



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA
SECRETARIADO EXECUTIVO



PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS PARA POPULAÇÕES-CHAVE

MAPUTO AOS 17 DE MAIO DE 2024

Ficha técnica



Elaboração, distribuição e informações:

Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Combate ao Sida Avenida 25 de Setembro, Prédio nº1008 Cidade de Maputo, Moçambique

Equipa técnica de elaboração dos POP

Elaboração de conteúdos

Ema Chuva e Josefa Mazive (SE – CNCS), Jéssica Seleme, Stela Banze, Guita Amane, Isabel Sathane, Valdo Mega e Maria Simbine (MISAU), Jorlinho Tembe (PRM), Dulcídio Matusse (SERNAP), António Timbana, Daniel Chilaúle e Evelina Mavie (UTS), Rui Senda e Jerónimo Mufume (FDC), Ana Paula Machado, Juliana Conjera e Eva Khan (ICRH-M), Arminda Zandamela e Artur Suleimane (Pathfinder), Edite Guila (CCS), Mildred Luís (Ariel Glaser), Wilson Silva (EGPAF), Cecília Cande (ECHO), Sérgio Chihahe (ICAP), Rafael Cuamba (FGH), Eduardo Maló (Namati), Gilberto Muhale (Lambda), Lourenço Sumbane (ARISO), Gil Vilanculos (PLASOC), Angelina Magibire (OCS), Stélio Craveirinha (MozPud), Manuel Condula (UNIDOS), Joaquim Macaringue (Kutxindja), Naife Célia Paulina e Pepetsa Fumo (TRANSformar), Mertina Nabo (Ungagodoli) e Júlia Vilanculos (PNDT).

Revisão

Dr. Francisco Mbofana, SE-CNCS

Dra. Idalina Libombo – SEA -CNCS

Siglas e abreviaturas



ATS-C	Aconselhamento e Testagem em Saúde Comunitária
ATHIV	Autotestagem do HIV
CA	Centro de Apoio
CACUM	Cancro do Colo do Útero e da Mama
CL	Conselheiro Leigo
CMMV	Circuncisão Médica Masculina Voluntária
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
CPCS	Conselho Provincial de Combate ao SIDA
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DPS	Direcção Provincial da Saúde
EP	Educador de Par
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que fazem sexo com Homens
IBBS	Integrated Biological and Survey (Inquéritos Integrados Bio-comportamentais)
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IPAJ	Instituto de Patrocínio e Assistência Jurídica
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
M&A	Monitoria e Avaliação
MISAU	Ministério da Saúde
MTS	Mulheres Trabalhadoras de Sexo
OCB	Organização Comunitária de Base
OCS	Observatório Cidadão para Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONG	Organização Não-Governamental
PC	Populações Chave
PNDT	lataforma Nacional dos Direitos das Trabalhadoras e Trabalhadores de Sexo
PEN V	Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, V
PEP	Profilaxia pós Exposição
POP	Procedimento Operacional Padrão
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TARV	Tratamento Anti-retroviral
TB	Tuberculose
TG	Transgénero
TS	Trabalhador de sexo
TSO	Tratamento de substituição com opiáceos
TMAO	Tratamento de Manutenção com Agonistas opióides
RD	Redução de Danos
US	Unidade Sanitária
VBG	Violência Baseada no Género



Índice



Ficha Técnica - (p. 3)

Elaboração, distribuição e informações.

Equipa técnica de elaboração dos POP.

Siglas e Abreviaturas - (pp. 4-5)

Lista completa de siglas relacionadas ao HIV/SIDA, saúde pública e intervenções comunitárias.

Prefácio - (p. 10)

Contexto do Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA (PEN V 2021-2025).

Objetivos do documento e alinhamento com diretrizes internacionais.

Introdução - (pp. 12-13)

Características da epidemia de HIV em Moçambique.

Dados epidemiológicos e expansão das intervenções para populações-chave (PC).

Estrutura do documento.

SEÇÃO I: GESTÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS - (P. 14-23)

POP 1.1: Planificação e Elaboração de Intervenções - (pp. 16-21)

Visão geral, objetivos, beneficiários e procedimentos.

Mapeamento, identificação de necessidades, elaboração de planos de trabalho e monitoria.



POP 1.2: Estabelecimento de Recursos Humanos - **(p. 23-24)**

Perfis de equipe, capacitação e empoderamento das PC.

POP 1.3: Monitoria e Avaliação (M&A) - **(pp. 26-27)**

Sistema de gestão de informação, indicadores e fluxo de relatórios.

POP 1.4: Mecanismos de Coordenação - **(pp. 28-29)**

Estruturas de coordenação a nível central, provincial e distrital.

SEÇÃO II: INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS - (PP. 30-58)

POP 2.1: Comunicação para Mudança Social **(pp. 33-37)**

Estratégias de comunicação, desenvolvimento de materiais de IEC.

POP 2.2: Advocacia/Sensibilização - **(p. 38)**

Mobilização comunitária e engajamento de líderes.

POP 2.3: Programa de Educação de Pares - **(pp. 39-41)**

Recrutamento, formação e supervisão de educadores de pares (EP).

POP 2.4: Planificação Individual do EP - **(pp. 42-43)**

Microplanos e registo de atividades.

POP 2.5: Sessões de Comunicação - **(pp. 44-46)**

Técnicas para condução de sessões com PC.

POP 2.6: Pacote de Mensagens-Chave - **(pp. 47-53)**

Conteúdos sobre HIV, ITS, preservativos, testagem, PrEP, TARV, TB, CMMV, planeamento familiar, VBG e direitos humanos.

POP 2.7: Centros de Apoio - **(pp. 56-59)**

Criação, operacionalização e serviços oferecidos.

SEÇÃO III: INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS - (PP. 60-82)

POP 3.1: Aconselhamento e Testagem Comunitária (ATS-C) - **(pp. 65-69)**

Procedimentos para testagem e auto-teste (ATHIV).

POP 3.2: Prevenção e Tratamento de TB - **(pp. 69-70)**

Rastreio, diagnóstico e DOT comunitário.

POP 3.3: Hepatites Virais (B e C) - **(p. 71)**

Prevenção e encaminhamento.

POP 3.4: Provisão de Preservativos - **(pp. 72-73)**

Distribuição e monitoria.

POP 3.5: Redução de Danos - **(pp. 73-74)**

Kits de injeção segura e apoio psicossocial.

POP 3.6: Tratamento de Substituição de Opiáceos - **(pp. 75-76)**

Metadona e fluxo de encaminhamento.

POP 3.7: Circuncisão Médica Masculina Voluntária (CMMV) - **(p. 77)**

Benefícios e procedimentos.

POP 3.8: Prevenção da Transmissão Vertical - **(p. 78)**

Encaminhamento de gestantes para serviços de saúde.

POP 3.9: Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) - **(pp. 79-80)**

Planeamento familiar e cuidados pós-aborto.

POP 3.10: Cuidados Afirmativos de Género - **(pp. 81-82)**

Apoio a pessoas transgénero.

POP 3.11: Chemsex - **(p. 82)**

Identificação de práticas de risco e encaminhamento.

SEÇÃO IV: INTERVENÇÕES ESTRUTURAIS - (PP. 84-97)

POP 4.1: Combate ao Estigma e Discriminação - (pp. 87-88)

Estratégias de sensibilização e empoderamento.

POP 4.2: Redes de Referência e Contra-Referência - (pp. 89-93)

Mapeamento de serviços e coordenação multissetorial.

POP 4.3: Sistema Comunitário de Resposta Rápida - (pp. 94-97)

Atendimento a casos de violência e violação de direitos.

Glossário - (pp. 99-105)

Definições de termos técnicos e conceitos-chave.

Anexos e Referências - (p. 106)

Data de publicação e instituições responsáveis.



Prefácio

No seu Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA (PEN V 2021-2025), o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), reconhece que embora o HIV seja um problema de toda a população, alguns grupos populacionais são considerados prioritários por contribuírem de forma importante em termos de novas infecções ou apresentarem um acesso limitado aos serviços disponíveis, devido à sua condição, necessitando por isso de estratégias especificamente elaboradas às suas necessidades.

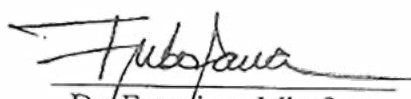
Os Inquéritos Integrados Bio-comportamentais e mapeamentos realizados em populações-chave no país entre os anos 2020 e 2023, mostraram que as taxas de prevalência do HIV no seio deste grupo tendem a ser mais elevadas quando comparadas às taxas estimadas para a população em geral. Além disso, estas populações enfrentam, igualmente, barreiras sociais, legais, culturais e estruturais que limitam o seu acesso aos serviços de saúde e à outros serviços como os de protecção.

O presente documento proporciona um conjunto de procedimentos operacionais padronizados (POP) para desenvolver, implementar e monitorar intervenções comunitárias de qualidade, baseadas em evidência e direitos humanos para as populações-chave, e com a participação activa das mesmas de forma harmonizada e coordenada. Visando actualizar as intervenções para este grupo populacional, o documento foi elaborado de acordo com as novas directrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como ao Roteiro Nacional de Prevenção de HIV e a directriz para as populações-chave do Ministério da Saúde (MISAU).

Se tornarmos os serviços de prevenção, cuidados e tratamento, mitigação e protecção mais amigáveis para as Populações Chave, elas irão utilizá-los, contribuindo deste modo, para a melhoria da sua saúde.

Maputo, Maio de 2024

Secretário Executivo do Conselho Nacional de Combate ao SIDA


Dr. Francisco Mbofana
Secretário Executivo do CNCS



Introdução



Em Moçambique, a epidemia do HIV possui um carácter misto, sendo por um lado generalizada, afectando a população geral e, por outro, focalizada em algumas populações específicas como por exemplo as populações-chave que, devido ao estigma, discriminação e violência limitando o seu acesso aos serviços de prevenção, cuidados e tratamento, tornando-as mais vulneráveis à infecção pelo HIV, contribuindo para o incremento do índice de transmissão. Associado à sua vulnerabilidade e risco, de acordo com o PEN V, as mulheres trabalhadoras de sexo (MTS), homens que fazem sexo com outros homens (HSH), pessoas que injectam drogas (PID), reclusos e transgénero (TG), enfrentam barreiras legais, socioculturais e estruturais que limitam o seu acesso a diversos serviços aumentando, deste modo, a sua vulnerabilidade ao HIV e a outras doenças.

Os inquéritos bio-comportamentais realizados em algumas províncias do País mostraram, por exemplo, que a prevalência do HIV entre mulheres trabalhadoras de sexo (MTS) em 2019-2020 foi de 46,5% em Maputo, 36,8 % em Tete, 24,8% em Quelimane, 16,3% na Beira, 10,2 % em Nampula, e a prevalência entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH) em 2020-2021 foi de 14,7% em Maputo, 8,1% Beira, 5,7% em Nampula, 3,7% em Quelimane e 3,5% em Tete e nos reclusos em 2022-2023 a prevalência foi de 25.5%.

As intervenções com populações chave em Moçambique iniciaram com foco nas TS. Contudo, nos últimos anos, a orientação estratégica do governo estendeu a cobertura do Programa de prevenção do HIV para outros grupos das populações-chave (PC). As actividades que inicialmente estavam centradas nos principais centros urbanos estão a ser expandidas para locais onde as PC podem ser identificadas e alcançadas, com intervenções de prevenção e oferta de serviços amigáveis e livres de estigma e discriminação.

O presente documento está de acordo com as orientações nacionais e internacionais para os 5 subgrupos das PC (MTS, HSH, TG, PID e Reclusos) e foi elaborado por meio de um processo colaborativo multissetorial com a liderança do CNCS e visa fornecer os POP para planificar, implementar e monitorar intervenções de qualidade, baseadas em evidências e direitos humanos e com a participação activa, harmonizada e coordenada das PC.

O presente documento está subdividido em quatro secções, nomeadamente:

- 1.** Gestão de Programas e Projectos: apresenta os Procedimentos Operacionais Padronizados que orientam a planificação e gestão dos programas focados para as PC;
- 2.** Intervenções Comportamentais: apresenta os Procedimentos Operacionais Padronizados que orientam a elaboração de estratégias de comunicação para mudança social e comportamental, incluindo o desenvolvimento de materiais de informação, educação e comunicação (IEC) e como estabelecer um centro de apoio;
- 3.** Intervenções Biomédicas: apresenta os Procedimentos Operacionais Padronizados que orientam o estabelecimento de serviços clínicos amigáveis para as PC ao nível das comunidades;
- 4.** Intervenções Sociais e Estruturais: apresenta os Procedimentos Operacionais Padronizados que orientam sobre como abordar os aspectos socioculturais, de políticas, económicos e legais visando a criação de um ambiente favorável para melhorar o acesso das PC aos diversos serviços de saúde, justiça e protecção de direitos humanos.

SECÇÃO I

Gestão de Programas e Projectos

Esta secção tem como objectivo descrever os padrões nacionais mínimos requeridos para a planificação e gestão eficazes de intervenções comunitárias para as PC.



POP 1.1

Planificação e elaboração de intervenções

1.1.1 Visão geral:

Este POP apresenta componentes essenciais para uma planificação eficaz que inclui uma planificação participativa, compreensão prévia e baseada em evidências das vulnerabilidades específicas de cada PC, conhecimento das características da área de intervenção e elaboração de um plano operacional claro, completo e realista. Este plano deve incluir as principais actividades com cronograma de implementação, identificar as contribuições materiais necessárias e ser alvo de M&A periódicas. Para harmonizar as intervenções de prevenção lideradas por pares, as ferramentas de micro-planeamento em desenvolvimento serão parte deste POP.

1.1.1 Visão geral:

Este POP apresenta componentes essenciais para uma planificação eficaz que inclui uma planificação participativa, compreensão prévia e baseada em evidências das vulnerabilidades específicas de cada PC, conhecimento das características da área de intervenção e elaboração de um plano operacional claro, completo e realista. Este plano deve incluir as principais actividades com cronograma de implementação, identificar as contribuições materiais necessárias e ser alvo de M&A periódicas. Para harmonizar as intervenções de prevenção lideradas por pares, as ferramentas de micro-planeamento em desenvolvimento serão parte deste POP.

1.1.2 Objectivos:

- Estabelecer procedimentos padronizados para a planificação e implementação de intervenções comunitárias de prevenção do HIV, baseadas em direitos humanos e evidências, para as PC.

1.1.3 Beneficiários:

Gestores e supervisores de programas e equipas de elaboração de programas



1.1.4. Procedimentos:

1. Assegurar um mapeamento das PC e provedores de serviços e garantir a planificação participativa:

A. Mapear os locais de concentração das PC, intervenientes e provedores de serviços que têm intervenções com este grupo na área geográfica em que se pretende implementar o programa, por exemplo zonas quentes, locais de acesso às contribuições materiais de prevenção, organizações comunitárias de base (OCB) de PC e/ou que trabalham com as PC, localização de instituições que prestam serviços de saúde (HIV, saúde sexual e reprodutiva), protecção e apoio legal (Esquadra, gabinete de atendimento à família e menor vítima

de violência, IPAJ) . Considera-se interveniente a pessoa, grupo de pessoas ou instituição que tenha qualquer tipo de intervenção, participação, ligação com as PC (por exemplo, educadores de pares/activistas, líderes comunitários e/ou religiosos, instituições do governo ou OCB);

B. Identificar os locais de concentração das PC mediante entrevistas informais com informantes chave da comunidade: activistas que trabalham com as PC, gestores/proprietários dos bares, discotecas, locais de venda de bebidas alcoólicas, taxistas, recepcionistas de hotéis, locais de acomodação, parques de transporte, fiscais das paragem de autocarros, autoridades comunitárias (secretários de bairro, chefes de quarteirão), fornecedores/vendedores de drogas

ilícitas, dono do ponto/local de venda e consumo de drogas, outras pessoas influentes da comunidade, etc.);

C. Para a realização das entrevistas com os informantes chave, deve-se apresentar em primeiro lugar, explicar os objectivos do exercício e pedir o consentimento da pessoa para participar no processo;

D. Identificar na área geográfica em que se pretende implementar o programa, os mecanismos existentes de coordenação de intervenções em prol das PC, por exemplo: comités de resposta à violência, plataforma das TS, fórum de parceiros, redes e associações das PC, etc.;

E. Identificar a localização das instituições provedoras de serviços das diferentes áreas de intervenção desde comunicação para mudança social e comportamental, aconselhamento e testagem em saúde (ATS), prevenção da transmissão vertical (PTV), cuidados e tratamento do HIV e outras infecções de transmissão sexual (ITS), tuberculose (TB), circuncisão médica masculina voluntária (CMMV), saúde sexual e reprodutiva (SSR), violência sexual e violência baseada no género (VBG), serviços de redução de danos, saúde mental, apoio nutricional, actividades ocupacionais, serviços legais tanto de instituições públicas como privadas como forma de evitar a duplicação de esforços e assegurar referências.

F. Identificar e convidar as PC, provedores de serviços e partes

interessadas para participar nas sessões de planificação;

G. Definir micro áreas de intervenção dentro da área de intervenção maior: uma micro área de intervenção ideal deve ser uma área geográfica que tenha uma ou mais zonas quentes com o mínimo de 10 e máximo de 30 PC registadas, nas quais um educador de pares (EP) será alocado. Para o caso específico das PIDs, são alocados pares (2) de redução de danos que podem cobrir um ou mais pontos cruciais (hotspot). Esta dualidade visa responder ao controlo de reacções adversas do local. A alocação de pares de redução de danos tem em conta o volume e a mobilidade dos beneficiários, bem como o tipo de pontos focais (fixos ou móveis).



2. Identificar as principais características, comportamentos de risco e necessidades das PC dentro da área de intervenção. No mínimo, deve-se documentar:

A. Características (subgrupo de PC a que pertence, sexo, idade, estado civil);

B. Comportamentos de risco para o HIV e outras ITS e hepatites virais (Sexo vaginal/ anal/ oral desprotegido); partilha de objectos cortantes e perfurantes como lâminas, agulhas, máquinas de depilação; partilha de seringas/agulhas e outros materiais para o consumo de drogas como canudo e “cachimbo” etc.);

C. Vulnerabilidades particulares (praticante de sexo transaccional, vítima de estigma e discriminação e/ou violência sexual e/ou VBG, consumidor de álcool e/ou outras substâncias psicoactivas;

D. Seus clientes e/ou parceiros sexuais e de consumo de drogas;

E. Capacidade de acesso aos serviços de saúde e legais;

F. Disponibilidade e uso de preservativos e lubrificantes e materiais para o consumo de drogas mais seguro;

G. Fazer o levantamento dos factores políticos, legais e ambientais que possam influenciar nos resultados da implementação;

H. Necessidades psicossociais.

3. Elaborar um plano de trabalho tendo em conta a informação obtida;

4. Definir a meta e os objectivos do projecto com envolvimento das PC, provedores de serviços e outros intervenientes:

A. Uma meta é o resultado amplo e de longo prazo para o qual a intervenção pretende contribuir;

B. Os objectivos devem ser:

- i. Específicos – identificam as características da população alvo;
- ii. Mensuráveis - possam ser medidos, usando métodos e ferramentas disponíveis;
- iii. Atingíveis - possam ser atingidos de forma realista;
- iv. Relevantes – que respondam ao objectivo geral do programa;
- v. Prazo - inclui uma data final na qual o objectivo deve ser alcançado.



5. Definir actividades e estratégias com envolvimento das PC, provedores de serviços e outros intervenientes.

Embora todas as PC devem receber um pacote completo de serviços, a implementação deste pacote pode diferir dependendo das necessidades específicas do grupo de PC, especificidades locais, prioridades e capacidade de cada parceiro de implementação. Contudo, espera-se que todo o projecto ofereça pelo menos um pacote mínimo:

- A. Avaliação de risco;
- B. Prevenção de HIV e outras ITS;
- C. Educação sobre o uso correcto e consistente do preservativo e lubrificantes;
- D. Distribuição de preservativo e de lubrificantes; Disponibilização de materiais de injeção segura (se aplicável) Importância da testagem;
- E. Oferta do ATS, encorajamento e referência para o ATS-C e oferta do ATHIV;
- F. Direitos humanos.

6. Importância de fazer a PrEP como parte da prevenção combinada.

Como acções complementares às intervenções de educação para a Prevenção e redução de risco de infecção e/ou transmissão do HIV e para fortalecer a mudança de comportamento ou manter o beneficiário numa situação de baixo risco, as PC serão cobertas por mensagens e serviços como:

- A. Prevenção e rastreio de casos de violência, física, sexual, baseada no género e pelo parceiro íntimo;
- B. Rastreio de ITS e TB;
- C. A Informação sobre SSR, referência para serviços de contracepção incluindo a contracepção de emergência, PPE e CMMV, encaminhamento para consulta pré-natal, rastreio do cancro do colo do uterino e da mama, cuidados médicos para as vítimas de violência sexual;
- D. A referência aos serviços de C&T, serviços legais, de apoio psicossocial; empoderamento económico/protecção social e outros;
- E. Empoderamento das PC em relação aos seus direitos e deveres (incluindo formas de como lidar com o estigma e discriminação);
- F. Distribuição de material de IEC;
- G. Informação e referência para cuidados e tratamento de HIV, TB, hepatites e ITS;
- H. Referência para serviços legais, paralegais e outros serviços de apoio;
- I. Informação sobre o tratamento de dependência a opiáceos e reabilitação psicossocial.

7. Elaborar um plano de M&A, que deve incluir indicadores qualitativos e quantitativos alinhados aos indicadores do plano de M&A do Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, instrumentos e sistemas de colheita de dados, cronogramas, responsáveis, sistemas de relatório, etc. É necessário estabelecer metas alcançáveis para cada actividade.

8. Garantir a disponibilidade de recursos adequados para a implementação de cada actividade:

- A. Identificar os recursos financeiros, humanos e outros, necessários para realizar as actividades do projecto;
- B. Identificar os potenciais riscos que podem ser um obstáculo para o alcance das metas;
- C. Identificar os recursos disponíveis e tentar preencher as lacunas com base na mobilização de mais recursos.

9. Coordenar e estabelecer sinergias e ligações com outros programas:

- A. Garantir o envolvimento multisectorial de todos os intervenientes chave, parceiros e outros programas por meio de programa conjunto, coordenação e ligação de actividades por forma a gerar sinergias e complementaridade das intervenções.



POP 1.2

Estabelecimento de recursos humanos, capacitação e empoderamento das PC

1.2.1. Visão geral:

Os recursos humanos (RH) são uma componente valiosa e essencial de qualquer programa. Os programas de sucesso exigem membros da equipa comprometidos e com várias habilidades. A composição específica (número e tipo de habilidades) da equipa dependerá do tipo de serviços a serem prestados, da estratégia de prestação desses serviços e da cobertura geográfica pretendida pelo programa.

No mínimo, cada parceiro de implementação deve garantir pessoal adequado (em número e habilidades) para assumir a responsabilidade pela gestão, coordenação, supervisão técnica, implementação das actividades, M&A e gestão financeira e administrativa. É importante definir o perfil e atribuir responsabilidades claras para os diferentes membros da equipa do projecto. É mandatário assegurar a representatividade e a participação das PC como membro da equipa do programa, para mobilizar seus pares e implantar mecanismos comunitários que facilitem acesso a informação, promover o alcance e a prestação de serviços.

1.2.2. Objectivo do POP:

Definir directrizes padrão para garantir RH adequados para implementar o programa e empoderar as PC.

1.2.3. Beneficiários:

Gestores e supervisors de programas

1.2.4. Procedimentos:

1. Identificar as necessidades de RH:

A. Descrição de tarefas para os membros da equipa do programa:

- i. Gestor de programa: Um indivíduo formado que irá liderar a equipa do projecto e gerir a sua implementação. Também será responsável por coordenar com outros intervenientes para implementação efectiva do programa;
- ii. Supervisor do educador de par (EP): Um indivíduo da PC, identificado e formado para supervisionar um número específico de EP dentro de uma área geográfica definida;
- iii. Educador de par: um indivíduo da PC, formado para alcançar seus pares com informações e serviços sobre o HIV e outras ITS, hepatites, TB, SSR, VBG e direitos humanos. Influencia a mudança de comportamento entre seus pares. Recomenda-se que um EP trabalhe com 15 a 30 pessoas das PC de modo a assegurar um trabalho de qualidade. A carga horária deve ser definida em função dos dias de pico de afluência do grupo alvo;
- iv. Par de redução de danos (RD): educador de Par em situação estável ou controlada na componente das pessoas que injectam drogas, para além das actividades de educação dos pares, oferece também algumas actividades de redução de danos, tais como: Prestar o apoio psicossocial às PUD, distribuição e recolha de agulhas e seringas espalhadas na comunidade, oferta de ATS.
- v. Navegador de pares (NP): É um EP que fica baseado na unidade sanitária, tem a missão de garantir acções de encaminhamento e referência para os diferentes sectores de saúde, de forma a que os utentes pertencentes as populações-chave, se beneficiem dos serviços de saúde existentes, tal como a população em geral.
- vi. Os EP devem ser promovidos sempre que surjam oportunidades para que possam ascender a outros cargos (supervisor, gestor de projecto, conselheiro leigo) de acordo com a vaga;
- vii. Conselheiro Leigo (CL): um indivíduo formado de acordo com os padrões do Ministério da Saúde (MISAU) para prestar serviços de aconselhamento e testagem em saúde – comunitária (ATS-C) e fazer a ligação aos serviços de cuidados e tratamento do HIV;

viii. Paralegal: um indivíduo formado para estabelecer um sistema de apoio na gestão de situações de violação de direitos humanos e violência na comunidade, identificar e referir PC cujos direitos foram violados para os serviços legais, de saúde ou psicossociais;

ix. Oficial de M&A: um indivíduo formado que orienta a produção e adequação de ferramentas, recolhe os dados, analisa os dados recolhidos e os agrupa para gerar relatórios periódicos;

x. Pessoal financeiro, administrativo e de apoio: são pessoas formadas que prestam apoio financeiro, administrativo e logístico ao projecto;

xi. Pessoal de apoio especializado (pessoal a tempo parcial ou voluntário): estes são recursos humanos que estão envolvidos na prestação de serviços especializados (enfermeiros, psicólogos, etc.).

B. Capacitação;

C. Todo o pessoal deve ser formado de acordo com as suas responsabilidades e capacidades técnicas, bem como em matérias básicas relativamente às populações chave, serviços a prestar, assim como relacionados à ambientes livres de estigma e discriminação, uso apropriado de material de EPI e

descarte seguro (biossegurança), i.e., pacotes de capacitação para responder as necessidades específicas das PC:

i. Todos os EP devem ser formados usando os pacotes de formação nacionais para EP;

ii. Igualmente todos os colaboradores do programa das categorias acima referidas devem ser capacitados para prestar serviços amigáveis, livres de estigma e discriminação, bem como a relação entre direitos humanos, HIV, VBG, consumo de álcool e uso de drogas;

iii. Todos os gestores do programa devem receber uma capacitação que inclui o pacote de formação do EP com módulos adicionais sobre liderança, gestão programática e financeira, monitoria e avaliação, supervisão e apoio técnico, coordenação com instituições de apoio, ligação aos serviços, mobilização de recursos e relações públicas;

iv. Outros

POP 1.3



Monitoria e avaliação

1.3.1. Visão geral:

Um sistema forte de M&A é baseado num conjunto de sistemas de informação de saúde e outros serviços, pessoal qualificado, fluxo de informação, indicadores de M&A alinhados ao Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA (PEN), ferramentas e processos padronizados para recolher, agregar, analisar, disseminar e usar informações.

A garantia de qualidade deve ser um processo rotineiro e participativo, envolvendo a equipa do programa e/ou avaliadores externos para verificar até que ponto os dados relatados ou disponibilizados reflectem as situações reais do terreno.

1.3.2. Objectivo do POP:

Harmonizar os sistemas de M&A dos parceiros de implementação comunitários das intervenções para as PC e os sistemas de M&A nacionais.

1.3.3. Beneficiários:

Gestores e e supervisores de projectos, oficial de M&A, EP, CL e paralegal.

1.3.4. Procedimentos:

1. Estabelecer um sistema de gestão de informação:

A. Definir indicadores claros e mensuráveis de acordo com o plano de M&A do PEN como forma de melhorar a harmonização dos dados, bem como contribuir para a visão do princípio dos “3 uns”, nomeadamente, um único órgão de coordenação de respostas, um único plano estratégico e um único sistema de M&A;

B. Definir os dados/indicadores que devem ser recolhidos, os níveis de recolha e tratamento, a periodicidade de recolha (diária, semanal, mensal, trimestral etc.) e os responsáveis pela mesma;

C. Desenvolver/actualizar as ferramentas de recolha de dados de modo a garantir a recolha dos indicadores definidos pelo nível central;

D. Gerar relatórios e disseminar a todos os níveis desde o pessoal do projecto, os coordenadores da resposta: Secretariado Executivo do CNCS (SE-CNCS), Secretariado Executivo do Conselho Provincial de Combate ao SIDA (SE-CPCS), Conselhos Distritais de Combate ao SIDA (CDCS), os intervenientes chave da resposta: MISAU e outras instituições públicas, PC, organizações da sociedade civil, sector privado e parceiros, de acordo com a relevância dos mesmos. Os relatórios devem seguir o modelo padrão definido pelo SE-CNCS e incluir, no mínimo, as seguintes informações:

i.	Actividades e metas planificadas;
ii.	Grau de implementação das actividades planificadas;
iii.	Desafios;
iv.	Lições aprendidas;
v.	Recomendações/próximos passos.

2. Desenvolvimento de mecanismo de partilha de relatórios

A. Estabelecer o fluxo de relatórios:

i. No nível de implementação, o EP, CL e o paralegal devem submeter, mensalmente os relatórios das actividades referentes ao período à organização à qual estão afiliados e esta, por sua vez, ao CDCS após a compilação dos relatórios;

ii. Ao nível distrital, os relatórios, respondendo aos indicadores desenhados pela monitoria e avaliação, devem ser compilados e enviados aos SE-CPCS que por sua vez compilam e enviam ao SE-CNCS, alimentando assim a base de dados das intervenções comunitárias;

iii. Ao nível central, as organizações líderes de implementação devem enviar relatórios semestrais e anuais ao SE-CNCS;

iv. Estabelecer periodicidade para a M&A das intervenções implementadas por cada nível de supervisão (distrital, provincial e central);

v. Assegurar a participação de todos os intervenientes chave no processo de avaliação do projecto incluindo os órgãos de coordenação da resposta nos níveis provincial e distrital.

POP 1.4

Estabelecimento de mecanismos de coordenação

1.4.1. Visão geral:

A coordenação efectiva entre os actores que implementam intervenções para PC garante a eficácia de custos, reduz a duplicação e estimula a participação e representação dos intervenientes a todos níveis. A partilha de informações entre todos os intervenientes e a todos os níveis fortalece a geração de evidências, para alimentar os sistemas de monitoria do atendimento às PC e providenciar informações para decisões estratégicas que vão melhorar o programa.

Os encontros regulares entre as equipas clínicas das US de referência, as OCB de implementação a nível das comunidades, os órgãos de coordenação da resposta e os beneficiários e outros intervenientes são necessários para garantir a coordenação entre si e a partilha do ponto de situação da implementação do programa.

1.4.2. Objectivo do POP:

Fornecer directrizes para a melhoria da coordenação entre vários intervenientes na prestação de serviços de prevenção, cuidados e tratamento de HIV às PC.

1.4.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, oficial de M&A, CL, EP e paralegal

1.4.4. Procedimentos:

1. A nível central, o SE-CNCS é responsável pela coordenação. A nível provincial a coordenação é feita pelo SE-CPCS e a nível distrital pelo CDCS através do grupo técnico para PC e outras formas ou mecanismos de coordenação apropriados para cada nível;
2. Os SE-CNCS/CPCS CDCS criarão ou fortalecerão os grupos técnicos da PC que serão liderados por cada um destes órgãos (SE-CNCS, SE-CPCS CDCS) coadjuvado pelo sector da saúde a cada um dos níveis (MISAU, DPS/SPS SDSMAS, respectivamente), envolvendo os sectores governamentais chave que lidam com estas populações a cada nível, tais como o Ministério do Interior, Ministério da Justiça, Assuntos Constitucionais e Religiosos, Ministério do Género, Criança e Acção Social, o Serviço Nacional Penitenciário, o Gabinete Central de Prevenção e Combate a Droga, parceiros de desenvolvimento, parceiros de implementação, doadores, organizações religiosas, organizações não-governamentais, organizações comunitárias de base, redes de pessoas vivendo com HIV e organizações representantes das PC, entre outros;

i. GTT PROVINCIAL: CPCS, DPS, SPS, PRM, PGR, IPAJ, DPGCAS, DPJACR, SERNAP, GPPCD, Parceiro clínico, parceiros comunitários, OSC

ii. GTT DISTRITAL: CDCS, SDSMAS, PRM, parceiro clínico, parceiros comunitários

3. Analisar anualmente os termos de referência do grupo técnico das PC e, face às necessidades do nível comunitário, propor alterações ou ajustes caso seja necessário;

4. A frequência dos encontros do grupo técnico da PC deve ser pelo menos bimestral a nível central e trimestral o nível provincial e distrital;

5. Os encontros do grupo técnico devem ter como foco a análise da implementação dos programas para as PC, progressos e perspectivas, bem como a planificação e a partilha de documentos/ experiências/orientações relevantes, desafios, constrangimentos, entre outros aspectos;

6. Realizar igualmente encontros de coordenação mensal com os serviços de saúde, onde devem ser envolvidos o supervisor do programa, os EP, os CL, os paralegais, os membros das PC seleccionados e a equipa da US;

A. discutir a qualidade de prestação de serviços face às necessidades das PC;

B. Discutir o seguimento das PC testadas em HIV+ (ex.: acesso ao tratamento, monitoria da retenção nos cuidados e tratamento, monitoria do progresso do paciente) e HIV- (ex.: acesso e adesão ao PrEP, PPE, CMMV, redução de danos, e outros no âmbito da prevenção combinada)

C. Alimentar à US, bem como às equipas de campo com informação para melhoria dos serviços;

D. Avaliar a qualidade do ATS-C e a ligação aos serviços de cuidados e tratamento;

E. Actualizar sobre as referências e contra-referências realizadas e propor agenda para o encontro seguinte.

SECCÃO 2

Intervenções Comportamentais







Este POP apresenta componentes essenciais para uma planificação eficaz que inclui uma planificação participativa, compreensão prévia e baseada em evidências das vulnerabilidades específicas de cada PC, conhecimento das características da área de intervenção e elaboração de um plano operacional claro, completo e realista. Este plano deve incluir

as principais actividades com cronograma de implementação, identificar as contribuições materiais necessárias e ser alvo de M&A periódicas. Para harmonizar as intervenções de prevenção lideradas por pares, as ferramentas de micro-planeamento em desenvolvimento serão parte deste POP.

POP 2.1



Desenvolvimento de uma intervenção de comunicação para mudança social e de comportamento

2.1.1. Visão geral:



A estratégia de comunicação deve promover o processo de mudança social e de comportamento nos níveis: individual, do grupo, comunitário, social, bem como apoiar e incentivar a adopção de comportamentos positivos, contribuindo para a eliminação de atitudes discriminatórias, estigmatizantes e do risco e vulnerabilidade.

Os principais passos para o desenvolvimento de uma intervenção de comunicação incluem: identificar o público-alvo, envolver todos os intervenientes, determinar os objectivos, decidir quais mensagens e materiais de IEC são necessários e adequados, bem como a metodologia e os meios para a sua disseminação.

2.1.2. Objectivo do POP:



Fornecer diretrizes para o desenvolvimento de uma intervenção de comunicação para mudança social e de comportamento, adaptada às necessidades específicas de cada subgrupo de PC.

2.1.3. Beneficiários:



Gestores e supervisores de programas, oficial de comunicação e de M&A, EP, CL e paralegal, navegador de par e par de redução de danos.

2.1.4. Procedimentos:



1. Realizar avaliação situacional:

A. Identificar os comportamentos de riscos, bem como as circunstâncias em que ocorrem e a forma como afectam o grupo alvo. Estes comportamentos podem incluir comportamentos sexuais, VBG, uso e abuso de álcool que alteram o humor e outras drogas psicoativas e consumo de drogas injectáveis que aumentam o risco de transmissão/aquisição do HIV/ITS e hepatites ou ainda adopção de medidas preventivas e resistência à procura de serviços de saúde;



B. Identificar as barreiras que devem ser contornadas ou removidas nos níveis: individual (percepção de risco, falta de confiança), de parceiros e familiares (habilidades no tratamento e apoio), familiar e comunitário (normas socioculturais prejudiciais, estigma e discriminação) e de sistemas (falta de materiais de prevenção, falta de serviços de saúde amigáveis, políticas e programas inapropriados,

criminalização das PC falta de serviços de apoio, violência baseada no género, estigma e discriminação na prestação de serviços);

C. Fazer uma revisão da literatura existente, para ajudar a identificar conhecimentos, atitudes e práticas, bem como as necessidades específicas das PC e ainda as lacunas nas intervenções existentes.

2. Identificar e conhecer o público-alvo. Segmentar o público-alvo em subgrupos específicos de modo a evitar generalizações;

3. Promover o uso de linguagem ajustada ao perfil e às necessidades das PC;

A. Elaborar materiais e adaptar mensagens para mudança social e de comportamento;

B. Usar uma abordagem participativa e inclusiva para definir/adaptar mensagens e desenvolver materiais de IEC:

i. Realizar sessões com os intervenientes chave e membros das PC (em reuniões individuais ou em workshops) para definir/adaptar mensagens e elaborar materiais de IEC.

C. Definir mensagens:

i. Identificar os factores que inibem e permitem comportamentos positivos/aceitáveis através da rápida avaliação e utilização de dados comportamentais existentes;

ii. Com base nos objectivos do programa, trabalhar com as PC para desenvolver/adaptar, testar e finalizar as principais mensagens;

iii. Fazer uma pré-testagem das mensagens já adaptadas e rever, conforme necessário;

iv. Treinar a equipa comunitária para a divulgação de materiais de IEC;

- Conhecimento técnico sobre os conteúdos do material;



- Formação sobre manuseamento e conservação do material;
- Disponibilização dos materiais, incluindo a melhoria da transmissão de mensagens que abordem comportamentos de risco,
- Realização de simulações no uso de mensagens para testar a habilidade de educação para mudança de comportamento.



D. Determinar os canais de disseminação de mensagens para mudança social e de comportamento mais apropriados:

- i. Os exemplos de canais de comunicação incluem: redes sociais (whatsapp, Facebook, Twitter, Instagram, tiktok), impressão (cartazes, folhetos), rádio, televisão, interpessoal (por exemplo, educação de pares, rodas de conversa, palestras, aconselhamento através de linhas telefónicas de ajuda);
- ii. Decidir que mensagens são mais adequadas para cada tipo de canal e grupo.

E. Adaptar ou desenvolver materiais de comunicação para mudança social e de comportamento:

- i. Reunir e avaliar a relevância de materiais de IEC existentes para serem actualizados e readaptados de acordo com cada contexto. A informação técnica e as ideias principais podem permanecer inalteradas, contudo as modificações na linguagem e a localização de imagens podem ser necessárias;
- ii. Produzir materiais de IEC conforme necessário, com base nas etapas acima;
- iii. Pré-teste de materiais de IEC:
 - a) Escolher o método apropriado para o pré-teste. Por exemplo, organizar uma equipa de duas pessoas: um facilitador e um anotador. Estas podem efectivamente entrevistar 5-6 pessoas por dia ou realizar 2 discussões em grupo focal por dia;
 - b) Certificar de que os participantes correspondam ao perfil das PC, tanto quanto possível;
 - c) Garantir a privacidade e confidencialidade realizando o pré-teste
 - d) Os entrevistadores devem fazer perguntas medindo as seguintes variáveis:
 - Compreensão: os entrevistados entendem as mensagens;
 - Atractividade: os entrevistados acham que as mensagens/materiais/ imagens são atractivas;
 - Aceitação: Assegurar que o padrão de mensagens desenvolvidas com os entrevistados respondam às necessidades das PC;
 - Indução à acção: os entrevistados se sentem motivados a agir após a exposição a mensagem/materiais de IEC.

F. Compilar os resultados do resumo da testagem dos materiais, proceder ao ajuste e submeter para a aprovação da entidade competente (instituições do governo, financiadores, etc.)

G. Distribuição de materiais de IEC:

- i. Fazer um inventário de todos os materiais disponíveis. Deve-se estratificar por quantidade, objectivo e grupo-alvo de cada material;

ii. Elaborar um plano de distribuição e compartilhar com todas as partes envolvidas

iii. Desenvolver e usar formulários/fichas para registrar entradas e saídas de material;

H. Estabelecer mecanismos de retro-informação sobre os materiais:

i. Estabelecer canais através dos quais as PC e os intervenientes possam compartilhar suas opiniões sobre os materiais e fazer sugestões para melhorias.

I. Planificar e implementar uma estratégia de M&A apropriada para diferentes tipos de materiais:

i. Avaliar periodicamente se:

a) Os grupos-alvo pretendidos estão a ser alcançados;

b) Alguns materiais são bem-sucedidos do que outros;

c) Alguns aspectos dos materiais precisam de ser alterados ou eliminados.

ii. Fazer uma avaliação do processo para verificar:

a) O funcionamento e a qualidade das suas intervenções no âmbito de mudança social e de comportamento;

b) O envolvimento de intervenientes chave (monitoria pelas instituições e monitoria liderada pela comunidade);

c) A eficácia da publicidade e outros esforços de divulgação;

d) A participação pretendida do grupo alvo;

e) A observância do cronograma das actividades planificadas.

2. Elaborar o plano de mobilização comunitária:

A. Analisar as necessidades de informação dos intervenientes chave;

B. Identificar possíveis desafios e lacunas que podem ser objecto de advocacia e planificar estratégias para abordá-los. Definir/ajustar mensagens e estratégias personalizadas de sensibilização e comunicação para os intervenientes chave de acordo com as especificidades e necessidades de cada grupo de PC.

POP 2.3

Estabelecimento de um programa de educação de pares

2.3.1. Visão geral:

EP refere-se a alguém da população-chave que foi formado para ser uma fonte confiável de informação, para avaliar as necessidades de seus pares, encaminhar para os serviços específicos (saúde, polícia, apoio legal e apoio psicossocial) e moldar comportamentos saudáveis. O EP deve assegurar que as vozes dos seus pares sejam ouvidas.

Enquadram-se também no grupo de EP os pares de redução de danos para pessoas que injectam drogas.

2.3.2. Objectivo do POP:

Fornecer um guião padronizado para o recrutamento, estabelecimento e implementação de programas efectivos de educação por pares.

2.3.3. Beneficiários:

Gestores e e supervisores de projectos, supervisor do EP e EP

2.3.4. Procedimentos:

1. Recrutar EP

O foco do recrutamento deve ser sobre o envolvimento de pessoas com fortes habilidades, que são identificadas ou reconhecidas pelos membros da comunidade e pelo pessoal responsável pela implementação das intervenções. Estas, devem fazer parte das PC e devem ser pessoas da mesma área geográfica, comunidade, que falem a mesma língua, se possível, pertencentes ao mesmo grupo etário:

A. Trabalhar com instituições e organizações intervenientes, pessoas influentes dentro dos grupos-alvo e líderes comunitários para identificar as acções, fontes e canais de recrutamento (anúncios, internet, rádios comunitárias e contactos informais, etc.);

B. Definir os critérios de selecção do EP: Os critérios devem incluir a disponibilidade durante o período em que se pretende implementar o projecto, compromisso de trabalhar como educador de pares, qualidades individuais (mobilizador de equipa, espírito voluntário, potencial de liderança, habilidades de comunicação interpessoal);

C. Definir expectativas claras. Documentar de forma clara as expectativas do programa dos possíveis EP. As expectativas para as actividades e desempenho de EP devem ser

esclarecidas e documentadas. Isso deve ser acordado por todos os parceiros no início;

D. Documentar o processo de selecção;

E. Padronizar e operacionalizar o sistema de incentivos para os actores comunitários similar ao que está em vigor no MISAU. As experiências de outros contextos internacionais mostram que os incentivos podem ser financeiros e/ou não financeiros dependendo da realidade local e recursos disponíveis (Os incentivos monetários devem ser percebidos como um contributo para custear despesas de transporte e comunicação);

F. Instituir formas de reconhecimento aos EP (prémios; oportunidades sociais e recreativas; oportunidades de intercâmbio e viagens) e progressão dentro do grupo conforme as condições. Oferecer oportunidades para aumentar o envolvimento e a responsabilidade; incentivar os EP a se tornarem mais envolvidos e a assumir responsabilidades adicionais sempre que possível, (por exemplo co-formador, supervisor, recrutador, etc.);

G. Desenvolver e implementar um sistema de progressão que ofereça oportunidade para o EP interessado progredir (de EP para conselheiro, navegador, paralegal, supervisor, etc.).

2. Formar os Educadores de pares



(EP):

A. Usar os pacotes de formação já existentes (oficiais e padronizados);

B. Os workshops de formação devem ter entre 15 a 30 participantes para permitir uma participação efectiva e interacção entre pares e formadores;

C. Usar abordagens de formação inclusiva e participativa que maximizam a participação dos EP, como exercícios interactivos, (por exemplo, situações de dramatização que os participantes provavelmente encontrarão como EP);

D. Incluir mecanismos de avaliação do conhecimento no início (pré-

teste) e no fim (pós-teste) da formação;

E. Discutir questões éticas (como confidencialidade, não obrigatoriedade) que provavelmente surgirão em relação às actividades do EP como parte da formação;

F. Envolver as PC em todas as etapas do ciclo de implementação das actividades, (planificação, implementação, monitoria e avaliação);

G. Criar um sistema eficaz de supervisão, de apoio e de mentoria dos EP.

A. O supervisor deve prestar apoio técnico ao EP, na elaboração dos planos individuais de trabalho com base nas metas que lhe foram atribuídas e de acordo com o que aprendeu na capacitação. Defina a área geográfica de operação para cada EP. Esta deve ser uma actividade coordenada entre o EP e o supervisor;

B. O supervisor deve apoiar o EP a fazer o mapeamento da sua área geográfica específica, registar e rastrear seus pares individualmente usando um código de identificação único para garantir a privacidade/confidencialidade da identidade do seu par e evitar a duplicação na contagem e registo dos beneficiários.

2. Monitorar e documentar a implementação do plano

individual:

A. A implementação das actividades individuais do EP deve ser documentada no plano individual (microplano, ficha de registo diário das actividades) e posteriormente nos relatórios semanais.

B. O balanço das actividades individuais deve ser actualizado semanalmente pelo EP e no mínimo devem conter seguintes informações:

- i. Número de PC registadas na área geográfica;
- ii. Número de PC a alcançar na área geográfica;
- iii. Número de PC alcançadas;
- iv. Número de PC novas e desistentes;
- v. Número de PC testadas;
- vi. Número de PC sob cuidados e tratamento;
- vii. Número de PC que são membros de grupos de apoio, de organizações ou de redes de PC;
- viii. Número e localização dos dispensários e postos fixos de preservativos e gel lubrificante;
- ix. Número de preservativos e lubrificantes a base de água distribuídos;
- x. Localização das US de referência bem como das zonas quentes e centros de apoio da área geográfica de actuação;
- xi. Número de autoteste distribuído;
- xii. Número de PC que inicia a PrEP
- xiii. Número de PC encaminhados para os serviços de direitos humanos (por tipo de serviços)

POP 2.5

Condução de sessões de comunicação entre o EP e as PC para mudança social e de comportamento

2.5.1. Visão geral:

No contexto de intervenções de prevenção e tratamento do HIV e SIDA, ITS, TB e outras doenças, a comunicação para mudança social e de comportamento é o pilar chave da sensibilização e deve ter em conta a dinâmica do grupo alvo e as condições locais. É por via desta actividade que se cria a demanda e oportunidade para o acesso e prestação de serviços. Para esta sessão, as ferramentas necessárias para a realização das actividades são as fichas de registo/entrada, ferramenta de avaliação de risco, pacote de mensagens, pacote de serviços, guia de referência, material de prevenção e de IEC.

2.5.2. Objectivo de POP:

Fornecer informação sobre os requisitos essenciais e os processos detalhados para a planificação, realização e avaliação das sessões de comunicação.

2.5.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, supervisores do EP e EP

2.5.4. Procedimentos:

1. Factores chave para sessões de comunicação bem-sucedidas:

A. Criar um ambiente de harmonia com as PC antes de iniciar uma discussão sobre ITS/ HIV e SIDA, TB e hepatites promovendo um ambiente de solidariedade e disponibilidade de apoio:

- i. Usar linguagem simples e tom de voz apropriado (não ofensivo) durante a comunicação que permita trabalhar com as PC e facilita a compreensão do beneficiário;
- ii. Desenvolver empatia;
- iii. Respeitar e evitar julgamentos;
- iv. Tratar todos os pares com igualdade e confidencialidade.

B. Realizar uma avaliação individual de risco: avaliar o conhecimento das PC, sobre os riscos de infecção pelas ITS/HIV, TB e hepatites e barreiras para o acesso aos serviços. Todos os beneficiários alcançados devem ser submetidos a uma avaliação de risco de infecção por ITS/HIV/TB/hepatites, uma vez por semestre (duas vezes ao ano), para ficarem a saber se o seu risco é alto, médio ou baixo. Essa avaliação também ajuda o EP a direccionar as suas mensagens de acordo com o nível de risco do beneficiário;

C. Fornecer informações correctas relacionadas com as ITS/HIV e SIDA, TB e hepatites e outras temáticas ligadas a prevenção combinada (saúde sexual e reprodutiva, CMMV, PrEP, VBG, VPI), abordagem sobre comportamento de risco, como por exemplo o uso de substâncias psicoactivas, e os serviços disponíveis:

- i. Usar o modelo de pénis para ensinar o grupo-alvo a usar correctamente o preservativo e os lubrificantes a base de água;
- ii. Usar material de IEC para mudança social e de comportamento de uma maneira interactiva;
- iii. Abordar os mitos e equívocos relacionados a ITS/HIV e SIDA, TB e hepatites virais B e C
- iv. Abordar e rastrear a VBG.

D. Referir e encaminhar os pares para as US e outros serviços de acordo com suas necessidades assegurando a sua ligação aos serviços.

2. Responsabilidades mínimas de cada EP:

A. A mudança de comportamento por um par deve ser facilitada através do uso de um pacote mínimo. Este pacote inclui:

- i. A realização de uma avaliação de risco comportamental;
- ii. O aconselhamento para a adopção dos dez comportamentos-chave abaixo indicados (ponto b);
- iii. A provisão de informação/educação sobre prevenção de ITS/HIV, VBG, TB e hepatites;
- iv. Redução de danos;
- v. Aconselhamento sobre VBG, consumo de drogas e álcool;
- vi. O encaminhamento para os serviços de prevenção combinada (ATS, SSR, VBG, ITS/HIV, ATSC, CMMV) e de cuidados e tratamentos.

B. Dez comportamentos chave a serem reforçados pelo EP para as PC:

- i. Usar preservativo de forma correcta e consistente;
- ii. Usar correctamente lubrificantes a base de água (não usar a base de óleo e qualquer outro produto);
- iii. Fazer o teste de HIV de acordo com as normas nacionais;

- iv. Sensibilizar e consciencializar sobre a importância da adesão a PrEP;
- v. Procurar imediatamente tratamento adequado e eficaz para ITS, VBG, HIV/SIDA, TB e hepatites;
- vi. Mobilizar para adesão ao tratamento de ITS, TB, Metadona e TARV;
- vii. Redução do número de parceiros (se aplicável) e abordar a importância da revelação do seu sero estado;
- viii. Falar sobre a importância de uma alimentação saudável;
- ix. Proteger-se contra outras doenças infecciosas como malária e diarreia;
- x. Não partilhar objectos cortantes ou perfurantes que já tenham sido utilizados por outros, incluindo a orientação de pessoas que injectam drogas para a prática da injeção segura.



POP 2.6

Pacote de mensagens chave para cada sessão de educação de pares

2.6.1. Visão geral

O alcance dos beneficiários compreende a identificação e registo dos beneficiários com atribuição do código único, a avaliação de risco e a educação de pares. Após o registo na ficha de entrada e a avaliação de risco, o educador de par deve iniciar as sessões de educação de pares, tendo em conta que um beneficiário que é alcançado pela primeira vez deve ser oferecido o pacote mínimo de serviços que integra a prevenção do HIV e outras ITS, a disponibilização de preservativos e lubrificantes, a consciencialização sobre a importância da testagem e acesso a PrEP, encorajamento e referência para o ATS-C, oferta e acesso ao auto-teste e finalmente a informação sobre os direitos humanos das PC; todo o alcançado deve ser coberto com a oferta do pacote completo em sessões de seguimento.

Alcance: é um processo de promoção de saúde que compreende a identificação, avaliação de risco, educação e consciencialização de pares sobre os seus riscos em relação ao HIV, ITS, TB, Hepatites B e C, VBG para a e adopção de comportamentos seguros. Um beneficiário é designado como alcançado quando lhe é oferecido o pacote mínimo que comporta mensagens e serviços de prevenção do HIV. A oferta do pacote mínimo não deve ser feita em menos de 20 minutos e, deve ser seguida por 3 ciclos de sessões de seguimento para oferecer o pacote completo e consolidar a partilha de informação mediante necessidades específicas de cada PC.

O alcance permite abordar os membros das populações-chave que enfrentam barreiras de acesso a serviços de saúde, desde a prevenção aos serviços de cuidados e tratamento para ajudá-los a beneficiar de tais serviços. Através do alcance, assegura-se o contacto com populações chave, estabelece-se uma relação de confiança, identifica-se as necessidades, oferece-se serviços, mobiliza-se e providencia-se o apoio na referência e ligação a outros serviços de prevenção, de cuidados e tratamento, protecção e justiça, e serviços sociais.

2.6.2. Objectivo do POP:



Providenciar mensagens chave para mudança social e de comportamento em intervenções com PC.

2.6.3. Beneficiários:



Gestores e supervisores de projectos, supervisores do EP e EP

2.6.4. Procedimentos:



Embora a comunicação deve ser centrada na prevenção e transmissão de HIV e outras ITS, o foco deve ir para além da promoção do comportamento seguro, levando as PC a tomada de decisão e escolhas saudáveis. Nesta sessão, o EP deve:

1. Abordar a transmissão e prevenção do HIV:

Transmissão e prevenção de HIV

- A. O que é HIV;
- B. Como se transmite o HIV;
- C. Como se previne o HIV;
- D. Como reduzir o risco de contrair ou transmitir o HIV;
- E. Que comportamento estão associados ao risco de HIV;
- F. A diferença entre o HIV e o SIDA;
- G. Tratamento do HIV;
- H. Onde encontrar serviços de prevenção, cuidados e tratamento.

2. Abordar a prevenção e transmissão de outras ITS, sua relação com o HIV e fazer o respectivo rastreio.

Nesta sessão, o educador de pares deve explicar aos beneficiários e esclarecer as dúvidas sobre a transmissão e prevenção das outras ITS e igualmente fazer o rastreio de ITS, uma vez que estas são muito comuns nas PC. Por isso, todas as pessoas da PC alcançadas devem ser rastreadas para ITS usando a lista de verificação do rastreio de ITS e fazer as questões abaixo:



A. Prevenção e transmissão de ITS:

- i. O que é ITS;
- ii. Tipos de ITS;
- iii. Sintomas e sinais de ITS mais comuns;
- iv. Como se transmitem as ITS;
- v. Como prevenir as ITS;
- vi. Como reduzir o risco de transmissão das ITS;
- vii. Complicações e consequências de ITS não tratadas;
- viii. Onde tratar as ITS (Brigadas moveis, clínicas moveis e unidade sanitária).

B. Rastreio de ITS:

- i. Sai corrimento nos órgãos genitais?
- ii. O corrimento é mal cheiroso?
- iii. Tem comichão ou irritação nos órgãos genitais?
- iv. Tem dores ou sensação de ardor ao urinar?
- v. Tem dores durante a relação sexual?
- vi. Os testículos estão dolorosos ou inchados?
- vii. Sente comichão ou tem irritações no ânus e/ou órgãos genitais?
- viii. Tem sangramento menstrual intenso ou sangramento entre períodos menstruais?
- ix. Tem dores na parte inferior do abdómen (em baixo do umbigo)?
- x. Tem feridas ou bolhas nos órgãos genitais ou ao redor do ânus?

NB: Se o beneficiário responder “SIM” a pelo menos uma questão, deve passar a guia de referência e referi-lo para a US da sua preferência.

3. Promoção do uso correcto e consistente do preservativo e lubrificantes a base de água

Nesta sessão, o EP deve:

A. Demonstrar e incentivar o uso correcto do preservativo e lubrificantes a base de água

B. Desenvolver capacidade e habilidades de negociação para o uso correcto e consistente de preservativos entre as PC. O EP e outros provedores de serviços devem fornecer as PC habilidades que lhes permitam negociar o uso correcto e consistente do preservativo com clientes e parceiros.

- C. As principais mensagens a serem abordadas podem ser:
- i. Como usar correctamente o preservativo (masculino e feminino);
 - ii. Importância de usar o preservativo de forma correcta e consistente;
 - iii. Risco do não uso correcto e consistente do preservativo;
 - iv. Como lidar com os parceiros que não querem/não gostam de usar o preservativo;
 - v. O que fazer em caso de rompimento de preservativo;
 - vi. Como descartar os preservativos após o uso;
 - vii. Importância de uso de lubrificantes;
 - viii. Como usar o lubrificante
 - ix. Onde encontrar preservativo e lubrificantes de distribuição gratuita sempre que necessário.

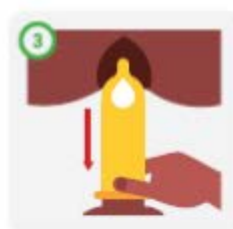
Demonstração do uso do preservativo



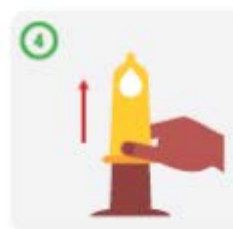
1
RETIRAR DA EMBALAGEM COM CUIDADO (NÃO USAR OS DENTES OU OBJECTOS CORTANTES) E COLOCAR NA CABEÇA DO PÊNIS ERECTO.



2
APERTA A PONTA DO PRESERVATIVO PARA ELIMINAR O AR E DESENROLA PARA COBRIR TODO O PÊNIS.



3
ANTES DE TIRAR O PÊNIS, SEGURA NA BASE. EM SEGUIDA, RETIRA O PÊNIS MANTENDO O PRESERVATIVO NO LUGAR.



4
PARA REMOVER O PRESERVATIVO DO PÊNIS, ENROLA CUIDADOSAMENTE ATÉ DESCOBRIR O PÊNIS.



5
DEPOIS DE REMOVIDO, DÁ UM NÓ E COLOCA O PRESERVATIVO NO LIXO.

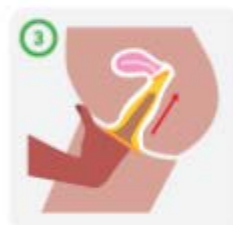
Como usar o preservativo feminino:



1
RETIRAR DA EMBALAGEM COM CUIDADO (NÃO USAR OS DENTES OU OBJECTOS CORTANTES).



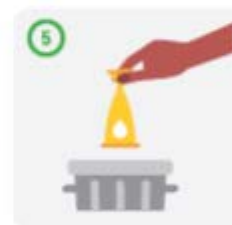
2
COM OS DEDOS POLEGAR E MÉDIO, APERTA O PRESERVATIVO PELA PARTE DE FORA DO ANEL INTERNO, FORMANDO UM "8".



3
COM A OUTRA MÃO, ABRE OS GRANDES LÁBIOS E EMPURRA O ANEL INTERNO COM O DEDO INDICADOR, ATÉ SENTIRES O COLO DO ÚTERO.



4
PARA REMOVER, SEGURA AS BORDAS DO ANEL EXTERNO E GIRA LEVEMENTE, PARA EVITARES QUE O SÊMEN ESCORRA. PUXA CUIDADOSAMENTE PARA FORA DA VAGINA.



5
DEPOIS DE REMOVIDO, DÁ UM NÓ E COLOCA O PRESERVATIVO NO LIXO.

4. Importância da testagem, encorajamento e referência para o ATS

Nesta sessão, o EP deve explicar aos beneficiários a importância do conhecimento do seu seroestado e esclarecer as dúvidas sobre:

- A. O que é o teste de HIV;
- B. Qual é a importância de fazer o teste de HIV;
- C. Identificar e clarificar as crenças e mitos que servem de barreiras e impedem as pessoas de fazer o teste de HIV;
- D. Motivar e encorajar os beneficiários a fazer o teste de HIV;
- E. Informar sobre a voluntariedade e confidencialidade do teste de HIV;
- F. Onde fazer o teste de HIV- o que significa e o que fazer com o resultado positivo (fazer referência para TARV) resultado negativo (fazer referência para a PrEP);
- G. Explicar e disponibilizar o Kit de Autoteste de HIV (ATHIV);
- H. Fazer referência/acompanhar o beneficiário para o ATS-C;

5. Importância da PrEP

- A. O que é PrEP;
- B. Qual é a importância de fazer a PrEP;
- C. Diferença entre a PrEP, PPE e o TARV;
- D. Consequências de não fazer a PrEP correctamente;
- E. Motivar e encorajar os beneficiários HIV negativos para aderir a PrEP;
- F. Onde fazer a PrEP (brigada móvel, clínica móvel e US);
- G. Fazer referência/acompanhar o beneficiário HIV negativo para a US/clinica móvel.

6. Importância do TARV:

- A. O que é TARV;
- B. Qual é a importância de fazer o TARV;
- C. Consequências de não fazer o TARV para as pessoas HIV positivas;
- D. Consequências de não fazer o TARV correctamente;
- E. Motivar e encorajar os beneficiários HIV positivos para os cuidados e tratamentos e a assegurar a sua retenção ao TARV;
- F. Onde fazer o TARV (brigada móvel, clínica móvel e US);
- G. Fazer referência/acompanhar o beneficiário HIV positivo para a US.

7. Tuberculose

Sendo a TB uma doença contagiosa e podendo estar associada ao HIV, é importante que os EP ajudem a identificar os doentes com TB na comunidade e referi-los imediatamente para a US mais próxima. As PC alcançadas também devem ser rastreadas para TB usando a lista de verificação do rastreio abaixo:

A. Mensagens sobre a prevenção e transmissão da TB:

- i. O que é TB;
- ii. Sintomas e sinais de TB;
- iii. Como se transmite a TB;
- iv. Como prevenir a TB;
- v. Como reduzir o risco de transmitir a TB;
- vi. Complicações e consequências de TB não tratada;
- vii. Onde tratar a TB (US).

B. Rastreio de TB:

- i. Tem febre, em geral ao fim do dia ou à noite?
- ii. Tem transpiração intensa à noite (suores noturnos)?
- iii. Sofre de emagrecimento progressivo (o/a doente fica cada vez mais magro)?
- iv. Tem tosse há mais de 2 semanas?
- v. Tem escarro com sangue?
- vi. Sente fraqueza ou cansaço mesmo quando faz pequeno esforço?
- vii. Tem falta de apetite.

NB: Se o beneficiário responder “SIM”, a pelo menos uma questão, deve passar a guia de referência e transferi-lo para a US mais próxima da sua residência.

8. Importância da Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV)

A. Mensagens sobre a CMMV:

- i. O que é CMMV;
- ii. Importância da CMMV;
- iii. CMMV e a prevenção do HIV;
- iv. Onde podem ser encontrados os serviços de CMMV.

9. Planejamento Familiar (PF)

A. Mensagens sobre PF:

- v. O que é PF;
- vi. Como tem feito o PF;
- vii. Importância do PF;
- viii. Onde encontrar os serviços de PF.



10. Prevenção, rastreio e referência de casos de violência

Nesta sessão, o EP deve explicar aos beneficiários e esclarecer as dúvidas sobre a violência (VBG e outros tipos de violência) uma vez que a mesma é comum em Moçambique. É importante que os EP ajudem a identificar as pessoas vítimas de violência na comunidade e transferi-las imediatamente para a unidade sanitária mais próxima e aos serviços de atendimento às vítimas de violência. As PC têm um risco elevado de sofrer a violência por isso, todas as pessoas alcançadas devem ser rastreadas para violência usando a lista de rastreio de violência abaixo:

A. Mensagem sobre a VBG: O que é VBG;

- i. Tipos de VBG (física, sexual e psicológica)
- ii. Como prevenir a VBG;
- iii. Consequências físicas e emocionais da VBG;
- iv. Relação entre VBG e HIV;
- v. Como proceder ou onde recorrer em caso de VBG;
- vi. Como identificar os sinais ou pessoas vítimas de VBG (rastreio da VBG);
- vii. Como ajudar as pessoas vítimas de VBG;
- viii. Para onde referir os casos de VBG para que obtenham apoio e cuidados pós-VBG;

B. Rastreio da VBG:

- i. O beneficiário tem lesões suspeitas de alguma agressão física? Por exemplo: marcas de hematomas, cortes, ou mordeduras na cara, nariz, olhos ou lábios, ou outras lesões;
- ii. Tem lesões sugestivas de queimadura de cigarro;
- iii. Tem cicatrizes que indicam um histórico ou suspeita de violência;
- iv. Tem queixas de dores de cabeça ou coluna ou incapacidade de dormir ou confusão ou choros frequentes ou perda de memória ou perda de apetite ou fadiga crónica sem uma explicação;
- v. Tem a denunciar algum caso de VBG; Se sim, qual.

C. Tipos de Violência:

- i. Violência Física: Atentar voluntariamente contra a integridade física, podendo utilizar ou não instrumentos para esse fim. Constitui-se por um padrão de conduta e é usado para controlar e castigar;
- ii. Violência Psicológica: Ofender voluntariamente e psiquicamente por meio de ameaças, violência verbal, injúria, difamação ou calúnia com utilização ou não de instrumentos perigosos à pessoa;

iii. Violência Moral: Feita através de escritos, desenhos ou qualquer publicação ofensiva à honra e carácter;

iv. Violência Patrimonial: Deterioração ou perda de objectos, animais ou bens da mulher ou do núcleo familiar. Deixar de prestar alimentos por um período superior a 60 dias. Apoderar-se dos bens do núcleo familiar da mulher após a morte do cônjuge;

v. Violência Social: Aquela que impede à mulher com quem tem relações de se movimentar ou contactar outras pessoas, retendo-a;

vi. Violência Sexual: compreende acções ou tentativas de relação sexual ou qualquer acção em relação à sexualidade; cópula não consentida; cópula com transmissão de doenças; o uso do corpo da mulher como objecto de comércio; impedimento do uso de contraceptivo, forçar ao matrimónio, gravidez ou aborto.

NB: Se o beneficiário responder “SIM”, pelos menos à uma questão, deve passar a guia de referência e transferi-lo para a US mais próxima da sua residência e outros serviços de atendimento.

11. Direitos Humanos

Nesta sessão, o EP deve fazer o rastreio de casos de violação de direitos humanos, informar os beneficiários sobre os seus direitos e aumentar a sua confiança e segurança para enfrentar o estigma e discriminação. O EP deve explicar aos beneficiários e esclarecer dúvidas sobre:

- A. O que são direitos humanos;
- B. O que são os direitos humanos das PC no contexto do HIV;
- C. Identificar e clarificar as crenças, mitos e atitudes que servem de barreiras e impedem as PC de usufruírem dos seus direitos como qualquer outro cidadão;
- D. Encorajar e motivar os beneficiários a defenderem os seus direitos como qualquer outra pessoa;
- E. O que fazer para promover os direitos humanos das PC;
- F. Locais onde encontrar apoio, dentro da comunidade e nas instituições para assegurar o respeito pelos direitos humanos das PC.

Esta abordagem é complementada pelo Sistema Comunitário de Resposta Rápida que é apresentado mais abaixo.

POP 2.7

Criação dos centros de apoio

2.7.1. Visão global:

Os centros de apoio estabelecidos pelas ONG e OCB que trabalham com as PC, são locais seguros para o acesso à informação, serviços de prevenção de ITS/HIV, apoio psicossocial para as PC afectadas ou vivendo com HIV e apoiam a criação de um ambiente favorável para as PC. Os centros de apoio são estabelecidos para prestar serviços de qualidade e de fácil acesso às PC; aumentar a demanda e utilização de serviços de saúde, legais entre outros; estabelecer um forte mecanismo de referência das PC dos centros de apoio para os serviços de saúde, legais, entre outros; fornecer protecção básica, incluindo apoio e encaminhamentos de casos de VBG e outros tipos de violência através de pares.

2.7.2. Objectivo do POP:



Providenciar orientação para a criação e operacionalização dos centros de apoio como um espaço amigável e seguro para as PC.

2.7.3. Beneficiários:



Gestores e supervisores de projectos, CL, EP, paralegal, colaboradores do centro de apoio, líderes comunitários e representantes das PC.

2.7.4. Procedimentos:

1. Tomar em consideração as especificidades e necessidades de cada subgrupo da PC tendo em conta a localização do mesmo ao longo da área de implementação;
2. Realizar uma consulta participativa para a criação do centro de apoio;
3. Estabelecer as condições para o funcionamento do centro de apoio que devem ser de acordo com a disponibilidade de recursos e com as conclusões da avaliação das necessidades. Contudo, no mínimo, devem ser implementadas no centro de apoio às seguintes actividades principais:

A. Intervenções de educação de pares, individuais e em grupo, visando o fornecimento de informação/educação relevante (verbal ou através de materiais impressos) sobre a prevenção e tratamento das ITS/ HIV, hepatites, TB, malefícios do consumo das drogas ou do álcool e da prática do Chemsex, entre outros;

B. Avaliação das necessidades de serviços das PC e referência para acesso ao ATS-C, rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS, HIV e TB e serviços de SSR, PrEP, TARV, serviços legais, de mitigação do impacto, entre outros;

C. Disponibilizar preservativos e lubrificantes a base de água;

D. Fazer aconselhamento psicossocial;

E. Prover serviços de linha directa para clarificação de dúvidas e fornecimento de informação relevante;

F. Providenciar um aconselhamento abrangente incluindo saúde geral, assuntos de família, relacionamento, nutrição, cuidados para a criança, educação e quaisquer outras necessidades das PC;

G. Fazer aconselhamento para adesão ao TARV, oferta do pacote de prevenção combinada

H. Providenciar apoio legal incluindo aconselhamento legal, bem como referência para serviços legais;

I. Desenvolvimento de grupos de apoio sobre vida positiva para auto-ajuda;

J. Espaço para reuniões do grupo de apoio incluindo para prover formação e/ou apoio nutricional e aconselhamento sobre prevenção positiva;

4. De acordo com as capacidades das ONG/OCB e necessidades das PC, outras actividades poderão também ser realizadas nos centros de apoio, como por exemplo: intervenções de geração de rendimento (poupança e crédito rotativo, pequenos cursos para geração de renda: alfaiataria, corte e costura, artesanato, computação, etc); Educação não formal, programas de literacia, aulas de línguas, habilidades para a vida, ex: cursos de beleza e limpeza, nutrição, etc.);

5. Identificar e reunir vários intervenientes para iniciar um diálogo na comunidade e buscar informações sobre o estabelecimento das referências. Esta reunião deve incluir representantes de instituições relevantes do governo, ONG/OCB de ou trabalhando com as PC, responsáveis pela prestação de serviços de ITS/HIV e outros serviços de saúde e bem-estar na área geográfica em questão;

6. Envolver activamente as PC no processo de planificação para que as suas necessidades e preferências sejam identificadas e usadas para definir prioridades, incluindo as referências;

7. Seleccionar o local:

A. Definir os critérios para a selecção do local:

i. Identificar possíveis locais para o estabelecimento do centro de apoio com base no mapeamento, dados disponíveis e auscultações das PC. O desenvolvimento dos critérios para a selecção do local, tipos de serviços e actividades a serem implementadas deve basear-se na auscultação com os representantes das PC, bem como a comunidade no geral;

ii. Os critérios devem incluir segurança estrutural/geográfica assim como segurança relativa a continuidade do contracto de arrendamento, acessibilidade,

fornecimento contínuo de electricidade, saídas em caso de incêndio, e, muito importante, proximidade com as áreas específicas onde as PC vivem ou se reúnem;

iii. Dependendo dos recursos disponíveis, o centro de apoio pode ser um local alugado para prestar serviços em dias específicos ou mensalmente, integrado no escritório da ONG/OCB ou em outro local. Sempre que possível, deve ser procurado um espaço doado para minimizar os custos de aluguer e garantir a continuidade do centro de apoio.

B. Visitar e avaliar potenciais locais. Fazer a selecção final em parceria com os representantes das PC.

8. Preparar o local, incluindo o desenvolvimento de procedimentos de gestão do centro de apoio:

A. Garantir a funcionalidade do centro de apoio (com base nos serviços prestados):

i. Os serviços prestados devem ser realizados em salas que ofereçam e garantam privacidade, assegurando que o anonimato seja respeitado e os procedimentos de queixas/reclamações estejam em vigor para os beneficiários.

B. Garantir o fornecimento de preservativos e lubrificantes a base de água, material IEC, ferramentas de recolha de dados, etc. necessárias para apoiar a implementação das actividades;

C. Garantir que o centro de apoio esteja integrado em um sistema de referência, estabelecendo e apoiando o encaminhamento de e para as redes e organizações das PC ou para as US e outros serviços necessários.

9. Formar pessoal:

A. Todos os funcionários, incluindo voluntários, devem concordar em participar de sessões de capacitação oferecidas antes e após o início do trabalho;

B. Cada novo funcionário deve passar por uma capacitação sobre as políticas internas do centro de apoio, incluindo em POP para lidar com PC e prover aconselhamento básico de apoio de pares, e na capacitação básica sobre ITS/HIV para Educação de Pares.

C. Todos os colaboradores devem participar de capacitações de reciclagem anuais e outras capacitações disponíveis e relevantes organizados para a ONG/OCB.

D. Prover o apoio técnico contínuo a todos os colaboradores para garantir a qualidade na prestação dos serviços.

10. Lançamento do centro de apoio: convidar autoridades locais, intervenientes chave, beneficiários e parceiros para o lançamento do centro de apoio;

11. Promover e implementar serviços:

A. Desenvolver uma estratégia para promover o centro de apoio:

i. Identificar maneiras para informar as PC sobre a existência do centro de apoio e os serviços neles disponibilizados. Assegurar que a promoção seja conduzida de maneira discreta e direccionada às PC e organizações que trabalham apenas com as PC;

ii. Garantir que a promoção do centro de apoio seja alinhada e integrada nas outras actividades e intervenções estabelecidas pelo governo, OCB e ONG;

iii. O centro de apoio também pode ser promovido por diferentes parceiros assegurando o envolvimento de organizações locais.

B. Elaborar uma agenda semanal ou mensal de planificação dos serviços do centro de apoio. A agenda deve estar disponível para as PC e EP para promoverem os serviços durante as actividades de divulgação. Usar SMS e redes sociais para promover actividades ou eventos específicos nos centros de apoio;

C. Realizar intensa mobilização comunitária e actividades promocionais para aumentar a demanda de serviços.

12. Monitorar as actividades do centro de apoio (por exemplo, serviços

prestados, participação do grupo alvo) e usar os achados para melhorar o sistema e identificar lacunas e desafios, fortalecendo/adaptando os serviços existentes e identificando novos serviços:

- A. A monitoria deve incluir dados quantitativos e qualitativos e assegurar a sua conformidade com os padrões e políticas nacionais;
- B. A retro-informação das PC sobre a utilidade do centro de apoio e dos serviços deve também ser regularmente recolhida e monitorada.



SECÇÃO 3

Intervenções Biomédicas





Intervenções Biomédicas



Esta secção contempla as iniciativas focadas em reduzir a exposição ao HIV e outras ITS, tais como o uso de preservativos masculinos e femininos e de gel lubrificante, a imunização contra a hepatite B e o HPV, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a prevenção da transmissão vertical e os tratamentos para as pessoas que vivem com HIV/SIDA e/ou com outras IST e/ou hepatites virais, redução de danos, CMMV e cuidados afirmativos de género. O tratamento também é uma forma de prevenção, pois as pessoas que vivem com HIV/SIDA e que realizam o tratamento de forma adequada atingem a carga viral indetectável, o que significa um nível tão baixo do vírus que a pessoa não é capaz de transmiti-lo.

POP 3.1



Aconselhamento e testagem em saúde na comunidade (ATS-C)

3.1.1. Visão geral:

O ATS para as PC deve ser uma prioridade na comunidade, pois é um dos serviços que gera demanda para as US onde as PC podem ter acesso aos serviços de prevenção e cuidados e tratamento. As modalidades de ATS-C são estabelecidas pela directriz do MISAU (fixas, móvel e domiciliária) e devem ser disponibilizadas a cada subgrupo da PC livres de qualquer forma de estigma e discriminação e garantido a confidencialidade. Para a implementação destes serviços devem ser utilizados os seguintes instrumentos: guia de referência e contra-referência, livro de registo de ATS/ATHIV, resumo mensal de ATS/ATHIV, algoritmos e POP de testagem, cartão do utente, material de IEC assim como materiais de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante) e testes de HIV/ATHIV.

3.1.2. Objectivo do POP:



Aumentar o número das PC vivendo com HIV que: conhecem o seu seroestado; são diagnosticadas precocemente como sendo HIV+; e iniciam o TARV.

3.1.3. Beneficiários:



Gestores de programas, supervisor de CL, CL, RD, navegadores, etc.

3.1.4. Procedimentos:



1. O aconselhamento e testagem devem ser efectuados por um CL prévia e devidamente capacitado no pacote de formação do ATS aprovado pelo MISAU;
2. A oferta da testagem deve ser sempre acompanhada pelo aconselhamento:

A. Aconselhamento pré-teste:
solicitar o consentimento para a realização do teste para HIV; reafirmar



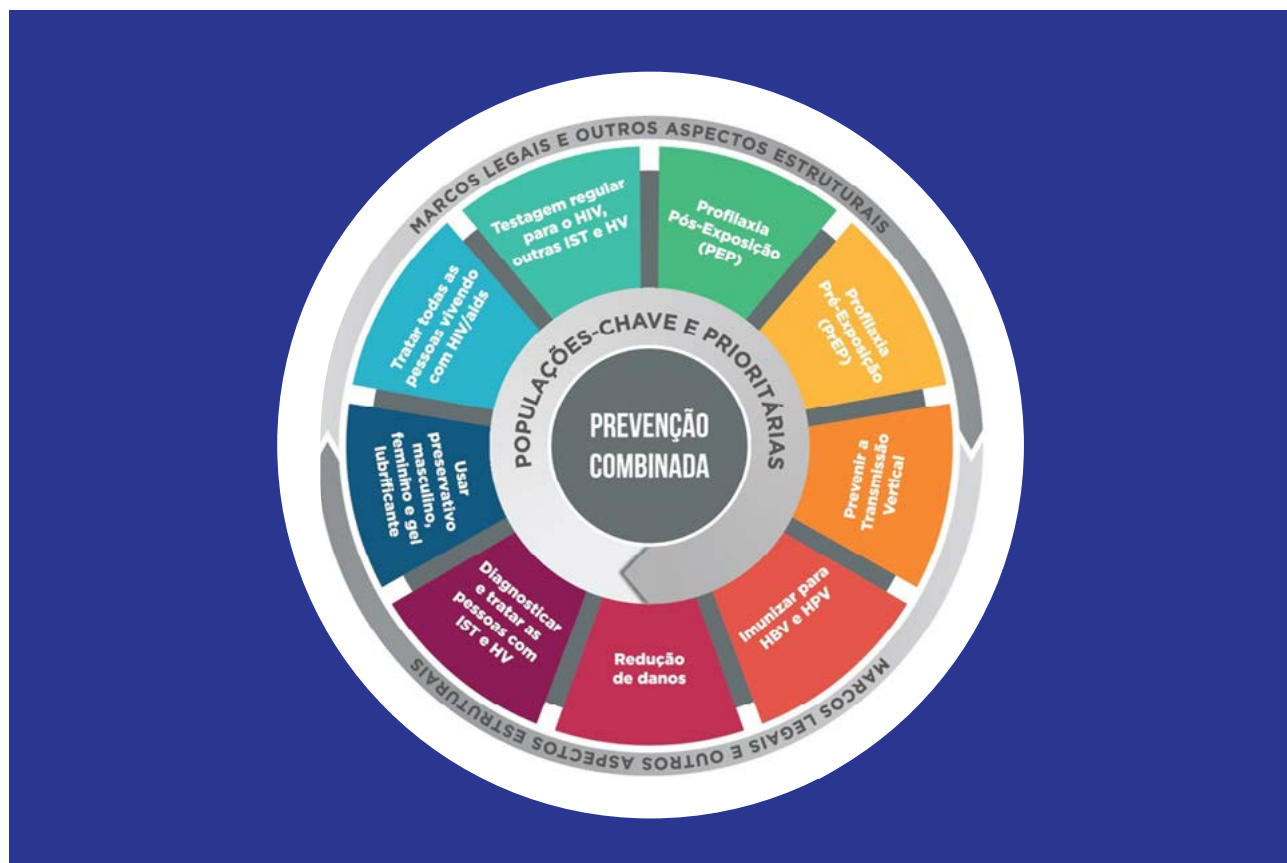
a confidencialidade e sigilo do resultado; abordar sobre aspectos relacionados à prevenção e cuidados e tratamento; avaliar comportamentos de risco; elucidar sobre os possíveis serviços de apoio que poderá ter, independentemente do resultado;

B. Aconselhamento durante a testagem: realizar a testagem seguindo o algoritmo e POP de testagem, explicar o procedimento ao utente durante a testagem, esclarecer as implicações de cada resultado (negativo, positivo ou indeterminado); prestar apoio psicossocial para enfrentar o resultado do teste;

C. Aconselhamento pós-teste: após a realização do teste, o conselheiro deve garantir os seguintes aspectos de acordo com o resultado:

Resultado negativo:

- Reforçar que um resultado negativo não significa que não está em risco de contrair o HIV;
- Discutir estratégias de redução de riscos (uso correcto e consistente do preservativo, estratégias relacionada a redução de danos, etc);
- Encorajar a convidar seus/suas parceiros(as) sexuais para fazer o teste;
- Referir para os serviços de prevenção combinada (de acordo com a necessidade do utente);



Resultado indeterminado:

- Fazer o seguimento, segundo o procedimento indicado no algoritmo nacional de testagem;
- Reforçar os aspectos de prevenção.

Resultado positivo:

- Informar sobre o resultado e sobre como viver com o vírus do HIV: a necessidade da adopção de comportamentos seguros; o uso correcto e consistente do preservativo e a importância da retenção nos cuidados e tratamento;
- Falar sobre a importância de testar os parceiros sexuais, filhos biológicos menores de 15 anos, pais de adolescentes HIV+ menores de 15 anos e parceiros de partilha de agulha e seringas se o utente HIV+ for PID;
- Falar sobre a necessidade de elaborar um plano de prevenção a fim de evitar a transmissão assim como sua reinfeção ;
- Encaminhar para os serviços do TARV;
- Prestar apoio psicossocial e prevenção positiva;
- Reforçar o seu conhecimento sobre o HIV e SIDA e as vantagens de adesão aos cuidados e tratamento;
- Encorajar a viver positivamente, cumprindo com as recomendações médicas;
- Ajudar a encontrar apoio adicional, na família, na US e na comunidade, sempre acautelando as questões do estigma e discriminação e da confidencialidade.

3. Referência e contra-referência:

A. Garantir o preenchimento e entrega da guia de referência e contra-referência e providenciar o encaminhamento para a US;

B. Garantir a ligação com a US (o serviço de referência entre o ATS-C e a US, é a UATS. Para as US sem UATS, os utentes devem ser encaminhados para a Recepção);

C. Monitorar as referências enviadas da comunidade e as contra-referências preenchidas pelos provedores, advogando para o preenchimento das contra-referências;

D. Não havendo a possibilidade de se realizar a testagem no local, encaminhar o utente para o local próximo (comunidade ou US).

3.1.5. Auto-Teste do HIV (ATHIV)

O Auto-Teste do HIV (ATHIV) é uma das abordagens do ATS adoptadas pelo Ministério da Saúde para diminuir as lacunas de testagem e, conseqüentemente, expandir o conhecimento do estado serológico do HIV para populações de difícil alcance e prioritárias para o ATS. Como o próprio nome indica, a auto-testagem é voltada para os indivíduos que querem se auto-testar ou auto-rastrear, para conhecer seu estado serológico do HIV. Nesta abordagem o utente colhe a amostra (fluido oral), faz o teste sozinho, ou com alguém de sua confiança e, em seguida, interpreta o resultado.

O procedimento da ATHIV é simples e rápido e o resultado é obtido entre 20 – 40 minutos, sendo que a realização do Auto-Teste não precisa de equipamento laboratorial.

A abordagem de ATHIV procura reforçar a aceitação da testagem entre grupos populacionais com baixa ou nenhuma procura de serviços de testagem nas unidades sanitárias, tais como as populações-chave e as populações vulneráveis.

É importante destacar que a auto-testagem serve para o rastreio de casos e não fornece um diagnóstico de HIV definitivo. Isto quer dizer que, qualquer pessoa que fizer o Auto-Teste não deve considerar o resultado positivo como definitivo. Todos os indivíduos com resultados positivos de HIV por meio do Auto-Teste, devem realizar testes confirmatórios na US ou no ATSC, com provedores de testagem capacitados.

O ATHIV proporciona ao utente a possibilidade de escolher entre, realizar o procedimento no local onde receber o ATHV ou num outro lugar de escolha do utente, o que garante a privacidade e a confidencialidade do indivíduo.

Qualquer utente com idade igual ou mais de 15 anos, que deseja fazer o auto-teste ou que viveu alguma situação de exposição ao HIV, pode obter e fazer o auto-teste, com maior foco para os grupos prioritários: parceiros sexuais com sero-estado desconhecido, parceiros sexuais de caso índice (CI), pais de criança índice menor de 15 anos, populações-chave (TS, HSH, PID, REC e TG), adolescentes e jovens (15 – 24 anos), população vulnerável com idade igual e mais de 15 anos, homens 25+ e militares.

Para procedimento mais detalhado sobre o ATHIV, consulte a Directriz Nacional para a Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde em vigor.

POP 3.2



Prevenção, diagnóstico e apoio ao tratamento de TB

3.2.1. Visão geral:

A tuberculose (TB) continua a ser uma das principais causas de morte das pessoas no País, principalmente devido a sua associação com o HIV estimada em 40%. O HIV não só contribui para o aumento de casos de TB como também é o principal responsável pelo aumento da mortalidade entre pacientes co-infectados. Assim sendo, a prevenção, o rastreio e o apoio ao tratamento da TB nas PC ao nível das comunidades é extremamente importante.

3.2.3. Objectivo do POP:

Aumentar o número das PC rastreadas e diagnosticadas precocemente com TB e o número daquelas que iniciam tratamento através das referências e seguimento junto às US.

3.2.4. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, supervisores de EP, EP e CL

3.2.5. Procedimentos:

1. Promover acções de IEC sobre TB, através de palestras e diálogos comunitários. Promover acções de educação em saúde com foco na TB: prevenção, transmissão, sintomas e sinais;
2. Realizar o rastreio dos sinais e sintomas de TB nas PC e nos seus contactos e referir a US os casos suspeitos e aqueles com critérios para profilaxia;
3. Implementar a directa observação do tratamento (DOT) comunitário e o tratamento profiláctico para TB (ver a estratégia do DOT comunitário do MISAU);
4. Realizar busca activa das PC diagnosticadas com TB e que não iniciaram o tratamento;



5. Divulgar as medidas de prevenção da TB nas comunidades tais como: habitação arejada, evitar aglomerados de pessoas com sinais e sintomas de TB, busca precoce pelos serviços de saúde, etc;
6. Aconselhar as PC com TB para a testagem do HIV e rastrear a TB em PC de HIV positivos;
7. Oferecer aconselhamento para adesão ao tratamento da TB e HIV em casos associados explicando o benefício de ambos tratamentos;
8. Fazer o seguimento das PC na comunidade para assegurar a sua continuidade no tratamento do HIV mesmo após o término do tratamento da TB.

POP 3.3

Prevenção das hepatites virais (B e C).

3.3.1. Visão geral:

Actualmente, cerca de 38,4 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com HIV (UNAIDS 2022) com 1,5 milhão de novas infecções por HIV e cerca de 650.000 mortes por doenças relacionadas ao HIV.

No que concerne às hepatites, cerca de 325 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com Hepatites B e C, 900.000 mortes por hepatite B, e apenas 10% de pessoas que vivem com Hepatite B e C sabem o seu estado.

A prevalência das hepatites virais não foi estimada para todas as populações-chave, apenas há dados de prevalência de hepatites para PID, com a prevalência de HBV de 32.1% em Maputo, e 36.4% em Nampula/Nacala. A prevalência de HCV foi de 44.6% em Maputo e 7% em Nampula/Nacala. A co-infecção do HIV e hepatites é preocupante devido ao facto de que o HIV acelera a progressão da doença e o risco da mortalidade relacionada à hepatite. Entre as PC existe um risco maior de transmissão do HBV e HCV.

Actualmente, não há vacina para o HCV, porém há possibilidade de cura, embora o tratamento ainda não esteja amplamente disponível no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

3.3.2. Objectivo do POP:

Contribuir para a prevenção de HCV e HBV entre as PC, através do aumento de intervenções educativas e de apoio no acesso aos materiais de prevenção, cuidados e tratamento ao nível das US e comunidades.

3.3.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, supervisores do EP, EP e CL

3.3.4. Procedimento:

Focalizar em intervenções que abordem e desencorajem práticas e atitudes individuais e colectivas de uso de objectos cortantes e perfurantes não esterilizados, o não uso de preservativo, desconhecimento do seu seroestado que não favorecem a prevenção das hepatites virais.

POP 3.4

Provisão de preservativo e lubrificantes a base de água

3.4.1. Visão geral:

Os métodos de barreira (preservativos) configuram-se em estratégias de contracepção e de prevenção das ITS incluindo o HIV pelo que, o uso correcto e consistente do preservativo é o melhor método para a prevenção. A demonstração e promoção de preservativos femininos e masculinos, bem como gel lubrificantes a base de água são componentes importantes de um programa de prevenção.

3.4.2. Objectivo do POP:

Contribuir para a prevenção do HIV e outras ITS através do aumento do acesso e uso correcto e consistente do preservativo feminino, masculino e gel lubrificante à base de água pelas PC.

3.4.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, supervisores do EP, EP e CL

3.4.4. Procedimentos:

Preservativo feminino – uma bolsa feita de poliuretano, não reutilizável que é inserida na vagina antes da relação sexual e mantida no lugar por um anel interior e outro exterior que previne a gravidez e transmissão das ITS incluindo o HIV;

Preservativo masculino – feito de latex ou poliuretano que se desenrola ao longo do pénis erecto e previne gravidez e transmissão das ITS incluindo o HIV;

Gel lubrificante – é um gel composto a base de água que pode ser usado com o preservativo e que proporciona uma maior lubrificação durante as relações sexuais anais ou vaginais.

1. Distribuir/disponibilizar preservativos e lubrificantes à base de água:

A. Distribuir/disponibilizar preservativos e lubrificantes à base de água para as PC durante as sessões de educação de acordo com a necessidade das PC, bem como em locais de grande concentração de pessoas;

B. Os centros de apoio devem distribuir/disponibilizar preservativos e lubrificantes à base de água para as PC. A disponibilização deve ser feita também em pontos de acesso como lojas, bares, barracas, hotéis, pontos cruciais, casas de pasto, locais de venda de bebidas alcoólicas, locais de convivência, residências, centros de reclusão, etc;

C. Monitorar a qualidade e quantidade dos preservativos e dos lubrificantes à base de água, bem como as datas de validade e reportar, usando fichas específicas para o efeito, ao CDCS, CPCs e parceiros de implementação assegurando a gestão de stock.



POP 3.5



Disponibilização de materiais para redução de danos

3.5.1. Visão geral:

O programa para a redução de danos é uma estratégia de saúde pública que visa minimizar as consequências adversas do consumo de substâncias psicoativas, sem necessariamente, interromper o seu uso, promovendo a inclusão social e cidadania para pessoas que usam drogas. A redução de danos proporciona a prevenção de doenças infecciosas como o HIV, infecções sexualmente transmissíveis, hepatites virais, perturbações mentais decorrentes do consumo de substâncias, problemas de saúde causado pela forma de consumo e ações possíveis de causar danos e que as drogas podem causar na existência humana como, de origem econômica e referente as questões sociais e familiares. O programa de redução de danos é realizado a partir de políticas e estratégias a medida do contexto social, cultural e econômico podendo incluir práticas como, informação, educação e comunicação para mudança de comportamento, prevenção de overdoses, orientação e promoção a abstinência e estilos de vida saudável. Assim sendo, a disponibilização de materiais para um consumo seguro é implementado com o intuito de reduzir tanto a transmissão do vírus de hepatites B e C entre as PID e, conseqüentemente, das PID para os seus parceiros sexuais. A disponibilização desses materiais deve ser feita dentro de uma abordagem integrada assegurando sempre a provisão coordenada de outros serviços que respondam às necessidades do grupo alvo.

3.5.2. Objectivo do POP:

Aumentar o número das PID que se beneficiam dos materiais para redução de danos por forma a contribuir para redução da transmissão do HIV, HCV e HBV.

3.5.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, supervisores do RD, RD, CL e paralegal

3.5.4. Procedimentos:

1. **Garantir o acesso aos serviços ajustados às necessidades das PID (anonimato, confidencialidade, sem exigência de participação em outros serviços, horário e localização que respondam às necessidades do tipo de população, tempo mínimo de espera, reduzida carga de procedimentos administrativos);**



POP 3.6



Tratamento de substituição de opiáceos com Metadona

3.6.1. Visão geral:

A dependência a opiáceos causa grandes danos neurológicos o que constitui uma desordem psíquica. A dependência à opiáceos é caracterizada por uma serie de implicações neurológicas a longo termo cujo tratamento pode ser feito através da terapia de substituição de opiáceos, “manutenção opiácea”. O tratamento de dependência opiácea é um conjunto de intervenções farmacológica e psicossocial com o objectivo de reduzir ou cessar o uso de opiáceos, prevenir futuros danos associados ao uso e ainda promover a qualidade de vida e bem-estar entre os usuários. Ao mesmo tempo, promove o acesso a cuidados físicos e psiquiátricos assim como, assistência social e colmata as necessidades da família assim como do paciente.

Em alguns casos, o tratamento pode ser de longa duração ou mesmo por toda a vida. O objectivo não é somente o de reduzir ou parar mas ajudar a incrementar as condições sociais de vida e evitar consequências mais severas do consumo de drogas.

Existem duas abordagens farmacológicas para o tratamento de dependência à opiáceos, sendo um baseada na terapia de substituição, manutenção e outra na abstinência.

O tratamento de substituição opiácea e manutenção consiste em tomar diariamente um antagonista (metadona em Moçambique) que tem o objectivo de reduzir ou cessar com o consumo ilícito de opiáceos, da injeção associada ao risco de transmissão de doenças sanguíneas, redução de overdose, redução da actividade criminal e impulsionar a saúde física e psicológica.

Entre as PID o tratamento de substituição de opiáceos é altamente eficaz na redução de danos ou riscos do uso de opiáceos, do comportamento de injeção insegura, de riscos de HIV, HCV e HBV e consequentemente na melhoria para a adesão e retenção ao tratamento. Embora o tratamento de substituição de opiáceos a seja biomédico, o recrutamento e a preparação dos beneficiários é feita através da comunidade e o seu seguimento nas US.



3.6.2. Objectivo do POP:

Promover o acesso ao tratamento de substituição de opiáceos como estratégia para a redução de danos, diminuição de transmissão de doenças infecciosas, HIV, Hepatites e ITS.

3.6.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, supervisores do RD, RD, CL e paralegal



3.6.4. Procedimentos:

1. Promover o dialogo para a adesão ao TSO e tratamento de outras doenças decorrentes do consumo de drogas;
2. Advogar para a retenção de TSO e o tratamento de outras doenças decorrentes do consumo de drogas;
3. Promover a informação e conhecimentos sobre o tratamento de substituição de opiáceos com metadona, manutenção;
4. Garantir um fluxo de encaminhamento e monitoria de beneficiários;
5. Promover práticas seguras de injeção, consumo de drogas;
6. Garantir um fluxo de disponibilização de nalaxona na comunidade como forma de prevenir a overdose de drogas e evitar mortes
7. Garantir a monitoria de materiais disponibilizados
8. Avaliar e angariar beneficiários interessados ao TSO.
9. Advogar para a continuação de tratamento de opiáceos areclusos.

POP 3.7

Circuncisão médica masculina voluntária

3.7.1. Visão geral:

Segundo a OMS (2014) (WHO/UNAIDS, 2007), a CMMV é uma medida efectiva para a prevenção da infecção pelo HIV, pois reduz em cerca de 60% o risco dos homens contraírem o HIV através de relações sexuais desprotegidas com pessoas infectadas, bem como, diminui o risco de contrair outras ITS que facilitam a entrada do vírus do HIV. Neste âmbito, a CMMV deve ser também utilizada nas PC como estratégia complementar a um conjunto de outras intervenções.

3.7.2. Objectivos do POP:

Aumentar o número de homens das PC dos 15 - 49 anos circuncidados.

3.7.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, supervisores do EP, EP, CL, RD

3.7.4. Procedimento:

Alcançar homens das PC seronegativos dos 15-49 anos, não circuncidados e encaminhá-los aos serviços de CMMV disponíveis. Recomendada como uma estratégia adicional importante para indivíduos do sexo biológico masculino de idade igual ou superior a 15 anos para reduzir o risco de infecção por HIV adquirida por via sexual como parte de um pacote mínimo que inclui: informações sobre riscos e benefícios, aconselhamento sobre práticas sexuais mais seguras, acesso a serviços de testagem de HIV e preservativos e gestão de infecções sexualmente transmissíveis. A CMMV deve gozar da adesão total à ética médica e aos princípios de direitos humanos, incluindo:



POP 3.9



Serviços de saúde sexual e reprodutiva

3.9.1. Visão geral:

Os preservativos utilizados de forma correcta e consistente são a melhor forma de prevenção contra a transmissão de ITS, incluindo o HIV, bem como a prevenção da gravidez indesejada.

3.9.2. Objectivo do POP:

Abordar a importância e estabelecer o encaminhamento para os serviços de SSR, rastreio de cancro do colo do útero e da mama (CACUM), aborto seguro/cuidados pós-aborto, etc.

3.9.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de programas, supervisores do EP, EP, RD e CL

3.9.4. Procedimentos:

1. Fornecer aconselhamento sobre a importância da contracepção, incluindo de curto, médio e longo prazo:

- A. Fornecer informações sobre a variedade e disponibilidade de métodos -conceptivos ;
- B. Em caso de necessidade de contracepção das PC, deve-se referir a US mais próxima;
- C. A contracepção de emergência pode ser fornecida a uma mulher que manteve relação sexual vaginal sem protecção, que não esteja a usar um método contraceptivo e que não está e nem quer ficar grávida;
- D. Em caso da necessidade de contracepção de emergência as PC devem ser referidas a US mais próxima, preferencialmente nas primeiras 72 horas a 5 dias após o acto sexual sem protecção.



2. Encaminhar para serviços de aborto seguro e cuidados pós-aborto, numa US em caso de gravidez resultante duma violência sexual:

- A.** Encaminhar para US que disponibiliza este serviço, de modo a realizar abortos seguros;
- B.** Aconselhar a fazer um planeamento familiar para prevenir futuras gravidezes indesejadas.

POP 3.10 

Cuidados de Afirmação de Género

3.10.1. Visão geral:

Inconformidade de género refere-se à extensão em que a identidade de género, papel ou expressão de uma pessoa, difere das normas culturais prescritas para pessoas de um determinado sexo (Instituto de Medicina, 2011). A mesma difere da disforia de género que se refere ao desconforto ou angústia que é causado por uma discrepância entre a identidade de género e o sexo de uma pessoa, atribuída no nascimento (e o papel de género associado e/ou características sexuais primárias e secundárias) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b). Apenas algumas pessoas que se não conformem com o género sofre de disforia de género em algum momento da sua vida. O tratamento está disponível para ajudar as pessoas com esse sofrimento a explorar a sua identidade de género e encontrar um papel de género que seja confortável para eles (Bockting & Goldberg, 2006).

O tratamento é individualizado, pois o que ajuda uma pessoa a aliviar a disforia de género pode ser muito diferente do que ajuda uma outra pessoa. Esse processo pode ou não envolver uma mudança na expressão de género ou modificações do corpo. As opções de tratamento médico incluem, por exemplo, feminização ou masculinização do corpo por meio de terapia hormonal e/ou cirurgia, que são eficazes para aliviar a disforia e são medicamente necessárias para muitas pessoas, pois as mesmas encontrarão um papel e expressão que lhes permitam estar confortáveis, mesmo que sejam diferentes daqueles associados ao seu sexo atribuído no nascimento, ou de normas e expectativas de género prevalecentes. As identidades e expressões de género são diversas, e as hormonas e cirurgia são apenas duas das muitas opções disponíveis para ajudar as pessoas a estarem confortáveis consigo mesmas e com a identidade.

3.10.2. Objectivo do POP:

Apoiar os intervenientes comunitários a identificar e compreender as maneiras pelas quais se manifestam as diversas formas de identidade de género de modo a melhorar a sua abordagem com as PC;

3.10.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de programas, oficial de comunicação, CL e paralegal

3.10.4. Procedimentos:

A. Usar uma abordagem participativa (com TS) para envolver, sensibilizar, consciencializar e responsabilizar os intervenientes chave envolvidos na prestação de serviços às populações TS para a implementação de intervenções de prevenção, cuidados e tratamento;

B. Informar os TS sobre os riscos de busca de serviços de afirmação de género não seguros nem acreditados;

C. Sensibilizar as pessoas TS a continuar a aceder aos serviços disponíveis para sua assistência ao nível do sistema nacional de saúde, reforçando que:

i. Os homens transgénero que mantêm a sua genitália feminina, enfrentam maior risco de cancro do ovário, doenças uterinas e cervicais;

ii. As mulheres transgénero, mesmo quando já realizaram modificações corporais e/ou cirurgias de redesignação sexual, têm a indicação de realizar exames para a prevenção de cancro da próstata;

iii. Os homens transgénero em processo de transição podem necessitar de atendimento ginecológico, tanto de carácter preventivo, como para o tratamento de problemas habituais dessa especialidade.

D. Encaminhar os potenciais TG identificados na comunidade para os serviços de apoio psicológico;

E. Aconselhar as mulheres transgénero que usam substâncias orais/injetáveis para feminização sobre o maior risco de casos de trombose associados ao consumo;

F. Aconselhar os homens transgénero que usam substâncias orais/injetáveis para masculinização sobre o maior risco de casos de trombose associados ao consumo;



SEÇÃO 4

Intervenções Estruturais





CIDADA...
QUE OS SERES
REITOS.

Love
Alliance
for health and human rights

ARASA
AIDS Rights
Alliance
for Southern Africa

As vulnerabilidades enfrentadas pelas PC relacionam-se não apenas com seus comportamentos de risco individuais, mas também com os factores sociais e comunitários mais amplos, que incluem normas socioculturais, marginalização social e criminalização que limitam não só as suas oportunidades e acesso a serviços como também as tornam vulneráveis à discriminação e violência física e emocional. O estigma e a discriminação pela sociedade e pelo sistema de saúde, as desigualdades económicas e de poder, as normas socioculturais, a violência sexual e baseada no género e a mobilidade são alguns dos factores que aumentam a vulnerabilidade das PC.

Neste contexto, as intervenções estruturais visam abordar os aspectos socioculturais, económicos, legais ou políticos que contribuem para o aumento da vulnerabilidade das PC, permitindo assim a criação de um ambiente favorável e livre de violação dos direitos humanos.

Como nem sempre os programas são projectados para fornecer todas as componentes do pacote de ITS/HIV/TB e hepatites, os provedores de serviços ao nível das comunidades devem estabelecer uma colaboração efectiva e funcional com os outros programas, de modo a garantir que cada PC tenha acesso a variedade de serviços de que precisa para responder as suas necessidades. Assim, uma forte rede de referência e contra-referência tem que ser estabelecida entre instituições ou organizações para oferecer pacotes de serviços diversificados.

POP 4.1

Abordar o estigma e a discriminação

O estigma e a discriminação para com as PC são comuns. Existem provas substanciais que demonstram que nos casos em que as PC são vítimas de estigma e discriminação dentro da família, comunidade, instituições que prestam serviços de saúde, protecção social e legal e outros, criam-se barreiras significativas no acesso e utilização desses serviços. Os relatos das PC mostram que estas populações têm um risco elevado de sofrer violência e abuso e que estas experiências são comuns, interferindo na procura de serviços. O abuso pode ter diversas formas, incluindo abuso físico, sexual, psicológico e económico. As intervenções comunitárias necessitam de abordar o estigma e a discriminação para aumentar as oportunidades de gozo de direitos pelas PC.

4.1.2. Objectivo do POP:

Apoiar os intervenientes a identificar e compreender as formas pelas quais se manifestam o estigma e a discriminação contra as PC ao nível da comunidade, bem como formas para a sua prevenção e o seu combate.

4.1.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, oficial de comunicação, EP, CL e paralegal.

4.1.4. Procedimentos:

1. Criar um pensamento crítico e a auto-avaliação sobre o estigma e discriminação:

A. Usar uma abordagem participativa para envolver, sensibilizar e responsabilizar os intervenientes chave envolvidos na prestação de serviços às PC para a implementação de intervenções de prevenção e combate ao estigma e discriminação;

B. Provocar uma reflexão no seio das PC sobre formas de rejeição, isolamento e como viver a situação;

C. Clarificar a diferença entre estigma e discriminação;

- D. Identificar representantes das PC dispostos a partilhar experiências de estigma e discriminação por elas enfrentados;
- E. Explorar as razões pelas quais o estigma e discriminação ocorrem, na percepção das PC;
- F. Identificar as diferentes formas de manifestação do estigma e discriminação, bem como as suas causas e consequências.

2. Estabelecer compromisso de intervenção para a redução do estigma e discriminação:

- A. Envolver as PC e levar os intervenientes a observar como o estigma e discriminação afectam este grupo;
- B. Divulgar os dispositivos legais e instituições existentes no país para prevenir e combater o estigma e discriminação
- C. Empoderar as PC em matéria de direitos humanos (literacia legal);
- D. Explorar como as PC individual e colectivamente podem contribuir para combater o estigma e discriminação;
- E. Divulgar os mecanismos de apoio e os canais de denúncia face a ocorrência de episódios de estigma e discriminação contra as PC;
- F. Encorajar as PC a identificar o estigma e discriminação e buscar apoio, bem como denunciar a ocorrência.



POP 4.2



Estabelecimento e apoio às redes de referência e contra-referência

4.2.1. Visão geral:

O trabalho em rede permite criar sinergias e complementaridade entre vários intervenientes, resultando num melhor uso de recursos e ampliação de esforços para a prestação de serviços de prevenção, cuidados e tratamento, protecção e justiça, serviços sociais. O trabalho em rede deve envolver a criação de parcerias formais e informais entre os diferentes intervenientes na comunidade. A operacionalização de fluxos de referência e contra-referência deve ser bem estabelecida para vincular as diferentes organizações e instituições que prestam serviços de prevenção, cuidados e tratamento, apoio, mitigação e protecção para atender de forma coordenada e complementar às necessidades das PC. No contexto do HIV, a guia de referência e contra-referência permitem o encaminhamento, a ligação e o seguimento do beneficiário do serviço. Contudo, a funcionalidade do sistema de referência implica um processo de coordenação da prestação de serviços para garantir que:

- A. O acesso aos serviços necessários seja assegurado atempadamente;
- B. A confidencialidade seja mantida em toda a cadeia de prestação de serviços;
- C. A referência e contra-referência das PC entre organizações e instituições provedoras de serviços sejam avaliadas e documentadas; as boas práticas replicadas e divulgadas;
- D. As lacunas na prestação de serviços devem ser identificadas e as medidas tomadas para lidar com as mesmas.



4.1.2. Objectivo do POP:

Fornecer procedimentos padrão para fortalecer o trabalho em rede e referências e contra-referências mais eficazes.

4.2.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, EP, CL e paralegal

4.2.4. Procedimentos:

1. Plano para o estabelecimento das redes de referência e contra-referência:

A. Identificar as instituições onde as PC podem necessitar de serviços com maior regularidade. Identificar os pontos focais dessas instituições e as portas de entrada. Os pontos focais serão responsáveis pelo apoio na operacionalização da rede de referência e contra-referência;

B. Envolver activamente as PC no processo de estabelecimento do fluxo de referência e contra-referência para que as suas necessidades e preferências sejam identificadas e usadas para definir a rede de referência e o seu papel.

2. Realizar um exercício de mapeamento participativo sobre os serviços disponíveis:

A. Fazer o mapeamento dos provedores de serviços existentes na comunidade;

B. Listar os serviços disponíveis: US, ONG, OCB, esquadras, IPAJ, gabinetes de atendimento às vítimas de violência, serviços jurídicos e de direitos humanos, associações de assistência social para mulheres, grupos comunitários e religiosos e outros sistemas/serviços de apoio. Os serviços devem ser especificados numa tabela conforme abaixo:

INSTITUIÇÃO	LOCALIZAÇÃO	IPO DE SERVIÇOS	PONTO FOCAL	CONTACTO	OBSERVAÇÃO
		Serviços de cuidados e tratamento			
		Nutrição e segurança alimentar			
		Apoio psicossocial e espiritual			
		Grupo de apoio às PVHIV			
		Serviços de apoio social			
		Fortalecimento económico / auto-emprego			
		Assistência legal			
		Serviços de protecção			
		Cuidados domiciliários			
		Apoio a crianças órfãs e vulneráveis			

Instituição refere-se a todos intervenientes na prestação de serviços para as PC (US, ONG, OCB, esquadras, IPAJ, departamento de atendimento à família e menores vítimas de violência, serviços jurídicos e de direitos humanos, associações de assistência social para mulheres, grupos comunitários e religiosos e outros sistemas/serviços de apoio)

C. Criar uma equipa multisectorial que fará o exercício de mapeamento;

D. Organizar a capacitação para a equipa de mapeamento, explicando-lhes os objectivos da rede de referência e contra-referência e os critérios e juntos definirão um conjunto de perguntas para a entrevista nos serviços;



- E.** Estabelecer a rede de referência e ligações aos serviços;
- F.** Organizar um encontro com os principais interessados para divulgar os resultados do mapeamento dos serviços, estabelecer a rede de referência e identificar contactos chave de cada serviço;
- G.** Desenvolver um documento oficial, como acta da reunião, acordo ou memorando de entendimento entre organizações e instituições para formalizar e definir os papéis e as responsabilidades de cada organização na rede de referência. Neste documento, é importante abordar a questão da confidencialidade e da responsabilidade partilhada dentro da rede de referência;
- H.** Identificar e indicar, de forma rotativa, uma organização ou instituição para coordenar e supervisionar o funcionamento do trabalho em rede e as referências;
- I.** Formar os provedores dos serviços envolvidos nos sistemas de contra-referência em rede e sensibilizá-los sobre questões específicas das PC;
- J.** Estabelecer um sistema para actualizar a lista de serviços. Os serviços podem ser adicionados ou removidos de acordo com as necessidades das PC, a disponibilidade desses serviços na área de implementação e a evolução das políticas públicas de saúde e sociais no País.

3. Assegurar a confidencialidade:

- A.** Todas as referências e registos devem ser disponibilizados apenas a pessoas autorizadas para manter a confidencialidade;
- B.** Os resultados dos testes de HIV devem ser mantidos confidenciais. Contudo, há circunstâncias em que outros profissionais, como conselheiros e pessoal de saúde nas organizações, também devem conhecer o estado serológico do beneficiário para prestar cuidados apropriados. A aprovação deve ser solicitada as PC testadas antes que o resultado seja partilhado com os outros profissionais;
- C.** Os dispositivos legais sobre a obrigatoriedade da confidencialidade devem ser divulgados tanto para os provedores de serviços como para as PC.

4. Monitorar e apoiar a rede de referência:

A. Através dos EP e CL, mobilizar as PC na utilização e apoio à divulgação da rede de referência e serviços disponíveis. Realizar intensa mobilização comunitária e actividades promocionais dos serviços para aumentar a demanda e reduzir as perdas e abandonos dos pacientes em TARV;

B. Monitorar as actividades da rede e utilizar as constatações para melhorar o sistema. A monitoria deve incluir dados quantitativos e qualitativos. Tomar em consideração o grau de satisfação das PC em relação a qualidade dos serviços prestados e o ponto de vista dos provedores de serviços da rede de referência, como parte do que deve ser monitorado;

C. Usar a M&A para tomar decisões com base em evidências e para fazer ajustes na implementação.

4.3.1. Visão global:

POP: 4.3

Estabelecimento e apoio às redes de referência e contra-referência

Um sistema comunitário de resposta rápida para a violência é uma abordagem coordenada que visa fornecer uma resposta imediata e eficaz a situações de violência que ocorrem numa comunidade. Este tipo de sistema é projectado para envolver vários intervenientes, incluindo agências governamentais, organizações da sociedade civil, serviços de saúde, agências de aplicação da lei e membros da comunidade, a fim de prevenir a violência, proteger as vítimas e promover a segurança comunitária. As PC enfrentam estigma e discriminação, assédio, violação dos seus direitos, violência baseada no género (violência física, violência sexual, violência psicológica e violência económica) e coerção, que afectam directamente a sua decisão em procurar por serviços de saúde ou outros, contribuindo assim para a sua vulnerabilidade. Por vezes as PC têm os seus direitos violados e por desconhecimento não conseguem ter acesso aos serviços de assistência e apoio que as permita lidar com a situação

vivida. Para minimizar a situação, a figura de paralegal é instituída.

O paralegal é um actor comunitário formado para identificar e ajudar as PC cujo os direitos foram violados, encaminhando-as para os serviços de assistência legal, de saúde e outros . O paralegal estabelece a ligação com provedores de serviços e tomadores de decisão (por exemplo, advogados, médicos, polícias, autoridades tradicionais etc.). O paralegal pode ou não fazer parte da PC.

4.3.2. Objectivo do POP:

Fornecer padrões para estabelecer e manter um sistema comunitário de resposta (SCRR) para abordar a violação dos direitos humanos, violência sexual e baseada no género nas PC e outros tipos de violência.

4.3.3. Beneficiários:

Gestores e supervisores de projectos, EP, CL, paralegal

4.3.4. Procedimentos:

1. Estabelecer o sistema comunitário de resposta rápida:

A. Identificar, mediante critérios, pessoas para serem formadas como paralegais para servirem de referência para o apoio legal com vista a fazer parte do SCRR;

B. A lista e contactos de paralegais formados devem ser disponibilizados a todos os intervenientes desde ONG/OCB, PC, profissionais de saúde, instituições de apoio incluindo os centros de apoio, esquadras, IPAJ, lideranças comunitárias, etc. A lista deve ser regularmente actualizada;

C. As PC devem ser orientadas pelos EP sobre o papel do paralegal;

D. O paralegal realizará sessões de consciencialização sobre direitos humanos e prevenção da violência; estabelecer ligações com os provedores e redes existentes de serviços de combate à violência sexual e de género; assegurar que as PC estejam cientes da existência do sistema de denúncia de violação dos direitos humanos;

E. Garantir que a guia de referência inclua os serviços relacionados ao atendimento de casos de violação de direitos humanos e VBG. Estes incluem: protecção, assistência jurídica, acesso ao PrEP (nos locais onde está disponível) e contracepção de emergência;

F. O paralegal deve possuir o contacto de todos os pontos focais das instituições que trabalham no âmbito da violência na sua área geográfica, para solicitar apoio sempre que se mostre necessário;

2. Implementar o sistema comunitário de resposta rápida

Quando uma pessoa da PC sofre algum tipo de violação de seus direitos devido à sua condição, identidade, orientação sexual e/ou comportamento, deve ser iniciada a seguinte resposta:

A. Intervenção da primeira linha de apoio: EP, CL ou outro membro da PC:

- i. A PC ou seu par, se comunica com um EP imediatamente ao momento em que ocorre algum tipo de violação dos seus direitos;
- ii. O EP deve documentar a situação, assegurar o seu apoio, encaminhamento ou referência aos serviços de saúde mais próximos com vista a buscar tratamento de lesões em caso de violência física ou sexual;
- iii. O EP ou a PC vítima ou seu par deve comunicar-se com o paralegal para que este possa providenciar apoio. O paralegal deve referenciar para o serviço de assistência apropriado, de acordo com as necessidades da vítima.

B. Intervenção da segunda linha de apoio: O paralegal

- i. O paralegal deve fazer um acompanhamento de modo a garantir que todos os serviços e apoios sejam fornecidos bem como documentar todo o processo que deve ser enviado para a organização ou instituição a qual está filiado;

C. Intervenção da terceira linha de apoio: Departamento de atendimento à família e menor vítima de violência

i. todas as vítimas devem ser encaminhadas para o departamento de atendimento à família e menor vítima de violência, postos policiais ou instituições de assuntos legais, que devem prover serviços e orientá-la para outras linhas de apoio, de acordo com o mecanismo multisectorial de atendimento integrado às vítimas de violência.

D. Fontes para assistência por tipo de violência:

i. Assédio, incluindo ameaças e violência:

(a) O EP e o paralegal devem procurar assistência da polícia e/ou de qualquer autoridade tradicional dentro do local, conforme apropriado.

ii. Prisão ilegal pela polícia:

(a) O EP e o paralegal devem procurar o apoio de advogados [por exemplo, do IPAJ] para visitar a PC na esquadra ou no local de detenção.

iii. Emergência Médica:

(a) No caso de uma emergência médica (considerando o tipo de emergência), o EP e o paralegal devem levar a PC com ferimentos ao posto policial, fazer uma denúncia, levar uma guia e ir a US mais próxima.

(b) Se a emergência for de natureza menor (por exemplo, pequenos cortes, contusões, etc.), o EP e o paralegal podem procurar ajuda do enfermeiro na US.

iv. Violação sexual:

No caso de violação sexual, deve-se:

- (a) Fornecer apoio emocional à vítima, através de um EP e /ou paralegal;
- (b) Reportar ao posto policial mais próximo para fazer uma denúncia e obter uma guia de referência para a US;
- (c) Encaminhar para uma US mais próxima, PEP e contracepção de emergência a ser administrada e garantir que seja preenchido e completo um formulário do relatório médico para documentar as evidências.



GLOSSÁRIO



ACEITAR QUE O TRABALHO DE SEXO É UMA REALIDADE HUMANA. TODOS OS SERES HUMANOS NASCEM LIVRES E IGUAIS EM DIGNIDADE.





IDA
QUE OS SERES
REITOS.

Love
Alliance
for health and human rights

ARASA
AIDS & Rights
Alliance
for Southern Africa



Adolescentes e jovens (AJ): pessoas entre 10 e 19 anos e 15 e 24 anos de idade, respectivamente. Estas subpopulações encontram-se em maior risco de infecção e transmissão do HIV em função de diversos factores que condicionam a saúde, incluindo questões legais e sociais relacionadas às suas idades.

Agente comunitário de saúde: é um termo mais abrangente que para além de se referir ao EP, refere-se, também a outras pessoas da comunidade não pertencentes ao grupo de PC, que se predispõe a apoiar diferentes actividades relativas a saúde em prol deste grupo ou de outros. Tendo em conta as actividades que desempenha, pode ter diferentes designações (educador de par, activista, conselheiro leigo), podendo ou não ser remunerado.

Alcance: é um processo de promoção de saúde que compreende a identificação, avaliação de risco, educação e consciencialização de pares sobre os seus riscos em relação ao HIV, ITS, TB, Hepatites B e C, VBG para a adopção de comportamentos seguros. Um beneficiário é designado como alcançado quando lhe é oferecido o pacote mínimo que comporta mensagens e serviços de prevenção do HIV. A oferta do pacote mínimo não deve ser feita em menos de 20 minutos e, deve ser seguida por 3 ciclos de sessões de seguimento para oferecer o pacote completo e consolidar a partilha de informação mediante necessidades específicas de cada PC.

Casais sero discordantes (CSD): são aqueles que, independentemente da orientação sexual, um dos parceiros está infectado pelo HIV e o outro não está.

Exposição ao HIV: contacto com material contaminado pelo HIV, contacto por via parenteral, pele mucosa ou via sexual.

Chemsex: é um tipo de relação sexual que envolve múltiplos parceiros e sob efeito de estimulantes (a nível global é comum o uso de metanfetaminas, MDMA/ectasy, cocaína, muitas vezes misturados com o consumo de álcool e até viagra), que prolongam a actividade sexual por várias horas, o que pode aumentar o risco de transmissão de HIV e outras ITS incluindo Hepatites virais.

Conselheiro leigo: é alguém identificado e formado para realizar o ATS-C de acordo com protocolos e procedimentos estabelecidos pelo MISAU e fazer a ligação aos serviços de tratamento e cuidados do HIV e SIDA. O pacote de actividades e responsabilidades do conselheiro leigo ao nível comunitário inclui, entre outras, a realização de sessões de sensibilização dos beneficiários para adesão a testagem, aconselhamento pré-teste (avaliação de comportamentos de risco e formas de prevenção), realização do teste rápido para HIV acompanhado pelo aconselhamento durante a testagem, aconselhamento pós-teste, rastreio de algumas patologias como por exemplo a TB, ITS, malária etc.

O Educador de par (EP): é um membro do grupo alvo, na mesma condição que o seu interlocutor o que serve para facilitar uma melhor comunicação. Os pares podem identificar-se pelo sexo, identidade de género; orientação sexual, profissão, relações culturais/étnicas etc. É ideal que o programa com populações chave assente na figura do EP.

Educador de Par (EP) das Populações-Chave: um indivíduo pertencente a uma das populações-chave capacitado para alcançar seus pares com informações e serviços sobre o HIV e outras ITS, hepatites, TB, SSR, VBG e direitos humanos.

Intervenções biomédicas: referem-se a intervenções ou abordagens que envolvem o uso de conhecimento e técnicas da biomedicina para prevenir, diagnosticar ou tratar doenças e condições médicas no âmbito do HIV. São iniciativas focadas em reduzir a exposição ao HIV e outras ITS, tais como o uso de preservativos masculinos e femininos e de gel lubrificante, a imunização contra a hepatite B e o HPV, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a prevenção da transmissão vertical e os tratamentos para as pessoas que vivem com HIV/SIDA e/ou com outras ITS e/ou hepatites virais. O tratamento também é uma forma de prevenção, pois as pessoas que vivem com HIV/SIDA e que realizam o tratamento de forma adequada atingem a carga viral indetectável, o que significa um nível tão baixo do vírus que a pessoa não é capaz de transmiti-lo.



Intervenções comportamentais: As intervenções comportamentais são abordagens que visam promover mudanças nos comportamentos das pessoas para prevenir ou tratar problemas de saúde. No contexto do HIV, as intervenções comportamentais desempenham um papel crucial na prevenção da transmissão do vírus, bem como no apoio ao tratamento e cuidado das pessoas vivendo com HIV, buscam oferecer informações e conhecimentos sobre o HIV e SIDA, SSR e outras situações para indivíduos e grupos sociais, aumentando sua capacidade de gerir os diferentes graus de riscos a que estão expostos e promovendo comportamentos seguros por meio de conhecimentos, atitudes, práticas, habilidades e abandono de determinadas crenças.

Intervenções estruturais: são os esforços centrados na transformação dos factores socioculturais, políticos e económicos que afectam a vulnerabilidade à infecção por HIV e outras ITS, TB e hepatites em razão de preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à cidadania e à dignidade humana.

Medicamentos agonistas opióides: são medicamentos que se ligam especificamente aos receptores de opióides e possuem propriedades semelhantes às dos opióides endógenos, bloqueiam os sintomas de abstinência e o anseio por outros opiáceos, especialmente a heroína.

Opióides: O termo “opióide” inclui compostos extraídos da semente de papiola, bem como compostos semi-sintéticos e sintéticos com propriedades semelhantes que podem interagir com os receptores opióides no cérebro. Os opióides têm efeitos analgésicos e sedativos e são usados para o controle da dor. Após a ingestão, os opióides podem causar euforia, sendo esta uma das principais razões pelas quais são tomados por razões não médicas. Os opióides incluem heroína, morfina, codeína, fentanil, metadona, tramadol e outras substâncias semelhantes.

Devido aos seus efeitos farmacológicos, podem causar dificuldades respiratórias e a overdose de opióides pode levar à morte. O seu uso não médico regular, uso prolongado, uso indevido e uso sem supervisão médica pode levar à dependência de opióides e outros problemas de saúde. Medicamentos opióides, como metadona e buprenorfina, são usados para o tratamento de manutenção da dependência de opióides. São analgésicos e sedativos extremamente potentes, que também provocam uma sensação exagerada e momentânea de bem-estar. Por conta disso, se tornam susceptíveis ao uso recreativo e indevido, levando facilmente à dependência e ao vício.

Organizações Comunitárias de Base (OCB): uma organização pública ou privada, sem fins lucrativos que representa uma comunidade ou um segmento significativo de uma comunidade e trabalha para atender às necessidades da comunidade.

Organizações Não-Governamentais (ONG): são organizações sem fins lucrativos, constituídas formal e autonomamente, que apoiam as actividades das OCB e do governo.

Paralegal: um indivíduo formado para estabelecer um sistema de apoio na gestão de situações de violação de direitos humanos e violência na comunidade, identificar e referir PC para os serviços legais, de saúde ou psicossociais.

Ponto de venda de drogas, popularmente designado por “boca de fumo” refere-se ao local, geralmente um barraco ou botequim, onde é feita a venda de drogas ilícitas.

Populações Chave (PC): São grupos populacionais definidos que enfrentam barreiras sociais, legais, estruturais e outros fatores contextuais que limitam o acesso aos serviços relacionados à prevenção, tratamento e cuidados do HIV, aumentando a vulnerabilidade ao HIV, Hepatites Virais e outras ITSs. No contexto de Moçambique esta população integra mulheres trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas que injectam drogas, reclusos e pessoas transgénero.



Prevenção combinada: é a combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais que diminuem o risco de infecção pelo HIV.

Profilaxia pré-exposição (PrEP): é o uso de medicamentos ARV por pessoas HIV negativas, em risco substancial de infecção por HIV de modo a reduzir o risco de infecção.

Profilaxia pós-exposição (PPE): tratamento profilático com ARVs oferecido durante um período curto (28 dias) a pessoas sero negativas após um episódio de exposição ao HIV, para reduzir o risco de infecção.

Redução de Danos: Diz respeito às intervenções, programas e políticas que procuram reduzir os danos de saúde, sociais e económicos resultantes do consumo de drogas pelos indivíduos, comunidades e sociedades.

Par de redução de danos: é um educador de par ou outro elemento que actua no contexto da redução de danos entre as pessoas que usam drogas injectáveis.

Terapia de substituição com opióides (TSO): Consiste na terapia por opiáceos a longo prazo através do uso de um opióide oral autorizado para tratamento, como a metadona ou buprenorfina. A Metadona e a buprenorfina são os opióides mais usados e fazem parte da lista de medicamentos essenciais da OMS fornecidos sob supervisão clínica e apoiado pelo acesso a intervenções psicossociais baseadas em evidências. A TSO mantém reduzido o uso de opióides e melhora a retenção nos cuidados e tratamento, bem como a prevenção da infecção pelo HIV, ITS e Hepatites. A buprenorfina é um agonista parcial; sua eficácia no tratamento da dependência de opióides é semelhante ao da metadona. É tomado principalmente em sua forma sublingual.

Testagem de HIV baseada na rede social: A rede social refere-se a um grupo de indivíduos ligados por um conjunto comum de relacionamentos e inclui parceiros sexuais e usuários de drogas, bem como contactos sociais. Esta abordagem é uma extensão dos serviços de parceiros. Um provedor formado solicita às pessoas com HIV, ou aqueles que são HIV-negativos, mas em risco contínuo de HIV, para encorajar e convidar indivíduos em suas redes sexuais, de drogas injectáveis ou sociais para beneficiarem-se de testes voluntários de serviços de HIV.

Transtornos pelo uso de opióides: de acordo com a Classificação Internacional de Doenças -10ª Revisão (CID-10) sobre o padrão e as consequências do uso de opióides. Esse grupo de transtornos são caracterizados pelo uso nocivo de opióides e pela dependência em opióides.

**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO
(POP) DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS
PARA POPULAÇÕES-CHAVE**

MAPUTO AOS 17 DE MAIO DE 2024