhavam no sentido de um objectivo comum;
- cada uma valorizava a parceria;
- foi mutuamente benéfica;
- existia uma estrutura formal para orientar a parceria, p. ex. um acordo contratual; e,
- os papéis e responsabilidades de cada organização parceira foram claramente documentados.

3. Porque é que é importante formar parcerias com OSFL para a prestação de serviços comunitários de prevenção de HIV?

Como a procura de serviços de saúde aumenta a nível global, os governos ficam cada vez mais dependentes das OSFL para a prestação de serviços públicos essenciais (62, 63). Isso é especialmente verdade no caso da epidemia de HIV. As OSFL têm um papel fundamental a desempenhar porque têm um conhecimento profundo das necessidades existentes nas comunidades nas quais operam, dos recursos disponíveis nessas comunidades, bem como do contexto político e social local. Tal permite que desempenhem um papel valioso no desenvolvimento e execução de intervenções práticas a favor da comunidade específica. A título de exemplo, uma OSFL local saberia que, numa determinada comunidade, a maior parte dos homens praticam a circuncisão tradicional masculina no âmbito da sua

cultura. Portanto, poderia avisar a universidade que seria difícil executar um programa de circuncisão masculina médica voluntária nessa comunidade.

Embora as OSFL, geralmente, tenham um conhecimento das comunidades bem como a vontade de prestar serviços em benefício delas, podem não dispor das capacidades estruturais e financeiras para o financiamento e execução de programas por conta própria. Nem sempre é o caso, mas é especialmente verdade se as OSFL são pequenas ou foram recentemente criadas. Uma solução para aumentar a capacidade é formar uma parceria. Uma parceria com uma organização bem apetrechada, com uma boa gestão estrutural e financeira, pode ajudar uma pequena OSFL com menos recursos a obter resultados específicos. Uma parceria mutuamente benéfica, pela qual são transferidas competências para a menor OSFL, irá desenvolver capacidades nessa OSFL e, em última análise, irá beneficiar a comunidade ao seu redor.

4. Como seleccionar uma OSFL para uma colaboração?

Há muitas maneiras de seleccionar uma OSFL. As informações na presente secção baseiam-se nas nossas experiências (ver o estudo de caso anterior), apresentando alguns pensamentos, reflexões e princípios orientadores que podem ser adaptados contextualmente. Na África do Sul, um processo de concurso é frequentemente utilizado para garantir a igualdade de oportunidades às OSFL em termos de selecção bem como para assegurar a transparência. Um processo de concurso pode ajudá-lo a decidir quais as OSFL mais adequadas como «parceiros» para o seu programa específico.

Será que sabia?

O que é uma proposta para concurso?

Uma proposta consiste numa oferta para a realização de um trabalho, fornecimento de bens, serviços ou produtos a um preço fixo. Quando anuncia concurso, a organização está a solicitar ao público que lhe sejam apresentadas propostas de preço para o fornecimento dos produtos ou serviços necessários. Quando o proponente aceita a proposta, o acto torna-se vinculativo tanto para o proponente como para a organização a favor da qual a adjudicação foi feita (64).

- Experiência em prestação de serviços comunitários de prevenção de HIV.
- Uma infra-estrutura capaz de proporcionar uma boa gestão global e financeira, de prestar os serviços necessários, e de assegurar um nível adequado de monitoramento e avaliação do projecto.
- Vontade de celebrar um acordo contratual que defina os termos do projecto, as normas exigidas, os objectivos e os papéis e responsabilidades.
- Capacidade para gerenciar o serviço e para sustentar a iniciativa a longo prazo.
- Experiência/trabalho actual na área geográfica onde irão ser prestados os serviços.

Segundo passo: Organizar uma reunião de informação obrigatória para todas as OSFL que pretendam apresentar uma proposta (deve-se referir essa reunião no anúncio de concurso). Tal reunião deve ser obrigatória, e qualquer OSFL que não assista a essa reunião deve ser impedida de apresentar uma proposta. Os objectivos dessa reunião irão proporcionar às potenciais OSFL candidatas o seguinte:

- uma visão geral da proposta;
- o âmbito dos trabalhos;
- informações sobre a organização; e,
- uma oportunidade de fazer perguntas.

Uma vez realizada essa reunião, as potenciais OSFL irão completar a documentação pertinente à oferta e apresentá-la ao gabinete dos contratos públicos, juntamente com todos os documentos de apoio exigidos, em envelope lacrado.

4.1 Abrir concurso

Primeiro passo: Publicar um convite (anúncio) de manifestação de interesse de OSFL que visam prestar serviços comunitários de prevenção de HIV.

- Deve-se publicar o convite às OSFL em plataformas que garantem o máximo de exposição e oportunidades para todos as possíveis OSFL apresentarem propostas. Meios normalmente utilizados são jornais, sítios Web e comunicação boca em boca.
- O anúncio deve conter os requisitos básicos para apresentação de propostas, a título de exemplo, o motivo da proposta, informações sobre a organização apresentando a proposta, que tipos de serviços/actividades devem ser implementados pela OSFL, todos os necessários documentos de apoio da proposta e a data-limite do concurso. Para ver um exemplo de um anúncio de concurso, consulte o Apêndice 3.

Considere alguns dos seguintes requisitos aplicáveis a OSFL que desejam apresentar propostas de prestação de serviços comunitários de prevenção de HIV:

- Experiência em empregar profissionais de saúde.

4.2 A selecção de OSFL bem-sucedidas

A selecção de OSFL bem-sucedidas deve realizar-se de modo sistemático. Sugerimos os seguintes passos:

Primeiro passo: Criar um comité de selecção para abrir, revisar e avaliar cada proposta apresentada, com base em critérios predeterminados. Cada critério deve ser ponderado conforme a sua importância em relação a outros critérios. A soma total deve ser 100%.

A título de exemplo, os critérios predeterminados para serviços comunitários de prevenção de HIV podem incluir os seguintes:

- experiência em serviços comunitários (20%)
- experiência em serviços de HIV (25%)
- gestão financeira da OSFL (25%)
- capacidade organizacional de gerenciar um programa comunitário (30%)
- TOTAL= 100%.

O comité de selecção deve incluir, pelo menos, três ou quatro pessoas, incluindo uma pessoa com conhecimentos financeiros (contabilista), um responsável sénior pela execução de programas, e um responsável pelos contratos públicos.

Segundo passo: Deve ser planeado um comité de selecção, um registo deve ser completado pelo comité de selecção, e cada oferta que é aberta deve ser anotada pormenorizadamente.

Dica

É benéfico seleccionar uma OSFL com um histórico de sucesso na comunidade. Tais OSFL:

- têm um profundo conhecimento das necessidades da comunidade na qual operam e, portanto, irão dar contributos de modo que as intervenções sejam culturalmente apropriadas e que não haja uma repetição de serviços na mesma região;
- serão capazes de alcançar as zonas de difícil acesso na comunidade, beneficiando membros da comunidade que, normalmente, não receberiam serviços de outra forma; e,
- já conquistaram a confiança da comunidade e irão sentir-se responsáveis perante a comunidade.

O comité discute cada proposta em relação com a pontuação ponderada. Devem decidir conjuntamente a pontuação de cada critério. O chefe do comité então regista as pontuações numa folha juntamente com uma breve descrição da razão pela qual a pontuação foi atribuída (Ver Apêndice 4). O concurso deve ser adjudicado ao proponente com a pontuação mais alta. Caso o comité considere que o concurso não deve ser adjudicado ao proponente com a pontuação mais alta, esse facto deve ser registado com razões claras. Todos esses documentos devem ser arquivados para referência futura e devem ser disponíveis para fins de auditoria.

Terceiro passo: Notificar as OSFL. Os proponentes seleccionados bem como os eliminados (OSFL) devem ser notificados por escrito. Devem ser incluídas na carta as razões da decisão.

5. Como se estabelece uma parceria contratual?

- Depois de concluído o processo de concurso e informada a OSFL seleccionada, o próximo passo é chegar a acordo sobre a parceria de futuro.
- Como deve ser a parceria?
- Como irá ser responsabilizado cada um dos parceiros?
- Qual é o processo se um dos parceiros não cumprir as suas obrigações?

É benéfico ter um contrato legal que descreve a parceria. Um advogado (conselheiro jurídico) pode elaborar um contrato legal básico e assegurar que as cláusulas jurídicas são incluídas, a título de exemplo, qual o processo a ser seguido se houver uma violação do acordo.

Para fins de execução do programa, além das cláusulas jurídicas, o acordo contratual deve incluir um plano de trabalhos e um orçamento.

- Um **plano de trabalhos** deve incluir o objectivo geral e os principais objectivos, bem como as actividades necessárias para alcançar os objectivos. Deve haver uma descrição de cada actividade: quem irá realizar tal actividade, quando será realizada (calendário) e como ela será medida. Isso irá ajudar a administração a acompanhar o progresso à luz do plano e a avaliar em que medida cada um dos parceiros está a progredir nos seus respectivos papéis. O plano de trabalhos deve ser revisto frequentemente e ser actualizado, conforme exigido. Tais revisões podem ser adicionadas como parte do acordo contratual à medida que o programa progride. Para ver um exemplo de um plano de trabalhos, consulte o Apêndice 5.
- O **orçamento** também representa uma parte importante do contrato. É fundamental que o orçamento reflecta correctamente os custos de execução de um programa. Deve conter todas as categorias de custos relevantes, permitindo a execução prática das actividades. A título de exemplo, não é prático visar a execução de uma actividade numa comunidade de alta criminalidade sem ter um orçamento para segurança. Também é importante ter em conta o contexto no qual irá trabalhar. Por exemplo, se estiver a organizar um evento da comunidade, poderá ser necessário um orçamento para água e instalações sanitárias. Deve lembrar-se, antes de finalizar o orçamento, de colaborar com a OSFL responsável pela prestação de serviços no terreno. A OSFL deve participar activamente neste processo. Isso irá apoiar a responsabilização e apropriação dos fundos. Para ver um exemplo de um orçamento com relevantes categorias de custos, consulte o Apêndice 6.



Estudo de caso: Elaborar um orçamento em colaboração

A Universidade de Stellenbosch tinha finalizado o processo de concurso e tinha adjudicado o concurso a uma OSFL para a execução de serviços de testagem de HIV numa determinada comunidade que estava com um peso elevado do HIV. Embora já tivesse sido determinado o montante total que a OSFL iria receber da universidade pela prestação de serviços, a universidade convidou o gestor financeiro, o coordenador do programa e uma enfermeira profissional (todos eles funcionários da OSFL) a uma reunião para decidirem como iria ser dividido o montante orçamentado, a fim de garantir a prestação de serviços de modo mais eficiente possível. Durante a reunião, houve uma discussão para determinar as diferentes categorias de custos necessárias bem como os fundos que deviam ser atribuídos a cada categoria de custos. Foram incluídos muitos custos e categorias de custos. A OSFL destacou os seguintes custos para reajustar o orçamento de modo a que ficasse em conformidade com os objectivos do programa:

Segurança. A enfermeira, chamada Dorcas, afirmou que este aspecto é frequentemente subestimado. Deve ser levada em consideração no orçamento a necessidade da segurança dos funcionários que trabalham em comunidades com uma elevada taxa de criminalidade. Havia uma discussão sobre quais são as medidas de protecção necessárias e quais seriam os custos estimados. Foi tomada uma decisão de empregar um responsável de segurança como parte da equipa que realiza testagem de HIV móvel. A Dorcas ficou satisfeita, pois sentiu que o orçamento tratava das necessidades de segurança da sua equipa que iria trabalhar no terreno a prestar serviços.

Foi identificada a necessidade de **manutenção** pelo coordenador do programa, chamado Peter. Recordou uma experiência anterior quando equipamentos tinham sido danificados e não podiam ser consertados, pois não havia fundos reservados para a manutenção. O programa foi afectado negativamente pelos equipamentos danificados. Foi acordado que devia ser atribuído um montante à categoria manutenção no orçamento. Incluiu a manutenção de equipamentos (por exemplo, tendas) e aparelhos electrónicos (por exemplo, computadores de mesa). Sob manutenção, também foi mencionada a manutenção de veículos.

O **transporte local** foi considerado, visto que os funcionários tinham de viajar frequentemente por motivo de trabalho, para assistir a uma formação, para prestar serviços de proximidade ou para acompanhar utentes. Independente de eles terem os seus próprios veículos ou necessitarem de utilizar transportes públicos, era importante que estivessem disponíveis fundos para deslocação de modo que as actividades do programa não ficassem comprometidas.

Custos administrativos foram mencionados pelo gestor financeiro da OSFL, Siphon. Regra geral, as OSFL não recebem apoio financeiro para custos gerais (de operação), tais como o funcionamento administrativo e apoio financeiro a cada programa, a serviços públicos, ao arrendamento de escritórios, etc. É sempre necessário dinheiro para pagar esses custos. Foi acordado que 10% do orçamento é um montante razoável a ser atribuído aos custos administrativos da OSFL. Isso ajudaria a OSFL a melhorar a sua capacidade para realizar, em última análise, as actividades do programa.

Uma vez que a Dorcas, o Peter e o Siphon tinham ficado satisfeitos que a atribuição de fundos fosse razoável para alcançar os resultados do programa e que o orçamento estivesse em consonância com o montante estabelecido, o orçamento foi finalizado e uma cópia sua passou a fazer parte do acordo contratual. Essa reunião foi benéfica porque a Universidade de Stellenbosch tinha providenciado uma plataforma para os representantes da OSFL chegarem a acordo em relação ao orçamento e terem um melhor conhecimento dos resultados operacionais e financeiros de futuro.



A elaboração do orçamento deve ser um processo de cooperação entre todos os parceiros.

«Tem sido uma parceria ideal – a Universidade de Stellenbosch é um dos financiadores que adoptou uma abordagem consultiva connosco no que diz respeito ao orçamento; levou em consideração as nossas sugestões e reformulou o orçamento de acordo com as nossas necessidades. A flexibilidade no projecto permitiu-nos utilizar os fundos de acordo com as nossas necessidades.» – Izak Mofekeng (Coordenador dos programas da OSFL Masincedane)

Dica

Considere reuniões regulares com a administração da OSFL antes da execução do programa. Isso irá:

- assegurar que o processo de decisões de operação e financeiras é uma co-responsabilidade de ambos os parceiros;
- assegurar que ambos os parceiros conhecem o programa e compreendem os objectivos globais e quais as actividades a serem realizadas; e,
- assegurar que ambos os parceiros conhecem bem o orçamento e os recursos disponíveis (de modo que os recursos sejam atribuídos de forma adequada).

6. Quais são as estruturas de notificação para acompanhar o progresso das OSFL?

O monitoramento é um processo contínuo que visa avaliar os progressos realizados. Identifica como os recursos são atribuídos, utilizados e geridos (62). Na presente secção, encontram-se orientações quanto às estruturas de notificação que podem ser criadas para acompanhar o progresso da OSFL de acordo com o plano de trabalhos e o orçamento. Essas estruturas de notificação podem

ser incorporadas no acordo contratual e referem-se ao tipo de relatório e à frequência dos relatórios que a OSFL é obrigada a apresentar.

Pode-se considerar um relatório descritivo trimestral, para determinar o progresso da OSFL à luz do plano de trabalhos, e um relatório financeiro trimestral, que acompanha os gastos da OSFL à luz do orçamento. Deve-se considerar também reuniões presenciais trimestrais.

O **relatório descritivo trimestral** visa documentar os aspectos de operação do programa comunitário de prevenção de HIV. Deve incluir, pelo menos, o seguinte:

- Os resultados do programa durante o trimestre à luz dos objectivos trimestrais, estabelecidos no plano de trabalhos.
- Razões para quaisquer objectivos não terem sido alcançados. Estas devem explicar as dificuldades encontradas e o que foi feito para tentar superar tais dificuldades. Um exemplo da nossa experiência incluiu uma OSFL parceira que prestava serviços de testagem de HIV móvel em tendas *pop up* e que tinha como objectivo fazer testes de HIV em 100 pessoas por semana. Durante a estação chuvosa, foi quase impossível montar as tendas *pop up* no exterior para fazer testes. Como resultado, a OSFL não realizava os seus objectivos de testagem de HIV. A administração da OSFL considerou um outro local interior e obteve licença de um centro comercial para montar as suas tendas e oferecer testes de HIV no interior do centro comercial. A situação foi documentada no relatório descritivo como uma forma bem-sucedida de superar o seu desafio.
- Pontos altos e actividades adicionais que captam o que aconteceu no campo durante o trimestre para além dos serviços prestados. A título de exemplo, os serviços governamentais de saúde dirigiram-se a uma OSFL que prestava serviços de testagem de HIV num local independente numa determinada comunidade. Os serviços governamentais de saúde pediram se podiam utilizar um dos quartos no local independente para distribuir a TARV aos seus pacientes estáveis todas as terças-feiras. O local independente tinha uma localização central, em frente de um importante centro de transporte. Os pacientes podiam ir ao local e receber o tratamento de HIV facilmente, sem terem de esperar em longas filas no estabelecimento de saúde. A OSFL consentiu. Isso foi documentado como um ponto alto no relatório descritivo, pois representou uma colaboração entre os serviços de saúde e a OSFL.
- Quaisquer informações adicionais. Considere, por exemplo, uma questão de recursos humanos, revelada por uma das OSFL sobre uma profissional de saúde que esteve ausente do trabalho por um longo período. Quando a sua irmã faleceu, ela teve de viajar para outra província para enterrá-la, buscar

a sua sobrinha e levá-la para viver consigo e iniciar o processo de adopção. Durante esse período, a OSFL utilizou uma suplente. A OSFL documentou tudo isso no relatório descritivo porque teve impacto nos serviços de prevenção de HIV.

Encontra-se um exemplo de um relatório descritivo no Apêndice 7.

O **relatório financeiro trimestral** é fundamental para acompanhar as despesas do programa da OSFL à luz do orçamento. Este relatório é, essencialmente, uma conciliação de despesas trimestrais por categorias de custos, para garantir que os gastos da OSFL sejam admissíveis e em conformidade com o orçamento. A título de exemplo, o orçamento pode incluir custos de telefonia. É razoável incluir custos de telefonia directamente ligados ao programa de prevenção de HIV a ser financiado, por exemplo chamadas telefónicas para acompanhar um utente infectado por HIV. Porém, não será razoável se a OSFL incluir custos de telefonia associados a um outro dos seus programas (por exemplo, um programa de alfabetização de crianças em idade pré-escolar).

O relatório financeiro deve conter o seguinte:

- Uma visão geral das despesas trimestrais por categoria de custos e das despesas totais acumuladas no ano. Consulte o Apêndice 8.
- Despesas em conformidade com o orçamento, razoáveis e correctamente atribuídas às apropriadas categorias de custos.
- Documentação de apoio. A título de exemplo, devem ser incluídas as folhas de vencimento, provas de pagamento, recibos e comprovativos de pequenas despesas para justificar cada despesa ou pagamento.

Dica

Concessão de fundos à OSFL

Conceda fundos à OSFL trimestralmente, com antecedência. Isso garante que a OSFL terá, antecipadamente, a capacidade financeira para prestar os serviços.

Estudo de caso: Conciliação financeira trimestral, um exemplo de boa governação

A Universidade de Stellenbosch tinha um acordo contratual com uma OSFL para prestar serviços de testagem de HIV móvel. O orçamento anual atribuído à OSFL foi de \$ 100 000. Um orçamento detalhado foi documentado no acordo contratual. No início do contrato, a universidade pagou \$ 25 000 à OSFL por eventuais despesas decorrentes durante o primeiro trimestre. No final do primeiro trimestre, a OSFL apresentou o seu relatório financeiro trimestral a Bulelwa, gestora de programas na universidade. A Bulelwa teve de verificar o relatório. Primeiro, verificou se cada despesa era razoável e necessária e em conformidade com o orçamento no acordo contratual. Observou que a OSFL tinha comprado tendas *pop up* a partir das quais são prestados serviços de testagem de HIV. A compra das tendas fazia parte do orçamento. Também reparou que tinham obtido três cotações para o fornecimento de tendas e tinham aceitado a oferta mais baixa, que foi a única em consonância com o montante no orçamento. Ficou satisfeita porque a compra das tendas tinha sido necessária, razoável e em conformidade com o orçamento. Em seguida, certificou-se de que havia uma prova de pagamento de cada despesa. Descobriu que faltava uma folha de vencimento. Tinham sido empregadas pela OSFL três profissionais de saúde para prestar serviços de testagem de HIV, mas o relatório financeiro continha apenas duas folhas de vencimento. Ela contactou com a OSFL, a qual lhe enviou as folhas de vencimento que tinham sido omitidas por engano. Em terceiro lugar, verificou as despesas da OSFL durante esse trimestre, à luz da primeira parcela de financiamento recebida da universidade. A OSFL tinha gasto um total de \$ 22 500 no primeiro trimestre (i.e. \$ 2 500 não tinham sido utilizados). Então, a Bulelwa calculou que a OSFL podia receber \$ 22 500 para o segundo trimestre (\$25 000 - \$ 2 500 do primeiro trimestre que ficaram por utilizar = \$ 22 500). Depois de conciliado o relatório financeiro da OSFL, a Bulelwa solicitou à OSFL que facturasse à universidade \$ 22 500 para o segundo trimestre.

Esse processo é um exemplo de boa gestão financeira, porque:

- a reconciliação trimestral torna fácil a gestão dos fundos, assegurando que questões são identificadas e tratadas imediatamente;
- os fundos pagos à OSFL trimestralmente dependem dos gastos do trimestre anterior, portanto, é fácil controlar financiamento e despesas; e,
- a OSFL recebeu financiamento antecipado para a prestação de serviços, o que significa que os serviços não foram entravados pela falta de financiamento.

Reuniões presenciais trimestrais são uma oportunidade para discutir os progressos realizados num fórum de discussão. Essas reuniões são benéficas, porque:

- São divulgados os resultados trimestrais do programa, são destacadas as lacunas e são encontradas soluções.

- São mantidas actas e listas de presenças para fins de auditoria.
- Permitem que os parceiros partilhem as suas experiências cara a cara, e são uma oportunidade para mostrar apreço pelo trabalho realizado pela OSFL.



Reuniões presenciais entre os parceiros são importantes para responder activamente a sucessos e desafios.



Parcerias estratégicas são importantes para a sustentabilidade.

7. Como é que as parcerias estão ligadas à sustentabilidade de um projecto?

No nosso contexto, a sustentabilidade refere-se à capacidade da OSFL de prestar serviços comunitários de prevenção de HIV após o financiamento inicial ou depois de terminada a parceria (65). A sustentabilidade do programa é importante para reduzir a dependência de ajuda externa e, mais importante ainda, para possibilitar a continuação de serviços em benefício da comunidade local.

Não há uma receita única para garantir que o seu programa seja sustentável. Muitos factores contribuem para tornar sustentável um programa comunitário. É importante relembrar que não se pode abordar a

sustentabilidade quando o programa já está prestes a terminar.

Recomenda-se que um plano de sustentabilidade seja elaborado e assinado no início do programa. A sustentabilidade deve ser tomada em conta durante toda a duração do programa.

Ao tomar em consideração a sustentabilidade, pondere as seguintes boas práticas para serem integradas no seu programa.

Visite os seguintes sítios Web para aprender mais elementos fundamentais a serem tomados em consideração para a sustentabilidade:

https://cals.arizona.edu/sfcs/cyfernet/evaluation/Sustaining_2007_cyfar_pp.pdf



Boas práticas para trabalhar no sentido da sustentabilidade da OSFL e do programa de prevenção de HIV

- **Competências de liderança.** As OSFL capazes de demonstrar que têm uma forte administração e boa governação organizacional estão bem posicionadas para conseguir financiamento graças à força das suas experiências e competências. A título de exemplo, uma OSFL com um gerente financeiro, um gerente geral e um gerente de recursos humanos está mais bem capacitada do que uma OSFL com uma pessoa a tentar desempenhar todos esses três papéis.
- **Pessoal devidamente equipado,** com um profundo conhecimento do programa e da comunidade na qual opera, bem como as competências técnicas, estará bem posicionado para escrever pedidos de financiamento a fim de sustentar a OSFL através de financiamentos suplementares. É importante desenvolver a capacidade do pessoal para possibilitar que funções sejam desempenhadas, que desafios sejam enfrentados e tratados e que objectivos sejam alcançados de forma sustentável (65). O desenvolvimento de capacidades irá resultar em pessoas altamente qualificadas e formadas, com um profundo conhecimento acerca da saúde, do bem-estar e da prevenção de HIV em geral. A título de exemplo, o coordenador de programas de uma OSFL pode, inicialmente, não estar familiarizado com actividades específicas de garantia de qualidade (GQ) da testagem rápida de HIV. Uma formação inicial e acompanhamento contínuo iriam aumentar os conhecimentos e competências dessa pessoa, também desenvolvendo, assim, a capacidade de GQ no seio da OSFL.
- **Um conhecimento profundo da comunidade.** Programas respondendo às necessidades da comunidade têm mais probabilidades de manter-se porque é mais provável que tenham a participação da comunidade. Para um programa poder responder às necessidades directas de uma comunidade, os gestores de programas devem ter um conhecimento profundo da comunidade, das suas necessidades e dos recursos disponíveis. Isso é possível só por meio do devido envolvimento das partes interessadas, de antemão (ver o Capítulo 2: *Envolvimento das Partes Interessadas*).
- **Resultados demonstrados do programa e a prestação de serviços de qualidade.** Se a comunidade tiver a percepção que recebe, constantemente, serviços de elevada qualidade que respondem às suas necessidades, terá mais probabilidades de utilizar tais serviços, criando assim uma demanda. A necessidade de serviços, juntamente com a utilização de tais serviços, irá constituir uma forte motivação para a necessidade de sustentar os serviços.
- **Parcerias estratégicas são importantes para a sustentabilidade.** Os programas OSFL têm mais probabilidades de manter-se se as OSFL tiverem colaborado com as principais partes interessadas na comunidade, tais como serviços governamentais de saúde. Relações estreitas e contínuas com partes interessadas, tais como serviços governamentais de saúde, são importantes e, além disso, promovem a sustentabilidade ao proporcionarem às OSFL operando em comunidades produtos consumíveis para que possam prestar um serviço de saúde.

O estudo de caso a seguir explora como uma forte parceria entre uma instituição acadêmica e uma OSFL pode promover a sustentabilidade.



Estudo de caso: A transferência de competências e conhecimentos no âmbito de uma parceria pode promover a sustentabilidade

A Sizakuyenza é uma OSFL registada, fundada em 2005, a prestar serviços em Philippi. Philippi é uma comunidade situada nos arredores da Cidade do Cabo. A taxa de desemprego é muito elevada, cifrando-se nos 43,1%, assim como a taxa de criminalidade e o peso do HIV (60).

Desde o seu início, a Sizakuyenza tem trabalhado para responder eficazmente às necessidades da comunidade ao promover e financiar iniciativas locais para combater três males sociais que atormentam a comunidade de Philippi: a violência baseada no género, o abuso de crianças e o HIV/SIDA. A visão da Sizakuyenza é criar um local de crescimento, desenvolvimento, cuidados e criação para as crianças e os seus cuidadores – bem como para a comunidade mais ampla afectada pelo HIV/SIDA.

Em 2008, a Sizakuyenza foi seleccionada (através de um processo de concurso) para fazer parceria com a Universidade de Stellenbosch na prestação de serviços comunitários de aconselhamento sobre o HIV e de testagem de HIV no seio da comunidade de Philippi. Esse programa comunitário de testagem de HIV constitui um exemplo de uma colaboração entre a universidade e uma OSFL com um conhecimento profundo das necessidades da comunidade de Philippi, nomeadamente em termos de HIV/SIDA. Havia uma necessidade de prestar serviços de testagem de HIV fora do estabelecimento de saúde a fim de alcançar aquelas populações que, regra geral, não iam ao estabelecimento de saúde.

A Sizakuyenza empregou conselheiros de HIV, um mobilizador da comunidade e um responsável de segurança/conductor para a prestação de serviços de testagem de HIV. A Universidade de Stellenbosch empregou duas enfermeiras, transferindo-as temporariamente para a Sizakuyenza. Trabalharam como parte da equipa de testagem de HIV Sizakuyenza. A equipa de gestão na Sizakuyenza foi constituída por um gerente de operações, um coordenador OSFL e um gerente financeiro. Durante nove anos, o pessoal da OSFL passou por uma extensa formação de desenvolvimento de capacidades. Tal incluiu todos os aspectos sobre serviços de testagem de HIV, planeamento, manutenção de bons registos, interpretação de dados regulares, aquisição de produtos consumíveis e execução de serviços gerais. O pessoal também recebeu formação contínua em serviço, para garantir que a qualidade dos serviços fosse mantida. Esse processo ajudou a desenvolver as capacidades do pessoal da OSFL.

A Universidade de Stellenbosch também interagiu com a administração da OSFL (director, gerente financeiro, gerente de operações) com respeito à elaboração de orçamentos e à gestão geral do programa de testagem de HIV. Tal permitiu o desenvolvimento de competências e conhecimentos especializados da administração da OSFL.

Em Julho de 2016, dois meses antes de o financiamento da Sizakuyenza pela Universidade de Stellenbosch estar prestes a terminar, a Conferência Internacional sobre a SIDA foi realizada em Durban, na África do Sul. A liderança visionária da OSFL, juntamente com o encorajamento da Universidade de Stellenbosch, resultou em que dois dos conselheiros de HIV na Sizakuyenza se candidatassem a uma bolsa para participar na conferência. A Universidade de Stellenbosch prestou assistência na apresentação de candidatura à bolsa. Ambos foram seleccionados, e a ONG arranhou outros fundos para cobrir as suas despesas de deslocação e alojamento. Esses dois conselheiros de HIV viajaram para Durban (foi a primeira vez que viajaram de avião e também a primeira vez que foram a Durban) para participar na sua primeira conferência académica. Os conhecimentos e competências que tinham adquirido durante os últimos nove anos permitiram que eles interagissem confiantemente com os académicos, os investigadores, os activistas contra a SIDA e outros profissionais de saúde comunitária na conferência. Envolveram-se rapidamente nas actividades da conferência. Após um anúncio de financiamento, resolveram pedir um subsídio para a continuação dos serviços de testagem de HIV em Philippi. Nenhum deles jamais tinha elaborado uma proposta de subsídio, mas sabiam o que queriam atingir, conheciam as necessidades da sua comunidade e sabiam como executar um serviço comunitário de testagem de HIV. Esses conhecimentos foram um resultado directo da sua formação e experiências ao longo dos nove anos anteriores. Colaborando com uma outra organização, trabalharam a noite toda a elaborar uma proposta para conseguir fundos adicionais, que foram concedidos no último dia da conferência. Conseguiram um financiamento de um ano para a continuação dos serviços de testagem de HIV em Philippi.

Este estudo de caso destaca diversos elementos que promovem a sustentabilidade de um programa comunitário, incluindo o grande valor das parcerias.



A Sizakuyenza, uma OSFL em Philippi, Cidade do Cabo, constitui um exemplo de como as parcerias valiosas promovem a sustentabilidade.



CAPÍTULO 4 A CRIAÇÃO, APETRECHAMENTO E MANUTENÇÃO DE UMA EQUIPA



A CRIAÇÃO, APETRECHAMENTO E MANUTENÇÃO DE UMA EQUIPA

Blia Yang, Jerry Molaolwa, Sue-Ann Meehan, Margaret van Niekerk, Ricardo Felix e Vikesh Naidoo



Jamais, em momento algum, quero desistir. A maioria das batalhas ganha-se à última hora, e a maioria das pessoas dá-se por vencida. Se desistir uma vez, é bastante difícil. Se desistir uma segunda vez, fica um pouco mais fácil. Desista uma terceira vez, e logo começa a tornar-se um hábito.

- Lewis Gordon Pugh (Patrono da ONU para os Oceanos e activista ambiental que se apaixonou pela natação no oceano quando se deslocou para a África do Sul com a idade de dez anos.)



Porque é que o presente capítulo é importante?

Os indivíduos na sua equipa são a força motriz por trás de eficazes serviços comunitários de prevenção de HIV. O êxito de tais programas depende de uma equipa equilibrada, composta por indivíduos qualificados, devidamente treinados e altamente motivados.

O presente capítulo apresenta algumas ideias e orientações sobre como empregar as pessoas certas, proporcionar-lhes uma formação adequada antes que elas saiam para o terreno e apoiá-las para que funcionem o melhor possível. O maior bem de qualquer programa comunitário talvez seja o seu pessoal. Os funcionários felizes, inspirados e motivados são um recurso que não se pode tomar como garantido.

O que irá aprender com o presente capítulo?

1. Como criar uma equipa para a prestação de serviços comunitários de testagem de HIV?
 - 1.1. Decisão sobre a estrutura da equipa
 - 1.2. Recrutamento de pessoal
 - 1.3. Rastreios médicos
2. Que tipo de formação é necessária antes da entrada ao serviço?
 - 2.1. Considerações iniciais antes que a formação comece
 - 2.2. Formação prévia à entrada ao serviço: Directamente relacionada com a prestação de serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH)
 - 2.3. Formação prévia à entrada ao serviço: Relacionada com a integração de outros serviços de saúde nos SCTH
 - 2.4. Formação prévia à entrada ao serviço: Indirectamente relacionada com a prestação de SCTH
3. Como sustentar uma equipa?
 - 3.1. Formação de reciclagem
 - 3.2. Bem-estar e apoio psicossocial

1. Como criar uma equipa para a prestação de serviços comunitários de testagem de HIV?

O ambiente em que se prestam serviços comunitários de prevenção de HIV é único e bastante diferente do trabalho num centro de saúde pública. O trabalho na comunidade, muitas vezes ao ar livre, exige que os profissionais de saúde se adaptem a diferentes condições meteorológicas tais como calor, frio e ventos; e a diferentes ambientes que podem ser escuros, ruidosos e arenosos, bem como a zonas onde não se pode trabalhar em segurança.

O ambiente comunitário pode dificultar a adesão aos protocolos de testagem de HIV e/ou às práticas de garantia da qualidade, necessários para garantir a prestação de serviços de elevada qualidade. Portanto, é muito importante para qualquer gerente de programas contratar as pessoas certas para a sua equipa. A contratação de pessoas com competências e experiências apropriadas é fundamental; porém, é importante empregar pessoas que se podem adaptar e funcionar bem em ambientes comunitários para prestarem serviços adequados e bem contextualizados aos utentes. É igualmente indispensável ter pessoal de gestão e apoio suficiente para assegurar que uma equipa se pode manter.



O trabalho na comunidade, muitas vezes ao ar livre, exige que os profissionais de saúde se adaptem a diferentes condições meteorológicas tais como o calor, o frio e os ventos; e a diferentes ambientes que podem ser escuros, ruidosos e arenosos, bem como a zonas onde não se pode trabalhar em segurança.

1.1 Decisão sobre a estrutura da equipa

Tipos de membros de uma equipa que devem ser considerados:

- Administração (gestores de programas, coordenadores, supervisores).
- Profissionais de saúde que prestam todos os serviços relevantes (médicos, enfermeiras, conselheiros de HIV).
- Pessoal de apoio (agentes de monitoramento e avaliação, responsáveis pelo envolvimento da comunidade, responsáveis pela garantia de qualidade, técnicos de laboratório, responsáveis por

aquisições, administradores, operadores de dados, responsáveis pela logística, seguranças, condutores).

Um programa de prevenção de HIV eficiente deve ter pessoal qualificado para poder prestar os serviços, uma administração para orientar os processos, bem como pessoal de apoio. Cada programa de HIV é único, em função do seu objectivo, da população-alvo e do ambiente, o que significa que são necessários diferentes categorias e números de pessoal. Sugerimos que os gestores de programas identifiquem todas as actividades a serem realizadas no programa para, em seguida, identificarem as categorias de pessoal que poderão realizar tais actividades.

Boas práticas para decidir o número de pessoal necessário para a prestação de serviços comunitários de testagem de HIV



Partilhamos a partir das nossas experiências na execução de testagem comunitária de HIV de porta em porta. Considerámos o seguinte:

- 1) Quantos testes de HIV é que um profissional de saúde pode efectuar num dia?

Considerámos quantos utentes é que, regra geral, um profissional de saúde aconselhou e testou num centro de saúde na província do Cabo Ocidental da África do Sul. A resposta: 15 utentes por dia. Tendo em conta que os profissionais de saúde que prestam serviços de testagem de HIV porta-a-porta irão alcançar menos utentes, visto que leva tempo andar de um agregado familiar para outro, concluímos que era razoável esperar-se que os profissionais de saúde comunitária realizassem testes de HIV porta-a-porta em pelo menos sete utentes por dia.

- 2) Quantos testes de HIV devem ser efectuados num dia?

O nosso objectivo era fazer testes em 50 utentes por dia.

- 3) De quantos profissionais de saúde precisamos?

Um cálculo básico mostrou que seria necessário sete profissionais de saúde comunitária realizando testes de HIV porta-a-porta diariamente.

- 4) De quantos gestores precisamos?

Programas anteriores tinham utilizado um rácio de um gestor para sete profissionais de saúde. Esse rácio dava ao gestor tempo suficiente para supervisionar e aconselhar os sete profissionais de saúde. Também permitia ao gestor tempo para assistir a algumas sessões de aconselhamento a fim de avaliar o desempenho dos profissionais de saúde.

1.2 Recrutamento de pessoal

Considere os seguintes pontos no recrutamento de candidatos para uma equipa que presta STH na comunidade.

- **Anunciar nos sítios certos para conseguir o pessoal certo**

Anuncie em espaços públicos de grande tráfego bem como em jornais da comunidade nas línguas locais. Assim se pode recrutar pessoas de entre a comunidade que conheçam o ambiente. Considere, igualmente, dialogar-se com guardiões da comunidade e pedir orientação do Conselho Consultivo da Comunidade (CCC) sobre quais os melhores locais para anúncios, pois isso vai variar de acordo com diferentes comunidades. Para informações sobre a colaboração com guardiões e a procura de aconselhamento junto dos CCC, veja o Capítulo 2 (*Envolvimento das Partes Interessadas*). Tenha presente que, em algumas comunidades, os guardiões podem ter os seus próprios planos, recomendando-lhe candidatos «preferidos» para serem contratados.

- **Combinar estilos de entrevistas tradicionais e baseados em competências**

Diferentes estilos de entrevistas irão obter diferentes tipos de informações do candidato. Os métodos

tradicionais de entrevista centram-se na educação, qualificações e experiência, provocando respostas em matéria de credenciais, opiniões e sentimentos (66). Esses aspectos são importantes; porém, não ajudam o comité de selecção a compreender melhor o desempenho real do candidato em anteriores locais de trabalho. As entrevistas baseadas em competências são diferentes. Concentram-se numa competência ou capacidade específica, necessária para a posição, por intermédio de um conjunto de perguntas baseadas em competências. As entrevistas baseadas em competências indicam como indivíduos reagiram numa determinada situação anterior, o que pode ser um indicador fiável de como irão reagir numa futura situação semelhante (66). A título de exemplo, se o comité de selecção quiser um gestor de programas com competências analíticas, deveria considerar-se uma pergunta baseada em competências, tal como: «Com base nas suas anteriores experiências profissionais, quais os dados que analisou para acompanhar a ligação aos cuidados de HIV, e como utilizou a sua análise para aumentar a ligação aos cuidados de HIV no âmbito desse programa?»

«A utilização de perguntas de entrevista baseadas em competências é que frequentemente revelou as características de personalidade dos candidatos, as quais são importantes e, geralmente, difíceis de atingir»
- *Sterna Brand (Gestora de Recursos Humanos)*

FORMAÇÃO PARA SERVIÇOS DE TESTAGEM DE HIV

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TESTAGEM DE HIV



SERVIÇOS DE TESTAGEM DE HIV

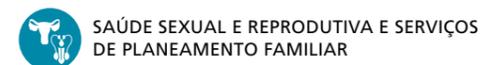
FORMAÇÃO PARA A INTEGRAÇÃO DE OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE TESTAGEM DE HIV



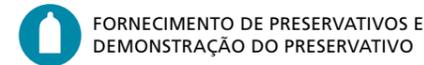
RASTREIO DE TB



RASTREIO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E SERVIÇOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR



FORNECIMENTO DE PRESERVATIVOS E DEMONSTRAÇÃO DO PRESERVATIVO



CIRCUNCISÃO MASCULINA MÉDICA VOLUNTÁRIA

FORMAÇÃO INDIRECTAMENTE RELACIONADA COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TESTAGEM DE HIV



CONTROLO DE INFECÇÃO POR TB



SEGURANÇA



RECOLHA DE DADOS

Incluir uma avaliação de competências práticas como parte do processo de entrevista

Alguns candidatos têm muito jeito para responder a perguntas nas entrevistas, mas nem sempre têm o nível de competência que afirmam ter. Se estiver a contratar uma pessoa para uma posição que exija uma competência prática, é boa ideia testar essa competência como parte do processo de entrevista. A título de exemplo, se estiver a contratar um operador de dados, elabore um teste prático no qual o candidato deve introduzir dados simulados num prazo determinado. Em seguida, pode contar quantas as entradas de dados efectuadas e verificar a exactidão dessas entradas de dados. Este método irá ajudar o comité de selecção a avaliar a exactidão e rapidez do candidato na introdução de dados.

Pedir referências profissionais de anteriores locais de trabalho para certificar-se de que o candidato se saiu bem nas suas posições anteriores

Sugerimos que sejam contactadas pelo menos duas referências profissionais de diferentes organizações, para comparação. É possível que um antigo supervisor afirme que o candidato era pontual, enquanto outro declare que o candidato não era fiável. Referências comparáveis dão uma boa indicação da ética profissional do candidato. O melhor é obter referências por escrito para que se possam arquivar e recuperar mais tarde, se necessário.

• **Teste tuberculínico de Mantoux (TST):** Fornece uma indicação sobre se um funcionário está ou não infectado com bacilo-de-koch (*Mycobacterium tuberculosis*). Um TST positivo não significa necessariamente que o funcionário está com tuberculose activa (doença de TB), mas indica que foi infectado com *Mycobacterium tuberculosis* (ou seja que está com TB latente). Recomenda-se a terapia preventiva com isoniazida (TPI) para as pessoas vivendo com HIV bem como a TB latente (verificado pelo TST positivo) (69). Um TST negativo significa ou que não está infectado com TB ou que foi infectado só recentemente.

• **Radiografia do tórax (CXR):** Isto é um instrumento de rastreio de TB pulmonar (70). Um funcionário com TB pulmonar deve iniciar tratamento imediato para assegurar que não transmite a TB aos seus colegas ou utentes.

• **Vacinação contra o vírus da hepatite B (VHB):** Recomenda-se que os novos profissionais de saúde sejam vacinados contra o VHB (71). O VHB é um risco ocupacional para os profissionais de saúde, relacionado com a exposição ao sangue (72).

• **Testagem voluntária de HIV:** Todos os profissionais de saúde devem estar conscientes do seu estado serológico. O empregador deve fornecer a todos os seus funcionários a oportunidade para fazer o teste de HIV, mas não necessita de conhecer o estado serológico dos seus funcionários. Os profissionais de saúde que vivem com HIV devem estar conscientes do seu estado serológico, pois estarão em maior risco ao serem expostos a utentes com TB, por exemplo.

Considere os seguintes rastreios médicos periódicos:

• **Rastreio semestral de TB:** É importante que os empregadores submetam todos os seus funcionários a rastreio de sinais e sintomas de TB, nomeadamente os profissionais de saúde (73). Os profissionais de saúde têm maior taxa de TB do que a população adulta em geral (74). Recomenda-se que os profissionais de saúde sejam rastreados para TB periodicamente. Recomenda-se que isso se faça semestralmente. Para ver um exemplo de um instrumento de rastreio de TB, consulte o Apêndice 9. Os empregadores devem enviar os funcionários que respondem com «sim» a qualquer das perguntas para testagem de TB.

• **Testagem anual de HIV:** Recomenda-se que os empregadores forneçam a profissionais de saúde trabalhando em regiões endémicas com elevadas taxas de infecção por HIV a oportunidade de fazer o teste de HIV todos os anos, de modo que estejam conscientes do seu estado e possam obter adequados cuidados de HIV.

• **Vacinação contra a gripe:** Recomenda-se que os profissionais de saúde sejam vacinados contra a gripe todos os anos (71), visto que estão em maior risco de contrair o vírus da gripe em comparação com a população adulta saudável (75).

1.3 Rastreios médicos

Os profissionais de saúde que prestam STH estão em risco de contrair hepatite B e TB. A taxa de notificação de TB é mais elevada entre os profissionais de saúde do que na população adulta em geral (67). É importante que os empregadores estejam conscientes do estado sanitário dos seus empregados, portanto, uma avaliação de base do estado sanitário de cada novo funcionário é desejável. Futuras avaliações sanitárias (periódicas) podem ser medidas em função da avaliação de base (68).

Considere os seguintes rastreios médicos de base:



TESTE TUBERCULÍNICO DE MANTOUX (TST)



RADIOGRAFIA DO TÓRAX (CXR)



VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE B (VHB)



TESTAGEM VOLUNTÁRIA DE HIV

2. Que tipo de formação é necessária antes da entrada ao serviço?

Antes que os recém-contratados possam sair para prestar serviços comunitários de prevenção de HIV, necessitam de ser dotados dos conhecimentos e competências apropriados que constituem a base da prestação de serviços de HIV de elevada qualidade. A presente secção foca a formação pré-serviço de profissionais de saúde que irão prestar serviços comunitários de testagem de HIV. A formação pré-serviço refere-se a uma formação realizada antes que o profissional de saúde saia para o terreno a fim de prestar STH.

A presente secção não abrange toda a formação que possa ser necessário para STH, nem apresenta conteúdos da formação. Pelo contrário, o objectivo é fornecer ao leitor princípios gerais e partilhar boas práticas sobre a abordagem da formação, bem como dicas a considerar no que diz respeito aos aspectos práticos das três diferentes categorias de formação pré-serviço:

- Directamente relacionada com a prestação de STH .
- Relacionada com a integração de outros serviços de saúde nos STH.
- Indirectamente relacionada com a prestação de STH .

2.1. Considerações iniciais antes que a formação comece

2.1.1 Que tipo de formador devo contratar?

- Uma pessoa que domina as línguas locais: ao trabalhar em comunidades onde há mais de uma língua local, é importante ter formadores bilingues, para que os profissionais de saúde possam compreender bem o conteúdo da formação.
- Uma pessoa capaz de perceber quando os profissionais de saúde ficam sobrecarregados de informações, permitindo algum tempo ocioso para renovar energias.
- Uma pessoa com um conhecimento técnico do conteúdo da formação.

2.1.2 Quais são algumas das diferentes maneiras em que a aprendizagem se realiza?

- **As aulas** são benéficas para comunicar informações importantes a muitas pessoas ao mesmo tempo. A título de exemplo, utilize aulas para formar grandes grupos de profissionais de saúde no básico sobre o HIV: o vírus, aquisição, a janela imunológica, etc.
- **As discussões em grupo** podem ajudar profissionais de saúde a partilharem informações com os seus colegas num espaço menos ameaçador do que uma sala de aulas. Grupos menores podem fazer com que as pessoas se sintam mais confortáveis e permitir uma discussão de temas delicados, por exemplo, a saúde sexual e reprodutiva (SSR) e a circuncisão masculina médica voluntária (CMMV).
- **O material audiovisual (filmes e vídeos)** frequentemente tem grande impacto quando utilizado para ilustrar pontos essenciais ou para fornecer informações de natureza delicada. As pessoas costumam lembrar-se do que viram mais facilmente do que de algo que ouviram ou leram. Este método pode-se utilizar para formar os profissionais de saúde em informações fundamentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis (ITS).
- **Os estudos de caso** podem ser utilizados nas aulas ou tutoriais para ilustrar determinados pontos e para melhorar a compreensão. A utilização de uma história com base numa experiência real ajuda os profissionais de saúde a fazerem a ponte entre teoria e prática. A título de exemplo, durante a formação de profissionais de saúde em como se deve ligar activamente as pessoas vivendo com HIV a serviços

de cuidados e tratamento, pode-se utilizar estudos de caso sobre como isso se realizou no passado. Tal pode lançar uma discussão acerca dos desafios encontrados ao ligar as pessoas aos cuidados de HIV e como esses podem ser vencidos.

- **A leitura planeada** é importante para permitir aos profissionais de saúde reunirem informações ou obterem um conhecimento mais profundo sobre um determinado tema. A título de exemplo, é impossível abranger tudo sobre a TB durante uma formação prévia à entrada ao serviço. Se leituras adicionais forem disponibilizadas, os profissionais de saúde poderão aproveitar a oportunidade de ler mais para obter uma melhor compreensão da TB. Proporcione sempre aos profissionais de saúde a oportunidade para fazerem perguntas sobre o que leram.
- **A observação em situação de trabalho** fornece a profissionais de saúde a oportunidade de observar e aprender com profissionais de saúde experientes já no terreno. Isso permite que novos profissionais de saúde vejam como a teoria é posta em prática.
- **O acompanhamento ou a mentoria** é uma sessão individual eficaz para melhorar determinadas técnicas ou competências que podem faltar a um indivíduo. Isso normalmente ocorre depois

de avaliado o desempenho de um profissional de saúde e identificada uma lacuna de conhecimento ou competência. Durante sessões de *coaching* (acompanhamento), aborda-se directamente essa lacuna. A título de exemplo, um profissional de saúde pode não rastrear TB em utentes, porque tem dúvidas sobre o modo como se deve utilizar o instrumento de rastreio. A sessão de *coaching* será preparada para reciclagem desse funcionário, ensinando-o como se deve realizar rastreio de TB num utente e como se deve utilizar o instrumento de rastreio de TB. Para os instrumentos de avaliação, destinados a serem utilizados por gestores para avaliar o desempenho dos profissionais de saúde, veja o Capítulo 9 (*Monitoramento e Avaliação*).

- **A dramatização** é uma forma prática para novos profissionais de saúde testarem as competências que acabaram de aprender e, inclusive, fornece uma óptima oportunidade para os formadores avaliarem em que medida eles podem pôr em prática a teoria que aprenderam. A título de exemplo, as dramatizações podem ser utilizadas de forma eficaz para praticar as competências em aconselhamento sobre o HIV, ajudando a preparar profissionais de saúde para situações desafiantes com que se podem deparar na vida real.



A aprendizagem pode realizar-se de muitas maneiras diferentes. Da esquerda para a direita: Aula, discussão em grupo, coaching / mentoria e dramatização.

Dica

Selecionar um local propício à aprendizagem

- Seleccione um local acessível aos profissionais de saúde.
- Deve haver iluminação adequada no interior (sobretudo se houver uma falta de electricidade).
- Deve haver um espaço exterior para sessões divididas.
- Deve haver móveis que podem ser deslocados facilmente para as sessões de trabalho em grupos.
- O espaço deve ser grande o suficiente para permitir aos profissionais de saúde realizarem dramatizações sem perturbarem os seus colegas.

2.2 Formação prévia à entrada ao serviço: Directamente relacionada com a prestação de serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH)

A Organização Mundial da Saúde tem orientações para a prestação de STH na comunidade (76). O Departamento Nacional de Saúde (DNS) em cada país adapta essas orientações de forma apropriada ao contexto, desenvolvendo instrumentos e material de formação a fim de apetrechar as equipas para a prestação de SCTH. É importante saber se é exigido que a formação de profissionais de saúde na prestação de SCTH seja efectuada por um prestador de serviços credenciado. Um prestador de serviços credenciado é um organismo oficial com normas reconhecidas para a prestação de formação (77). Na África do Sul, o currículo de STH é normalizado e alinhado com o currículo de STH do DNS (11). A formação tem um carácter teórico-prático.

«Alguns funcionários disseram-me que a formação em aconselhamento pré e pós-teste e em sigilo profissional realmente abriu-lhes os olhos para compreenderem que este não é apenas mais um “emprego”, mas sim uma profissão com uma imensa responsabilidade de providenciar aos utentes aconselhamento adequado e testagem de HIV de elevada qualidade. Acho, inclusive, que a formação melhorou a forma como os funcionários falam com os seus colegas, com dignidade e respeito. A formação também os ajudou a desenvolverem a capacidade de escuta.» - *Yvonne Saunders (Trainer)*

No terreno, os profissionais de saúde irão encontrar diferentes utentes com diversas necessidades, incluindo indivíduos, casais, adolescentes e crianças, e têm de ser



Durante a formação básica em serviços de testagem de HIV, os profissionais de saúde aprendem como se deve realizar testes rápidos de HIV.

capazes de prestar aconselhamento adequado a esses utentes. Durante a formação básica em STH, os novos profissionais de saúde aprendem como se deve prestar aconselhamento e realizar testes rápidos de HIV. O Apêndice 10 dá um exemplo de uma dramatização que pode ajudar os profissionais de saúde a desenvolverem a sua capacidade de aconselhamento e a praticarem STH.

Dica

Pontos a considerar numa formação em temas delicados

- Recorde aos funcionários que, no âmbito do seu papel de profissionais de saúde, terão de deixar de lado as suas crenças e opiniões, não discriminando utentes cujas opiniões e práticas sejam diferentes das suas.
- A participação activa em dramatizações é uma forma fundamental de ajudar os profissionais de saúde a empregarem os seus novos conhecimentos e a praticarem as suas novas competências, nomeadamente no que diz respeito a temas delicados.
- Envolver os profissionais de saúde numa discussão aberta e sem juízo de valor sobre temas delicados providencia uma plataforma para perguntas e respostas. Isso permite que eles aprendam como se deve comunicar com os utentes sobre temas delicados, de forma instrutiva e não discriminatória.

2.3 Formação prévia à entrada ao serviço: Relacionada com a integração de outros serviços de saúde nos SCTH

Muitos serviços relacionados podem ser integrados em SCTH, incluindo o rastreio de TB e de ITS, a prestação de serviços de orientação de SSR e planeamento familiar, o fornecimento de preservativos, e o encaminhamento de homens seronegativos para a CMMV. Para saber mais sobre como e quando se deve integrar esses serviços, veja o Capítulo 5 (*Prestação de Serviços Holísticos Orientados para o Utente*). O Quadro 4.1 apresenta um resumo de alguns dos serviços adicionais que podem ser integrados em SCTH e dos aspectos a

serem considerados por responsáveis pela execução de programas no planeamento de uma formação em tais serviços integrados. Pode ser que uma formação em STH credenciada abranja estes conteúdos ou, em alternativa, pode-se considerar uma formação interna. A formação interna pode ser fornecida por um especialista na área, por um formador profissional ou por um gestor de programa. Para ver um exemplo de uma dramatização que se pode utilizar durante a formação de profissionais de saúde em rastreio de TB e recolha de expectoração para testes de TB, consulte o Apêndice 11. Pode-se adaptar a sinopse dessa dramatização em função de qualquer serviço de saúde que possa ser prestado no âmbito de SCTH.

Quadro 4.1: Considerações ao planear uma formação pré-serviço em integração de outros serviços de saúde nos SCTH

Formação prévia à entrada ao serviço: Integração de outros serviços nos SCTH					
	Rastreio de TB	Rastreio de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITS)	Demonstração do preservativo	Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e rastreio de planeamento familiar	Rastreio de Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV)
Objectivo da formação	Proporcionar aos profissionais de saúde um conhecimento básico da TB e do modo como se deve utilizar o instrumento de rastreio de TB, recolher expectoração e encaminhar casos de TB pulmonar para iniciar o tratamento de TB no centro de cuidados de saúde primários.	Proporcionar aos profissionais de saúde um conhecimento básico das ITS e da forma como se deve utilizar o instrumento de rastreio de ITS.	Proporcionar aos profissionais de saúde os conhecimentos e competências que lhes permitam realizar demonstrações do preservativo masculino e feminino.	Proporcionar aos profissionais de saúde um conhecimento básico da SSR e planeamento familiar, assegurando que são capazes de encaminhar os utentes de forma apropriada para tais serviços.	Proporcionar aos profissionais de saúde um conhecimento básico da CMMV, assegurando que são capazes de prestar informações adequadas aos utentes, a fim de poderem enviar os homens seronegativos para a CMMV.
Processos de aprendizagem recomendados	Aulas para as informações básicas. Dramatização para a utilização do instrumento de rastreio de TB. Sessão prática para a recolha de expectoração.	Filmes e vídeos para as informações básicas. Dramatização para a utilização do instrumento de rastreio de ITS.	Sessão prática sobre a utilização do preservativo masculino e feminino, utilizando instrumentos de demonstração. Dramatizações para experiência adicional.	Aulas para as informações básicas. Dramatização para o processo de educação e encaminhamento.	Aulas para as informações básicas. Dramatização para o processo de educação e encaminhamento.
Mensagens principais para os profissionais de saúde	Cada utente deve ser submetido a rastreio de TB. O instrumento de rastreio de TB deve ser aplicado correctamente. Deve-se recolher expectoração de qualidade de acordo com as orientações.	Os profissionais de saúde devem sentir-se confortáveis em discutir questões relacionadas com as ITS. Cada utente deve ser submetido a rastreio de ITS e ser encaminhado adequadamente, se necessário.	Os profissionais de saúde devem ser capazes de demonstrar a utilização correcta do preservativo.	Os profissionais de saúde devem sentir-se confortáveis em discutir questões delicadas. Cada utente deve ser examinado quanto a métodos de planeamento familiar e ser encaminhado adequadamente, se necessário.	Os profissionais de saúde devem fornecer informações adequadas sobre a CMMV.
Porque se recomenda esta formação?	A TB é a principal causa de morte em pessoas vivendo com HIV (78).	Existe uma associação entre as ITS e a aquisição de HIV.	A utilização adequada do preservativo é necessária para a prevenção de HIV.	A SSR está em consonância com a prevenção, cuidados e tratamento de HIV.	A CMMV reduz o risco de um homem adquirir o HIV.

2.4 Formação prévia à entrada ao serviço: Indirectamente relacionada com a prestação de serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH)

Nem todas as formações estão directamente relacionadas com a prestação de serviços. Há uma grande variedade de outras formações adequadas aos profissionais de saúde que estão prestes a sair para o terreno para prestar serviços comunitários de prevenção de HIV. Na presente secção, destacam-se três formações apropriadas para consideração: o controlo de infecção por TB (todos os funcionários devem receber uma formação em controlo de infecção por TB, para benefício da sua própria saúde e a dos utentes), a segurança geral (a saúde e segurança dos membros da equipa é essencial para o êxito na prestação de serviços comunitários de prevenção de HIV) e a recolha de dados (qualquer programa comunitário de prevenção de HIV que presta serviços também irá recolher dados). O Quadro 4.2 apresenta algumas considerações para responsáveis pela execução de programas no que diz respeito a essas formações específicas.



Uma sessão de formação para profissionais de saúde que estão prestes a praticar o controlo de infecção por TB com o material necessário.

Boas práticas para garantir a segurança dos profissionais de saúde no terreno

- Apresente os profissionais de saúde à comunidade antes do início dos serviços. É importante que os membros da comunidade saibam quem é que irá prestar serviços na sua comunidade. (Para obter mais informações sobre o envolvimento com representantes da comunidade, consulte o Capítulo 2: *Envolvimento das Partes Interessadas*.)
- Os profissionais de saúde devem ser facilmente identificáveis pelos membros da comunidade. Devem usar uniformes para deixar bem claro à comunidade que representam uma organização que presta serviços comunitários de prevenção de HIV. Também é uma boa ideia utilizar etiquetas com os nomes.
- Os profissionais de saúde devem trabalhar aos pares, preferencialmente um homem e uma mulher. Isso reduz a vulnerabilidade à criminalidade, permitindo uma oportunidade de elaborar estratégias e enfrentar desafios em conjunto.
- Assegure que os profissionais de saúde sabem que a sua segurança é uma prioridade.
- Tenha um plano para que os profissionais de saúde saibam o que devem fazer e como devem reagir se depararem com uma situação ameaçadora.

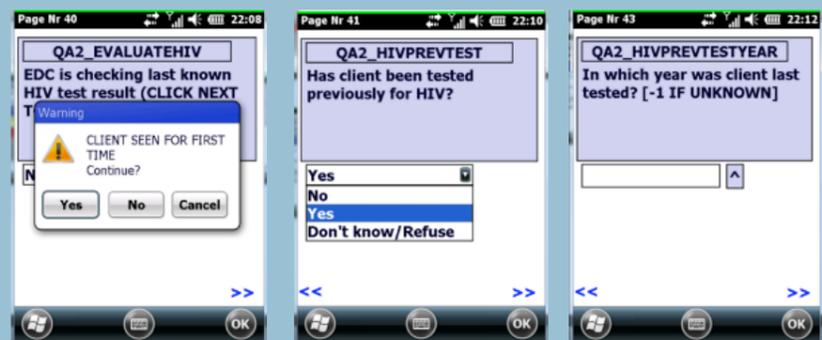


Os profissionais de saúde devem trabalhar aos pares, como medida de segurança, ao prestarem STH de porta em porta.



Melhores práticas para uma formação em recolha de dados por meio de um dispositivo para a captura electrónica de dados (EDC).

É importante que a formação na recolha de dados envolva tutoriais utilizando capturas de ecrã do dispositivo a ser utilizado pelos profissionais de saúde para a recolha electrónica de dados. A seguir, estão exemplos das capturas de ecrã que utilizámos numa sessão de formação em como se deve recolher «estado serológico anterior». É importante que se utilize capturas de ecrã numa sessão prática, a fim de assegurar que os profissionais de saúde compreendem como se deve navegar um dispositivo EDC ao recolherem dados.



Pode-se utilizar uma combinação de estilos de aprendizagem para a formação de profissionais de saúde em matéria da utilização de um dispositivo EDC. Da esquerda para a direita: Aula com um grande grupo; Uma sessão prática para permitir ao pessoal praticar no dispositivo EDC; Uma avaliação de até que ponto o pessoal é capaz de captar informações; Um formador a passar em revista o tutorial, com capturas de ecrã do processo passo-a-passo.

Dica

A dramatização é necessária para a formação em recolha de dados

As dramatizações constituem uma excelente forma de praticar a recolha de dados. Os profissionais de saúde podem praticar o que aprenderam na formação formal e acostumar-se à utilização do instrumento para recolha de dados. A dramatização faz a ponte entre a aprendizagem na sala de aula e o trabalho no terreno. Nestas sessões, frequentemente, identificam-se lacunas de conhecimento ou problemas logísticos que se podem abordar antes de os profissionais de saúde saírem para o terreno.

Quadro 4.2: Considerações ao planear uma formação pré-serviço em temas não directamente relacionados com a prestação de STH.

	Formação prévia à entrada ao serviço: Indirectamente relacionada com a prestação de STH		
	Formação em controlo de infecção por TB	Formação em segurança	Formação em recolha de dados
Objectivo da formação	Proporcionar a profissionais de saúde um conhecimento básico da prevenção de infecções pós-procedimento, da recolha de expectoração de qualidade e da prevenção de infecção por TB em profissionais de saúde.	Proporcionar a profissionais de saúde informações básicas sobre a composição sociogeográfica da comunidade (a título de exemplo, os focos de criminalidade), a entrada e saída da zona com segurança, bem como os planos de emergência em caso de protestos, violência de bandos, ou outros eventos imprevistos.	Proporcionar a profissionais de saúde um conhecimento de quais os dados a serem recolhidos a partir de utentes, de como utilizar o instrumento para a recolha de dados, e de como realizar controlos de qualidade (integralidade, exactidão e precisão) (11).
Processos de aprendizagem recomendados	Demonstração e sessões práticas sobre como pôr e tirar uma máscara cirúrgica e luvas. Demonstração e dramatização sobre como recolher expectoração com segurança.	Discussões em grupo com profissionais de saúde sobre o seu conhecimento da comunidade e como encontrar pontos de entrada e saída com segurança.	Aulas para todas as informações básicas necessárias. Sessões práticas para praticar a recolha de dados. Dramatizações para experiência adicional.
Mensagens principais para profissionais de saúde	Os profissionais de saúde devem seguir procedimentos operativos normalizados de controlo de infecção por TB. Para informações sobre a recolha de expectoração de forma responsável, consulte o Apêndice 16.	Profissionais de saúde devem ficar atentos ao que os rodeia e ter planos de saída com segurança. Consulte o Apêndice 12 onde se apresentam orientações para assegurar a segurança dos profissionais de saúde no terreno.	Profissionais de saúde devem recolher dados ao seguir os procedimentos operativos normalizados. Para ver as técnicas de recolha de dados, consulte o Capítulo 8 (Gestão de Dados).
Porque se recomenda esta formação?	Os profissionais de saúde têm mais hipóteses de contrair TB do que a população adulta em geral.	Os profissionais de saúde que trabalham na comunidade podem ser mais vulneráveis do que aqueles que trabalham num ambiente fechado (centros de saúde).	Os dados recolhidos podem-se utilizar para o monitoramento e avaliação do programa, a atribuição adequada de recursos, a divulgação dos resultados às partes interessadas e a análise a fim de compreender a propagação epidemiológica da doença (78). Portanto, a recolha de dados de elevada qualidade é indispensável.

3. Como sustentar uma equipa?

Sustentar uma equipa para a prestação de serviços de prevenção de HIV de qualidade requer muitos recursos e investimentos. Uma elevada rotação de pessoal e absentismo contínuo são ainda mais prejudiciais e podem atrapalhar a prestação de serviços comunitários de elevada qualidade. Portanto é fundamental, para a sustentabilidade, que os gestores de programas invistam no seu pessoal e o apoiem.

Uma vez que o pessoal tenha sido formado, os gestores de programas têm de assegurar que recebe o apoio que necessita numa base contínua. Isso pode ser realizado:

- Através do aperfeiçoamento profissional regular, para garantir que as pessoas sejam capazes de desempenhar as suas funções o melhor possível.
- Através de *coaching* e mentoria contínuos por supervisores, para fornecerem um *feedback* construtivo aos respectivos profissionais de saúde.
- Através de apoio de bem-estar e psicossocial, o que é importante para o bem-estar emocional de todo o pessoal, mas nomeadamente dos profissionais de saúde.

3.1 Formação de reciclagem

O aperfeiçoamento profissional é importante para assegurar que todos os profissionais de saúde prestam serviços de elevada qualidade aos utentes, de forma constante, em toda a comunidade, durante a vigência do programa. Essas acções de formação podem-se realizar:

- Regularmente, a título de exemplo, uma vez por trimestre, os profissionais de saúde podem receber uma formação de reciclagem em procedimentos de segurança.
- De forma programada, quando o gestor do programa percebe que há uma lacuna de conhecimento ou prestação de serviços. A título de exemplo, se os formulários de recolha de dados não estiverem a ser preenchidos correctamente, deve-se proporcionar ao pessoal uma formação de reciclagem em como preencher os formulários.
- A pedido do pessoal. A título de exemplo, os profissionais de saúde podem solicitar formação adicional em prestação de aconselhamento adequado aos adolescentes em matéria de testagem de HIV.

Ao iniciar acções de formação de reciclagem, considere:

- Consultar o pessoal sobre que tipo de formação que precisam.
- Acompanhar e avaliar o desempenho do pessoal para orientar as suas necessidades de formação.
- Desenvolver o conteúdo de modo que preencha lacunas de conhecimento específicas.
- Marcar datas de acções de formação regulares para que o pessoal as saiba de antemão.
- Incluir material de formação novo e relevante de modo que o pessoal possa adquirir novos conhecimentos.
- Educar o pessoal quando forem publicadas novas orientações ou houver alterações às actuais orientações. A título de exemplo, as orientações da OMS sobre serviços de testagem de HIV ou as do DNS sobre critérios de elegibilidade para a TARV.
- Envolver o pessoal na própria formação tanto quanto possível, para que este tenha voz e se aproprie do seu próprio trabalho.

Estudo de caso: Identificar lacunas de conhecimento - preencher essas lacunas por meio de formação de reciclagem

Lucy, coordenadora de um programa comunitário de testagem de HIV porta-a-porta, passou um dia por semana, durante oito semanas consecutivas, a observar diferentes profissionais de saúde a trabalharem. Durante esse período, ela viu os pontos fortes e fracos deles, identificando erros comuns que cometiam. Com base nas observações dela, elaborou um curso de aperfeiçoamento profissional que trata dos problemas que vira.

Profissionais de saúde assistiram à formação de reciclagem que abrangia o seguinte:

- A utilização correcta do instrumento de rastreio de TB, fazendo a cada utente todas as perguntas no instrumento. A Lucy observara vários profissionais de saúde perguntarem a um utente: «Tens sintomas de TB?» em vez de lhe fazerem as perguntas incluídas no instrumento de rastreio.
- A razão por que é obrigatório o uso de luvas para a testagem de HIV e a forma como se descartam correctamente. A Lucy percebeu que alguns dos profissionais de saúde usaram o mesmo par de luvas para dois ou mais utentes, ao passo que outros não descartaram as luvas correctamente (nos resíduos médicos).
- Medidas de segurança gerais. A Lucy reparou que alguns profissionais de saúde utilizaram os seus telemóveis enquanto realizavam testes de HIV e outros almoçaram no local de trabalho.



Profissionais de saúde vieram do terreno para uma acção de formação de reciclagem; a formadora demonstra a importância do uso de luvas durante a testagem de HIV.



O pessoal «neste terreno» trabalha num ambiente de elevada tensão. A criação de espírito de equipa é uma boa forma de tirar as pessoas do seu ambiente de trabalho; dê-lhes tempo para consolidação e para se sentirem valorizados. Considere organizar um jogo de futebol, um passeio na praia, piqueniques com actividades, uma festa com canto e dança, ou convidar um palestrante motivacional (por exemplo, o Lewis Pugh).

3.2 Bem-estar e apoio psicossocial

Embora a formação seja muito importante, também é fundamental assegurar que a equipa recebe apoio psicológico e emocional. Isto é especialmente importante para as equipas que trabalham em comunidades com elevados níveis de criminalidade, desemprego, abuso de drogas e outros desafios sociais. Gestores de programas devem criar um espaço que permita interacções e diálogos, onde profissionais de saúde podem discutir e receber apoio psicossocial. Considere contratar os serviços de um psicólogo ou conselheiro competente, com experiência prévia, para proporcionar apoio psicossocial à equipa. Será mais fácil para profissionais de saúde se sentirem à vontade de modo que possam partilhar e divulgar informações a uma pessoa de fora do que ao próprio supervisor ou alguém no seio da organização.

O objectivo do apoio psicossocial é proporcionar aos profissionais de saúde competências de gestão de stress, práticas de atenção plena, e um espaço onde falar sobre traumas pessoais e profissionais. Também pode fornecer um espaço para a criação de espírito de equipa, ao tratar de comunicação eficaz e situações de conflito. O apoio psicossocial não é um evento pontual mas sim um processo contínuo durante a vigência do programa (lembre-se de incluir isso no orçamento do programa).

«Gosto das sessões de mentoria, pois dão-me uma oportunidade de manifestar as minhas preocupações, esperanças, desejos e sonhos. Johann, o nosso conselheiro de apoio psicossocial, incentiva-nos a sonhar alto, sem nos limitarmos. Ele dá-nos esta oportunidade de discutir tudo e mais alguma coisa, relacionado com problemas em casa ou no trabalho. Ensinou-nos a meditar, coisa que nunca fiz antes. Consegui encontrar a harmonia através da meditação, mesmo quando as coisas à minha volta não estão tranquilas. Também temos sessões de desenho, quando desenhamos os nossos sonhos e pensamentos. No início, a gente queixava-se entre si e a ele de que era uma perda de tempo. Porém, o que é

engraçado é que nunca esquecemos o que desenhámos e o que os desenhos querem dizer à nossa vida. É através desses desenhos que sonhamos e melhoramos a nossa vida. Quando o Johann nos pergunta: “Como estão? E como vai o trabalho?” sempre temos a sensação de que ele se importa, e isso é muito reconfortante para nós.» - Kholeka Ncombo (Profissional de saúde).

Será que sabia? Quais os benefícios do apoio de bem-estar e psicossocial?

- Proporciona a profissionais de saúde um ambiente caloroso onde podem falar confidencialmente sobre as suas preocupações.
- Fornece a oportunidade de discutir o trabalho e as experiências com ele relacionadas, incluindo eventos traumáticos.
- Fornece a oportunidade de envolver-se com práticas de relações interpessoais que apoiam a criação de espírito de equipa e que resolvem situações de conflito.
- Fornece a oportunidade para desenvolvimento pessoal; podem-se abordar atitudes, percepções, reacções emocionais e práticas de relacionamento por meio de treino de atenção plena.
- Fornece a oportunidade de envolver-se com práticas de gestão de stress e autocuidado através do ensino da meditação de atenção plena, respiração profunda, competências de gestão de stress (por exemplo, massagens nas mãos e fazer colagens ou pintura).
- Fornece a oportunidade de divertir-se com diversas actividades de criação de espírito de equipa interessantes.

É importante dialogar com novos profissionais de saúde para obter um *feedback* sobre o apoio de bem-estar e psicossocial a fim de ver em que medida eles acham as sessões úteis e como gostariam de estruturar essas sessões.

«Partilhamos com os profissionais de saúde exercícios que podem pôr em prática no plano de trabalho diário e na vida pessoal. Um desses exercícios chama-se "Colaboração Criativa": um profissional de saúde partilha uma experiência positiva do seu trabalho, outro profissional de saúde conduz a entrevista (colocando

questões pertinentes para melhor compreender a experiência do outro), e outro profissional de saúde tira apontamentos. Isso permite aos profissionais de saúde ligarem-se através da partilha de uma história e da compreensão do significado da história no que diz respeito ao narrador. Esse exercício permite aos profissionais de saúde refletirem sobre o impacto do próprio trabalho a nível comunitário. Profissionais de saúde podem igualmente utilizar esse exercício para o desenvolvimento de poemas em conjunto, como uma equipa.»
- *Carrie Smorenburg (Conselheira de apoio psicossocial).*

O poema que se segue foi criado por profissionais de saúde durante uma sessão de bem-estar:

HIV/SIDA, não te orgulhes
Antes, tiravas-nos os entes queridos
Antes, destruías-nos o país
Alguns são órfãos por causa de ti

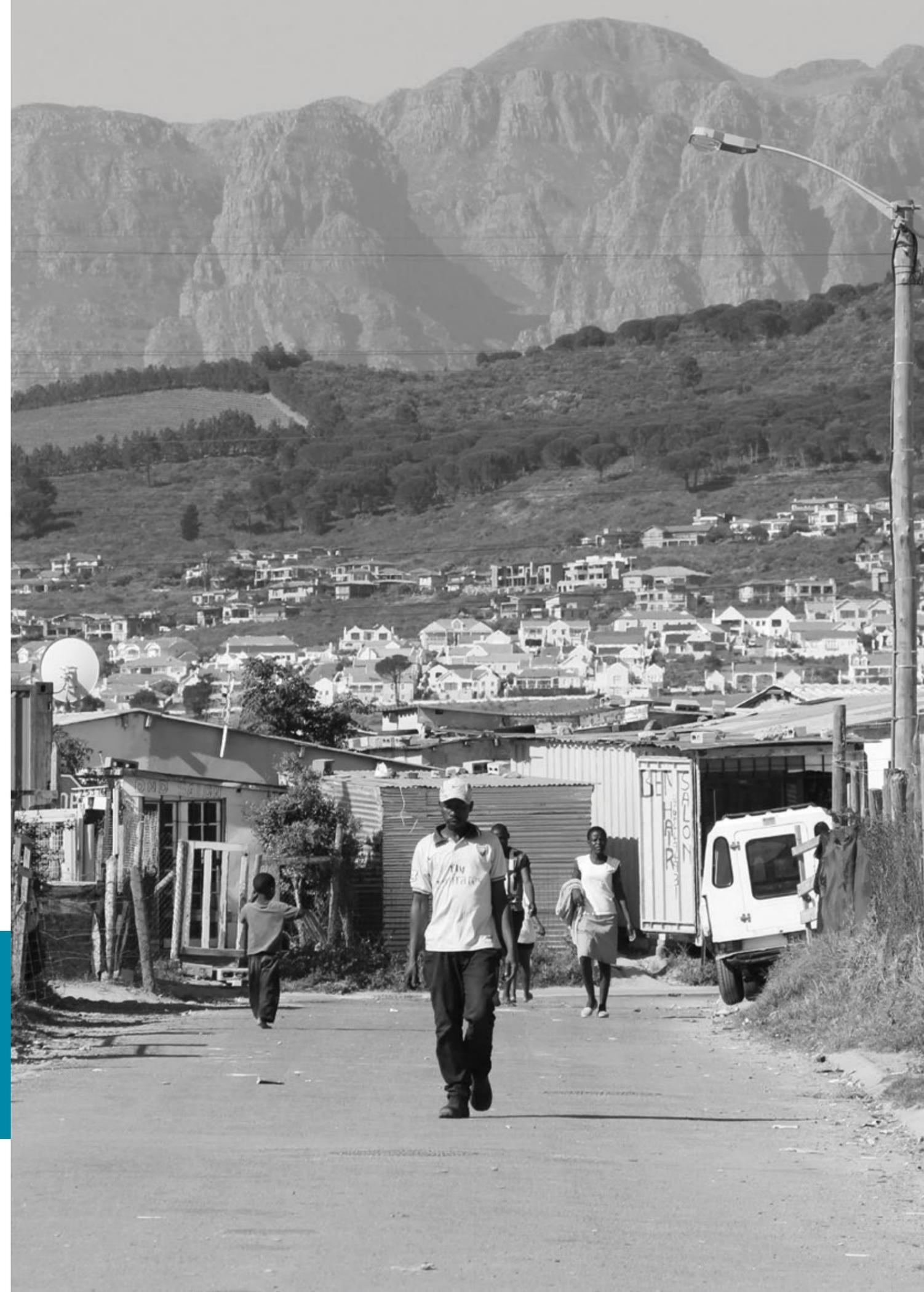
Sentimos a tua presença
Provámos a dor profunda que trazes
Ouvimos os gemidos daqueles atacados por ti
Vimos-te matar-nos os irmãos
Sentimos o teu ambiente

Bem, já chega!
Agora enxergamos através de ti
A TARV veio para suprimir-te
Agora podemos ter famílias saudáveis enquanto estiveres aqui
Já não és uma ameaça para nós
Agora estás morto para nós
O poder é nosso!

- *Nompendulo Ntsimbi, Nonzukiso Npapama and Zimasa May (Profissionais de saúde)*



Funcionários felizes, inspirados e motivados são um recurso que não se pode tomar como garantido.





CAPÍTULO 5 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOLÍSTICOS ORIENTADOS PARA O UTENTE

Porque é que o presente capítulo é importante?

O presente capítulo realça o papel fundamental desempenhado pelos serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH) para alcançar as pessoas infectadas por HIV que desconhecem o próprio estado serológico, ligando-as aos cuidados e tratamento de HIV, e os utentes que vivem com HIV e que não recebem cuidados de HIV. Fornecer um pacote integrado de serviços é essencial para a prestação de um serviço de

testagem de HIV holístico e orientado para o utente. O presente capítulo discute três diferentes modalidades de testagem comunitária de HIV (cada uma com os seus benefícios e desafios), o processo de testagem de HIV, e vários serviços relacionados que se podem integrar no processo de STH em diversos pontos. O capítulo visa promover reflexões e ideias inovadoras, ao fornecer princípios orientadores gerais e boas práticas de realização de testagem de HIV fora de um ambiente controlado.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOLÍSTICOS ORIENTADOS PARA O UTENTE

Sue-Ann Meehan, Margaret van Niekerk e Blia Yang



Faz tudo o que puderes com o que tens,
no tempo que tens, onde estiveres.

- Nkosi Johnson (Jovem activista sul-africano,
nascido com HIV, morreu aos 12 anos, em 2001)



O que irá aprender com o presente capítulo?

1. Quais são algumas questões importantes a considerar antes da execução de serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH)?
2. Quais são os benefícios e desafios de três diferentes modalidades de SCTH?
 - 2.1 Centros autónomos de testagem de HIV
 - 2.2 Serviços Móveis de Testagem de HIV
 - 2.3 Serviços de Testagem de HIV porta-a-porta
3. Quais são algumas considerações quanto à decisão sobre a modalidade de SCTH mais adequada para implementar?
4. O que se deve considerar no processo de testagem de HIV?
 - 4.1 Criação de demanda
 - 4.2 Sessão de informação pré-teste
 - 4.3 Teste rápido de HIV
 - 4.4 Aconselhamento pós-teste – comunicação do resultado do teste de HIV
5. Como se pode integrar serviços de saúde relacionados com STH?
 - 5.1 A integração de rastreios de ITS, TB e planeamento familiar com a sessão de informação pré-teste
 - 5.2 A integração de outros serviços competentes com STH antes do aconselhamento pós-teste
6. Como é o processo de encaminhamento?
7. Será que STH terminam com o encaminhamento do utente para um centro de saúde?

1. Quais são algumas questões importantes a considerar antes da execução de serviços comunitários de testagem de HIV?

O capítulo introdutório destacou por que razão os serviços comunitários de prevenção de HIV são importantes. O presente capítulo trata, especificamente, dos SCTH e do fornecimento de um pacote de serviços integrado e orientado para o utente. Quem pensar na prestação de SCTH deve ter uma perspectiva realista e tomar nota dos diversos benefícios bem como dos desafios de prestar serviços fora de um centro de saúde.

Os SCTH diferem dos STH baseados num centro de saúde em matéria do ambiente, do fluxo de utentes, das populações normalmente atingidas e da variedade de outros serviços oferecidos. Os SCTH constituem uma forma eficaz e económica de incentivar grande número de pessoas a conhecer o próprio estado serológico, incluindo as populações que não costumam ir a centros de saúde (a título de exemplo, os homens e os adolescentes) (79, 80). Isso faz com que modalidades de testagem comunitária de HIV sejam uma alternativa viável, em muitos casos, aos STH baseados em centros de saúde.

Prestar STH fora de um centro de saúde num ambiente não controlado não é simples. Alguns desafios a considerar incluem:

- Profissionais de saúde podem sentir-se inseguros e vulneráveis ao trabalhar em zonas onde a criminalidade é um problema (o apoio psicossocial de profissionais de saúde é tratado no Capítulo 4: *Criação, Apetrechamento e Manutenção de Uma Equipa*).
- As condições meteorológicas (o calor, o frio, a chuva e os ventos) colocam desafios diferentes. A título de exemplo, o transporte e armazenamento de testes rápidos de HIV dentro do intervalo correcto de temperatura pode ser um problema quando faz muito calor. Este aspecto é tratado no Capítulo 7 (*Garantia de Qualidade de Testagem de HIV*).
- A supervisão de profissionais de saúde não é fácil, visto que se realiza, frequentemente, indirectamente (sobretudo no caso dos que prestam STH nos agregados familiares). O monitoramento e avaliação do desempenho do pessoal são tratados no Capítulo 9 (*Monitoramento e Avaliação*).

Além dessas dificuldades, alguns utentes podem não ter uma confiança nos SCTH idêntica à que têm nos STH prestados num centro de saúde. Esses utentes podem perguntar:

- Posso esperar o mesmo nível de serviço que eu encontraria num centro de saúde?
- O pessoal é adequadamente formado?

- O resultado do meu teste de HIV será correcto?
- A confidencialidade será mantida?
- Como será abordada a minha privacidade?

É importantíssimo que as pessoas que recebem os STH tenham confiança no serviço a ser prestado. Pode-se conquistar essa confiança:

- Estabelecendo relações com a comunidade, de forma significativa, antes, durante e depois da execução do serviço.
- Prestando, permanentemente, um serviço de elevada qualidade.
- Mantendo-se orientado para o utente.
- Sendo profissional a qualquer momento.
- Reconhecendo quaisquer erros, trabalhando para corrigi-los.
- Fazendo tudo com integridade.

Além disso:

- O pessoal desempenha um papel fundamental na prestação de serviços. Certifique-se de que contrata pessoal da categoria adequada aos serviços que pretende fornecer. Verifique o âmbito da prática dos profissionais de saúde no seu país. Na África do Sul, os conselheiros de HIV certificados podem realizar testes rápidos de HIV, mas outros serviços clínicos (tais como a medição da tensão arterial, o cálculo do índice de massa corporal, a utilização de um *kit* de teste de gravidez, o rastreio aleatório de glicemia na fase dos cuidados de saúde, a distribuição de contraceptivos, etc.) exigem enfermeiras de diferentes categorias.
- É importante que quaisquer SCTH se alinhem com a política nacional e/ou provincial específica de cada país em matéria de STH. Tal irá garantir que os serviços comunitários sigam as mesmas orientações e algoritmos que os STH baseados num centro de saúde. Sugerimos que os responsáveis pela execução de programas se familiarizem com a política relevante e alinhem os serviços deles do modo devido. Isso irá criar ainda mais confiança no serviço. Grande parte das informações contidas no presente capítulo baseia-se na política nacional de serviços de testagem de HIV da África do Sul (11).

Ao ler as boas práticas, os princípios orientadores e as dicas gerais em todo o presente documento (inclusive o presente capítulo), irá compreender que os SCTH que seguem as políticas, os procedimentos, os protocolos, os algoritmos e as orientações correctos e específicos de cada país podem prestar STH de elevada qualidade, holísticos e orientados para o utente, assim proporcionando ao utente resultados de testes exactos nos quais se pode ter confiança.

2. Quais são os benefícios e desafios de três diferentes modalidades de SCTH?

No presente capítulo, consideramos três diferentes modalidades de testagem comunitária de HIV. Reconhecemos que as três modalidades aqui descritas não são exaustivas; porém, o objectivo é fornecer conhecimentos práticos com base na nossa experiência comunitária e não considerar todas as opções possíveis.

Lembre-se, antes de ingressar em qualquer comunidade para prestar qualquer tipo de serviço, é preciso estabelecer relações com todas as partes interessadas, obtendo a adesão dos guardiões e/ou políticos locais. No Capítulo 2 (*Envolvimento das Partes Interessadas*) apresentam-se informações pertinentes acerca de uma compreensão da comunidade, um diálogo com as partes interessadas e uma

mobilização da comunidade antes da prestação do serviço.

Sugerimos que o leitor colabore devidamente com a comunidade antes da execução de STH.

Agora vamos descrever três modalidades de SCTH, notando os benefícios e dificuldades de cada uma delas.

2.1 Centros Autónomos de Testagem de HIV

Os Centros Autónomos são lugares fixos na comunidade onde se prestam STH, sendo que não estão anexados a um centro de saúde (11). Neste nosso contexto, os centros autónomos estavam localizados num espaço comercial arrendado (centros comerciais) ou nas instalações de uma organização sem fins lucrativos (OSFL) local. Os utentes tinham a possibilidade de entrar sem marcação prévia para solicitarem qualquer um dos serviços em oferta incluídos no pacote holístico de STH.



Um centro autónomo é um local fixo onde se prestam STH. Regra geral, é constituído por uma sala de espera, salas de aconselhamento e testes e um posto de enfermagem.

Benefícios:

- Podem-se organizar em locais de fácil **acesso**. Discuta locais adequados com as partes interessadas na comunidade.
- **Menos congestionados** do que os centros de saúde, porque se concentram especificamente na testagem de HIV e nos serviços de saúde relacionados.
- **Períodos de espera mais curtos** do que nos centros de saúde (81).
- **Espaços privados** para aconselhamentos confidenciais e testes, se cada profissional de saúde tiver a sua própria sala totalmente equipada.
- **Infra-estruturas de apoio** que permitem a

fácil integração de serviços de saúde sexual e reprodutiva e testes de gravidez nos SCTH.

Desafios:

- **Prestação de um leque limitado de serviços**, predominantemente serviços de rastreio e prevenção; poderá ser necessário aos utentes acederem a centros de saúde por outros serviços, por exemplo tratamento.
- **A criação e manutenção podem ser caras**. Os responsáveis pela execução de programas têm de assegurar uma boa utilização do centro através de comercialização e visibilidade, de modo que se torne economicamente eficaz.

Dica

Ao seleccionar um local para o seu centro autónomo, certifique-se de que é acessível!

É importantíssimo assegurar que o seu centro autónomo é de fácil acesso. Isso significa que as pessoas não devem gastar tempo ou dinheiro adicional para se deslocarem ao centro para fazer o teste de HIV. Escolher um local num centro comercial, onde passam muitas pessoas todos os dias, e inclusive ter uma sinalização clara e evidente, irão fazer com que o seu serviço seja acessível e visível. Algumas pessoas que não pensavam em fazer o teste de HIV nessa altura poderão ser incentivadas a entrar e fazê-lo.

«Para fazer com que os utentes se sintam à vontade quando entrarem no centro autónomo, eu cumprimento-os de forma calorosa e amigável, com um sorriso na cara, perguntando como posso ajudá-los.»
- *Enf. Patricia Heneke (Gerente de local de um centro autónomo de STH)*

2.2 Serviços Móveis de Testagem de HIV

No caso dos serviços móveis, frequentemente referidos como serviços de proximidade, utilizam-se carrinhas móveis (caravanas) e tendas. Os serviços móveis podem ser prestados em qualquer lugar dentro da comunidade (11); ao lado de áreas de grande tráfego, nos locais de trabalho e nas escolas, dependendo da população-alvo. É importante obter as permissões necessárias das autoridades competentes antes de organizar o seu serviço.



No caso dos serviços de testagem de HIV móvel, utilizam-se uma carrinha móvel e tendas pop up, que se colocam num espaço adequado na comunidade, ao lado dos centros de transporte ou na beira das principais vias de comunicação. As tendas são utilizadas pelos profissionais de saúde para testes e aconselhamento de utentes. Cadeiras são colocadas em filas fora das tendas para formar uma área de espera informal.

Benefícios:

- **Concentra-se nas populações-chave e prioritárias**, pois se pode criar serviços em locais específicos onde essas populações se reúnem, a título de exemplo, os serviços prestados nos centros de transporte ou nos locais de trabalho dominados por homens podem alcançar os homens (3, 82); e os serviços prestados nas paragens de camiões podem alcançar os camionistas (uma população móvel) e os profissionais do sexo (3).
- Proporciona às pessoas que passam pelo serviço móvel, as quais não pretendiam necessariamente fazer o teste de HIV naquele dia, **uma oportunidade imediata** de fazê-lo (5).
- **Pode-se alcançar as pessoas sem quaisquer sinais ou sintomas de doença**, assim fornecendo uma oportunidade de fazer um diagnóstico precoce nas pessoas infectadas por HIV e de ligá-las aos cuidados e tratamento de HIV mais cedo (83).

Desafios:

- **Dependência das condições meteorológicas.** Os dias frios e chuvosos poderão não ser favoráveis para o trabalho em tendas. Um plano de reserva pode incluir organizar os serviços onde há abrigo, a título de exemplo, num local de trabalho ou numa escola. Isso permite que os serviços sejam prestados no interior de um edifício e não no interior das tendas (as tendas, inclusive, podem ser montadas no salão da escola ou numa cafetaria dentro de um local de trabalho).
- **A segurança do pessoal e dos equipamentos** apresenta um desafio nas zonas de alta criminalidade. Contratar um responsável de segurança pode ser um elemento de dissuasão para potenciais criminosos, facilitando a segurança do pessoal e dos seus equipamentos.
- **Privacidade.** As tendas podem não fornecer um espaço privado para aconselhamentos e para manter a confidencialidade (5). Todavia, a questão da privacidade pode ser resolvida se as tendas forem colocadas correctamente, com um espaço adequado entre elas.



Estudo de caso: A utilização dos serviços de testagem de HIV móvel para alcançar os homens - o que podemos aprender?

O Centro de TB Desmond Tutu (CTDT) executou serviços de testagem de HIV móvel, utilizando duas diferentes estratégias na Cidade do Cabo entre Junho e Setembro de 2015. O quadro abaixo destaca as semelhanças e diferenças entre as duas estratégias, apresentando alguns resultados do programa para os homens.

Estratégias	«Centro de Transporte»	«Rua a rua»
Local	Um grande centro de transporte na cidade (paragem de comboios, autocarros e táxis).	Uma comunidade com elevada incidência de HIV.
STH prestados a partir de	Local normalizado central (carrinha móvel e tendas localizadas no mesmo lugar todos os dias).	Carrinha móvel e tendas montadas na beira da estrada (a equipa moveu-se pela comunidade, de rua em rua, mudando de lugar todas as semanas).
Serviços prestados	De segunda-feira a sexta-feira, durante seis semanas	De segunda-feira a sexta-feira, durante quatro semanas
Criação de demanda	Utilização de altifalante e mobilizadores distribuindo folhetos a todas as pessoas que passavam pelo centro de transporte.	Educação de porta em porta, incentivando as pessoas a saírem de casa para fazerem o teste de HIV nas tendas.
Populações-alvo	Trabalhadores que se deslocam diariamente à cidade.	Pessoas em casa durante o dia
Resultados		
Número total de pessoas que fizeram o teste de HIV	1880	2041
Número (%) de homens submetidos ao teste	931 (50%)	931 (46%)
Positividade para o HIV nos homens (%)	43 (4,62%)	46 (4,94%)
Homens encaminhados para cuidados de HIV (%)	41 (95%)	42 (91%)
Homens ligados aos cuidados de HIV (%)	13 (32%)	24 (57%)
O que podemos aprender?	<ul style="list-style-type: none">• Ambas as estratégias podem ser úteis para alcançar os homens, visto que quase metade das pessoas submetidas ao teste eram homens.• Pela estratégia «rua-a-rua» foram realizados testes de HIV no mesmo número de homens durante quatro semanas que no «centro de transporte» durante seis semanas.• Os homens podem estar em casa durante o dia (devido à elevada taxa de desemprego nessa comunidade).• Para os homens, a ligação aos cuidados de HIV auto-reportada foi relativamente baixa – é preciso melhores estratégias de ligação aos cuidados.• No «centro de transporte», a ligação aos cuidados de HIV auto-reportada era mais baixa do que no projecto «rua-a-rua» - foi mais difícil acompanhar os homens diagnosticados no «centro de transporte» pois vinham à cidade a partir de toda a Cidade do Cabo e arredores.	
Conclusão:	Antes de sair para realizar testes de HIV, decida uma estratégia com base nas populações nas quais pretende concentrar-se, nos recursos disponíveis e na forma como a estratégia poderá afectar a ligação aos cuidados e tratamento de HIV.	



Testagem de HIV num principal «centro de transporte» e «de rua em rua» numa comunidade com uma elevada incidência de HIV.

Dica

A melhor utilização de um responsável de segurança

O responsável de segurança pode desempenhar um papel diverso na equipa. Para além de realizar a função de segurança da equipa e dos seus equipamentos, essa pessoa pode também ser o condutor, prestar apoio na montagem das tendas, bem como gerir a fila de utentes a esperar pelos serviços, assim assegurando a ordem em geral. Também é boa ideia essa pessoa ser envolvida no planeamento de todos os serviços móveis e ter contactos com a polícia local e/ou empresas de segurança. (Ver o Capítulo 4: Criação, Apetrechamento e Manutenção de Uma Equipa.)

2.3 Serviços de Testagem de HIV porta-a-porta

A testagem domiciliária tem um elevado grau de aceitação na África (84). Cai em duas categorias: testagem porta-a-porta, que envolve profissionais de saúde que vão de porta em porta e oferecem aos moradores elegíveis de uma comunidade o teste de HIV em casa, e um modelo caso índice, que é uma abordagem específica no âmbito da qual os profissionais de saúde visitam as casas de pessoas diagnosticadas com HIV ou TB e oferecem STH aos familiares e parceiro(s) que vivem na mesma casa ou a frequentam (11). Há duas maneiras de realizar testes rápidos de HIV num ambiente domiciliário: ou por intermédio de um profissional de saúde qualificado (tal como um enfermeiro ou conselheiro de HIV), ou por autodiagnóstico, o que significa que uma pessoa realiza um teste rápido de HIV em si mesma.

Benefícios:

- **Conveniente para os utentes** (85), pois não têm de gastar tempo nem dinheiro para se deslocarem a um centro de saúde ou esperar em longas filas.



A testagem porta-a-porta que envolve profissionais de saúde que vão de porta em porta, oferecendo aos moradores elegíveis de uma comunidade o teste de HIV em casa.

- **Pode ajudar a reduzir o estigma**, pois as pessoas não têm de arriscar serem vistas nos centros de saúde pública (85).
- **Pode aumentar a divulgação entre familiares ou casais**. Isso proporciona uma plataforma de apoio, o que também poderá ajudar a reduzir o estigma.
- **Pode alcançar crianças jovens infectadas por HIV** que se encontram órfãos e/ou não vivem com os pais biológicos (86).

Desafios:

- **A falta de privacidade e confidencialidade**, nomeadamente em agregados familiares com pouco espaço (85). A divulgação do estado de uma pessoa pode ser motivo de preocupação no âmbito de um grupo, especialmente nos casos em que há violência doméstica.
- **Uma baixa aceitação entre os adolescentes** devido à falta de privacidade. Por vezes, os adolescentes podem temer as perguntas dos outros familiares que poderão exigir saber o estado deles (85).
- **A segurança do pessoal**. Os profissionais de saúde podem ficar vulneráveis a roubos (de telemóveis, materiais ou uniformes).
- **O bem-estar emocional do pessoal**. Os profissionais de saúde podem viver situações traumáticas nas residências das pessoas, a título de exemplo, ver violência nas relações íntimas ou deparar com pessoas a abusarem substâncias (álcool ou drogas). Para saber mais sobre a prestação de apoio psicossocial aos profissionais de saúde, veja o Capítulo 4 (Criação, Apetrechamento e Manutenção de Uma Equipa).
- **Os elevados custos operacionais** (85), que se devem considerar em relação com os ganhos de eficiência que esta abordagem poderá trazer.

3. Quais são algumas considerações quanto à decisão sobre a modalidade de STH mais adequada para implementar?

A presente secção destaca alguns aspectos a serem considerados ao decidir qual a modalidade de STH mais apropriada a ser executada num determinado ambiente. Não visa ser exaustivo, mas limita-se a lançar a reflexão.

«O planeamento e preparação geralmente eficazes são elementos fundamentais da prestação de um serviço de testagem de HIV de elevada qualidade.» - *Enf. Fortune Ndaba (Enfermeira profissional num centro autónomo)*



Profissionais de saúde a preparar para STH porta-a-porta

Quadro 5.1: Considerações para três modalidades de STH

	Centros de STH autónomos	STH móveis	STH porta-a-porta
Infra-estruturas necessárias	Espaço alugado (local fixo). Uma sala separada para cada profissional de saúde.	Carrinha móvel e tendas pop up. Cada profissional de saúde deve ter a sua própria tenda.	Um ponto central onde o pessoal pode encontrar-se no início de cada dia.
Pessoal recomendado	Uma enfermeira profissional e três conselheiros leigos de HIV (cada um deve ter a sua própria sala).	Uma enfermeira profissional e três conselheiros leigos de HIV (cada um deve ter a sua própria tenda).	Um par de conselheiros leigos de HIV deve trabalhar em conjunto, indo às casas das pessoas em conjunto.
Necessidades de transporte para pessoal e equipamentos	N.a. Profissionais de saúde trabalham no centro autónomo (equipamentos e consumíveis armazenados no centro).	Veículo que pode rebocar a caravana, transportar o pessoal e os equipamentos de um ponto central a um determinado local no terreno diariamente.	N.a. Profissionais de saúde caminham de um ponto central, indo de porta em porta. Equipamentos e consumíveis armazenados no ponto central.
Equipamentos no espaço de testagem	Secretária e cadeiras de escritório em cada sala	Mesa dobrável e cadeiras de plástico em cada tenda	Prancheta de colo.
Pequenos equipamentos	Balança, estadiómetro, esfigmomanómetro, glicosímetro, medidor de colesterol, analisador portátil de CD4.	Balança, estadiómetro, esfigmomanómetro, glicosímetro, medidor de colesterol, analisador portátil de CD4.	N.a.
Transporte do material	N.a. - o material será colocado na secretária.	Transportar numa grande caixa e colocar na mesa dobrável em cada tenda.	Transportar numa mochila e colocar numa mesa ou no chão dentro da casa.
Armazenamento dos kits de teste rápido de HIV	No frigorífico ou no local de armazenamento com ar condicionado e termómetro.	Numa mala térmica com pacotes de gelo e termómetro.	Numa mala térmica com pacotes de gelo e termómetro.
Materiais necessários aos STH	Luvas, kits de teste rápido de HIV, lancetas, tubos capilares, tampão, algodão, compressa com álcool, adesivo microporo, resguardo, cronómetro, rótulos, caneta, recipiente para perfuro-cortantes, saco para resíduos de serviços de saúde, modelo de demonstração do preservativo, preservativos masculinos e femininos, kits de teste de gravidez, fichas de STH em branco (formulários de utente) e material IEC.		
Recolha de expectoração para testes de TB	Recolher lá fora, num espaço privado. Considere construir um local externo para recolha de expectoração.	Deve-se realizar a recolha fora da tenda, num espaço privado. Pode-se utilizar uma tenda designada como local para recolha de expectoração.	Deve-se realizar a recolha fora da casa, num espaço privado.
Materiais necessários para a recolha de expectoração	Escarrador, luvas, máscara para plástico para o escarrador,	o profissional de saúde, caneta, rótulo para o escarrador, saco de laboratório e formulários de registo de utente.	
Controlo de infeções	As salas devem ter janelas que se podem abrir para o fluxo de ar.	As tendas devem ter dois painéis de janela para o fluxo de ar.	Perguntar se as janelas e/ou a porta da casa se podem abrir para o fluxo de ar.

Será que sabia? O que é o autoteste de HIV?

O autoteste de HIV (HIVST) refere um processo no qual uma pessoa que quer conhecer o seu estado serológico recolhe uma amostra e interpreta o resultado por si mesmo, normalmente a sós (11). O HIVST é um teste de rastreio prévio e não fornece um diagnóstico conclusivo; no entanto, proporciona a oportunidade de fazer um teste discretamente e pode aumentar a participação dos jovens não atingidos por outros STH na testagem de HIV (76).



«Ao chegarmos no local, começamos a montar as tendas, e muitas vezes há pessoas à volta, portanto conversamos com elas e explicamos porque estamos aqui e quais os serviços que vamos prestar... Convidamos a fazerem o teste» - *Enf. Gertrude van Rensburg (Gerente de local de serviços de testagem de HIV móvel).*



É preciso cooperação e trabalho de equipa para colocar a carrinha móvel e montar as tendas todos os dias para os STH. Todos os membros da equipa de STH têm de fazer a sua parte para que o processo corra bem.

Será que sabia? O que é um local externo para recolha de expectoração?

Trata-se de uma estrutura situada fora do centro de saúde ou do centro autónomo, onde os utentes com sintomas de TB podem entrar para produzir expectoração num lugar privado e bem ventilado. Regra geral, não tem porta e deve ser construído de modo que o ar proveniente de fora possa circular livremente. A fotografia mostra um local para recolha de expectoração básico, situado atrás de um centro autónomo por causa da privacidade (a entrada dá para a parede do edifício). Para garantir uma boa ventilação, tem um lado inteiro (a entrada) aberto, o ar também podendo passar pelos outros três lados. Tem um tecto para evitar que os utentes se molhem quando chove. Pode ser de construção grosseira, mas construiu-se fácil e rapidamente, sem grandes custos.



4. O que se deve considerar no processo de testagem de HIV?

Na presente secção, descreve-se o processo de testagem de HIV, destacando alguns dos princípios fundamentais da prestação de um serviço de elevada qualidade.

4.1 Criação de demanda

É importante sensibilizar as pessoas para os STH. Isso pode-se realizar por meio de campanhas em diferentes formatos (Ver o Capítulo 2: *Envolvimento das Partes Interessadas*). A criação de demanda para a testagem de HIV é importante se quiser atingir determinados grupos populacionais, visto que a sua campanha e comunicações devem ser orientadas para esse grupo específico.

4.2 Sessão de informação pré-teste

4.2.1 Informação pré-teste importante

Deixou de ser necessário o aconselhamento pré-teste prolongado (11), pois a maior parte das pessoas já foi exposta a informações sobre o HIV/SIDA. É bom verificar que o utente compreende determinadas informações importantes antes do teste (11, 76). Tal inclui:

- O que é o HIV e como se transmite.
- A associação entre o HIV e as infeções sexualmente transmissíveis (ITS), e o HIV e as infeções oportunistas (a título de exemplo, a TB).
- O que é que coloca as pessoas em risco de HIV e

uma breve descrição das opções disponíveis para a prevenção de HIV.

- Os benefícios da testagem de HIV.
- O significado de um diagnóstico seropositivo e de um diagnóstico seronegativo.
- Os serviços disponíveis ao utente caso o teste de HIV dê positivo.
- A confidencialidade do resultado do teste e quaisquer outras informações partilhadas pelo utente.
- O direito do utente de recusar o teste de HIV e a confirmação de que tal recusa não terá impacto negativo no seu acesso de quaisquer outros serviços.
- A oportunidade de fazer perguntas ao profissional de saúde.

Para ver um exemplo de uma ficha de STH que se pode utilizar para registar todas as informações apropriadas sobre aconselhamentos e testes para cada utente, consulte o Apêndice 13. É benéfico dispor de material de informação, educação e comunicação (IEC) impresso nas línguas locais, que os utentes podem levar consigo para o lerem. Tal material deve ser correcto em termos técnicos, mas escrito numa forma facilmente acessível. As imagens e/ou esquemas são úteis. Um folheto informativo que cabe numa carteira ou bolsa é de considerar. No nosso contexto, produzimos folhetos dobrados no formato de bolso (tipo Z-CARD). Havia diferentes folhetos Z-CARD sobre HIV, TB, ITS, gravidez e prevenção da transmissão vertical de HIV (PTV). (Consulte o Apêndice 14 para ver um exemplo do folheto Z-CARD sobre o HIV.)



O material IEC, incluindo os folhetos tipo Z-CARD, é uma forma ideal de educar os utentes sobre questões de saúde. Certifique-se sempre de que o material está disponível na língua local e que está redigido de uma forma facilmente acessível. É útil incluir imagens e esquemas.

4.2.2 Considerar indivíduos ou casais

A maior parte da testagem de HIV realiza-se entre um indivíduo e um profissional de saúde na sessão de informação pré-teste. Contudo, realizar testes em casais é uma boa forma de ajudar mais pessoas a conhecerem o próprio estado serológico, nomeadamente os homens, que têm menos probabilidades de fazer o teste de HIV do que as mulheres (76). Um casal seria duas pessoas numa relação sexual contínua (heterossexual ou do mesmo sexo).

Na testagem de casais, ambos estão com o profissional de saúde na sessão de informação pré-teste.

Incentivar os casais a fazerem o teste em conjunto e a divulgarem mutuamente o seu estado serológico permite que eles tomem decisões conjuntas e informadas acerca da prevenção de HIV e questões reprodutivas como a contracepção e concepção (11). Os profissionais de saúde devem incentivar os utentes a fazerem o teste em conjunto, como casais. Veja o Quadro 5.2

Quadro 5.2: Testagem de HIV nos indivíduos em comparação com os casais

Informações prévias e testagem de HIV no caso de indivíduos	Informações prévias e testagem de HIV no caso de casais
Apenas um dos parceiros ouve as informações.	Os parceiros ouvem as informações em conjunto, aumentando assim a probabilidade de uma compreensão partilhada.
O indivíduo conhece apenas o próprio estado serológico.	Os indivíduos conhecem tanto o próprio estado serológico como o do seu parceiro.
Comunicações após o teste têm em conta o estado de apenas um dos parceiros; os indivíduos podem assumir, erroneamente, que o estado do seu parceiro é o mesmo que o próprio estado.	Comunicações após o teste são adaptadas com base nos resultados dos testes de ambos os parceiros.
Cabe ao indivíduo a responsabilidade de divulgar o seu estado ao parceiro.	Há uma divulgação imediata.
Profissional de saúde não está presente para facilitar a discussão do casal em torno das questões delicadas, incluindo as de tensão e culpa.	Profissional de saúde cria um ambiente seguro e pode ajudar os casais a tratar de questões delicadas que eles podem não ter abordado antes, incluindo a culpa.
Decisões de prevenção, tratamento e cuidados têm mais probabilidades de ser tomadas isoladamente.	Decisões de prevenção, tratamento e cuidados podem ser tomadas em conjunto.
Cabe ao indivíduo a responsabilidade de levar os familiares e/ou filhos a fazer o teste.	Decisões sobre a testagem da família ou filhos, bem como o planeamento familiar, podem ser tomadas em conjunto.

Estudo de caso: Um casal aproveita a oportunidade de fazer o teste num serviço de testagem de HIV móvel, tendo os dois membros sido capazes de tomar uma decisão conjunta sobre a sua saúde

Em Maio de 2013, foi montada uma unidade de testagem de HIV móvel pelo CTDT numa esquina movimentada, numa comunidade nos arredores da Cidade do Cabo. Kenneth e Nandi (um casal a viver em união de facto) passaram por lá. Já tinham discutido a testagem de HIV anteriormente e decidiram aproveitar essa oportunidade de fazer o teste. O Kenneth viera de Zimbabué para a África do Sul e estava a estudar na Cidade do Cabo, onde encontrou a Nandi, que era do Cabo Oriental. O casal disse que tinha objectivos de vida semelhantes e já tinha uma relação há anos. Ambos afirmaram que acharam interessante e motivadora a sessão de informação pré-teste, onde receberam mensagens claras acerca da prevenção de HIV e estratégias de redução de riscos. O profissional de saúde, Patrick, tinha submetido os dois a rastreio de TB e ITS, discutindo as suas necessidades de planeamento familiar. Constatou que a Nandi utilizava contraceptivos orais.

O Kenneth e a Nandi fizeram o teste de HIV (ambos tiveram resultado negativo). Durante o aconselhamento pós-teste, o casal pediu e recebeu preservativos masculinos do Patrick. Em seguida, ele discutiu com o casal os benefícios da circuncisão masculina médica voluntária. O Kenneth respondeu que estava interessado em fazer a circuncisão. O Patrick descreveu o processo. A Nandi perguntou quanto tempo teriam de esperar depois da operação até poderem fazer sexo de novo. Após mais discussão, os dois concordaram que seria mutuamente benéfico que o Kenneth fizesse a circuncisão. O Patrick encaminhou-o a um centro de saúde, onde ele foi circuncidado com êxito uma semana depois.

Incentivar os casais a fazerem o teste em conjunto e a divulgarem mutuamente o seu estado serológico permite que eles tomem decisões conjuntas e informadas acerca da prevenção de HIV e questões reprodutivas como a contracepção e concepção.



4.2.3 Consentimento informado

Obtém-se o consentimento informado no final da sessão de informação pré-teste. O consentimento informado significa que a pessoa recebeu todas as informações pertinentes sobre o teste de HIV e, em função dessas informações, lhe é dada a oportunidade de aceitar ou recusar o teste de HIV (11). O consentimento informado deve ser feito por escrito e assinado pelo utente e o profissional de saúde.

Embora a idade em que uma pessoa pode dar o consentimento informado varie de país para país (a idade de consentimento na África do Sul é aos 12 anos), os profissionais de saúde devem assegurar que o utente compreende porque faz o teste bem como as consequências de um resultado negativo ou positivo. Também será útil se o utente der uma indicação de como, provavelmente, irá reagir a um ou outro resultado. A título de exemplo, como reagiu anteriormente a um evento negativo (11)?

O consentimento informado deve ser feito por escrito; o utente assina o formulário de consentimento. No caso de um analfabeto, a melhor prática é que ele utilize a impressão digital para mostrar que consentiu em fazer o teste de HIV.

Os anticorpos estão presentes no sangue e indicam uma infecção por HIV. Os testes rápidos de HIV não identificam o vírus; detectam os anticorpos produzidos em resposta a uma infecção pelo vírus. É importante lembrar que um teste negativo não exclui uma infecção. O teste rápido pode dar negativo no início da infecção, quando os anticorpos ainda não foram produzidos em quantidades detectáveis (a “janela imunológica”) (76, 87).



O consentimento informado deve ser feito por escrito e assinado pelo utente e o profissional de saúde.

Será que sabia? Quais as informações que devem ser incluídas no consentimento informado?

Apesar de baseadas no contexto sul-africano (11), essas informações podem ser adaptadas de acordo com a situação. Convém que o seu utente:

- Conheça os benefícios e as consequências de conhecer o próprio estado.
- Compreenda o próprio direito de retirar o consentimento em qualquer fase do processo.
- Conheça a disponibilidade de tratamento, cuidados e apoio, e serviços de prevenção.
- Compreenda a importância da divulgação e testagem de parceiros/familiares bem como a disponibilidade de STH para casais.
- Conheça o processo e procedimentos dos STH.

4.3 Teste rápido de HIV

4.3.1 A detecção de anticorpos

Os testes rápidos de HIV operam sob o princípio da detecção de anticorpos contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O vírus contém diversas proteínas (antígenos) contra as quais o sistema imunitário produz anticorpos.

Será que sabia? O que é a «janela imunológica»?

A «janela imunológica» é o tempo entre o momento em que uma pessoa é infectada por HIV e a altura em que se torna possível identificar anticorpos no sangue pelo teste rápido de HIV. Uma pessoa infectada por HIV pode transmitir o HIV durante a janela imunológica (76). A política de testagem sul-africana afirma que se deve realizar uma repetição do teste seis semanas após a data da exposição nas pessoas que reportam uma exposição recente ou um risco contínuo de exposição (11).

4.3.2 O processo de testagem de HIV

A testagem comunitária de HIV sempre se deve realizar conforme as orientações e protocolos específicos do país. Também é importante seguir um rigoroso processo para assegurar que a testagem de HIV se realiza de forma consistente e segura, com o objectivo de dar ao utente o resultado exacto. A testagem comunitária de HIV utiliza kits de teste rápido de HIV. (Ver o Capítulo 7: *Garantia de Qualidade de Testagem de HIV*).

Sugerimos que se considerem as seguintes boas práticas, sempre que se utilizam os kits de teste rápido de HIV:

1. Profissional de saúde deve calçar luvas após a assinatura do consentimento pelo utente.
2. Verificar o prazo de validade impresso no kit de teste e não utilizar testes além do prazo de validade.
3. Aquecer a mão do utente.
4. Retirar uma tira reagente do kit.
5. Remover a folha protectora da tira reagente e colar numa superfície plana com uma etiqueta adesiva.
6. Colocar o número único (código de barras) ou nome do utente na etiqueta.
7. Limpar a ponta do dedo indicador, médio ou anular do utente com uma compressa com álcool e deixar secar ao ar.
8. Picar a parte lateral da ponta do dedo com uma lanceta automática e descartar a lanceta com segurança no recipiente para perfuro-cortantes.
9. Baixar a mão para promover o fluxo sanguíneo para a ponta do dedo até que uma grande gota de sangue se acumule.
10. Colher a quantidade correcta de sangue no tubo capilar. Evitar a formação de bolhas de ar.
11. Aplicar a extremidade do tubo capilar no poço de amostra do kit de teste (não tocar com o tubo capilar na almofada).
12. Esperar até que toda a amostra seja absorvida na almofada da tira reagente (é difícil escorrer a última gota; assegurar que isso é compensado ao colher o sangue no tubo capilar).
13. Aplicar o reagente (tampão) na tira reagente e anotar a hora na etiqueta. Ter especial cuidado em não tocar com o frasco do tampão na tira reagente ou na amostra de sangue.
14. Ler o resultado após o período indicado.
15. Certificar-se de que há uma linha de controlo visível para confirmar a validade do teste.
16. Interpretar o resultado do teste.
17. Descartar a tira reagente no recipiente apropriado para resíduos de serviços de saúde, uma vez registado o resultado.



Os profissionais de saúde devem seguir o procedimento adequado e o algoritmo do teste relevante ao realizar testes rápidos de HIV.

4.3.3 Seguir um algoritmo serial

Considere seguir um algoritmo serial. Descrevemos o algoritmo serial utilizado na África do Sul (ver a Figura 5.1 abaixo).

- Um teste rápido é utilizado como teste de rastreio.
- **Se o teste de rastreio é não reactivo**, o utente recebe um **resultado negativo** mas deve ser informado sobre a janela imunológica (possibilidade de exposição recente).
- **Se o teste de rastreio é reactivo** (dá resultado positivo para o HIV), deve-se realizar um **teste de confirmação** com um diferente teste rápido.
- **Se o teste de confirmação é reactivo**, a pessoa é **diagnosticada com HIV**.
- **Se o teste de confirmação é não reactivo, deve-se repetir o algoritmo do teste desde o início.**
 - » Se o teste de rastreio é novamente reactivo e o teste de confirmação é novamente não reactivo, deve-se relatar o resultado como **HIV discrepante** (o estado serológico da pessoa é inconclusivo).
 - » Recolher uma amostra de sangue total para um ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA), que se realiza em laboratório. Apenas um enfermeiro pode recolher o sangue para um ELISA, portanto, se não houver um enfermeiro no local, dever-se-á encaminhar o utente para um centro de saúde.
 - » O estado serológico da pessoa apenas será conhecido quando os resultados laboratoriais forem devolvidos.

Veja o Apêndice 15 para uma representação visual sobre a interpretação do resultado de um teste rápido de HIV.

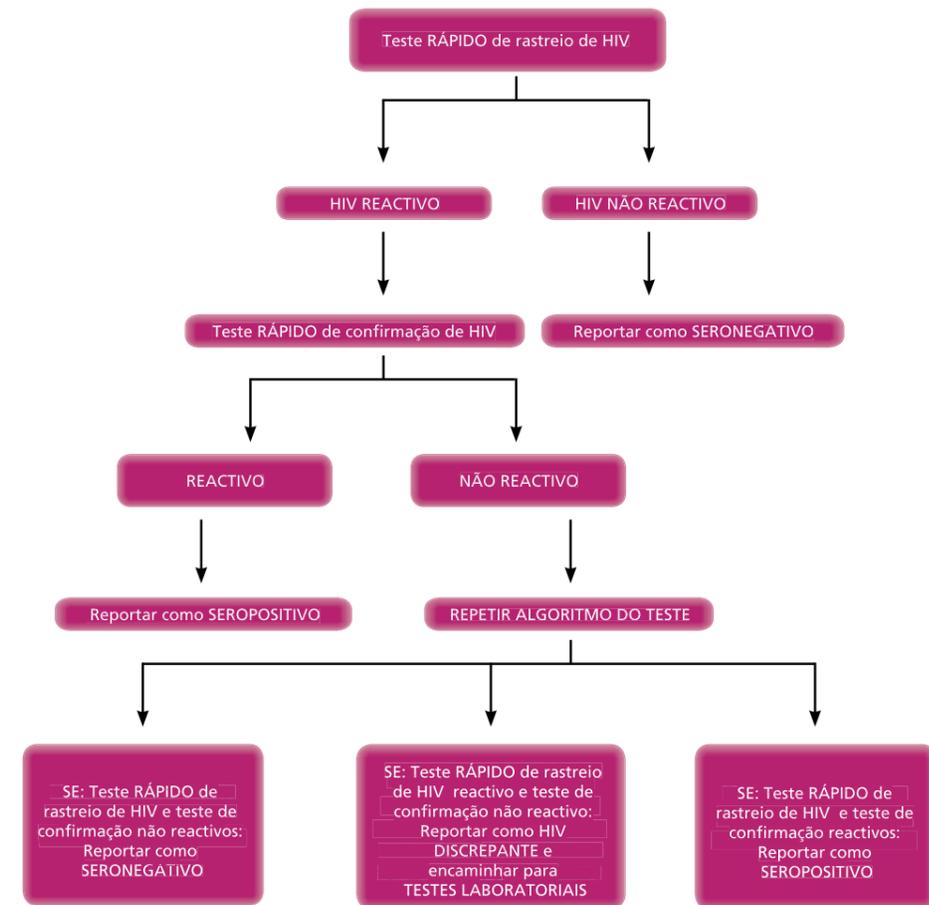


Figura 5.1: Algoritmo do teste de HIV sul-africano

Dica

Tornar eficiente o STH

Leva tempo até que se possa ler o resultado do teste de HIV (cerca de 15 a 20 minutos, dependendo da marca do kit de teste rápido de HIV utilizado). Durante esse período, o utente pode receber outros serviços pertinentes (ver a secção abaixo sobre a integração de serviços). Visto que os outros serviços normalmente são prestados por um outro profissional de saúde (muitas vezes uma enfermeira), o utente irá deslocar-se para um outro local, o que significa que o primeiro profissional de saúde pode prestar informações pré-teste ao próximo utente à espera. Isso faz com que cada utente receba um serviço integrado no mais curto prazo possível, ajudando a reduzir os tempos de espera para os utentes, pois os profissionais de saúde lidam com mais de um utente de cada vez. Contudo, é importante garantir a confidencialidade dos resultados de testes de HIV ao lidar com mais de um utente de cada vez.

4.4 Aconselhamento pós-teste - comunicação do resultado do teste de HIV

O profissional de saúde irá comunicar o resultado do teste de HIV ao utente durante o aconselhamento pós-teste. As mensagens principais devem reflectir o resultado do teste de HIV directamente.

4.4.1 Utente decide que já não quer saber o resultado

Por vezes, um utente pode decidir que já não quer saber o resultado do seu teste de HIV embora tenha consentido no teste de HIV. Tem todo o direito de decidir isso. O profissional de saúde deve informar-se porque o utente não quer conhecer o resultado e responder a quaisquer perguntas relativas aos medos do utente. Responder aos medos do utente pode fazer com que ele mude de ideias quanto a conhecer o próprio estado serológico. Se o utente estiver decidido em não conhecer o próprio estado, o aconselhamento pós-teste deve ser registado como tal. Aconselhamento adicional deve incluir informação de saúde em matéria da redução dos riscos, e o profissional de saúde pode recomendar comportamentos de prevenção de HIV, por exemplo a utilização constante de preservativos.

O utente deve ser convidado a voltar quando se sentir pronto para saber o resultado. (O teste de HIV terá de ser repetido se o utente voltar.) Veja a secção sobre o aconselhamento pós-teste, no Apêndice 13.

4.4.2 Resultado seronegativo

Esta sessão deve centrar-se em manter a pessoa seronegativa. A informação de saúde deve incluir aconselhamento sobre a redução dos riscos e recomendar comportamentos de prevenção de HIV dependendo do perfil de risco do utente. Nos casos em que o utente pode ter tido uma exposição recente ao HIV, podendo estar na janela imunológica, deve-se marcar uma visita para ele voltar a fazer o teste de HIV. Veja a secção sobre o aconselhamento pós-teste, no Apêndice 13. Nesse momento, profissionais de saúde podem educar os homens acerca da circuncisão masculina médica voluntária (CMMV) e encaminhar os que estiverem interessados em fazer a operação para um centro de saúde ou outra organização que a realiza.

«Em muitos casos, os utentes expressam a felicidade com um resultado seronegativo, sobretudo as mulheres que nunca fizeram o teste antes. Costumam dizer que ficam muito felizes com o resultado porque não sabem o que os parceiros fazem quando estão longe de casa.»
- Sr.ª Thabisa Bike (Profissional de saúde)



A explicar o resultado de teste seronegativo a um utente que está entusiasmado com o próprio estado seronegativo face ao HIV.

4.4.3 Resultado discrepante

Esta sessão deve assegurar que o utente compreende o que é um resultado discrepante (que o teste rápido de rastreio deu positivo, mas o teste rápido de confirmação deu negativo depois de seguido o algoritmo serial). O utente deve compreender que não se pode determinar um diagnóstico definitivo de HIV nesta altura e que o estado serológico dele é inconclusivo. O profissional de saúde deve explicar como se irá proceder para confirmar um estado serológico, que implica a retirada de sangue total para testes laboratoriais ELISA. Os utentes devem receber aconselhamento sobre as práticas sexuais seguras e a utilização do preservativo. Também é conveniente discutir o apoio disponível ao utente durante este período de incerteza e a quem é que o utente pode divulgar o seu estado inconclusivo. Deve-se marcar uma data para o utente voltar a fim de saber o resultado da prova ELISA. Nessa consulta de seguimento, o utente irá receber aconselhamento pós-teste adequado a um resultado ou positivo ou negativo. Veja a secção sobre o aconselhamento pós-teste, no Apêndice 13.

4.4.4 Resultado seropositivo

Profissionais de saúde devem estar atentos à reacção do utente a um resultado seropositivo; alguns podem ficar em estado de choque, outros em estado de negação. Profissionais de saúde têm de assegurar o apoio emocional necessário:

- dando ao utente tempo para considerar o resultado;
- ajudando o utente a lidar com as emoções decorrentes do diagnóstico de uma infecção por HIV;
- discutindo as preocupações imediatas, ajudando o utente a decidir quem será disponível na sua rede social para prestar-lhe apoio imediato;
- discutindo a eventual divulgação do resultado, bem como os riscos e benefícios da divulgação;
- avaliando o risco da violência nas relações íntimas e discutindo eventuais medidas para garantir a segurança física do utente, nomeadamente das mulheres, com diagnóstico seropositivo;
- avaliando o risco de suicídio, depressão e outras eventuais consequências para a saúde mental, decorrentes de um diagnóstico seropositivo, encaminhando o utente para mais serviços apropriados de prevenção, aconselhamento e apoio;
- discutindo obstáculos à ligação aos cuidados de saúde; e,
- encorajando e permitindo ao utente fazer perguntas adicionais (11).

Ao final do aconselhamento pós-teste é importante que o utente compreenda o diagnóstico e que tenha informação clara sobre os cuidados e tratamento de HIV, a sua elegibilidade para a terapia anti-retroviral (TARV), dependendo das orientações do país, e onde aceder aos cuidados e tratamento de HIV. Veja a secção sobre o aconselhamento pós-teste, no Apêndice 13.

«Realizámos o teste de HIV numa rapariga de 18 anos, e ela teve resultado positivo. Pedimos-lhe que esperasse enquanto realizávamos um teste CD4 no local de atendimento para determinar a sua contagem de CD4. Acho que ela ficou desesperada, pois saiu a correr do centro sem os resultados nem uma carta de encaminhamento ... conseguimos localizá-la, e comunicámo-nos com ela por SMS ... duas semanas depois, explicou-me que estava abalada. Oferecemos-lhe apoio. Ela trouxe a irmã a uma sessão de aconselhamento adicional e divulgou-lhe o seu estado. Com o apoio da irmã, começou a lidar melhor com o diagnóstico e iniciou a TARV.» (Enfermeira profissional a trabalhar num centro autónomo que presta STH comunitários).

4.4.5 O preservativo faz parte do aconselhamento pós-teste, independente do resultado do teste de HIV

Independentemente do resultado do teste de HIV, o profissional de saúde deve discutir a questão do

preservativo com o utente, demonstrar a utilização correcta do preservativo (preservativo masculino e feminino) e explicar ao utente os benefícios da utilização do preservativo (reduzir o risco de transmissão do HIV).

Visite os seguintes sítios Web para aprender como se deve e não se deve utilizar o preservativo

<http://www.ashsexualhealth.org/sexual-health/all-about-condoms/>

<http://www.health24.com/Sex/Great-sex/Condom-dos-and-donts-20120721>

Visite os seguintes sítios Web do CCD para ver como colocar e tirar:

um preservativo masculino: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/male-condom-use.html>; and,

um preservativo feminino: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/female-condom-use.html>



Independentemente do resultado do teste de HIV, o profissional de saúde deve discutir a questão do preservativo com o utente durante o aconselhamento pós-teste e demonstrar a utilização correcta do preservativo, se tal for exigido pelo utente.

Será que sabia?

O preservativo é eficaz na prevenção da gravidez e das ITS, incluindo o HIV?

Se utilizado correctamente cada vez que faz sexo, o preservativo tem eficácia de 98% contra a gravidez. Contudo, as pessoas não são perfeitas, portanto na vida real, o preservativo tem eficácia de cerca de 82% - isso quer dizer que cerca de 18 em cada 100 pessoas utilizando o preservativo como único método contraceptivo irão engravidar por ano (88).

O preservativo reduz a transmissão do HIV em mais de 70% quando utilizado de forma consistente por casais heterossexuais serodiscordantes (89) e pelos homens que fazem sexo com homens (HSH) (90).

A utilização constante e correcta do preservativo masculino de látex reduz o risco de muitas ITS transmitidas pelos fluidos genitais (p. ex. clamídia, gonorreia e tricomoníase). Também pode reduzir o risco das doenças que causam úlceras genitais (p. ex. herpes genital, sífilis e cancro mole) - mas apenas se a área infectada ou o local de eventual exposição for protegido pelo preservativo (91).



5. Como se pode integrar serviços de saúde relacionados com os SCTH?

Muitos factores sociais impulsionam a epidemia de HIV, incluindo a pobreza, a desigualdade, o desemprego e a violência baseada no género (92). As mulheres têm um maior risco de HIV do que os homens (93). Muitos determinantes sociais juntamente com práticas sexuais de risco (incluindo sexo desprotegido e múltiplos parceiros simultâneos) tornam as pessoas vulneráveis ao HIV. É importante estar consciente dos factores que fazem as pessoas vulneráveis, pois isso permite aos profissionais de saúde prestarem um serviço orientado para o utente, que responde às suas necessidades específicas.

Responder às necessidades do utente e prestar-lhe



Figura 5.2: Um SCTH integrado

5.1 A integração de rastreios de ITS, TB e planeamento familiar com a sessão de informação pré-teste

É possível integrar rastreios de sintomas importantes na sessão de informação pré-teste. Os rastreios que se encontram abaixo são fáceis e de rápida utilização, ajudando o profissional de saúde a identificar eventuais necessidades adicionais do utente, para além de precisar de um teste de HIV. A integração destes rastreios na sessão de informação pré-teste significa que todos os utentes são automaticamente submetidos a estes rastreios, mesmo que recusem um teste de HIV mais tarde. Os profissionais de saúde devem receber uma formação adequada para assegurar que utilizam estes instrumentos de rastreio de forma eficiente.

Rastreio de sintomas de ITS					
Mulheres			Homens		
Corrimento vaginal	Sim	Não	Corrimento peniano	Sim	Não
Feridas/tumores/inchaço na vagina	Sim	Não	Feridas/tumores/inchaço na virilha	Sim	Não
Dor abdominal inferior	Sim	Não	Ardor ao urinar	Sim	Não

um serviço holístico implica normalmente a iniciação e integração de serviços competentes nos SCTH. A integração de serviços constitui não só a prestação de serviços conexos num único local, mas também a ligação do utente entre locais e prestadores de serviços (76). A integração de serviços inclui o encaminhamento de utentes para outros serviços de saúde apropriados, por exemplo a CMMV, ou para serviços sociais, por exemplo uma casa de abrigo para mulheres vítimas de violência.

A presente secção concentra-se nos serviços de saúde específicos que podem ser facilmente integrados nos SCTH. Os serviços abordados em seguida não pretendem ser exaustivos, mas apenas representam o tipo de serviço que pode ser integrado, promovendo assim a reflexão sobre onde podem ser integrados nos SCTH.

5.1.1 Rastreio de sintomas de ITS

É fundamental que os utentes sejam educados em matéria da relação entre o HIV e as ITS. Visto que os sintomas de ITS podem ser indicativos do sexo desprotegido, aumentando o risco de HIV, é importante o rastreio de ITS. Pode-se utilizar um simples rastreio de ITS neste momento. (Consultar o Apêndice 13 para ver como o rastreio de sintomas se enquadra na sessão de informação pré-teste.) O rastreio de ITS é apropriado para homens e mulheres. O profissional de saúde faz as perguntas apropriadas ao utente, seja masculino ou feminino. Se o utente responder «sim» a qualquer uma das perguntas, deverá ser encaminhado para o centro de saúde local para um rastreio adicional e/ou tratamento de ITS.

5.1.2 Rastreio de TB

Na África do Sul, a TB é a doença oportunista mais frequente nas pessoas infectadas por HIV (11). Mais de 50% dos novos casos de TB encontram-se nas pessoas co-infectadas por HIV (94). A detecção precoce e a ligação ao tratamento de TB podem evitar mortes desnecessárias. Os utentes devem ser educados em matéria dos sinais e sintomas de TB bem como a associação entre a TB e o HIV. Pode-se utilizar um rastreio de TB durante a sessão de informação pré-teste para despistar sintomas de TB. (Consultar o Apêndice 13 para ver como o rastreio abaixo se enquadra na sessão de informação pré-teste.) Este instrumento de rastreio é constituído por cinco perguntas. Se o utente responder «sim» a qualquer das perguntas, o profissional de saúde deve recolher expectoração dele, a qual será enviada ao laboratório para testes de TB. Sugerimos que a recolha de expectoração seja integrada na testagem de HIV numa fase posterior para que o processo fique agilizado - após o teste de HIV, durante o período em que o profissional de saúde está a esperar para ler o resultado do teste. Portanto, a recolha de expectoração é abordada em seguida.

Rastreio de TB		
Tosse durante >2 semanas	Sim	Não
Perda de peso > 1,5 kg no mês passado	Sim	Não
Febre > 2 semanas	Sim	Não
Suores nocturnos	Sim	Não
Contacto com a TB em casa ou no trabalho	Sim	Não

5.1.3 Rastreio de planeamento familiar

Numa epidemia generalizada, como a na África do Sul, onde se realiza a transmissão do HIV principalmente através de relações sexuais entre heterossexuais (15), é importante discutir a saúde reprodutiva com o utente. O profissional de saúde deve examinar o utente para identificar as necessidades de planeamento familiar e encaminhá-lo a um centro de saúde relevante ou fornecer contraceptivos directamente, se o utente não estiver a utilizar contraceptivos e não pretender engravidar.

Pode-se utilizar o rastreio de planeamento familiar no aconselhamento tanto de homens como de mulheres. O profissional de saúde pode perguntar ao homem qual o contraceptivo que a parceira dele utiliza e sensibilizá-lo acerca da importância do planeamento familiar. Isso inicia uma conversa sobre a eficácia do preservativo como método de evitar uma gravidez indesejada bem como a oportunidade de discutir o papel do preservativo.

A dupla protecção inclui a utilização de um outro método contraceptivo juntamente com o preservativo.

O rastreio de planeamento familiar é concebido para tentar descobrir se o casal utiliza um método de planeamento familiar e verificar se a mulher está actualizada, sobretudo se estiver a utilizar um método injectável. Também serve para determinar se o casal necessita de revisar o seu método contraceptivo actual ou, se não estiver a utilizar qualquer método contraceptivo, se deseja considerar o planeamento familiar. Este rastreio é mais eficaz quando um casal recebe o aconselhamento em conjunto. Contudo, pode-se e deve-se utilizar também durante o aconselhamento individual.

Rastreio de Planeamento Familiar (perguntar a homens e mulheres)				
Contraceção utilizada	Sim	Não	Método:	
Visita de PF anterior:				
Contraceção fornecida	Sim	Não	N.a.	
Encaminhado para contraceção	Sim	Não	N.a.	

5.2 A integração de outros serviços competentes nos SCTH antes do aconselhamento pós-teste

Os testes rápidos de HIV levam cerca de 15 a 20 minutos (dependendo do tipo de *kit* de teste) antes que se possa ler os resultados. Isso é uma oportunidade para o utente receber outros serviços competentes enquanto espera. Regra geral, um enfermeiro devidamente qualificado deve estar disponível para prestar muitos dos serviços clínicos.

Dica

Contratar profissionais de saúde da categoria adequada

Os profissionais de saúde de categorias diferentes (incluindo enfermeiros profissionais, enfermeiros inscritos, auxiliares de enfermagem, aconselhadores de HIV leigos) têm diferentes âmbitos da prática. O âmbito da prática define as actividades (tipos de trabalho) que esses profissionais de saúde são legalmente autorizados a realizar. Geralmente, uma ordem nacional dos profissionais de saúde estabelece o âmbito da prática. Certifique-se de que está familiarizado com o âmbito da prática dos profissionais de saúde no seu país e que contrata os profissionais de saúde da categoria adequada aos serviços que pretende prestar. Além disso, certifique-se de que possuem formação e certificação adequadas e actualizadas, como exigido para os serviços que irão prestar.

Oferecemos sugestões para alguns dos serviços que podem ser integrados nesse momento do processo de testagem:

5.2.1 Recolha de expectoração para testes de TB

Se um utente apresentar sintomas de TB (conforme o rastreio de TB utilizado na sessão de informação pré-teste), pode-se recolher expectoração para um teste de TB nesse momento (ver Apêndice 16 sobre a recolha responsável de expectoração). O controlo de infecções é tão importante no contexto comunitário como num centro de saúde. Assegure que a recolha de expectoração é realizada num lugar privado e bem ventilado. Ainda que seja boa prática que o profissional de saúde supervise a recolha de expectoração, não deve estar em frente do utente que está a produzir a expectoração.

Dica

Utilizar uma máscara ao recolher expectoração

É importante que todos os profissionais de saúde sejam formados em medidas de controlo de infecções. Um profissional de saúde deve sempre ter fácil acesso a uma caixa de máscaras, como equipamento de base. O profissional de saúde deve usar máscara e luvas ao prestar assistência a um utente com sintomas de TB, quando este produz expectoração. Usar uma máscara irá protegê-lo contra a TB se o utente tossir, pois o utente pode estar a propagar as bactérias de TB através da tosse. A máscara irá evitar que o profissional de saúde inale essas bactérias.



Os profissionais de saúde devem usar máscara e luvas ao prestar assistência a utentes com sintomas de TB, quando estes produzem expectoração.

Idealmente, deve-se recolher duas amostras de expectoração. Recolha uma amostra imediatamente e, se possível, recolha a próxima uma hora depois. Se o utente não puder esperar, recolha ambas ao mesmo tempo.

Uma vez recolhida a expectoração, o profissional de saúde deve certificar-se de que a tampa do escarrador está bem fechada e colocar o escarrador, dentro de um saco de papel, num frigorífico ou mala térmica até que seja transportado para o laboratório para testes. O profissional de saúde deve preencher toda a documentação pertinente (como requerida pelo laboratório que irá realizar o teste de TB, por exemplo um formulário de pedido de teste de TB) para garantir que os resultados correctos são recebidos para cada utente. Deve-se juntar à amostra de expectoração uma cópia do formulário de pedido. Sugerimos que o formulário de pedido seja dobrado e colocado num saco de plástico, juntamente com o saco de papel (que contém o escarrador). Isso implica que a amostra de expectoração e a documentação são transportadas em conjunto. Um condutor deve transportar as amostras de expectoração (numa mala térmica) ao laboratório. O condutor deve viajar diariamente entre o SCTH e o laboratório.

Os resultados dos testes de TB devem ser devolvidos do laboratório ao STH por meio de fax, correio electrónico, ou, em alternativa, o condutor pode recolher os formulários em papel. Uma pessoa designada deve contactar todos os utentes que deram amostras de expectoração. Os utentes diagnosticados com TB devem ser convidados a voltarem ao local de testagem de HIV. Aí terão a oportunidade de fazer quaisquer perguntas sobre a TB. O profissional de saúde deve fornecer-lhes uma carta de encaminhamento para um centro de saúde da sua escolha, para tratamento de TB. Deve-se juntar à carta de encaminhamento uma cópia dos resultados dos testes laboratoriais onde é apresentado o diagnóstico positivo de TB. (Consulte o Apêndice 17 para ver um exemplo de uma carta de encaminhamento). Pode-se entrar em contacto telefónico com os utentes cuja expectoração deu negativo para TB, dizendo-lhes que não foram diagnosticados com TB. Contudo, se os sintomas persistirem, eles deverão voltar para mais testes.

5.2.2 Rastreio de doenças não transmissíveis

As doenças não transmissíveis (DNT) são doenças sem causa infecciosa, incluindo as doenças cardiovasculares, as doenças pulmonares, o cancro e a diabetes. Têm factores de risco comuns: a má alimentação, o tabagismo, a inactividade física e a obesidade (95). O HIV/SIDA e as DNT são interdependentes; o HIV/SIDA aumenta o risco de desenvolvimento das DNT, e as DNT intensificam a gravidade do HIV/SIDA (96, 97, 98). Portanto, é fundamental que o rastreio de DNT seja incluído nos SCTH.

As DNT (de forma semelhante ao HIV/SIDA) devem ser controladas por meio de prevenção e cuidados de saúde. O rastreio de hipertensão, diabetes e colesterol pode identificar um eventual risco de DNT. Visto que a obesidade constitui um sintoma de todas as DNT, é útil calcular o índice de massa corporal (IMC) do utente. Caso se identifiquem riscos, os utentes podem ser encaminhados para os centros de saúde a fim de receber os cuidados de saúde e/ou tratamentos adequados.

5.2.2.1 Calcular o Índice de Massa Corporal (IMC)

O IMC é uma medida útil da forma do corpo humano, com base no peso e estatura de uma pessoa. Uma elevada quantidade de gordura corporal pode conduzir a doenças relacionadas com o excesso de peso e outros problemas de saúde, e o peso a menos também pode colocar uma pessoa em risco de problemas de saúde. Calcular o IMC é importante para determinar se um utente é obeso ou tem baixo peso, para que possa ser encaminhado para os cuidados apropriados.

O IMC é definido como a massa corporal de uma pessoa dividida pelo quadrado da sua altura. A título de exemplo, se o seu peso é de 73 kg. e a sua altura de 1,55 metros, então o seu $IMC = 73 / (1,55)^2 = 30,38$ (categoria obeso(a)). Maior parte dos profissionais de saúde pode ser formada para calcular o IMC. Sugerimos que inclua a altura, o peso e o IMC na ficha de STH do utente (ver Apêndice 13).

Encontra-se uma calculadora IMC no seguinte sítio:

https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/metric_bmi_calculator/bmi_calculator.html

Se o seu IMC for inferior a 18,5, cai na categoria baixo peso.

Se o seu IMC for de 18,5 a 24,9, cai na categoria normal ou saudável.

Se o seu IMC for de 25,0 a 29,9, cai na categoria sobrepeso.

Se o seu IMC for de 30,0 ou acima, cai na categoria obeso



Calcular o IMC é importante para o encaminhamento de utentes com peso a menos ou excesso de peso para mais cuidados apropriados.

5.2.2.2 Rastreio de hipertensão

Tensão arterial é o nome dado à força criada, pelo coração pulsante, nas artérias, veias e vasos sanguíneos que transportam o sangue pelo corpo (99). O rastreio de tensão arterial é importantíssimo, porque a hipertensão frequentemente não apresenta nenhuns sintomas e, portanto, não se pode detectar sem que seja medida. A hipertensão aumenta consideravelmente o risco de doenças cardíacas e acidente vascular cerebral, porque causa pressão nos vasos sanguíneos e no coração.

Para um adulto normal:

Se a sua tensão arterial é de 120 mm hg/ 80 mm hg - considera-se normal.

Se a sua tensão arterial é de ≥ 140 mm hg/ 90 mm hg - considera-se elevada – encaminhar para um centro de saúde

Se a sua tensão arterial é de ≤ 100 mm hg/ 60 mm hg - considera-se baixa – encaminhar para um centro de saúde

As pessoas que fazem tratamento de HIV podem estar em risco acrescido de hipertensão (99). Sugerimos que se inclua um lembrete na ficha de STH para oferecer este serviço ao utente.



A medição da tensão arterial durante o SCTH para despistar hipertensão é importante, porque a hipertensão frequentemente não apresenta nenhuns sintomas e, portanto, não se pode detectar sem que seja medida.

5.2.2.3 Rastreio de diabetes mellitus

A diabetes é uma doença em que o nível de glicemia está muito alto. Alguns factores de risco associados à diabetes incluem uma história familiar de diabetes, o sobrepeso e a hipertensão (100). Alguns tratamentos de HIV podem também aumentar o nível de glicemia, portanto, as pessoas com HIV que estão em tratamento podem estar em maior risco de diabetes (101). Preste atenção a esses e outros factores de risco no utente e realize um rastreio de glicemia aleatória, se necessário.

Os utentes podem ser encaminhados para um centro de saúde para mais testes e/ou tratamentos se o seu

nível de glicemia em jejum é superior a 7 ou se o nível de glicemia pós-prandial é superior a 11. Regra geral, os utentes que acedem aos serviços comunitários não estão em jejum quando fazem o teste de glicemia.



O rastreio de glicemia aleatória durante a testagem comunitária de HIV é uma boa prática no rastreio de diabetes

5.2.2.4 Rastreio de colesterol

Os testes de colesterol realizam-se, principalmente, para despistar o risco de doenças cardíacas (102). Deve-se oferecer o teste de colesterol aos utentes com principais factores de risco de doenças cardíacas, tais como a obesidade, os homens com 45 anos de idade ou mais e as mulheres com 55 anos de idade ou mais, a hipertensão, uma história familiar de doenças cardíacas prematuras, uma doença cardíaca preexistente ou a diabetes mellitus (103). Alguns medicamentos contra o HIV podem aumentar os níveis de colesterol. Preste atenção aos factores de risco no seu utente e verifique o colesterol conforme adequado. É uma boa prática incluir um lembrete na ficha de STH para rever os sintomas do seu utente e oferecer esse serviço se necessário.

5.2.3 Prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) incorpora vários serviços, incluindo a contracepção, o rastreio de cancro cervical, a PTV, o rastreio de ITS (11). No contexto sul-africano, o pacote mínimo de serviços da SSR recomendado a ser integrado nos STH inclui o fornecimento de preservativos masculinos e femininos, o fornecimento de outras formas de contracepção, a circuncisão masculina médica voluntária (CMMV) e o rastreio e tratamento do cancro cervical (104). Dependendo dos recursos disponíveis, os STH podem prestar esses serviços directamente ao utente ou encaminhar o utente para um centro de saúde para esses serviços.

A integração dos serviços da saúde reprodutiva nos STH é benéfico porque:

- Pode reduzir o estigma associado à testagem de HIV. Algumas pessoas não querem que os outros saibam que fazem o teste de HIV, portanto poderão sentir-se mais confortáveis dirigindo-se a um prestador de serviços que oferece múltiplos serviços, incluindo o teste de HIV.
- Pode aumentar o número de raparigas que acedem aos STH. Observações pontuais sugerem que muitas raparigas preferem aceder a um serviço comunitário em vez de a um centro de saúde para obter contraceptivos. Isso é uma oportunidade de oferecer o teste de HIV a essas raparigas bem como aconselhamento sobre a redução do risco de HIV.

5.2.3.1 Fornecimento de contraceptivos

A distribuição de preservativos masculinos e femininos bem como uma demonstração da sua utilização correcta deve-se integrar no aconselhamento pós-teste para cada utente, independentemente do resultado do teste de HIV. Isto já foi discutido anteriormente, como parte do aconselhamento pós-teste.

O resultado do rastreio de planeamento familiar (integrado na sessão de informação pré-teste) irá determinar se há necessidade de serviços contraceptivos. O profissional de saúde (enfermeiro profissional) tem a oportunidade, nessa fase do processo de STH, de oferecer serviços contraceptivos (para além do preservativo).

No nosso contexto, os enfermeiros profissionais forneceram contraceptivos orais e injectáveis às utentes que solicitaram esse serviço, no centro autónomo ou no serviço móvel. Antes de executarmos o fornecimento de contraceptivos, os enfermeiros receberam formação em saúde sexual e reprodutiva, a qual incluiu elementos teóricos e práticos, de um organismo de formação externo reconhecido a nível nacional. Foi a mesma formação recebida pelos enfermeiros profissionais a trabalhar nos centros de saúde governamentais. Apenas quando receberam um certificado de competência bem como uma licença de dispensa de medicamentos puderam começar a dispensar contraceptivos durante os STH.

«Quando começámos a fornecer contraceptivos orais, o número de raparigas em idade escolar que vinham ao nosso centro autónomo aumentou enormemente. Essas raparigas não queriam obter contraceptivos do centro de saúde, onde poderiam ser vistas por um familiar ... gostavam do anonimato do nosso serviço. Também pudemos aproveitar a oportunidade de oferecer-lhes o teste de HIV.» - (Enfermeira profissional que distribui contraceptivos como parte de um STH integrado)

5.2.3.2 Prestação de testes de gravidez

Um profissional de saúde pode oferecer um teste de gravidez a uma utente que tem sinais ou sintomas de gravidez ou com base na discussão durante o rastreio de planeamento familiar realizado durante a sessão de informação pré-teste (se a mulher não utilizar nenhum dispositivo contraceptivo nem tiver utilizado contraceptivos regularmente). Uma das principais razões para integrar testes de gravidez nos STH é que as grávidas seropositivas podem ser identificadas e encaminhadas para o programa PTV e/ou outros serviços competentes o mais cedo possível.

Os profissionais de saúde devem ser bem formados para que possam aconselhar as mulheres que acabam de saber que são seropositivas e que estão grávidas. Essas mulheres frequentemente necessitam de aconselhamento adicional.



A integração dos testes de gravidez nos STH permite aos profissionais de saúde identificarem as grávidas que vivem com HIV. Essas mulheres podem então ser encaminhadas para a PTV a fim de reduzir o risco da transmissão do vírus para os seus bebés.

Estudo de caso: Prestar um serviço integrado holístico e orientado para o utente

Sibongile é uma aluna de 17 anos que chegou a um serviço de testagem de HIV autónomo a solicitar um teste de HIV, porque tinha sexo desprotegido com o seu namorado de quem desconfiava. A Sibongile encontrou-se com Mavis, a profissional de saúde, que lhe prestou informações sobre a transmissão do HIV e a relação entre o HIV e outras ITS. A Mavis descobriu que a Sibongile não utilizava nenhum método contraceptivo e não queria engravidar. Ofereceu à Sibongile um teste de gravidez (que deu negativo) e realizou um rastreio de quaisquer sintomas de ITS. A Mavis depois falou com a Sibongile sobre os diferentes métodos contraceptivos que tinha de considerar e encaminhou-a para o centro de saúde local para buscar os contraceptivos (esse centro autónomo não oferecia contraceptivos). O teste de HIV que a Sibongile fez deu negativo.

Este estudo de caso mostra claramente como a profissional de saúde prestou um serviço holístico à sua jovem utente, específico para as suas necessidades. Forneceu informações e também integrou outros serviços apropriados no STH para que a vulnerabilidade dessa jovem fosse reduzida, tanto ao HIV como às ITS e à gravidez.



É importante prestar um serviço holístico de testagem de HIV, que satisfaz todas as necessidades de saúde do utente.

5.2.3.3 Educação e encaminhamento para CMMV

O aconselhamento pós-teste é o momento ideal para lançar uma discussão sobre a CMMV com os utentes masculinos que tiveram resultados seronegativos ou com as mulheres que acham que os parceiros considerariam a CMMV. A CMMV significa que o homem consente voluntariamente em fazer a circuncisão (a retirada do prepúcio inteiro do pénis) por um profissional de saúde qualificado, normalmente num centro de saúde. Demonstrou-se que a CMMV reduz o risco, entre homens, de HIV adquirido por via heterossexual em 60% (105), pelo que é visto como uma estratégia de prevenção de HIV. Também reduz o risco de cancro cervical na parceira (106). É importante lembrar que a CMMV reduz, mas não remove, o risco de infecção por HIV e ITS. Os homens circuncidados ainda têm de usar preservativo.

Assim que o profissional de saúde tenha explicado os benefícios da CMMV ao utente, é importante escrever uma carta de encaminhamento que o homem pode levar consigo a um centro de saúde ou a uma outra organização que efectua a CMMV. Em alternativa, faça uma marcação em nome do utente no estabelecimento

de saúde. Consulte o Apêndice 17 para ver um exemplo de um formulário de encaminhamento.

Consulte o seguinte sítio Web sul-africano para informações úteis sobre a CMMV: <http://www.brothersforlife.org/medical-male-circumcision-mm.html>

Estudo de caso: Criar demanda - Aumentar a aceitação da CMMV na comunidade

Foi executado pelo Sindicato dos Trabalhadores Têxteis e Vestuário da África do Sul (SACTWU, do inglês «South African Clothing and Textile Workers Union») um projecto comunitário com o objectivo de aumentar a aceitação da CMMV em nove comunidades à volta da Cidade do Cabo. Mobilizadores sociais foram contratados e formados para criar uma procura de CMMV. Joseph foi contratado como mobilizador. Foi formado para que pudesse compreender a importância da CMMV, os benefícios para tanto homens como mulheres, e outros factos de base. O Joseph foi enviado a um centro de saúde local para aí falar com os homens e as mulheres sobre a CMMV. Os colegas do Joseph, Busi e Nelson, andaram pela comunidade de porta em porta, também a falar sobre a CMMV com as pessoas em casa e nas esquinas. Concentravam-se especificamente nos homens e mulheres de 12 a 49 anos.

A Busi disse que explicava aos homens que ser circuncidado podia melhorar a higiene pessoal. Quando um homem manifestava interesse, registava os seus contactos num formulário e enviava esses contactos à sede. Então, uma pessoa designada na sede entrou em contacto com o homem para marcar um dia e hora quando a circuncisão seria efectuada. Regra geral, as circuncisões realizaram-se num centro de saúde num local central. Se o transporte para e do centro de saúde apresentava um problema para alguns homens a serem circuncidados, o SACTWU providenciou-lhes transporte a partir de um ponto central até ao centro de saúde. Após a operação, cada homem recebeu um formulário de seguimento a ser levado a um centro de saúde mais perto da sua casa, onde se realizaria o tratamento da ferida.

O SACTWU certificou-se de que todos os homens foram às consultas de seguimento. Depois de 48 horas, os curativos são retirados. Depois de sete dias, a ferida é verificada e quaisquer acontecimentos adversos são registados. Depois de 21 dias, profissionais de saúde devem verificar se a ferida sarou devidamente. Muitos homens perdem a terceira consulta de seguimento. Portanto, o SACTWU tem uma carrinha móvel que lhe permite prestar consultas de seguimento directamente aos homens na comunidade.



A carrinha móvel do SACTWU.

«Fui aconselhado pelos meus amigos a fazer a circuncisão. Investiguei e decidi que seria bom para a minha saúde. Foi feita gratuitamente no estabelecimento de saúde. As enfermeiras eram muito atenciosas e disseram-me tudo o que eu preciso de saber.» - *Obert Bore, (Utente, 26 anos de idade)*

6. Como é o processo de encaminhamento?

Depois do aconselhamento pós-teste e depois de o resultado do teste de HIV ter sido divulgado ao utente, o profissional de saúde deve escrever uma carta de encaminhamento relativa a quaisquer outros serviços de cuidados de saúde ou tratamentos que o utente poderá precisar de receber num centro de saúde, por exemplo: serviços de planeamento familiar, tratamento

de ITS, cuidados e/ou tratamento de HIV, tratamento de hipertensão, etc. A carta de encaminhamento deve ser dirigida a um centro de saúde específico, escolhido pelo utente. O encaminhamento para tratamento de TB será realizado dentro de alguns dias, se for recebido um resultado positivo do teste de TB do laboratório.

Considerações ao escolher um centro de saúde para cuidados/tratamento de HIV e/ou tratamento de TB:

- Confirme que o estabelecimento de saúde presta cuidados e tratamento de HIV e/ou tratamento de TB.
- A fim de garantir a acessibilidade, escolha um estabelecimento perto da casa ou do trabalho do utente (o tempo e custos de deslocação apresentam, frequentemente, um obstáculo ao acesso aos cuidados de HIV).

- Considere a familiaridade do centro de saúde ao utente (alguns utentes poderão preferir o anonimato, enquanto outros preferem os profissionais de saúde conhecidos).

A carta de encaminhamento:

- Deve conter todos os dados dos serviços clínicos e de rastreio recebidos durante o SCTH.
- Deve ser dada ao utente em envelope lacrado.
- Uma cópia deve ser guardada com o registo dos serviços de testagem de HIV do utente.

Um exemplo de uma carta de encaminhamento encontra-se no Apêndice 17.



Forneça ao utente uma carta de encaminhamento oficial, por escrito, que poderá apresentar no centro de saúde da sua escolha

Além disso, o profissional de saúde também pode encaminhar o utente para outros serviços, conforme adequado. A título de exemplo, se um utente tiver peso a menos, determinado por meio do cálculo IMC, o profissional de saúde poderá encaminhá-lo para o centro de saúde para cuidados adicionais (suplementos alimentares), mas também poderá considerar encaminhá-lo para:

- uma organização local que distribui alimentos na sua comunidade (por exemplo, uma sopa dos pobres); ou
- uma organização que se concentra em formar e ajudar as pessoas a criarem as suas próprias plantações de alimentos na comunidade; ou
- uma organização que ensina competências aos desempregados, que irão permitir que o utente produza um produto de base que se pode vender a troco de dinheiro para comprar alimentos.

Todas as organizações desse tipo são partes interessadas no sector de serviços comunitários, referidas no Capítulo 2 (*Envolvimento das Partes Interessadas*).

Se o SCTH tiver a capacidade de encaminhar utentes para outros serviços (para além dos serviços de saúde conexos), apoia assim uma perspectiva mais abrangente da saúde e bem-estar, e demonstra uma abordagem verdadeiramente orientada para o utente.

Esse tipo de encaminhamento depende de:

- quais as organizações e os serviços disponíveis na comunidade;
- o profissional de saúde saber dessas organizações/ serviços;
- o profissional de saúde ter os contactos das organizações; e,
- o utente aceitar o encaminhamento.

Dica

Manter uma lista actualizada das organizações relevantes na sua comunidade para fins de encaminhamento

Elabore uma lista das organizações e dos serviços prestados nas comunidades vizinhas em que trabalha. Isso pode-se fazer antes da execução do programa, durante o processo de envolvimento das partes interessadas (ver o Capítulo 2: *Envolvimento das Partes Interessadas*). Uma vez que tenha uma lista, incluindo os contactos, tem de actualizá-la regularmente. Será um recurso valioso quando os utentes necessitarem de um encaminhamento a serviços para além de um centro de saúde.

7. Os SCTH terminam com o encaminhamento de um utente para um centro de saúde?

A resposta simples é NÃO. Um dos mais importantes aspectos dos SCTH é a ligação activa aos cuidados e tratamento de HIV. Não basta simplesmente diagnosticar o HIV e dar ao utente uma carta de encaminhamento. A responsabilidade do profissional de saúde é activamente ligar o seu utente aos serviços de cuidados e tratamento de HIV. Enquanto o mundo persegue o objectivo 90-90-90, atingir a segunda e terceira categoria «90» depende da ligação eficaz aos cuidados de saúde. O Capítulo 6 (*Ligação aos Cuidados e Tratamento de HIV*) é dedicado a este assunto.



CAPÍTULO 6 LIGAÇÃO AOS CUIDADOS E TRATAMENTO DE HIV



LIGAÇÃO AOS CUIDADOS E TRATAMENTO DE HIV *Sue-Ann Meehan, Kerry Nel e Bliia Yang*



Não devemos dizer que o trabalho está feito só porque estamos a fazer progressos. O trabalho está longe de terminado.

- Aaron Motsoaledi (Ministro da Saúde da África do Sul, de 2009 até ao presente)



Porque é que o presente capítulo é importante?

A ligação aos cuidados e tratamento de HIV constitui uma acção crítica que impele uma pessoa a partir do diagnóstico para os cuidados de saúde e tratamento. Portanto, desempenha um papel fundamental no controlo da epidemia de HIV. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, na África subsariana, 40% das pessoas que sabem que estão a viver com

HIV não chegam aos serviços de cuidados e tratamento de HIV. Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel activo em ajudar as pessoas vivendo com HIV a ligar-se aos serviços de cuidados e tratamento. O presente capítulo apresenta algumas experiências e boas práticas para ajudar os profissionais da saúde comunitária a ligarem os seus utentes activamente aos serviços de cuidados e tratamento de HIV nos centros de saúde.

O que irá aprender com o presente capítulo?

1. O que é a ligação aos cuidados de saúde?
2. Porque é que ligação aos cuidados e tratamento de HIV é tão importante?
3. Quais são os benefícios de ligação aos cuidados e tratamento de HIV?
 - 3.1 Benefícios para o indivíduo
 - 3.2 Benefícios para a comunidade
4. Porque é que as pessoas não chegam aos serviços de cuidados e tratamento de HIV?
5. Quais são algumas boas práticas para a ligação das pessoas diagnosticadas com HIV em serviços de testagem comunitária aos cuidados de saúde?
6. Como saber se uma pessoa vivendo com HIV chegou aos serviços de cuidados e tratamento de HIV?

1. O que é a «ligação aos cuidados de saúde»?

A ligação aos cuidados de saúde (LTC) realiza-se no final do serviço de testagem de HIV (ver o Capítulo 5: Prestação de Serviços Holísticos Orientados para o Utente). É quando o utente é ligado aos serviços competentes, dependendo das suas necessidades específicas, tendo em conta o seu estado serológico face ao HIV (11). Segundo a OMS, a LTC é um processo de acções e actividades a apoiar as pessoas que fazem o teste de HIV e as pessoas diagnosticadas com HIV a acederem aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados adequados ao seu estado serológico (107).

Para quem for seropositivo, a LTC constitui a fase que começa com o diagnóstico até que a pessoa entre nos cuidados de HIV e/ou inicia a terapia anti-retroviral (TARV) (2). Para quem tiver diagnóstico negativo de HIV, poderá ser necessário que seja ligado aos serviços de prevenção, dependendo dos seus factores de risco individuais e tendo em conta os ambientes com elevada prevalência de HIV. A título de exemplo, pode-se considerar ligar os homens seronegativos aos serviços da Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV), ou ligar os utilizadores de drogas injectáveis (UDI) seronegativos a um programa de troca de seringas. Para ver mais informações sobre diferentes tipos de



Pode considerar acompanhar o seu utente ao centro de saúde para os serviços de cuidados e tratamento de HIV.

intervenção baseadas em provas que reduzem o risco da aquisição de HIV, sugerimos que visite o sítio Web dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (CCD) em: <https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/compendium/rrr/index.html>

O presente capítulo trata especificamente da ligação aos cuidados e tratamento de HIV para as pessoas seropositivas, diagnosticadas em serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH) (por exemplo, em centros autónomos, serviços móveis ou porta-a-porta), que têm, no entanto, de aceder aos cuidados e tratamento de HIV num centro de saúde (incluindo os centros de saúde governamentais bem como privados).

2. Porque é que ligação aos cuidados e tratamento de HIV é tão importante?

A ligação a serviços de cuidados e tratamento de HIV é um elemento fundamental de qualquer serviço de testagem de HIV. É imprescindível se quisermos atingir o objectivo «90-90-90» da ONUSIDA e pôr fim à epidemia de SIDA até ao ano 2020. A LTC constitui a ponte essencial entre o diagnóstico (o primeiro «90») e o início do tratamento (o segundo «90») (2). A testagem de HIV sem acesso à LTC ou com difícil acesso à LTC tem um benefício limitado para as pessoas diagnosticadas com HIV (107). Na verdade, um STH fica incompleto sem esforços para ajudar as pessoas a chegarem aos cuidados de saúde após a testagem.

Algumas pessoas seropositivas «perdem-se» durante o período entre o diagnóstico e o início da TARV (108). A LTC é um aspecto fundamental do STH, visto que impele uma pessoa infectada por HIV para os cuidados de HIV (um contínuo de tratamento) e que pode contribuir para reduzir o número de pessoas que não acedem aos serviços de cuidados e tratamento de HIV.



Figura 6.1: A ligação aos cuidados de saúde é um elemento fundamental dos serviços de testagem de HIV, visto que impele uma pessoa infectada por HIV para os cuidados de HIV

Será que sabia?

Qual a diferença entre a ligação passiva e activa aos cuidados de HIV?

A explicação que se segue apresenta uma compreensão geral da diferença entre a ligação passiva e activa aos cuidados de saúde.

A LTC passiva ocorre quando o profissional de saúde fala com o utente, prestando-lhe informação clara e correcta sobre a próxima etapa na gestão do estado serológico dele. Também lhe diz onde e como é que pode aceder aos serviços competentes de cuidados ou tratamento e lhe dá uma carta de encaminhamento.

A LTC activa dá mais um passo em frente. O profissional de saúde presta ao utente todas as informações relevantes e dá-lhe uma carta de encaminhamento, mas também toma medidas para facilitar a ligação dele aos cuidados relevantes. Por exemplo, contactar com ele uma semana depois para o lembrar de aceder aos cuidados de HIV ou para acompanhá-lo ao centro de saúde.

Recomendamos que os utentes sejam ligados aos cuidados de saúde activamente.

Será que sabia?

O que significa «Perda de seguimento» (LTFU, do inglês «lost to follow-up»)?

O termo «perda de seguimento» não é universalmente definido (107), mas refere-se a uma perda não prevista de utentes dos serviços de saúde e poderá ocorrer em cada etapa do contínuo de tratamento de HIV. No que diz respeito às pessoas seropositivas, refere-se a uma pessoa que não acede aos serviços de cuidados e tratamento de HIV de maneira alguma após o diagnóstico de HIV inicial, ou a uma pessoa que, inicialmente, acede aos serviços de cuidados e tratamento de HIV mas não permanece neles. A LTFU é sensível ao tempo, porque a pessoa pode voltar a aceder aos cuidados mais tarde. Recomenda-se um limiar de 180 dias desde a última visita à clínica como definição padrão da LTFU (109).

Embora haja esforços para integrar os centros de saúde e os serviços de HIV de base comunitária, os STH prestados pelas OSFL são na sua maioria independentes dos serviços de tratamento prestados nos centros de saúde. Portanto, é fundamental que as pessoas seropositivas com diagnóstico recente sejam activamente ligadas aos cuidados e tratamento de HIV. Parte da ligação activa de um utente aos cuidados de HIV é o seguimento para garantir que tenha chegado aos serviços para os quais foi encaminhado. Tal pode assumir a forma de uma chamada telefónica, uma mensagem de texto ou uma visita a casa. A ligação activa de uma pessoa seropositiva aos cuidados de HIV num centro de saúde, após o diagnóstico efectuado num ambiente comunitário, constitui um elemento importante e integrante da transição da testagem para o início da TARV (108).

Será que sabia?

O que é o contínuo de tratamento para a TARV ao longo da vida?

O contínuo de tratamento, também chamado da cascata de tratamento de HIV, é um modelo que define as etapas sequenciais da assistência médica percorridas pelas pessoas vivendo com HIV, desde:

Diagnóstico inicial → ligação aos cuidados de saúde → receber cuidados → em tratamento com a TARV → atingir carga viral suprimida.

Será que sabia?

Qual a diferença entre a ligação aos cuidados de HIV, a retenção nos cuidados de HIV e a retomada dos cuidados de HIV? (110)

Ligação aos cuidados de HIV: o processo de ajudar as pessoas vivendo com HIV a chegarem aos serviços de HIV de que elas necessitam.

Retenção em cuidados: um utente continua a visitar o centro de saúde e regularmente recebe os cuidados necessários. A título de exemplo, um utente na TARV comparece a todas as consultas na clínica e recolhe os medicamentos anti-retrovirais em tempo útil.

Retomada de cuidados: uma pessoa seropositiva que utilizava serviços de cuidados de HIV anteriormente começa a utilizá-los novamente. Um exemplo disso é quando uma pessoa retoma os cuidados anti-retrovirais depois de um período de se ter perdido de seguimento.

3. Quais são os benefícios de ligação aos cuidados e tratamento de HIV?

A ligação aos cuidados de saúde é benéfica porque faz as pessoas chegarem ao tratamento (TARV). Estar em tratamento com a TARV e com carga viral suprimida é enormemente benéfico tanto para o indivíduo como a comunidade.

3.1 Benefícios para o indivíduo

As pessoas infectadas por HIV que não chegam aos cuidados de saúde ou que demoram em ligar-se aos cuidados de saúde e em iniciar a TARV podem estar em risco do dano imunológico, que poderá resultar em doenças relacionadas com HIV, em hospitalizações e, por fim, em morte. Quanto mais cedo as pessoas iniciarem a TARV melhor, porque o vírus tem menos tempo para estabelecer-se fora da circulação sanguínea, aumentando assim as hipóteses de supressão da carga viral. Isso significa que haverá menos hipóteses de danos no sistema imunitário e menos hipóteses de contrair infecções oportunistas, por exemplo, a tuberculose ou a pneumonia (111). A supressão da carga viral como resultado da TARV também reduz o risco da transmissão do HIV (107).



É conveniente que as pessoas cheguem aos serviços de cuidados e tratamento de HIV o mais cedo possível.

Será que sabia? O que é a «supressão da carga viral»?

Se uma pessoa em tratamento com a TARV estiver com carga viral suprimida, isso quer dizer que a quantidade do vírus HIV diminuiu para um nível muito baixo (112). A pessoa não está curada, mas tem níveis do vírus HIV tão baixos na circulação sanguínea que o risco de danos pelo vírus no corpo é reduzido em muito. Também há risco reduzido de transmitir o vírus a um parceiro sexual ou ao seu feto se estiver grávida.

3.2 Benefícios para a comunidade

As pessoas infectadas por HIV que estão em tratamento e que estão com carga viral suprimida têm hipóteses bastante reduzidas de transmitir o vírus a outros (113).

Os modelos matemáticos demonstraram que, se houver uma testagem de HIV universal com a TARV imediata, menos pessoas na comunidade transmitiriam o vírus, reduzindo assim o número de pessoas infectadas (114). Embora se tenha demonstrado que a TARV reduz a transmissão do HIV em muito, as pessoas seropositivas com carga viral suprimida ainda devem praticar sexo seguro e usar preservativo cada vez que fazem sexo.

Será que sabia? Quem é elegível para a TARV?

Nas orientações da OMS, sugere-se que as pessoas seropositivas devem iniciar tratamento logo que sejam diagnosticadas com HIV (111). A maioria dos países pratica a «testagem e tratamento universal», que também se chama «UTT» (do inglês «Universal Test and Treat»). Isso significa que todos que vivem com HIV são elegíveis para a TARV, independentemente da sua contagem de CD4. Sugerimos-lhe que se familiarize com as orientações de tratamento no seu país para que os profissionais de saúde possam aconselhar os utentes com diagnóstico recente adequadamente e dizer-lhes o que eles podem esperar quando se ligarem aos serviços de cuidados e tratamento de HIV.

4. Porque é que as pessoas não chegam aos serviços de cuidados e tratamento de HIV?

A OMS estimou que, em ambientes de recursos limitados, principalmente na África subsariana, até 40% das pessoas diagnosticadas por intermédio de STH não chegam aos cuidados de saúde (76), e o início tardio da TARV continua a ser comum (76). Sendo a LTC tão importante e tendo ela vários benefícios tanto para o indivíduo como a comunidade, porque as pessoas demoram em chegar aos cuidados de saúde ou nem chegam lá de maneira alguma?

Vários factores podem concorrer para a má ligação aos cuidados de HIV e para baixas taxas de inscrição nos cuidados e tratamento após a testagem de HIV (76, 115 - 117):

- **Barreiras pessoais:** ser jovem (15-24 anos), medo da divulgação do HIV, negação do estado serológico (ou desconfiança no resultado do teste), falta de apoio pelo parceiro, sensação de saúde (ausência de sintomas de HIV/SIDA), falta de compreensão da importância da ligação aos cuidados de HIV em tempo útil, crença na cura espiritual, não conhecer ninguém com HIV/SIDA, consumo de álcool.
- **Barreiras sociais/culturais:** medo do estigma e da discriminação.

- **Barreiras estruturais/económicas:** programa de trabalho exigente, altos custos de transporte (ou falta de transporte).
- **Barreiras programáticas/do sistema de saúde:** maus encaminhamentos, falta de ajuda a marcar uma consulta de cuidados de HIV após diagnóstico, medo dos efeitos secundários dos medicamentos anti-retrovirais, longos períodos de espera em estabelecimentos de saúde, falta de respeito do pessoal para com os pacientes (serviço antipático ou estigmatizante).

O trabalho de um profissional de saúde é fazer todo o possível para garantir que o seu utente seropositivo com diagnóstico recente chegue aos cuidados de saúde. É importante que o profissional de saúde compreenda os diferentes tipos de barreiras que impedem as pessoas de chegarem aos cuidados de HIV, para que possa aconselhar o seu utente adequadamente. Pode ser benéfico dar ao utente uma oportunidade de exprimir as eventuais barreiras que esteja a enfrentar e depois prestar-lhe o aconselhamento apropriado, podendo assim melhorar as hipóteses de esse utente chegar aos cuidados de HIV. O profissional de saúde deve assegurar, a qualquer momento, que os utentes compreendem a importância de aceder aos cuidados e tratamento de HIV e a maneira como tal irá beneficiar tanto a si próprios como aos parceiros.

Será que sabia? Será que os clubes de aderência baseados na comunidade podem reduzir perdas de seguimento?

Os clubes de aderência são um modelo alternativo de prestação de cuidados de saúde às pessoas vivendo com HIV e que estão em tratamento com a TARV. Os clubes permitem aos estabelecimentos de saúde gerirem grande número de utentes de forma mais eficaz, sem reduzir a qualidade dos cuidados de saúde (118). Os utentes com boa aderência à TARV e com carga viral suprimida podem ser encaminhados para clubes de aderência (119), que podem ter lugar dentro ou fora do centro de saúde e que podem ser facilitados por pessoal não clínico (118). Os clubes possibilitam um mecanismo de enchimento de «via rápida» (mais curtos períodos de espera), proporcionando a aderência e o apoio dos pares (119).

5. Quais são algumas boas práticas para a ligação das pessoas diagnosticadas com HIV em serviços de testagem comunitária aos cuidados de saúde?

São muitos os factores que influenciam a ligação aos cuidados de HIV. Estudos demonstraram que uma pessoa chegará mais facilmente aos cuidados de saúde: se já

divulgou o seu estado serológico a um familiar ou ao seu parceiro (120); se está com uma contagem de CD4 baixa (121); e se recebeu uma carta de encaminhamento oficial (120).

A seguir, partilhamos várias boas práticas das nossas experiências que, utilizadas em combinação, podem ajudar a facilitar a ligação aos cuidados de HIV. Recomendamos que os profissionais de saúde que prestam SCTH:

1. **Tenham reuniões normalizadas e regulares com o pessoal do centro de saúde.** Nessas reuniões podem ser abordadas questões como longos períodos de espera ou o estigma associado às visitas ao centro de saúde para obter cuidados de HIV. As reuniões regulares parecem ser eficazes porque fazem a ponte para os utentes entre a comunidade e o centro de saúde, podendo minorar as barreiras de longos períodos de espera e a percepção do estigma.
2. **Construam uma relação de confiança com o pessoal de serviço de HIV nos centros de saúde.** Ter uma boa relação com o pessoal nos centros de saúde pode levar a um sentimento de «parceria», onde o pessoal nos centros de saúde recebe os utentes encaminhados pelos profissionais de saúde nos SCTH. Isso pode superar a barreira de serviços considerados hostis em alguns centros de saúde.
3. **Forneçam ao utente uma carta de encaminhamento oficial** a informar, claramente, todos os dados relevantes do seu diagnóstico, para evitar que ele tenha de fazer testes novamente no centro de saúde. Inclua quaisquer sintomas de TB, de infecções sexualmente transmissíveis (ITS) ou de doenças não transmissíveis. (Consulte o Apêndice 17 para ver um exemplo de uma carta de encaminhamento).
4. **Criem uma afinidade com o seu utente.** Escute-o a fim de ouvir o que ele está a dizer. Permita-lhe manifestar as suas preocupações e explore eventuais barreiras que possam impedi-lo de chegar aos cuidados de saúde. Discuta os recursos disponíveis que possam ajudar a facilitar a LTC. Assegure que ele compreende a importância e os benefícios de ligação aos cuidados de HIV (ainda que não se sinta doente nem tenha quaisquer sinais de doença).



É fundamental que os profissionais de saúde criem uma afinidade com os seus utentes, que os ponha à vontade e proporcione um espaço seguro e confortável, onde os utentes não hesitem em fazer perguntas e em partilhar as suas preocupações.

5. **Marquem uma consulta com o centro de saúde em nome do seu utente.** É importante que se dê uma data específica ao utente para a sua visita ao centro de saúde. Estudos no campo da psicologia social demonstraram que os objectivos e planos das pessoas (por exemplo, ir visitar o centro de saúde para receber cuidados de HIV num determinado dia) podem afectar de forma positiva o seu comportamento (por exemplo, de facto chegam aos cuidados de HIV nesse dia) (122).
6. **Confirmem com o utente que irá contactar com ele para verificar se foi visitar o estabelecimento de saúde** (seguimento). Obtenha sempre o consentimento do utente para fazer o seguimento com ele. Ele terá mais probabilidades de aceder aos serviços de cuidados e tratamento de HIV se souber que se irá fazer o seguimento consigo.
7. **Prestem aconselhamento adicional.** Se, durante

uma conversa telefónica, um utente relatar que ainda não chegou aos cuidados de saúde, preste aconselhamento adicional para abordar as razões pelo acesso atrasado. As pessoas, frequentemente se encontrando em condições esmagadoras, acham muito difícil lidar com um diagnóstico de HIV. Ouça o seu utente, mantendo-se sempre profissional e cortês (ver o estudo de caso abaixo).

8. **Forneçam uma contagem de CD4 no local de atendimento.** Isto serve para os países onde ainda existem requisitos de elegibilidade para a TARV. Um utente que conhece o resultado do seu teste CD4 pode ser adequadamente aconselhado no que diz respeito à sua elegibilidade para a TARV. Caso o utente seja elegível para a TARV (com base no resultado do teste CD4 no local de atendimento), poderá mais facilmente chegar aos cuidados de saúde, sabendo que terá acesso imediato ao tratamento.

Estudo de caso: «Fazer um esforço adicional» – prestar aconselhamento adicional aos utentes que não se ligaram aos cuidados de HIV

Alguns profissionais de saúde do Centro de TB Desmond Tutu (CTDT) prestaram aconselhamento adicional aos utentes que ainda não se tinham ligado aos cuidados de HIV. Telefonaram a esses utentes, marcando uma consulta com eles para que lhes pudessem prestar aconselhamento adicional. Foram transmitidas aos profissionais de saúde (incluindo enfermeiros profissionais) competências adicionais de aconselhamento para os munir dos conhecimentos e competências que lhes permitissem apoiar os utentes que não tinham chegado aos cuidados de HIV. Os profissionais de saúde faziam visitas a casa especificamente para prestar aconselhamento adicional.

Nem todos queriam reunir-se em casa. Nesses casos, os profissionais de saúde combinaram uma reunião com os utentes fora de casa. Reuniam-se com os utentes em campos de futebol, em lojas spaza (tipo de loja de conveniência informal na África do Sul), em barbearias e em outros locais na comunidade.

Os profissionais de saúde relataram que os utentes achavam conveniente reunirem-se fora de casa porque era mais discreto, nomeadamente para aqueles que ainda não tinham divulgado o seu estado à família, e que os fazia sentir como se estivessem a ter uma conversa normal, em vez de os fazer sentir como se tivessem um problema e estivessem doentes.

Leitura adicional sobre a ligação aos cuidados e tratamento do HIV:

O modelo ACTA (Avaliação, Consentimento, Testagem, Apoio) contém orientações fáceis de seguir, destinadas aos profissionais de saúde, sobre a melhor forma de apoiar os utentes que acabam de saber que o seu teste de HIV deu positivo. Visite o seguinte sítio Web <https://aidsetc.org/resource/acts-model-hiv-testing-adapted-rapid-hiv-testing-and-counseling>

Para saber mais sobre as boas práticas internacionais para a ligação aos cuidados de saúde, leia as Orientações Consolidadas da OMS sobre os serviços de testagem de HIV, 2015:33, que se encontram em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1

O sítio Web dos Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (CCD) apresenta uma lista de recursos sobre as boas práticas de ligação e retenção em cuidados de saúde, a qual se pode encontrar em: <https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/compendium/lrc/stratifiedlist.html>

«Tenho sorte; não fiquei doente, porque rapidamente iniciei o tratamento com a assistência dos profissionais de saúde.» - (Utente masculino, 30 anos de idade)

6. Como saber se uma pessoa vivendo com HIV chegou aos serviços de cuidados e tratamento de HIV?

Pode-se confirmar se um utente chegou aos cuidados e tratamento de HIV, ou (a) pedindo que o pessoal no centro de saúde pública (aonde o utente disse que ia) verifique o seu registo de utentes para confirmar uma ligação aos cuidados de saúde, ou (b) fazendo uma série de perguntas de confirmação ao utente e/ou pedir que

ele lhe mostre a ficha do centro de saúde (se for caso disso).

A verificação a partir da ficha do centro de saúde constitui uma boa prática. Os estudos de investigação normalmente utilizam este método para comunicar as taxas e proporções da LTC. Os centros de saúde frequentemente têm uma base de dados e, com as permissões correctas, os investigadores poderão aceder a essas bases de dados, facilitando assim a verificação da LTC (relativamente a um sistema em papel).

Estudo de caso: Utilizar diferentes fontes de dados para verificar a ligação aos cuidados de saúde num estudo de investigação

Um estudo de investigação no CTDT obteve a aprovação dos serviços governamentais de saúde e do Comité de Ética da Universidade de Stellenbosch para a ligação da base de dados de investigação da universidade com a base de dados dos serviços governamentais de saúde. Nessa investigação, utentes com diagnóstico de HIV recente ou que viviam com HIV mas ainda não tinham acedido aos cuidados de HIV foram encaminhados para o centro de saúde local a fim de receber os cuidados de HIV. Os profissionais de saúde forneceram a todos os utentes uma carta de encaminhamento oficial, como parte do processo LTC.

A administração da investigação era capaz de verificar quem é que se tinha ligado aos cuidados de HIV num dos centros de saúde. O gestor de dados da investigação extraiu os números de estudo dos utentes seropositivos na base de dados da universidade, juntamente com outros identificadores únicos (por exemplo, número único do centro de saúde, nome próprio, apelido, data de nascimento, endereço físico e idade). Tal aconteceu com o consentimento verbal dos utentes. Elaborou-se uma lista dos utentes seropositivos para a direcção do estudo, a qual verificou os dados em relação às bases de dados dos serviços governamentais de saúde. Este método permitiu à direcção do estudo verificar quais os utentes que se tinham ligado aos cuidados de HIV.

Dica

Garantir a qualidade da recolha de dados da fonte primária

Sempre que possível, tente garantir que os profissionais de saúde captem o maior número possível de identificadores únicos, o mais preciso possível, em relação a cada utente. Isso irá reduzir a proporção de dados em falta ou errados e, inclusive, irá superar a dificuldade representada por esse tipo de erros ao se tentar comparar as fontes das bases de dados.

Se não presta STH como parte de um estudo de investigação, poderá não ter acesso, nem permissão para acesso, ao registo electrónico do centro de saúde. Poderá verificar o registo do centro em papel (ficha do paciente/registo do STH), mas isso também poderá ser impossível ou difícil porque:

- Os utentes poderão não visitar o centro de saúde que mencionaram. Não é praticável telefonar/visitar todos os possíveis centros de saúde.
- O pessoal nos centros de saúde normalmente atende um grande número de pacientes. Pode estar demasiado ocupado para verificar o registo de utentes.
- Os centros de saúde poderão não querer partilhar consigo informações no que respeita a quem chegou aos cuidados de HIV. Poderá ser necessário obter permissão especial para verificar o registo de um centro de saúde.

A LTC auto-reportada é outra forma de verificar a LTC, assim se superando essas dificuldades. O seguimento é um contacto planeado com o utente (chamada telefónica ou reunião presencial formal).

Boas práticas para fazer o seguimento directamente com o utente a fim de verificar a LTC



- **Obter contactos correctos e suficientes do utente.** Registe dois ou mais números de telefone (pelo menos um número de telefone fixo e um de telefone celular). Certifique-se de que a morada do utente é registada correctamente. Anote quaisquer pontos de referência ou outras informações que o irão ajudar se precisar de fazer uma visita a casa.
- **O mesmo profissional de saúde que realizou testes ao utente deve fazer o seguimento** porque já criou uma afinidade e confiança com o utente.
- **Enviar uma mensagem de texto** ao utente para se informar quando é que pode telefonar-lhe.
- **Telefonar ao utente.** Faça-lhe perguntas relevantes para determinar se de facto visitou um centro de saúde para obter cuidados de HIV. Poderá incluir perguntas do tipo: A que estabelecimento de saúde foi? Com quem falou (tipo de profissional de saúde)? O que lhe disse ele (ela)? Fez quaisquer testes? Quando é a sua próxima consulta? O que vai acontecer a seguir? Se o utente é capaz de responder a todas as perguntas, apresentando pormenores adequados, poder-se-á assumir razoavelmente que ele chegou aos cuidados de saúde.
- **Se não consegue falar com o utente,** telefone a horas diferentes e em dias diferentes. Tente contactar com ele pelo menos mais três vezes.
- Pode-se fazer **visitas a casa,** visto que elas constituem uma forma de oferecer aconselhamento presencial adicional aos utentes que ainda não chegaram aos cuidados e tratamento de HIV.



É boa prática que os profissionais de saúde façam o seguimento com os seus utentes. Tal pode-se efectuar enviando uma mensagem SMS ao utente, telefonando-lhe, ou fazendo uma visita a casa, a fim de verificar se ele chegou aos serviços de cuidados e tratamento de HIV.

Dica
Manter bons registos



Anote o dia e a hora de todas as tentativas de contactar com um utente para seguimento. Quando conversar com ele, anote a conversa geral bem como as respostas específicas prestadas às suas perguntas. Veja a ficha de STH, no Apêndice 13, onde se deixa espaço para discussões de seguimento.

«Eu tive dificuldade em aceitar o meu estado seropositivo. Os profissionais de saúde apoiaram-me. Visitavam-me e enviavam-me mensagens através do meu celular. Comecei a TARV em Maio de 2015.»
- (Utente masculino, 38 anos de idade)





CAPÍTULO 7 GARANTIA DE QUALIDADE DE TESTAGEM DE HIV



GARANTIA DE QUALIDADE DE TESTAGEM DE HIV

Michelle Scheepers, Anelet James, Margaret van Niekerk e Sue-Ann Meehan



É o trabalho que nunca se começa
que mais tempo leva a terminar.

- JRR Tolkien (Autor internacionalmente aclamado;
nascido e criado em Bloemfontein, na África do Sul)



Porque é que o presente capítulo é importante?

Os avanços tremendos na redução da epidemia global de HIV têm dependido de testes de HIV confiáveis. Os serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH) são prestados fora de um ambiente controlado, e os responsáveis pela execução dos programas devem assegurar que todos os utentes recebem um diagnóstico preciso com base num resultado de teste de HIV correcto.

As estratégias de garantia de qualidade juntamente com o devido seguimento das actividades de controlo de qualidade irão assegurar que o utente recebe sempre um diagnóstico de HIV certo. No presente capítulo, destaca-se a importância de profissionais de saúde competentes, um controlo rigoroso da temperatura e uma boa gestão de reservas na medida em que esses aspectos dizem respeito à garantia de qualidade. Iremos partilhar dicas e instrumentos práticos que o irão ajudar a manter um SCTH de qualidade.

O que irá aprender com o presente capítulo?

1. Qual a diferença entre a Garantia de Qualidade (GQ) e o Controlo da Qualidade (CQ)?
2. Como garantir a qualidade dos *kits* de teste rápido de HIV utilizados na comunidade?
 - 2.1 Pessoal bem treinado e competente
 - 2.2 Controlo da temperatura
 - 2.3 Gestão de *stocks*
 - 2.4 Garantir a validade dos *kits* de teste rápido de HIV
3. Quais são as precauções normais?
 - 3.1 Orientações para as precauções normais relacionadas com o local de trabalho
 - 3.2 Orientações para as precauções normais relacionadas com a segurança pessoal

1. Qual a diferença entre a Garantia de Qualidade (GQ) e o Controlo da Qualidade (CQ)?

A GQ refere-se às estratégias sistemáticas e planeadas, criadas para assegurar que são correctos os resultados finais do teste rápido de HIV que são transmitidos ao utente (123). Por outras palavras, é um conjunto de

estratégias adoptadas a fim de garantir as normas de qualidade. O CQ consiste no conjunto de actividades necessárias para a execução das estratégias em tempo real, incluindo as actividades realizadas diariamente para executar tal estratégia (124). Veja o Quadro 7.1 para exemplos de estratégias de GQ e as actividades de CQ associadas a cada uma.

Quadro 7.1: Exemplos de estratégias de GQ com actividades conexas de CQ para a testagem rápida de HIV

Exemplos de estratégias de GQ	Exemplos de actividades de CQ
Assegurar que o pessoal é competente.	Formar profissionais de saúde para tirar a quantidade certa de sangue. Formar profissionais de saúde para utilizar um cronómetro.
Assegurar o controlo correcto da temperatura.	Monitorizar a temperatura durante a armazenagem. Monitorizar a temperatura durante o transporte.
Assegurar reservas adequadas e funcionais para os serviços de testagem de HIV.	Inventários rotineiros. Pedido de stock em tempo hábil. Verificar o prazo de validade dos kits de teste rápido de HIV. Utilizar stock que vai expirar primeiro antes do stock com prazo de validade posterior.
Assegurar que as precauções normais são aplicadas e monitorizadas.	Usar um novo par de luvas para cada utente. Eliminar resíduos de serviços de saúde nos recipientes para perfurocortantes e resíduos de serviços de saúde.
Manutenção de registos constante e precisa.	Auditorias periódicas para verificar que os dados são correctamente captados.

Todas as pessoas envolvidas no serviço comunitário de testagem de HIV (SCTH) têm um papel a desempenhar na manutenção da qualidade do programa. Cada pessoa deve compreender como a sua função se enquadra na estratégia de GQ e como as suas acções podem afectar a exactidão dos testes de HIV.



Figura 7.1: O longo e sinuoso caminho rumo à qualidade

Estudo de caso: Todas as categorias de pessoal fazem parte da GQ

Todas as quintas-feiras à tarde, era a responsabilidade da Sophia limpar o frigorífico de stock no centro autónomo de STH. No frigorífico de stock armazenam-se os kits de teste rápido de HIV, os quais são utilizados pelos profissionais de saúde que prestam testagem de HIV móvel aos trabalhadores do sexo. Numa determinada quinta-feira fazia sol e estava muito quente (a temperatura exterior era de 35°C). A Sophia lembrou-se da formação que tinha recebido a princípio, quando foi empregada pela organização, sobre a importância de guardar os kits de teste rápido de HIV dentro do intervalo correcto de temperatura. Lembrou-se de que o formador tinha dito que o kit de teste rápido não podia ser exposto a temperaturas elevadas. Ao esvaziar o frigorífico, a Sophia pôs os kits de teste numa superfície ao abrigo da luz solar directa. Limpou o frigorífico rapidamente para assegurar que os kits de teste não ficavam fora do frigorífico durante muito tempo. Este estudo de caso constitui um bom exemplo de como todas as categorias de pessoal fazem parte da GQ e devem ser formadas em práticas de controlo de qualidade.

Será que sabia? A GQ é um processo contínuo?

É. Na verdade, constitui um processo cíclico. O ciclo continua procurando melhorar a qualidade do programa pela elaboração de um plano de GQ e, então, desenvolver políticas com base no plano, a título de exemplo, procedimentos operativos normalizados (PON). As actividades de controlo da qualidade precisam de ser executadas e o pessoal precisa de ser formado (conforme os PON). Em seguida, as actividades de CQ bem como as competências do pessoal têm de ser monitorizadas e avaliadas. Deve-se, então, fornecer um *feedback* ao pessoal e realizar alterações no programa, com base no processo de monitoramento e avaliação, melhorando assim o programa. Essas alterações resultam num plano de GQ revisto, portanto o ciclo continua a repetir-se à medida que novas estratégias e actividades são acrescentadas ao plano de GQ (76).

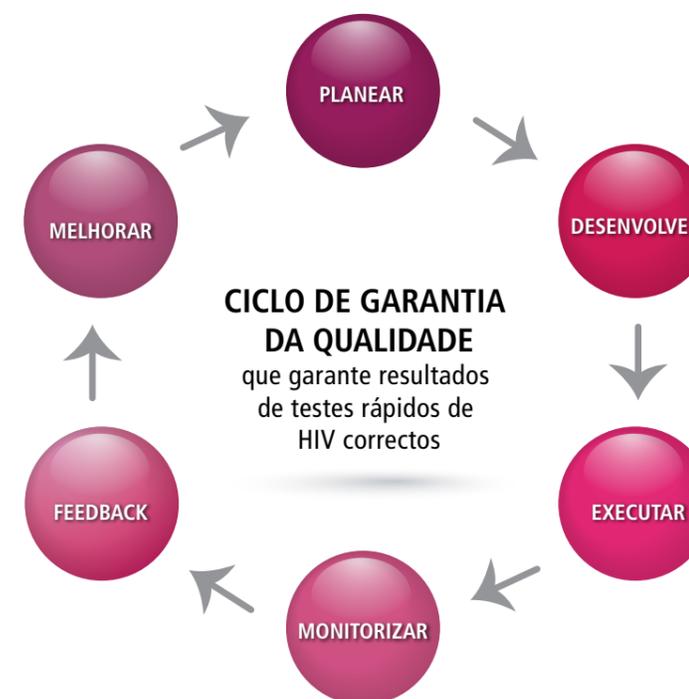


Figura 7.2: Ciclo de garantia de qualidade (76)

Estudo de caso: Seguir o ciclo da GQ na vida real

A responsável pela garantia de qualidade numa grande OSFL, Lebogang, teve a tarefa de elaborar um PON no início de um programa de STH. Esse programa visava realizar dias de teste de HIV nas comunidades rurais em toda a província, com testes de HIV a serem oferecidos em tendas pop up. Todos os dias de teste de HIV, havia música e refrescos a fim de incentivar os membros da comunidade a virem fazer o teste de HIV nas tendas. As pessoas tinham possibilidade de aceder à informação de saúde pertinente, de fazer o teste de HIV e de serem examinadas para sintomas de doenças conexas. A Lebogang utilizou o plano de GQ da OSFL para elaborar o PON. Uma das estratégias que ela incluiu no PON foi que o pessoal devia sempre cumprir as medidas de precaução normais a fim de garantir a segurança. Uma das actividades conexas foi que os profissionais de saúde tinham de usar um novo par de luvas para cada utente que testavam. Ao elaborar o PON, ela colaborou com a gerência do programa a fim de assegurar que todos os profissionais de saúde tinham possibilidades de usar um novo par de luvas para cada utente, e inclusive verificar o número de utentes que esperavam testar diariamente e como pensavam que esse processo se podia monitorizar. Ela também colaborou com o gerente financeiro (para assegurar que havia financiamento adequado no orçamento para obter a quantidade de luvas

Continuação de estudo de caso

necessária) e com o formador (que precisava de incorporar isso no plano para a formação dos profissionais de saúde). O programa teve início depois de o PON ser finalizado e os profissionais de saúde terem recebido toda a formação relevante. A coordenadora do programa, chamada Rochelle, precisava de verificar se os profissionais de saúde seguiam todos os processos que constam no PON, incluindo o uso de luvas. Conforme com o processo de monitorização, descrito no PON, a Rochelle devia prover a cada profissional de saúde uma caixa de luvas no início de cada semana. Sempre que as luvas acabavam, o profissional de saúde pedia mais uma caixa. A Rochelle tinha de registar a quantidade de caixas providas a cada profissional de saúde durante a semana e conciliá-la com o número de utentes que ele tinha atendido. A Rochelle informou a gerência do programa que uma profissional de saúde, chamada Lulu, tinha usado menos luvas do que o número dos utentes em que tinha realizado o teste de HIV. Portanto, o gestor do programa organizou uma formação adicional para a Lulu, no que diz respeito às precauções normais, explicando a importância de usar um novo par de luvas para cada utente. Daí em diante, a Lulu entendia porque é que precisava de mudar de luvas para cada utente e fazia isso diligentemente. A Rochelle percebeu que os profissionais de saúde devem receber formação de reciclagem periodicamente, sobretudo em precauções normais. Portanto, a Lebogang reviu o plano de GQ e o PON a fim de incluir formações de actualização trimestrais para todos os profissionais de saúde.



Usar luvas é importante para os profissionais de saúde que realizam testes rápidos de HIV.

2. Como garantir a qualidade dos kits de teste rápido de HIV utilizados na comunidade?

Garantir que o utente recebe um resultado de teste de HIV confiável depende de pessoal devidamente formado e competente, de um armazenamento e manutenção correctos dos kits conforme as orientações do fabricante, e de kits de teste rápido de HIV válidos. Na secção seguinte, apresenta-se uma discussão de cada um desses aspectos no contexto de SCTH.

2.1 Pessoal bem treinado e competente

É da maior importância que os profissionais de saúde sejam capazes de utilizar os kits de teste rápido de HIV correctamente. Um profissional de saúde competente irá seguir o método certo e realizar o teste rápido de HIV conforme todas as medidas de qualidade em vigor a fim de dar ao utente um resultado correcto do teste de HIV. Deve-se estar ciente de que até pessoal competente poderá nem sempre desempenhar da melhor forma as suas funções. Pessoal que recebeu toda a formação relevante e passou no exame prático poderá ser competente; contudo, devido à fadiga no terreno ou perda de interesse, poderá nem sempre seguir o protocolo, resultando em erros, os quais afectam a sua competência.

Aqui seguem alguns erros comuns que afectam a competência dos testadores:

- utilizar kits de teste rápido de HIV após o prazo de validade.
- não usar um novo par de luvas para cada utente.
- não recolher a quantidade de sangue total requerida (normalmente de duas gotas) de uma picada adequada no dedo. Tal deve produzir sangue suficiente para permitir-lhe limpar a primeira gota de sangue total com algodão e depois recolher a quantidade de sangue requerida para o teste de HIV.
- não utilizar o tampão adequado, na quantidade correcta (o reagente serve para diluir a amostra de sangue, para que o sangue flua livremente e possa ser introduzido na almofada do kit de teste rápido de HIV).
- não rotular o kit de teste rápido de HIV com o nome do utente (poder-se-ão misturar os resultados de diferentes testes).
- registar os resultados dos testes mais cedo ou mais tarde do que consta das instruções do fabricante.
- interpretar ou registar os resultados dos testes erradamente.

Ao falarmos sobre a competência, incluímos o desempenho. A fim de termos testadores competentes, o pessoal precisa de ser adequadamente formado e certificado. Uma única formação não é adequada para manter uma testagem de HIV de elevada qualidade. Para além da formação para certificação, o pessoal deve ser monitorizado periodicamente para evitar erros de testagem, para garantir que o seu desempenho é alinhado com o nível necessário de competência, e, em última análise, para que se transmita o diagnóstico correcto a todos os utentes (125). O pessoal deve ser submetido a testes periódicos e internos para avaliação de competências.

2.1.1 Testes de avaliação de competências internos

Os profissionais de saúde podem ser transportados para um local central, onde são monitorizados por um facilitador (gerente de GQ ou pessoal qualificado semelhante) enquanto realizam testes rápidos de HIV utilizando soro sanguíneo. O facilitador monitoriza o profissional de saúde ao longo do processo. Depois de o profissional de saúde ter lido e interpretado o resultado do teste de HIV, o facilitador compara esse resultado de teste de HIV com o da amostra de soro, quer seronegativo, quer seropositivo. Trata-se de um processo cego, uma vez que o facilitador sabe se a amostra de soro é seronegativa ou seropositiva, mas o profissional de saúde não. Se o resultado do profissional de saúde é o mesmo que a amostra de soro conhecida, ele é declarado competente para realizar testes rápidos de HIV. Se o seu resultado difere da amostra de soro conhecida, necessitará de formação ou coaching



Um teste de avaliação de competências interno é boa prática para assegurar que os profissionais de saúde são capazes de realizar testes de HIV habilmente.

complementar. Recomendamos que essas avaliações se realizem trimestralmente. Consulte o Apêndice 18 para ver um exemplo do método de testes de avaliação de competências internos.

2.1.2 Testes de avaliação de competências externos

Essa avaliação é um processo implementado na África do Sul e faz parte da garantia de qualidade externa (GQE). Como o teste de competências interno, ela também mede a competência do pessoal que realiza testes rápidos de HIV, mas distingue-se pelo facto de utilizar soro sanguíneo preparado por um fornecedor externo (o Laboratório do Serviço de Saúde Nacional na África do Sul), o que a torna um método duplamente cego. Nem o facilitador nem o profissional de saúde sabe se as amostras de soro são seronegativas ou seropositivas. O facilitador monitoriza o profissional de saúde enquanto ele realiza o teste rápido de HIV. Os resultados do teste são registados e enviados ao fornecedor externo, onde se verificam para determinar a sua exactidão. Após análise pelo fornecedor externo, os resultados são enviados de volta ao facilitador, o qual divulga os resultados aos profissionais de saúde. Se o resultado do teste rápido de HIV não corresponde ao soro, isso significa ou que o profissional de saúde cometeu um erro ou que o kit de teste rápido de HIV que utilizou não era válido. O facilitador teria de investigar mais a fundo, destacando as lacunas e identificando as áreas em que se precisa de formação complementar.

Será que sabia?

Porque é que é melhor utilizar soro sanguíneo em vez de sangue total num ambiente de formação?

1. O soro sanguíneo está prontamente disponível nos fornecedores externos e introduz-se facilmente na tira reagente, pois escorre sem coagular (ao contrário do sangue total).
2. A reactividade da amostra de soro (seronegativa ou seropositiva) sabe-se, mas a fonte do soro é anónima, ao passo que tirar sangue de uma pessoa para uma sessão de formação poderá comprometer a confidencialidade do seu estado serológico.

Dica

Ao utilizar soro sanguíneo em testes de competências

Verifique sempre as orientações do fabricante nos kits de teste rápido de HIV sobre a quantidade de tampão a ser usado com soro relativamente ao sangue total. A quantidade de tampão pode ser diferente, e o pessoal que realiza testes rápidos de HIV deve estar consciente desse facto.

Estudo de caso: Utilizar testes de competências para melhorar a competência global dos testadores e para destacar as lacunas na formação em testagem de HIV

Como parte de uma sessão de formação de competência interna periódica, alguns profissionais de saúde certificados, que forneciam testes de HIV em locais de trabalho, vieram ao centro de formação para receber uma formação de reciclagem em testagem rápida de HIV bem como para uma avaliação de competência. Após a sessão de formação formal, cada profissional de saúde recebeu uma amostra de soro sanguíneo (em vez de sangue total) e foi monitorizado enquanto realizava um teste rápido de HIV. Um dos profissionais de saúde, chamado James, pôs as luvas, verificou o prazo de validade do *kit* de teste, rotulou o *kit* de teste rápido de HIV e introduziu o soro no tubo capilar. Colocou o dedo na extremidade do tubo capilar e, então, não conseguiu tirar o soro do tubo para introduzi-lo na tira reagente do teste rápido de HIV. Depois de agitar o tubo capilar durante algum tempo, colocou-o por cima da tira reagente do teste rápido de HIV e soprou nele, tirando o soro. Embora a sua boca não tenha tocado no tubo capilar, não se recomenda essa prática. As acções do James foram notadas e corrigidas. A formadora, chamada Elise, explicou ao James o que ele tinha feito erradamente. Além disso, a Elise reviu o manual de formação, incluindo a instrução de «não soprar no tubo capilar para tirar o sangue total/soro sanguíneo». Isso tornou-se parte da formação padrão de todos os novos profissionais de saúde bem como parte de todas as futuras acções de formação de reciclagem.

2.2 Controlo da temperatura

Para a melhor conformidade das normas de qualidade, o controlo adequado da temperatura dos *kits* de teste rápido de HIV é uma necessidade, e os *kits* devem ser armazenados, transportados e utilizados dentro do intervalo de temperatura recomendado pelo fabricante. As actividades de garantia de qualidade devem procurar minimizar o risco de flutuações de temperatura dos *kits* de teste rápido de HIV. Se se determinar que os *kits* de teste rápido de HIV foram armazenados fora do intervalo de temperatura, esses *kits* devem ser aferidos para confirmar se ainda podem ou não ser utilizados.

Dica

Verificar o intervalo de temperatura

Se armazena duas diferentes marcas de *kits* de teste rápido de HIV, com diferentes intervalos de temperatura, p. ex. 2°C a 30°C e 2°C a 27°C, armazene-os conforme o intervalo mais estreito de temperatura (2°C a 27°C).

Para garantir que os *kits* de teste rápido de HIV ficam dentro do intervalo recomendado de temperatura, deve-se sempre controlar a sua temperatura. Vamos agora discutir como controlar a temperatura dos *kits* de teste em diferentes situações.

Será que sabia?

Os *kits* de teste rápido de HIV armazenados fora do intervalo recomendado de temperatura podem dar resultados errados?

A temperatura adequada ao armazenamento dos *kits* de teste rápido de HIV é determinada pelo fabricante e está sempre impressa na embalagem ou na bula que se encontra dentro da embalagem. Regra geral, os *kits* de teste rápido de HIV devem ser mantidos entre 2°C e 30°C (35°F e 86°F). Isso significa que é recomendado pelo fabricante que o *kit* de teste rápido de HIV não esteja sujeito a temperaturas inferiores a 2°C (35°F) ou superiores a 30°C (86°F). Não é boa prática congelar um *kit* de teste rápido de HIV e depois degelar e utilizá-lo, e tampouco se deve deixá-lo ao sol directo até que fique muito quente e depois colocá-lo no frigorífico para esfriar antes da utilização. Se os *kits* de teste rápido de HIV não forem mantidos dentro do intervalo recomendado de temperatura, poderão dar resultados errados.

2.2.1 O controlo e monitorização da temperatura dos *kits* de teste rápido de HIV em trânsito

Ao transportar os *kits* de teste rápido de HIV num veículo, quer entre o armazém e um local no terreno, quer entre dois locais no terreno, os *kits* devem ser transportados em mala térmica com pacotes de gelo dentro de um veículo com ar condicionado. O ar condicionado deve estar ligado durante todo o percurso. Isso irá reduzir o risco de os *kits* de teste chegarem a temperaturas fora do intervalo recomendado.



Os *kits* de teste rápido de HIV devem ser sempre transportados em mala térmica dentro de um veículo com ar condicionado.

2.2.2 Controlo e monitorização da temperatura dos *kits* de teste rápido de HIV durante o armazenamento

É importante que os *kits* de teste rápido de HIV sejam armazenados num local determinado onde a temperatura é rigorosamente controlada. O local de armazenamento deve ser ao abrigo da luz directa do sol e deve poder ser fechado à chave. Um frigorífico é ideal ou, alternativamente, um armário numa área com ar condicionado. Pode-se monitorizar a temperatura utilizando um termómetro e um registo da temperatura. O termómetro deve ser colocado ao lado dos *kits* de teste rápido de HIV em armazém. Uma pessoa designada deve assumir o encargo de verificar o termómetro e registar as leituras da temperatura do local de armazenamento dos *kits* de teste de HIV pelo menos duas vezes por dia (uma vez de manhã e uma vez à tarde). As leituras da temperatura devem ser devidamente registadas. Consulte o Apêndice 19 para ver um exemplo de um registo da temperatura manual. Se a temperatura se afasta do intervalo aceitável, a pessoa designada deve notificar um supervisor. Deve-se corrigir a situação por tirar os *kits* de teste rápido de HIV e colocá-los em condições ideais (i.e. armazenamento dentro do intervalo aceitável de temperatura) e, depois, realizar um controlo interno da qualidade para verificar se o *kit* de teste rápido de HIV ainda está válido e ainda pode ser utilizado (o controlo interno da qualidade é tratado mais adiante).

Outro instrumento que se pode tornar útil na monitorização da temperatura é o gráfico de controlo da temperatura ambiente (ver Apêndice 20). Isso permite à pessoa designada registar a temperatura no local de armazenamento todos os dias e produzir um gráfico representando a temperatura durante um período de um mês.



É importantíssimo controlar a temperatura dos *kits* de teste rápido de HIV, quer sejam armazenados num armário, quer num frigorífico.

2.2.3 Controlo e monitorização da temperatura durante a realização de testes ao HIV na comunidade

Ao prestar testes de HIV nas casas das pessoas, em tendas e em carrinhas móveis, não é fácil manter os *kits* de teste rápido de HIV à temperatura correcta, uma vez que frequentemente faz muito calor no exterior. Recomendamos que os testes rápidos de HIV sejam armazenados e transportados em malas térmicas nessa situação. As malas térmicas devem sempre conter pacotes de gelo, e nunca se deve deixá-las na luz directa do sol. O pessoal deve ser formado para arranjar as malas térmicas, colocando os *kits* de teste rápido de HIV, os pacotes de gelo e um termómetro correctamente todas as manhãs antes de sair.

Os *kits* de teste rápido de HIV devem permanecer na mala térmica e devem apenas ser retirados no momento em que vão ser utilizados. De cada vez que um *kit* de teste é tirado da mala térmica, deve-se ler o termómetro e deve-se registar a temperatura no registo de testes do utente. Se a temperatura está fora do intervalo, isso deve ser registado e notificado ao gerente de garantia da qualidade, para que se possa tomar medidas correctivas.



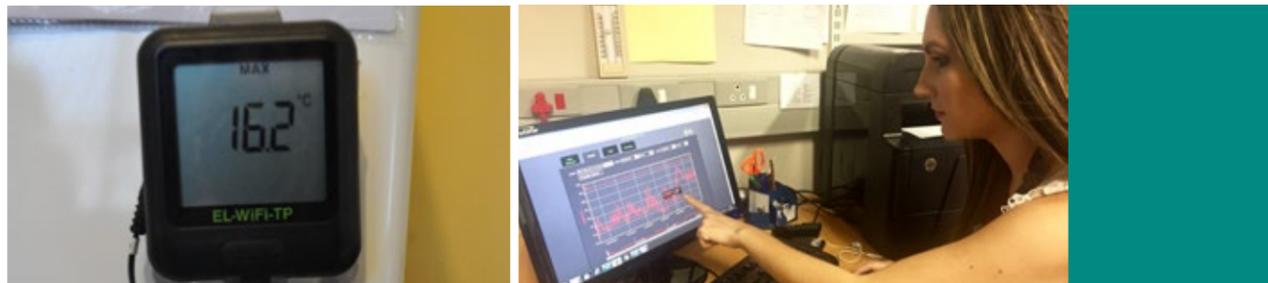
Os *kits* de teste rápido de HIV devem permanecer na mala térmica quando os STH são oferecidos fora de um ambiente controlado.

Estudo de caso: Controlar a temperatura utilizando um sistema de monitoramento e avaliação da temperatura à distância



O controlo manual da temperatura pode ser difícil, uma vez que depende de alguém se lembrar de verificar o termómetro e, portanto, é passível de erro humano. Um estudo no Centro de TB Desmond Tutu (CTDT) implantou um sistema inovador de monitorização electrónica da temperatura, o qual permitiu à coordenadora de controlo da qualidade, chamada Stephanie, monitorizar a temperatura dos *kits* de teste rápido de HIV armazenados em diferentes locais de testagem comunitária. O sistema utilizava um registador de dados electrónico com uma sonda, a qual foi colocada ao lado dos *kits* de teste rápido de HIV em todos os locais onde estes tinham sido armazenados. O registador de dados da temperatura electrónico enviava, de hora em hora, uma leitura da temperatura a partir de todas as sondas para o computador da Stephanie, de modo que ela pudesse ver e acompanhar as leituras da temperatura. Sempre que a temperatura lida era fora do intervalo aceitável de temperatura, o sistema alertava a Stephanie automaticamente por correio electrónico ou mensagem SMS. O registador de dados tinha capacidades wi-fi e, portanto, podia ser sincronizado todos os dias, de modo que os dados da temperatura se pudessem ver em tempo real.

Em determinada ocasião, a Stephanie recebeu um aviso por correio electrónico de uma temperatura fora do intervalo aceitável num dos locais de testagem de HIV. A Stephanie pediu que todos os *kits* de teste nesse local fossem imediatamente tirados do frigorífico e trazidos de volta à central para que se pudessem verificar quanto à validade. Após mais investigação sobre a razão pela qual a temperatura no frigorífico tinha subido, revelou-se que o frigorífico se tinha desligado devido a cortes de electricidade. O sistema electrónico de monitorização permitiu que ela pudesse reagir rapidamente e tomar medidas correctivas, minimizando assim o risco de fornecer um resultado de teste de HIV incorrecto.



Acompanhamento electrónico da temperatura de kits de teste rápido de HIV armazenados remotamente.

2.3 Gestão de stocks

A gestão de *stocks* refere-se à manutenção adequada de existências suficientes para garantir um serviço ininterrupto. Isso significa que se deve regularmente contar e comparar a quantidade de *kits* de teste rápido de HIV em *stock* com a quantidade que se estima que será necessária, de modo que nunca se esgote. A boa gestão de *stocks* também significa que se deve verificar o prazo de validade dos *kits* de teste para assegurar que não tenham expirado e organizar os *kits* para que sejam utilizados por data, sendo utilizados primeiro aqueles que estão perto do prazo de validade. A boa gestão de *stocks* minimiza os resíduos e garante níveis adequados de *stock* a qualquer momento.

Descrevemos aqui quatro etapas de base, essenciais para a gestão de *stocks* de todos os produtos consumíveis relevantes, incluindo os *kits* de teste rápido de HIV, num ambiente de base comunitária.

Etapa 1: Decida o nível de existências necessário para cada tipo de consumível, ou seja qual a quantidade que deve estar em *stock*. É uma consideração importante,

uma vez que não quer ficar sem *stock*. A título de exemplo, se normalmente utilizar 500 *kits* de teste rápido de HIV todos os meses, sugerimos que sempre tenha pelo menos 750 *kits* de teste rápido de HIV em *stock* no início de cada mês a fim de evitar uma falta de *stock*. (Isso irá dar-lhe mês e meio de *stock*). Conte a quantidade de cada consumível que tem em *stock*. Anote isso e, em seguida, calcule a quantidade que precisa de encomendar. A título de exemplo, se descobrir, ao fazer inventário, que tem 150 *kits* de teste rápido de HIV em *stock*, calculará: $750 - 150 = 600$. Precisa de encomendar 600 *kits* de teste rápido de HIV. (Se há 100 *kits* de teste rápido em cada embalagem, precisará de encomendar seis embalagens de testes rápidos de HIV). Veja um exemplo de uma nota de encomenda de *stock* no Apêndice 21. Uma vez que determinar o nível de *stock* necessário pode ser difícil, recomenda-se que os responsáveis pela execução de programas utilizem múltiplas fontes de dados e que façam comparação com os dados a partir do terreno, da experiência do passado e das tendências futuras previstas, para que possam determinar os níveis de *stock* necessários (126).

Dica

Encomendar o seu *stock* no mesmo dia todos os meses

Envie a nota de encomenda para o fornecedor no mesmo dia todos os meses para assegurar que recebe a sua encomenda mais ou menos ao mesmo tempo todos os meses. Assegura, inclusive, que faz a sua encomenda cedo o suficiente para que ela chegue pelo princípio de cada mês.

Etapa 2: Transferência formal na entrega do *stock*. Uma pessoa designada deve receber a entrega, contar o *stock*, comparar a quantidade com a que consta na encomenda, verificar os prazos de validade nas caixas, verificar que o *stock* estava num ambiente com temperatura controlada durante o transporte e assinar a entrega. Qualquer *stock* pendente (pedido mas não entregue) pode ser anotado na nota de encomenda (ver Apêndice 21).



Certifique-se de que o *stock* correcto foi entregue, e sempre verifique o prazo de validade nas caixas de kits de teste rápido de HIV.

Etapa 3: O pessoal designado inscreve novos *kits* de teste rápido de HIV recebidos no registo de *stocks*, o que permite a monitorização e conciliação dos *kits* de teste rápido de HIV. O pessoal é obrigado a registar o seguinte (ver Apêndice 22):

- o tipo de teste;
- data de recebimento;
- quantidade;
- número de lote;
- número de série;
- prazo de validade; e,
- a data em que a embalagem é aberta.

Etapa 4: O pessoal responsável pela gestão de *stocks* deve também ser responsável pela distribuição diária dos *kits* de teste rápido de HIV aos profissionais de saúde. O número de *kits* de teste que se dá a cada profissional de saúde é baseado no número médio de utentes que ele pode testar num dia.

2.4 Assegurar a validade do *kit* de teste rápido de HIV

Tal como referido, deve-se assegurar que os *kits* de teste rápido de HIV são válidos. Isso significa que eles funcionam correctamente e que irão dar um resultado confiável de teste de HIV. A validade dos *kits* de teste rápido de HIV pode ser verificada de duas formas:

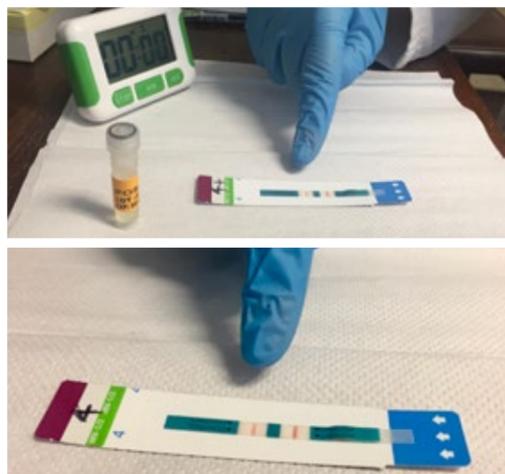
2.4.1 Verificar a área de controlo no *kit* de teste rápido de HIV

Verificar a área de controlo num *kit* de teste rápido de HIV constitui uma forma de verificar a validade de um teste. Todos os *kits* de teste rápido de HIV têm uma janela de controlo. Uma linha de controlo é geralmente indicada com «C» no aparelho. Quando se utiliza o *kit* de teste rápido de HIV, tem de sempre aparecer uma linha na janela de controlo. Isso confirma que o teste é válido. Se não aparecer uma linha de controlo, o teste não é válido. Consulte o Apêndice 15 sobre como interpretar os resultados dos testes de HIV. Há algumas razões para a eventual ausência da linha de controlo: o *kit* de teste pode estar danificado; o procedimento adequado de testagem pode não ter sido seguido; e, o *kit* de teste pode ter expirado ou não ter sido armazenado dentro do intervalo adequado de temperatura. Se a linha de controlo não aparecer, o profissional de saúde deve notificar isso ao supervisor imediatamente para que se possa identificar a causa e para que se possa tomar as medidas correctivas. Se os *kits* de teste foram armazenados fora do intervalo recomendado de temperatura, deve-se executar este processo para verificar a sua validade, para determinar se ainda podem ser utilizados (se válidos) ou se devem ser eliminados (se inválidos). Apresentam-se orientações sobre as medidas correctivas a serem tomadas, dependendo do problema e da sua possível causa, no Apêndice 23.

Dica

Assegurar uma testagem rápida de HIV de qualidade

Nunca dê o resultado de um teste de HIV ao utente se o *kit* de teste é inválido.



Verifique a validade do *kit* de teste rápido de HIV certificando-se de que há uma «linha de controlo».

2.4.2 Controlo de Qualidade Independente

O Controlo de Qualidade Independente (CQI) é o processo de utilizar soro sanguíneo para verificar a validade de um *kit* de teste rápido de HIV, comparando o resultado do *kit* de teste rápido de HIV com amostras conhecidas de soro negativas e/ou positivas. Um resultado diferente pode significar que o *kit* de teste rápido é inválido (se o procedimento adequado foi seguido). Sendo o soro normalmente fornecido por uma fonte externa, este processo tem de ser montado em parceria com um laboratório de saúde; portanto, é mais complicado sob o ponto de vista logístico e também pode trazer custos associados. Contudo, se executado, o CQI é um processo valioso.

Dica

Recordar-se para o CQI

1. Tire sempre quatro *kits* de teste de uma embalagem. Teste dois com o soro negativo e dois com o soro positivo. A testagem em duplicado aumenta a confiança nos resultados.
2. Registe sempre o número de lote da tira reagente bem como da embalagem (por vezes são diferentes).
3. É boa prática realizar o CQI no início da semana. Caso se identifiquem quaisquer *kits* de teste defeituosos, todos os *kits* podem ser extraídos antes de testes rigorosos terem sido efectuados, e depois podem ser tomadas medidas correctivas.

3. Quais são as precauções normais?

De cada vez que recolhe ou trabalha com uma amostra humana (p. ex. sangue, urina, expectoração), está potencialmente a colocar-se em risco de doenças como o HIV e a hepatite B. A testagem de HIV representa um risco de saúde ocupacional para o profissional de saúde, para o utente a ser testado e para qualquer outra pessoa nas proximidades de onde é efectuado o teste. O termo «precauções normais» substituiu «precauções universais», descrevendo práticas normais de controlo de infecções a serem seguidas universalmente em ambientes de cuidados de saúde para minimizar o risco de exposição aos agentes patogénicos (por exemplo, por usar luvas e máscaras) e para evitar a exposição a amostras humanas (127). As precauções normais são necessárias para proporcionar a todos um ambiente de testagem de HIV seguro, para garantir a segurança pessoal das pessoas envolvidas na testagem de HIV e para minimizar o seu risco de saúde (128, 129).

Todo o pessoal envolvido na recolha de qualquer amostra humana deve ser bem formado em precauções normais e deve estar familiarizado com a aplicação dessas precauções no seu ambiente e com os procedimentos a serem seguidos em caso de acidente.

Dica

Normas para precauções

Trate todas as amostras como se fossem potencialmente infecciosas.

3.1 Orientações para as precauções normais relativas ao local de trabalho:

- Manter a sua área de trabalho limpa e bem cuidada (sem telemóveis, comidas, bebidas, desordem).
- Desinfectar as superfícies de trabalho diariamente e limitar ou restringir acesso quando está a trabalhar.
- Eliminar lancetas e agulhas usadas nos recipientes apropriados para perfuro-cortantes:
 - » o recipiente para perfuro-cortantes deve ser colocado perto da área de trabalho;
 - » o recipiente para perfuro-cortantes deve estar fechado quando não está em uso; e,
 - » o recipiente para perfuro-cortantes deve ser selado quando cheio até três quartos.
- Utilizar um recipiente para resíduos de serviços de saúde (com saco vermelho) para a eliminação de produtos que contêm fluidos corpóreos.
- Controlar derrames de amostras de sangue ou de fluidos corpóreos. Limpar o máximo possível do derrame com rolo de cozinha. Limpar o resto com esfregona e detergente clorado.



Manter sempre a sua área de trabalho bem cuidada e limpa.

Será que sabia?

O que fazer com o recipiente para perfuro-cortantes quando está cheio?

Nunca se deve encher o recipiente para perfuro-cortantes até ao topo. Feche a tampa firmemente quando o recipiente estiver cheio até três quartos. É boa prática fechar o recipiente com fita adesiva sobre a tampa. Coloque o recipiente num lugar seguro, onde não será manuseado por ninguém, para evitar que o conteúdo seja derramado. Deve-se contratar uma empresa licenciada para a gestão de resíduos hospitalares para recolher os recipientes para perfuro-cortantes no seu local e transportá-los para uma zona de eliminação designada, onde os resíduos serão incinerados. Ao recolher os recipientes para perfuro-cortantes usados, a empresa de gestão de resíduos normalmente irá deixar novos recipientes. Assegure a recolha periódica de todos os resíduos de serviços de saúde

3.2 Orientações para as precauções normais relativas à segurança do pessoal:

- Lavar/desinfectar sempre as mãos após cada utente.
- Usar sempre um novo par de luvas para cada utente.
- Não retirar nada de um recipiente para perfuro-cortantes nem do recipiente/saco para resíduos de serviços de saúde.
- Não comer, beber, fumar, utilizar um dispositivo móvel ou aplicar cosméticos ao realizar testes de HIV.
- Não colocar a boca no tubo capilar/pipeta.
- Ter um PON para ferimentos por picada de agulha e certificar-se de que o pessoal sabe exactamente qual o processo a ser seguido se tal ferimento acontecer.

Será que sabia?

O que fazer se acontecer um ferimento por picada de agulha?

- Lave muito bem a área infectada com água e sabão.
- Tome a profilaxia pós-exposição ao HIV (PPE) de imediato ou o mais rapidamente possível (no máximo quatro horas) após a exposição.
- Comunique imediatamente o incidente a um técnico de saúde e segurança (ou a outra pessoa designada).
- Se possível, obtenha uma amostra do sangue do utente (± 2 ml), com consentimento informado, e os dados dele.
- Dirija-se ao profissional médico relevante (conforme o procedimento normal da sua organização) que lhe poderá aconselhar sobre outras medidas.

(Consulte o Apêndice 24 para ver um exemplo de PON para ferimentos por picada de agulha.)

Dica

Assegurar que existem orientações de saúde ocupacional

Certifique-se de que a sua organização tem o seguro de saúde relevante para todos os profissionais de saúde.

«Se há um ferimento por picada de agulha, nós arranjamos e pagamos pelos medicamentos necessários para o empregado em questão. Em seguida, reclamamos o montante da companhia de seguros. Se o empregado receber baixa médica, regista-se como "ferido em serviço".» - Joyal Arendse (*Técnica de saúde e segurança*)



CAPÍTULO 8 GESTÃO DE DADOS

Porque é que o presente capítulo é importante?

A recolha de dados de elevada qualidade, precisos, relevantes e oportunos é fundamental para a prestação de informações verídicas, confiáveis e apropriadas. Essas informações são imprescindíveis para a monitorização e avaliação de programas comunitários de prevenção de HIV, de modo que se possa constantemente melhorar a prestação efectiva de serviços. A fim de produzir as informações necessárias, é essencial a boa gestão de

dados. Um plano de gestão de dados fornece um quadro para a recolha, a verificação e a análise dos dados. O presente capítulo compreende alguns conceitos fundamentais e apresenta algumas considerações pertinentes às técnicas de recolha de dados, tanto por via electrónica como em papel, e ao fluxo de dados. Além disso, o capítulo destaca, por meio de estudos de caso, como se pode utilizar os dados geográficos nos programas comunitários de prevenção de HIV, para representar os dados de forma visual.

O que irá aprender com o presente capítulo?

1. Porquê a necessidade de dados de elevada qualidade?
2. Por onde começar? – O plano de gestão de dados
3. Que tipos de dados podem ser recolhidos?
 - 3.1 Dados quantitativos
 - 3.2 Dados qualitativos
4. Quem deve recolher os dados?
5. Como se deve recolher os dados?
 - 5.1 Considerações éticas
 - 5.2 Optar pela recolha de dados em papel ou por via electrónica
6. O que acontece com os dados depois de recolhidos?
 - 6.1. No caso de recolha de dados em papel
 - 6.2. No caso de recolha de dados por via electrónica
7. Como se pode utilizar os dados geográficos em programas comunitários de prevenção de HIV?
 - 7.1. Utilização de fotografias aéreas para mostrar mudanças estruturais no ambiente onde foi executado um programa comunitário de prevenção de HIV
 - 7.2. Utilização de cartografia num programa comunitário de prevenção de HIV para monitorizar o desempenho do programa
 - 7.3. Utilização de cartografia para mostrar acesso auto-reportado aos cuidados de saúde durante a duração de um programa de HIV na comunidade

GESTÃO DE DADOS

Mark Theart, Nomtha Mandla, Sue-Ann Meehan e Rory Dunbar



As coisas fazem-se apenas se os dados que recolhemos podem informar e inspirar quem está em condições de fazer uma diferença.

- Mike Schmoker (administrador, professor de Inglês, treinador de futebol e autor, nascido na América, com desejo de um dia visitar a África do Sul)



1. Porquê a necessidade de dados de elevada qualidade?

Os dados são um conjunto de factos ou elementos de informação que necessitam de ser processados, organizados, estruturados e interpretados para que se tornem informações úteis (130). Portanto, os dados constituem um elemento fundamental de qualquer programa comunitário de prevenção de HIV, uma vez que essas informações ajudam os responsáveis pela execução de programas e os gerentes a compreenderem melhor em que medida o seu programa está a ser executado e se está a atingir os objectivos pretendidos. Melhor informação permite melhores decisões, o que resulta em melhor saúde (110). Para os gestores de programas, os financiadores e outras partes interessadas terem confiança nos dados e na informação gerada por estes, os dados têm de ser de elevada qualidade. A qualidade dos dados é definida como «dados relevantes aos seus usos pretendidos, suficientemente detalhados e de qualidade, com um elevado grau de precisão e integridade, coerentes com outras fontes e apresentados de modo adequado.» (131).

Algumas principais características dos dados de elevada qualidade:

- **Precisão:** A medida em que os dados estão sem erros identificáveis. O seguinte exemplo mostra a diferença entre dados correctos e dados incorrectos recolhidos respeitantes ao «sexo» de uma pessoa que acede a serviços de testagem de HIV (STH).
Sexo: Feminino CORRECTO!
Sexo: Positivo INCORRECTO!
- **Integralidade:** Esta constitui uma subclasse de precisão, sendo a percentagem de campos de dados completos. O seguinte exemplo é do campo de dados «resultado de HIV»:
Resultado de HIV: Negativo COMPLETO!
Resultado de HIV: Em falta INCOMPLETO!
- **Acessibilidade:** A medida em que os dados podem ser obtidos facilmente (de forma ética). A título de exemplo, se um utente consentiu em fazer o teste de HIV e o profissional de saúde realizou o teste nele, então o «resultado de HIV» pode-se recolher e deve estar disponível.
- **Relevância:** A medida em que os dados são úteis para os fins para os quais foram recolhidos. A título de exemplo, se o seu programa realiza a circuncisão masculina médica voluntária, será relevante e útil recolher dados sobre quaisquer resultados adversos após a operação de circuncisão. Pode não ser relevante nem útil para o programa recolher dados sobre a cor favorita do homem
- **Actualidade:** A medida em que os dados podem ser obtidos em tempo hábil. Os dados devem ficar

disponíveis com uma frequência suficiente que permita aos responsáveis pela execução de programas tomarem decisões informadas. Os dados também devem ser actualizados o suficiente para serem úteis na tomada de decisões. A título de exemplo, se os dados mostram que poucos homens fazem o teste de HIV numa determinada comunidade, mas os dados são de há mais de 10 anos, eles podem não reflectir o actual comportamento de testagem dos homens na comunidade.

2. Por onde começar? – O Plano de Gestão de Dados

Antes da execução de qualquer projecto, é indispensável que se tenha um plano de recolha e gestão de dados. Isso também se aplica aos programas comunitários de prevenção de HIV. Os dados serão recolhidos durante todo o programa, portanto deve-se saber de antemão como serão recolhidos e geridos os dados, a fim de se poder elaborar relatórios que prestam informações úteis para a avaliação do programa (ver o Capítulo 9: *Monitoramento e Avaliação*). Já que este documento de orientação diz respeito à execução de programas, o presente capítulo concentra-se nos dados de programas (e não nos dados de investigação).

Será que sabia? Qual a diferença entre os dados de programas e os dados de investigação?

Os **dados de programas** são as informações recolhidas periodicamente, numa base contínua, durante a execução de programas de saúde ou de serviços sociais. O intuito é sobretudo informar o desempenho do programa. A título de exemplo, os dados recolhidos para cada utente durante a testagem comunitária de HIV podem incluir a sua idade, o seu sexo, o seu histórico de testes, etc.

Os **dados de investigação** são recolhidos como parte de um processo de investigação. Esses dados destinam-se à recolha de informações adicionais a fim de contribuir para novos conhecimentos, abordando uma questão claramente definida. A título de exemplo, um estudo de investigação que pretende verificar porque as pessoas vivendo com HIV acedem ou não aos serviços de HIV pode procurar entrevistar pessoas com diagnóstico recente de HIV. As entrevistas envolveriam perguntar aos participantes as razões por que vão ou não aos serviços de HIV. Esses dados de entrevista seriam considerados «investigação» visto que são informações adicionais, não recolhidas periodicamente, e que irão contribuir para novos conhecimentos sobre o acesso aos serviços de testagem de HIV (STH).

Um plano de gestão de dados é fundamental para uma boa gestão de dados. Tal plano deve indicar de que forma se irá tratar os seus dados durante e após o programa. Ao elaborar um plano de gestão de dados, deve-se considerar o seguinte:

- A finalidade dos dados (porque está a recolher os dados).
- Quais os dados a recolher (o tipo, formato e volume dos dados a recolher).
- Como recolher os dados (qual o método que será utilizado, quais os processos de garantia de qualidade que serão implementados).
- Quem irá recolher os dados (quais categorias de pessoal e quais as competências de que necessitam).
- Como tratar as questões éticas (como proteger a identidade dos utentes, a quem pertencem os dados).
- Qual o software de gestão de dados a utilizar (ex. Microsoft SQL, MySQL).
- Como os dados irão fluir (quando serão registados na bases de dados, como serão verificados, quando serão considerados correctos, em que ponto os relatórios de MA serão criados).
- Como os dados serão armazenados e como serão feitas as cópias de segurança (haverá uma capacidade de armazenagem suficiente, quem será responsável por fazer backup e recuperação, como os dados serão recuperados se houver um acidente).
- Como gerir o acesso aos dados e a sua segurança (como controlar o acesso para manter os dados seguros, quem irá gerir os riscos de segurança dos dados).
- Quais os dados que devem ser retidos, partilhados e/ou conservados (como irá decidir-se quais os dados a manter, quanto tempo os dados serão mantidos).
- Como os dados serão partilhados (com quem irá partilhar os dados e em que condições).
- Quem será responsável pela gestão dos dados (quem é responsável pela execução do plano e por cada actividade de gestão dos dados).
- Quais os recursos necessários para entregar o plano (qual o hardware/software necessários além do que já tem, qual a formação necessária).

Para mais orientações acerca de planos da gestão de dados, sugerimos que considere os seguintes sítios Web:

http://www.dcc.ac.uk/sites/default/files/documents/resource/DMP/DMP_Checklist_2013.pdf

<https://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/content/datamanagement/dmp/framework.html>

Um bom plano de gestão de dados irá incluir um sistema de gestão de dados. Isso irá permitir que os dados sejam facilmente criados, recuperados, actualizados e

geridos. O sistema de gestão de dados, normalmente, será electrónico. Mesmo quando a recolha de dados é realizada em papel, o melhor é registar os dados numa base de dados electrónica para efeitos de análise. Isso significa que os dados terminam em formato electrónico.

Será que sabia? O que é uma base de dados?

Uma base de dados é um conjunto de dados electrónicos, organizado de modo a facilitar a gestão, o acesso e a actualização fáceis do seu conteúdo (132).

Boas práticas a considerar ao montar um sistema de gestão de dados. O sistema:

- deve ser alinhado com os objectivos do projecto;
- não deve ser dependente de qualquer software ou sistema informático específico;
- deve ser simples, para que seja fácil a adaptar se houver mudanças nos instrumentos de recolha dos dados;
- deve produzir informações que são precisas, completas e relevantes, já que essas irão moldar a tomada de decisões sobre o programa; e,
- deve incluir elementos de segurança para proteger a identidade dos participantes e para proteger os dados contra perda.

3. Que tipos de dados podem ser recolhidos?

Existem diferentes tipos de dados. O tipo de dados que irá ser recolhido depende do que se quer saber.

3.1 Dados quantitativos

Estes são informações sobre quantidades, ou seja, dados que podem ser medidos e escritos com números (133). Os dados quantitativos geralmente respondem a perguntas tais como: «Quem?», «O que?», «Quando?» e «Quanto?». Os dados quantitativos irão indicar-lhe, a título de exemplo, o número das mulheres e dos homens que fizeram o teste de HIV e que foram diagnosticados com HIV no seu programa. Uma análise desses dados poderá revelar que maior percentagem de mulheres tiveram resultado positivo do teste de HIV relativamente aos homens no seu programa.

Os dados geográficos (dados geoespaciais) podem ser classificados como dados quantitativos. Os dados geoespaciais são definidos como «dados e informações que têm uma associação implícita ou explícita com

uma localização em relação à terra» (134). É benéfico recolher dados geográficos, já que se pode localizar e representar os dados visualmente, utilizando mapas, e analisar as relações espaciais utilizando um software de Sistema de Informação Geográfica (SIG). Esta é uma forma poderosa de representar os dados do programa, em relação com o contexto em que o programa existe. A título de exemplo, se está a realizar testagem de HIV porta-a-porta numa determinada comunidade, talvez queira mostrar um mapa com todos os agregados familiares nessa comunidade, destacando os agregados familiares aos quais já prestou visita para fazer o teste de HIV. Isto dá uma panorâmica imediata do número de agregados familiares já visitados como percentagem do total de agregados familiares.

3.2 Dados qualitativos

Estes são informações não numéricas. Os dados qualitativos geralmente respondem às perguntas «Porquê?» e «Como?» Regra geral, são descritivos. Podem ser escritos (ex. notícias dos jornais), verbais (ex. entrevistas) ou visuais (ex. observações) (133). As transcrições das entrevistas em que se perguntou às pessoas porque elas fizeram o teste de HIV constituem um exemplo de dados qualitativos. Uma análise dos dados revelaria algumas das razões por que as pessoas vieram fazer o teste de HIV.

4. Quem deve recolher os dados?

Os dados primários podem ser recolhidos por qualquer categoria de pessoal que trabalhe na fonte (onde são

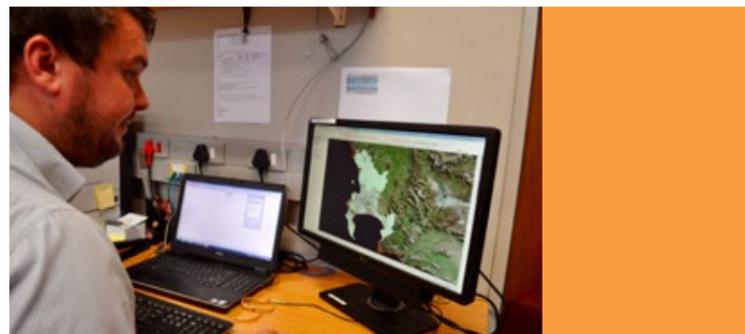
recolhidos os dados). Os gestores de programas devem assegurar que o pessoal é adequadamente formado para recolher dados de elevada qualidade (ver o Capítulo 4: *Criação, Apetrechamento e Manutenção de Uma Equipa*). Num programa comunitário de prevenção de HIV, a maior parte dos dados será recolhida na fonte, ou seja, directamente dos utentes que acedem aos serviços. A título de exemplo, num serviço de testagem de HIV móvel, o profissional de saúde irá recolher dados periodicamente de cada um dos seus utentes (normalmente dados demográficos e de saúde). O profissional de saúde pode recolher a idade do utente, os seus contactos, se ele fez o teste de HIV anteriormente, etc. Esses são dados primários recolhidos na fonte.

Exemplos de dados secundários incluem: a base de dados do censo nacional ou as bases de dados que existem no sector de saúde (ex.: o Sistema Distrital de Informação da Saúde [DHIS, do Inglês «District Health Information System»]), o qual consiste em dados agregados de saúde de rotina, recolhidos dos registos de centros de saúde e combinados com dados de outros estabelecimentos). Os gestores de programas ou qualquer outra categoria de pessoal que necessitar de dados a este nível pode utilizar dados secundários. A título de exemplo, um gestor de um programa de testagem comunitária de HIV, que se concentra nos homens numa determinada comunidade, pode querer verificar a abrangência do programa no que diz respeito à testagem dos homens nessa comunidade, e portanto irá examinar os dados do DHIS para este fim. O gestor do programa pode também utilizar a base de dados do censo nacional para verificar o número de homens que vivem na comunidade. Os dados do programa irão verificar quantos homens é que fizeram o teste de HIV como parte do serviço comunitário de testagem de HIV (SCTH). Por utilizar essas fontes de dados, o gestor do programa pode estimar a percentagem de homens na comunidade que fizeram o teste de HIV e, portanto, a abrangência do SCTH no que diz respeito à testagem de HIV nos homens.

Os dados primários são recolhidos «no terreno», enquanto os dados secundários provêm dos dados já recolhidos.

Será que sabia?
Qual a diferença entre os dados primários e os dados secundários?

Os dados de fontes **primárias** incluem informação recolhida dos registos de programas, de inquéritos, de questionários estruturados ou por observações directas. Os dados **secundários** provêm de dados que já foram recolhidos e estão disponíveis para utilização por outros.



5. Como se deve recolher os dados?

5.1 Considerações éticas

Deve-se recolher os dados de forma ética. É imprescindível em qualquer programa que a confidencialidade e a privacidade do utente sejam respeitadas, que se obtenha consentimento informado se for caso disso, e que se recolham dados correctos. Os dados nunca se devem inventar nem assumir. Sugerimos que se familiarize com a Declaração de Singapura (135) e a Declaração de Helsínquia (136), as quais fornecem orientações éticas que podem ser utilizadas para elaborar políticas de recolha de dados bem como códigos de conduta, a fim de garantir que os dados são recolhidos de forma ética. Embora esses documentos se refiram à recolha de dados de investigação, pode-se aplicar os mesmos princípios à recolha de dados de programas. (Consulte o Apêndice 25 para ver a Declaração de Singapura)

Visite os seguintes sítios Web para obter mais informações:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3954607/pdf/nihms-561137.pdf>

<http://www.apa.org/monitor/jan03/principles.aspx>

<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>



A recolha de dados em papel e por via electrónica.

5.2 Optar pela recolha de dados em papel ou por via electrónica

Os gestores de programas precisam de decidir sobre a recolha de dados utilizando um sistema em papel (utilizando uma caneta para escrever todas as informações pertinentes num formulário em papel) ou por via electrónica (utilizando um dispositivo como um táblete, um telefone celular ou um computador para registar as informações pertinentes). Devido ao progresso técnico, a recolha de dados por via electrónica pode agora ser realizada no local de recolha, por exemplo na comunidade, na casa do utente ou num local móvel. Cada sistema tem as suas vantagens e desvantagens, e um bom gestor de programas deve considerar qual o mais apropriado para o contexto específico.

Quadro 8.1: Vantagens e desvantagens da recolha de dados em papel face à recolha por via electrónica

Recolha de dados em papel	
Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> É fácil de utilizar (o responsável pela recolha de dados não necessita de quaisquer competências técnicas). O formulário de recolha de dados pode ser facilmente impresso e distribuído. É prático para documentos que envolvem assinaturas. É fácil de aceder à informação no documento para fazer mudanças se houver erros (lembre-se sempre de assinar ao lado de quaisquer alterações introduzidas). 	<ul style="list-style-type: none"> Poderá haver um atraso na análise dos dados, já que os dados têm de ser registados num sistema electrónico a partir do formulário em papel. Será necessário mais pessoal para gerir o fluxo de dados (comparado com um sistema electrónico). É preciso muito espaço de armazenamento para as enormes quantidades de papel geradas, e pode ser difícil organizar e armazenar os dados em suporte papel. O armazenamento é menos respeitador do ambiente. O papel é vulnerável às catástrofes naturais (incêndios ou inundações podem danificar / destruir o papel).
Recolha de dados por via electrónica	
Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> A entrada de dados é imediata. Pode-se gerar relatórios em tempo real. Os dados não necessitam de um grande espaço de armazenamento. É necessário menos pessoal para gerir o fluxo de dados (comparado com um sistema em papel). É fácil aceder aos dados e fácil partilhar com outros por via electrónica. 	<ul style="list-style-type: none"> É necessária uma formação técnica específica para assegurar que o pessoal é competente na utilização de um colector electrónico de dados. O colector electrónico de dados pode avariar, o que levará a tempo ocioso no terreno. Os colectores electrónicos de dados requerem tanto um gasto inicial de capital como um orçamento para a sua manutenção regular. Os colectores electrónicos de dados têm um valor comercial no mercado livre e são vulneráveis ao roubo.



Profissionais de saúde a recolher dados dos seus utentes, ou em papel ou utilizando um colector electrónico de dados.

6. O que acontece com os dados depois de recolhidos?

No presente capítulo, partilhamos as nossas experiências e boas práticas relativamente ao fluxo de dados recolhidos quer em papel, quer por via electrónica. Também discutimos a verificação de dados, a qual é importante porque os relatórios do programa que são gerados devem ser baseados em dados que são tão precisos e completos quanto possível.

6.1 No caso de recolha de dados em papel

Durante os SCTH, os profissionais de saúde recolhem dados dos seus utentes. Os dados são recolhidos em suporte de papel, os formulários sendo armazenados de forma segura ao longo do dia para proteger a sua confidencialidade e integridade. No fim de cada dia, esses devem ser transportados para um local fechado

à chave na central, onde são controlados quanto a quaisquer erros e verificados antes de serem enviados para uma central de dados onde se pode realizar a dupla introdução dos dados numa base de dados. «Dupla introdução» quer dizer que os dados são introduzidos por duas pessoas a fim de garantir que são registados de forma precisa e completa. Os dois conjuntos de dados são comparados, quaisquer erros sendo corrigidos por verificação dos dados originais. Todos os dados originais constantes dos formulários originais devem ser armazenados em local fechado à chave e seguro para evitar perdas de confidencialidade e de dados. Um conjunto final de dados validados é utilizado para a geração de relatórios. Veja a Figura 8.1 para o fluxo de dados desde a recolha até à análise.

Considere o seguinte em função da recolha de dados em papel, apresentada na próxima página;

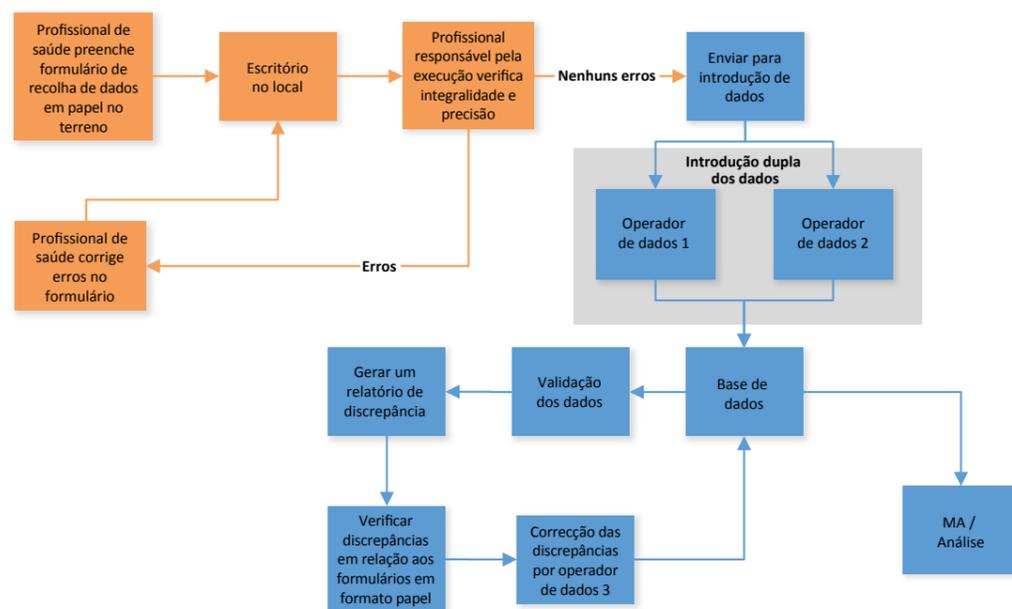


Figura 8.1: Fluxo de dados para a recolha de dados em papel

Estudo de caso: Sistema de monitorização em suporte papel: Transportar papéis a partir da comunidade para uma central

Sandra e Ricardo são profissionais da saúde comunitária que realizam rastreio e testes de TB de porta em porta. Recolhem dados de saúde relevantes a cada utente (incluindo idade, sexo e sintomas de TB) num formulário em papel (ficha de utente). A Sandra e o Ricardo andam com pastas para armazenar os formulários durante o dia. No fim do dia, esses registos são entregues ao condutor, chamado Theodore, que os transporta para uma central. Aí, são verificados quanto à sua exactidão e integralidade antes de serem entregues aos operadores de dados para serem introduzidos numa base de dados electrónica. Ao entregar as fichas de utente ao Theodore, a Sandra e o Ricardo registam estes dados no livro de registo dele: a data e hora, o nome e o número de fichas de utentes que estão a ser entregues. O Theodore assina o aviso de recepção desses registos. Coloca-os cuidadosamente em micas e daí numa caixa de documentos. Ao chegar à central, o Theodore entrega a caixa com as micas a Marlene (a receptora dos documentos). A Marlene é responsável pela verificação de quais e quantos os formulários que recebeu. Introduce esses dados no seu livro de registo de recepção. Também os verifica em relação ao que está escrito no livro de registo do condutor. A Marlene e o Theodore assinam o livro de registo de recepção. Se faltarem quaisquer formulários, é fácil identificar onde foram tratados pela última vez, ao examinar os livros de registo, tanto o do condutor como o do receptor dos documentos. Os formulários em falta são frequentemente localizados desta forma.

6.1.1 Transporte dos formulários em papel

Os documentos em papel podem perder-se facilmente. Sugerimos que seja criado um sistema de monitorização, e aqui apresentamos um estudo de caso para ilustrar tal sistema.

6.1.2 Verificação manual

Pessoas designadas devem verificar a integralidade dos formulários de recolha de dados, destacando quaisquer dados em falta. Considere um sistema em que, todos os dias, a pessoa designada selecciona várias fichas de utentes aleatoriamente e as lê a fim de verificar a sua

integralidade. Dependendo de quais os dados em falta, pode-se devolver a ficha do utente ao profissional de saúde para que este possa adicionar os dados em falta. A título de exemplo, se faltar a idade numa ficha de utente, o profissional de saúde poderá telefonar para o seu utente ou voltar a prestar-lhe uma visita em casa para informar-se sobre a idade dele. A ficha de utente pode ser adequadamente actualizada. Este método também ajuda a identificar problemas nas práticas de recolha ou registo dos dados, tais como a codificação errada, a omissão de elementos requeridos, os erros ortográficos ou a letra ilegível.

Dica

Assegurar que os dados estão completos

A pessoa designada deve manter um registo dos elementos de dados que regularmente faltam nas fichas de utentes e analisar as eventuais razões para tal. A título de exemplo, ao examinar as fichas de utente preenchidas para os utentes masculinos que acederam aos serviços de testagem de HIV móvel, descobrimos que o ecrã de planeamento familiar estava frequentemente em branco. Falámos com os profissionais de saúde, os quais afirmaram que o planeamento familiar não diz respeito aos homens. Proporcionámos uma formação complementar, explicando que o ecrã de planeamento familiar deve ser utilizado também para os utentes masculinos; pode-se perguntar aos homens que método de planeamento familiar a sua parceira está a utilizar, abrindo-se assim uma discussão sobre o papel do preservativo. Desde essa formação, o ecrã de planeamento familiar tem sido preenchido para os homens que chegam aos STH.

Nos programas de saúde, os dados são frequentemente transcritos a partir de fichas de utentes individuais para registos. A título de exemplo, os principais dados recolhidos dos utentes que chegam aos serviços de testagem de HIV móvel são normalmente transcritos das fichas de utentes individuais para um registo do STH. Os registos de STH geralmente acomodam cerca de 20 linhas por página, contendo cada linha as informações sobre um determinado utente. As colunas contêm os vários elementos dos dados. Pode-se utilizar os registos para verificar a integralidade e precisão dos dados. A pessoa designada pode consultar o registo e ver bem se há dados em falta numa determinada página. Também pode realizar comparações rotineiras quanto à precisão (no registo). A título de exemplo, pode ver uma única página (20 utentes por página). Se «sexo» é uma das variáveis demográficas recolhidas para cada utente, a soma das colunas «masculino» e «feminino» deve ser igual a 20. Se contar cinco masculinos e 14 femininos (5 + 14 = 19), o elemento de dados «sexo» falta a um dos utentes nessa página. É fácil verificar a qual dos 20 utentes é que falta o elemento de dados «sexo». A pessoa designada pode verificar a ficha de STH do utente (no caso de «sexo» não ter sido transcrito para o registo).

Se os dados também faltarem na ficha de STH do utente, esta pode ser devolvida para o respectivo profissional de saúde a preencher (ele pode contactar com o seu utente para confirmar o sexo dele).



Os dados são verificados quanto à precisão e integralidade antes de serem entregues aos operadores de dados independentes para a dupla captação.

6.1.3 Dupla captação e verificação electrónica

Se optou pela recolha de dados em papel, os dados que são recolhidos necessitam de ser introduzidos numa base de dados electrónica para análise. A análise dos dados é muito mais fácil em formato electrónico. É boa prática utilizar a dupla captação ao introduzir dados em formato electrónico, já que isso irá resultar em dados de melhor qualidade com menos erros do que a entrada única (137). A dupla captação envolve dois operadores de dados que trabalham independentemente a introduzir os dados do mesmo documento em dois conjuntos de dados independentes: conjunto de dados 1 e 2 respectivamente. Os dois conjuntos de dados independentes são comparados à procura de quaisquer campos de dados que não correspondam. Isso torna-se uma discrepância de dados. Para cada um dos campos de dados que não corresponde, um terceiro operador de dados independente verifica os dados originais e faz a correcção com base no que consta no documento em formato papel. O conjunto de dados final e validado pode então ser utilizado para a geração de relatórios.

«Recebemos os registos dos serviços de testagem de HIV no dia 15 de cada mês... Introduzo os dados do registo na base de dados e depois dou o registo ao meu colega para captar.» - Bulelwa Mangcunyana (Operador de dados)



Os dados recolhidos em papel necessitam de ser introduzidos numa base de dados electrónica para que seja mais fácil gerar relatórios.



A verificação de dados electrónicos é importante. Isto pode-se realizar ao examinar os dados originais (recolhidos em papel) e compará-los com os dados que foram introduzidos na base de dados.

6.1.4 Arquivo de documentos

Em qualquer programa, irá acabar com grande quantidade de papel. Pode variar entre fichas de utentes individuais, protocolos de programas, documentos financeiros, contratos e outros documentos-fonte. Todos esses documentos necessitam de ser arquivados e depois armazenados a longo prazo. Considere o seguinte relativamente ao arquivo:

- **Disponibilizar um espaço físico.** Dependendo do volume dos documentos, poderá precisar de um repositório de documentos ou um ou mais armários de arquivo.
- **Garantir a confidencialidade.** Armários de arquivo / repositórios devem ser capazes de ser fechados à chave, e apenas pessoas designadas devem ter acesso a todas as fichas e documentos.

- **Criar um sistema de arquivo.** Isto é necessário para a recuperação eficaz de documentos posteriormente.
- **Garantir o apoio administrativo.** Assegure que há uma pessoa designada para ajudar com a gestão, controlo e recepção dos documentos bem como a gestão do sistema de arquivo.

«A central de dados recebe todas as fichas e registos dos serviços de testagem de HIV mensalmente. Estes são armazenados num armário fechado à chave. Consideram-se arquivos "activos", pois estão a ser digitados pelos operadores de dados. Uma vez digitados e validados todos os dados, os formulários e registos são indexados e encaixotados para o armazenamento fora do local.» - Taryn Allie (Administradora de Dados).



É fundamental que as fichas de utentes individuais sejam adequadamente arquivadas.

6.1.5 Armazenamento de dados

Dependendo do contexto, poderá precisar de armazenar os dados do programa a longo prazo. Considere o seguinte relativamente ao armazenamento de dados:

- Quanto tempo precisa de guardar os seus dados? Por vezes, poderá ser necessário guardar os documentos durante até 10 anos (armazenamento a longo prazo).
- Espaço físico de armazenamento. Qual espaço está disponível nos seus escritórios? Deve utilizar uma empresa de armazenamento de documentos?

- Quanto irá custar utilizar uma empresa de armazenamento de documentos? Deve-se orçamentar o armazenamento de antemão. Irá necessitar de pagar antecipadamente pelo armazenamento a longo prazo, visto que os dados serão armazenados muito depois de o programa e os fundos terem terminado.
- Até que ponto é seguro o armazém proposto. Deve manter a confidencialidade dos utentes durante todo o processo.
- Como se armazena e salvaguarda a base de dados electrónica que criou? (Esta questão é abordada na secção que se segue).

6.2 No caso de recolha de dados por via electrónica

O processo desde a recolha de dados até a geração de relatórios é mais breve se os dados são recolhidos por via electrónica. Não há necessidade de transportar grandes quantidades de documentos nem um processo de verificação manual. (Ver a Figura 8.2.) Os dados são carregados na base de dados a partir do colector electrónico de dados e então comprovados electronicamente.

«A validação está incorporada no programa do colector electrónico de dados, mas é sempre bom avaliar os dados na base de dados regularmente a fim de identificar erros sistemáticos ou inesperados. Uma das desvantagens de registar os dados directamente por via electrónica é que não há um documento-fonte em papel e, portanto, não há como comparar os dados com qualquer outro documento. Deve-se, portanto, programar o colector electrónico de dados com muita precisão e muito especificamente a fim de eliminar os erros que se podem introduzir nos instrumentos de entrada de dados em suporte papel.» - Rory Dunbar (Gestor de dados)

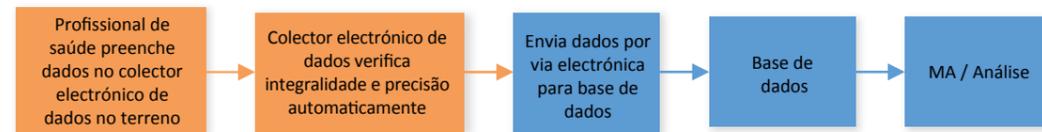


Figura 8.2: Fluxo de dados para a recolha de dados por via electrónica

Para além das vantagens e desvantagens associadas à recolha de dados por via electrónica, fornecemos algumas considerações adicionais, da nossa experiência:

6.2.1 Escolher um colector electrónico de dados (hardware)

Isto pode ser difícil, porque precisa de certificar-se de que o dispositivo que escolhe tem a funcionalidade relevante para as suas necessidades. Considere o seguinte ao escolher um dispositivo:

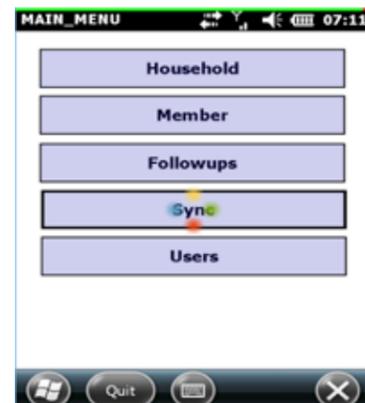
- **Durabilidade.** O dispositivo tem de ser robusto para a recolha de dados na comunidade (num ambiente não controlado). Será manuseado constantemente durante todo o dia. Pode cair, ser deixado à luz directa do sol ou molhar-se. Também deve poder ser carregado ou ter energia da bateria suficiente para um dia ou turno inteiro.
- **Funcionalidade de Sistema de Posicionamento Global (GPS).** Isto pode ser útil se pretende recolher dados geográficos. A título de exemplo, será benéfico introduzir as coordenadas GPS para cada agregado familiar onde prestou um STH se quer mostrar a cobertura do programa numa determinada comunidade.
- **Leitor de código de barras.** Este é útil se tem códigos de barras como identificadores únicos para os seus utentes ou se tem amostras biológicas com código de barras, por exemplo amostra de sangue.

6.2.2 Método de transmitir os dados a partir do dispositivo

Poderá precisar de ir à central para descarregar os dados do dispositivo para a base de dados.

Em alternativa, pode-se transmitir os dados do seu local

de base comunitária, utilizando Wi-fi ou 3G, o que é benéfico porque não exige nenhum deslocamento, podendo realizar-se de forma mais eficaz.



No fim de cada dia, os profissionais de saúde sincronizam os seus dados. Isso significa que utilizam a capacidade 3G do seu dispositivo para enviar os dados directamente para a base de dados na sede.

6.2.3 Escolher o software apropriado

O desenvolvimento interno do software necessário irá permitir que o software seja adaptado às suas necessidades específicas, mas irá precisar de pessoal altamente qualificado (e muito tempo) para isso. Pode não ser uma opção para muitas organizações. Em alternativa, pode-se utilizar um instrumento de recolha de dados que não exige um grande investimento em tempo de pessoal. O apoio técnico para tal sistema pode

ser lento e pode não ser acessível localmente. Existem vários sistemas de recolha de dados de código aberto, disponíveis nos seguintes sítios Web:

- Redcap ((inglês: «Research Electronic Data Capture») - <https://catalyst.harvard.edu/services/redcap/>)
- Kobo Toolbox - <http://www.kobotoolbox.org/>
- Open Data Kit (ODK) - <https://opendatakit.org/>

6.2.4 Apoio técnico

Isto refere-se à manutenção de tanto o hardware como o software durante a vigência do programa. Se as dificuldades técnicas não são resolvidas em tempo hábil, poderão ter impacto na qualidade dos dados recolhidos. Portanto, o apoio técnico é um elemento-chave na recolha de dados por via electrónica. O apoio de hardware pode incluir a reparação ou substituição de dispositivos quebrados e a substituição de baterias. O apoio de software pode incluir a configuração dos dispositivos, tanto inicialmente como durante o ciclo de vida do programa, assegurando que o software está actualizado e que a data e hora são correctas, corrigindo quaisquer erros que se verifiquem.

«...o problema mais comum que enfrentamos é as baterias acabarem, muitas vezes porque o pessoal se esquece de carregar os dispositivos. Nós (os técnicos) sempre estamos com baterias de reserva para que possamos trocar uma bateria descarregada no terreno. Isso reduz o tempo ocioso do dispositivo.» - Shaun Lawrence (Técnico de EDC)

6.2.5 Armazenamento e salvaguarda de dados

Ainda que recolha os dados por via electrónica, terá muitos documentos em papel que necessitam de ser



É fundamental ter técnicos que podem prestar apoio técnico ao programa de prevenção de HIV pela manutenção dos colectores electrónicos de dados.

arquivados e armazenados. Veja a secção anterior para o arquivo e armazenamento de documentos em papel. Se os dados foram recolhidos por via electrónica ou se foram introduzidos numa base de dados electrónica depois de recolhidos, o resultado será dados electrónicos que precisam de ser armazenados ou guardados em cópia de segurança. Considere o seguinte, no que diz respeito ao armazenamento de dados electrónicos:

- Assegurar um bom suporte de dados. Deve ter uma pessoa designada (por exemplo, um administrador de dados) que pode gerir e recuperar os ficheiros de dados electrónicos.
- Ter um bom sistema de cópias de segurança. Isto é importante, pois assegura que não se perca meses e anos de trabalho duro.

O tipo de sistema de cópias de segurança que irá utilizar depende do seu programa e do seu sistema de gestão de dados.

- Os discos externos são ideais para a gravação de cópias de segurança dos documentos do programa, das políticas, dos formulários de monitoramento e avaliação, das representações, das fotografias, etc. (tudo que está relacionado com o programa de prevenção de HIV, menos os dados de saúde rotineiros que são recolhidos dos utentes).
- Recomenda-se fortemente um sistema de gravação automatizada de cópias de segurança para todos os dados de utentes recolhidos no terreno (utilizados para fins de análise). Utilize um produto especificamente desenvolvido para a gravação automatizada de sistemas de ficheiros em cópia de segurança (ex.: programa de backup para servidores de ficheiros ou dispositivo USB de backup que inclui um programa de backup automático).
- A frequência com que faz cópia de segurança poderá depender da frequência com que o pessoal introduz novas informações no sistema. É uma boa prática fazer cópia de segurança diariamente.

«No Centro de TB Desmond Tutu, os dados são mantidos num servidor central. O administrador da base de dados criou um script que permite o backup automático do servidor central à mesma hora todos os dias. Esse backup significa que os dados são copiados do servidor central para um servidor com múltiplos discos rígidos, chamado NAS (do Inglês «network attached storage»). Além disso, os dados são codificados (para garantir a confidencialidade dos utentes) uma vez por semana e armazenados no disco externo. Então, são enviados para uma empresa de armazenamento externo.» - Clyde Smith (Programador de Dados)

Para obter mais informações sobre a gestão de dados, leia a publicação da Organização Mundial da Saúde intitulada «Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector», que se encontra em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>

7. Como se pode utilizar os dados geográficos em programas comunitários de prevenção de HIV?

A presente secção descreve três estudos de caso, os quais destacam a forma como se pode utilizar os dados geográficos nos programas comunitários de prevenção de HIV.

7.1 Utilização de fotografias aéreas para mostrar mudanças estruturais no ambiente onde foi executado um programa comunitário de prevenção de HIV

Foi implantado um programa de testagem de HIV e ligação aos cuidados de saúde numa comunidade periurbana constituída por agregados familiares tanto formais como informais (barracos construídos com chapa ondulada). Profissionais de saúde andavam de porta em porta, a fornecer o teste de HIV em casa aos residentes que deram o seu consentimento. Aqueles que tiveram um resultado positivo foram encaminhados para o centro de saúde local para cuidados e tratamento de HIV. Os profissionais de saúde eram obrigados a fazer uma visita de seguimento aos recém-diagnosticados para verificar se eles tiveram acedido aos cuidados de HIV no centro de saúde.

Em 2014, antes de o programa ter iniciado, foi tirada uma fotografia aérea da comunidade onde se ia executar o programa. A fotografia ajudou a administração do programa com o planeamento. Foi implementado um plano de trabalhos tendo em conta as estruturas residenciais tanto informais como formais. Com base numa estimativa do número de agregados familiares na área, foram contratados um número específico de profissionais de saúde e foi executado o programa.

Dois anos depois de iniciar o programa (2016), os profissionais de saúde começaram a relatar que as estruturas informais estavam a ser substituídas por estruturas residenciais mais formais (casas de tijolos). Tal estava em conformidade com as políticas de habitação do governo. Foi tirada uma segunda fotografia aérea, a qual mostrou claramente as alterações no número e tipo de estruturas residenciais, relativamente à fotografia anterior, de 2014 (ver Figura 8.3). Essas alterações tiveram impacto no programa. A construção de novas casas formais onde, anteriormente, tinha havido habitações informais, significava que se tinham instalado novas pessoas na área. Essas pessoas necessitavam de ser testadas, pois as habitações formais foram concedidas a pessoas numa lista de espera, não necessariamente às pessoas que tinham vivido nas estruturas informais. Significava, inclusive, que os habitantes das estruturas informais (os quais já tinham feito o teste de HIV) tinham deixado a região e se tinham perdido de seguimento (ou seja, já não era possível fazer-lhes visitas de seguimento em casa). O programa, portanto, não podia relatar se eles tinham ou não acedido aos cuidados de HIV.

A administração do programa utilizou as duas fotografias aéreas da seguinte forma:

- Reorganizaram o seu programa com base na nova informação apresentada pela segunda fotografia aérea, modificando o seu plano de trabalhos e calendários do modo devido.
- No seu relatório destinado aos financiadores e outras partes interessadas, apresentaram as fotografias como prova de que a sua capacidade de acompanhar as pessoas que fizeram o teste de HIV tinha sido comprometida devido às mudanças estruturais na área.



A utilização de fotografia aérea para mostrar mudanças estruturais no ambiente em que é executado um programa comunitário de prevenção de HIV.

7.2 Utilização de cartografia num programa comunitário de prevenção de HIV para monitorizar o desempenho do programa

O programa *As Famílias são Importantes!* (FMP, do Inglês «Families Matter! Program») é um programa de prevenção de HIV baseado em provas, destinado aos pais/cuidadores de crianças pré-adolescentes de entre nove e doze anos de idade. O programa procura ajudar os cuidadores a melhorarem e aumentarem as suas competências parentais através de uma comunicação eficaz com as suas crianças sobre assuntos tais como a saúde sexual e reprodutiva e a redução dos riscos sexuais. O programa também ajuda os pais pela promoção de práticas parentais gerais tais como a construção de relacionamentos, o reforço positivo e uma boa comunicação com os seus filhos pré-adolescentes. O objectivo de longo prazo é retardar a iniciação sexual dos pré-adolescentes e reduzir assim o risco de eles adquirirem infecções sexualmente transmissíveis (ITS) e o HIV. O FMP é um programa de seis semanas, com uma sessão de contacto por semana e uma cerimónia de fim após a conclusão das seis sessões. O FMP foi executado na Cidade do Cabo entre Abril de 2014 e Setembro de 2016, utilizando um software SIG para analisar e recrutar participantes elegíveis.

A administração do programa decidiu uma zona predeterminada, a qual foi cartografada ao utilizar os dados do censo. Oficiais de ligação da comunidade (OLC) andavam de porta em porta na zona predefinida. Trabalhavam de forma sistemática ao analisar todos os agregados familiares nessa zona e inscrever pais/cuidadores elegíveis no programa. Utilizavam um assistente digital pessoal (PDA), ou seja um dispositivo electrónico móvel que continha um questionário electrónico (pré-carregado). Os OLC recolheram as coordenadas GPS de todos os agregados familiares, utilizando o PDA. Se não estava ninguém em casa, o OLC capturava as coordenadas GPS e passava para outro agregado familiar. Se estava um adulto em casa, o OLC administrava o questionário de avaliação para determinar a sua elegibilidade para o programa FMP. Todas as respostas foram introduzidas directamente no PDA. Todos os dados foram descarregados para uma base de dados especialmente concebida.

A recolha de dados por via electrónica facilitou aos gestores do programa a monitorização dos progressos realizados pelos OLC no que diz respeito ao recrutamento de membros da comunidade para o programa FMP. Os dados electrónicos e as coordenadas GPS foram utilizados por analistas de dados para mostrar os progressos num mapa. Veja a Figura 8.4.

A zona predefinida onde foi executado o programa FMP está marcada com um contorno na cor vermelha. Cada uma das zonas enumeradas é indicada com contornos na cor amarela e numerada (são predeterminadas pelos dados do censo nessa zona). Os pontos de cor representam, cada um, um aspecto diferente do processo de recrutamento (a cor azul representa os agregados familiares visitados, a cor verde representa os agregados familiares onde havia um participante elegível e a cor vermelha representa os agregados familiares onde um cuidador participou e concluiu o programa FMP). O mapa (representação visual) permitia ao gestor do programa ver, com um olhar, os progressos que estavam a ser realizados no recrutamento de participantes para o programa FMP. O gestor do programa também podia determinar as zonas enumeradas que ainda não tinham sido visitadas, bem como os agregados familiares onde havia cuidadores elegíveis para o programa FMP mas que ainda não tinham participado nele. Podia-se fazer mais uma visita a esses agregados familiares e convidar esses cuidadores novamente a inscreverem-se no programa FMP.



Mapa da zona predefinida onde o programa FMP foi executado, mostrando os agregados familiares visitados, os agregados familiares elegíveis para o FMP e aqueles onde há participantes que tinham concluído o programa FMP.

7.3 Mapas cartográficos representando acesso auto-reportado aos cuidados de HIV ao longo da vida de um programa de HIV de base comunitária

O acesso aos cuidados e tratamento de HIV é um importante indicador que é frequentemente recolhido nos programas de HIV. É fundamental que os utentes infectados por HIV cheguem a um centro de saúde, acedam aos cuidados de HIV e iniciem tratamento o mais rapidamente possível para que obtenham melhores resultados de saúde.

Foi executado um programa comunitário de serviços de HIV numa zona predefinida. Iniciou-se uma campanha do teste de HIV, em que os profissionais de saúde andavam pela comunidade de porta em porta, a efectuar o teste de HIV em todos os utentes que deram o seu consentimento, em cada agregado familiar. Esse programa serviu-se de um dispositivo electrónico móvel para capturar as coordenadas GPS e recolher dados de rotina de cada utente que consentiu em fazer o teste de HIV, em todos os agregados familiares visitados. O dispositivo móvel automaticamente gerou um número único para cada novo utente. Todos os utentes recém-diagnosticados com HIV foram encaminhados para cuidados e tratamento de HIV num centro de saúde.

Conselheiros inter pares foram contratados no programa, os quais visitaram cada pessoa com diagnóstico de HIV, ou em casa ou num local mutuamente acordado (pelo menos um mês após o diagnóstico), para o acompanhamento e para verificar se a pessoa tinha chegado aos cuidados e tratamento de HIV num centro de saúde. Ao visitar um utente, o conselheiro introduzia o número único do utente no colector electrónico de dados e administrava um questionário electrónico, a fim de captar informações sobre acesso aos cuidados de saúde para esse utente. Com base na informação recolhida do utente, o conselheiro verificava se o utente tinha ou não chegado aos cuidados e tratamento de HIV. Os conselheiros prestavam apoio psicossocial e formação complementar aos utentes que ainda não tinham acedido aos cuidados de saúde. Também apoiavam os utentes, indo com eles ao centro de saúde, se o utente o tivesse solicitado.

No programa, utilizou-se a cartografia para representar, geograficamente, a proporção de utentes seropositivos que tinham acedido aos serviços de cuidados e tratamento em cada zona enumerada (conforme os dados do censo) dentro da zona predefinida do programa. Foi atribuída a cada intervalo de percentagens uma cor, a mais clara demarcando uma proporção menor e a mais escura uma proporção maior. Foram elaborados mapas no fim do ano 1 e do ano 2.

Se observar a Figura 8.5, irá reparar que o mapa à direita (ano 2), geralmente, tem cores mais escuras relativamente ao mapa à esquerda (ano 1), destacando um aumento global da proporção de utentes que tinham acedido aos cuidados e tratamento de HIV no ano 2 comparado com o ano 1. Se observar a zona dentro do quadrado marcado em preto, irá reparar que, no ano 1, entre 14% e 21% de utentes com diagnóstico de HIV tinham acedido aos cuidados de saúde. No fim do ano 2, essa proporção tinha aumentado para entre 21% e 35%. Neste estudo de caso, utilizou-se a cartografia para representar os progressos realizados num programa comunitário de ligação aos cuidados de HIV entre o ano 1 e o ano 2, em função da proporção de pessoas infectadas por HIV que tinham acedido aos cuidados e tratamento num centro de saúde.



Representação cartográfica de acesso aos cuidados de HIV auto-reportado, desde o ano 1 até ao ano 2





CAPÍTULO 9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Blia Yang, Jerry Molaolwa, Margaret Van Niekerk e Rory Dunbar



O que é medido é feito; o que é medido e comunicado é bem feito; o que é recompensado repete-se.

- John E. Jones (Juiz Federal nos Estados Unidos, nomeado pela revista Time como uma das 100 pessoas mais influentes do ano)



Porque é que o presente capítulo é importante?

O monitoramento e avaliação (MA) constitui uma prática indispensável para qualquer programa comunitário de prevenção de HIV. Os responsáveis pela execução de programas necessitam de recolher informações sobre os progressos realizados pelo seu programa e de utilizar essas informações para verificar se o programa está a atingir os seus objectivos e a cumprir a missão a que se propôs. O MA deve ser executado ao longo da vida de um programa. Contudo, nem sempre é fácil aplicar

as práticas de MA. Os responsáveis pela execução de programas precisam de tempo e competências para desenvolver instrumentos de MA apropriados. O presente capítulo serve-se de estudos de caso e partilha experiências pessoais a fim de destacar aspectos fundamentais do MA, ajudando os responsáveis pela execução de programas a aplicar práticas de MA. Partilhamos instrumentos apropriados que podem ser facilmente adaptados e utilizados em diferentes ambientes, fazendo deste um capítulo importante para todos que estão a implantar um programa comunitário de prevenção de HIV.

O que irá aprender com o presente capítulo?

1. Porque é que o monitoramento e avaliação são importantes para programas comunitários de prevenção de HIV?
2. Como monitorizar e avaliar os resultados do programa?
 - 2.1 Consideração dos conceitos relacionados com o monitoramento e avaliação dos resultados do programa
 - 2.2 Considerações de indicadores
 - 2.3 Utilização de estudos de caso para ilustrar o monitoramento e avaliação dos resultados do programa
 - 2.3.1 Estudo de caso: MA para avaliar o processo de um programa que presta serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH), seis meses depois de implantado
 - 2.3.2 Estudo de caso: MA de rastreio de TB num programa comunitário de prevenção de HIV
 - 2.4 Instrumentos para o monitoramento e avaliação dos resultados do programa
3. Como monitorizar e avaliar o desempenho de profissionais de saúde?
 - 3.1 Avaliação de como os profissionais de saúde prestam serviços
 - 3.2 Avaliação de como os profissionais de saúde recolhem dados
4. Como monitorizar e avaliar o controlo de infecção por TB?
 - 4.1 Utilização de um instrumento de avaliação do controlo de infecção por TB
5. Qual a importância da divulgação de dados do programa e de resultados do MA aos profissionais de saúde?

1. Porque é que o monitoramento e avaliação são importantes para programas comunitários de prevenção de HIV?

Nenhum programa comunitário de prevenção de HIV pode ter êxito sem monitoramento e avaliação (MA) contínuos. O monitoramento é o acompanhamento rotineiro no que diz respeito ao desempenho dos serviços e do programa, utilizando informações recolhidas regularmente (11), por exemplo, nas fichas do teste de HIV de utentes ou no registo de um serviço de testagem de HIV. A avaliação é quando o programa é aferido periodicamente para determinar se está ou não a atingir os seus objectivos (11). Tal envolve uma análise de dados e uma consideração de indicadores.

Sem MA, os responsáveis pela execução do programa não saberiam se o programa está a atingir os seus objectivos e se está a fazer o que se propôs a fazer. Depois de realizado o MA, os gestores do programa devem comunicar os resultados ao pessoal do programa e implementar novas estratégias ou adaptar as já existentes a fim de melhorar o programa e contribuir para o cumprimento dos objectivos pretendidos.

No presente capítulo, abordamos o MA, não só dos resultados do programa, mas também da competência dos profissionais de saúde (a forma como o pessoal desempenha as suas funções afecta directamente os resultados do programa) e do controlo de infecção por TB (importantíssimo para qualquer programa de prevenção de HIV).

2. Como monitorizar e avaliar os resultados do programa?

2.1 Consideração dos conceitos relacionados com o monitoramento e avaliação dos resultados do programa

Dependendo da natureza e da dimensão do seu programa, terá de elaborar um plano de MA e/ou um quadro de MA. O objectivo de um quadro de MA é monitorizar os serviços prestados e avaliar os resultados obtidos. Um quadro descreve os indicadores utilizados

Dica

Deve-se desenvolver quadros de MA antes de execução

Crie sempre o quadro de MA antes do início do programa, para garantir que as suas actividades de recolha de dados estão de acordo com as informações necessárias para o MA.

para avaliar se o programa está ou não a cumprir os seus objectivos (138, 139).

Ao criar o quadro de MA, considere o seguinte em relação com o seu programa de prevenção de HIV:

- **Meta do programa:** O objectivo de longo prazo, para o qual o programa contribui, a título de exemplo, diminuir a incidência de HIV.
- **Objectivo(s) estratégico(s):** O propósito do programa, a título de exemplo, realizar a testagem de HIV ou distribuir preservativos.
- **Resultados:** Os resultados tangíveis do programa, a título de exemplo, aumento do uso do preservativo no seio da população de trabalhadores do sexo. Identificam-se os resultados como um aumento de conhecimentos, competências e uso, ou a entrega de outros benefícios.
- **Actividades:** Estas são as tarefas desempenhadas, como as revela o plano de trabalhos do programa.
- **Indicadores:** Estes são as variáveis que medem diferentes aspectos do programa. Algumas actividades são relacionadas com múltiplos indicadores (Ver o exemplo de um plano de trabalhos em Apêndice 5). Os indicadores medem os resultados e, em última análise, determinam se o programa está a ser realizado como previsto, ou seja, o cumprimento dos objectivos do programa. Por exemplo, a actividade pode ser a prestação de serviços de testagem de HIV. Os indicadores associados com essa actividade podem incluir o número de adolescentes submetidos ao teste de HIV, o número de adultos submetidos ao teste de HIV, o número de indivíduos que tiveram resultado seropositivo, etc.

Além disso, os responsáveis pela execução do programa necessitam de pensar como é que serão recolhidos os dados para fins de MA e quais os relatórios de MA que serão gerados. Estas considerações são incluídas no plano global de MA.

- **O sistema de gestão de dados:** Isso inclui a recolha e validação de dados, antes que sejam gerados os relatórios de MA. Veja o Capítulo 8 (Gestão de Dados), que aborda a recolha e gestão de dados, incluindo o fluxo de dados em função de métodos de recolha de dados tanto em suporte papel como por via electrónica. Na criação do sistema de gestão de dados, deve-se envolver o pessoal responsável pelo MA porque eles é que têm de garantir que os dados recolhidos estão de acordo com os indicadores, para que se possa avaliar os resultados do programa a fim de verificar se o programa está a cumprir o seu objectivo.
- **Geração de relatórios de MA:** Estes podem ser gerados para mostrar em que medida o programa revela um bom desempenho relativamente aos diferentes indicadores que estão a ser avaliados, bem como até que ponto o programa está a cumprir o seu objectivo global. Deve haver uma colaboração estreita entre o pessoal responsável pelos dados e

pelo MA respectivamente para assegurar a geração de relatórios de MA úteis durante a vigência do programa.

Existe uma literatura abundante sobre o MA, a qual inclui informações sobre a elaboração de planos e quadros de MA. Os seguintes sítios Web podem ser úteis:

<http://www.who.int/hiv/strategic/me/en/>

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>

<https://www.cdc.gov/hiv/programresources/evaluation.html>

2.2 Considerações de indicadores

2.2.1 Decidir indicadores

Apenas depois de ter identificado os indicadores que pretende apresentar nos seus relatórios é que irá saber quais os dados que precisam de ser recolhidos. Ao decidir os indicadores, é boa prática familiarizar-se com os indicadores de HIV que são apresentados nos relatórios do departamento nacional de saúde. A selecção dos indicadores ao nível nacional, no departamento de MA no Ministério da Saúde (Departamento Nacional de Saúde) (11, 138) é normalmente efectuada por um

	Indicador	Tipo de indicador	Níveis de desagregação
	Número de estabelecimentos de saúde pública que oferecem STH	Entrada	Província, distrito e estabelecimento
	Número de estabelecimentos não relacionados com a saúde que prestam STH	Entrada	Província e distrito
	Número de campanhas destinadas à promoção de STH	Processo	Província e distrito
	Número de conselheiros leigos formados que recebem remuneração	Processo	Província, distrito e estabelecimento
	Número de utentes que receberam informação pré-teste	Saída	Província, distrito, estabelecimento, sexo e estado de gravidez entre as mulheres
	Número de utentes que fizeram o teste de HIV	Saída	Província, distrito, estabelecimento, sexo e estado de gravidez entre as mulheres
	Número de utentes submetidos a rastreio de TB	Processo	Província, distrito e estabelecimento
	Proporção de homens seronegativos encaminhados para a CMM	Processo	Província, distrito e estabelecimento
	Proporção de utentes seropositivos encaminhados para teste CD4	Processo	Província, distrito e estabelecimento
	Número de utentes seropositivos que receberam resultados CD4	Saída	Província, distrito e estabelecimento
	Proporção de novos pacientes com TB submetidos ao teste de HIV	Saída	Província, distrito e estabelecimento
	Proporção de novos pacientes com ITS submetidos ao teste de HIV	Saída	Província e distrito
	Proporção de novas grávidas submetidas ao teste de HIV	Saída	Província, distrito e estabelecimento
	Percentagem de estabelecimentos onde as orientações políticas em matéria de STH estão disponíveis	Resultado	Província, distrito e estabelecimento
	Proporção de indivíduos submetidos ao teste de HIV no ano anterior e que receberam resultados	Resultado	Província, distrito e estabelecimento
	Proporção de recém-diagnosticados seropositivos (pessoas recentemente inscritas e que recebem cuidados de saúde)	Processo	Província, distrito e estabelecimento

Figura 9.1: Adaptada dos indicadores recomendados para serviços de testagem de HIV na África do Sul (11)

grupo de trabalho multissetorial. É importante que os indicadores utilizados no seu programa comunitário de prevenção de HIV estejam em consonância com os indicadores nacionais de HIV.

Na África do Sul, o Departamento de Saúde exige que os centros de cuidados de saúde primários públicos bem como os programas comunitários de prevenção de HIV comuniquem informações sobre um conjunto básico de indicadores para o Programa Nacional de Serviços de Testagem de HIV (11), a par dos indicadores para os cuidados pré-natais (CPN), a tuberculose (TB), as infecções oportunistas (OI), as infecções sexualmente transmissíveis (ITS) e a profilaxia pós-exposição (PPE). Há também indicadores que medem encaminhamentos para serviços tais como rastreio de TB, rastreio de ITS, tratamento anti-retroviral (TARV), e circuncisão masculina médica voluntária (CMMV). A Figura 9.1 mostra os indicadores de STH recomendados e identificados pelo Departamento Nacional de Saúde na África do Sul.

2.2.2 Comunicação dos indicadores ao governo

Idealmente, deve-se comunicar os indicadores recolhidos dentro do seu programa comunitário de prevenção de HIV aos serviços governamentais de saúde, para que os seus dados façam parte da base de dados nacional relativa ao HIV. Por isso, é fundamental que os dados recolhidos sejam precisos e completos.

No nosso ambiente, partilham-se, mensalmente, os

dados relevantes a partir de serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH) com as autoridades sanitárias locais. Esses dados são incluídos no relatório mensal distrital que é enviado para as autoridades sanitárias provinciais que, por sua vez, comunicam os dados da província às autoridades sanitárias nacionais.

Será que sabia? Porque os gestores de programas têm de garantir dados de elevada qualidade?

É importante ter uma base de dados global sobre a TB porque a TB é uma das dez primeiras causas de morte do mundo, com cerca de 1,79 milhões de mortes em 2015 (67). Também é a principal causa de morte de pessoas vivendo com HIV/SIDA (140). No caso da base de dados global sobre a TB, por exemplo, os dados são recolhidos da fonte primária (por profissionais de saúde que realizam testes de HIV e rastreios de TB no terreno) e introduzidos numa base de dados a nível local e subdistrital. Em seguida, os dados de todos os subdistritos são enviados para uma base de dados a nível provincial e, a partir de aí, para nível nacional. Os dados a nível nacional, então, fazem parte da base de dados global sobre TB. Eis uma das razões por que a qualidade de dados é tão importante e por que os gestores de programas têm de monitorizar e avaliar os dados recolhidos por rotina.



2.3 Utilização de estudos de caso para ilustrar o monitoramento e avaliação dos resultados do programa



2.3.1 Estudo de caso: MA para avaliar o processo de um programa que presta serviços comunitários de testagem de HIV (SCTH), seis meses depois de implantado

Linda e Jacob eram profissionais de saúde que trabalhavam em conjunto, prestando serviços de testagem de HIV porta-a-porta, como parte de um programa domiciliário de prevenção de HIV que se concentrava especificamente nos homens e nos adolescentes (nem os homens nem os adolescentes normalmente chegam a centros de saúde para o teste de HIV). O papel da Linda consistia em realizar testes de HIV e aconselhamento, enquanto o Jacob recolhia os dados demográficos e dados de saúde relevantes a cada utente que visitavam. Captava esses dados com um dispositivo EDC (colector electrónico de dados). O Jacob tinha de captar muitos indicadores demográficos e indicadores de saúde, incluindo: idade e sexo de cada utente, consentimento do utente para o teste de HIV e o resultado de HIV do utente. No fim de cada dia, os dados foram carregados do EDC do Jacob para uma base de dados electrónica. O gestor de dados utilizava essa base de dados para a geração de relatórios para fins de MA, utilizando dados agregados.

Havia seis pares de profissionais de saúde no programa (incluindo a Linda e o Jacob). O objectivo global, em termos do número de utentes submetidos ao teste de HIV, era de oitocentos por mês. Dois dos indicadores monitorizados no programa incluíam: o número (e proporção) de homens que fizeram o teste de HIV e o número (e proporção) de adolescentes que fizeram o teste de HIV. Tinham sido estabelecidas metas mensais para cada um desses indicadores: globalmente, quatrocentas (50%) das pessoas submetidas ao teste deviam ser homens e duzentas (25%) deviam ser adolescentes. A fim de monitorizar o desempenho do programa, a coordenadora de MA, chamada Nellie, pediu ao gestor de dados que gerasse um relatório após seis meses para verificar quantas das pessoas submetidas ao teste eram homens e quantas eram adolescentes.

O gestor de dados gerou o relatório seguinte, o qual incluiu dados recolhidos de todos os seis pares de profissionais de saúde (incluindo a Linda e o Jacob) que estavam a prestar STH porta-a-porta:

Relatório gerado: 5 de Abril de 2015			
Período do relatório: 1 de Outubro de 2014 - 31 de Março de 2015			Objectivos para indicadores a seis meses
	Número (n)	%	
Total testado	4863		4800
Sexo			
Masculino	2382	49%	2400 (50%)
Feminino	2481	51%	
Idade			
13-19 anos	632	13%	1200 (25%)
20-25 anos	1466	30%	
26-40 anos	1652	34%	
>40 anos	1113	23%	



Deve-se implementar medidas de qualidade para garantir que os dados recolhidos no terreno cumprem as normas exigidas para dados apresentados aos serviços governamentais de saúde para fins de relatórios.



Estudo de caso 2.3.1 cont.

A Nellie deu uma olhada nesse relatório e verificou que 49% das pessoas testadas eram homens (meta de 50%) e que 13% eram adolescentes (meta de 25%). A Nellie marcou um encontro com a gestora do programa, chamada Rosemary, para discutir o relatório de MA. O programa tinha ultrapassado o número de utentes submetidos ao teste de HIV (a seis meses) e estava em vias de atingir a meta relativa à proporção de homens submetidos ao teste, mas não estava perto de atingir a meta para a proporção de adolescentes submetidos ao teste. Segundo a Rosemary, os profissionais de saúde relataram que os adolescentes não gostam de fazer testes no seio do agregado familiar, sobretudo diante dos próprios pais, e então geralmente recusam o teste de HIV. Portanto, a Nellie e a Rosemary elaboraram estratégias de como se podia alcançar mais adolescentes para a testagem de HIV. Decidiram organizar uma reunião com os profissionais de saúde, incluindo a Linda e o Jacob, para comunicar informações a partir do relatório de MA e discutir como o programa podia alcançar mais adolescentes para a testagem de HIV.

Este estudo de caso revela como um simples relatório de MA, no qual são pormenorizados os indicadores do programa, se pode utilizar para acompanhar os objectivos do programa no seu decurso, bem como a importância de fazer uso de relatórios de MA para comunicar essas informações aos profissionais de saúde e responder a quaisquer lacunas no programa.



EDC - COLECTOR ELECTRÓNICO DE DADOS



REGISTO EM PAPEL

Os dados de saúde recolhidos de utentes serão utilizados para MA a fim de determinar em que medida o programa está a avançar no sentido dos seus objectivos e para obter uma compreensão epidemiológica de HIV e da TB em comunidades.

2.3.2 Estudo de caso: MA de rastreio de TB num programa comunitário de prevenção de HIV

Beauty era a Gerente Distrital de um programa comunitário de prevenção de HIV em que profissionais de saúde andavam de porta em porta a realizar um rastreio de TB nas pessoas em casa, como parte de um serviço integrado de testagem de HIV. Um dos indicadores monitorizados pela Beauty era o rastreio de TB. Ela sabia que 1,5% das pessoas submetidas a rastreio de TB no seu programa tinham sintomas de TB. (Consulte o Apêndice 13 para ver um exemplo de um instrumento de rastreio integrado numa ficha de STH). Como parte do seu trabalho, a Beauty participava nas reuniões trimestrais de serviços de saúde no distrito. Foi numa dessas reuniões que ela reparou que a proporção de pessoas submetidas a rastreio de TB em centros de saúde pública e que tinham sintomas de TB variava entre 4% e 10%. Comparou esse facto com a proporção de pessoas com sintomas de TB no programa dela (1,5%).

A Beauty sabia que a proporção de pessoas com sintomas de TB seria maior num centro de saúde relativamente a um ambiente comunitário, mas ainda achava que 1,5% era muito pouco. Portanto, pediu aos gerentes de unidades que visitassem mais frequentemente aqueles locais que tinham apresentado o menor número de utentes com sintomas de TB durante os seis meses anteriores. Pediu-lhes que observassem e avaliassem de que modo os profissionais de saúde realizavam rastreios de TB e de que modo usavam o instrumento de rastreio de TB. Após duas semanas, os gerentes de unidades comunicaram a informação à Beauty. Essa informação revelou que havia casos onde profissionais de saúde perguntavam ao chefe do agregado familiar se alguém tinha sinais e sintomas de TB, em vez de examinar cada membro do agregado familiar utilizando o instrumento de rastreio de TB. Os gerentes de unidades corrigiram de imediato esses erros no rastreio de TB, e a Beauty desenvolveu uma formação de reciclagem em rastreio de TB. Todos os profissionais de saúde tiveram de regressar à sede para a formação de reciclagem sobre o método correcto a seguir no rastreio de TB e sobre a utilização adequada do instrumento de rastreio de TB.

Um dos conceitos considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é qual o impacto do MA (11). Neste caso, a Beauty reparou que o programa comunitário de prevenção de HIV apresentava uma pequena proporção de pessoas com sintomas de TB. Ela fez uso dos gerentes de unidades para monitorizar e avaliar o que estava a passar-se no terreno, e proporcionou uma formação de reciclagem que abordava directamente o problema que tinha sido identificado no terreno como resultado do processo de monitorização. Nos próximos meses, a Beauty observou um aumento da proporção de utentes que tinham sido submetidos a rastreio de TB no programa e que tinham sintomas de TB.

2.4 Instrumentos para o monitoramento e avaliação dos resultados do programa

Existem muitos instrumentos que se podem utilizar para o monitoramento e avaliação dos resultados de programas de prevenção de HIV. A presente secção apresenta informações, com base nas nossas experiências, e descreve dois instrumentos dos quais fizemos uso para monitorizar e avaliar os resultados de SCTH.

2.4.1 Utilização de um registo de serviços de testagem de HIV

Na África do Sul, deve-se inscrever num registo de STH todos os utentes que recebem aconselhamento num SCTH. Este é geralmente um registo em formato papel. Regra geral, os dados de utente são inicialmente recolhidos numa ficha de STH (em papel) e então transcritos para um registo de STH em papel. Se os dados são recolhidos por via electrónica, um especialista em dados pode gerar um registo de STH electrónico, o qual irá incluir os mesmos elementos de dados que o registo de STH em suporte papel. Recomenda-se que o registo nacional de STH seja considerado o instrumento de recolha de dados mínimo utilizado para STH porta-a-porta (140). Independentemente de o utente recusar

ou consentir em fazer o teste de HIV, recomenda-se que seja inscrito no registo. Isto permite aos gestores de programas compararem o grupo que aceita o teste de HIV com o grupo que o recusa (quanto a idade e sexo). Deve-se manter actualizado o registo, já que constitui um dos documentos-fonte utilizados para manter os registos electrónicos (11). No caso de informações que não se podem introduzir no registo imediatamente, por exemplo, o resultado de um teste de TB (normalmente leva 48 horas até receber esse tipo de resultado do laboratório), é possível introduzi-las mais tarde.

Os benefícios da utilização de um registo de STH para fins de MA:

- Facilita que os gestores de programas possam determinar a exactidão e integralidade dos dados recolhidos.
- Permite aos gestores de programas identificarem tendências, o que pode resultar em alterações aos serviços prestados, com base nos dados recolhidos.

Consulte o Apêndice 26 para ver um exemplo de um registo de serviços de testagem de HIV. A utilização de um registo de STH para MA é descrito no estudo de caso que se segue.

Estudo de caso: Utilização de um registo de STH para assegurar a exactidão de dados antes de enviá-los para o departamento nacional de saúde

A Enfermeira Margaret é gerente de local num STH autónomo. Uma das suas responsabilidades é assegurar a exactidão dos dados recolhidos por rotina junto dos utentes que chegam ao centro autónomo. Ela faz isso ao verificar o registo do STH no fim de cada mês.

O registo tem colunas para «masculino» e «feminino», colunas para «teste de HIV aceite» e «teste de HIV recusado» e colunas para «teste de gravidez - sim» e «teste de gravidez - não». Todos os utentes que chegam ao centro autónomo são identificados como masculino ou feminino, sendo prática comum oferecer o teste de gravidez a todas as mulheres.

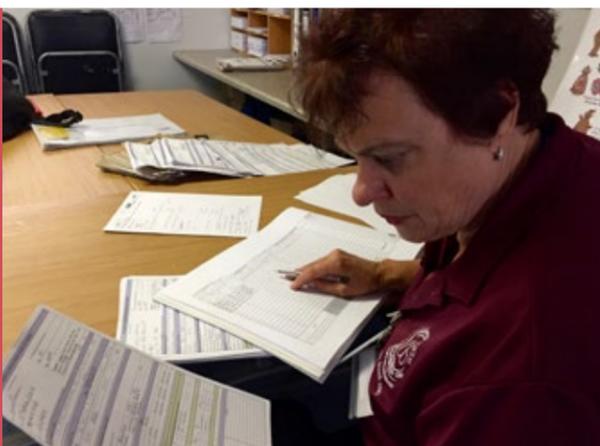
No dia 6 de Maio de 2016, a Enfermeira Margaret estava sentada no seu escritório, tendo começado a revista mensal (para o mês de Abril) do registo de STH, a verificar a integridade e exactidão.

Primeiro, a Margaret examinou as colunas «masculino» e «feminino», considerando os totais de cada uma: 125 do sexo feminino e 89 do sexo masculino. Por outras palavras, 214 utentes tinham chegado ao centro autónomo em Abril de 2016. A fim de verificar esse total, a Margaret somou as colunas para o número de utentes que tinham feito o teste de HIV (total de 210) e aqueles que tinham recusado um teste de HIV (total de 4), o que deu um total de 214. A Margaret estava satisfeita por o número total dos utentes que tinham chegado ao centro em Abril ser 214. Por essa conta rápida, demonstrou-se que a maioria dos utentes tinha concordado em fazer o teste de HIV (210/214; 98%) e que a maior parte dos utentes era constituída por mulheres (125/214; 58%).

Depois, a Margaret examinou a coluna «teste de gravidez». Contou 131 mulheres às quais tinha sido oferecido um teste de gravidez. A verificação anterior tinha mostrado que havia 125 utentes femininos. Parecia haver um erro nos dados. A Margaret verificou cuidadosamente o sexo de cada utente ao qual, segundo o registo, tinha sido oferecido um teste de gravidez. Na página 15 do registo, ela constatou que seis dos utentes marcados como tendo feito um teste de gravidez também eram indicados como masculinos. Então a Margaret inspeccionou a ficha de STH (o documento-fonte) para esses seis utentes, verificando que eles eram homens.

A Margaret falou com o profissional de saúde que tinha preenchido o registo, pedindo ao profissional de saúde que corrigisse o erro no registo e que rubricasse o erro.

A Margaret também reparou que, nesse dia em particular, tinha sido realizado um mais elevado número de testes de HIV do que era normal. A Margaret aproveitou essa oportunidade para treinar os profissionais de saúde, explicando a importância de um registo correcto de dados. Até em dias ocupados (quando o pessoal tende a cometer mais erros), o pessoal deve prestar atenção no registo correcto de dados. Portanto, a utilização de um registo de STH pode ser útil para identificar erros, podendo ser tomadas medidas correctivas antes que os dados sejam enviados para o nível subdistrital para serem comunicados ao nível nacional.



É importante que os supervisores verifiquem os dados no registo de STH em relação aos dados que constam no documento-fonte primário (a ficha de STH) a fim de se assegurarem de que a transcrição foi realizada correctamente.



2.4.2 Utilizar um instrumento de auditoria no local

Uma auditoria constitui uma boa forma de monitorizar se os serviços apropriados e relevantes estão a ser prestados a cada utente e de verificar se os profissionais de saúde estão a documentar esses serviços correctamente. Isso é importante porque gestores de programas têm de garantir que o programa presta os serviços aos quais se destina e que os dados são capturados correctamente.

Programas comunitários de prevenção de HIV, frequentemente, são executados em diferentes locais. Um local pode ser qualquer lugar determinado onde são prestados serviços de HIV, por exemplo, um centro autónomo ou um serviço de testagem de HIV móvel numa determinada região geográfica. Deve-se fazer a auditoria de cada local.

Dica

O pessoal no local deve fazer parte do processo de auditoria

Uma auditoria no local deve ser efectuada por um responsável pelo MA (ou pelo gestor de programas apropriado) juntamente com o gerente de local (ou quem estiver responsável pelo local). Desta forma, o gerente de local faz parte do processo de auditoria. A auditoria não deve ser realizada por uma pessoa de fora que vem identificar problemas no local.

No nosso ambiente, desenvolvemos um instrumento electrónico de auditoria no local (ver Apêndice 27), no Excel. Contém perguntas predefinidas que podem ser respondidas com «sim», com «não» ou com «não aplicável». O instrumento foi dividido em diferentes secções, incluindo o seguinte:

1. Instruções.
2. Avaliação do ambiente físico do local.
3. Uma revisão sistemática das fichas de utente de STH para identificar utentes seropositivos e seronegativos.
4. Folha de análise automaticamente gerada.

Considere a utilização do instrumento da seguinte forma:

Primeiro passo: Preencha a secção de avaliação do local. Esta secção apresenta uma avaliação da segurança do local, das medidas de controlo de infecções e das salas de aconselhamento e de testes (em que medida estão equipadas para STH).

Segundo passo: Selecciona aleatoriamente vinte utentes para a revisão. Todos os dados que provêm de fichas de utentes individuais sobre o teste de HIV são transcritos no registo de STH, portanto sugerimos que se utilize o registo de STH para uma selecção aleatória

de fichas de utentes sobre o teste de HIV para a revisão. O objectivo é seleccionar vinte fichas (dez para utentes com resultado negativo no teste rápido de HIV e dez para utentes com resultado positivo no teste rápido). Anote o dia em que é realizada a auditoria no local e abra o registo de STH em um mês antes. A título de exemplo, se a auditoria é realizada no dia 22 de Abril de 2016, abra o registo de STH no dia 22 de Março de 2016. Ao recuar (trabalhando no sentido de Fevereiro e Janeiro de 2016), seleccione um de cada dez utentes com resultado negativo para o teste de HIV. Anote os respectivos números únicos de utente e tire as fichas de STH deles. Repita o processo de selecção para utentes com resultado positivo no teste de HIV. Visto que haverá menos utentes com resultado seropositivo, sugerimos que seleccione, aleatoriamente, um de cada dois ou três utentes com resultado positivo para o teste de HIV.

Terceiro passo: Conclua a revisão, lendo cada pergunta, examinando cada ficha de STH, respondendo com «sim», com «não» ou com «não aplicável». Nesta secção, é avaliado o seguinte:

- Se as fichas de STH foram preenchidas correctamente.
- Se foram registados todos os necessários dados demográficos e dados de saúde nas fichas de STH.
- Se há registo de discussão com o utente sobre a redução de riscos.
- Se foram avaliadas necessidades de planeamento familiar e se foi anotada uma acção em relação com as necessidades.
- Se há registo de rastreio de TB, uma avaliação clínica, registo de encaminhamento para tratamento de TB se for caso disso, dados da recolha de expectoração.
- Se o utente deu o seu consentimento para o teste de HIV.
- Se foram oferecidos preservativos.
- Se foi realizado e registado rastreio de ITS.
- Se há registo de encaminhamento para um serviço de HIV.
- Registo do número de tentativas de seguimento dos utentes com TB e/ou diagnosticados com HIV.
- Provas de que o utente chegou a serviços de saúde para TB e/ou HIV.



Utiliza-se um Instrumento de Auditoria no Local para monitorizar a prestação de serviços de saúde, constituindo um meio eficaz de comunicar, visualmente, os resultados dos serviços prestados bem como as áreas que necessitam de melhorias.

Quarto passo: Após a conclusão, o instrumento electrónico automaticamente gera gráficos e uma análise básica, que permitem ao pessoal do programa interpretar facilmente os resultados da auditoria no local. Em alternativa, o responsável pelo MA pode fazer uma análise preliminar se foi utilizado um instrumento em suporte papel. O importante é que os resultados da auditoria no local sejam comunicados a todos os profissionais de saúde no local. Se houver áreas onde o desempenho no local tiver sido fraco, os profissionais de saúde precisam de reunir-se com o gerente de local e traçar um plano de melhoramento da qualidade.

Quinto passo: O plano de melhoramento da qualidade é executado e monitorizado pelo supervisor/gestor.

Sugerimos que seja feita uma auditoria no local semestralmente. É um excelente instrumento de avaliação, a nível micro, da medida em que equipas de terreno estão a assegurar que os utentes recebam STH de qualidade.

3 Como monitorizar e avaliar o desempenho de profissionais de saúde?

Uma das mensagens principais do Capítulo 4 (*Criação, Apetrechamento e Manutenção de Uma Equipa*) é que um programa bem-sucedido de prevenção de HIV depende de pessoal qualificado, devidamente formado e altamente motivado. A fim de garantir que os profissionais de saúde prestam permanentemente serviços de elevada qualidade, deve-se monitorizar e avaliar regularmente o seu desempenho por um supervisor. Estudos demonstraram que a supervisão através de auditoria e *feedback* tem um efeito constante a moderadamente grande no desempenho dos profissionais de saúde (141).

- O desempenho dos profissionais de saúde deve ser monitorizado de forma normalizada.
- A avaliação do nível de competência dos profissionais de saúde não deve ser um processo punitivo. Os gestores de programas e os supervisores devem assegurar que os profissionais de saúde compreendem isso.
- O objectivo da avaliação é assegurar que cada profissional de saúde desempenha as suas funções o melhor possível, bem como identificar as áreas que necessitam de melhorias.
- Os profissionais de saúde devem ter recebido toda a formação necessária e apropriada antes de o seu desempenho ser avaliado.
- Devem receber um *feedback* após a avaliação para que saibam em que medida estão a desempenhar as suas funções, para que possam ter orgulho nas suas conquistas, e para que saibam quais as áreas que necessitam de melhorias.
- Se necessário, deve-se implementar a medida correctiva adequada. Isto pode incluir formação complementar, coaching, mentoria, etc.



Enquanto utiliza um teste rápido de HIV, uma profissional de saúde é avaliada pela supervisora, a qual lhe oferece *feedback* durante o processo.

Partilhamos dois instrumentos que desenvolvemos e adaptámos para monitoramento e avaliação do grau de desempenho dos profissionais de saúde enquanto prestam STH e recolhem dados durante o processo.

3.1 Avaliação de como os profissionais de saúde prestam serviços

O objectivo da avaliação dos serviços prestados por um profissional de saúde é assegurar que ele é hábil em prestar STH. A fim de avaliar os serviços prestados pelos profissionais de saúde, desenvolvemos um instrumento de avaliação das competências de profissionais de saúde (ver Apêndice 28). O instrumento pode identificar as áreas em que o profissional de saúde é muito competente bem como as áreas que necessitam de melhorias. Ao repetir a avaliação trimestralmente (ou semestralmente, dependendo do número de profissionais de saúde a serem avaliados), pode-se acompanhar a competência dos profissionais de saúde.

Utiliza-se o instrumento da seguinte forma:

Primeiro passo: O supervisor assiste a uma sessão de STH (com a autorização do utente) para observar e monitorizar a forma como o profissional de saúde conduz a sessão e para avaliar a qualidade dos STH prestados. Ao utilizar o instrumento de avaliação de competências, pode-se determinar se o profissional de saúde:

- Presta informações e educação adequadas sobre o HIV, a prevenção da transmissão vertical (PTV), a CMMV, a TB, as ITS, o planeamento familiar e o preservativo.
- Despista serviços adicionais; rastreio de TB, das ITS e das doenças não transmissíveis.
- Realiza testagem rápida de HIV de qualidade, i.e. conforme os procedimentos operativos normalizados e seguindo todas as práticas de garantia da qualidade.
- Se adere a todas as medidas e precauções de segurança, por exemplo a eliminação adequada de resíduos que apresentam riscos biológicos, o uso de luvas, etc.
- Presta aconselhamento pós-teste apropriado, conforme adequado para o resultado do teste de HIV.

O supervisor preenche o instrumento enquanto observa os STH.

Segundo passo: Após a sessão, o profissional de saúde preenche o instrumento, reflectindo sobre a própria percepção da forma como prestou os STH.

Terceiro passo: O supervisor e o profissional de saúde reúnem-se, discutindo as suas avaliações. No fim da sessão, deve haver um acordo sobre as áreas em que o profissional de saúde teve um bom desempenho bem como as áreas que necessitam de melhorias.

Quarto passo: Decidem e chegam a acordo em relação às medidas correctivas necessárias (se for o caso) para quaisquer áreas no trabalho que necessitam de melhorias. Tal poderá incluir uma formação formal ou treinamento informal. Ambos assinam os documentos, e todos os documentos são arquivados.

Quinto passo: É a responsabilidade do profissional de saúde assegurar que recebe a formação necessária para a melhoria.

Os benefícios deste instrumento são os seguintes:

- Ajuda os supervisores a determinarem se profissionais de saúde estão com dificuldades ou se necessitam de melhorias em qualquer aspecto da prestação de serviços.
- Permite a profissionais de saúde reflectirem sobre o trabalho deles e compreenderem a forma como prestam serviços de HIV. Permite-lhes avaliarem o seu próprio desempenho, realçando inclusive as áreas em que acham que tiveram um bom desempenho e as que poderão melhorar.

- Fornece a oportunidade para o supervisor e o profissional de saúde se reunirem e discutirem a avaliação de cada um deles da sessão, comparando e discutindo as semelhanças e/ou diferenças entre as suas avaliações. Isto proporciona um espaço profissional e maduro para uma discussão do desempenho de trabalho.
- Fornece um espaço para a discussão ser captada juntamente com qualquer plano de medidas correctivas. Ambas as partes assinam o documento que depois é arquivado. Esse documento é referido na próxima avaliação a fim de que se possam acompanhar as melhorias.



Os profissionais de saúde devem receber um *feedback* construtivo do seu supervisor (de forma encorajadora), após a conclusão de uma avaliação de competências baseada nos serviços que acabam de prestar a um utente.

«As avaliações de competências dão-me a oportunidade de ir ao terreno e de entrar nas casas juntamente com os profissionais de saúde para avaliar a sua competência ao trabalharem com um utente real. Primeiro, pedimos permissão ao utente, confirmando que está confortável com o facto de eu, como supervisora, avaliar o profissional de saúde que irá prestar os serviços de testagem de HIV. Explicamos ao utente que isto vai ajudar-nos a monitorizar e avaliar a competência do profissional de saúde e, se necessário, a desenvolver conteúdos de formação para garantir a prestação de serviços de elevada qualidade na comunidade. Os utentes têm-nos apoiado depois de termos explicado a situação desta forma.

Acho que assistir a um profissional de saúde enquanto está a prestar serviços de testagem de HIV me ajuda a identificar lacunas nos serviços. Por exemplo, reparei que os profissionais de saúde costumam utilizar muitas siglas tais como "PTV", "ITS" e "TARV". Ao assistir às sessões, vejo que os utentes, às vezes, não compreendem as siglas. As avaliações de competências permitem-me dar um *feedback* ao profissional de saúde logo após a sessão. A minha abordagem de *feedback* é do tipo

Será que sabia? Porque registamos dados relacionados com a saúde?

1. Para assegurar que encaminhamos os utentes para serviços adequados com dados precisos.
2. Para monitorizar as actividades e impacto do programa (11).
3. Para recolher dados para os serviços governamentais de saúde, que então os comunicam ao nível tanto nacional como mundial a fim de servirem de base à atribuição de recursos e a execução de intervenções.
4. Para compreender a propagação epidemiológica de doenças, pela análise de dados (78).

Alguns pontos a considerar relativamente às avaliações dos profissionais de saúde:

"sanduíche", que consiste em elogiar o profissional de saúde sobre algo que fez muito bem e então dar-lhe um *feedback* sobre as áreas que necessitam de melhorias, terminando com um elogio global, e como podemos colaborar em abordar um plano de medidas correctivas que o possa ajudar a melhorar. O profissional de saúde também me diz onde é que acha que fez bem e quais as áreas onde acha que pode melhorar. Discutimos instrumentos possíveis que o possam ajudar a melhorar nessas áreas.» - *Jacqueline Hlalukana (Gerente Distrital)*

3.2 Avaliação de como os profissionais de saúde recolhem dados

Os profissionais de saúde não só prestam STH, mas também recolhem dados dos utentes. Uma das principais mensagens no Capítulo 8 (*Gestão de Dados*) é a necessidade de dados de elevada qualidade (ou seja dados precisos e completos). É necessário garantir que se recolha dados de forma adequada e eficaz para que se possa monitorizar os progressos dos serviços prestados.

Os supervisores podem utilizar um instrumento de auditoria para a verificação de dados (ver Apêndice 29), pelo qual se pode monitorizar e avaliar se os profissionais de saúde estão a recolher dados de qualidade, ou seja dados que são coerentes e plausíveis. Esse instrumento foi utilizado num programa de testagem de HIV porta-a-porta mas pode ser adaptado a qualquer contexto.

Considere a utilização do instrumento da seguinte forma:

Primeiro passo: O supervisor selecciona, aleatoriamente, agregados familiares a visitar, onde profissionais de saúde prestaram STH e recolheram dados relevantes no dia anterior.

Segundo passo: O supervisor visita esses agregados familiares e, com o consentimento do chefe do agregado, faz um conjunto de perguntas aos membros do agregado para avaliar se os STH foram prestados com qualidade.

Terceiro passo: O supervisor tem a lista impressa dos dados recolhidos pelo profissional de saúde. (A lista é impressa porque o profissional de saúde recolheu os dados por via electrónica.) O supervisor faz perguntas predefinidas aos membros do agregado para comprovar os dados recolhidos pelo profissional de saúde. Essas auditorias para a verificação dos dados são realizadas sem que o respectivo profissional de saúde esteja presente.

As perguntas que o supervisor poderá fazer incluem:

- Quantas pessoas vivem na casa? O supervisor confirma a resposta do chefe do agregado familiar à luz dos dados impressos que foram recolhidos

pelo profissional de saúde. É importante enumerar todos os indivíduos que vivem na casa e não apenas aqueles que estão presentes na altura da visita. Uma enumeração de todos os indivíduos irá proporcionar um denominador plausível, que irá facilitar a determinação do tamanho estimado da população da comunidade.

- Quantos indivíduos estavam em casa, aos quais foram oferecidos STH pelo profissional de saúde? A resposta a isso é verificada à luz da lista impressa em que está documentada a quantidade de testes de HIV que foram oferecidos bem como a quantidade de utentes submetidos a rastreio de TB e de ITS nesse agregado.
- Alguns indivíduos foram encaminhados para serviços num centro de saúde e, caso sim, para quais serviços foram encaminhados? O supervisor deve fazer esta pergunta a cada pessoa na casa e verificar as suas respostas em relação à lista impressa. Isto é importante para assegurar que os utentes são encaminhados adequadamente para serviços de saúde.

Dica

O tempo é fundamental para auditorias da verificação de dados

Deve-se realizar uma auditoria da verificação de dados no dia seguinte à visita dos profissionais de saúde ao agregado familiar. É importante para que os STH estejam bem vivos na memória dos membros do agregado.

Quarto passo: O supervisor dá um *feedback* aos profissionais de saúde (dentro de 24 a 48 horas). Isto deve ter a forma de uma discussão, a qual se deve capturar no instrumento de auditoria. Constitui uma oportunidade para o supervisor e o profissional de saúde terem uma discussão profissional no que diz respeito ao desempenho do profissional de saúde.

Quinto passo: O profissional de saúde visita o agregado familiar mais uma vez, se necessário, a corrigir quaisquer erros que tenham sido destacados pela auditoria.

«Acho que as auditorias para a verificação dos dados têm ajudado a certificar-me de que enumero todos os indivíduos no agregado familiar e que marco encontros a fim de voltar para oferecer o teste de HIV àqueles que não estavam em casa na altura da minha visita original. Há alturas em que me esqueço de enumerar todos os indivíduos na casa. De vez em quando, estou ocupada a tentar prestar serviços de testagem de HIV às sete pessoas que, actualmente, estão em casa, enquanto há dez indivíduos que vivem naquela casa. O meu parceiro e eu devemos proporcionar informações e educação

sobre os STH, registando todas as informações demográficas e relacionadas com a saúde para cada indivíduo no colector electrónico de dados. Quando estou com muitos utentes numa casa, posso esquecer-me de perguntar se alguém mais vive ali e que não esteja em casa naquele momento. Portanto, perco a oportunidade de marcar consultas para voltar a visitá-los quando estiverem em casa e oferecer-lhes serviços de testagem de HIV. Quando o meu supervisor realiza uma auditoria para a verificação dos dados e me avisa de que eu me esqueci de enumerar um ou dois indivíduos numa determinada casa, eu volto para enumerar aqueles indivíduos, marcando uma consulta para ver quando é que estão em casa de modo que eu possa voltar para oferecer-lhes serviços de testagem de HIV.» - *Akhona Kili (Profissional de saúde)*

4. Como monitorizar e avaliar o controlo de infecção por TB?

A par de ter profissionais de saúde competentes, também é fundamental ter pessoal que conhece o próprio estado sanitário bem como possíveis riscos de saúde, sobretudo em relação ao HIV e TB. O Capítulo 4 (*Criação, Apetrechamento e Manutenção de Uma Equipa*) realça a importância de os profissionais de saúde serem submetidos a um rastreio de TB, não só no início (na linha de base) mas também periodicamente depois disso. O Capítulo 4 também apresenta a formação em controlo de infecção por TB como fundamental para o pessoal que presta serviços de HIV. No Capítulo 5 (*Prestação de Serviços Holísticos Orientados para o Uteute*), discutimos a integração do rastreio e testagem de TB em STH e como recolher expectoração de forma responsável a fim de reduzir o risco de propagar bactérias de TB.

O controlo de infecção por TB desempenha um papel fundamental em qualquer programa prestador de serviços de HIV. Consequentemente, o monitoramento e avaliação do controlo de infecção por TB é imprescindível. Isso é especialmente verdade em países com elevada incidência de HIV e TB, onde a propagação da TB infecciosa e desconhecida ocorre mais nos centros de cuidados de HIV e entre aqueles que fazem o teste de HIV (142). Partilhamos um instrumento de avaliação do controlo de infecção por TB, o qual foi elaborado para monitorizar o controlo de infecções em centros de testagem comunitária de HIV.

A avaliação do controlo de infecção por TB inclui assegurar que as janelas estão abertas para facilitar uma ventilação adequada.

4.1 Utilização de um instrumento de avaliação do controlo de infecção por TB

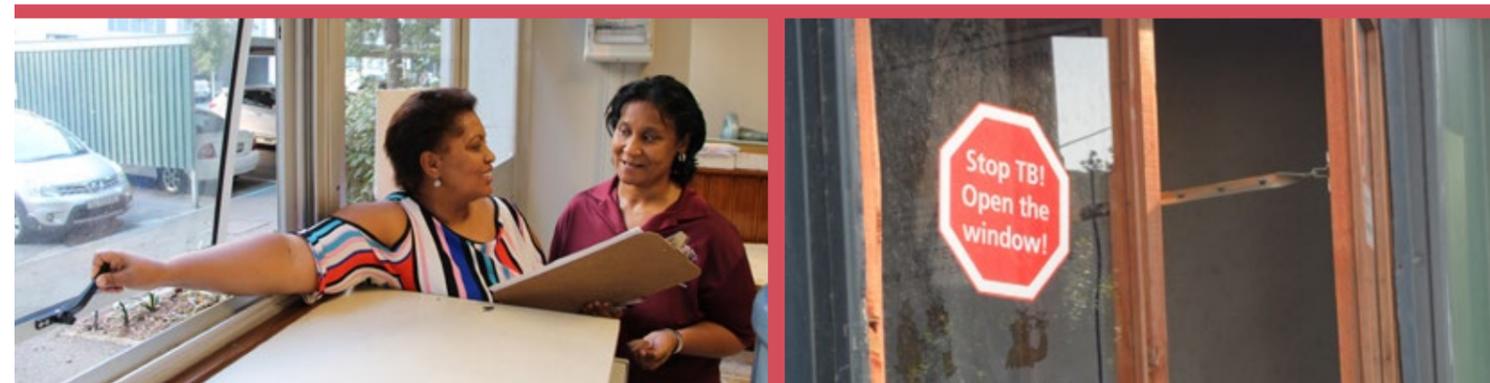
O controlo de infecção por TB envolve um conjunto de medidas destinadas a reduzir o risco de transmissão de TB no seio de populações (143). O instrumento de avaliação do controlo de infecção por TB (ver Apêndice 30) monitoriza e avalia quatro aspectos do controlo de infecção por TB. São eles os seguintes:

- **Controlos de apoio:** Estruturas e actividades que irão apoiar a execução do controlo de infecção por TB.
- **Controlos administrativos:** Estratégias desenvolvidas para reduzir a geração de aerossóis infecciosos.
- **Controlos ambientais:** Estratégias desenvolvidas para retirar aerossóis infecciosos.
- **Controlos pessoais:** Estratégias de redução de riscos para reduzir a inalação de aerossóis infecciosos.

Utiliza-se o instrumento com o objectivo de prevenir infecções pela TB entre o pessoal e os utentes, garantindo assim um ambiente seguro de trabalho onde está minimizado o risco de adquirir a TB.

Ao implementar este instrumento, reflexione sobre o seguinte:

- Deve haver uma pessoa designada que se responsabiliza pelo controlo de infecções, por exemplo, um profissional de saúde. Tal pessoa será responsável pela execução da avaliação do controlo de infecção por TB. Um profissional de saúde designado para lidar com o controlo de infecções tem a oportunidade de assumir a responsabilidade do controlo de infecção por TB. Pode-se alternar a pessoa designada trimestralmente, sob supervisão contínua de um supervisor.
- Utilize o instrumento regularmente (sugerimos trimestralmente).
- Utilize o instrumento para acompanhar os progressos.
- O instrumento destaca os diferentes elementos do controlo de infecção por TB, e os profissionais de saúde podem ver a forma como todos esses elementos, em conjunto, podem reduzir o risco de transmissão de TB.
- Existem muitas técnicas simples que ajudam a reduzir o risco de transmissão de TB, a título de exemplo, melhorar o fluxo de ar (abrindo as janelas ou usando



ventiladores mecânicos), dar prioridade aos utentes que estão a tossir, e usar máscaras. Este instrumento deve ajudar profissionais de saúde a perceberem que o controlo de infecção por TB não é uma questão a ser tratada pela administração, mas que é algo que eles mesmo podem controlar no seu ambiente quotidiano.

- Quaisquer áreas em que se pode melhorar o controlo de infecções devem ser abordadas pelo supervisor e os próprios profissionais de saúde. Deve-se implementar um plano com um calendário (deve-se tomar medidas correctivas antes da próxima auditoria de controlo de infecções). Como o instrumento de auditoria permite o acompanhamento de progressos, as medidas correctivas podem ser avaliadas durante a próxima auditoria.

5. Qual a importância da divulgação de dados do programa e de resultados do MA aos profissionais de saúde?

Muitas vezes, os dados do programa são apresentados somente em relatórios destinados aos financiadores e aos Ministérios da Saúde, em vez de serem divulgados às pessoas no terreno (144). Em todo o presente capítulo, independentemente de quais as práticas de MA executadas ou quais os instrumentos de MA a serem utilizados, destacamos a importância de dar um *feedback* aos profissionais de saúde no que diz respeito aos resultados da avaliação. Os profissionais de saúde é que prestam o serviço, portanto é indispensável que sejam incluídos no *feedback* de MA. É importante ajudá-los a monitorizarem e avaliarem os próprios progressos.

Ao prestar informação de retorno aos profissionais de saúde, recorde:

- **A categoria de pessoal que recebe o *feedback*:**
A título de exemplo, supervisores, enfermeiros,

conselheiros leigos de HIV, etc. a fim de garantir que é dado um *feedback* adequado, ao nível apropriado.

- **O formato do *feedback*:** Decida se é melhor apresentar as informações em quadros, gráficos ou texto.
- **Onde se presta o *feedback*:** Considere usar um horário numa reunião periódica ou durante uma sessão de formação (de reciclagem) ou envie o *feedback* através de correio electrónico.

«É muito importante que divulguemos os dados recolhidos por profissionais de saúde de forma rotineira e normalizada. Divulgamos os dados mensalmente durante a formação em serviço, onde todos os profissionais de saúde vêm à sede. Divulgamos dados a mais de 270 profissionais de saúde que prestam serviços de testagem de HIV a uma população de mais de cento e vinte mil indivíduos em seis comunidades. É importante que divulguemos esses dados a todos os profissionais de saúde com transparência para que vejam os progressos que realizaram bem como os dos seus colegas. Este método tem-nos dado a oportunidade para ouvir a opinião dos próprios profissionais de saúde sobre determinados indicadores, por exemplo, pode haver uma baixa aceitação da testagem de HIV entre os homens. Os profissionais de saúde é que nos podem apresentar as razões disso. Assim, podemos elaborar estratégias e planos para melhorias juntamente com eles, tais como trabalhar aos fins-de-semana e à noite a fim de chegar a mais homens.

Uma divulgação periódica de dados aos profissionais de saúde envolve-os e permite-lhes assumirem a responsabilidade dos dados, esforçarem-se por alcançar objectivos e elaborarem estratégias para melhorar os serviços de saúde que prestam.» - *Francionette Esau (Gerente Distrital)*



É importante divulgar aos profissionais de saúde os dados que foram recolhidos para que possam conhecer os próprios progressos e as áreas de melhoria.



Melhores práticas para a divulgação dos dados do programa por correio electrónico

Em resposta à necessidade de divulgar os dados do programa aos profissionais de saúde diariamente, com rapidez e facilidade, desenvolvemos um painel de controlo para acompanhar o número de testes de HIV realizados cada dia. Veja a Figura 9.2. Este instrumento pode ser adaptado para acomodar qualquer indicador a ser medido.

- Um painel diário foi desenvolvido por funcionários que trabalhavam no terreno (supervisores e profissionais de saúde) juntamente com pessoal responsável pelos dados.
- O painel, constituído por um quadro simples, podia ser preenchido com o número de testes de HIV realizado cada dia, para cada comunidade na qual se prestava serviços de testagem de HIV.
- O painel era preenchido automaticamente todas as manhãs (utilizando um *script* criado pelo programador de dados). Todas as manhãs, um membro da equipa de dados enviava o painel de controlo a todos os escritórios locais por correio electrónico.
- O gerente de local recebia o painel de controlo todos os dias e informava os profissionais de saúde sobre o número de testes realizados no(s) dia(s) anterior(es). Esse era comparado com o objectivo semanal.
- A divulgação diária ajudava os supervisores a monitorizarem os progressos realizados no seu local e a acompanharem determinados dias da semana em que havia um nível muito baixo de utentes que tinham feito o teste de HIV. Isso permitia-lhes elaborarem planos para mobilizar a comunidade (ver o Capítulo 2: *Envolvimento das Partes Interessadas*).
- Os profissionais de saúde podem monitorizar os seus próprios progressos de cada semana. Se não atingirem a sua meta até meio da semana, sabem que só têm um determinado número de dias para fazê-lo, ou então podem ter de fazer horas extras ou trabalhar aos fins-de-semana para que atinjam as suas metas.
- Cada local tem uma meta diferente devido ao número de agregados familiares na comunidade e a um diferente número de profissionais de saúde. A Figura 9.2 apresenta o painel de controlo que é preenchido e emitido todas as quintas-feiras de manhã.

Comunidade	Seg.	Terç.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.	Total	Meta	% obtida
1	35	27	32	31	N/A	60	N/A	185	200	93%
2	48	50	65	47	N/A	70	N/A	280	300	93%
3	66	86	97	75	N/A	101	N/A	425	450	94%
4	53	48	47	42	N/A	70	N/A	260	300	87%
5	25	27	30	45	N/A	55	N/A	182	200	91%
6	32	35	37	39	N/A	56	N/A	199	200	100%
Total Geral	259	273	308	279	N/A	412	N/A	1531	1650	93%

Figura 9.2: Um painel de controlo diário, divulgado por correio electrónico, sobre o número de testes de HIV realizados por dia



COMENTÁRIOS FINAIS



Ainda não demos o último passo do nosso percurso, mas antes o primeiro passo de um caminho ainda mais longo e mais difícil.

- Nelson Mandela (Um dos grandes líderes morais e políticos: um herói internacional cuja dedicação de toda a vida à luta contra a opressão racial na África do Sul lhe valeu o Prémio Nobel da Paz)



COMENTÁRIOS FINAIS

Este é um amplo contributo para qualquer pessoa ou entidade que está interessada em prestar serviços comunitários de prevenção de HIV, nomeadamente serviços de testagem de HIV acessíveis (STH). Embora escrito com base nas experiências de serviços comunitários de testagem de HIV prestados por organizações sem fins lucrativos (OSFL), as observações e os instrumentos contidos no presente documento de orientação tornam-no útil para qualquer entidade que trabalha nesse sector, incluindo as OSFL, os financiadores e os departamentos governamentais de saúde. De facto, ele contém princípios que podem ser aplicados à prestação de serviços comunitários em geral e não apenas à testagem de HIV, como os capítulos sobre o envolvimento de partes interessadas e sobre o monitoramento e avaliação.

Nesta época em que se tenta atingir as ambiciosas metas «90 90 90» bem como o controlo da epidemia de HIV, é importante ir para além da testagem de HIV em centros de saúde, que é essencial mas não suficiente. O presente guia prático apresenta os detalhes sobre «como fazer isso». Gostava de frisar os seguintes aspectos no que diz respeito ao desenvolvimento e execução de projectos de testagem comunitária de HIV (os quais constituíram a base das aprendizagens no presente guia):

- Houve respeito pelas partes interessadas, tais como o Departamento de Saúde da Cidade.
- Houve disposição para ouvir e aprender com as partes interessadas.
- Houve aprendizagens mútuas entre o CTD (que executou os projectos), os serviços de saúde e outras partes interessadas.

De acordo com a forma como foram conduzidos os projectos, o presente guia apresenta as vozes e os contributos de diversas partes interessadas e, como tal, irá agradar a uma variedade de prestadores de serviços num sistema de saúde pública. Alcançar os homens e os jovens (em proporções mais elevadas do que os testes realizados nos centros de saúde), juntamente com aprender como fazer isso de forma holística, contaram-

se entre os mais importantes resultados dos projectos de testagem comunitária de HIV.

No âmbito da prestação de serviços de HIV, dá-se muita atenção a «diferentes modelos de cuidados de saúde», reconhecendo-se que a prestação de cuidados de saúde realmente orientados para o paciente exige que a TARV seja fornecida de diferentes formas, por exemplo, aos pacientes estáveis na TARV ou aos recém-inscritos na TARV. Da mesma forma, o presente guia é um importante contributo para a testagem de HIV de forma orientada para o paciente, no âmbito dos modelos de cuidados de saúde orientados para o paciente. Também surge num momento em que se reanalisam, na Cidade do Cabo e em toda a África do Sul, os serviços comunitários em geral bem como a forma como estes são prestados, portanto um guia detalhado como este sobre a testagem de HIV deve ser um valioso recurso.

Gostava de agradecer ao Centro de TB Desmond Tutu da Universidade de Stellenbosch, aos autores e ao grupo de coordenação por terem assumido esta tarefa, bem como ao financiador (Centros de Prevenção e Controlo de Doenças), por ter possibilitado tudo isso.

O capítulo introdutório inclui uma citação do Arcebispo Emérito Desmond Tutu: «Faça o seu pouquinho de bem onde estiver...». Gostava de adicionar que, pelos serviços prestados durante a vigência dos projectos, pela capacidade desenvolvida nas OSFL e pelas aprendizagens já partilhadas, acho que se fez muito mais do que um pouquinho de bem. Este guia abre a possibilidade de se continuar a fazer bem, aqui na Cidade do Cabo e mais além, onde quer que ele chegue.

Dr.ª Karen Jennings
Directora HIV/STI/TB
Saúde da Cidade, Município da Cidade do Cabo



REFERÊNCIAS

1. Sidibe M. The Last Climb: Ending AIDS, Leaving No One Behind (Abertura de Plenária na Conferência AIDS 2014 em Melbourne, Austrália). Em Melbourne; 2014. Disponível em: http://www.aids2014.org/WebContent/File/AIDS2014_Opening_Addresses_Michel_Sidibe.pdf
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. Genebra; 2014. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>
3. Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. *Nature*. 2015;528(7580):S77–85.
4. Yeap A., Hamilton R, Charalambous S, Dwadwa T, Churchyard GJ, Geissler PW, et al. Factors influencing uptake of HIV care and treatment among children in South Africa - a qualitative study of caregivers and clinic staff. *AIDS Care*. 2010;22(9):1101–7.
5. Meehan S-A, Leon N, Naidoo P, Jennings K, Burger R, Beyers N. Availability and acceptability of HIV counselling and testing services. A qualitative study comparing clients' experiences of accessing HIV testing at public sector primary health care facilities or non-governmental mobile services in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health*. 2015;15(1):845.
6. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, McKenzie O, Bond V, Martin-Hilber A, et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2013 Jan.;13(1):220.
7. Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: The results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*. 2012 Jun. 13;(Agosto 2012):37–41.
8. Mills EJ, Beyrer C, Birungi J, Dybul MR. Engaging men in prevention and care for HIV/AIDS in Africa. *PLoS Med*. 2012;9(2):1–4.
9. Griffith DC, Agwu AL. Caring for youth living with HIV across the continuum: turning gaps into opportunities. *AIDS Care*. 2017;1–7.
10. Leon NH, Colvin CJ, Lewin S, Mathews C, Jennings K. Provider-initiated testing and counselling for HIV - from debate to implementation. *South African Med J*. 2010 Abr.;100(4):220–1.
11. Departamento Nacional de Saúde (África do Sul). National HIV Testing Services Policy 2016 [Internet]. Pretória; 2016. Disponível em: <http://www.hst.org.za/publications/national-hiv-testing-services-policy>
12. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (ONUSIDA). AIDS By the Numbers [Internet]. Genebra; 2016. Disponível em: <http://aidsinfo.unaids.org>
13. Organização Mundial da Saúde. HIV Fact Sheet [Internet]. [citado 2016 Ago. 11]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
14. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (ONUSIDA). AIDS Info [Internet]. [citado 2016 Set. 22]. Disponível em: <http://aidsinfo.unaids.org/>
15. Fraser-Hurt N, Zuma K, Njuho P, Chikwava F, Slaymaker E, Hosegood V, et al. The HIV epidemic in South Africa: What do we know and how has it changed? [Internet]. Pretória; Disponível em: <http://www.hsra.ac.za/en/research-data/view/5686>
16. South Africa Country Operational Plan 2016 Strategic Direction Summary (SDS) [Internet]. 2016. Disponível em: <https://za.usembassy.gov/our-relationship/pepfar/fact-sheets/>
17. Shisana, O, Rehle, TT, Simbayi, LC, Zuma, K, Jooste, S, Zungu, N, Labadarios, D, Onoya D et al. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey [Internet]. Cidade do Cabo: HSRC; 2012. Disponível em: <http://www.hsra.ac.za/en/research-data/view/6871>

18. Ataguba JE, Akazili J, McIntyre D. Socioeconomic-related health inequality in South Africa: Evidence from General Household Surveys. *Int J Equity Health*. 2011;10(1):48.
19. Simelela N, Venter WDF, Pillay Y, Barron P. A Political and Social History of HIV in South Africa. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2015;256–61.
20. Burton R, Giddy J, Stinson K. Prevention of mother-to-child transmission in South Africa: an ever-changing landscape. *Obstet Med*. 2015;8(1):5–12.
21. Kranzer K, Zeinecker J, Ginsberg P, Orrell C, Kalawe NN, Lawn SD, et al. Linkage to HIV care and antiretroviral therapy in Cape Town, South Africa. *PLoS One*. 2010 Jan.;5(11):e13801.
22. Departamento Nacional de Saúde da África do Sul. Global Aids Response. Progress Report. [Internet]. Pretória; 2012. Disponível em: http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_ZA_Narrative_Report.pdf
23. Barker P, Barron P, Bhardwaj S, Pillay Y. The role of quality improvement in achieving effective large-scale prevention of mother-to-child transmission of HIV in South Africa. *AIDS*. 2015;29(Abril):S137–43.
24. Simelela NP, Venter WDF. A brief history of South Africa's response to AIDS. *South African Med J*. 2014;104(3): 249–51.
25. Maughan-Brown B, Lloyd N, Bor J, Venkataramani AS. Changes in self-reported HIV testing during South Africa's 2010 / 2011 national testing campaign : gains and shortfalls. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;19:1–10.
26. Bekker LG, Venter F, Cohen K, Goemare E, Van Cutsem G, Boule A, et al. Provision of antiretroviral therapy in south africa: The nuts and bolts. *Antivir Ther*. 2014;19:105–16.
27. Departamento de Saúde do Governo do Cabo Ocidental. Antiretroviral Treatment protocol version 2 (Based on National Treatment Guidelines). Cidade do Cabo; 2004.
28. Departamento Nacional de Saúde da África do Sul. The South African Antiretroviral Treatment Guidelines [Internet]. Pretória; 2010. Disponível em: http://www.sahivsoc.org/Files/Summary_The_South_African_Antiretroviral_Treatment_2010.pdf
29. Piot P, Barre-Sinoussi F, Karim QA, Karim SSA, Beyrer C. Appeal to global donors to save the Treatment Action Campaign. *Lancet*. 2014;384(9959):e62.
30. Sidibe M, Loures L, Samb B. The UNAIDS 90-90-90 target : a clear choice for ending AIDS and for sustainable health and development. *J Int AIDS Soc*. 2016;19:1–2.
31. Departamento de Saúde do Governo do Cabo Ocidental. Antenatal Survey Report. Cidade do Cabo; 2014.
32. Organização Mundial da Saúde. Situation Analysis and Priority Setting [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/nationalpolicies/processes/priorities/en/>
33. Rajan D. Strategizing National Health in the 21st century: A handbook. Capítulo 3. Situation analysis of the health sector. [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>
34. Organização Mundial da Saúde. Operations Manual for Delivery of HIV Prevention, Care and Treatment at Primary Health Centres in High-Prevalence, Resource-Constrained Settings. [Internet]. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/imai/om.pdf>
35. MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001;91(12):1929–38.
36. McCoy D, Bamford L. How to conduct a rapid situation analysis . A Guide for Health Districts in South Africa. [Internet]. Durban: Health Systems Trust; 1998. 3-62 p. Disponível em: <http://www.healthlink.org.za/hst/isds>
37. Allen DR, Finlayson T, Abdul-Quader A, Lansky A. The role of formative research in the national HIV behavioral surveillance system. *Public Health Rep*. 2009;124(1):26–33.
38. Vernooij E, Mehlo M, Hardon A, Reis R. Access for all: contextualising HIV treatment as prevention in Swaziland. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2016;28(Setembro):7–13.
39. Griffiths J, Maggs H, George E. Stakeholder Involvement: Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace [Internet]. Volume 44, Organização Mundial da Saúde. Genebra, Suíça; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/griffiths-stakeholder-involvement.pdf>
40. Schatz E, Madhavan S, Williams J. Female-headed households contending with AIDS-related hardship in rural South Africa. *Heal Place*. 2011;17(2):598–605.
41. Bond V, Chiti B, Hoddinott G, Reynolds L, Schaap A, Simuyaba M, et al. "The difference that makes a difference": highlighting the role of variable contexts within an HIV Prevention Community Randomised Trial (HPTN 071/PopART) in 21 study communities in Zambia and South Africa. *AIDS Care*. 2016;28(SUPL.3):99–107.
42. Quinn SC. Ethics in public health research: protecting human subjects: the role of community advisory boards. *Am J Public Health*. 2004;94(6):918–22.
43. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Good participatory practice guidelines for biomedical HIV prevention trials. *Vaccine*. 2007;68.
44. Iniciativa Internacional de Vacina contra a SIDA. Training Manual: Guidance tool for Community Advisory Boards [Internet]. Nova Iorque; 2012. Disponível em: <https://www.iavi.org/component/phocadownload/category/20-training-and-toolkits>
45. Hunter J. Health Committees as Vehicles for Community Participation: Release from a National Colloquium on Health Committees [Internet]. Cidade do Cabo; 2014. Disponível em: <http://www.salearningnetwork.uct.ac.za/news/health-committees-vehicles-community-participation>
46. Brown A. Community forum or public meeting [Internet]. p. 843. Disponível em: <https://definedterm.com/a/definition/84325>
47. Minkler M. Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. *J Urban Heal*. 2005;82(supl. 2):3–12.
48. Clark T. "We're Over-Researched Here!": Exploring Accounts of Research Fatigue within Qualitative Research Engagements. *Sociology*. 2008;42(5):953–70.
49. Douglas M. Risk and Blame. *Essays in Cultural Theory*. [Internet]. Londres: Taylor & Francis; 2003. Disponível em: [http://14.139.206.50:8080/jspui/bitstream/1/1938/1/Douglas, Mary - Risk and Blame.pdf](http://14.139.206.50:8080/jspui/bitstream/1/1938/1/Douglas,%20Mary%20-%20Risk%20and%20Blame.pdf)
50. Farmer J, Nimegeer A. Community participation to design rural primary healthcare services. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):130.
51. Hofferth SL, Iceland J. Social capital in rural and urban communities. *Rural Sociol*. 1998;63(4):574.
52. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006;3(10):1673–6.
53. Brown L. A protocol for community based research . *Am J Prev Med*. 1996;12(4):4–5.
54. Boffa J, Ndlovu S, Mayan M, Fisher D, Cowie R, Wilson D. Novel principles to facilitate cross-cultural community engagement in tuberculosis research. Em: Oral Poster Presentation at the 45th World Conference on Lung Health of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) [Internet]. 2014. Disponível em: <http://barcelona.worldlunghealth.org/programme/abstracts/poster-discussion-sessions/body/Poster-Discussion-08.pdf>
55. Diário Oficial da África do Sul. Non profit Organizations Act No 71 of 1997 [Internet]. 2010. Disponível em: http://www.ngopulse.org/sites/default/files/npo_act.pdf
56. Kelly JA, Somlai AM, Benotsch EG, Amirkhanian YA, Fernandez MI, Stevenson LY, et al. Programmes, resources, and needs of HIV-prevention nongovernmental organizations (NGOs) in Africa, Central/Eastern Europe and Central Asia, Latin America and the Caribbean. *AIDS Care*. 2006;18(1):12–21.
57. Concepts and Functions of NGO. Training Material. [Internet]. Rai Technology University. [citado 2017 Fev.16]. Disponível em: http://164.100.133.129:81/eCONTENT/Uploads/CONCEPTS_AND_FUNCTIONS_OF_NGO.pdf
58. Delisle H, Roberts JH, Munro M, Jones L, Gyorkos TW. The role of NGOs in global health research for development. *Health Res Policy Syst*. 2005;3(1):3.
59. Chilengue N. The Relationship between Non-Governmental Organizations (NGOs) and Community-Based Organizations (CBOs), in implementing Development projects in Mozambique. A report on a research project presented to The Discipline of Sociology School of Social Scie [Internet]. University of the Witwatersrand; 2013. Disponível em: [http://wiredspace.wits.ac.za/bitstream/handle/10539/13844/therelationshipbetweennon-governmentalorganizations\(ngos\)andcommunity-basedorganizations\(cbos\)inimplementingdevelopmentprojectsinmoza.pdf?sequence=1](http://wiredspace.wits.ac.za/bitstream/handle/10539/13844/therelationshipbetweennon-governmentalorganizations(ngos)andcommunity-basedorganizations(cbos)inimplementingdevelopmentprojectsinmoza.pdf?sequence=1)

60. Agência de Estatísticas da África do Sul. Statistical release (Revised) Census 2011. P0301.4 [Internet]. Pretória; 2012. Disponível em: <https://www.statssa.gov.za/publications/P03014/P030142011.pdf>
61. Publow M. Partnerships: Frameworks for Working Together [Internet]. Strengthening Nonprofits: A Capacity Builder's Resource Library. 2010. Disponível em: <http://www.strengtheningnonprofits.org/resources/guidebooks/Partnerships.pdf>
62. Batti RC. Challenges facing local NGOs in resource mobilization. *Humanit Soc Sci.* 2014;2(3):57–64.
63. Paul S. Community participation in development projects [Internet]. Washington D.C.; 1987. Disponível em: www-wds.worldbank.org
64. Tenders Explained [Internet]. SA-Tenders. [citado 2017 Mar. 24]. Disponível em: <http://www.sa-tenders.co.za/content/hints-tips-and-news/tenders-explained>
65. Padilla LMS, Staplefoote L, Morganti KG. Financial Sustainability for Nonprofit Organizations. *Heal Rand Educ.* 2012;1–46.
66. St. Johns Ambulance. Competency-based Interview Guide [Internet]. Disponível em: vacancy.sja.org.uk/get/job/file/3609
67. Organização Mundial da Saúde. Global Tuberculosis Report [Internet]. Genebra, Suíça; 2016. Disponível em: www.who.int/tb/publications/global_report/en/
68. Departamento Nacional de Saúde (África do Sul). Occupational Health Services for Health care Workers in the National Health Service of South Africa. A Guideline Booklet. [Internet]. Pretória; 2003. Disponível em: <http://www.kznhealth.gov.za/occhealth/OHmanual.pdf>
69. Departamento de Saúde do Governo do Cabo Ocidental. The Western Cape Consolidated Guidelines for HIV Treatment: Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT), Children, Adolescents and Adults. 2016 (Versão Modificada) [Internet]. Cidade do Cabo; 2016. Disponível em: <https://www.westerncape.gov.za/documents/guides/H>
70. Organização Mundial da Saúde. Chest Radiography in Tuberculosis Detection. Summary of current WHO recommendations and guidance on programmatic approaches [Internet]. Genebra; 2016. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form
71. Centros de Prevenção e Controlo de Doenças. Recommended Vaccines for Healthcare Workers [Internet]. Atlanta; 2014. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/hcw.html>
72. Centros de Prevenção e Controlo de Doenças. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Mortal Morb Wkly Rep* [Internet]. 2001;50(1–42). Disponível em: <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>
73. Centros de Prevenção e Controlo de Doenças. Division of Tuberculosis Elimination. Testing Health Care Workers [Internet]. 2016 [citado 2017 Fev. 13]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tb/topic/testing/healthcareworkers.htm>
74. Claassens MM, van Schalkwyk C, du Toit E, Roest E, Lombard CJ, Enarson DA, et al. Tuberculosis in Healthcare Workers and Infection Control Measures at Primary Healthcare Facilities in South Africa. *PLoS One.* 2013;8(10):1–8.
75. Kuster SP, Shah PS, Coleman BL, Lam PP, Tong A, Wormsbecker A, et al. Incidence of influenza in healthy adults and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2011;6(10):1–9.
76. Organização Mundial da Saúde. Consolidated Guidelines on HIV testing Services [Internet]. Genebra; 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1
77. Governo da África do Sul. Accreditation as a provider of education and training [Internet]. 2017 [citado 2017 Jan. 10]. Disponível em: <http://www.gov.za/node/727387>
78. Centros de Prevenção e Controlo de Doenças. Principles of Epidemiology in Public Health Practice. (3.ª edição). An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. [Internet]. Atlanta; 2012. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/>
79. Parker LA, Jobanputra K, Rusike L, Mazibuko S, Okello V, Kerschberger B, et al. Feasibility and effectiveness of two community based HIV testing models in rural Swaziland. *Trop Med Int Heal.* 2015;0(0).
80. Tabana H, Nkonki L, Hongoro C, Doherty T, Ekström AM, Naik R, et al. A cost-effectiveness analysis of a home-based HIV counselling and testing intervention versus the standard (facility based) HIV testing strategy in rural South Africa. *PLoS One.* 2015;10(8):1–13.
81. Meehan S, Rossouw L, Sloom R, Beyers N, Burger R. Access to HIV testing services in Cape Town, South Africa: A User perspective. Inédito. 2017;
82. Meehan S-A, Naidoo P, Claassens MM, Lombard C, Beyers N. Characteristics of clients who access mobile compared to clinic HIV counselling and testing services: a matched study from Cape Town, South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):1–8.
83. Meehan S-A, Draper H, Naidoo P, Burger R, Beyers N. Comparing linkage to HIV care and TB treatment for two community-based HIV testing modalities in Cape Town, South Africa. Manuscrito inédito.
84. Van Rooyen H, Barnabas R, Baeten J, Phakathi Z, Joseph P, Krows M, et al. High HIV testing uptake and linkage to care in a novel program of home-based HIV counselling and testing with a facilitated referral in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;64(1):27–33.
85. Van Rooyen H, Richter L, Coates T, Boettiger M. Approaches to HIV Counseling and Testing: Strengths and Weaknesses, and Challenges for the Way Forward. Em: Rohleder P, Swartz L, Kalichman S, Simbayi L, (editores). *HIV/AIDS in South Africa 25 years on.* Nova Iorque: Springer; 2009. p. 165–82.
86. Govindasamy D, Ferrand RA, Wilmore SM, Ford N, Ahmed S, Afnan-Holmes H, et al. Uptake and yield of HIV testing and counselling among children and adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(1):20182.
87. AIDS Foundation. HIV Test Window Periods [Internet]. 2015 [citado 2015 Ago. 26]. p. 2–3. Disponível em: <http://www.sfaf.org/hiv-info/testing/hiv-test-window-periods.html>
88. How effective are condoms? [Internet]. Planned Parenthood. [citado 2017 Fev. 15]. Disponível em: <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/condom/how-effective-are-condoms>
89. Giannou F, Tsiara C, Nikolopoulos G, Talias M, Benetou V, Kantzanou M, et al. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: a systematic review and meta-analysis of studies on HIV serodiscordant couples. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2016;16(4):489–99.
90. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;68(3):337–44.
91. Centers for Disease Control and Prevention. Condom Fact Sheet In Brief [Internet]. 2016 [citado 2017 Jan. 27]. p. 1–2. Disponível em: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/brief.html>
92. McKinnon LR, Karim QA. Factors Driving the HIV Epidemic in Southern Africa. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13(3):158–69.
93. Sales JM, Smearman EL, Swartzendruber A, Brown JL, Brody G, Diclemente RJ. Socioeconomic-related risk and sexually transmitted infection among African-American adolescent females. *J Adolesc Heal.* 2014;55(5):698–704.
94. Karim S, Churchyard G, Karim Q, Lawn S. HIV infection and Tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response. *Lancet.* 2009;374(9693):921–33.
95. Levitt NS, Steyn K, Dave J, Bradshaw D. Chronic noncommunicable diseases and HIV-AIDS on a collision course: relevance for health care delivery, particularly in low-resource settings—insights from South Africa. *Am J Clin Nutr.* 2011;94(6):1690S–1696S.
96. Haregu TN, Setswe G, Elliott J, Oldenburg B. Integration of HIV/AIDS and noncommunicable diseases in developing countries: rationale, policies and models. *Int J Healthc.* 2015;1(1):21.
97. FHI360. Integration of HIV and noncommunicable disease care [Internet]. Genebra; 2014. Disponível em: https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/NCD_Factsheet_v3_WEB.pdf
98. Organização Mundial da Saúde. Global Status Report on Noncommunicable Diseases [Internet]. Genebra; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
99. Carter M. AIDSmap Fact Sheet High Blood Pressure [Internet]. NAM publication. 2012 [citado 2017 Mar. 30]. Disponível em: <http://www.aidsmap.com/High-blood-pressure/page/1044677/>

100. Federação Internacional de Diabetes. Risk factors [Internet]. [citado 2017 Mar. 30]. Disponível em: <http://www.idf.org/about-diabetes/risk-factors>
101. Instituto Nacional de Saúde. AIDS Info: Offering Information on HIV/AIDS Treatment, Prevention and Research [Internet]. [citado 2017 Mar. 30]. Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/education-materials/fact-sheets/22/59/hiv-and-diabetes>
102. Centros de Prevenção e Controlo de Doenças. Cholesterol Fact Sheet [Internet]. [citado 2017 Abr. 1]. Disponível em: https://www.cdc.gov/dhdspl/data_statistics/fact_sheets/fs_cholesterol.htm
103. Mayo Clinic. Who should get a cholesterol test? [Internet]. [citado 2017 Abr. 1]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/cholesterol-test/details/why-its-done/icc-20169529>
104. Departamento Nacional de Saúde (África do Sul). National Strategic Plan on HIV, STIs and TB 2012-2016 [Internet]. Pretória; 2012. Disponível em: <http://www.hst.org.za/publications/national-strategic-plan-hiv-stis-and-tb-2012-2016>
105. Organização Mundial da Saúde. Voluntary medical male circumcision for HIV prevention. Fact Sheet. [Internet]. 2012 [citado 2017 Abr. 14]. Disponível em: http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/fact_sheet/en/
106. Wamai RG, Morris BJ, Bailis S a, Sokal D, Klausner JD, Appleton R, et al. Male circumcision for HIV prevention: current evidence and implementation in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc.* 2011 Jan.;14(1):49.
107. Organização Mundial da Saúde. Retention in HIV programmes. Defining the challenges and identifying solutions [Internet]. 2011. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/retention_programmes/en/
108. Kranzer K, Govindasamy D, Ford N, Johnston V, Lawn SD. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa : a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2012;15.
109. Chi BH, Yiannoutsos CT, Westfall AO, Newman JE, Zhou J, Cesar C, et al. Universal definition of loss to follow-up in HIV treatment programs: A statistical analysis of 111 facilities in Africa, Asia, and Latin America. *PLoS Med.* 2011;8(10).
110. Organização Mundial da Saúde. Consolidated strategic information guidelines: For HIV in the health sector. [Internet]. Genebra; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>
111. Organização Mundial da Saúde. Guideline on when to start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV. *World Heal Organ [Internet].* 2015;(Setembro):78. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
112. Staying Healthy with HIV/AIDS: Achieving Viral Suppression [Internet]. AIDS.gov. [citado 2017 Abr. 2]. Disponível em: <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/staying-healthy-with-hiv-aids/taking-care-of-yourself/achieving-suppressed-viral-load/>
113. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour, M Kumarasamy N, Hakim J, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New Engl J Med.* 2011;365(6):2545–59.
114. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet.* 2009;373(9657):48–57.
115. Pollini R, Blanco E, Crump C, Zúñiga ML. A Community-Based Study of Barriers to HIV Care Initiation. *AIDS Patient Care STDS.* 2011;25(10):601–9.
116. Nakigozi G, Atuyambe L, Kanya M, Makumbi FE, Chang LW, Nakyanjo N, et al. A qualitative study of barriers to enrollment into free HIV care: Perspectives of never-in-care HIV-positive patients and providers in Rakai, Uganda. *Biomed Res Int.* 2013;ID 470245.
117. Naik R, Doherty T, Jackson D, Tabana H, Swanevelde S, Thea DM, et al. Linkage to care following a home-based HIV counselling and testing intervention in rural South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19843.
118. Luque-Fernandez MA, Van Cutsem G, Goemaere E, Hilderbrand K, Schomaker M, Mantangana N, et al. Effectiveness of patient adherence groups as a model of care for stable patients on antiretroviral therapy in Khayelitsha, Cape Town, South Africa. *PLoS One.* 2013 Jan.;8(2):e56088.
119. Haberer JE, Sabin L, Amico KR, Orrell C, Galárraga O, Tsai AC, et al. Review article Improving antiretroviral therapy adherence in resource-limited settings at scale : a discussion of interventions and recommendations. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):1–15.
120. Govindasamy D, Kranzer K, Van Schaik N, Noubary F, Wood R, Walensky RP, et al. Linkage to HIV, TB and non-communicable disease care from a mobile testing unit in Cape Town, South Africa. *PLoS One.* 2013;8(11):1–11.
121. Govindasamy D, van Schaik N, Kranzer K, Wood R, Mathews C, Bekker L-G. Linkage to HIV Care From a Mobile Testing Unit in South Africa by Different CD4 Count Strata. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;58(3):344–52.
122. Gollwitzer PM. Goal Achievement: The Role of Intentions. *Eur Rev Soc Psychol [Internet].* 1993;4(1):141–85. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14792779343000059>
123. Organização Mundial da Saúde. Handbook for improving HIV testing and counselling services. 2010; Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/>
124. Villadiego S, Lim J, Lee A, Peck R. Rapid Assessment of Quality and Field Performance of HIV Rapid Diagnostic Tests in Three Countries. A Report to the Bill and Melinda Gates Foundation [Internet]. 2012. Disponível em: https://www.path.org/publications/files/TS_hiv_rdt_assess_rpt.pdf
125. The National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS). Training and Competence Assessment; Approved Guideline (2.ª edição). NCCLS document GP21-A2 [Internet]. Pennsylvania, EUA; 2004 [citado 2017 Mar. 13]. Disponível em: <http://demo.nextlab.ir/getattachment/dbbb26c2-2a0c-497c-b217-ab50a8275ba8/CLSI-GP21-A2.aspx>
126. Organização Mundial da Saúde. Manual for procurement of diagnostics and related laboratory items and equipment [Internet]. Genebra; 2013. Disponível em: http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/130627_manual_for_procurement_of_diagnostics-001-june2013.pdf
127. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (ONUSIDA). Terminology Guidelines [Internet]. Genebra; 2015. Disponível em: www.unaids.org/sites/default/files/media.../2015_terminology_guidelines_en.
128. Organização Mundial da Saúde. Towards universal access by 2010. How WHO is working with countries to scale-up prevention, treatment, care and support. [Internet]. 2006 [citado 2017 Fev. 23]. Disponível em: http://www.who.int/hiv/toronto2006/UAreport2006_en.pdf
129. Bertozzi S, Padian N, Wegbreit J, DeMaria L, Feldman B, Gayle H, Gold, J, Grant, R and Isbell M. HIV/ AIDS Prevention and Treatment [Internet]. 2.ª edição. Jamison DT, Breman JG MA, editor. *Disease Control Priorities in Developing Countries.* New York: Oxford University Press; 2006 [citado 2011 Abr. 11]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11782>
130. Data vs Information [Internet]. Diffen - Compare Anything. [citado 2017 Fev. 28]. Disponível em: http://www.diffen.com/difference/Data_vs_Information
131. Redman TC. *Data Quality for the Information Age.* Norman, MA. EUA: Artech House Inc; 1997.
132. TechTarget. Database (DB) [Internet]. [citado 2017 Fev. 28]. Disponível em: <http://searchsqlserver.techtarget.com/definition/database>.
133. Breakwell G, Hammond S, Fife-Shaw C, eds.. *Research Methods in Psychology.* 1.ª edição Londres: SAGE Publications; 1995.
134. ISO/TC 211 Multi-Lingual Glossary of Terms. ISO/TC. Geographic information/Geomatics Terminology. [Internet]. [citado 2017 Fev. 15]. Disponível em: <http://www.iso211.org/Terminology.htm>
135. Singapore Statement on Research Integrity [Internet]. [citado 2017 Mar. 16]. Disponível em: <http://www.singaporestatement.org/statement.html>
136. Associação Médica Mundial. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. 2013 [citado 2017 Mar. 16]. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
137. Paulsen A, Overgaard S, Lauritsen JM. Quality of data entry using single entry, double entry and automated forms processing-an example based on a study of patient-reported outcomes. *PLoS One.* 2012;7(4):1–6.
138. Departamento Nacional de Saúde (África do Sul). Monitoring and Evaluation Framework for the Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment Programme for South Africa [Internet]. Pretória; 2004. Disponível em: <http://www.hst.org.za/publications/monitoring-and-evaluation-framework-comprehensive-hiv-and-aids-care-management-and-trea>
139. Monitoring and Evaluation Tool kit. HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004.

140. Organização Mundial da Saúde. Planning, Implementing, and Monitoring Home-Based HIV Testing and Counselling. A Practical Handbook for Sub-Saharan Africa [Internet]. Genebra, Suíça; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75366/1/9789241504317_eng.pdf
141. Rowe AK, De Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005;366(9490):1026–35.
142. Bock NN, Jensen PA, Miller B, Nardell E. Tuberculosis infection control in resource-limited settings in the era of expanding HIV care and treatment. *J Infect Dis*. 2007;196(Supl. 1):S108–13.
143. Organização Mundial da Saúde. Policy on TB infection control in health-care facilities [Internet]. Genebra; 2009. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
144. Nash D, Elul B, Rabkin M, Tun M, Saito S, Becker M, et al. Strategies for More Effective Monitoring and Evaluation Systems in HIV Programmatic Scale-Up in Resource-Limited Settings : Implications for Health Systems Strengthening. *Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;52(1):58–62.

APÊNDICES

Apêndice 1: Instrumento de análise situacional

1. Dados de rotina

A. Dados demográficos

		Fonte
Local		
Descrição geral da região		
Dimensão (km)		
Distrito		
Subdistritos		
População (número)		
Adultos (≥ 18)		
Homens (≥ 18)		
Mulheres (≥ 18)		
Adultos (18-44)		
Homens 18-44		
Mulheres 18-44		
Crianças (< 18)		
Estado civil		
Religião		
Número de agregados familiares		
Tipos de habitação		
Número de sem-abrigo		
Principais línguas faladas		
Discriminação por grupos culturais (em %)		
Nível de educação		
Níveis de emprego		
Rendimento médio <i>per capita</i> /agregado familiar		

B. Peso da doença

		Fonte
Taxas de morbilidade		
Taxa de mortalidade perinatal		
Taxa de mortalidade infantil		
Mortalidade materna		
HIV/STH		
Prevalência de HIV		
Número com HIV		
18-45 seropositivos		
18-45 seronegativos		
Estado desconhecido		
Actual participação anual de testagem		
Objectivo de testagem do DS		



Apêndice 1 cont.

Bem-estar HIV		
Serviço TARV/Bem-estar mantido por...		
Seropositivo, não em bem-estar		
Seropositivo em bem-estar		
TARV		
Seropositivo, não elegível para TARV		
Seropositivo, elegível para TARV		
Seropositivo, em cuidados, não em TARV		
Seropositivo, em cuidados, em TARV		
Actual cobertura TARV		
Objectivo do DS		
PTV		
Número de grávidas por ano		
Grávidas seropositivas		
Actual aceitação de PTV		
Número de elegíveis para PTV		
Onde se presta este serviço		
Preservativos femininos		
Objectivo		
Cobertura actual		
Onde são distribuídos?		
Preservativos masculinos		
Meta (30 preservativos por pessoa por mês)		
Cobertura actual (15 pppm)		
Onde são distribuídos?		
CMM		
Número estimado de homens com circuncisão cultural		
Número estimado de homens elegíveis para circuncisão		
Actual aceitação de CMM.		
Onde é realizada?		
ITS		
Taxa anual de prevalência de ITS		
Actual cobertura de testagem e tratamento de ITS		
TB		
Incidência		
Prevalência		
Proporção de TB activa em cuidados		
Actual tratamento de casos de TB por ano		
Testagem de serviço de teste de expectoração - frequência, quem, quando, onde, como		

2. Serviços

A. Serviços sociais

Local		Fonte
Cuidadores baseados em casa		

Grupos de apoio		
Programas de alimentação		
Abrigos		
Centros de reabilitação		
Prisões		
Igrejas		
Centros comerciais		
Mercados		
Pontos de táxi		
Estações ferroviárias		
Centros desportivos		
Centros sociais		
Escolas		
Postos policiais		
Dormitórios		

B. Serviços de saúde

Centros de saúde (tipos, pessoal, utilização, serviços)		Fonte
CSC (tipos, pessoal, utilização, serviços)		
Hospital de referência secundária (taxas de encaminhamento)		
Hospital de referência terciária (taxas de encaminhamento)		
Outros serviços de saúde		
Comités de saúde		
Fóruns de saúde		
Centros de reabilitação (fisioterapia)		
OSFL de Saúde		
Capacidade de formação em matéria de saúde		
Curandeiros		
Serviços médicos privados		

C. Serviços comunitários relevantes

Local		Fonte
CCC		
Fóruns comunitários		
Líderes culturais		
Líderes da comunidade		

D. Actuais projectos de investigação

Local		Fonte
HIV		
TB		
CMM		
PTV		
ITS		
Outro		

Apêndice 2: Lista de verificação para grandes eventos de envolvimento da comunidade

Requisitos dos pedidos de um grande evento de envolvimento da comunidade

Legenda	
√	Apresentação obrigatória
*	Apresentação se for caso disso

Pedidos	Aprovação
Formulário de pedido	√
Formulário de indemnização	√
Plano de emergência	√
Plano de gestão de resíduos	√
Segurança de eventos (Serviço de Polícia Sul-africano/Fórum de Polícia Comunitária)	√
Formulário de isenção de barulho	√
Certidão de aceitabilidade dos alimentos	√
Plano de protecção ambiental	*
Montagem de estruturas temporárias (Palco)	*
Pedido de certidão de população	*
Sinalização temporária	*
Plano de gestão de transporte (encerramento de estradas)	*
Plano de gestão de trânsito (serviços de trânsito)	*

Apêndice 3: Exemplo de Anúncio de Concurso



Convite a Parceiros OSFL para gerirem Centros de Prevenção Comunitária de HIV

O Projecto de Prevenção Comunitária de HIV PEPFAR/CCD é uma colaboração entre o Centro de TB Desmond Tutu (CTDT), a Cidade do Cabo, o governo provincial do Cabo Ocidental e organizações não governamentais (ONG). Procuramos ONG que possam gerir centros de prevenção comunitária de HIV.

Convida-se ONG com experiência na contratação de conselheiros STH ou na gestão de locais de STH comunitários a apresentarem propostas para parceria nesta iniciativa. Os parceiros ONG serão responsáveis pelo seguinte:

- Gerir/assumir o controlo de um local de STH já existente, o qual será gerido como um centro de prevenção comunitária de HIV.
- Garantir instalações apropriadas para o centro.
- Contratar ou transferir temporariamente um coordenador a tempo parcial para assumir a responsabilidade pela direcção do centro.
- Contratar conselheiros de STH - as ONG devem assumir/utilizar os conselheiros existentes sempre que possível.
- Trabalhar com os enfermeiros inscritos, contratados pelo CTDT, que serão transferidos temporariamente para as ONG a fim de prestarem serviços clínicos.
- Trabalhar com os enfermeiros profissionais que serão responsáveis pelos aspectos de monitoramento e avaliação/garantia de qualidade do centro. Esses três enfermeiros irão trabalhar em todos os cinco locais, a prestar serviços clínicos quando necessário, sendo baseados nos centros.
- Comprar todos os produtos consumíveis.
- Comprar os artigos médicos excepto os testes de HIV.
- Contratar uma empresa de gestão de resíduos para recolher resíduos de serviços de saúde semanalmente.
- Produzir o material IEC necessário.
- Estabelecer serviços nestes centros, em colaboração com o CTDT e de acordo com as normas acordadas.
- Manter o local.
- Realizar actividades de proximidade na comunidade.
- Elaborar e executar um plano de prevenção de HIV para jovens, incluindo sessões mensais sobre HIV para jovens.
- Relatar ao CTDT as actividades realizadas e despesas financeiras.

Cada centro de prevenção comunitária de HIV terá um pessoal composto por:

- um coordenador ONG a tempo parcial;
- um enfermeiro inscrito que irá realizar testes de HIV e de TB sob a supervisão de um enfermeiro profissional;
- três conselheiros de STH;
- um motorista (facultativo);
- um responsável de segurança (facultativo); e,



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

Desmond Tutu TB Sentrum • Centre • Iziko

Department of Paediatrics and Child Health • Departamento de Pediatria e Saúde Infantil

Faculty of Medicine and Health Sciences • Faculdade de Medicina e Ciências de Saúde

☎ 241, Cape Town 8000 (27+21) 938 9812, Fax • Fax: (27+21) 938 9719, South Africa • África do Sul

Director • Directora: Prof Anneke Hesseling (annekeh@sun.ac.za)

Apêndice 3 cont.

- um Enfermeiro Profissional que irá realizar o MA e a garantia de qualidade, e supervisionar e realizar testes de HIV se necessário.

Existem fundos, e gostávamos de celebrar acordos até 30 de Setembro de 2013. O financiamento é, potencialmente, de cinco anos. Os contratos irão ser renovados em função de fundos e desempenho. As ONG interessadas em colaborar com o CTDI necessitam de satisfazer os seguintes requisitos:

- A ONG deve estar registada nos termos da lei n.º 71 de 1997 relativa às Organizações sem Fins Lucrativos.
- Espera-se que as ONG tenham uma infra-estrutura capaz de proporcionar uma boa gestão (incluindo a gestão financeira), prestando os serviços financiados e assegurando um nível adequado de monitoramento e avaliação de serviços.
- As ONG serão obrigadas a celebrar acordos contratuais com a Universidade de Stellenbosch, sendo responsabilizadas pelos fundos que lhes são atribuídos.
- As organizações serão obrigadas a apresentar, trimestralmente, relatórios financeiros e narrativos.

Fundos serão atribuídos para actividades específicas e não para utilização geral pelas organizações. Fundos serão atribuídos só para o período de financiamento acordado. As organizações serão seleccionadas em função da sua capacidade para gerir o serviço e para sustentar a iniciativa a longo prazo.

São convidadas as organizações interessadas em participar na parceria a assistir a uma reunião no CTDI no DIA e HORA em LOCAL. **Favor confirmar com a pessoa de contacto e pelo número de telefone de contacto.**

Apêndice 4: Exemplo de critérios de avaliação de uma proposta

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE UMA PROPOSTA NÚMERO DE PROPOSTA:

Critérios de Avaliação	Proponente 1		Proponente 2		Proponente 3		Proponente 4	
	Pontos 1-10	Pontuação ponderada						
Experiência em serviços baseados na comunidade	7	1,4	5	1	8	1,6	5	1
Experiência em serviços de HIV	6	1,5	3	0,75	8	2	5	1,25
Capacidade financeira da OSFL	5	1,25	3	0,75	3	0,75	6	1,5
Capacidade organizacional de gerir um programa baseado na comunidade	7	2,1	4	1,2	3	0,9	6	1,8
Total		6,25		3,7		5,25		5,55

Motivação: ___PROponente 1___ foi seleccionado como a OSFL vencedora.
Teve a maior pontuação global

Data:

Apêndice 5: Exemplo de um Plano de Trabalhos

OBJECTIVO: O objectivo global deste projecto é desenvolver, executar e avaliar um programa comunitário de prevenção de HIV.				
ACTIVIDADES	PRAZO	RESPONSÁVEL/RESPONSÁVEIS	RESULTADO E INDICADORES E OBJECTIVOS	
Colaborar com a Equipa de Gestão da Saúde Subdistrital, Comité de Saúde, MSAT e outras estruturas comunitárias apropriadas a fim de discutir a criação de centros de prevenção comunitária de HIV	Maio/Junho de 2012	Director de ONG Coordenador de ONG	Actas de reuniões	
Assinar contrato com a Universidade de Stellenbosch	27 de Março de 2012	Director de ONG	Assinou contrato	
Confirmar conselheiros leigos para local	Abril de 2012	Gerente de RH de ONG	Contratos assinados com conselheiros de HIV	
Elaborar descrições de funções formais para coordenador de ONG/EN/conselheiros leigos	Abril/Maio de 2012	Gestor de projectos RH de ONG Coordenador de ONG Enfermeiros inscritos Conselheiros leigos	Descrições de funções assinadas	
Confirmar local para centro de prevenção comunitária de HIV	Maio/Junho de 2012	Director de ONG	Contrato de arrendamento assinado	
Renovar o local/ligar a electricidade/o telefone/a ADSL, etc.	1 de Julho de 2012	Director de ONG Subcontratantes	Local totalmente ligado	
Comprar equipamentos/equipamentos não médicos	Junho de 2012	Director de ONG Coordenador de ONG	Facturas apresentadas	
Publicitar serviços a nível local	De Julho de 2012 (em curso)	Coordenador de ONG	Relatório descritivo trimestral	
Abrir o centro de prevenção comunitária de HIV	Julho de 2012	Director de ONG Coordenador de ONG	Relatório descritivo trimestral	
Inventário e pedido de produtos consumíveis	Mensalmente	Coordenador de ONG	Formulários para inventário mensal arquivados Facturas	

ACTIVIDADES	PRAZO	RESPONSÁVEL/RESPONSÁVEIS	RESULTADO E INDICADORES E OBJECTIVOS
Pedido de entrega e recolha de eliminação de resíduos	Mensalmente	Coordenador de ONG	Abastecimento adequado de recipientes para resíduos de serviços de saúde Recolha regular dos recipientes utilizados
Iniciar serviços no centro de prevenção comunitária de HIV <ul style="list-style-type: none"> • Prestar STH e rastreio de TB diariamente • Encaminhar utentes seropositivos para centros de saúde locais • Encaminhar utentes diagnosticados com TB para centros de saúde locais • Encaminhar relevantes utentes masculinos para a CMM • Encaminhar utentes seropositivas e grávidas para PTV • Seguir encaminhamentos nos centros de saúde • Realizar sessões mensais para jovens • Distribuir preservativos 	1 de Julho de 2012 (em curso)	Director de ONG Coordenador de ONG PNs Equipa de HIV	Registo Estatísticas mensais apresentadas
Realizar sessões para jovens, prestar serviços (incluindo STH) acolhedores para os jovens, em colaboração com outras organizações relevantes	Mensalmente	Coordenador de ONG PNs Equipa de HIV	Registo Estatísticas mensais apresentadas
Recolher dados de rotina relativos aos serviços	Diariamente	Coordenador de ONG Equipa de HIV	Fichas e registos (em papel e em formato electrónico) actualizados estão disponíveis para revisão semanal com dados sobre: Número de utentes que receberam aconselhamento (alvo de 750 por trimestre ANO01) Número de homens que receberam aconselhamento (alvo de 50%) Número de casais que receberam aconselhamento (alvo de 10%) Número de utentes submetidos ao teste (alvo de 90%) Número de utentes submetidos a rastreio de TB (alvo de 750 por trimestre ANO01) % utentes HIV+ que acederam a cuidados de HIV (alvo de 90%) % Utentes diagnosticados com TB que iniciaram o tratamento (alvo de 95%) % utentes grávidas HIV+ que acederam à PTV (alvo de 90%) % Utentes encaminhados para a CMM que acederam à CMM (alvo de 90%) Número de jovens que assistiram às sessões mensais

Apêndice 5 cont.

Diariamente	Gestor de finanças de ONG	Livro-caixa ou contas electrónicas disponíveis para revisão
Semanalmente	Coordenador de ONG Equipa de HIV	Relatórios descritivos mensais
Dentro de 10 dias úteis a partir do fim do trimestre	Gestor de finanças de ONG Coordenador de ONG	Relatório trimestral completo e apresentado a tempo
Bimensalmente	Coordenador de ONG Equipa de HIV	Ficha de mentoria e presença
Mensalmente/ Trimestralmente, conforme exigido	Director de ONG Coordenador de ONG	Lista de presenças
Conforme exigido	Coordenador de ONG PNs	Ficha da acta/notas de apresentação
Trimestralmente (mínimo)	PNs	Ficha das actas de reuniões

Apêndice 6: Exemplo de um orçamento

Categorias de rubricas contabilísticas					Custos totais
Custos de pessoal	Esforço	Meses	Custo unitário	Unidades	
Coordenador de Projecto	10%	12		1	
Conselheiros de STH	100%	12		3	
Motorista/segurança	100%	12		1	
Equipamentos					
Mesas dobráveis	N.a.	N.a.		4	
Armários	N.a.	N.a.		2	
Tendas <i>pop up</i>	N.a.	N.a.		3	
Computadores de mesa	N.a.	N.a.		2	
Material					
Produtos consumíveis de local (incluindo papelaria)	N.a.	12		1	
Artigos médicos	N.a.	12		1	
Eliminação de resíduos	N.a.	12		1	
Deslocamento					
Transporte local	N.a.	12		1	
Outros custos directos					
Arrendamento de local	N.a.	12		1	
Custos de telefone	N.a.	12		1	
Serviços públicos de local	N.a.	12		1	
Manutenção de equipamentos	N.a.	12		1	
Administrador de ONG					
Administrador de ONG	N.a.	12		1	
Total de orçamento de OSFL					

Apêndice 7: Exemplo de um relatório descritivo para actividades de STH

***NB: A preencher em equipa, incluindo o coordenador de ONG e todos os profissionais de saúde

MÊS:

LOCAL:

Enumerar os lugares que visitou (áreas, organizações, etc.) e o número de clientes que receberam STH em cada serviço no terreno e no local:	
Lugar	Número de clientes

Identificar um indicador em termos do qual teve um bom desempenho este mês, dando razões porque teve um tão bom desempenho:
Identificar um indicador em termos do qual se pode melhorar, indicando as medidas que a equipa irá tomar, a curto prazo, para melhorar este indicador específico:
Houve qualquer melhoria do indicador identificado durante o mês passado (i.e. será que as medidas sugeridas levaram a uma melhoria do indicador?) Em caso negativo, porque não? Sugerir novas medidas de correcção.
Outro:
Aconselhamento contínuo:
Preenchido por:

Apêndice 8: Exemplo de um relatório de despesas trimestral por categoria de custos e despesas até ao momento

Categorias de rubricas contabilísticas	Orçamento mensal	Orçamento trimestral	Despesas				Orçamento contratual total	Variação
			Q1	Q2	Q3	Total gasto até ao momento		
Custos de pessoal	\$3 500	\$10 500	\$10 500	\$10 500	\$10 500	\$42 000	\$10 500	
Equipamentos	\$0	\$4 000	\$5 300	\$2 000	\$0	\$16 000	\$8 700	
Material	\$1 500	\$4 500	\$1 800	\$2 100	\$2 340	\$18 000	\$11 760	
Deslocamento	\$500	\$1 500	\$260	\$430	\$510	\$6 000	\$4 800	
Outros custos directos	\$3 000	\$9 000	\$5 500	\$6 100	\$6 300	\$36 000	\$18 100	
Administrador de ONG (10%)	\$0	\$2 950	\$2 336	\$2 113	\$1 965	\$11 800	\$5 386	
TOTAL		\$32 450	\$25 696	\$23 243	\$21 615	\$70 554	\$59 246	

Apêndice 9: Exemplo de um instrumento de rastreio de TB semestral que pode ser utilizado por empregadores

Nome e apelido: _____

Data: _____

Número de identificação de funcionário: _____

Posição: _____

Local: _____

Por favor, preencher o quadro a seguir.

Sinais e sintomas de TB: Apresenta qualquer dos seguintes?		
	Contornar Sim ou Não	
Tosse durante > 2 semanas	Sim	Não
Perda de peso > 1,5 kg no mês passado	Sim	Não
Suores nocturnos	Sim	Não
Está em contacto com um indivíduo que tem TB (em casa ou no trabalho)	Sim	Não

Se tiver um ou mais dos sinais e sintomas acima mencionados, iremos providenciar para que possa ir fazer os testes necessários.

Apêndice 10: Exemplo de uma dramatização que se pode utilizar para praticar STH num agregado familiar

Cenário: Irá realizar testagem e aconselhamento domiciliário sobre o HIV num barraco num *township* periurbano e densamente povoado. Dentro do barraco está um casal (o homem tem 28 anos de idade, e a mulher tem 25 anos de idade) com dois filhos (a menina tem 3 anos de idade, e o menino tem 15 meses de idade).

Facilitação da dramatização:

1. O formador deve ler o cenário em voz alta a fim de garantir que todos o entendem (é uma boa ideia dar a cada pessoa uma cópia).
2. Dividir os profissionais de saúde em grupos de tamanho razoável para que se possam envolver numa discussão construtiva após a dramatização.
3. Em cada grupo, dois profissionais de saúde irão interpretar os conselheiros de HIV, e dois farão o papel do casal.
4. Assegurar-se de que todos têm um entendimento claro do cenário: o espaço limitado dentro de um barraco.

Perguntas-chave que o facilitador deve ler em voz alta antes da dramatização:

1. Como garantir a confidencialidade?
2. Onde colocar o meu material enquanto estou a realizar a testagem rápida de HIV, de modo que possa assegurar que se mantém a garantia de qualidade?
3. Que perguntas-chave fazer para assegurar que o casal gostava de fazer o teste em conjunto e de ouvir a divulgação dos seus resultados em conjunto?
4. Que perguntas-chave fazer ao casal para me certificar que não há violência doméstica? Qual o papel da violência doméstica na divulgação de estado serológico?
5. Devo submeter ao teste as crianças na casa?
6. Se alguém na casa é seropositivo, que material de papelaria devo ter comigo de modo a poder encaminhá-lo para o centro de saúde local?

Instrumentos e material que se deve dar aos profissionais de saúde:

1. Ficha de serviços de testagem de HIV (ver Apêndice 13).
2. Material para a testagem rápida de HIV: *kit* de teste rápido de HIV, algodão, recipiente para resíduos biológicos perigosos, luvas, bolsa para resíduos biológicos não perigosos, cronómetro. (Ver o Capítulo 5: Prestação de Serviços de Testagem de HIV Orientados para o Utente, para uma lista completa de material necessário.)
3. Material de papelaria: caneta, lápis, carta de encaminhamento, almofada de tinta (para utentes que não sabem escrever/assinar durante o procedimento de consentimento informado para o serviço de testagem de HIV)

Papel do formador:

- Verificar se se tomou em consideração a confidencialidade e se se perguntou aos utentes se gostariam de fazer o teste em casal ou individualmente.
- Se optaram por fazer o teste individualmente, será que o conselheiro de HIV pediu licença ao utente questionando se aquele se sentiria confortável em fazer o teste no exterior da casa ou perguntou onde aquele gostaria de o fazer?
- Ver se o outro conselheiro de HIV permaneceu com o outro utente no interior da casa.
- Ver se o material para testagem rápida de HIV foi colocado numa área aberta e limpa.
- Verificar se os conselheiros de HIV seguiram os procedimentos correctos relativos à eliminação de resíduos biológicos (ver o Capítulo 7: Garantia de Qualidade).

Apêndice 10 cont.

- Observar se os conselheiros de HIV ofereceram testagem de HIV para as crianças. Além disso, será que sabiam que se deve encaminhar as crianças com menos de 18 meses para o centro de saúde local para fins de testagem?
- Passar de grupo em grupo para se certificar de que as perguntas-chave (acima enumeradas) são abordadas durante a dramatização.
- Fazer perguntas durante a facilitação e observação da dramatização para que se possa lidar com as dúvidas dos profissionais de saúde no imediato.
- Fornecer um *feedback* construtivo: fazer os devidos elogios; destacar onde são necessárias melhorias; e dar aos profissionais de saúde a oportunidade de fazerem perguntas.
- Assegurar que os profissionais de saúde têm conhecimento de que devem contactar o seu supervisor caso se deparem com uma situação difícil, em relação à qual não sabem como proceder.
- Concluir o seu *feedback* com uma reacção positiva à sua dramatização.

Apêndice 11: Exemplo de uma dramatização para o rastreio de TB e a recolha de expectoração

Cenário: Está numa casa com um homem e uma mulher e os seus dois filhos (um tem dois anos de idade e o outro tem quatro anos). No âmbito de STH, o homem é submetido ao rastreio da TB. O homem diz que tem suores nocturnos. Não obstante, ele crê que tudo está relacionado com uma gripe e não com a TB. Após ter sido oferecida informação sobre os sinais e sintomas da TB e depois de uma discussão com o utente, este aceita que lhe seja recolhida expectoração. A princípio, o homem apenas consegue produzir uma amostra de expectoração, mas após uma respiração profunda, e com a sua ajuda, aquele consegue apresentar a segunda amostra. Os dois filhos sentem receio daquela respiração profunda e não compreendem o que está a acontecer com o pai, portanto tenta acalmá-los também. Em seguida, rastreia a mulher procurando sinais e sintomas de TB e dela recolhe duas amostras de expectoração. A expectoração é então enviada para o laboratório. Após 48 horas, o seu supervisor recebe os resultados laboratoriais, comunicando-lhe que o homem deu positivo para tuberculose pulmonar. Tem de entregar os resultados em sua casa e encaminhá-lo para um estabelecimento de saúde para que se dê início ao tratamento de TB.

Facilitação da dramatização:

1. O Formador deve ler o cenário em voz alta para assegurar que todos compreendem (é uma boa ideia dar a cada pessoa uma cópia).
2. Dividir os profissionais de saúde em grupos de tamanho razoável para que se possam envolver numa discussão construtiva após a dramatização.
3. Em cada grupo, um profissional de saúde irá interpretar o papel do homem, um outro fará de mulher, e dois irão interpretar as crianças. Um quinto profissional de saúde desempenhará o papel de conselheiro de HIV.
4. Explicar aos profissionais de saúde que estão a realizar uma busca activa de casos de TB, o que significa que estão no lar a fazer perguntas de rastreio de TB, e não numa situação em que os utentes se apresentam no centro de saúde com sinais e sintomas de TB.

Perguntas-chave que o facilitador deve ler em voz alta antes da dramatização:

1. Como garantir a confidencialidade durante a recolha de expectoração de um utente em ambiente comunitário?
2. Onde guardar o meu material para recolha de expectoração?
3. Quais os procedimentos de controlo de infecção a seguir em ambiente comunitário?
4. Que perguntas de rastreio de TB devo fazer?
5. Caso o utente apresente sinais e sintomas de TB, quantas amostras de expectoração devo recolher?
6. Caso o utente seja diagnosticado com TB, como assegurar que ele recebe os resultados laboratoriais e que é devidamente encaminhado para tratamento de TB num centro de saúde?
7. Que medidas implementar para assegurar que ele iniciou o tratamento de TB?
8. Depois de o utente ter sido diagnosticado com TB, será que devo enviar as duas crianças ao centro de saúde para cuidados de TB, ou deverei recolher a sua expectoração?

Instrumentos e material que se deve dar aos profissionais de saúde:

1. Instrumento de rastreio de TB. (Consulte o Apêndice 13 para ver um exemplo de uma ficha de serviços de testagem de HIV que contém um instrumento de rastreio de TB.)

2. Material para o controlo de infecção: máscara e luvas.
3. Material para a recolha de expectoração: recipientes para expectoração, sacos de plástico para armazenamento dos recipientes de expectoração, mala térmica para armazenamento da expectoração, e o formulário de laboratório. (Veja o Capítulo 5: Prestação de Serviços Holísticos Orientados para o Utente) para material de recolha de TB.
4. Material de papelaria: caneta, lápis, carta de encaminhamento.

Papel do formador:

1. Observar a forma como são feitas as perguntas de rastreio de TB.
2. Verificar se as perguntas são feitas a cada indivíduo no agregado familiar.
3. Observar a forma como é recolhida a expectoração das pessoas que apresentam sinais e sintomas de TB.
4. Notar quais os procedimentos de controlo de infecção quando a expectoração é recolhida.
5. Fornecer *feedback* em caso de não-adesão às práticas correctas.
6. Fornecer *feedback* imediato em caso de não-adesão às práticas de controlo de infecção.

Conhecer o seu ambiente

- Estar ciente de ajuntamentos comuns, por exemplo praças de táxi, bares, lojas de conveniência informais, barracas de frutas e legumes. As áreas de grande movimento podem apresentar possíveis riscos de segurança.
- Ao realizar STH, é importante contratar profissionais de saúde que vivem na mesma comunidade, pois estes conhecerão o seu ambiente, estando já conscientes de determinados focos de criminalidade.
- Manter-se vigilante mesmo que esteja familiarizado com a área.

Comunicação

- Assegurar-se de que o seu supervisor sabe onde irá prestar STH naquele dia. Manter um livro de registo com as moradas e zonas que irá visitar.
- Ter sempre consigo um telemóvel/telefone celular .

Ouvir os conselhos locais

- Por exemplo, se mais de um habitante lhe falar sobre uma zona interdita, evitar lá ir sem estar acompanhado.
- Se a comunidade lhe disser que o local não é seguro, não ir sozinho.
- Comunicar a situação referida ao seu supervisor.

Confiar no seu instinto

- Prestar atenção ao que sente.
- Caso se sinta inseguro, retirar-se da situação o mais depressa possível.
- Discutir as suas preocupações com o seu supervisor.
- Decidir com o seu supervisor quais as etapas seguintes.

Evitar confrontações

- Caso se veja confrontado com uma situação potencialmente agressiva, acalmar as pessoas ao seu redor tanto quanto possível.
- Sugerir uma discussão do assunto para outra altura.
- Certificar-se sempre de que o trabalho é realizado em par, com um outro membro da equipa.

Ser sensível do ponto de vista de género e cultura

- Exemplos em certas culturas: Se um homem e uma mulher conversam sozinhos num local público, isto pode ser considerado impróprio ou pode ser mal interpretado.
- Se é uma mulher jovem e encontra-se sozinha num bar, isto pode gerar mal-entendidos.
- Fazer uma lista de questões culturais das quais se deve estar consciente numa comunidade específica.

Evitar conversar com pessoas que estejam sob a influência de substâncias

- Se um utente estiver bêbado, sugerir delicadamente que se encontrem noutra altura.
- Não perder demasiado tempo a falar com uma pessoa embriagada.
- Manter-se tão calmo e cordial quanto possível, já que o álcool e as drogas podem tornar as pessoas mais reactivas ou agressivas.

Apêndice 12 cont.

<p>Medidas de bom senso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não se esquecer das medidas de segurança quotidianas. • Exemplo: Não andar com grandes somas de dinheiro. • Guardar os seus bens pessoais num lugar seguro. • Evitar caminhar sozinho em local desconhecido. <p>Manter o equilíbrio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na medida do possível, ser amigável para com as pessoas. • Evitar ser, ou mostrar-se, tenso ou desconfiado. • Manter-se vigilante, sobretudo durante as férias escolares ou nos dias feriados (nessas alturas, mais pessoas estão presentes na comunidade). <p>Manter-se em contacto com o seu supervisor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestar junto do seu supervisor quaisquer preocupações no que respeita a segurança. • Não guardar preocupações para si.

Apêndice 13: Ficha de serviços de testagem de HIV

Nome do utente:												Sexo	M	F	Idade:	Tipo	Indiv.	Casal
Morada:																		
Tel 1:				Tel 2:				Data				d	m	a				
Estatura:				Peso:				IMC:										
INFORMAÇÃO PRÉ-TESTE COM RASTREIO INTEGRADO																		
Anteriormente testado?		Sim	Não	Último teste de HIV		<1 ano	>1 ano	Resultado do último teste de HIV		Pos.	Neg.	Incerto						
HIV conhecido?		Sim	Não	TARV?	Sim	Não	Motivo para se procurar teste de HIV:		Sexo inseguro	Sangue	Outro:							
Educação sobre HIV				Educação sobre PTV				Rastreio de TB										
1. Diferença entre HIV e SIDA				1. Transmissão para bebé				Tosse durante >2 semanas				Sim	Não					
2. Transmissão				2. Opções de alimentação				Perda de peso > 1,5 kg no mês passado				Sim	Não					
3. Progressão da doença				3. TARV para a mãe				Febre > 2 semanas				Sim	Não					
4. Janela imunológica				4. TARV para o bebé				Suores nocturnos				Sim	Não					
5. Ligação TB/HIV				5. Bactrim para bebé				Contacto com TB em casa ou no trabalho				Sim	Não					
6. Ligação ITS/HIV				6. Testagem do bebé														
Rastreio de Planeamento Familiar (perguntar a homens e mulheres)						Rastreio de sintomas de ITS												
Contraceção utilizada						Sim	Não	Método:		Mulheres			Homens					
Consulta de PF anterior:						Corrimento vaginal		Sim	Não	Corrimento peniano		Sim	Não					
Contraceção fornecida						Sim	Não	N.a.	Feridas/tumores/inchaço na vagina		Sim	Não	Feridas/tumores/inchaço na virilha		Sim	Não		
Encaminhado para PF						Sim	Não	N.a.	Dor abdominal inferior		Sim	Não	Ardor ao urinar		Sim	Não		
Última relação sexual insegura?																		
Possível reacção a resultado HIV+?																		
Se HIV+ quem irá prestar apoio?										Capacidade de negociar sexo mais seguro?				Sim	Não			
Disposição para divulgação? Parceiro sexual:										Outros (especificar):								
Possível reacção a resultado HIV-?																		
Plano de redução de riscos: (n.º de parceiros sexuais, uso constante do preservativo, abuso de drogas, ITS, CMM, HSH, UDI)																		
Perfil de risco do utente:																		
Plano de acção:																		
Decisão sobre testes:		Consente	Precisa de pensar	Recusa	Explicação do processo de testagem?				Sim	Não								
Comentários:																		
Assinatura do profissional de saúde:																		
CONSENTIMENTO																		
Venho por este meio aceitar a retirada de sangue para a testagem de HIV e de CD4, se necessário. Entendo as consequências do resultado, já que recebi aconselhamento sobre a doença. Compreendo que posso ser chamado de volta para mais testes.																		
Nome do utente:						Assinatura:				Data:								
Nome do Profissional de saúde:						Assinatura:				Data:								
Venho por este meio aceitar que o meu resultado do teste de HIV e do teste CD4 pode ser divulgado na presença do meu parceiro / da minha parceira.																		
Nome do utente:						Assinatura:				Data:								
Nome do Profissional de saúde:						Assinatura:				Data:								

RESULTADO DO TESTE DE HIV														
Testagem de HIV por:	Nome do profissional de saúde:					Assinatura:	Data:							
Resultado do teste de rastreio	Neg.	Pos.	Resultado do teste de confirmação		Neg.	Pos.	ELISA	Neg.	Pos.	Data de retorno para ELISA:				
Outros Serviços Clínicos:	Nome do profissional de saúde:					Assinatura:	Data:							
Teste de gravidez	Neg.	Pos.	N.a.	Glicose:	TA:		Colesterol:							
ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE														
UTENTE JÁ NÃO QUER SABER O RESULTADO														
Motivo de não querer o resultado e plano:														
Discussão sobre sexo mais seguro				Sim	Não	Demonstração do preservativo				Sim	Não			
Número de pacotes de preservativos distribuídos				M	F	Assinatura do profissional de saúde:								
RESULTADO NEGATIVO														
Reacção inicial e comentários:														
Discussão sobre janela imunológica				Sim	Não	Data de repetição do teste (janela imunológica):		Discussão sobre sexo mais seguro				Sim	Não	
Demonstração do preservativo				Sim	Não	Número de pacotes de preservativos distribuídos		M	F	Educação e encaminhamento para CMMV (homens):				
Comentários do profissional de saúde e assinatura:														
RESULTADO POSITIVO														
Reacção inicial e comentários:														
Principal preocupação e gestão:														
Discussão sobre divulgação				Sim	Não	Discussão sobre apoio		Sim	Não	Discussão sobre planos a curto prazo		Sim	Não	
Discussão sobre práticas sexuais seguras				Sim	Não	Demonstração do preservativo		Sim	Não	Número de pacotes de preservativos distribuídos		M	F	
Explicação ao utente do processo de seguimento				Sim	Não	Discussão sobre testagem de parceiro		Sim	Não	Utente consentiu no processo de seguimento (eventual visita a casa)			Sim	Não
Comentários do profissional de saúde/plano de seguimento:														
Assinatura do profissional de saúde:						Assinatura do utente (consentimento para seguimento):								
RESULTADO DISCREPANTE														
Reacção inicial e comentários:														
Principal preocupação e gestão:														
Discussão sobre divulgação				Sim	Não	Discussão sobre apoio		Sim	Não	Discussão sobre planos a curto prazo		Sim	Não	
Discussão sobre práticas sexuais seguras				Sim	Não	Demonstração do preservativo		Sim	Não	N.º de pacotes de preservativos distribuídos		M	F	
Data para seguimento e resultado ELISA:						Assinatura do profissional de saúde:								
Comentários do profissional de saúde:														
ENCAMINHAMENTO e LIGAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE														
Encaminhamento HIV	Sim	Não	Data de visita à clínica:		Documentar visita:									
Encaminhamento TB	Sim	Não	Data de visita à clínica:		Data de início da prescrição:		Falou com (nome):							
Encaminhamento ITS	Sim	Não	Data de visita à clínica:		Documentar visita:					Data de início da prescrição				
Encaminhamento PTV	Sim	Não	Data de visita à clínica:		Documentar visita:									
Encaminhamento PF	Sim	Não	Data de visita à clínica:		PF recebido:	Sim	Não	Em caso negativo, razão:						
Encaminhamento CMMV	Sim	Não	Data de visita à clínica:		Data CMMV realizada:		Data de visita de seguimento:							
NOTAS:														

Human Immunodeficiency Virus (a tiny germ)
The virus that causes HIV infection and attacks the immune system.

Acquired Immune Deficiency Syndrome
When your immune system is so damaged from HIV that the body gets severe illnesses (stage 4)

THERE IS EFFECTIVE TREATMENT FOR HIV CALLED ARV (ANTIRETROVIRAL) TREATMENT, SO KNOW YOUR STATUS. GET TESTED ONCE A YEAR - IT'S FREE AT YOUR LOCAL CLINIC.

WHAT HAPPENS WHEN YOU HAVE AN HIV TEST AT THE CLINIC?

- You will be asked to consent to having the test
- An HIV test will be done on blood taken from a finger prick
- You will be given the result about 15 minutes later

WHAT IF THE TEST IS POSITIVE FOR HIV?

- A positive result means that you have HIV
- You may react with shock, anger, fear and guilt, which is normal
- But by taking the test you have taken the first step to getting treatment for HIV

HIV IS NOT PASSED ON BY:

- Shaking hands, hugging, kissing, sneezing, coughing or crying
- Working or living with someone who is HIV positive (e.g. sharing phones, seats, clothes or towels)
- Eating food prepared by someone with HIV or sharing utensils such as cups, plates and knives
- Using swimming pools, baths or public toilets
- Insect bites

HOW IS HIV SPREAD?

- Most commonly through unprotected sex (sex without a condom) with an HIV-infected person (if the person is taking antiretroviral treatment that is working well then the virus is unlikely to spread.)

WHAT IF THE TEST IS NEGATIVE FOR HIV?

- This means that the test does not show any HIV in your blood. (If you have put yourself at risk in the last 6 weeks, you may be in the 'window period' where the HIV is too early to show in the test; in this case you will be told to have a repeat test after 6 weeks.)
- If you are negative make sure you discuss what you can do to protect yourself from HIV and stay negative

HIV CARE OFFERED BY LOCAL CLINICS

- An assessment of how far the HIV infection has progressed (stage 1-4 (AIDS))
- A CD4 count (a blood test that measures the strength of your immune system)

Information on how to maintain a healthy lifestyle through good nutrition, exercise and reduced stress

Advice on family planning and what to do if you still want to have a child

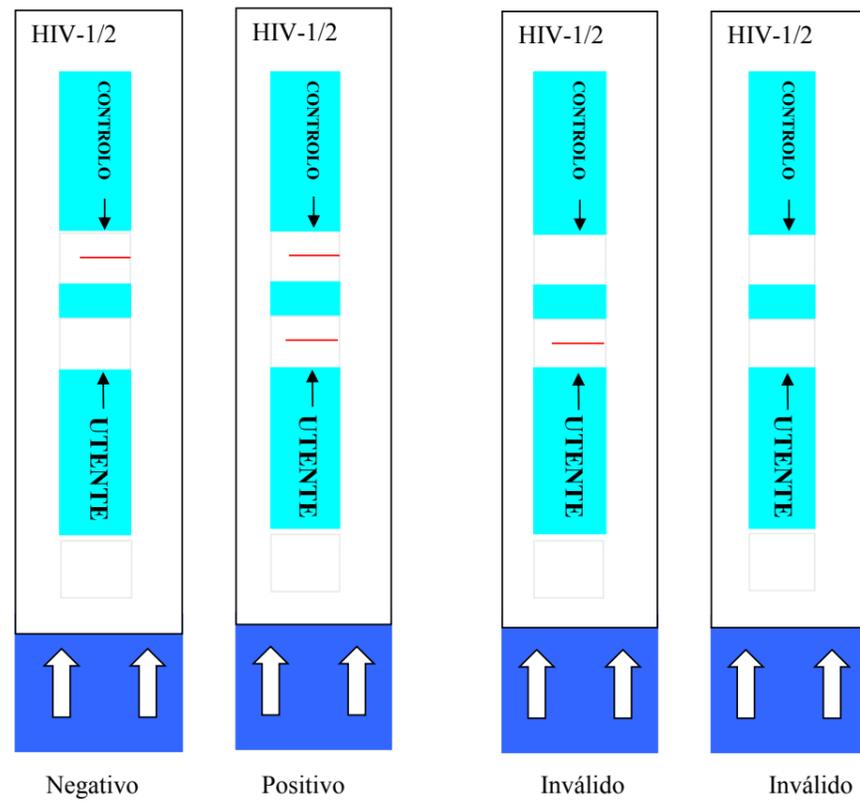
Prevention and treatment of infections, including TB

ARV (antiretroviral) treatment: Talk to your health care provider about when to start ARVs

City of Cape Town
CITY OF CAPE TOWN
ISIIXEKO SASEKAPA
STAD KAAPSTAD

HEALTH DEPARTMENT

Apêndice 15: Interpretação do resultado do teste rápido de HIV



Apêndice 16: Modelo da recolha de expectoração de forma responsável

- 1. Antes de recolher expectoração**, rotular adequadamente o escarrador. Deve-se sempre rotular o recipiente e não a tampa, visto que as tampas podem ser confundidas.
 - É fundamental a rotulagem exacta das amostras de expectoração, pois irá poupar tempo e evitar erros. Rotular o recipiente claramente com:
 - Nome do serviço de testagem de HIV
 - Nome do utente
 - Identificador único do utente (p. ex. número de utente/código de barras)
 - Data de recolha da amostra
 - Indicar que a amostra provém de um caso suspeito de TB
- 2. Recolha de expectoração**
 - É importante que se realize a recolha de expectoração numa área bem ventilada ou no exterior, mas devendo ser um espaço privado (sem que os outros observem). Supervisionar a recolha, mas não estar em frente do utente. Usar luvas. Explicar muito bem o procedimento ao utente:
 - Pedir ao utente que lave a boca com água.
 - Aconselhar o utente a ter muito cuidado e a dirigir a expectoração para dentro do recipiente a fim de evitar a contaminação do lado de fora do recipiente.
 - Dar o recipiente sem tampa ao utente.
 - Demonstrar uma tosse profunda, do fundo do peito, a começar com uma respiração profunda. A recolha de expectoração de elevada qualidade, em volume adequado e vinda do peito, aumenta a probabilidade de se diagnosticar a TB.
 - Estar pronto para colocar a tampa no recipiente logo após produzida a amostra.
 - Assim que a amostra estiver no recipiente, fechar firmemente a tampa pressionando o centro da tampa até que se ouça um clique.
 - Tirar as luvas e lavar as mãos após manusear a amostra de expectoração.

Apêndice 17: Exemplo de uma carta de encaminhamento

Logótipos apropriados

Nome da OSFL
Morada
Tel.:

CARTA DE ENCAMINHAMENTO

A: Enf./Méd. responsável em _____. Por favor, atenda o/a seguinte utente:

Nome e apelido do utente: _____ Idade: _____
Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____

Este/a utente foi submetido/a, hoje, aos seguintes testes/rastreios pela nossa equipa de testagem de HIV comunitária. Os resultados foram os seguintes:

Teste rápido de HIV: Resultado: _____ (rastreio) _____ (de confirmação)

Resultado do teste CD4: _____ Elegível para a TARV: sim/não Motivo: _____

Glicemia aleatória: Resultado: _____

Teste de gravidez: Resultado: _____

Planeamento familiar: Necessidades: _____

Rastreamento de ITS: Sintomas: _____

Teste de TB: Resultado: _____

Tensão arterial: Resultado: _____

CMMV: _____

PTV: _____

Comentários:

Encaminho-lhe o/a utente para cuidados e/ou tratamento adequado com base no que precede.
Nome: _____ Assinatura: _____
Designação: _____ Data: _____

Apêndice 18: Exemplo do processo de avaliação de competências interno

Objectivo: Uma observação directa e uma avaliação de pessoal formado ao realizar testes rápidos de HIV e ao interpretar o resultado do teste, a fim de determinar a competência do pessoal que realiza os testes rápidos de HIV.

Papéis: Para efeitos do presente exemplo:

- Os participantes são o pessoal cuja competência está a ser medida.
- O formador é o facilitador que irá observar e avaliar competências.

O material necessário durante avaliações de competências:

- Recipiente para perfuro-cortantes (para a eliminação dos tubos capilares).
- Resguardo (a testagem do controlo de infecção é realizada num resguardo que é eliminado após a testagem).
- Bolsas vermelhas para resíduos biológicos (para a eliminação de todos os outros resíduos não perfuro-cortantes).
- Canetas (para rotular os *kits* de teste e registar os resultados).
- Cronómetro (para assegurar que o teste é realizado conforme o tempo recomendado pelo fabricante).
- Termómetro (para assegurar que o teste é realizado conforme a temperatura recomendada pelo fabricante).
- *Kits* de teste rápido de HIV (Quatro *kits*; teste em duplicado).
- Tubos capilares (uma observação da utilização do tubo capilar faz parte da avaliação, sendo esta muitas vezes uma área que precisa de melhoria).
- Luvas.
- Marcadores.
- 2× frascos com amostras de controlo de soro sanguíneo (codificadas por cores). Só o formador sabe qual cor está ligada às amostras seropositivas e qual às amostras seronegativas, os participantes não. Este é um processo cego.

Método:

O formador prepara os frascos com soro sanguíneo de forma que os participantes possam distinguir entre os frascos, com base nas cores. Os participantes desconhecem qual a amostra seropositiva e qual a seronegativa. Os participantes têm de realizar dois testes rápidos de HIV em cada amostra de soro sanguíneo, seguindo as orientações do fabricante sobre os *kits* de teste rápido de HIV. Esses

Apêndice 18 cont.

participantes devem indicar qualquer aglutinação, mau cheiro ou descoloração do soro antes de se começar os testes. Se tal ocorrer, deve-se eliminar o soro sanguíneo.

O formador deve observar directamente cada participante para avaliar:

- Se adere às medidas de controlo de infecções, p. ex. se está a usar luvas, se não toca no próprio rosto com as luvas, se elimina os tubos capilares de forma adequada, etc.
- Se rotulou correctamente as tiras reagentes.
- Se manuseia correctamente a tira reagente, p. ex. não se deve tocar demasiadamente na almofada de amostra, e deve-se colocar a tira reagente numa superfície plana.
- Se utiliza correctamente todo o material, p. ex. se utiliza o tubo capilar de forma adequada e se colocou o resguardo do lado certo.
- Se adicionou a quantidade certa de soro sanguíneo na tira reagente, p. ex. a quantidade a ser utilizada de acordo com as instruções do fabricante.
- Se registou o resultado depois do período de tempo correcto (não muito cedo nem muito tarde).
- Se registou correctamente o resultado, p. ex. se o resultado registado é o mesmo que o obtido no teste.
- Se tomou quaisquer medidas correctivas quando cometeu um erro.

O formador não deve dar quaisquer orientações aos participantes durante a avaliação de competências.

O formador pode utilizar os seguintes quadros para a avaliação dos participantes.

Observações	Resultado (contornar resultado correctivo) Competente (C) / Não Competente (NC)
Aderência ao controlo de infecções	C / NC
Rotulagem dos <i>kits</i> de teste	C / NC
Manuseio da tira reagente	C / NC
Colocação da tira reagente numa superfície plana	C / NC
Problema com a utilização do tubo capilar	C / NC
Quantidade de soro sanguíneo adicionado	C / NC
Leitura demasiado cedo dos resultados	C / NC
Registo dos resultados correctos	C / NC
Medidas correctivas se foi cometido um erro (se for caso disso)	C / NC / N.a.

Cor da Amostra	Tipo de Teste		Interpretação	Revisão por
	Nome do <i>kit</i> de teste	1.º resultado	Positivo  Negativo 	
		2.º resultado	Positivo  Negativo 	
	Nome do <i>kit</i> de teste	1.º resultado	Positivo  Negativo 	
		2.º resultado	Positivo  Negativo 	

Resultado:

Um participante é considerado competente ou não para realizar o teste rápido de HIV. Um participante será considerado não competente se registou resultados de testes de HIV errados ou se o formador observou quaisquer erros durante o procedimento de testagem de HIV.

Caminho a seguir:

Os participantes competentes podem continuar o trabalho de realizar testes de HIV no terreno. **Os participantes não competentes** precisam de receber formação complementar e então serem reavaliados. A sessão de formação de reciclagem pode consistir numa apresentação visual que explica a importância, o conceito e o método da testagem rápida de HIV e uma apresentação visual sobre como realizar um teste rápido de HIV ao utilizar soro sanguíneo. Deve-se dar ao participante a oportunidade de realizar uma segunda rodada de testes de competências. Se concluída com êxito, o participante pode voltar a fazer testagem de HIV no terreno.

O formador deve elaborar e enviar um **relatório final** a todo o pessoal relevante.

Apêndice 23: Orientações relativas às medidas correctivas para garantir a validade de kits de teste rápido de HIV

Problema	Causa potencial	Medidas tomadas
Não há linha de controlo	Dispositivo de testagem danificado	Repetir o teste utilizando um novo dispositivo e uma amostra de controlo.
	Não se seguiu o procedimento adequado	Seguir cada etapa conforme PON para testagem de soro sanguíneo/plasma sanguíneo/sangue total.
		Voltar a verificar volumes do tampão e/ou da amostra de controlo.
Kits de teste expirados ou armazenados inadequadamente		Esperar o prazo determinado antes de ler o resultado.
		Verificar prazo de validade de kits ou controlos. Não utilizá-los para além do prazo de validade indicado.
Verificar ficha de temperaturas para área de armazenamento e testagem.		Verificar prazo de validade de kits ou controlos. Não utilizá-los para além do prazo de validade indicado.
		Verificar ficha de temperaturas para área de armazenamento e testagem.
Resultado repetidamente inválido	Possível problema com determinada caixa de kits de teste	Se repetidamente inválido, utilizar um dispositivo de testagem de uma caixa diferente.
Reacção positiva com controlo negativo, i.e. falso positivo	Período de incubação ultrapassado	Voltar a testar controlo negativo utilizando um novo dispositivo e ler no prazo determinado.
	Controlo expirado ou armazenado inadequadamente	Verificar prazo de validade do controlo e repetir o teste utilizando uma nova amostra de controlo.
	Teste realizado a temperatura muito elevada	Consultar a bula do kit de teste para se certificar de que a temperatura ambiente não excede o limite máximo indicado para a temperatura na área de testes.
	Controlo possivelmente contaminado ou deteriorado	Assegurar que o controlo não está contaminado, verificar se há sinais de deterioração e repetir o teste utilizando um frasco de controlo diferente ou novo.
Resultado falso positivo repetido	Assumir que a caixa de kits falhou no controlo da qualidade	Identificar a causa e repetir o teste utilizando uma caixa de kits de teste diferente ou nova.
Reacção negativa com controlo positivo, i.e. falso negativo	Período de incubação reduzido	Voltar a testar controlo positivo utilizando um novo dispositivo e ler no prazo determinado.
	Volume inadequado de amostra ou tampão	Voltar a testar e adicionar os volumes indicados de controlo e/ou tampão.
	Controlo expirado ou armazenado inadequadamente	Verificar data-limite de utilização do controlo e repetir o teste utilizando um novo controlo.
Resultados falsos negativos repetidos	Assumir que há problema com determinada caixa de kits de teste	Identificar a causa, e repetir o teste utilizando uma caixa de kits de teste diferente ou nova.
Linha de controlo muito ténue	A linha de controlo pode variar em intensidade	Nenhuma acção necessária. Qualquer linha visível válida o resultado.

Apêndice 24: Exemplo de um PON para ferimentos por picada de agulha

PON – FERIMENTOS POR PICADA DE AGULHA

- Assegurar-se de que tem cobertura de seguro HIV.
- Assegurar-se de que sabe onde aceder à profilaxia pós-exposição ao HIV (PPE).

Se ocorrer um acidente de ferimento por picada de agulha, deve-se seguir as seguintes etapas:

- Lavar muito bem a área infectada com água e sabão.
- Comunicar imediatamente a um Técnico de Saúde e Segurança.
- Técnico de Saúde e Segurança tem de marcar consulta com Serviços de Saúde da Universidade (SSU).
- Se possível, obter uma amostra do sangue do utente (± 2ml) com consentimento informado e os dados dele.
- Uma amostra do seu sangue irá ser retirada nos SSU.
- Será prestado aconselhamento antes de a amostra do seu sangue e a do utente serem enviadas para testagem de HIV e Hepatite B.
- Dependendo do nível de risco do ferimento e do estado serológico do utente, será tomada uma decisão sobre a necessidade da profilaxia retroviral.
- **Deve-se iniciar a profilaxia dentro de quatro horas (no máximo) após a exposição.**
- Técnico de Saúde e Segurança tem de comunicar o incidente à companhia de seguros dentro de 24 horas. Esta enviará os documentos necessários a preencher.
- As contas, incluindo o número de reclamação, serão enviadas directamente à companhia de seguros.
- O Técnico de Saúde e Segurança tem de preencher um formulário de acontecimento adverso.

(Adoptar um **AMIGO** no trabalho com quem possa falar se lhe acontecer algo semelhante.)

Declaração de Singapura

Preâmbulo. O valor e os benefícios provenientes da pesquisa dependem essencialmente da sua integridade. Embora existam diferenças entre países e entre disciplinas no modo como a pesquisa é organizada e conduzida, há também princípios e responsabilidades profissionais comuns que são fundamentais para a integridade da mesma, onde quer que esta seja realizada.

PRINCÍPIOS

Honestidade em todos os aspectos da pesquisa.
Responsabilização na condução da pesquisa.
Respeito e imparcialidade profissionais no trabalho com outros.
Boa gestão da pesquisa em benefício de outros.

RESPONSABILIDADES

1. Integridade: Os pesquisadores devem assumir a responsabilidade pela confiabilidade das suas pesquisas.

2. Cumprimento das Regras: Os pesquisadores devem estar cientes das regras e políticas de pesquisa e segui-las em todas as etapas.

3. Métodos de Pesquisa: Os pesquisadores devem utilizar métodos de pesquisa apropriados, basear as conclusões numa análise crítica das evidências e relatar os achados e interpretações de maneira integral e objectiva.

4. Documentação da Pesquisa: Os pesquisadores devem manter documentação clara e precisa das suas pesquisas, de maneira a permitir sempre a averiguação e replicação do seu trabalho por outros.

5. Resultados da Investigação: Os pesquisadores devem partilhar os seus dados e achados pronta e abertamente, após assegurarem a oportunidade de estabelecer a prioridade e propriedade sobre os mesmos.

6. Autoria: Os pesquisadores devem assumir plena responsabilidade pelas suas contribuições em todas as publicações, solicitações de financiamento, relatórios e outras representações das suas pesquisas. As listas de autores devem sempre incluir todos aqueles (mas apenas aqueles) que atendam os critérios de autoria.

7. Agradecimentos na Publicação: Nas publicações, os pesquisadores devem reconhecer os nomes e papéis daqueles que fizeram contribuições significativas à pesquisa, inclusive redactores, financiadores, patrocinadores e outros, mas que não preenchem os critérios de autoria.

8. Revisão de Pares: Ao participar da avaliação do trabalho de outros, os pesquisadores devem fornecer pareceres imparciais, oportunos e rigorosos.

9. Conflitos de Interesse: Os pesquisadores devem revelar quaisquer conflitos de interesse, sejam financeiros ou de outra natureza, que possam comprometer a confiabilidade do seu trabalho nos projectos, publicações e comunicações públicas das suas pesquisas, assim como em todas as actividades de revisão.

10. Comunicação Pública: Os pesquisadores devem limitar os seus comentários profissionais à sua própria área de especialização reconhecida quando participam em discussões públicas sobre a aplicação e relevância de resultados de pesquisa, e devem distinguir claramente entre comentários profissionais e opiniões baseadas em visões pessoais.

11. Notificação de Práticas de Pesquisa Irresponsáveis: Os pesquisadores devem notificar às autoridades competentes qualquer suspeita de má conduta profissional, inclusive a fabricação e/ou falsificação de resultados, plágio e outras práticas de pesquisa irresponsáveis que comprometam a confiabilidade da pesquisa, tais como desleixo, inclusão inapropriada de autores, negligência no relato de dados conflitantes ou uso de métodos analíticos enganosos.

12. Resposta a Práticas de Pesquisa Irresponsáveis: As instituições de investigação, assim como as revistas, organizações profissionais e agências que tiverem compromissos com a pesquisa em questão devem dispor de procedimentos para responder a alegações de má conduta e outras práticas de pesquisa irresponsáveis, assim como proteger aqueles que, de boa fé, tenham denunciado tais comportamentos. Quando for confirmada a má conduta ou outra prática de pesquisa irresponsável, devem ser tomadas as medidas cabíveis prontamente, inclusive a correcção da documentação da pesquisa.

13. Ambientes de Pesquisa: As instituições de investigação devem criar e sustentar ambientes que incentivam a integridade através da educação, políticas claras e normas razoáveis para o progresso da pesquisa, ao mesmo tempo que fomentam ambientes de trabalho que apoiam a integridade da mesma.

14. Considerações Sociais: Os pesquisadores e as instituições de pesquisa devem reconhecer que têm uma obrigação ética no sentido de pesar os benefícios sociais contra os riscos inerentes apresentados pelo seu trabalho.

A Declaração de Singapura sobre Integridade em Pesquisa foi elaborada no âmbito da 2.ª Conferência Mundial sobre Integridade em Pesquisa, realizada de 21 a 24 de Julho de 2010, em Singapura, como guia global para a condução responsável de pesquisas. Não é um documento regulatório, nem representa as políticas oficiais dos países e organizações que financiaram ou participaram na Conferência. Para informações sobre políticas oficiais, normas e regras na área de integridade em pesquisa, devem ser consultadas as agências nacionais e organizações apropriadas. Disponível em: www.singaporestatement.org

Apêndice 26: Registo de serviços de testagem de HIV

O presente documento contém informações confidenciais e deve ser guardado num armário fechado à chave quando não está em uso.

Nome do Local: _____

Registo: Autônomo Móvel Porta-a-porta

Data (ano/mês) _____

Registo de serviços de testagem de HIV

O registo de STH contém informações confidenciais e deve ser guardado num armário fechado à chave quando não está em uso. Cada centro é obrigado a manter registos separados de STH para o centro (registo do local) e para as actividades no terreno (registo dos serviços no terreno).

Este registo contém:

1. Esta folha de instruções (1 página)
2. Fichas de utente STH (100 páginas)

Fichas de Utente de STH
Esta é a secção onde se introduz as informações de utentes individuais.
É favor começar cada novo mês numa nova página.
Chamar a primeira página desse mês de Página 1, a próxima de Página 2, etc.
Todos os utentes submetidos a aconselhamento pré-teste devem ser registados, quer façam ou não o teste. Também se deve registar os utentes que se sabe serem seropositivos e que são, inadvertidamente, submetidos a um novo teste. Se, durante o aconselhamento, um utente divulgar que é seropositivo e que está a receber cuidados de saúde, tal utente necessita de aconselhamento e não da repetição do teste. Pode-se prestar outros serviços tais como o rastreio de TB, mas deve-se utilizar o material de papelaria apropriado.
A-C. Preencher a data, o código de utente, o nome e o apelido: Data - Se é o dia 15 de Janeiro de 2012, o topo da página deve reflectir Janeiro de 2012. Deve-se preencher o dia «15» na coluna «Data» Código de utente - Isto é um número específico de utente, gerado no local. p. ex. ETAS/001 para o local Etafen (o próximo utente será ETAS/002 etc.) Nome Apellido - Deve-se preencher estes na ordem correcta (Nome depois Apellido) para facilitar o seguimento de resultados laboratoriais.
1-2. Tipo de aconselhamento: Indicar se o utente foi visto como indivíduo ou em casal. No caso de um casal, ambos são inscritos, em linhas separadas, no registo, e indicados como «casal».
3-5. Idade: Introduzir a idade real (em anos), ou na coluna «<15» (crianças até, mas não incluindo, 15 anos de idade) ou na coluna «15-25» (jovens de 15 a 25 anos de idade) ou na coluna «>25» (adultos de 26 anos de idade ou mais). Por exemplo, se um utente tem 15 anos, introduzir «15» na coluna «15-25», se tem 26 anos, introduzir «26» na coluna «>25».
6-7. Sexo: Assinalar com uma cruz a coluna apropriada para utentes homens (M) ou mulheres (F).
8-9. Testagem de HIV: Indicar com uma cruz se o utente foi (Sim) ou não (Não) submetido ao teste.
10-17. Resultados de HIV: Indicar com uma cruz o resultado do teste para os utentes que o fizeram no centro. - Teste de rastreio: Indicar se o teste de rastreio deu positivo (pos.) ou negativo (neg.) para todos que o fizeram (incluindo crianças com >18 meses de idade). - Teste de confirmação: Indicar se o teste de confirmação deu positivo (pos.) ou negativo (neg.) para todos cujo teste deu positivo. - Indicar o resultado ELISA para todos com resultado indeterminado no teste rápido (rastreio positivo; confirmação negativo). - Teste CD4: Indicar se o teste CD4 foi realizado («Sim») ou («Não»).
18-20. Teste de gravidez: Se a utente deu positivo no teste de gravidez, assinalar com uma cruz a coluna (pos.). Se a utente deu negativo no teste de gravidez, assinalar com uma cruz a coluna (neg.). Se a utente não fez um teste de gravidez, ou se é um homem, assinalar com uma cruz na coluna N.a.
21-22. Sintomas de TB: Se o utente apresentou um ou mais sintomas de TB (Tosse durante >2 semanas; Perda de peso >1,5kg no mês anterior; Febre >2 semanas; Suores nocturnos), marcar como «Sim». Se o utente não apresentou nenhuns sintomas de TB, marcar como «Não». Deve-se preencher isto independentemente de o utente ter feito ou não o teste de HIV.
23-27. Data de envio de expectoração para TB e resultado da expectoração para TB: Para todos os utentes com sintomas de TB, registar a data do envio da expectoração para um teste Xpert na parte superior da quadrícula (p. ex. 18/01) e o resultado do teste Xpert na parte inferior da mesma quadrícula (p. ex. negativo ou positivo). Assinalar com uma cruz se o resultado Xpert é Rif R ou Rif S. As informações sobre esfregaço e cultura de expectoração são registadas separadamente. Registrar a data na parte superior da quadrícula e o resultado da cultura na parte inferior da quadrícula. Todos os suspeitos de TB exigem um mínimo de um teste Xpert e de um teste de esfregaço se o teste Xpert der positivo.
28-30. Diagnóstico de TB: Indicar com uma cruz «Sim» se o utente foi diagnosticado com TB (confirmado no esfregaço e/ou cultura). Marcar «Não» se o esfregaço e a cultura dão negativo. Deixar em branco se os resultados de TB estão ainda pendentes; actualizar isso à medida que os resultados ficam disponíveis. Marcar «N.A.» se o utente não tinha sintomas de TB ou se não foram enviados esfregaços ou culturas (p. ex. quando se suspeita a TB extrapulmonar).
31-32. Preservativos distribuídos: Registrar o número real dos pacotes de preservativos masculinos distribuídos ao utente na coluna «M» e o número de preservativos femininos distribuídos ao utente na coluna «F».
33-39. Encaminhamento: Para todos os utentes encaminhados para o centro de saúde, indicar o motivo do encaminhamento. Se utentes são encaminhados para múltiplos serviços, marcar todos esses. Escrever o nome do centro de saúde de referência na secção «Notas». Espera-se que cada utente que necessita de serviços adicionais seja formalmente encaminhado para estabelecimentos de saúde. Se um utente que se sabe ser seropositivo foi submetido a um novo teste e já está a receber cuidados de saúde, marcar o encaminhamento para HIV.
39 - 43. Ligação aos cuidados e tratamento de HIV: Deve-se acompanhar todos os utentes (1) seropositivos, para assegurar-se de que chegaram aos cuidados de saúde no centro de saúde local; (2) diagnosticados com TB; (3) encaminhados para a circunscrito masculina médica, para confirmar que chegaram ao centro de saúde; e (4) encaminhados para o programa PTV, para confirmar que se inscreveram no programa na clínica pré-natal mais próxima. Marcar com uma cruz para: (1) utentes diagnosticados no centro de STH como seropositivos e que acederam ao programa de cuidados de HIV no centro de saúde. Se um utente que se sabe ser seropositivo foi submetido a um novo teste, confirmar que ele está em cuidados e marcar cuidados de HIV Recebidos; (2) utentes diagnosticados com TB e que iniciaram o tratamento de TB no centro de saúde; (3) utentes encaminhados para a gestão de ITS e que acederam ao tratamento no centro de saúde; (4) utentes encaminhados para a CMM e que a fizeram; e (5) utentes encaminhados para o programa PTV e que se registaram numa clínica pré-natal.
44-45. Anteriormente submetido ao teste de HIV: Marcar com uma cruz a coluna «Sim» se o utente fez um teste de HIV anteriormente e não voltou para STH, e a coluna «Não» se o utente não fez um teste de HIV anteriormente.
46. Notas: Anotar observações relevantes, tais como a clínica de referência, os ELISA enviados para resultados indeterminados ou para controlo da qualidade (ELISA CQ), na coluna «Notas», a fim de facilitar o seguimento de resultados.
49. O conselho que prestou aconselhamento deve assinar na última coluna. A assinatura serve para confirmar que as informações introduzidas no registo são correctas para o seu utente.
Quando a página está preenchida, somar todas as colunas e registar como TOTAL. Para utentes com expectorações enviadas, contar o número de expectorações positivas, colocando-os nas colunas de totais. Verificar a qualidade e integridade dos dados, assinar e datar a página.
Proseguir para a próxima página do registo.

Relatório mensal

1. Deve-se apresentar os relatórios mensais ao gestor do projecto até ao 5.º dia útil do mês seguinte.

Controlo da qualidade da informação - validações

Em cada página do registo

Coluna 3 (<15) + Coluna 4 (15-25) + Coluna 5 (>25) = 20

Coluna 8 (Sim) + Coluna 9 (Não) = 20

Coluna 12 (Confirmação positivo) + Coluna 13 (Confirmação negativo) = Coluna 10 (Rastreio positivo)

Coluna 6 (M) + Coluna 7 (F) = 20

Coluna 10 (Rastreio positivo) + Coluna 11 (Rastreio negativo) = Coluna 8 (Teste realizado)

Auditoria no local de STH comunitários			
Data de auditoria:			
Nome do local:			
Nome do auditor:			
Avaliação do local <i>Fazer as perguntas a seguir e validar as respostas verificando sempre que possível.</i>			
1. Houve adesão às seguintes normas de segurança :			
a. Responsável de segurança no local? (Conforme o contrato ONG)	Sim	Não	N.a.
b. Responsável de segurança disponível para serviços móveis? (Conforme o contrato ONG)	Sim	Não	N.a.
c. Portões em todas as portas externas da área de STH?	Sim	Não	
d. Grades de segurança em todas as janelas externas?	Sim	Não	
e. Alarme contra roubo que está a funcionar correctamente?	Sim	Não	
2. Há uma área de espera abrigada?	Sim	Não	
3. Há salas atribuídas de forma que se possa realizar aconselhamento e testagem em salas separadas?	Sim	Não	
4. Caso contrário, que processo é utilizado?			
5. Controlo de infecção:			
a. Há um protocolo geral de controlo de infecção?	Sim	Não	
b. As janelas estão abertas em todas as salas utilizadas para aconselhamento?	Sim	Não	
c. As janelas estão abertas na casa de banho (utilizada pelos utentes)?	Sim	Não	
d. As janelas estão abertas na área de espera?	Sim	Não	
e. Quais os outros sistemas de ventilação existentes (p. ex. ventiladores, extractores, etc.)			
f. A ventilação alternativa está em uso/ligada?	Sim	Não	N.a.
g. Há um local externo que está a ser utilizado para a recolha de expectoração?	Sim	Não	
h. Caso contrário, onde são recolhidas amostras de expectoração?			
6. Há recipientes adequados para resíduos de serviços de saúde (pelo menos um recipiente para perfuro-cortantes e uma caixa que não estão cheias)?	Sim	Não	
7. Há um plano de HIV de local de trabalho, em papel, no local?	Sim	Não	
8. Os princípios Batho Pele encontram-se disponíveis e visíveis?	Sim	Não	
9. Há um plano anual para o local e um plano de promoção, em papel, no local?	Sim	Não	
10. A última edição dos PON para locais de STH comunitários está prontamente disponível?	Sim	Não	
11. A última edição dos PON para ferimentos por picada de agulha está visível em cada sala de aconselhamento e em cada sala clínica?	Sim	Não	
12. Um pacote PPE não expirada está prontamente disponível?	Sim	Não	
13. Os algoritmos Nacionais e Provinciais de testagem de TB e de HIV estão ambos visíveis em todas as salas de aconselhamento e de testagem?	Sim	Não	
14. Os registos de STH autónomos e móveis estão disponíveis?	Sim	Não	
15. Os registos de planeamento familiar autónomo e móvel estão disponíveis?	Sim	Não	N.a.
16. As fichas de serviços de testagem de HIV estão devidamente arquivadas e os ficheiros correctamente rotulados?	Sim	Não	
17. Os registos e fichas de STH estão guardados em armários fechados à chave?	Sim	Não	

Instruções de auditoria de STH comunitários autônomos e móveis	
	<p>Deve-se preencher três páginas: (1) avaliação de local, (2) revisão de STH móveis, (3) revisão de STH autônomos</p> <p>Deve-se responder a todas as perguntas com SIM, NÃO ou N.A.</p> <p>1 AVALIAÇÃO DO LOCAL: Responder a todas as perguntas. O auditor deve ver provas antes de responder a uma pergunta. Avaliação da sala de aconselhamento: O auditor deve identificar todas as salas nas quais se pode realizar, potencialmente, aconselhamento. Deve-se, então, avaliar essas salas.</p> <p>2 REVISÃO DE STH</p> <p>Para as revisões de STH, cada pergunta deve mostrar uma validação = 100%</p> <p>Após concluída cada folha, pode-se imprimir a folha de análise a fim de melhor compreender os resultados.</p> <p>Segue-se uma interpretação das perguntas:</p> <p>Quantas as fichas de testagem de HIV procuradas sem ser encontradas: Escrever o código de barras de cada ficha de serviços de testagem de HIV examinada, conforme o procedimento de amostragem, do registro. Se não se pode encontrar nenhuma das 10 fichas de serviços de testagem de HIV, continuar o processo de amostragem até que tenha cinco fichas de testagem HIV+ e cinco fichas de testagem HIV-. Anotar quantas as fichas de serviços de testagem de HIV que não se pode encontrar. Se não se puder examinar um total de cinco fichas de testagem HIV+, conforme o processo de amostragem, então examinar cada ficha de testagem HIV- até que tenha cinco fichas de testagem HIV-.</p> <p>Ficha correcta de serviços de testagem de HIV utilizada: Verificar o número de referência na ficha de testes. Marcar SIM se foi utilizada a última versão. Marcar NÃO se não foi utilizada a última versão.</p> <p>Contactos do utente: Verificar se está registado um endereço completo e pelo menos um número de telefone correcto. Marcar SIM se se encontram registados um endereço completo e um número de telefone. Marcar NÃO se não houver nenhum endereço ou nenhum número de telefone, ou se houver um endereço ou número de telefone incompleto no registro.</p> <p>Registro para redução de riscos: Verificar se plano de redução de riscos está marcado na sessão de informação pré-teste e/ou se sexo mais seguro foi discutido durante aconselhamento pós-teste. Marcar SIM se está documentado que qualquer um desses aspectos foi discutido, ou se a secção para comentários mostra que a redução de riscos foi discutida. Marcar NÃO se não está documentado que algum desses aspectos foi discutido e se não há registro de redução de riscos nas notas.</p> <p>Necessidades de contracepção avaliadas: Verificar se está registado que se perguntou ao utente se está a utilizar um método de PF. Marcar SIM se o utente está a utilizar um método e/ou se está registado o método. Marcar NÃO se não está registado se o utente está a utilizar um método de PF. Marcar N.A. se está registado que a utente quer engravidar, que é pós-menopáusia, que não está sexualmente activa, ou se se apresenta qualquer outra razão para ela não utilizar planeamento familiar.</p> <p>Ação relacionada com necessidades de contracepção anotada: Verificar se é evidente que houve alguma discussão razoável sobre os métodos contraceptivos. Marcar SIM se há provas de que os métodos contraceptivos foram discutidos, p. ex. está registado um método contraceptivo, está anotada uma data para a próxima injeção ou está em anexo uma carta de encaminhamento para planeamento familiar. Marcar NÃO se não está registada nenhuma acção. Marcar N.A. se está registado que a utente quer engravidar, que é pós-menopáusia, que não está sexualmente activa, ou se se apresenta qualquer outra razão para ela não utilizar planeamento familiar.</p> <p>Ficha de rastreio de TB e avaliação clínica: Verificar se foi realizado um rastreio de sintomas de TB; se o utente apresenta sintomas, verificar se foi preenchido um instrumento de rastreio de TB e se foram realizados os testes de TB apropriados conforme os algoritmos nacionais para a TB. Marcar SIM se foi realizado o rastreio de sintomas e se o utente não apresenta sintomas de TB OU se foi realizado o rastreio de sintomas, apresentando o utente sintomas, e preenchido um instrumento de rastreio de TB, e se há provas de que se realizaram os testes de TB apropriados. Marcar NÃO se não foi realizado o rastreio de TB ou, caso tenha sido realizado o rastreio, se o utente apresenta sintomas, mas o formulário do rastreio de TB não está preenchido e/ou NÃO há prova ALGUMA de que se realizaram os testes de TB apropriados. Marcar N.A. se o utente já está a receber tratamento de TB ou já é suspeito de TB.</p> <p>Consentimento obtido: Verificar a secção «Consentimento». Marcar SIM se o utente assinou e escreveu o seu nome no lugar certo OU se há uma impressão digital do polegar direito E o conselheiro assinou. Marcar NÃO se não há nem assinatura, nem impressão digital do polegar, nem nome escrito do utente. Marcar N.A. se o utente não consentiu em fazer o teste de HIV.</p> <p>Preservativos oferecidos: Verificar a distribuição de preservativos durante o aconselhamento pós-teste. Marcar SIM se foram distribuídos preservativos, tendo sido registados os números para masculinos e femininos, ou se há provas do motivo por que os preservativos foram recusados. Marcar NÃO se há provas contraditórias acerca da distribuição de preservativos ou se não foi registada nenhuma informação.</p>
1	
2	
4	
5	
6	
7	
8	
3	

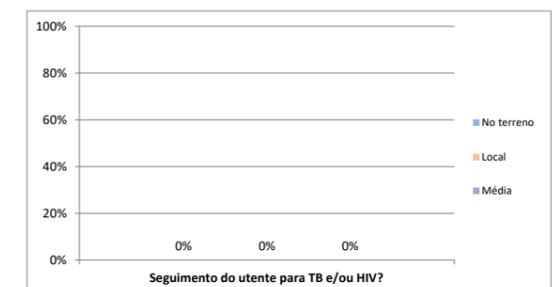
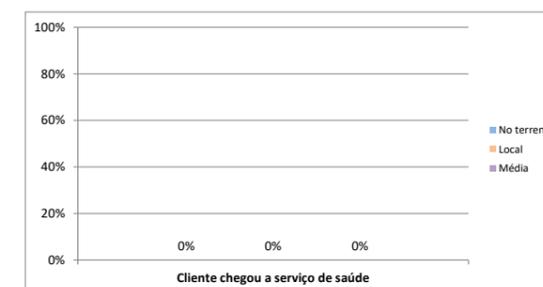
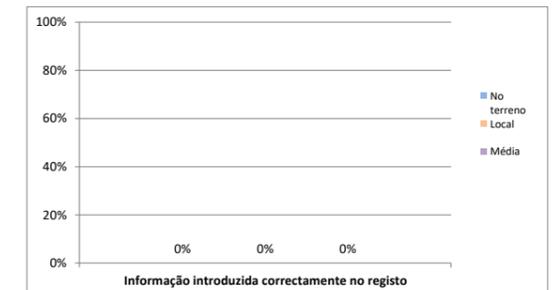
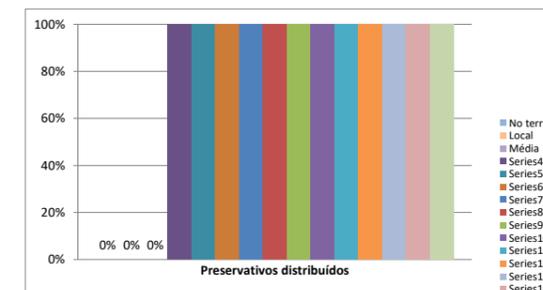
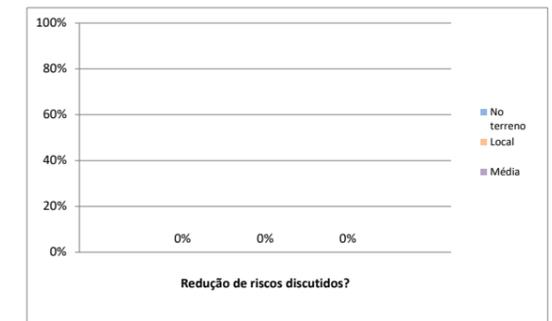
9	<p>Ficha de encaminhamento para um serviço de TB: Verificar se há uma carta de encaminhamento em anexo. Marcar SIM se há uma carta de encaminhamento relevante em anexo. Marcar NÃO se não houver nenhuma carta de encaminhamento relevante em anexo. Marcar N.A. se o utente não apresentou quaisquer sintomas de TB.</p>
10	<p>Rastreio de sintomas de ITS: Controlar o rastreio de ITS. Marcar SIM se as respostas foram verificadas de forma adequada. Marcar NÃO se as respostas não foram verificadas de forma adequada. Marcar N.A. se o utente já está a receber tratamento de ITS ou se não está sexualmente activo.</p>
11	<p>Ficha de encaminhamento para um serviço de ITS: Verificar se há uma carta de encaminhamento em anexo. Marcar SIM se o utente apresentou sintomas e se foi encaminhado para um serviço de ITS (carta de encaminhamento em anexo). Marcar NÃO se o utente apresenta sintomas de ITS e não foi encaminhado para um serviço de ITS (nenhuma carta de encaminhamento em anexo). Marcar N.A. se o utente já está a receber tratamento de ITS ou se o utente não apresentou sintomas de ITS.</p>
12	<p>Ficha de encaminhamento para um serviço de HIV: Verificar se há uma carta de encaminhamento em anexo. Marcar SIM se o utente teve resultado seropositivo e se foi encaminhado para cuidados de HIV (carta de encaminhamento em anexo). Marcar NÃO se o utente teve resultado seropositivo mas não foi encaminhado para cuidados de HIV (nenhuma carta de encaminhamento em anexo). Marcar N.A. se o utente teve resultado seropositivo e já está a receber cuidados de saúde ou TARV (este facto deve estar registado) ou se o utente teve resultado seronegativo.</p>
13	<p>Tentativas de acompanhar o utente para TB e/ou HIV: Controlar as notas sobre encaminhamento e ligação aos cuidados de saúde. Marcar SIM se o utente foi encaminhado para TB e/ou cuidados de HIV, havendo documentação a confirmar que o utente foi acompanhado. Marcar NÃO se o utente foi encaminhado para TB e/ou HIV, mas não existe documentação a confirmar que se realizou um seguimento, ou a documentação está incompleta OU se o utente foi diagnosticado mas não encaminhado. Marcar N.A. se o utente não foi diagnosticado com TB e/ou HIV.</p>
14	<p>Provas de que o utente aceitou a serviços de saúde para TB e/ou HIV: Controlar nas notas de utente e no registro. Marcar SIM se há provas de que o utente aceitou a um serviço de saúde (deve estar registado pelo menos o nome do estabelecimento). Marcar NÃO se não há provas de que o utente chegou a um estabelecimento de saúde. Marcar N.A. se o utente não foi diagnosticado com TB ou HIV OU se não foi encaminhado para um estabelecimento de saúde OU se há provas de que foram feitas pelo menos três tentativas de acompanhar o utente em diferentes alturas do dia e que foi feita pelo menos uma tentativa de lhe prestar uma visita a casa.</p>
15	<p>Data entre recolha de expectoração e encaminhamento para tratamento de TB: Ver a data de recolha da primeira amostra de expectoração. Ver a data em que o utente foi encaminhado para tratamento de TB. Calcular quantos os dias úteis no intervalo. Marcar SIM se o período total é inferior ou igual a sete dias. Marcar NÃO se o período total é maior que sete dias. Marcar N.A. se o utente não foi diagnosticado com TB.</p>
16	<p>Informações introduzidas no registro: Controlar as informações na ficha de serviços de testagem de HIV em relação ao registro STH. Marcar SIM se todas as colunas foram introduzidas correctamente no registro. Marcar NÃO se qualquer coluna foi introduzida incorrectamente no registro ou se qualquer informação está a faltar no registro.</p>
	<p>Resultado da auditoria:</p> <p>Cada local deve elaborar um plano:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualquer REG FLAG que não atingiu 90% deve ser incluído no plano. 2. Deve-se incluir qualquer área que atingiu <80% quer em serviços móveis quer em serviços autônomos. 3. Deve-se incluir no plano qualquer pergunta com a resposta NÃO na avaliação do local. <p>O plano deve ser abrangente, incluindo;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Objectivo a ser alcançado (área de desempenho insuficiente). 2. Actividades necessárias para alcançar esse objectivo. 3. Responsável por cada actividade, de nome e designação. 4. Período para essa actividade.
	<p>Calendários</p> <p>Deve-se apresentar a auditoria completa ao gestor do projecto antes de UMA semana após concluída a auditoria - é a responsabilidade do auditor.</p> <p>Deve-se apresentar o plano ao gestor do projecto antes de TRÊS semanas após concluída a auditoria - é a responsabilidade do gerente de local.</p>

Apêndice 27 cont.

18. Folhas mensais de <i>stocks</i> de produtos consumíveis estão em uso?	Sim	Não	
19. O registo de teste rápido de HIV tem sido devidamente preenchido, incluindo a conciliação de <i>stocks</i> para os últimos 3 meses?	Sim	Não	
20. Os testes rápidos de HIV e cartuchos CD4 estão armazenados em lugar fresco e seco?	Sim	Não	
21. Há um termómetro para monitorizar a temperatura à qual são expostos os <i>kits</i> de teste rápido de HIV, os cartuchos CD4 e as amostras CQI?	Sim	Não	
22. Os formulários CQI têm sido preenchidos semanalmente durante os últimos 3 meses?	Sim	Não	N.a.
23. O processo GQE foi executado durante este trimestre?	Sim	Não	N.a.
24. Os formulários GQE estão preenchidos correctamente?	Sim	Não	N.a.
25. Os registos de temperatura para os testes rápidos, os cartuchos CD4 e as amostras para CQI têm sido preenchidos durante os últimos seis meses?	Sim	Não	
27. Há um <i>stock</i> razoável de todo o material de papelaria relevante? (fichas de STH, histórico de TB, livros de pedidos para TB, livros de pedidos para patologia, cartas de encaminhamento)	Sim	Não	
29. Número de conselheiros de HIV a trabalharem no local (incluindo pessoal a tempo parcial)?			
30. Número de conselheiros de HIV a trabalharem no local (incluindo pessoal a tempo parcial) formados por um provedor de serviços autorizado?			
31. Há um ficheiro que contém avaliações actualizadas de prestação de serviços por profissionais de saúde (deve-se realizar uma vez por trimestre)?	Sim	Não	
Comentários sobre a avaliação do local:			

Avaliação de salas de aconselhamento				
Avaliar todas as salas utilizadas para aconselhamento. Responder SIM (S) ou Não (N) ou Não Aplicável (N.A.) a cada pergunta.				
	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4
1. A sala é privada?				
2. Há um diário na sala?				
3. Há preservativos masculinos e femininos na sala?				
4. Há material informativo relevante, no idioma apropriado, na sala?				
5. Há as últimas edições dos formulários normalizados de aconselhamento na sala?				
6. A sala está adequadamente equipada para STH? (Sim a Q2-5)				
Comentários sobre a avaliação da sala de aconselhamento:				

Número		Fichas de STH móveis	Fichas de STH autónomas	Média Total
1	Foi utilizada a ficha de STH correcta?	#REF!	#REF!	#REF!
2	Contactos do utente registados?	#REF!	#REF!	#REF!
3	Consentimento dado para o teste de HIV?	#REF!	#REF!	#REF!
4	Teste CD4 oferecido se seropositivo?	#REF!	#REF!	#REF!
5	Redução de riscos discutida?	#REF!	#REF!	#REF!
6	Foram oferecidos preservativos?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
7	Necessidades de contracepção avaliadas?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
8	Ação relativa às necessidades de contracepção anotada?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
9	Rastreio de sintomas de TB?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
10	Encaminhamento para um serviço de TB?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
11	Rastreio de sintomas de ITS?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
12	Encaminhamento para um serviço de ITS?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
13	Utente encaminhado para um serviço de cuidados de HIV?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
14	Seguimento do utente para TB e/ou HIV?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
15	Utente chegou aos serviços de saúde para TB e/ou HIV?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
16	Dias entre recolha de expectoração e encaminhamento	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!
17	Correctamente introduzido no registo de STH?	#DIV/0!	#REF!	#DIV/0!



Apêndice 28: Exemplo de um instrumento de avaliação das competências de profissionais de saúde

Instrumento de avaliação de competências de profissionais de saúde	
Porque é importante o monitoramento e avaliação de competência dos profissionais de saúde que prestam serviços de testagem de HIV (STH)?	
<p>1) O MA de competência dos profissionais de saúde que prestam STH é uma necessidade: faz parte de uma obrigação legal e ética de cuidar dos pacientes e de protegê-los.</p> <p>2) É encorajador e educativo: isso significa que os supervisores podem monitorizar os serviços prestados por cada profissional de saúde e fornecer um <i>feedback</i> construtivo. Isso contribui para os profissionais de saúde aprenderem e melhorarem as próprias competências.</p> <p>3) Para ajudar os profissionais de saúde a aumentarem os próprios conhecimentos e competências: isso garante que se presta ao utente a informação correcta, que os profissionais de saúde utilizam as suas competências de forma adequada e que os profissionais de saúde se desenvolvem profissionalmente.</p> <p>Nota: Este instrumento foi adaptado a partir do Toolkit <i>VCT HIV voluntary counselling and testing: A Reference Guide for HIV Health care workers and Trainers</i>. EUA: Family Health International, 2004.</p>	
<p>O MA de competência dos profissionais de saúde inclui:</p> <p>1) Preenchimento do formulário de avaliação pelo supervisor.</p> <p>2) Preenchimento do formulário de reflexão pelo profissional de saúde.</p> <p>3) Uma discussão entre o supervisor e o profissional de saúde sobre as informações contidas nestes formulários, a qual deve ser reflectida neste instrumento.</p>	
Data de avaliação:	Nome de local:
Venho por este meio dar permissão para um supervisor assistir à minha sessão de aconselhamento.	
Assinatura de utente:	Código de utente:
Resultado	
Discussão e plano de medidas correctivas:	
Data de discussão:	
Nome do supervisor:	Assinatura:
Nome do profissional de saúde:	Assinatura:

Formulário de supervisor			
Data de avaliação:		Nome de local:	
Nome do supervisor:		Assinatura do supervisor:	
Código de utente:			
Observar cada elemento dos serviços de testagem de HIV, respondendo às seguintes perguntas: Se qualquer pergunta for marcada com N.A., deve-se especificar a seguir as razões.			
Boas-vindas e introdução Será que o profissional de saúde...			
Deu as boas-vindas ao utente de forma profissional?	Sim	Não	
Se apresentou?	Sim	Não	
Forneceu informações sobre a organização que representa?	Sim	Não	
Sessão de informação pré-teste Será que o profissional de saúde...			
Preencheu a morada e número de telefone do utente?	Sim	Não	N.a.
Educou o utente sobre o HIV, incluindo a sua transmissão e associação com TB e ITS?	Sim	Não	N.a.
Discutiu a janela imunológica?	Sim	Não	N.a.
Discutiu um plano de redução de riscos?	Sim	Não	N.a.
Demonstrou a utilização do preservativo?	Sim	Não	N.a.
Avaliou as necessidades de planeamento familiar do utente?	Sim	Não	N.a.
Tentou accionar necessidades de planeamento familiar para o utente?	Sim	Não	N.a.
Rastreou a TB?	Sim	Não	N.a.
Rastreou as ITS?	Sim	Não	N.a.
Discutiu a PTV?	Sim	Não	N.a.
Explicou o procedimento de testagem de STH?	Sim	Não	N.a.
Recebeu o consentimento do utente para fazer o teste?	Sim	Não	N.a.

Apêndice 28 cont.

Testagem por picada no dedo			
Lista de verificação de testagem rápida de HIV			
1. Controlar material para testes: Há tudo o que o profissional de saúde necessita, em quantidades necessárias?	Sim	Não	N.a.
a. Instruções de rastreio e procedimento de teste de confirmação.	Sim	Não	N.a.
b. Algoritmo do teste rápido.	Sim	Não	N.a.
c. Tiras reagentes para rastreio (verificar prazo de validade).	Sim	Não	N.a.
d. Pipeta e/ou tubos capilares para rastreio (de acordo com instruções no <i>kit</i> de teste). (Cuidado: Após utilização, deve-se descartar a pipeta e/ou tubos capilares em recipiente para perfuro-cortantes).	Sim	Não	N.a.
e. Tampão para rastreio (verificar prazo de validade).	Sim	Não	N.a.
f. Tiras reagentes para teste de confirmação (verificar prazo de validade).	Sim	Não	N.a.
g. Pipeta e/ou tubos capilares para confirmação (de acordo com <i>kit</i> de teste).	Sim	Não	N.a.
h. Tampão para confirmação (verificar prazo de validade).	Sim	Não	N.a.
i. Luvas.	Sim	Não	N.a.
j. Lancetas (Cuidado: Após utilização, deve-se descartar lancetas em recipiente para perfuro-cortantes.)	Sim	Não	N.a.
k. Recipiente para perfuro-cortantes (apenas para pipeta e/ou tubos capilares usados para rastreio e confirmação.)	Sim	Não	N.a.
l. Bolsas para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.
m. Compressas com álcool (verificar prazo de validade).	Sim	Não	N.a.
n. Algodão.	Sim	Não	N.a.
o. Frasco de lixívia <i>Jik</i> 10% (preparar a mistura novamente todos os dias, rotular com dia e rubrica) e/ou desinfetante para as mãos.	Sim	Não	N.a.
p. Cronómetro/telefone celular (telemóvel).	Sim	Não	N.a.
q. Pensos rápidos.	Sim	Não	N.a.
2. Preparou área de testagem devidamente.	Sim	Não	N.a.
a. Superfície de trabalho plana e limpa? Desinfetou superfície ao usar lixívia <i>Jik</i> 10% antes de continuar. Cobriu área com papel de cozinha.	Sim	Não	N.a.
b. Iluminação adequada para ver.	Sim	Não	N.a.
c. Recipiente para perfuro-cortantes está aberto, ao alcance.	Sim	Não	N.a.

Procedimento de teste de rastreio (Nota: Nunca reutilizar qualquer material de testagem)			
3. Preparou reagentes para teste de rastreio.	Sim	Não	N.a.
a. Pôs um novo par de luvas.	Sim	Não	N.a.
b. Verificou prazo de validade nas tiras, nas pipetas e no tampão.	Sim	Não	N.a.
c. Tirou da embalagem as tiras reagentes para rastreio.	Sim	Não	N.a.
d. Cuidadosamente, arrancou tira n.º um da folha, a começar da direita para conservar o N.º de Lote.	Sim	Não	N.a.
e. Removeu película protectora.	Sim	Não	N.a.
f. Rotulou tira com identificação de utente (código de barras).	Sim	Não	N.a.
g. Retirou um novo tubo capilar (ainda não utilizado) para rastreio, colocando-o num papel de cozinha limpo e seco.	Sim	Não	N.a.
h. Arrancou alguns pedaços de algodão, novo e ainda não utilizado, colocando-os no papel de cozinha seco, prontos para serem utilizados.	Sim	Não	N.a.
4. Efectuou picada no dedo	Sim	Não	N.a.
a. Selecionou o dedo (o menos calejado, terceiro ou quarto dedo é, normalmente, a melhor opção)	Sim	Não	N.a.
b. Pôs mão a nível inferior ao coração, numa posição para baixo, possibilitando que a gravidade aumente o fluxo sanguíneo para os dedos	Sim	Não	N.a.
c. Massajou suavemente o dedo para aquecer e estimular fluxo sanguíneo.	Sim	Não	N.a.
d. Limpou o dedo com compressa com álcool, a começar do centro para os lados. Deitou a compressa usada numa bolsa clara para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.
e. Esperou até que dedo secasse completamente ao ar. Álcool residual pode causar hemólise e resultados de teste errados.	Sim	Não	N.a.
f. Selecionou uma nova lanceta (ainda não utilizada), retirando a lingueta para quebrar o selo.	Sim	Não	N.a.
g. Pôs a mão com a palma para cima (inferior ao nível do coração, numa posição para baixo para aumentar o fluxo sanguíneo para os dedos).	Sim	Não	N.a.
h. Colocou a lanceta firmemente contra o local de punção, fora da área mais calejada no centro da ponta do dedo.	Sim	Não	N.a.
i. Pressionou a lanceta firmemente contra o dedo para activar. Não retirar a lanceta até que se ouça um clique.	Sim	Não	N.a.
j. A lanceta irá disparar, perfurando a pele, e depois retraindo-se por segurança.	Sim	Não	N.a.
k. Deitou a lanceta utilizada no recipiente para perfuro-cortantes. Nunca enfiar os dedos no recipiente para perfuro-cortantes.	Sim	Não	N.a.
5. Limpou a primeira gota de sangue com algodão limpo, visto que esta gota pode conter um excesso de fluido tecidual, podendo conduzir a resultados errados.	Sim	Não	N.a.

Apêndice 28 cont.

a. Deitou o algodão sujo numa bolsa para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.
6. Pegou na nova pipeta (ainda não utilizada) e/ou o tubo capilar para rastreio (conforme <i>kit</i> de teste).	Sim	Não	N.a.
a. Manteve-a na horizontal, com a ponta a tocar na gota de sangue.	Sim	Não	N.a.
b. Quando necessário, apertou gentilmente o dedo para aumentar o fluxo sanguíneo. (Não apertar com muita força).	Sim	Não	N.a.
c. Mantendo a pipeta e/ou o tubo capilar (conforme o <i>kit</i> de teste) na horizontal, retirou sangue, deixando-o fluir no tubo até este chegar ao ponto situado entre as duas linhas.	Sim	Não	N.a.
7. Depois de retirado sangue suficiente, cobriu o local da picada no dedo com algodão limpo (ainda não utilizado).	Sim	Não	N.a.
8. Manteve a pipeta e/ou tubo capilar para rastreio (conforme o <i>kit</i> de teste) na horizontal, com a ponta bem acima da almofada de amostra.	Sim	Não	N.a.
a. Virou a pipeta e/ou o tubo capilar (conforme o <i>kit</i> de teste) para a posição vertical, logo acima da almofada na tira reagente, (fazendo com que as bolhas subam, afastando-se da extremidade).	Sim	Não	N.a.
b. Apertou suavemente o bulbo para libertar todo o sangue sobre a almofada de amostra (evitar que saiam bolhas).	Sim	Não	N.a.
c. Após utilização, deitou a pipeta e/ou tubo capilar na bolsa transparente para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.
9. Esperou minuto(s) até que o sangue fosse absorvido na almofada de amostra.	Sim	Não	N.a.
a. Quantos minuto(s) é que esperou até que o sangue foi absorvido na almofada de amostra?			
b. O Profissional de saúde seguiu as instruções do <i>kit</i> de teste rápido de HIV sobre quantos minutos é que se deve esperar para que o sangue seja absorvido na almofada de amostra?	Sim	Não	N.a.
10. Depois de absorvido o sangue, colocou gota(s) de tampão na almofada de amostra (conforme as instruções do <i>kit</i> de teste).	Sim	Não	N.a.
a. Quantas gota(s) de tampão foram utilizadas?			
b. O número de gota(s) foi de acordo com as instruções, relativas ao tampão, do <i>kit</i> de teste rápido de HIV?	Sim	Não	N.a.
11. Iniciou o cronómetro ou verificou a hora no relógio / telefone celular (telemóvel).	Sim	Não	N.a.
12. Leu o resultado depois de o alarme tocar, de acordo com o período / os minutos de incubação.	Sim	Não	N.a.
a. Durante quantos minutos de incubação esperou o profissional de saúde?			
b. Os minutos de incubação estiveram de acordo com as instruções do <i>kit</i> de teste rápido de HIV para rastreio?	Sim	Não	N.a.
13. Existe alguma linha visível (de qualquer intensidade) na janela de controlo?	Sim	Não	N.a.
a. Sim. O teste é válido. Passar ao passo 14.0			

b. Não. O teste é inválido. Passar ao passo 3.0, repetindo o teste, com uma nova tira para rastreio.			
c. Se duas tiras reagentes para rastreio forem consecutivamente INVÁLIDAS, consultar o seu supervisor.			
14. Existe uma linha visível (de qualquer intensidade) na janela de teste?	Sim	Não	N.a.
a. Sim. O teste é reactivo, e o resultado é positivo. Passar ao passo 15.0 e realizar o segundo teste, de confirmação.	Sim	Não	N.a.
b. Não. O teste é não-reactivo, e o resultado é negativo. Passar ao passo 30 (Limpeza).	Sim	Não	N.a.
Procedimento de teste de confirmação (Nota: Nunca reutilizar qualquer material de testagem)			
15. Preparou reagentes para o teste de confirmação.	Sim	Não	N.a.
a. Pôs um novo par de luvas.	Sim	Não	N.a.
b. Verificou prazo de validade das tiras, pipetas e/ou tubos capilares (conforme instruções do <i>kit</i> de teste rápido de HIV) e tampão.	Sim	Não	N.a.
c. Retirou dispositivo de testagem de confirmação da embalagem.	Sim	Não	N.a.
d. Rotulou dispositivo de testagem com identificação de utente.	Sim	Não	N.a.
e. Retirou uma nova pipeta e/ou tubo capilar de confirmação (ainda não utilizado e de acordo com as instruções do <i>kit</i> de teste rápido de HIV), colocando-o num papel de cozinha limpo e seco.	Sim	Não	N.a.
f. Arrancou alguns pedaços de algodão, novo e ainda não utilizado, colocando-os no papel de cozinha, prontos para serem utilizados.	Sim	Não	N.a.
16. Efectuou picada no dedo	Sim	Não	N.a.
a. Selecionou dedo (o menos calejado), segurando-o abaixo do nível do coração.	Sim	Não	N.a.
b. Massajou dedo para estimular fluxo sanguíneo	Sim	Não	N.a.
c. Limpou dedo com compressa com álcool, a começar do centro, no sentido dos lados. Descartou compressa utilizada numa bolsa para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.
d. Esperou até o dedo secar completamente ao ar.	Sim	Não	N.a.
e. Selecionou uma nova lanceta (ainda não utilizada), retirando o pino.	Sim	Não	N.a.
f. Pôs a mão com a palma para cima.	Sim	Não	N.a.
g. Colocou a lanceta na ponta do dedo, fora da área mais calejada no centro.	Sim	Não	N.a.
h. Pressionou a lanceta firmemente contra o dedo.	Sim	Não	N.a.
i. A lanceta irá disparar, perfurando a pele, retraindo-se em seguida por segurança.	Sim	Não	N.a.

Apêndice 28 cont.

j. Deitou a lanceta utilizada no recipiente para perfuro-cortantes. Nunca enfiar os dedos no recipiente para perfuro-cortantes.	Sim	Não	N.a.
17. Limpou a primeira gota de sangue com algodão limpo. Deitou o algodão sujo numa bolsa para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.
18. Pegou na nova pipeta para confirmação, ainda não utilizada.	Sim	Não	N.a.
a. Apertou o bulbo, mantendo-o na horizontal, com a ponta a tocar no local de picada / na gota de sangue.	Sim	Não	N.a.
b. Quando necessário, apertou delicadamente o dedo para aumentar o fluxo sanguíneo. (Não apertar com muita força).	Sim	Não	N.a.
c. Ao manter a pipeta e/ou o tubo capilar (conforme o kit de teste rápido de HIV) na horizontal, soltou lentamente o bulbo, retirando sangue e deixando-o fluir no tubo até aquele chegar à linha marcada, sem introduzir bolhas de ar.	Sim	Não	N.a.
19. Depois de retirado sangue suficiente, cobriu o local da picada no dedo com algodão limpo (ainda não utilizado).	Sim	Não	N.a.
a. Quanto sangue foi recolhido?			
b. Esteve isso de acordo com as instruções do kit de teste rápido de HIV?	Sim	Não	N.a.
20. Manteve a pipeta e/ou tubo capilar de confirmação (conforme o kit de teste) na horizontal, com a ponta bem acima do poço de amostra no dispositivo de testagem.	Sim	Não	N.a.
a. Virou a pipeta e/ou o tubo capilar (conforme o kit de teste rápido de HIV) para a posição vertical, logo acima do poço de amostra (permitindo que as bolhas subissem e se afastassem da extremidade).	Sim	Não	N.a.
b. Apertou cuidadosamente o bulbo, colocando gota(s) de sangue no poço de amostra (evitar que saiam bolhas).	Sim	Não	N.a.
c. Quantas gota(s) de sangue foram colocadas no poço de amostra?			
d. Isto esteve de acordo com as instruções do kit de teste rápido de HIV?	Sim	Não	N.a.
e. Após utilização, deitou a pipeta e/ou tubo capilar na bolsa transparente para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.
21. Esperou minuto(s) até o sangue ter sido absorvido no poço de amostra (conforme instrução do kit de teste rápido de HIV).	Sim	Não	N.a.
a. Quantos minuto(s) é que esperou até o sangue ter sido absorvido no poço de amostra?			
b. Esteve isso de acordo com as instruções do kit de teste rápido de HIV?	Sim	Não	N.a.
22. Depois de absorvido o sangue, adicionou gota(s) de tampão de confirmação no poço de amostra.			
a. Quantas gota(s) de tampão foram utilizadas?			
b. Esteve isso de acordo com as instruções do kit de teste rápido de HIV?	Sim	Não	N.a.
23. Iniciou o cronómetro ou verificou a hora no relógio / telefone celular (telemóvel).	Sim	Não	N.a.

24. Leu o resultado depois de o alarme tocar, de acordo com o período/os minutos de incubação.	Sim	Não	N.a.
a. Por quantos minutos de incubação esperou o profissional de saúde?			
b. Os minutos de incubação estiveram de acordo com as instruções do kit de teste rápido de HIV de confirmação?	Sim	Não	N.a.
Interpretação dos resultados do teste de confirmação			
25. Existe uma linha visível (de qualquer intensidade) na janela de controlo?	Sim	Não	N.a.
a. Sim. O teste é válido. Passar ao passo 26.0			
b. Não. O teste é inválido. Passar ao passo 15.0, repetindo o teste de confirmação.			
c. Se os resultados de dois testes de confirmação forem consecutivamente INVÁLIDOS, consultar o seu supervisor.			
26. Existe uma linha visível (de qualquer intensidade) na janela de teste?	Sim	Não	N.a.
a. Sim. O teste é reactivo, e o resultado é positivo.			
b. Não. O teste é não-reactivo, e o resultado é negativo.			
27. Se tanto o teste de rastreio como o teste de confirmação dão positivo, os resultados são CONCORDANTES. Não são necessários mais testes.			
a. Passar ao passo 29 (Limpeza).			
28. Se o teste de rastreio dá positivo enquanto o teste de confirmação dá negativo, os resultados são DISCORDANTES.			
a. Voltar a realizar um teste de rastreio, no passo 3.0.			
b. Se o teste de rastreio é reactivo, passar ao passo 15.0 para o procedimento do teste de confirmação			
Limpeza			
29. Os recipientes para perfuro-cortantes são só para lancetas.	Sim	Não	N.a.
a. Se resta espaço nos recipientes para perfuro-cortantes (estando o conteúdo abaixo da linha a tracejado), fechar a tampa para evitar que o conteúdo caia ao passar-se para o próximo local de testagem.	Sim	Não	N.a.
30. Após utilizado, descartou todo o material (compressas com álcool, algodão, tiras reagentes, dispositivos de testagem, pipetas, invólucros e papéis, e luvas) numa pequena bolsa para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.
31. Limpou área de testagem com lixívia Jik 10% (preparada novamente todos os dias) ou álcool.	Sim	Não	N.a.
32. Quando a pequena bolsa para resíduos biológicos estava cheia (NÃO SOBRECARRREGAR), selou-a e levou-a para o escritório no local, para colocá-la na bolsa para resíduos biológicos.	Sim	Não	N.a.

Apêndice 28 cont.

Aconselhamento pós-teste			
Utente já não quer saber o resultado			
Será que o profissional de saúde, adequadamente, ...			
Discutiu o motivo de não querer saber o resultado?	Sim	Não	N.a.
Discutiu sexo mais seguro?	Sim	Não	N.a.
Distribuiu preservativos?	Sim	Não	N.a.
Quantos preservativos masculinos foram distribuídos?			
Quantos preservativos femininos foram distribuídos?			
Se não foram distribuídos preservativos, será que o motivo foi registado?	Sim	Não	N.a.
Resultado negativo			
Será que o profissional de saúde, adequadamente, ...			
Se assegurou de que o utente entendia o significado do resultado do teste?	Sim	Não	N.a.
Discutiu a janela imunológica, marcando um dia para voltar?	Sim	Não	N.a.
Discutiu sexo mais seguro?	Sim	Não	N.a.
Distribuiu preservativos?	Sim	Não	N.a.
Se não foram distribuídos preservativos, será que o motivo foi registado?	Sim	Não	N.a.
A CMMV foi discutida com os homens?			
Resultado positivo			
Será que o profissional de saúde, adequadamente, ...			
Se assegurou de que o utente entendia o significado do resultado do teste?	Sim	Não	
Respondeu às principais preocupações do utente?	Sim	Não	N.a.
Discutiu a divulgação?	Sim	Não	N.a.
Discutiu o apoio?	Sim	Não	N.a.
Discutiu sexo mais seguro?	Sim	Não	N.a.
Discutiu o tratamento e a aderência ao tratamento?	Sim	Não	N.a.
Distribuiu preservativos?	Sim	Não	N.a.
Se não foram distribuídos preservativos, será que o motivo foi registado?	Sim	Não	N.a.

Resultado discrepante			
Será que o profissional de saúde, adequadamente, ...			
Se assegurou de que o utente entendia o significado do resultado do teste?	Sim	Não	
Respondeu às principais preocupações do utente?	Sim	Não	N.a.
Discutiu a divulgação?	Sim	Não	N.a.
Discutiu o apoio?	Sim	Não	N.a.
Discutiu sexo mais seguro?	Sim	Não	N.a.
Distribuiu preservativos?	Sim	Não	N.a.
Se não foram distribuídos preservativos, será que o motivo foi registado?	Sim	Não	N.a.
Marcou um dia para vir buscar o resultado do ELISA?	Sim	Não	N.a.
Comentários do supervisor:			

Apêndice 29 cont.

Alguém no agregado familiar está em tratamento de TB? (S/N)	
Sobre as ITS:	
Foi-lhe perguntado se apresenta sintomas de ITS? (S/N)	
Está a apresentar sintomas de ITS?	
Sobre o preservativo:	
Foram-lhe oferecidos preservativos? (S/N)	
Quantos preservativos recebeu?	
Quantos preservativos femininos recebeu?	
Será que o utente quer partilhar algo no que diz respeito a comportamento/abordagem, explicação da visita, confidencialidade, privacidade, tempo decorrido ...	

Formulário de <i>feedback</i> de auditoria de verificação de dados			
Nome do local:	Zona:	Data de <i>feedback</i> :	ID do agregado familiar:
1. Nome e apelido do supervisor:			
Assinatura:			
2. Nome do profissional de saúde:		Assinatura:	
3. Nome do profissional de saúde:		Assinatura:	
Discussão e planos de medidas correctivas:			
1. Detectaram-se quaisquer discrepâncias quando o supervisor comparava os dados extraídos do dia anterior com a informação hoje prestada pelo utente? Em caso afirmativo, quais foram elas?			
2. O supervisor discutiu com o profissional de saúde sobre isso? Em caso afirmativo, o profissional de saúde pode anotar no espaço abaixo a informação que recebeu.			
3. Plano de melhoramento da qualidade de recolha de dados e de garantir que se presta serviços adequados de STH e encaminhamento: quais as necessárias etapas, formação complementar, avaliações de competências adicionais, etc.?			

Apêndice 30: Exemplo de um instrumento de avaliação do controlo de infecção por TB

Instrumento de avaliação de controlo de infecção por TB		Ref. ICAT 06-12		
(A ser preenchido trimestralmente)				
Nome do local de STH comunitário:		Preenchido por:		
Data de avaliação:				
Instruções para preenchimento:				
<ul style="list-style-type: none"> Contornar a resposta que melhor se aplica à sua instituição. Somar todas as pontuações no espaço previsto. Não=1 Sim=2 Obter a sua última avaliação trimestral e preencher a coluna «Pontuação do último mês». Observar melhorias e declínios nesta avaliação relativamente à avaliação do último trimestre. 				
1	2	Pontuação do último trimestre		Comentários/explicações
1. Controlos de apoio: Estruturas e actividades para assegurar a execução de intervenções de controlo de infecção por TB.				
1.1. Há uma pessoa designada, responsável pelo controlo de infecção? Em caso afirmativo, quem é?	Não	Sim		
1.2. Há um plano de controlo de infecção por TB para o local?	Não	Sim		
1.3. Há material de controlo de infecção (p. ex. brochuras, cartazes, flipcharts, máscaras, etc.), visíveis no local? Indicar que material está disponível?	Não	Sim		
1.4. Foram avaliadas, durante o último trimestre, as medidas de controlo de infecção por TB? Se foram levantadas questões, o que se tem feito?	Não	Sim		
1.5. O pessoal recebeu formação em controlo de infecção por TB durante os últimos três meses? Qual foi a formação?	Não	Sim		
1.6. Foram submetidos a rastreio de sintomas de TB pelo menos 98% de todos os utentes (conforme o formulário CT)?	Não	Sim		
TOTAL				
2. Controlos administrativos: Estratégias para reduzir a geração de aerossóis infecciosos:				
2.1. Os utentes são submetidos a rastreio de tosse ao entrarem no seu local? Em caso afirmativo, que processo é seguido?	Não	Sim		
2.2. Se utentes têm tosse, são-lhes fornecidas máscaras/lenços de papel para reduzir aerossóis infecciosos?	Não	Sim		
2.3. Dá-se prioridade aos suspeitos de TB a fim de garantir períodos de espera mais breves nos locais, ou recebem máscaras enquanto esperam? Em caso afirmativo, indicar o processo seguido.	Não	Sim		
2.4. Há instalações separadas e ventiladas para a recolha de expectoração dos suspeitos de TB?	Não	Sim		
2.5. Foram encaminhados para o centro de saúde, dentro de uma semana, pelo menos 80% dos utentes com resultado positivo de esfregaco, conforme determinado na última auditoria?	Não	Sim		
TOTAL				

Instrumento de avaliação de controlo de infecção por TB		Ref. ICAT 06-12		
(A ser preenchido trimestralmente)				
Nome do local de STH comunitário:		Preenchido por:		
Data de avaliação:				
Instruções para preenchimento:				
<ul style="list-style-type: none"> Contornar a resposta que melhor se aplica à sua instituição. Somar todas as pontuações no espaço previsto. Não=1 Sim=2 Obter a sua última avaliação trimestral e preencher a coluna «Pontuação do último mês». Observar melhorias e declínios nesta avaliação relativamente à avaliação do último trimestre. 				
1	2	Pontuação do último trimestre		Comentários/explicações
3. Controlos ambientais: Estratégias para retirar aerossóis infecciosos depois de gerados.				
3.1. Podem ser abertas todas as janelas no seu local/sua caravana? Em caso negativo, fornecer pormenores.	Não	Sim		
3.2. Mantém-se abertas todas as janelas no seu local/sua caravana durante o horário de trabalho?	Não	Sim		
3.3. Há um fluxo de ar em todas as áreas onde utentes passam pelo local de STH?	Não	Sim		
3.4. Há alguma intervenção mecânica em uso (ventiladores, ar condicionado)?	Não	Sim		
TOTAL				
4. Controlos pessoais: Estratégias de redução de riscos para reduzir a inalação de aerossóis infecciosos:				
4.1. O pessoal é submetido a rastreio de sintomas de TB? Em caso afirmativo, como se realiza tal, e com que frequência?	Não	Sim		
4.2. Alguns membros do pessoal conhecem o próprio estado serológico? Que percentagem?	Não	Sim		
4.3. O pessoal já foi formado em controlo de infecção geral? Que percentagem?	Não	Sim		
4.4. Respiradores N95 têm estado disponíveis durante o último mês?	Não	Sim		
4.5. Foram utilizados pelo pessoal respiradores N95 cada vez que houve um utente com tosse durante o último mês?	Não	Sim		
TOTAL				
Comentários adicionais:				

ÍNDICE

Aconselhamento adicional 87, 93, 102
Aconselhamento e testagem iniciado pelo provedor 21
Aconselhamento e testagem iniciado pelo utente 21
Aconselhamento sobre o HIV e testagem de HIV 19, 54, 177
Algoritmo do teste de HIV 85, 203
Âmbito da prática 74, 89
Análise da situação 27, 28, 29, 30, 31, 163
Análise situacional ver Análise da situação
Anticorpos 83
Anúncio de concurso 47, 167
Apoio psicossocial 57, 67, 69, 74, 78
Armazenamento de dados 127, 129
Armazenamento de dados electrónicos 129
Autoteste de HIV 80
Bem-estar 44, 53, 57, 69, 70, 163, 164
Carga viral suprimida 99, 100
Centro de TB Desmond Tutu 20, 29, 32, 77, 102
Centros de Prevenção e Controlo de Doenças 20, 46, 98, 102, 151
Circuncisão Masculina Médica Voluntária 30, 46, 61, 82, 120, 138
Circuncisão tradicional masculina 30, 46
Clubes de aderência 101
Colector electrónico de dados 123
Colesterol 79, 91, 92, 184
Comité de saúde 32, 33, 34, 165, 170
Comunidade 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 48, 50, 53, 54, 58, 59, 63, 65, 67, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 94, 95, 97, 100, 101, 102, 109, 113, 119, 120, 122, 123, 125, 128, 130, 131, 132, 145, 146
Comunidades periurbanas 130
Comunidades rurais 27, 37, 39, 109
Comunidades urbanas 39
Concurso 43, 47, 48, 49, 54, 167
Conselhos Consultivos da Comunidade 29, 30, 32
Consentimento informado 83, 117, 123, 177, 197
Contraceptivos 74, 89, 92, 93
Controlo da temperatura 107, 108, 112, 113, 192, 193
Controlo de infecção por TB 65, 67, 135, 136, 147, 226
Controlo de qualidade 107, 108, 109, 113, 114, 116, 196, 202
Controlo de Qualidade Independente 116

Criação de demanda 27, 36, 73, 77, 81
Dados geográficos 119, 121, 122, 130
Dados qualitativos 29, 119, 122
Dados quantitativos 119, 121
Desempenho de profissionais de saúde 59, 135, 144, 145
Diabetes 90, 91, 92
Doenças não transmissíveis 90, 145
ELISA 84, 86, 184, 200, 201, 202, 208, 209, 219
Encaminhamento 29, 35, 64, 73, 86, 87, 88, 90, 93, 94, 95, 98, 101, 103, 138, 143, 144, 165, 171, 177, 180, 184, 188, 194, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 220, 225
Envolvimento da comunidade 27, 28, 31, 36, 38, 39, 40, 58, 166
Estilos de entrevistas 59
Etafeni 44, 45, 202
Eventos de envolvimento da comunidade 27, 38
Expectoração para TB 201, 202
Ferimento por picada de agulha 117
Formação de reciclagem 57, 67, 68, 141, 148
Formação prévia à entrada ao serviço 57, 61, 62, 63, 64, 65, 67
Garantia de qualidade 20, 24, 53, 58, 74, 84, 107, 108, 109, 111, 113, 121, 145, 167, 177
Gestão de *stocks* 107, 114
Gestão financeira 46, 48, 51
Guardiões 30, 31, 59, 75
Hipertensão 91, 92, 94
Indicadores 136, 137, 138, 139, 140, 141, 148, 170, 172
Índice de massa corporal 74, 91
Infecções sexualmente transmissíveis 61, 64, 81, 101, 131, 138
Informação, Educação e Comunicação 35, 81
Instrumento de auditoria no local 143, 203
Janela imunológica 61, 83, 84, 86, 183, 184, 211, 218
Leitor de código de barras 128
Líderes da comunidade 19, 34, 36, 38, 165
Ligação aos cuidados de saúde – passiva e activa 20, 24, 77, 88, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 130, 184, 202, 205
MA 24, 121, 124, 128, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 143, 144, 148, 168, 210
Mobilização 27, 32, 36, 37, 38, 149
Monitoramento e avaliação 20, 24, 46, 47, 58, 62, 74, 109, 114, 120, 129, 135, 136, 139, 167, 168, 221
Objectivo «90-90-90» da ONUSIDA 21, 95, 98
Orçamentar 127

Orçamento 45, 48, 49, 50, 51, 54, 69, 109, 123, 173, 175

Organização Mundial da Saúde 29, 63, 97, 129, 141

Organizações locais 29

Organizações não governamentais 22, 44

Organizações sem fins lucrativos 20, 24, 29, 43, 44

Partes interessadas 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 41, 43, 53, 67, 75, 95, 120, 130

Perda de seguimento 99, 130

Peso da doença 29, 163

Pesquisa formativa 27, 28, 30, 31

Planeamento familiar 32, 61, 64, 73, 82, 88, 89, 92, 93, 94, 125, 143, 145, 183, 188, 201, 203, 204, 211, 220

Plano de gestão de dados 119, 120, 121

Precauções normais 107, 108, 109, 110, 116, 117

Preservativo – masculino e feminino 22, 61, 64, 79, 82, 86, 87, 89, 92, 93, 125, 136, 143, 145, 164, 171, 194, 201, 202, 204, 207, 208, 209, 218, 219, 220, 224

Prevenção da transmissão vertical (mãe para filho) 81, 145

Processo de concurso 47, 48, 49, 54

Profilaxia pós-exposição 138

Profilaxia pós-exposição ao HIV 117, 197

Proposta para concurso 47, 48, 169

Quadro de MA 136

Rastreios médicos 38, 57, 60

Recolha de dados 24, 61, 65, 66, 67, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 128, 129, 136, 138, 141

Recolha de dados por via electrónica 119, 123, 128, 129, 136

Relatório descritivo trimestral 50, 170

Relatório financeiro trimestral 51

Segurança de profissionais de saúde 65, 67

Serviço de testagem de HIV autónomo 93

Serviços comunitários de testagem de HIV 22, 29, 57, 58, 59, 61, 74, 98, 107, 135, 138, 139

Serviços de testagem de HIV móvel 32, 50, 122

Serviços de testagem de HIV orientados para o utente 32, 73, 98, 147, 177, 180

Sistema de posicionamento global 128

Sizakuyenza 54, 55

Sustentabilidade 24, 43, 44, 52, 53, 54, 55, 67

Sustentabilidade de programas / projectos 24, 43, 53, 54

TB pulmonar 60, 64, 202

Tensão arterial 74, 79, 91, 188

Terapia anti-retroviral 21, 22, 29, 35, 86, 98

Testagem de HIV de casais 82

Testagem rápida de HIV 30, 53, 73, 74, 78, 83, 84, 108, 110, 111, 112, 116, 145, 177, 191, 212

Teste de gravidez 32, 93

