

Prestação de serviços diferenciados para doenças crônicas

Suplemento do documento Estrutura decisória para a administração da terapia antirretroviral



PSD para doenças crônicas: suplemento de *Estrutura decisória para a administração da terapia antirretroviral*

Este suplemento do documento *Estrutura decisória para a administração da terapia antirretroviral* [1] descreve como os princípios de prestação de serviços diferenciados (PSD) no tratamento de HIV para clientes estabelecidos em tratamento podem ser aplicados para beneficiar pessoas que vivem com qualquer doença crônica.

O objetivo é fornecer:

- **Uma visão geral dos motivos pelos quais a PSD é necessária além do HIV**
- **Os principais facilitadores da PSD para doenças crônicas**
- **Exemplos de como os princípios da PSD são aplicáveis a doenças crônicas**
- **Exemplos de como integrar a prestação de serviços para doenças crônicas**

Este suplemento destina-se a gestores de programas nacionais e distritais de cuidados crônicos e doenças não transmissíveis (DNT) e aos gestores, parceiros de implementação, parceiros comunitários e doadores de programas de HIV.

O que é a prestação de serviços diferenciados?

A PSD é uma abordagem centrada na pessoa que simplifica e adapta toda a cascata de serviços de HIV de forma a atender às necessidades de indivíduos que vivem com HIV e reduzir os ônus desnecessários para o sistema de saúde [1]. Para clientes em terapia antirretroviral (TARV), os ministérios da Saúde ampliaram modelos de PSD menos intensivos para tratamento de HIV para pessoas com TARV estabelecida.



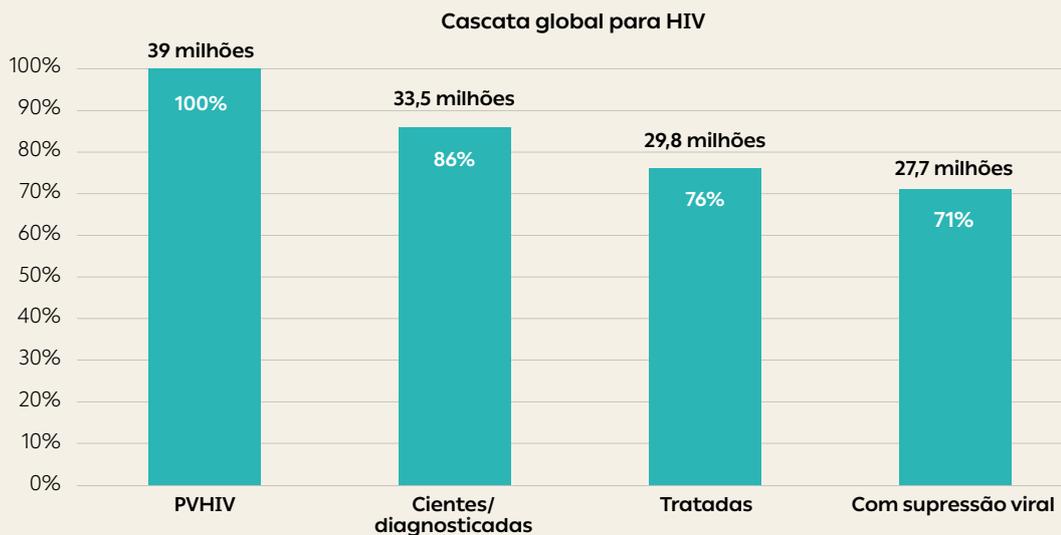
Por que a PSD é necessária para doenças crônicas além do HIV?

Em todo o mundo, 39 milhões de pessoas vivem com HIV, 537 milhões têm diabetes e 1,4 bilhão sofrem de hipertensão [2-4]. Muitas outras precisam de medicação pelo resto da vida para controlar outras doenças crônicas. Paralelamente a essa síndrome de doenças crônicas, a população de pessoas que vivem com HIV está envelhecendo. Atualmente, metade das pessoas que recebem TARV tem mais de 40 anos, 22% das quais vivem com HIV em programas apoiados pelo PEPFAR e têm mais de 50 anos de idade [5].

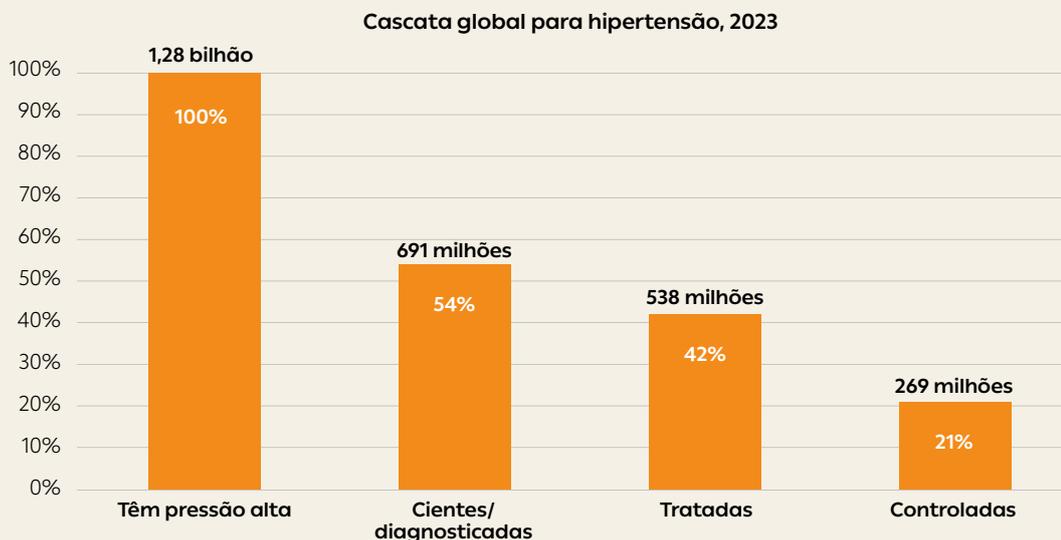
Estima-se que a prevalência de hipertensão e diabetes entre pessoas que vivem com HIV em ambientes com alta prevalência

de HIV no continente africano seja, respectivamente, de 27,5% e 13,4% [6]. Dados recentes sugerem aumentos significativos na prevalência de hipertensão nas pessoas em TARV com dolutegravir. Ocorre, porém, que as respostas globais a essas doenças crônicas estão em níveis de maturidade muito diferentes (Fig. 1). Embora a resposta ao HIV esteja unida em torno das metas globais de 95-95-95, faltam metas globais claras e ações coordenadas para atingir objetivos em cascata similares para outras doenças crônicas. Metas globais para diabetes foram estabelecidas apenas em 2022, e as relativas à hipertensão ainda não foram definidas.

Figura 1. Cascata global para HIV em comparação com cascata global para hipertensão



<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>



<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

A PSD para o tratamento do HIV surgiu como resposta ao crescente número de pessoas que vivem com HIV e recebem TARV. A PSD foi uma resposta à orientação global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre HIV, segundo a qual "todos devem ser tratados" e todas as pessoas que vivem com HIV devem

receber TARV, seja qual for a contagem de células CD4 [7]. O número de pessoas que necessitam de tratamento para hipertensão e diabetes é altíssimo, e os desafios comuns de acesso para os clientes e de carga de trabalho para os profissionais de saúde são similares aos vivenciados na resposta ao HIV (Figura 2).

Figura 2: Desafios no acesso aos cuidados para doenças crônicas: Perspectivas de clientes e profissionais de saúde

Desafios comuns: Por que é hora de mudar o atendimento



Perspectiva do cliente



Por que devo entrar na fila para ver uma enfermeira e entrar na fila da farmácia se só venho buscar minha medicação para a TARV?

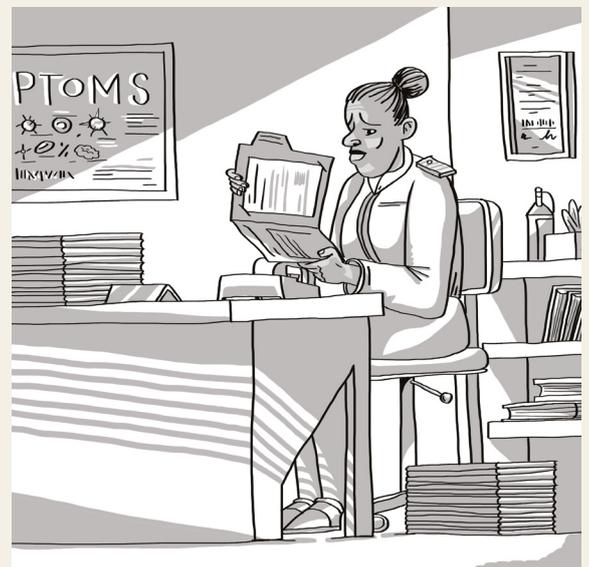
Como podemos ajudar os clientes que não estão seguindo o tratamento se estamos sobrecarregados com os clientes que o seguem?



Perspectiva do profissional de saúde

Por que devo continuar o tratamento se me sinto saudável e a clínica está cheia de pessoas doentes?

Como vou prestar atendimento de qualidade a 100 clientes hoje?



Os princípios da PSD, descritos na definição do Quadro 1, podem ser aplicados além do HIV e da TARV. Portanto, propomos expandir a definição e a implementação da PSD além do HIV para outras doenças crônicas.

Quadro 1: Definição da PSD para HIV e adaptação para PSD para doenças crônicas

Prestação de serviços diferenciados para HIV:

Abordagem **centrada na pessoa** que simplifica e **adapta os serviços para HIV em toda a cascata** para refletir as preferências e expectativas de grupos de pessoas que vivem com HIV, reduzindo ao mesmo tempo sobrecargas desnecessárias no sistema de saúde.

Prestação de serviços diferenciados para doenças crônicas:

Abordagem **centrada na pessoa** que simplifica e **adapta os serviços para doenças crônicas em toda a cascata** para refletir as preferências e expectativas de grupos de pessoas que vivem com doenças crônicas, reduzindo ao mesmo tempo sobrecargas desnecessárias no sistema de saúde.

Os princípios da PSD também foram aplicados em toda a cascata de cuidados, desde a triagem e início do tratamento até a adaptação do tratamento para atingir o controle e a continuação do tratamento. Este documento se concentrará na PSD para clientes estabelecidos no tratamento de doenças crônicas.



PSD para doenças crônicas para pessoas que vivem com ou sem HIV

Os princípios da PSD são aplicáveis a qualquer doença crônica, incluindo o HIV. A decisão sobre as condições que podem ser gerenciadas dentro de um serviço será direcionada pela epidemiologia local e pela forma como os serviços existentes foram planejados e financiados. Dois exemplos de como os serviços para doenças crônicas podem ser agregados são fornecidos mais adiante, na seção sobre integração.

A PSD envolve a adaptação dos fundamentos da prestação de serviços: "quando" (momento e frequência dos serviços), "quem" (unidade que presta o atendimento), "onde" (localização dos serviços) e "o quê" (pacote de serviços), de forma a atender às necessidades e expectativas da pessoa no contexto do sistema público de saúde.

No entanto, consideraremos primeiro os facilitadores da PSD para doenças crônicas.

Facilitadores da PSD para doenças crônicas

Vários facilitadores importantes permitiram a ampliação da PSD para HIV na última década, tanto no nível clínico como no das políticas públicas.

Facilitadores clínicos

Os fatores clínicos que facilitaram a PSD para tratamento do HIV, também aplicáveis à PSD para outras doenças crônicas, incluem:

- Transição de um regime com múltiplos efeitos colaterais para um regime menos tóxico
- Desenvolvimento de diretrizes simplificadas de tratamento, incluindo um regime único para todas as populações
- Uso de uma combinação de dose fixa que reduziu a quantidade de comprimidos para os clientes e simplificou as cadeias de suprimentos dos sistemas de saúde

- Implementação de uma ferramenta robusta de monitoramento clínico de adesão (carga viral) que promoveu a confiança do médico na adesão do cliente à medicação, bem como um forte monitoramento e avaliação dos programas

Juntos, esses fatores permitiram que os desenvolvedores de diretrizes globais e nacionais, os programas nacionais e os parceiros de implementação se sentissem seguros em reduzir a frequência das consultas clínicas e aumentar a duração do fornecimento de medicação para clientes estabelecidos no tratamento.

A análise de fatores facilitadores deve ser levada em conta no desenvolvimento de diretrizes clínicas de saúde pública para outras doenças crônicas. A Tabela 1 traz exemplos dos principais facilitadores clínicos para HIV e hipertensão.

Tabela 1: Facilitadores clínicos para PSD para doenças crônicas: exemplos para HIV e hipertensão

Facilitadores	HIV	Hipertensão
Regime não tóxico com monitoramento mínimo necessário	TDF 3TC DTG	Anlodipino e telmisartana
Orientação clínica simplificada	Regime único entre populações	Algoritmos passo a passo com doses de agentes determinados e tempo definido entre as etapas de titulação [4]
Uso de combinações de dose fixa (redução da carga de comprimidos e simplificação da cadeia de suprimentos)	CDF tripla disponível	CDF dupla disponível
Ferramenta de monitoramento clínico para determinar quando o cliente está estabelecido no tratamento	Carga viral	Medição da pressão arterial

Facilitadores de políticas

Para definir os fundamentos da PSD para doenças crônicas, é necessário conduzir uma análise das políticas globais e nacionais pertinentes. As considerações em matéria de políticas públicas que devem ser levadas em conta ao elaborar um modelo de PSD para qualquer doença crônica estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2: Considerações essenciais em matéria de políticas públicas para doenças crônicas

Considerações em matéria de políticas públicas	
 QUANDO	Qual é a recomendação para a frequência de consultas antes que o cliente alcance o controle do tratamento? Qual é a recomendação para a frequência de consultas clínicas e visitas para retirada de medicação depois que o cliente se estabeleceu no tratamento?
 ONDE	Em que nível do sistema de saúde a doença crônica pode ser manejada (considerando diagnóstico, início, titulação do tratamento e manutenção)? Em que nível do sistema de saúde as diferentes classes de medicamentos necessárias para cada doença crônica são permitidas?
 QUEM	Quais profissionais de saúde podem manejar a doença crônica (considerando diagnóstico, início, titulação do tratamento e manutenção)?
 O QUÊ	Qual é o pacote de serviços que devem ser prestados de acordo com as diretrizes globais e nacionais? Quais tipos de monitoramento e avaliação são necessários para demonstrar os resultados?

Como definir a qualificação para PSD

Para reduzir a quantidade de consultas dos clientes e reduzir a carga de trabalho no sistema de saúde, modelos de PSD menos intensivos para tratamento do HIV foram desenvolvidos para clientes que cumprem os critérios de estabelecimento no tratamento do HIV. Embora a OMS ainda não tenha fornecido definições para outras doenças crônicas, critérios similares (a saber, tempo de tratamento, adesão e/ou evidência de sucesso do tratamento) podem ser usados para outras doenças crônicas. Alguns países africanos, como Nigéria, África do Sul e Zimbábue, definiram o estabelecimento no tratamento de hipertensão e diabetes para possibilitar a PSD para essas doenças crônicas [8–11]. A Tabela 3 propõe definições de estabelecimento no tratamento para HIV, hipertensão e diabetes.

Tabela 3: Exemplos de definições de estabelecimento no tratamento

	VIH	Hipertensão	Diabetes de tipo 2
Tempo no regime de tratamento	Recebendo TARV por pelo menos seis meses	Pelo menos três meses no regime atual	Pelo menos três meses no regime atual
Outras doenças	Nenhuma outra doença concomitante, com a exceção de doenças crônicas bem controladas	Nenhuma outra comorbidade concomitante não controlada	Nenhuma outra comorbidade concomitante não controlada
Adesão	Boa compreensão da adesão vitalícia	Boa compreensão da adesão vitalícia	Boa compreensão da adesão vitalícia
Evidência de sucesso do tratamento	Pelo menos um resultado de carga viral suprimida nos últimos seis meses (se a carga viral não estiver disponível: contagem de CD4 >200 células/mm ³ ou contagem de CD4 >350 para crianças de 3 a 5 anos, ou ganho de peso e ausência de sintomas e infecções concomitantes)	<140/90 medido em duas ocasiões com pelo menos um mês de intervalo	HbA1C <7% (ou conforme definida nas diretrizes nacionais) medida nos últimos três meses

O objetivo de definir um cliente como estabelecido no tratamento de uma doença crônica é reduzir a frequência das consultas clínicas e permitir o fornecimento de medicação para vários meses (consulte o fundamento "quando" na página 10). Ao separar as consultas clínicas das visitas para retirar a medicação, os medicamentos podem ser fornecidos por meio de modelos de PSD adaptados para clientes estabelecidos no tratamento de doenças crônicas (descrito nas páginas 11-12).

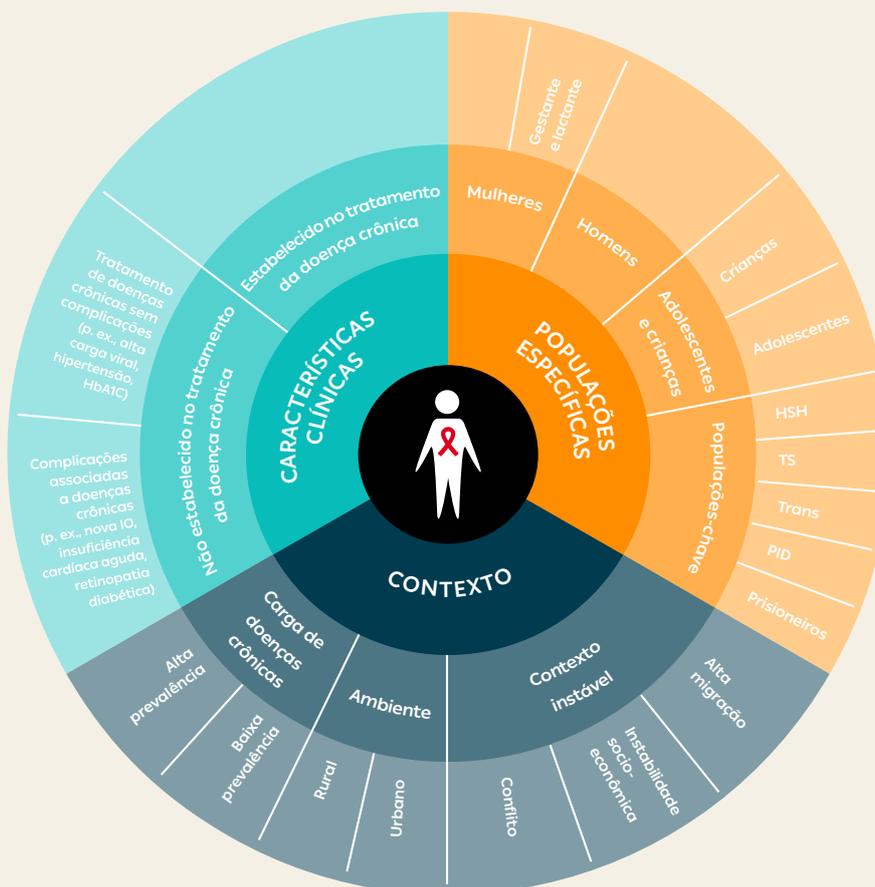
Os elementos da PSD para doenças crônicas

Os modelos de PSD são desenvolvidos para populações específicas, levando em conta suas características ou elementos em comum. Esses elementos podem ser categorizados como:

- Características clínicas. Por exemplo:
 - Cliente estabelecido ou não estabelecido no tratamento da doença crônica
 - Doença única ou multimorbidade
- População específica. Por exemplo:
 - Criança, adolescente ou adulto
 - Gestante ou lactante
 - Outro subgrupo, como população-chave
- O contexto em que o cliente está recebendo serviços. Por exemplo:
 - Urbano ou rural
 - Estável ou em conflito

Os elementos que devem ser levados em conta ao criar um modelo de PSD para doenças crônicas para pessoas estabelecidas em tratamento de doenças crônicas são apresentados na Figura 3.

Figura 3: Os elementos da prestação de serviços diferenciados



Os fundamentos da PSD para doenças crônicas

Os quatro fundamentos para criar um modelo de PSD para doenças crônicas são:

- **QUANDO:** Frequência das consultas (que precisa ser definida tanto para consultas clínicas como para visitas para retirada de medicação) e hora do dia em que os serviços são recebidos
- **ONDE:** Localização dos serviços
- **QUEM:** Profissionais de saúde ou leigos que prestam os serviços
- **O QUÊ:** Pacote de serviços a serem prestados, de acordo com as diretrizes nacionais

A Tabela 4 traz um exemplo de como esses fundamentos podem ser aplicados em toda a cascata de cuidados crônicos, usando a hipertensão como exemplo. O fundamento "o quê" não é definido neste exemplo, pois variará de acordo com as diretrizes nacionais.

Tabela 4: Exemplo de uso de fundamentos de PSD em toda a cascata de cuidados para hipertensão

	Diagnóstico	Início	Titulação	Continuação para clientes estabelecidos no tratamento
 QUANDO	Para pessoas que vivem com HIV no início, ao entrar na PSD ou em cada consulta clínica anual População geral de acordo com critérios de risco (por exemplo, idade, índice de massa corporal)	Para pessoas que vivem com HIV no início, ao entrar na PSD ou em cada consulta clínica anual População geral no momento em que o diagnóstico é feito	Consultas mensais até que a pressão arterial seja controlada	Consultas clínicas semestrais Retiradas trimestrais de medicação
 ONDE	Paciente ambulatorial no hospital Atenção primária Comunidade	Paciente ambulatorial no hospital Atenção primária Para pessoas que vivem com HIV, mesma clínica da TARV	Paciente ambulatorial no hospital Atenção primária Para pessoas que vivem com HIV, mesma clínica da TARV	Paciente ambulatorial no hospital Atenção primária Para pessoas que vivem com HIV, mesma clínica da TARV
 QUEM	Médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS)	Médico, enfermeiro Para pessoas que vivem com HIV, mesmo profissional de saúde que fornece a TARV	Médico, enfermeiro Para pessoas que vivem com HIV, mesmo profissional de saúde que fornece a TARV	Médico, enfermeiro (consulta clínica e visitas para retirada de medicação); ACS, colegas (visitas para retirada de medicação) Para pessoas que vivem com HIV, mesmo profissional de saúde que fornece a TARV



Para pessoas que vivem com HIV e estão estabelecidas no tratamento, a OMS tem recomendações relacionadas aos fundamentos "quando", "onde" e "quem" (Tabela 5). Além disso, a OMS recentemente fez recomendações sobre os fundamentos "quando" e "onde" para hipertensão. Diretrizes adicionais sobre os fundamentos para diabetes e outras doenças crônicas, para clientes estabelecidos no tratamento, podem ser fornecidas pelos governos nacionais e devem ser desenvolvidas por agências normativas globais.

Tabela 5: Recomendações da OMS sobre os fundamentos da prestação de serviços diferenciados para HIV e hipertensão

	HIV [12]	Hipertensão [4]
QUANDO	<p>"As pessoas estabelecidas na TARV devem fazer consultas clínicas a cada 3 a 6 meses, de preferência a cada seis meses, se viável" (recomendação forte, evidência de certeza moderada)</p> <p>"As pessoas estabelecidas na TARV devem receber medicação para a TARV a cada 3 a 6 meses, de preferência a cada seis meses, se viável" (recomendação forte, evidência de certeza moderada a baixa)</p>	<p>"Acompanhamento mensal após início ou alteração na medicação anti-hipertensiva até que os pacientes atinjam a meta" (recomendação condicional, evidência de baixa certeza)</p> <p>"Acompanhamento a cada 3 a 6 meses para pacientes com pressão arterial sob controle" (recomendação condicional, evidência de baixa certeza)</p>
ONDE	<p>"Início da TARV em hospitais, com manutenção da TARV em unidades de saúde periféricas" (recomendação forte, evidência de baixa certeza)</p> <p>"Início e manutenção da TARV em unidades de saúde periféricas" (recomendação forte, evidência de baixa certeza)</p> <p>"Início da TARV em unidades de saúde periféricas, com manutenção no nível da comunidade" (recomendação forte, evidência de certeza moderada)</p>	<p>Nenhuma recomendação graduada, mas apoio à prestação de cuidados para hipertensão em unidades de atenção primária</p>
QUEM	<p>"Profissionais não médicos treinados, parceiras e enfermeiros podem iniciar a TARV de primeira linha" (recomendação forte, evidência de certeza moderada)</p> <p>"Profissionais leigos treinados e supervisionados podem distribuir a TARV" (recomendação forte, evidência de baixa certeza)</p>	<p>"O tratamento farmacológico da hipertensão pode ser fornecido por profissionais não médicos, como farmacêuticos e enfermeiros, desde que as seguintes condições sejam cumpridas: treinamento adequado, autoridade de prescrição, protocolos de gestão específicos e supervisão médica" (recomendação condicional, evidência de baixa certeza)</p>

E se a duração da medicação fornecida para doenças crônicas for limitada pela cadeia de suprimentos e pelo custo?

Na última década, muitos programas nacionais de HIV deixaram de fornecer medicação para TARV suficiente para um ou dois meses e passaram a fornecer rotineiramente quantidades para três a seis meses. Para outras doenças crônicas, incluindo hipertensão e diabetes, o aumento do espaçamento de entrega da medicação pode ser um desafio devido às restrições da cadeia de suprimentos no setor público e, em muitos casos, à necessidade de pagamentos diretos pelos clientes para comprar a medicação no setor privado.

Apesar desses desafios, que por si só têm um custo para o sistema de saúde e para o cliente, garantir que haja um sistema **para a prescrição de medicação para vários meses** pode ajudar na melhoria dos serviços. Com a prescrição para vários meses, o cliente pode retirar a primeira parte da receita durante a consulta clínica. Retiradas subsequentes da mesma receita podem ser feitas em um modelo de PSD por meio de um sistema de entrega de medicamentos em que o cliente não precise ficar na fila para uma consulta médica.

A incapacidade de fornecer medicação para vários meses para doenças crônicas não deve impedir a prescrição para vários meses e o uso de modelos de PSD para clientes estabelecidos no tratamento como um meio de retirada da medicação.

Quatro modelos de PSD para clientes estabelecidos no tratamento de doenças crônicas

Todos os quatro modelos de PSD para HIV descritos pela OMS podem ser usados para auxiliar na distribuição de medicamentos para outras doenças crônicas. Para cada modelo, as medicações são prescritas em consultas clínicas. Se a duração da medicação for menor que a frequência das consultas clínicas, um dos quatro modelos pode ser usado para facilitar entregas de medicação que sejam mais eficientes para o cliente e para o sistema de saúde.

Os modelos de PSD para clientes estabelecidos no tratamento são classificados como:

- **Modelos individuais baseados em instalações** (por exemplo, sem filas, retirada rápida) – As pessoas retiram a medicação para doenças crônicas diretamente na farmácia da clínica, sem precisar entrar na fila para ver o médico. Para ver como esse modelo funciona, [assista a este vídeo](#).
- **Modelos individuais não baseados em unidades de saúde** (por exemplo, pontos de retirada comunitários, farmácias comunitárias, farmácias privadas, serviços móveis, entrega em domicílio) – As pessoas retiram a medicação em um local fora da clínica. Existem muitos exemplos desse modelo, incluindo clínicas móveis que visitam um local específico em datas específicas, farmácias comunitárias ligadas à unidade de saúde e entrega em domicílio. Para ver como esse modelo funciona, [assista a este vídeo](#).
- **Modelos de grupos geridos por profissionais de saúde** (por exemplo, clubes de adesão, clubes para adolescentes) – Grupos de 10 a 15 pessoas se reúnem em um horário definido em um local combinado, que pode estar dentro ou fora da unidade de saúde. O grupo é liderado por um enfermeiro, conselheiro, ACS ou colega. Há tempo para o apoio entre pares e a medicação é pré-embalada para uma retirada rápida. Para ver como esse modelo funciona, [assista a este vídeo](#).
- **Modelos de grupos geridos por clientes** (por exemplo, grupos comunitários de medicação, grupos comunitários de adesão) – Grupos de 4 a 10 pessoas que moram perto umas das outras se reúnem em um local comunitário combinado para receber a medicação de uma pessoa do grupo. O grupo designa um líder e, para cada lote, seleciona uma pessoa para retirar a medicação de todo o grupo. Para ver como esse modelo funciona, [assista a este vídeo](#).

Exemplos de procedimentos operacionais padrão (POPs) para cada um desses modelos podem ser encontrados no guia [Integrating Hypertension and HIV Management. A practical Differentiated Service Delivery toolkit \(Integração da gestão de hipertensão e HIV – uma ferramenta para prestação de serviços diferenciados\)](#), desenvolvido pela Resolve to Save Lives.



Opções para integração de serviços para doenças crônicas

Em alguns contextos, os modelos de PSD para diferentes doenças crônicas devem ser integrados e oferecer suporte em relação a doenças comuns. Os seguintes fatores devem ser levados em conta ao determinar o modelo de integração dos serviços para doenças crônicas:

- Diferenças na prevalência das doenças comuns (por exemplo, HIV, hipertensão, diabetes)
- Nível do sistema de saúde no qual as doenças são apoiadas – clínicas verticais de alto volume existentes no nível hospitalar ou um serviço unificado em unidades de atenção primária, onde há menos funcionários disponíveis
- Conhecimento e capacidade dos profissionais de saúde

Há dois exemplos de integração de serviços para HIV e outras doenças crônicas que estão sendo cada vez mais adotados e implementados. O modelo clínico de TARV integrada amplia os serviços para incluir outras doenças crônicas de pessoas que vivem com HIV, enquanto a clínica de cuidados crônicos oferece atendimento para pessoas que vivem com HIV e outras doenças crônicas. Uma síntese de cada modelo é apresentada abaixo, juntamente com um estudo de caso de cada um.



Modelo 1. Clínica de TARV integrada

Neste exemplo, normalmente em ambientes com alta prevalência de HIV, os serviços para doenças crônicas são integrados à clínica existente para HIV/TARV. Idealmente, esta é uma solução única para situações em que os cuidados para HIV e outras doenças crônicas (por exemplo, hipertensão e diabetes) são prestados no mesmo dia, no mesmo consultório e pelo mesmo médico.

Quando não for imediatamente possível alinhar todos os fundamentos, a prioridade deve ser prestar atendimento no mesmo dia, para que o cliente não precise voltar à clínica várias vezes.

Estudo de caso 1

Integração de atendimento para hipertensão em uma clínica para HIV em Kampala, Uganda: um modelo individual baseado na unidade de saúde [14, 15]

Estima-se que a prevalência de hipertensão em pessoas que vivem com HIV em Uganda seja de 20-29%. A pressão arterial dos clientes da clínica de TARV é medida em cada consulta clínica. Os profissionais de saúde que fornecem TARV, incluindo enfermeiros, são treinados para diagnosticar hipertensão e iniciar, titular e manter o tratamento da hipertensão. Um algoritmo de tratamento, baseado na diretriz da OMS para hipertensão de 2021, foi implementado com determinados agentes menos tóxicos, com doses definidas e intervalos definidos para titulação.

Uma definição de cliente estabelecido no tratamento para TARV e hipertensão foi fornecida para delimitar a qualificação para o modelo de PSD integrada (Tabela 6).

Tabela 6: Critérios de estabelecimento para HIV e hipertensão em Kampala, Uganda: modelo de PSD integrada

Critérios de estabelecimento no tratamento	HIV	Hipertensão
Duração no tratamento	TARV por pelo menos seis meses	Tratamento para hipertensão por pelo menos três meses
Condição de saúde	Nenhuma doença no momento	Clinicamente bem
Doenças crônicas	Doenças crônicas controladas	Doenças crônicas controladas
Adesão	Boa adesão	Boa adesão
Sucesso no tratamento	Carga viral <200 cópias/ml	PA <140/90 mmHg
Toxicidade do medicamento	Sem toxicidade limitada da TARV	Sem toxicidade da medicação para hipertensão

Uma vez estabelecidas no tratamento de TARV e hipertensão, as pessoas que vivem com HIV e hipertensão podem participar de um modelo individual baseado na unidade de saúde. Nesse modelo, há uma consulta clínica a cada seis meses e os clientes recebem medicação para TARV e hipertensão suficiente para três meses diretamente na farmácia (Tabela 7).

Tabela 7: Fundamentos para o modelo integrado individual para HIV e hipertensão baseado na unidade de saúde em Kampala, Uganda: modelo de PSD integrada

Fundamentos	Consultas clínicas		Visitas para retirada de medicação	
	HIV	Hipertensão	HIV	Hipertensão
 QUANDO	Anuais	A cada seis meses	A cada três a seis meses	A cada três meses
 ONDE	Unidade de saúde, clínica de HIV		Farmácia da unidade de saúde	
 QUEM	Médico ou enfermeiro		Farmacêutico	

Usando um algoritmo facilitador, mais de 90% dos clientes atingiram o controle da pressão arterial (<140/90 mmHg) em quatro meses, permitindo a entrada em modelos de PSD para clientes estabelecidos no tratamento de TARV e hipertensão [13]. Dos 1.082 clientes participantes, 96,4% continuavam após 12 meses. Este programa destaca que um modelo individual e integrado de cuidados para HIV e hipertensão para pessoas estabelecidas na TARV pode ajudar no controle sustentado da hipertensão e na supressão viral.



Modelo 2. Clínica de cuidados crônicos

A clínica de cuidados crônicos oferece serviços para todas as doenças crônicas. Essa clínica inclui pessoas que vivem com HIV e pessoas que são HIV negativas. Para pessoas com comorbidades, os cuidados são prestados como um serviço único, idealmente no mesmo dia, no mesmo consultório e pelo mesmo médico.

Estudo de caso 2

Clínica de cuidados crônicos em Nairóbi, Quênia: um modelo de grupo gerenciado por um profissional de saúde baseado na unidade de saúde [16, 17]

Os clubes de adesão à medicação destinavam-se a pessoas que vivem com HIV e/ou hipertensão e diabetes mellitus. As pessoas que vivem com HIV e/ou uma doença não transmissível foram informadas da opção de participar de um clube de adesão por meio de conversas diárias sobre saúde em áreas de espera, reuniões de capacitação de clientes e cartazes na clínica. Os clientes eram examinados por médicos durante o acompanhamento de rotina e, se atendessem aos critérios de inclusão relativos ao estabelecimento no tratamento de suas doenças crônicas (Tabela 8), tinham a opção de participar de um clube de adesão.

Tabela 8: Definição de estabelecimento no tratamento em clubes de adesão

Critérios de estabelecimento no tratamento	HIV	Hipertensão	Diabetes tipo 2
Duração do tratamento	TARV por pelo menos seis meses	Tratamento para hipertensão com PA controlada por três meses	Tratamento para diabetes com HbA1C controlada por três meses
Condição de saúde	Clinicamente bem		
Adesão	Evidência de boa adesão (comparecimento pontual às consultas)		
Sucesso no tratamento	CV <1000 cópias/ml	PA <140/90 em duas consultas com intervalo de um mês	HbA1C <8% em duas medições com três meses de intervalo

Os clubes de adesão eram grupos mediados por enfermeiros ou agentes comunitários de saúde com 20 a 25 pessoas estabelecidas no tratamento para hipertensão, diabetes mellitus e/ou HIV. Nas reuniões trimestrais, tinham breves conversas sobre saúde e recebiam medicamentos pré-embalados. Uma sessão típica durava de 30 a 60 minutos. O acompanhamento clínico de rotina com médicos ocorria anualmente ou quando um cliente desenvolvia complicações ou precisava de acompanhamento mais frequente (Tabela 9).

Tabela 9: Fundamentos para clubes de adesão gerenciados por profissionais de saúde em Nairóbi, Quênia

Fundamentos	Consultas clínicas			Visitas para retirada de medicação		
	HIV	Hipertensão	Diabetes	HIV	Hipertensão	Diabetes
 QUANDO	Anuais	Anuais	A cada seis meses	A cada três a seis meses	A cada três meses	A cada três meses
 ONDE	Unidade de saúde, clínica de cuidados primários			Sala de reuniões do grupo (na clínica de cuidados primários)		
 QUEM	Médico ou enfermeiro			Conselheiro leigo/ACS		

No primeiro ano de implementação, 2.208 consultas individuais tiveram a ajuda de clubes de adesão e a retenção foi de 96,5%. Das mais de 5.000 (n=5.028) pessoas que viviam com condições crônicas e recebiam atendimento na Clínica Kibera South, 44% se qualificavam para participar de um clube de adesão (n=2.212), das quais 65% se inscreveram em um desses clubes (n= 1.428). Os clientes expressaram que participar de um clube de adesão com pessoas que viviam com HIV e outras condições crônicas era aceitável:

“Essa junção de diferentes pessoas é boa, porque a ideia é que todos nós temos doenças crônicas para o resto da vida. A medicação é pelo resto da vida [...], seja para HIV, diabetes ou hipertensão. E podemos continuar nos apoiando. Para mim, isso é bom”. [17]

A integração dos cuidados com hipertensão e diabetes em uma clínica de HIV existente, com sistemas estabelecidos e robustos de manejo de doenças crônicas (por exemplo, sistemas de agendamento, acompanhamento e rastreamento e sistemas de monitoramento e avaliação), pode ser um caminho para o exemplo de integração clínica de doenças crônicas e a capacidade de ampliar a PSD para todos os clientes estabelecidos no tratamento de uma doença crônica.



Conclusão

A PSD para HIV foi uma resposta à necessidade de ampliar os serviços de TARV em apoio a todas as pessoas que vivem com HIV. A PSD para HIV reconhece as diferentes necessidades e expectativas das pessoas que vivem com HIV e os benefícios de separar as consultas clínicas das visitas para retirada de medicação.

Com o aumento do número de pessoas que vivem e envelhecem com doenças crônicas, há oportunidades claras para que o sucesso da PSD no tratamento do HIV seja expandido para outras doenças crônicas. Em particular, a redução da frequência de consultas clínicas para indivíduos estabelecidos no tratamento e o uso de modelos de distribuição de medicação para vários meses podem beneficiar as pessoas que vivem com doenças crônicas e o sistema de saúde.

Para obter mais recursos sobre PSD para doenças crônicas, acesse este [link](#).



Referências

1. International AIDS Society. *Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery*. Durban, África do Sul, 2016.
2. UNAIDS. *The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023*. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2023.
3. Magliano DJ, Boyko EJ, committee IDAtes. IDF DIABETES ATLAS. 2021.
4. Organização Mundial da Saúde. *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*. 2021.
5. Godfrey C, Vallabhaneni S, Shah MP, Grimsrud A. *Providing differentiated service delivery to the ageing population of people living with HIV*. J Int AIDS Soc. 2022;25 Suppl 4(Suppl 4):e26002. doi: 10.1002/jia2.26002. PubMed PMID: 36176025; PubMed Central PMCID: PMC9522630.
6. Chang D, Esber A, Dear N, Iroezindu M, Bahemana E, Kibuuka H, et al. *Non-communicable diseases in older people living with HIV in four African countries: a cohort study*. Lancet HIV. 2022;9 Suppl 1:S5. doi: 10.1016/S2352-3018(22)00070-4. PubMed PMID: 35304847.
7. Organização Mundial da Saúde. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Genebra, Suíça: OMS, 2016.
8. Zimbabwe MoHaCC. *Operational and Service Delivery Manual for the Prevention, Care and Treatment of HIV in Zimbabwe*. <https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/MSF-Zim-OSDM-Nov2022-WEB2.pdf>. 2022.
9. África do Sul. Departamento Nacional de Saúde. *2023 ART Clinical Guidelines for the Management of HIV in Adults, Pregnancy and Breastfeeding, Adolescents, Children, Infants and Neonates*. 2023.
10. África do Sul. Departamento Nacional de Saúde. *Differentiated models of care standard operating procedures. Minimum differentiated models of care package to support linkage to care, adherence and retention in care. Adherence guidelines for HIV, TB and NCDs*. Atualizado em abril de 2023. 2023.
11. Nigeria FMoH. *Guidelines for Prevention and Management of Hypertension in Nigeria 2023-2028*. https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/HTN-GUIDELINES-2023_2028_21AUG_OK_131023.pdf. 2023.
12. Organização Mundial da Saúde. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>. 2021. p. 594.
13. Amutuhaire W, Semitala FC, Kimera ID, Namugenyi C, Mulindwa F, Ssenyonjo R, et al. *Time to blood pressure control and predictors among patients receiving integrated treatment for hypertension and HIV based on an adapted WHO HEARTS implementation strategy at a large urban HIV clinic in Uganda*. J Hum Hypertens. 2024;38(5):452-9. Epub 20240201. doi: 10.1038/s41371-024-00897-3. PubMed PMID: 38302611; PubMed Central PMCID: PMC911076202.
14. Muddu M, Semitala FC, Kimera I, Mbuliro M, Ssenyonjo R, Kigozi SP, Katwesigye R, Ayebare F, Namugenyi C, Mugabe F, Mutungi G, Longenecker CT, Katahoire AR, Ssinabulya I, Schwartz JI. *Improved hypertension control at six months using an adapted WHO HEARTS-based implementation strategy at a large urban HIV clinic in Uganda*. BMC Health Serv Res. 2022 May 25;22(1):699. doi: 10.1186/s12913-022-08045-8. PMID: 35610717; PMCID: PMC9131679.
15. Kimera ID, Namugenyi C, Schwartz JI, Musimbaggio DJ, Ssenyonjo R, Atukunda P, Mutungi G, Mugabe F, Ambangira F, Mbuliro M, Katwesigye R, Neupane D, Ssinabulya I, Semitala FC, Delles C, Muddu M. *Integrated multi-month dispensing of antihypertensive and antiretroviral therapy to sustain hypertension and HIV control*. J Hum Hypertens. 2023 Mar;37(3):213-219. doi: 10.1038/s41371-022-00655-3. Epub 2022 Mar 4. PMID: 35246602; PMCID: PMC8896410.
16. Khabala KB, Edwards JK, Baruani B, Sirengo M, Musembi P, Kosgei RJ, et al. *Medication Adherence Clubs: a potential solution to managing large numbers of stable patients with multiple chronic diseases in informal settlements*. Trop Med Int Health. 2015;20(10):1265-70. Epub 2015/06/15. doi: 10.1111/tmi.12539. PubMed PMID: 25962952; PubMed Central PMCID: PMC4744994.
17. Venables E, Edwards JK, Baert S, Etienne W, Khabala K, Bygrave H. *"They just come, pick and go." The Acceptability of Integrated Medication Adherence Clubs for HIV and Non Communicable Disease (NCD) Patients in Kibera, Kenya*. PLoS One. 2016;11(10):e0164634. Epub 2016/10/20. doi: 10.1371/journal.pone.0164634. PubMed PMID: 27764128; PubMed Central PMCID: PMC5072644.

Citação sugerida: IAS - the International AIDS Society. PSD para doenças crônicas. Suplemento do documento *Estrutura decisória para a administração da terapia antirretroviral*. 2024. www.differentiatedservicedelivery.org.

Foto da capa: © Peter Casar/MSF
Outras fotos: © Isabel Corthier/MSF