Toolkit

Expandir e Simplificar o Tratamento para Mulheres Grávidas a Viver com VIH:

Gerir a Transição para a Opção B/B+

World Health Organization

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

unicef

EMTCT IATT

Estabelecida em 1998, a Equipa de Trabalho Inter-agências (IATT) para a Prevenção e Tratamento do VIH nas Mulheres Grávidas, Mães e Crianças é uma parceria de 28 organizações membro, incluindo agências de doadores, organizações não governamentais e redes de pessoas a viver com VIH que trabalham em estreita colaboração para fornecer apoio técnico ao Plano Global para a Eliminação de Novas Infeções nas Crianças até 2015 e Manter as Mães Vivas. Co-convocado pelo UNICEF e OMS, a IATT combina a experiência e os recursos dos seus membros para coordenar e acompanhar a assistência técnica aos 22 países prioritários, monitorar o progresso da implementação do Plano Global no país e desenvolver, actualizar e divulgar as ferramentas e as orientações operacionais e normativas relacionadas com a EMTCT.

As organizações membro da IATT são: Baylor International Pediatric AIDS Foundation (BIPAI), Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional (CIDA), Conselho da Missão Médica Católica (CMMB), Centro de Controle e Prevenção de Doenças, EUA (CDC), Iniciativa Clinton de Acesso à Saúde (CHAI), Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF), Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER), FHI360, Fundo Mundial de Luta contra o SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM), Rede Mundial de Pessoas a Viver com VIH (GNP+), Centro Internacional de Programas de Cuidados e Tratamento do SIDA (ICAP) na Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia, Comunidade Internacional de Mulheres a Viver com VIH/SIDA (ICW), Federação Internacional para o Planeamento Familiar (IPPF), Secretariado do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS), Management Sciences for Health (MSH), Mães para Mães (M2M), Gabinete do Coordenador Global para o SIDA dos Estados Unidos (OGAC), Conselho para as Populações, Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Agência das Nações Unidas para o Desenvolvimento International (USAID), Banco Mundial (BM), e Organização Mundial da Saúde (OMS).

© A Equipa de Trabalho Inter-agências
Março de 2013

Secretariado da IATT
Website: http://www.emtct-iatt.org/
Comunidade de Práticas: http://www.knowledge-gateway.org/emtct/

Esta publicação foi possível através do apoio fornecido pelo Plano de Emergência do Presidente para o Alívio do SIDA (PEPFAR), Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional (CIDA), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundação Elizabeth Glaser (EGPAF). Os pontos de vista aqui expressos são os dos autores e dos grupos de trabalho e não refletem necessariamente a posição de cada organização.

Toolkit, Expandir e Simplificar o Tratamento para Mulheres Grávidas a Viver com HIV: Gerir a Transição para a Opção B/B+

Fotografias: **Capa** © UNICEF/NYHQ2011-2151/Patricia Esteves; **P. 1** © UNICEF/NYHQ2010-2925/Christine Nesbitt; **P. 41** © UNICEF/NYHQ2010-2928/Christine Nesbitt; **P. 59** © UNICEF/NYHQ2010-2266/Christine Nesbitt; **P. 67** © UNICEF/NYHQ2010-2239/Christine Nesbitt; **P. 70** © UNICEF/NYHQ2004-1216/Ami Vitale; **P. 79** © UNICEF/NYHQ2009-2286/Kate Holt; **P. 85** © UNICEF/SRLA2011-0484/Asselin; **P. 87** © UNICEF/BTWA2010-00087/Christine Nesbitt; **P. 91** © UNICEF/NIGB2010-0030/Giacomo Pirozzi; **P. 97** © UNICEF/ZAMA2011-0010/Christine Nesbitt; **P. 107** © UNICEF/NYHQ2009-2634/Giacomo Pirozzi; **P. 113** © UNICEF/RWAA2011-00638/Shehzad Noorani; **P. 117** © UNICEF/NYHQ2010-2253/Christine Nesbitt; **P. 120** © UNICEF/NYHQ2010-1483/Shehzad Noorani

Renúncia das Fotografias: As fotografias aqui utilizadas são apenas para fins ilustrativos; não pretendem implicar o estatuto seropositivo da pessoa representada nem nenhuma atitude, comportamento ou ação específica das pessoas que aparecem nas fotografias.

Toolkit

Expandir e Simplificar o Tratamento para Mulheres Grávidas a Viver com VIH:

Gerir a Transição para a Opção B/B+

World Health Organization

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

unicef

Agradecimentos

O toolkit foi desenvolvido por organizações membro da Equipa de Trabalho Inter-agências para a Prevenção e Tratamento da Infeção do VIH nas Mulheres Grávidas, Mães e Crianças (ATT) durante um seminário de dois dias para a concepção da estrutura e conteúdo do toolkit. Diferentes organizações e grupos de trabalho assumiram a liderança no desenvolvimento de secções do toolkit.

O desenvolvimento do toolkit foi coordenado por Chinyere Omeogu com o apoio de Jessica Rodrigues e Rosalind Carter (Secretariado da IATT, NI).

O Matthew Barnhart (Consultor) e a Jessica Rodrigues (IATT) ajudaram a desenvolver a secção Opção B/B+: Principais Considerações para Programas de País.

Os membros da IATT que ajudaram a desenvolver o toolkit e a organizar o seminário incluem: Michelle Adler, (Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC)), Anna Geiselman (Gabinete do Coordenador Global para o SIDA dos Estados Unidos (OGAC)), Chewe Luo (UNICEF), Meghan Mattingly (EGPAF), Christian Pitter (EGPAF) e Nathan Shaffer (OMS).

Um agradecimento especial aos Grupos de Trabalho da IATT que contribuiram para o desenvolvimento deste toolkit: o Grupo de Envolvimento da Comunidade (CEWG), a Equipa de Gestão da Cadeia de Abastecimento, a Equipa de Recursos Humanos na Saúde, o Grupo de Monitoria e Avaliação (MEWG) e o Grupo de Finanças e Economia (FEWG).

Edição: Jessica Rodrigues, Especialista em Gestão do Conhecimento (IATT);
Megan Mattingly (EGPAF)

Desenho e layout: Era Porth (Consultora)

Índice do Toolkit

1. Opção B/B+: Principais Considerações para Programas a Nível do País 1
1.1 Introdução. 2
1.2 Compromisso Político e Autorização à Política 6
1.3 Considerações Financeiras 12
1.4 Modelo de Prestação de Serviços 15
1.5 Capacidade de Recursos Humanos. 19
1.6 Escolha do Regime de TARV 20
1.7 Gestão da Cadeia de Abastecimento. 21
1.8 Monitoria, Avaliação e Utilização dos Dados 23
1.9 Supervisão de Locais e Gestão da Qualidade 24
1.10 Aconselhamento e Testagem do VIH em Locais de PTV 25
1.11 Aconselhamento sobre o Início e Adesão ao TARV 27
1.12 Monitoria Laboratorial e Clínica 27
1.13 Diagnóstico Precoce da Criança 28
1.14 Retenção nos Cuidados e Tratamento 30
1.15 Planeamento Familiar 31
1.16 Envolvimento da Comunidade 32
1.17 Estratégia de Implementação. 36
1.18 Conclusão: Avançando Juntos com Determinação 36

2. Rumo à Opção B/B+: Lista de Avaliação da Preparação e Guia de Discussão 41
2.1 Historial..... 42
2.2 Compromisso Político e Autorização Política 46
2.3 Considerações Financeiras 47
2.4 Modelo de Prestação de Serviços 48
2.5 Capacidade de Recursos Humanos 49
2.6 Escolha do Regime de TARV 51
2.7 Gestão da Cadeia de Abastecimento 52
2.8 Monitoria, Avaliação e Utilização de Dados. 53
2.9 Supervisão de Locais e Gestão da Qualidade 55
2.10 Aconselhamento e Testagem de VIH em Locais de PTV 56
2.11 Aconselhamento sobre a Adesão e Início do TARV 57
2.12 Monitoria Laboratorial e Clínica 58
2.13 Diagnóstico Precoce da Criança 60
2.14 Retenção nos Cuidados e Tratamento. 61
2.15 Planeamento Familiar. 62
2.16 Envolvimento da Comunidade 63
2.17 Estratégia de Implementação 64

3. Ferramenta de Cálculo de Custos 67
3.1 Introdução 68
3.2 Considerações de Modelação 68
3.3 Principais Contribuições necessárias para Calcular os Custos da PTV 72
3.4 Resultados 76
3.5 Escolher um Modelo e Contactos 77

4. Recursos Humanos na Saúde 79
4.1 Historial. 80
4.2 Avaliação das Políticas e Necessidades de RHS. 80
4.3 Formação 84

5. Procurement e Gestão de Cadeia de Abastecimento 87
5.1 Introdução 88
5.2 Principais perguntas de PSCM a fazer ao planear a implementação da Opção B+ 89
5.3 Alertas de Alto Nível 92
5.4 Lista de Controlo da Pré-Implementação 93
5.5 Recurso Chave: Links para Ferramentas 95

6. Sistemas de Monitoria e Avaliação Aperfeiçoados 97
6.1 Historial. 98
6.2 Seis Pontos Principais para Sistemas de M&A 98

7. Envolvimento da Comunidade 107
7a. Um Guia para Ministérios da Saúde. 108
7a.1 Historial 108
7a.2 Cinco Fases de Envolvimento da Comunidade. 110
7b. Perguntas Frequentes para Organizações da Sociedade Civil (OSC) utilizarem no Diálogo com MS 116
7b.1 Historial 116
7b.2 Quais as perguntas que as OSC e as redes de mulheres/pessoas a viver com VIH devem fazer?. 120

Acrónimos e Abreviações

3TC	lamivudina
ACT	terapias de combinação artimisina
AIDS/SIDA	síndrome da imunodeficiência adquirida
ART	terapia antiretroviral
ARV	antiretroviral
AZT	zidovudina
BCC	comunicação da mudança de comportamento
CPN	cuidados pré-natais
BLC	Conselho da Liderança Empresarial
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CEWG	Grupo de Envolvimento da Comunidade
CHAI	Iniciativa Clinton de Acesso à Saúde
CHW	trabalhador comunitário
CIDA	Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional
CPD	desenvolvimento professional contínuo
CSO/OSC	Organizações da Sociedade Civil
DBS	gota de sangue seco
EFV	efavirenz
EGPAF	Fundação Elizabeth Glaser
ETV	eliminação da transmissão vertical (do VIH)
EQA	controlo de qualidade externo
FEWG	Grupo de Finanças e Economia
PF	planeamento familiar
HIV/VIH	virus da imunodeficiência humana
HR/RH	recursos humanos
RHS	Recursos Humanos na Saúde
ATS	aconselhamento e testagem do VIH/saúde
IATT	Equipa de Trabalho Inter-agências
IEC	informação, educação e comunicação
M&A	monitoria e avaliação
m2m	mães-para-mães
MEWG	Grupo de Monitoria e Avaliação
MOH/MISAU	Ministério da Saúde
NCGM	Centro Nacional de Saúde Global
NGO/ONG	organização não-governamental
OGAC	Gabinete do Coordenador Global para o SIDA dos EUA
PCR	reação em cadeia da polimerase
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para Alívio do SIDA
PID	identificador de pacientes
PLHIV	pessoa a viver com VIH
PTV	prevenção da transmissão vertical (do VIH)
POC	ponto de cuidado (point-of-care)
QC	controlo da qualidade
sdNVP	dose única de nevirapina
SMS	serviço de mensagens curtas
SMI	saúde matérnal, neonatal e infantil
SSR	saúde sexual e reprodutiva
TB	Tuberculose
TDF	fumarato de tenofovir disoproxil
U5	menos de 5
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO/OMS	Organização Mundial da Saúde

Introdução

O que é o toolkit?

O conceito para o toolkit surgiu à medida que mais países decidiram adoptar a Opção B/B+, conforme delineado na Actualização Programática sobre o Uso de ARV no Tratamento de Mulheres Grávidas e na Prevenção da Infeção do VIH nas Crianças. O toolkit representa um guia para apoiar o planeamento e implementação da Opção B/B+ e para ajudar os países a aumentar a escala das intervenções e programas mais eficazes de forma a atingir os objectivos do Plano Global para a Eliminação de Novas Infeções por VIH nas Crianças até 2015 e Manter as Mães Vivas.

O toolkit é uma coleção de ferramentas de avaliação e listas de controlo que descrevem as principais considerações a ter em conta na transição para a Opção B/B+. Os responsáveis pela implementação do programa e os responsáveis pelas políticas podem utilizar o toolkit completo ou escolher entre as 7 secções que abordam diferentes componentes do programa. À medida que mais países adoptam a Opção B/B+, são necessárias ferramentas e orientações para ajudar os países a definir o percurso, requisitos de financiamento e calendários realistas para uma implementação efectiva.

O toolkit não pretende ser exaustivo, mas um passo crítico na apresentação dos vários factores políticos, financieros e programáticos a considerar na implementação da Opção B/B+. O toolkit é um 'documento vivo' com módulos desenvolvidos de forma faseada e novas ferramentas adicionadas com base no feedback dos países e na avaliação das necessidades. À medida que os países ganham experiência na utilização destas ferramentas e na implementação da Opção B/B+, as lições aprendidas serão integradas nestes documentos. Estas podem incluir uma ferramenta de avaliação da preparação de centros de saúde e uma lista para avaliar as necessidades do laboratório.

Porque é que o toolkit foi desenvolvido?

O potencial da prevenção da transmissão vertical (PTV) ter um impacto profundo na epidemia do VIH e na agenda de saúde matérna e infantil nunca foi mais claro e encorajador. Em resposta a estas oportunidades, e também à recente actualização programática da OMS, este toolkit tem como objectivo principal ajudar os países a iniciarem o processo de pensar nas suas principais questões programáticas relacionadas com a implementação da Opção B/B+. Um bom planeamento para abordar essas questões principais pode ajudar os países a evitar constrangimentos desnecessários na implementação da Opção B/B+. O toolkit foca o planeamento da pré-implementação a nível nacional, reconhecendo que o planeamento sub-nacional faz parte do processo. Concebido para fornecer items de fácil acesso e utilização e claros (questões principais, listas de controlo, etc.), o toolkit pode ser utilizado pelo Ministério da Saúde (MISAU), em particular pelo grupo de trabalho sobre PTV e outros grupos de trabalho técnico bem como por organizações membro da IATT ou outros parceiros, uma vez que estes grupos trabalham em conjunto para planear a transição para a Opção B/B+.

O desenvolvimento do toolkit foi informado por dois documentos normativos de referência que podem ser consultados para obter informação adicional:

- Actualização programática da OMS sobre o Uso de ARV no Tratamento de Mulheres Grávidas e na Prevenção da Infeção de VIH nas Crianças, Abril de 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501941_eng.pdf)
- Actualização Técnica da OMS sobre a Optimização do Tratamento: A Utilização de Efavirenz na Gravidez: Uma Perspectiva de Saúde Pública, Julho de 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503792_eng.pdf)

O toolkit está dividido em sete secções importantes:

1. **Opção B/B+: Principais Considerações para Programas de País (UNICEF)** é um documento de orientação abrangente que apresenta as principais questões para implementação.
2. **Rumo à Opção B/B+: Lista de Avaliação da Preparação e Guia de Discussão (PEPFAR/OGAC)** é uma lista de controlo abrangente para os programas nacionais analisarem ao planearem a implementação da Opção B/B+. A lista de controlo engloba várias áreas principais do programa desde o compromisso político ao diagnóstico precoce da criança, apresentando questões fundamentais a abordar bem como indicando padrões de preparação mínimos para a implementação da Opção B/B+.
3. **Ferramenta de Cálculo de Custos (FEWG)** descreve os modelos de cálculo de custos que podem ser utilizados para calcular os custos dos planos operacionais para a implementação da Opção B/B+ incluindo a descrição das contribuições do programa e os resultados associados a cada modelo.
4. **A ferramenta Recursos Humanos na Saúde (Equipa de Trabalho de HRS)** apresenta as principais considerações sobre a capacidade de RH e a rotação de tarefas como uma componente essencial para a implementação bem sucedida da Opção B/B+.
5. **Procurement e Gestão da Cadeia de Abastecimento (Equipa de Trabalho de sistema de logistico e gestão da cadeia de abastecimento)** fornece uma lista das principais questões para consideração pelo MISAU ao fortalecer e ajustar os sistemas para acomodar a transição para a Opção B/B+ e inclui links para os recursos e ferramentas para apoiar a previsão.
6. **Sistemas de Monitoria e Avaliação Aperfeiçoados (MEWG)** fornece uma descrição geral dos conceitos e questões para orientar a discussão nacional de questões de M&A específicas à implementação da Opção B/B+, bem como métodos de garantia de qualidade e uma lista de potenciais tópicos para pesquisa operacional.
7. **Envolvimento da Comunidade (CEWG)**: Existem duas ferramentas de envolvimento da comunidade. A primeira consiste em recomendações para Ministérios da Saúde sobre o envolvimento de comunidades nas discusssões de planeamento e implementação da Opção B/B+.O segundo documento foi concebido para organizações da sociedade civil utilizarem no diálogo com o MISAU para defender os direitos das pessoas a viver com VIH.

Para quem é o toolkit?

Este documento é para Ministérios da Saúde, organizações membro da IATT, organizações não governamentais (ONG) e outros parceiros e agências de financiamento utilizarem para fornecer assistência técnica e facilitar discussões com os decisores políticos nacionais. Apesar deste documento poder conter conselhos úteis para qualquer país que esteja a considerar adoptar a Opção B/B+, foca principalmente potenciais questões relacionadas com a Opção B+ em países com prevalência elevada e intermédia baseando-se, até certo ponto, na experiência do Malawi, o primeiro país de baixo rendimento a começar com sucesso a implementação da Opção B+ a nível nacional. Apesar de pretender essencialmente apoiar os processos de tomada de decisões no país, outros parceiros no sector público e privado podem também recorrer ao toolkit para compreender melhor os desafios que os países podem estar a enfrentar.

Como é que o toolkit foi desenvolvido?

Face ao crescente número de países que aprovaram a transição para a Opção B/B+ em 2011 e 2012, identificou-se a necessidade de fornecer uma orientação padrão para informar a fase de planeamento da implementação. As considerações apresentadas no toolkit baseiam-se nas lições aprendidas com a experiência do Malawi como o primeiro país a implementar a Opção B/B+.

Teve lugar uma reunião de dois dias com 8 membros da IATT organizada pelo CDC em Atlanta. A IATT pediu aos grupos e equipas de trabalho que elaborem documentos preliminares sobre temas pré-definidos tais como: gestão da cadeia de abastecimento, recursos humanos na saúde, envolvimento da comunidade e monitoria e avaliação. Durante esta reunião, os membros da IATT analisaram e fizeram comentários sobre versões preliminares dos documentos elaborados pelos membros dos grupos de trabalho da IATT. O toolkit também incorporou contribuições do Grupo Director do Plano Global.

Como tirar maior proveito deste toolkit?

Ao explorar o toolkit, é importante relembrar que estas ferramentas são orientações gerais que devem ser adaptadas ao contexto específico de implementação da Opção B/B+. O toolkit resume as questões principais a abordar na implementação da Opção B/B+ e inclui listas de controlo e orientações relacionadas com as componentes principais do sistema de saúde, que podem ser visualizadas em conjunto ou em separado, dependendo dos interesses ou necessidades do utilizador.

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

1

Opção B/B+:
Principais Considerações para Programas a Nível do País

1.1 Introdução

1.1.1 O contexto global

O Plano Global para a eliminação de novas infeções de VIH nas crianças até 2015 e manter as mães vivas está bem encaminhado, com metas ambiciosas de reduzir o número de novas infeções de VIH nas crianças até 90% e de mortes matérnas e infantis relacionadas com o VIH em 50%.[1] Agora, há uma colaboração e vontade política sem precedentes para atingir essas metas e muitos países fizeram progressos excepcionais. De acordo com as estimativas do UNAIDS em 2011, 57% das mulheres grávidas a viver com VIH em países de baixo e médio rendimento receberam medicamentos antiretrovirais (ARV) eficazes para a PTV, um aumento em relação aos 48% em 2010.[2]

Não obstante, permanecem muitos desafios de implementação sendo o principal garantir que as elevadas proporções de mulheres e crianças que precisam de terapia antiretroviral (TARV) têm acesso à mesma. O acesso global ao TARV para as mulheres grávidas seropositivas que dela necessitem foi mais baixo que o acesso para os adultos na população geral com 30% vs. 54% em 2011.[3] O baixo acesso de mulheres grávidas ao TARV persiste apesar da testagem do VIH ser, em termos gerais, mais alta nas mulheres grávidas do que no resto da população adulta. Apesar do acesso deficiente das mulheres grávidas ao TARV ser abrangente, afeta de forma desproporcional mulheres e crianças a viver em áreas que estão longe do locais de TARV ou em locais com sistemas de saúde deficientes.

Uma geração livre de SIDA está ao nosso alcance. Mas para atingir este objectivo, todos os parceiros terão de redobrar os seus esforços e avançar juntos com determinação face aos desafios. Alcançar a maioria das mulheres a frequentar os cuidados pré-natais nos níveis mais baixos exigirá pensar 'fora da caixa' para levar a implementação a um elevado nível de eficiência e eficácia. De facto, com recursos cada vez mais limitados, a mudança para a Opção B/B+ destaca a necessidade de fortalecer a plataforma de saúde matérna, neonatal e infantil (SMI) e de maximizar sinergias com outros sectores como por exemplo nutrição e proteção social, programas de cuidados e apoio para assegurar a adesão e retenção a longo-prazo.

1.1.2 Opção B/B+: potencial para uma implementação de PTV e TARV mais eficaz

Ao considerar quais as abordagens à implementação da PTV que podem ser mais eficazes para atingir o objectivo de uma geração livre de SIDA, é importante reconhecer que a escolha do regime de TARV para mulheres grávidas seropositivas é provavelmente um determinante principal do sucesso. No contexto da orientação de TARV para PTV da OMS de 2010, os países tinham a opção de escolher entre dois regimes de profilaxia para mulheres grávidas a viver com VIH com um CD4 superior a 350 células/mm.[3,4]

No quadro da Opção A, as mulheres recebem cuidados pré-natais e profilaxia antiretroviral perinatal bem como um regime 'tail' antiretroviral pós-parto para reduzir o risco de resistência ao medicamento, sendo que as crianças recebem profilaxia antiretroviral pós-parto ao longo do período de amamentação. Por outro lado, a Opção B tem um fluxo clínico mais simples no qual todas as mulheres grávidas e lactantes com VIH recebem inicialmente uma combinação tripla de medicamentos ARV – com início no período pré-natal e ao longo do período de amamentação. No fim do período de amamentação, as mulheres que não precisam de TARV para a sua própria saúde interrompem a profilaxia, recomeçando o TARV quando a contagem de CD4 é inferior a 350 células/mm.[3] Para além destas duas opções, está-se agora a utilizar uma terceira abordagem, a Opção B+, na qual todas as mulheres grávidas a viver com VIH recebem TARV para toda a vida, independentemente da sua contagem de CD4. A Tabela 1 abaixo, adaptada da OMS, sintetiza estas três opções diferentes.

A Opção B+ foi inicialmente concebida e implementada no Malawi onde o programa nacional de TARV já funcionava bem com uma abordagem de saúde pública que não depende fortemente da contagem de CD4 para determinar quem deve iniciar o tratamento. O Malawi previu que a Opção B+ seria mais fácil de implementar devido à sua abordagem simplificada que permitiria às mulheres ter acesso ao TARV a níveis elevados

Tabela 1: As Tres Opções para PTV[a]

	MULHERES COM CONTAGEM CD4 SUPERIOR A 350 CÉLULAS/MM³	MULHERES COM CONTAGEM CD4 INFERIOR A 350 CÉLULAS/MM³	CRIANÇAS
OPÇÃO A	Durante a gravidez: iniciar AZT às 14 semanas de gravidez No parto: dose única de NVP e primeira dose de AZT/3TC Após o parto: AZT/3TC diário durante 7 dias após o parto	ARV triplo iniciado o mais rapidamente possível após o diagnóstico e para o resto da vida	Profilaxia diária (NVP) desde o nascimento até 1 semana após interrupção da amamentação; ou se não estiver a amamenTARV nem em tratamento, até 4-6 semanas
OPÇÃO B	ARV triplo às 14 semanas de gravidez e continuado até parto (se não estiver a amamenTARV) ou até 1 semana após parar amamentação		Profilaxia diária (NVP ou AZT) desde o nascimento até 4-6 semanas independentemente do método de alimentação infantil
OPÇÃO B+	ARV triplo iniciado o mais rapidamente possível após diagnostic e para o resto da vida		

[a] This table is adapted in a slightly modified form from Table 1 in WHO's 2012 Programmatic Update: "Programmatic Update Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants", available at http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_eng.pdf

mesmo em locais com acesso deficiente a testes de CD4. A experiência inicial com a Opção B+ no Malawi confirmou isto com um aumento superior a cinco vezes no número de mulheres grávidas registadas no TARV no primeiro trimestre da implementação a nível nacional[5,6] (ver o site da OMS Malawi em http://www.hivunitmohmw.org para obter dados trimestrais actualizados sobre o início do TARV nas mulheres grávidas a viver com VIH). Mais importante, a implementação da Opção B+ no Malawi envolveu muito mais do que uma mudança no regime de ARV. A Opção B+ fazia parte de uma estratégia mais vasta que consistia na integração completa dos programas de TARV e PTV do Malawi para que o TARV possa ser administrada por enfermeiras em instalações de serviços de cuidados primários onde as mulheres e crianças já estavam a aceder a serviços de SMI. Ao descentralizar os serviços de TARV, o Malawi conseguiu uma expansão rápida do acesso ao TARV para mulheres grávidas em áreas de difícil acesso em todo o país. Apesar da experiência inicial no Malawi ter demonstrado o potencial da abordagem Opção B+, o sucesso a longo-prazo dependerá de assegurar que as mulheres que iniciaram o TARV são retidas nos cuidados a longo-prazo. (Para obter mais informação sobre a experiência do Malawi na implementação da Opção B+, por favor consulte o Relatório da OMS do Malawi: http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Programme_Report_2012_Q3.pdf).

Em Abril de 2012, em resposta ao sucesso inicial do Malawi e a outros desenvolvimentos estratégicos e técnicos, a OMS divulgou uma actualização programática importante sobre "A Utilização de Medicamentos Antiretrovirais no Tratamento de Mulheres Grávidas e na Prevenção da Infecção do VIH nas Crianças,[7]" instando os países a considerarem quais poderiam ser as vantagens da Opção B/B+ nos seus países afirmando: "As Opções B e especificamente a B+ parecem oferecer vantagens programáticas e operacionais importantes e podem, por isso, acelerar o progresso na eliminação de novas infeções pediátricas". Para além de discutir os potenciais benefícios operacionais de ambas as opções, a actualização programática da OMS também destaca vantagens adicionais além da PTV associadas à Opção B+ em particular (Ver Caixa 1).

Caixa 1: Actualização Programática da OMS Destaca Potenciais Vantagens da Opção B+

- Melhor proteção para a saúde matérna
- Maior redução na transmissão sexual da VIH do que outras opções
- Integrar monitoria e avaliação do progresso em relação ao Plano Global
- Simplificação da gestão da cadeia de abastecimento e procurement
- Implementação em grande escala da iniciativa Tratamento 2.0
- Tratamento como prevenção
- Fortelecer a plataforma de SMI
- Práticas de alimentação ideais das crianças para uma vida livre do HIV

Embora reconhecendo o custo adicional da Opção B+ em termos de medicamentos, a OMS observa que o custo do regime de uma dose fixa diária de tenofovir/lamivudina/efavirenz (TDF/3TC/EFV) recomendada para a primeira linha diminuiu consideravelmente, e que a relação custo-eficácia global da Opção B/B+ será provavelmente superior à da Opção A. Todavia, a actualização também esclarece que adopter a Opção B/B+ não é uma solução 'fácil' para a PTV e que o

sucesso derradeiro da Opção B+ exigirá um maior investimento em intervenções para melhorar a adesão e retenção de longo-prazo no TARV, incluindo intervenções de base comunitária e familiar para apoiar as famílias em tratamento.

Embora a implementação da Opção B/B+ ofereça oportunidades importantes, também apresenta novos desafios e incógnitas. Para que seja uma estratégia de saúde pública bem sucedida, a oferta universal de TARV a todas as mulheres grávidas a viver com VIH requer um investimento adicional nos sistemas de saúde, medicamentos e produtos ARV assegurando, ao mesmo tempo, que os direitos das mulheres estão protegidos e que as mulheres e os seus parceiros podem tomar decisões informadas sobre as suas opções de tratamento.

Será importante para as autoridades nacionais em consulta com organizações de base comunitária que representam mulheres a viver com VIH ponderarem as vantagens e desvantagens das Opções A, B e B+ em relação aos seus próprios contextos, recursos e objectivos de saúde nacional. Isto inclui os custos da oportunidade de um maior investimento na Opção B/B+, em comparação com investimento em outras necessidades de saúde prementes.

1.1.3 Objectivo deste documento

Este documento fornece uma perspectiva geral das questões e decisões programáticas que os países enfrentam ao transitarem para a Opção B/B+. Não fornece orientações técnicas formais nem ferramentas relacionadas com questões técnicas específicas; todavia, ao longo deste documento faz-se referência a ferramentas relevantes caso existam e às secções complementares do toolkit. O documento sobre Principais Considerações conjuga as listas de control e ferramentas de avaliação mais específicas e tenciona ajudar os países a facilitarem discussões programáticas mais matizadas a nível de país. Espera-se também que à medida que os países passam para a fase de implementação, se possam aprender lições valiosas que possam ser amplamente partilhadas e ajudem a enriquecer este documento.

1.1.4 Acesso equitativo com uma abordagem baseada nos direitos

Dois princípios orientadores éticos destacam as considerações delineadas neste documento. Em primeiro lugar, atingir as metas do Plano Global exigirá uma **abordagem focada na equidade**, significando que os programas procuram trazer serviços de PTV de qualidade aos níveis de cuidados mais baixos onde a maioria das mulheres tem acesso a serviços de cuidados pré-natais e parto, e para assegurar que as mulheres e crianças desfavorecidas e excluídas dos programas de tratamento recebem tratamento de qualidade e acessível e são retidas nos cuidados. Muitas vezes, os serviços de VIH são implementados primeiro em locais especializados perfeitamente funcionais. Se os programas só focarem locais que já estão a implementar TARV ou onde os parceiros externos estão

a fornecer apoio técnico, o progresso será lento e as lições aprendidas nestes locais podem não ser aplicáveis às instituições de cuidados primários onde a maioria das mulheres e crianças têm acesso a serviços de SMI.

Em segundo lugar, destaca-se uma **abordagem baseada nos direitos** na qual as mulheres são capacitadas para fazerem uma escolha informada sobre o teste e tratamento de VIH. Tal como o teste do VIH é agora universalmente oferecido às mulheres grávidas em vários países, no quadro da Opção B/B+, a TARV é universalmente oferecida a mulheres grávidas a viver com VIH, com o direito de auto-exclusão. Como parte da oferta universal de TARV a mulheres grávidas a viver com VIH, é fundamental que os direitos das mulheres sejam protegidos e que os esforços para combatér o estigma e a discriminação sejam intensificados em todos os níveis.

1.1.5 Síntese do documento

Os documentos estão organizados por catégoria de programa e estão alinhados com as Ferramentas de Avaliação de Preparação de País desenvolvido pelo PEPFAR (Secção 1 do toolkit).

Para uma discussão mais específica dos méritos técnicos e empresariais das Opções A, B e B+, os leitores devem consultar a Actualização Programática da OMS de Abril de 2012 sobre a Opção B/B+ bem como o *"A Business Case for Options B and B+: to Eliminaté Mother to Child Transmission of HIV by 2015"*[8] do UNICEF/Business Leadership Council.

1.2 Compromisso Político e Autorização à Política

A secção seguinte descreve as questões de política fundamentais que podem ter de ser abordadas quando se tomar a decisão de mudra para a Opção B/B+. Este toolkit tem ferramentas adicionais para complementar as considerações destacadas neste documento abrangente para optimizar sistemas que podem ser utilizados por muitos mais anos.

1.2.1 Alinhar as estruturas nacionais responsáveis pela coordenação de PTV, TARV e outros programas de saúde

Cultivar um ambiente de colaboração e inclusive é importante para se chegar a consenso no país sobre a adopção das orientações da Opção B/B+ e sobre a melhor forma de as implementar. Uma transição eficiente para a Opção B/B+ requer que os países avaliem as habilidades, competências e recursos necessários para fiscalizar e gerir a

implementação e o desenvolvimento de políticas de PTV e TARV, facilitar a transição e assegurar a colaboração e consenso entre diferentes sectores. Na maioria dos países existem estruturas que fornecem orientação técnica e supervisão para a implementação de PTV e TARV, frequentemente designados grupos de trabalho técnicos. Apesar das estruturas técnicas de PTV e TARV estarem frequentemente separadas uma da outra, para os países avançarem de forma eficiente para a integração complete de PTV e TARV é fundamental que estas duas estruturas técnicas colaborem de forma estreita, ou se associem num único grupo. No caso do Malawi, os grupo de trabalho técnico de TARV e PTV fundiram-se de forma eficaz e continuaram a operar como uma unidade na planificação da implementação de TARV em todas as instalações a fornecer serviços de SMI.[9] Esta integração da liderança técnica e das funções de gestão de programas de PTV e TARV é provavelmente um pré-requisito para a integração completa destes serviços no nível de cuidados de saúde primários.

As estruturas técnicas de TARV-PTV devem ser o mais inclusivas possível com relação a trazer outras partes interessadas para as suas deliberações. Isto inclui técnicos de saúde com experiência de implementação nas unidades, assessores técnicos de agências internacionais, mulheres a viver com VIH e especialistas de outras áreas de programas de saúde tais como SMI, planeamento familiar, alimentação e nutrição infantil e saúde infantil.

Na maioria dos países, existem níveis de cooperação diferentes entre programas de VIH e outros programas de saúde tais como SMI e planeamento familiar. Face a esta realidade, é necessário consultar e envolver outras partes interessadas para além do programa de VIH, reconhecendo que os programas de VIH têm interesses comuns com o programa de SMI. O tratamento de VIH para todas as mulheres grávidas e crianças infectadas em clínicas de SMI implica que uma grande parte dos pacientes a iniciar TARV o faria em instalações de SMI. Para além disso, muitos destes pacientes fariam também o acompanhamento ao nível de cuidados de saúde primários e através de programas de base comunitária e apoio familiar. Por conseguinte, o programa de TARV precisa que as clínicas de SMI funcionem de forma adequada. Em reconhecimento disto, os programas de VIH, SMI e planeamento familiar deveriam juntar-se para pensar em formas de aproveitar esta oportunidade para uma colaboração mais eficaz.

1.2.2 Analisar rapidamente o progresso de PTV, com foco no acesso ao TARV para mulheres grávidas e seus filhos

Como um primeiro passo para informar a discussão sobre a gestão da transição para a Opção B/B+, os países terão de avaliar o seu progresso actual em PTV. Pode não ser necessária uma revisão nacional detalhada e morosa do programa nacional, e tal não seria aconselhável na maioria dos casos, pois pode causar atrasos desnecessários. Deve dar-se prioridade à análise de indicadores principais selecionados, incluindo indicadores de melhoria da qualidade para avaliar o desempenho e identificar áreas que precisam

de fortalecimento ou para recomendar actividades adicionais para uma implementação eficiente da Opção B/B+.

Ao fazer uma avaliação rápida do progresso do programa de PTV, as duas áreas mais críticas a analisar são: a) a proporção de mulheres grávidas seropositivas num dado país, estado, região/província, distrito e facilidade de acesso a regimes de ARV para PTV[b] e; b) cobertura do TARV nas crianças infectadas pelo VIH. Um bom barómetro para a eficácia do programa de PTV nos diferentes níveis de cuidados é os dados de desempenho a nível do centro de saúde. Os dados deveriam estar disponíveis a este nível (apesar de infelizmente em muitos casos poderem não estar – o que por si só seria uma forte indicação de que é necessária uma mudança urgente).

O acesso ao TARV para crianças e mulheres grávidas deve ser avaliado ao nível subnacional para determinar os números e as proporções de mulheres grávidas e crianças com acesso ao TARV, bem como os tipos e localizações dos centros de saúde que estão a oferecer TARV para crianças e mulheres grávidas e se o acesso depende do rendimento ou nível de educação. Se os serviços de TARV permanecerem predominantemente em centros de saúde mais especializados, áreas urbanas e "centros de excelência" apoiados por parceiros externos, isto deve ser ponderado relativamente à população necessitada.

Para além de considerar dados quantitativos, os programas podem querer incluir feedback qualitativo dos técnicos de saúde e dos utentes dos serviços de saúde. Esta informação pode estar prontamente disponível em visitas realizadas como parte da monitorização regular ou revisões do programa, ou pode ser rapidamente obtida através de um inquérito aos técnicos de saúde ou a mulheres a viver com VIH via telemóveis ou outra tecnologia. Os técnicos de saúde e as mulheres a viver com VIH podem responder a perguntas simples com foco no que funciona e no que não funciona com relação ao acesso ao TARV para crianças e mulheres grávidas e as medidas práticas que podem ser introduzidas para assegurar acesso contínuo aos serviços.

Os resultados de uma avaliação rápida deveriam ser utilizados para informar o MISAU na tomada de decisões sobre o modelo de implementação mais adequado para a Opção B/B+ e para determinar a política e alterações do programa que permitiriam uma transição suave para uma abordagem mais simplificada e integrada.

Um único modo de implementação para atingir mães e crianças provavelmente não será adequado para todos os centros de saúde de um país. Todavia, pode ser útil para cada país chegar a consenso sobre o modo de implementação predominante a adoptar para chegar a todas as mulheres grávidas a precisar de TARV e para fornecer cuidados e tratamento a crianças expostas e infectadas pelo VIH. Em termos globais, recomenda-se que os países com uma prevalência alta e intermédia de VIH considerem uma abordagem que sublinhe os cuidados pediátricos e TARV administrados por enfermeiras em centros de

Tabela 2: Potenciais Vantagens e Desvantagens da Opção B+ em comparação com a Opção B

POTENCIAIS VANTAGENS DA OPÇÃO B+[10]	EXPLICAÇÃO
O início do tratamento não está dependente da contagem CD4.	Garante que a falta de acesso ao teste de CD4 não impede as mulheres de receberem o tratamento necessário.
Optimiza a implementação com uma abordagem única para todos a nível da prestação de serviços.	Pode ser de mais fácil compreensão para pacientes e provedores e mais adequada para TARV administrada por enfermeiras em centros de cuidados primários.
Evita a abordagem "pára-inicia" da Opção B para mulheres com CD4 > 350.	Na Opção B as mulheres que possam ter mais de uma gravidez, podem ter de parar e iniciar o tratamento mais de uma vez. O risco de resistência associado ao início e interrupção do tratamento ainda não foi devidamente estudado. Isto pode ser importante em situações de fertilidade elevada.
A descentralização dos serviços de TARV é uma oportunidade para fornecer TARV em centros de cuidados de saúde primários e de aumentar o acesso a TARV para os grupos mais desfavorecidos e populações rurais.	Um teste de VIH positivo é o único teste de laboratório necessário para iniciar a TARV com a Opção B+. Todavia, com a Opção B, também se poderia iniciar terapia ARV tripla e decidir mais tarde, com base no CD4, se seria profilaxia para o resto da vida. Um regime fixo de um comprimido por dia permite o acesso aos quadros mais baixos.
Passa a mensagem clara a toda a comunidade de que o TARV, quando iniciada, deve ser para feita o resto da vida.	Com a Opção B, pode haver um efeito indirecto na adesão se algumas pessoas na comunidade pensarem que não há problema em parar e iniciar o TARV.
A monitoria longitudinal de pares de mães-filhos pode fornecer informação importante sobre a qualidade do programa de PTV desde a primeira visita de CPN à confirmação do diagnóstico de VIH aos 18 meses ou no fim do periódo de amamentação.	A monitoria das transferências para fora do programa após a amamentação e de volta ao programa de TARV é uma questão particularmente complicada que deve ser abordada com a Opção B mas não B+.
Gestão integrada do programa de TARV-PTV.	A Opção B+ pode oferecer a oportunidade de conseguir a integração complete de TARV e PTV a nível da prestação de serviços bem como com relação às funções de nível superior do programa.
Benefícios de saúde para mulheres a viver com VIH.	Risco reduzido de tuberculose e outras infeções oportunistas.
Prevenção da transmissão sexual para um parceiro não infectado.	Iniciar o tratamento cedo tem mais probabilidade de reduzir a carga viral e assim reduzir o risco de transmissão a um parceiro não infectado.
POTENCIAIS DESVANTAGENS DA OPÇÃO B+	**DESCRIÇÃO**
Medicamentos mais caros.	Com a Opção B, as mulheres com CD4 > 350 param a TARV após a amamentação por isso necessária menos ARV
Potencial para maior toxicidade e resistência ao medicamento.	Algumas mulheres são expostas a ARV por um periódo mais curto com a Opção B e podem por isso ter menos efeitos secundários. Maior risco de resistência ao medicamento em caso de fraca adesão ou retenção.
Outros custos adicionais de prestação de serviços.	Com mais mulheres em tratamento, sera necessário mais espaço, técnicos e outra infra-estrutura de apoio.
Potencial reafectação dos escassos recursos para longe de mulheres não grávidas a viver com VIH com CD4 ≤ 350.	As mulheres grávidas obtêm relativamente mais benefícios de saúde do que as mulheres que não estão grávidas com CD4 > 350 após a interrupção da amamentação.

saúde de cuidados de saúde primários que fornecem serviços de SMI.[b]

1.2.3 Chegar a consenso sobre a escolha da Opção B/B+ para PTV

Muitos países podem estar particularmente interessados em diferenciar a Opção B/B+, tendo em conta as vantagens e desvantagens comparativas de cada. Tendo isto em mente, a Tabela 2 na página seguinte fornece uma lista, apesar de não ser exaustiva, de algumas potenciais vantagens e desvantagens da Opção B+ em relação à Opção B.

[b] A provisão de TARV nestes centros de saúde pode não ser prática em alguns contextos, particularmente em locais de prevalência particularmente baixa onde apenas uma proporção muito reduzida de mulheres é seropositiva. Se a TARV não for fornecida nas mesmas clínicas ou centros de saúde onde as mulheres fizeram o teste (positivo), é necessário implementar referências activas e atémpadas para assegurar que as mulheres grávidas iniciam a TARV o mais rapidamente possível após o dignóstico.

Caixa 2: Benefícios da Opção B+ para além da PTV

- **Reduzir a transmissão sexual do VIH:** Ensaios clínicos aleatórios demonstraram que o "tratamento como prevenção" é altamente eficaz na prevenção da transmissão sexual do VIH com um risco superior a 95%.
- **Reduzir a incidência da tuberculose:** Iniciar o tratamento de mulheres com contagens de CD4 superiores a 350 reduz drasticamente a incidência da tuberculose activa[1].
- **Reduzir a mortalidade matérna:** Dados de observação apoiam o argumento de que pode haver um benefício do tratamento de VIH para a redução da mortalidade matérna associada ao VIH, mesmo em mulheres com CD4 superior a 350[1].
- **Aumentar a adesão e retenção em programas de TARV:** Ao exigir que os serviços de TARV sejam descentralizados para todas as instituições a fornecer serviços de SMI, a abordagem da Opção B+ tem o potencial de melhorar o acesso a TARV para mulheres grávidas e crianças em áreas remotas e evita a disseminação de mensagens menos claras às comunidades sobre a necessidade de se aderir à TARV para o resto da vida após o seu início.
- **Benefícios para outros serviços de SMI e de planeamento familiar:** Inscrever todas as mulheres a viver com VIH num único percurso de acompanhamento nas instituições pode também ajudar a faciliar a implementação da oferta regular de serviços de planeamento familiar a mulheres seropositivas.
- **Aumentar a sobrevivência infantil e reduzir a desnutrição:** Para os lactentes expostos, a TARV matérnal durante a amamentação (Opção B/B+) fornece um elevado nível de proteção da infeção pelo VIH e os vários benefícios da amamentação exclusiva podem reduzir a mortalidade infantil relacionada com diarreia e malnutrição crónica associada à ausência da amamentação.

1.2.4 O que querem as mulheres? Explorando a aceitabilidade da Opção B/B+

Uma componente crítica para uma transição bem sucedida para a Opção B/B+ é a sua aceitabilidade para as mulheres a viver com VIH. Na escolha de regimes de ARV para PTV, a eficácia de um regime tem sido um critério muito mais importante do que a sua aceitabilidade, considerando que se assumiu justificadamente que as mulheres quererão o regime mais eficaz. Todavia, nos casos em que duas opções possam ter uma eficácia semelhante para uma mulher, compreender a aceitabilidade relativa das opções de uma perspectiva de recursos humanos torna-se particularmente importante. Por conseguinte, ao comparar opções é importante ouvir das próprias mulheres a viver com VIH sobre as suas preferências e se gostariam de ter a oportunidade de escolher entre as duas opções. A Opção B e, particularmente, a Opção B+ pode ter benefícios de saúde para mulheres com contagens CD4 mais elevadas (ver Caixa 2 para discussão adicional). Não obstante, os benefícios de saúde da Opção B+ podem não ser dramáticos em comparação com a Opção B para mulheres com CD4 superior a 350, e algumas mulheres com CD4 >350 podem preferir parar a TARV após a cessação da amamentação e apenas recomeçar quando for claramente necessário para a sua saúde.

Tendo isto em mente, os países deverão colaborar de forma estreita com grupos de partes interessadas nacionais e organizações de base comunitária a representar mulheres a viver com VIH para compreender as percepções, atitudes e preferências das mulheres com relação às opções de tratamento. Estas consultas podem também identificar obstáculos críticos no acesso e adesão ao tratamento como por exemplo, o custo do tratamento, necessidades nutritivas e estigma e descriminação. Esta informação pode ser utilizada para informar decisões de políticas bem como planos de implementação futuros a nível nacional e distrital. Neste contexto, alguns países podem querem investir mais tempo e recursos na realização de "pesquisa formativa" qualitativa que pode informar futuras mensagens de comunicação da mudança de comportamento (BCC) para aumentar a aceitação, adesão e retenção no TARV (para obter mais informação sobre este tópico, ver secção sobre Envolvimento Comunitário). Os países podem também querer explorer a aceitabilidade individual e pela comunidade de regimes de ARV em relação a práticas de alimentação infantil, particularmente amamentação.

Independentemente da política nacional selecionada, o respeito pela escolha individual e pelos direitos humanos requer que os riscos, benefícios e alternativas a um tratamento recomendado sejam comunicadas aos pacientes para que haja um consentimento informado. De forma a equilibrar as escolhas e direitos individuais com a eficácia operacional, os países podem aprender com a implementação bem sucedida de mudanças de políticas de VIH anteriores, sobretudo a adopção da auto-exclusão da testagem de VIH ou as recomendações sobre alimentação infantil da OMS de 2010.[11] Em cada um destes casos, as mulheres recebem recomendações claras, mas têm também o direito de fazer uma escolha diferente. Com base nestes modelos, os países que vierem a adopter a Opção B+ devem considerar uma abordagem que recomenda a todas as mulheres grávidas a viver com VIH que continuem a TARV, na qual mulheres com CD4 > 350 recebem aconselhamento específico sobre os potenciais benefícios,

riscos e alternativas à TARV para que tenham a escolha de parar o tratamento após a amamentação se assim desejarem.

1.2.5 Clarificar políticas e procedimentos necessários para a adopção da Opção B/B+

Existem várias decisões políticas interligadas que os países terão de tomar que podem ser abordadas da melhor forma através de uma revisão abrangente das orientações nacionais de prevenção, cuidados e tratamento do VIH. No caso do Malawi, a execução dessa revisão resultou na integração complete das orientações nacionais de VIH para todas as populações para criar o enquadramento para a transição para a Opção B+ (as orientações integradas do Malawi estão disponíveis na internet para consulta).[12] As orientações revistas sobre TARV da OMS, que deverão ser divulgadas em 2013, também podem influenciar as decisões sobre políticas específicas de um país.

1.2.6 Obter aprovação a alto nível politico da Opção B/B+ e políticas associadas

Após ter procedido às várias análises e actividades de formação de consensos, a estrutura técnica TARV-PTV deve estar bem preparada para defender a mudança aos altos níveis do governo com autoridade para elaborar políticas. Demonstrar que as mudanças recomendadas não são apenas tecnicamente sãs mas também são eficazes em termos de custos, apoiadas por vários parceiros e têm o objectivo de abordar problemas relacionados com o VIH e melhorar a saúde matérna e infantil irá aumentar a probabilidade de uma implementação bem sucedida. A Ferramenta de Avaliação da Prepração do País do PEPFAR apresenta um resumo do processo e considerações políticas principais para a adopção da Opção B/B+.

1.3 Considerações Financeiras

1.3.1 Calcular o custo e a relação custo-eficácia de fornecer TARV a todas as mulheres na PTV

Calcular o custo e relação custo-eficácia adicional da implementação da cada opção é importante para influenciar as decisões de implementação e desenvolver uma estratégia de implementação. Determinar os custos e a relação custo-eficácia requer conhecimento especializado que pode não existir entre os gestores do programa de TARV ou PTV ou os decisores políticos. Vários parceiros, nomeadamente a Iniciativa Clinton de Acesso à Saúde (CHAI), PEPFAR e o Instituto Futures desenvolveram modelos para calcular

os custos para as diferentes opções. Para além disso, o UNICEF, CHAI e o Conselho de Liderança Empresarial (BLC) elaboraram "Uma Estratégica para as Opções B e B+: Eliminar a Transmissão Vertical do VIH até 2015"[8] que descreve um modelo que projecta o impacto e o custo ao longo do tempo.

A Opção B+ é mais cara em relação à A ou B devido ao custo dos medicamentos ARV. O custo anual actual de um regime TDF/3TC/EFV é, em média, 159 usd por paciente por ano,[13] mas é provável que esta estimativa continue a baixar. Todavia, também é importante incluir custos operacionais adicionais decorrentes da implementação da Opção B/B+, tais como tempo adicional das enfermeiras necessário para administrar TARV bem como apoio financeiro para estruturas comunitárias para expandir a adesão ao tratamento e outros serviços de apoio complementares. Os custos adicionais de formação, monitorização e de revisão de sistemas de monitoria e avaliação também deveriam ser incluídos. Avaliar as implicações de custos da implementação da Opção B/B+ também significa ter em conta os recursos financieros necessários para apoiar uma parte equitativa dos recursos humanos (RH) nas instituições de cuidados de saúde primários a implementar serviços de SMI que passarão a ser responsáveis pela administração de TARV a um número potencialmente maior de mulheres grávidas a viver com VIH. De modo semelhante, os custos operacionais tais como energia, manutenção, segurança, etc. devem ser incluídos nas estimativas.

Os custos de curto e longo-prazo devem ser diferenciados, bem como os custos iniciais e recorrentes. Com relação aos custos de curto e longo prazo para pacientes individuais, é necessário reconhecer que mulheres com níveis de CD4 mais elevados na Opção B que decidam parar a TARV, devem reiniciar a TARV dentro de alguns anos.

Ao comparar os custos entre a Opção B e B+ existe apenas uma pequena diferença proporcional no custo absoluto do TARV num indivíduo jovem que estará em tratamento durante décadas.

É fundamental comparar a relação custo-eficácia de várias opções de tratamento utilizando a sua eficácia real no contexto de um dado país em vez de simplesmente utilizar estimativas da eficiência baseadas em resultados de ensaios clínicos. Como parte de uma análise de viabilidade, as estruturas técnicas de PTV-TARV podem ter calculado níveis de eficácia da Opção B/B+ no seu país e estas estimativas podem ser utilizadas para os cálculos adicionais da relação custo-eficácia. A estimativa da relação custo-eficácia deve também incluir outros benefícios do tratamento inicial, notavelmente a redução da transmissão sexual e de casos de tuberculose. Os custos do fracasso devem também ser incluídos na análise global, uma vez que uma opção menos eficiente em termos de saúde pública cria custos adicionais decorrentes da necessidade de tratamento pediátrico (e tratamento de adultos se se considerar os benefícios do tratamento inicial para a prevenção da transmissão sexual). Os países podem também querer analisar a sensibilidade da relação custo-eficácia, à medida que os preços de ARV continuam a baixar e podem vir a tornar-se muito mais baratos de fabricar no futuro. Considerar tais possibilidades nas estimativas de custos pode encorajar as partes interessadas a ver que a Opção B/B+, apesar dos elevados investimentos iniciais, passará a ser mais eficaz em

termos de custos e potencialmente económica no futuro.

Para obter mais informação sobre a relação custo-eficácia da Opção B/B+ ver a Secção 3 do toolkit.

1.3.2 Financiamento: mobilizar recursos adequados e fortalecer o sistema de saúde

Mobilizar recursos adequados para a implementação da Opção B/B+ é um desafio, uma vez que frequentemente demora um ano ou mais para solicitar com sucesso novo financiamento, seja de fontes internas e/ou externas. Dado que a adopção da Opção B/B+ envolve fornecer TARV a todas as mulheres PTV, uma alternativapode ser reprogramar o financiamento já orçamentado para TARV para facilitar a implementação. Apesar dos dois programas se sobreporem cada vez mais nos últimos anos, os orçamentos e doadores de muitos países separam as actividades de TARV e PTV e a TARV tem, em termos gerais, mais recursos que PTV. Ao adoptar a Opção B+, o Malawi utilizou esta abordagem, reprogramando recursos de um donativo existente do Fundo Global. Todavia, utilizar fundos reprogramados para apoiar a implementação inicial sem um compromisso claro para financiamento de longo-prazo acarreta alguns riscos.

De qualquer forma, serão necessários compromissos de longo prazo de recursos adicionais para financiar o custo adicional da Opção B/B+, particulamente os custos dos medicamentos ARV. No mínimo, tal exigirá recursos internos adicionais que os países disponibilizam através de fundos do sector público e, na maioria dos casos, exigirá igualmente recursos externos adicionais.

Os países que desenvolvem estimativas de custos dos planos para a eliminação da transmissão vertical (ETV e afectam uma grande parte dos seus próprios recursos internos terão um argumento mais forte ao solicitar financiamento externo. É importante ilustrar a redução de custos associada à Opção B+ a longo prazo devido ao maior número de infecções pediátricas evitadas, bem como à redução dos preços dos medicamentos ARV devido ao maior volume de pacientes.

Utilizar os recursos de forma eficaz para fortalecer o sistema de saúde é outro desafio principal na implementação da Opção B/B+. O aumento da escala do TARV em todas os serviços de SMI exige um investimento considerável nos recursos humanos (na saúde e comunidade), gestão da cadeia de abastecimento, monitoria e avaliação e infra-estrutura física. Tendo em conta a transição em direção à integração, os programas de SMI e TARV devem encontrar formas de conjugar recursos e de fortalecer conjuntamente os sistemas que são essenciais para a provisão de todos os serviços de saúde a nível dos cuidados de saúde. Os orçamentos para PTV e TARV devem reflectir as crescentes necessidades de financiamento para a implementação dos planos nacionais de ETV. Todavia, programas de PTV mais eficazes que reduzem ainda mais o número de novas infeções pediátricas de VIH podem reduzir a necessidade de despesa em medicamentos

ARV pediátricos.

Para obter uma lista detalhada dos elementos típicos de custos ver a Secção 3 do toolkit.

1.4 Modelo de Prestação de Serviços

1.4.1 Chegar a consenso sobre as modalidades ideias para a prestação de serviços de PTV-TARV

Chegar a consenso sobre o modo de implementação mais adequado para os objectivos e context específico de um país é um passo fundamental na fase de planeamento para a transição para a Opção B/B+. Tendo em conta os custos e as implicações em termos de recursos humanos associadas à descentralização, é fundamental que os modelos de prestação de serviços e descentralização sejam avaliados durante a fase de planeamento inicial. As principais questões a considerar ao selecionar o mode de implementação mais adequado incluem:

- *onde* vai ser administrada a TARV para mulheres grávidas e crianças (localização)
- *quem* vai começar (provedores) e;
- *quando* é que o TARV vai ser oferecido a mulheres e crianças (calendário).

Com relação à localização, vários modelos são possíveis incluindo:

- localização dos serviços TARV na mesma clínica de SMI que oferece PTV (localização "completamente integrada");
- serviços de TARV localizados num edifício ou secção diferente na mesma instituição de saúde que os serviços de PTV (localização parcialmente integrada[14]); ou
- serviços de TARV numa instituição de saúde diferente dos serviços de PTV (localização não integrada).

Com relação aos provedores, as opções incluem TARV iniciada apenas por médicos ou TARV igualmente iniciada por outros quadros incluindo enfermeiras/parteiras e pessoal clínico. Com relação ao calendário, modelos possíveis incluem coordenar as consultas de TARV com visitas de CPN e SMI no periódo pré e pós-natal versus visitas relativamente não coordenadas (ou seja, a TARV apenas é oferecida em certos dias ou horas que não se sobrepõem a visitas de CPN ou outras de SMI).

As evidências indicam que a implementação do TARV para mulheres grávidas e crianças nas clínicas de SMI pode resultar em níveis muito mais elevados de aceitação do que quando os pacientes são encaminhados para centros de saúde de nível mais alto que tendem a estar mais distantes das zonas de residência das mulheres. Na Zâmbia, um ensaio aleatório mostrou que a provisão de TARV em centros de saúde de SMI duplicou,

aproximadamente, a aceitação de TARV por mulheres grávidas em comparação com o TARV por referência externa.[15] Embora a referência de mulheres grávidas e crianças infectadas de clínicas de SMI para clínicas de TARV diferentes no mesmo centro de saúde, que ocorre frequentemente em grandes hospitais, ser preferível a encaminhar os pacientes para centros de saúde distantes, a co-localização pode estar associada a taxas elevadas de perda de seguimento.[16] Por conseguinte, é mais desejável, pelo menos na maioria dos locais de elevada prevalência de VIH, iniciar o TARV para mulheres grávidas e crianças em clínicas de SMI sempre que possível. No entanto, ao fazê-lo é importante ter em conta que oferecer TARV a mulheres grávidas seropositivas em unidades de cuidados de saúde primários pode criar procura por serviços para parceiros, pós-parto, mulheres seropositivas e crianças bem como para outros pacientes de TARV a viver na localidade. Por conseguinte, os planos para iniciar TARV em CPN em unidades de nível mais baixo devem estar bem alinhados e integrados com os planos de descentralização para o programa de TARV para adultos e devem ser encarados como uma oportunidade para fortalecer as abordagens aos cuidados de VIH orientada para a família. De modo semelhante, as normas clínicas para a provisão de TARV em centros de saúde de SMI devem ser comparáveis às normas nacionais do programa para adultos e devem utilizer-se sistemas igualmente robustos para monitorar a qualidade dos cuidados fornecidos a mulheres grávidas a viver com VIH.

Embora a co-localização dos serviços de PTV-TARV para mulheres grávidas seja importante, é geralmente insuficiente para melhorar a aceitação de TARV-PTV. Num estudo de observação, havia pouca diferença na aceitação entre três clínicas com uma abordagem completamante integrada, parcialmente integrada e não integrada à provisão de serviços de TARV-PTV.[14] Embora os serviços estivessem co-localizados na clínica, provedores diferentes forneciam serviços de TARV e PTV em horários diferentes. Isto destaca a importância da integração das três vertentes dos serviços – localização, provedores e calendário – de forma a maximizar a probabilidade das mulheres e crianças iniciarem a TARV. Sem dúvida, o ingrediente mais importante do sucesso do Malawi na Opção B+ foi a decisão de implementar TARV em todos os centros de saúde a fornecer serviços de SMI, com enfermeiras a iniciar a TARV em coordenação com as visitas de CPN.

Tendo em conta que o espaço e o número de técnicos de SMI é frequentemente limitado, também se podem considerar modelos híbridos nos quais a TARV é iniciada por enfermeiras nos SMI, mas as mulheres e crianças são cuidadosamente transferidas, em algum momento após o parto, para outra clínica que forneça TARV para o resto da vida. O melhor momento e localização para a transiçaõ de PTV para um programa distinto de TARV para o resto da vida vai variar com base nas características específicas dos centros de saúde do país, apesar de na maioria dos casos ser preferível fazer a transição após o desmame.

Para além de chegar a um consenso sobre a modalidade preferida de TARV e acompanhamento de mães, é também importante concordar sobre o modo recomendado de acompanhamento de bébés e crianças expostas e infectadas pelo VIH. Nos países onde o TARV será iniciada em unidades de cuidados primários que oferecem serviços de SMI, é lógico que os mesmos técnicos e clínicas a fornecer TARV para a mãe sejam

responsáveis por garantir que as crianças expostas e infectadas pelo VIH recebem as intervenções necessárias no periódo pós-natal.[c] Uma abordagem centrada na família na qual as mães e as crianças vão à mesma 'casa' de cuidados já foi implementada com sucesso em muitos contextos e tem também o potencial de atrair os parceiros masculinos para testagem e aconselhamento. O teste e tratamento dos parceiros e familiares é fundamental para optimizar os benefícios do tratamento como prevenção e para fornecer apoio psicosocial a mulheres grávidas a iniciar TARV aquando do diagnóstico.

1.4.2 Decentralização e expansão

Os sistemas deverão ser revistos e fortalecidos para que o TARV seja adequadamente fornecida nas unidades de cuidados primários a fornecer serviços de SMI. A provisão de TARV a mulheres e crianças traz novas responsabilidades e é importante garantir que os sistemas de saúde estão equipados para optimizar os resultados do tratamento. Por exemplo, é necessário tomar todas as medidas para minimizar a escassez de TARV e estabelecer um sistema para a monitoria e retenção dos pacientes. Em alguns casos, os países podem querer considerar uma abordagem faseada à implementação da Opção B/B+ que foca a aprendizagem pela prática, mantendo no entanto uma perspectiva de urgência. Neste âmbito, os países podem querer aprender com o exemplo do Malawi, que deu prioridade a certos distritos na implementação da Opção B+, seguida pela implementação a nível nacional em menos de um ano. Esta abordagem permite uma aprendizagem rápida de vários locais num distrito, incluindo centros de cuidados primários enquanto se optimizam as funções dos sistemas de saúde especializados a nível distrital. Para além disso, é necessário ter em conta as implicações em termos de carga de trabalho da descentralização dos serviços de VIH de locais de TARV ou unidades de saúde de nível mais alto para unidades de cuidados primários com base nos pacientes de TARV num distrito ou localidade.

No caso de cenários de prevalência alta e intermédia, é necessário ultrapassar dois desafios para fornecer um acesso mais equitativo o TARV para mulheres grávidas a viver com VIH:

1. A necessidade de implementar TARV em locais que fornecem serviços de SMI – levar a TARV às mulheres e crianças que dela precisam; e
2. A necessidade de cuidados e apoio coordenados e abrangentes para adesão e retenção no TARV a nível da comunidade e da unidade de saúde.

[c] Inclui o diagnóstico precoce da criança, apoio para amamentação e nutrição, cotrimoxazol, nevirapina.

1.4.3 Fornecer serviços de TARV a mulheres e crianças: preparar o sistema de saúde para apoiar a TARV em todas as clínicas de cuidados primários que oferecem serviços de SMI

Os estrangulamentos no sistema de saúde variam de país para país e em diferentes regiões no mesmo país. Por conseguinte, pode ser útil para os programas nacionais trabalhar de perto com as equipas de saúde distritais para fazer avaliações dos estrangulamentos do sistema para compreender melhor as áreas em que precisam de concentrar os seus recursos locais para que os centros de saúde que oferecem serviços de SMI e PTV também forneçam serviços de TARV de qualidade.

Ao abordar as barreiras a nível da oferta e da procura no acesso aos serviços, é importante analisar não só as componentes individuais do sistema de saúde mas também ter em mente a continuidade dos cuidados para mulheres e crianças. A perda de acompanhamento acontece em vários pontos nos periódos pré e pós-natal, com oportunidades perdidas em termos de serviços de SMI e VIH. Para atingir as metas do VIH, as mulheres e crianças devem primeiro ter acesso aos serviços de SMI globais a nível mais alto. São necessários investimentos adicionais na plataforma de SMI para abordar as barreiras à integração dos serviços de VIH e SMI e para fortalecer as ligações nos seus pontos fracos.

1.4.4 Infra-estrutura: criar espaços adequados para TARV nos centros de saúde que prestam serviços de SMI

Talvez uma das questões mais simples a considerar em relação aos sistemas de saúde na transição para a Opção B/B+ é a infra-estrutura física necessária para administrar TARV em locais de prestação de SMI. Um centro de saúde com espaço adequado para fornecer TARV pode não necessitar de renovações para mudar para a Opção B/B+. Todavia, a longa duração do aconselhamento para adesão antes do início do TARV e as visitas potencialmente mais frequentes ao longo de mais tempo podem colocar pressão no espaço disponível.

O espaço necessário e a necessidade ou não de renovações variam de local para local, dependendo do volume de pacientes esperado, dos outros serviços a funcionar na clínica e das condições e espaço disponíveis no centro de saúde. Melhorar o fluxo de pacientes ou a organização dos serviços na clínica através da marcação de consultas de TARV quando o centro de saúde tem menos movimento (frequentemente para clínicas que fornecem serviços de SMI) pode, em muitos casos, minimizar a necessidade de renovações extensas.

Um armazém adequado e seguro para ARV é outro factor a ter em conta ao iniciar TARV em clínicas de cuidados primários. A avaliação do espaço e das necessidades de renovação deverá ser feita por equipas distritais como parte do processo de planeamento e, de

preferência, de forma a maximizar a segurança de todos os produtos utilizados na clínica, incluindo ARV e outros medicamentos.

De forma a avaliar a sua preparação para fornecer TARV a todas as mulheres grávidas a viver com VIH, os países podem considerar útil utilizar a Ferramenta de Avaliação da Preparação do País desenvolvida pela PEPFAR na Secção 2 do toolkit.

1.5 Capacidade de Recursos Humanos

1.5.1 Recursos humanos: implementar TARV iniciado por enfermeiros e mudança de tarefas

O início do TARV por enfermeiros e provedores clínicos no âmbito de SMI pode ser necessário na maioria dos contextos para uma implementação bem sucedida da Opção B/B+ e para melhorar o acesso ao TARV para bébés e crianças. As provas confirmam claramente que a TARV iniciada por enfermeiros é segura e eficaz.[17,18,19] São necessárias políticas claras de partilha e mudança de tarefas para delinear como os educadores de pares e os profissionais de cuidados de base comunitária podem apoiar os enfermeiros em diferentes tarefas relacionadas com a prestação de cuidados a pacientes de TARV. Há que pensar como estes quadros podem ser adequadamente remunerados e apoiados (Para obter informação adicional, ver a secção sobre Envolvimento Comunitário). É preciso rever as políticas e orientações nacionais para que os enfermeiros possam iniciar o TARV que devem indicar claramente as indicações para a referência de pacientes a médicos ou centros de saúde mais especializados. A maioria das mulheres a começar TARV em locais de prestação de PTV estão na fase I ou II da doença de acordo com a OMS e, por conseguinte, é provável que apenas um pequeno número de pacientes seja encaminhado. As políticas também devem indicar claramente que enfermeiros qualificados podem iniciar TARV em crianças.

Os currículos da formação prévia e em serviço também devem ser actualizados para enfermeiros e outros quadros de forma a reflectir as novas responsabilidades relacionadas com a gestão do TARV. Uma melhor formação em diagnóstico e tratamento pediátrico é particularmente importante para enfermeiros e funcionários clínicos em locais de prestação de SMI.

Caixa 3: Orientação Técnica da OMS

Para obter mais informação sobre os regimes de TARV para adultos recomendados pela OMS, leia a publicação de 2011 "Prioridades de Curto Prazo para a Optimização de Medicamentos ARV". (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501941_eng.pdf)

Para obter informação adicional sobre a segurança da utilização de EFV na gravidez, incluindo farmacovigiância, consulte o documento da OMS: "Actualização técnica sobre a optimização do tratamento: uso do efavirenz durante a gravidez numa perspectiva de saúde pública", publicado em Julho de 2012. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503792_eng.pdf)

Juntamente com estas orientações e currículos claros, é preciso um número adequado de enfermeiros nas clínicas de SMI para fornecer TARV sem detrimento dos seus deveres existentes. As equipas distritais, em coordenação com directores provinciais e centrais, devem realizar uma análise para assegurar que cada clínica de SMI que vai iniciar a TARV tem pessoal de enfermagem qualificado. Apesar da Opção B/B+ ser mais simples de administrar da perspectiva do provedor, pode ser razoável assumir que os enfermeiros que já estão a administrar profilaxia de PTV podem mudar para TARV sem recursos humanos adicionais. Todavia, os enfermeiros a iniciar TARV para mulheres grávidas podem precisar de mais tempo para aconselhamento para adesão que é mais longo para pacientes a iniciar o TARV em comparação com PTV. É preciso definir estratégias de retenção para minimizar a perda de profissionais da saúde e profissionais de cuidados comunitários devido a desgaste bem como fornecer oportunidades de desenvolvimento profissional contínuas para estes quadros uma vez que assumem mais responsabilidades.

Os enfermeiros e outros membros relevantes das equipas (por exemplo, provedores clínicos, farmacéuticos, operadores de dados, funcionários de apoio, etc.) nas clínicas que estarão envolvidas na prestação de TARV terão também de receber formação na prestação de TARV. No caso da implementação da Opção B+ no Malawi, as equipas receberam formação conjunta sobre as novas orientações nacionais que incluiu tópicos como PTV integrada, TARV para adultos e pediátrica e outros tópicos relacionados tais como diagnóstico da criança e a oferta regular de planeamento familiar para mulheres seropositivas. Tendo em conta o custo da formação fora do local de trabalho, pode ser mais eficaz e um melhor investimento dos recursos dar, às equipas de provedores, formação no local de trabalho utilizando uma abordagem abrangente.

Consulte a lista de controlo para Recursos Humanos na Saúde na Secção 4 para obter mais detalhes sobre este tópico.

1.6 Escolha do Regime de TARV

1.6.1 Chegar a consenso sobre uma recomendação para o tregime ideal

Decidir sobre qual o regime a recomendar para PTV e se será o mesmo regime para todos os pacientes a iniciar TARV no programa nacional estabelece as bases para várias actividades subsequentes. Na medida do possível, esta decisão deve ter em conta as vantagens de harmonizar os regimes de PTV, TARV para adultos e pediátrica para simplificar a previsão e quantificação e reduzir a fragmentação dos mercados dos produtos de base. O alinhamento destes regimes tem o benefício adicional de simplificar a administração de TARV para os provedores de saúde.

De forma a limitar o risco de hepatoxicidade em mulheres com contagens de CD4 altas e para simplificar a implementação de um regime de uma dose diária, a actualização

programática da OMS recomenda um regime com efavirenz e fumerato de tenofovir disoproxil (TDF) para mulheres grávidas a iniciar TARV no âmbito da Opção B/B+, que é coerente com o regime preferido da OMS de medicamentos de primeira linha para adultos. Apesar de reservas prévias sobre a utilização de efavirenz no primeiro trimestre da gravidez, dados recentes comprovam a sua segurança a longo-prazo. O custo de um regime de efavirenz/TDF/3TC de 159 usd por paciente/ano é muito inferior ao do regime de inibidores de protease e cada vez mais eficaz em termos de custos. Desenvolvimentos recentes com o MdS na África do Sul a anunciar um novo concurso em Novembro de 2012 para preços ainda mais baixos por paciente por ano (aproximadamente 120 usd) para combinações de dose pré-determinada indicam que os regimes de medicamentos ideais estão a tornar-se mais acessíveis e que são possíveis reduções adicionais de preços.[20]

De forma a simplificar a cadeia de abastecimento, monitoria e avaliação e a provisão de serviços, a abordagem ideal seria utilizar o mesmo regime inicial para todos os pacientes no programa de TARV nacional. Todavia, em alguns casos os estrangulamentos de financiamento podem ditar que diferentes tipos de pacientes iniciem regimes diferentes. Os países cujos recursos não são suficientes para fornecer o mesmo regime de primeira linha a outros pacientes de TARV fora da PTV podem considerar uma abordagem faseada com o objectivo de longo prazo de fazer a harmonização para um regime. As orientações nacionais devem também indicar claramente regimes de primeira linha alternativos para mulheres grávidas que tenham reações adversas aos medicamentos do regime de primeira linha aprovado.

1.7 Gestão da Cadeia de Abastecimento

1.7.1 Procurement e cadeia de abastecimento: assegurar o abastecimento de TARV a todos os centros de saúde que prestam serviços de SMI

Passar para a Opção B/B+ acarreta algumas vantagens com relação ao procurement e gestão da cadeia de abastecimento mas também apresenta desafios novos. No diz respeito ao procurement, a quantificação de ARV torna-se mais simples porque passa a haver apenas um regime. Todavia, o custo absoluto da aquisição de ARV pode ser maior com a Opção B/B+, em comparação com os regimes de ARV disponíveis. Ao fazer a transição para a Opção B/B+, os países terão de considerar as questões interrelacionadas da mobilização de recursos para cobrir os custos adicionais dos medicamentos, previsão e quantificação, tomada de decisões sobre os mecanimos de aquisição a utilizar, coordenação dos tempos de espera com base no financiamento disponível e no calendário de implementação da Opção B/B+.

Com relação aos mecanismos de procurement, as abordagens coordenadas de procurement central têm o apoio de doadores como o Fundo Global e PEPFAR, que

frequentemente financiam uma grande parte dos ARV. Onde aplicável, os países podem trabalhar de perto com estes doadores e com os seus mecanismos de procurement de forma a reduzir os custos dos medicamentos ou os tempo de espera.

É necessário um maior investimento no fortalecimento do sistema da cadeia de abastecimento para fornecer TARV a todos os centros de saúde a fornecer serviços de PTV, em vez de apenas a um número mais pequeno de centros de TARV especializados. A escassez de stock de PTV nas unidades de SMI de nível mais baixo tem sido comum em alguns países. Após os centros de saúde de SMI iniciarem os serviços de TARV, estas faltas seriam ainda mais prejudiciais pois aumentariam as taxas da transmissão vertical e poriam as mães e crianças em risco de desenvolver resistência. De modo semelhante, as faltas reflectem a qualidade dos cuidados e têm implicações nas taxas de retenção, uma vez que é menos provável que as mulheres grávidas voltem a um centro de saúde com escassez frequente de stocks. À medida que a procura por testagem e tratamento aumenta, é fundamental assegurar que a previsão considera as necessidades dos sectores público e privado e dá igual destaque aos kits de testagem e medicamentos ARV.

Tendo isto em mente, é fundamental desenvolver um plano e sistema claros para gerir o fornecimento de ARV a todos os centros de saúde. Uma componente importante são ferramentas padronizadas para previsão e elaboração de relatórios sobre consumo. A planificação não deve ser feita de cima para baixo mas sim incluir micro-planificação a nível distrital. Face à previsibilidade relativa nos números de mulheres grávidas e crianças seropositivas identificadas em cada trimestre, pode ser razoável utilizar um sistema “push” ou “pull” dependendo das necessidades do país. Sempre que possível, os programas devem tentar integrar plenamente os ARV no sistema da cadeia de abastecimento que serve as unidades de cuidados primários a fornecer serviços de SMI, em vez de utilizar um sistema vertical separado para matériais de VIH. Assegurar um fornecimento fiável de outros matériais de SMI é um elemento fundamental nos cuidados contínuosns para mães e filhos. Nos locais sem matériais de SMI essenciais, pode ser menos provável que as mulheres frequentem os CPN, o que se pode traduzir numa fraca adesão a testes de VIH, PTV e TARV. A formação de farmacéuticos de nível médio é necessária para assegurar uma capacidade de recursos humanos suficiente para acomodar o aumento na procura por medicamentos ARV e para uma integração mais eficaz do sistema de gestão da cadeia de abastecimento. Pode-se considerar estabelecer um sistema de farmacovigilância para recolher e gerir informação sobre a utilização e reações adversas a medicamentos.

Medidas para assegurar a segurança dos matériais também são importantes considerando o risco de que as perdas aumentem à medida que a cadeia de abastecimento se expande para várias unidades de cuidados primários de nível mais baixo. Estas devem ser integradas com outros sistemas de segurança de matériais nos centros de saúde de SMI onde outros matériais valiosos tais como terapias de combinação de artimisina (ACT) são também amplamente utilizadas. Instalar ou aumentar a escala da utilização de sistemas de gestão de informação de logística a nível nacional, provincial/regional e distrital pode ajudar a melhorar a eficácia da previsão e facilitar a elaboração de relatórios mensais.

Por favor consulte a lista de controlo de gestão da cadeia de abastecimento para obter mais detalhes sobre os elementos específicos a considerar na elaboração do sistema de logistico e gestão da cadeia de abastecimento para acomodar a Opção B/B+.

1.8 Monitoria, Avaliação e Utilização de Dados

1.8.1 Monitoria e Avaliação (M&A): metas claras, integração dos sistemas de PTV e TARV e utilização de dados

Adoptar a Opção B/B+ pode simplificar a monitoria e avaliação dos planos para a eliminação da transmissão vertical e ajudar todas as partes interessadas a compreenderem o progresso para atingir os objectivos de eliminação. Em vez de vários regimes para acompanhar diferentes catégorias de mulheres e diferentes medicamentos durante os periódos pré, peri e pós-natal, a Opção B/B+ oferece um regime para todas as mulheres em qualquer altura.

Em primeiro lugar, desenvolver e comunicar metas claras para mulheres grávidas a fazer TARV pode ajudar a promover a responsabilização a todos os níveis. É particularmente importante ter metas claras para: 1) o número de mulheres grávidas que iniciaram TARV; e 2) o número de mulheres retidas no TARV em diferentes alturas. As metas devem ser estabelecidas a nível do centro de saúde, distrito e nacional através de um processo de participação de baixo para cima em vez de um de cima para baixo.

Em segundo lugar, a integração e as ligações entre os sistemas de monitoria de TARV e PTV são fundamentais. Uma grande potencial vantagem da Opção B/B+ é a oportunidade de ligar a monitoria e avaliação de PTV com a TARV e M&A. A monitoria e elaboração de relatórios são ainda simplificadas pelo fornecimento de TARV em centros de saúde de cuidados primários onde as mulheres têm acesso a serviços de SMI em vez de encaminhar as mulheres a outros centros de saúde.

Não obstante, podem ser necessárias outras mudanças para permitir a integração dos sistemas de PTV e TARV. Em primeiro lugar, podem-se rever os registos de TARV para 1) uma monitoria longitudinal de pares de mães e filhos desde a primeira consulta pré-natal até pelo menos aos 18 meses e 2) registo de contagens de CD4. Pode ser necessário acrescentar um espaço para o planeamento familiar nos registos de TARV para melhor integrar a oferta rotineira de planeamento familiar no programa de TARV. Para além disso, se se utilizar a Opção B em vez da B+, é preciso abordar de forma clara o desafio de como lidar com transferências de mulheres com CD4 >350 para fora do programa (e as subsequentes transferências de volta).

Em muitos casos, também é preciso rever os registos de acompanhamento de CPN, matérnidade e infantil para reflectir o novo regime da nova Opção B/B+. É essencial que

os programas tenham um registo nacional para fazer o seguimento de crianças expostas ao VIH que inclua as intervenções necessárias no period pós-natal tais como diagnóstico precoce da criança, alimentação infantil, cotrimoxazol e zidovudine pós-natal ou profilaxia de nevirapine desde o nascimento até às 4-6 semanas (com a Opção B/B+). Recomenda-se um identificador de paciente único para mulheres grávidas que as acompanhe durante o TARV e que esteja ligado aos registos de crianças com menos de 5 anos para permitir a monitoria de mulheres grávidas nos diferentes serviços e ajudar a assegurar um acompanhamento mais robusto de mães e filhos. Os cartões de saúde dos pacientes também são uma ferramenta muito importante que deverá ser actualizada. No Malawi por exemplo, fez-se a revisão de quatro tipos de cartões de saúde como parte do programa integrada de PTV-TARV: cartão para adultos, cartão para ARV pediátrico, cartão de criança exposta e um cartão pré-TARV para crianças. Rever os vários registos e ferramentas de M&A é uma Tarefa difícil mas é fundamentalmente importante para todo o programa.

Para obter exemplos de registos de pacientes e ferramentas de M&A para a Opção B+ e orientações específicas para melhorar os sistemas de M&A, consulte a página de Internet do Ministério da Saúde do Malawi (http://www. hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Programme_Report_2012_Q3.pdf) e consulte a Secção 6 do toolkit.

1.9 Supervisão de Locais e Gestão da Qualidade

Apesar da revisão dos vários registos e ferramentas de M&A ser importante, os sistemas de garantia da qualidade dos dados também são de importância crítica. Os técnicos de saúde devem receber formação na utilização das ferramentas revistas e ser encorajados a utilizar os dados para melhorar os programas a nível distrital e a nível dos cuidados primários. Metas claras para o número de mulheres grávidas a iniciar TARV e da retenção no TARV fornecerão uma boa base para os gestores distritais e centros de saúde de saúde continuarem a melhorar os serviços e medirem o progresso. As ferramentas de garantia e melhoria da qualidade terão de ser actualizadas. De forma a assegurar a qualidade dos dados, é preciso afectar recursos humanos e financieros adequados para a realização de avaliações da qualidade dos dados e supervisão de apoio nos centros de saúde a nível distrital e nacional. Com base no exemplo do Malawi, é importante equilibrar a recolha de dados com a utilização e análise de dados para garantir que os dados recolhidos são integrados e informam as decisões do programa minimizando, ao mesmo tempo, o fardo nos profissionais de saúde. Os países podem também considerar a introdução ou expansão dos sistemas electrónicos existentes, quando possível, para recolher dados longitudinais sobre mães e filhos a receber serviços de PTV.

Com a Opção B+, as intervenções para a melhoria da qualidade serão mais importante do que nunca para avaliar os resultados a curto prazo e os benefícios a longo prazo do aumento da escala da PTV. Ao fazer a revisão regular dos dados do programa a nível

distrital, identificar constrangimentos e estabelecer metas trimestrais, os gestores dos programas de PTV podem monitorar e documentar mudanças graduais que contribuem para melhorias a longo-prazo nos indicadores padrão de PTV.[21]

O início do TARV é uma nova responsabilidade substancial para vários quadros que exige monitoria regular e estruturada. A supervisão de apoio é mais eficaz quando existe um sistema a nível distrital de visitas trimestrais aos locais e visitas mais frequentes nos primeiros seis meses após a provisão de TARV para todas as mulheres registadas na PTV.

A orientação e acompanhamento no local fornecido pelos profissionais de saúde com mais experiência clínica sobre TARV a provedores em locais com menos experiência é uma potencial estratégia para acelerar a expansão dos serviços de PTV para unidades de saúde de nível mais baixo. O Malawi recorreu à orientação no local de trabalho na implementação da Opção B+ com a contratação de mais de 350 mentores para fornecer apoio em todo o país.[9]

A supervisão deve ser integrada, envolvendo os serviços de PTV e TARV e coordenada e/ou conjugada com visitas de supervisão por outras áreas do programa de SMI onde viável para minimizar os custos e encorajar a colaboração entre diferentes áreas do programa. É necessário implementar um mecanismo para assegurar uma monitoria e avaliação rápidas, com uma componente de correção imediata e acompanhamento. A supervisão de locais é uma plataforma ideal para utilizar a melhoria de qualidade para monitorar o desempenho. A supervisão deve focar na verificação de dados, análise desses dados e recolha dos mesmos conforme necessário para análises adicionais a nível distrital ou nacional. Outros pontos importantes a abordar durante a supervisão incluem avaliar o nível de cumprimento dos padrões de serviços, assegurar stocks adequados de medicamentos e kits de testagem e identificar desafios específicos que os locais enfrentam. A tecnologia pode fortalecer o processo de supervisão. Um exemplo é a utilização de telemóveis intelegientes para aumentar a objectividade e fornecer um ponto de comparação numa visita futura.

1.10 Aconselhamento e Testagem do VIH em Locais de PTV

1.10.1 Garantia de qualidade para testagem rápida do VIH em programas de PTV

À medida que os serviços de aconselhamento e testagem do VIH/saúde (ATS) oferecidos na CPN são mais descentralizados com o aumento da escala da PTV no âmbito da Opção B+, será necessário garantir que a qualidade dos testes rápidos do VIH não é comprometida e que não se administra erradamente TARV para o resto da vida a mulheres seronegativas. São precisos sistemas de garantia de qualidade para monitorar que os testes

são feitos de forma adequada e que os resultados correctos são registados e informados às mulheres. Por conseguinte, os procedimentos operacionais padrão para testagem do VIH devem estar claros nas unidades de cuidados primários. Neste âmbito, é necessário um sistema que permita enviar uma amostra de testes de todas as unidades de cuidados primários a fornecer PTV a um laboratório central para verificação da fiabilidade dos resultados nos locais.

Esta estratégia é baseada na formação e monitorização de enfermeiras e quadros mais baixos de técnicos da saúde (onde relevante) que realizam testes e na actualização dos logaritmos de testagem e orientações sobre controlo de qualidade. A integração da garantia de qualidade nos ATS é fundamental para a rotação de tarefas e descentralização dos serviços de PTV. Os resultados dos testes de control da qualidade (QC) devem ser analisados durante a monitorização e utilizados para dar feedback sobre a qualidade dos programas de PTV. Os custos do controlo da qualidade devem ser considerados e integrados na rede de transporte global para unidades de saúde de nível mais baixo que enviam amostras a um laboratório de referência.

1.10.2 Aconselhamento e testagem de VIH para casais

As políticas e procedimentos nacionais para testagem e tratamento dos parceiros das mulheres grávidas e lactantes deve também ser esclarecido como parte do processo da consideração da Opção B/B+. Tendo em conta que a TARV é altamente eficaz na redução da transmissão sexual em casais serodiscordantes e porque a infeção do VIH nas mulheres grávidas e lactantes está também associada a um maior risco de transmissão vertical (TV), a testagem e tratamento dos parceiros infectados é uma componente particularmente importante dos programas de PTV. A OMS publicou directrizes em 2012 sobre a Aconselhamento e Testagem de Casais, incluindo recomendações para tratar todas as pessoas a viver com VIH, independentemente da contagem CD4, em relações serodiscordantes.

Os locais de CPN e PTV são um ponto de entrada ideal para ofecerer aconselhamento e testagem de VIH a parceiros e familiares das mulheres grávidas a viver com VIH. Convidar os parceiros a fazerem o teste pode influenciar a aceitação dos serviços de PTV através da promoção da comunicação e divulgação do estatuto de VIH. O ATS para casais também fornece uma oportunidade para a prevenção da transmissão em casais serodiscordantes, ajudar os casais seronegativos a ficarem negativos e melhorar o apoio dos cuidados de acompanhamento para mulheres grávidas seropositivas e crianças expostas ao VIH.[22,23] Definir orientações específicas e guias de trabalho no ATS para casais e formar os profissionais de saúde, incluindo quadros leigos, na sua utilização é fundamental para assegurar que o envolvimento masculino se torna parte integrante e regular do programa de PTV. É muito importante fortalecer as ligações com o programa de TARV para assegurar que os parceiros que recebem um resultado positivo em locais de PTV são imediatamente registados e iniciam o tratamento caso eligíveis o que facilita uma abordagem aos cuidados de VIH centrada na família.

1.11 Aconselhamento sobre o Início e Adesão ao TARV

O aconselhamento sobre a adesão é uma componente crítica do início do TARV e as políticas devem indicar o nível de adesão ao aconselhamento necessário antes e depois do início do TARV. As políticas devem também ser claras sobre quais os profissionais que devem poder fornecer diferentes tipos de aconselhamento e quais estratégias de adesão funcionam melhor para essa localidade. O Malawi exigiu que as mulheres grávidas a iniciar TARV com a Opção B+ recebessem o mesmo nível de aconselhamento dos outros pacientes de TARV. Apesar de ser importante fornecer esse aconselhamento estruturado, as políticas devem esclarecer que o momento de início do TARV nas mulheres grávidas é urgente, e que atrasos na provisão ou adesão ao calendário de aconselhamento para mulheres em PTV são inaceitáveis.

1.12 Monitoria Laboratorial e Clínica

1.12.1 Monitoria Clínica

Uma das vantagens da adopção da Opção B+ é que o início do tratamento não dependende da disponibilidade de testes de CD4, que é limitada em muitos contextos. Todavia, a Opção B+ ainda requer a monitoria regular dos pacientes. Para este fim, alternativas para o funcionamento renal e do fígado, notavelmente testes de hemoglobina, uma tira reagente para proteína e bilirrubina na urina e despiste de tuberculose podem ser adequados antes de iniciar uma mulher grávida em TARV para o resto da vida. Para além disso, também devem estar disponíveis testes de CD4, sífilis, bioquímica e diagnóstico precoce da criança– quer no local ou por referência – para monitoria dos pacientes.

A decisão de um país de adoptar a Opção B+ dá prioridade ao acesso a TARV para todas as mulheres grávidas que dela necessitam em vez de assegurar que todas as mulheres na PTV façam um teste de CD4 antes de iniciar o tratamento. Mas, não obstante, eliminar o teste de CD4 como um requisite absolute antes de iniciar a TARV não significa que os países não devem fazer esforços para fornecer às mulheres acesso a testes de CD4 antes e depois de iniciarem o tratamento. No caso do teste de CD4 não estar disponível num local de PTV que fornece TARV, as mulheres devem ter uma forma clara de ter acesso a um teste de CD4, de preferência através do centro de saúde de uma rede para transporter amostras para um laboratório, ou talvez por referência para um local especializado para o teste de CD4 especificamente (nesses casos, as mulheres continuariam no TARV no centro de saúde de nível mais baixo onde a iniciaram). Os países devem também continuar a expandir a utilização das máquinas de testes de CD4 à cabeceira do paciente para centros de saúde de nível mais baixo, visto que estas máquinas demonstraram potencial na melhoria do acesso a testes de CD4.[24] É preciso melhorar a monitoria laboratorial para determinar a eficácia do regime e as toxicidades dos medicamentos.

Com mais mulheres grávidas a iniciar TARV com a Opção B+, será necessário fazer mais testes e os serviços de laboratórios precisam de melhorar para que isto seja possível.

1.12.2 Sistemas laboratoriais: garantia da qualidade e expansão de testes virológicos

Aumentar o acesso a testes virológicos deve ser uma das prioridade principais. Isto inclui continuar a aumentar a escala do diagnóstico precoce da criança através de testes a gotas de sangue seco (DBS, dried blood-spot) para todos os locais a fornecer serviços de PTV, bem como expandir o acesso a métodos quantitativos para detectar o fracasso do tratamento. Os testes virológicos são extremamente sensíveis para detectar o fracasso do tratamento numa fase precoce, que é uma indicação importante para testes de laboratório para mulheres a iniciar TARV para PTV, sendo que a maioria estão clinicamente bem. (Por outro lado, os testes do CD4 não são ideais para detectar o fracasso do tratamento atémpadamente).[25] O acesso a testes virológicos pode acontecer através de testes no local, sistemas de transporte de amostras ou através de referências para outros locais. Muitos ensaios virológicos quantitativos precisam de ser transportados em gelo e realizados num prazo curto após a colheita. Isto implica que as mulheres teriam de se deslocar a locais mais especializados para fornecerem plasma para os testes virológicos sendo essas amostras depois rapidamente ligadas a uma rede de transporte. Todavia, algumas máquinas agora utilizam amostras de DBS para fazer testes virológicos quantitativos e os países podem querer considerar esta abordagem devido à sua maior viabilidade logística em vários locais. Para além disso, novas tecnologias para a realização de testes virológicos nos locais têm grande potencial para melhorar o acesso e vários desses testes podem começar a ficar disponíveis em 2013.[26] Considerando especialmente a complexidade do estabelecimento de redes de transporte e referência para permitir amplo acesso às plataformas de testes virológicos disponíveis actualmente, os países podem querer considerar investir nestas novas tecnologias. (Ver novas orientações da OMS de 2013, para obter orientações actualizadas sobre cargas virais e monitoria de CD4.)

1.13 Diagnóstico Precoce da Criança

1.13.1 "Um teste melhor": diagnóstico da criança no local e testes para detectar o fracasso do tratamento

O diagnostico precoce da criança é um barómetro importante para avaliar a eficácia dos programas de PTV, determinar o impacto de fornecer tratamento para o resto da vida a mulheres grávidas a viver com VIH nas taxas de transmissão vertical e iniciar atémpadamente a TARV para crianças infectadas com VIH. Apesar de vários países terem aumentado a escala dos testes de PCR, em 2011 apenas 35% das crianças expostas ao VIH

fizerem este teste até aos 2 meses de idade nos 22 países prioritários.[27] Em locais com recursos limitados, ainda existem muitos desafios no aumento da escala dos testes de PCR, incluindo dificuldades no transporte de amostras dos locais, devolver os resultados aos centros de saúde e assegurar que as crianças com resultados positivos são informadas e iniciam TARV de forma atémpada. Existem obstáculos ao diagnóstico precoce da criança a todos os níveis dos centros de saúde mas estes são mais proeminentes em centros de saúde de cuidados primários rurais que estão longe dos laboratórios.

Um teste local simples e barato seria muito valioso pois permitiria testar as crianças nas clínicas que já frequentam para receber cuidados primários, receber os resultados no mesmo dia e iniciar TARV o mais rapidamente possível no mesmo sítio. Um teste de diagnóstico precoce da criança simplificado, aliado a um "comprimido melhor" para tratamento pediátrico, poderia ajudar a integrar uma estratégia de "teste e tratamento" para bébés e crianças a nível dos cuidados primários. Permite também dar feedback em tempo real sobre a eficácia das intervenções. Vários testes de reação em cadeia da polymerase (PCR) para diagnóstico precoce da criança estão a ser testados e, com base nos dados prelimanares, alguns mostraram um elevado grau de sensibilidade e especificidade. Estes testes deverão estar disponíveis em 1-2 anos e podem aumentar significativamente o número de crianças seropositivas identificadas e a iniciar tratamento.[26, 28]

Muito provavelmente seria necessária uma abordagem diferente de ensaios mais simples para detectar o fracasso do tratamento, em vez de tentar fazer os testes em muitos centros de saúde de nível mais baixo. Actualmente, os testes virológicos para detectar o fracasso do tratamento são maioriatariamente realizados em laboratórios centralizados. Isto dificulta a expansão dos testes virológicos a centros de saúde de cuidados primários, apesar da potencial utilização de gotas de sangue seco para testes virológicos quantitativos poder ajudar com este aspecto.[29] Apesar dos dispositivos de diagnóstico para testes virológicos quantitativos ou semi-quantitativos, serem muito caros para colocar em todos os centros de saúde de cuidados primários, podem aumentar significativamente o acesso a testes virológicos de uma das seguintes formas: 1) podem ser disponibilizados em centros de saúde de nível intermédio para que as mulheres possam ser periodicamente encaminhadas para lá para fazer os testes, ou 2) podem marcar-se visitas periódicas a centros de saúde de cuidados primários para oferecer esses testes a pacientes a fazer TARV. Estão agora em desenvolvimento vários dispositivos desta natureza, e pelo menos 3 ou 4 podem estar disponíveis em 2013.

As novas tecnologias vão ajudar a melhorar o diagnóstico precoce da criança todavia, mesmo com os métodos de diagnóstico actuais, é igualmente importante assegurar tempos de resposta rápidos para a entrega dos resultados dos laboratórios ao centro de saúde e do centro de saúde ao provedor de cuidados. Cada vez mais os centros de saúde recorrem às mensagens (SMS) para comunicar os resultados dos testes aos centros de saúde reduzindo assim os atrasos no diagnóstico e no início do TARV. Deveria expandir-se a procura activa por crianças doentes e/ou expostas ao VIH através de trabalhadores de saúde comunitários (CHW) de forma a complementar o diagnóstico precoce da criança realizado no centro de saúde tendo em conta que se perdem muitas crianças expostas ao VIH no acompanhamento ou que se apresentam tarde apesar de terem sido testadas

e identificadas como seropositivas.[30] Reforçar estas ligações entre os serviços de CPN, o diagnóstico precoce da criança e TARV, incluindo cuidados contínuos para crianças expostas ao VIH com imunização pode ajudar a aumentar a proporção de crianças expostas ao VIH a iniciar TARV e retidas nos cuidados.

1.14 Retenção nos Cuidados e Tratamento

De forma a eliminar a tranmissão vertical e manter as mães vivas, os serviços de TARV devem não só estar disponíveis a nível dos cuidados primaries mas as mulheres e crianças devem continuar a utilizá-los ao longo do tempo. Mesmo um regime simples, tolerável e muito eficaz não fará diferença se as mulheres não tiverem acesso ou não o procurarem. As baixas taxas de procura de cuidados, fraca adesão e elevadas taxas de perda no acompanhamento (LTFU) são problemas sistemáticos para a PTV e TARV que requerem aténção independentemente do regime implementado. Apesar do benefício da Opção B/B+ ser que mais mulheres grávidas e lactantes são rapidamente introduzidas no TARV, o risco correspondente é que mais mulheres não procurem o tratamento ou se percam no acompanhamento, particularmente se não existirem sistemas adequados. Considerando que o TARV requer adesão para a vida, é essencial investor em intervenções baseadas em evidências para criar e manter a procura pelos serviços, para além do investimento nos próprios serviços.

Com a adopção da Opção B+, podem ocorrer naturalmente algumas melhorias na retenção no TARV e PTV, visto que os dois serviços estão integrados. Em primeiro lugar, a descentralização dos serviços para o nível de cuidados primários através da provisão de TARV no âmbito do SMI deve ajudar a melhorar a retenção nos cuidados, uma vez que os dados indicam que as taxas de faltosos/abandosos são mais baixas nos centros de saúde de cuidados primários que fornecem TARV em comparação com os centros de saúde mais especializados.[31] Para além disso, ter o mesmo regime para todas as mulheres pode aumentar a aceitação, adesão e retenção ao TARV visto que pode simplificar as mensagens para os pacientes, provedores e comunidades sobre a necessidade de aderir ao TARV para o resto da vida. Para além disso, se os serviços de PTV e TARV estiverem integrados, o número de mulheres encaminhadas para diferentes locais ou serviços diminui, o que pode melhorar a retenção.

A decisão de implementar a Opção B+ vai exigir um maior foco nas intervenções para melhorar a aceitação, educação dos pacientes de forma a perceberem o tratamento, adesão e retenção. Em particular, optimizar as contribuições de plataformas de base comunitária e ligar estas plataformas de forma mais intencional a centros de saúde a fornecer serviços de TARV é fundamental para melhorar a retenção de mães e filhos nos cuidados e fornecer testes, tratamento e apoio psicosocial aos familiares.

A pobreza prejudica o acesso e a adesão ao tratamento. A OMS destaca o papel da reforma de sistemas de financiamento da saúde para reduzir as barreiras financeiras ao acesso e atingir a cobertura de cuidados universal. São necessários mais esforços para

substituir os pagamentos em dinheiro nas clínicas por mecanismos de financiamento mais eficientes e equitativos para assegurar que a TARV é grátis no ponto de entrega. Isto pode ser feito através de esquemas de seguros de saúde mais equitativos. Para além disso, são necessárias medidas para reduzir o custo do transporte – por exemplo através de subsídios de transporte, passes de autocarro grátis para pacientes crónicos ou transferências de dinheiro para os agregados mais pobres em tratamento.

É pouco provável que uma estratégia para melhorar a adesão e retenção que se concentra apenas no que acontece no centro de saúde seja eficaz. Com isto em mente, há dois tipos de intervenções interligadas para melhorar a adesão e retenção que merecem maior foco: 1) utilização mais eficaz dos quadros leigos e grupos de apoio e 2) utilizar comunicação para a mudança focada no comportamento nas clínicas e comunidades.

1.15 Planeamento Familiar

A transição para a Opção B/B+ oferece a oportunidade única de abordar a segunda parte do Plano Global – prevenção de gravidezes não desejadas e facilitar a integração do planeamento familiar e serviços de VIH, com os cuidados pré-natais como o ponto de entrada principal para mulheres grávidas seropositivas. A importância da integração do planeamento familiar nos serviços de VIH está relacionada com a transição bem sucedida para a Opção B+ visto que a taxa global de gravidezes não desejadas é de 38% com taxas ainda mais altas (51-90%) para mulheres a viver com VIH em alguns cenários.[32] As gravidezes não desejadas não só contribuem para a morbidilidade e mortalidade matérnal mas a redução da mortalidade matérna está associada à melhoria da sobrevivência infantil. A redução das gravidezes não desejadas nas mulheres a viver com VIH vai também ajudar a reduzir o potencial número de novas infeções pediátricas.[32]

As mulheres grávidas a viver com VIH em TARV durante a amamentação ou para o resto da vida, terão de tomar decisões informadas sobre a utilização de contraceptivos e devem receber aconselhamento adequado sobre planeamento familiar nos locais de SMI onde a maioria das mulheres grávidas e lactantes a viver com VIH recebe cuidados e tratamento com a Opção B/B+. A implementação da Opção B/B+ é uma oportunidade para integrar, de forma eficaz, os serviços de PF e VIH visto que o TARV estará disponível na maioria dos centros de saúde de SMI. Para facilitar a integração, os governos podem primeiro criar um ambiente facilitador através do desenvolvimento de estratégias ou políticas nacionais para apoiar formalmente a integração de SMI, incluindo serviços de planeamento familiar, VIH e outros serviços de saúde. A avaliação das necessidades de planeamento familiar, além de preservativos, para assegurar uma diversidade de métodos de contracepção e a sua aquisição é uma componente essencial para garantir que as mulheres a receber TARV podem decider quando ter, prevenir ou atrasar gravidezes subsequentes. A integração do planeamento familiar, matériais de SMI e TARV vai tornar-se ainda mais importante à medida que a procura por serviços de PF aumenta devido à integração a nível da prestação de serviços e ao aumento dos investimentos na prevenção primária e na prevenção de gravidezes não desejadas (Componente 1 e 2). A formação de provedores

em planeamento familiar para mulheres grávidas seropositivas, adaptação das mensagens de planeamento familiar e revisão de protocoloes devem acompanhar a mudança no regime de ARV para PTV.

As preocupações relativas à interação das hormonas contraceptivas e TARV foram recentemente investigadas e discutidas. Todavia, a OMS continua a recomendar que não existam restrições na utilização de nenhum contraceptivo hormonal para mulheres a viver com VIH ou em risco de contrair VIH. A mudança para a Opção B/B+ vai exigir uma farmacovigilância mais sólida para monitorar e recolher mais dados sobre o efeito do TARV durante a gravidez e amamentação e nas mulheres com VIH que estão a tentar engravidar.

1.16 Envolvimento da Comunidade

1.16.1 Pessoas a viver com VIH: orientar a implementação da resposta

As mudanças justas e duradoiras ocorrem quando as "comunidades são donas do seu próprio futuro".[33] No fundo, na saúde são as pessoas que estão em causa. Enquanto as pessoas com VIH planeiam, implementam e fazem a monitoria dos programas que lhes são destinados, podem ocorrer impactos profundos e sustentávies. Para além disso, as redes de PLHIV podem também ajudar a encaminhar agregados desfavorecidos para outros programas de nutrição e proteção social (por exemplo, subsídios de transporte e donativos em dinheiro) para reduzir algumas das barreiras persistentes aos cuidados – nomeadamente, os elevados custos de transporte.

As PLHIV devem desempenhar um papel de liderança na implementação de abordagens para encorajar a adesão e retenção bem como na melhoria de abordagens para um envolvimento mais eficaz dos quadros leigos e dos grupos de apoio. Embora existam várias formas das PLHIV estarem envolvidas nos esforços para simplificar a prestação do TARV, a prática da combinação dos serviços clínicos e do apoio psicosocial através da auto-seleção de grupos de apoio para PLHIV é promissora. As redes de pessoas a viver com VIH desempenharam um papel fundamental em fornecer apoio directo aos homens, mulheres e crianças em tratamento – por exemplo, ligar os que estão em tratamento a centros de saúde para aviarem receitas e receberem aconselhamento sobre a adesão.

Já ficou demonstrado que as visitas médicas de grupo são eficazes na prestação de cuidados para várias condições crónicas, incluindo VIH.[34] De facto, os pacientes frequentemente têm resultados melhores e exprimem maior satisfação nesses ambientes, pois conseguem ajudar-se uns aos outros a resolver problemas clínicos com base nas suas experiências. Em paraleo às visitas médicas de grupo, o TARV domiciliário é outra abordagem inovadora aos cuidados que tem demonstrado resultados excelentes e que pode ser liderada por PLHIV.[35]

Como parte deste processo, a integração de mulheres grávidas e lactantes a viver com VIH nos outros grupos de apoio existentes é uma consideração importante. As mulheres que vão fazer TARV para o resto da vida após a amamentação, podem ficar mais bem servidas em alguns casos se tiverem um grupo de apoio de PTV-TARV.

1.16.2 Comunidades locais: tomar conta do futuro e exigir responsabilidades

Em semelhança às PLHIV, as comunidades afectadas pelo VIH e SIDA estão activamente envolvidas nos esforços para eliminar novas infeções de VIH nas crianças e manter as mães vivas. Ainda são necessárias mensagens simples para a mudança de comportamento para aumentar a sensibilização para a disponibilidade do tratamento. À medida que se implementa TARV para todas as mulheres grávidas nos cuidados primarios, as comunidades podem unir esforços com as PLHIV para liderar o caminho para fazer chegar os serviços às mulheres e crianças que deles necessitam, desenvolver melhores formas de fornecer cuidados e tratamento do VIH que sejam mais eficazes e adequadas às necessidades das pessoas.

Para além de assumir um papel cada vez maior na planificação e implementação, as comunidades e os seus líderes terão de responsabilizar os seus próprios governos e outros parceiros pelo progresso para uma geração sem SIDA. É necessário desenvolver metas simples e claras para o número de mulheres a iniciar TARV e sua retenção que devem ser comunicadas a todos os níveis. As comunidades devem trabalhar com os seus centros de saúde e directores distritais da saúde para definir essas metas e referências. As metas simplificadas vão não só ajudar a motivar os centros de saúde, distritos e países a terem um bom desempnho, mas permitirão também às comunidades locais ter mais influência no esforço para eliminar novas infeções pediátricas do VIH. Os comités de saúde comunitários podem também verificar se o tratamento está a ser feito de acordo com as orientações nacionais e garantir que os técnicos de saúde não fazem cobranças indevidas. Ao monitorar estas metas simples, as comunidades locais podem exigir responsabilidades na obtenção de resultados.

1.16.3 Maximizar a eficácia dos quadros leigos e dos trabalhadres de saúde comunitários

Os quadros leigos, nas clínicas e comunidades, desempenharam um papel importante nos programas de TARV e PTV. As pessoas a viver com VIH são frequentemente contratadas como pacientes especializados, líderes de grupos de apoio ou mães tutoras. Diferentes tipos de profissionais de saúde comunitários e outros técnicos de saúde auxiliares também desempenham um papel importante no apoio à PTV, frequentemente integrados com outras actividades de saúde e nutrição relevantes nas comunidades. Estes quadros já desempenham um papel importante na redução da perda no acompanhamento

de pacientes de PTV e TARV através da divulgação de mensagens sobre a adesão ou monitoria de pacientes que saíram dos cuidados. Podem também ajudar as enfermeiras em tarefas importantes relacionadas com TARV e PTV, incluindo aconselhamento sobre a adesão, testagem de VIH e apoio à nutrição infantil. Face às necessidades crescentes de promover a adesão e retenção no TARV, particularmente com a Opção B+, haverá uma necessidade correspondente de fazer um investimento adicional nestes quadros leigos. Um primeiro passo importante para optimizar o seu impacto, pode ser formalizar os seus papeis e tarefas no que diz respeito à PTV e TARV. Em muitos casos, estes quadros leigos já estão envolvidos no apoio à PTV, mas o seu âmbito de trabalho nem sempre está claramente definido, incluindo o que farão exactamente para PTV e TARV e como se isso se vai analisar. A definição clara dos seus papeís pode ajudá-los a sentirem-se parte da equipa de cuidados de saúde e a serem mais eficazes.

Equipar os quadros leigos com a formação e ferramentas adequadas para o seu trabalho é outro passo importante para maximizar a sua eficácia. Isto incluir assegurar que os quadros leigos receberam formação para divulgar mensagens específicas e fornecer aconselhamento sobre a adesão. Os quadros leigos devem ter ferramentas de M&A simples e úteis para os ajudar e aos seus supervisores nos centros de saúde a medir a retenção dos pacientes que apoiam e o acompanhamento atémpado dos pacientes que não aparecem. Tendo em conta que estes quadros leigos ajudam a fazer a ligação entre plataformas clínicas e de base comunitária, os programas devem considerar também utilizar telemóveis para facilitar a ligação entre os quadros leigos e os centros de saúde.

A motivação e remuneração dos quadros leigos também é uma abordagem importante para melhorar a sua eficácia e retenção como provedores de cuidados. Grande parte destes trabalhadores, mesmo que sejam voluntários, frequentemente não têm outro trabalho e em alguns casos pagam com os seus próprios meios para ajudar famílias carentes. Uma má remuneração pode desmotivar os quadros leigos e prejudicar a retenção de quadros qualificados de provedores de cuidados comunitários. Embora possa não ser possível pagar aos quadros leigos em todos os contextos, os países devem procurar padronizar a remuneração a estes trabalhadores na medida do possível. Tendo em conta a necessidade crescent de focar a retenção e adesão, os governos nacionais e os doadores devem dar prioridade ao financiamento adicional para apoiar provedores de cuidados comunitários e a políticas para promover a educação contínua e desenvolvimento profissional de provedores de cuidados comunitários dedicados.

A nível nacional, pode também ser útil desenvolver um quadro para descrever de forma clara a visão para os quadros leigos e grupos de apoio contribuirem para a implementação da Opção B/B+, incluindo o acompanhamento para o resto da vida das mães que iniciaram TARV.

1.16.4 Maximizar a eficácia dos quadros leigos e dos profissionais de saúde comunitários

As mensagens fornecidas aos pacientes sobre a adesão e retenção nem sempre são baseadas em pesquisa formativa que tem como objectivo compreender as preocupações dos beneficiários e as razões para não tomarem os medicamentos ou fazerem o tratamento. É importante envolver conhecimentos técnicos na realização dessa pesquisa e utilizar as constatações para conceber mensagens adequadas para uma mudança de comportamento eficaz num contexto cultural específico. Esta pesquisa formativa deve também determinar os pontos de vista dos homens e das mulheres na comunidade e as normas de género predominantes que podem impedir a divulgação do estatuto seropositivo nas famílias. As disparidades de género são frequentemente barreiras invisíveis muito fortes à testagem do VIH, divulgação e aceitação/adesão ao tratamento.

As intervenções de comunicação para mudança de comportamento podem aumentar o número de mulheres com acesso a CPN e testagem do VIH e pode também desempenhar um papel importante para melhorar a adesão e retenção no TARV. Todavia, as intervenções para mudança de comportamento com o objectivo de aumentar a adesão e retenção de mulheres grávidas e de pacientes masculinos e femininos no TARV é uma área do programa que tem sido negligenciada em muitos locais. A maioria do apoio para BCC relacionado com a adesão e retenção tem sido principalmente baseado nos centros de saúde, com foco nas mensagens dos provedores nas clínicas. Em muitos casos, o aconselhamento sobre adesão a TARV e PTV implica os provedores fornecerem indicações e informação aos paceintes em vez de utilizarem técnicas focadas no paciente tais como entrevistas motivadores para ajudar os pacientes a desenvolver as suas próprias estratégias para ultrapassarem os obstáculos à adesão.

A adopção da Opção B, e especialmente da Opção B+, é uma oportunidade para os programas de TARV e PTV, e para os programas de prevenção do VIH mais abrangentes implementarem intervenções integradas de BCC a vários níveis com mensagens específicas complementares. As mensagens devem focar na necessidade de adesão e retenção mas podem também ser harmonizadas e ligadas a outras questões relacionadas com a prevenção sexual do VIH, incluindo “tratamento como prevenção”, redução do número de parceiros e uso do preservativo. Embora o apoio à adesão nas clínicas continue a ser importante, estes esforços seriam mais eficazes se as mensagens forem implementadas em conjunto com uma campanha mais ampla que inclua mensagens divulgadas em vários canais fora das clínicas, incluindo grupos de base comunitária, comunicação entre pares e meios de comunicação. As actuais taxas de retenção baixas em muitos programas nacionais de TARV e PTV podem ser melhoradas se se prestar mais aténção à implementação de abordagens BCC de ponta.

Para obter informação adicional consulte a ferramenta sobre Envolvimento da Comunidade que inclui uma lista de controlo para orientar os Ministérios da Saúde sobre a melhor forma de envolver as comunidades na implementação da Opção B/B+ bem como orientações para as organizações da sociedade civil apresentarem as preocupações das comunidades e das pessoas a viver com VIH nas discussões nacionais sobre

a escolha do regime.

1.17 Estratégia de Implementação

A gestão da transição para a Opção B+ implica um plano de implementação detalhado com calendários realistas e papeis e responsabilidades claras para assegurar que a transição para o novo regime é harmoniosa. Isto inclui identificar estruturas e parceiros existentes para apoiar a implementação, apoiar a formação de técnicos de saúde sobre as novas orientações e monitorar os resultados do programa e a nível da saúde. A comunicação com agências e parceiros envolvidas na implementação e ao público em geral é um elemento fundamental de uma estratégia de implementação. Definir mensagens chave para a transição para a Opção B+, tendo em conta as perspectivas biomédicas e psicosociais, com o apoio de especialistas clínicos, membros da comunidade e mulheres a viver com VIH vai ser importante para conseguir o apoio necessário para uma implementação bem sucedida. Apesar da experiência do Malawi servir de exemplo, é essencial que cada país estabeleça mecanismos para a monitoria e avaliação trimestral em tempo real da implementação para contribuir para a dase de dados, monitorar as implicações clínicas e programáticas das mulheres grávidas seropositivas iniciarem tratamento para o resto da vida e fazer ajustes à abordagem do programa com base na eficácia.

1.18 Conclusão: Avançando Juntos com Determinação

No âmbito da tentativa dos governos de eliminar a transmissão vertical, a simplificação da testagem e tratamento é uma oportunidade única para cobrir o maior número possível de mulheres grávidas e crianças seropositivas. Em semelhança a qualquer mudança em grande escala, a transição para um novo regime de TARV e implementação da PTV exige uma planificação considerável que envolve as partes interessadas em todos os níveis do sistema de saúde e o desenvolvimento de estratégias das PLHIV e comunidades locais que são implementadas a nível do centro de saúde e da comunidade. A oferta universal de TARV a mulheres grávidas a viver com VIH através da Opção B/B+ é uma oportunidade única para fortalecer a saúde matérna e infantil e deve estar aliada a abordagem eficiente, garantir um acesso equitativo e procurar proteger os direitos das pessoas a viver com VIH. Com mais países a aprovar a Opção B/B+, esperamos que este toolkit sirva como um guia para a tomada de decisões sobre abordagens de implementação. A documentação e partilha de experiências específicas dos países vai contribuir para os dados sobre a eficácia e sustentabilidade a longo-prazo da Opção B/B+ ao avançarmos juntos com determinação para uma geração sem SIDA em 2015.

Bibliografia

1 Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). *Countdown to zero: global plan for the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011–2015.* Geneva, UNAIDS, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaid¬spublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-, accessed 11 July 2012

2 UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012, published estimatés. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf

3 UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012, published estimatés. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf

4 WHO. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants.* Recommendations for a public health approach (2010 version). Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf, accessed 11 July 2012

5 Government of Malawi Ministry of Health *Quarterly HIV Program Report: HIV Testing and Counseling, Prevention of Mother to Child Transmission, and Antiretroviral Therapy (October – December 2011)* Lilongwe, Government of Malawi, 2012. http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly_HIV_Program_Report_2011_Q4.pdf, accessed 11 July 2012

6 Government of Malawi Ministry of Health. *Quarterly HIV Program Report: HIV Testing and Counseling, Prevention of Mother to Child Transmission, and Antiretroviral Therapy (April – June 2011)* Lilongwe, Government of Malawi, 2011(a) http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Quarterly%20HIV%20Programme%20Report%202011%20Q2.pdf, accessed 11 July 2012

7 WHO. *Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Programmatic updaté.* WHO, Geneva, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update2012/en/index.html, accessed 11 July 2012

8 Business Leadership Council, UNICEF, and the Clinton Health Access Initiative. *A Business Case for Options B and B+ to Eliminaté Mother to Child Transmission of HIV by 2015.* New York. 2012. http://www.unicef.org/aids/files/hiv_BusinesscaseB.pdf

9 Chirwa Z. Integrating ART/PMTCT services into Matérnal Neonatal & Child Health (MHCH) services to enhance test and treat for pregnant & lactating women (Option B+) the Malawi Experience at the International Treatment. *2nd International Treatment as Prevention Conference, Vancouver; 22 – 25 April 2012.* (Session no. 1.5, http://www.youtube.com/watch?v=pQVPtcxHWOs; accessed 11 July 2012.)

10 Schouten EJ et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV and the health-relatéd Millennium Development Goals: time for a public health approach. *The Lancet,* 2011, 378:282–284.

11 WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF (2010) *Guidelines on HIV and infant feeding 2010: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.* Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599535_eng.pdf, accessed 11 July 2012

12 Government of Malawi Ministry of Health. *Malawi Integrated Guidelines for Clinical Management of HIV, 2011, First Edition.pdf* Lilongwe, Government of Malawi, 2011(b). http://www.hivunitmohmw.org/uploads/Main/Malawi%20Integrated%20Guidelines%20for%20Clinical%20Management%20of%20HIV%202011%20First%20Edition.pdf, accessed 11 July 2012

13 The Clinton Health Access Initiative (CHAI). *CHAI ARV Ceiling Price List.* CHAI, 2012 http://www.clintonhealthaccess.org/files/CHAI_ARV_Ceiling_Price_List_May_2012.pdf, accessed July 16, 2012

14 Stinson K et al. Initiation of highly active antiretroviral therapy among pregnant women in Cape Town, South Africa. *Trop Med Intl Health*, 2010, 15(7):825-32.

15 Killam WP, et al. Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped-wedge evaluation. *AIDS*, 2010, 24(1):85-91.

16 Ferguson L, et al. Patient attrition between diagnosis with HIV in pregnancy-relatéd services in Kenya: a retrospective study. *JAIDS*, 2012, 60(3):e90-e97

17 Sanne I, et al. Nurse versus doctor management of HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy (CIPRASA): a randomized non-inferiority trial. *Lancet,* 2010, 376:33-40.

18 Callaghan M, et al. A systematic review of task- shifting for HIV treatment and care in Africa. *Hum Resour Health*, 2011.8:8. doi:10.1186/1478-4491-8-8

19 Long L et al. Treatment outcomes and cost-effectiveness of shifting management of stable ART patients to nurses in South Africa: an observation cohort. *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1001055.

20 UNAIDS. South Africa's savings in procurement of antiretroviral drugs to increase access to treatment for people living with HIV. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/november/20121130zatreatmentprices/. *30 November 2012*. Accessed December 7, 2012.

21 Doherty, T. et al. Improving the coverage of the PMTCT programme through a participatory quality improvement intervention in South Africa. *BMC Public Health* 2009, 9:406. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/406. Accessed December 24, 2012.

22 Theuring, S et al. Male Involvement in PMTCT Services in Mbeya Region, Tanzania. *AIDS Behav* (2009) 13:S92–S102. http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10461-009-9543-0, Accessed December 24, 2012.

23 Morfaw, F LI et al. Male participation in prevention programmes of mother to child transmission of HIV: a protocol for a systematic review to identify barriers, facilitators and reported interventions *Systematic Reviews* 2012, 1:13. http://www.systematicreviewsjournal.com/content/1/1/13, Accessed December 24, 2012.

24 Jani I et al. Point-of-care CD4 improves patient retention and time-to-initiation of ART in Mozambique. *18th International AIDS Conference, Vienna, Austria, 18–23 July 2010* (Abstract FRLBE101; http://pag.aids2010.org/Abstracts.aspx?SID=641&AID=17805, accessed July 11, 2012)

25 Mee P, et al (2008). Evaluation of the WHO criteria for antiretroviral treatment failure among adults in South Africa. *AIDS* 22:1971-7.

26 UNITAID. *HIV/AIDS diagnostic technology landscape - 2nd edition*. Geneva, UNITAID, 2012. http://www.unitaid.eu/images/marketdynamics/publications/UNITAID-HIV_Diagnostics_Landscape-2nd_edition.pdf, accessed 11 July 2012

27 UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic*, 2012, unpublished estimates.

28 Parpia ZA et al. *p24 antigen rapid test for diagnosis of acute paediatric HIV infection*. J Acquir Immune Defic Synd, 2010, 55(4):413-9.

29 van Deursen P et al. Measuring human immunodeficiency virus type 1 RNA loads in dried blood spot specimens using NucliSENS EasyQ HIV-1 v2.0. *Journal of Clinical Virology*, 2010, 47:120–125.

30 Boender, T, Sonia et al. Barriers to Initiation of Pediatric HIV Treatment in Uganda: A Mixed-Method Study. AIDS Res Treat, 2012; 2012. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286886/ . Accessed December 24, 2012.

31 Fatti G, et al. Better Antiretroviral Therapy Outcomes at Primary Healthcare Facilities: An Evaluation of Three Tiers of ART Services in Four South African Provinces. PLoS ONE, 2010, 5(9): e12888. doi:10.1371/journal.pone.0012888

32 IATT on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children. *Preventing HIV and Unintended Pregnancies: Stratégic Framework 2011-2015*. New York, 2012.

33 Taylor-Ide D and Taylor CE. Just and Lasting Change. *When Communities Own Their Futures*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press. 2002

34 Decroo T et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete Province, Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 56:e39–e44.

35 Jaffar S et al. Ratés of virological failure in patients treatéd in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial. *Lancet*, 2009, 374:2080–2089.

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

2

Rumo à Opção B/B+:

Lista de Avaliação da Preparação e Guia de Discussão

2.1 Historial

A Lista de Avaliação da Preparação foi concebida para ajudar os países a planearem a implementação da Opção B/B+. De forma a garantir que se abordam todas as componentes críticas do programa, esta lista destaca 15 áreas principais com tarefas prioritárias.

São abrangidos os tópicos seguintes:

1. Compromisso Político e Autorização Política
2. Considerações Financeiras
3. Modelo de Prestação de Serviços
4. Capacidade de Recursos Humanos
5. Escolha do Regime de TARV
6. Gestão da Cadeia de Abastecimento
7. Monitoria, Avaliação e Utilização de Dados
8. Supervisão de Locais e Gestão da Qualidade
9. ATS em locais de PTV
10. Aconselhamento sobre a Adesão e Início do TARV
11. Monitoria Laboratorial e Clínica
12. Dignóstico Precoce da Criança e Tratamento
13. Retenção nos Cuidados e Tratamento
14. Planeamento Familiar
15. Envolvimento da Comunidade
16. Estratégia de Implementação

Calendário recomendado das Tarefas

Recomenda-se que o calendário de cada tarefa seja pré-implementação (azul claro), no início da implementação (azul) ou durante a implementação (azul escuro). Existe espaço para avaliar o progresso do programa na execução da tarefa especificada. Abaixo um exemplo:

ESCOLHA DO REGIME DE TARV	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Simplificação e harmonização da PTV e regimes de tratamento para adultos			
Plano de regime alternativo para mulheres grávidas que não toleram 1ª linha			
Optimização do regime de primeira linha para crianças			
Centro de saúde do sistema de farmacovigilância, onde adequado			

Guia de discussão complementar

O guia de discussão foi concebido como um complement à Ferramenta de Avaliação da Preparação. Tem o mesmo formato da Lista de Avaliação da Preparação e fornece normas e pergunas adicionais para consideração para guiar a disucssão sobre cada tópico. A secção relevante da Lista de Verificação da Preparação está incluída no fim de cada secção do guia de discussão.

Para obter informação adicional

A Lista de Avaliação da Preparação e o Guia de Discussão são ferramentas de planificação e não abordam todos os aspectos dos programas de PTV e TARV. Pretendem sim destacar alguns pontos no contexto de uma transição para a Opção B/B+ que possam não ter sido considerados anteriormente e que são fundamentais para o fortalecimento do programa. Pode encontrar informação e considerações adicionais para tópicos específicos como Considerações Financeiras, Modelo de Prestação de Serviços, Capacidade de Recursos Humanos, Gestão da Cadeia de Abastecimento e Envolvimento da Comunidade em outras ferramentas.

2

Lista de Avaliação da Preparação: Rumo à Opção B/B+

Será necessário considerar várias questões relacionadas com o programa e políticas na planificação e implementação da Opção B/B+. Esta avaliação da preparação e definição de prioridades proposta foi concebida para ajudar a pensar sobre os diferentes passos. Segue-se um guia de discussão mais completo que inclui questões detalhadas para consideração em cada tópico.

Legenda: Antes da implementação | Início da implementação | Durante a implementação

COMPROMISSO POLITICO E AUTORIZAÇÃO A POLÍTICAS	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Compromisso para com os objectivos do Plano Global (nacional e subnacional)			
Um profissional do MISAU responsavel pela PTV a tempo inteiro (nacional e possivelmente subnacional)			
GTT funcional incluindo partes interessadas de SMI, PTV e tratamento do VIH, incluindo técnicos de saúde e pessoas a viver com VIH			
Apoio nacional e subnacional Opção B/B+			
Orientações incorporam Opção B/B+			
CONSIDERAÇÕES FINANCEIRAS	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Custo da actual estratégia de PTV			
Custo da Opção B/B+ a curto e longo prazo			
Fazer análise de necessidades em termos de recursos			
Aumento do financiamento para o programa reflectido no orçamento			
Demonstração do compromisso financeiro nacional			
MODELO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Definir pacote de serviços mínimo fornecido no âmbito da Opção B/B+			
Avaliação da capacidade do sistema (infraestrutura, recursos humanos, produtos básicos) de absorver aumento rápido de mulheres seropositivas, famílias, e eventualmente outros clientes para TARV			
Calendário e localização da transição entre PTV e serviços de tratamento de longo prazo determinado (incluindo consideração da provisão de TARV para o resto da vida no âmbito de SMI)			
Identificação sistemática de pacientes de TARV que ficam grávidas e ligação com SMI			
Testagem e tratamento de parceiros e familiares			
Descentralização de pacientes de TARV para novas unidades de tratamento			
CAPACIDADE DE RECURSOS HUMANOS	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Apoio nacional da partilha de tarefas para início e continuação do TARV			
Avaliação da capacidade de RH auxiliar (enfermeiras, parteiras, farmácia, laboratório) para apoiar o aumento da escala do tratamento			
Competências chave na gestão do VIH para cada quadro da saúde			
Estratégia de formação para provisão de TARV para um aumento de escala rápido			
Actualização do currículo nacional			
Estratégia para retenção, reformação, desenvolvimento professional contínuo de técnicos de saúde , especialmente dos que fornecem PTV/TARV			
ESCOLHA DO REGIME DE TARV	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Simplificação e harmonização dos regimes de PTV e tratamento para adultos			
Plano para regime alternative para mulheres grávidas que não toleram 1ª linha			
Optimização do regime 1ª linha para crianças			
Centro de saúde de sistema de farmacovigilância, onde adequado			
GESTÃO DA CADEIA DE ABASTECIMENTO	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Avaliaçã de lacunas na cadeia de abastecimento incluindo quantificação, distribuição, e gestão de stock			
Previsão para 18 meses, quantificação e plano de abastecimento desenvolvido			
Gestão do stock de TARV em locais de SMI (formação, capacidade, segurança)			
Se se modificar o regime de 1ª linha, plano para usar ARV já encomendado			
Sistema de gestão da cadeia de abastecimento revisto (consumo, previsão e distribuição)			

MONITORIA, AVALIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE DADOS	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Registo de CPN/PTV permite documenTARV início vs já em TARV			
Registo de TARV permite identificar pacientes TARV que ficam grávidas			
Mulheres grávidas que iniciaram TARV em locais SMI incluidas nos sistemas de M&A locais e nacionais			
Sistema para acompanhar/medir ligações/transição entre CPN/SMI e cuidados e tratamento de VIH de longo prazo para mães e crianças (por exemplo, registo longitudinal mãe e filho, identificador único)			
Garantia de qualidade de dados regular			
Monitoria longitudinal de mulheres grávidas a iniciar TARV para avaliar retenção			
Harmonização de sistemas de M&A de PTV e TARV e processos de análise de dados			
Ficha de paciente padrão para mulheres grávidas seropositivas e crianças expostas			
Avaliação da implementação B/B+, incluindo resultados matérnos e infantis			
SUPERVISÃO DE LOCAIS E GESTÃO DA QUALIDADE	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Supervisão regular e orientação clínica em termos da qualidade dos cuidados			
Processo do programa para melhorias de qualidade contínuas			
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE VIH EM LOCAIS DE PTV	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Medidas de garantia de qualidade para teste rápido VIH em todos locais PTV			
Decisão política sobre tratamento de casais serodiscordantes			
ATS para casais integrada na PTV			
Estratégia para ligar ou registar pacientes masculinos seropositovos no programa TARV			
ACONSELHAMENTO SOBRE O INÍCIO E ADESÃO À TARV	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Mensagens específicas e serviços de apoio para mulheres grávidas e lactantes a iniciar TARV			
Estruturas para acelerar a preparação para início do TARV			
Desenvolver protocolos alternativos para mulheres que não precisam ART que recusam tratamento para o resto da vida			
MONITORIA LABORATORIAL E CLÍNICA	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Capacidade de monitoria da toxicidade do tratamento			
Disponibilidade de testes CD4 (POC ou transporte fiável de amostras)			
Algoritmo para monitoria CD4 ou Cargo viral			
DIAGNÓSTICO PRECOCE DA CRIANÇA E TRATAMENTO	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Capacidade de aliar diagnóstico precoce da criança ao aumento da escala do programa de PTV			
Fortalecer o diagnostico precoce, retorno rápido de resultados, encontrar crianças seropositivas e início do tratamento			
À medida que a disponibilidade do diagnóstico precoce da criança melhora, expandir acesso a tratamento pediátrico			
RETENÇÃO NOS CUIDADOS E TRATAMENTO	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Sistema para assegurar que TODAS as mulheres grávidas/pós-parto seropositivas estão registadas nos cuidados e/ou tratamento contínuo VIH			
Modelos de prestação de serviços que consideram acompanhamento harmonizado de mães e filhos			
Serviços baseados nos centros de saúde e na comunidade para encorajar adesão/ acompanhar incumprimedores			
Soluções inovadores para melhorar acesso a TARV			
PLANEAMENTO FAMILIAR	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Avaliação da disponibilidade do serviço e produtos básicos de PF			
Acesso e aceitação de serviços de PF voluntários a fornecer TARV			
ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Mulheres a viver com VIIH estão envolvidas na planificação, implementação e monitoria da Opção B/B+ a nível nacional, subnacional e comunitário			
Actividades e serviços de base comunitária para apoiar retenção e aumento da escala da PTV			
ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	**CONCLUÍDA**	**EM CURSO**	**NÃO INICIADA**
Estratégia de implementação planeada			
Avaliação em tempo real da implementação para informar aumento adicional da escala			

2.2 Compromisso Político e Autorização a Política

Para o sucesso da Opção B/B+, é essencial haver apoio e compromisso nacional para com a implementação demonstrados através de funcionários do MISAU, mudanças de políticas e envolvimento das partes interessadas.

- ☐ Existe um compromisso a nível nacional e subnacional para com o Plano Global para a Eliminação de Novas Infeções de VIH nas Crianças até 2015 e Manter as Mães Vivas?
- ☐ Existe um líder da PTV para mobilizar o MISAU e os parceiros internacionais no context da programação da PTV?
- ☐ Existe uma equipa do MISAU unicamente dedicada à PTV? Esta equipa está sob a alçada do programa de SMI ou VIH? Considerou-se dar autonomia a esta equipa para uma ligação dos programas de SMI e VIH?
- ☐ Criou-se um grupo de trabalho técnico ou equipa que inclua partes interessadas, como técnicos de saúde e mulheres a viver com VIH?
- ☐ Existe coordenação entre SMI, PTV e tratamento do VIH no contexto da Opção B/B+?
- ☐ O país apoia a Opção B/B+?
- ☐ As orientações nacionais incorporam a Opção B/B+?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Compromisso para com objectivos do Plano Global (nacional e subnacional)			
Um profissional do MISAU responsavel pela PTV a tempo inteiro (nacional e possivelmente subnacional)			
Grupo de trabalho técnico funcional incluindo partes interessadas de SMI, PTV tratamento do VIH, incluindo técnicos de saúde e pessoas a viver com VIH			
Apoio nacional e subnacional da Opção B/B+			
Directrizes incorporam Opção B/B+			

2.3 Considerações Financeiras

As projeções de custos de curto e longo prazo foram modeladas tendo em conta produtos básicos, recursos humanos, capacitação e necessidades de infra-estrutura e estão reflectidas no orçamento nacional.

- ☐ Fez-se a estimativa de custos para a estratégia actual de PTV?
- ☐ Fizeram-se projeções de custos (curto e longo prazo) para a transição para a Opção B/B+?
  - Existe um plano nacional, incluindo estimativas de custos, para aumentar a escala do TARV?
  - Esse plano é a base da estimativa de custos da Opção B/B+?
- ☐ Que recursos adicionais são necessários (por exemplo, recursos humanos, produtos básicos e infra-estrutura) para implementar a Opção B/B+?
  - Existe um conjunto de critérios definidos que é necessário satisfazer para que um local que anteriormente só fornecia CPN passe a ser um local para tratamento? É possível quantificar isto?
- ☐ As necessidades de financiamento do programa para a Opção B/B+ estão reflectidas no orçamento?
- ☐ O que está a ser abrangido pelo governo nacional? Fundo Global? PEPFAR? Outros doadores?
- ☐ Onde estão as lacunas de financiamento?
- ☐ Quem é que financia actualmente os ARV para tratamento? Para profilaxia da PTV? Quem vai ser responsável pela aquisição de ARV se todas as mulheres seropositivas receberem tratamento? Quem vai ser responsável pelos custos adicionais de RH na saúde, logística, infra-estrutura e transporte?
- ☐ Como se vai fazer a afectação dos custos da Opção B+ entre os programas de tratamento e PTV?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Determinação dos custos da estratégia actual de PTV			
Determinação dos custos da Opção B/B+ a curto e longo prazo			
Fazer análise das lacunas em termos de recursos			
Necessidades de financiamento adicionais reflectidas no orçamento			
Demonstração do compromisso financeiro nacional			

2.4 Modelo de Prestação de Serviços

O modelo de prestação de serviços ideal varia de acordo com o context do país mas deve integrar o início do TARV, cuidados de mães e filhos e amamentação, transição para TARV de longo prazo (quando, onde, por quem) e planeamento familiar (incluindo novas gravidezes nas mulheres em TARV).

- ☐ Já se definiu um pacote mínimo de serviços de PTV para a Opção B/B+?
- ☐ Esse pacote inclui o início do TARV? E está harmonizado com o pacote de cuidados de TARV nacional?
- ☐ O pacote varia de acordo com o nível do centro de saúde? A que nível dos centros de saúde se vai iniciar o tratamento?
- ☐ Qual a percentagem de centros de saúde de SMI que oferecem o pacote mínimo de PTV da Opção B/B+?
- ☐ Em que cenários é que as mulheres grávidas estão actualmente a receber ARV (CPN/SMI ou tratamento do VIH)?
    - Como é que as mulheres seropositivas em centros de saúde que não oferecem tratamento vão ser ligadas ao sistema, especialmente face à baixa taxa de sucesso no início de tratamento nos casos de referência/encaminhamento?
    - Qual a viabilidade de incorporar a TARV na prestação de serviços de SMI? Ou serviços de SMI em locais de TARV?
- ☐ Onde vai ser feito o seguimento de mães e filhos expostos ao VIH pós-parto? Durante quando tempo?
- ☐ Onde é que as mães e crianças seropositivas vão receber serviços de cuidados e tratamento de longo prazo?
- ☐ Qual é a capacidade dos centros de saúde que oferecem tratamento de absover mais mulheres seropositivas pós-parto?
- ☐ O que é necessário para desenvolver a capacidade dos SMI de criarem programas de TARV de longo prazo (infra-estrutura, recursos humanos, produtos básicos, etc.)?
    - Qual é o modelo previsto de provisão de TARV em locais que actualmente só têm 1-2 enfermeiros?
    - Espera-se que outros pacientes de TARV (não grávidas) procurem TARV nestes novos locais periféricos que vão iniciar a B+?
    - Qual é o plano para a descentralização dos pacientes de TARV dos locais de referência para novos locais de TARV?
- ☐ Onde é que os parceiros (e familiares) vão ser testados e tratados? Como é que vão ser ligados aos serviços de cuidados e tratamento?

- ☐ Como é que se vai avaliar a funcionalidade do modelo de prestação de serviços selecionado durante a implementação inicial para informar a implementação e modificação do programa a médio e longo prazo?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Definir pacote mínimo de serviços fornecido com a Opção B/B+			
Avaliação da capacidade do sistema (infra-estrutura, recursos humanos, produtos básicos) de absorver aumento rápido nas mulheres seropositivas, famílias e eventuralmente outros pacientes TARV			
Calendário e localização da transição entre PTV e serviços de tratamento de longo prazo definido (incluindo consideração da provisão de TARV para o resto da vida no âmbito dos SMI)			
Identificação sistemática de pacientes TARV que ficam grávidas e ligação com SMI			
Testagem e tratamento de parceiros e familiares			
Desecentralização de pacientes de TARV para novas unidades de tratamento			

2.5 Capacidade de Recursos Humanos

Política nacional autoriza que vários quadros da saúde iniciem, recomendam e façam a gestão do TARV.

- ☐ A política nacional autoriza enfermeiras, parteiras e/ou técnicos a iniciar, recomendar e acompanhar a TARV para mulheres grávidas?
  - Estas tarefas são permitidas no âmbito da prática destes profissionais da saúde? Se não podem iniciar a TARV, podem renovar as receitas de ARV em visitas de acompanhamento?
- ☐ Existem políticas ou regulamentos nacionais que impedem estes quadros de fornecer TARV a mulheres grávidas ou crianças que devem ser ratificadas? (Recomenda-se uma revisão das políticas/regulamentos nacionais).
- ☐ Será que todos os quadros de saúde aprovados estarão qualificados como provedores de serviços de VIH ou será necessária uma certificação especial?

Requisitos de recursos humanos para aumento da escala do TARV foram avaliados e incorporados no plano da força de trabalho da saúde.

- ☐ Houve uma avaliação dos recursos humanos que seriam necessários para o aumento da escala dos serviços (por exemplo, médicos, enfermeiras,

farmacéuticos, técnicos de saúde comunitários, técnicos de laboratório) com base no modelo de provisão de TARV para unidades periféricas?

- Caso não, qual é o plano para a conclusão desta Tarefa? O mesmo considera a descentralização gradual do TARV para unidades rurais?

☐ Quais os dados disponíveis sobre a distribuição dos actuais quadros da saúde que possa informar a formação e aumento da escala de prestação de serviços? Os dados devem considerar:

- Números e formação de técnicos de saúde actuais (enfermeiras, médicos substitutos, agentes comunítarios de saúde em todos os locais que oferecem CPN
- Números estimados de pacientes a iniciar/continuar TARV em todos os locais que oferecem CPN

Formação e acreditacao nacionais exigem competências para recomendação, início e acompanhamento de TARV para adultos e crianças.

☐ Já se determinaram as competências essenciais para os vários quadros da saúde (incluindo laboratório, farmácia, técnicos de saúde comunitários e conselheiros de pares) necessários para operacionalizar a Opção B/B+?

☐ Existem planos de formação pré-serviço e no local de trabalho para equipar os técnicos de ssaúde com as competências necessárias? A formação considera o apoio adicional (auxiliares de trabalho, algoritmos, registos de pacientes de VIH, recolha de dados) necessário para expandir as práticas?

☐ A formação existente/prevista tem padronização e apoio do MISAU e órgãos reguladores?

☐ Quais os sistemas que existem ou precisam de ser estabelecidos para assegurar que a gestão da PTV ou TARV é incorporada em programas de desenvolvimento profissional contínuo (CPD) necessários para novo licenciamento?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Apoio nacional da partilha de tarefas para início e manutenção do TARV			
Avaliação da capacidade de RH auxiliary (enfermeira, parteira, farmácia,laboratório) para aumento da escala do tratamento			
Competências principais na gestão do VIH para quadro da saúde			
Estratégia de formação para provisão de TARV para aumento rápido da escala			
Uctualizar currículo nacional pré-serviço e no local de trabalho			
Estratégia para retenção, formação, desenvolvimento professional contínuo de técnicos de saúde , especialmente dos que fornecem PTV/TARV			

2.6 Escolha do Regime de TARV

Para simplificar, o regime de primeira linha de TARV para PTV deve ser fácil para os pacientes, ter uma toxicidade mínima e estar harmonizado com o regime de tratamento nacional para adultos não grávidos.

- ☐ Considerou-se a simplificação do regime (por exemplo TDF/3TC/EFC num comprimido único diário) para PTV?
- ☐ Quais são os planos para harmonizar o regime de PTV com os regimes de primeira linha para mulheres não grávidas?
- ☐ Se for necessária uma mudança no regime de TARV, quais são as implicações financeiras? Como e em quanto tempo se vai fazer a transição do regime de primeira linha anterior?
- ☐ Que tipos de toxicidades se esperam e quais os tipos de monitoria clínica e laboratorial que pode ser necessária? (por exemplo, CD4 antes do início da nevirapina (NVP))
- ☐ Para mulheres grávidas que não toleram o regime de primeira linha (devido a efeitos secundários ou toxicidade) qual a alternative disponível? Estará disponível em todos os locais ou através de referência?
- ☐ O regime de primeira linha utilizado sugere a necessidade de farmacovigilância (por exemplo EFV e malformações do tubro neural, TDF e função renal)? Caso sim, vai ser estabelecido um sistema de vigilância nacional ou o programa vai depender de sistemas de vigilância de defeitos de nascimento para monitoria?
- ☐ Qual o regime de primeira linha de TARV disponível para crianças infectadas pelo VIH? Considerou-se lopinavira/ritonavira?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Simplificação e harmonização da PTV e regimes de tratamento para adultos			
Plano de regime alternative para mulheres grávidas que não toleram 1ª linha			
Optimização do regime de 1ª linha para crianças			
Centro de saúde de sistema de farmacovigilância, onde adequado			

2.7 Gestão da Cadeia de Abastecimento

É necessário um protocol de gestão de inventário de kits de teste rápido, ARV, diagnostio precoce da criança e outros produtos básicos essenciais que incluem previsão, relatório sobre consumo e procedimentos para encomendar suprimentos de emergência.

- ☐ Houve alguma avaliação da fiabilidade da gestão da cadeia de abastecimento e identificação de financiamento ou parceiros para fortalecer o sistema de gestão da cadeia de abastecimento?
- ☐ Se os locais previamente a fornecer apenas profilaxia de PTV vão agora fornecer tratamento (TARV), quais são as necessidades de formação, transporte/distribuição e de capacidade de armazenamento para TARV?
- ☐ Concluiu-se uma previsão, quantificação e plano de abastecimento para 18 meses? Consultaram-se todas as partes interessadas no desenvolvimento desta informação?
- ☐ Quais as políticas para o armazenamento de ARV ao longo da cadeia de abastecimento?
- ☐ Especialmente no que diz respeito à cadeia de frio necessária se lopinavir/ritonavir for o regime escolhido para crianças infectadas pelo VIH.
- ☐ Se se for fornecer um novo regime de primeira linha como parte do plano B/B+, como se vai quantificar, distribuir e gerir o stock de ARV de forma a minimizar as perdas?
- ☐ Existem sistemas separados para a previsão e distribuição de kits de teste rápido de VIH, TARV, profilaxia infantile, cotrimoxazole e o diagnóstico precoce da criança? Caso sim, existem planos para integrar estes sistemas a nível nacional e a nível dos centros de saúde?
- ☐ A previsão teve em conta o potencial aumento da procura por regimes alternativos para pacientes que reações adversas ou toxicidade ao regime de primeira linha?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Avaliação das lacunas na cadeia de abastecimento inclu quantificação, distribuição e gestão de stock			
Previsão, quantificação e plano para 18 meses desenvolvidos			
Gestão do stock de TARV em cenários de SMI (formação, capacidade, segurança)			
Se modificar regime da 1ª linha, plano para usar ARV já encomendado			
Sistema de gestão da cadeia de abastecimento revisto (consumo, previsão e distribuição)			

2.8 Monitoria, Avaliação e Utilização da Dados

Registos de M&A nacionais devem acomodar monitoria longitudinal de mães e filhos seropositivos para facilitar rastreio de ligações e retenção.

- ☐ Os registos de CPN/PTV e os relatórios mensais captam as mulheres em TARV? É possível distinguir entre mulheres grávidas que iniciaram TARV recentemente vs as que já estavam em TARV? Caso não, que actualizações são necessárias?
- ☐ Os registos de CPN/PTV permitem o acompanhamento longitudinal? Caso não, como se acompanha a retenção de clientes?
- ☐ Existe algum registo ou sistema que faça a ligação e acompanhamento de mães e filhos? Caso não, qual é a viabilidade de se criar este tipo de registo?
- ☐ Os cartões dos pacientes (CPN e cartões de saúde das crianças) indicam o estatuto seropositivo de mães e filhos e o regime de ARV?
- ☐ Existe um identificador único que ligue as mães e filhos? É possível criar um?
- ☐ Qual é a viabilidade de estabelecer um sistema de monitoria regular para mulheres grávidas a iniciar a TARV com foco no início atémpado do TARV e na retenção no tratamento?

Os sistemas de M&A de PTV e TARV devem estar harmonizados para facilitar o acompanhamento dos pacientes e minimizar a contagem dupla.

- ☐ Como é que as mulheres grávidas seropositivas que iniciaram TARV em locais de SMI são incorporadas no sistema nacional de M&A de TARV?
  - Vão-se iniciar registos do TARV na CPN para pacientes a iniciar TARV?
  - As mulheres que iniciaram TARV na CPN/PTV foram introduzidas num registo de TARV ou base de dados electrónica?
  - Como é que se vai fazer a monitoria da descentralização de pacientes em TARV para novos locais periféricos? Os registos actuais do TARV vão ser transferidos para os novos locais?
- ☐ Existe uma forma de harmonizar os sistemas de SMI e M&A de TARV? O sistema nacional de TARV vai ser expandido para novos locais periféricos a iniciar a B+?
- ☐ As mulheres que já estão no TARV e que ficam grávidas são sistematicamente contadas no programa de PTV? Os resgistos do TARV estão concebidos de forma a facilitar esta documentação?

- ☐ Existem registos medicos padrão individuais para pacientes pré-TARV e em TARV? Como é que esses registos vao ser actualizados para mulheres grávidas? Vão incluir uma secção para crianças expostas? Onde vão ser arquivados?
- ☐ Os dados do programa reportados pela PTV e TARV são revistos regularmente e utilizados para dar feedback aos gestores de programas nacionais e sub-nacionais? Especificamente, os dados do programa de PTV, TARV e SMI que monitoram o início e retenção no TARV bem como serviços SMI chave como imunizações e planeamento familiar são resumidos e revistos frequentemente para informar a implementação?
- ☐ Será que a M&A para a Opção B/B+ pode ser o impulse para uma revisão conjunta de dados entre os programas de SMI e TARV?
- ☐ Avaliação da implementação da B/B+, incluindo resultados da saúde matérna e infantil.

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
O registo de CPN/PTV permite documenTARV quem já está em TARV e quem iniciou			
O registo de TARV permite identificar pacientes em TARV que ficam grávidas			
Mulheres grávidas que iniciaram TARV em cenários de SMI são incluídas nos sistemas nacionais e locais de M&A de TARV			
Sistema para monitorar/medir ligações/transição entre CPN/SMI e cuidados e tratamento de VIH de longo prazo para mães e filhos (ex: registo longitudinal mãe-bébé, identificador único)			
Garantia de qualidade de dados de rotina			
Monitoria longitudinal de mulheres grávidas a iniciar TARV para avaliar retenção			
Harmonização de sistemas de M&A de PTV e TARV e processos de revisão de dados			
Ficha padronizada do paciente para mulheres grávidas seropositivas e crianças expostas			
Avaliação da implementação da B/B+, incluindo resultados matérnos e infantis			

2.9 Supervisão de Locais e Gestão da Qualidade

A implementação da Opção B/B+ deve ser acompanhada por supervisão de locais de rotina e intensiva com destaque na resolução rápida das questões identificadas.

- ☐ Quais são os sistemas e estratégias de supervisão de locais que existem actualmente para assegurar a qualidade da provisão e recolha de dados?
- ☐ Quais são os desenvolvimentos/modificações necessárias às ferramentas de supervisão de locais para expandir a supervisão de apoio?
- ☐ Quais os recursos humanos e financieros disponíveis (ex: dos parceiros, MISAU, etc.) para a implementação de actividades de supervisão de locais? Existe uma capacidade adequada de supervisão nestes grupos?
- ☐ Que tipo de políticas e procedimentos de melhoria da qualidade existem a nível nacional, distrital e de locais para os serviços de cuidados e tratamento do VIH?
- ☐ Os supervisores distritais da saúde, parceiro de implementação e/ou funcionários do centro de saúde receberam formação em técnicas de melhoria contínuas para que possam instituir soluções para as deficiências observadas?
- ☐ Que tipo de apoio clínico está disponível para os funcionários nos locais? Estão disponíveis serviços de consulta distritais e/ou regionais (via telephone ou referência de pacientes)?
- ☐ Que matériais de referência e auxiliaries de trabalho vão ser necessários para novos locais de tratamento de VIH?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Supervisão de locais de rotina e monitoria clínica da qualidade dos cuidados			
Processo do programa para melhorias contínuas na qualidade			

2.10 Testagem e Aconselhamento em Locais de PTV

Um processo de garantia de qualidade robusto para testes rápidos é fundamental para minimizer o risco de resultados incorrectos de VIH.

- ☐ Quais são as medidas e programas de garantia de qualidade externa (EQA) que estão a ser implementados para o teste rápido de VIH em locais de PTV (ex: verificações de controlo da qualidade, documentação padronizada semelhante ao teste do algoritmo, teste da capacidade dos técnicos de saúde)?
- ☐ Alocaram-se recursos suficientes a nível nacional e regional para apoiar e aumentar a escala das actividades de EQA?
- ☐ O Laboratório de Referência Nacional está preparado e é capaz de fornecer supervisão e coordenar visitas de supervisão?
- ☐ Desenvolveram-se estratégias para ações de correção como parte do programa de EQA?

Os locais de SMI deveriam oferecer e encorajar os casais a fazer o teste de VIH e a receber aconselhamento e apoio para divulgação mútua dos resultados.

- ☐ Que programas existem para aconselhamento de casais e testagem dos parceiros?
- ☐ Que tipos de mensagens de aconselhamento são necessárias se se implementar a Opção B/B+?
- ☐ Onde/quando é que se vai avaliar os parceiros em termos de eligibilidade para TARV e/ou iniciar os parceiros no TARV?
- ☐ Os homens seropositivos com parceiras grávidas seronegativas vão receber tratamento para prevenir a transmissão horizontal?
- ☐ Como se definem os casais em termos das normas sociais? Consideraram-se ou adoptaram-se abordagens criativas a famílias polígamas e parceiros não oficiais?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Medidas de garantia da qualidade para teste rápido do VIH em todos locais			
Decisão política sobre tratamento de casais serodiscordantes			
Aconselhamento e testagem dos casais incorporados na PTV			
Estratégia para ligar ou registar parceiros seropositivos no TARV			

2.11 Aconselhamento sobre Adesão e Início de TARV

A provisão de aconselhamento de alta qualidade e rápido para adesão e início do TARV é fundamental para a implementação da Opção B/B+.

- ☐ Quem vai fornecer aconselhamento pré-adesão a TARV e contínuo a mulheres grávidas em locais de CPN/SMI?
- ☐ Face à necessidade de acelerar o início do TARV, como se vão estruturar as sessões de aconselhamento para adesão em relação ao aconselhamento padrão fornecido nos centros de tratamento?
  - Como vai ser feito o apoio à revelação do resultado?
  - Como é que se pode destacar mensagens simples e claras sobre os benefícios e necessidade de iniciar a TARV como uma intervenção da PTV?
  - Como se vai assegurar uma abordagem opcional? Quando é que é uma altura adequada para discutir a opção de sair (no início vs perto do fim da amamentação)?
  - Quais os riscos e/ou efeitos secundários do TARV que vão ser destacados?
- ☐ O TARV vai ser iniciado no mesmo dia que o diagnóstico ou numa visita subsequente? Considerar um algoritmo para determinar a preparação.
- ☐ Que serviços vão estar disponíveis para as mulheres a iniciar TARV para o resto da vida para encorajar uma adesão ideal (ou seja, grupos de apoio à comunidade, mães tutoras)?
- ☐ Que alternativas estarão disponíveis a mulheres que não se queiram comprometer ao TARV para o resto da vida (ex: CD4 e parar TARV após a amamentação se acima do limite de eligibilidade para tratamento)?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Serviços de mensagem e apoio especializados para mulheres grávidas e lactantes a iniciar TARV			
Estruturas para acelerar a preparação para início do TARV			
Protocolos alternativos para mulheres que não precisam de TARV para a sua própria saúde que recusam tratamento para a vida desenvolvidos			

2.12 Monitoria Laboratorial e Clínica

Deveriam haver algoritmos clínicos definidos para monitoria e investigação de toxicidades relacionadas com medicamentos, com redes de referência indicadas, caso aplicável.

☐ Quais as potenciais toxicidades relacionadas com medicamentos e eventos adversos que estão associados ao regime nacional de TARV?

- A investigação ou diagnostico destas toxicidades requer a monitoria laboratorial?
- Esta monitoria foi incorporada no pacote de formação de técnicos de saúde?

☐ Qual é a capacidade actual do laboratório para os testes necessários no local nos centros de saúde de CPN? Por referência?

- Vai ser necessária uma expansão das redes de referência (ou da capacidade no local)?
- Como se vai monitorar a eficácia das referências? Os pacientes/espécimens referidos chegam aos locais a que foram referidos?

☐ Existe um sistema de reporte de eventos adversos? Que tipos de modificações ou expansões podem ser necessárias?

☐ Quais são as indicações para referência de pacientes aos centros de saúde de nível mais alto?

Cada programa deve ter um algoritmo claro para fazer testes CD4 básicos em mulheres grávidas recentemente diagnosticadas, particularmente no contexto da Opção B.

☐ É necessário um CD4 básico para a seleção do regime de TARV (ex: se estiver a usar NVP)?

- Caso sim, quais são os critérios CD4 e que regimes vão ser utilizados para cada?

☐ Vai-se recolher um CD4 de base na primeira visita CPN mas iniciar-se um regime universal?

- Se o CD4 não for feito na primeira visita, qual é o momento proposto para a recolha?

☐ Se uma contagem CD4 de base não fizer parte do algortimo clinic, qual é o método proposto para monitorar o sucesso ou fracasso do tratamento (critérios imunológicos alternativos vs carga viral)?

☐ Qual a percentagem de locais de SMI com CD4 disponível? Através de referência?

☐ É necessária uma expansão do acesso a CD4? Caso sim, qual o papel da tecnologia POC vs. expansão das redes de transporte de espécimens?

Devem haver algoritmos clínicos padronizados, baseados em evidências para monitoria laboratorial de rotina de mulheres grávidas que iniciaram TARV durante CPN.

- ☐ Vão ser necessaries laboratórios de base antes do início do TARV (ex: hemoglobina para zidovudina (AZT) ou creatinina para tenofovir)?
- ☐ Haverá monitoria imunológica pré e pós-parto?
- ☐ Recomenda-se monitoria da carga viral num dado momento (ex: suspeita de fracasso do tratamento ou em visita pós-parto para assegurar que a carga viral não é detectável durante a amamentação)?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Capacidade de monitoria da toxicidade do tratamento			
Disponibilidade de CD4 de base (POC ou transporte fiável de amostras)			
Algoritmo para CD4 ou monitoria da cargo viral			

2.13 Diagnóstico Precoce da Criança

A deteção atémpada de uma infeção de VIH em crianças expostas ao VIH aliada ao início atémpado do TARV deve ser prioritária face aos benefícios de sobrevivência documentados.

- ☐ Que planos foram implementados para expander a capacidade do diagnóstico precoce da criança (tanto no laboratório como nos centros de saúde) para lidar com o aumento da escala nos serviços de PTV?
- ☐ Desenvolveram-se sistemas para fortalecer o diagnóstico precoce da criança?
  - Que estratégias estão previstas para facilitar o diagnóstico precoce da criança para crianças expostas ao VIH entre as 4-6 semanas de idade?
  - Que sistemas existem para assegurar que os resultados da PCR DNA são devolvidas à clínica E á mãe/provedor de cuidados 4 semanas após a recolha da amostra (ou seja por SMS)?
  - Que sistemas existem para promover e priorizar a procura activa de crianças expostas ao VIH? Como se podem fortalecer esses sistemas?
  - Que estratégias se desenvolveu para fortalecer a ligação entre o diagnóstico e o início do tratamento?

- ☐ Existe um registo longitudinal para acompanhar crianças expostas ao VIH ou mães e filhos que inclua teste do diagnóstico precoce da criança, retorno do resultado ao paciente, profilaxia com cotrimoxazole e início do TARV para crianças confirmadas como seropositivas?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Capacidade do diagnóstico precoce da criança paralela ao aumento da escala do programa de PTV			
Fortalecer "cascada do diagnóstico precoce da criança" – diagnostic precoce, retorno rápido de resultados, procura active de crianças seropositivas e início do tratamento			
À medida que a disponibilidade do diagnóstico precoce da criança melhora, expandir acesso a tratamento pediátrico			

2.14 Retenção nos Cuidados e Tratamento

Intervenções pró-activas para reter mulheres grávidas e lactantes que iniciaram TARV, particularmente no contexto da Opção B+ são fundamentais para a saúde matérna e prevenção da transmissão vertical.

- ☐ Que sistemas de rastreio foram estabelecidos para minimizar os *faltosos/ abandonos* das mulheres em TARV em locais de PTV?
- ☐ Quão bem estabelecidos estão os serviços de apoio (ou seja, grupos de apoio, mães tutoras, etc.) para mulheres grávidas e lactantes? Que sistemas existem para facilitar a ligação a estes serviços de apoio?
- ☐ Que soluções criativas se podem considerar para melhorar o acesso a mais medicamentos e acompanhamento para mulheres durante a gravidez e depois (ex: administrar na CPN e apenas visitar TARV quando for necessário monitoria, distribuição comunitária de ARV, unidades móveis para fornecer serviços mais descentralizados)?
    - Para mulheres que terão de ser encaminhadas para outros centros de saúde para obter mais medicamentos TARV após a gravidez, que sistemas existem ou podem ser estabelecidos para fortalecer essa ligação?

São necessaries modelos de prestação de serviços que destaquem a coordenação de serviços para mães e filhos para reduzir os faltosos/ abandonos e assegurar a sobrevivência.

- ☐ As mães seropositivas e os seus filhos expostos estão a ser seguidos como um par?
    - Onde é que as mães recebem cuidados contínuos e/ou serviços de tratamento

do VIH?

- Onde é que as crianças recebem o teste de PCR, NVP, e profilaxia de cotrimoxazole?
- Onde são fornecidos serviços de SMI tais como planeamento familiar, aconselhamento sobre alimentação infantil e imunizações?

☐ Esses serviços ou marcações são coordenados ou estão ligados?

☐ Quais são as opções para coordenar serviços de acompanhamento de mães e filhos?

☐ As crianças expostas ao VIH são sistematicamente identificadas na clínica para crianças com menos de 5 anos?

☐ Que sistemas existem para monitorar os faltosos/abandonos e/ou apoiar a retenção de ma~es e filhos (sms, trabalhadores comunitários que vão ao domicílio, etc)?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Sistema para assegurar que todas as mulheres VIH+ grávidas/pós-parto estão registadas nos cuidados/tratamento contínuo de VIH			
Modelos de prestação de serviços que consideram acompanhamento harmonizado de mães e filhos			
Centro de saúde e serviços de base comunitária para apoiar adesão/ rastrear faltosos			
Soluções inovadores para melhorar acessibilidade do TARV			

2.15 Planeamento Familiar

Serviços de planeamento familiar e escolhas voluntárias devem ser disponibiklizados como uma componente abrangente dos serviços de tratamento de PTV e VIH.

☐ Qual é a proporção de mulheres que precisa de planeamento familiar?

☐ Já se fez uma avaliação da taxa de fertilidade actual, tempo entre nascimentos, serviços de planeamento familiar, disponibilidade de contraceptivos e necessidade de contraceptivos?

☐ Como é que o acesso a contraceptivos e a sua aceitação para mulheres pós-parto ser incorporada nos serviços de PTV e/ou TARV?

- ☐ Que aconselhamento e serviços estão disponíveis para famílias seropositivas que querem filhos adicionais?
- ☐ Existem sinergias que podem ser capitalizadas para gestão da cadeia de abastecimento dos produtos básicos do planeamento familiar e TARV em locais de SMI?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Avaliação da disponibilidade e produtos básicos de PF			
Acesso a e aceitação de serviços de voluntários de PF em locais que oferecem TARV			

2.16 Envolvimento da comunidade

É fundamental que as mulheres a viver com VIH e as comunidades onde vivem estejam envolvidas na planificação, implementação e monitoria da Opção B/B+ para apoiar o fornecimento e a qualidade dos serviços de PTV, aumentar a aceitação de serviços de PTV e criar e facilitar um ambiente que permite às mulheres a viver com VIH serem parceiras nos seus próprios cuidados de saúde.

- ☐ Os membros da comunidade (religiosos ou organizações de base comunitária, grupos de apoio comunitários, redes de mulheres a viver com VIH, organizações da sociedade civil) estão envolvidos na planificação, implementação e monitoria da Opção B/B+?
- ☐ Houve discussões com mulheres a viver com VIH para discutir como a Opção B/B+ vai afectar os cuidados que recebem e compreender as suas preocupações e nível de aceitação da nova política?
- ☐ Desenvolveu-se um mecanismo para as organizações da comunidade/sociedade civil darem retro-informacao ao governo e a profissionais da saúde sobre a qualidade dos serviços prestados às mulheres e às suas famílias no âmbito da Opção B+?
- ☐ Desenvolveu-se matérial de informação, educação e comunicação (IEC) para ajudar a educar a comunidade sobre a importância e benefícios da Opção B/B+?
- ☐ Fez-se uma avaliação das actividades actuais de envolvimento da comunidade para determinar as boas práticas que deveriam ser replicadas para apoiar a expansão dos serviços de PTV?

- ☐ Que estratégias estão a ser usadas para aumentar o envolvimento dos membros da comunidade, especialmente dos homens, na identificação de atitudes e práticas que afectam as decisões das mulheres de aceder a serviços de PTV?
- ☐ Os serviços de apoio comunitário normalmente existentes para TARV vão ser estabelecidos nos novos locais que actualmente não oferecem TARV?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Mulheres a viver com VIH envolvidas na planificação, implementação e monitoria da Opção B/B+ a nível nacional, subnacional e comunitário			
Actividades e serviços de base comunitária para apoiar aumento da escala da PTV e retenção			

2.17 Estratégia de Implementação

- ☐ Que percentagem de centros de saúde oferece actualmente serviços de PTV (incluindo ARV)?
- ☐ O programa vai ser implementado a nível nacional de uma vez ou por fases?
  - Se for por fases, a abordagem vai ser geográfica (por zona de saúde, distrito, etc.) ou com base no volume do centro de saúde (ou uma combinação)?
  - Como se vai avaliar a qualidade do TARV fornecida a mulheres grávidas para assegurar padrões semelhantes entre programas de PTV e outros tratamento padrão?
  - O objectivo é ter uma provisão de TARV de longo prazo no SMI?
  - Quando é que os novos centros de saúde vão fornecer TARV na CPN a todos os pacientes elegíveis na área da bacia?
- ☐ Que avaliação vai ser feita para medir o sucesso e identificar desafios de implementação nas fases iniciais da implementação?

TAREFA	CONCLUÍDA	EM CURSO	NÃO INICIADA
Estratégia de implementação planeada			
Avaliação da implementação a tempo real para informar aumento adicional da escala			

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

3

Ferrramenta de Cálculo de Custos:

Considerações no Cálculo do Custo de uma Transição para a Opção B/B+

3.1 Introdução

Utilizar modelos de cálculo de custos para uma tomada de decisões informada

Novos dados sobre a eficácia do TARV na prevenção da transmissão a parceiros não infectados e o reconhecimento de que iniciar todas as mães seropositivas no TARV pode ser mais viável logisticamente do que gerir um protocolo de PTV complexo gerou maior interesse na Opção B/B+ da OMS. Apesar da Opção B+ oferecer muitos benefícios programáticos, o custo de fornecer TARV para o resto da vida a todas as mulheres grávidas infectadas pelo VIH é uma preocupação para muitos decisores políticos. As projeções indicam que a Opção B+ é mais cara do que implementar a Opção A e marginalmente mais cara do que a Opção B, todavia, a diferença exacta do preço entre a Opção A, B e B+ varia consideravelmente de país para país com base na natureza da epidemia nacional e nas taxas de cobertura do programa nacional. Por isso, é fundamental que os decisores políticos utilizem dados específicos do país ao avaliar os potenciais custos e benefícios de uma transição para uma nova estratégia de PTV. Os modelos de cálculo de custos podem ajudar os gestores dos programas a tomar uma decisão informada sobre se a Opção B+ é uma estratégia de saúde pública adequada e acessível face ao contexto programático único do país.

De forma a maximizar o benefício da modelação de custos, é fundamental que os decisores politicos compreendam o âmbito e as limitações da modelação, bem como as informações necessárias para assegurar resultados precisos. O objectivo deste documento é de fornecer orientações de alto nível a funcionários do MISAU, decisores políticos e gestores de programa a nível nacional que estejam a considerar uma transição da actual estratégia de PTV para um novo regime, incluindo a Opção B+. O documento consiste em três secções: 1) uma descrição geral das considerações da modelação e dos factores a considerar ao avaliar o custo da Opção B+; 2) uma descrição geral de quatro modelos de cálculo de custos disponíveis através da FEWG IATT, bem como a informação necessária para os modelos; e 3) resultados frnecidos pelos modelos. O documento conclui com os contactos para os membros da FEWG IATT que estão disponíveis para dar apoio às análises de custos.

3.2 Considerações de Modelação

Os modelos são ferramentas de planificação úteis e podem fornecer excelentes orientações. Todavia, é necessário ter em conta as limitações dos modelos. O objectivo dos modelos não é fornecer os custos exactos e nem podem prever o futuro na perfeição. O que eles fornecem é uma estimative que pode ajudar os decisores políticos e os planificadores dos programas. Os decisores politicos devem utilizar outras ferramentas e conhecimento para compreender e confirmar os resultados do modelo. Apesar de um

modelo poder indicar uma estimativa dos custos da implementação de um programa, os decisores politicos terão de determinar como gastar o dinheiro com base nos custos e na viabilidade, vontade política, lacunas de recursos e outros factores.

Âmbito do modelo: considerações operacionais

A primeira pergunta que os decisores politicos devem fazer ao considerar o custo de uma transição para um novo regime de PTV é "quais os custos operacionais da transição?". É preciso ter em conta várias considerações operacionais ao planear um programa nacional de PTV robusto e estes factores são considerações essenciais no processo de cálculo de custos. As componentes operacionais, da formação à gestão da cadeia de abastecimento, são importantes para gerar resultados de custos relevantes. Abaixo estão algumas das considerações operacionais que os decisores politicos devem considerar ao avaliar o custo de um novo regime:

- **Fortalecer os sistemas de saúde** – Funcionários novos ou adicionais provalvemente vão precisar de formação em PTV e podem ser necessários cursos de reciclagem para os que já têm formação em PTV e nas orientações mais recentes. Os países a considerar uma mudança da Opção A para a Opção B/B+, existem cursos de formação a ter em conta ao rever as directrizes nacionais.
- **Infra-estrutura** – Os custos, incluindo custos de novos edifícios, manutenção e remodelação devem ser calculados como parte do processo de planificação. Infra-estrutura de laboratório nova e existente para testes de CD4 (incluindo tecnologia 'point-of-care') é uma component importante dos custos de investimento para a PTV, incluindo custos de manutenção anuais das máquinas CD4. Despesas adicionais podem incluir camas, secretárias, cadeiras, computadores e outros artigos semelhantes.
- **Monitoria e avaliação da qualidade** – A M&A é fundamental para acompanhar o progresso em relação aos objectivos de PTV e é uma componente essencial de um sistema de saúde forte. É preciso ter em conta os custos do equipamento, funcionários e tecnologia específica de M&A, bem como os custos do apoio técnico e visitas de monitorização, inquéritos e estudos de avaliação.
- **Retenção** – A retenção nos cuidados e a ligação aos cuidados tem desempenhado um papel cada vez mais importante na eficácia da PTV; os custos do rastreio e acompanhamento de pacientes (telemóveis, custos de transporte, rastreio de pares, etc) devem estar incluídos.
- **Transporte** – Os custos relacionados com transporte incluindo capital, manutenção e combustível contribuem para uma análise de custos sólida. É preciso incluir também os custos do transporte de amostras do teste de PCR e CD4. O fortalecimento da cadeia de abastecimento é outra área para a qual é preciso calcular os custos da PTV. As actividades da cadeia de abastecimento relacionadas com a PTV podem incluir aconselhamento farmacêutico e visitas de monitorização para gestão de stock.

Para além das considerações operacionais listadas acima, o envolvimento da comunidade é cada vez mais reconhecido como uma component chave necssária para o sucesso dos programas de PTV, particularmente com relação à retenção e ligação aos cuidados. Muitos custos relacionadas com o envolvimento da comunidade são custos operacionais alinhados nas catégorias de custos gerais descritas acima (por ex: formação, transporte, salários, reuniões e comunicação). Todavia, é importante pensas sobre estes custos e a sua relação com as componentes importantes no cálculo de custos de estratégias de envolvimento da comunidade na PTV. Esses custos incluem: formação de ténicos comunitários para a prestação abrangente de serviços de PTV; apoio comunitário para retenção e ligações com serviços oferecidos em centros de saúde; educação da comunidade, consciencialização e criação de campanhas de comportamento; e estabelecer mecanismos para analisar o progresso das actividades comunitárias.

Sustainabilidade e variaveis de mitigação dos custos

A sustentabilidade financeira e os custos de longo prazo são factores importantes para os países na consideração de uma transição para a Opção B+. As modelações recentes indicam que os custos iniciais da transição para a Opção B+ são relativamente substanciais; todavia, a médio e longo prazo, o custo adicional da Opção B+ é reduzido porque muitas mulheres grávidas seropositivas provavelmente ficariam elegíveis para iniciar o tratamento para a sua própria saúde em relativamente pouco tempo. Estudos recentes indicam que aproximadamente metade de todas as mulheres grávidas infectadas pelo VIH são elegíveis para TARV.[b] Para além disso, outros estudos constataram que 20% das mulheres grávidas seropositivas com contagens de CD4 entre 350-500 registaram um declínio na CD4 para um limiar <350 12 meses após o parto e quase metade desse grupo atingiu o limiar do TARV 24 meses após o parto – apesar desta progressão ser mais lenta para mulheres com uma contagem de CD4 >500.[c] Estes factos sugerem que independentemente do regime de PTV, uma grande parte das mulheres grávidas seropositivas pode ser elegível para TARV para o resto da vida entre 2-3 após o parto.

A modelação sugere que este horizonte temporal de progressão da doença, aliado ao aumento no número de mulheres grávidas já em TARV, resulta no custo adicional da Opção B+ crescer menos rapidamente após 3-4 anos. Há outros factores que também influenciam o custo e a relação custo-eficácia da Opção B+, incluindo redução nas infeções pediátricas e transmissão horizontal através de um maior acesso a TARV. Os países com elevadas taxas de fertilidade, intervalos curtos entre partos e periódos de amamentação longos, irão constatar frequentemente que estes factores reduzem o custo adicional da Opção B+. Embora a Opção B+ continue a ser mais cara e possa não ser adequada para todos os países, nas circunstâncias certas pode ser sustentável para países com recursos limitados a médio e longo prazo. Os países deverão ter em conta a sua própria epidemia, taxas de cobertura de serviços e recursos de financiamento antes de decidir se a Opção B+ é uma estratégia acessível e adequada.

Determinação de custos vs orçamentação: um processo interactivo

Embora a determinação de custos e a orçamentação estejam estreitamente relacionadas, há uma diferença importante entre as duas actividades. A determinação de custos pode ajudar a analisar o impacto da crescente afectação de recursos a áreas importantes e ajudar a compreender os recursos necessários com um certo nível de aceitação de serviços necessário para atingir os objectivos programáticos. Quando confrontados com compromissos ou trocas relacionados com a afectação de recursos, uma combinação da modelação do impacto e de custos ajuda a calcular o retorno do investimento em diferentes decisões (como por exemplo a implementação da Opção A vs. B vs. B+). Por sua vez, os orçamentos baseiam-se na análise de custos. Depois de se determinar os custos financieros de um programa, pode-se usar um orçamento para planear os fundos disponíveis para cobrir o custo do programa. As estimativas de custos podem ser ligadas aos orçamentos para cada actividade e programa, o que permite identificar áreas de serviços sub e sobre-financiadas.

[b] Carter et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2010;55:404–410.

[c] Ekouevi et al. Maternal CD4+ Cell Count Decline after Interruption of Antiretroviral Prophylaxis for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. PLoS ONE 2012: 7(8): e43750.

3.3 Dados Importantes para Determinar os Custos da PTV

Os modelos de impacto apresentam uma representação matémática do mundo real; por conseguinte os resultados do modelo são tão precisos quanto os contributos do modelo. Se se utilizarem dados de fraca qualidade para a modelação de custos, é provável que os resultados do modelo não sejam fiáveis. Por isso, é importante utilizar dados fiáveis e específicos ao país sempre que possível e compreender que dados incorrectos podem ter um impacto significativo no resultado final dos modelos.

Esta secção fornece uma descrição geral de quatro modelos de cálculo de custos que podem ser utilizados para projectar os custos associados a um plano de PTV nacional ou à transição para um novo regime de PTV: o Modelo de Determinação de Custos e Impacto Pediátrico e da PTV CHAI; a ferramenta de determinação de custos da Iniciativa de Eliminação do Centro Nacional de Saúde e Medicina Global (NCGM)[d] o Modelo de Determinação de Custos da PTV da PEPFAR; e o Modelo Futures Institute Spectrum. Os quadro modelos são abertos, e operam de uma perspectiva de saúde pública ou programa e são concebidos para ajudar os decisores políticos a tomar decisões sobre programas de PTV e planos de PTV nacionais. O Spectrum é uma aplicação para computador que inclui custo, impacto, planeamento familiar e projeções demográficas sendo que os modelos CHAI, NCGM e PEPFAR são baseados em folhas de Excel que focam principalmente os custos e impactos. Cada modelo usa pressupostos, metodologias e dados ligeiramente diferentes – factores que os decisores políticos podem querer considerar ao escolher um modelo. Todavia, na prática, os exercícios de validação demonstraram que os resultados produzidos pelos quatro modelos são direcionalmente semelhantes. A tabela na página seguinte apresenta uma comparação complete dos contributos e capacidades dos quatro modelos.

Embora cada modelo precise de informação ligeiramente diferente, os 20 parâmetros listados abaixo são requisitos importantes dos modelos CHAI, NCGM, PEPFAR e Spectrum e influenciam os resultados obtidos. Esta lista não pretende ser abrangente: cada modelo precisa de informação adicional e pode usar ligeiras variações do indicado neste documento. Todavia, em termos gerais, estes são os dados mais importantes e as varições dos seus valores terão uma grande influência nos resultados. Por conseguinte, os decisores politicos a considerar uma análise de determinação de custos devem garantir que existem dados válidos específicos do país para os parâmetros seguintes na Tabela 1:

[d] O NCGM é um instituto de investigação baseado no Japão que promove a investigação básica da patogénese das doenças infecciosas bem como investigação clínica e translacional para o desenvolvimento de modalidades de diagnóstico e tratamento inovadoras.

Tabela 1

PERFIL DA POPULAÇÃO	COBERTURA PROGRAMÁTICA	CUSTOS OPERACIONAIS
Número de mulheres grávidas seropositivas, ou o número total de nados vivos e prevalência do VIH nas mulheres grávidas. Distribuição de mulheres grávidas seropositivas de acordo com CD4 (incluindo percentagem mulheres grávidas com CD4 < 350). Taxa de mortalidade para mulheres com CD4 < 350 com tratamento, CD4 < 350 sem tratamento, e CD4 > 350. Percentagem de mães seropositivas que amamentam e duração média da amamentação. Média tempo até mulheres com CD4 > 350 se tornarem elegíveis para tratamento com base no declínio clínico ou declínio na contagem CD4. Prevalência de contraceptivos ou percentagem necessidade não cumprida para planeamento familiar (Spectrum).	Cobertura dos serviços de PTV, definida como percentagem de mulheres grávidas seropositivas a receber ARV para PTV. Requer frequência na CPN (%) e percentagem de mulheres na CPN que recebem teste de VIH. Cobertura de serviços de TARV pediátrico e para adultos, incluindo cotrimoxazola para crianças. Percentagem de mulheres grávidas seropositivas a receber cada opção de PTV (A / B, B+) nos próximos cinco anos. Cobertura de teste de CD4 na PTV. Percentagem de mulheres grávidas seropositivas a receber TARV antes da gravidez. Taxas de retenção mensais ou anuais. Média tempo até mulheres com CD4 < 350 serem identificadas e iniciarem TARV. Mistura de métodos de planeamento familiar.	Distribuição de regime para mulheres grávidas seropositivas e preço de ARV, por ano. Custo unitário de testes de VIH, testes CD4, PCR e outros custos laboratório. Custo anual de serviços pré-TARV, incluindo profilaxia de cotrimoxazole. Outros custos sem ser medicamentos, incluindo salaries técnicos, custos formação, infra-estrutura e planos manutenção, investimentos no laboratório e instalações, monitoria e avaliação, etc. Custos programáticos e gerais, incluindo gestão da cadeia e aprovisionamento. Custo unitário anual de fornecer método de planeamento familiar a uma mulher por família, por método planeamento familiar (Spectrum).

Por último, para além dos dados fornecidos pela equipa de país ou decisores politicos, os modelos funcionam com certos pressupostos principais que podem nem sempre ser verdadeiros no mundo real. Frequentemente, esses pressupostos são integrados nos modelos. Os decisores politicos devem estar familiares com os pressupostos no modelo e devem tê-los em conta ao interpretar os resultados.

	NOME DA FERRAMENTA	IMPACTO DO PTV E TARV PEDIATRICO E MODELO DE CUSTEAMENTO V 2.1	MODEL DE CUSTEAMENTO PARA ETV
INFORMAÇÃO SOBRE A FERRAMENTA	**Organização**	CHAI	NCGM
	Descrição do Modelo	Modelo determinista baseado numa planilha de custos programáticos (PTV e TARV pediátrico)	Model interactivo para a eliminação das novas infecçõoes de HIV e sifilis congenetico nas crianças
	Cenários e prazo do análise	Incluem os custos do impacto da transmissão vertical que resulta se as mulheres grávidas receberam Opcao A, B, or B+ para 1 a 5 anos. Modelo esta estructurado para comparação até 5 cenários ou 5 anos.	Incluem os custos do impacto da transmissão vertical and custos para mulheres para um período definido pelo usuário. Pode fazer o analisis para 5 cenários a mesma vez. Inclusivo todos os regimes no protocolo de OMS do ano 2010.
INPUTS PROGRAMÁTICOS	**Contagem de CD4**	✓ (<200, 200-350, 350-500, >500)	✓ (<200, 200-350, >350)
	Amamentação – Proporção	✓	✓
	Amamentação – Duração	✓	✓
	Cobertura de CPN	✓	✓
	Demanda para planeamento familiar não satisfeito	✓	✓
	Cobertura de Testagem HIV	✓	✓
	Cobertura de CD4	✓	Supoe cobertura de 100%
	Cobertura de profilaxia ARV e TARV	✓	✓
	% das mulheres que iniciaram TARV antes da gravidez	✓	✓
	Data do Início de PTV	Definido pelo usuário	14 semanas de gravidez
	Regime de TARV (mulitplos)	✓	✓
	Duração da profilaxia com ARVs ou TARV incluído nos custos	Até o fim do periodo de amamentação (A/B)	Definido pelo usuário
INPUTS FINANCIEROS	**HIV, CD4, & outros testes**	✓	✓
	TARV para mulheres eligíveis	✓	✓
	Profilaxia com ARVs para mulheres	✓	✓
	TARV para crianças vivendo com HIV	✓	✓
	Custos não relacionados com medicamentos	Abordagem baseado na população e nas tarefas do pessoal de saúde; calcula os custos totais baseados nos custos unitários. Custos operacionais baseado nas actividades.	Abordagem baseado na população e nas tarefas do pessoal de saúde e os custos relacionados ao laboratório; calcula os custos totais baseados nos custos unitários. Custos operacionais baseado nas actividades.
	Custos operacionais	Os custos operacionais defindos pelos usuário	Não incluído
SAÍDAS	**Taxa de transmissão**	Perinatal (0-6 semanas), pós-natal (até o fim da amamentação), e a taxa final da transmissão vertical	Taxa final da transmissão vertical (gravidez até o fim da amamentação)
	Número de crianças infectadas através da transmissão vertical	Perinatal, pós-natal & número final das infecções nas crianças	Número final das infecções nas crianças
	Infecções evitadas	✓	✓
	Custos de medicamentos	Profilaxia com ARVs e TARV para as máes e os recém nascidos	Profilaxia com ARVs e TARV para as mães e profilaxia para os recém nascidos
	Custos totais (programaticos e financieros)	Custos totais dos programas de PTV e TARV pediátrico	Medicamentos, recursos humanos, suprimentos do laboratório, RH e custos de remessa

MODEL DE CUSTEAMENTO DE PTV - PEPFAR	MODELO DE CUSTEAMENTO - SPECTRUM	NOME DE FERRAMENTA	
PEPFAR	Futures Institute	**Organização**	INFORMAÇÃO SOBRE A FERRAMENTA
Modelo baseado numa planilha sobre os programa de PTV e TARV para mulheres que iniciaram TARV através do programa de PTV	Modelo basedo no PC que contem um pacote de modelos sobre as políticas para avaliar o impacto e o custo total dos serviços de PTV	**Descrição do Modelo**	
Incluem os custos do programa de PTV e TARV para um período até 5 anos; uma comparação dos custos da opção actual com os outros opções e um cenário proposta (i.e. a transição de A ou B para B+)	Incluem o impacto da transmissão vertical e o custo total para mulheres no período definido pelo usuário; pode analisar varios cenários. Incluem SdNVP, Opção A, Opção B e TARV (para as mães e Opção B+)	**Cenários e prazo do análise**	
✓ (<350, >350)	✓ (<200, 200-350, >350)	**Contagem de CD4**	INPUTS PROGRAMÁTICOS
	✓	**Proporção** (Amamentação)	
✓	✓	**Duração** (Amamentação)	
✓		**Cobertura de CPN**	
	✓	**Demanda para planeamento familiar não satisfeito**	
✓		**Cobertura de Testagem HIV**	
✓	✓	**Cobertura de CD4**	
✓	✓	**Cobertura de profilaxia ARV e TARV**	
✓	✓	**% das mulheres que iniciaram TARV antes da gravidez**	
14 semanas de gravidez	14 semanas de gravidez	**Data do Início de PTV**	
✓	✓	**Regime de TARV (mulitplos)**	
Definido pelo usuário	Definido pelo usuário	**Duração da profilaxia com ARVs ou TARV inluído nos custos**	
✓	✓	**HIV, CD4, & outros testes**	INPUTS FINANCIEROS
✓	✓	**TARV para mulheres eligíveis**	
✓	✓	**Profilaxia com ARVs para mulheres**	
Custeado separadamente	✓	**TARV para crianças vivendo com HIV**	
Calcula o medio dos custos nao relacionados aos medicamentos por pessoa baseado na literatura e cicencia. Inclusivo recorrentes (recursos humanos, laboratório, consultas) e investimentos (equipamento e formações)	Custo unitário para aconselhamento (pre e pós teste), providenciamento do serviços (sumatorio das consultas e custos laboratório) e o custo de leite artificial para os recém nascidos	**Custos não relacionados com medicamentos**	
Custos operacionais e programmáticos definido pelo usuário	Se for disponível, como os custos unitários Podem ser agregados com os custos dos serviços.	**Custos operacionais**	
Taxa final da transmissão vertical (gravidez até o fim da amamentação)	Perinatal (0-6 semana) e pos-natal (gravidez até o fim da amamentação)	**Taxa de transmissão**	SAÍDAS
Número final das infecções nas crianças	Número final das infecções nas crianças	**Número de crianças infectadas através da transmissão vertical**	
✓	✓	**Infecções evitadas**	
Profilaxia com ARVs e TARV para as mães e os recém nascidos	Incluído no custo total	**Custos de medicamentos**	
Custos totais dos programas de PTV e TARV pediátrico	Custos totais dos programas de PTV e TARV pediátrico	**Custos totais (programaticos e financieros)**	

3.4 Resultados

Embora cada modelo seja capaz de produzir resultados ligeiramente diferentes, qualquer exercício de determinação de custos realizado com os modelos CHAI, NCGM, PEPFAR e Spectrum fornecerá aos decisores políticos os resultados seguintes a ter em conta ao avaliar os custos e benefícios de uma transição para um novo regime de PTV:

- **Custo Total** – Os modelos fornecem o custo total anual do programa nacional de PTV/PTV, incluindo custos da prestação de serviços, custos de medicamentos e outros custos operacionais (ver secção 6.2 para uma discussão detalhada dos custos incluidos nesta catégoria). O custo anual total da estratégia nacional proposta pode ser projectado para um periódo de até cinco anos e inclui os custos associados a um aumento programático da escala dos serviços.

- **Custo Adicional** – Ao avaliar uma proposta de estratégia, é importante que os decisores políticos considerem não só o custo total, mas também os custos adicionais. Estes são definidos como a diferença entre o custo da estratégia nacional actual e o custo da estratégia nacional proposta durante um espaço de tempo estipulado. Para os decisores politicos que consideram uma transição para a Opção B/B+, este resultado é particularmente útil pois indica os recursos adicionais necessários com a nova estratégia. Para além disso, este resultado tem em conta qualquer aumento da escala da provisão de serviços ocorrida com a nova estratégia.

- **Custo por Área de Serviço** – Os modelos podem desagregar os custos totais e adicionais por área de serviço para que os decisores politicos compreendam os custos principais associados à transição para uma nova estratégia. Ao examinar os custos atribuídos a cada área de serviço (custos de ARV, custos laboratório, outros custos de prestação de serviços, etc) os decisores politicos podem planear uma transição adequada.

- **Anos Adicionais de TARV por Paciente e Custos por Paciente** – Particularmente ao considerar uma transição para a Opção B+, é importante considerar os anos de TARV adicionais por paciente com base no estatuto da mulher grávida. Em muitos países, uma percentage substancial dos pacientes adicionais que iniciaram o tratamento para o resto da vida com a Opção B+ podem ter contagens de CD4 inferiores a 350 cells/mm3, todavia, não teriam iniciado o tratamento com a Opção A devido à baixa cobertura do tratamento ou acesso insuficiente a testes de CD4 na PTV. Ao avaliar o custo adicional da B+ é importante ter em conta que muitos desses custos derivam da melhor cobertura para mulheres elegíveis para tratamento para o resto da vida com qualquer regime de PTV.

- **Infecções nas Crianças Controladas** – Todos os modelos podem modelar as infecções de VIH nas crianças evitadas através das estratégias nacionais actual e proposta.

3.5 Escolher um Modelo e Contactos

Embora não hajam dois modelos com projeções de custos idênticas, os exercícios de validação mostraram que os modelos CHAI, NCGM, PEPFAR e Spectrum geram resultados semelhantes. Para além disso, é importante notar que estas quatro organizações não são os únicos recursos para exercícios de determinação de custos: vários outros grupos também produziram modelos de determinação de custos fiáveis. Por isso, recomenda-se que os decisores políticos e funcionários do programa utilizem o modelo da organização que tiver maior presença no país, ou com a qual tenham já uma boa relação de trabalho. Durante o processo de modelação, um dos passos mais difíceis é decider sobre os contributos/dados principais do modelo e rever os pressupostos do modelo com os modeladores. Este processo tipicamente progride melhor e mais rapidamente se o modelador conhecer o programa de país e se as linhas de comunicação entre a organização modeladora e os decisores politicos que solicitaram a análise já estiverem abertas.

Os decisores politicos, gestores de programa ou outras partes interessadas na realização de um estudo de determinação de custos ou em saber mais sobre os modelos discutidos nesta secção pode contacTARV os seguintes membros do Grupo de Trabalho de Finanças e Economia do IATT:

Modelo CHAI – EElizabeth McCarthy, Iniciativa Clinton de Acesso à Saúde (emccarthy@clintonhealthaccess.org)

Modelo NCGM – Naoko Ishikawa, Centro Nacional de Saúde Global e Medicina (Japão) (n-ishikawa@it.ncgm.go.jp)

Modelo PEPFAR – Benjamin Johnson, Gabinete do Coordenador Mundial para o SIDA (JohnsonBC@state.gov), e Nalinee Sangrujee, Centro para o Controlo e Prevenção de Doenças (nks9@cdc.gov)

Modelo Spectrum – Adebiyi Adesina, Instituto Institute (aadesina@futuresinstitute.org) e Lori Bollinger (lbollinger@futuresinstitute.org)

Por favor veja também os contactos da FEWG IATT na página da instituição www.emtct-iatt.org.

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

4 Recursos Humanos na Saúde

4.1 Historial

Este guia tem como objectivo apoiar o diálogo de Ministérios da Saúde sobre Recursos Humanos na Saúde (RHS) com partes interessadas nacionais e internacionais na formação, recrutamento e afectação de técnicos de saúde e na actualização/revisão de quadros reguladores relevantes para a definição do âmbito do trabalho dos técnicos de saúde, no contexto da implementação da Opção B/B+.

- Porque é que os Ministérios da Saúde devem considerar o diálogo com partes interessadas sobre RHS no contexto da implementação da Opção B/B+?
    - O objectivo de eliminar novas infeções do VIH nas crianças até 2015 e manter as mães vivas requer RHS eficazes para apoiar e sustentar uma resposta de país decisiva.
    - Na maioria dos países prioritários do Plano Global, a escassez de técnicos de saúde, má distribuição dos funcionários existentes e uma moral baixa entre os funcionários são desafios principais para atingir o objectivo. Na última década, os países usaram várias abordagens e estratégias para abordar os RHS para expandir o acesso a testes de VIH, cuidados e serviços de tratamento. É importante que os países façam melhorias com base nas lições aprendidas e continuem a aumentar a escala das estratégias e abordagens que funcionam. É também essencial que os programas encorajem a inovação e aprendizagem continua do programa no contexto do aumento da escala da Opção B/B+.
- O que é que os Ministérios da Saúde devem considerar como discussão de RHS importante e pontos para discussão no contextoo do aumento da escala da Opção B/B+? Abaixo estão listados alguns factores que podem ser relevantes ao considerar a quantidade e qualidade da base de RH. Espera-se que estes factores sejam considerados no contextoo de uma avaliação de RHS mais abrangente para desenvolver soluções a curto e longo prazo.

4.2 Avaliação de Políticas e Necessidades para os RHS

Compreender as necessidades de RHS no contexto da implementação da Opção B/B+.

- Avaliar as necessidades de RHS no contexto do aumento da escala da Opção B/B+.
    - Identificar os tipos de quadros de técnicos de saúde necessaries nos vários níveis do sistema de saúde, incluindo centros de saúde nas áreas rurais e outras comunidades marginalizadas.

- Definir prioridades com relação às lacunas nos quadros, distribuição de técnicos de saúde e formação e apoio necessários para implementar a Opção B/B+.
- Avaliar a capacidade dos gestores do programa nos vários níveis do sistema de saúde planearem, coordenarem, implementarem e monitorarem a implementação da Opção B/B+.
  - Avaliar o número e a distribuição de gestores de RHS no sistema de saúde e o seu papel na implementação das soluções identificadas.

Determinar se as políticas, regulamentos e programas de RHS impedem a implementação da Opção B/B+.

- **Avaliar as políticas de RHS sobre o início do TARV por provedores de nível médio (ou seja, técnicos, enfermeiras e parteiras).**[b] Determinar se as políticas oficiais (MS, órgãos/conselhos reguladores) impedem a implementação da PTV ou se estão suficientemente harmonizados com relação ao início do TARV e actualizados com relação ao "âmbito da prática" dos técnicos de saúde.
- **Trabalhar com associações profissionais de saúde, autoridades nacionais de credenciais, funcionários séniores do MS (chefe das enfermeiras, responsável clínico, etc.), técnicos de saúde, representantes académicos e redes de PLHIV** no país no que diz respeito à rotação de tarefas. Uma abordagem holística à operacionalização dos serviços de PTV requer comunicação com as partes interessadas bem como o seu envolvimento na facilitação da preparação de RHS/clínica para a implementação dos protocolos nacionais.
- **Considerar questões de RHS importantes para os cuidados graves e crónicos.** Reconhecer que os cuidados e tratamento do VIH são uma intervenação para o resto da via para a mulher a viver com VIH, assegurar a continuação dos cuidados ou a retenção nos cuidados, educação e aconselhamento dos pacientes, ligação com recursos comunitários são alguns dos aspectos essenciais dos cuidados crónicos.
- **Recolher e apresentar provas do sucesso da rotação de tarefas.** Isto inclui gestão do TARV pelas enfermeiras no Lesotho, África do Sul e em vários outros países.
- Assegurar um ambiente de programa facilitador para a prestação de TARV nos centros de saúde de cuidados primários frequentados pela maioria das mulheres grávidas e crianças. Em alguns casos, as políticas podem não permitir a distribuição de medicamentos ARV nos centros de saúde de cuidados primários.

[b] Os países podem ter vários quadros de técnicos de saúde que são provedores de nível médio, mas a lista inclui frequentemente funcionários clínicos, enfermeiras, parteiras e outros.

Identificar partes interessadas principais e criar parceiras de RHS para a implementação da Opção B/B+.

- **Divulgar informação sobre RHS a parceiros estratégicos e criar parceiras de RHS.** Apresentar os desafios de RHS aos parceiros estratégicos e encontrar soluções. Há muitas organizações que podem colaborar nesta área. Trabalhar com os parceiros, particularmente o Departamento de RHS do MISAU, organizações internacionais como OMS, UNICEF, UNAIDS, e UNFPA, bem como parceiros como Management Sciences for Health (MSH), EGPAF, e IntraHealth, e outros parceiros da IATT para identificar soluções e tomar uma decisão sobre a melhor forma de fazer a transição entre os regimes. Identificar parceiros de RHS fortes, incluindo no sector privado.

- **Encorajar a colaboração entre diferentes programas nacionais** (por exemplo entre VIH, saúde sexual e reprodutiva (SSR), Tuberculose (TB)). Esta colaboração pode focar áreas prioriárias comuns tais como formação de técnicos de saúde e monitorização de apoio, aquisição de medicamentos e gestão do abastecimento, monitoria e avaliação do programa e envolvimento da comunidade. A falta de colaboração com o programa pode aumentar a carga de trabalho dos provedores de serviços devido, por exemplo, à necessidade de preencher vários registos, agregar e transmitir os dados a vários programas e parceiros, ou os técnicos de saúde podem ser chamados para participar em várias formações não coordenadas. Este é um problema particularmente revelante nos centros de saúde rurais, que têm frequentemente poucos funcionários.

- **Encorajar o diálogo entre provedores sobre a maximização do papel dos quadros de saúde 'leigos' nos serviços de PTV.** Esta discussão pode ser destacada através de exemplos de impacto na comunidade, pontos para discussão e factos claros sobre a eficácia do envolvimento de membros da comunidade como defensores dos pacientes. Colaborar com os quadros relevantes para assegurar que esta informação é incluída na formação dos provedores.

- **Apoiar e encorajar oportunidades de receber feedback dos técnicos de saúde para contribuir para o diálogo sobre políticas.** A aprendizagem continua através do feedback dos provedores de cuidados de saúde, avaliação e documentação de boas práticas pode facilitar o diálogo sobre políticas.

Incluir necessidades de RHS no plano nacional de implementação da Opção B/B+.

- **Identificar um ponto focal de RHS** na comissão/programa nacional de VIH/SIDA para fiscalizar e apoiar os RH na implementação da Opção B/B+. Desenvolver os termos de referencia para o ponto focal de RHS.

- **Integrar os RHS no plano nacional de implementação da PTV,** e incorporar

estratégias de curto e longo prazo para abordar questões prioritárias chave relacionadas com recursos humanos no contextoo da implementação da Opção B/B+.

- **Considerar a expansão da base de recursos humanos para a implementação da Opção B/B+.** Os estudos e a experiência do prorgama indica que o apoio da comunidade é uma componente importante dos cuidados e tratamento do VIH.
    - Fortalecer os sistemas comunitários e as ligações com os serviços nos centros de saúde para encorajar o acesso, retenção e adesão ao tratamento.
    - Expandir o pessoal de RHS e preparar os técnicos existentes que desempenham um papel na formação, monitorização e orientação de técnicos comunitários.
    - Fazer a ligação dos serviços com iniciativas que podem ajudar mulheres grávidas quando estão mais vulneráveis, imediatamente após um teste positivo de VIH e com a necessidade de tratamento para o resto da vida, como por exemplo mothers2mothers (m2m) ou redes locais de PLHIV.
    - Destacar a importância do apoio comunitário no tratamento para o resto da vida e retenção nos cuidados de VIH e adesão ao tratamento.[c]
- **Estar aténtos a desigualdades tendo em conta que os dados macro escondem diferenças importantes** e desiquilíbrios urbanos-rurais. Muitas mulheres e as suas famílias nas zonas rurais podem ter dificuldades em ter acesso aos serviços de saúde se tiverem de percorrer longas distâncias para receber TARV devido ao custo adicional do transporte. Uma possibilidade, principalmente em cenários de custos elevados, é descentralizar os cuidados e tratamento do VIH para centros de saúde periféricos mais próximos das casas das mulheres. todavia, na maioria dos cenários, os técnicos de saúde tendem a concentrar-se em localizações urbanas e os centros de saúde rurais têm frequentemente poucos funcionários. Nesses casos e onde viável, os funcionários existentes podem ser apoiados pelos técnicos comunitários e por intervenções comunitárias.

[c] Em 2012, a UNAIDS publicou uma revisão bibliográfica que analisava o papel das comunidades nos RHS e na PTV, com destaque para o seu papel psicosocial. O estudo desenvolveu um quadro conceptual com foco nas comunidades e no seu envolvimento mais eficaz na prestação de serviços. O relatório é uma edição especial do Jornal da Sociedade Internacional para o SIDA: http://www.jiasociety.org/jias/index.php/jias/article/view/17390.

4.3 Formação

Garantir que os técnicos de saúde recebem formação em preparação para o plano de implementação da Opção B/ B+.

- **Garantir que a formação dos provedores (no serviço e pré-serviço) incorpora as mais recentes orientações de PTV e fornece supervisão clínica relativamente à introdução de novos procedimentos.** Personalizar a formação genérica para disciplinas específicas aumenta a consciência das competências profissionais de TARV/PTV. Para além disso, a colaboração com órgãos reguladores profissionais facilita a inclusão de questões relacionadas com TARV/PTV nos exames para novos candidatos. Esta colaboração pode também ter um impacto nos provedores actuais através da introdução da formação de TARV/PTV como um requisito para re-licenciamento.
- Envolver partes interessadas chave dos programas de RHS e VIH e SSR/SMI no desenvolvimento do plano de implementação nacional e formação de técnicos de saúde.
- Incorporar os recursos necessários para a formação, orientação ou monitorização de técnicos de saúde (ou seja, gestores de programa e provedores de serviços) no plano de implementação nacional.
- Ter uma formação baseada em competências nacionalmente uniformizada sobre cuidados de VIH e TARV, PTV para enfermeiras e parteiras. Utilizar abordagens inovadores para assegurar a educação continua dos técnicos de saúde por exemplo utilizar computadores nas formações ou formações por internet, abordagens de ensino à distância, tecnologias móveis, etc. para minimizar a interrupção dos serviços para os técnicos de saúde participarem nas formações.
- Quando necessário, ter procedimentos operacionais padrão para técnicos de saúde nos centros de saúde o que ajudaria os técnicos de saúde na fase inicial de implementação enquanto criam experiência.
- Ter um plano mais detalhado para a implementação rápida da formação especializada para técnicos de saúde a nível dos centros de saúde nacionais/sub-nacionais. Aliar a formação dos técnicos de saúde com a expansão dos serviços.
- **Planear a uniformização e previsibilidade do cenário da Opção B+.** Os funcionários de RH na clínica terão de trabalhar bem com os funcionários na farmácia, laboratório, cadeia de abastecimento e nas equipas de apoio psicosocial, entre outros. Para que isso aconteça, é preciso respeitar os procedimentos para que os sistemas sejam fiáveis e consistentes.

Bibliografia

1 WHO, PEPFAR, UNAIDS. 2008. Task shifting: Global recommendations and guidelines. Available at: http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf

2 WHO and GHWFA. 2011. Global experience of community health workers for delivery of millennium development goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. Available at: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/CHW_FullReport_2010.pdf

3 WHO. 2012. Programmatic updaté: Use of Antiretroviral Therapy for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_eng.pdf

4 MSH. 2005. Human Resource Management Rapid Assessment Tool for Public and Privaté Sector Health Organizations. Available at: http://erc.msh.org/newpages/english/toolkit/hrd.pdf

5 CDC. Strengthening the African Health Workforce. Available at: http://www.cdc.gov/globalaids/success-stories/arc.html

6 USAID, Capacity Plus. HRH: Global Resource center. Accessible at: http://www.hrhresourcecenter.org/

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

5 Procurement e Gestão da Cadeia de Abastecimento

5.1 Introdução

Em muitos aspectos, uma mudança para a Opção B/B+ representa uma mudança para uma maior eficiência e simplificação na cadeia de abastecimento:

> "[Na Opção B/B+] a capacidade de utilizar o mesmo regime para PTV e para TARV de primeira linha simplifica consideravelmente a previsão, aquisição, distribuição e monitoria do stock de medicamentos. O regime de primeira linha de tenofovir/lamivudina/efavirenz (TDF/3TC/EFV) está disponível como uma combinação de dose único e foi recentemente recomendado como o regime ideal para o tratamento de adultos, incluindo mulheres grávidas.[b]"

A Opção B+ oferece ainda mais vantagens em termos da integração e simplificação da cadeia de abastecimento, tendo em conta que não requer a testagem de CD4 para determinar a eligibilidade para TARV (como na Opção A) nem se a TARV deve ser interrompida ou não se o risco de TV deixar de existir (como na Opção B). Conforme demonstrado pela experiência do Malawi – com uma virtual quintuplicação do número de mulheres grávidas registadas no TARV no primeiro trimestre da implementação nacional – existem muitos benefícios para a abordagem integrada única da Opção B+. De modo semelhante, a implementação da Opção B+ implicou um aumento rápido da escala e uma grande mudança em relação ao modelo de prestação de serviços anterior que criou as oportunidades e os desafios.

Manter a segurança dos produtos básicos para mulheres e crianças durante a transição entre os regimes é muito importante. Embora a implementação da Opção B+ possa simplificar e harmonizar radicalmente as cadeias de abastecimento, é um grande desafio que requer algumas considerações adicionais. Uma dessas considerações é o financiamento adicional necessário para adquirir o volume extra de ARV, particularmente à medida que os países integram os sistemas de TARV e PTV como parte da transição para B+.

Esta ferramenta apresenta alguns pontos principais a ter em conta e recursos para decisores nacionais, gestores de programas, consultores e parceiros de implementação envolvidos na logística e cadeia de abastecimento utilizarem ao planear a implementação da Opção B+.

[b] "Actualização Programática da OMS: Utilizar Medicamentos Antiretrovirais para Tratar Mulheres Grávidas e Prevenir a Infeção do VIH nas Crianças", Abril de 2012, http://www.who.int/hiv/PTV_updaté.pdf

5.2 Pontos do sistema de gestão da cadeia de abastecimento principais a considerar ao planear a implementação da Opção B+:

Depois da Opção B+ ser adoptada como política nacional, recomenda-se que as mulheres grávidas seropositivas sejam tratadas como parte do programa geral de TARV e que os stocks de TARV para mulheres grávidas a viver com VIH sejam monitorados como parte do sistema nacional de procurement e gestão da cadeia de abastecimento. Actualmente e cada vez mais, à medida que os países fazem a transição para a Opção B+, a provisão de TARV para mulheres grávidas seropositivas ocorre em locais de SMI, o que destaca a necessidade de fortalecer o procurement e gestão da cadeia de abastecimento para produtos básicos de SMI e promover o programa nacional de SMI e TARV, quando viável.

Depois da adopção da Opção B+ como política, a quantificação das necessidades de ARV devem incluir todas as mulheres grávidas como parte da população elegível para TARV. A gravidez passa a ser um critério de elegibilidade para TARV e não deve ser um custo exterior ao programa de TARV. Os parceiros que quiserem contribuir para apoiar a Opção B+ podem juntar-se ao fundo nacional e ao grupo de planificação. Para obter mais informação sobre a determinação de custos de medicamentos ARV para PTV, a ferramenta de determinação de custos pode ser útil se a PTV tiver um ponto de partida e uma conclusão. No caso da Opção B+, a TARV para mulheres grávidas passa a ser um custo recorrente.

Financiamento

- Completou-se um exercício de determinação de custos para quantificar e compreender os custos adicionais da Opção B+?
- As fontes de financiamento actualmente disponíveis são suficientes para cobrir os custos adicionais da implementação da B+?
- Quem são os parceiros e qual é o seu papel no financiamento da PTV e de produtos básicos de SMI?

Quantificação

- Questões a considerar ao recolher os dados para a quantificação:
    - Como se vão incorporar os regimes alternativos na quantificação?
    - Qual é a estratégia de reposição nos centros de saúde (mensal, trimestral)?
    - Quais são os pressupostos relativamente ao aumento da escala e progressão da mudança para a Opção B+?

- Fazem-se previsões nacionais para todos os produtos básicos de PTV e caso sim, com que frequência? Recomenda-se uma quantificação e previsão anual com revisões trimestrais para avaliar o consumo real e permitir ajustar os pedidos conforme necessário.
- Os centros de saúde de saúde estão a fornecer dados de consumo e prestação de serviços completos e fiáveis de forma atémpada? Caso não, que dados adicionais se podem utilizer na quantificação e previsão?
- Os dados sobre consumo ou distribuição são utilizados para a previsão e encomenda de produtos de básicos de PTV?
- O processo actual de previsão de PTV faz parte do processo de previsão geral de TARV no país? Caso não, quais são os planos para integrar estes processos?
- Qual é a ferramenta utilizada para a previsão de produtos básicos para PTV?

Preocupações relacionadas com procurement e provisão

- De forma a prevenir um desperdício excessivo, qual é o plano para usar os produtos básicos existentes que vão deixar de ser úteis após a implementação da Opção B+?
- Houve faltas de stock de produtos básicos de PTV nos últimos 6-12 meses?
- Houve algum problema com os fornecedores em termos de atrasos nas entregas (ex: com o xarope NVP)?
- Como é que o país adjudica e adquire produtos básicos para PTV actualmente? Existe um plano para integrar este processo no procurement e adjudicação gerais de TARV no país?
- Se houverem atrasos nas alfândegas do país, pode-se fazer uma encomenda adiantada já a contar com isso ou utilizam outras estratégias para mitigar o risco?
- No caso de serem necessários novos produtos ou maiores quantidades dos produtos actualmente em stock, o plano para introduzir a Opção B+ dá tempo suficiente para o ciclo de procurement e entrega de novas encomendas?

Distribuição

- Os centros de saúde que fornecem produtos básicos para PTV também oferecem o início do TARV e aviam medicamentos para TARV? Caso não, quantos centros de saúde só fornecem PTV? Ao mudar para a Opção B+, existem planos para expandir o início do TARV e/ou novas receitas para todos os centros de saúde que actualmente fornecem produtos básicos de PTV?

- Existem sistemas separados para a distribuição de produtos de TARV e PTV? Quais são os planos para expandir a disponibilidade dos produtos a nível local e limitar as referências para montante para aviar receitas?
- Que esforços se estão a fazer na última componente do sistema de distribuição para assegurar que os produtos básicos chegam aos centros de saúde de forma eficiente?
- Existem oportunidades para integrar o procurement e distribuição de produtos básicos de PTV com o de outros sistemas, incluindo contraceptivos, imunizações, etc? Qual a coordenação existente entre os vários grupos?
- Existem sistemas para identificar stock em excesso na sub-distribuição e nos centros de saúde para que os produtos sejam re-distribuidos para zonas com maior procura? A redistribuição mitiga o risco de faltas de stock localizadas e de desperdício em locais com uma demanda inferior à prevista.

Monitoria

- Os gestores do logistico, procurement e gestão da cadeia de abastecimento nos centros de saúde monitoram o consume e os níveis do stock e o número de pacientes em PTV mensalmente? O link abaixo contém uma ferramenta de monitoria: http://www.who.int/hiv/pub/amds/monitoring_evaluation/en/index.html
- Quais são os planos para integrar os sistemas de M&A existentes com os do TARV?
- Existem sistemas robustos para encorajar a adesão e retenção durante a gravidez e após o parto? Isto é particularmente importante com a Opção B+.

5.3 Alertas de Alto Nível

Faltas de Stock

Se tiver presenciado a falta de stock de qualquer produto básico de PTV nos últimos 12 meses, deve investigar a causa do problema – a quantificação foi precisa? Falhas nas encomendas e relatórios de consumo dos centros de saúde? Falta de eficiência na distribuição a nível local? Um aumento inesperado da escala (que é provável durante a implementação da Opção B+)? E é preciso lidar com o problema da forma adequada.

Atrasos na entrega por parte do fornecedor

No caso de produtos que registam atrasos na entrega, particularmente os que prov~em de uma única fonte, vale a pena ponderar aumentar o stock no próximo ciclo de quantificação e encomenda para prevenir faltas de stock futuras.

Dar prioridade a mulheres grávidas para TARV

É necessário fazer actividades de sensibiliação e advocacia para assegurar que as mulheres grávidas que não cumprem os critérios de eligibilidade ainda são prioritárias para TARV.

Conclusão

Com a Opção B+, a quantificação, compra e gestão da cadeia de abastecimento, distribuição e monitoria de ARV e de outros produtos básicos específicos devem ser integrados no programa nacional de TARV. Os profissionais de saúde a trabalhar na PTV e SMI devem estar representados nos vários grupos de trabalho técnicos sobre TARV para garantir que as necessidades específicas das mulheres são abordadas de forma adequada. Caso o país tenha um sistema de PTV paralelo, as questões acima levantadas na quantificação, gestão, distribuição e M&A dos medicamentos que destacam alertas vermelhos e um plano para integrar o programa nacional de TARV devem ser implementadas com urgência para prevenir um processo vertical que pode originar ineficiências e não deve ser sustentável a longo prazo. Ao integrar o programa nacional de TARV e PTV, é importante assegurar que todas as questões colocadas acima estão a funcionar bem no sistema de abastecimento nacional de forma a garantir uma gestão eficaz da cadeia de abastecimento para todas as mulheres grávidas seropositivas e pessoas elegíveis para TARV.

5.4 Lista de Controlo Pré-Implementação

Orientações

- ☐ Orientações PTV, matériais formação e auxílios de trabalho actualizados
- ☐ Orientações para a gestão de novos produtos, incluindo gestão de stock, ferramentos de pedidos e relatórios

Listas de controlo

- ☐ Listas de controlo para acreditação de centros de saúde de saúde para a implementação das orientações de PTV revistas, incluindo padrões mínimos de gestão de novos produtos (em termos de disponibilidade de recursos humanos adequados, qualidade do armazenamento, capacidade e segurança)
- ☐ Listas control monitorização para farmacéuticos e outros funcionários e formadores para o piloto sobre as novas orientações e de formadores para o piloto

Formação

- ☐ Planos de formação para provedores de cuidados de saúde e funcionários da farmácia em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo formação de formadores
- ☐ Determinar o número mínimo de formações e supervisores necessaries para a formação de técnicos de saúde para o piloto e implementação das novas orientações.
- ☐ Formação em monitoria e avaliação
- ☐ Plano de rotação de tarefas para assegurar que os medicamentos ARV para o tratamento podem ser distribuidos em centros de saúde com actividades de PTV

Piloto e implementação

- ☐ Identificação de centros de saúde de saúde para o piloto das novas orientações
- ☐ Plano para implementação faseada das novas directrizes, incluido dados sobre populações alvo por região ou centro de saúde de saúde

Quantificação e previsão e procurement (para os primeiros 5 anos)

- ☐ Quantificação nacional e previsão dos produtos básicos, incluindo farmacéuticos e produtos para diagnostic laboratorial desagredados por região, nível de cuidados ou centro de saúde de saúde se possível
- ☐ Plano de procurement e orçamento para o primeiro ano e para os primeiros 3-5 anos
- ☐ Disponibilidade de fundos e fontes de financiamento

Lista de protudos básicos de PTV principais para a Opção B+

- ☐ Reagentes e produtos de laboratório:
  - Testes rápidos
  - CD4
  - Diagnóstico precoce da criança
- ☐ ARV:
  - Mães: combinação de dose fixa do regime preferido (ex: TDF/3TC/EFV) e dos regimes alternativos (ex: AZT/3TC+EFV) para TARV
  - Bébés: xarope NVP ou NVP dispersável
- ☐ Infecções oportunistas (OI):
  - Profilaxia de cotrimoxazole para mães e bébés
- ☐ Produtos para saúde matérna:
  - Lista padrão de micronutrientes para assistentes de CPN
  - Kits de diagnóstico e reagentes de laboratório necessaries para monitoria rotineira na CPN

Planos de distribuição

- ☐ Planos de distribuição inicial por centro de saúde
- ☐ Níveis de stock máximos e mínimos acordados para cada centro de saúde e ponto de distribuição
- ☐ Planos de distribuição para re-abastecimento, dependendo de se está previsto sistema de "*pull or push*"

- ☐ Um sistema de distribuição adequado para os produtos, caso necessário identificação de potenciais agências para *outsourcing*

Planos e ferramentas de monitoria e avaliação

5.5 Recursos Principais: Links para Ferramentas

Ferramentas gerais de procurement e gestão da cadeia de abastecimento

- PSM Toolbox: www.psmtoolbox.org

Indicadores de aviso prévio da OMS para prevenir faltas de stock

- http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241500814_eng.pdf

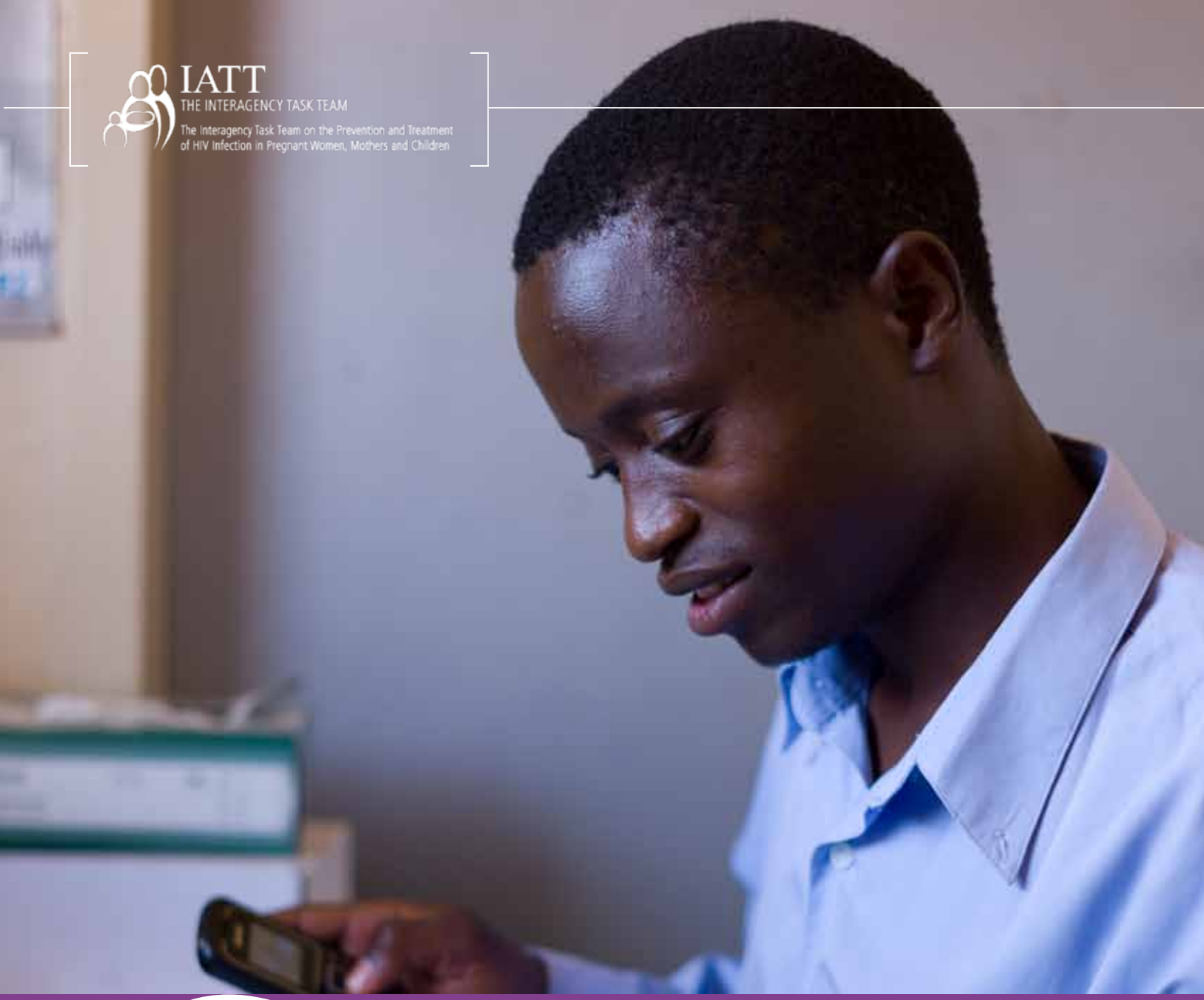
Previsão e quantificação de ARV (estas ferramentas podem ter de ser adaptadas para a Opção B+)

- Ferramenta de Previsão de Procurement de ARV CHAI: http://www.psmtoolbox.org/en/tool-details%7CQuantification%7CCHAI-ARV-Procurement-Forecasting-Tool%7C74
- Quantimed: http://www.msh.org/projects/sps/Resources/Software-Tools/Quantimed.cfm
- Outras ferramentas: A carregar quando ficarem disponíveis

Ferramentas disponíveis para apoiar monitoria de produtos básicos nos centros de saúde

A maioria dos países tem ferramentas para monitorar o consume, quantidades emitidas e níveis de stock de ARV e de outros produtos principais. Com a Opção B+, estas podem ser ajustadas para incluir todos os itens de forma a assegurar que os produtos básicos de PTV estão incluidos.

No caso de países que ainda não utilizam uma ferramenta, a Caixa de Ferramentas PSM (ver ponto 1 acima) contém várias ferramentas de vários parceiros. Se digitar a palavra 'stock' como palavra de busca, encontram-se pelo menos 47 ferramentas.



IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

6 Sistemas de Monitoria e Avaliação Aperfeiçoados

6.1 Historial

Este documento descreve as características dos sistemas de M&A subnacionais necessários para melhorar a monitoria e avaliação de programas que vão implementar a Opção B/B+ e foca em funcionários do MS e em especialistas de M&A ou Informação Estratégica a nível nacional. Descreven-se quatro facetas operacionais principais de um sistema de M&A ideal, bem como questões importantes relacionadas com o funcionamento a considerar antes da implementação da Opção B/B+.

Os países devem ter um plano de M&A para monitorar o progresso dos esforços nacionais de PTV até 2015, incluindo monitoria subnacional [*Ver Quadro Global de M&A e documento da estratégia (OMS, 2012)*.] Os sistemas nacionais de M&A também devem cumprir os padrões mínimos delineados no documento da UNAIDS (2008) *12 Componentes de um Sistema Nacional de M&A do VIH Funcional*.

6.2 Seis Pontos Principais para Sistemas de M&A

Ponto 1

Sistemas de M&A de PTV e TARV devem estar integrados

Tradicionalmente, os serviços de PTV são fornecidos em locais de CPN e TARV é iniciada em locais de TARV utilizando sistemas e ferramentas de M&A diferentes que tipicamente não fazem a ligação eficaz de mulheres nas diferentes áreas de serviços. Tendo em conta que a Opção B+ exige que os serviços de TARV sejam integrados na plataforma de SMI, os sistemas de M&A para TARV e PTV terão também de ser integrados para obter relatórios precisos de mulheres grávidas que iniciaram TARV. Um sistema de M&A integrado é definido como um sistema no qual um paciente individual pode ser acompanhado desde a primeira visita na CPN até aos serviços de TARV através de um número de identificação único do paciente de TARV que permite monitorar o paciente em diferentes registos, centros de saúde e cartões de utente em diferentes áreas de prestação de serviços.

Questões para discussão no país:

- Como se vai registar informação sobre o início do TARV se a TARV for iniciada na CPN?
- Se a TARV não for iniciada na CPN, como se indica claramente a gravidez da mulher no registo de TARV de forma a acompanhar mulheres grávidas?
- Como se vai agregar o número de mulheres grávidas a iniciar TARV para relatórios nacionais em diferentes modelos de prestação de serviços (ex: mulheres grávidas a

iniciar TARV na CPN ou TARV)?

- Vai haver uma fonte de dados única e consistente para mulheres grávidas a iniciar TARV para agregação e relatórios mensais? (Pode-se utilizar o registo actual de distribuição de medicamentos para identificar mulheres grávidas a iniciar e continuar TARV?)

Ponto 2

Todas as mulheres grávidas devem ter um número de paciente único que as permite acompanhar (e também ligar as mães aos seus filhos) ao longo do tempo e em diferentes áreas de prestação de serviços quando se transferirem os cuidados de longo prazo de SMI para TARV.

Questões para discussão no país:

- **Identificador único (PID) para mulheres grávidas:** Existe um identificador único para mulheres grávidas? Qual é o programa que representa (ex: número de CPN? SMI? Matérnidade? TARV? Pré-TARV? Outro?) Quem atribui o PID? Onde é registado esse número? Registos, cartão de paciente, cartão da criança?
- **Ligar as mulheres nas áreas de serviços e referência para TARV:** O PID acompanha uma mulher em todas as áreas de serviços? Ou será que cada programa atribui um PID novo? Por exemplo, a mulher utiliza o mesmo PID na matérnidade, cuidados pós-parto e TARV? Se a mulher for encaminhada para um programa de TARV num centro de saúde diferente, recebe um PID novo?
- **Ligar as mães e crianças expostas ao VIH:** O PID da mãe está indicado nos registos dos filhos? A criança recebe um PID único para acompanhamento? O PID da criança para acompanhamento dos cuidados da criança exposta ao VIH (ex: profilaxia de cotrimoxazole, teste PCR) está relacionado com o número de TARV da mãe se for determinado que é seropositiva?

Ponto 3

As ferramentas e métodos nacionais de M&A devem incluir monitoria longitudinal de mulheres grávidas a iniciar a Opção B/B+ e de pares de mães e filhos para avaliar se as mulheres que iniciam TARV durante a gravidez continuam a frequenter a TARV e se os filhos recebem cuidados clínicos, incluindo determinação do diagnóstico de VIH final.

Questões para discussão no país:

- As ferramentas de PTV actuais são baseadas nas visitas ou longitudinais? Se forem

baseadas nas visitas, qual a viabilidade de introduzir registos longitudinais?

- O sistema de M&A actual indica a retenção grupos de PTV ou TARV? Qual é a vibilidade de relatórios da retenção de mulheres grávidas e pós-parto no TARV 6, 12 e 24 meses após o início do TARV? Existe um sistema para identificar mulheres e crianças que precisam de acompanhamento? Qual é a viabilidade de introduzir um indicador nacional sobre a retenção de mulheres grávidas e de pares de mães e bébés?
- O sistema de M&A utiliza relatórios por grupo? [ver ferramentas de M&A do Malawi para obter exemplos úteis]
- Como é que o programa nacional pretende monitorar a retenção após a implementação da Opção B+:
    - Retenção de mulheres grávidas 6, 12 e 24 meses após início do tratamento com a Opção B/B+
    - Retenção de mulheres registadas na PTV (resultados possíves: frequência de 4 visitas de CPN, profilaxia de ARV/TARV recomendada ou iniciada, centro de saúde, doses de ARV infantil)
    - Retenção de mães e bébés desde a primeira visita de CPN até determinação de estatuto final de VIH da criança aos 18 meses
    - Retenção de crianças expostas ao VIH nos cuidados de acompanhamento e ligação a TARV para crianças seropostivas
    - Retenção de crianças infectadas pelo VIH que começaram TARV

Ponto 4

É necessário rever os dados trimestralmente a nível distrital e pelo menos anualmente a nível nacional e utilizar os resultados para melhorar a qualidade e fazer ajustes ao programa.

Questões para discussão no país:

- Existe um processo de validação/revisão de dados anual que inclua M&A e funcionários do prorgama?
- Existe um sistema para utilizar os dados para melhorar a qualidade nos diferentes níveis do sistema?
- Que mecanismos existem para funcionários do programa e da M&A desenvolverem em conjunto ferramentas e matériais de formação para melhorar a documentação da Opção B+ na fase de planificação?
- Existe um sistema para divulger e analisar dados sub-nacionais e utilizar dados para

revisões do programa e para progredir na processecução dos objectivos?

- Indicadores principais para revisão do programa podem incluir: 1) Qual a taxa de retenção de mulheres grávidas 6 e 12 meses após o início do TARV? 2) Qual é a proporção de crianças expostas ao VIH registadas nos cuidados de acompanhamento das crianças expostas ao VIH e a receber cotrimoxazole e o diagnóstico precoce da criança às 8 semanas; 3) Qual a proporção de mulheres a iniciar TARV a obter testes CD4 (ou carga viral) 6 meses após o início; 4) Qual a proporção de crianças expostas ao VIH do grupo de PTV que têm um estatuto final aos 18 meses?
- O país considera ser necessário rever ferramentas (registos, cartões de paciente para TARV, introdução de registos longitudinais para mães e filhos, acompanhamento das crianças expostas ao VIH), qual é o processo para rever e analisar as ferramentas? Calendário?
- Os custos financieros da reunião anual de revisão de dados, revisão de ferramentas, impressão de registos, cartões de paciente, matériais de formação e sessões de formação foram incluídos no orçamento do programa?

Ponto 5

É necessário incluir actividades de garantia de qualidade dos dados regulares nos planos de implementação do programa para medir de forma precisa os progressos de um programa novo. Uma actividade principal é a avaliação da precisão e âmbito dos indicadores de rotina.

Questões para discussão no país:

- Qualidade dos dados:
  - Fazem-se auditorias ou avaliações da qualidade dos dados regulares (pelo menos anualmente) a nível dos centros de saúde, distrital e nacional?
- Os distritos verificam se os centros de saúde estão a utilizar a versão mais recente das ferramentas nacionais de recolha de dados? Os funcionários têm todos formação na utilização das ferramentas de recolha de dados?
- Qual o impacto das ferramentas de recolha de dados actuais na qualidade dos ados? Quais os passos tomados para evitar a duplicação da contagem de mulheres a receber serviços em diferentes áreas?
- Como é que os distritos validam a precisão dos dados mensais do programa após a implementação da Opção B/B+? É preciso actualizar os métodos de validação actuais?
- Qualidade dos serviços clínicos:
  - Quais são os sistemas de supervisão de locais que existem para garantir a qualidade da provisão de serviços e recolha de dados? Os dados de M&A recolhidos

são utilizados regularmente para avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados? Que outras medidas se utilizam para avaliar a qualidade dos cuidados no país?

- Os técnicos de saúde receberam formação nas orientações nacionais de ARV mais recentes? Os regimes de ARV actuais estão disponíveis no centro de saúde? Os registos e ferramentas dos pacientes foram actualizados para reflectir as orientações nacionais de ARV mais recentes? Existe um processo para fazer isto?

Ponto 6

As questões de pesquisas operaçionais devem ser definidas desde o início e integradas na implementação do programa.

Actualmente a informação que existe para contribuir para muitas decisões sobre a implementação do programa é limitada. Onde possível, podem incluir-se nos planos operacionais comparações de diferentes abordagens de prestação de serviços, embora possam ser necessários protocolos e dados adicionais. Os funcionários do MISAU, especialistas de M&A e implementadores dos programas a nível nacional devem dar prioridade a questões de implementação do programa e coordenar os esforços de pesquisa dos doadores ao implementarem os seus programas.

Questões para discussão no país:

- Recolha de dados:
  - Existe um mecanismo de recolha de dados para analisar os constrangimentos operacionais?
  - Existem lacunas de dados? Que dados existem para além dos dados recolhidas na monitoria regular? É viável estabelecer sistemas de monitoria de grupos para fornecer uma análise mais abrangente dos resultados do programa e do impacto da implementação da Opção B+?
- Integração e recursos humanos:
  - Como se podem organizar os funcionários e a configuração de clínicas de SMI para fazer a gestão das tarefas adicionais e carga de trabalho envolvida em iniciar mulheres grávidas seropositivas em TARV para o resto da vida e envolvê-las nos cuidados?
  - Como é que o aumento da carga de trabalho afecta outros serviços de SMI?
- Aceitação/Viabilidade do TARV para o resto da vida:
  - Que opções de regime existem para mulheres grávidas que recusam TARV para o resto da vida?

- Existem mitos e ideias erradas sobre a TARV? Quais são as percepções da comunidade, centro de saúde e dos técnicos de saúde sobre a Opção B+?

- Resultados do programa:
  - Monitoria dos nascimentos e da toxicidade nas mulheres e crianças expostas; experiência limitada na utilização de medicamentos recomendados na gravidez, particularmente exposições no primeiro trimestre.

- Retenção/Referência:
  - Como é que centros de saúde com programas de PTV, mas sem serviços de TARV vão assegurar as ligações funcionais?
  - Como é que as mulheres e os seus filhos podem ser acompanhados em diferentes locais de prestação de serviços (ou seja clínicas de CPN, SMI, VIH) para assegurar a continuidade dos cuidados?
  - Quais são os papeis/funções dos educadores de pares, técnicos de saúde comunitários e outras organizações comunitárias para optimizar a retenção no TARV de mulheres pós-parto? E qual é o modelo de apoio comunitário que funciona melhor?

- Adesão:
  - Quais são os factores associados à adesão a TARV?
  - Qual é a melhor forma de medir a adesão na ausência da monitoria da carga viral?

- Igualdade:
  - Como assegurar que os parceiros podem ter acesso a TARV num ambiente de recursos limitados?
  - Como é que as mensagens para a comunidade vão abordar as mensagens contraditórias de que todas as mulheres grávidas seropositivas devem iniciar TARV para o resto da vida para seu próprio benefício e dos seus filhos mas outros adultos incluindo parceiros e mulheres não grávidas devem esperar até terem contagens de CD4 baixas para iniciar TARV?

- Logística:
  - Como se pode melhorar a previsão de produtos básicos para assegurar uma provisão regular de kits de teste, medicamentos ARV, etc.?
  - Qual é a melhor configuração do espaço e fluxo clínico ao fazer a integração dos serviços de TARV na CPN?

Tabela 1: Pontos de discussão de M&A por modelo de prestação de serviços

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3	MODELO 4
INÍCIO DO TARV	CPN	CPN	CPN	TARV
SEGUIMENTO DA MULHER GRÁVIDA NO TARV	SMI até a criança cumple 18 meses de edade	SMI até o parto, depois transferido a TARV	SMI até a visita CPP nas 6 semanas depois transferido ao TARV	TARV
IDENTIFICAÇÃO ÚNICA DO PACIENTE	CPN	CPN	CPN	TARV
PROCEDIMENTO PARA A INSCRIÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS NO TARV	Transferidas	Transferidas	Transferidas	Novo paciente
PARA EVITAR O NUMERO DE MULHERES GRÁVIDAS QUE INICIAM TARV	Registrar o regime de TARV e data de início	Registrar o regime de TARV e data de início	Registrar o regime de TARV e data de início	Registrar a a estado da gravidez
MEDIÇÃO E MONITORIA DE RETENÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS NO TARV DEPOIS DE 6 MESES	CPN	TARV	TARV	TARV
SEGUIMENTO DA CRIANÇA HIV EXPOSTA	SMI (atendimento a recém nascido coordenado com as consultas da mãe)	No clínica nças HIV expostas/ Imunização/ Consulta das crianças menor de 5 anos	No clínicapara crianças HIV expostas/ Imunização/ Consulta das crianças menor de 5 anos	Imunização/ Consulta das crianças menor de 5 anos
MEDIÇÃO E MONITORIA DE RETENÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS E SEUS FILHOS	Registo de paciente da mãe e filho no SMI	Registo longitudinal da mãe e filho	Registo longitudinal da mãe e filho	Registo longitudinal da mãe e filho

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

7

Envolvimento da Comunidade:

a. Um Guia para Ministérios da Saúde (MS)

b. Perguntas Frequentes para Organizações da Sociedade Civil usarem no Diálogo com Ministérios da Saúde

✓Verficação Rápida: O meu país tinha...

- ☐ Identificado as "nossas" communidades para engajar
- ☐ Fez o mapeamento das estructuras existentes para apoiar o envolvimento comunitário
- ☐ Consultado as mulheres vivendo com HIV que iniciaram o TARV para toda a vida
- ☐ Estabelecido as canais de comunicação e matériais com os partes interessados na comunidade sobre a opção para iniciar TARV para toda a vida
- ☐ Destacado as actividades relacionados ao envolvimento comunitário nos planos estratégicos nacionais
- ☐ As actividades de envolvimento comunitário foram incluídos no orçamento dos planos estratégicos nacionais
- ☐ Implementado actividades de envolvimento comunitário com os partes interessadss na comunidade, particularmente mulheres vivendo com HIV
- ☐ Comprometido usar e apoiar a colheta da evidencia para assegurar que a voz e as experienças das comunidades sáo ouvidas e tratadas
- ☐ Adaptado e/ou utilizado os indicadores de envolvimento comunitário para monitorar o progresso

7a.1 Historial

Para quem é este documento?

Este guia tem como objectivo ajudar os Ministérios da Saúde a envolverem melhor as comunidades ao contemplarem, planearem e/ou implementarem uma mudança de políticas para a Opção B/B+ como estratégia nacional para eliminar a transmissão vertical do VIH (PTV) e promover a saúde das mães a viver com VIH.

O que é "envolvimento da comunidade" no contexto da Opção B/B+?

O envolvimento da comunidade refere-se ao processo no qual a comunidade (especialmente mulheres a viver com VIH) trabalham com as autoridades nacionais e locais, provedores de serviços médicos a nível dos centros de saúde e da comunidade, legisladores, grupos de advocacia e doadores para desenvolver, implementar e monitorar serviços relacionados com o Plano Global.

Envolver as comunidades nas discussões de planificação e implementação da transição

para a Opção B/B+ a nível nacional significa que os membros da comunidade são parceiros principais em:

- Aumentar a aceitação de serviços de PTV através da criação da demanda e apoio de pares
- Melhorar o fornecimento de serviços de PTV através da rotação de tarefas para quadros comunitários (técnicos de saúde, mães, conselheiros leigos, etc.)
- Monitorar a qualidade dos serviços de PTV e responsabilizar os provedores
- Criar um ambiente facilitador para o aumento da escala da PTV através da capacitação das mulheres e das suas comunidades para terem acesso a cuidados de saúde no âmbito de uma abordagem baseada nos direitos

Porque é que os Ministérios da Saúde devem envolver as comunidades na planificação e implementação da transição para a Opção B/B+?

As comunidades precisam de uma compreensão clara das mudanças propostas. O sucesso de qualquer programa ou mudança de política depende da compreensão clara, por parte das comunidades afectadas, da política actual e das mudanças propostas para que possam contribuir e participar na tomada de decisões e na implementação.

As comunidades são partes interessadas principais na PTV. Muitas organizações e redes comunitárias estão envolvidas na prestação de serviços de PTV (ex: organizações religiosas), na educação de membros da comunidade sobre serviços de PTV (ex: mães tutoras e grupos de apoio). Por isso, são partes interessadas principais nos programas de PTV. Devem estar envolvidas na planificação e implementação de programas da Opção B/B+ porque são os que vão estar a educar os membros da comunidade e a fornecer serviços.

O envolvimento das comunidades garante que as vozes das mulheres a viver com VIH são ouvidas ao desenvolver e monitorar programas e políticas que as afectam directamente. Envolver as comunidades, especialmente mulheres a viver com VIH, na consideração, planificação e/ou implementação de uma mudança programática para a Opção B/B+ garante que os beneficiários do programa podem contribuir para os programas e políticas resultantes. Isto garante que os programas satisfazem as necessidades das mulheres a viver com VIH e encorajam-nas a procurarem os serviços. Para além disso, envolver mulheres a viver com VIH nos esforços de responsabilização pode assegurar que os programas continuam a satisfazer as necessidades das mulheres a viver com VIH.

Princípio Chave

Garantir que as comunidades, especialmente as mulheres a viver com VIH, são envolvidas ao longo de todo o processo, desde a planificação à implementação e na monitoria e responsabilização.

7a.2 Cinco Fases de Envolvimento Comunitário

Fase 1: Planificação

Passo 1

Determinar quem é a comunidade e quem quer e/ou deve envolver neste esforço.

- Considerar as partes interessadas principais dos programas de prevenção da transmissão vertical do VIH no país, incluindo mulheres a viver com VIH, seus parceiros e famílias, provedores de serviços no centro de saúde e na comunidade, redes e organizações de pessoas a viver com VIH, organizações de base comunitária, organizações religiosas, etc.
- Considerar a coordenação da resposta de PTV no país (ex: Conselho Nacional do SIDA, Grupo de Trabalho Técnico de PTV, Mecanismo de Coordenação do Páis, etc.). Identificar os representantes da sociedade civil nesses órgãos.
- Compreender os papeis desempenhados pela sociedade civil, incluindo redes de mulheres a viver com VIH, mães tutoras, organizações religiosas e organizações de base comunitária nos esforços actuais de PTV (ex: criadores da procura, provedores de serviços, defensores, beneficiários, etc.).
- Depois de identificar as partes interessadas principais na comunidade, assegurar que estão bem representadas e envolvidas nos dois passos descritos abaixo.

Passo 2

Avaliar a política nacional do país, ambiente legal e de programa.

- Avaliar as estruturas que existem e se devem ser utilizadas para apoiar o envolvimento da comunidade (ex: Conselho Nacional do SIDA, Grupo de Trabalho Técnico de PTV, Mecanismo de Coordenação de País, etc.).

- Se não houver nenhum mecanismo formal de envolvimento da comunidade, desenvolver um mecanismo no plano da Opção B/B+.

- Consultar mulheres a viver com VIH sobre se o regime da Opção B/B+ tem em conta os seus valores, experiências, preocupações e necessidades principais.
  - Essa informação pode já existir em relatórios de avaliação nacionais (ex: Índice do Estigma das Pessoas a Viver com VIH, Relatórios sobre Objectivos não Cumpridos, consultas nacionais, etc.).

- Determinar o tipo de informação que as mulheres a viver com VIH, as suas comunidades e os provedores de cuidados têm sobre a Opção B/B+.
  - Se não existir essa informação, informar as organizações e redes de pessoas a viver com VIH sobre o progresso da transição para a Opção B/B+ e consultar a comunidade sobre o assunto acima. Esta é uma oportunidade única para criar parceiras com membros da comunidade para a realização desta avaliação.

- Desenvolver uma comunicação clara com grupos comunitários ao longo do processo (ou seja, informar as comunidades que se está a considerar uma mudança de política, as vantagens/desvantagens da mudança para a Opção B/B+, as mudanças que serão implementadas se a Opção B/B+ for escolhida e como as comunidades podem estar envolvidas no processo da transição para a Opção B/B+). No mínimo, é muito importante garantir que as comunidades compreendem o que é a Opção B/B+ e as diferenças entre esta opção e os regimes de tratamento existentes.
- Depois de garantir que as comunidades têm informação suficiente sobre a Opção B/B+, dar à comunidade a oportunidade de dar feedback e partilhar preocupações.

Passo 3

Melhorar o nível e a qualidade do envolvimento das comunidades na transição para a Opção B/B+.

- Se o país já tiver optado pela Opção B/B+ e for actualizar a estratégia nacional, assegurar que inclui uma componente de envolvimento comunitário consistente. As actividades de envolvimento comunitário mínimas incluem as seguintes:
  - Estabelecer e fortalecer os serviços de base comunitária (incluindo organizações religiosas) de adesão, aconselhamento, nutrição, referências para serviços de apoio existentes, etc.
  - Formar agentes comunitários (ex: pessoas a viver com VIH, técnicos de saúde comunitários, educadores de pares, etc.) para darem apoio na prestação de serviços de apoio nos centros de saúde e comunidades e para garantir as ligações e retenção nos cuidados.
  - Apoiar e fornecer educação e consciencialização da comunidade nas áreas seguintes:
    - Identificar e/ou fornecer matériais de IEC adequados a técnicos comunitários e grupos comunitários sobre a Opção B/B+ ou desenvolve-los com os líderes

dos grupos comunitários

- Fornecer recursos e formação a técnicos e grupos comunitários para que façam consciencialização sobre as áreas listadas

- Fortalecer e encorajar prestação de contas do programa por parte da comunidade.
- Desenvolver actividades, insumos, resultados, objectivos e metas inteligentes para as actividades de envolvimento comunitário mínimas[b].
- Orçamentação adequada das actividades mínimas de envolvimento comunitário nos planos nacionais.
  - Assegurar que os funcionários estão disponíveis para dar apoio a parceiras com comunidades e para facilitar/coordenar as actividades conforme necessários

Fase 2: Implementação

Implementar os passos 1-3 acima e os planos relacionados em parceira com as comunidades, especialmente redes de mulheres e homens a viver com VIH, sociedade civil, e todas as partes interessadas adequadas e relevantes.

Fase 3: Alinhamento com resposta nacional ao VIH (integração/coordenação)

Passo 1

Em cooperação com os parceiros, assegurar que os princípios e as actividades de envolvimento comunitário estão integradas no trabalho mais abrangente na resposta nacional ao VIH, que inclui:

- planos estratégicos nacionais
- mobilização de recursos para VIH; desenvolvimento e capacitação económica
- reforma legal e de políticas
- fortalecer sistemas de saúde e comunidades
- integrar VIH no trabalho sectorial

Passo 2

Assegurar a coordenação, diálogo constructive e partilha de informação entre diversos grupos de parceiros sobre as actividades de envolvimento comunitário.

[b] Specific, measurable, attainable, realistic and time-bound

Passo 3

Encorajar parceiras através da mecanismos de coordenação inclusiva com recursos adequados. Pode ser necessário rever e fortalecer mecanismos de coordenação existentes (ex: Conselho Nacional do SIDA, Grupo de Trabalho Técnico de PTV, Mecanismo de Coordenação do País, etc.) e desenvolver e apoiar órgãos de coordenação da sociedade civil.

Fase 4: Recolha continua de dados; utilizar dados existentes

Passo 1

Recolher dados de forma regular em todas as fases da implementação (ou seja, durante o desenvolvimento, implementação, adaptação e melhoria) com o envolvimento e liderança das comunidades, especialmente mulheres a viver com VIH.

- Exemplo 1: O Relatório *Missing the Target* avalia os programas de PTV em dez países e discute ações necessárias para atingir os objectivos da PTV. Utilizar os dados existentes e as recomendações pode apoiar o programa ou a mudança de políticas rumo à Opção B/B+. Para além disso, voltar a utilizar o modelo *Missing the Target* para avaliar o progresso e sucesso da mudança para a Opção B/B+ após a implementação dos planos pode apoiar ainda mais a medição da eficácia e impacto dos planos.
- Exemplo 2: O Índice do Estigma das PLHIV pode fornecer informação valiosa sobre as ações necessárias para reduzir o estigma e a discriminação. Voltar a implementar o Índice após a realização dessas ações pode ajudar a medir a eficácia e impacto dessas ações.

Fase 5: Monitoria e avaliação (M&A)

Passo 1

Utilizar indicadores adequados para envolvimento da comunidade, especialmente no que diz respeito à transição para a Opção B/B+, nas áreas seguintes:

- Estabelecer e fortalecer serviços de apoio de base comunitária (incluindo organizações religiosas) em relação à Opção B/B+.
- Formar técnicos comunitários (ex: pessoas a viver com VIH, mães tutoras, educadores de pares, etc.) para darem apoio na prestação de serviços de apoio nos centros de saúde e nas comunidades e para assegurar a ligação e retenção nos cuidados.
- Apoiar e fornecer educação e consciencialização da comunidade nas áreas seguintes:
    - Identificar e/ou fornecer matériais de IEC adequados a técnicos comunitários e grupos comunitários sobre a Opção B/B+ ou desenvolve-los com os líderes dos grupos comunitários.
    - Fornecer recursos e formação a técnicos e grupos comunitários para que possam criar consciencialização sobre as áreas listadas.
- Fortalecer e encorajar prestação de contas do programa por parte da comunidade.

Passo 2

Dedicar recursos adequados (humanos, técnicos e financieros) à operacionalização de um quadro e mecanismo de M&A para o envolvimento da comunidade no processo da Opção B/B+.

Passo 3

Assegurar que a M&A do envolvimento comunitário é um aspecto contínuo de todas as ações.

Passo 4

Assegurar que as comunidades podem liderar ou participar nos esforços de M&A.

Bibliografia

1 IATT Toolkit: Key Considerations Document (see Section 1)

2 Advancing the Sexual and Reproductive Health and Rights of PLHIV - A GuidAnce Package (2010). Available at: www.gnpplus.net/programmes/sexual-and-reproductive-health-and-human-rights/policy-guidAnce.

3 Good Practice Guide: Greatér Involvement of People Living with HIV (GIPA) (July 2010). Available at: http://www.gnpplus.net/en/programmes/empowerment/gipa-report-card/1642-good-practice-guide-greater-involvement-of-people-living-with-hiv-gipa

4 MTT9: The Long Walk -Ensuring comprehensive care for women and families to end vertical transmission of HIV (December 2011). Available at: http://www.itpcglobal.org/atomic-documents/11057/11059/MTT9%20report.pdf

5 Positive Health, Dignity and Prevention Policy Framework (2012). Available at: http://www.gnpplus.net/images/stories/PHDP/GNP_PHDP_ENG_V4ia_2.pd

7b.1 Historial

Objectivo

O objectivo desta ferramenta é de dar às Organizações da Sociedade Civil (OSC) e às Redes de Mulheres/Pessoas a viver com VIH a informação necessária para se envolverem de forma active nas discussões nacionais sobre a transição para oferecer TARV a mulheres grávidas durante a amamentação (Opção B) ou para o resto da vida (Opção B+). As perguntas listadas abaixo fornecem exemplos das questões improtantes que as OSC e Redes devem encorajar os Ministérios da Saúde a responder durante as várias fases de implementação de um novo regime de tratamento para prevenir a transmissão vertical e manter as mães vivas e saudáveis.

Alvo

O objectivo é que esta ferramenta seja utilizada por membros de OSC e Redes de Mulheres/Pessoas a viver com VIH. Neste context, as OSC incluem organizações de base comunitária, trabalhadores leigos (ex: mães tutoras, técnicos de saúde comunitários, conselheiros de pares, etc.), organizações religiosas, activistas de tratamento, grupos de jovens e outros grupos fora do governo e empresas que estão a trabalhar para melhorar a saúde e direitos das mulheres, crianças e famílias.

A ferramenta foi desenvolvida pelo Grupo de Trabalho Técnico de Envolvimento da Comunidade da Equipa Interagências sobre Prevenção da Infeção do VIH nas Mulheres Grávidas, Mães e seus filhos. O objectivo é de garantir que as comunidades, especialmente mulheres a viver com VIH em saúde reprodutiva, estejam envolvidas em todas as fases da transição para a Opção B/B+. O objectivo desta ferramenta não é de defender nenhuma estratégia específica para a prevenção da transmissão vertical mas sim de garantir que os pontos de vista e preocupações de OSC e Redes de Mulheres/Pessoas a viver com VIH são consideradas na planificação, implementação e monitoria contínua, da prestação de serviços para prevenir a transmissão vertical a nível nacional.

Opções de PTV

Tabela 1: Qual é a diferença entre a Opção A, Opção B, e B+?

	MULHERES COM CONTAGEM CD4 SUPERIOR A 350 CÉLULAS/MM³	MULHERES COM CONTAGEM CD4 INFERIOR A 350 CÉLULAS/MM³	CRIANÇAS
OPÇÃO A	Durante a gravidez: iniciar AZT às 14 semanas de gravidez No parto: dose única de NVP e primeira dose de AZT/3TC Após o parto: AZT/3TC diário durante 7 dias após o parto	ARV triplo iniciado o mais rapidamente possível após o diagnóstico e para o resto da vida	Profilaxia diária (NVP) desde o nascimento até 1 semana após interrupção da amamentação; ou se não estiver a amamenTARV nem em tratamento, até 4-6 semanas
OPÇÃO B	ARV triplo às 14 semanas de gravidez e continuado até parto (se não estiver a amamenTARV) ou até 1 semana após parar amamentação		Profilaxia diária (NVP ou AZT) desde o nascimento até 4-6 semanas independentemente do método de alimentação infantil
OPÇÃO B+	ARV triplo iniciado o mais rapidamente possível após diagnostic e para o resto da vida		

Tabela 2: Quais são os benefícios e potenciais desafios das Opções B/ B+?

	POTENCIAIS BENEFÍCIOS DA OPÇÃO B	POTENCIAIS DESAFIOS DA OPÇÃO B
PARA UMA MULHER A VIVER COM VIH	Aumento no acesso ao tratemento porque: • As mulheres não tem de esperera para o resultado do contagem CD4 para iniciar TARV. • Pode iniciar o treatment nas unidades sanitarias perifericas reduzindo a distancia que as mulheres tem que viajar para receber tratamento. As mulheres continuam o mesmo regimen de tratamento na grávidez e no periodo pos-parto (o que não e o caso na Opção A). Terapia tripla de ARVs fornecidas durante todo o período de amamentação pode incentivar as mulheres a amamentar por mais tempo, melhorando a saúde infantil, a reduzindo estigma e discriminação, e reduzindo os gastos domésticos para a fórmula infantil.	O impacto potencial sobre o tratamento iniciado mais tarde: as mulheres podem desenvolver resistência quando iniciam ARVs durante a grávidez e, em seguida, parando após a amamentação, que poderia limitar suas opções de tratamento posterior. Um teste de contagem de CD4 é necessária após o risco de transmissão vertical terminou (ou seja, após o parto ou a amamentação) para decidir se a mulher deve continuar a tomar TARV para a sua própria saúde.
PARA MINISTÉRIO DA SAÚDE E OUTROS PROVEDORES DE SAÚDE	Simplifica o tratamento tendo em conta que se fornece o mesmo regime a todas as mulheres.	Maior custo em comparação com Opção A. Falta de envolvimento de mulheres vivendo com VIH e das suas comunidades nas decisões relacionadas com a Opção B a nível nacional.

POTENCIAIS BENEFÍCIOS DA OPÇÃO B+	POTENCIAIS DESAFIOS DA OPÇÃO+	
Aumento no acesso ao tratemento porque: • As mulheres não tem de esperera para o resultado do contagem CD4 para iniciar TARV. • Pode iniciar o TARV nas unidades sanitarias perifericas reduzindo a distancia que as mulheres tem que viajar para receber tratamento. As mulheres podem viver mais tempo e uma vida mais saudável, quando iniciam o tratamento mais atempadamente. Redução do risco de transmissão de(os) parceiro(s) sexual HIV-negativo. Pode reduzir o risco de que uma mulher a desenvolver resistência aos ARVs resultantes de parar e iniciar após cada gravidez. Oferece proteção estendida para futuras gestações a partir do momento da concepção. Isto é especialmente importante nos contextos onde as mulheres têm intervalos curtas entre as gestações.	Garantir as mulheres são capazes de fazer escolhas informadas sobre o inicio de TARV para toda a vida. Preocupações levantadas que a escolha das mulheres sobre o inicio de TARV ao longo da vida, incluindo a escolha de recusar iniciar TARV ao longo da vida durante a gravidez, pode não ser respeitado. A falta de informação, incluindo ferramentas de alfabetização tratamento e mensagens de aconselhamento restringue a capacidade das mulheres para tomar decisões informadas sobre o inicio de TARV para toda a vida. Serviços de apoio psicossocial e nutricional inadequado para apoiar as mulheres a lidar com seu diagnóstico de HIV, a tomar os seus medicamentos de forma contínua, e para ficar ligado com os serviços de saúde.	**PARA UMA MULHER A VIVER COM VIH**
Simplifica o tratamento como: • O mesmo esquema é fornecido para todas as mulheres, independentemente da contagem de CD4. • Não há nenhuma mudança no regime entre o período de gravidez / parto (ao contrário Opção A). • Não exige que as mães, com o apoio de seus médicos, decidam se o TARV deve ser interrompido ou continuado após o risco de transmissão vertical termina (como na Opção B).	Sustentabilidade da Opção B +: capacidade dos países para garantir o provisionamento contínuo de ARVs e dos serviços de transmissão vertical compreensivos dado o aumento da demanda nos serviços de tratamento do HIV associado à Opção B +. Isto é particularmente preocupante em países com regulares rupturas de stock de ARVs. Adesão ao TARV e fraca e/ ou mulheres não seguidas nos serviços de HIV depois do parto pode levar à resistência ao ARVs na população geral. Desigualidade de oferecer as mulheres grávidas tratamento ao longo da vida com contagens de CD4 mais altos e não outros grupos da população (ou seja, pais, mulheres não grávidas). Falta de envolvimento das mulheres vivendo com HIV e suas comunidades nas decisões relativas à Opção B + ao nível nacional. Serão necessários vários investimentos pelo Ministério de Saúde nos recursos humanos, infra-estrutura e na gestão da cadeia de abastecimento para a expansão eficaz dos serviços de TARV para todos as unidades sanitarias que fornecem cuidados pré-natais. Será necessário desenvolver politicas e procedimentos para apoiar as enfermeiras em iniciar e dar receitas para TARV.	**PARA MINISTÉRIO DA SAÚDE E OUTROS PROVEDORES DE SAÚDE**

7b.2 Quais são as perguntas que as OSC e redes de mulheres/pessoas a viver com VIH devem fazer?

Envolvimento das OSC e redes de mulheres/pessoas a viver com VIH

As OSC e Redes de Mulheres/Pessoas a viver com VIH devem estar envolvidas na planificação, implementação e monotoria da Opção B/B+ para garantir que as suas perspectivas contribuem para os programas e políticas resultantes. O envolvimento e apoio de OSC e de Redes no desenvolvimento de matériais informativos e ferramentas de recolha de dados bem como na revisão e análise de dados do programa nacional resultará numa melhor compreensão das questões e garante que os serviços satisfazem as necessidades das mulheres.

- Como é que as mulheres a viver com VIIH e as organizações comunitárias vão estar envolvidas na planificação, implementação, monitoria e avaliação da Opção B/B+?
- Como é que as pessoas a viver com VIH e as OSC vão estar envolvidas na prestação de serviços para prevenir a transmissão vertical (ou seja, apoio ao tratamento, mães tutoras, etc.)?
- Quais são as mensagens que as comunidades vão receber sobre a Opção B/B+? Como é que essas mensagens vão ser desenvolvidas e divulgadas?
- Quais são os planos de mobilização de recursos existentes para assegurar o financiamento a longo prazo de programas de prevenção da transmissão vertical?

Aconselhamento e serviços de apoio

São necessaries sistemas para apoiar a provisão de aconselhamento e serviços de apoio para mulheres a viver com VIH para garantir que podem fazer uma escolha informada sobre iniciar ou não o tratamento e durante quanto tempo. As mulheres a viver com VIH devem também ter serviços de apoio que lhes permitam aderir ao tratamento e prevenir a transmissão do VIH aos seus parceiros e filhos. Devem também existir estruturas comunitárias para apoiar as mulheres a viver com VIH fora do centro de saúde de saúde para abordar questões como o estigma e discriminação, envolvimento dos homens e violência baseada no género.

A nível individual:

- Como é que as mulheres vão receber aconselhamento sobre a Opção B/B+ (ou seja, que mensagens vão receber, quem lhes vai dar aconselhamento)?
- Como se ajuda as mulheres a compreender as suas opções de iniciar o tratamento para a vida durante a gravidez (Opção B+)? Como vão ser apoiadas se recusarem o tratamento para a vida?
- Que serviços de apoio e aconselhamento serão oferecidos às mulheres para garantir que tomam os seus medicamentos regularmente e que continuam em contacto com os centros de saúde de saúde (aconselhamento sobre adesão, programas alimentares, etc.)?

A nível da comunidade:

- Que planos e estratégias está o governo a usar para aumentar o envolvimento dos homens nos programas de saúde matérna e infantil para aumentar a aceitação e adesão aos serviços de PTV?
- Quais as estratégias existentes para abordar a violência baseada no género relacionada com o diagnóstico e tratamento do VIH e para apoiar as mulheres vítimas de violência?
- Quais são as estratégias existentes para reduzir o estigma e a discriminação das mulheres a viver com VIH nos centros de saúde e na comunidade?

Garantir a qualidade da prestação de serviços

É preciso desenvolver planos para assegurar que se fornecem serviços de qualidade de prevenção da transmissão vertical a mulheres a viver com VIH e os governos e provedores de saúde devem ser responsáveis pela qualidade dos serviços prestados. São necessários mecanismos para que a comunidade possa dar feedback sobre a qualidade dos testes de VIH, acesso a e qualidade do tratamento de VIH e serviços de apoio, e a realização dos seus direitos de saúde sexual e reprodutiva. Assegurar a qualidade vai ser um desafio nos centros de saúde de cuidados primários e nas clínicas que fornecem CPN mas que não oferecem TARV. Estes centros de saúde são os que estão mais próximos das comunidades mas normalmente têm as maiores necessidades em termos de infra-estrutura (ex: água, energia, meios de transporte) e recursos humanos (ex: funcionários qualificados). As recomendações da comunidade devem ser analisadas e incluídas nos processos de tomada de decisões a nível nacional.

- Como é que o governo vai garantir que existem funcionários qualificados suficientes para implementar a Opção B/B+ (formação de provedores de saúde, planos para rotação de tarefas, etc.)?
- Qual é o plano para assegurar a qualidade da testagem de VIH em cenários pré-natais para garantir que as mulheres recebem um diagnóstico correcto?
- Qual é o regime de ARV que está a ser considerado? Esse mesmo regime de ARV vai ser utilizado na prevenção da transmissão vertical e como o regime de TARV de primeira linha para que as mulheres não tenham de trocar de regime após o parto?
- O que é que o governo está a fazer para garantor acesso universal a TARV para mulheres grávidas e PLVIH não grávidas elegíveis para TARV no âmbito das orientações actuais (ou seja, os fundos são adequados para aquisição de medicamentos, abordar questões relacionadas com a cadeia de abastecimento, etc.)? Que planos existem para o aumento da escala do TARV para centros e/ou clínicas de cuidados primários que actualmente não têm estes serviços?
- Quais são os planos para monitorar o desenvolvimento da resistência aos medicamentos?
- Como é que o governo vai garantir um abastecimento adequado de regimes de 2ª e 3ª linha?
- Quais são os sistemas de referência e/ou rastreio que existem entre SMI e TARV para garantir que as mulheres têm acesso contínuo a TARV após o parto? (Esta questão pode não ser tão problemática nos centros de cuidados primários ou em clínicas onde o mesmo provedor pode fazer CPN e TARV)
- Quais os serviços e mensagens de alimentação infantil que vão estar disponíveis para as mulheres após o parto? Qual vai ser a diferença para mulheres em TARV?

- Quais são os planos para garantir que a prevenção primária (Componente 1) e as necesidades de planeamento familiar (Componente 2) recebem a mesma aténção e investimento?
- Como é que os governos e provedores de saúde garantem que os direitos e escolhas sexuais e reprodutivas das mulheres são protegidos no planeamento familiar e em programas de prevenção da transmissão vertical? Haverão produtos básicos de PF e funcionários formados em centors e/ou clínicas de saúde de cuidados primários?
- Quais são os indicadores de envolvimento da comunidade que estão a ser utilizados para acompanhar: (1) criação da procura, (2) prestação de serviços, (3) responsabilidade e (4) o sucesso/fracasso dos esforços para envoler as comunidades?

www.emtct-iatt.org

World Health Organization

IATT
THE INTERAGENCY TASK TEAM
The Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children

unicef