



JANEIRO 2017

POPULAÇÕES CHAVE GUIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS



O presente guia para implementação de programas foi possível graças ao generoso apoio do Povo Americano através da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e do Plano Presidencial de Emergência para Luta Contra o SIDA (PEPFAR). O conteúdo é da responsabilidade do projecto LINKAGES e não reflecte necessariamente as opiniões da USAID ou do Governo dos Estados Unidos da América.

O guia para implementação de programas foi criado pela equipa técnica do projecto LINKAGES. Agradecemos à Organização Mundial da Saúde pelas suas contribuições na área do Programa: Serviços Clínicos. Também agradecemos a Universidade de Manitoba e aos consultores do projecto LINKAGES, que ofereceram contribuições essenciais. Estamos particularmente gratos aos membros das equipas nacionais do projecto LINKAGES que ofereceram feedback valioso para a versão preliminar de um workshop no Quênia em Fevereiro de 2016. Agradecemos a Fundação Bill & Melinda Gates pelo seu apoio técnico e financeiro e a James Baer pela sua assistência na redacção do guia de implementação.

Citação recomendada: Key Population Program Implementation Guide. Washington (DC): FHI 360/LINKAGES; January, 2017.

POPULAÇÕES CHAVE GUIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS

JANEIRO 2017



ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Introdução..... | 2 |
| <i>Quem Deve Usar este Guia?</i> | 3 |
| <i>Como Usar este Guia de Implementação</i> | 4 |
| <i>Índice das Áreas do Programa e Elementos do Programa</i> | 6 |
| Glossário | 8 |
| Abreviaturas | 10 |
| Áreas do Programa e Elementos do Programa | 11 |
| | |
| ANEXO 1. Tabela de responsabilidades pelos Elementos da implementação do Programa.. | 92 |
| ANEXO 2. Modelo de indicadores de monitoria | 94 |
| ANEXO 3. Modelo de organigrama para os serviços de proximidade..... | 95 |
| ANEXO 4. Lista de documentos de referência | 96 |
| ANEXO 5. Lista de verificação para auto-avaliação..... | 101 |

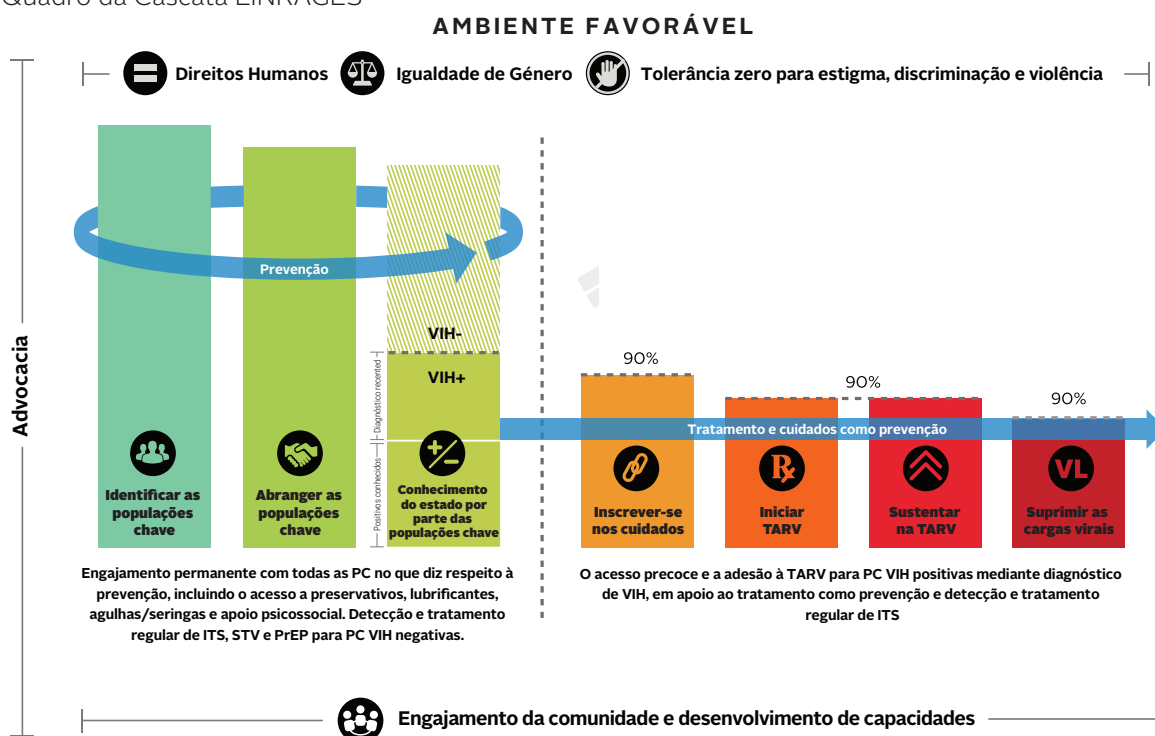
INTRODUÇÃO

As populações chave - trabalhadoras do sexo, homens homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais e pessoas que injectam drogas – são afectadas pelo VIH de forma desproporcional. Ao mesmo tempo, o estigma, discriminação e a ameaça de processo criminal enfrentados pelas populações chave em todo o mundo constituem graves barreiras para poderem ter acesso a cuidados sanitários de qualidade e sustentados nos seus direitos.

O projecto LINKAGES (Ligações para Serviços e Cuidados Continuados para Populações Chave Afectadas pelo VIH) apoiado pelo Plano Presidencial para Alívio da SIDA (PEPFAR) e pela Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), visa acelerar a capacidade dos governos parceiros, organizações chave da sociedade civil lideradas pelas populações chave e provedores do sector privado, para planear, prestar e otimizar serviços de prevenção, cuidados e tratamento do VIH completos e de escala para reduzir a transmissão do VIH entre as populações chave e prolongar a vida de quem é VIH positivo. LINKAGES é uma parceria com 25 países em África, Ásia e nas Caraíbas.

FIGURA 1.

Quadro da Cascata LINKAGES



A abordagem LINKAGES é resumida na cascata de serviços para prevenção, diagnóstico, cuidados e tratamento do VIH (**veja a Figura 1**). A Cascata está alinhada com o objectivo 90–90–90 das Nações Unidas – até ao ano 2020 90% das pessoas que vivem com o VIH conhecerão o seu estado VIH, 90% das pessoas diagnosticadas com infecção VIH receberão terapia antiretroviral (TARV) sustentada e 90% das pessoas a receberem TARV terão supressão viral (**Figura 2**).

FIGURA 2.

Metas 90–90–90 da ONUSIDA para 2020



LINKAGES criou uma Iniciativa Global de Aceleração de Programas que usará as suas parcerias existentes para acelerar e fortalecer a prestação de um pacote de serviços completos e de escala. Este guia de implementação integra a iniciativa. Embora o guia possa ajudar parceiros que trabalham com a LINKAGES a nível nacional, tais como os Ministérios da Saúde, o guia foi concebido para os programas nacionais do LINKAGES.

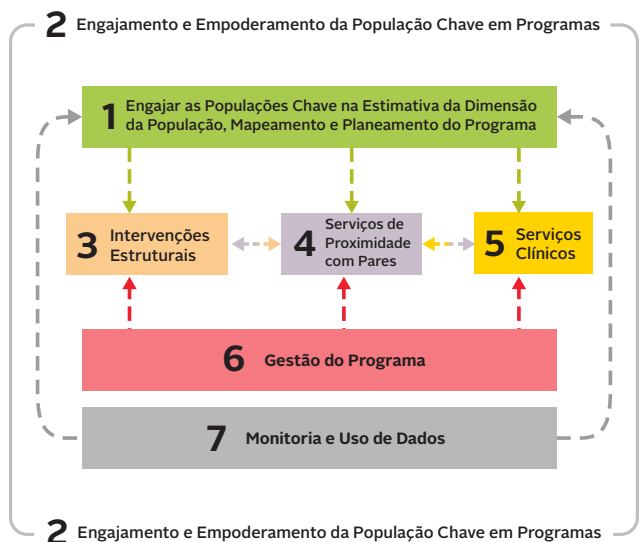
QUEM DEVE USAR ESTE GUIA?

Este guia de implementação será útil para funcionários do LINKAGES para as operações do programa e para organizações que implementam o programa LINKAGES a nível local (“no campo”). Embora o guia possa ajudar parceiros que trabalham com a LINKAGES a nível nacional, tais como os Ministérios da Saúde, o guia foi concebido para os programas nacionais do LINKAGES.

O guia não é exaustivo. Ele não cobre todas as intervenções que poderiam ser úteis e não entra em muito detalhe sobre cada aspecto de uma intervenção. Pelo contrário, tem em vista fornecer informação sobre os elementos essenciais do programa LINKAGES e ajudar a padronizar os programas nacionais com base em intervenções de alta qualidade e comprovadas noutros países.

Em muitos países do LINKAGES, alguns destes elementos já podem estar em vigor e podem estar a funcionar bem. O anexo 5 fornece uma lista de verificação simples com base no guia de implementação para avaliar os programas existentes e identificar lacunas ou ideias para desenvolvimento e melhoria dos programas. É importante notar que a implementação detalhada destas intervenções pode estar sujeita as directrizes e padrões nacionais.

FIGURA 3.

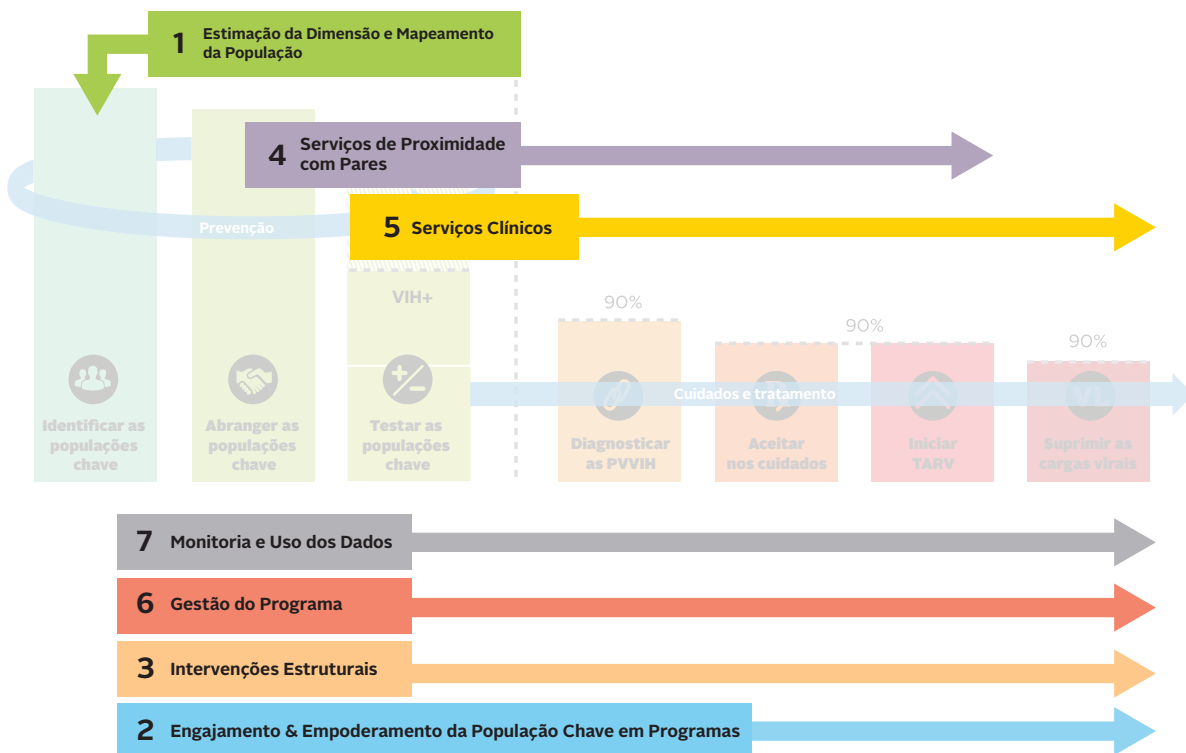


COMO USAR ESTE GUIA DE IMPLEMENTAÇÃO

Este guia está dividido em sete capítulos, cada um abrangendo uma área específica do programa. Na **Figura 3**, eles estão numerados de 1 a 7, ilustrando o ciclo do programa. **Engajar as populações chave na estimativa da dimensão da população, mapeamento e planeamento do programa** (1) é a primeira fase de planificação de um programa. Isto faz parte de um processo de mobilização da população chave que continua com **o empoderamento e engajamento da população chave em programas** (2) e constitui o contexto para todo o ciclo do programa de continuação do desenvolvimento, implementação, gestão e monitoria do programa. O programa

FIGURA 4.

Áreas de aceleração do programa e a Quadro da Cascata LINKAGES



é implementado através de **intervenções estruturais** (3), **serviços de educadores de pares** (4) e **serviços clínicos**, que estão interrelacionados. **Gestão do programa** (6) garante alta cobertura das populações chave com intervenções e serviços de alta qualidade. **Monitoria e uso dos dados** (7) também ajuda a fortalecer o alcance e qualidade dos serviços e revalidar as estimativas da dimensão da população para que o programa possa ser refinado.

Cada área do programa é relevante para pelo menos uma parte da Cascata LINKAGES e várias áreas são relevantes dentro de toda a Cascata (**Figura 4**).

Neste guia, cada área de programa está dividida em múltiplos “elementos” e cada elemento dividido em diversos passos. Os elementos encontram-se listados na página seguinte, a qual serve de índice. Pressionar “Ctrl” no teclado e clicar em qualquer elemento do índice levá-lo-á para esse elemento na parte principal do guia.

ÍNDICE DAS ÁREAS DO PROGRAMA E ELEMENTOS DO PROGRAMA

1 Engajar as Populações Chave na Estimativa da Dimensão da População, Mapeamento e Planeamento do Programa

- 1 Estimativa da dimensão e mapeamento da população a nível nacional
- 2 Estimativa da dimensão e mapeamento da população a nível local
- 3 Estimativa da dimensão e mapeamento da população a nível do foco
- 4 Planear o programa usando dados do mapeamento e da estimativa de dimensão

2 Engajamento e Empoderamento da População Chave em programas

- 1 Desenvolver o quadro de pessoal dos programas e equipas por membros da população chave
- 2 Estabelecer centros de apoio
- 3 Apoiar grupos da população chave através de capacitação e fortalecimento organizacional
- 4 Promover a supervisão dos serviços clínicos e outros serviços pela comunidade da população chave

3 Intervenções Estruturais

- 1 Identificar, desenhar e implementar estratégias para prevenir e responder à violência contra membros da população chave
- 2 Desenvolver estratégias para a redução do estigma nos sectores de cuidados sanitários

4 Serviços de Proximidade com Pares

- 1 Mapear ou validar as populações chave e definir metas para os serviços de proximidade
- 2 Desenvolver ou adaptar ferramentas de micro-planificação
- 3 Recrutar educadores de pares
- 4 Formar educadores de pares
- 5 Implementar e gerir os serviços de proximidade
- 6 Oferecer formação avançada e apoio para desenvolvimento profissional
- 7 Apoiar a retenção nos cuidados de membros da população chave VIH positivos
- 8 Expandir as actividades de educação aos membros da população chave através da Mobilização Melhorada de Pares (opcional)

5 Serviços clínicos

Considerações gerais para estabelecimento e provisão de serviços clínicos para as populações chave:

- 1 Avaliar os serviços actuais e as necessidades da população chave em termos de serviços
- 2 Organizar serviços efectivos, de alta qualidade, disponíveis e acessíveis
- 3 Organizar sistemas de referência e seguimento das referências

Considerações para serviços clínicos específicos:

- 4 Promoção de preservativos e lubrificantes
- 5 Serviços ITS
- 6 Profilaxia pré-exposição (PrEP)
- 7 Profilaxia pós-exposição (PPE)
- 8 Serviços de testagem VIH (STV)
- 9 Terapia antiretroviral (TARV)
- 10 Prevenção, detecção de casos e manejo de infecções e co-infecções comuns
- 11 Redução de danos para pessoas que injectam drogas
- 12 Outras toxicodependências e alcoolismo
- 13 Serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar
- 14 Resposta a violência sexual
- 15 Cuidados de saúde mental

6 Gestão do Programa

- 1 Contratar, admitir e formar pessoal
- 2 Definir e implementar políticas e procedimentos sobre segurança dos dados, confidencialidade e ética
- 3 Estabelecer sistemas para supervisão e apoio técnico

7 Monitoria e Uso dos Dados

- 1 Desenvolver e adaptar ferramentas para recolha de dados
- 2 Garantir a qualidade na recolha, análise e relatório de dados
- 3 Rever regularmente e analisar dados, usar para planificação de programas

GLOSSÁRIO

Artigo para prevenção: Um artigo para prevenção é um item que pode ser usado para proteger uma pessoa contra contrair o VIH ou outra doença transmitida pelo sangue. Os artigos de prevenção incluem preservativos e lubrificantes, agulhas e seringas para as pessoas que injectam drogas, outro equipamento para injeção de drogas (ex. equipamento esterilizante e filtros) e medicamentos para implementar PrEP e PEP.

Detentores de poder e actores: Pessoas com poder são pessoas, grupos ou organizações que detêm e usam poder de uma forma que afecta a população chave. Eles podem ser agentes da polícia, gangues criminais, proprietários de bordéis ou chulos, organizações religiosas e grupos militares ou paramilitares. Actores são pessoas ou organizações que têm uma relação com a população alvo e um interesse naquilo que lhes acontece. Actores podem ser provedores de serviços clínicos, psicossociais ou jurídicos; a família, amigos, ou comunidade geral de membros da população alvo; a polícia; ou líderes religiosos. Como estará claro, os actores também podem ser pessoas no poder.

Foco: Um local ou área específica onde membros da população chave se reúnem. Por exemplo, foco pode ser um bar onde as trabalhadoras do sexo encontram clientes ou onde homens conhecem outros homens para combinar encontros sexuais; pode ser um parque ou sanitário público onde os encontros sexuais tenham lugar; um bordel onde as trabalhadoras do sexo trabalhem; ou um local isolado ou casa privada onde as pessoas se juntem para injectarem drogas juntas. Dado que alguns membros da população alvo usam cada vez mais a Internet para se conectarem, páginas na internet e as redes sociais também podem ser vistos como focos “virtuais” onde pode acontecer a definição de programas para população chave, tais como informação, educação e

comunicação direcionada.

Participação: Neste guia de implementação, participação é o envolvimento activo de membros da população chave na planificação, desenho e implementação de programas. A participação significativa das populações chave é essencial para criar confiança e estabelecer relações que tornarão os programas efectivos a longo prazo. A participação é significativa quando a população chave escolhe a forma como é representada no processo de planificação e desenho de programas e quem a vai representar. Também significa que as suas opiniões, ideias e contribuições recebem peso igual, juntamente àquelas das pessoas que não são membros da população chave.

População chave: Estes grupos que são caracterizados por um comportamento ou identidade de género, que correm alto risco de contrair o VIH. No contexto do VIH e do LINKAGES, população chave são as trabalhadoras do sexo, homens homossexuais e homens que fazem sexo com homens, pessoas transexuais e pessoas que injectam drogas. O seu risco de VIH está associado aos seus comportamentos, mas também a factores estruturais, tais como discriminação, estigma, violência, pobreza, criminalização e falta de acesso aos serviços de saúde. Para definições mais próximas desta população chave, veja o Jogo de Ferramentas de Monitoria, Secção 1.2. “membros da população chave” são pessoas numa população chave; portanto trabalhadoras do sexo são uma população chave e uma trabalhadora do sexo é membro de uma população chave.

Sensibilização: Sensibilização é o processo de ajudar uma pessoa ou instituição a aprender sobre populações chave e entender melhor as identidades e vidas de membros da população

chave e as dificuldades particulares que muitos deles enfrentam. A sensibilização pode incluir falar sobre comportamentos sexuais ou de injeção de drogas, orientação sexual (no caso de homens que fazem sexo com homens) ou identidade de género (no caso de pessoas trans). Sensibilização também inclui explicar o estigma, discriminação e violência enfrentada por muitos membros da população chave e ajudar as pessoas ou instituições a garantir que não estigmatizam nem discriminam membros da população chave. A sensibilização é frequentemente mais efectiva quando efectuada pelos próprios membros da população chave.

ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| DIC | Centro de apoio |
| FNUAP | Fundo das Nações Unidas para a População |
| HSH | Homens que fazem sexo com homens |
| IO | Infecção oportunista |
| ITS | Infecção de transmissão sexual |
| LINKAGES | Ligações nos Serviços VIH Continuados para Populações Chave Afectadas pelo VIH |
| M&A | Monitoria e avaliação |
| MMP | Mobilização Melhorada de Pares |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONUSIDA | Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA |
| OST | Terapia de substituição de opiáceo (tratamento assistido com metadona) |
| PEPFAR | Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio do SIDA |
| POP | Procedimentos operacionais padrão |
| PPE | Profilaxia pós-exposição |
| PrEP | Profilaxia pré-exposição |
| PVVIH | Pessoas que vivem com o VIH |
| SR | Saúde reprodutiva |
| STV | Serviços de testagem do VIH |
| TARV | Terapia antiretroviral |
| TB | Tuberculose |
| TdR | Termos de referência |
| TPP | Tratamento periódico preventivo |
| TS | Técnico de saúde |
| US | Unidade de saúde |
| USAID | Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional |

1. Neste Guia de Implementação cada Área do Programa está na forma de tabela.

2. Dentro de cada Área de Programa existe um ou mais Elementos – os componentes essenciais dessa Área do Programa.



ÁREA DO PROGRAMA 3. Intervenções Estruturais

ELEMENTO 3.1 Identificar, Conceber e Implementar Estratégias Para Prevenir e Responder à Violência Contra Membros da População-Chave

Existem muitos cargos dentro de um programa que se adequam a membros da população chave. Engajar, apoiar e remunerar educadores de pares e navegadores de pares são abordados na Área de Programa 4.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Trabalhar com membros da população chave, identificar e priorizar componentes do programa onde sejam necessários ou serão benéficos para os membros da população chave | ■ ● | | SWIT 1.2.3 MSMIT 1.2.2 | Cargos podem incluir supervisores dos serviços de proximidade, funcionários do centro de apoio (veja o Elemento 2.2) e funcionários do serviço de saúde. (Veja também a Área de Programa 4) |

3. Para cada Elemento, existe uma série de Actividades de Implementação numeradas. Estes são os passos que vão ajudar a por esse Elemento em acção. A maioria dos elementos têm menos de 10 passos. Na maioria dos casos, estas actividades devem seguir a sequência, mas ocasionalmente podem sobrepor-se ou ocorrerem simultaneamente.

4. O ponto indica aproximadamente quando a actividade deveria ser realizada durante o ciclo de vida do programa. A fase de “Arranque” é mais ou menos nos primeiros quatro meses, quando esta Área do Programa está a ser estabelecida. A fase de “Expansão” abrange actividades depois de cerca de quatro meses.

5. Esta coluna inclui referências a outros materiais de recurso, incluindo o Jogo de Ferramentas de Monitoria LINKAGES, outras publicações sobre programas com populações chave e itens nos anexos no fim deste Guia. Vide no Anexo 4 a lista destes recursos.

6. A Coluna das Notas oferece curtas explicações adicionais das abordagens gerais para implementação de cada Elemento ou orientações mais específicas sobre o conteúdo das Actividades de Implementação.

1

ÁREA DO PROGRAMA 1. Engajar as Populações Chave na Estimativa da Dimensão da População, Mapeamento e Planeamento do Programa

Os membros das populações chave são essenciais para o planeamento, implementação e monitoria de programas. Isto inclui todas as áreas de programa listadas neste guia de implementação. É fundamental engajar com organizações e redes de membros da população chave antes de dar início à estimativa da dimensão da população e mapeamento, e para desenvolver estas actividades com a sua participação, dado que os seus conhecimentos e perspectivas irão tornar estas actividades – e as posteriores formulações de programas – mais eficazes. Igualmente importante, engajar com as populações chave desde o início irá facilitar o empoderamento das mesmas.

ELEMENTO 1.1 Estimativa da Dimensão da População e Mapeamento a Nível Nacional

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Engajar com organizações ou redes de populações chave a nível nacional para coordenar a estimativa da dimensão da população e o mapeamento a nível nacional. | ■ | | Instrumento 1 | <p>O engajamento pode incorporar a maioria ou todos os elementos seguintes, de acordo com o contexto nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do programa a líderes de organizações ou redes a nível nacional • Formação de um grupo principal de actores para consulta, contributos e participação no desenvolvimento do programa • Participação e consulta regulares de acordo com os prazos fixados • Actualizações regulares para aumentar a comunidade em progresso da população chave • Evento de lançamento do programa |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 2. Recolher e avaliar os dados de exercícios anteriores de mapeamento ou estimativa da dimensão e estudos da prevalência do VIH e determinar a necessidade de ulterior mapeamento. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.1, 4.2 Jogo de Ferramentas de Monitoria | <p>A ausência de mapeamento a nível nacional ou estimativas da dimensão da população não deve impedir os programas de fazerem planos a nível local e dos focos. Mapeamento dos membros da população chave a nível local e dos focos (Elemento 1.2 e Elemento 1.3) pode ser suficiente para iniciar programas; estimativas da dimensão da população recolhidas a estes níveis podem validar os números nacionais.</p> <p>Fontes úteis de dados da prevalência do VIH incluem estudos nacionais, dados PTV (prevenção da transmissão vertical) e dados da testagem VIH. A dimensão dos centros urbanos a serem mapeados dependerá da densidade populacional no país. E alguns contextos pode ser aconselhável mapear 80% dos centros urbanos para garantir estimativas precisas da dimensão.</p> <p>Nos países onde há evidências da ocorrência de trabalho sexual primariamente em zonas rurais, o mapeamento também deve focar numa selecção de zonas rurais.</p> <p>Sempre que possível, o mapeamento deve acontecer em colaboração com representantes da população chave.</p> <p>Devem ser mantidos padrões éticos estritos para garantir que o mapeamento não seja intrusivo e não perigoso para nenhum membro da população chave. Veja o Jogo de Ferramentas de Monitoria (Questões Éticas no mapeamento) e o Elemento 6.2</p> |
| 3. Mapeie a população chave numa grande proporção (ex. 70%) de centros urbanos com uma população geral acima de 5.000. | ■ | | | |
| 4. Compilar, comparar e analisar dados para finalizar estimativas para cada tipo de população chave. | ■ | | | |
| 5. Priorizar programas para saturar a cobertura em áreas geográficas com a maior população chave (Elemento 1.4). | ■ | | | |
| | | | | |

ELEMENTO 1.2 Estimativa da Dimensão da População e Mapeamento a Nível Local

O nível local é o nível onde o parceiro de implementação está a trabalhar. Pode ser um povoado ou distrito ou uma área definida dentro de um povoado ou distrito.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Engajar com organizações, redes ou grupos locais de membros da população chave para planear actividades de mapeamento e estimativa da dimensão. | ■ | | | <p>O engajamento pode incorporar a maioria ou todos os elementos seguintes, de acordo com o contexto nacional e do programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do programa a líderes de organizações, redes ou grupos da população chave • Formação de um grupo principal de actores para consulta, contributos e participação na estimativa da dimensão da população e mapeamento • Participação e consulta regular de acordo com os prazos fixados • Actualizações regulares para a comunidade em progresso da população chave |
| 2. Efectuar o mapeamento e estimativas de dimensão dentro do povoado ou distrito para de populações chave dentro da zona. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.1.2 | Os membros da população chave devem estar directamente envolvidos nas actividades de mapeamento e estimativa da dimensão. |
| 3. Comparar e analisar dados. | ■ | | | |
| 4. Priorizar programas para saturar a cobertura em áreas específicas com os maiores números de membros da população chave e os membros da população chave que correm maior risco e são mais difíceis de alcançar. | ■ | | | |

ELEMENTO 1.3 Estimativa da Dimensão da População e Mapeamento a Nível do Foco

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Formar e apoiar membros da população chave para efectuarem o mapeamento e estimativas da dimensão dos focos para localizar precisamente membros da população chave, incluindo “subtipos” e identificar os serviços existentes e potenciais locais para outros serviços (ex. centros de apoio e clínicas). | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.1.2 Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramentas 1, 1A, 1B | Uma população chave pode consistir em “subtipos”. Por exemplo, trabalhadoras do sexo podem trabalhar na rua, em bordéis ou em casa; e alguns HSH podem ser trabalhadores do sexo enquanto outros não. Membros da população chave que efectuem esta microplanificação podem ir trabalhar como educadores de pares. Os educadores de pares devem desenvolver microplanos para identificar e localizar as pessoas que são responsáveis por abranger cada mês. |
| 2. Conduzir regularmente a validação de sítios (de seis em seis meses) para manter os dados do mapeamento e dos sítios actualizados. | | ■ | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 2 | Para mais detalhes veja o Elemento 4.1. |

ELEMENT 1.4 Planear o Programa Usando Dados do Mapeamento e da Estimativa de Dimensão

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|-------|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Usar os dados do mapeamento e da estimativa de dados para definir os denominadores do programa. | ■ | | | |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 2. Calcular o número de pontos de serviço necessários numa área do programa. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.2 e 4.3 Elemento 2.2 | Pode ser necessário ajustar número de membros da população chave por unidade se estiverem muito dispersos numa área geográfica (ex. zonas rurais) ou se a geografia dificultar imenso as deslocações (ex. zonas montanhosas). |
| 3. Avaliar a infra-estrutura existente (ex. clínicas) e aquilo que é necessário a nível da unidade (escritório do projecto, centros de apoio ou serviços clínicos). | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.3.1 e Ferramenta 2 | Devem ser realizadas avaliações aos serviços e às infra-estruturas existentes e planeadas em conjunto com organizações ou grupos de membros da população chave, os quais estarão bem informados quanto à sua aceitabilidade e acessibilidade. |
| 4. Usar dados para identificar a localização dos centros de apoio e clínicas conforme necessário Veja o Elemento 2.2 e a Área de Programa 5 | ■ | | | |
| 5. Usar dados do mapeamento para identificar locais para fornecimento e distribuição de preservativos e lubrificante, ex. hotéis, bares ou serviços de saúde. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.4.3 Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 8A | |
| 6. Quando possível, analisar dados para identificar os focos com altos níveis de violência. | ■ | | | |
| 7. Preencher um organigrama para o programa a nível da unidade, mostrando o número de quadros (incluindo educadores de pares necessários). | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.3.2 Jogo de Ferramentas de Monitoria. Ferramentas 3, 4, Anexo 3 | Veja também no Elemento 4.1 os rácios de educadores de pares para membros da população chave. |
| 8. Colocar educadores de pares nos focos a nível do local. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.2.2 | |

2

ÁREA DO PROGRAMA 2. Engajamento e Empoderamento da População Chave em Programas

Membros da população chave devem integrar a planificação, implementação e monitoria dos programas. Inclui todas as áreas de programa mencionadas neste guia de implementação.

ELEMENTO 2.1 Desenvolver O Quadro De Pessoal Dos Programas E Equipas Por Membros Da População Chave

Existem muitos cargos dentro de um programa que se adequam a membros da população chave. Engajar, apoiar e remunerar educadores de pares e navegadores de pares são abordados na Área de Programa 4.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Trabalhar com membros da população chave, identificar e priorizar componentes do programa onde sejam necessários ou serão benéficos quadros da população chave | ■ | | SWIT 1.2.3 MSMIT 1.2.2 IDUIT 4.4 | <p>Cargos podem incluir supervisores dos serviços de proximidade, funcionários do centro de apoio (veja o Elemento 2.2) e funcionários do serviço de saúde. (Veja também a Área de Programa 5.)</p> <p>Estes passos descrevem um processo ideal. Nas fases iniciais de um programa pode ser mais eficaz usar um processo informal para recrutar e identificar membros da população chave como quadros do programa. Membros da população chave devem participar e o processo deve ser o mais aberto possível. Um processo mais formal deve ser adoptado assim que possível.</p> |
| 2. Redigir uma “descrição do cargo” para cada função, incluindo critérios e compensação. | ■ | | | <p>Considere a importância de contratar funcionários que reflectam a diversidade da população alvo, ex. homens, mulheres e transexuais trabalhadores do sexo para um programa de trabalho sexual, incluindo os subtipos.</p> |
| 3. Desenvolver um processo de recrutamento para cargos em aberto e encorajar os membros da população alvo a candidatarem-se. | ■ | | | |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 4. Sensibilizar O pessoal existente sobre trabalhar com membros da população chave como funcionários do quadro. | ■ | | | Em todas as situações onde quadros do programa que não sejam membros da população chave estão a trabalhar com membros da população chave, ter conhecimento da dinâmica de poder e trabalhar para garantir que as vozes da população chave são ouvidas e respeitadas. Trabalhadores que não sejam membros da população alvo devem receber orientação sobre as questões chave dos membros da população chave. |
| 5. Contratar e formar cargos iniciais. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 5 | |
| 6. Definir supervisão de apoio regular (veja também o Elemento 6.3). | ■ | | | |
| 7. Recolher feedback regular dos beneficiários dos serviços e membros do quadro (incluindo funcionários membro da população chave) sobre a eficácia do programa, incluindo formas de maximizar as contribuições dos funcionários da população chave. Considerar caixas de sugestões, discussões de grupos focais e inquéritos anónimos. | ■ | | | |
| 8. 8. Formular um plano para desenvolvimento profissional de quadros da população chave (veja também o Elemento 4.6), incluindo oportunidades para quadros da população chave orientarem quadros novos e expandir a variedade e aberturas para quadros da população chave. | ■ | | | |
| 9. Desenvolver um plano para recrutar quadros novos da população chave, incluindo a gestão da rotatividade. | | ■ | | |

ELEMENTO 2.2 Estabelecer Centros de Apoio

Um centro de apoio (ou “espaço seguro”) é uma sala arrendada para o programa para membros da comunidade:

- Relaxarem num ambiente seguro, ex. para trabalhadoras do sexo que desejem tomar um duche, descansar ou arranjarem-se antes ou depois do trabalho; ou para os membros da população chave que desejem vestir-se de acordo com a sua expressão de género
- Encontrarem-se e organizarem actividades e discussões informais, que são componentes importantes da criação de solidariedade e de mobilização comunitária
- Participar em actividades estruturadas e formação para empoderamento e mobilização da comunidade
- Reunir com quadros do programa e receber alguns serviços do programa, incluindo serviços clínicos para o VIH (veja o Elemento 5.2).

O centro de apoio deve ser gerido pela comunidade da população chave na medida possível para adequar às suas necessidades.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Trabalhar com as comunidades da população chave para identificar locais seguros e acessíveis para os centros de apoio com base na consulta dos dados do mapeamento, quando disponíveis (veja o Elemento 1.4, Passo 4). | ■ | | SWIT 3.3 MSMIT 4.4.4 TRANSIT 4.6 IDUIT 4.6 | A participação e contribuição da comunidade são essenciais na decisão da localização, horário de funcionamento, opção de actividades e gestão do centro de apoio. O centro de apoio deve estar localizado próximo do maior número de membros da população alvo para facilitar o acesso, mas a segurança da população alvo que usa o centro é uma consideração essencial. |
| 2. Estabelecer um comité da população chave do centro de apoio para planificar e supervisionar o centro e as suas actividades (veja o Elemento 2.4). | ■ | | | A comunidade também deve determinar como o centro deve ser identificado: Que tipo de sinal não vai atrair atenção indesejada? |
| 3. Considere se são necessárias advocacia ou sensibilização com residentes ou proprietários de negócios nas vizinhanças para permitir a entrada e saída livre dos membros da população chave. | ■ | | | Os serviços do programa que podem ser prestados no centro de apoio incluem: |
| 4. Determinar o horário de funcionamento e as facilidades e serviços a serem prestados de acordo com as necessidades da comunidade. | ■ | | | <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de empoderamento e mobilização comunitária, ex. grupos de apoio, formação sobre direitos humanos e jurídicos, formação sobre advocacia |
| 5. Orçar e adquirir o pessoal e equipamento necessário. Na orçamentação, determine se o pessoal vai precisar de ter experiência em determinadas áreas, tais como aconselhamento para sobreviventes de violência. | ■ | | | <ul style="list-style-type: none"> • Materiais de informação, educação e comunicação sobre prevenção do VIH, prevenção de violência etc. • Preservativos e lubrificantes, e troca de agulhas e seringas • Serviços clínicos básicos ex. testagem VIH, TARV, testagem/deteção de casos de ITS, diagnóstico e tratamento |
| 6. Negociar o arrendamento com o senhorio, mencionando claramente a duração, renda e período de aviso prévio para cada parte cancelar o contrato. | ■ | | | <ul style="list-style-type: none"> • Contacto com quadros do programa, ex. supervisores dos serviços de proximidade |
| 7. Organizar a(s) sala(s) para ser acolhedora e segura. | ■ | | | Para mais detalhes veja SWIT 3.3.2, MSMIT 4.4.4 |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|-------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 8. Definir um calendário para os membros da população chave ou técnicos estarem presentes no centro de apoio durante o horário de funcionamento para receber as pessoas e oferecer supervisão. (O rececionista pode ser membro da população chave). | ■ | | | <p>Se o centro de apoio prestar serviços ao programa, estes devem cumprir as políticas nacionais, tais como os serviços prestados nas US ou outras unidades.</p> <p>Deve haver um espaço reservado, separado da zona de prestação de serviços para membros da população chave relaxarem e realizarem actividades sociais.</p> |
| 9. Redigir as regras para conduta dentro e fora do centro de apoio (para evitar conflito entre a comunidade de membros da população chave e os residentes locais). | ■ | | | <p>Será útil uma sala pequena para reuniões privadas. Se possível, fornecer zonas separadas para convívio/relaxamento e para as reuniões/formações em grupo. Uma casa de banho será uma característica importante; deve ser neutra em termos de género para permitir que as pessoas transexuais se sintam à vontade. Os membros da comunidade podem desejar decorar as salas.</p> |
| 10. Definir um calendário inicial para as actividades. | ■ | | SWIT 3.3 MSMIT 4.4.4 | <p>Os centros de apoio podem estar localizados próximo de clusters de focos; se assim for, pode ser necessário reposicioná-los periodicamente se a localização dos focos mudar.</p> |
| 11. Publicitar o centro de apoio e as suas actividades dentro da comunidade da população chave, através de outros serviços de educação de outros programas e redes sociais informais. | ■ | | | |
| 12. Identificar as prioridades comunitárias para outras actividades, incluindo capacitação comunitária (veja Elemento 2.3) | | ■ | | |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 13. Desenvolver formas para as comunidades gerirem a formação e outras actividades do centro de apoio. | | ■ | | O contrato de aluguer deve incluir um entendimento por escrito das actividades, número provável de visitas e horário de actividade, para evitar mal-entendidos ou constituir todo pretexto para despejo. |
| 14. Desenvolver políticas e procedimentos para lidar com questões decorrentes da gestão de um centro de apoio, incluindo o comité de supervisão do centro de apoio, que também pode responder a episódios adversos. | | ■ | | Considerar as necessidades de segurança (fechaduras seguras nas portas e nos armários que contenham informação confidencial) e necessidades de protecção (extintor de incêndios, saídas claramente marcadas). |
| 15. Avaliar periodicamente os dados do mapeamento para determinar se o centro ainda está localizado num local apropriado (particularmente se estiver para renovar o contrato de arrendamento). Reposicionar o centro se for para torna-lo mais acessível e aceitável para os membros da população chave (e se for logisticamente e financeiramente possível). | | ■ | | As actividades marcadas podem ser puramente sociais ou oferecer formação para habilidades de subsistência. As actividades podem fornecer oportunidades para os membros da população criarem laços num cenário estruturado, tal como grupos de apoio para pessoas individuais que tenham sofrido com violência. Durante a fase de expansão, as actividades podem incluir formação e formas estruturadas de mobilização e empoderamento comunitário. O centro pode ser usado para celebrar aniversários de membros da população chave, o nascimento de seus filhos ou outras celebrações. Estes eventos devem encorajar sentimentos de segurança e apropriação de um espaço onde são respeitados e valorizados. |

ELEMENTO 2.3 Apoiar Grupos Da População Chave Através De Capacitação E Fortalecimento Organizacional

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Apoiar as actividades que ajudam membros da população chave a identificarem questões comuns que desejam abordar e que aumenta a sua capacidade de desenvolver as suas próprias iniciativas. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.6.4 | <p>As actividades podem incluir discussões informais e reuniões organizadas (análise de poder, análise dos Actores ou resolução de problemas). O centro de apoio é um local natural para estas actividades. Em todas as situações onde quadros do programa estejam a trabalhar com membros da população chave, ter conhecimento da dinâmica de poder e trabalhar para garantir que as vozes da população chave são ouvidas e respeitadas.</p> <p>Os grupos comunitários podem precisar de apoio para definir normas democráticas e liderança, e trabalhar em grupo para responder as prioridades da comunidade.</p> <p>O processo de registo legal as vezes pode ser assistido por redes nacionais ou regionais da população chave ou organizações não- governamentais. Formação específica pode ser útil na mobilização de recursos, gestão do projecto e estabelecimento de contactos.</p> <p>É importante considerar o ambiente local e se tentativas de registar legalmente uma organização da população chave pode aumentar a hostilidade ou violência contra membros da população alvo.</p> |
| 2. Apoiar a formação e desenvolvimento de grupos comunitários a nível local (local, mentoria, apoio institucional quando necessário). | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 15 | |
| 3. Promover habilidades de liderança e governação através de mentoria e formação. | | ■ | SWIT 6.7.1–6.7.3 MSMIT 6.5.2–6.5.6 IDUIT 1.2.5 Jogo de Ferramentas de de Mentoria Sul- Sul | |
| 4. Ajudar membros da população chave a envolverem-se noutros grupos e comités relevantes do programa (ex. planificação, financiamento ou implementação) para que possam ganhar conhecimentos, habilidades e contactos. | | ■ | SWIT 1.2.5, 1.2.6 MSMIT 1.2.5, 1.2.6 TRANSIT 1.3 | |
| 5. Ajudar os membros da população chave a envolverem-se nos eventos relevantes, comités e organizações a nível regional e nacional para advogar preocupações da população chave, incluindo prevenção do VIH. | | ■ | | |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 6. Ajudar novos grupos da população chave a interajam com grupos estabelecidos que trabalhem nos campos associados ao VIH ou dos direitos da população chave. | | ■ | SWIT 6.7.4 MSMIT 6.5.7 TRANSIT 1.8 IDUIT 1.2.5 Jogo de Ferramentas de Mentoria Sul-Sul | Embora criar grupos da população chave seja uma característica essencial do engajamento e empoderamento, os programas também devem reconhecer que alguns membros da população chave podem não desejar envolver-se num grupos e a sua opção deve ser respeitada. Também é importante compreender que populações chave são grupos de diversas pessoas e um membro da população chave nem sempre irá identificar-se com os outros membros da população chave. |
| 7. Ajudar a formar redes nacionais ou internacionais de grupos da população chave para aprenderem uns dos outros, incluindo mentoria Sul-Sul. | | ■ | SWIT 1.2.8 MSMIT 1.2.8 TRANSIT 1.8 IDUIT 1.2.4 Jogo de Ferramentas de Mentoria Sul-Sul | Quando existirem um ou mais grupos da população chave na área geográfica do programa, é importante trabalhar com eles para determinar se e como desenvolver grupos novos. É igualmente importante compreender e ter conhecimento das dinâmicas de poder entre grupos existentes. |
| 8. Apoiar o desenvolvimento organizacional de grupos que pretendam registar-se oficialmente para poderem candidatar-se e receberem financiamento, funcionando independentemente do programa e conduzir eleições democráticas. | | ■ | SWIT 6.6 MSMIT 6.5.1 TRANSIT 1.4 IDUIT 1.2.4 | |
| 9. Ajudar os grupos a desenvolverem um plano para a sua sustentabilidade | | ■ | | Considerar estes elementos da sustentabilidade: <ul style="list-style-type: none"> • Definir metas claras para o grupo e um processo para rever e ajustá-los periodicamente • Receber novos membros e envolve-los nas actividades do grupo • Desenvolver a responsabilização da liderança perante os seus membros • Desenvolver novos líderes para permitir transições da liderança com o tempo • Desenvolver solvência financeira |

ELEMENTO 2.4 Promover a Supervisão dos Serviços Clínicos e Outros Serviços Pela Comunidade da População Chave

Podem ser criados comités para supervisionar os serviços clínicos, centros de apoio, serviços de apoio de pares e clínicos, resposta à violência e trabalho de advocacia. O papel do comité é ajudar a garantir a eficácia do programa e aumentar a sua cobertura ao consultar regularmente membros da população chave que recebam serviços e discutir todos os problemas, referências e ideias novas com os técnicos de saúde. O que é feito através de reuniões regulares entre membros do comité da população chave e os técnicos do programa.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Formar comités comunitários da população alvo a nível local para reunir mensalmente com o pessoal do programa. | ■ | | | |
| 2. Desenvolver TdR para os comités da população chave e capacitá-los. | ■ | | Orientações Nacionais para a População Chave Quénia pp.67– 68 | |
| 3. Definir procedimentos para manutenção de registos para que as reuniões sejam devidamente documentadas e seguimento das decisões. | ■ | | | |
| 4. Facilitar reuniões regulares do comité comunitário da população chave e o pessoal com a comunidade da população chave alargada para fornecer actualizações sobre as actividades do projecto e partilhar progressos e desafios. | ■ | | | O progresso do projecto pode ser partilhado através de materiais de comunicação de fácil compreensão, tais como gráficos, mapas ou outros meios de apoio visual. No entanto, a confidencialidade e segurança dos membros da população chave deve ser sempre protegida quando se exibir informação sobre o programa. |
| 5. Fornecer um fórum de planificação estratégica que permita aos membros do comité recomendar formas para aumentar o envolvimento da comunidade no programa. | | ■ | | |

3

ÁREA DE PROGRAMA 3. Intervenções Estruturais

As intervenções estruturais indicadas nesta área de programa são essenciais para a prevenção, tratamento e prestação de cuidados de saúde relacionados com o VIH, uma vez que combatem os fatores que colocam os membros da população chave sob um maior risco de contrair o VIH e que podem impedir que se dê prioridade ou combata os problemas de saúde, incluindo o VIH. Os programas ou mecanismos que já existem em alguns países, como comissões dos direitos humanos ou sistemas informais para comunicação e combate à violência, podem servir de base para desenvolver as intervenções descritas abaixo. Todos os esforços desenvolvidos para combater a violência devem ter como base, estar associados com e fortalecer os esforços existentes.

Além das publicações indicadas nas referências, um recurso global para esta área de programa é o documento de orientação LINKAGES Desenvolver e implementar um programa abrangente de prevenção e resposta à violência para populações chave, que descreve pormenorizadamente cada um dos passos abaixo.

ELEMENTO 3.1 Identificar, Conceber e Implementar Estratégias Para Prevenir e Responder à Violência Contra Membros da População-Chave

A violência inclui abusos físicos, sexuais, emocionais e económicos. O objetivo das estratégias de prevenção e resposta à violência é reduzir a incidência da violência e assegurar que os membros da população chave que sofrem de violência têm acesso a serviços que atendem às suas necessidades de saúde física e mental, jurídicas e de segurança.

Em todas as situações em que os membros do pessoal do programa que não fazem parte da população chave trabalhem com membros da população-chave, os membros do pessoal devem estar cientes das dinâmicas do poder e trabalhar de modo a assegurar que as vozes da população chave são ouvidas e respeitadas.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| CRIAR CONHECIMENTOS BASE | | | | |
| 1. Formar um grupo restrito de pessoal LINKAGES, gestores para o programa de parceiros de implementação, gestores para o centro de apoio (caso seja relevante), advogados aliados, educadores de pares e trabalhadores de proximidade do pessoal para conceber e | ■ | | | Para além de avaliar as necessidades específicas para a prevenção e resposta à violência e conceber um sistema, o grupo restrito também será responsável por implementar as atividades de prevenção e resposta, como formações, incluindo para os prestadores de serviços do conjunto |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| implementar um sistema abrangente de prevenção e resposta à violência que esteja em conformidade com as melhores práticas e normas éticas para a prevenção e resposta à violência, especificamente adaptado para satisfazer as necessidades das populações-chave. | | | | articulado de cuidados do LINKAGES (por exemplo, educadores de pares prestadores de cuidados de saúde, membros da equipa de resposta a crises). |
| 2. Ajudar a comunidade da população chave a compreender que a violência não é uma norma aceitável e que merece proteção contra a violência de acordo com os direitos humanos e civis. | ■ | ■ | SWIT 2.2.2 MSMIT 2.1 & Box 2.1 TRANSIT 2.2.7 IDUIT 2.3.1 Manual de Resposta a Crises, Passo 6 | A sensibilização pode incluir debates sobre desigualdades e normas de género presentes na origem do preconceito, da discriminação e da violência. Estes debates podem ser conduzidos por educadores de pares em reuniões nos centros de apoio, eventos comunitários da população chave e utilizando os materiais de Informação e educação. Quando aplicável, a sensibilização também pode incluir estratégias para combater a violência intracomunitária (ou seja, entre membros de uma população chave específica). |
| COMPREENDER A VIOLÊNCIA CONTRA POPULAÇÕES-CHAVE E OS ESFORÇOS EXISTENTES PARA COMBATER A VIOLÊNCIA OU REDUZIR O PRECONCEITO | | | | |
| 3. Avaliar a frequência, os tipos e os perpetradores de violência através de debates com membros da população-chave. | ■ | | Manual de Resposta a Crises, Passo 1 | Ter em consideração os diferentes tipos de violência que afetam subgrupos específicos das populações-chave (p. ex., trabalhador(es) do sexo masculinos, trabalhador(es) do sexo de bordéis, toxicod dependentes femininas, jovens, transexuais, etc.). Os exercícios de mapeamento (como parte do planeamento para o trabalho de proximidade liderado por interpares – consultar Elementos 1.3 e 4.1) podem incluir perguntas para identificar focos para a violência, bem como pessoas que são particularmente vulneráveis. |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>4. Debater com membros da população chave as formas como estão a combater a violência, de que apoio e serviços adicionais necessitam para prevenir e responder à violência e quais são as suas prioridades.</p> <p>Caso tenham encontrado formas de prevenir ou mitigar a violência, questionar se estas estratégias podem ser sistematicamente aumentadas e apoiadas para proteger e dar mais poder à comunidade da população-chave.</p> <p>Os esforços existentes para combater o preconceito e a discriminação, por exemplo em instituições de cuidados de saúde, também devem ser catalogados, uma vez que estes podem dar informações sobre o mapeamento de pessoas aliadas ou solidárias noutros setores (consultar Passo 5), e a redução do preconceito tem um papel importante na prevenção e resposta à violência (consultar Elemento 3.2).</p> | ■ | | <p>Para exemplos de estratégias, consultar</p> <p>SWIT 2.2.5, MSMIT 2.2.4, TRANSIT 2.3.2, IDUIT 2.3.3</p> | <p>É essencial envolver membros da população chave na prevenção e resposta à violência. Sempre que possível, as estratégias devem ser desenvolvidas com base em processos (formais ou informais) já existentes na comunidade. Estes podem variar consoante a população chave e o contexto do país, e podem incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contactos entre educadores de pares e membros da população-chave • Reuniões de grupo formais ou informais no centro de apoio ou noutros espaços seguros • Iniciativas próprias de membros da população chave, p. ex., utilização de aplicações online como um grupo de WhatsApp para partilhar informações e sugestões • Workshops e formações organizadas, incluindo educação em direitos e criação de competências sobre como reduzir a vulnerabilidade das pessoas à violência • Formação do pessoal do programa e de outros prestadores de serviços (consultar Passo 12 e Elemento 3.2) • Apoio à causa e sensibilização dos detentores do poder (consultar Passos 18–23). |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>5. Mapear os recursos existentes para a prevenção e resposta à violência, incluindo a polícia local, advogados, prestadores de cuidados de saúde, apoio psicossocial e outras opções de segurança.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapear esquadras de polícias próximas da área de intervenção e indicá-las para sensibilização. • Identificar os advogados aliados para os incluir no trabalho de sensibilização. • Identificar as instituições de cuidados de saúde e os prestadores de apoio psicossocial utilizados frequentemente pelas populações-chave (PC), para as incluir nas atividades de sensibilização e formação (consultar Elemento 3.2). | ■ | | | <p>A sensibilização para os advogados inclui formação em leis locais que afetem as populações-chave e em proteções dos direitos humanos incluídas na documentação política a nível nacional. É provável que seja necessário trabalhar com um advogado local de direitos humanos que possa ajudar a identificar os acordos internacionais celebrados pelo país, as leis pertinentes e como é que estas leis são interpretadas e implementadas.</p> |
| CRIAR LIGAÇÕES E ESTABELECEER REDES | | | | |
| <p>6. Contactar o chefe da polícia local (ou outro chefe das forças uniformizadas locais) para explicar o programa, criar empatia e solicitar apoio para a prevenção e resposta à violência (consultar também Elemento 3.2).</p> | ■ | | <p>SWIT 2.2.4</p> <p>MSMIT 2.2.3</p> <p>IDUIT 2.3.3</p> <p>Manual de Resposta a Crises, Passo 6</p> <p>Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.6.2</p> | <p>Ao trabalhar com a polícia (ou outros detentores de poderes ou organismos do governo) pode ser eficaz utilizar dados para realçar a ligação entre a violência e o VIH, e promover a prevenção e resposta à violência, como uma medida para melhorar a saúde pública.</p> <p>Pode ser mais atrativo para os participantes incorporar informações de prevenção do VIH em sensibilizações realizadas durante o horário de serviço (consultar Passo 20).</p> <p>É necessário ter em atenção que, em alguns contextos, as forças uniformizadas podem incluir o exército.</p> |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--------------------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 7. Estabelecer ligações com apoio jurídico e identificar advogados aliados (p. ex., advogados dispostos a trabalhar pro bono ou a oferecer formação sobre direitos legais ao pessoal e aos membros da população-chave). | ■ | | | |
| 8. Desenvolver ligações com os serviços sociais e instituições de cuidados de saúde e identificar os pontos focais que estarão envolvidos nas questões colocadas aos membros da população chave sobre a violência de que são alvo, oferecendo apoio às vítimas de violência ou aceitando referências, incluindo das equipas de resposta a crises. | ■ | | SWIT 2.2.7 MSMIT 2.2.6 | Nos locais onde já existam centros de apoio a vítimas de violência com base no género (flagelo que é frequentemente associado apenas a mulheres e crianças do sexo feminino), o pessoal deve receber formação para compreender as causas da violência contra populações-chave (incluindo normas de género prejudiciais, desigualdade de género, etc.) de modo a reconhecer a necessidade de servir uma população mais abrangente. O pessoal do centro deve estar sensibilizado para as necessidades particulares de cada população, incluindo HSH e transexuais. (Consultar também Passo 11.) |
| 9. Criar e manter um diretório de recomendação para os serviços de saúde, jurídicos e psicossociais. | ■ | ■ | | O diretório de recomendação irá incluir os pontos focais que são ensinados no apoio de primeira linha (consultar Passo 12). (Apoio de primeira linha significa: ouvir ativamente a vítima, transmitir mensagens chave, debater o planeamento de segurança e dar referências.) |
| 10. Continuar a criar apoio e aceitação pública para atividades de prevenção e resposta ao trabalhar com os meios de comunicação, criar redes com outros grupos e apoiar continuamente a causa com o governo. | | ■ | Manual de Resposta a Crises, Passo 7 | Numa fase inicial, o parceiro de implementação pode precisar de estar envolvido na educação de modo a criar relações com os atores. As subatividades incluem reuniões regulares, formação, reconhecimento pelo apoio positivo e apoios de funcionários do governo. |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--------------------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| DESENVOLVER UM SISTEMA PARA IDENTIFICAR E RESPONDER À VIOLÊNCIA | | | | |
| <p>11. Escrever protocolos (procedimentos habituais de funcionamento) que descrevam como é que a informação sobre a violência, as perguntas para detetar violência e a prestação de apoio de primeira linha e o acompanhamento das vítimas de violência serão integrados no trabalho de proximidade e na prática clínica. Estes protocolos serão utilizados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educadores de pares e do pessoal durante o serviços de proximidade • trabalhadores da área de cuidados de saúde durante as consultas clínicas | ■ | | <p>SWIT 2.2.6</p> <p>MSMIT 2.2.5</p> | <p>As perguntas para detetar violência devem ser validadas por membros da população chave antes de serem introduzidas. Quando possível, assegurar que os membros da população chave participam na sensibilização e formação de pessoal.</p> <p>Os protocolos destinados a serem utilizados pelos trabalhadores dos cuidados de saúde devem ser concebidos e introduzidos em colaboração com o pessoal médico e devem ser extraídos de documentos de orientação global para a prestação de cuidados de saúde às populações-chave em situações de pós-violência.</p> <p>A formação e a sensibilização do pessoal de cuidados de saúde quanto à identificação e resposta à violência podem seguir naturalmente um programa de sensibilização para reduzir o preconceito e a discriminação em contextos de prestação de cuidados de saúde e, assim, serem implementados em conjunto (consultar Elemento 3.2).</p> |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>12. Dar formação a educadores de pares, pessoal do centro de apoio, entre outros, consoante apropriado, para integrar o seguinte na prática clínica e nas atividades de proximidades existentes: partilhar informação sobre a violência e os direitos das populações-chave, questionar os membros destas populações quanto a experiências de violência, prestar apoio de primeira linha a vítimas de violência e oferecer acompanhamento aos serviços solicitados pelas vítimas.</p> <p>A formação sobre os pontos focais das organizações de referência (consultar Passo 8) pode ser prestada em simultâneo, de modo a aumentar a probabilidade de referências, assegurar uma compreensão partilhada dos processos e ensinar as competências de apoio de primeira linha a todos aqueles que interagem com vítimas.</p> | ■ | | | <p>Todos os membros da população chave devem ser questionados quanto à violência em cada contacto. As atividades de microplaneamento, como a utilização de calendários de inter pares, devem ser utilizadas para identificar e acompanhar os membros da população chave que sofrem de violência, de modo a segui-los (consultar Elemento 4.2).</p> |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>13. Escrever um protocolo (procedimento habitual de funcionamento) para um sistema de resposta a crises. Deve incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma descrição de como é que os membros da população chave podem comunicar uma crise (p. ex., através do phone tree, grupo de WhatsApp, linha direta) • Quem fará parte da equipa de resposta a crises (p. ex., educadores de pares, trabalhadores de proximidade do pessoal, gestores do centro de apoio), incluindo os critérios de seleção e o âmbito de trabalho • Responsabilidades dos membros da equipa de resposta a crises durante a resposta a um incidente • Como comunicar com outros membros da equipa de resposta a crises quando é comunicado um incidente • Competências de comunicação eficazes a utilizar durante a prestação de apoio a uma pessoa que comunique uma situação de violência: escuta ativa, transmissão de mensagens chave e (conforme apropriado) debater estratégias de segurança e os passos seguintes • Procedimentos de referências para a prestação de serviços médicos/jurídicos/psicossociais imediatos à vítima de violência | <p>■</p> | | <p>Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.6.1</p> <p>Manual de Resposta a Crises, Passo 2 e Secções 2.9, 2.10</p> | <p>Um sistema de resposta a crises deve provavelmente ser baseado em respostas de emergência formais e informais existentes identificadas no Passo 4. Inicialmente, um programa pode não ser capaz de dar resposta às denúncias de casos de violência 24 horas por dia (devido a recursos limitados ou a um número insuficiente de membros da população chave disponíveis para receber formação). Estabelecer um sistema de resposta a crises com disponibilidade limitada é melhor do que esperar até estarem disponíveis todos os recursos: o facto de os membros da comunidade verem que é possível responder a uma crise/situação de violência e que uma resposta imediata é importante e benéfica pode fazer com que apareçam mais voluntários para a equipa de resposta a crises.</p> <p>A assistência médica, conforme se trate de um incidente envolvendo violência sexual e consoante o tempo decorrido desde a agressão, deve incluir o tratamento PPE (consultar Elemento 5.7), um teste para IST (consultar Elemento 5.5), contraceção de emergência (consultar Elemento 5.13) e uma avaliação forense, se disponível (consultar também Elemento 5.14).</p> <p>Também pode ser disponibilizado um abrigo de emergência ou apoio financeiro de curto prazo nestes casos. Quando não houver recursos</p> |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer acompanhamento para o tratamento • Questões éticas (incluindo o sigilo sobre os clientes, a importância de “não prejudicar” – consultar Elemento 6.2) • Documentar o incidente • Atividades de seguimento <p>À medida que o sistema se consolida, o protocolo para a resposta a crises pode ser desenvolvido de modo a incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluxo contínuo de recursos humanos para o Sistema por parte dos membros da equipa de gestão de crises • Uma linha direta ou outro protocolo de chamadas/mensagens para as comunicações • Tempo de resposta mínimo | | | | <p>suficientes para tal, podem ser dadas referências para abrigos existentes (mediante avaliação quanto à sua adequação para cada população chave ou sensibilização para assegurar que o abrigo pode prestar os serviços apropriados às vítimas de violência da população-chave).</p> <p>O protocolo deve especificar a infraestrutura e os recursos necessários e incluir orientações sobre o que pode ou não ser pago pelo programa (por exemplo, contas médicas elevadas ou assistência financeira para alojamento de emergência). Consoante o sistema desenvolvido, a infraestrutura e os recursos necessários podem incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação de membros da equipa de resposta a crises, conselheiros e responsáveis pela redação de documentação • Espaço privativo no centro de apoio para entrevistas ou aconselhamento às vítimas de violência • Materiais de Informação e educação de comunicação interpessoal (IPC) (pósteres, panfletos, etc.) sobre a violência e os serviços relacionados • Telefones • Despesas de viagem • Despesas legais (se os advogados não oferecerem um serviço pro bono) |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--------------------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 14. Recrutar e formar equipas de resposta a crises e organizar apoio institucional (do parceiro de implementação). | ■ | | Manual de Resposta a Crises, Passo 3 | É frequente os educadores de pares serem membros das equipas de resposta a crises. Quando recebem formação de resposta a crises, eles podem ser conhecidos como auxiliares, membros de apoio comunitário ou por outras designações. Os membros do pessoal das ONG (p. ex., um supervisor do trabalho de proximidade designado ou outras pessoas que tenham a confiança da comunidade da população-chave) podem prestar apoio e assistência técnica, mas a resposta à crise deve ser liderada por membros da população chave quando possível. (Consultar também notas do Passo 4.) |
| 15. Implementar uma resposta à violência e publicitar a diversidade de serviços disponíveis, em especial o sistema de resposta a crises. | ■ | | Manual de Resposta a Crises, Passo 4 | A resposta a crises pode ser publicitada através de materiais de Informação e educação, em centros de apoio e por educadores de pares. A informação sobre a resposta a crises pode ser partilhada como parte da educação continuada sobre direitos e redução da vulnerabilidade (consultar também Passo 2). |
| 16. Oferecer supervisão de apoio a educadores de pares, trabalhadores de proximidade do pessoal, membros da equipa de resposta a crises e outros que apoiem vítimas de violência, para mitigar o trauma secundário e aliviar a carga emocional que pode advir deste trabalho. | ■ | | | Todos aqueles que apoiam vítimas de violência, incluindo a equipa de resposta a crises, também se podem apoiar uns aos outros informalmente e fora da supervisão regular, por exemplo, através de chamadas privadas, aplicações de conversação ou outra rede de apoio. |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--------------------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 17. Promover atividades de prevenção e resposta, incluindo o sistema de resposta a crises, através de atividades de apoio à causa e de mobilização da comunidade para aumentar o conhecimento, a sustentabilidade e a propriedade comunitária. | | ■ | Manual de Resposta a Crises, Passo 8 | Utilizar estruturas que possam existir ao nível de condado ou de distrito, como grupos de trabalho técnico para membros da população-chave. |
| PROMOVER DA RESPONSABILIDADE PARA PREVENIR A VIOLÊNCIA | | | | |
| 18. Identificar e, quando necessário, adaptar um programa sobre direitos humanos e prevenção da violência a ser utilizado na sensibilização da polícia, dos membros do sistema judicial e outros responsáveis pela aplicação da lei. | ■ | | | <p>Se não existir um programa local adequado, adapte um já existente para dar resposta às circunstâncias locais. Deve incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução do preconceito e discriminação • Leis locais que afetam as populações-chave, realçando qualquer uso indevido ou aplicação incorreta das leis • Os direitos humanos e legais das populações-chave e das pessoas com VIH • A natureza da violência contra as populações-chave (fornecer exemplos locais e incluir violência física, sexual, psicológica e económica) • Como responder adequadamente aos membros da população-chave |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 19. Dar formação aos formadores (incluindo membros da população chave e agentes da polícia) para implementar o programa. | ■ | | SWIT 2.2.4 MSMIT 2.2.3 | Dar formação a agentes da polícia com o intuito de, por sua vez, darem formação a outros agentes ajuda a assegurar que o conhecimento e as melhores práticas são comunicadas para os novos agentes. A formação sobre a violência e os direitos legais deve ser levada a cabo por advogados e membros da população chave. O envolvimento de membros da população chave ajuda a assegurar que os problemas são comunicados com precisão, além de mostrar que os membros da população chave estão ativamente envolvidos no combate à violência. |
| 20. Dirigir a formação dos polícias e recolher opiniões. | ■ | | Conjunto de Ferramentas de Monitorização, Ferramenta 13 | |
| 21. Agendar formações regulares sobre a prevenção e resposta à violência de modo a abranger a totalidade das forças policiais locais, bem como os novos polícias. | | ■ | | Apoiar a causa com centros de formação de polícias regionais e nacionais também pode permitir uma sensibilização mais sistemática dos recrutas da polícia. |
| 22. Oferecer reconhecimento e apreciação aos agentes da polícia que contribuem positivamente para o bem-estar da comunidade da população-chave. | | ■ | | |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 23. Repetir os Passos 18 a 21, conforme apropriado, para oferecer uma sensibilização continuada com outros detentores do poder locais identificados pelos representantes e pessoal do programa da população-chave. | ■ | | | <p>A prevenção e a reposta à violência são mais eficazes através de uma abordagem de rede que envolva todos os detentores relevantes do poder. Estes podem incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • Proprietários de bares ou locais de trabalho sexual • Grupos religiosos ou líderes religiosos • Líderes/chefes/anciões de comunidades • Grupos criminosos • Grupos militares ou paramilitares • Trabalhadores da área de cuidados de saúde (consultar Elemento 3.2) • Professores (p. ex., professores de filhos de trabalhador(es) do sexo ou professores de jovens HSH) <p>Em alguns casos, a sensibilização pode ser eficaz através de conversas privadas em vez de formações de carácter mais formal; a abordagem adotada deve depender das circunstâncias e do detentor do poder em particular.</p> |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| DOCUMENTAR E MONITORIZAR | | | | |
| 24. Comunicar e analisar dados sobre incidentes de violência e atividades de prevenção e resposta à violência, incluindo o sistema de respostas a crises, ao nível local e superior (regional, estatal e nacional). Assegurar que os dados também são comunicados à comunidade da população chave e às instituições que seguem as violações dos direitos humanos. | ■ | | <p>Conjunto de Ferramentas de Monitorização, Ferramenta 12</p> <p>Manual de Resposta a Crises, Passo 5</p> <p>Guia de campo prático para documentação de direitos humanos de base comunitária do ReACT; Modelo Trimestral</p> | <p>Os dados são recolhidos através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulários comunitários de proximidade (análise efetuada em reuniões de supervisão mensais) • Inscrição para serviço clínico e formulários de seguimento (análise mensal) • Formulários de resposta a crises (análise trimestral) • Inquéritos realizados em cabines de votação (para medir a incidência da violência e a eficácia da resposta ao nível da população). <p>Desenvolver um protocolo para recolher e partilhar a informação agregada sobre a natureza dos casos de violência e abuso comunicados por membros da população chave (sem utilizar informações de identificação). Assegurar o contacto com programas nacionais de monitorização/vigilância ao determinar os resultados sobre os quais comunicar e onde/como é que a informação deve ser partilhada, incluindo com a Comissão Nacional dos Direitos Humanos.</p> <p>e fazer o seguimento com a polícia conforme necessário.</p> |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 25. Desenvolver formas para os membros da população chave comunicarem as suas opiniões quanto às suas experiências para acederem ao sistema de resposta a crises, para serem questionados sobre a violência e acederem aos serviços de apoio e assegurar que estes dados são introduzidos no programa. | ■ | | | Os métodos de recolha de opiniões podem incluir formulários, inquéritos, opiniões orais partilhadas com um trabalhador de proximidade interpar ou através de comités comunitários da população chave que estejam a supervisionar os serviços. Os mecanismos devem permitir que os clientes deem a sua opinião de forma anónima, caso seja a sua vontade. |

ELEMENTO 3.2 Desenvolver Estratégias Para Redução do Estigma Nos Sectores de Cuidados Sanitários

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Pedir a permissão do Ministério da Saúde e apoio para sensibilizar membros do quadro de unidades sanitárias públicas que sirvam membros da população chave. | ■ | | | <p>Onde os serviços clínicos são prestados por referência para provedores privados, a advocacia pode ser realizada a nível da rede de provedores privados (se existir) ou com directores de cada consultório.</p> <p>O programa LINKAGES oferece duas componentes para ajudar a reduzir o estigma e discriminação nos sectores de cuidados sanitários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma avaliação rápida do estigma e discriminação sofridos por membros da população chave, usando um instrumento desenvolvido para o LINKAGESI |

| | | | | |
|---|----------|--|--|--|
| <p>2. Providenciar junto dos directores dos serviços clínicos a realização de uma avaliação rápida das unidades através da Ferramenta de Avaliação de Estigma na População Chave e discutir os resultados com representantes da população chave e com os membros da direcção dos serviços clínicos.</p> | <p>■</p> | | <p>Ferramenta de Avaliação do Estigma na População Chave</p> | <ul style="list-style-type: none"> Um curriculum de formação sobre redução do estigma e melhoria da competência clínica relativa a população chave e abordagem de outras barreiras estruturais e programáticas para melhorar a retenção entre membros da população chave. O curriculum mostrará aos técnicos de saúde como prestar o pacote de serviços de saúde recomendado sem preconceito, com apoio, de forma reactiva e respeitosa. <p>A formação sobre redução do estigma ainda pode ocorrer nos países onde a avaliação através da Ferramenta de Avaliação do Estigma na População Chave não seja praticável (iniciar no 2º Passo).</p> <p>Neste caso, tentar recolher evidências ou exemplos de estigma e demonstrar como impede o acesso aos serviços e a necessidade de corrigir o problema.</p> <p>Membros da população chave devem ser formadores ou co-facilitadores para que o pessoal dos cuidados de saúde possa entender a problemática e aprender a ver membros da população chave como defensores capacitados e informados, em vez de beneficiários do serviço passivos. Em alguns casos, um painel de membros da população chave também pode partilhar as suas experiências</p> <p>Pode ser necessário considerar outras fontes de estigma, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Membros do quadro de cuidados de saúde que estigmatizam os seus colegas que são membros da população chave ou VIH positivos. |
| <p>3. Consultar os directores e membros da direcção dos serviços clínicos e com representantes da população chave para acordar um processo para formar técnicos de saúde e identificar o número de técnicos que trabalham com membros da população chave que precisem de formação.</p> | <p>■</p> | | <p>Formação dos TS</p> | |
| <p>4. Desenvolver políticas e procedimentos por escrito sobre redução do estigma para incorporar nas formações para técnicos de saúde quando apropriado.</p> | <p>■</p> | | | |
| <p>5. Desenvolver calendários para formação regular, levando em conta a necessidade de formação inicial (e seguimento) de todos os quadros e formação de novos quadros.</p> | <p>■</p> | | | |
| <p>6. Identificar e formar formadores, incluindo membros da população chave.</p> | <p>■</p> | | | |
| <p>7. Agendar a formação inicial, preparar materiais, cópias do curriculum e providenciar um local.</p> | <p>■</p> | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| 8. Recolher feedback da formação inicial como base para rever formações futuras. | ■ | | | <ul style="list-style-type: none">• Membros da população chave que não se sintam à vontade a receber cuidados de saúde de outros membros da população chave (frequentemente devido a preocupações sobre confidencialidade). |
| 9. Monitorar desfechos ao fazer seguimento de denúncias de estigma ou discriminação por técnicos de saúde nas unidades onde a formação tem lugar. Membros da população chave e comités de supervisão das US para a população chave podem fornecer esta informação. | ■ | | | |

4

ÁREA DO PROGRAMA 4. Serviços de Proximidade com Pares

Educadores de pares são membros da população chave que estabelecem a ligação entre outros membros da população chave e os serviços do programa. Cada um é atribuído um número de membros da população chave com quem devem reunir individualmente, mensalmente. O educador discute os factores de risco VIH para o membro da população chave, fornece informação sobre e consumíveis para prevenção necessárias (preservativos e lubrificante, agulhas e seringas e outros itens para redução de danos para pessoas que injectam drogas) e apoia e encoraja o membro da população chave a gerir a sua saúde através de controlos médicos regulares e mudança de comportamento, conforme apropriado.

Os educadores normalmente não trabalham a tempo inteiro, mas devem receber um vencimento mensal acordado para compensar o seu tempo, habilidade e despesas de trabalho (veja Elemento 4.3 abaixo). Quando os recursos forem demasiado limitados para oferecer compensação proporcional àquela dos outros quadros do programa (ex. educadores a tempo inteiro) os programas devem continuar a encontrar formas para compensar os educadores e mostrar que o seu trabalho é valorizado e respeitado.

Os quadros do programa que não sejam membros a população chave devem estar cientes da dinâmica de poder quando trabalharem com membros da população chave. Eles devem trabalhar para garantir que as vozes da população chave sejam ouvidas e respeitadas. Por fim, os programas comunitários devem esforçar-se para institucionalizar o papel dos educadores para que sejam reconhecidos como integrantes de todos programas VIH para população chave.

ELEMENTO 4.1 Mapear ou Validar as Populações Chave e Definir Metas Para os Serviços de Proximidade

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Recrutar membros da população chave local para participar no mapeamento da população chave (ou validação, se o mapeamento tiver sido feito) e identificação de focos prioritários para as intervenções. | ■ | | SWIT p.47 MSMIT p.144 Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramentas 1, 1A | O mapeamento deve levar em conta os membros da população chave – tais como trabalhadoras do sexo domiciliárias, HSH que se encontram através de páginas na internet ou apps – que não frequentam os focos convencionais. (MSMIT 5.3) |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 2. Trabalhar com membros da população chave, desenvolver políticas e procedimentos sobre mapeamento, especialmente a segurança dos membros da população chave e confidencialidade e segurança dos dados. | ■ | | Jogo de Ferramentas para Monitoria Capítulo 4.1 MSMIT p.214 | Metas: os educadores devem reunir com 80% das pessoas que abrangem no mínimo uma vez por mês; os membros da população chave devem visitar a clínica uma vez por trimestre; as metas para distribuição do preservativo com base na necessidade estimada devem ser atingidas durante os serviços de proximidade. |
| 3. Efectuar mapeamento programático para determinar onde se localizam as maiores concentrações de membros da população chave e os serviços disponíveis. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Capítulo 4.1 | Rácios de educadores para membros da população chave: |
| 4. Determinar os serviços, a infra-estrutura e o número de educadores necessários para alcançar no mínimo 80% dos membros da população chave. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhadoras do sexo: Entre 1:30 e 1:50 • Homens que fazem sexo com homens/transexuais: Entre 1:25 e 1:40 • Pessoas que injectam drogas: Entre 1:20 e 1:35 |
| 5. Conduzir validação de sítios ao remapear regularmente os sítios para seguimento das mudanças de local ou nos números de membros da população chave. | | ■ | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramentas 1 e 1A | A proporção pode variar com a situação local (ex. necessidades urbanas vs. rurais, concentrações de membros da população chave, facilidade de transporte.) Vide o Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.2.1 |

ELEMENTO 4.2 Desenvolver ou Adaptar Ferramentas de Micro-Planificação

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Adaptar ou desenvolver ferramentas de micro-planificação para os educadores registarem, planifiquem e monitorem a sua actividade. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramentas 7A, 7B Manual de Micro-planificação, Capítulo 2 | Ferramentas de micro-planificação ajudam o educador a planificar e monitorar as actividades para os membros da população chave de maior risco. As ferramentas ajudam o educador a oferecer informação, serviços e consumíveis, com base nas necessidades individuais, enquanto considera factores como idade, tipologia, perfil de risco e a melhor hora para chegar ao membro da população chave. O âmbito das responsabilidades do educador vai aumentar à medida que as suas habilidades se desenvolvem. Similarmente, as ferramentas de micro-planificação devem ser aperfeiçoadas com mais indicadores à medida que os educadores aumentam o seu entendimento do risco e vulnerabilidade dos membros da população chave. |
| 2. Formar os educadores para usarem as ferramentas. | ■ | | | |
| 3. Apoiar e supervisionar o uso das ferramentas para planificação e monitoria. | ■ | | | |
| 4. Fornecer reciclagens durante encontros mensais para melhorar o uso das ferramentas. | ■ | | | |
| 5. Usar as ferramentas para monitorar os indicadores do projecto e desempenho dos educadores nos focos | ■ | | | |
| 6. Adaptar as plataformas de ICT (sistemas dos telemóveis ou informáticos) para que os educadores possam usá-los para registar contactos directamente sem registos em papel. | | ■ | | |

ELEMENTO 4.3 Recrutar Educadores de Pares

| Implementation Activities | Timeframe | | References/ Resources | Notes |
|---|-----------|----------|---|---|
| | Start-up | Roll-out | | |
| 1. Redigir uma descrição de funções para os educadores. Incluir políticas sobre compensação ou remuneração. | ■ | | SWIT 3.2.1 MSMIT pp.142, 147 | A remuneração deve ser um vencimento justo para contar a perda de oportunidades de rendimento. Se possível, deve ser consistente em todo o país. Também podem ser oferecidos outros subsídios ou reembolso para os custos de viagens de trabalho necessárias, uso do telemóvel etc., oferta de saldo telemóvel, viagens e refeições e mais oportunidades de desenvolvimento profissional podem ser um incentivo para os educadores e mostram que o seu trabalho é valorizado e respeitado. |
| 2. Desenvolver orientações para recrutar, formar, reter, avaliar e promover educadores. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 4 SWIT p.50 MSMIT p.146 IDUIT 4.5.2 | Inicialmente o recrutamento pode ser feito informalmente, ex. ao convidar os membros da população chave que estiveram envolvidos no mapeamento comunitário. Mas deve ser desenvolvido um processo organizado para alargar a fonte de potenciais educadores e garantir a disponibilidade de educadores suficientes. |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| 3. Desenhar um sistema de supervisão de apoio, incluindo mentoria e actividades para ajudar na retenção de educadores e procedimentos para apoiá-los se circunstâncias externas lhes dificultarem o cumprimento do seu papel. | ■ | | | A proporção de supervisores para educadores deve ser 1:4 ou 1:5. Os supervisores podem não ser membros da população chave ou supervisores de pares (membros da população chave formados para esta função). |
| | | | | Quando os educadores pertencem à prevenção ou resposta a violência, a supervisão de apoio deve incluir oportunidades para discutir experiências e cuidados pessoais. Trauma secundário pode acontecer se uma pessoa for repetidamente exposta a histórias de violência. |

ELEMENTO 4.4 Formar Educadores de Pares

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Decidir os tópicos a abordar na formação básica. | ■ | | SWIT p.53 MSMIT p.149 TRANSIT 4.5.1 Padrões para Educação de Pares, Quénia, Padrão 3 | Idealmente, o conteúdo da formação deve ser padronizado em todo o país. A formação deve evoluir para reflectir a experiência de activismo no campo e as habilidades melhoradas do pessoal e dos formadores da população. Vide no Jogo de Ferramentas de Monitoria, Secção 2.5 um modelo de código de conduta para educadores de pares. |
| 2. Verificar se um curriculum existente se adequa ao contexto local ou se pode ser adaptado. | ■ | | | |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 3. Identificar e formar formadores sobre mensagens e protocolos de prevenção, detecção e resposta para violência. Sempre que possível, certificar que os formadores são membros da população chave. | ■ | | | |
| 4. Conduzir uma formação inicial. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 5 | |
| 5. Usar feedback sobre a formação para modificar o curriculum para a ronda seguinte ou para formação avançada dos educadores de pares. | ■ | | | A reciclagem é importante. Planificar no mínimo 10 a 12 dias de formação por ano. As reuniões mensais também podem ser usadas como fóruns para forma os educadores de pares. |

ELEMENTO 4.5 Implementar e Gerir os Serviços de Proximidade

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Realizar a validação do mapeamento dos sítios com os educadores de pares para confirmar o número de membros da população chave a serem alcançados e atribuir educadores a essas pessoas. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria e Ferramentas 1, 1A | Os supervisores dos educadores de pares devem tentar desenvolver uma relação de orientação ou mentoria com as pessoas que supervisionam – reconhecendo e desenvolvendo as suas capacidades, em vez de vê-los como subordinados a necessitar de monitoria e formação. |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|-------|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>2. Garantir que os educadores de pares estão a prestar um pacote de serviços mínimos a membros da população chave numa base permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre protecção contra ITS e VIH e serviços de saúde associados • Oferta de preservativos e lubrificantes; demonstração do preservativo (veja Elemento 5.4); oferta de agulhas e seringas e outros consumíveis para redução do perigo • Mobilização comunitária e empoderamento • Informação sobre o centro de apoio e seus serviços • Referências para serviços de testagem, cuidados e tratamento do VIH e ITS • Consultas de seguimento • Informação sobre violência e serviços que respondem à violência | ■ | | <p>Jogo de Ferramentas de Monitoria</p> <p>Ferramentas 7A, 7A SWIT p.54</p> | |
| <p>3. Garantir que os educadores de pares recebam apoio de supervisão regular (semanal) e mentoria para gerirem eficazmente o seu trabalho e resolverem problemas. Veja também Elemento 6.3</p> | ■ | | SWIT p.58 | |
| <p>4. Certificar que os dados dos serviços de proximidade estejam a ser registados pelos educadores de pares nos calendários e formulários de micro-planificação Elemento 4.2).</p> | ■ | | SWIT p.56; MSMIT p.150; Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferr., 7A | |

ELEMENTO 4.6 Oferecer Formação Avançada e Apoio Para Desenvolvimento Profissional

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Determinar o curriculum para formação com base nas contribuições dos educadores de pares e outros quadros do programa. | | ■ | | |
| 2. Conduzir a formação. | | ■ | | |
| 3. Usar feedback sobre a formação para modificar o curriculum para a ronda seguinte. | | ■ | | |
| 4. Desenvolver uma política e um plano para educadores de pares passarem para outras áreas da programação, incluindo supervisão de educadores de pares e gestão do programa. Certificar que a política seja aplicada para que os membros da população chave entendam as oportunidades para eles disponíveis. | | ■ | SWIT p.61 MSMIT p.152 TRANSIT 4.5.1.D | O desenvolvimento profissional é às vezes conhecido como “progressão de par” - o educador de pares pode progredir para outros cargos dentro da organização implementadora à medida que a sua experiência e habilidades desenvolvem. Mentoria dos novos educadores de pares por outros mais experientes é uma forma de ajudar na progressão de pares. |
| 5. Desenvolver um plano de mentoria para que educadores de pares possam apoiar e ajudar educadores novos. | | ■ | | |
| 6. Considerar oportunidades para os educadores de pares aprenderem através de visitas a outros programas no país, ou através de aprendizagem Sul-Sul a partir de programas noutros países. | | ■ | | |

ELEMENTO 4.7 Apoiar a Retenção Nos Cuidados de Membros da População Chave Vih Positivos

Os membros da população chave com resultados positivos para VIH requerem uma atenção e apoio especial para garantir que recebam o tratamento e cuidados que precisam, especialmente terapia antirretroviral, de forma sustentada. A adesão ao tratamento e cuidados podem ser difíceis por muitos motivos. Os programas devem empregar uma abordagem de gestão do caso para acompanhar membros da população chave VIH positivos e apoiar os mesmos a definir objectivos, ultrapassar desafios, aceder a serviços e aderir aos respectivos regimes de tratamento. Enquanto membros desta equipa de gestão do caso, os navegadores de pares formados podem prestar muito deste apoio. Sendo pares que vivem com VIH, eles têm experiência a navegar os sistemas de cuidados sanitários e os sistemas relacionados e podem servir de exemplos de adesão à medicação.

Os programas de apoio aos membros da população chave VIH positivos devem ser desenhados de acordo com o que funciona melhor no contexto local. Os sistemas já podem existir ou podem necessitar de adaptação ou ter de ser criados de raiz. Os programas também devem ser sensíveis a questões de confidencialidade e ao estigma duplo que os membros da população chave VIH positivos podem enfrentar, dentro ou fora das respetivas comunidades. Para mais informações, consulte o Guia de Navegação de Pares do LINKAGES.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Avaliar todos os sistemas de apoio actuais para as pessoas (especialmente, membros da população chave) que vivem com VIH. | ■ | | | Os sistemas podem existir através de ONG ou OCB, ou através de um sistema público para cuidados de saúde. |
| 2. Analisar a necessidade de apoio adicional ou novo para membros da população chave. | ■ | | | <p>O apoio inclui estas componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a importância de aderir ao tratamento • Ajudar o membro da população chave a criar um plano de adesão ao tratamento • Acompanhar um membro da população chave a consultas médicas ou outras, mediante solicitação • Verificar regularmente junto do membro da população chave para garantir que esteja a aderir a tratamento • Servir de ligação com os serviços sociais e de saúde relevantes |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Responder às necessidades de saúde imediatas, tais como nutrição ou tratamento de infecções oportunistas (Ios) • Apoiar o membro da população chave a ultrapassar desafios e obstáculos do problemas de adesão e com ela relacionados • Oferecer apoio e informação sobre questões relativas a revelação do estado do VIH • Organizar e facilitar grupos de apoio para membros da população chave que vivem com o VIH • Criar e manter um directório de serviços |
| 3. Determinar a melhor forma de oferecer apoio para membros da população chave VIH positivos. Certificar que os membros da população chave VIH positivos compreendam que têm direito a pedir apoio e seguimento – ou recusá-lo quando for oferecido. | ■ | | | <p>Podem ser adoptados um ou mais modelos. Dependendo do contexto local, o apoio pode ser oferecido por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educadores de pares • “navegadores de pares”(membros da população chave que podem ser educadores de pares que mudaram para este papel) • agentes de saúde comunitária <p>É necessária formação, particularmente se a pessoa não for membro da população chave (ex. técnico de saúde formado para trabalhar com pessoas seropositivas na população geral, mas não especificamente com membros da população chave).</p> |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|-------|
| | Arranque | Expansão | | |
| 4. Definir parcerias com US para permitir que o pessoal do programa acompanhe membros da população chave VIH positivos a consultas. Desenvolver políticas e procedimentos para garantir que o pessoal da clínica tenha conhecimento e entenda o programa. | ■ | | | |
| 5. Para programas que empreguem navegadores de pares vocacionados, criar uma descrição do trabalho e procedimentos operacionais padrão e determinar o vencimento/salário. Recrutar e formar navegadores de pares. | ■ | | Guia de Navegação de Pares MSMIT p. 153 IDUIT 4.5.4 | |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 6. Garantir que quem preste apoio a membros da população chave VIH positivos (e que estejam a trabalhar directamente com a ONG/OCB) recebam apoio de supervisão regular (semanalmente) e mentoria para gerirem efectivamente o seu trabalho e resolverem problemas. Veja também Elemento 6.3 | ■ | | Guia de Navegação de Pares | <p>O apoio pode ser prestado em diferentes locais, de acordo com o contexto local, com especial ênfase nas vontades dos membros da população chave VIH positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No centro de apoio • Na US (acompanhado por um técnico ou ao ter um navegador de pares só para a US) • Através de actividades de educação para o membro da população chave (em pessoa ou telefonicamente) ou se ele(a) não visitar regularmente o centro de apoio ou US • Ao participar ou facilitar em grupos de apoio para membros da população chave VIH positivos <p>Pode ser necessário trabalhar com membros da população chave que não sejam VIH positivos para sensibilizá-los para as necessidades dos membros da população chave que vivem com o VIH. Vai garantir que os últimos não sejam estigmatizados por outros membros da população chave no centro de apoio ou outros locais.</p> |
| <p>7. Recolher dados sobre apoio a contactos com membros da população chave VIH positivos (nas unidades ou por chamadas de seguimento ou reuniões) para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o desempenho • Monitorar a cobertura dos clientes a nível do programa local • Reportar para os níveis superiores do programa. <p>Se os cuidados forem prestados em parceria com outro provedor de serviços será necessário um mecanismo de busca robusto Os dados também podem ser regularmente discutidos com o comité de supervisão das US para população chave e com os técnicos da US para mostrar o impacto do programa.</p> | | ■ | | |

ELEMENTO 4.8 Expandir Actividades De Educação A Membros Da População Chave Através Da Mobilização Melhor da De Pares

A Mobilização Melhorada de Pares (MMP) complementa as actividades de educação ao engajar os membros da população chave previamente não identificados para a prevenção e testagem VIH – particularmente os mais difíceis de alcançar e que se podem encontrar num risco elevado de HIV ou até serem já HIV positivos. O objectivo é aumentar a absorção e o rendimento da testagem VIH, ligar os membros da população chave VIH positivos com os tratamentos e cuidados de saúde e ligar os membros da população chave VIH negativos a serviços que os irão ajudar a manterem-se VIH negativos. O MMP utiliza uma abordagem de cadeia de recomendação: os educadores de pares incentivam membros da população chave a recomendarem pares nas suas próprias redes sociais e sexuais para serviços de testagem VIH. Por conseguinte, esta recomendação chega aos membros da população chave que podem não ser contactados por métodos normais liderados por pares, centrando-se naqueles que não se encontram nos focos tradicionais.

O LINKAGES criou um Guia de Mobilização Melhorada de Pares para gestores de programa (veja Anexo 4), que explica os passos necessários para desenhar, implementar e apoiar a MMP. Também está disponível um curriculum de formação para educadores de pares.

O LINKAGES incentiva os programas a considerarem implementar a MMP assim que estejam criadas as actividades educação de pares. Em alguns casos, os programas podem escolher integrar a MMP desde o início, como parte das actividades de educação de pares.

5

ÁREA DO PROGRAMA 5. Serviços Clínicos

Gconsiderações Gerais Para Estabelecimento E Provisão De Serviços Clínicos Para As Populações Chave

ELEMENTO 5.1 Avaliar Os Serviços Actuais E As Necessidades Da População Chave Em Termos De Serviços

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>1. Determinar a disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade dos serviços clínicos para populações chave através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento (veja Elemento 1.3) • Discussões com representantes da população chave. | ■ | | | As percepções dos membros da população chave de que os serviços clínicos existentes são acessíveis e aceitáveis devem ser levadas a sério. |
| <p>2. Definir um pacote de serviços clínicos essenciais e formas para prestar serviços a populações chave específicas.</p> | ■ | | | <p>Cada país terá o seu próprio pacote mínimo de serviços clínicos. No entanto, o pacote mínimo padrão da OMS inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção do preservativo e educação básica sobre prevenção. • Serviços ITS • Serviços de testagem VIH (STV) • TARV • PrEP • PPE • Redução do perigo para PWID • Serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar • Apoio psicossocial |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|-------|
| | Arranque | Expansão | | |
| 3. Avaliar as políticas relativas a prestação de serviços, infra-estrutura e recursos humanos. | ■ | | | |

ELEMENTO 5.2 Organizar Serviços Efectivos, de Alta Qualidade, Disponíveis e Acessíveis

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Desenvolver um plano para melhorar os serviços existentes ou estabelecer serviços novos com base no contexto local. | ■ | | | <p>A sustentabilidade dos serviços deve ser uma consideração importante.</p> <p>O plano deve visar garantir que as US governamentais também se foquem na população chave e sejam aceitáveis para a população chave.</p> |
| <p>2. Designar pacotes de serviços a serem prestados através de diferentes modelos de prestação (isto é, quais serviços serão prestados em quais US):</p> <ul style="list-style-type: none"> • US independente • US dentro do DIC • serviços de proximidade /serviços móveis (veja Elemento 4.5) • US governamentais • ONGs e privados | ■ | | <p>SWIT Capítulo 5</p> <p>MSMIT Capítulo 4</p> <p>TRANSIT Capítulo 4</p> <p>IDUIT Capítulo 3</p> <p>COGS</p> | <p>As decisões sobre o tipo de serviços devem considerar o contexto, recursos disponíveis, acessibilidade e aceitabilidade dos serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A localização e calendário dos serviços são cruciais para a sua acessibilidade. • Prestar serviços integrados quando possível. |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 3. Designar um ponto clínico como centro para a prestação de serviços, referências e artigos. | ■ | | | <p>O ponto clínico é o centro para prestação de serviços clínicos a membros da população chave. Pode ser uma clínica gerida por um programa ou uma clínica governamental com especialidade para prestar uma grande variedade de serviços para membros da população chave. O centro gere serviços clínicos para membros da população chave, incluindo prestação de serviços clínicos básicos; identifica serviços de referência; e garante a disponibilidade de artigos e consumíveis. O centro clínico pode servir de ponto central de distribuição de artigos clínicos. Também pode ser um centro para formação dos técnicos da US, educadores de pares e navegadores de pares quanto à prestação de serviços clínicos e pode estar activamente envolvido no apoio de supervisão. O centro de apoio pode ser o foco para a continuidade dos serviços da prevenção até aos cuidados (veja Elemento 2.2).</p> |
| 4. Garantir recursos adequados e consumíveis para oferecer, gratuitamente ou a preços acessíveis, diagnóstico e tratamento de ITS, testagem VIH, TARV, medicamentos básicos para OI, preservativos e lubrificantes, e planeamento familiar, de acordo com as orientações nacionais. | ■ | | | <p>Os elementos necessários incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de gestão funcional para artigos • Previsão das necessidades de medicamentos e laboratório • Manutenção de uma lista de verificação dos recursos necessários • Lista de entradas e saídas de stock • Sistema de Procurement eficiente • Controlo regular do inventário |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 5. Identificar uma rede de laboratórios para prestar serviços de laboratório e diagnóstico descentralizados ou integrados. | ■ | | | <p>Os critérios incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algoritmo de testagem disponível (VIH, sífilis) • Procedimentos operacionais padrão disponíveis para o laboratório • Usar testes de diagnóstico de alta qualidade, avaliados e fiáveis • Equipamento adequado, regularmente mantido • Apoio para um sistema dedicado para referência de amostras (recolha, manipulação, armazenamento e transporte de amostras) • Sistema interno e externo para garantia da qualidade • Tratamento apropriado do lixo • Sistema para gestão de dados laboratoriais |
| 6. Determinar a disponibilidade de protocolos de tratamento, manuais de testagem, orientações, procedimentos operacionais padrão, manuais de formação e outros meios de apoio em linha com as orientações e políticas nacionais. | ■ | | <p>COGS</p> <p>Directrizes nacionais e manuais, orientações da OMS</p> <p>(Veja Anexo 4)</p> | <p>São necessárias orientações para TARV, PPE, PrEP, manejo de infecções oportunistas, tratamento de ITS, algoritmos para testagem VIH e POP para testagem laboratorial.</p> |
| 7. Papéis e responsabilidades específicas nas diferentes unidades, incluindo o nível de supervisão e apoio técnico (veja também Elemento 6.3). | ■ | | | |
| 8. Identificar mecanismos de comunicação e coordenação para os diferentes pontos de prestação de serviços. | ■ | | | |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 9. Garantir um número apropriado de técnicos formados (incluindo membros da população chave) para prestarem serviços clínicos de alta qualidade. | ■ | | | <p>Oferecer formação aos técnicos para serviços clínicos específicos. A formação também deve incluir um curriculum para reduzir estigma e discriminação contra a população chave e PVVIH (veja Elemento 3.2).</p> <p>As populações chave envolvidas nas operações clínicas devem ser compensadas em conformidade (veja Elemento 2.1 e Elemento 2.4).</p> |
| 10. Prestar serviços clínicos de alta qualidade. | ■ | | <p>SWIT Capítulo 5</p> <p>MSMIT Capítulo 4</p> <p>TRANSIT Capítulo 4</p> <p>IDUIT Capítulo 3</p> <p>COGS</p> | <p>Aspectos a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar o estigma e discriminação na prestação de serviços clínicos (Elemento 3.2). • Garantir a confidencialidade (Elemento 6.2). • Prestar serviços integrados quando exequível. • Desenhar um fluxo eficiente na US – anamnese, exame, consulta, aconselhamento e serviços laboratoriais. • Estabelecer serviços de educação e aconselhamento adequados (adesão ao tratamento, prevenção, calendário de seguimento) (veja também Elemento 4.7). • Garantir serviços de controlo de infeções. |
| 11. Manter processos de utentes individuais e garantir relatórios regulares (veja Elemento 7.1 e Elemento 7.2). | ■ | ■ | <p>Jogo de Ferramentas de Monitoria</p> <p>Ferramentas 9A, 9B, 10</p> | <p>Coordenar com M&A para garantir a qualidade dos relatórios clínicos e a geração de dados da US para melhoria dos serviços.</p> <p>Garantir confidencialidade dos processos dos utentes</p> |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 12. Garantir formação regular, mentoria e apoio de supervisão dos técnicos do serviço clínico nas US apoiadas pelo LINKAGES e unidades de serviços de proximidade (ex. centros de apoio). | ■ | | | Apoio de supervisão trimestral deve acontecer em todas as unidades apoiadas pelo LINKAGES. As unidades de referência devem ser visitadas no mínimo semestralmente e oferecida mentoria ou formação, conforme apropriado. |
| 13. Realizar reuniões de coordenação regulares entre os técnicos da US e técnicos de serviços de proximidade, educadores de pares e outros agentes comunitários. | ■ | ■ | | Quando possível, os técnicos da US devem juntar-se aos educadores de pares nas suas actividades de educação. |
| 14. Monitorar a qualidade dos serviços clínicos. | ■ | ■ | | Os sistemas incluem: <ul style="list-style-type: none"> • Ferramentas para monitoria da qualidade dos cuidados • Um sistema de monitoria e apoio de supervisão regular Elemento 6.3 • Relatórios mensais da US para determinar cobertura e acessibilidade dos serviços (Elemento 6.3) • Garantir que os membros da população alvo estejam envolvidos na monitoria da qualidade dos cuidados (Elemento 2.4) |

ELEMENTO 5.3 Organizar Sistemas de Referência e Fazer Seguimento das Referências

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>1. Identificar os mecanismos de referência que são necessários para os serviços que não são oferecidos na US, mas são essenciais para os membros da população chave. Por exemplo, o parceiro do programa X refere utentes para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • US governamental ou outra alheia ao programa • US gerida pelo parceiro Y do programa • US gerida pelo parceiro X do programa | ■ | | <p>Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.3.1 Ferramentas 9C, 10A, 14, 17</p> | <p>Podem ser feitas referências para múltiplos serviços, conforme necessário, ex. ITS, testagem VIH ou TARV. Em todos os casos, os parceiros do programa são responsáveis por referir activamente e seguimento de pessoas através de sistemas para diagnóstico, tratamento e cuidados.</p> <p>Investigar unidades de referência externas antes de tomar providências para referência, com particular atenção para o custo, qualidade e pontualidade dos seus serviços e a sua aceitação da população chave. As unidades de referência devem prestar serviços para a população chave sem discriminação pela identidade ou estado VIH, e devem ser avaliadas por representantes da população alvo para garantir a sua aceitabilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para referências externas, considere o desenvolvimento de um acordo formal assinado pelo representante da unidade de referência e o programa. • Se um subparceiro do programa estiver a referir para outro subparceiro do programa, considere o desenvolvimento de um acordo formal ou informal entre eles. • Se não for possível um acordo formal, deve-se desenvolver TdR. É importante definir (a) os serviços que serão prestados pela unidade de referência, (b) como as referências serão geridas (incluindo pagamentos) e (c) os |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 2. Compilar uma lista simples de unidades de referência com dados de contacto básicos (telefone, morada) de cada unidade. | ■ | | | |
| 3. Registrar e fazer seguimento das referências e convidar feedback dos doentes. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 9C e 10A | Definir um sistema de seguimento para referências para permitir que os gestores monitorem a eficiência e eficácia do sistema, desde iniciação da referência até recepção do formulário de recepção da referência. Onde as referências não tiverem êxito, os programas devem analisar os motivos (ex. fraca qualidade dos serviços, períodos de espera prolongados ou discriminação pelo pessoal) e abordá-los com os provedores de serviços. |
| 4. Manter um relatório mensal das referências e acções. | ■ | ■ | | |

5

ÁREA DO PROGRAMA 5. Serviços Clínicos*Considerações para serviços clínicos específicos***ELEMENTO 5.4 Promoção de Preservativos e Lubrificantes**

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Identificar as fontes nacionais (ex. governo nacional) para fornecimento de preservativos e lubrificantes e determinar como o programa pode adquiri-los. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 8B | Promover o preservativo masculino e fornecer preservativos femininos com educação sobre o uso. Os preservativos femininos são particularmente importantes para as trabalhadoras do sexo, que podem controlar o seu uso quando estiverem com clientes. Embora o preservativo feminino não esteja aprovado pela OMS ou FNUAP para uso no coito anal, alguns membros da população chave (ex. homens que fazem sexo com homens e transexuais) podem usá-los para este fim. |
| 2. Prever as necessidades trimestrais ou semestrais de artigos para manter stocks adequados nos pontos de distribuição chave (educadores de pares, centros de apoio ou focos). | ■ | | | |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 3. Estabelecer todas as unidades LINKAGES – incluindo US e centros de apoio e educadores – como pontos de distribuição de preservativos e lubrificantes. | ■ | | Guia para Programas de Preservativos | |
| 4. Garantir que todos os serviços clínicos e educadores de pares promovam o preservativo, lubrificante e práticas sexuais mais seguras. | ■ | | | |
| 5. Garantir uma ligação entre a promoção e fornecimento de preservativos na US e por intervenções comunitárias (centros de apoio e educadores de pares - veja Elemento 2.2 e Elemento 4.5). | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramentas 8A, 8C | |
| 6. Fazer seguimento de rotina do inventário de preservativos e lubrificantes do programa (e agulhas e seringas para pessoas que injectam drogas), incluindo quantidades recebidas, e quantidades distribuídas para cada foco e outros locais. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 4.4.3 e 4.4.4 Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramentas 8B, 8A | Evitar rupturas de stock ao prever cuidadosamente as necessidades, que podem flutuar sazonalmente (ex. trabalhadoras do sexo podem ter mais clientes em determinadas alturas do ano devido a trabalhadores sazonais e migrantes ou festivais). Os educadores de pares podem utilizar ferramentas de micro-planificação para estimar o número de preservativos necessários para educação (veja Elemento 4.2 e Elemento 4.5). |
| 7. Fazer seguimento da distribuição de consumíveis para cada membro da população chave. | ■ | | | |

ELEMENTO 5.5 Serviços ITS

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>1. Definir sistemas para prestar serviços ITS essenciais prestados através de pontos apropriados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo sindrómico de ITS sintomáticas • Controlos mensais ou trimestrais regulares para detecção de casos de ITS • detecção de casos de sífilis semestralmente (em conjugação com a detecção de casos de VIH regular) • Tratamento de ITS assintomáticas – tratamento preventivo periódico (PPT); trimestral ou semestralmente, conforme apropriado • Tratamento de ITS com base nas directrizes nacionais (monitorar a falência terapêutica) • Tratamento ou referência para verrugas anais • Educação e promoção do preservativo na US. | ■ | | <p>Directrizes Consolidadas da OMS para População Chave 4.6.2.1</p> <p>SWIT 5.6</p> <p>MSMIT 4.2.9</p> <p>TRANSIT 3.3.6</p> <p>Referências da OMS para TPP</p> <p>Guia da OMS para ITS/SR</p> | <p>Os serviços ITS oferecem uma oportunidade para resposta as variadas necessidades dos membros da população chave, incluindo outros serviços, tais como STV e PrEP e promover o uso do preservativo.</p> <p>Com base nos recursos disponíveis, os controlos ITS devem ocorrer no mínimo trimestralmente.</p> <p>A prestação de serviços ITS deve ser associada a educação liderada por pares para ajudar a garantir controlos regulares para ITS (veja Elemento 4.5). Os serviços ITS comunitários (serviços de proximidade, móveis, centros de apoio ou na US) podem estar mais acessíveis e aceitáveis para membros da população chave.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir os serviços que podem ser prestados por educadores de pares ou navegadores de pares, ex. promover os serviços ITS, inquirir sobre sintomas de ITS, administrar PPT e referir para outros serviços. <p>Os doentes novos que sejam trabalhadoras do sexo ou homens que fazem sexo com homens devem receber tratamento presuntivo para infecção com gonorreia e clamídia. A frequência do tratamento assintomático baseia-se no uso do preservativo, prevalência de ITS e a disponibilidade e acessibilidade dos serviços ITS.</p> |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 2. Referir para detecção de casos de sífilis e garantir tratamento dos membros da população chave positivos para sífilis. | ■ | | | Ligação a testagem VIH quando exequível. Vide as referências da OMS para PPT |

ELEMENTO 5.6 Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|-------------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Garantir conhecimentos e informação precisa sobre PrEP entre técnicos de saúde, educadores de pares e membros da população chave. | ■ | | Directrizes PrEP da OMS | A PrEP não está disponível em todos os países, e os programas terão de seguir as directrizes nacionais. Quando disponível, a PrEP deve ser oferecida como uma opção de prevenção adicional para pessoas que corram risco substancial de VIH. |
| 2. Determinar os pontos de distribuição para PrEP (em linha com a abordagem para a prestação de outros serviços clínicos): <ul style="list-style-type: none"> • Centro de apoio • Serviços de educação comunitária • Serviços ITS • Serviços para pessoas que injectam drogas | ■ | | | Designar um técnico de saúde formado, da confiança dos membros da população chave para oferecer PrEP como parte dos outros serviços. |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <p>3. Desenvolver as componentes básicas da prestação da PrEP com base nas directrizes nacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a necessidade de PrEP (ex. membro da população chave tem risco substancial de VIH). • Explicar a PrEP ao membro da população chave e oferecer como opção. • Efectuar o trabalho laboratorial inicial (serviços de creatinina). • Administrar o medicamento e fornecer suprimento para 3 meses. • Promover o uso de preservativos, lubrificantes e testagem VIH regular. • Oferecer seguimento trimestral em conjunção sobre outros serviços, tais como controlos de ITS. • Oferecer breve aconselhamento com base no utente sobre adesão e melhoria de comportamentos sexuais mais seguros. • Monitorar os efeitos secundários. • Monitorar a adesão a medicação. • Determinar com o utente quando interromper PrEP. | ■ | | <p>SWIT 5.3.3</p> <p>MSMIT 4.2.7</p> <p>TRANSIT 3.3.2</p> | <p>Consultar as Directrizes da OMS (Setembro 2015)</p> |
| <p>4. Estabelecer um mecanismo e rotina de reporte para monitorar a implementação da PrEP.</p> | ■ | | | <p>É importante monitorar o estado VIH do utente, uso do preservativo e taxas de ITS, além da sua adesão a PrEP.</p> |

ELEMENTO 5.7 Profilaxia Pós-Exposição (PPE)

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Garantir a disponibilidade de orientações e POPs para PPE: <ul style="list-style-type: none"> • Quando oferecer PPE • O que oferecer • Testagem VIH e seguimento | ■ | | Directrizes da OMS para PPE SWIT 5.7.2 TRANSIT 3.3.3 | Consultar as directrizes da OMS ou orientações nacionais sobre quando oferecer PPE. Garantir que hajam evidências claras de exposição de um membro da população chave VIH negativo: <ul style="list-style-type: none"> • Uso do preservativo com parceiro VIH positivo ou cliente • Rompimento do preservativo • Agressão ou abuso sexual |
| 2. Garantir a disponibilidade de um jogo PPE nas unidades do serviço clínico e monitorar os prazos de validade. | ■ | | | |
| 3. Determinar probabilidade de passar o membro da população alvo da PPE para PrEP. | ■ | | | |

ELEMENTO 5.8 Serviços de Testagem VIH (STV)




Em alguns países, os serviços de testagem VIH podem também ser conhecidos como testagem e aconselhamento VIH (TAV) voluntário ou aconselhamento e testagem VIH (ATV) voluntário.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|-----------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Avaliar a prestação e lacunas nos serviços de testagem VIH. | ■ | | Directrizes da OMS para STV | A avaliação faz parte do mapeamento de focos (Veja Elemento 1.3). Além de avaliar a cobertura, é importante avaliar as barreiras, ligações para serviços, políticas e padrões para testagem VIH e qualidade da testagem VIH. |
| 2. Estabelecer ou designar STV para aumentar o acesso e abordar as lacunas, garantindo localização e calendarização apropriada dos serviços. | ■ | | | Os serviços de testagem VIH devem ser comunitários quando possível ao abrigo das directrizes nacionais, uma vez que aumentará a cobertura e melhorará a referência para outros serviços. |
| 3. Identificar e formar provedores e educadores comunitários que oferecem aconselhamento e testagem laboratorial. | ■ | | | É mais aceitável se o aconselhamento for oferecido por educadores de pares formados. |
| 4. Promover STV. | ■ | | | Promover STV através de educadores de pares e campanhas. |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>5. Prestar STV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer aconselhamento antes do teste – informação VIH, processo de testagem, a sua natureza voluntária e avaliação de riscos. • Obter o consentimento. • Garantir a confidencialidade. • Efectuar a testagem VIH. • Oferecer confidencialidade dos resultados. • Oferecer aconselhamento pós-teste (veja a coluna das Notas). | ■ | | <p>Directrizes da OMS para STV</p> <p>SWIT 5.2</p> <p>MSMIT 4.2.6</p> <p>TRANSIT 3.3.7</p> <p>IDUIT 3.4</p> <p>TRANSIT 3.3.7</p> <p>IDUIT 3.4</p> | <p>As componentes essenciais são os Cinco Cs: Consentimento, confidencialidade, aconselhamento resultados correctos e conexão.</p> <p>Encorajar a testagem trimestral para membros da população chave. Oferecer testagem VIH com outros serviços, tais como controlos para ITS.</p> <p>Repetir o teste VIH se for diagnosticada uma ITS.</p> <p>Para VIH negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir a redução do risco. • Discutir PrEP. • Marcar a repetição do teste <p>Para VIH positivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activamente estabelecer a ligação e fazer seguimento para serviços TARV e unidade de cuidados VIH (veja Elemento 5.9). • Estabelecer ligação para apoio para retenção nos cuidados; ex. navegador de pares ou outros sistemas definidos para membros da população chave VIH positivos (veja Elemento 4.7). • Referir activamente e fazer seguimento dos membros para um grupo de apoio comunitário. • Marcar visitas de seguimento com um sistema de lembretes (SMS, chamadas telefónicas ou visitas pessoais). • Oferecer apoio psicossocial. |

ELEMENTO 5.9 Terapia Antiretroviral (TARV)

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>1. Definir o modelo de prestação de serviços para TARV e identificar unidades específicas para início, manutenção e dispensar a TARV.</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabelecer um centro TARV para a prestação de TARV e outros serviços de apoio, incluindo testagem laboratorial. | ■ | | <p>Directrizes Consolidadas da OMS para População Chave 4.4.1</p> <p>Directrizes da OMS para TARV</p> <p>Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramentas 11 e 11A</p> <p>SWIT 5.3</p> <p>MSMIT 4.3</p> <p>TRANSIT 3.3.8</p> <p>IDUIT 3.5</p> | <p>Considerar modelos que vão garantir o máximo de adesão a TARV e retenção nos cuidados (veja também Elemento 4.7).</p> <p>Cuidados contínuos exigem apoio alargado por parte das comunidades da população chave e a equipa de cuidados sanitários, para membros da população chave que vivem com o VIH permanecerem nos cuidados, aderirem a TARV e lidarem com o estigma.</p> <p>Os serviços podem ser integrados a outros serviços ou descentralizados. Os serviços descentralizados podem incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Início da TARV no hospital ou a nível dos cuidados primários de saúde Manutenção da TARV a nível dos cuidados primários de saúde ou comunitários (quando exequível) Dispensar TARV a nível do ponto de serviços comunitários, desde que os educadores de pares/ navegadores de pares sejam formados para o efeito. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>2. Garantir a existência de sistemas em vigor para prestar os serviços TARV com base nas orientações nacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de orientações e POPs sobre prestação da TARV, testagem laboratorial, cuidados VIH, monitoria dos doentes, adesão ao tratamento • Manuais de formação e meios de apoio aprovisionamento de pessoal e recursos humanos • Gestão de suprimentos • Infra-estrutura adequada • Mecanismos de referência |  | | | <p>Um sistema de informação deve fazer seguimento dos membros da população chave que recebam cuidados para garantir continuidade dos serviços. Identificar a potencial necessidade de troca de tarefas – envolvendo navegadores de pares ou educadores de pares na prestação de cuidados VIH e seguimento.</p> <p>Os serviços devem ser integrados ou ligados para garantir manejo completo e consistente dos utentes.</p> |
| <p>3. Oferecer acesso TARV com base nas directrizes nacionais para TARV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir imediatamente os membros da população chave VIH positivos para os pontos de serviços TARV. |  | | | <p>Oferecer referências acompanhadas (veja Elemento 4.7).</p> |
| <p>4. Garantir adesão a TARV e serviços de seguimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento para adesão e apoio para adesão (mensagens de texto, agente polivalente elementoar ou educador de pares/navegador de pares). • Definir a frequência da visita a US e levantamento de medicação. |  | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Definir o seguimento do levantamento de medicação (processo de cada utente) incluindo apoio de educadores de pares. • Garantir acesso aos serviços TARV – localização, tempo de espera, tempo de viagem. • Integrar os serviços TARV nas unidades comunitárias. • Controlar os efeitos secundários dos medicamentos. • Monitorar a adesão (contagem de comprimidos, auto-reporte, registos de reposição na farmácia). | | | | |
| <p>5. Monitorar a resposta a TARV (testagem da carga viral).</p> | ■ | | | <p>Monitoria deve ser com base nas orientações nacionais.</p> |
| <p>6. Garantir ligações para os serviços relacionados apropriados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de apoio para membros da população chave VIH positivos • apoio nutricional • Apoio psicossocial e saúde mental • Serviços clínicos alargados (incluindo a população transexual) | ■ | | | <p>Veja também Elemento 4.7</p> |
| <p>7. Definir um mecanismo de apoio para cuidados paliativos e cuidados no fim da vida.</p> | ■ | | | <p>Pode incluir cuidados hospitalares e hospício.</p> |

ELEMENO 5.10 Prevenção, Detecção de Casos e Manejo de Infecções e Co-Infecções Comuns

Tuberculose (TB) e hepatite B e C virais são co-infecções comuns nas pessoas que vivem com o VIH. Fazer também a detecção de infecções oportunistas. Alguns membros da população chave VIH negativos também podem ter um risco elevado de TB e hepatite e devem submeter-se a rastreio durante controlos médicos normais.

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|------------------------------------|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>1. Submeter os doentes ao rastreio para avaliar a necessidade de profilaxia para IO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contagem de células CD4 (como base para profilaxia com cotrimoxazole, profilaxia criptocócica e manejo clínico integral de aparecimentos tardios) • detecção de casos de TB • detecção de casos de Hepatite B e C | ■ | | <p>Directrizes da OMS para PPE/IO</p> <p>Directrizes da OMS para TARV</p> <p>Directrizes da OMS para TB</p> <p>Directrizes da OMS para HBV</p> <p>Directrizes da OMS para HCV</p> | Com base nas directrizes nacionais |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>2. Apoiar a adesão a profilaxia e tratamento de co- morbididades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia preventiva com Isoniazida • Profilaxia Cotrimoxazole • Profilaxia criptocócica • Tratamento da TB • Tratamento HCV | ■ | | | <p>Com base nas directrizes nacionais</p> <p>Coordenar com os serviços TARV designados ou centro TB.</p> <p>Interligar para serviços DOTS para tratamento da TB.</p> <p>Ligação aos programas de prevenção da malária (em países com alto fardo de malária).</p> |
| <p>3. Hepatite viral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer vacinação de recuperação para hepatite B para membros da população chave em sectores onde a vacinação de lactentes não tenha tido plena cobertura. • Detecção da infecção por HCV em sectores de alta prevalência. • Detecção de casos de alcoolismo. • Avaliar o grau de fibrose hepática e cirrose. • Referir para manejo | ■ | | | <p>Com base nas directrizes nacionais</p> <p>Presença do VIH aumenta a rápida progressão da infecção pelo HCV.</p> <p>Ligação aos programas de redução de perigos e sangue seguro.</p> |

ELEMENTO 5.11 Redução de Danos Para Pessoas Que Injectam Drogas

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>1. Estabelecer programas de agulhas e seringas (NSP) alinhados às directrizes nacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir políticas e procedimentos. • Garantir apoio logístico adequado. • Identificar pontos de prestação dos serviços. • Garantir controlo de infeções e descarte de agulhas e seringas. | ■ | | <p>Directrizes NSP da OMS, ONUSIDA,</p> <p>UNODC</p> <p>IDUIT 3.2</p> | <p>Estabelecer relações com as autoridades locais e a polícia.</p> <p>Políticas para distribuição de agulhas e seringas: ilimitadas, com tampa, troca uma por outra. Garantir suprimento adequado de agulhas e seringas, preservativos, filtros, água esterilizada, álcool, bolas de algodão, colheres, recipientes resistentes a perfurações, acidificantes torniquetes, lixívia e desinfectante.</p> |
| <p>2. Oferecer informação e serviços sobre prevenção do VIH, técnicas para injeção segura, reconhecimento e tratamento da overdose e cuidados para feridas.</p> | ■ | | | <p>Oferecer formação em primeiros socorros para overdose e disponibilidade de Naloxone.</p> |
| <p>3. Definir a prestação de terapia com opiáceos de substituição (OST) em linha com as orientações nacionais.</p> | ■ | | <p>Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramentas 8B e 8C</p> <p>IDUIT 3.3</p> | <p>Oferecer OST com metadona ou buprenorfina nas doses apropriadas para manutenção a longo prazo em conjugação com outras componentes. O tratamento deve ser supervisionado durante a fase inicial.</p> |
| <p>4. Oferecer aconselhamento sobre estratégias de redução de risco e apoio psicológico em associação com a dependência de opiáceos.</p> | ■ | | | |
| <p>5. Oferecer ou referir para serviços para prevenção e manejo da hepatite B e C.</p> | ■ | | | |
| <p>6. Referir para grupos de auto-ajuda, quando.</p> | ■ | | | |

ELEMENTO 5.12 Outras Toxicodependências e Alcoolismo

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|-------------------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Detectar o uso excessivo de drogas (anfetamina) ou álcool. | ■ | | Guia de Intervenção OMS mhGAP | Consulte o fluxograma para toxicodependência e distúrbios de toxicodependência no gráfico mestre do Guia de Implementação (pp.67–68) |
| 2. Oferecer informação de saúde relativa ao consumo de drogas e álcool. | ■ | | | |
| 3. Encorajar os membros da população chave a articularem as suas metas pessoais e explorarem como se relacionam com a toxicodependência e alcoolismo. | ■ | | | |
| 4. Referir os utentes para conselheiros e organizações apropriados para avaliação e tratamento. | ■ | | | |

ELEMENTO 5.13 Serviços de Saúde Sexual E Reprodutiva, Incluindo Planeamento Familiar

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|---|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>1. Prestar serviços de planeamento familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar necessidades insatisfeitas para o planeamento familiar • Determinar a intenção de gravidez de mulheres membro da população chave • Discutir os métodos contraceptivos de curta e de longa duração e a necessidade da dupla protecção. • Oferecer (ou encaminhar para) serviços contraceptivos. | ■ | | <p>SWIT 5.7</p> <p>MSMIT 4.2.10</p> <p>TRANSIT 3.3.5</p> <p>IDUIT 3.6</p> | <p>Enfatizar a necessidade da utilização de dupla protecção/duplo método para prevenir o VIH/ITS e a gravidez.</p> <p>A contracepção pode ser oferecida (no prazo de 120 horas) para mulheres que tenham sexo vaginal sem protecção ou que sido vítimas de abuso sexual e não estejam actualmente a usar contracepção.</p> |
| <p>2. Oferecer cuidados para gravidez segura (para grávidas membro da população chave):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir para consulta pré-natal regular. • Oferecer detecção de casos de VIH e sífilis. | ■ | | | <p>Educar sobre saúde anal (uso do preservativo e lubrificantes, perigos das duchas rectais e enemas, inserção de objectos estranhos). Encorajar o exame anal para identificar e manejar correctamente ferimentos, lesões e outras ITS</p> |
| <p>3. Fornecer cuidados de saúde anais.</p> | ■ | | | <p>Educar sobre saúde anal (uso do preservativo e lubrificantes, perigos das duchas rectais e enemas, inserção de objectos estranhos).</p> <p>Encorajar o exame anal para identificar e manejar correctamente ferimentos, lesões e outras ITS.</p> |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 4. Oferecer conselho sobre detecção de casos de cancro. | ■ | | | Fornecer detecção de casos de cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro anogenital e da próstata conforme apropriado. |
| 5. Efectuar referências para cuidados pós-aborto. | ■ | | | |
| 6. Oferecer apoio e referências para outros serviços de saúde sexual. | ■ | | | |
| 7. Oferecer conselhos sobre duchas anais e uso de agentes secantes. | ■ | | | |
| 8. Oferecer educação sobre terapia hormonal para utentes transexuais. | ■ | | | |

ELEMENTO 5.14 Resposta a Violência Sexual

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|------------------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. O tópico da violência deve ser abordado com sensibilidade quando um membro da população chave apresentar com ferimentos ou doenças que sugiram abuso físico. (Não faz parte da triagem universal). | ■ | | Manual IPV da OMS, UN Women, FNUAP | <p>Veja a seguir possíveis indicações de violência: problemas contínuos de saúde emocional, comportamento de auto-mutilação, ferimentos repetidos e sem explicação, ITS repetidas, gravidez indesejada, dores crónicas sem explicação, consulta de saúde repetida. Suspeitar de violência quando um parceiro for intrusivo ou quando os filhos tiverem problemas emocionais e comportamentais.</p> <p>Os técnicos de saúde devem receber formação para oferecerem respostas compassivas aos membros da população chave que revelem experiências de violência.</p> |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| <p>2. Oferecer apoio de primeira linha para agressão sexual e violência de parceiros íntimos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ligações para a equipa de resposta a crise (veja Elemento 3.1). | ■ | | | <p>Oferecer cuidados práticos e responder as necessidades emocionais, físicas e apoiar a pessoa sem invadir a privacidade.</p> <p>Escutar, inquirir sobre necessidades e preocupações, validar os sentimentos e melhorar a segurança e apoio (através de serviços de saúde e sociais). Oferecer referência acompanhada para os serviços por um membro da equipa de resposta a crises ou navegador de pares.</p> |
| <p>3. Oferecer cuidados para a saúde física pós agressão sexual.</p> | ■ | | | <p>Fazer anamnese do utente; efectuar um exame físico; tratar ferimentos físicos; oferecer contracepção de emergência, tratamento presuntivo para ITS, PPE e plano para cuidados pessoais.</p> |
| <p>4. Oferecer apoio psicossocial por técnicos de saúde com formação profissional depois de agressões sexuais.</p> | ■ | | | |
| <p>5. Marcar consultas de seguimento depois de 2 semanas, 1 mês, 3 meses e 6 meses.</p> | ■ | | | <p>Cuidados para ferimentos; durante seguimento, controlo de ITS, gravidez e oferecer apoio psicossocial.</p> |

ELEMENTO 5.15 Cuidados de Saúde Mental

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|-------------------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Oferecer detecção de casos para saúde mental. | ■ | | Guia de intervenção OMS mhGAP | O rastreio deve ser com base no gráfico mestre do Guia de Intervenção mhGAP (página 7 e 8) |
| 2. Documentar os problemas de saúde mental identificados. | ■ | | | |
| 3. Detectar uso de drogas e distúrbios associados. | ■ | | | Usar o gráfico mestre do Guia de Intervenção mhGAP (página 66 e 67) |
| 4. Referir para manejo. | ■ | | | |

6

ÁREA DO PROGRAMA 6. Gestão do Programa

ELEMENTO 6.1 Contratar, Admitir e Formar Pessoal

- *Técnicos de saúde (médicos, enfermeiros outro pessoal da US)*
- *Pessoal e técnicos do programa (gestores e coordenadores)*
- *Supervisores dos educadores*
- *Educadores de pares (Veja Área do Programa 4)*

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Decidir as necessidades de contratação com base no número de unidades e número de membros da população chave a serem servidos. | ■ | | Anexo 3 | A contratação deve ser com base no plano de actividades, plano de monitoria do programa e sub-acordo com um parceiro de implementação. A formação pode envolver mentoria no local, visitas de campo para aprendizagem, formação teórica etc. A formação para o pessoal também deve incluir sensibilização para trabalhar com a população chave (veja Elemento 3.2). Veja também o Jogo de Ferramentas de Monitoria, Capítulo 4.3.3. |
| 2. Redigir descrições de funções para cada cargo. | ■ | | SWIT 6.4 | |
| 3. Anunciar as vagas e contratar quadros. | ■ | | | |
| 4. Fornecer formação inicial. | ■ | | | |
| 5. Desenvolver um plano de formação para capacitação do pessoal. | | ■ | | |

ELEMENTO 6.2 Definir e Implementar Políticas e Procedimentos Sobre Segurança dos Dados, Confidencialidade e Ética

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--------------------------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Identificar todos os quadros, educadores de pares e outros (ex. membros do comité de supervisão) que possam ter contacto com outros membros da população chave ou com dados sobre membros da população chave no curso da provisão dos serviços. | ■ | | | Os membros da população chave devem assumir um papel de liderança na redacção de um código de ética e fazer contribuições para políticas e procedimentos sobre segurança e confidencialidade dos dados. O que ajuda a garantir que o programa contará com a confiança da comunidade da população chave. |
| 2. Com representantes do pessoal, comunidade da população chave e outros provedores de serviços, discutir áreas que devem ser abordadas num código de ética, e nas políticas e procedimentos para confidencialidade. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 2.4 | Considerar envolver representantes dos provedores de referência sempre que possível porque a estigmatização e discriminação podem ser um problemas nos hospitais e US governamentais ou privadas. |
| 3. Discutir e definir a confidencialidade para as diferentes componentes dos serviços (ex. Nos centros de apoio, nas US etc.). | ■ | | | Um código de ética deve incluir: |
| 4. Redigir um código de ética e a relativa “carta dos direitos dos utentes”. | ■ | | | <ul style="list-style-type: none"> • Uma compreensão explícita dos direitos humanos e protecções legais para todos os cidadãos (e não cidadãos), incluindo a saúde como direito humano |
| 5. Formar o pessoal, educadores de pares e membros do comité de supervisão da população chave sobre o código de ética. | ■ | | | <ul style="list-style-type: none"> • O dever de não discriminar, estigmatizar ou condenar em nenhum aspecto da prestação de serviços • Confidencialidade e não divulgação de informação pessoal ou médica • Protecção de todos os dados dos utentes |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|-------|
| | Arranque | Expansão | | |
| 6. Redigir as políticas e procedimentos para segurança e confidencialidade dos dados. Se os episódios de violência forem documentados (e particularmente se serão partilhados – mesmo anonimamente – para fornecer evidências de violações dos direitos humanos), desenvolver um processo de consentimento específico para a recolha destas experiências. | ■ | | | |
| 7. Formar o pessoal e outros que lidem com dados sobre as políticas e procedimentos; garantir que todos os funcionários novos também sejam formados. | ■ | ■ | | |
| 8. Rever todas as políticas e procedimentos e efectuar seguimento e rever regularmente as formações. | | ■ | | |

ELEMENTO 6.3 Estabelecer Sistemas Para Supervisão e Apoio Técnico

O apoio de supervisão acontece em dois contextos:

- *Parceiros de implementação oferecem apoio de supervisão para os seus trabalhadores e seus educadores de pares, focados na resolução de problemas e uso de dados para gerir e melhorar o seu trabalho.*
- *Quadros nacionais oferecem apoio de supervisão aos gestores do programa dos parceiros de implementação, focados na resolução de problemas e na melhoria dos impactos do programa.*

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--|-------|
| | Arranque | Expansão | | |
| PARCEIRO DE IMPLEMENTAÇÃO E NÍVEL REGIONAL OU NACIONAL: | | | | |
| 1. Desenvolver ferramentas e criar equipas para apoio de supervisão. | ■ | | | |
| 2. Desenvolver organigrama ilustrando as linhas de responsabilidade. | ■ | | | |
| 3. Marcar sessões de supervisão regulares. | ■ | | SWIT 6.2.7 MSMIT 6.2.8 TRANSIT 5.4.2 | |
| 4. Redigir orientações sobre os tópicos a abranger na supervisão, incluindo relatórios ou fichas a serem consultadas. | ■ | | | |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| NÍVEL DO PARCEIRO DE IMPLEMENTAÇÃO: | | | | |
| 5. Redigir a política e procedimentos sobre como o conteúdo da supervisão e impactos serão registados. | ■ | | | |
| 6. Desenvolver procedimentos para mentoria e retenção de pessoal. | ■ | | | |
| 7. Estabelecer uma reunião mensal dos gestores e quadros do programa para revisão dos dados de monitoria a nível da unidade e fornecer input para o programa. | ■ | | | |
| 8. Estabelecer reuniões semanais ou mensais dos supervisores dos educadores e educadores de pares para cada implementação rever os dados de monitoria a nível dos educadores para contribuir para o trabalho de educação e para os educadores de pares planearem actividades futuras. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 6.1 e 6.2 Jogo de Ferramentas de Monitoria Ferramenta 16 | |
| 9. Garantir que os dados do serviço sejam regularmente discutidos com os comités de supervisão para o programa da população chave. Veja Elemento 2.4. | ■ | | | |
| 10. Estabelecer um calendário de visitas de campo regulares pelos técnicos ou directores do programa para observar os serviços de proximidade, US etc. | ■ | | | Uma boa prática é o Director do Programa visitar o campo trimestralmente e os técnicos com visitas mensalmente.. |

| Atividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| NÍVEL REGIONAL OU NACIONAL: | | | | |
| 11. Estabelecer reuniões de Assistência Técnica regular para diferentes tipos de quadros entre os parceiros de implementação (ex. Conselheiros STV, clínicos, digitadores e supervisores dos educadores) para discutir questões comuns e problemas dentro do programa e as melhores práticas para abordá-los. | ■ | | | O principal parceiro de implementação na região ou a sede nacional podem convocar estas reuniões e usá-las para identificar melhores práticas entre os parceiros de implementação e fazer contribuições técnicas. |
| 12. Definir um calendário de visitas de campo regulares aos parceiros de implementação por quadros regionais e nacionais. | ■ | | | |
| 13. Estabelecer reuniões mensais dos parceiros de implementação para discutir problemas de todo o programa. | ■ | | | |

7

ÁREA DO PROGRAMA 7. Monitoria e Uso dos Dados

A monitoria é um aspecto de cada área de programa neste guia de implementação. A recolha, análise e relatórios de dados são partes cruciais de uma monitoria efectiva e passos importantes em muitos elementos do programa. Os programas devem cultivar uma cultura de uso dos dados, para que os quadros com responsabilidade e autoridade para usar os dados melhorem a definição de programas, desenvolver uma forte ligação entre a análise dos dados e acção.

- A Área de Programa 1 descrede o uso dos dados para planificar programas.
- O jogo de Ferramentas de Monitoria do Programa LINKAGES mostra como fazer seguimento do progresso de intervenções específicas.
- A Área de Programa 7 descreve como adaptar ou suplementar os formulários existentes para recolher todos os dados necessários sobre as intervenções, como garantir que os dados sejam eficiente e correctamente registados e como usar os dados para monitorar o progresso e gerar melhorias.

Cada programa deve elaborar um plano de monitoria de dados para cobrir todos estes elementos.

ELEMENTO 7.1 Desenvolver ou Adaptar Ferramentas Para Recolha de Dados

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|---|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Os gestores dos programas nacionais e membros do quadro do programa LINKAGES devem consultar colectivamente os formulários de recolha de dados existentes no programa nacional e compará-los contra os requisitos para recolha de dados para relatórios dos indicadores LINKAGES. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 6.2 Directrizes MER do PEPFAR | Os países com frequência têm formulários padrão para monitoria, especialmente dos serviços clínicos. Pode não ser possível alterá-los, mas outros formulários podem ser usados para captar outros dados de monitoria. |
| 2. Quando necessário, usar os formulários LINKAGES no Jogo de Ferramentas de Monitoria como modelo e adaptá-los para complementar os formulários do programa nacional. | ■ | | Planos de M&A nacionais para população chave | É importante indicar claramente a frequência da recolha de dados e quem é responsável pela recolha e redacção dos relatórios dos dados. |

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 3. Redigir protocolos para a recolha de dados. | ■ | | | Verificar as definições contra as definições dos programas nacionais (isto é governo) e resolver todas as inconsistências. |
| 4. Formar os quadros relevantes para recolha, processamento e reporte de dados. | ■ | | | |
| 5. Repetir os passos 1 a 4 para os formulários resumo locais e regionais. | ■ | | | |

ELEMENTO 7.2 Garantir a Qualidade Na Recolha, Análise e Relatório de Dados

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|---|------------|----------|----------------------|---|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. Desenhar e Implementar sistemas de gestão ou mecanismos electrónicos para recolha, análise e relatório dos dados. | ■ | | | |
| 2. Definir um calendário para compilação dos relatórios mensais de dados, incluindo prazos para receber os formulários dos educadores de pares, US etc. | ■ | | | |
| 3. Definir um protocolo para lançamento dos dados e formar os quadros relevantes. | ■ | | | Um digitador ou outro técnico designado deve introduzir os dados. |
| 4. Definir protocolos para segurança e confidencialidade dos dados. | ■ | | | |
| 5. Efectuar controlos regulares da qualidade dos dados. | ■ | | | |

ELEMENTO 7.3 Rever Regularmente e Analisar Dados e Usar Para Planificação de Programas

| Actividades de Implementação | Calendário | | Referências/Recursos | Notas |
|--|------------|----------|--|--|
| | Arranque | Expansão | | |
| 1. O educador de pares revê e analisa os dados depois de cada dia de actividade, para planificar ulteriores necessidades. | ■ | | | À medida que os educadores de pares ganham experiência, serão capazes de identificar e colmatar lacunas na cobertura sem grande assistência de um supervisor. |
| 2. O supervisor revê, analisa e discute os dados dos serviços de proximidade com cada educador de pares semanalmente. | ■ | | | |
| 3. O supervisor reúne quinzenalmente com todos os educadores de pares para analisar lacunas na cobertura e priorizar as actividades de educação. | ■ | | | |
| 4. O técnico de campo reúne mensalmente com todos os supervisores para rever os dados das actividades de educação. | ■ | | | |
| 5. Os gestores do programa reúnem mensalmente para rever e analisar os indicadores do painel para monitorar o progresso do programa. | ■ | | Jogo de Ferramentas de Monitoria 6.2 Anexo 2 (modelo de painel de indicadores) | O painel é um conjunto de indicadores chave que é automaticamente gerado a partir dos dados introduzidos no computador. Mostra o desempenho em várias áreas do programa e pode ser usado para medir o progresso contra metas para os serviços de proximidade e outros serviços e para identificar áreas onde existam dificuldades. |
| 6. Os gestores do programa apoiam a análise dos dados a nível da US com os técnicos para apoiar o seu trabalho e melhorar os impactos. | ■ | | | |
| 7. Conduzir formação de rotina sobre uso e análise dos dados a todos os níveis do programa. | | ■ | | |
| 8. A nível do programa, realizar reuniões trimestrais de avaliação do desempenho para todos os parceiros. | ■ | ■ | | |

ANEXO 1. TABELA DE RESPONSABILIDADES PELOS ELEMENTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

N = Equipa nacional do programa LINKAGES

IP = Parceiro de implementação local

| 1 Engajar as Populações Chave na Estimativa da Dimensão da População, Mapeamento e Planeamento Inicial do Programa | |
|---|----------|
| 1. Estimativa da dimensão e mapeamento da população a nível nacional | N |
| 2. Estimativa da dimensão e mapeamento da população a nível local | N |
| 3. Estimativa da dimensão e mapeamento da população a nível do foco | IP |
| 4. Planear o programa usando dados do mapeamento e da estimativa de dimensão | N/ IP |

| 2 Engajamento e Empoderamento da População Chave em Programas | |
|---|----|
| 1. Desenvolver o quadro de pessoal dos programas e equipas por membros da população chave | IP |
| 2. Estabelecer centros de apoio | IP |
| 3. Apoiar grupos da população chave através de capacitação e fortalecimento organizacional | IP |
| 4. Promover a supervisão dos serviços clínicos e outros serviços pela comunidade da população chave | IP |

| 3 Intervenções Estruturais | |
|--|----------|
| 1. Identificar, desenhar e implementar estratégias para prevenir e responder à violência contra membros da população chave | N/ IP |
| 2. Desenvolver estratégias para redução do estigma nos sectores de cuidados sanitários | N/ IP |

| 4 Serviços de Proximidade com Pares | |
|--|----------|
| 1. Mapear ou validar as populações chave e definir metas para os serviços de proximidade | IP |
| 2. Desenvolver ou adaptar ferramentas de micro-planificação | IP |
| 3. Recrutar educadores de pares | IP |
| 4. Formar educadores de pares | N/ IP |
| 5. Implementar e gerir os serviços de proximidade | IP |
| 6. Oferecer formação avançada e apoio para desenvolvimento profissional | N/ IP |
| 7. Apoiar a retenção nos cuidados de membros da população chave VIH positivos | IP |
| 8. Expandir as actividades de educação aos membros da população chave através da Mobilização Melhorada de Pares (opcional) | N/ IP |

| 5 Serviços clínicos | |
|--|----------|
| 1. Avaliar os serviços actuais e as necessidades da população alvo em termos de serviços | IP |
| 2. Organizar serviços efectivos, de alta qualidade, disponíveis e acessíveis | N/ IP |
| 3. Organizar sistemas de referência e seguimento das referências | N/ IP |
| 4. Promoção de preservativos e lubrificantes | N/ IP |
| 5. Serviços ITS | IP |
| 6. Profilaxia pré-exposição (PrEP) | IP |
| 7. Profilaxia pós-exposição (PPE) | IP |
| 8. Serviços de testagem VIH (STV) | IP |
| 9. Terapia antiretroviral (TARV) | IP |
| 10. Prevenção, detecção de casos e manejo de infecções e co-infecções comuns | IP |
| 11. Redução de danos para pessoas que injectam drogas | IP |
| 12. Outras toxicodependências e alcoolismo | IP |
| 13. Serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar | IP |
| 14. Resposta a violência sexual | IP |
| 15. Cuidados de saúde mental | IP |

| 6 Gestão do Programa | |
|---|----------|
| 1. Contratar, admitir e formar pessoal | IP |
| 2. Definir e implementar políticas e procedimentos sobre segurança dos dados, confidencialidade e ética | N/ IP |
| 3. Definir sistemas para supervisão e apoio técnico | N/ IP |

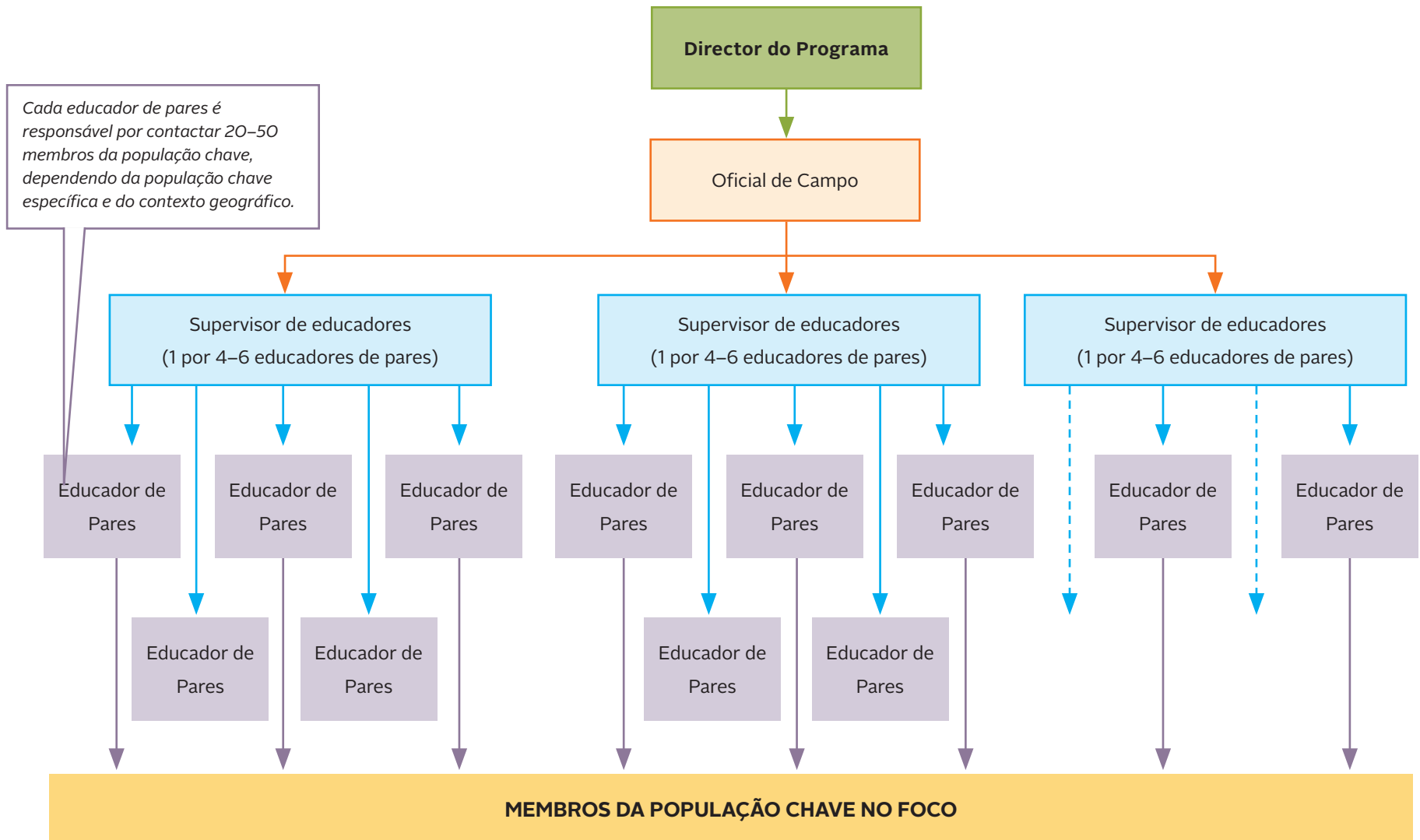
| 7 Monitoria e Uso de Dados | |
|--|----------|
| 1. Desenvolver e adaptar ferramentas para recolha de dados | N/ IP |
| 2. Garantir a qualidade na recolha, análise e relatório de dados | N/ IP |
| 3. Rever regularmente e analisar dados, usar para definição de programas | N/ IP |

ANEXO 2. MODELO DE INDICADORES DE MONITORIA

Veja Elemento 7.3

| INDICADORES | NÍVEL DE ANÁLISE |
|--|---|
| <i>Cobertura do Programa</i> | |
| Proporção de indivíduos da população chave registados (acumulada) na intervenção através dos serviços de proximidade, comparado a população chave estimada | Nível do Foco , nível do Parceiro e nível do Programa |
| Proporção de indivíduos da população chave que recebem regularmente serviços de proximidade para os serviços VIH | Nível do Foco , nível do Parceiro e nível do Programa |
| <i>Testagem VIH por membros da população chave</i> | |
| Proporção de membros da população chave que foram testados e receberam resultados VIH nos últimos três meses | Nível do Foco , nível do Parceiro e nível do Programa |
| <i>CUIDADOS VIH para membros da população chave</i> | |
| Proporção de membros da população chave que são VIH positivos e registados nos cuidados | Nível do Foco , nível do Parceiro e nível do Programa |
| Proporção de membros da população chave que estão em TARV entre os registados nos cuidados | Nível do Foco , nível do Parceiro e nível do Programa |
| Número de membros da população chave que enfrentaram violência no último mês | Nível do Foco , nível do Parceiro e nível do Programa |
| Proporção de casos de violência com resposta em 24 horas | Nível do Foco , nível do Parceiro e nível do Programa |
| Número médio de participantes por workshop e reunião de advocacia junto dos actores | Nível do foco e nível do Programa |

ANEXO 3. MODELO DE ORGANIGRAMA PARA OS SERVIÇOS DE PROXIMIDADE



ANEXO 4. LISTA DE DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

A lista abaixo identifica os documentos referidos na coluna Referências/recursos nas tabelas das áreas do programa. Uma vez que as tabelas usam títulos abreviados, os números dos itens na lista orientam para o título completo de cada recurso na lista de documentos de referência abaixo.

| Nome usado no guia de implementação | Item | Nome usado no guia de implementação | Item |
|---|------|--|------|
| COGS | 27 | SWIT | 2 |
| Guia para Programas de Preservativos | 26 | TRANSIT | 4 |
| Manual de Resposta a Crises | 11 | Directrizes da OMS para TARV | 34 |
| Guia MMP | 22 | Directrizes da OMS para HBV | 36 |
| Curriculum de Formação MMP | 23 | Directrizes da OMS para HCV | 37 |
| IDUIT | 5 | Directrizes da OMS para STV | 33 |
| Orientações Nacionais para a População Chave Quênia | 43 | Directrizes Consolidadas da OMS para População Chave | 1 |
| Padrões para Educação de Pares, Quênia | 18 | mhGAP OMS | 40 |
| Manual de micro-planificação | 14 | Guia de intervenção OMS mhGAP | 41 |
| Jogo de Ferramentas de Monitoria | 50 | Directrizes da OMS para PPE/IO | 32 |
| MSMIT | 3 | Referências da OMS para TPP | 28 |
| Directrizes MER do PEPFAR | 53 | Directrizes PrEP da OMS | 31 |
| Guia de Navegação de Pares | 24 | Guia da OMS para ITS/SR | 29 |
| Guia REAct | 13 | Directrizes da OMS para TB | 35 |
| Jogo de Ferramentas de Mentoria Sul-Sul | 9 | Directrizes NSP da OMS, ONUSIDA, UNODC | 38 |
| | | Manual IPV da OMS, UN Women, FNUAP | 39 |

GERAL

1. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with sex workers: practical guidance for collaborative interventions. Geneva: World Health Organization; 2013. *French translation available [here](#)*.
3. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. New York: United Nations Population Fund; 2015.
4. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York: United Nations Development Programme; 2016.

5. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with people who inject drugs: practical guidance from collaborative interventions. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017 (forthcoming).
6. LINKAGES Cascade Framework.

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

7. Collective courage: sex workers tell stories of change. Nairobi: Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme.
8. From isolation to solidarity: how community mobilization underpins HIV prevention in the Avahan AIDS India Initiative. Washington (DC): Futures Group; 2013.
9. South to South Mentoring Toolkit for Key Populations. LINKAGES; 2016.

INTERVENÇÕES ESTRUTURAIS

10. Police and HIV/AIDS: a training resource. Essential Advocacy Project. Constella Group; 2009.
11. Community led crisis response systems—a handbook. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2013.
12. Learning site: violence prevention and response. Nairobi: Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme.
13. REAct (Rights, Evidence, Action) guide: a community-based human rights monitoring and response system. Hove (UK): International HIV/AIDS Alliance; 2015.

EDUCADORES DE PARES (INCLUINDO APOIO A RETENÇÃO NOS CUIDADOS DE MEMBROS DA POPULAÇÃO CHAVE VIH POSITIVOS)

14. Micro-planning in peer led outreach programs—a handbook. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2013.
15. Learning site: micro-planning tools. Nairobi: Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme.
16. Learning site: outreach and micro-planning. Nairobi: Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme.
17. Standards for peer-education and outreach programs for sex workers. Nairobi: Ministry of Public Health and Sanitation; 2010.
18. National standards for peer education and outreach for HIV prevention and care among key population: Mozambique. Republic of Mozambique: Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA.
19. Peer educators' advanced training manual. New Delhi: FHI 360; 2010.
20. Best practices for integrating peer navigators into HIV models of care. Washington (DC): AIDS United; 2015.

21. Optimizing entry into and retention in HIV care and ART adherence for PLWHA: a train-the-trainer manual for extending peer navigators' role to patient navigation. Washington (DC): International Association of Physicians in AIDS Care; 2012.
22. LINKAGES Enhanced peer mobilization guide. Washington (DC): FHI 360/LINKAGES; January, 2017.
23. LINKAGES EPM training curriculum. Washington (DC): FHI 360/LINKAGES; January, 2017.
24. LINKAGES Peer navigation guide. Washington (DC): FHI 360/LINKAGES; January, 2017

SERVIÇOS CLÍNICOS

25. Contraceptive forecasting handbook for family planning and HIV/AIDS prevention programs. Arlington (VA): Family Planning Logistics Management (FPLM)/John Snow, Inc., US Agency for International Development; 2000.
26. Comprehensive condom programming: a guide for resource mobilization and country programming. New York (NY): United Nations Population Fund; 2011.
27. Clinic operational guidelines and standards (COGS). Comprehensive STI services for sex workers in Avahan-supported clinics in India. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation and FHI.
28. Periodic presumptive treatment for sexually transmitted infections: experience from the field and recommendations for research. Geneva: World Health Organization; 2008.
29. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2005.
30. Rapid advice on syndromic STI Management in Kenya. Nairobi: Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme; 2015.
31. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – second edition. Geneva: World Health Organization; 2016.
32. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2014.
33. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva; World Health Organization; 2015.
34. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015.
35. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. Geneva: World Health Organization; 2015.
36. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva: World Health Organization; 2015.

37. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection – updated version April 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
38. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva: World Health Organization; 2007.
39. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2014.
40. WHO mental health gap action programme. Geneva: World Health Organization.
41. mhGAP intervention guide for mental, neurologic and substance use disorders in non-specialized health settings – version 2.0. Geneva; World Health Organization; 2016.

PLANIFICAÇÃO E GESTÃO DO PROGRAMA

42. Avahan Common Minimum Program for HIV prevention in India. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2010.
43. National guidelines for HIV/STI programming with key populations. Nairobi: Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme; 2014.
44. Standard Operating Procedures for Implementing HIV Programmes among key populations. Republic of Ghana: Ghana AIDS Commission.
45. National guidelines for implementation of HIV prevention programmes for female sex workers in Nigeria. Abuja: National Agency for the Control of AIDS; 2014.
46. Standard Operating Procedures for HIV/STI prevention program with sex workers in Zambia. Republic of Zambia: National AIDS Council.
47. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015.
48. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance; 2010.
49. Practical guidance for scaling up health service innovations. Geneva: World Health Organization and ExpandNet; 2009.

MONITORIA, AVALIAÇÃO E USO DOS DADOS

50. Program monitoring toolkit for programs providing peer outreach and support to key populations. Washington (DC) FHI 360/LINKAGES; 2016.
51. SIMS Community Master Tool, version 2.0. Washington (DC): United States Agency for International Development; 2015.
52. SIMS Facility Master Tool, version 2.0. Washington (DC): United States Agency for International Development; 2015.

53. PEPFAR Monitoring, Evaluation and Reporting Indicator Reference Guide. Washington (DC): PEPFAR; 2015. *At this hyperlink, look under the sub-heading "PEPFAR Fiscal Year 2015 Country/Regional Operational Plan (COP/ROP) Guidance (February 2015)".*
54. Tool to set and monitor targets for prevention, treatment and care for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015.
55. Toolkit for monitoring and evaluation of interventions for sex workers. New Delhi: World Health Organization; 2009.
56. Use it or lose it: how Avahan used data to shape its HIV prevention efforts in India. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2008.

ANEXO 5. LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA AUTO-AVALIAÇÃO

Use esta lista de verificação para realizar uma avaliação rápida dos elementos de um programa para a prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados para o VIH e outras ITS entre a população chave. A lista de verificação oferecerá uma síntese de um programa existente e vai identificar os elementos do programa que já existam. Este exercício vai ajudar a garantir que Assistência Técnica e outros recursos sejam focados onde exista a maior necessidade. O preenchimento desta lista de verificação não deve levar mais de 90 minutos.

Considere seguir estes passos para efectuar a auto-avaliação:

1. Designar membros da equipa LINKAGES para liderarem a auto-avaliação.
2. Engajar um pequeno grupo de quadros e membros da população chave (3 a 8 pessoas) para participarem no processo.
3. Realizar a auto-avaliação. Discutir cada elemento em grupo e concordar uma única classificação.
4. Analisar a classificação.
5. Desenvolver pontos de acção para melhorar o programa.

COMO AVALIAR O SEU PROGRAMA

- Os elementos na lista de verificação baseiam-se naqueles constantes neste guia para implementação de programas.
- A equipa nacional do programa LINKAGES (“N” na coluna marcada “Quem?”) e/ou o parceiro de implementação local (“IP”) devem considerar cada um dos elementos na tabela e inserir uma classificação na caixa relevante para indicar se esse elemento “não efectuado” (0 pontos), foi “parcialmente concluído” (1 ponto) ou foi “concluído” (3 pontos).
- Se sentir que o programa precisa de ajuda com um elemento particular (independentemente da classificação que lhe atribuiu) insira um X na última coluna.
- Existe um espaço para comentário por baixo de cada secção da tabela. Use-o para anotar o(s) motivo(s) para a pontuação.
- Use a tabela da última página para anotar constatações chave adicionais sobre cada área do programa e os pontos de acção chave. Por exemplo, sugira acções específicas para melhorar o programa ou identificar necessidades de assistência específicas.

Dependendo dos resultados da auto-avaliação de referência, conduza avaliações de seguimento nestes intervalos:

| Classificação | Intervalo de seguimento |
|---------------|-------------------------|
| 0–30 | Depois de 3 meses |
| 31–50 | Depois de 6 meses |
| 51–78 | Depois de 1 ano |

| 1 | Engajar As Populações Chave Na Estimativa Da Dimensão Da População, Mapeamento E Planeamento Inicial Do Programa | QUEM? | CLASSIFICAÇÃO | REQUER ASSIS-TÊNCIA |
|--|--|-------|---|----------------------------------|
| | | | Parcialmente concluído = 1 Concluído = 2 | (sem classificação, assinalar X) |
| 1.1 | Estimativa da dimensão e mapeamento da população a nível nacional | N | | |
| 1.2 | Estimativa da dimensão e mapeamento da população a nível local | N | | |
| 1.3 | Estimativa da dimensão e mapeamento da população nos focos | IP | | |
| 1.4 | Programa planeado através dos dados do mapeamento e estimativa da dimensão | N/IP | | |
| CLASSIFICAÇÃO TOTAL PARA ESTA ÁREA DO PROGRAMA (máximo 8) | | | | |
| COMENTÁRIOS: | | | | |

| 2 | Engajamento E Empoderamento Da População Chave Em Programas | QUEM? | CLASSIFICAÇÃO | REQUER ASSIS-TÊNCIA |
|--|--|-------|---|----------------------------------|
| | | | Parcialmente concluído = 1 Concluído = 2 | (sem classificação, assinalar X) |
| 2.1 | Aprovisionamento dos programas e equipas com quadros membros da população chave (cargos diferentes do educador de pares) | IP | | |
| 2.2 | Centros de apoio estabelecidos | IP | | |
| 2.3 | Capacitação e fortalecimento organizacional para grupos da população chave | IP | | |
| 2.4 | Comités comunitários da população chave para supervisão dos serviços clínicos e outros serviços | IP | | |
| TCLASSIFICAÇÃO TOTAL PARA ESTA ÁREA DO PROGRAMA (8 no máximo) | | | | |
| COMENTÁRIOS: | | | | |

| 3 Intervenções Estruturais | | QUEM? | CLASSIFICAÇÃO | REQUER ASSIS- TÊNCIA |
|--|---|--------------|---|---|
| | | | <i>Parcialmente concluído = 1</i> <i>Concluído = 2</i> | <i>(sem classificação, assinalar X)</i> |
| 3.1 | Estratégias para prevenir e responder à violência contra membros da população chave | N/IP | | |
| 3.2 | Redução de estigma nos sectores de cuidados sanitários | N/IP | | |
| CLASSIFICAÇÃO TOTAL PARA ESTA ÁREA DO PROGRAMA <i>(4 no máximo)</i> | | | | |
| COMENTÁRIOS: | | | | |

| 4 | Serviços De Proximidade Com Pares | QUEM? | CLASSIFICAÇÃO | REQUER ASSIS- TÊNCIA |
|--|--|-------|--|--|
| | | | Parcialmente concluído = 1 Concluído = 2 | (sem classifi- cação, assinalar X) |
| 4.1 | Populações chave mapeadas ou números validados e definidas as metas dos serviços de proximidade | IP | | |
| 4.2 | Ferramentas de micro-planificação desenvolvidas ou adaptadas | IP | | |
| 4.3 | Educadores de pares recrutados | IP | | |
| 4.4 | Educadores de pares formados | N/IP | | |
| 4.5 | Educadores de pares implementados | IP | | |
| 4.6 | Formação avançada e apoio para o desenvolvimento profissional dos educadores de pares | N/IP | | |
| 4.7 | Retenção nos cuidados dos membros da população chave VIH positivos apoiados (através de navegação de pares, referências acompanhadas etc.) | IP | | |
| 4.8 | <i>Mobilização Melhorada de Pares implementada (opcional)</i> | N/IP | | |
| CLASSIFICAÇÃO TOTAL PARA ESTA ÁREA DO PROGRAMA (16 no máximo) | | | | |
| COMENTÁRIOS: | | | | |

| 5 | Serviços Clínicos | QUEM? | CLASSIFICAÇÃO | REQUER ASSIS- TÊNCIA |
|--|---|-------|--|--|
| | | | Parcialmente concluído = 1 Concluído = 2 | (sem classifi- cação, assinalar X) |
| 5.1 | Actuais serviços clínicos para populações chave e suas necessidades clínicas avaliadas | IP | | |
| 5.2 | Organizados serviços efectivos, de alta qualidade, disponíveis e acessíveis | N/IP | | |
| 5.3 | Sistemas de referência organizados | N/IP | | |
| 5.4 | Promoção de preservativos e lubrificantes | N/IP | | |
| 5.5 | Serviços ITS | IP | | |
| 5.6 | Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) | IP | | |
| 5.7 | Profilaxia Pós-Exposição (PPE) | IP | | |
| 5.8 | Serviços de testagem VIH (STV) | IP | | |
| 5.9 | Terapia Antiretroviral (TARV) | IP | | |
| 5.10 | Prevenção, detecção de casos e manejo de infecções e co- infecções comuns (TB, hepatite etc.) | IP | | |
| 5.11 | Redução de danos para pessoas que injectam drogas | IP | | |
| 5.12 | Outras toxicodependências e alcoolismo | IP | | |
| 5.13 | Serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planeamento familiar | IP | | |
| 5.14 | Gestão da violência sexual | IP | | |
| 5.15 | Cuidados de saúde mental | IP | | |
| CLASSIFICAÇÃO TOTAL PARA ESTA ÁREA DO PROGRAMA (30 no máximo) | | | | |
| COMENTÁRIOS: | | | | |

| 6 | Gestão do Programa | QUEM? | CLASSIFICAÇÃO | REQUER ASSIS- TÊNCIA |
|---|--|-------|--|--|
| | | | Parcialmente concluído = 1 Concluído = 2 | (sem classifi- cação, assinalar X) |
| 6.1 | Pessoal contratado e formado | IP | | |
| 6.2 | Políticas e procedimentos sobre segurança dos dados, confidencialidade e ética | NP/IP | | |
| 6.3 | Sistemas para supervisão e apoio técnico | NP/IP | | |
| CLASSIFICAÇÃO TOTAL PARA ESTA ÁREA DO PROGRAMA (6 no máximo) | | | | |
| COMENTÁRIOS: | | | | |

| 7 | Monitoria e Uso dos Dados | QUEM? | CLASSIFICAÇÃO | REQUER ASSIS- TÊNCIA |
|---|--|-------|--|--|
| | | | Parcialmente concluído = 1 Concluído = 2 | (sem classifi- cação, assinalar X) |
| 7.1 | Ferramentas de recolha de dados desenvolvidos ou adaptados | N/IP | | |
| 7.2 | Recolha, análise e relatório dos dados | N/IP | | |
| 7.3 | Dados regularmente revistos, analisados e usados nos programas | N/IP | | |
| CLASSIFICAÇÃO TOTAL PARA ESTA ÁREA DO PROGRAMA (6 no máximo) | | | | |
| COMENTÁRIOS: | | | | |

CLASSIFICAÇÃO TOTAL PARA TODAS AS ÁREAS DO PROGRAMA
(Some as classificações das 7 áreas do programa; 78 no máximo)

| PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES | PRINCIPAIS PONTOS DE ACÇÃO |
|---|-----------------------------------|
| 1 Engajar as populações chave na estimativa da dimensão da população, mapeamento e planeamento inicial do programa | |
| 2 Engajamento e empoderamento da população chave em programas | |
| 3 Intervenções Estruturais | |
| 4 Educadores De Pares | |

| | | |
|----------|---------------------------------|--|
| 5 | Serviços Clínicos | |
| 6 | Gestão Do Programa | |
| 7 | Monitoria E Uso De Dados | |