

PROJECTO DE CUMPRIMENTO DE  
OBJECTIVOS E MANUTENÇÃO DO  
CONTROLO EPIDÉMICO (EPIC)

ACORDO DE COOPERAÇÃO N.º  
7200AA19CA00002

# DISTRIBUIÇÃO DESCENTRALIZADA DE TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL

**GUIÃO ESTRATÉGICO PARA EXPANSÃO  
DEZEMBRO DE 2019**



Esse trabalho foi possível graças ao generoso apoio do povo americano por meio da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (PEPFAR). Os conteúdos são de responsabilidade do projeto EpiC e não necessariamente refletem opiniões da USAID, PEPFAR ou do Governo Americano. O EpiC é um acordo de cooperação internacional (7200AA19CA00002), liderado pela FHI 360 em parceria com as organizações Right to Care, Palladium International, Population Services International (PSI) e Gobe Group.

# Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>4</b>
<b>Abreviaturas</b> .....	<b>5</b>
<b>Resumo executivo</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Porquê considerar a distribuição através do sector privado e quais são os potenciais benefícios?</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Contexto do país e conjuntura política</b> .....	<b>15</b>
2.1 Organização Mundial de Saúde e ONUSIDA.....	15
2.2 PEPFAR e o Fundo Global.....	15
2.3 Países Seleccionados.....	16
<b>3. Modelos de distribuição descentralizada para o TARV através do sector privado</b> .....	<b>23</b>
3.1 Farmácia Comunitária (FC).....	24
3.2 Modelos de dispensa automatizada.....	28
3.3 Modelos de hospitais privados.....	31
<b>4. Orientações para implementação e expansão da DD de TARV através do sector privado</b> .....	<b>42</b>
4.1 Ao decidir sobre um modelo de DD do sector privado, considere o seguinte:.....	42
4.1.1 Qual é o tamanho da população do seu país/programa de pacientes clinicamente estáveis que pode transitar para um sistema de distribuição do sector privado? .....	42
4.1.2 Qual seria o potencial impacto da expansão do MDD?.....	42
4.2 Siga estas etapas ao planear a implementação/expansão de DD da TARV .....	44
4.2.1 Assegure a existência de políticas de suporte e requisitos legais/regulamentares .....	44
4.2.2 Envolve os principais intervenientes desde o início .....	44
4.2.3 Identifique e acorde os modelos de DD a implementar/expandir a nível nacional ou em diferentes áreas sub-nacionais .....	46
4.2.4 Defina os critérios de selecção para a participação na DD do TARV através do sector privado .....	47
4.2.5 Avaliação da conduta das unidades do sector privado.....	49
4.2.6 Desenvolver uma estratégia de negócio para apresentar à farmácia comunitária ou a outras unidades privadas.....	51
4.2.7 Desenvolver a capacidade do fornecedor em oferecer serviços de qualidade .....	51
4.2.8 Criação de demanda de DD para TARV, respeitando sempre a escolha informada .....	52
4.2.9 Assegurar a existência de ferramentas e sistemas de gestão, monitorização e avaliação de dados .....	53
4.2.10 Assegurar a disponibilidade dos ARVs no sector privado através dos ajustes necessários à cadeia de distribuição ou através de formas eficientes de transferência dos ARVs das unidades públicas para as privadas.....	55
4.2.11 Plano para sustentabilidade da abordagem DD.....	58
<b>Resumo e Recomendações</b> .....	<b>60</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>53</b>
<b>Anexo 1: Descrição do modelo de estimativa para avaliar o potencial impacto da introdução/expansão dos MDD</b> .....	<b>62</b>
<b>Anexo 2. Exemplo ilustrativo: introdução e expansão dos MDD no Zimbabué</b> .....	<b>64</b>

## Agradecimentos

Este guião tornou-se possível graças ao generoso apoio do povo Americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development, USAID*) e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Auxílio no Combate à SIDA (President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR)

O guião foi desenvolvido por James Batuka (EpiC), Moses Bateganya (EpiC/FHI 360) e Irina Yacobson (FHI 360). O modelo de estimativa foi desenvolvido por Catherine Cantelmo, Chris Cintron, Jorge Ugaz e Sara Bowsky (Palladium). Os autores gostariam de agradecer a Olusola Sanwo (SFI/FHI 360 Nigéria) e Thembi Xulu, Marcus Renick, Fanie Hendriksz (Right 2 Care) por terem proporcionado uma perspectiva valiosa sobre os diferentes modelos de distribuição, bem como aos principais informadores da Nigéria, Zâmbia, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Quênia, Lesoto, Maláui, Zimbabué e Vietname, que partilharam as suas experiências com a distribuição descentralizada da terapêutica anti-retroviral.

O autor gostaria também de agradecer a todos os que facultaram a sua análise ou comentário, nomeadamente Hannah Marqusee, Susanna Baker, Judy Chen, Kelly Badiane, Tom Minior e Josef Tayag.

---

### EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE

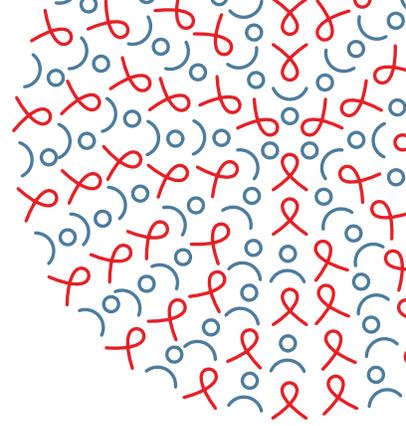
O conteúdo é da responsabilidade do Projecto EpiC/FHI360 e não reflecte necessariamente as opiniões da USAID, PEPFAR, ou do Governo dos Estados Unidos.

## Abreviaturas

<b>SIDA</b>	Síndrome da imunodeficiência adquirida
<b>MIS</b>	Modelo de impacto da SIDA
<b>TARV</b>	Terapêutica anti-retroviral
<b>ARV</b>	Anti-retroviral
<b>CDP</b>	Capacidade de pagamento
<b>DDCMC</b>	Dispensa e distribuição central de medicamentos crónicos
<b>UCD</b>	Unidade central de dispensa
<b>DPS</b>	Direcção Provincial de Saúde
<b>CIDRZ</b>	Centro de Investigação de Doenças Infecciosas na Zâmbia (Center for Infectious Disease Research in Zâmbia)
<b>FC</b>	Farmácia comunitária
<b>MFC</b>	Modelo de farmácia comunitária
<b>DD</b>	Distribuição descentralizada
<b>MDD</b>	Modelo de distribuição descentralizada
<b>SIGLe</b>	Sistema de Informação de Gestão Logística por via electrónica
<b>RCE</b>	Registo clínico electrónico
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>RHS</b>	Recursos Humanos para a Saúde
<b>IDI</b>	Instituto das Doenças Infecciosas
<b>IO</b>	Infecção Oportunista
<b>IHVN</b>	Instituto de Virologia Humana na Nigéria (Institute of Human Virology in Nigéria)
<b>KHFSA</b>	Avaliação dos Sistemas de Financiamento da Saúde no Quénia (Kenya Health Financing Systems Assessment)
<b>PPS</b>	Perdido para o seguimento
<b>DMM</b>	Dispensa para Múltiplos Meses
<b>RMM</b>	Roteiro para Múltiplos Meses
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>MdE</b>	Memorandum de Entendimento
<b>ANDS</b>	Avaliação Nacional das Despesas para a SIDA
<b>URRM</b>	Unidade de Recolha de Receitas Médicas
<b>UFD</b>	Unidade Farmacêutica de Dispensa

<b>PEPFAR</b>	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Auxílio no Combate à SIDA (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief)
<b>PVHIV</b>	Pessoas vivendo com HIV
<b>IFS</b>	Iniciativa de Financiamento Sustentável
<b>PI</b>	Parceiro de Implementação
<b>POP</b>	Procedimentos Operacional Padrão
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>PrEP</b>	Profilaxia pré-Exposição
<b>TX_CURR</b>	número de pessoas actualmente recebendo tratamento anti-retroviral
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>DPP</b>	Disponibilidade para Pagar





# RESUMO EXECUTIVO

A finalidade deste documento é disponibilizar informações e orientações aos países que estão a considerar a introdução ou expansão dos modelos de distribuição descentralizada (MDD) para fornecer terapêutica anti-retroviral (TARV) através do sector privado. O guião inclui (1) um resumo dos MDD existentes, (2) informações para auxiliar os doadores, Governos e gestores de programas a tomarem decisões sobre o modelo que melhor se adequa ao seu país/ contexto e (3) etapas de acções a seguir no planeamento da introdução e expansão destes modelos a nível nacional e sub-nacional.

A distribuição efectiva e sustentável do TARV a um número crescente de pessoas vivendo com a HIV (PVHIV) que acedem ao tratamento requer abordagens inovadoras que tornarão os serviços mais cómodos para os doentes, reduzindo ao mesmo tempo o impacto nos sistemas de saúde. Uma dessas abordagens inovadoras ao fornecimento do TARV inclui a transição de pacientes clinicamente estáveis, que actualmente recebem TARV em unidades sanitárias públicas, para a obtenção das respectivas reposições por parte de provedores do sector privado. Os três MDD para fornecimento de TARV através do sector privado estão a ser experimentados em diversos países, com resultados promissores. Foram identificados os seguintes MDD de TARV através de uma análise documental e entrevistas com os principais informadores em vários países da África subsariana:

- **Modelo da Farmácia Comunitária.** Os pacientes em TARV em unidades públicas que estejam clinicamente estáveis são referidos para uma farmácia comunitária para o levantamento dos medicamentos anti-retrovirais (ARVs). O serviço é gratuito ou está disponível mediante uma pequena taxa de dispensa. As farmácias recebem os ARVs do Governo/da unidade pública. A versão deste modelo em que os pacientes contribuem é mais sustentável, pois incentiva a mobilização de recursos domésticos.
- **Modelos de Dispensa Automatizada.** Estes incluem as unidades farmacêuticas de dispensa (UFD), unidades de recolha de receitas médicas (URRM)/cacifos e unidades centrais de dispensa (UCD). Os modelos automatizados requerem menos recursos humanos para a saúde (RHS) e melhoram o acesso à TARV. Os pacientes recebem as reposições de ARVs através de sistemas automatizados, mas podem contactar um farmacêutico electronicamente ou por telefone, se for necessário auxílio. Os pacientes não são cobrados os ARVs e nem pelos serviços.
- **Modelo de Hospitais Privados.** Neste modelo, a unidade de saúde privada pode receber os ARVs financiados pelo Governo/doadores que são disponibilizados gratuitamente às PVHIV, mas o paciente paga pelas consultas e outros serviços. Ao contrário dos dois modelos anteriores, neste modelo, os pacientes podem receber serviços abrangentes para o HIV, para além de receber os ARVs. Alguns hospitais adquirem o seu próprio fornecimento de ARVs e cobram aos paciente pelos medicamentos e serviços. Desconhece-se até que ponto são utilizados serviços não subsidiados para o HIV.

Os Governos ou parceiros de implementação (PI) que pretendam introduzir ou expandir um ou mais MDD para TARV devem ter em consideração uma grande variedade de factores específicos de cada país, incluindo:

- O contexto das regiões em que os MDD devem ser implementados ou expandidos (por ex., regiões com o maior número de pacientes em TARV, áreas urbanas densamente povoadas com clínicas lotadas e recursos humanos limitados, etc.).
- A dimensão da população de pacientes em TARV (TX\_CURR) e a proporção aproximada dos que são clinicamente estáveis e elegíveis para serem referidos para o sector privado (para efeitos do presente guião, isso é definido como tendo idade igual ou superior a 18 anos, em regime de TARV de primeira linha e com supressão viral).
- Os benefícios para os pacientes dos MDD através do sector privado em comparação com outros modelos de prestação de serviços diferenciados (PSD).
- Nos modelos em que é cobrada uma taxa de serviço aos pacientes, a proporção aproximada de PVHIV com capacidade e disponibilidade para pagar o MDD específico.

Outras considerações estratégicas para uma implementação bem-sucedida dos MDD para o TARV incluem:

- Um ambiente adequado e propício, incluindo políticas de apoio e requisitos legais/ regulamentares em vigor, envolvimento das partes interessadas, boa coordenação entre os provedores dos sectores público e privado e mecanismos de gestão de dados (recolha de dados, partilha de dados entre parceiros públicos e privados e fusão de dados do sector privado com bases de dados governamentais).
- Prontidão do sector privado, tais como infraestruturas adequadas, provedores com formação, sistemas de garantia de qualidade/melhoria da qualidade e mecanismos para assegurar a disponibilidade dos ARVs através de uma cadeia de fornecimento sólida e uma coordenação eficaz entre o Governo, as unidades de saúde pública e os prestadores/fornecedores de saúde do sector privado.
- Critérios de selecção inequívocos, para que as unidades públicas e privadas participem na distribuição descentralizada (DD) do TARV, bem como critérios de elegibilidade, para os pacientes que podem ser referidos para o sector privado.

**O PROCESSO** de introdução e expansão de um ou mais MDD para TARV é composto pelas seguintes etapas:



O impacto previsto inclui:

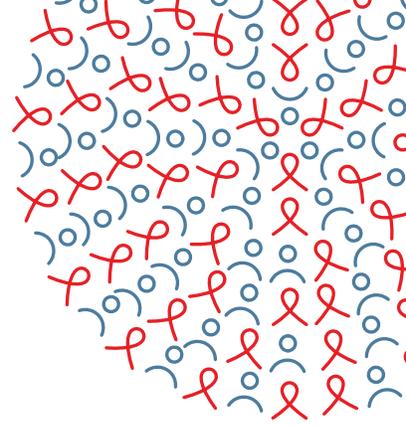
- Redução do número de pacientes perdidos para o seguimento e, possivelmente, menos novas infecções e mortes relacionadas com a SIDA.
- Redução de custos para os financiadores (por ex., Governos, Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Auxílio no Combate à SIDA [PEPFAR]). Algumas dessas poupanças resultariam da redução de despesas com recursos humanos, despesas gerais das unidades e produtos ARVs (se uma proporção de pacientes transitar para um MDD totalmente privado).
- Redução dos custos de deslocação e de oportunidade para os pacientes.

Como por exemplo, este guião fornece estimativas do impacto potencial da expansão do modelo de farmácia comunitária no Zimbabué para 2020-2024, utilizando um modelo de estimativa desenvolvido pela Palladium.

**Zimbabué:** Na hipótese de expansão da DD, o modelo prevê que 130.875 pacientes em TARV estariam abrangidos por um modelo de farmácia comunitária (MFC) até ao ano de 2024, representando 10 por cento de todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos em TARV. Na hipótese do MDD, o modelo prevê algumas melhorias na retenção nos cuidados e menos novas infecções e mortes relacionadas com a SIDA. Com base no modelo, o Governo do Zimbabué e o PEPFAR poupariam 1,1 milhões e 1,4 milhões de dólares americanos, respectivamente, enquanto que a poupança de custos para os pacientes ultrapassaria os 10 milhões de dólares americanos.

Para o **Zimbabué** e eventualmente outros países que considerem expandir os MDD, as poupanças para os Governos e doadores podem ser ampliadas através de um maior envolvimento e inovações no sector privado, resultando em mais pacientes a optar pela utilização de MDD.





1

## Porquê considerar a distribuição descentralizada através do sector privado e quais são os potenciais benefícios?

Em meados de 2019, 24,5 milhões de PVHIV em todo o mundo tinham acesso ao TARV, contra 7,7 milhões em 2010 (ONUSIDA, 2019). Apesar do número de novas infecções ter reduzido em 40% desde o pico da epidemia em 1997, em 2018 foram diagnosticadas com HIV cerca de 1,7 milhões de pessoas. Actualmente estima-se que a África possua 25,8 milhões de PVHIV, dos quais 16,4 milhões se encontram em TARV (ONUSIDA, 2018). A maioria está em tratamento há mais de um ano e estão clinicamente estáveis. Embora a abordagem de testar-iniciar o tratamento possa melhorar os resultados do HIV e reduzir o número de novas infecções, a abordagem resultou num rápido crescimento do número de pacientes em TARV, o que aumentou o impacto nos sistemas de saúde pública, causando longas filas de espera nas clínicas e tempos de espera prolongados dos pacientes. O elevado volume de doentes nas clínicas confere menos tempo por doente, levando à redução da qualidade das interações Paciente-provedor e aumentando a perda para o seguimento (PPS).

Além disso, a resposta ao HIV continua a ser fortemente financiada através de recursos externos, principalmente o PEPFAR e o Fundo Global, embora os níveis de financiamento estejam a diminuir. No final de 2018, estavam disponíveis 19 mil milhões de dólares americanos (USD) para a resposta ao HIV em países de baixos e médios rendimentos, quase menos mil milhões do que em 2017 (ONUSIDA, 2018). A ONUSIDA estima que sejam necessários 26,2 mil milhões de USD para a resposta ao HIV em 2020. Este défice pode afectar negativamente a disponibilidade de materiais e dos recursos humanos necessários para a prestação de cuidados e tratamento para o HIV. Os países devem criar sistemas que assegurem que os progressos obtidos no controlo da epidemia do HIV não sejam anulados e que os serviços de cuidados e tratamento para o HIV se tornem mais eficientes e sustentáveis num contexto de financiamento decrescente por parte dos doadores.

Para assegurar a sustentabilidade dos serviços de cuidados e tratamento para o HIV, o sector privado deverá desempenhar um papel muito importante, aumentando o acesso ao tratamento anti-retroviral (Figura 1). A DD apresenta uma oportunidade de adoptar uma “abordagem de mercado total” para atingir o controlo epidémico. Embora a prestação de cuidados diferenciados em unidades públicas, incluindo a introdução da dispensa para múltiplos meses (DMM) dos ARVs, tenha proporcionado oportunidades para simplificar os cuidados de saúde aos pacientes, não reduz suficientemente o impacto nos sistemas de saúde e continua a ser insustentável e sem o apoio dos doadores. Assim, os países estão a explorar a possibilidade do sector privado complementar os esforços de cuidados diferenciados do sector público e aumentar a cobertura de entrega, qualidade e comodidade dos serviços (Figura 2). Os canais de distribuição do sector privado são uma via adicional promissora para a prestação de serviços para o HIV. Estes canais podem proporcionar

**FIGURA 1.** Visão futura para a distribuição de TARV pelo sector privado



aos pacientes maior privacidade, confiança, locais e horários mais convenientes, disponibilidade de estoque mais consistente, tempos de espera mais curtos e maior atenção orientada para o paciente. Estes podem proporcionar a populações específicas de pacientes, nomeadamente no caso de homens, valor acrescentado para garantir a sua manutenção nos cuidados de saúde.

A maioria das PVHIV estão actualmente a aceder aos cuidados de saúde a partir de unidades públicas, onde o tratamento para o HIV está largamente disponível e gratuito. Contudo, alguns países com uma classe média emergente podem estar bem posicionados para tirar vantagem do sector privado, onde os serviços são mais cómodos (por exemplo, serviço mais rápido, mais perto de casa) se bem que ainda acessíveis. Por exemplo, um estudo no Quénia concluiu que 24 por cento das PVHIV inquiridas estavam dispostas a pagar uma taxa de dispensa por serviços de levantamento de ARV em farmácias privadas (McKinsey, 2017), tal como 29 por

cento das PVHIV em TARV que foram entrevistadas, no âmbito da avaliação de situação de base Iniciativa de Financiamento Sustentável (IFS), realizado pelo Reforço da Prestação Integrada de Serviços para HIV/SIDA (SIDHAS) na Nigéria. No entanto, as necessidades e preferências dos pacientes devem ser tidas em consideração ao decidir sobre MDD totalmente subsidiados ou aos que envolvem uma taxa de serviço.

Vários desafios precisam ser mitigados para incrementar com êxito a participação do sector privado na prestação de serviços e de materiais para o tratamento do HIV. Estes incluem (1) falta de trabalhadores de saúde do sector privado e de pessoal de apoio com formação na prestação de serviços de cuidados e tratamentos para o HIV - a maior parte da formação sobre o HIV tem-se concentrado nos provedores do sector público e (2) falta de entendimento de como tornar a prestação de TARV do sector privado atractiva tanto para os pacientes como para os prestadores (por ex., equilibrando a comodidade e a acessibilidade para os pacientes com algum tipo de benefício para os provedores privados).

A expansão dos países na prestação de serviços para o HIV através do sector privado poderá contribuir para o percurso de auto-suficiência, aliviando a sobrecarga de trabalho no sector público, tornando os serviços mais acessíveis aos pacientes, mantendo, ao mesmo tempo, a qualidade e contribuindo para uma maior sustentabilidade financeira dos programas de cuidados e tratamento do HIV.



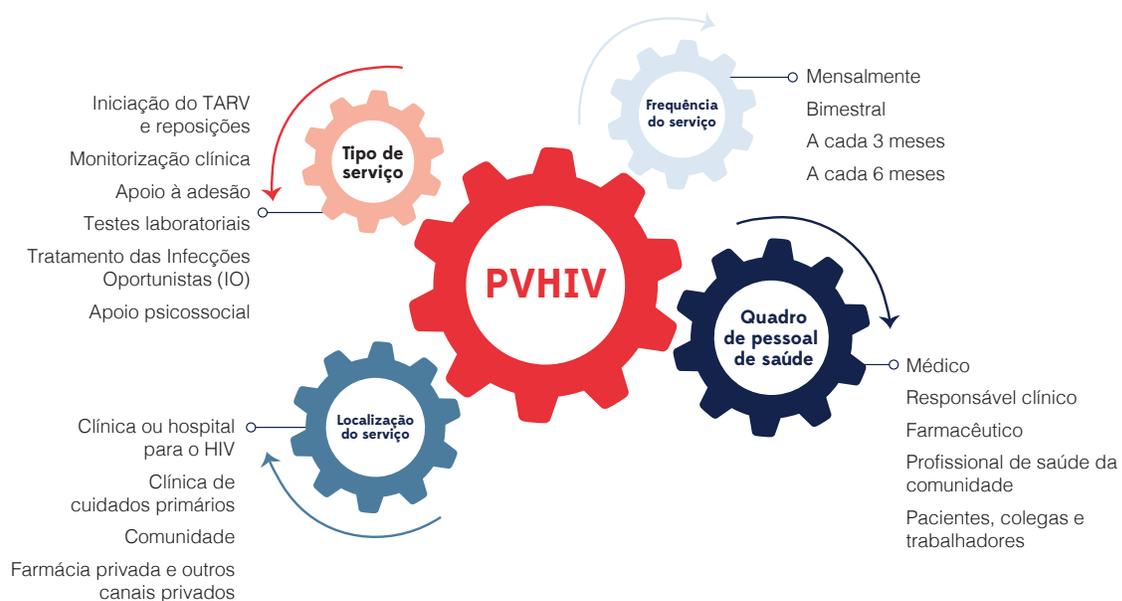
## **BENEFÍCIOS DA DD DE TARV ATRAVÉS DO SECTOR PRIVADO**

- Proporciona mais escolhas para acomodar as preferências do paciente; oferece comodidade e confidencialidade ao mesmo tempo mantém a qualidade.
- Redução da quantidade de casos nas unidades de saúde pública, o que permite uma melhor interacção cliente-prestador
- Redução do tempo médio de espera dos pacientes nas unidades de saúde pública
- Maior adesão às consultas clínicas entre as PVHIV
- Reforço do sector privado através capacitação do pessoal da FC e garantia de qualidade
- Aumento da satisfação do paciente com os serviços
- Potenciais poupanças em custos para os pacientes devido à proximidade dos serviços
- Melhor acesso aos cuidados de saúde para os pacientes que têm de trabalhar durante o horário normal da consulta
- Redução do estigma associado às consultas hospitalares
- Reforço do sistema de referência entre os sectores público e privado
- Poupança de custos para o sector público devido à redução de enchentes de pacientes
- Aumento da mobilização de recursos domésticos através da contribuição do doente (caso o modelo envolva taxas para os pacientes)

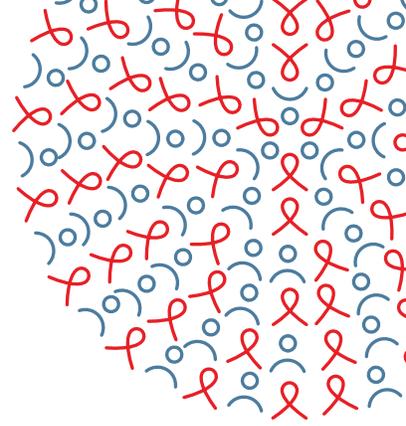
## 1.1. Complementaridade entre a DD através do sector privado e a DMM no sector público

A DD de TARV através do sector privado acrescenta outra opção aos modelos de PSD existentes, tais como DMM. Embora a frequência dos levantamentos (por ex., de três em três ou de seis em seis meses) possa ter impacto na estratégia de oportunidades negócio das farmácias privadas e outros pontos de dispensa, a comodidade do paciente deve ser a razão principal para a expansão dos modelos. Deverá ser planeada uma combinação ideal de modelos diferenciados de acordo com as necessidades definidas pelo doente. Independentemente da frequência de levantamento, a DD de TARV através do sector privado tem benefícios, incluindo a comodidade (por ex., locais perto de casa ou do local de trabalho, estar aberta até tarde e aos fins-de-semana, o que evita longas filas de espera em unidades públicas concorridas), confidencialidade e percepção serviços com maior qualidade. Pontos de levantamento alternativos que integram outros medicamentos e são mais discretos/privados do que os tradicionais pontos de reposição dos ARVs também podem reduzir o estigma. Além disso, dependendo das directrizes/políticas clínicas do país e dos modelos de DD disponíveis, alguns pacientes que podem não ser elegíveis para a DMM, tais como os que não se encontram estáveis clinicamente, poderiam beneficiar da comodidade oferecida pela DD para levantamento de ARVs enquanto continuam a receber cuidados clínicos na unidade sanitária. A proximidade dos serviços dá aos pacientes a flexibilidade de escolher a frequência com que devem deslocar-se para levantar os ARVs. Por exemplo, um paciente que não queira conservar em casa um levantamento de ARV para seis meses, pode optar por recolher os ARVs a cada dois ou três meses em vez de a cada seis meses. Assim, os países que planeiam uma rápida expansão da dispensa de seis meses devem ter em consideração as preferências dos pacientes e oferecer mais alternativas.

**FIGURE 2.** Abordagem diferenciada dos cuidados de saúde para o HIV - Como se encaixa a DD do TARV através do sector privado?<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Adaptado da Organização Mundial de Saúde, 2016



## 2

## Contexto do país e conjuntura política

### 2.1 Organização Mundial de Saúde e ONUSIDA

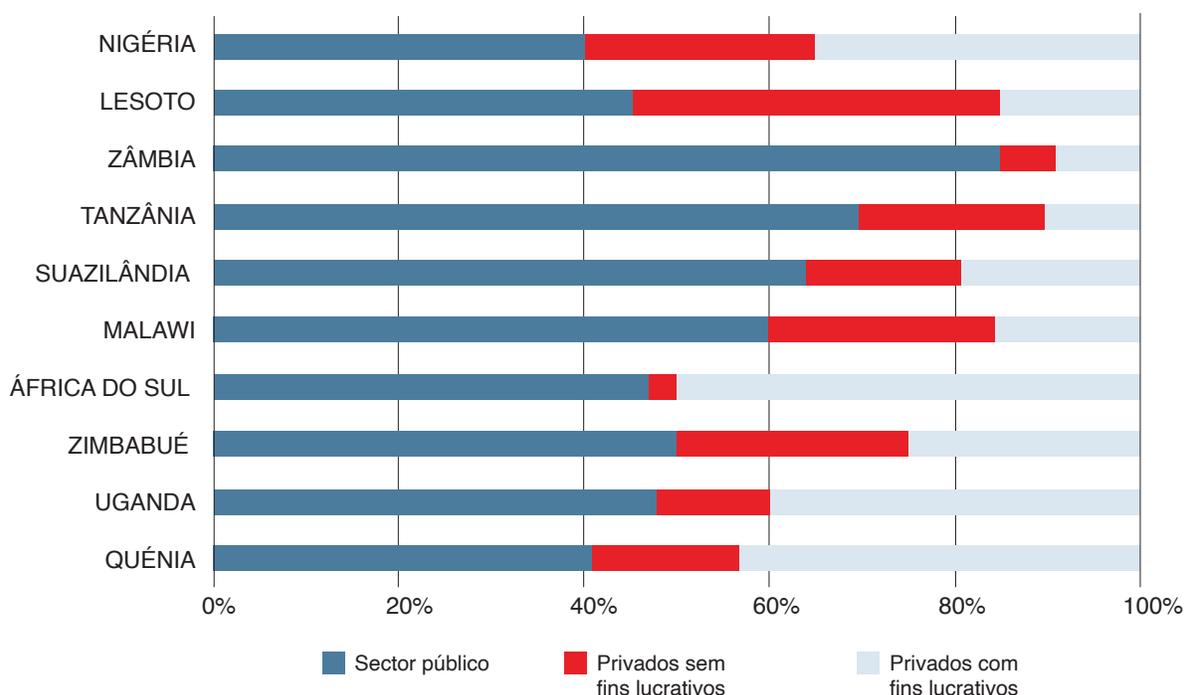
Tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) como a ONUSIDA apoiam, em geral, modelos diferenciados de cuidados de saúde (independentemente do sector da saúde), que são definidos como abordagens orientadas para o paciente, organizados em torno das necessidades de saúde, preferências e expectativas das PVHIV e das comunidades.

Os modelos diferenciados de cuidados de saúde enfatizam a defesa da dignidade e respeito individuais, especialmente das populações vulneráveis e o envolvimento e apoio às pessoas e famílias para desempenharem um papel activo nos seus próprios cuidados de saúde através de uma tomada de decisão informada. Os cuidados diferenciados incluem um roteiro para múltiplos meses (RMM)/DMM dos ARVs para pacientes clinicamente estáveis, com ARVs a serem levantadas nas unidades ou na comunidade. Existe uma série de modelos, incluindo modelos individuais com base nas unidades de saúde, geridos por profissionais de saúde, geridos por pacientes e modelos individuais comunitários. A DD do TARV através do sector privado oferece uma oportunidade adicional aos pacientes estáveis de receber o TARV.

### 2.2 PEPFAR e o Fundo Global

Tanto o Fundo Global como o PEPFAR (PEPFAR, 2019) apoiam a abordagem de cuidados diferenciados e o RMM/DMM para pacientes clinicamente estáveis. Ademais, encorajam o envolvimento do sector privado. A maioria dos MDD do TARV actualmente implementados através do sector privado foram apoiados pelo Fundo Global ou pelo PEPFAR. A parceria com o sector privado e outros intervenientes não governamentais para aumentar o impacto e apoiar a sustentabilidade da prestação de serviços para o HIV é uma das prioridades do PEPFAR para acelerar o progresso no sentido do controlo epidémico do HIV. O PEPFAR continua a utilizar dados e a colaborar com parceiros para procurar as melhores soluções possíveis para chegar a mais pessoas, maximizando, ao mesmo tempo, os recursos financeiros limitados. A estratégia do PEPFAR inclui o aproveitamento de abordagens orientadas para o mercado do sector privado, redes de distribuição, conhecimentos de marketing, inovação e tecnologia para ajudar a atingir o controlo epidémico (PEPFAR, Relatório Anual de 2019 Apresentado ao Congresso).

**FIGURA 3.** Estimativas da contribuição relativa da prestação de cuidados de saúde públicos e privados em 10 países da África sub-sariana (vários anos)<sup>2</sup>



Os serviços de saúde em diferentes países apoiados pelo PEPFAR são prestados através do sector público, sector privado sem fins lucrativos e com fins lucrativos, embora as respectivas contribuições dos diferentes sectores sejam difíceis de estabelecer com precisão devido aos dados limitados dos sectores privados com fins lucrativos e privados sem fins lucrativos. As contribuições relativas dos diferentes sectores com base nas informações disponíveis são apresentadas na Figura 3.

## 2.3 Países Selecionados

### África do Sul

Aproximadamente metade das despesas nacionais de saúde na África do Sul são dedicadas ao sector privado da saúde, uma indicação de que, enquanto indústria, os cuidados de saúde privados adquiriram importância tanto política e económica nas últimas décadas. O sector privado de saúde desempenha um papel fundamental na assistência ao Governo no cumprimento do seu mandato constitucional de prestar serviços de saúde de qualidade aos cidadãos da África do Sul (Econex, 2013). O Departamento Nacional de Saúde desenvolveu estratégias de cuidados diferenciados para reduzir a carga sobre as unidades de saúde ao “recompensar” a adesão de doentes crónicos estáveis, incluindo os pacientes em TARV. Esta abordagem ofereceu um serviço mais



Na África do Sul, **7,7 milhões** de pessoas vivem com o HIV.

A prevalência do HIV entre adultos é de **20,4%**; e a cobertura do TARV é de **62%** em adultos e **63%** em crianças.

<sup>2</sup>Com base nas despesas com a saúde e no número de unidades, se disponíveis (NDHS, 2013; Econex, 2013; PSN do Essuatíni, 2014; Ferrinho, 2011; Oportunidades de crescimento do sector privado da saúde na Uganda, Relatório, 2017; Relatório de Mapeamento do Sector Privado da Saúde no Malawi, 2013; Avaliação do Sector Privado da Tanzânia, 2013; SDNT no Lesoto, 2014)

rápido e flexível para os pacientes, permitindo-lhes escolher o seu serviço preferido de levantamento de medicamentos (foco centrado no paciente) entre três opções: um sistema de marcação espaçado e rápido (numa unidade), clubes de adesão (numa unidade ou na comunidade, onde o TARV é disponibilizado) e DD através de um sistema central de dispensa e

## Nigéria

De acordo com a Avaliação Nacional das Despesas para a SIDA (NASA), em 2014, 27,2% do financiamento das intervenções para o HIV na Nigéria foi assegurado pelo Governo e 2,1% pelo sector privado, enquanto que o restante foi assegurado por parceiros internacionais de desenvolvimento. Apenas 8,3% dos estados financiam até 30% da sua própria resposta ao HIV. As *Orientações Nacionais Nigerianas para a Prevenção, Cuidados e Tratamento para o HIV* (2016) adoptou as recomendações da OMS para cuidados diferenciados, permitindo consultas clínicas menos frequentes e RMM/DMM para pacientes clinicamente estáveis com HIV (MSF, 2016). As diretrizes também introduziram a descentralização, que envolve a delegação de alguns serviços para o HIV de centros de TARV de nível terciário e secundário para os centros de saúde primários. Ao abrigo deste regime, os centros de saúde primários podem iniciar o TARV e disponibilizar o levantamento dos ARVs de forma rotineira. A implementação de serviços de TARV descentralizados envolveu a transferência de algumas tarefas de gestão do HIV de médicos para provedores não médicos, de enfermeiros para extensionistas de saúde comunitários e subsequentemente para educadores de pares formados, pacientes especializados e prestadores de cuidados comunitários. Embora a referência de pacientes com HIV para o sector privado não esteja especificamente abordada nas diretrizes ou políticas nacionais, o Governo apoia abordagens de descentralização actualmente implementadas com o financiamento de doadores (por exemplo, farmácias comunitárias privadas).



Na Nigéria,  
**1,9 milhões** de pessoas  
viveram com o HIV

A prevalência do  
HIV é de **1,4%**; e a  
cobertura do TARV é  
de **55%** em adultos e  
**35%** em crianças.

## Uganda

O sector privado de saúde na Uganda é constituído por sectores privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos; unidades privadas com fins lucrativos, incluindo profissionais de saúde privados, hospitais privados, farmácias e lojas de venda livre de medicamentos, e profissionais de medicina tradicional e complementar. O sector privado no seu conjunto assegura cerca de 45% dos serviços de saúde e abrange cerca de 50% dos resultados relatados (Dambisa et al., 2014). As orientações de cuidados diferenciados do Uganda prevê modelos focados no paciente, reconhecendo obstáculos específicos identificados pelos pacientes e capacitando-os a gerir a sua doença com o apoio do sistema de saúde (Ministério de Saúde [MS] do Uganda, 2017). As diretrizes também aconselham o abandono de uma abordagem de “formato único” e a respondera as necessidades das subpopulações, permitindo assim métodos inovadores de prestação de serviços. O Uganda possui normas de qualidade para o envolvimento do sector privado na prestação de serviços para o HIV e os padrões desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para a acreditação de provedores privados incluem requisitos sobre Recursos Humanos treinados, dispensa de medicamentos, locais de conservação, capacidade laboratorial, gestão de registos e dados e ligações ao apoio social na comunidade. Através da colaboração com o sector público, os provedores privados recebem formação na prestação de serviços para o HIV e são orientados pelos parceiros de implementação do PEPFAR. Os provedores privados são obrigados a dispensar os ARVs sem custos para os pacientes com HIV, mas podem cobrar uma taxa de consulta e outros serviços.



No Uganda, **1,4 milhões**  
de pessoas viveram com  
o HIV

A prevalência do HIV  
entre adultos é de **5,7%**;  
e a cobertura do TARV  
é de **73%** em adultos e  
**66%** em crianças

## Quénia

Embora as diretrizes do TARV em Quénia recomendem uma abordagem diferenciada dos cuidados de saúde e permitam a dispensa trimestral dos ARVs de cada vez, não existe actualmente uma política bem definida para a participação do sector privado na prestação de serviços para o HIV. Ao mesmo tempo, várias unidades do sector privado recebem os ARVs do Governo e subsequentemente dispensam-no à PVHIV. O sector privado também está envolvido na prestação de serviços associados ao planeamento familiar e tuberculose (TB), como parte da iniciativa do sector público e privado. De acordo com a Avaliação dos Sistemas de Financiamento da Saúde do Quénia (*Kenya Health Financing Systems Assessment, KHFSAs*) com (Dutta et al., 2018), os sectores público e privado gerem e operam níveis comparáveis de infraestruturas de saúde do Quénia, com 41 e 43 por cento, respectivamente. A utilização de serviços de saúde privados é elevada - aproximadamente 52% da população urbana e 32% da população rural recorre a provedores privados para as suas necessidades relativas aos cuidados de saúde. A KHFSAs também confirmou que o sector privado disponibiliza muitos serviços de saúde que correspondem aos que são oferecidos no sector público. Contudo, quando se trata do HIV, o sector privado carece de bens essenciais, de uma mão-de-obra especializada, ou de incentivos, o que leva os serviços para o HIV tenham menor probabilidade de estarem disponíveis no sector privado. No entanto, os dados do MS mostram que durante 2015, 90.117 pacientes (7%) receberam testes para diagnóstico do HIV e serviços de aconselhamento em unidades do sector privado e 1.665 crianças e 10.251 adultos receberam o TARV, representando 1,5% de todos os pacientes em TARV no Quénia. Uma vez que o sector privado do Quénia é um dos mais desenvolvidos e dinâmicos da África sub-sariana (Barnes et al., 2010), a DD de TARV através de canais privados é uma possibilidade promissora.

O Quénia possui muitas componentes legais e regulamentares em vigor para promover o crescimento do sector privado de saúde. Por exemplo, o Governo fez cobertura universal de saúde uma das suas quatro prioridades-chave e já existe um projecto-piloto em curso em quatro dos 47 estados. No entanto, os serviços para o HIV não estão actualmente incluídos no pacote de serviços pois são bem financiados por doadores.

## Zimbabué

Os cuidados de saúde no Zimbabué são prestados por unidades públicas, grupos sem fins lucrativos, organizações eclesíásticas, clínicas operadas por empresas (tais como as de empresas mineiras) e clínicas com fins lucrativos (Osika et al., 2010). De acordo com a Avaliação de Prontidão e disponibilidade dos Serviços do Zimbabué de 2015, apenas cerca de 101 das 1.848 unidades de saúde eram privadas. No entanto, os 32 hospitais privados constituem 15% de todos os hospitais do país. O sistema de saúde do Zimbabué, outrora vibrante, continua a sofrer os efeitos da crise económica do país, deixou a extensa rede de hospitais, clínicas e outras unidades de saúde gravemente incapacitada em termos de pessoal, equipamento e fornecimento de medicamentos. Face aos crescentes desafios na prestação de cuidados de saúde, o Governo vê o sector privado como um parceiro importante no aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população do país. Em 2015, o Zimbabué lançou o *Quadro Estratégico para Parcerias Público-Privadas para Prevenção, cuidados e Tratamento de HIV e Apoio à TB, 2014-2016*, que sublinha o modo como o sector privado pode estar envolvido na resposta ao HIV. O documento destina-se a servir de guião aos intervenientes dos sectores público e privado na formulação de



No Quénia, **1,6 milhões** de pessoas vivem com o HIV.

A prevalência do HIV entre adultos é de **4,7%**; e a cobertura do TARV é de **69%** em adultos e **61%** em crianças.



No Zimbabué, **1,3 milhões** de pessoas vivem com o HIV.

A prevalência do HIV entre adultos é de **12,7%**; e a cobertura do TARV é de **83%** nos homens, **93%** nas mulheres e **76%** nas crianças

políticas, estratégias e acordos de colaboração para atingir o acesso universal. Fornece também um amplo quadro de monitorização e avaliação para analisar os progressos alcançados para esse objectivo (Quadro estratégico, Zimbabué, 2014). O Zimbabué é um dos primeiros países a introduzir uma taxa nacional sobre a SIDA fixada em 3 por cento do imposto sobre os rendimentos das pessoas singulares e em 3 por cento do imposto sobre os lucros das entidades patronais e dos fundos fiduciários. A taxa permitiu ao Governo angariar com sucesso mais de 30 milhões de dólares americanos, por ano, desde 2012, um sinal visível do empenho do Governo e do povo do Zimbabué em financiar a sua própria resposta ao HIV (Bhat et al., 2016). O Zimbabué implementa uma abordagem de cuidados de saúde diferenciada e permite a dispensa trimestral dos ARVs a pacientes clinicamente estáveis (Ministério da Saúde e Cuidados Infantis do Zimbabué, 2017), mas não oferece qualquer diretriz específica para a distribuição dos ARVs pelo sector privado.

## Malawi

Embora o sector público seja o maior prestador de serviços de saúde no Maláwi, aproximadamente 40% dos serviços são prestados por intervenientes não estatais, incluindo a Associação Cristã de Saúde do Maláwi (*Christian Health Association of Maláwi*, CHAM), prestadores comerciais e outros intervenientes sem fins lucrativos (Projecto SHOPS, 2012). As unidades privadas com fins lucrativos constituem cerca de um quarto de todas as unidades de saúde, mas a sua contribuição para o sector da saúde no Malawi é ainda pequena e tem havido um envolvimento mínimo do sector privado na prestação de serviços para o HIV. A partir de 2010, 59 unidades privadas forneciam TARV, tratando 3,9% do número total de pacientes em TARV no Malawi (Montagu et al., 2011). A Coligação Empresarial do Malawi contra o HIV/SIDA possui a responsabilidade principal de coordenar a expansão do programa dos Serviços TARV no sector privado, incluindo a organização de formação com o MS e a supervisão de clínicas acreditadas do sector privado. As *Orientações sobre a Gestão Clínica do HIV no Maláwi* (3.ª edição), em 2016, incluem a entrega diferenciada de TARV para adultos e crianças. Contudo, não existem diretrizes ou políticas específicas para a distribuição descentralizada do TARV através do sector privado.



No Malawi,  
**1 milhão** de pessoas  
vivem com o HIV.

A prevalência do HIV  
entre adultos é de **9,2%**;  
e a cobertura do TARV  
é de **79%** em adultos e  
**61%** em crianças.

## Essuatíni

De acordo com os dados cartográficos dos serviços de 2013, existem 287 unidades em quatro regiões do Essuatíni. Foram identificadas seis categorias de titularidade de unidades de saúde: governo, missão, indústria, propriedade privada de enfermeiros, de médicos e de organizações não governamentais. Como proprietário maioritário das unidades de saúde no país, o governo é o principal prestador de serviços de saúde (Magagula, 2017). Embora o acesso aos cuidados de saúde seja adequado, o pessoal e os recursos limitados em matéria de cuidados de saúde tornam virtualmente impossível a administração eficiente de serviços de qualidade. As políticas do Essuatíni apoiam a descentralização dos serviços de tratamento para o HIV a nível comunitário. As Diretrizes da *Política Nacional para Modelos de Prestação de Serviços de TARV focados na comunidade, do Programa para a SIDA*, de 2016, reconhecem a necessidade de diferenciação ao longo de todo o percurso de tratamento e fornecem especificamente orientações para uma gestão estável do paciente (SNAP, 2016). Estas são acompanhadas por um conjunto de procedimentos operacionais padrão (POPs). As diretrizes apoiam consultas clínicas menos frequentes para pacientes estáveis (semestralmente), bem como menos frequentes levantamentos das receitas (trimestralmente). No entanto, não abordam a distribuição descentralizada através do sector privado.



Na Essuatíni,  
**220.000** pessoas  
vivem com o HIV.

A prevalência do HIV  
entre adultos é de **27,4%**;  
e a cobertura do TARV é de **86%**  
em adultos e **75%** em  
crianças.

## Tanzania

Os sectores público e privado da saúde estão presentes a todos os níveis do sistema de saúde na Tanzânia. No total, estima-se que existam 6.342 unidades de saúde em todo o País. O sector público opera actualmente perto de 70% destas. A grande maioria das unidades governamentais são centros de saúde e dispensários de nível inferior. Nos níveis mais elevados do sistema de saúde, o sector privado é mais predominante, com as organizações com e sem fins lucrativos, e paraestatais operando em 60% de todos os hospitais. A composição público-privada varia de região para região em toda a Tanzânia (Projecto SHOPS, 2013). Em 2017, o Ministério da Saúde, Desenvolvimento Comunitário, Género, Idosos e Crianças da Tanzânia definiu abordagens de cuidados diferenciados no documento intitulado *Modelos de Prestação de Serviços para o HIV: Mapeamento das Estratégias de Prestação de Serviços para o HIV na Tanzânia*. As diretrizes para pacientes clinicamente estáveis incluem consultas clínicas menos frequentes (uma ou duas vezes por ano) e dispensa de medicamentos trimestral (ou semestral com base na disponibilidade de estoque). Os modelos individuais fora das unidades são também incentivados e incluem pontos fixos de distribuição comunitária, entrega móvel de TARV, ao domicílio e clubes de adesão. Actualmente, não existem políticas em vigor para a dispensa de ARVs através do sector privado. O projecto *SHOPS Plus* (Abt Associates) em Njombe revelou que existe uma necessidade de fornecimento de serviços de TARV longe das unidades superlotadas para reduzir os custos de acesso ao tratamento dos pacientes. Contudo, a ideia de introduzir uma taxa para os serviços de distribuição de TARV não era aceite pelos intervenientes do sector público e por muitas PVHIV. O motivo principal foi o receio de interrupção dos planos de tratamento por parte dos pacientes em caso de impossibilidade de pagamento. A outra constatação principal do projecto *SHOPS Plus* prende-se com o facto de muitos pacientes preferirem cuidados orientados para a família e não procurarem o levantamento descentralizado dos ARVs, se apenas alguns membros de uma família forem elegíveis. A apresentação *SHOPS* financiada pela USAID também apoiou o aumento da cobertura do seguro de saúde do sector privado entre as PVHIV como meio de incrementar o acesso aos serviços do HIV no sector privado da saúde de forma sustentável.

## Zambia

De acordo o Plano Estratégico Nacional de Recursos Humanos para a Saúde 2011-2015, os principais prestadores de serviços de saúde no sector formal da saúde da Zâmbia incluem unidades de saúde pública sob tutela do Ministério da Saúde, da Defesa e dos Assuntos Internos. Entre os outros prestadores no sistema formal incluem-se clínicas privadas com fins lucrativos, lojas de medicamentos de venda livre, centros de diagnóstico e hospitais. Em 2018, o MS da Zâmbia actualizou as diretrizes Consolidadas para o Tratamento e Prevenção da Infecção por HIV para inclusão de linhas de orientação para a prestação de serviços diferenciados a pacientes clinicamente estáveis e a pessoas que vivem com doença avançada causada pelo HIV. As diretrizes estabelecem que "o MS apoia a promoção e a disponibilização de vários modelos diferenciados de prestação de serviços, de modo a diminuir o impacto de cuidados de saúde tanto para os pacientes assim como para os provedores e permitir que o sistema de saúde reorientar os recursos para os doentes mais



Na Tanzânia ,  
**1,6 milhões** de pessoas  
viveram com o HIV

A prevalência do HIV  
entre adultos é de **4,6%**;  
e a cobertura do TARV  
é de **52%** nos homens,  
**78%** nas mulheres e **46%**  
nas crianças.



Na Zâmbia, **1,2 milhões**  
de pessoas viveram com  
o HIV.

A prevalência do HIV  
entre adultos é de **11,3%**;  
e a cobertura do TARV  
é de **78%** em adultos e  
**79%** em crianças.

necessitados". As orientações permitem o RMM/DMM e a descentralização para o nível comunitário, mas não existem políticas que definam o envolvimento do sector privado. Na Zâmbia, existem alguns esquemas de seguro de saúde privados ou disponibilizados pela entidade patronal, mas a maioria da população é obrigada a assumir as suas próprias despesas com os cuidados de saúde. O Governo introduziu recentemente um seguro de saúde social para substituir o sistema em que a população assume as próprias despesas. As adesões iniciaram-se em Outubro de 2019 e os benefícios terão início em Fevereiro de 2020 e espera-se com esta estratégia venha a colmatar o défice de financiamento.

## Lesotho

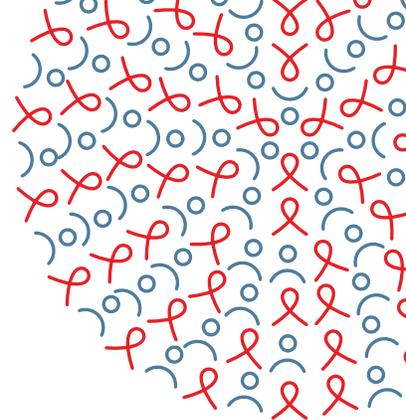
De acordo com o *Plano Estratégico Nacional de Saúde, 2017-2022*, existem 372 unidades de saúde no Lesoto. 42% dos centros de saúde e 58% dos hospitais pertencem ao MS, enquanto 38 por cento dos centros de saúde e a mesma proporção dos hospitais são propriedade da Associação Cristã para a Saúde. As restantes unidades são de propriedade privada. Cerca de 90% das unidades de saúde privadas com fins lucrativos estão situadas nos quatro maiores distritos (Maseru, Berea, Mafeteng e Leribe). As *Diretrizes Nacionais do Lesoto sobre a Utilização de Terapêutica Anti-retroviral para a Prevenção e Tratamento do HIV, 5.ª edição* (MS do Lesoto, 2016) subscreveram cuidados de saúde diferenciados e recomendaram que os pacientes estáveis levantassem os ARVs com durabilidade trimestral e semestral e incentivaram o estabelecimento de grupos de adesão comunitários para pacientes estáveis, de modo a descongestionar as unidades de saúde. As orientações também permitiram a formação adequada de quadros de nível inferior de provedores de saúde, para início do TARV e emissão de novos receituários e estabeleceram que as reposições do TARV deveriam ser descentralizadas o mais próximo possível da comunidade, incluindo nos centros e postos de saúde. Não foram incluídas políticas que definissem o papel do sector privado na prestação de serviços para o HIV.



No Lesoto, **340.000** pessoas vivem com o HIV

A prevalência do HIV entre adultos é de **23,6%**; e a cobertura do TARV é de **60%** em adultos e **70%** em crianças





### 3 Modelos de distribuição descentralizada para o TARV através do sector privado

Estão sendo implementados diversos modelos de DD de TARV no sector privado (ver Tabelas 1 e 2 para consultar um resumo). Em alguns países, existe mais do que um modelo. No centro de todos os MDD é a principal a abordagem diferenciada de prestação de serviços, que simplifica e adapta os serviços do HIV, para melhor servir as necessidades das PVHIV e reduzir a carga sobre os sistemas de saúde (OMS, 2016). A figura 4 ilustra como a DD se integra no quadro de cuidados diferenciados. Os pacientes que recebam o TARV através dos modelos de DD necessitam de ser rastreados para TB e também receberão terapêutica preventiva com isoniazida através do modelo.

**FIGURA 4.** Os elementos-chave da DD<sup>3</sup>

	<b>SECTOR PRIVADO</b> (reposições de TARV e outros serviços)	<b>SECTOR PÚBLICO</b> (Consultas clínicas)
<b>QUANDO</b>	A cada 3-6 meses	A cada 12 meses
<b>ONDE</b>	Farmácia comunitária ou dispensador automatizado mais próximo do domicílio ou do posto de trabalho do paciente	Unidade pública onde o paciente está inscrito
<b>QUEM</b>	Farmacêutico, técnico de farmácia	Enfermeiro ou médico
<b>O QUÊ</b>	TARV, aconselhamento sobre a adesão, rastreio de TB, terapêutica preventiva para TB	Consulta clínica, carga viral

<sup>3</sup>Adaptado de [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org)

Os modelos abaixo oferecem oportunidades adicionais para os pacientes clinicamente estáveis.

### 3.1 Farmácia comunitária (FC)

Este modelo baseia-se numa parceria entre uma unidade de saúde pública (núcleo) e uma farmácia privada autónoma de venda a retalho (referida como uma farmácia comunitária ou FC) na sua área de influência. Uma unidade nuclear pode estabelecer parcerias com mais do que uma FC. Os pacientes clinicamente estáveis destas unidades podem optar por receber as seus ARVs através da FC, ao mesmo tempo que regressam à unidade pública para consultas de rotina, a cada 6 a 12 meses. O paciente consente em aderir ao programa e é solicitado a escolher uma FC da lista de farmácias participantes. Contudo, o paciente pode mudar de FC ou regressar à unidade, a qualquer momento e por qualquer motivo (por ex., incapacidade de pagamento ou insatisfação com os serviços da FC). A figura 5 enumera as funções e responsabilidades da unidade pública, da FC e dos pacientes.

**FIGURA 5.** Funções e responsabilidades na distribuição descentralizada do TARV através das farmácias comunitárias

UNIDADE PÚBLICA	FARMÁCIA COMUNITÁRIA	DOENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica e refere os pacientes elegíveis</li> <li>• Estabelece a ligação dos pacientes referidos com a farmácia comunitária</li> <li>• Transfere para a farmácia comunitária os registos necessários dos pacientes, receitas médicas e os ARVs</li> <li>• Analisa o estado de saúde dos pacientes de 6 em 6 meses ou com maior frequência, se indicado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensa os medicamentos ARV aos paciente referidos</li> <li>• Presta cuidados farmacêuticos (respondendo a perguntas, dando aconselhamento sobre os ARV)</li> <li>• Agenda as marcações de levantamento, efectua chamadas de lembrete</li> <li>• Detecta os pacientes faltosos</li> <li>• Reencaminha os pacientes com necessidades médicas para as unidades públicas</li> <li>• Mantém registos, partilha de informações com as unidades de saúde</li> <li>• Monitoria de estoque dos ARVs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolhe a farmácia comunitária onde irá levantar os ARVs</li> <li>• Comparece na farmácia comunitária, conforme a data marcada para levantamento de ARVs</li> <li>• Paga pelos serviços farmacêuticos (por ex., taxa de dispensa)</li> <li>• Recebe ARVs gratuitamente</li> <li>• Regressa à unidade pública a cada 6 meses para controlo (com maior frequência, se necessário)</li> <li>• Pode mudar para uma outra farmácia comunitária, por qualquer motivo, ou regressar ao sector público.</li> </ul>

As FC são seleccionadas de acordo com os seguintes critérios:

- Predisposição para participar no programa.
- Licença comercial válida.
- Farmacêutico registado que tenha formação (ou esteja disposto a receber formação) em aspectos relacionados com o HIV sobre a prestação de serviços (por ex., em diretrizes nacionais do TARV, conhecimentos essenciais sobre os ARV, aconselhamento sobre a adesão).
- Reunir requisitos necessários para infraestruturas.

O farmacêutico deve concordar em realizar todas as tarefas associadas à dispensa de medicamentos, aconselhamento de pacientes e documentação. A farmácia deve dispor de espaço e instalações adequadas à privacidade para permitir um aconselhamento confidencial. A farmácia comunitária assina um memorando de

entendimento (MdE) com o parceiro de implementação ou unidade pública nuclear, que estabelece, de forma clara, as funções e responsabilidades de cada parte. Os produtos de TARV são fornecidos à farmácia através da coordenação com a unidade ou a equipa nacional/regional da cadeia de abastecimento.

Existem, pelo menos, duas variações do modelo de FC - uma em que os pacientes recebem os ARVs gratuitamente mas pagam uma taxa de dispensa e outra sem taxas cobradas ao paciente. A DD de TARV através das FC está actualmente a ser implementada na Nigéria, Zâmbia, África do Sul e Uganda, e, no Quênia, está em fase de planeamento.

### **Modelo de farmácia comunitária que inclui uma taxa de dispensa**

As características principais deste modelo são:

- As FC participantes não recebem financiamento directo, mas é lhes apresentada uma oportunidade de negócio de apoio aos serviços relativos ao HIV.
- A equipa do parceiro de implementação (PI) oferece orientações e formação às FC participantes, bem como assistência técnica contínuo.
- Os pacientes pagam uma taxa de dispensa, mas os ARVs continuam a ser gratuitos. Por exemplo, na Nigéria foi definida uma taxa de ₦1,000 (USD 2,74) por visita, independentemente da quantidade de ARVs dispensado e o PEPFAR/PI não oferece quaisquer fundos à FC. Este montante foi negociado com a associação profissional de FC e pode variar consoante as variáveis socioeconómicas de cada comunidade.
- Os pacientes podem trocar de farmácia, o que poderá promover a concorrência e propiciar serviços de melhor qualidade.
- As FC reenviam os dados recolhidos para a unidade pública. Em alguns casos, os dados dos pacientes são recolhidos e enviados para a unidade pelo PI.

---

*Um paciente declarou: “Gosto da nova iniciativa porque é cómoda, posso conversar com o farmacêutico e já não tenho de passar o dia inteiro no hospital. Tenho-me apresentado num Hospital Geral desde 2013 e nunca permaneci menos de quatro horas, ao contrário desta nova iniciativa. Agora passo 20 a 30 minutos com o farmacêutico.”*

Na Nigéria, uma avaliação de situação de base concluiu que 92% das FC estavam dispostas a fornecer os serviços, mais de 30% dos pacientes estavam dispostos a aceder aos serviços de FC e até 20% dos pacientes estavam dispostos a pagar a taxa de dispensa dos ARVs. Além disso, os provedores públicos de saúde estavam, na sua maioria, familiarizados com a referência de pacientes para as farmácias comunitárias com vista à obtenção das suas reposições de medicamentos.

### **Modelo de farmácia comunitária sem taxas**

Este modelo é semelhante ao anterior, com a principal diferença de que os pacientes não pagam uma taxa de dispensa. O doador (através do parceiro de implementação) ou o Governo paga à FC pelos serviços prestados aos pacientes.

Existe um exemplo deste modelo na Uganda. Financiada pelo PEPFAR e implementada pelo Instituto de Doenças Infecciosas (IDI), este liga quatro unidades de saúde de elevado volume (mais de 5.500 pacientes no total) a seis FC. A medicação de cada paciente é obtida a partir da respectiva unidade primária e entregue pelas equipas de logística do IDI. Um enfermeiro financiado pelo programa é colocado em cada farmácia para apoiar na dispensa do TARV (é providenciada uma dispensa de dois meses por cada visita do paciente), ministrar palestra de educação em saúde, verificar sinais de IO, monitorar as consultas de seguimento e realizar a gestão de estoques e de dados. Geralmente, as FC estão localizadas ao longo de itinerários de fácil acesso e são

---

*“Não posso acreditar”, afirma um paciente. “Posso telefonar ao enfermeiro e agendar uma consulta. Posso trabalhar aqui e voltar. Posso ir depois do trabalho... O meu patrão até pensa que estou curado, porque já não peço para ir à clínica.”*

suficientemente espaçosas para acomodar a movimentação de pacientes. Estas estão abertas diariamente até às 20h00 e durante o fim-de-semana e feriados para a dispensa dos Serviços de TARV. A supervisão periódica é assegurada pelo MS, a Autoridade Municipal da Capital de Kampala e o IDI.

Na Uganda, uma análise deste modelo de reposição de ARVs concluiu que, durante um período de 21 meses, se inscreveram 8.820 PVHIV (das quais, 2.558 eram homens). Mais de 99% de todos os pacientes inscritos conseguiram levantar os seus medicamentos com sucesso e a retenção nos cuidados de saúde, durante 12 meses, foi de 98%. Neste modelo, mais de 99% dos pacientes ainda se encontram em supressão viral.

Outros exemplos de modelos são implementados pelo Instituto de Virologia Humana na Nigéria (*Institute of Human Virology in Nigeria*, IHVN) e pelo Centro de Investigação de Doenças Infecciosas na Zâmbia (*Center for Infectious Disease Research in Zambia*, CIDRZ). Segundo estes modelos, a farmácia comunitária recebe um montante fixo mensal, independentemente do número de pacientes que venham levantar os ARVs. No programa IHVN, a FC recebe cerca de USD 245 por mês (aproximadamente USD 138 para o chefe supervisor farmacêutico, USD 83 para o assistente farmacêutico e o restante destina-se a despesas de Internet/comunicação e transporte). Na Zâmbia, a FC compromete-se com o princípio da responsabilidade social das empresas. No entanto, o farmacêutico recebe um subsídio de, aproximadamente, USD 75 por mês, o que é equivalente ao montante pago a um voluntário leigo ao nível das unidades. A sustentabilidade dos pagamentos mensais para a FC revela-se um problema. Por exemplo, na Nigéria, o modelo IHVN teve de ser suspenso numa região quando ocorreu uma substituição de PI, de um parceiro apoiado pelo CDC para um da USAID. O parceiro da USAID utilizava um modelo que cobrava aos pacientes uma taxa de dispensa e teve de voltar a inscrever as FC que pretendessem participar neste modelo. Os pacientes tiveram de regressar à unidade de saúde pública para levantar os ARVs durante a transição e tiveram de ser sensibilizados sobre o novo modelo que os obrigava a pagar pelos serviços de dispensa.

Na Nigéria, a análise da implementação piloto do modelo IHVN revelou que quase 10% dos pacientes clinicamente estáveis em TARV foram referidos com sucesso, de oito unidades de saúde para 10 FC. As receitas de reposição situaram-se nos 100% e quase todos os participantes (99,3%) permaneceram em cuidados e tratamento após a sua transferência. Apenas se perdeu um participante para seguimento, devido a morte (Avong et al., 2018).

Na África do Sul, os pacientes pertencentes as unidades de elevado volume são contratados um clínico geral particular selecionado pelo paciente, para consultas clínica de rotina e exames de sangue anuais. Os pacientes levantam os seus respectivos ARVs numa FC, o que permite efectuar o levantamento trimestral. Os pacientes podem também escolher a farmácia comunitária como ponto de levantamento no âmbito do programa DDCMC.

Em alguns dos países analisados, as farmácias comunitárias oferecem actualmente a entrega de receita médica de medicamento ao domicílio, através do uso de motociclistas. Existe a possibilidade de que a entrega ao domicílio os ARVs pode ser incluída nos serviços oferecidos no âmbito do modelo da FC.

**FIGURA 6.** UFD, Farmácia Eletrônica Direito, “Right to Care”



CREDIT: ePharmacy, Right to Care, SA.

**FIGURA 7.** Características da UFD

UMA INTERFACE DE TIPO CAIXA AUTOMÁTICA (ATM)	TECNOLOGIA TERMINAL, CONSISTINDO NUMA UNIDADE COMPACTA DE ARMAZENAMENTO AUTOMÁTICO DE MEDICAMENTOS	REGISTO DE DISPENSA DE NUVEM ELECTRÓNICA E CAPACIDADES DE REGISTO DE TELEFARMÁCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação visual e verbal interativa</li> <li>• Ecrã tátil, microtelefone e auricular</li> <li>• Acesso autenticado por PIN</li> <li>• Contentor de recolha de medicamentos</li> <li>• Impressora de recibos de dispensa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte lógico de dispensa com base na nuvem</li> <li>• Arquivo e armazenamento personalizados</li> <li>• Rotação de estoque automatizada</li> <li>• Vigilância e registo de estoques em tempo real</li> <li>• Controlo da temperatura eletrónica</li> <li>• Identificação (ID) do produto de leitura de códigos de barras</li> <li>• Braço robótico de alta velocidade</li> <li>• Sistema integrado de transporte</li> <li>• Etiquetadora e impressora automatizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados demográficos do paciente, ID e detalhes de contacto</li> <li>• Distribuição em género e faixas etárias</li> <li>• Monitorização de estoque e encomendas automatizadas/pendentes</li> <li>• Classe de medicamento (classes ATC) e fornecedor farmacêutico (global ou nível do paciente)</li> <li>• Horas e dias de recolha de alto volume/populares</li> <li>• Possibilidade de onze línguas oficiais</li> </ul>

### 3.2 Modelos de dispensa automatizada

Diversos modelos de dispensa foram desenvolvidos pela “Right to Care” (Direito a Cuidados de Saúde) e implementados na África do Sul e na Zâmbia. Estes incluem unidades farmacêutica de dispensa, unidades de recolha de receitas médicas/cacifos e unidades centrais de dispensa. Estes modelos oferecem uma abordagem alternativa e inovadora à DD de TARV, o que pode aliviar a pressão sobre as unidades do sector público, particularmente em áreas urbanas de grande densidade populacional e de rápido crescimento.

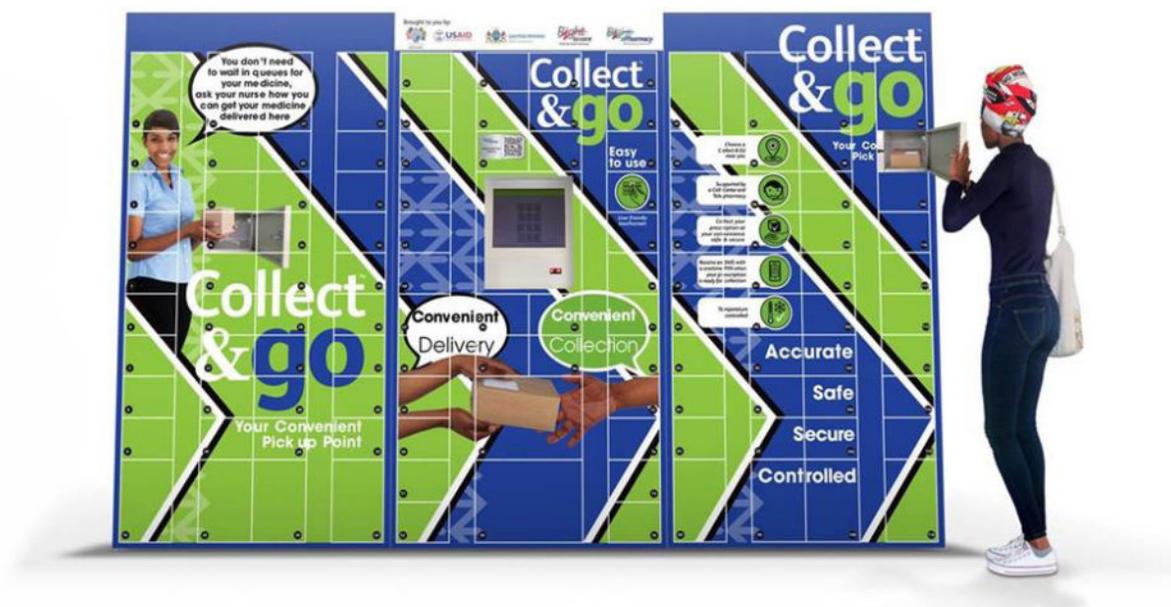
#### Unidade Farmacêutica de Dispensa (UFD)

Uma UFD (Figura 6) utiliza uma tecnologia electrónica e robótica, baseada em nuvem, para dispensar medicamentos receitados aos pacientes. Tem um ecrã tátil interactivo e uma interface de fácil utilização que permite uma interacção audiovisual bidirecional, semelhante à do Skype, com o farmacêutico. Assim, sempre que necessário, os pacientes podem ser aconselhados antes da medicação ser dispensada sobre como tomar e quais os efeitos secundários que podem sentir. Os pacientes também recebem notificações via SMS e lembretes para assegurar o levantamento atempado e a adesão ao tratamento. Actualmente é utilizada na África do Sul, onde estão operacionais 18 centros de UFD. A Figura 7 apresenta as principais características de uma UFD.

---

*“As UFD são agentes de mudança”, afirma o Dr. Shabir Banoo, chefe das Políticas Farmacêuticas e Unidade de Investigação e Serviços de Apoio da “Right to Care”. “O entusiasmo no rosto dos pacientes quando recebem os seus medicamentos em minutos - em vez de horas - é verdadeiramente algo digno de ser observado”.*

**FIGURA 8.** Unidade de recolha de receitas médicas (cacifos)



CREDIT: ePharmacy, Right to Care, SA  
<https://rightpharmacy.co.za/prescription-collection-lockers/>

A instalação da UFD tem um custo aproximado de USD 200.000. É a mais cara das inovações de base tecnológica e requer Internet e electricidade fiáveis. A UFD também dispensa medicamentos para outras doenças crónicas, o que não a correlaciona com o HIV e evita a estigmatização.

#### **Unidade de recolha de receitas médicas (cacifos)**

As unidades de recolha de receitas médicas (URRM) utilizam um sistema de cacifo electrónico para melhorar o acesso dos pacientes aos pacotes de medicamentos pré-dispensados (Figura 8). Os cacifos possuem controlo de temperatura, são instalados num local seguro e, tal como as UFD, utilizam tecnologia baseada em nuvem, que permite a distribuição remota e o aconselhamento do doente ao vivo. Os cacifos utilizam a tecnologia de telemóveis inteligentes para informar os pacientes sobre a sua próxima data de levantamento e envio de lembretes. Chegada a altura de levantar o respectivo medicamento, os pacientes recebem um código único, que é utilizado para abrir o cacifo e aceder ao medicamento. Assim que o paciente acede ao local do cacifo e introduz os detalhes necessários, é-lhes informado qual o cacifo que tem a respectiva medicação. Assim que esvazia o cacifo, o sistema central é notificado para que os medicamentos de outro paciente possam ser despachados.

O custo de instalação de um cacifo é de, aproximadamente, USD 8.000 por local. Até agora, os cacifos foram instalados em 67 locais na África do Sul e na Zâmbia. O cacifo inteligente permite aos pacientes levantar os medicamentos crónicos, incluindo TARV, em apenas 36 segundos, sem entrar na clínica nem receber assistência de um profissional de saúde. A utilização dos cacifos reduziu drasticamente os tempos de espera para levantamento de medicamentos essenciais, ao mesmo tempo reduziu o circulação pedonal nas clínicas sobrelotadas e tornou o TARV mais acessível a milhões que dela necessitam.

### **Unidade Central de Dispensa (UCD)**

O modelo de UCD está presentemente implementado na Zâmbia e na África do Sul. Neste modelo, as actividades de dispensa são centralizadas e geralmente automatizadas, mas a entrega e/o levantamento de medicamentos por parte dos pacientes ocorre em pontos de levantamento alternativos, que podem incluir cacifos, canais informais de venda, igrejas, supermercados, unidades de saúde, ou FC. Assim que o paciente é inscrito, este elege um ponto de levantamento cómodo, para onde será enviado o medicamento. A unidade de saúde pública disponibiliza um fornecimento de medicamentos para um mês e, posteriormente, envia um roteiro para o fornecimento dos próximos cinco meses, através da UCD. A UCD dispensa medicamentos com receituário, envia uma embalagem com medicamentos do paciente para o ponto de levantamento selecionado e notifica o paciente via SMS. A DMM é um risco deste modelo, pois os vendedores cobram por embalagem e uma redução no número de embalagens significará uma redução no lucro para o vendedor. Com a introdução das embalagens que asseguram um fornecimento de ARVs para três ou seis meses, podem ser consideradas alterações à estrutura de pagamento (por ex., cobrança de taxas mais elevadas para embalagens de vários meses). A UCD é responsável por comunicar à unidade o número de embalagens enviadas, o número levantado pelos pacientes e o número de embalagens não levantadas. A UCD informará imediatamente as unidades acerca das embalagens não levantadas, para facilitar o reconhecimento atempado dos incumpridores e tratará da devolução das embalagens não levantadas, 14 dias após a data prevista para o respectivo levantamento.

A UCD desempenha as seguintes funções associadas ao aviamento de receitas:

- Pré- embalagem a granel e alocação de referência de estoque (automatizada)
- Recolha electrónica dos dados demográficos e da receita médica do paciente
- Agendamento automatizado da próxima reposição e entrega
- Recolha e dispensa de itens (modo manual ou automatizado - dependendo do volume)
- Rotulagem, embalagem e distribuição de medicamentos
- Apoio telefónico para assegurar a adesão
- Garantia de qualidade clínica e integração com os outros programas suportados.

Na Zâmbia, o custo actual pelo fornecimento de uma reposição através da UCD é de, aproximadamente, USD 15 por paciente. Contudo, isto pode ser reduzido para um valor tão baixo quanto USD 2 por paciente e por levantamento com um número crescente de doentes incluídos no sistema. A UCD da Zâmbia deparou-se com um obstáculo, com o atraso na inclusão de pacientes no programa. Na África do Sul, a UCD serve mais de 2,5 milhões de pacientes ao abrigo do programa de medicamentos crónicos. Em 2017, a utilização do modelo central de dispensa e entrega de medicamentos crónicos resultou numa redução de 43% nos custos com pacientes, uma redução de 48% nos custos do Departamento Nacional de Saúde para prestação de serviços aos pacientes, um aumento de 12 a 16 por cento na capacidade instalação das unidades de CPS e um aumento de 22 por cento na adesão (Dados actuais do DNS, 2017).

### 3.3 Modelos de Hospitais Privados

#### **Modelo de hospital privado com ARVs gratuitos**

Todos os serviços de saúde de cuidados e tratamento para o HIV são prestados no âmbito deste modelo. As PVHIV que estejam dispostas a pagá-los às suas custas, ou através de entidades externas pagadoras (tais como, seguros de saúde pré-pago), ficam associadas a uma rede de unidades privadas, selecionadas, para acederem a serviços de cuidados de saúde e tratamentos a preços acessíveis. Os hospitais privados prestam cuidados a todas as categorias de doentes, incluindo pacientes clinicamente estáveis e instáveis. Em vários países onde este modelo está implementado, os hospitais privados têm um MdE assinado com o Governo que lhes permite receber gratuitamente os ARVs governamentais ou provenientes de doadores. Os pacientes são cobrados pela consulta e outros serviços (por ex., testes laboratoriais, transporte de amostras, etc.) mas recebem os ARVs de modo gratuito. As taxas de consulta variam, dependendo do país e da localização dos hospitais privados, entre USD 2 e USD 20. Alguns dos hospitais do sector privado recebem apoio de doadores e prestam serviços gratuitos para o HIV, tal como as unidades públicas.

Os provedores recebem formação para garantir que possuem os conhecimentos técnicos necessários para oferecer o pacote padronizado de cuidados de saúde para PVHIV, de acordo com as diretrizes e protocolos nacionais de tratamento. Os hospitais apresentam ao Governo relatórios periódicos, utilizando as ferramentas de notificação existentes, com a reposição de estoques assente em relatórios. Os hospitais envolvidos na prestação de serviços para o HIV geralmente fazem parte de uma franquia, associação, ou rede. No entanto, o investimento na prestação de serviços completos para o HIV no sector privado tem sido baixo, devido à fraca procura de serviços para o HIV sujeitos a pagamentos.

#### **Modelo de Hospital Totalmente Privado**

Estes são hospitais que cobram por consultas e outros serviços, bem como pelos ARVs e atendem principalmente pacientes que possuem seguro de saúde privado ou têm capacidade de pagamento (CdP). Pensa-se que o número de pacientes com HIV registados nestes hospitais é muito baixo. Contudo, como estes hospitais normalmente não fornecem relatórios ao sector público sobre o número de pacientes em TARV é difícil saber o número real de pessoas que acedem aos serviços. Por enquanto, não se prevê que a utilização deste modelo cresça significativamente devido ao custo mais elevado dos ARVs e a falta de um mecanismo de aquisição conjunta, que permita às unidades obter preços favoráveis. Os doentes que utilizam esta categoria de hospitais preferem normalmente os ARVs de marca (por ex., a tripla) às combinações genéricas de dose fixa combinada, que se encontram facilmente disponíveis no sector público.

#### **Alas privadas de hospitais públicos**

Na Nigéria, existem algumas unidades públicas no âmbito do projecto de IFS, que começaram a prestar cuidados de saúde rápidos aos pacientes, mediante o pagamento de uma taxa de serviço numa ala privada. Os serviços são pagos maioritariamente através de desembolso pessoal. As receitas provenientes da ala privada são utilizadas para sustentar a prestação de serviços gratuitos para o HIV a outros pacientes e para complementar os salários do pessoal. Houve cerca de 1.502 pacientes inscritos nos estados nigerianos de Akwa Ibom, Cross River, Rivers e Lagos, que pagaram entre USD 5 e USD 30 por consulta. Este modelo não é comum porque a maioria dos países em África dispõem de políticas que proíbem as unidades públicas de cobrar taxas por serviços de HIV, mas está disponível para serviços gerais e especializados de outras condições.

As características dos diferentes modelos estão resumidas na Tabela 1. Estes modelos têm situações de sucesso, mas também de desafios. A expansão dos diferentes modelos está limitada a alguns países (Tabela 2).

**TABELA 1.** Resumo dos modelos de distribuição descentralizada (por modelo)

MODELO	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA/TAMANHO	FINANCIADOR/PI	CARACTERÍSTICAS	SUCESSOS	DESAFIOS
Farmácia Comunitária (cobra uma taxa de dispensa)	<b>Nigéria</b> Implementado em 320 FC (Akwa Ibom, Cross River, Lagos e Abuja)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financiador: PEPFAR/USAID</li> <li>Parceiros de implementação: FHI 360 (principal) e Universidade de Howard-SFI (sub.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O paciente paga uma taxa de dispensa de ~USD 3,00</li> <li>Os ARVs são disponibilizados gratuitamente</li> <li>Os PI do PEPFAR fornecem diretrizes e formação às farmácias comunitárias participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mais de 15.266 doentes referidos para farmácias comunitárias desde 2017</li> <li>98% de retenção e 83% de taxa de supressão viral</li> <li>Consolidação global do sector privado</li> <li>Nova fonte de rendimento para unidades do sector privado</li> <li>escongestionamento das unidades do sector público</li> <li>tendentes a cuidados de melhor qualidade</li> <li>Aumento da colaboração entre unidades públicas e farmácias privadas</li> <li>Melhoria na gestão de dados ao nível das unidades e introdução de tecnologia na gestão de dados</li> <li>Envolvimento das partes interessadas desde o início do processo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes dispostos a pagar uma taxa pelos serviços mas não pelos ARVs</li> <li>Percepção dos pacientes de que as taxas são demasiado elevadas</li> <li>Alguns pacientes regressaram às unidades públicas devido a incapacidade de pagamento</li> <li>O pagamento desembolsado pelo doente aumenta o risco de incumprimento por parte deste</li> <li>Cobertura de seguro de saúde reduzida para os serviços de HIV</li> <li>Desgaste dos profissionais de saúde com formação para os serviços de HIV</li> <li>Desafios logísticos para garantir a disponibilidade de produtos</li> <li>Aumento do volume de documentação para as farmácias</li> <li>Relutância em referir pacientes elegíveis das unidades do sector público para o privado</li> </ul>

**TABELA 1.** Resumo dos modelos de distribuição descentralizada (por modelo)

MODELO	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA/TAMANHO	FINANCIADOR/PI	CARACTERÍSTICAS	SUCESSOS	DESAFIOS
Farmácia comunitária (sem taxa)	<p><b>Nigéria</b> 68 FC vinculadas a 35 hospitais públicos em quatro estados (Abuja, Kano, Katsina e Nasarawa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiador: PEPFAR/CDC</li> <li>• Parceiro de implementação: IHVN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem taxas para o paciente</li> <li>• Custo do programa ~USD 3.000 por farmácia por ano</li> <li>• As FC recebem gratuitamente os ARVs do Governo e um montante para cobertura dos serviços</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais de 5.500 pacientes referidos para as FC para levantamentos de ARVs</li> <li>• 98% de retenção e 100% de taxa de supressão viral</li> <li>• Resultou num descongestionamento gradual das unidades de saúde pública</li> <li>• Redução do estigma</li> <li>• Horários flexíveis de levantamento</li> <li>• Custo reduzido para os pacientes, uma vez que podem efectuar o levantamento mais perto de casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa fixa (~USD 245 por farmácia, por mês, independentemente do número de pacientes atendidos) não incentiva a FC a tentar aumentar o número de pacientes</li> <li>• A sustentabilidade é problemática porque se baseia na disponibilidade de financiamento de doadores</li> </ul>

**TABELA 1.** Resumo dos modelos de distribuição descentralizada (por modelo)

MODELO	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA/TAMANHO	FINANCIADOR/PI	CARACTERÍSTICAS	SUCESOS	DESAFIOS
Farmácia Comunitária (cobra uma taxa de dispensa)	<b>Uganda</b> Quatro unidades públicas de elevado volume estão vinculadas a seis FC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiador:</li> <li>• PEPFAR/CDC</li> <li>• Parceiro de implementação:</li> <li>• IDI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem taxas para o paciente</li> <li>• A medicação de cada paciente é obtida a partir da sua unidade primária e entregue pelas equipas de logística do IDI</li> <li>• Um enfermeiro financiado pelo IDI é colocado em cada farmácia para auxiliar na distribuição de TARV e outras tarefas</li> <li>• As FC estão abertas diariamente até tarde, incluindo aos fins-de-semana e feriados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerca de 9.000 pacientes registados ao longo de um período de 21 meses</li> <li>• Taxa de retenção de 98%</li> <li>• Mais de 99% dos pacientes ainda se encontram em supressão viral</li> <li>• O tempo de espera em unidades públicas foi reduzido de &gt; 3 para &lt; 1,5 horas</li> <li>• Incentiva a adesão ao tratamento e comportamentos de promoção da saúde dos clientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os pacientes pretendiam levantamento com duração superior a 2 meses</li> <li>• Os pacientes pretendem enviar confidente para levantar os ARVs em seu nome</li> <li>• Pretendem que o horário de expediente da farmácia se prolongue para além das 20h00, embora os enfermeiros dispensadores já trabalhem mais horas</li> <li>• Os pacientes com HIV a participar noutros programas também querem ser referidos para centros IDI para que possam aceder a este serviço</li> <li>• O programa depende da disponibilidade do enfermeiro dispensador na farmácia</li> </ul>

**TABELA 1.** Resumo dos modelos de distribuição descentralizada (por modelo)

MODELO	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA/TAMANHO	FINANCIADOR/PI	CARACTERÍSTICAS	SUCESOS	DESAFIOS
Farmácia Comunitária (cobra uma taxa de dispensa)	<b>Zâmbia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financiador: PEPFAR/CDC</li> <li>Parceiro de implementação: CIDRZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciou em Outubro de 2018</li> <li>Horas de trabalho flexíveis</li> <li>Nenhuma taxa para o paciente (as FC comprometem-se com o princípio da responsabilidade social das empresas)</li> <li>Os farmacêuticos recebem um valor mensal de ~ USD 75,00</li> <li>Horário de funcionamento alargado, incluindo aos fim-de-semana (aberta até às 22h00)</li> <li>Os dados são recolhidos pela equipa do CIDRZ numa base semanal/mensal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>237 pacientes até Fevereiro de 2019 (o programa é novo, pelo que os dados sobre a retenção, supressão viral, etc. ainda não estão disponíveis)</li> <li>Os pacientes poupam tempo e dinheiro</li> <li>Horários flexíveis de levantamento</li> <li>Os pacientes não têm de pagar pelo serviço</li> <li>Estigma reduzido</li> <li>Os farmacêuticos são mantidos actualizados sobre os serviços de HIV</li> <li>Aumento da clientela na farmácia</li> <li>Redução dos encargos para as unidades de saúde pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades públicas hesitantes em referir os pacientes para o sector privado</li> <li>Necessidade de um forte sistema de encaminhamento entre unidades públicas e privadas/farmácias comunitárias</li> <li>Os esquemas de pré-pagamento/seguro de saúde são essenciais para a sustentabilidade</li> <li>Necessidade de supervisão contínua</li> </ul>

**TABELA 1.** Resumo dos modelos de distribuição descentralizada (por modelo)

MODEL	GEOGRAPHIC LOCATION/SIZE	FUNDER/ IMPLEMENTING PARTNER(S)	FEATURES	SUCCESSSES	CHALLENGES
Unidade farmacêutica de dispensa (UFD)	África do Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiador: PEPFAR/USAID/CDC e Governo</li> <li>• PI: e-Farmácia da "Right to Care"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funciona como uma caixa multibanco e tem uma interface do tipo caixa multibanco, incluindo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>› Ecrã tátil, auscultador e tomada para auscultadores</li> <li>› Acesso autenticado por PIN</li> <li>› Comunicação visual e verbal interactiva</li> <li>› Contentor de recolha de medicamentos</li> <li>› Impressora de recibos de dispensa</li> </ul> </li> <li>• Os pacientes recebem notificações via SMS e lembretes para assegurar o levantamento atempado e a adesão ao tratamento</li> <li>• O doente não paga pelo serviço</li> <li>• Recolha popular, tempos e dias de grande volume</li> <li>• Onze idiomas oficiais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 UFD estiveram envolvidas em mais de 160.000 episódios de dispensa</li> <li>• Horário flexível de levantamento dos ARVs e fácil consulta</li> <li>• 96% de conformidade da recolha desde o início</li> <li>• 78% dos itens dispensados têm sido TARV de primeira linha</li> <li>• Mais de 260.000 itens dispensados</li> <li>• Manteve uma média de 98% de conformidade de recolha nos últimos 3 meses</li> <li>• As unidades também contêm outros medicamentos crónicos, o que evita a estigmatização do HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de fornecimento estável de electricidade e Internet de alta velocidade</li> <li>• Necessidade de capital inicial elevado</li> <li>• Necessidade de uma logística robusta de última milha</li> </ul>

**TABELA 1.** Resumo dos modelos de distribuição descentralizada (por modelo)

MODEL	GEOGRAPHIC LOCATION/SIZE	FUNDER/ IMPLEMENTING PARTNER(S)	FEATURES	SUCCESSSES	CHALLENGES
Unidade de recolha de receitas médicas (URRM)	<b>África do Sul e Zâmbia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiador: PEPFAR/USAID</li> <li>• PI: e-Farmácia da "Right to Care"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ar condicionado</li> <li>• Automatizada. Tem um sistema para envio de lembretes aos pacientes e capacidade de rastrear quando o paciente levanta os medicamentos</li> <li>• Acesso muito rápido aos medicamentos, o paciente pode obter a reposição em menos de um minuto</li> <li>• Sem pessoal (por isso liberta RHS) e instalado em locais seguros</li> <li>• Utiliza tecnologia de telemóvel inteligente</li> <li>• Acessível e fácil de instalar</li> <li>• O paciente não paga e pode ir levantar medicamentos em qualquer hora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estigma reduzido</li> <li>• Os farmacêuticos mantêm-se a par dos conhecimentos sobre os serviços actuais do HIV</li> <li>• Aumento da clientela na farmácia</li> <li>• Redução dos encargos para as unidades de saúde pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessita de uma logística muito boa até ao destino</li> <li>• O controlo da temperatura requer uma fonte estável de electricidade</li> </ul>

**TABELA 1.** Resumo dos modelos de distribuição descentralizada (por modelo)

MODEL	GEOGRAPHIC LOCATION/SIZE	FUNDER/ IMPLEMENTING PARTNER(S)	FEATURES	SUCCESSSES	CHALLENGES
Unidade central de dispensa	<b>África do Sul e Zâmbia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiador: PEPFAR/USAID</li> <li>• Parceiro de implementação: e-Farmácia da "Right to Care" (USAID)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas automatizados, reduzindo assim a necessidade de RHS</li> <li>• Pontos de levantamento flexíveis, incluindo FC, supermercados, igrejas, cacifos, retalhistas</li> <li>• O paciente escolhe o ponto de levantamento</li> <li>• Os pacotes de medicamentos mensais (ou múltiplos meses) são enviados para o ponto de levantamento selecionado</li> <li>• Os pacientes não têm de pagar pelo serviço</li> <li>• Envia aos pacientes lembretes via SMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução do estigma porque dispensa medicamentos para outras doenças crónicas</li> <li>• Melhor experiência para os pacientes (tempo de espera reduzido, distância de deslocação reduzida)</li> <li>• Fácil de monitorar a partir de um ponto central</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As unidades públicas hesitam em encaminhar os pacientes para o sector privado (conduz a uma inscrição lenta na DD)</li> <li>• Custos elevados devido ao número limitado de pacientes</li> <li>• As marcações de levantamento falhadas aumentam os custos</li> <li>• As marcações falhadas distorcem as estatísticas mensais</li> <li>• Logística inversa quando os pacientes não levantam os medicamentos</li> </ul>

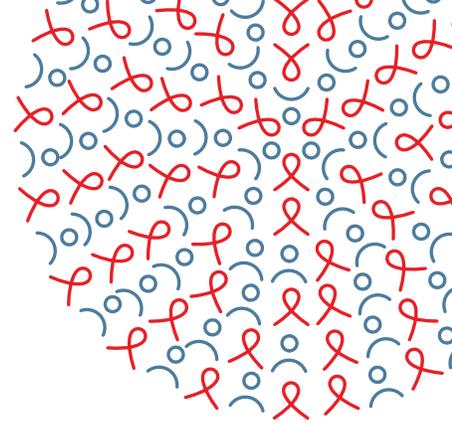
**TABELA 1.** Resumo dos modelos de distribuição descentralizada (por modelo)

MODEL	GEOGRAPHIC LOCATION/SIZE	FUNDER/ IMPLEMENTING PARTNER(S)	FEATURES	SUCCESSSES	CHALLENGES
Modelo de hospital privado com ARV gratuitos	<b>Uganda, Nigéria, Quênia, Tanzânia, Zâmbia, Essuatini, Lesoto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiador: PEPFAR/USAID/ CDC e Governos nacionais</li> <li>• Parceiros de implementação: diversos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presta serviços abrangentes sobre o HIV</li> <li>• Tem de estar licenciado com o número necessário de pessoal formado</li> <li>• Recebe do Governo medicamentos ARV gratuitos</li> <li>• O PI do PEPFAR presta assistência técnica</li> <li>• Apresenta relatórios mensais ao Governo</li> <li>• Os pacientes pagam pelos serviços mas não pelos medicamentos ARVs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduz o estigma</li> <li>• Comodidade</li> <li>• Tempo de espera reduzido</li> <li>• Os pacientes contribuem para os seus cuidados de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessita de monitoria contínua</li> <li>• Aumento das necessidades de gestão de dados</li> <li>• Em alguns casos, não há documentação e relatórios adequados por parte do sector privado</li> <li>• Procura na rede estatal abastecimento de ARV</li> <li>• A sustentabilidade financeira é problemática, uma vez que o modelo depende da recepção de medicamentos e das diretrizes do Governo/doadores</li> <li>• Receio de estigmatizar outros pacientes que se deslocam ao hospital, caso seja encarado como um hospital HIV</li> <li>• Cobertura limitada do seguro de vida</li> </ul>

**TABELA 2.** Resumo dos modelos de DD de TARV (por país)

<b>PAÍS</b>	<b>TIPO DE MODELOS IMPLEMENTADOS</b>
Nigéria	FC, Hospital privado
África do Sul	UFD, DDCMC, cacifos, FC, Hospital privado
Zimbabué	Hospital privado
Zâmbia	FC, cacifos UCD, Hospital privado
Maláui	Hospital privado
Essuatíni	Hospital privado
Lesoto	Hospital privado
Tanzânia	Hospital privado
Uganda	FC, Hospital privado
Quénia	Hospital privado





## 4

### **Orientações para a implementação e expansão da DD de TARV através do sector privado**

A DD de TARV complementa os modelos de PSD no sector público e deve ser acrescentado ao menu de opções disponíveis. As decisões dos Governos ou PI para introduzir ou expandir um ou mais dos MDD devem ter em consideração uma grande variedade de factores específicos de cada país. Alguns desses factores podem ser analisados, avaliados e rastreados ao longo do tempo. No entanto é essencial compreender que esses factores estão na sua maioria inter-relacionados e, por isso, afetam-se uns aos outros. Por exemplo, a distribuição de rendimentos na população de PVHIV, a CdP, por parte dos pacientes, de medicamentos ou serviços de saúde específicos e a presença e solidez de unidades do sector privado podem estar intimamente ligadas. Assim, qualquer decisão informada sobre a expansão dos MDD deve considerar estes múltiplos factores de modo abrangente e não de forma isolada.

#### **4.1 Ao decidir sobre um modelo DD do sector privado, considere o seguinte:**

##### **4.1.1 Qual é o tamanho da população do seu país/programa de pacientes clinicamente estáveis que pode transitar para um sistema de distribuição do sector privado?**

- A maioria dos pacientes inscritos no programa de TARV estão clinicamente estáveis: De acordo com o relatório PEPFAR de 2019 apresentado ao Congresso dos EUA, cerca de 80 por cento de todas as PVHIV que recebem TARV estão clinicamente estáveis, o que significa que uma grande coorte de pacientes pode ser inscrita em modelos diferenciados de cuidados, incluindo os implementados através do sector privado.
- Considere como esta população está distribuída por diferentes regiões ou províncias, para que a expansão dos modelos de DD possa dar prioridade aos que têm a maior prevalência de HIV e grande número de PVHIV em TARV.

##### **4.1.2 Qual seria o potencial impacto da expansão do MDD?**

- Pode utilizar um modelo matemático para avaliar o potencial impacto da implementação ou expansão de um ou mais dos MDD.

Um modelo em Excel, tal como o desenvolvido pela Palladium no âmbito do projecto Cumprimento de Objectivos e Manutenção do Controlo Epidémico (Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control, EpiC), financiado pelo PEPFAR e pela USAID, pode ser utilizado por decisores políticos, implementadores de programas, investigadores e quaisquer outros interessados em explorar os MDD, num país ou em unidades

sub-nacionais de um país. O modelo Palladium oferece aos utilizadores (e consumidores dos resultados) a oportunidade de captar os diferentes tipos de factores e dados necessários e de considerar as suposições baseadas em evidências, que devem ser feitas para produzir estimativas fiáveis.

As principais características deste modelo, incluindo as suas múltiplas etapas, o tipo de dados e parâmetros necessários, hipóteses e o tipo de resultados que produz, estão descritas no **Anexo 1**. Um exemplo ilustrativo de estimativa do impacto da expansão do MDD no Zimbabué está incluído no **Anexo 2**.

O modelo produz quatro resultados-chave:

- i. **O potencial máximo de mercado estimado para os MDD**, medido pelo número de PVHIV que recebe serviços de TARV através do sector público e que poderia ser elegível de transitar para um dos MDD no sector privado, teria acesso geográfico a, pelo menos, um dos MDD, teria os meios financeiros para o fazer (referido como CdP) e mudaria se o preço final a pagar num ou mais MDD fosse inferior a um determinado limite.
- ii. **Redução estimada do número de pacientes perdidos para o seguimento** (e potencialmente novas infecções e mortes relacionadas com a SIDA) devido a um aumento da proporção de pacientes em TARV que escolhem um dos MDD. Juntamente com uma melhor adesão ao tratamento, pode melhorar as taxas de supressão de carga viral.
- iii. **Redução de custos estimados para os financiadores** (por exemplo, Governos, PEPFAR), medida como a quantidade de recursos financeiros que os financiadores pouparão através da expansão dos MDD se uma determinada proporção desse mercado potencial de PVHIV transitar para um MDD. As poupanças resultariam na redução das despesas com recursos humanos, infraestruturas, medicamentos ARVs, diagnósticos laboratoriais, vigilância de pacientes, etc. Embora o modelo não inclua poupanças associadas com um menor número de pacientes a transitar para regimes mais caros de segunda linha ou a necessitar de tratamento para infecções oportunistas ao abrigo dos MDD, estes custos acrescentariam à poupança global estimada para o programa.
- iv. **Redução de custos estimados para os pacientes que recebem cuidados para o HIV**, medida como a quantidade de recursos financeiros a ser poupada de modo agregado, após os pacientes optarem por levantar os seus medicamentos ARVs (e potencialmente outros serviços para o HIV) através de MDD e não apenas através de unidades públicas. Estas poupanças de custos incluiriam poupanças de custos indirectos reduzidos, tais como custos de transporte e custos de oportunidade (tempo de deslocação, tempo de espera na unidade de saúde e tempo dos cuidadores informais para os que têm crianças) e menos consultas por ano. Estas poupanças de custos serão parcial ou totalmente anuladas se os MDD não forem totalmente subsidiados ou exigirem algum pagamento dos pacientes para levantar os seus medicamentos ARVs ou serviços para o HIV.

## 4.2 Siga estas etapas ao planear a implementação/expansão de DD do TARV

### 4.2.1 Assegure a existência de políticas de suporte e requisitos legais/regulamentares

As políticas e regulamentos governamentais para o envolvimento do sector privado na oferta de serviços TARV são essenciais para o sucesso da estratégia. A liderança e orientações dos funcionários governamentais nacionais é também fundamental para o sucesso da implementação e expansão do MDD. As políticas têm de abordar o seguinte, permitindo:

- DMM dos ARVs
- Participação do sector privado na prestação de serviços de HIV (com orientações claras sobre quem pode fornecer o TARV e a frequência das reposições/seguimento).
- Dispensa em locais alternativos, tais como, através de modelos automatizados.
- Partilha de medicamentos do estado com o sector privado. A política deve também abordar as alterações necessárias na rede de abastecimento para acomodar a transferência dos produtos do sector público para o sector privado.
- Partilha de informações dos pacientes entre as unidades públicas e privadas e requisitos de notificação para garantir que não exista dupla notificação ou subnotificação de dados.

Além disso, as políticas devem definir mecanismo/procedimentos necessários para assegurar a qualidade dos serviços no sector privado (por exemplo, inclusão do sector privado em eventos nacionais de formação, grupos de trabalho técnicos, acreditação, ciclos de GQ/MQ).

De uma perspectiva legal/reguladora é importante assegurar que os canais privados, tais como as farmácias envolvidas na DD do TARV, estejam registados e funcionem legalmente e que os farmacêuticos tenham uma licença actualizada. Os governos e programas podem trabalhar com as autoridades reguladoras de medicamentos e associações de farmacêuticos para assegurar processos eficientes e transparentes de licenciamento das FC (se necessário) que expressem o interesse em participar na DD para TARV.

### 4.2.2 Envolver os principais intervenientes desde o início

As experiências dos países que implementaram modelos de DD demonstraram que um dos factores mais importantes para a introdução e implementação bem-sucedida de modelos diferenciados de cuidados e tratamento baseados na comunidade, incluindo a DD no sector privado, foi a adesão de múltiplos intervenientes (para exemplos de intervenientes-chave, consultar a Figura 9). Ajudará a gerar a consciência e apropriação da intervenção. O compromisso deve abordar e alinhar os interesses de cada um dos vários intervenientes com os interesses dos pacientes.

As decisões finais sobre os modelos de DD a utilizar devem ser tomadas após o envolvimento dos intervenientes. Por exemplo:

- O envolvimento do MS a todos os níveis assegura a existência de políticas e diretrizes de apoio de introdução e alterações necessárias na rede de abastecimento e nos sistemas de monitoria/avaliação.
- O envolvimento das PVHIV e da sociedade civil assegura que o modelo seleccionado é aceitável para estas e que as suas questões (por ex., taxa de serviço) são abordadas.
- O envolvimento de provedores do sector privado ajuda a abordar a sua motivação, incentivos e justificação para o seu envolvimento na prestação de cuidados.

**FIGURA 9.** Exemplos de intervenientes-chave



- O envolvimento dos provedores de cuidados de saúde do sector público no planeamento de DD para o TARV é igualmente importante, uma vez que estes devem aceitar e participar activamente no referenciamento dos seus pacientes para o sector privado. O compromisso deve abordar as suas preocupações sobre a capacidade de auto- cuidado dos pacientes e a necessidade de apoio à adesão e seguimento. O envolvimento dos intervenientes do sector público também ajuda a desenvolver uma relação com o pessoal da farmácia comunitária (ou outros provedores do sector privado) para uma implementação harmoniosa do programa.
- Realização de reuniões periódicas com todos os intervenientes-chaves para os sensibilizar sobre os MDD, solicitar a respectiva retro- informação e fornecer actualizações contínuas sobre o processo de implementação/expansão.

#### 4.2.3 Identificar e acordar os modelos de DD a implementar/expandir a nível nacional ou em diferentes áreas sub- nacionais

- A decisão sobre qual modelo (ou modelos) a implementar deve ter em consideração a dimensão da população de pacientes clinicamente estáveis em TARV e o potencial impacto dos diferentes modelos (conforme descrito acima). Os factores adicionais incluem:
  - » Participação dos intervenientes;
  - » Viabilidade de implementação de um determinado modelo (por exemplo, em ambientes onde a electricidade e o acesso à Internet não são fiáveis, os modelos de dispensa automatizada não podem ser mantidos);
  - » Acessibilidade e distribuição geográfica dos canais privados de dispensa;
  - » Aceitabilidade dos diferentes modelos para os pacientes (satisfazem as suas necessidades em termos de comodidade, privacidade, etc.);
  - » Necessidades/lacunas não colmatadas pelos modelos de PSD existentes;
  - » Populações não abrangidas pelos modelos existentes, tais como os homens.
- Selecione um ou mais modelos adequados ao seu contexto (farmácia comunitária, um dos modelos de dispensa automatizada ou de hospital privado).
- Para modelos selecionados, decida-se e, quantos pacientes podem contribuir para os seus cuidados de saúde. As contribuições dos pacientes tornariam um modelo mais sustentável do que modelos totalmente subsidiados.
  - » A disponibilidade e capacidade dos doentes para pagar (DpP) pode ser diferentes em áreas geográficas (por ex., nas cidades e rurais). Para estimar a DpP e a CdP, considere a realização de uma avaliação rápida ou efectue a extrapolação de estimativas a partir de dados sobre a utilização de outros serviços de saúde no sector privado (se tais dados estiverem disponíveis), ou mesmo dados para alguns serviços para o HIV de países com um contexto semelhante relacionado com a epidemia do HIV. As associações de PVHIV também podem fornecer contributos valiosos.
  - » Nos casos em que o modelo de DD envolve quaisquer encargos para os pacientes, devem ser antecipadas as alterações à CdP dos doentes ao longo do tempo e deve ser criado um mecanismo para uma transição fácil e atempada dentro e fora do sector privado e entre os modelos, conforme necessário. Mesmo que alguns pacientes possam inicialmente pagar a taxa de serviço individualmente, o TARV é um compromisso vitalício e o custo pode tornar-se insuportável, em algum momento, no futuro (por exemplo, se a situação económica de um indivíduo mudar).

- » Dependendo do DpP e CdP, delibera-se se é expectável que os pacientes paguem uma taxa. As escolhas possíveis incluem os modelos onde se encontram serviços e medicamentos:
  - Totalmente pago pelos doadores/Governos
  - Subsidiado por doadores/Governo com pacientes a pagar parte do custo (por exemplo, taxa de dispensa, taxa de aconselhamento de adesão, etc.)
  - Coberto parcial ou totalmente pelo seguro de saúde, ou totalmente pago pelos pacientes (estas opções são actualmente pouco frequentes, mas podem ser aplicáveis num número limitado de contextos).

#### 4.2.4 Defina os critérios de selecção para a participação na DD do TARV através do sector privado

Ao planear introduzir a DD através do sector privado é importante definir com transparência os critérios utilizados para (1) seleccionar as unidades públicas que melhor podem beneficiar da transição de uma parte dos seus pacientes para o sector privado, (2) seleccionar as unidades/postos privados com os quais estabelecerá parcerias e (3) seleccionar os pacientes elegíveis para receber os respectivos ARVs a partir de uma unidade privada. Os critérios encontram-se descritos abaixo.

##### Para as unidades públicas

Os principais objectivos da DD do TARV consistem em melhorar a experiência do paciente e descongestionar as unidades de saúde pública. Assim, as principais considerações na selecção de unidades a partir das quais os pacientes estáveis (que derem o consentimento) serão referidos para o sector privado para continuarem com o TARV, incluem:

- Grande população de pacientes clinicamente estáveis em TARV
- Elevado volume diário de pacientes atendidos
- Tempos de espera longos
- Escassez de RHS
- Incapacidade dos actuais modelos de PSD em satisfazer as necessidades da população de pacientes da unidade (por ex., reflectida numa elevada taxa de abandonos para o seguimento).

As unidades movimentadas estão normalmente localizadas em zonas urbanas ou peri-urbanas, nas quais um elevado número de unidades do sector privado está também disponível para facilitar a transição. Uma avaliação da situação de base das unidades públicas, incluindo o diálogo com os provedores e pacientes, ajudará a acordar/definir um valor numérico para cada um destes critérios.

##### Para unidades/canais privados

O envolvimento com vendedores (para modelos automatizados) ou profissionais de farmácia, organismos reguladores e de licenciamento facilitará a selecção de canais privados apropriados. Os critérios para a selecção incluem:

- Estar registado e possuir licença
- Localização conveniente e infraestruturas adequadas
- Pessoal com formação (ou disposto a receber formação. Nesse caso, devem ser avaliadas as necessidades de formação). Para modelos de dispensa automatizada, o pessoal também deve possuir conhecimentos e experiência na utilização do modelo automatizado seleccionado
- Disponibilidade para participar na DD de TARV.
- Disponibilidade para assinar um MdE com uma instituição de saúde pública/Governo/doador, que define os termos de compromisso e as funções e responsabilidades de cada parte envolvida no processo.

## Para os pacientes

Os critérios de selecção de pacientes clinicamente estáveis podem variar um pouco de país para país e evoluir com o tempo, à medida que são introduzidos novos ARVs mais fáceis de tomar. A OMS define os pacientes clinicamente estáveis, como:

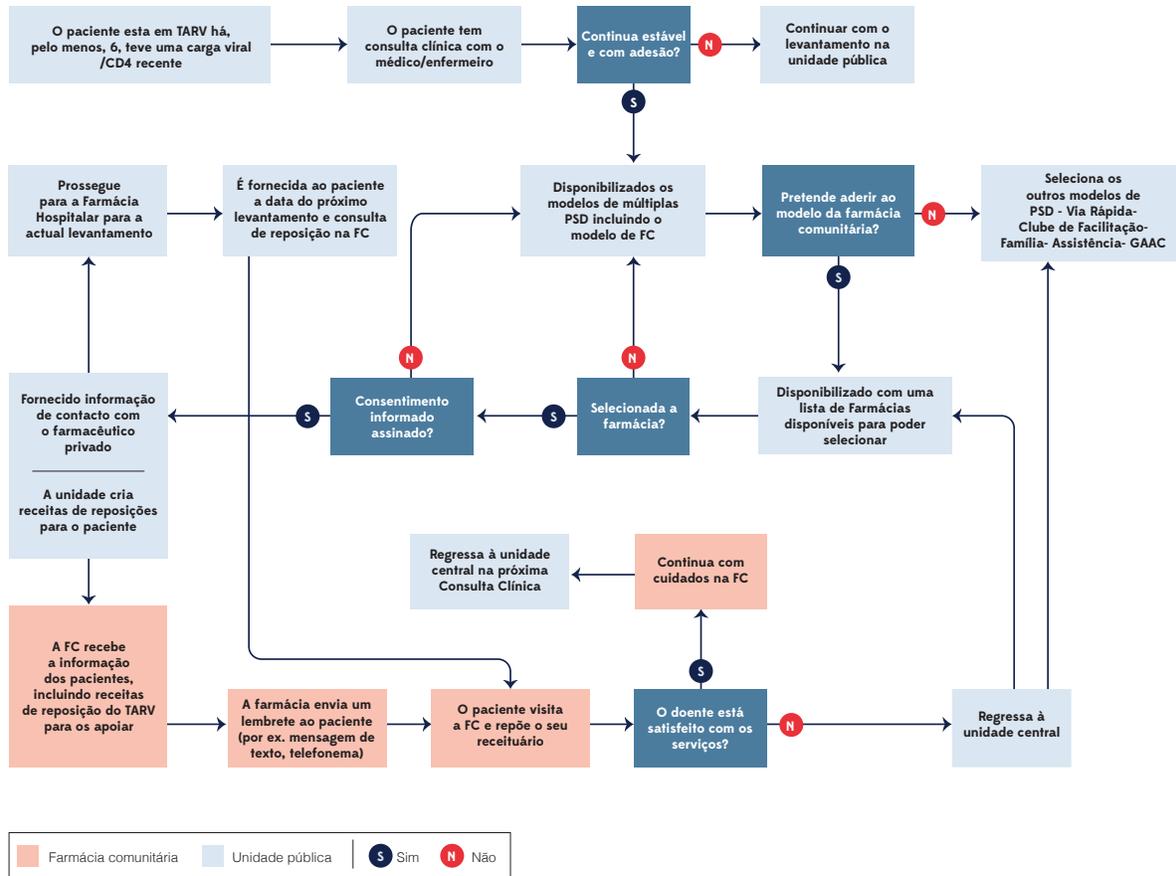
- Em TARV durante, pelo menos, um ano (note que alguns programas de alguns países encurtam este período para seis meses)
- Sem reacções adversas a medicamentos que exijam controlo regular
- Sem doenças actuais ou gravidez e não está actualmente a amamentar
- Um bom entendimento da adesão vitalícia
- A evidência do sucesso do tratamento, tais como duas medidas consecutivas de carga viral indetectável ou, na ausência de monitoria da carga viral, contagem ascendente de CD4 ou contagem de CD4 acima das 200 células/mm<sup>3</sup> (note-se que a escala dos testes de carga viral é fundamental para assegurar a inclusão bem-sucedida dos pacientes, tanto nos modelos de PSD como nos MDD e deve progredir em conjunto).

O exemplo do percurso para referir pacientes estáveis de uma unidade para um modelo de DD seleccionado (neste caso, uma farmácia comunitária) é apresentado na Figura 10. Os modelos de DD de TARV devem ser disponibilizados juntamente com os modelos de PSD existentes e os pacientes devem ser autorizados a fazer uma escolha informada.

Todos os pacientes elegíveis para a PSD com base nas diretrizes nacionais são também elegíveis para a PSD de TARV. Os critérios adicionais incluem:

- Disponibilidade para se inscrever na DD de TARV
- Dar o consentimento informado por escrito.

**FIGURA 10.** Via de inclusão de pacientes clinicamente estáveis numa farmácia comunitária (ou outro modelo DD)



#### 4.2.5 Avaliação das infraestruturas das unidades do sector privado

A avaliação deve incluir os critérios para as unidades privadas enumerados na secção 3.2.4 (consultar também a Figura 11). Ao avaliar as farmácias comunitárias quanto às infraestruturas adequadas, assegure-se de que existem os seguintes requisitos mínimos:

- Espaço suficiente para acomodar o aumento de movimento de pacientes
- Espaço que garanta a privacidade áudio e visual, de modo a poder aconselhar/abordar as preocupações do paciente
- Espaço de armazenamento de medicamentos que satisfaça os requisitos (com temperatura não superior a 30 °C, não exposto a calor directo e nem humidade elevada, prateleiras adequadas, disponibilidade de armários com bloqueio)
- Espaço adequado ou infraestrutura electrónica para a gestão e armazenamento de fichas e registos de pacientes
- Sistema fiável de electricidade ou sistema de backup, rede GSM e acesso à Internet, que são essenciais caso sejam utilizados sistemas electrónicos para notificação e partilha atempada de informações
- Medidas de segurança contra arrombamento/roubo (janelas, portas seguras, espaços de armazenamento trancados).

Para os modelos de dispensa automatizada, avaliar estes requisitos de infraestrutura:

- Sistema de registo médico electrónico fiável que poderá ligar-se aos registos das unidades para permitir a dispensa automatizada
- Sistema fiável de entrega para assegurar o aprovisionamento atempado dos inventários
- Sistemas de notificação ao paciente, de lembretes e de disponibilização de informações em caso de dúvidas sobre o uso de medicamentos
- Sistema fiável de electricidade ou sistema de backup, rede GSM e acesso à Internet, essenciais para modelos de distribuição automatizada e quaisquer modelos onde se introduza a recolha electrónica de dados
- Se aplicável, uma central de atendimento para responder às preocupações dos pacientes durante a dispensa automatizada.

Além disso, embora a distribuição de medicamentos para doenças crónicas que não são os ARVs, não seja um requisito é considerada uma vantagem, uma vez que ajuda a reduzir o estigma.

Uma vez avaliadas as farmácias comunitárias, estas devem ser mapeadas em torno das unidades de saúde pública. O processo de selecção e mapeamento das farmácias comunitárias deve também envolver os principais intervenientes-chave.

**FIGURA 11.** Identificação de farmácias comunitárias



#### 4.2.6 Desenvolver uma estratégia de negócio para apresentar à farmácia comunitária ou a outras unidades privadas

Após a avaliação e mapeamento das farmácias comunitárias, realize um diálogo sobre a estratégia de negócio com os proprietários das FC qualificadas. A estratégia de negócio deve destacar os seguintes benefícios para a farmácia:

- Receitas directas provenientes de taxas por serviço e receitas indirectas provenientes de necessidades acessórias de medicamentos
- Aumento da visibilidade do farmacêutico, devido ao envolvimento em intervenções de saúde pública
- Agradecimento/reconhecimento especial durante as conferências nacionais da Sociedade Farmacêutica/ associação profissional
- Aumento de tráfego
- Reforço sólido das capacidades, que pode ser aplicável a outras áreas da doença e que contribui para o desenvolvimento profissional.
- Responsabilidade

Após o diálogo, os proprietários devem deliberar se estão interessados em participar no fornecimento de reposições de ARVs e cuidados farmacêuticos aos pacientes. Os que aceitarem serão então solicitados a assinar um MdE com o Governo ou qualquer outra organização relevante.

#### 4.2.7 Desenvolver a capacidade do fornecedor em oferecer serviços de qualidade

Os provedores privados podem ter diferentes níveis de disponibilidade para o fornecimento das reposições de ARVs e serviços associados ao HIV.

- Com base nas lacunas identificadas durante a avaliação das unidades e antes do lançamento na unidade da DD para o TARV, formar os farmacêuticos e o pessoal das farmácias comunitárias selecionadas para garantir que estes:
  - » Têm um entendimento claro sobre as políticas, orientações e protocolos nacionais relevantes
  - » Têm conhecimentos necessários sobre os medicamentos ARVs e estão aptos a aconselhar os pacientes sobre o uso correcto, efeitos secundários, motivos para contactar o respectivo provedor de cuidados de saúde, etc
  - » Entendam e consigam manter os padrões de qualidade dos cuidados de saúde
  - » Estão aptos a oferecer aconselhamento de qualidade sobre a adesão.
  - » Sabem quando e para onde referenciar os pacientes
  - » Compreendam a importância de evitar o estigma e a discriminação, oferecendo ao mesmo tempo serviços às PVHIV
  - » Compreendam os requisitos de gestão de informações e possuem as competências necessárias para cumprir estes requisitos.
- Como parte da construção de uma relação entre o pessoal da unidade de saúde pública e das unidades privadas, o pessoal da farmácia comunitária deve visitar as unidades públicas como parte da orientação inicial, para compreender os procedimentos e processos ao nível do centro durante os cuidados do TARV, o que permitirá melhores auscultações e comunicações.
- Plano para o desenvolvimento contínuo de capacidades. Uma vez que a gestão do HIV evolui com o tempo à medida que novos medicamentos vão sendo lançados, os provedores do sector privado necessitarão de formações e actualizações para garantir que estão a prestar cuidados de saúde de excelente qualidade. Os Governos e os programas deverão:

- » Envolver os provedores do sector privado em programas de formação nacionais, tanto quanto possível
- » Explorar a aprendizagem electrónica ou através da Internet, que poderá ser mais prática para o sector privado da saúde, uma vez que muitas vezes estão menos dispostos ou capazes de deixar o seu pessoal sair das unidades para participar em formações/workshops.
- Coordenar com associações farmacêuticas, redes do sector privado e outras sociedades profissionais responsáveis pela educação médica contínua, como parte dos requisitos de acreditação e licenciamento. O envolvimento destas associações/redes na realização de avaliações de situação de base e quaisquer actividades de formação subsequentes podem reforçar a respectiva capacidade de fornecer garantia de qualidade e futura formação de RHS, contribuindo assim para a sustentabilidade de MDD de TARV
- Estabelecer um mecanismo de monitoria periódica (com indicadores definidos), supervisão de apoio e revisão do desempenho desde o início, o que assegurará a adesão às melhores práticas e a melhoria contínua da qualidade.

#### 4.2.8 Criar demanda para DD TARV, respeitando sempre a escolha informada

Existem diversos modelos de PSD que estão actualmente a ser implementados no sector público em vários países. A DD de TARV através do sector privado é uma opção adicional que tem os seus próprios benefícios. De modo a criar demanda para os modelos de DD de TARV:

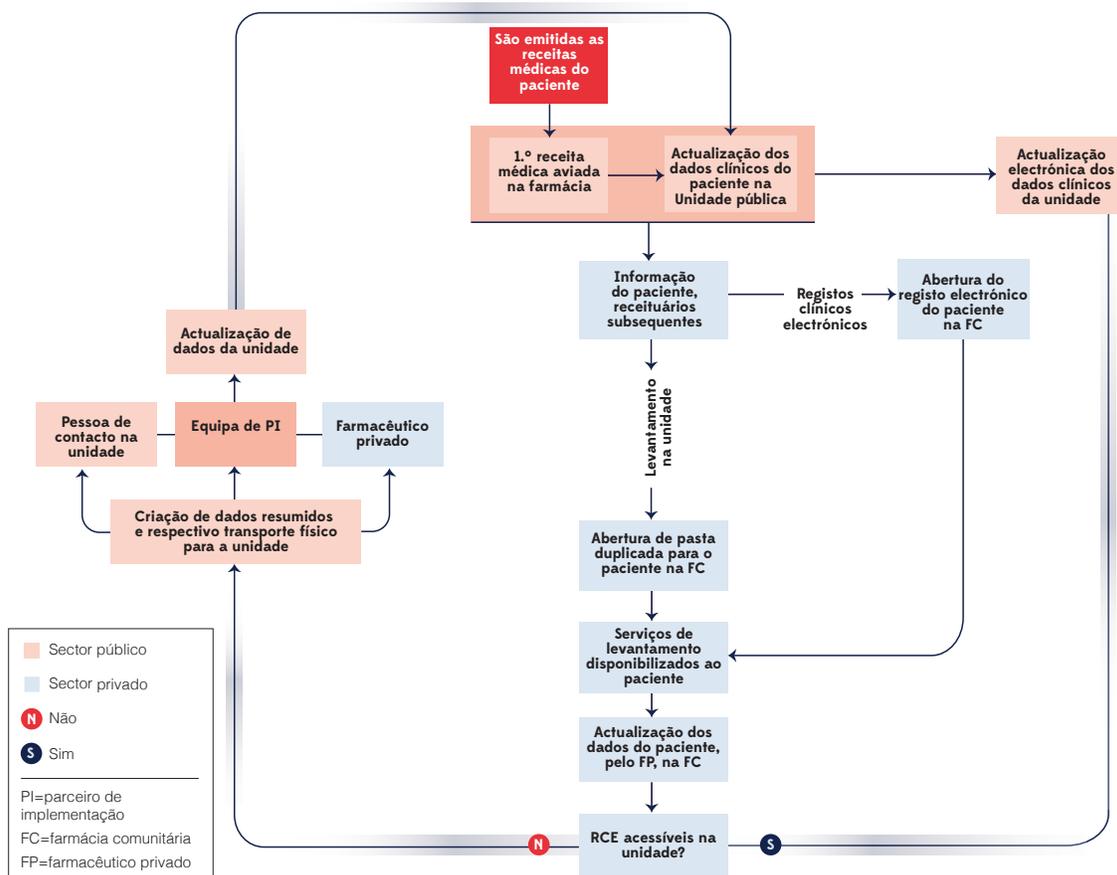
- Sensibilizar o pessoal das unidades de saúde pública sobre a disponibilidade dos modelos de DD e fornecer-lhes todas as informações e ferramentas relevantes
- Adicionar a opção de DD do sector privado à lista de opções públicas de PSD que são partilhadas com os pacientes ao nível das unidades
- Fornecer informações aos pacientes sobre os modelos de DD de TARV durante as discussões sobre adesão e reuniões do grupo de apoio. Educar os pacientes sobre o que é necessário para que possam participar no modelo e como manter a elegibilidade para permanecerem incluídos neste
- Desenvolver materiais de informação, educação e comunicação e disponibilizá-los aos pacientes para ajudar a compreender melhor os modelos de DD e os seus atributos, de modo a permitir-lhes fazer uma escolha informada da opção que melhor lhes convém
- Envolver associações de PVHIV para que possam informar os seus membros sobre a disponibilidade da DD no sector privado, para além de outros modelos de PSD
- Sempre que haja recursos disponíveis, a comunicação em massa deve ser utilizada, para educar os pacientes sobre os modelos de DD.
- Incentivar os pacientes que estão a usar o modelo de DD de TARV a partilhar as suas experiências com outros pacientes
- Assegurar aos doentes que são livres de regressar à unidade de saúde, a qualquer momento e por qualquer motivo e mudar para outra farmácia ou voltar a receber os seus ARVs no sector público, se não ficarem satisfeitos com o modelo do sector privado.

#### 4.2.9 Assegurar a existência de ferramentas e sistemas de gestão, monitória e avaliação de dados

Ao nível do programa, os doadores e o Governo devem recolher e analisar dados, de forma rotineira, tais como taxas de retenção, supressão de carga viral e custos associados com os pacientes que pagam os seus ARVs através de modelos de DD. Os locais de levantamento podem ou não ser controlados nos sistemas HMIS nacionais existentes ou no sistema de controlo DATIM do PEPFAR. Para efeitos de notificação ao MS e PEPFAR, os doentes incluídos na farmácia comunitária ou modelos automatizados de DD continuam a ser contabilizados nas unidades pública onde recebem as suas receitas médicas. Por conseguinte, os dados de serviços de rotina dos pacientes, incluindo as reposições de TARV utilizando o MDD, devem ser comparados com o relatório da unidade central e submetidos ao MS e PEPFAR como parte dos requisitos de notificação de rotina. A figura 12 apresenta a ilustração de um fluxo de dados entre uma unidade pública e uma unidade privada que disponibiliza reposições. Segundo um modelo de DD de hospital exclusivamente privado, a unidade privada que emite a receita aos pacientes deve ser a unidade de notificação para os pacientes atendidos por esta.

Os modelos de DD devem ser indicados no livro de cuidados e tratamentos do paciente como opções disponíveis entre as quais os pacientes podem escolher. Devem ser atribuídos aos modelos códigos específicos, de acordo com o sistema nacional. Estes códigos/modelos devem também ser incluídos na lista de marcação automatizada.

**FIGURA 12.** Ilustração do fluxo de dados entre as unidades públicas e privadas



Ao nível das unidades, há necessidade de um sistema efectivo e eficiente de recolha de dados e intercâmbio bidirecional entre as instalações de saúde pública e os provedores do sector privado. As ferramentas de recolha de dados devem ser simples, com orientações claras sobre quais os indicadores a registar e que mecanismo os provedores privados utilizarão para partilhar esses dados com a unidade pública:

- Estabelecer um sistema para retro-informação de dados entre a unidade pública e o provedor do sector privado. Será preferível um sistema electrónico que permita a partilha de dados em tempo real. Contudo, se não estiver disponível, deve ser utilizado um sistema baseado em papel para modelos não automatizados (por ex., FC, hospital privado) enquanto se envida esforço para evoluir para um sistema electrónico
- No caso dos modelos de dispensa automatizada, assegurar o suporte da partilha electrónica/em tempo real dos dados dos pacientes entre a unidade de saúde pública e o modelo de dispensa automatizada
- Adaptar as abordagens de gestão de dados conforme necessário. À medida que o número de pacientes que utilizam o MDD aumenta em escala é necessário reduzir a carga de dados sobre o provedor do sector privado, o que pode exigir um **sistema electrónico de gestão de dados** mais eficiente (ver barra lateral)
- Desenvolver ferramentas de recolha de dados e formar os provedores do sector privado sobre a sua utilização. A ferramenta de recolha de dados a ser utilizado pela FC deve ser semelhante à utilizada no ponto de dispensa da unidade, o que permitirá uma fácil transferência de informações entre as unidades públicas e privadas
- Desenvolver procedimentos operacionais padrão (POPs) sobre o preenchimento de instrumentos de recolha de dados e partilhar os POPs com os provedores do sector privado



## SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE GESTÃO DE DADOS

Um sistema electrónico de gestão de dados permite a transferência em tempo real entre os locais de recolha do sector privado e o sistema de notificação nacional. Poderão ser utilizadas aplicações em nuvem de entidades externas, que permitam o acesso controlado pelo sector público e privado. Um sistema em nuvem permitirá aos centros de recolha do sector privado entrar no sistema e introduzir a informação necessária; a unidade pública conseguirá ver a informação em tempo real e tomar uma acção adequada. Alguns países já utilizam ferramentas de dispensa de TARV (FDT) baseadas em nuvem, que permitem a partilha de informação e notificações em tempo real. Alguns das FDT são de acesso aberto e, por isso, podem ser adaptadas para utilização noutros países. Se o sector privado não tiver acesso ao sistema de informação nacional, deve ser considerada a contratação de programadores para construir uma interface de programação de aplicação (API) entre o sistema electrónico do ponto de recolha e a clínica de referência que trabalha os RCE. O API deve permitir a troca de dados em tempo real para assegurar a gestão e monitoria contínua dos pacientes. Um dos requisitos fundamentais para a partilha de dados entre as unidades privadas e públicas é a privacidade e a confidencialidade; por conseguinte, o sistema deve permitir a anonimização e retro-informação apenas de dados relevantes para efeitos de fornecimento das reposições para os pacientes e monitoria da adesão no sector privado. Os sistemas dos sectores privado e público devem ser devidamente protegidos com as respectivas firewalls para evitar o acesso não autorizado à informação. No mínimo, a partilha de informação sobre quem veio e não veio levantar os ARVs num dia específico deve ser comunicada à unidade de saúde para permitir um controlo atempado.

- Ao definir vias de partilha de dados para a fusão de dados dos sectores privado e público, tomar precauções para evitar a duplicação (por ex., quando os pacientes são transferidos e retransferidos diversas vezes, entre sectores).
- Assegurar que os provedores do sector privado sabem:
  - » Quando informar a unidade do sector público onde o paciente recebe as receitas de reposição
  - » Como enviar informações à unidade sobre os pacientes que levantaram os seus ARVs
  - » Notificar imediatamente a unidade, ou o mais cedo possível, sobre um paciente faltoso ou que foi reencaminhado para a unidade para análise. O mecanismo de detecção do faltoso na unidade deve ser acionado imediatamente após a recepção das informações por parte do provedor privado
- Sempre que o sector público tiver um sistema electrónico de registos clínicos (RCE) funcional, enviar esforços para criar a inter-operacionalidade com os RCE do sector privado
- Realizar reuniões periódicas de avaliação entre os provedores do sector privado e dos serviços de saúde públicos
- Realizar uma supervisão periódica de apoio aos fornecedores do sector privado por parte do MS ou peritos técnicos locais, membros de associações profissionais e outros organismos relevantes
- Desenvolver painéis de controlo das unidades, por distrito, região e país para monitorização da aceitação da DD de TARV e os resultados dos pacientes no âmbito do MDD.

Periodicamente, os programas devem realizar uma análise comparativa para assegurar que os modelos de DD respondem às necessidades dos pacientes. Os dados de monitoria de rotina sobre a adesão e supressão viral devem ser revistos e, sempre que possível, comparados com coortes semelhantes de outros pacientes estáveis que não estejam incluídos num modelo de DD. As comparações terão de se basear em dados longitudinais, armazenados e extraídos de sistemas RCE ou EDT, para pacientes que recebem medicamentos através de MDD e os que não estão incluídos nos MDD.

#### 4.2.10 Assegurar a disponibilidade dos ARVs no sector privado através dos ajustes necessários à cadeia de distribuição ou através de formas eficientes de transferência dos ARVs das unidades públicas para as privadas

Dependendo do modelo de distribuição, os ARVs podem ser distribuídos pelo nível central/regional do Governo, ou pela unidade de saúde pública que referenciou os pacientes, ou podem ser adquiridos directamente pelo provedor do sector privado. O principal objectivo da rede de distribuição é assegurar que os medicamentos estejam disponíveis no ponto de dispensa quando o paciente se apresenta no ponto de levantamento. O processo da rede de distribuição inclui provedores do sector privado, deve ser claramente definido, incluindo os pilares para o reabastecimento.

Existem três métodos de distribuição dos ARVs ao sector privado:

- Distribuídos pelo nível nacional/regional.
  - » Incluir as farmácias privadas seleccionadas na lista de fornecimento dos distribuidores nacionais/regionais
  - » Esboçar com clareza os processos de requisição, atribuição, recepção e procedimentos de notificação
  - » Se as farmácias comunitárias forem bastantes, estas podem ser agrupadas e pode ser utilizado um centro de recepção para um grupo de farmácias, para minimizar os custos de distribuição
  - » Formar os provedores do sector privado sobre a rede de distribuição governamental, para que possam preencher atempadamente a documentação necessária.

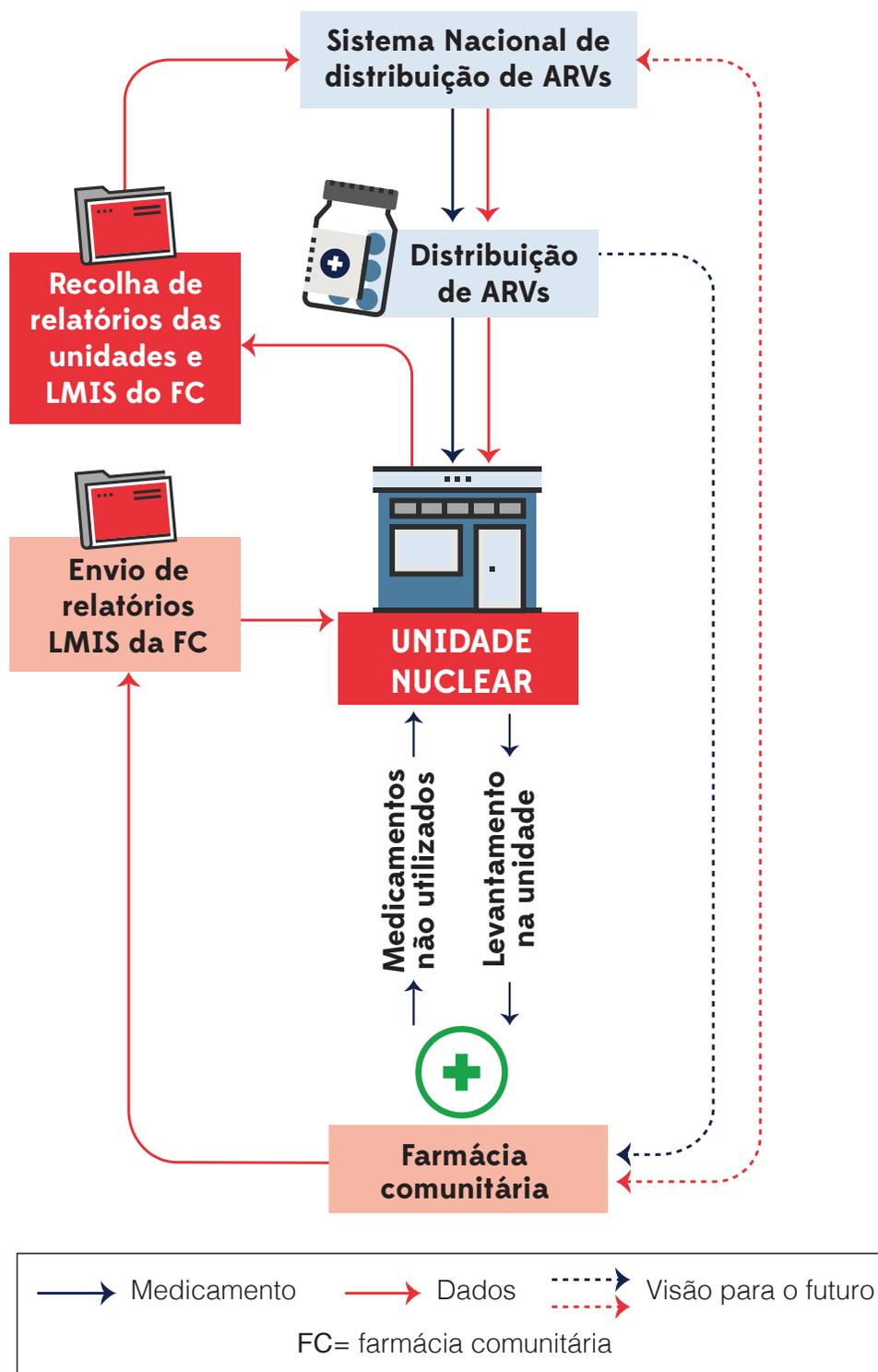
- Fornecido pela unidade de saúde pública (núcleo) às suas farmácias afiliadas (representantes).
  - » Assinalar as vias: determinar quem é responsável, como são transportados os medicamentos, para as unidades privadas, que documentação é necessária, com que frequência são as transferências de ARVs (para acomodar as reposições) e quais são os requisitos de notificação
  - » O pessoal da farmácia comunitária pode recolher os ARVs nas unidades públicas ou estes podem ser entregues pela unidade ou pelo pessoal do parceiro de implementação ou de facilitação
  - » Conceber/adaptar as ferramentas logísticas relevantes para utilizar na requisição, expedição, recepção e notificação
  - » Formar os provedores do sector privado sobre a rede de distribuição governamental, para que possam preencher atempadamente a documentação necessária. A farmácia comunitária deve enviar os relatórios logísticos à unidade de saúde pública em tempo útil para a elaboração dos relatórios nacionais.
- Adquiridos directamente.
  - » Se os ARVs forem adquiridos directamente por provedores do sector privado, analisar que tipo de apoio podem necessitar para gerir de forma eficaz o estoque e fornecer um desenvolvimento de capacidades com base nas suas necessidades
  - » Conceber/adaptar as ferramentas nacionais relevantes para utilizar na requisição, expedição, recepção e notificação
  - » Em caso de reembolso, deve ser acordada a documentação necessária.

Uma vez que algumas farmácias comunitárias podem já estar a armazenar ARVs é aconselhável considerar a marcação dos medicamentos financiados pelo Governo/doadores com a frase “financiado pelo Governo/PEPFAR, não se destina à revenda”, para permitir uma fácil diferenciação, o que também ajudará a assegurar que os produtos financiados pelo Governo/doadores não sejam vendidos aos pacientes. A utilização de um leitor de código de barras de embalagem primária, sempre que possível, contribuirá bastante para assegurar o rastreamento dos ARVs de um determinado paciente. Antes da criação destes sistemas, um sistema que entrega embalagens ARVs apenas para os pacientes referenciados para a farmácia privada específica e um relatório de consumo dos mesmos, garantirá a contagem destes.

A inclusão de outros medicamentos, tais como isoniazida para a terapêutica preventiva da TB, medicamentos para o tratamento da TB e PrEP, não só melhorará a experiência do paciente como também tornará os modelos mais eficientes.

É preferível um Sistema Electrónico de Informação de Gestão Logística (eLMIS) e, nos casos em que não exista, devem ser envidados esforços para conceber ou adquirir tal sistema para ser utilizado tanto pelo sector privado como pelo sector público. A figura 13 mostra o fluxo de dados de distribuição e consumo dos ARVs entre o sistema nacional de distribuição de ARVs, a unidade pública e privada. Potenciais alterações a este fluxo podem envolver a distribuição directa de ARVs do sistema nacional para a instalação privada.

**FIGURA 13.** Sistema logístico proposto

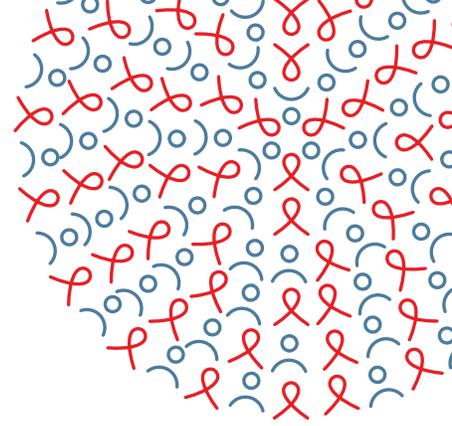


#### 4.2.11 Plano para sustentabilidade das abordagens DD de ARVs

A sustentabilidade dos modelos de DD depende dos países encontrarem formas alternativas de custear por eles. Considerar estes como os primeiros passos para a sustentabilidade:

- Defender e facilitar o aumento da cobertura do seguro de saúde para as PVHIV. Muitos países não têm políticas que exijam que as seguradoras de saúde privadas cubram os serviços de HIV. De modo a reforçar a participação do sector dos seguros de saúde, os Governos nacionais devem desenvolver projectos de apólices que assegurem que os serviços para o HIV estejam gradualmente a ser cobertos tanto pelos seguros de saúde universais como pelos prestadores de seguros de saúde privados. Estes projectos devem ter em conta os resultados de estudos de custos adequados sobre a prestação de cuidados para o HIV e pacotes de tratamento abrangentes. Correlacionar os diferentes componentes e o explicitar o custo de cada um deles (em vez de fornecer uma estimativa fixa) pode facilitar a construção de uma estratégia de negócio e a negociação da cobertura necessária com os prestadores de seguros de saúde.
- Explorar estratégias de modo a tornar os ARVs mais acessíveis no sector privado, nomeadamente:
  - » Apoiar a aquisição conjunta de ARVs, permitindo aos prestadores privados acederem ao fundo comum do Governo para poderem beneficiar de preços competitivos negociados pelo Governo, ou apoiando os prestadores privados a reunirem-se para negociar melhores preços.
  - » Estabelecer um preço limite para ARVs distribuídos através do sector privado, caso seja expectável que os pacientes comecem a pagar pelos ARVs, para além dos serviços. Deve considerar-se atentamente o que seria acessível para os pacientes, mantendo ao mesmo tempo alguma margem de lucro para o provedor privado.





## Resumo e Recomendações

Os modelos do sector privado podem trazer os serviços até mais próximo de casa e torná-los mais acessíveis e cómodos para as PVHIV que estejam clinicamente estáveis. Os MDD ajudarão a reduzir a sobrecarga nas unidades de saúde pública congestionadas e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes em TARV.

Os programas e os Governos podem deliberar que modelo pode funcionar melhor no contexto do seu país/ programa. Os diferentes modelos de distribuição descentralizada de TARV a ser implementados incluem:

- **Modelos de farmácia comunitária.** Os pacientes levantam ARVs gratuitamente (pagos pelo Governo/ doadores), mas são cobrados pelos serviços (distribuição, aconselhamento), ou recebem gratuitamente os ARVs e serviços.
- **Modelos de dispensa automatizada.** Inclui UFD, UFD/cacifos e UCD. Os pacientes não são cobrados pelos ARVs nem pelos serviços associados.
- **Modelos de hospitais privados.** Incluem hospitais onde os ARVs são fornecidos gratuitamente, mas os pacientes são cobrados por outros serviços e hospitais onde os pacientes são cobrados por serviços e pelos ARVs (pouco frequente).

A maioria dos distritos têm um número relativamente elevado de farmácias privadas (comunitárias) licenciadas, particularmente em áreas urbanas e periurbanas e a OMS recomendou recentemente o aumento do papel dos farmacêuticos comunitários no tratamento do HIV. Nos países onde o modelo de farmácia comunitária de DD está a ser implementado, os dados demonstram uma elevada taxa de reposições de receitas, elevada retenção nos cuidados de saúde e uma perda para o seguimento muito baixa.

Uma análise documental e entrevistas a informadores-chave que relataram o desenvolvimento deste guião revelaram que, embora existam políticas em vigor para cuidados diferenciados do HIV em unidades do sector público, faltam políticas específicas para a descentralização através do sector privado. Seria importante abordar esta lacuna e ter políticas em vigor que definissem o envolvimento do sector privado no cuidado e tratamento do HIV, mudanças necessárias na cadeia de distribuição e formas de assegurar que os fornecedores do sector privado tenham acesso a ARVs a preços acessíveis.

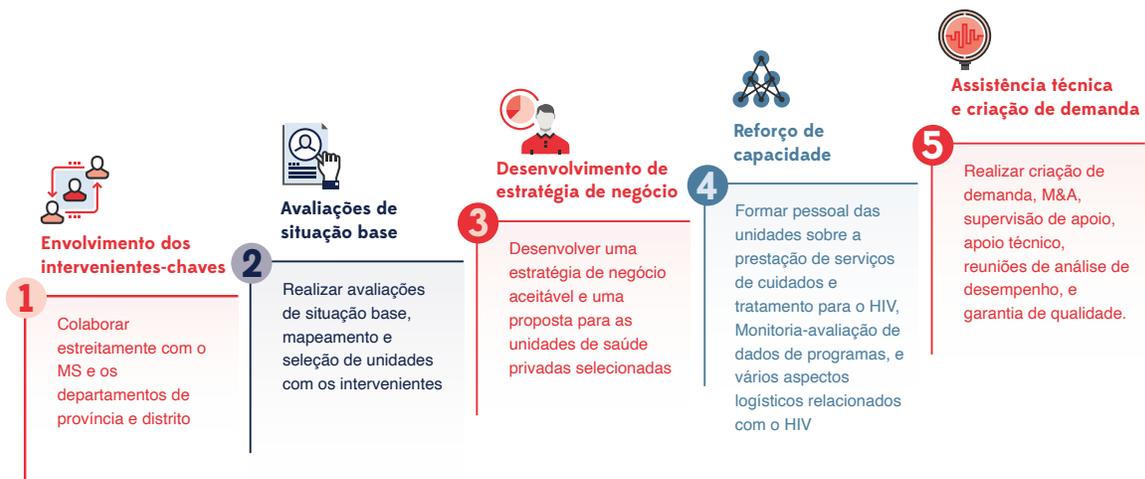
As considerações-chave para a expansão incluem:

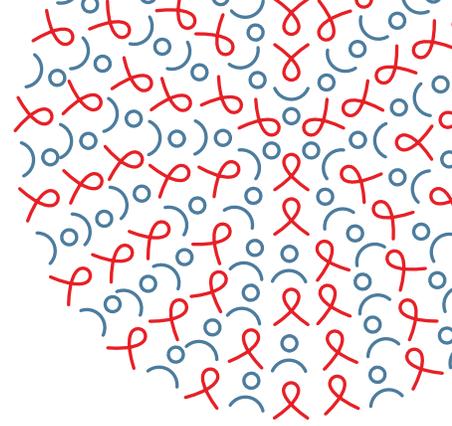
- **Realização de uma análise de mercado**, que deve ter em consideração a dimensão da população de pacientes clinicamente estáveis, o seu DpP para serviços no sector privado, potenciais economias de custos para o sector público e benefícios para provedores privados e pacientes.
- **Criação de um ambiente favorável**, que exigirá a defesa e o desenvolvimento de políticas de apoio, o envolvimento precoce e contínuo dos intervenientes, a melhoria da coordenação entre os sectores público e privado e a existência de um sistema de gestão de dados.
- **Assegurar a prontidão de serviços**, o que inclui infraestruturas adequadas, provedores formados, um mecanismo de garantia de qualidade/melhoria da qualidade e disponibilidade de ARVs.
- **Exigência de critérios precisos** para seleccionar as unidades públicas e privadas para participar na DD, bem como critérios para identificar pacientes clinicamente estáveis elegíveis para a transição para o sector privado.

### Etapas-chave para prosseguir a implementação de um modelo de DD

Uma vez concluída uma análise de mercado, siga estas etapas para poder implementar um modelo de DD:

#### ETAPAS-CHAVE PARA PROSSEGUIR A IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE DD





## Anexos

### Anexo 1: Descrição do modelo de estimativa para avaliar o potencial impacto da introdução/expansão dos MDD

A Palladium concebeu este modelo para disponibilizar estimativas sobre o potencial impacto da introdução ou expansão de um ou mais MDD. O modelo centra-se na estimativa do impacto epidemiológico, dimensão do mercado e economia de custos para financiadores e pacientes com HIV, com a introdução ou expansão de três MDD: Modelo de FC, de hospital privado e de cacifos centralizados.

O modelo de estimação não fornece estimativas de custo-eficácia para cada MDD, define limites para recomendar/não recomendar a implementação ou expansão dos MDD, ou sugestões sobre que tipo de MDD devem ser implementados, caso algum deva ser implementado. Este modelo proporciona aos decisores políticos e aos implementadores de programas (os utilizadores finais do modelo) uma melhor compreensão dos diferentes factores, que desempenham um papel na implementação/expansão do MDD e com estimativas ilustrativas sobre a magnitude da poupança de custos resultante da expansão de um ou mais MDD, num país ou região específica.

#### **Pressupostos, cenários e parâmetros para estimar os três principais resultados**

O modelo requer a identificação de dois cenários. O primeiro, um cenário de **situação de base** (também considerado o cenário de comparação, ou o cenário contra factual), que pressupõe que a cobertura de pessoas em TARV (incluindo sob qualquer um dos MDD actualmente em vigor) permanece constante durante um período de tempo específico. Assim, se um país ainda não tiver implementado quaisquer MDD, o cenário de situação de base não considerará nenhum doente sob os MDD durante o mesmo período de tempo.

O segundo cenário é o **cenário de expansão dos MDD**, que deve ser definido pelo utilizador através do fornecimento de informações-chave, incluindo a magnitude da potencial expansão, de um ou mais MDD, principalmente em termos de áreas geográficas e o preço final estimado para os pacientes com HIV se transitarem para qualquer um desses MDD.

O potencial acesso aos MDD é determinado através de três etapas. Em primeiro lugar, a população de interesse é definida como todos os pacientes com HIV em TARV que preenchem os seguintes critérios de elegibilidade: devem ter 18 anos ou mais, devem estar num regime de primeira linha e ter supressão viral.

Em segundo lugar, o modelo exige que os utilizadores identifiquem o potencial acesso geográfico para o cenário de expansão do MDD (regiões dentro de um país onde um ou mais MDD seriam implementados ou expandidos) durante o período de tempo (o modelo actualmente não permite diferentes níveis de penetração para cada modelo dentro das regiões, apenas se um modelo está ou não presente numa região específica). Em terceiro lugar, apenas as PVHIV com CdP mudará para um MDD (isto não implica que, na prática, todos aqueles com CdP mudem. Outros factores, financeiros ou não, desempenharão também um papel). Ver abaixo uma explicação para o método de cálculo da CdP.

Este modelo assenta em alguns **pressupostos** importantes. Primeiro, assume que, em média, os provedores privados que trabalham sob os MDD fazem um melhor trabalho no seguimento dos pacientes, pelo que as taxas de perda para o seguimento são menores sob os MDD. Em segundo lugar, assume que se um MDD tem alguma presença numa região específica, todas as PVHIV elegíveis para MDD podem potencialmente aceder a este. Em terceiro lugar, assume que se houver mais de um MDD disponível numa área geográfica e um paciente puder pagar mais do que um, terá a mesma probabilidade de mudar para qualquer um dos modelos.

### **Capacidade para pagar e potencial dimensão do mercado**

A estimativa da CdP é um elemento-chave no processo de estimativa de potencial de dimensão do mercado. Para estimar a CdP, o modelo necessita dos seguintes parâmetros-chave:

- Preço final para os pacientes em TARV ao abrigo de cada um dos MDD relevantes durante o período de criação de modelo (se a subvenção total estiver a ser considerada, o preço final para os pacientes seria fixado em zero).
- Rendimento médio dos agregados familiares, em quintis, do país (ou região).
- Proporção de PVHIV no país distribuída por quintis de rendimento.
- Uma estimativa da proporção dos respectivos rendimentos que a PVHIV estaria disposta a gastar a fim de mudar para um MDD.

Utilizando estes quatro parâmetros, o modelo estima o potencial dimensão máxima do mercado (número de todas as PVHIV elegíveis com CdP) para os MDD. O modelo também prevê o impacto epidemiológico com base em indicadores tais como o número de PVHIV em TARV, pacientes em TARV perdidos para o seguimento, número de novas infecções por HIV e número de mortes relacionadas com a SIDA.

### **Economia e custos para os financiadores e pacientes**

O modelo de estimativa calcula o montante de recursos financeiros a poupar pelos financiadores quando um certo número de PVHIV muda de um modelo público para um MDD. As reduções de custo para financiadores como Governos e PEPFAR podem vir sob a forma de redução de despesas na prestação directa de serviços HIV a pacientes (uma vez que mais pacientes terão acesso a serviços de HIV no sector privado); menos despesas dedicadas a recursos humanos, despesas gerais das instalações, medicamentos ARVs e diagnósticos laboratoriais, e menos esforço necessário para localizar pacientes que foram perdidos para o seguimento, entre outros. No entanto, também dependeria em que medida os financiadores ou doadores continuariam a financiar/subsidiar a prestação de alguns serviços para o HIV. Estas poupanças de custos serão compensadas por investimentos a realizar no arranque ou expansão dos custos de capital.

O modelo também estima a poupança de custos para os pacientes, subtraindo o quanto os pacientes pagariam pelos serviços para o HIV, se transitassem para um MDD o quanto poupariam em custos indirectos, principalmente através de redução de custos de transporte (uma vez que podem deslocar-se a centros de cuidados com menor frequência e talvez mais perto das suas casas) e redução de custos de oportunidade e investimento de tempo (sob a forma de salários perdidos em resultado de ter menos consultas e cada consulta demora menos tempo do que nas unidades públicas).

Comparando a situação de base com o cenário de MDD em expansão, o modelo de estimativa funde todos os fluxos de custos e benefícios durante um período de tempo específico e fornece ao utilizador o potencial

impacto líquido estimado, em poupança, tanto para os financiadores como para os pacientes de um país específico, dados os parâmetros fornecidos pelo utilizador.

### Requisitos dos dados

Para além dos parâmetros-chave indicados acima, o modelo requer as seguintes variáveis ao longo do período de tempo a especificar pelo utilizador:

- Preço final a ser pago pelos pacientes pelos serviços para o HIV se mudarem para qualquer um dos MDD disponíveis (isto pode incluir o preço da distribuição de ARVs, aconselhamento, CD4 e teste de carga viral, entre outros, tal como definido pelo utilizador no cenário MDD em expansão)
- Regiões geográficas onde os MDD estariam disponíveis
- Número de PVHIV elegíveis já ao abrigo de um MDD
- Taxa de supressão de carga viral prevista e de perdas para o seguimento de cada MDD
- Dados epidemiológicos do ficheiro oficial do Modelo de Impacto da SIDA (AIM) no espectro, incluindo estimativas do número de PVHIV com 18 anos ou mais e em TARV
- Dados programáticos sobre o número de novos pacientes por ano, taxa de perdas para o seguimento, percentagem de pacientes em regime TARV de primeira linha e taxa de supressão de carga viral
- Custo anual por paciente em TARV (repartido por recursos humanos, despesas gerais, ARVs e diagnósticos laboratoriais nas unidades do sector público e todos os MDD)
- Custos indirectos para pacientes com HIV: custos de transporte estimados e perda de salários (perda de produtividade) ao abrigo de todos os MDD relevantes.

Os dados para as duas primeiras variáveis devem ser fornecidos pelo utilizador do modelo. Os outros dados podem ser obtidos a partir de ficheiros nacionais AIM e bases de dados de PEPFAR para informações epidemiológicas, dados programáticos e administrativos de parceiros que implementam os MDD semelhantes noutros países da região e DHS e outras fontes de dados secundários. Se não estiverem disponíveis, devem ser discutidos e explorados com os intervenientes principais e parceiros locais. Em alternativa, podem ser extrapolados a partir de dados de anos anteriores, especialmente parâmetros que prevêem tendências futuras para o período de criação do modelo.

## Anexo 2. Exemplo ilustrativo: introdução e expansão dos MDD no Zimbabué

Aplicámos o modelo de estimativa ao contexto do Zimbabué, de modo a estimar o potencial dimensão do mercado, os impactos epidemiológicos e a poupança de custos para financiadores e pacientes se os MDD forem expandidos ou introduzidos no país para o período de 2020-2024.

### Contexto

Actualmente, não foi implementado nenhum MDD de forma consistente no Zimbabué. Dado que o Governo do Zimbabué e os doadores consideram a possibilidade de introduzir e depois expandir um modelo de farmácia comunitária, é importante conhecer o potencial dimensão do mercado, os impactos epidemiológicos e as potenciais economias nos custos para os financiadores e pacientes em diferentes cenários de expansão.

### Pressupostos

Foram definidos dois cenários: um cenário de situação de base, em que não existem MDD e um cenário de expansão da farmácia comunitária, que pressupõe que as farmácias comunitárias que prestam serviços de dispensa de ARVs aumentariam gradualmente nos próximos cinco anos e que os pacientes em TARV em Bulawayo, Harare, Kwekwe, Gweru e Mangwe teriam acesso às farmácias comunitárias até 2024.

A estimativa global baseou-se em dados do ficheiro Zimbabué AIM 2019, Zimbabué COP19 e dados do programa PEPFAR, estudos de custos de países semelhantes, Inquérito Demográfico e de Saúde 2015 e outras fontes. Foram feitas suposições preliminares relativamente aos possíveis preços finais para os

pacientes, para os cuidados ou medicamentos para o HIV, por ano, sob cada modelo e também relativamente à proporção do seu rendimento familiar que os pacientes seriam capazes de atribuir para pagar a mudança para um MDD. A Tabela 3 apresenta algumas das estimativas do impacto epidemiológico do HIV produzidas pelo modelo de 2020 a 2024, para ambos os cenários. Finalmente, o modelo também assume que 50% dos pacientes elegíveis para mudar para um MDD e com a capacidade de pagar para o fazer, mudariam para um MDD.<sup>4</sup>

## Conclusões

### Potencial dimensão do mercado

No cenário de expansão da farmácia comunitária, o modelo prevê que 130.875 pacientes em TARV estariam incluídos no modelo da farmácia comunitária até ao ano 2024, com base em critérios de elegibilidade, acesso geográfico, capacidade de pagamento e uma taxa de absorção de 50%, o que representa cerca de 10% de todas as pessoas com 18 anos ou mais de idade, em 2024. Ver Tabela 4 e Figura 14 para a inclusão antecipada para 2020-2024.

### Impacto epidemiológico

A Tabela 3 apresenta as estimativas epidemiológicas para ambos os cenários para um período de cinco anos. Uma vez que o Zimbabué já alcançou uma taxa elevada de retenção de pacientes em cuidados para o HIV, actualmente estimada em 93% em 2019, o aumento do modelo de farmácia comunitária terá um impacto mínimo na melhoria das taxas de perdas para o seguimento e da cobertura de TARV. Ainda assim, o modelo prevê pequenas melhorias na retenção nos cuidados, no âmbito do cenário MDD, resultando num número ligeiramente menor de novas infecções e mortes relacionadas com a SIDA entre 2020 e 2024.

### Economia nos custos

A expansão do modelo de farmácia comunitária reduz os requisitos de recursos do sector público para o HIV e permite alguma partilha de custos com os pacientes em TARV. Através da redução do número de pacientes que recebem ARVs no sector público, o Governo do Zimbabué e o PEPFAR poupariam cerca de 1,1 e 1,4 milhões de USD, respectivamente, em custos associados ao tempo e às despesas gerais das unidades de saúde pública, entre 2020 e 2024 (Tabela 5). A poupança de custos é relativamente modesta porque se espera que o Governo e os doadores continuem a pagar os ARVs e as visitas clínicas nas unidades públicas, que são os maiores motores de custos de TARV.

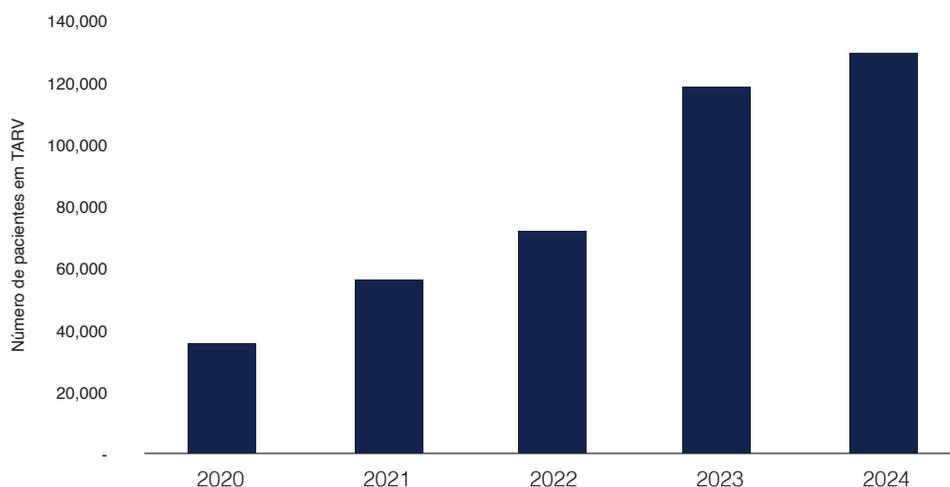
Embora a poupança de custos para o Governo e os doadores seja modesta, o modelo prevê que os pacientes em TARV irão experimentar poupanças de custos significativas através da redução dos salários perdidos ao mudar para o modelo de farmácia comunitária (Tabela 6). Entre 2020 e 2024, espera-se que os pacientes em TARV poupem 10,9 milhões de dólares em salários perdidos no cenário do MDD. Contudo, o modelo prevê que estas poupanças de custos sejam parcialmente compensadas pela introdução de taxas de dispensa para cobrir parcialmente o custo do provedor privado. A poupança líquida de custos para os pacientes é, portanto, estimada em 9,2 milhões de dólares. Se os preços finais para os pacientes no ponto de tratamento fossem mais elevados, a poupança de custos para o Governo e PEPFAR também seria mais elevada, mas a poupança de custos para os pacientes em TARV seria menor.

Em suma, o modelo prevê que a introdução e expansão de um modelo de farmácia comunitária no Zimbabué teria um impacto mínimo nos resultados epidemiológicos e na poupança de custos para o Governo e PEPFAR. No entanto, numa perspectiva centrada no paciente e nos custos, existem benefícios significativos. A poupança de custos dos pacientes entre 2020 e 2024 será mais de quatro vezes superior à poupança de custos estimada pelo Governo ou pelo PEPFAR. Os maiores níveis de subsidiação de preços e aumento do número de doentes CdP podem ter um impacto positivo nos níveis de inclusão que, por sua vez, aumentariam a poupança líquida global para o Governo e PEPFAR, quando mais pacientes foram incluídos neste novo modelo. Além disso, se o modelo for implementado em áreas onde a retenção é baixa, ou direccionado para algumas populações com baixa retenção, a poupança de custos poderá ser substancial a nível sub- nacional.

---

<sup>4</sup>A abordagem de modelo assume que os pacientes pagariam uma taxa de dispensa de \$1 por cada levantamento e que os mesmos farão quatro visitas de levantamento num ano. Em 2024, o modelo assume que metade dos pacientes em TARV farão, por ano, duas visitas de levantamento e metade farão quatro visitas de levantamento por ano.

**FIGURA 14.** Número de pacientes em TARV, incluídos anualmente no modelo de farmácia comunitária



**TABELA 3.** Estimativas associadas ao HIV, situação de base e contextos de expansão da DD

<b>CONTEXTO DE SITUAÇÃO DE BASE</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Pacientes HIV adultos em TARV	987.802	990.156	1.016.873	1.039.404	1.068.51
Cobertura de TARV (%)	81,3%	80,8%	82,2%	83,3%	84,8%
Doentes TARV perdidos para o seguimento	69.146	69.311	71.181	72.758	74.799
Novas infecções por HIV	38.474	37.750	37.533	37.292	37.004
Mortes associadas à SIDA	23.149	23.971	23.584	22.920	22.446
<b>CENÁRIO DE EXPANSÃO DA DD</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
pacientes HIV adultos em TARV	989.575	992.972	1.020.517	1.045.393	1.075.095
Cobertura de TARV (%)	81,5%	81,0%	82,5%	83,8%	85,3%
Doentes em TARV perdidos para o seguimento	67.498	66.692	67.792	67.189	68.713
Novas infecções por HIV	38.465	37.738	37.525	37.287	36.998
Mortes associadas à SIDA	22.705	23.240	22.803	22.220	21.777

**TABELA 4.** Estimativa dos pacientes elegíveis para inclusão na DD, por cenário

CENÁRIO DE SITUAÇÃO DE BASE		2020	2021	2022	2023	2024
Pacientes elegíveis para o MDD		929.122	937.293	945.898	954.754	964.333
Inclusão antecipada no modelo	Público	1.214.539	1.225.220	1.236.468	1.248.045	1.260.566
	Modelo de FC	0	0	0	0	0
CONTEXTO DE EXPANSÃO DA DD		2020	2021	2022	2023	2024
Pacientes elegíveis para o MDD		929.122	937.293	945.898	954.754	964.333
Inclusão prevista para cada modelo	Público	954.121	936.651	947.627	925.628	944.220
	Modelo de FC	35.454	56.321	72.890	119.764	130.875

**TABELA 5.** Total de custos e economias para os financiadores (milhões de USD)

MODELO	CUSTOS TOTAIS	CUSTOS PARA O GOVERNO	CUSTOS PARA O PEPFAR
Custos da situação de base	\$581	\$118	\$139
Custos de expansão da DD	\$580	\$117	\$138
Poupanças	\$1	\$1	\$1

**TABELA 6.** Economia nos custos para os pacientes (milhões de USD)

MODELO	TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	CUSTOS COM DESLOCAÇÕES	PERDAS DE SALÁRIOS
Custos da situação de base	\$0	\$63,3	\$270,3
Custos de expansão da DD	\$1,4	\$63,5	\$259,4
Poupanças	-\$1,4	-\$0,3*	\$10,9

\* Prevêem-se reduções nos custos de transporte para os pacientes levantarem medicamentos mais perto de casa ou perto do local de trabalho.

## Bibliografia

“UNAIDS Fact Sheet: Global AIDS Update 2019.” 2019. Available at: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf)

Turquoise PR Communications. 2014. *Automated pharmacy at SA's Busiest HIV Clinic Reduces Wait Times from 4 Hours to 18 Minutes*. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates. Available at: <http://www.health24.com/Medical/HIV-AIDS/News/Automated-pharmacy-at-SAs-busiest-HIV-clinic-reduces-wait-times-from-4-hours-to18-minutes-20131129>

Banke, K., S. Resch, J. Ugaz, J. Jackson, M. Chatterji, A. Talib, and E. Sanders. 2014. *Estimating the Untapped Capacity of the Private Sector to Deliver Antiretroviral Therapy in Kenya*. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.

Kramer, C., P. Riley, J. White, J. Ugaz, and P. Sloane. 2016. Availability of HIV Rapid Diagnostic Tests Over the Counter. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.

Osika J., D. Altman, L. Ekblad, I. Katz, H. Nguyen, J. Rosenfeld, Rosenfeld Taylor Williamson, and Sam Taper. November 2010. Zimbabwe Health System Assessment 2010. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc.

Yoswa M. Dambisya, Mulalo Manenzhe and Allie B. Kibwika-Muyinda. Faith-based health services as an alternative to privatization? A Ugandan case study. Occasional paper No. 25 – July 2014

Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme (2017); Assessment of Service Delivery and Financing of HIV Care and Treatment in the Private Sector in Kenya.

Kenya Supply Chain System Strengthening (2017): Expanding HIV/AIDS Care Provision through the Private Sector, Draft report on market assessment and solution design (McKinsey).

Dutta, A., Ginivan, M., Maina, T. and Koseki, S. (2018); Kenya Health Financing Systems Assessment. Washington, DC: Palladium Health Policy Plus.

Lee, B., A. Kahwa, A. Dutta, and R. Silaa. (2015); Potential for Financing HIV Services Through Health Insurance Schemes in Tanzania. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project

HP+ (2018); Kenya Health Systems Assessment, 2018 (Unpublished)

Gatome-Munyua, Agnes, Benson Chuma, Mbogo Bunyi, Josef Tayag, Lauren Weir, and Sean Callahan. (2015); Increasing Domestic Resources for HIV Coverage through Private Health Insurance in Kenya.

Ministry of Health. (2014). Kenya AIDS Strategic Framework 2014/15- 2018/19.

Ministry of Health. (2014). Kenya Health Policy 2014-2030. Nairobi: Ministry of Health.

Nicole Davisa, N. K. (2017). Review of differentiated approaches to antiretroviral therapy distribution.

Sargent, J. J. ( 2009.). Private Sector Involvement in HIV Service Provision. . Arlington, VA: USAID | AIDSTAR-One Project, Task Order 1.

Strategic framework for public-private partnerships for TB and HIV prevention, treatment, care and support 2014 – 2016. Zimbabwe, 2014.

The South African Private Healthcare Sector: Role and Contribution to the Economy. Econex, 2013

World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach – 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2016

Can differentiated care models solve the crisis in HIV treatment financing? Analysis of prospects for 38 countries in sub-Saharan Africa.

Barker C, Dutta A, Klein K. Can differentiated care models solve the crisis in HIV treatment financing? Analysis of prospects for 38 countries in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc.* 2017 Jul 21; 20 (Suppl 4)

Montagu, D., G. Yamey, A. Visconti, A. Harding, and J. Yoong. 2011. "Where Do Poor Women in Developing Countries Give Birth? A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Survey Data." *PLoS ONE* 6(2): e17155

SHOPS Project. 2012. Malawi Private Health Sector Assessment. Brief. Bethesda, MD: SHOPS Project, Abt Associates

Barnes, Jeff; O'Hanlon, Barbara; Feeley, Frank; McKeon, Kimberly; Gitonga, Nelson; Decker, Caytie. 2010. *Private health sector assessment in Kenya (English)*. World Bank working paper ; no. 193. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/434701468048274776/pdf/552020PUB0Heal10Box349442B01PUBLIC1.pdf> (accessed in December 2019).

Avong YK, Aliyu GG, Jatau B, Gurumnaan R, Danat N, Kayode GA, et al. (2018) Integrating community pharmacy into community based anti-retroviral therapy program: A pilot implementation in Abuja, Nigeria. *PLoS ONE* 13(1): e0190286. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190286>

Martin Ssuuna, Shamim Nakade, Sarah Zalwango, Julius Mubiru, Daniel Okello, Lawrence Otim, Joanita Kigozi. The IDI-KCCA Community Pharmacy ART Refill Program. <http://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2018/11/Community-pharmacy-poster-Infectious-Diseases-Institute.pdf> (accessed in November 2019)

Amuh, Dickson KS, Kumi-Kyereme A, Darteh EKM (2018) Understanding variations in health insurance coverage in Ghana, Kenya, Nigeria, and Tanzania: Evidence from demographic and health surveys *PLOS ONE* 13 (8) e0201833

Mbachu C, Okoli C, Onwujekwe O, Enabulele F. Willingness to pay for antiretroviral drugs among HIV and AIDS clients in south-east Nigeria. *Health Expect.* 2018;21:270–278.

Nwobi EA, Ossai EN, Aniwada EC, Ezeoke UE. Willingness to pay for highly active antiretroviral (HAART) drugs and HIV treatment monitoring tests among People Living with HIV/AIDS in Enugu State, Nigeria. *AM*

Uganda Ministry of Health. Implementation Guide for Differentiated Service Delivery Models of HIV and TB Services in Uganda. October 2017.

Zimbabwe Service Availability and Readiness Assessment 2015. <http://ncuwash.org/newfour/wp-content/uploads/2017/08/Zimbabwe-Service-Availability-and-Readiness-Assessment-Report.pdf>

Zimbabwe Ministry of Health and Child Care, Zimbabwe Operational and Service Delivery Manual for the Prevention, Care and Treatment of HIV in Zimbabwe. AIDS & TB Programme - February 2017. [https://www.differentiatedcare.org/Portals/0/adam/Content/JAOEKYYIREyKQ6R637vBmA/File/Zimbabwe\\_OSDM\\_webrevised\\_2017.pdf](https://www.differentiatedcare.org/Portals/0/adam/Content/JAOEKYYIREyKQ6R637vBmA/File/Zimbabwe_OSDM_webrevised_2017.pdf)

SHOPS Project. 2012. Malawi Private Health Sector Assessment. Brief. Bethesda, MD: SHOPS Project, Abt Associates

Magagula SV, (2017) 'A case study of the Essential Health Care Package in Swaziland', Discussion paper 112, MoH Swaziland, IHI and TARSC, EQUINET: Harare.

SHOPS Project. 2013. Tanzania Private Health Sector Assessment. Brief. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.

PEPFAR 2019 Country Operational Plan Guidance for all PEPFAR Countries. Available at: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/08/PEPFAR-Fiscal-Year-2019-Country-Operational-Plan-Guidance.pdf>

The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. 2019 Annual Report to Congress. Available at: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/PEPFAR2019ARC.pdf>

Reference: Service Availability and Readiness Assessment (SARA). An annual monitoring system for service delivery. WHO, 2015.

Uganda's Community Private Pharmacy Program: Bringing HIV Treatment Closer to Home  
<https://www.cdc.gov/globalhivtb/who-we-are/success-stories/success-story-pages/uganda-cpparp.html>

Avong YK, Aliyu GG, Jatau B, Gurumnaan R, Danat N, Kayode GA, Adekanmbi V, Dakum P. Integrating community pharmacy into community based anti-retroviral therapy program: A pilot implementation in Abuja, Nigeria. *PLoS One*. 2018 Jan 10;13(1)

Maranga A, Chicuecue S, Dias E, Oliveras E, Chalufu S, Libombo I. Feasibility of Improving Access to Antiretroviral Therapy through Community Pharmacies in Mozambique. Howard University, FHI 360, CMAM. Presented at the 22nd International AIDS Conference in Amsterdam, the Netherlands, 2018

MSF Access Campaign. Untangling the web of antiretroviral price reductions. 17th Edition, July 2014.  
[https://msfaccess.org/sites/default/files/MSF\\_UTW\\_17th\\_Edition\\_4\\_b.pdf](https://msfaccess.org/sites/default/files/MSF_UTW_17th_Edition_4_b.pdf) Accessed December 2019

Muko KN, Ngwu VC, Chigang LC, et al. Willingness to pay for treatment with highly active antiretroviral (HAART) drugs: a rural case study in Cameroon. *SAHARA J*. 2012;1(2):107-113

Ddhlovu T. Willingness to pay for health care and antiretroviral drugs; evidence from rural southern region of Malawi. Inaugural Conference of the African Health Economics and Policy Association. (AIHEA). 10th-12th March 2008. Accra, Ghana

New high-quality antiretroviral therapy to be launched in South Africa, Kenya and over 90 low- and middle-income countries at reduced price. <https://www.who.int/hiv/mediacentre/news/high-quality-arv-reduced-price/en/> Accessed December 2019

Talib, Aisha and Laurel Hatt. 2013. *Expanding Private Health Insurance Coverage for HIV and AIDS in Sub-Saharan Africa*. Brief. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates

National Guidelines for HIV Prevention, Treatment and Care 2016. National AIDS and STI's Control Programme. Available, [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/2016\\_nigeria\\_natl\\_guidelines\\_hiv\\_treat\\_prev.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/2016_nigeria_natl_guidelines_hiv_treat_prev.pdf)

Bhat N, Kilmarx PH, Dube F, Manenji A, Dube M, Magure T. Zimbabwe's national AIDS levy: A case study. *SAHARA J*. 2016;13(1):1–7. doi:10.1080/17290376.2015.1123646

White, James, Barbara O'Hanlon, Grace Chee, Emmanuel Malangalila, Adeline Kimambo, Jorge Coarasa, Sean Callahan, Ilana Ron Levey, and Kim McKeon. January 2013. Tanzania Private Sector Assessment. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc. SNAP 2016. Standard Operating Procedures for Implementing Community-centred Models of ART Service Delivery (CommART) in Swaziland 2016: Available [http://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2017/05/ICAP\\_CQUIN\\_Swaziland-SOPs\\_2016.pdf](http://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2017/05/ICAP_CQUIN_Swaziland-SOPs_2016.pdf)

Lesotho MOH 2016. Lesotho's National Guidelines on The Use of Antiretroviral Therapy for HIV Prevention and Treatment, 5th Edition. [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/lesotho\\_art\\_2016.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/lesotho_art_2016.pdf)

