



ADENDA

ABRIL 2019

LINKAGES Abordagem Melhorada de Educação entre Pares através de suas Redes de Contacto

(ENHANCED PEER OUTREACH APPROACH, EPOA)



O LINKAGES, financiado pelo Plano de Emergência dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (PEPFAR) e a Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional (USAID), é o maior projecto global dedicado às populações-chave-trabalhadoras e trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas que injectam drogas e pessoas transgênero. O projecto é liderado pela FHI 360, em parceria com a Intrahealth International, Pact e a Universidade da Carolina do Norte em Chapell Hill.

Esse documento foi possível com o apoio generoso do povo americano por meio da USAID e PEPFAR, pelo acordo de cooperação #AID-OAA-A-14-00045. Os conteúdos dessa adenda são de responsabilidade do LINKAGES e não necessariamente reflectem posições da USAID, PEPFAR ou do Governo dos Estados Unidos.

Por que essa adenda?

Há quatro motivos pelos quais o LINKAGES providencia esta adenda ao Guião da EPOA:

1. Durante o processo de submissão de resumos para a Conferência Internacional sobre a Sida, descobrimos que muitos programas nacionais se referiam à actividade da “EPOA”, mesmo que não tivessem implementado todos os componentes necessários da EPOA. Só quando todos os componentes são implementados, é dizemos que a EPOA foi implementada com “fidedignidade”.
2. Vários países implementaram a EPOA com resultados variados e questionaram-se por que motivo não obtiveram maior sucesso.

3. A EPOA continuará a ser implementada no Ano Fiscal 2019 (FY19) e no futuro. É conveniente portanto melhorar continuamente as actividades para alcançar melhores resultados.
4. Os programas nacionais questionam-se em que medida o uso da abordagem de referência das redes de risco (RRR) difere da EPOA.

Esta adenda fornece uma actualização sobre o que é a EPOA, sua metodologia, critérios para determinar se a EPOA obtém sucesso, principais componentes que devem estar presentes para uma actividade ser considerada “EPOA”, razões pelas quais a EPOA pode não estar a alcançar os resultados pretendidos e como a EPOA e a RRR são semelhantes e diferentes.



Objectivos da EPOA

- Diminuir os deficits de acesso aos serviços de testagem, tratamento e prevenção do VIH entre as populações-chave (PC) historicamente ocultas e de difícil alcance
- Melhorar a capacidade do programa de educação/mobilização de pares para se adaptar a novos padrões de transmissão do VIH e melhorar continuamente os resultados ao longo do tempo
- Aumentar a capacidade do programa de educação/mobilização de pares para atender às necessidades diferenciadas de prevenção, cuidados e apoio dos membros da PC em toda a cascata do VIH
- Melhorar a eficiência e o retorno dos investimentos no programa de educação/mobilização de pares

O que é a EPOA?

A EPOA utiliza incentivos baseados no desempenho e funciona por meio de redes de conhecidos e redes de parceiros sexuais entre os membros das PC para melhorar os resultados da detecção de casos de VIH. Os educadores de pares (EP) com devida formação convidam membros das PC a tornarem-se mobilizadores de pares (MP). Os MP, por sua vez, contactam as suas redes de conhecidos e de parceiros sexuais para encorajar os seus pares a fazer o teste de VIH e a procurar outros serviços associados.

A EPOA foi concebida para alargar a cobertura de áreas geográficas tradicionalmente cobertas pelo programa, dado que o estigma, a discriminação, a violência e a criminalização têm levado muitas pessoas que enfrentam maiores riscos a esconderem-se. A hipótese implícita de “alcançar os não alcançados” (cada vez mais apoiada pela experiência do programa) é que populações

que historicamente não se beneficiaram ou não participaram do programa têm maior risco para o VIH. Pessoas não alcançadas ou pouco alcançadas pelos serviços são portanto estratégicas para referenciar outras pessoas de sua rede que também se encontram na mesma situação. É essencial pedir às PC VIH+ e às pessoas com alto risco de contrair VIH que contribuam com a sua liderança e apoio na extensão da testagem do VIH para os membros das suas redes. A implementação da EPOA concentra-se nas necessidades das PVVIH, tem foco no utente e inclui as pessoas que vivem com o VIH (PVVIH) como colaboradores.

Como funciona a EPOA?

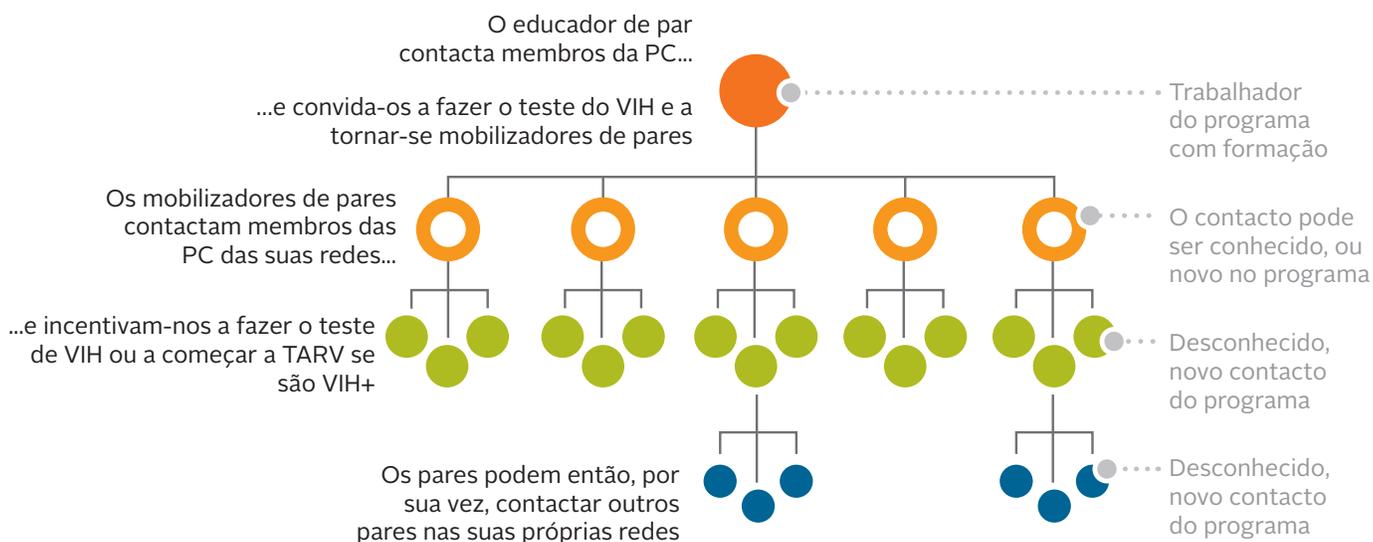
A EPOA é implementada através de organizações comunitárias (OC) que têm EP que prestam serviços nos focos em que estão presentes membros da PC com um risco elevado de VIH. Os EP recebem formação para contactar seus pares e incentivá-los a fazer o teste de VIH, e - dependendo do nível de

risco de VIH dos pares, tamanho da sua rede de conhecidos e parceiros sexuais, competências de comunicação, idade e localização - convidá-los a tornar-se MP. Os MP por sua vez distribuem cupões aos seus próprios pares que não foram identificados anteriormente pelo programa, difíceis de contactar e cujos comportamentos provavelmente aumentam o seu risco de contrair VIH. Os MP encaminham estes pares para os serviços de saúde do programa, especialmente para testagem e tratamento do VIH. (Esta “cadeia de referência” é ilustrada na **Imagem 1.**) Se os pares sabem que são seropositivos mas não estão em tratamento, eles são encorajados a iniciar ou reiniciar a terapia antirretroviral (TARV).

Os pares entregam os cupões à equipe que gere o EPOA quando utilizam os serviços, o que permite ao programa efectuar o seguimento de quantas pessoas cada EP e MP encaminharam com sucesso e providenciar incentivos em conformidade.

Para serem mais eficazes para contactar uma grande variedade de membros das PC, os pares envolvidos

IMAGEM 1. Cadeia de referência EPOA



na EPOA devem representar toda diversidade das PC, tais como homens mais velhos, homens que não se identificam como gays e/ou homens casados que fazem sexo com homens. As mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) que baseiam a sua atividade na internet e de classe socioeconómica mais elevada são exemplos de diferentes subgrupos entre a comunidade de MTS. Os programas devem determinar que subgrupos de PC pretendem alcançar com base em dados, experiências programáticas e planos.

Os serviços devem manter uma confidencialidade rigorosa e devem fornecer apoio psicossocial adequado para os pares que os acessam. A equipa também deve receber formação sobre como prestar serviços de alta qualidade que sejam focados nas necessidades das PVVIH e nas necessidades das PC e para aumentar a iniciação e adesão à TARV.

O que determina o sucesso da EPOA?

O sucesso da EPOA não se baseia no número de “níveis” de pares mobilizados (ou número de cadeias de referência) que um EP ou MP gera, mas sim no número de pessoas seropositivas recém-diagnosticadas pela EPOA. A EPOA está focada em testar pessoas com maiores necessidades de prevenção e tratamento. A taxa de positividade é o indicador que mais permite avaliar que a EPOA está a funcionar dentro das redes de maior risco, sendo um importante indicador de sucesso da EPOA. Uma vez que os utentes testam positivo para o VIH, o programa tem a responsabilidade de as vincular ao tratamento e vincular outras pessoas de suas redes a serviços relevantes de prevenção e tratamento. Assim, a vinculação ao tratamento é também um critério de sucesso.

Embora um grande número de níveis possa permitir que o programa se aprofunde em redes não alcançadas previamente, não garante necessariamente taxas mais altas de positividade. O programa precisa de acompanhar as cadeias de referência dos MP porque um MP pode recrutar muitas pessoas que são VIH+ (alta taxa de positividade), mas não necessariamente alcançar níveis múltiplos, enquanto outro MP pode ter níveis múltiplos, mas uma baixa taxa de positividade. Portanto, o programa não deve desqualificar um MP com alta taxa de positividade apenas porque não atingiu múltiplos níveis. Múltiplos níveis podem ou não ser úteis, dependendo se os MP estão a recrutar os tipos de pessoas que mais se beneficiariam dos serviços de VIH ou aquelas que são seropositivas mas ainda não conhecem o seu estado. As estruturas de incentivo devem reforçar esses bons resultados.

A EPOA esforça-se por:

- Parar de alcançar continuamente as mesmas redes de pessoas e de parceiros sexuais das PC
- Complementar a educação tradicional dos pares, envolvendo membros da PC previamente não identificados nos serviços de VIH, particularmente aqueles que são difíceis de alcançar e que podem estar em alto risco para o VIH ou que já são VIH+
- Foco nos membros da PC que não se encontram nos focos tradicionais

Quais são os principais componentes da EPOA?

Se um destes componentes estiver ausente, NÃO é EPOA. Quando se implementam TODOS os componentes abaixo, pode-se dizer que se trata de uma implementação fidedigna da EPOA.

5. **A EPOA baseia-se no desempenho** avaliado a partir de determinados critérios, tais como novas pessoas cadastradas no programa, aumento do acesso a serviços de testagem e aconselhamento sobre o VIH e TARV. Se forem cumpridos os critérios de desempenho, então são dados incentivos, que são recompensas ou reconhecimento individuais, de grupo ou de uma organização.



Não fornecer incentivos para casos positivos. Embora o sucesso da EPOA se baseie predominantemente na procura de casos positivos e ligações com tratamento e não sobre testagem, não podemos incentivar a busca de casos positivos entre pares, devido a riscos de segurança, protecção e confidencialidade. Os EP e MP recebem incentivos com base em determinados indicadores programáticos, tais como número de pessoas mobilizadas para o programa, número de pessoas elegíveis para o teste de VIH (por exemplo, não testadas nos últimos três meses), número de pessoas elegíveis que receberam um teste de VIH. **Note que o estado serológico positivo para VIH não é um indicador para o que um EP ou MP receba um incentivo, mesmo que o objectivo do programa seja encontrar um caso de VIH.**

6. **Os incentivos** (monetários ou não) são oferecidos a EP e MP por recrutar pessoas elegíveis para os serviços de VIH.
7. **As redes de conhecidos ou de parceiros sexuais de alto risco** (não apenas os números, mas os resultados) são a prioridade. A selecção cuidadosa, o monitoramento e formação de EP e MP ajudarão a garantir que o seu programa alcance redes de alto risco:
- Selecção, monitoria e formação dos **EP**. Normalmente, existe uma medida de desempenho mínima para os EP. Se o EP não atingir o mínimo, então serão necessárias acções de formação e orientação. EP com baixo desempenho podem ser associados a EP bem-sucedidos (ver exemplo do Laos na caixa de gestão adaptativa na página 6).
 - Selecção, monitoria e formação de **MP**:
 - O programa deve monitorizar o sucesso das redes de MP e encorajar os MP mais bem-sucedidos (por exemplo, aqueles com maior taxa de positividade) a oferecer cupões adicionais aos seus amigos, conhecidos e/ou parceiros sexuais.
 - De um modo geral, não limitar o número de cupões dados a um MP, especialmente se ele ou ela pedir mais. No entanto, se um MP não estiver a entrar em redes de mais alto risco, então esse MP pode ser retirado gradualmente.

Gestão adaptativa, mobilização de pares padrão no Laos



O programa no Laos tem um sistema de avaliação baseado no desempenho para os seus EP. Os EP são codificados em vermelho, amarelo ou verde com base em critérios mínimos (por exemplo, trouxeram cinco novos membros da PC para os serviços de testagem de VIH e aconselhamento num mês). O programa não retira um EP por um mês abaixo do esperado, mas associa o EP com um EP bem-sucedido. O EP bem-sucedido forma o EP com fraco desempenho durante alguns meses e o desempenho é monitorizado. Se o EP com fraco desempenho tiver dois trimestres de baixos resultados, é-lhe então solicitado que abandone o programa. Normalmente, a formação melhora os resultados; apenas dois ou três EP abandonaram o programa.

Os mesmos princípios de acompanhamento do desempenho e formação/motivação de MP “bem-sucedidos” podem ser usados para aumentar os resultados.

- Encorajar os pares dos MP a tornar-se também MP.
 - Na medida do possível, assegure-se de que os MP dispostos a distribuir cupões, sejam bons comunicadores e tenham redes de conhecidos e parceiros sexuais de alto risco. Tenha em conta que se os MP têm comportamentos de alto risco podem associar-se a pares que também se envolvem em comportamentos de alto risco.
 - Para MP bem-sucedidos - Certifique-se de que o programa lhes está a proporcionar mais cupões para distribuição. Tenha um acompanhamento do EP que os recrutaram e mantenha uma relação com os MP para encorajar o seu envolvimento contínuo na EPOA.
 - Para MP menos bem-sucedidos - Tente melhorar o seu desempenho fazendo com que o EP os encoraje a distribuir cupões e lembre-os dos incentivos que receberão se os seus pares procurarem serviços. Os EP também podem formar os MP com baixo desempenho sobre como apresentar e distribuir os cupões e onde os seus pares podem procurar serviços.
8. **São oferecidas referências para** serviços de prevenção, testagem, tratamento, educação, orientação e apoio que são confidenciais e fornecidos num local seguro.
 9. **Os dados são recolhidos e analisados.** Os programas devem continuamente recolher e monitorizar resultados sobre o que funciona, onde, quando e com quem, especialmente quais as redes que estão a trazer mais casos positivos.
 10. **É dada prioridade à melhoria contínua da qualidade.** O programa deve rever continuamente os dados e o desempenho e modificar a implementação em conformidade (isto é designado por “gestão adaptativa”).

Fases da EPOA

1. *Criar uma ampla rede:* A EPOA pretende envolver pessoas e grupos que o programa não está a alcançar actualmente. Para se ter maior probabilidade de atingir os objectivos,

o programa deve começar por criar uma ampla rede geográfica, seleccionar MP de uma variedade de subgrupos das PC dentro da comunidade e fornecer aos EP e MP um grande número de cupões.

2. *Monitorizar*: Rever os dados em tempo real e ver o que está a funcionar (ou seja, se há um bom número de novos casos de VIH e ligações para o tratamento), onde está a funcionar e com quem para que possam ser implementadas correcções o mais rapidamente possível.
3. *Limitar e focalizar*: Tomar decisões sobre onde concentrar os esforços com base em dados e facilidade de implementação. Por exemplo,

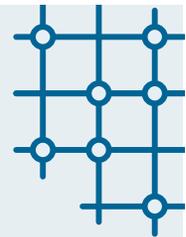
se quiser que a EPOA seja realizada onde os serviços estão disponíveis para que aqueles que querem, tenham acesso aos serviços, os incentivos devem ser fornecidos sem atrasos para que os EP/MP permaneçam envolvidos e motivados.

4. *Direccionar*: Quando tiver determinado o que está a funcionar bem, implemente novamente rapidamente para não perder o momento.
5. *Monitorizar e repetir*: Para o longo prazo, rever dados e tendências, refinar a implementação, adicionar complexidades e nuances e implementar novamente.

O que queremos dizer com “rede ampla”?

O objectivo da EPOA é engajar pessoas e grupos que o programa não está a alcançar actualmente. Portanto, num certo sentido, “rede ampla” pressupõe restrições mínimas sobre quem pode servir como MP e quantas pessoas podem mobilizar. O programa deve monitorizar os dados dos EP e MP para determinar quais são os EP/MP mais bem-sucedidos e quais as redes com maior taxa de positividade. Este acompanhamento é útil por duas razões. Primeiro, os programas podem dar prioridade de apoio aos MP existentes que contribuem mais para os objectivos do programa e, segundo, ao longo do tempo o recrutamento de novos MP pode tornar-se progressivamente mais direccionado à medida que o programa aprende quais são as características dos MP (dados demográficos, tamanho da rede, comportamentos de risco, etc.) que estão mais associadas com indicadores de sucesso como nível de testagem e taxa de positividade.

Uma “rede ampla” também pode referir-se às localizações geográficas em que a EPOA é implementada. O programa pode ser implementado em muitos locais no início, mas os ciclos subsequentes podem concentrar-se em áreas de maior positividade para tentar saturar a cobertura nessas áreas. No entanto, como mencionado acima, entendemos que as redes de conhecidos e de parceiros sexuais não estão limitadas pela localização geográfica. Assim, os programas de VIH não devem impor limites geográficos rigorosos à mobilização dos pares, mas devem esforçar-se por prestar serviços às pessoas que mais precisam dos serviços. Isso pode ser feito trabalhando com profissionais de saúde privados fora das zonas prescritas pelo PEPFAR; distribuindo kits de teste onde as pessoas estão localizadas ou oferecendo serviços de aconselhamento/referência online. A EPOA esforça-se por envolver grupos no programa que não foram alcançados e fornecer serviços a PC VIH+ que não estão actualmente em tratamento, fundamental para a sua sobrevivência.



Experimentou a EPOA e não funcionou? Por quê?

Pode haver várias razões pelas quais a EPOA não funcionou no seu programa, mas as seguintes são as mais comuns.

- **Não se estende além das redes já existentes**—a EPOA pode não ter sido bem-sucedida porque não se expandiu para além das redes existentes para as quais o programa de educação/mobilização de pares já fornecia serviços. A cadeia de referência seria limitada se os MP seleccionados já fizessem parte do programa e também estivessem a entregar cupões a pessoas já envolvidas. Deve ficar claro desde o início da implementação que, pelo menos, alguns dos MP seleccionados são pessoas que não estão a aceder aos serviços de VIH. Em seguida, à medida que a EPOA está a ser implementada e que os dados são analisados, os MP podem ser seleccionados com base em características específicas associadas com bons resultados como idade, sexo, comportamentos de risco e localização geográfica.
- **Redes limitadas (redes dos EP/MP)**—Idealmente, o programa teria que primeiramente ter medido o tamanho da população da PC que poderia potencialmente alcançar para em seguida determinar se há possibilidade para alcançar indivíduos que actualmente não tenham acesso aos serviços. A estimativa do tamanho da população pode ser feita através de um exercício de mapeamento de espaços físicos, densidade de rede online ou outros meios. Se o tamanho da população for grande e o programa não atingiu níveis de saturação, então a EPOA funcionará. Se a população PC for pequena ou se o programa tiver atingido a maioria dos membros da PC na população, a EPOA pode não atingir os seus objectivos. A EPOA tem sucesso limitado onde as populações de PC são pequenas, fechadas e/ou o programa atingiu saturação.
- **Restrições de orçamento**—Se o programa não tiver fundos suficientes para fornecer incentivos ou ter pessoal adequado, a EPOA pode não ter sucesso. Antes da implementação, os grupos de PC e as OC devem ser consultados sobre que tipo de incentivo (dentro da possibilidade do orçamento) seria mais motivador para as pessoas distribuírem cupões e encorajarem os pares a procurar serviços, e que estrutura de pessoal é necessária para garantir um funcionamento sem problemas.
- **Ausência de alguns componentes de implementação**—Certifique-se de que a EPOA no seu programa inclui todos os seis elementos descritos acima: 1) baseada no desempenho, 2) incentivos (monetários/não monetários), 3) redes de conhecidos e de parceiros sexuais de alto risco, 4) prestação de serviços objetiva e referência para serviços de VIH, 5) recolha e análise de dados e 6) melhoria contínua da qualidade.
- **Falta de recolha, monitorização e acompanhamento de dados**—Os dados da EPOA devem ser recolhidos e monitorizados semanalmente e utilizados para a resolução de problemas. O programa deve monitorizar o fluxo de cupões de um EP para MP e deste para um par e determinar a taxa de positividade para cada rede. Em seguida, devem ser fornecidos mais cupões aos MP mais bem-sucedidos para garantir que o programa está a saturar a sua rede de conhecidos e parceiros sexuais.

- **Análise de dados inadequada**—Os dados devem ser analisados semanalmente para ver, por exemplo, quais EP e MP são os mais bem-sucedidos e/ou que área geográfica com maior taxa de positividade. Em seguida, as análises de dados podem ser partilhadas e discutidas com a equipa e podem ser definidos os passos seguintes para implementação.

Principais pontos/indicadores de dados da EPOA a monitorizar

Indicadores orientados para o processo

- Taxa de retorno dos cupões—N.º distribuídos vs. N.º devolvidos
- Tempo decorrido entre a distribuição do cupão pelo MP e procura de serviços pelos pares
- N.º de níveis de MP
- N.º de PC cadastradas no programa pela EPOA
- N.º de pares PC elegíveis para testagem
- N.º pessoas testadas

Indicadores orientados para resultados

- Taxa da positividade
- Início de TARV

Termos múltiplos mas com significados semelhantes: caso índice, notificação de parceiros e referência voluntária de parceiros (RVP)

Na prática, o caso índice e a notificação de parceiros são essencialmente o mesmo (consulte [a orientação da Organização Mundial da Saúde \[OMS\] de 2016](#)), mas o “caso índice” é o termo genérico que estende a “notificação de parceiros” aos filhos biológicos. Aqui estão algumas definições úteis da OMS:



Caso índice: Esta é uma abordagem de teste VIH na qual é oferecida a possibilidade de fazer um teste VIH ao agregado familiar, aos membros da família (incluindo os filhos) e aos parceiros do utente diagnosticado com o VIH.

Serviços de notificação de parceiros: É um processo de decisão voluntária no qual um profissional de saúde formado pergunta às pessoas diagnosticadas com VIH sobre os seus parceiros sexuais e/ou parceiros no uso de drogas injetáveis e depois, se a pessoa seropositiva concordar, oferece a estes parceiros serviços de testes de VIH. A notificação do parceiro é feita através de abordagens passivas ou assistidas.

Na abordagem passiva, o utente que é o caso índice prefere contactar e referenciar os seus próprios parceiros. As três opções de encaminhamento assistidas são: referência por contrato (por exemplo, os utentes caso índice referenciam os parceiros por conta própria, mas o profissional de saúde contacta os parceiros se não vierem após um período de tempo acordado), referência pelo profissional (por exemplo, o profissional irá contactar o parceiro) e referência dupla (por exemplo, o casal vem fazer o teste junto).

Em todos os casos, a divulgação do estado de VIH de uma pessoa a um parceiro é puramente voluntária. Os profissionais recebem formação para oferecer apoio às pessoas VIH+ que decidem

revelar sua seropositividade a outros. Segundo evidências, ter um apoio para o tratamento melhora a adesão à TARV, aumentando os seus benefícios. No entanto, espera-se que os profissionais também aconselhem as PVVIH sobre os riscos potenciais da partilha do seu estado serológico, de maneira a que excluam os parceiros com os quais possa haver riscos de violência doméstica. O objectivo de todas as abordagens de notificação de parceiros discutidas aqui é colocar as necessidades do utente que é o caso índice, seu próprio tratamento, saúde e bem-estar, no centro do processo de oferecer opções de referência. Fazer isso ajuda a aumentar o conforto das PVVIH para encaminhar parceiros e membros da sua rede.

Se as pessoas seropositivas decidirem revelar o seu estado aos seus parceiros, estes são contactados e o profissional oferece serviços de testagem de VIH. Normalmente, essa abordagem resulta em altas taxas de positividade, mas raramente leva a altos números de referência, porque as PVVIH podem não se sentir confortáveis com ou capazes de nomear todos os seus parceiros sexuais e fornecer informações de contacto. Isto é particularmente verdadeiro para PC VIH+. Daí nasce a modalidade de referência das redes de risco (RRR), descrita a seguir.

Embora as directrizes de notificação de parceiros da OMS se destinem a todas as PVVIH, não são específicas para as necessidades e circunstâncias que os membros da PC enfrentam diariamente. Para abordar esta questão, o LINKAGES realizou grupos focais com membros da PC na República Dominicana. Os participantes enfatizaram a necessidade da natureza voluntária e não coerciva de se contactar parceiros sexuais. Também preferiram o termo “referência” versus “notificação” para enfatizar a abordagem centrada no utente, na qual o foco principal é na pessoa que é diagnosticada com VIH e não no processo de notificação de parceiros que possam ter sido expostos ao VIH.

Em resposta, o LINKAGES desenvolveu o termo “**referência voluntária de parceiros (RVP)**”. Em consonância com a directriz da OMS sobre notificação de parceiros e referência, uma abordagem de RVP apresenta às PVVIH a oportunidade voluntária de identificar cônjuges, parceiros e filhos que possam estar em risco de contrair VIH e oferece as mesmas quatro opções descritas acima (passivo, por contrato, pelo profissional, duplo) para referência das pessoas mencionadas para testagem de VIH e outros serviços. Outras pontos fundamentais na abordagem do RVP são a segurança e a confidencialidade, ambas abordadas durante o aconselhamento com o utente e os parceiros. Os utentes também são aconselhados sobre os riscos e benefícios da divulgação do seu estado e recebem apoio nesse processo, mas a partilha do estado serológico nunca é exigida.

O LINKAGES também define a **abordagem da referência das redes de risco (RRR)**, que visa expandir os potenciais benefícios da abordagem do caso índice entre PC para: 1) fornecer um conjunto expandido de opções de referência realizadas pelo próprio utente VIH+ de acordo com sua preferências; e 2) expandir as referências das PC VIH+ para outros membros da rede para além dos seus parceiros sexuais, parceiros de utilização de drogas injetáveis e filhos biológicos através de referências online e baseadas em cupões (EPOA).

A RRR não requer que a PC VIH+ nomeie - nem saiba sequer os nomes - desses contactos para fazer a referência. Através da abordagem RRR, membros das PC VIH+ distribuem cupões às pessoas nas suas redes de conhecidos e de parceiros sexuais. As abordagens das tecnologias da informação e da comunicação também podem ser utilizadas para aumentar as referências. Por exemplo, pode ser configurado um sistema para permitir que o utente introduza os números de telefone dos seus contactos para que recebam uma mensagem de texto com um link para um sítio web onde poderiam marcar uma consulta para o teste de VIH;

ou poderiam mesmo fornecer aos membros das suas redes o autoteste de VIH, fazendo referências ou distribuindo kits de autoteste de VIH. Estas estratégias de RRR permitem que as pessoas VIH+ façam essas referências sem revelar a fonte de referência. Tanto a RVP como a RRR procuram adaptar as abordagens tradicionais de caso índice para os tornar mais relevantes e atraentes para as PC.

Em que a EPOA e a RRR são semelhantes?

Tanto a EPOA como a RRR:

1. São estratégias lideradas por pares para acelerar o controlo da epidemia, promovendo a prevenção e testagem do VIH, a detecção de casos positivos e vinculação ao tratamento
2. Oferecem às PC uma opção ampliada, fácil, autodirigida e até mesmo anónima para fazer referências online, referências com uso de tecnologia móvel e referências a partir de cupões de um conjunto mais amplo de membros da rede que acreditam que podem se beneficiar dos serviços de VIH
3. Podem incluir referências de pessoas seronegativas de alto risco, caso isso tenha benefícios estratégicos de prevenção e tratamento e ajude a prevenir a revelação inadvertida do estado serológico de outras pessoas
4. Pode envolver quadros de pessoal dos espaços clínicos, comunitários e virtuais

Em que se diferenciam a EPOA e a RRR?

A EPOA expande o âmbito, o impacto e eficiência do *programa de educação/mobilização de pares* em ambientes comunitários. A RRR *envolve utentes VIH+ na referência voluntária de parceiros* em ambientes clínicos, comunitários e virtuais (ver também **tabela 1**). Embora tanto a EPOA como a RRR são lideradas por pares, têm critérios diferentes, embora se sobreponham.

As vantagens da RRR são:

- Oferece a possibilidade de uma abordagem mais orientada, porque o EP que recruta um MP em contextos de sensibilização, como na EPOA, geralmente não sabe o estado de VIH do MP, mas na RRR os profissionais que lidam com o utente sabem seu estado serológico.
- Pessoas de alta prioridade podem ter sido contactadas anteriormente por um EP e recusado ser um MP na EPOA, mas a RRR oferece uma oportunidade de voltar a envolvê-las.
- A EPOA visa especificamente utentes atingidos pela educação/mobilização de pares, ao passo que a RRR apresenta a oportunidade de alargar o recrutamento orientado de pares para utentes que vão a ambulatórios.

TABELA 1. As diferenças entre EPOA e RRR

	EPOA	RRR
OBJECTIVO PRINCIPAL	Expandir a cobertura dos serviços de educação/mobilização de pares para melhorar o seu impacto e eficiência. A detecção de casos positivos é a principal medida de resultado.	Expandir o âmbito e o impacto da RVP. A detecção de casos positivos, início da TARV, adesão à TARV e a supressão da carga viral são medidas de resultados primárias.
MÉTODOS DE REFERÊNCIA	Centra-se no envolvimento comunitário dos MP em redes de alto risco, com utilização cupões para referenciar membros da rede.	Centra-se no envolvimento de utentes VIH+ em ambientes comunitários, clínicos e virtuais para referenciar membros da sua rede através de uma série de estratégias físicas, móveis e online de acordo com as suas preferências.
PONTO DE ENTRADA	Atividade de educação/mobilização de pares	Múltiplos: Atividade de educação/mobilização de pares, serviços de testagem, tratamento, apoio comunitário e clínico, testes de carga viral.
PARTILHA DO ESTADO SEROLÓGICO	O estado serológico do EP e/ou MP pode não ser conhecido pela equipa do programa e/ou pares.	O estado serológico VIH do utente caso índice é conhecido pelo pessoal do programa que está a lhe prestar serviços.
PONTO FUNDAMENTAL	Expansão da cobertura dos serviços para membros da PC que nunca se envolveram no programa antes.	Abordagem centrada no utente VIH+, a prioridade é garantir a sua saúde e bem-estar. A equipa que apoia a RRR deve ser capaz de orientar e fazer a ligação do utente às opções para referência de membros da rede.

Principais termos

O que é “alto risco para o VIH”?

- ▶ É quando alguém se envolve em comportamentos de alto risco que o coloca em possível exposição ao VIH através de fluidos corporais (i.e., sangue, sémen, fluidos vaginais). Exemplos de comportamentos de risco incluem ter múltiplos parceiros sexuais, ter relações sexuais desprotegidas e reutilizar/partilhar agulhas para injectar drogas. As pessoas também podem ter alto risco para apanhar o VIH se tiverem relações sexuais ou partilharem agulhas com um parceiro que tenha comportamentos de alto risco.

O que é uma “rede de alto risco”?

- ▶ Muitas vezes, as pessoas associam-se a pares com comportamentos semelhantes aos seus, como por exemplo trabalham numa área semelhante, praticam mesmo desporto ou desfrutam do mesmo passatempo. Também podem ser comportamentos que os colocam em risco de contrair o VIH, como beber muito álcool, ter relações sexuais com múltiplos parceiros, ter relações sexuais em troca de dinheiro e não usar preservativo.

O que é um mobilizador de pares “bem-sucedido” na EPOA?

- ▶ Um MP “bem-sucedido” é aquele que distribui cupões aos seus pares que, subsequentemente, procuram e são elegíveis para os serviços de VIH. São fornecidos incentivos a um EP e MP se um par na sua cadeia de mobilização for elegível e receber o serviço de VIH. Este é o primeiro nível de sucesso. O segundo nível de sucesso cabe ao programa determinar e baseia-se no número de indivíduos recém-cadastrados que são diagnosticados com VIH e que iniciam a TARV. A análise e de dados é necessária para 1) determinar se uma cadeia de mobilização de EP e MP foi bem-sucedida no aumento da procura de serviços de VIH, e 2) se melhoraram os indicadores baseados no desempenho.

O que significa “fidedignidade”?

- ▶ A “fidedignidade” de uma intervenção específica significa que esta é implementada com precisão de acordo a metodologia original da intervenção. Para que se possa afirmar que o programa está a “implementar a EPOA”, este tem de conter os seis componentes listados acima (ou seja, baseado no desempenho, em incentivos, em redes de alto risco, em ligações com os serviços, recolha e análise de dados, melhoria contínua da qualidade). Se o programa não implementar todos esses seis elementos, então trata-se de uma variação de EPOA, mas não é EPOA.

Pergunta e respostas

1. A EPOA deve ser contínua ou temporária? Com que frequência deve ser realizada a EPOA?

Depende. Muitos programas LINKAGES na Ásia incorporaram a EPOA nas suas actividades de trabalho de educação/mobilização de pares como um pacote padrão, enquanto outros programas LINKAGES estão a implementar a EPOA de forma limitada no tempo. Cada programa deve implementar a EPOA de acordo com seus recursos humanos e financeiros, o tamanho da comunidade potencial da PC a ser alcançada, as preferências das OC e outros factores contextuais e programáticos fundamentais. Pequenas comunidades de PC provavelmente não precisam de uma EPOA contínua porque as redes podem ficar saturadas, mas as comunidades de PC maiores poderão beneficiar-se.

2. Como integrar os princípios da EPOA na rotina de programação?

Por favor, consulte a secção sobre “os principais componentes da EPOA” para os princípios básicos que são necessários para integrar a EPOA na rotina de programação.

3. Tenho de dar apenas três a cinco cupões?

O programa pode começar com a distribuição de três a cinco cupões e disponibilizar mais cupões aos MP quando estes tiverem sido retornados. Além disso, se um MP ainda

estiver motivado e envolvido na actividade e disposto a continuar a distribuir cupões, pode ser eficaz então dar-lhe mais cupões para saturar a sua rede de conhecidos ou parceiros sexuais.

4. Como podemos decidir que incentivos oferecer?

As decisões de incentivos devem ser baseadas no que o orçamento do seu programa pode realisticamente suportar. Deve também consultar a comunidade da PC acerca dos incentivos que seriam mais motivadores.

5. Quem recebe incentivos e para quê?

Tradicionalmente, os EP e os MP recebem incentivos com base em determinados indicadores programáticos, tais como número de pessoas que mobilizaram para o programa, número de pessoas elegíveis para o teste de VIH (por exemplo, não testadas nos últimos 3 meses), e início da TARV.

Note que o estado serológico positivo para VIH não é um indicador para o que um EP ou MP receba um incentivo, mesmo que o objectivo do programa seja encontrar pessoas VIH+. No entanto, o programa pode oferecer recompensas às equipas ou à equipa do programa que executam uma EPOA que optimiza a detecção de casos positivos, seleccionando e voltando a seleccionar os pares certos de forma adaptável. Isto é categoricamente diferente de dar incentivos ao MP pela detecção de casos positivos.

6. Com que rapidez devo dar os incentivos aos EP e MP?

Quanto mais rápido puder dar os incentivos, melhor. Normalmente, os incentivos são dados quinzenalmente ou mensalmente. É importante comunicar o prazo de recebimento do incentivo aos EP/MP para que saibam o que esperar.

7. Quando é que o programa deve dar incentivos ou parar de dar incentivos monetários?

O principal componente da EPOA são os incentivos, mas o incentivo não tem de ser necessariamente monetário. Os incentivos não monetários podem incluir bilhetes de cinema, saldos para telemóveis e cupões de refeição. Outro exemplo de um incentivo não monetário é um incentivo organizacional como o reconhecimento à OC com melhor desempenho durante uma reunião trimestral com um certificado ou felicitar individualmente o MP com melhor desempenho durante um evento. Um programa nacional decidiu parar de dar incentivos monetários depois de descobrir que muitos pares não elegíveis estavam a chegar aos serviços de VIH com base apenas nos incentivos. Depois de removidos os incentivos monetários, os EP/MP foram motivados a encaminhar os seus pares para os serviços de VIH com base na elegibilidade (por exemplo, não testados nos últimos três meses ou que interromperam a TARV) e na necessidade (por exemplo, comportamentos de alto risco).

8. Onde devem estar localizados os serviços?

O nosso objectivo é maximizar o acesso aos serviços pelas PC. Assim, os serviços devem ser localizados onde os membros da PC preferem aceder a esses serviços. Devemos também oferecer serviços diferenciados para que haja opções suficientes para atender a uma variedade de necessidades.

9. Como podemos seleccionar EP e MP bem-sucedidos?

Os EP e MP são seleccionados dentro de um grupo de PC com base na sua vontade para distribuir cupões, nível de risco para o VIH, tamanho da sua rede, competências de comunicação, idade e localização. No entanto, não saberá se são bem-sucedidos até se recolher dados e analisar as suas redes para determinar se mobilizaram alguém que era um membro da PC, elegível para o serviço de VIH e seropositivo. Se um MP mobilizar alguém que é seropositivo ou precisa de ser reiniciado no tratamento, o programa poderia trabalhar mais estreitamente com esse MP para tentar saturar a rede dessa pessoa. Os pares na rede do MP também devem ser encorajados a tornar-se MP.

10. Como mantemos os MP bem-sucedidos no programa?

Por meio da recolha, monitoramento e análise dados para ver quais MP são bem-sucedidos na mobilização de membros elegíveis da PC com maior probabilidade de serem seropositivos. Deve contactar esses MP, dar-lhes mais cupões e encorajá-los a distribuir os cupões a outras pessoas nas suas redes. Deve

também pedir-lhes que encorajem os seus contactos a tornar-se MP. Além disso, um tipo específico de incentivo ou a possibilidade de um MP se tornar um EP pode motivar os MP a permanecer envolvidos.

11. Como apoiar um MP bem-sucedido?

Para tentar melhorar o desempenho do MP, o EP pode incentivar o MP a distribuir cupões aos seus pares e informar os MP sobre os incentivos que receberão se um dos seus pares procurar os serviços e for elegível para o teste. O EP também pode preparar o MP sobre o que dizer aos seus pares quando lhes der um cupão. No entanto, se o MP continuar a não ter capacidade de resposta nem ser bem-sucedido, então esse MP deve ser gradualmente retirado da EPOA e se recrutar outro MP.

12. Como deve retirar gradualmente um MP do programa?

A gestão adaptativa é quando o programa trabalha com MP menos bem-sucedidos para os ajudar a ser mais eficazes. Isto pode ser feito de várias maneiras, tais como juntar um MP menos bem-sucedido com um MP bem-sucedido para ter formação sobre como melhorar o desempenho ou discutir o seu estilo de trabalho para ver se podem ser encontradas soluções. Embora a maioria dos MP melhore o seu desempenho, pode haver alguns indivíduos que não melhoram e necessitem de ser retirados do programa.

13. Porque devo monitorizar o número de utentes que procuram os serviços de VIH em certas redes de EP/MP?

Um dos principais objectivos da EPOA é alcançar as redes de PC que não estão a aceder aos serviços de VIH e que se beneficiariam desses serviços. Análises como quais pares vêm de que redes de EP/MP, a elegibilidade dos pares para serviços e o estado serológico são essenciais para que o programa continue a envolver EP/MP bem-sucedidos. O acompanhamento e a análise dos dados também permitirão que o programa faça o acompanhamento de MP menos bem-sucedidos para os motivar e formar para melhorar e/ou encontrar outros MP que estejam dispostos a envolver-se na EPOA.

14. Onde posso obter ferramentas para analisar dados EPOA?

Para a análise de rotina dos dados da EPOA, pode utilizar a ferramenta de análise padronizada desenvolvida pelo Departamento de Informações Estratégicas do LINKAGES. No entanto, a ferramenta necessita de ser adaptada para os programas específicos com base nos respectivos esquemas de incentivos e nas variáveis utilizadas para acompanhar o desempenho da EPOA.

