




CUIDADOS DIFERENCIADOS PARA VIH:

---

## UM QUADRO DE DECISÕES PARA O FORNECIMENTO DE TRATAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS

É hora de fornecer em modo diferente.



A woman wearing a purple knitted hat and a white t-shirt is sitting in a red upholstered armchair. She is holding a small green object in her hands. The room has a textured, light-colored wall. To the left, there is a window with a colorful, patterned curtain. In the foreground, a table with a white tablecloth holds a bowl of oranges, a small white container, and some papers. Another red armchair is visible in the foreground on the right.

**Cuidados diferenciados: Relevantes globalmente, urgentemente relevantes na África subsaariana.**

**É hora de fornecer em modo diferente.**

Este *Quadro de Decisões* incide sobre o fornecimento de tratamentos antirretrovirais (TAR) na África subsaariana. Os conceitos aqui apresentados aplicam-se a uma audiência global. Serão desenvolvidas iterações adicionais para apoiar outras partes da cascata de tratamentos, subpopulações específicas e outros contextos. **Este é o primeiro passo.**

# ÍNDICE

---

Resumo Executivo .....	iv
Desafios comuns: Porque é hora de fornecer em modo diferente .....	1
<b>PARTE 1: INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
O que são cuidados diferenciados para VIH? .....	3
Objectivos do Quadro de Decisões .....	4
Quais são os princípios fundamentais de cuidados diferenciados? .....	4
Foco sobre fornecimento diferenciado de TAR e clientes estáveis .....	5
Porque é necessário diferenciar fornecimento de TAR? .....	6
Quatro modelos gerais de fornecimento diferenciado de TAR .....	7
<b>PARTE 2: ELABORAR UM MODELO DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR.....</b>	<b>8</b>
A abordagem de 5 passos do fornecimento diferenciado de TAR .....	9
<b>PARTE 3: QUAIS SÃO OS TRÊS ELEMENTOS A SEREM CONSIDERADOS? .....</b>	<b>14</b>
Os três elementos .....	15
Como diferenciamos com base em características clínicas? .....	16
Como diferenciamos com base na subpopulação? .....	17
Como diferenciamos com base no contexto? .....	18
Resumo dos três elementos .....	19
<b>PARTE 4: AS PEDRAS BASILARES DO FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR.....</b>	<b>20</b>
As pedras basilares .....	21
“QUANDO” são fornecidos TAR? .....	22
“ONDE” são fornecidos TAR? .....	24
“QUEM” proporciona fornecimento diferenciado de TAR? .....	26
“QUE” serviços devem ser oferecidos? .....	28
<b>PARTE 5: CONCLUSÃO .....</b>	<b>30</b>
Perguntas frequentes (FAQs) .....	32
Agradecimentos especiais.....	34
Referências .....	35
<b>ANEXOS .....</b>	<b>36</b>

## LISTA DE ESTUDOS DE CASO

---

1 Clubes de adesão a medicamentos (CAMs), Quênia.....	16
2 Clubes de adolescentes, Suazilândia.....	17
3 Clínica de redução de danos, Ilhas Maurícias .....	17
4 “Pontos de distribuição comunitários” (PODIs), Kinshasa, República Democrática do Congo (RDC).....	18

## LISTA DE EXEMPLOS

---

1 Clubes de adesão (CAs), África do Sul.....	23
2 Pontos comunitários de distribuição de medicamentos (PCDMs), Uganda .....	25
3 Grupos comunitários de reabastecimento de TAR (GCRTs), Zimbabwe .....	27
4 Prazo entre consultas e reabastecimentos de TAR "acelerados", Malawi.....	29

## ABREVIACÕES

---

ARV	Antirretroviral	ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para a VIH/SIDA
C&A	Controlo e avaliação	OMS	Organização Mundial da Saúde
CAs	Clubes de adesão (África do Sul)	PCDMs	Pontos comunitários de distribuição de medicamentos (Uganda)
CAMs	Clubes de adesão a medicamentos (Quênia)	PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para Combate à SIDA (EUA)
CCD	Centros para Controlo e Prevenção de Doenças (EUA)	PODIs	Pontos de distribuição comunitários (RDC)
CDF	Combinação de dose fixa	POPs	Procedimentos operacionais padrão
COIM	Co-morbidade ou co-infecção	PTMAC	Prevenção de transmissão mãe-à-criança
CV	Carga viral	PQIDs	Pessoas que injectam drogas
FAQs	Perguntas frequentes	PVVIH	Pessoas que vivem com VIH
GAC	Grupos de TAR comunitários	RME	Registo Médico Electrónico
GCRTs	Grupos comunitários de reabastecimento de TAR (Zimbabwe)	TAR	Tratamentos antirretrovirais
HSH	Homens que têm sexo com homens	TASO	A Organização de Apoio à SIDA (Uganda) TS Transexual
IAS	Sociedade Internacional de SIDA	TCS	Trabalhador de cuidados de saúde
IO	Infecção oportunista	TdS	Trabalhador(a) do sexo
MSF	Médicos Sem Fronteiras	USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
ONG	Organização não governamental		

# RESUMO EXECUTIVO



Cliente

Tenho que andar um caminho muito longo para ir à clínica e ainda tenho que ir todos os meses para recolher o meu TAR – mas sinto-me bem e tenho outros lugares onde ir.



Gerente nacional de TAR

Devemos atingir 90-90-90 e implementar "tratar todos". Como vamos alcançar isto com os recursos que temos?

Estas preocupações de um cliente e um gerente de programa de TAR formam o cerne de como continuamos a intensificar os serviços de TAR. Em todo o mundo, 36,7 milhões de pessoas vivem com o VIH e 17 milhões de pessoas estão a receber TAR. Com a introdução da recomendação da OMS de 2015 para "tratar todos" os indivíduos VIH-positivos com TAR, os sistemas de saúde, muitas vezes já sob extrema pressão devido à falta de recursos humanos e financeiros, devem reavaliar como os cuidados TAR são fornecidos.

Cuidados diferenciados visam fornecer uma estrutura para esta reavaliação da prestação de serviços. **Cuidados diferenciados é uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta serviços de VIH em toda a cascata para reflectir as preferências e expectativas dos diferentes grupos de pessoas que vivem com VIH (PVVIH), simultaneamente reduzindo encargos desnecessários sobre o sistema de saúde. Ao fornecer cuidados diferenciados, o sistema de saúde pode reorientar recursos para os mais necessitados.**

Durante a última década, foi documentada uma série de estratégias inovadoras para aumentar a retenção e adesão a TAR. Estas adaptações programáticas têm sido descritas como formas de "diferenciação" de como TAR são fornecidos. Este Quadro de Decisões centra-se na prestação de **fornecimento diferenciado de TAR** e, mais especificamente, concentra-se em modelos de serviço para clientes estáveis. O quadro destina-se a apoiar os gerentes de programas de VIH a nível nacional e

distrital para estabelecer modelos de fornecimento de TAR e orientando-os sobre como dar prioridade à implementação de fornecimento diferenciado de TAR para abordar desafios programáticos locais específicos. O Quadro de Decisões é apoiado por um compêndio em linha de conjuntos de ferramentas e melhores práticas disponíveis em [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).

Na Parte 1, apresenta-se uma perspectiva geral de cuidados diferenciados. Fundamenta-se porque o Quadro de Decisões se concentra no fornecimento de TAR e modelos de clientes estáveis. A Parte 2 descreve um plano de 5 passos para orientar os gerentes de programa de TAR em como estabelecer prioridades para as intervenções a implementar em resposta às especificidades do seu próprio contexto. Na Parte 3, apresentam-se os "elementos" chave de um cliente, incluindo as suas características clínicas, subpopulação e contexto. As "pedras basilares" de prestação de serviços são apresentadas na Parte 4 com exemplos ilustrativos. A Parte 5 proporciona uma conclusão seguida de respostas às perguntas mais frequentes sobre fornecimento diferenciado de TAR.

Para implementar "tratar todos", a comunidade de VIH deve agora actuar de forma diferente. É necessário apoio coordenado tanto de doadores como agências de implementação para abordar este desafio. Esperamos que este Quadro de Decisões constitua um instrumento prático para orientar a forma de fornecer de forma diferente com o objectivo de proporcionar aos nossos clientes um serviço de qualidade de VIH quando, onde e como eles querem.

**“Acredito que podemos acabar com VIH até 2030 se trabalharmos juntos em harmonia e sem discriminação.”**

- Jacquelyne Alesi, PVVIH, Uganda

# DESAFIOS COMUNS: PORQUE É HORA DE FORNECER EM MODO DIFERENTE



## PERSPECTIVA DO CLIENTE



**Porque tenho que estar na fila para ver uma enfermeira e estar na fila na farmácia se só venho recolher o meu reabastecimento de TAR?**

**Como podemos apoiar os clientes que estão a falhar o tratamento se estamos sobrecarregados com clientes aderentes?**



**Se me devo deslocar tão longe até à clínica, porque não posso recolher o tratamento para os outros na minha comunidade?**

**Como podemos oferecer TAR a todas as pessoas VIH-positivas se não obtemos recursos adicionais?**



## PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE

**Porque devo continuar a tomar o tratamento se me sinto saudável e a clínica está cheia de pessoas doentes?**

**Como vou prestar cuidados de qualidade a 100 clientes hoje?**



**Como vou manter o meu emprego se devo passar um dia por mês na clínica?**

**Porque é que os novos clientes, clientes doentes e clientes aderentes vêm todos à clínica com a mesma frequência?**



A woman wearing a vibrant purple and yellow floral sari is holding a young child. The woman is looking down at the child with a gentle expression. The child, wearing a white patterned shirt, is looking directly at the camera with a serious expression. The background is a wall made of vertical bamboo poles. In the upper left, a white box contains the text 'PARTE 1'.

PARTE 1

# INTRODUÇÃO



# O QUE SÃO CUIDADOS DIFERENCIADOS PARA VIH?

Nos últimos 15 anos, foram pilotadas estratégias inovadoras para melhorar a retenção e aumentar a adesão. Em muitos países de alta prevalência, parceiros de implementação têm apoiado modelos de fornecimento diferenciado de TAR, principalmente para clientes estáveis. Para apoiar implementação aumentada e coordenada, os programas nacionais devem fornecer orientação sobre fornecimento diferenciado de TAR, endossar políticas adequadas e dar prioridade ao fornecimento diferenciado de TAR.

Desenvolvido através de consultas técnicas e comunitárias, a declaração seguinte realça a definição de cuidados diferenciados:

## O que são cuidados diferenciados?

**Cuidados diferenciados são uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta serviços de VIH em toda a cascata para reflectir as preferências e expectativas de vários grupos de pessoas que vivem com VIH (PVVIH) ao mesmo tempo reduzindo sobrecargas desnecessárias no sistema de saúde. Fornecendo cuidados diferenciados, o sistema de saúde pode reorientar recursos para aqueles que mais necessitam.**

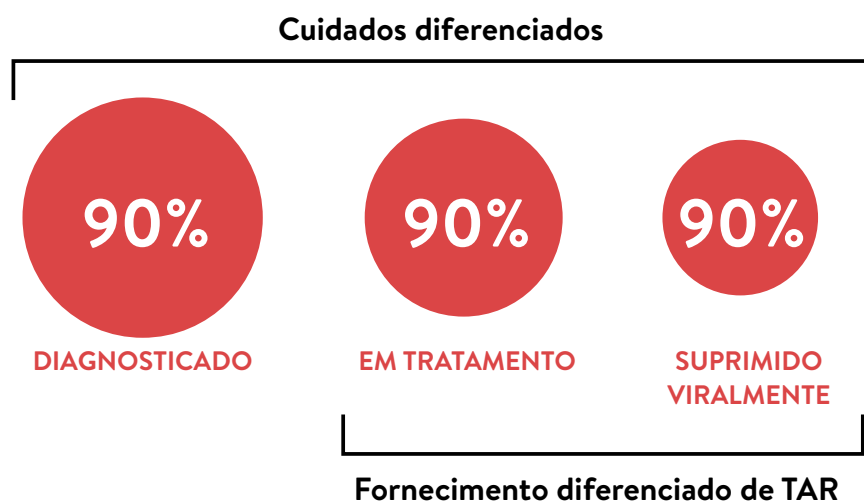
Cuidados diferenciados destinam-se a melhorar a qualidade da experiência do cliente, colocando o cliente no centro da prestação de serviços simultaneamente assegurando que o sistema de saúde está a funcionar em modo tanto medicamente responsável como eficiente. O impulsor central na adaptação da prestação de serviços são as necessidades do cliente.

A partir desse ponto de partida, deve também considerar-se a(s) população(ões) específica(s) de cliente(s) dentro da(s) qual(is) esse(s) cliente(s) pode(m) ser classificado(s) (por exemplo, mulheres grávidas, adolescentes, homens, populações-chave) e o contexto onde ele/ela vive e procura cuidados (por exemplo, urbano ou rural, cenário de conflitos). Estes elementos são adicionalmente descritos na Parte 3.

## Fornecimento diferenciado de TAR é um componente de cuidados diferenciados

Fornecimento diferenciado de TAR é um componente de cuidados diferenciados. Os princípios de cuidados diferenciados são apresentados no Quadro de Decisões no contexto de fornecimento de TAR (Figura 1). Cuidados diferenciados, no entanto, aplicam-se em todo o continuum de VIH e todos os três alvos 90-90-90 (90% das pessoas que vivem com VIH deve conhecer a sua situação; 90% das que conhecem a sua situação devem receber TAR; 90% das pessoas que recebem TAR devem ser virologicamente suprimidos) (1). Em outras palavras, cuidados diferenciados são abrangentes: desde examinar pessoas que desconhecem a sua condição de VIH até à supressão viral de clientes de VIH inscritos no cuidado. Além disso, cuidados diferenciados devem ser aproveitados para além do VIH para outras condições crónicas. PVVIH com co-morbidades crónicas podem ter melhores resultados de saúde se os seus serviços de saúde não de VIH forem incorporados com o seu modelo de cuidados diferenciados de VIH.

**Figura 1: Cuidados diferenciados é um conceito que se aplica a todo o continuum de VIH**



Cuidados diferenciados aplicam-se em todo o continuum de cuidados de VIH. Este Quadro de Decisões centra-se no fornecimento diferenciado de TAR.

# OBJECTIVOS DO QUADRO DE DECISÕES

Os objectivos do Quadro de Decisões para fornecimento diferenciado de TAR são de proporcionar:

- Os **antecedentes** dos princípios de cuidados diferenciados e fornecimento de TAR
- Um **menu de exemplos** de fornecimento diferenciado de TAR
- Orientação sobre como **estabelecer prioridades** para quais os elementos dos cuidados diferenciados devem ser implementados em um dado ambiente.

O quadro visa gerentes de programa de TAR tanto nacionais como distritais e, se for adequado, parceiros de implementação, doadores e outros que apoiam ou trabalham com o programa nacional de TAR.

O Quadro de Decisões é apoiado por um compêndio em linha de conjuntos de ferramentas e melhores práticas disponíveis em [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org). Os conjuntos de ferramentas disponíveis no sítio da web descrevem exemplos de melhores práticas do campo do fornecimento diferenciado de TAR, conjuntamente com ferramentas práticas para apoiar a implementação (por exemplo, procedimentos operacionais padrão, ferramentas de trabalho, ferramentas de C&A, materiais de formação).

## QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DOS CUIDADOS DIFERENCIADOS?

### Cuidados centrados no cliente

O princípio fundamental para diferenciar os cuidados é proporcionar fornecimento de TAR de uma forma que reconhece barreiras específicas identificadas pelos clientes e os capacita para gerir a sua doença com o apoio do sistema de saúde. OMS destaca a necessidade de cuidados centrados no cliente para melhorar a qualidade dos serviços de cuidados de VIH.



#### Directrizes da OMS

##### Quadro 1: Recomendações sobre cuidados centrados no cliente

“Com foco e organizados em torno das necessidades, preferências e expectativas de saúde das pessoas e comunidades, defendendo a dignidade e respeito individual, especialmente para as populações vulneráveis, e envolver-se e apoiar pessoas e famílias para desempenharem um papel activo no seu cuidado pessoal através de tomada de decisão informada.” (2)

Até à data, a maioria dos serviços de TAR foram fornecidos como serviços verticais independentes. No entanto, com uma coorte de clientes crescente e mais adulta, é necessária uma abordagem mais integrada para permitir que os clientes tenham supressão viral sustentada.

### Eficiência do sistema de saúde

Com a população de PVVIH apresentando necessidades cada vez mais diversas, reconhece-se que os sistemas de saúde deverão adaptar-se para além de uma abordagem de “o mesmo para todos”. Cuidados diferenciados apoiam a transferência de recursos para os clientes mais necessitados apoiando os clientes estáveis para que tenham interações mais reduzidas e menos intensas com o sistema de saúde.

Podem consultar-se os princípios orientadores para o fornecimento diferenciado de TAR do Programa Nacional de Sida da Suazilândia no Anexo 1.



Devo percorrer um caminho muito longo para chegar à clínica.

#### Mary, uma cliente

Conheça a Mary na página 13

# FOCO SOBRE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR E CLIENTES ESTÁVEIS

O *Quadro de Decisões* para fornecimento de TAR concentra-se especificamente em clientes que estão em tratamento. Este documento coloca o ênfase em modelos diferenciados de fornecimento de TAR para clientes estáveis.

## Diferenciação do fornecimento de TAR

Se bem que os princípios de cuidados diferenciados se apliquem a toda a cascata de VIH e de facto se estendam a outras doenças (Figura 1), existem impulso, orientação de política e evidência significativos para a implementação aumentada do fornecimento diferenciado a clientes estáveis. À medida que coortes de TAR alcançaram maturidade, um número crescente de pessoas em programas de tratamento estão viralmente suprimidas e não necessitam de controlo clínico e de laboratório frequente. Através da revisão dos modelos de fornecimento para clientes estáveis, a sua retenção e supressão melhoram. Ainda mais, reduzindo os encargos clínicos de clientes estáveis, estes recursos podem ser reatribuídos a clientes com maior necessidade.

**O *Quadro de Decisões para o Fornecimento de TAR* destaca modelos diferenciados de fornecimento de TAR para clientes estáveis com exemplos provenientes de ambientes de alta prevalência e de recursos restritos na África subsaariana.** Os detalhes de como definir um cliente estável são descritos nesta página. A maioria dos exemplos documentados de fornecimento diferenciado de TAR são para clientes estáveis. Além disso, e consistente com o peso da doença, a evidência é de ambientes de alta prevalência na África subsaariana. Com esse foco, desenvolvemos esta estrutura que pode ser utilizada para adaptações futuras. Em outras palavras, este é o primeiro passo.

Serão desenvolvidas iterações adicionais deste documento para apoiar outras partes da cascata de tratamento (por exemplo, testes e associação, iniciação de TAR), subpopulações específicas (por exemplo, adolescentes) e outros contextos (por exemplo, ambientes de baixa prevalência). Cuidados diferenciados podem ter o maior benefício potencial para grupos de clientes que actualmente têm resultados pobres. É necessária ciência de aplicação adicional para entender como as alterações aos modelos de fornecimento poderiam melhorar os resultados para grupos de clientes mal servidos.

## Definição de um cliente "estável"

Clientes estáveis são as PVVIH em TAR que são aderentes e não necessitam de consulta clínica frequente. No entanto, a definição de um cliente "estável" tem variado entre os modelos diferenciados implementados de fornecimento de TAR. Depende de acesso a recursos, tais como controlo de rotina de carga viral, e foi debatida durante o processo de orientação da OMS.

Nas Directrizes Consolidadas de 2016, a OMS publicou a seguinte definição de um cliente estável:

### Directrizes da OMS

#### Quadro 2: Definição de indivíduos estáveis

"Indivíduos estáveis são definidos como aqueles que receberam TAR durante pelo menos um ano e não apresentam reacções adversas a medicamentos que exigem controlo regular, doenças ou gravidez actuais, não estão actualmente a amamentar, têm bom entendimento de adesão ao longo da vida e evidência de êxito do tratamento (ou seja, duas medições consecutivas de carga viral abaixo de 1000 cópias/ml). Na ausência de controlo da carga viral, aumento das contagens de células CD4 ou contagens de CD4 acima de 200 células/mm<sup>3</sup>, uma medida objectiva de adesão, podem ser utilizadas para indicar o sucesso do tratamento." (2)

Existem exemplos de definições menos rigorosas de "estável". Por exemplo, no Zimbabwe e África do Sul, os clientes são elegíveis para fornecimento diferenciado de TAR após a sua primeira carga viral suprimida 3-6 meses após o início de TAR. Em modelos de fornecimento diferenciado da Organização de Apoio a SIDA (TASO), no Uganda, os clientes são elegíveis após apenas 10 semanas de TAR (ver página 25).

A maioria das definições de estável incluem uma duração mínima em TAR e uma medida de adesão ou sucesso do tratamento. Recomenda-se uma definição mínima e, em seguida, distritos e instalações podem adaptar os critérios. Por exemplo, a definição mínima pode incluir clientes que estão em tratamento durante pelo menos um ano e pode ser adaptada para aqueles em tratamento durante seis meses se o cliente tem uma carga viral suprimida.

# PORQUE É NECESSÁRIO DIFERENCIAR FORNECIMENTO DE TAR?

## 1. Para melhorar a vida dos clientes

Acima de tudo, fornecimento diferenciado de TAR pode melhorar a qualidade da assistência e acesso a tratamento para PVVIH. Pode melhor atingir populações mal servidas e abordar questões em torno de estigma e discriminação que muitas PVVIH encaram no acesso aos serviços de VIH. Fornecimento diferenciado de TAR é sensível às necessidades das PVVIH e frequentemente resulta em aumento dos níveis de adesão, satisfação do cliente e capacitação do cliente (3).

## 2. Para melhorar a eficiência e resultados do sistema de saúde

Apoiar clientes para iniciarem TAR é fundamental, mas não é suficiente – retenção no cuidado e adesão aos tratamentos eficazes é necessário para alcançar supressão viral. Dados de retenção de vários países demonstram que os programas de TAR encaram globalmente desafios substanciais na manutenção de clientes em TAR (4) com supressão viral (5). Dados de locais onde o fornecimento diferenciado de TAR tem sido adoptado destacam que tais intervenções podem ser parte de melhoramento de retenção e adesão e do alcance dos segundo e terceiro "90" destacados nos objectivos globais da ONUSIDA (Figura 1) (6, 7).

Quando TAR foram fornecidos pela primeira vez em ambientes de recursos limitados, a maioria dos clientes eram ingênuos sobre tratamento e apresentaram-se com doença

avançada, e os cuidados foram fornecidos da mesma forma a todos os clientes, independentemente da duração em TAR, co-morbidades ou outras necessidades médicas intercorrentes.

## 3. Para apoiar "tratar todos"

Em todo o mundo, 36,7 milhões de pessoas vivem com VIH e 17 milhões de pessoas estão a receber TAR (8). Com a implementação da recomendação da OMS de 2015 para "tratar todos" os indivíduos VIH-positivos em TAR (2), os sistemas de saúde, frequentemente já sob extrema pressão devido à falta de recursos humanos e financeiros, deverão reavaliar como os cuidados de TAR são fornecidos.

## 4. Para alcançar 90-90-90

Embora existam 17 milhões de pessoas em tratamento, a cobertura do tratamento ainda está abaixo de 50%. Os clientes que não estão actualmente em tratamento necessitam de ter acesso a TAR dentro de um modelo de prestação de serviço que satisfaça as suas necessidades e expectativas. Além disso, o sistema de saúde deve apoiar o dobro do número de clientes de TAR.

Conforme destacado nas directrizes mais recentes da OMS, diferentes pacotes de cuidados são essenciais para abordar estas necessidades diversas – **é hora de fornecer em modo diferente.**



Preciso melhorar os resultados de retenção no meu distrito.

**Andrew**

Conheça Andrew na página 10



Sinto-me saudável e preciso estar no trabalho.

**John, um cliente**

Conheça John na página 12

# QUATRO MODELOS GERAIS DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

À medida que os programas de VIH em ambientes de recursos limitados têm aumentado, o número de instalações que fornecem cuidados aumentou dramaticamente. Para além desta descentralização, o fornecimento de TAR tem cada vez mais utilizado transferência de tarefas. Inovações mais recentes no fornecimento de TAR, ou modelos diferenciados de fornecimento de TAR para clientes estáveis, podem ser classificados em quatro modelos:

- Em **modelos individuais baseados nas instalações**, visitas de reabastecimento de TAR foram separadas de consultas clínicas. Quando os clientes têm uma visita de reabastecimento de TAR, eles circunvalam qualquer pessoal clínico ou apoio de adesão e prosseguem directamente para receber o medicamento (por exemplo, prazo entre consultas e modelo de reabastecimento de TAR "acelerado" do Malawi, pg. 29).
- **Modelos individuais fora-das-instalações descrevem aqueles onde reabastecimentos de TAR e, em alguns casos, consultas clínicas são fornecidos aos indivíduos fora das instalações de saúde (por exemplo, modelo PODI na RDC, pg. 18, PCDMs no Uganda, pg. 25). Estes modelos são inclusivos de farmácias comunitárias, modelos de alcance e entrega ao domicílio.**
- Em **modelos de grupo de cuidado de saúde controlados por trabalhadores**, os clientes recebem os seus reabastecimentos de TAR em grupo e seja um profissional ou um membro leigo do pessoal de cuidados de saúde gere este grupo (por exemplo, clubes de adesão na África do Sul, pg. 23, clubes de adolescentes na Suazilândia, pg. 17, CAMs no Quênia, pg. 16). Grupos geridos por trabalhadores de cuidados de saúde reúnem-se dentro e/ou fora das instalações de cuidados de saúde.
- Nos **modelos de grupo gerido pelos clientes, os clientes** recebem os seus reabastecimentos de TAR em um grupo, mas este grupo é gerido e operado pelos próprios clientes (por exemplo, GCRTs no Zimbabwe e GACs em Moçambique, pg. 27). Geralmente, grupos geridos pelos clientes reúnem-se fora das instalações de cuidados de saúde.

Dentro destes modelos, todos os clientes continuam a ter consultas clínicas como parte do seu pacote de cuidados (ver página 11 e Anexo 8 para mais detalhes).

Vários modelos podem funcionar em paralelo de modo que um cliente se pode deslocar entre eles no decurso da sua vida. Além disso, os modelos são flexíveis para acomodar clientes que possam querer ou exigem referência a nível superior. Ao ser referido para nível superior, a intensidade dos cuidados é aumentada para reflectir o aumento das necessidades clínicas do cliente.



Sinto-me sempre apressada e estou a ver demasiados clientes. Porque devo ver os meus clientes estáveis todos os meses?

**Jane, uma enfermeira**

Conheça Jane na página 10



PARTE 2

# ELABORAR UM MODELO DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

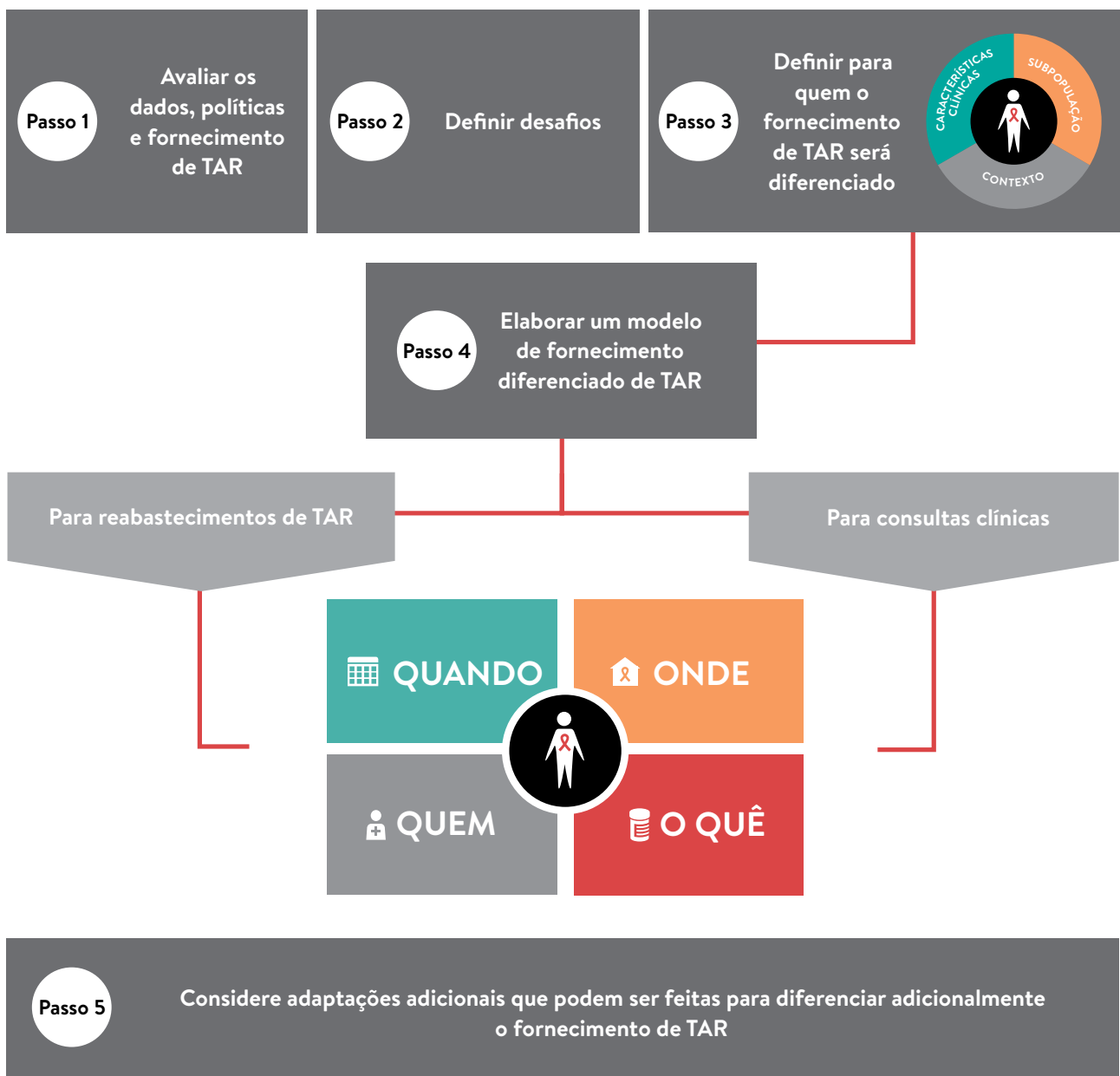
# A ABORDAGEM DE 5 PASSOS DO FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

Agora você quer saber como estabelecer prioridades no fornecimento diferenciado de TAR para clientes estáveis no seu ambiente. Dependendo do ambiente, pode ser necessário tomar certas decisões a nível nacional e algumas localmente. Por exemplo, o que pode funcionar em um ambiente urbano pode não ser adequado em um ambiente rural e vice-versa.

Orientação de política nacional deve ser desenvolvida e adotada a nível distrital. Encoraja-se fortemente que uma decisão tomada sobre o(s) modelo(s) mais adequado(s) seja baseada no contexto e seleccionada a nível da instalações para garantir a apropriação tanto pela comunidade como pelos trabalhadores de cuidados de saúde.

O plano de 5 passos seguinte pode orientar os ministérios da saúde no planeamento de como diferenciar o fornecimento de TAR (Figura 2).

Figura 2: Abordagem de 5 passos do fornecimento diferenciado de TAR





### Conheça Andrew

Andrew é um gerente distrital de TAR. Ele acabou de participar em uma reunião nacional de revisão em que foram levantadas preocupações sobre a fraca retenção de TAR no seu distrito. Os seus profissionais de saúde também estão a reclamar que eles estão a consultar demasiados clientes de TAR todos os dias e estão a sentir-se sobrecarregados. Andrew vai seguir os cinco passos fundamentais para decidir como diferenciar o fornecimento de TAR no seu distrito.



### Conheça Jane

Jane é uma enfermeira numa clínica no distrito de Andrew. Ela sabe que muitos dos seus clientes caminham 2 horas em cada direcção para recolherem os seus TAR. Quando ela viu Andrew numa reunião, ela disse-lhe que se sente culpada por só poder passar alguns minutos com cada cliente, independentemente das suas necessidades. A sua clínica oferece cuidados de VIH dois dias por semana e nestes dias, ela vê 80 clientes.

**“Eu compreendo porque o aconselhamento é pobre nas instalações porque as enfermeiras estão sobrecarregadas. Aconselhamento eficaz não diz respeito a números – eu não sou um número, eu sou um ser humano. O foco deve assentar na qualidade do serviço que recebo. Se pudermos transferir os clientes estáveis, isto significa que haverá tempo suficiente para aconselhar a pessoa que está doente.”**

- Vusi Matsebula, PVVIH, Suazilândia



# PASSO 1: AVALIAÇÃO DE DADOS, POLÍTICAS E FORNECIMENTO DE TAR

É importante ter um entendimento do que está a acontecer em termos de resultados do cliente, políticas e como os serviços de TAR estão actualmente a ser fornecidos. Um exemplo de uma sondagem realizada para mapear os exemplos comuns de cuidados diferenciados a nível nacional, conjuntamente com as ferramentas de sondagem utilizadas, podem ser consultados nos Anexos 3 e 4.

## (a) Avaliar os dados

Controlo e avaliação (C&A) de rotina de dados sobre retenção auxiliam a determinar quais são os desafios a nível do local. Esta lista pode ser consultada no Anexo 4. Dados relevantes incluem o número de pessoas em TAR e dados de retenção para subpopulações específicas. Também é importante saber se as instalações têm um sistema de consultas e seguimento.

## (b) Avaliar as políticas

Também pode ser efectuada uma comparação das políticas a nível nacional com as recomendações actuais da OMS. As políticas devem ser revistas em alinhamento com as pedras basilares (ver Parte 4 para mais detalhes) e para apoiarem o fornecimento diferenciado de TAR em geral. O Anexo 5 fornece um modelo para a avaliação das políticas relevantes para a diferenciação de fornecimento de TAR.

## (c) Avaliar os modelos actuais de fornecimento de TAR

Um mapeamento geral inicial do fornecimento diferenciado de TAR é recomendado para determinar **o que** está a ser implementado no país e a **cobertura dos modelos** (qual a proporção de instalações de saúde que estão a oferecer esse modelo). A nível distrital, para cada local, devem ser recolhidos dados descrevendo o fornecimento de serviços com base nas pedras basilares e elementos. São descritos exemplos de fornecimento diferenciado de TAR na literatura e estes são realçados nas Partes 3 e 4; o mapeamento pode ser realizado através de uma análise documental de literatura publicada e relatórios locais de actividade nacional e de parceiros em combinação com uma sondagem dos coordenadores distritais de TAR e parceiros de implementação. Usando estas pedras basilares, também pode ser feita a avaliação de como os TAR são fornecidos para outras subpopulações seleccionadas.





Usando a abordagem de pedras basilares e elementos, avaliar como os TAR estão actualmente a ser fornecidos em cada local de TAR para as consultas clínicas e de reabastecimento. O Anexo 4 apresenta um exemplo de uma lista de verificação que pode usar para realizar esta avaliação.



Andrew reviu as políticas relevantes relacionadas com cuidados diferenciados conforme descrito no

Anexo 5. Curiosamente, muitas políticas tinham sido adoptadas para apoiar cuidados diferenciados mas ainda não estavam a ser implementadas. Por exemplo, as políticas relacionadas com quando, onde e quem.

Em outros casos, são necessárias mudanças de políticas para apoiar o fornecimento diferenciado de TAR e eficiências aumentadas do sistema de saúde. Por exemplo, as políticas relacionadas com o quê.

 <b>QUANDO</b>	As políticas apoiam um reabastecimento máximo de TAR de três meses. Em muitas instalações, reabastecimentos estão limitados a um ou dois meses.
 <b>ONDE</b>	As políticas apoiam a distribuição de TAR em instalações de saúde periféricas. No entanto, nem todas as instalações de saúde periféricas fornecem TAR.
 <b>QUEM</b>	Os clientes podem nomear um “colega de tratamento” para recolher um reabastecimento de TAR em seu nome. Em algumas instalações, o pessoal desconhece esta política.
 <b>O QUÊ</b>	As políticas devem ser actualizadas para recomendar a cessação de controlo de contagem de CD4 sempre que houver acesso a carga viral de rotina.  Deve ser desenvolvida uma definição mínima de clientes estáveis (ver página 5) como política para permitir fornecimento diferenciado de TAR.

## PASSO 2: DEFINIR OS DESAFIOS

Com base no Passo 1, podem ser identificados os desafios que podem ser abordados através do fornecimento diferenciado de TAR. Você também vai querer avaliar as perspectivas do profissional de cuidados de saúde e do cliente para entender os seus desafios, bem como as preferências e expectativas. O Anexo 4 inclui as perspectivas dos profissionais de cuidados de saúde e clientes, na avaliação do fornecimento diferenciado de TAR a nível das instalações.

Nesta fase, é importante levar a cabo uma sessão de trabalhos e envolver as principais partes interessadas tanto do sistema de saúde como da sociedade civil para alcançar os objectivos seguintes:

- a. Sensibilizar os coordenadores de TAR e parceiros de implementação sobre os antecedentes e princípios fundamentais do fornecimento diferenciado de TAR.
- b. Proporcionar uma oportunidade para que as partes interessadas apresentem exemplos existentes de cuidados diferenciados implementados nos seus ambientes.
- c. Apresentar os resultados da análise documental de nível nacional.
- d. Resumir os resultados das consultas com profissionais de saúde e PVVIH.
- e. Envolver as partes interessadas em um plano para a análise da situação local / distrital.

Com base na revisão dos dados, fornecimento e políticas, Andrew pergunta:



Quais são os desafios actuais para a implementação?

Podem abordar-se estes problemas localmente ou são dependentes de alterações na política nacional?

Que intervenções podem ser feitas a curto, médio e longo prazo?

**“O tempo que passamos nas instalações de saúde nas filas – uma fila para triagem, uma fila para a enfermeira, uma fila na farmácia e uma fila para os laboratórios – é muito tempo. Quero vir às instalações apenas duas vezes por ano ... Eu tenho uma vida para viver.”**

- Patricia Asero Achieng, PVVIH, Quênia



### Conheça o John

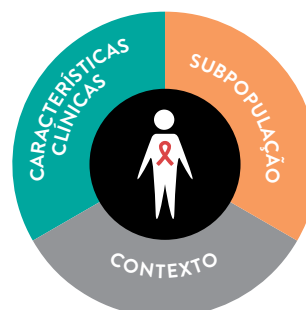
John já está em TAR há cinco anos. Ele frequenta a clínica de TAR no hospital distrital no distrito do Andrew de dois em dois meses para recolher os seus TAR. Ele trabalha numa fábrica local e tem dificuldade em explicar ao seu patrão porque necessita de um dia de folga de dois em dois meses. Fisicamente ele sente-se muito bem e está contente por estar a trabalhar. Ele chega à clínica às 7h30 da manhã, ou antes, se puder, para poder entrar na fila. Normalmente estão cerca de 60 pessoas lá à espera e ele vê a enfermeira por volta das 11h da manhã. Como ele se sente bem, passa menos de cinco minutos na sala dela. A próxima paragem é na farmácia, onde há uma fila muito longa pois todos os pacientes ambulatoriais também lá estão para recolher os seus medicamentos. Finalmente, por volta das 2h da tarde, ele está a caminho de casa com o seu reabastecimento de TAR.

## PASSO 3: DEFINIR A(S) POPULAÇÃO(ÕES) PARA QUEM O FORNECIMENTO DE TAR SERÁ DIFERENCIADO

Com um entendimento claro do programa de fornecimento actual e políticas em vigor, você está pronto para prosseguir com as prioridades de fornecimento diferenciado de TAR. Usando os dados e com base nas políticas, você pode determinar os desafios dos clientes e do sistema de saúde. Com base nos desafios, você pode dar prioridade a quem deve diferenciado para fornecimento de TAR. Você também pode escolher vários modelos para serem utilizados simultaneamente.

Usando os três elementos descritos na Parte 3, considere as características clínicas, subpopulação e contexto.

Figura 3: Os três elementos



## PASSO 4: ELABORAR UM MODELO DE FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

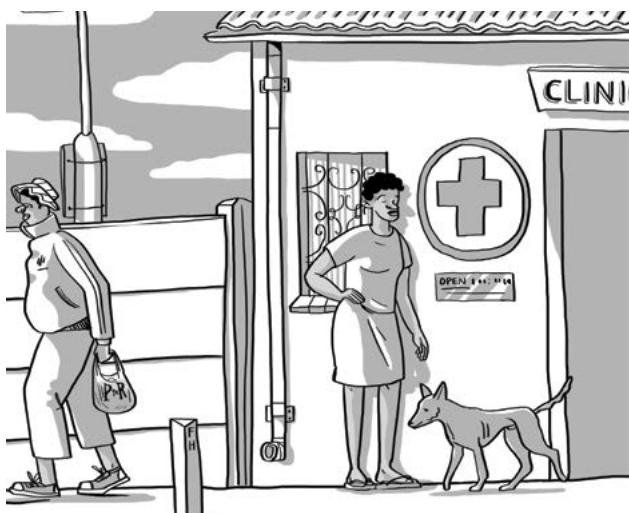
Após ter definido quem é elegível, pode prosseguir com a elaboração de um modelo de fornecimento diferenciado de TAR baseado nos seus dados, políticas e critérios de elegibilidade. Recomenda-se primeiro definir o fornecimento diferenciado de TAR usando as pedras basilares detalhadas na Parte 3.

Por agora, o ênfase assenta sobre as pedras basilares de quando, onde, quem e o quê. A mecânica do modelo, ou o "como", também é relevante para a implementação. No entanto, especificar esses detalhes pode ser feito mais tarde e deve ser feito a nível das instalações.

## PASSO 5: CONSIDERAR ADAPTAÇÕES ADICIONAIS

Assumindo que tem fornecimento diferenciado de TAR para clientes estáveis, pode repetir o Passo 3 para as populações adicionais. Como alternativa, considere a diferenciação dos cuidados para outros grupos de acordo com os elementos (Parte 3, Anexo 6).

Após este processo de 5 passos ter sido concluído, será necessário discutir, a nível de distrito e/ou de instalações, a mecânica do modelo específico (por exemplo, os critérios para referência a nível superior, adaptações relevantes a materiais de C&A). O Anexo 7 descreve as questões-chave a serem respondidas após seleccionar um modelo de fornecimento diferenciado de TAR.



### Conheça Mary

Mary vive numa povoação rural no distrito de Andrew. Ela caminha todos os meses até à clínica mais próxima para recolher os seus TAR, que é a duas horas de distância. No ano passado, Mary suspendeu os seus TAR durante dois meses porque o rio transbordou. O rio transborda frequentemente durante a estação da chuva, impedindo que Mary e outras pessoas da sua povoação tenham acesso à clínica.

A man in a green shirt is seen from behind, gesturing with his right hand towards a group of people. The group consists of several women wearing colorful saris and headscarves, and a few children. They are sitting on a long, low concrete bench outdoors. In the background, there are tall bamboo stalks and a building with white and blue vertical stripes. The scene is brightly lit, suggesting it is daytime.

PARTE 3

# QUAIS SÃO OS TRÊS ELEMENTOS A SEREM CONSIDERADOS?

# OS TRÊS ELEMENTOS

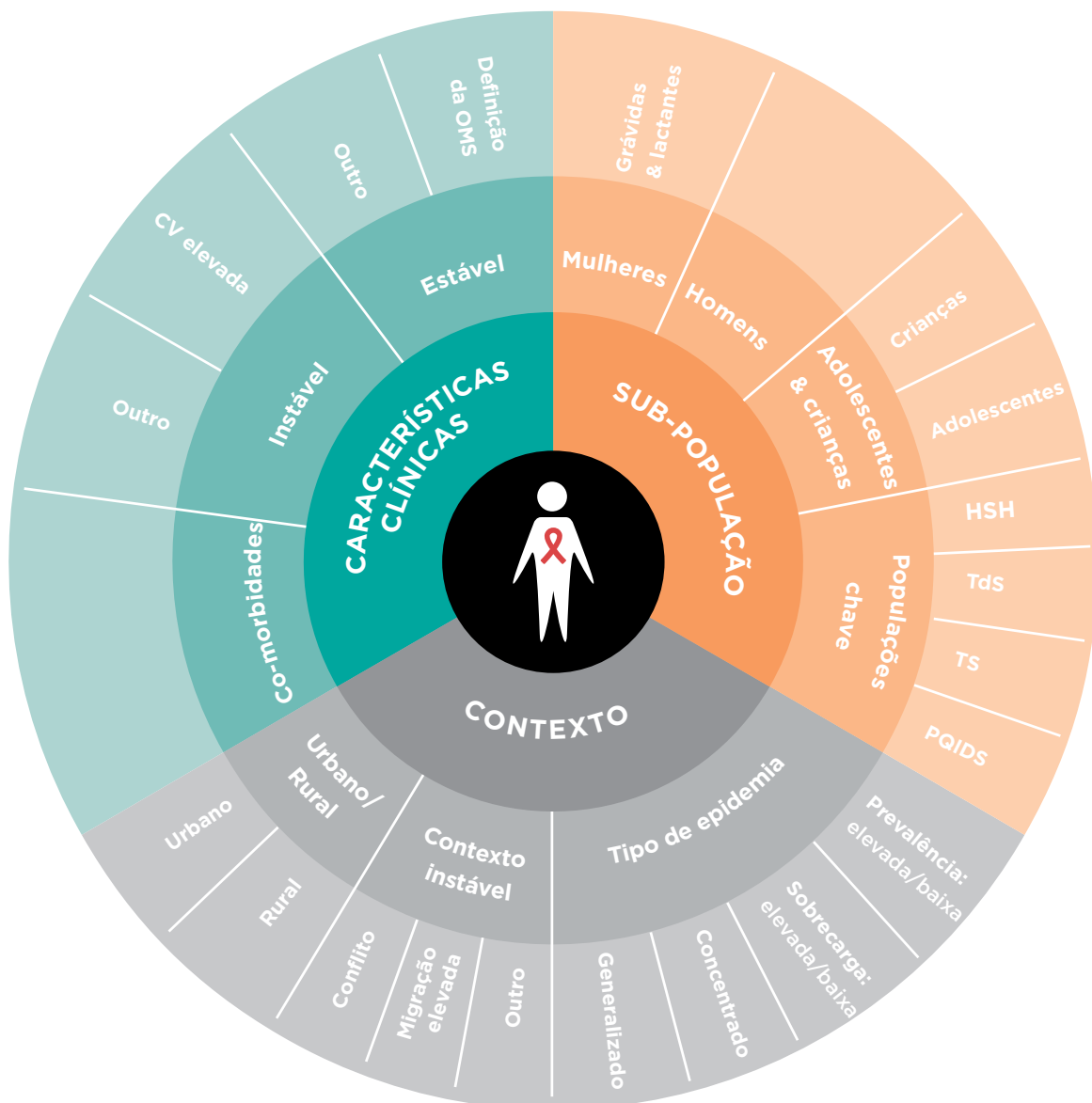
A fim de prestar cuidados centrados no cliente, existe a necessidade de considerar as características clínicas, subpopulação(ões) e contexto dos seus clientes. Isso permitirá que você elabore modelos adequados de fornecimento de TAR usando as pedras basilares descritas na Parte 4. Nesta parte, vamos discutir cada um destes três elementos e apresentamos estudos de caso relevantes.

A OMS define quatro tipos de clientes: pacientes com boa apresentação, pacientes que apresentam doença avançada, pacientes estáveis e pacientes instáveis (2). Cada um destes tipos de clientes exigirá pacotes de cuidados diferentes para apoiar as suas necessidades clínicas. Os clientes mudam entre categorias. No entanto, os pacotes de cuidados necessários para diferentes tipos de clientes devem considerar mais do que apenas suas características clínicas.

- Os modelos de fornecimento de TAR devem ser diferenciados de acordo com os três elementos seguintes, conforme indicado na Figura 4.

1. As características clínicas do cliente (estável, instável, co-mórbido/co-infecções)
2. A subpopulação (por exemplo, adultos, crianças e adolescentes, mulheres grávidas e lactantes, populações-chave, homens)
3. O contexto (por exemplo, urbano/rural, contexto instável, tipo de epidemia.)

Figura 4: Os três elementos



# COMO DIFERENCIAMOS COM BASE EM CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS?

Com base em características clínicas, os clientes podem ser definidos como estável, instável, e clientes com comorbidades ou co-infecções (Figura 4). Um cliente pode ser classificado como estável de acordo com a definição da OMS ou outra definição (consulte a página 5 para obter mais detalhes sobre como definir clientes estáveis). Clientes instáveis podem ter uma carga viral elevada ou outra característica, tal como uma condição de saúde mental ou recém-iniciado em TAR, que os classifica como instável.

## O que acontece aos clientes instáveis?

Conforme descrito na Parte 1, uma abordagem de cuidados diferenciados proporciona cuidados que atendem às necessidades de PVVIH. Como resultado, se um cliente for instável ou tiver uma co-morbidade ou co-infecção, devem receber um nível intensificado de acompanhamento e apoio.

Dado que o VIH é uma condição crónica, ao longo da vida, alguns clientes irão sofrer episódios de "instabilidade", que devem ser abordados. Como resultado, eles podem precisar de ser referidos a nível superior ao padrão de cuidados ou exigir intervenções adicionais (aconselhamento e repetição de carga viral) durante um período intensivo de curta duração.

Alguns clientes podem não obter supressão viral sustentada se o modelo de fornecimento não abordar

as suas necessidades e expectativas. Portanto, os modelos diferenciados podem oferecer maiores benefícios aos clientes que actualmente estão a interromper o seu tratamento de TAR ou não estão viralmente suprimidos.

## Fornecimento diferenciado pode apoiar clientes que gerem condições múltiplas

Com uma coorte de PVVIH cada vez mais idosa, aumento da expectativa de vida de PVVIH e a prevalência de comorbidades e co-infecções, muitos clientes também podem exigir cuidados para a sua co-morbidade ou co-infecção. Se um cliente estável de VIH tem uma co-morbidade ou co-infecção, deve receber um nível intensificado de acompanhamento e apoio. Ao proporcionar fornecimento diferenciado de TAR para clientes estáveis, o sistema de saúde deve simultaneamente proporcionar um maior apoio clínico àqueles que necessitam.

Se bem que o Quadro de Decisões se concentre em modelos diferenciados para clientes de TAR estáveis, os princípios e abordagem de 5 passos aplicam-se aos clientes instáveis ou que tenham co-morbidades ou co-infecções. Existem também exemplos de modelos de fornecimento de serviços em que VIH e gestão de doenças não-comunicáveis são integrados (Estudo de caso 1).

### Estudo de caso 1:

#### Clubes de adesão a medicamentos, Quénia

Em Kibera, no Quénia, o sistema primário de cuidados de saúde estava a receber um grande volume de clientes de TAR, bem como clientes com hipertensão e diabetes. Com base na experiência de modelos de grupo para clientes estáveis, foi desenvolvida a ideia de clubes de adesão a medicamentos (CAMs). CAMs são um modelo de grupo para clientes estáveis com VIH, hipertensão ou diabetes. Até à data, um total de 1.432 clientes foram inscritos em 47 clubes. Os clientes estão predominantemente em TAR (71%) e 29% têm diabetes ou hipertensão. Foram descarregadas, no total, 2.208 consultas da clínica de pacientes ambulatoriais de rotina e as perdas de seguimento dos CAMs foram de 3,5% (9). CAMs são um exemplo de grupos geridos por trabalhadores de cuidados de saúde (página 7).



Estou estável e viralmente suprimido, por isso só necessito de vir à clínica de VIH para obter os meus ARVs de 3 em 3 meses. Por que devo cá vir todos os meses só para obter os meus medicamentos de hipertensão?

# COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NA SUB-POPULAÇÃO?

O fornecimento de TAR deve ser diferenciado com base não apenas em características clínicas, mas também considerando os desafios de subpopulações (Figura 4), incluindo:

- Mulheres, incluindo as mulheres grávidas e lactantes
- Homens
- Adolescentes e crianças
- Populações-chave, tais como homens que têm sexo com homens (HSH), trabalhadores(as) do sexo (TdS), pessoas transexuais (TS) e pessoas que injectam drogas (PQIDs).

Embora O Quadro de Decisões se concentre em clientes adultos estáveis, os mesmos conceitos e princípios das pedras basilares descritas na Parte 4 podem ser aplicados para fornecer modelos apropriados de fornecimento de TAR para subpopulações específicas. Diferenciando o fornecimento de TAR para subpopulações pode auxiliar a melhorar o acesso aos cuidados de VIH abordando as barreiras estruturais e questões de adesão que as subpopulações frequentemente enfrentam.

Cada subpopulação exigirá um pacote único e abrangente de serviços de saúde para superar desafios específicos. Tendo especificado dias de reabastecimento ou horas para certas subpopulações, se for adequado, pode constituir

uma tal inovação que permitirá que médicos e conselheiros se concentrem nas necessidades médicas e psicossociais específicas dessa população. Por exemplo, isto irá permitir a utilização mais eficaz de ferramentas disponíveis adequadas para crianças e adolescentes do que se clientes pediátricos forem intercalados durante uma clínica de TAR de rotina.

## Estudo de caso 3:

### Clínica de redução de danos, Maurícias

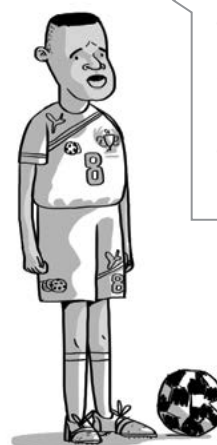
Em resposta à crescente epidemia de VIH entre PQIDs, uma parceria entre a sociedade civil e o governo da Ilhas Maurícias iniciaram práticas de redução de danos em 2006, que inclui terapia de manutenção com metadona e troca de agulhas e seringas em conjunto com o aumento de testes de VIH e acesso a TAR. Em 2014, 3.078 indivíduos tiveram acesso aos serviços através de locais fixos, carrinhas, trabalhadores de alcance com mochila e educadores de pares.

No total, foram distribuídas 719.427 agulhas e seringas limpas. A incidência de VIH entre PQIDs na Ilhas Maurícias diminuiu de 68,1% em 2011 para 31,1% em 2014.

## Estudo de caso 2:

### Clubes de adolescentes, Suazilândia

Na Suazilândia, foram desenvolvidos clubes de adolescentes para fornecerem apoio psicossocial reforçado a adolescentes que vivem com VIH. Dadas as elevadas taxas de frequência ao programa de clube de adolescentes, adolescentes estáveis são cada vez mais apoiados para receberem os seus reabastecimentos de TAR dentro deste modelo. Directrizes nacionais para TAR comunitários apoiam o fornecimento de TAR a adolescentes estáveis dentro do modelo de clube de adolescentes, ao mesmo tempo incentivando todos os adolescentes que vivem com VIH para se aderirem a um clube de adolescentes para apoio psicossocial. Clubes de adolescentes são um exemplo de um modelo de grupo gerido por trabalhadores de saúde (página 7).



Tenho que ir à clínica todos os meses – e detesto ir. É tão chato! Não há lá outras crianças com quem posso brincar.

## COMO DIFERENCIAMOS COM BASE NO CONTEXTO?

A fim de manter o fornecimento de TAR de qualidade em ambientes específicos difíceis (por exemplo, conflito, urbano/rural, de alta migração, de baixa prevalência), são necessárias modificações de como TAR são entregues.

Para além da consideração da estabilidade contextual, a prevalência de VIH em um determinado ambiente também terá impacto sobre os desafios específicos enfrentados pelos clientes e a adequação ou extensão de certas intervenções específicas.



Tenho problemas maiores para me preocupar do que os meus TAR. O estigma e a ignorância em torno do VIH na minha comunidade são o que me mantêm acordado à noite.



Apesar de ter sido recentemente diagnosticado, eu penso que os meus TAR estão a ir bem e não preciso de vir à clínica com muita frequência.



Tomar os meus TAR é a parte fácil. Lidar com o pessoal discriminatório na clínica é o que me incomoda.

Estudo de caso 4:

### “Pontos de distribuição comunitários” (PODIs), República Democrática do Congo (RDC)

Em Kinshasa, RDC, foram criados PODIs para apoiar o fornecimento de TAR em um ambiente com uma baixa cobertura de TAR. Serviços de VIH foram centralizados em hospitais, resultando em superlotação e longas filas com clientes que viajam longas distâncias. Quase metade dos clientes de TAR (43%) estavam a receber os seus reabastecimentos de TAR de um PODI (7). Foram observadas elevadas taxas de retenção (94,9% após seis meses, 89,3% aos 12 meses, 82,4% aos 24 meses) e os custos de transporte foram reduzidos em dois terços. O tempo de espera para um reabastecimento de TAR a partir de um PODI é de 12 minutos, em comparação com 85 minutos no hospital. O PODI é um modelo de distribuição individual fora das instalações (página 7), um exemplo de uma farmácia comunitária.



## RESUMO DOS TRÊS ELEMENTOS

- O fornecimento de TAR pode ser diferenciado de acordo com as características clínicas, subpopulação e factores contextuais.
- Durante a sua viagem para TAR, os clientes podem ter necessidades médicas a curto prazo que exigem seguimento mais intensivo ou outras co-morbidades crónicas que exigem uma abordagem integrada para a gestão.
- Os modelos de fornecimento para subpopulações específicas podem ser projectados usando a abordagem de pedras basilares. Dadas as barreiras estruturais e questões de adesão enfrentadas pelas subpopulações, serão necessárias considerações adicionais.
- Se bem que a maioria dos modelos documentados de fornecimento diferenciado de TAR sejam de ambientes de alta prevalência, os princípios das pedras basilares também podem ser aplicados em outros ambientes contextuais e os modelos existentes podem ser adaptados à epidemia local e ambiente social e político local.



Por é que nós temos consultas médicas em dias diferentes?



Tendo sido VIH positivo durante a maior parte da minha vida, sinto-me apoiado pela comunidade de onde venho. O meu VIH tem que se encaixar na minha vida sem problemas.



Comecei a tomar TAR na minha clínica pré-natal e os serviços integrados são excelentes. A clínica ajudou-me a revelar ao meu marido.



PARTE 4

# AS PEDRAS BASILARES DO FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR

## AS PEDRAS BASILARES

As pedras basilares do fornecimento diferenciado de TAR centram-se em quatro questões: quando, onde, quem e o quê (2, 3). As pedras basilares são os componentes principais da elaboração de um modelo diferenciado de prestação de serviços (Figura 5).

Conforme discutido na Parte 1, em todos os modelos de fornecimento de TAR, o cliente está no centro. Cabe ao gerente de saúde do distrito trabalhar com os profissionais de saúde e clientes para determinar quais das pedras de quando, onde, quem e o quê devem ser incluídas no modelo

diferenciado de cuidados. As partes interessadas devem equilibrar o objectivo de melhorar os resultados do cliente com a sua capacidade para utilizar os recursos disponíveis do sistema de saúde.

A secção seguinte apresenta as quatro pedras basilares, destacando as directrizes pertinentes e fornece exemplos de modelos diferenciados de fornecimento de TAR do mundo real. Também vai seguir Andrew, o gerente distrital de TAR, à medida que ele aborda os desafios de Mary, Jane e John com as pedras basilares.

Figura 5: As pedras basilares





## “QUANDO” SÃO FORNECIDOS TAR?

### Redução da frequência de reabastecimentos de TAR e visitas clínicas

Reduzir a frequência das visitas é um modo simples e eficiente de reduzir a carga tanto sobre o cliente como o sistema de saúde. Um princípio fundamental, ligando todos os modelos de fornecimento diferenciado de TAR, é separar visitas de “apenas reabastecimento” das visitas que exigem avaliação clínica, de aconselhamento e/ou laboratorial. Se um médico prescreve TAR para um período de três a seis meses então, durante o período de intervenção, o cliente deve ser capaz de limitar as suas interações com o sistema de saúde a somente as necessárias para obter o seu reabastecimento de medicamentos. Se for possível fornecer reabastecimento suficiente na visita clínica, o cliente não necessitaria de ver outro profissional de saúde até à sua próxima consulta clínica. Quando está disponível carga viral de rotina, como é o caso na África do Sul, consultas clínicas para clientes com cargas virais suprimidas podem ser reduzidas para uma vez por ano.

As directrizes da OMS sobre o uso de TAR proporcionam novas recomendações sobre quando TAR são entregues e apoiam contacto menos frequente para clientes estáveis (ver Quadro 3). As Considerações Técnicas do Plano de Emergência do Presidente para Combate à SIDA (PEPFAR) dos Estados Unidos vão ainda mais longe, sugerindo que as visitas clínicas poderiam ocorrer de 12 em 12 meses para clientes estáveis (10). Na Parte 1 (página 5), é discutiu-se a classificação de cliente “estável”.



### Directrizes da OMS

#### Quadro 3: Recomendações sobre frequência de visitas

- • Recomendam-se visitas clínicas menos frequentes (3-6 meses) para pessoas estáveis em TAR (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).
- • Recomendam-se levantamentos menos frequentes de medicamentos (3-6 meses) para pessoas estáveis em TAR (forte recomendação, evidência de baixa qualidade) (2).

### Utilização da duração máxima de reabastecimentos de TAR

Dependendo dos regulamentos locais e o poder da cadeia de fornecimento, cada ambiente deve esclarecer os trabalhadores de saúde sobre a **duração máxima de TAR** que pode ser fornecida. Isto determinará a frequência das visitas de um cliente. Seguindo a orientação da OMS, muitos países estão a mudar para prazos de três ou mesmo seis meses para visitas clínicas e de reabastecimento. Para apoio com prolongamento dos reabastecimentos de TAR, consulte a calculadora de receitas de meses múltiplos da USAID disponível no sítio da web do compêndio ([www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org)).



#### Lembra-se do John?

John estava insatisfeito por faltar ao trabalho para estar na fila na farmácia para os seus reabastecimentos de TAR. Como é que abordando o “quando” do fornecimento

diferenciado de TAR o ajudou?

Andrew, o gerente distrital de TAR, introduziu o fornecimento diferenciado de TAR na clínica do John. A clínica agora aumentou a duração do reabastecimento de TAR de um fornecimento de 2 meses para um fornecimento de 3 meses. Esta alteração significa que John só deve vir quatro vezes por ano em vez de seis. John está contente porque não apresenta desculpas para faltar ao trabalho.

### Prolongamento ou adaptação das horas de serviço

Na maioria dos ambientes de recursos limitados, TAR estão simplesmente disponíveis para serem recolhidos durante as horas de clínica. **Adaptando o horário de serviços** é uma maneira simples de abordar problemas de acesso para clientes específicos. Por exemplo, fornecendo reabastecimentos para crianças e adolescentes após o horário de encerramento da escola pode reduzir ausências da escola e permitir que a criança viva uma vida mais normal. Prolongando o horário de abertura de farmácias mais cedo e mais tarde em dias especificados ou permitindo o levantamento aos Sábados pode apoiar clientes que trabalham com dificuldades para ir à clínica durante o horário de trabalho e podem perder salário cada vez que devem visitar uma instalações para um reabastecimento de TAR.

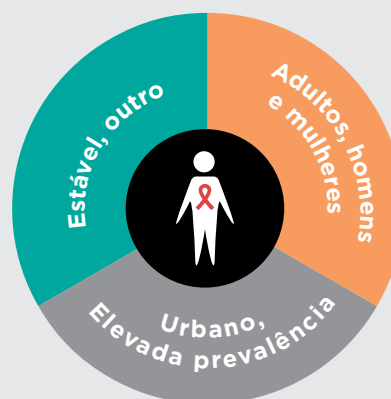
## Exemplo 1:

### Clubes de adesão (CAs), África do Sul

#### Perspectiva geral

No distrito de saúde Metropolitano da Cidade do Cabo da África do Sul, as clínicas estavam congestionadas com longos períodos de espera para os clientes e retenção insatisfatória a longo prazo nos cuidados. Foram desenvolvidos clubes de adesão (CAs) para adultos estáveis. Os clientes eram elegíveis para participarem em um AC após seis meses em TAR se tivessem uma carga viral <400 cópias/mL (o limite definido a nível nacional para supressão viral). CAs são grupos de 25-30 clientes estáveis que recebem os seus reabastecimentos de TAR, apoio e cuidados no grupo e são facilitados por um trabalhador comunitário de saúde. Na visita de reabastecimento de TAR antes da consulta clínica anual, tira-se sangue para controlo de rotina, incluindo carga viral. CAs são um exemplo de um modelo de grupo gerido por trabalhadores de saúde (página 7).

#### Os três elementos de CAs



#### As pedras basilares de clubes de adesão

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS
<b>QUANDO</b>	2-4 meses	Anual
<b>ONDE</b>	Clínicas de cuidados primários que fornecem TAR	Clínicas de cuidados primários que fornecem TAR
<b>QUEM</b>	Quadros leigos (trabalhadores de saúde comunitários)	Enfermeira
<b>O QUÊ</b>	TAR pré-embalados Sessões de aconselhamento de grupo (25-30 clientes) Avaliação breve de sintomas	TAR pré-embalados Consulta clínica

#### Resultados

Em Março de 2015, mais de 34.000 clientes estavam a receber os seus TAR neste modelo (11), que é totalmente gerido pelo governo. Entre 2011, quando CAs foram implementados pela primeira vez, até 2015, a coorte total de TAR no distrito duplicou para cerca de 130.000 clientes. Em uma análise de uma amostra representativa da coorte do clube da adesão, 95% de clientes foram retidos e 97% estavam viralmente suprimidos 12 meses após a inscrição no AC (12). Clubes de adesão, com várias adaptações, constituem agora política nacional na África do Sul (13), Zimbábue (14) e Suazilândia (15), e estão a ser implementados em áreas da Namíbia, e pilotados na Zâmbia.



## "ONDE" SÃO FORNECIDOS TAR?

### Descentralização de serviços para mais próximo de casa

Para muitos clientes, o acesso físico a TAR permanece um desafio. O tempo e custos de viagens para chegar à clínica, bem como questões persistentes de estigma, permanecem barreiras à retenção e supressão viral sustentada. Descentralização dos cuidados de VIH – levando os serviços mais próximo da casa do cliente, seja para uma instalação mais perto de casa ou para um local na da comunidade do cliente – é uma estratégia que pode reduzir tanto o congestionamento nos locais centralizados como os encargos para os clientes.

A descentralização tem sido bem sucedida em muitos países com a transferência de TAR dos hospitais centrais para locais de cuidados primários. Em alguns ambientes, o conceito de levar os TAR "mais perto de casa" foi avançado ainda mais, com fornecimento de TAR oferecido nas instalações de saúde através de farmácias comunitárias, postos de saúde, serviços domiciliares e outras estruturas comunitárias.



### Directrizes da OMS

#### Quadro 4: Recomendações sobre descentralização

Deve ser considerada descentralização do tratamento e cuidados de VIH como uma forma para aumentar o acesso e melhorar a retenção nos cuidados:

- • Início de TAR em hospitais com manutenção de TAR em instalações de saúde periféricas (forte recomendação, evidência de baixa qualidade);
- • Início e manutenção de TAR em instalações de saúde periféricas (recomendação forte, evidência de baixa qualidade);
- • Início de TAR em instalações de saúde periféricas, com manutenção a nível comunitário (ou seja, fora das instalações de saúde em ambientes tais como locais de divulgação, postos de saúde, serviços domiciliares ou organizações de base comunitária entre as visitas clínicas regulares) (forte recomendação, qualidade moderada de evidência).

Estas recomendações aplicam-se a todos os adultos, adolescentes e crianças que vivem com VIH (2). A OMS também fez estas recomendações para todas as populações-chave (16).



#### Lembra-se de Mary?

Mary tinha de caminhar mais de duas horas para chegar à clínica mais próxima que oferece TAR. Como é que a abordagem de "onde" do fornecimento diferenciado de TAR a ajudou?

Andrew, o gerente distrital de TAR, reconheceu que eram necessárias instalações de TAR adicionais. Seis meses depois, as enfermeiras da clínica local tinham sido treinadas para fornecerem TAR. Esta clínica estava apenas a 15 minutos a pé da Maria. Ela não foi obrigada a sacrificar muito do seu dia para participar e gostava da enfermeira local que passava mais tempo com os clientes durante as suas visitas.

### Até que ponto se descentraliza varia de acordo com o contexto

Nas áreas rurais muito sobrecarregadas, o objectivo em muitos ambientes é de descentralizar os cuidados de VIH para todos os locais de cuidados primários. No entanto, em áreas urbanas de baixa prevalência, pode ser ineficiente ter serviços de VIH em todas as clínicas. Tanto a partir de uma perspectiva logística como de qualidade de cuidados, pode ser mais eficiente fornecer TAR em alguns locais centralizados. Embora o início de TAR e manutenção a nível comunitário ainda não estejam incluídos nas directrizes da OMS, é objecto de investigação actual de ciência de implementação.

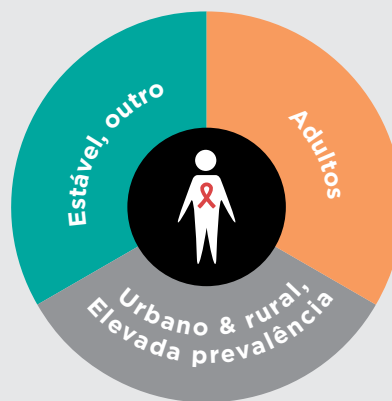
## Exemplo 2:

### Pontos comunitários de distribuição de medicamentos (PCDMs), Uganda

#### Perspectiva geral

No Uganda, os clientes viajavam grandes distâncias até instalações superlotadas com longas filas para recolherem os seus TAR. A Organização de Apoio à SIDA (TASO), uma organização não governamental (ONG) local, inicialmente respondeu instituindo entrega ao domicílio de TAR. No entanto, à medida que o número de clientes aumentou, entrega ao domicílio de TAR tornou-se inviável. TASO, então, estabeleceu diversos pontos comunitários de distribuição de medicamentos (PCDMs). Os clientes elegíveis (aqueles que passaram >10 semanas em TAR, CD4 >350 células/mm<sup>3</sup>, adesão >95%) foram enviados ao PCDM mais próximo da sua casa tanto para reabastecimentos de TAR como consultas clínicas. A PCDM é um modelo individual de fora das instalações (página 7).

#### Os três elementos de PCDMs



#### As pedras basilares dos pontos comunitários de distribuição de medicamentos

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS
QUANDO	Visitas cada 2-3 meses	6 meses
ONDE	Pontos comunitários mais próximos das casas dos clientes	Clínicas de cuidados primários que fornecem TAR
QUEM	Trabalhadores leigos de saúde	Enfermeira
O QUÊ	TAR pré-embalados (2-3 meses) Aconselhamento sobre adesão	Consulta clínica

#### Resultados

Desde 2015, 70% dos clientes da TASO (cerca de 50.000) recebem os seus TAR de acordo com este modelo, com 89% retidos após cinco anos. Em uma amostragem de 870 clientes de PCDM, 87% tinham uma carga viral indetectável. Pode consultar-se evidência adicional deste modelo nas publicações (17, 18). Outros exemplos semelhantes aos PCDMs incluem a farmácia comunitária de PODI na República Democrática do Congo (7) (página 18), bem como modelos de alcance da comunidade, distribuição por farmácia privada e "ATMs" de TAR.



## “QUEM” PROPORCIONA FORNECIMENTO DIFERENCIADO DE TAR?

### A importância da transferência de tarefas

A capacidade de atribuir determinadas tarefas a quadros menos qualificados permitiu substancialmente intensificar os TAR em ambientes de recursos limitados. Prestação de cuidados de VIH de rotina e fornecimento de TAR já não são responsabilidade exclusiva dos médicos. Na última década, enfermeiras e trabalhadores leigos de saúde envolveram-se cada vez mais na prestação de cuidados de TAR. Para implementar a transferência e partilha de tarefas, é frequentemente necessária uma revisão dos quadros legislatórios no país e, em alguns ambientes, pode permanecer como um grande obstáculo à ampliação de TAR.



### Directrizes da OMS

#### Quadro 5: Recomendações sobre transferência de tarefas e partilha de tarefas

- Prestadores leigos formados e supervisionados podem distribuir TAR a adultos, adolescentes e crianças que vivem com VIH (forte recomendação, evidência de baixa qualidade).
- Pessoal clínico formado não médicos, parteiras e enfermeiras podem iniciar TAR de primeira linha (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).
- Pessoal clínico formado não médicos, parteiras e enfermeiras podem manter TAR (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).
- Trabalhadores de saúde comunitários formados e supervisionados podem dispensar TAR entre visitas clínicas regulares (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).

Estas recomendações aplicam-se a todos os adultos, adolescentes e crianças que vivem com VIH (2). A OMS também fez estas recomendações sobre a transferência de tarefas e partilha de tarefas para todas as populações chave (16).

### Dispensação em comparação com distribuição de TAR

Com base em nova evidência, a OMS recomenda que tanto a *distribuição como dispensação* de TAR podem ser feitas por quadros de pessoal que não sejam farmacêuticos (ver Quadro 5). Estas directrizes aplicam-se a grupos etários e subpopulações (ou seja, adultos, adolescentes e crianças que vivem com VIH) e têm implicações importantes sobre quem nos modelos diferenciados de fornecimento de TAR.



#### Lembra-se de Jane?

O papel da Jane na clínica aumentou nos últimos anos. Ela agora inicia clientes em TAR e receita tratamento para os seus clientes. Jane acha que o seu dia é aborrecido quando é preenchido com

consultas a clientes que são saudáveis e estáveis e não necessitam da sua experiência clínica. Como é que abordando o “quem” do fornecimento diferenciado de TAR a ajudou?

Após uma revisão dos dados, políticas e modelos actuais de fornecimento e falar com trabalhadores de saúde e clientes, Andrew, o gerente distrital de TAR, apoiou o fornecimento diferenciado a clientes estáveis. Trabalhadores comunitários de saúde agora apoiam clientes estáveis para terem auto-gestão aumentada e a Jane agora concentra-se em clientes novos e instáveis.

### Quadros leigos desempenham um papel vital em muitos modelos diferenciados de fornecimento de TAR

O papel dos quadros leigos é vital em muitos dos exemplos de fornecimento diferenciado de TAR. O seu papel inclui facilitar e/ou formar grupos, educar clientes e apoiar a auto-gestão dos cliente (19). É essencial reconhecer o apoio e contribuições de quadros leigos. Transferência de tarefas tornou-se uma prática aprovada, especialmente em muitos ambientes com sobrecarga. No entanto, deve fornecer-se formação e supervisão contínua conjuntamente com remuneração adequada para garantir a qualidade do trabalho (20).



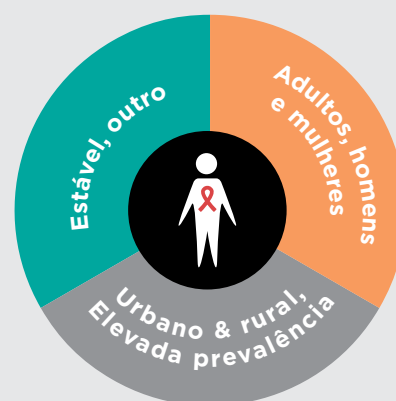
## Exemplo 3:

# Grupos comunitários de reabastecimento de TAR (GCRTs), Zimbabwe

## Perspectiva geral

No Zimbabwe, o Manual Operacional e de Fornecimento de Serviços de 2015 inclui recomendações para cuidados diferenciados em toda a cascata (14). Apresentam-se quatro modelos diferenciados como opções: reabastecimento indivíduo na farmácia; o "clube": o reabastecimento de "grupo de TAR" familiar; e grupos comunitários de reabastecimento de TAR (GCRTs). O modelo de GCRT foi adaptado do piloto em Moçambique (21) e com base em consultas com o Ministério da Saúde, trabalhadores de cuidados de saúde e PVVIH, bem como considerando políticas e recursos contextuais. GCRTs são grupos de auto-formação de clientes estáveis da mesma área geográfica. Todos os membros devem estar dispostos a revelar o seu estado uns aos outros. Para serem elegíveis, os clientes devem ter uma carga viral <1000 cópias/ml (ou onde a CV não está disponível um CD4 > 200 células/mm<sup>3</sup>), terem recebido TAR durante pelo menos seis meses e não terem qualquer outra condição clínica que requer consultas clínicas mais frequentes. GCRTs consistem de entre quatro e 15 clientes. Um GCRT é um modelo grupo gerido por clientes (página 7).

## Os três elementos de GCRTs



## As pedras basilares de grupos comunitários de reabastecimento de TAR

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS
QUANDO	Trimestralmente	De 12 em 12 meses se a carga viral está disponível, semestralmente, se a carga viral não está disponível
ONDE	Na comunidade	Instituições de cuidados primários <i>O GCRT completo vai junto</i>
QUEM	Cliente <i>O GCRT nomeia o cliente que tem mais necessidade de uma visita clínica para ir às instalações e recolher em nome do grupo</i>	Enfermeira
O QUÊ	TAR pré-embalados Apoio de pares	Consulta clínica

## Resultados

Os resultados do modelo de GCRTs do Zimbabwe não estão disponíveis de momento (podem consultar-se POPs em [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org)). O modelo com base no qual GCRTs foram desenvolvidos, grupos de adesão comunitários (GACs), foram originalmente implementados em Moçambique rural em resposta a ter acesso a apenas reabastecimentos de TAR de um mês em uma área com longas distâncias de viagem (21). Durante quatro anos, mais de 5.500 clientes aderiram-se a um GAC com taxas de retenção de 98% e 96% após 12 e 24 meses, respectivamente (22).

O modelo de GCRT do Zimbabwe é um bom exemplo de como adaptações com base em informação de PVVIH (por exemplo, o desejo de grupos maiores) e contexto (por exemplo, os membros do GCRT têm acesso a reabastecimentos de 3 meses e por isso não recolhem reabastecimentos tão frequentemente como o modelo piloto) foram implementadas. Modelos similares foram implementados no Malawi (23), Suazilândia (15) e África do Sul.



## QUE" SERVIÇOS DEVEM SER OFERECIDOS

As necessidades médicas de um cliente em TAR serão diferentes ao longo do continuum da vida do cliente. Dado que clientes estáveis têm necessidades diferentes durante uma visita de reabastecimento de TAR em comparação com uma consulta clínica, é necessário definir que pacote de serviços adicionais (se houver) acompanharão estes dois tipos de visitas. Para visitas de reabastecimento de TAR, as opções a considerar incluem aconselhamento, aconselhamento em grupo sobre temas relevantes para clientes estáveis, avaliações breves de sintomas relacionados com TAR e/ou co-morbidades comuns e co-infecções e apoio de pares. Na maioria dos exemplos, modelos diferenciados de fornecimento de TAR para clientes estáveis excluíram medidas de apoio a adesão, tais como contagem de comprimidos. Reduzindo aconselhamento de adesão aos clientes estáveis, aumentam-se os recursos disponíveis para aconselhamento intensificado de adesão a clientes com alta carga viral.

### Directrizes da OMS

#### Quadro 6: O pacote de cuidados para indivíduos estáveis da OMS

“O pacote de cuidados para indivíduos estáveis pode incluir o seguinte:

- visitas clínicas menos frequentes (3-6 meses);
- recolha de medicamentos menos frequente (3-6-meses);
- cuidados com base comunitária; e
- cessação da contagem de controlo de CD4 se o teste de carga viral estiver disponível.

Se bem que se recomendem visitas clínicas menos frequentes para indivíduos estáveis, crianças que crescem rapidamente (0-5 anos de idade) e adolescentes devem ser controlados mais frequentemente para dosagem de tratamento/ alterações de peso e apoio à adesão.” (2)

## Clientes estáveis ainda necessitam de consultas clínicas regulares

Clientes estáveis devem receber consultas clínicas regulares como parte do seu pacote de cuidados. Isto deve incluir a gestão de outras co-morbidades, fornecimento de medicamentos ou reabastecimento de medicamentos, aconselhamento e apoio psicossocial e intervenções de laboratório. Pode consultar-se um exemplo de uma lista de verificação de visita clínica no Anexo 8.



### Lembra-se do John?

John estava a receber reabastecimentos de TAR bimensais e vinha à clínica seis vezes por ano. Como é que o “quê” de fornecimento diferenciado de TAR o ajudou?

Andrew, o gerente distrital de TAR, reduziu a frequência de consultas clínicas para clientes estáveis para uma vez por ano (em vez de semestralmente) uma vez que a carga viral de rotina estivesse disponível. Além disso, as instalações passaram a oferecer reabastecimentos de TAR trimestrais. Como resultado, John faz agora quatro visitas por ano - três para reabastecimentos de TAR em que vai directamente à farmácia e uma consulta clínica. Esta diferenciação reduziu ainda mais o tempo que ele passa nas instalações de cuidados primários.

## Considerações com maior acesso a carga viral de rotina

À medida que o acesso ao controlo da carga viral se torna cada vez mais disponível, devem efectuar-se adaptações aos modelos de fornecimento de TAR. Com uma medida objectiva de adesão, clientes estáveis com supressão viral requerem apenas consultas clínicas anuais, como é a prática padrão na África do Sul. Além disso, os clientes que se apresentam com elevada contagem de células CD4 e iniciam TAR podem ter uma carga viral suprimida após três ou seis meses e serem encaminhados para um modelo de cliente estável de fornecimento de TAR.

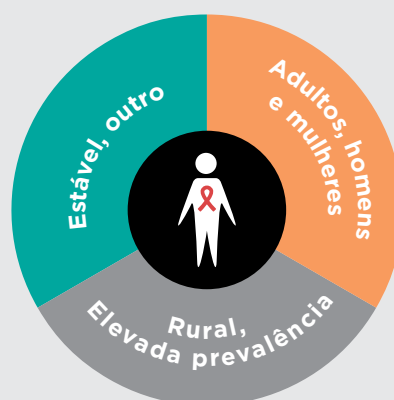
## Exemplo 4:

### Prazo entre consultas e reabastecimentos de TAR "acelerados", Malawi

#### Perspectiva geral

No Malawi rural, apesar de extensa descentralização dos serviços de TAR para todas as clínicas de cuidados primários, as enfermeiras foram confrontadas com filas de 40-50 clientes por dia. Os clientes estavam a ver uma enfermeira em cada visita e muitas esperavam de três a quatro horas para receberem o seu reabastecimento de TAR. Foi desenvolvido um modelo individual "acelerado" baseado em instalações para reabastecimentos de TAR. Os critérios de elegibilidade do cliente incluíram: em TAR há mais de seis meses; >18 anos de idade; carga viral <1.000 cópias/ml; em regime de primeira linha; sem IO (incluindo TB) em curso por três meses; e não grávida nem a amamentar. Clientes no modelo recebem três meses de TAR directamente da farmácia entre as suas consultas clínicas semestrais. O modelo era para adultos estáveis em um ambiente rural. Prazo entre consulta com reabastecimentos acelerados é um exemplo de um modelo individual "acelerado" baseado em instalações (Página 7).

#### Os três elementos de reabastecimentos de TAR "acelerados"



#### As pedras basilares de prazos de consultas e reabastecimentos de TAR "acelerados"

	REABASTECIMENTOS DE TAR	CONSULTAS CLÍNICAS
<b>QUANDO</b>	trimestralmente	semestralmente
<b>ONDE</b>	Farmácia com instalações de cuidados primários oferecendo TAR	Instalação de cuidados primários
<b>QUEM</b>	Trabalhador de cuidados de saúde leigo que distribui TAR pré-embalados	Enfermeira
<b>O QUÊ</b>	TAR pré-embalados	Consulta clínica Novas receitas

#### Resultados

Desde Março de 2015, mais de 50% da coorte distrital de TAR (mais de 15.000 clientes) foram inscritos nesta estratégia (19). Retenção para os inscritos no sistema acelerado foi 97% aos 12 meses de seguimento. Na África do Sul, as Directrizes Nacionais de Adesão indicam "consultas espaçadas e aceleradas" como uma estratégia de recolha de repetição de receita (13). Muitas instalações em outros países oferecem informalmente uma visita rápida de recolha para clientes entre visitas clínicas mas os dados desses modelos são limitados.

A close-up photograph of a person wearing a red long-sleeved shirt, focused on writing on a form. The person's hands are the central focus, with the right hand holding a pink and silver pen. The form is a grid-like document with various fields and text. In the background, there are medical supplies, including boxes of 'VIBRISOL' and 'VIBRISOL/STED', and other papers. The lighting is bright, highlighting the person's hands and the form.

PARTE 5

# CONCLUSÃO

# CONCLUSÃO

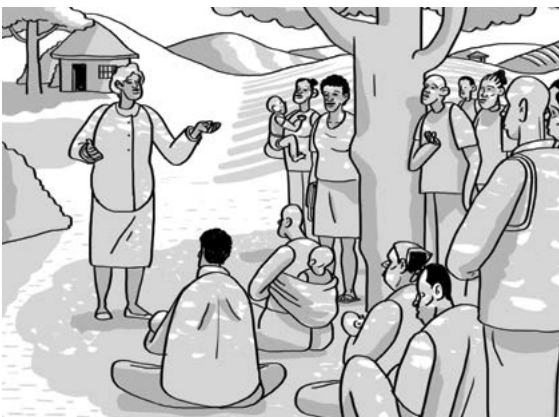
Com o número crescente de pessoas em TAR, fornecimento diferenciado de TAR é parte da solução para manter a qualidade dos cuidados aos clientes e reduzir a sobrecarga dos profissionais de saúde. Adaptações à prestação de serviços devem ser baseadas em uma avaliação gradual do contexto local e ser sensível às necessidades da população ao mesmo tempo fornecendo serviços de forma mais eficiente tanto para o sistema de saúde como o cliente.

O Quadro de Decisões usa o plano de avaliação de 5 passos incorporando as pedras basilares e elementos de cuidados diferenciados para orientar os gerentes de programas de TAR na análise de mudanças que podem ser feitas nos seus serviços para oferecer cuidados de TAR. Essas mudanças devem abordar a frequência e localização onde os serviços de TAR são entregues, quem está a fornecer o serviço, e a adaptação contínua dos serviços às necessidades médicas variáveis do cliente, as subpopulações e factores contextuais. Ao considerar sistematicamente estes passos, pode obter-se uma abordagem de fornecimento de TAR de qualidade, centrada no cliente.

Se bem que o fornecimento diferenciado de TAR se concentra principalmente em clientes estáveis nesta primeira fase, são necessários trabalho e ciência de implementação adicionais para explorar como os serviços podem ser reforçados para clientes que falham no tratamento, aqueles com outras co-morbidades, e para subpopulações em que os resultados do tratamento são sub-óptimos. Da mesma forma, os princípios de cuidados diferenciados, utilizando as pedras basilares e elementos, podem e devem ser aplicados em todo o continuum de VIH e a outras doenças crónicas.

Esperamos que este quadro e o compêndio de ferramentas práticas que o acompanham o auxiliem a começar a diferenciar o fornecimento de TAR no seu ambiente. Os seus comentários sobre este documento são bem-vindos.

Envie e-mail para [decisionframework@iascoiety.org](mailto:decisionframework@iascoiety.org) ou visite [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org) para mais detalhes.



Com o fornecimento diferenciado de TAR, Mary foi capacitada e apoia outras PVVIH na sua comunidade.



Com o fornecimento diferenciado de TAR, John pode regressar ao seu dia e não perder tempo na fila na clínica.



Com o fornecimento diferenciado de TAR, Andrew observou melhorias na satisfação e resultados do cliente.



Com o fornecimento diferenciado de TAR, Jane pode fornecer cuidados de qualidade aos seus clientes.

# PERGUNTAS FREQUENTES (FAQS)

---

Você lembra-se da Parte 2 que Andrew estava a seguir o processo de 5 passos para decidir a forma de diferenciar o fornecimento de TAR no seu distrito. Nesta parte, vamos responder a perguntas comuns levantadas sobre a implementação de fornecimento diferenciado de TAR.

## Fornecimento de TAR

**Pergunta:** Se reabastecimentos mais longos não estão disponíveis através do fornecimento nacional, isto significa que não podemos diferenciar o fornecimento de TAR?

**Resposta:** Não. A incapacidade actual de fornecer reabastecimentos mais longos não deve ser uma barreira para diferenciar fornecimento de TAR seguindo a abordagem de pedras basilares e elementos. De facto, foi o facto de ter acesso a apenas um fornecimento de um mês de TAR que levou os clientes em Moçambique a desenvolverem grupos de TAR comunitários.

No entanto, sem um fornecimento seguro de TAR, os ganhos potenciais da diferenciação do fornecimento de TAR podem não ser maximizados. Reforço da previsão, aquisição e cadeia de abastecimento exige investimentos constantes.

**Pergunta:** O fornecimento de TAR à comunidade compromete a segurança dos medicamentos?

**Resposta:** Não. Até à data, nos países onde o fornecimento de TAR foi diferenciado em comunidades, não houve incidentes documentados ou participados de medicamentos não chegarem, serem perdidos ou serem roubados.

Há uma série de medidas que podem ser tomadas para evitar a distribuição incorrecta ou perda de medicamentos

- Os líderes comunitários e organizações comunitárias que representam as PVVIH devem ser consultados e envolvidos no programa desde o seu início.
- Todas as PVVIH que recebem os seus TAR através de modelos fora das instalações devem compreender o seu regime e saber o nome do seu regime e o aspecto da embalagem da sua formulação.
- Antes da distribuição comunitária de TAR, todos os medicamentos devem ser pré-embalados nas instalações.
- Distribuição de TAR deve ser controlada dentro do sistema padrão de C&A e qualquer falta de recolha de TAR deve ser participada às instalações.

## Recursos humanos formados, supervisionados e motivados

**Pergunta:** Necessitamos de pessoal adicional para diferenciar fornecimento de TAR?

**Resposta:** Os membros adicionais da equipe não são obrigados a providenciar o fornecimento diferenciado de TAR. No entanto, os profissionais de saúde devem estar envolvidos desde o início da implementação para que entendam porque a mudança está a ser feita e como a intervenção será controlada.

A fase inicial de planeamento para a diferenciação de fornecimento de TAR pode exigir um profissional de saúde experiente, tal como o coordenador distrital de TAR, para o arranque da formação e reorganização inicial do fluxo clínico.

Em vez de prescrever o quadro de pessoal necessário para qualquer modelo determinado, encoraja-se uma revisão de como o serviço pode ser implementado em um determinado ambiente. Muitas clínicas encontraram soluções locais para o pessoal de modelos diferenciados de fornecimento de TAR. Por exemplo, uma parteira específica poderia ser encarregada de reorganizar as marcações de clientes e fluxo clínico para facilitar a integração de PTMAC, ou um trabalhador leigo de saúde ou cliente especialista poderia ser nomeado para facilitar um clube de adesão de TAR.

**Pergunta:** Os trabalhadores leigos voluntários podem facilitar o fornecimento diferenciado de TAR?

**Resposta:** Quadros leigos têm sido fundamentais para o sucesso de muitos dos modelos de fornecimento diferenciado de TAR. Por exemplo, quadros leigos têm facilitado dias pediátricos nas instalações e a formação de grupos de TAR comunitários. Se bem que o voluntariado pode ser altamente eficaz quando é bem coordenado, baseando-se unicamente em serviços voluntários não é recomendado para a criação de uma provisão de fornecimento de TAR a longo prazo, sustentável e consistente. Deve efectuar-se uma avaliação para definir claramente quais as tarefas que estão a ser realizadas pelos trabalhadores leigos, e deve apoiar-se a defesa do reconhecimento e remuneração adequada.

## Acesso a controlo de rotina da carga viral

**Pergunta:** O fornecimento de TAR pode ser diferenciado em ambientes com controlo limitado ou inexistente da carga viral?

**Resposta:** Sim. Embora o controlo da carga viral facilite a diferenciação de fornecimento de TAR proporcionando uma avaliação quantitativa do sucesso do tratamento, a sua ausência não deve constituir uma barreira para diferenciar cuidados. Muitos modelos de cuidados diferenciados foram estabelecidos antes da disponibilidade de testes de carga viral. Podem efectuar-se definições de "estabilidade" de acordo com as recomendações da OMS utilizando critérios tanto imunológicos como clínicos.

No entanto, o acesso ao controlo da carga viral pode reassegurar tanto o profissional de saúde como o cliente que os TAR estão a funcionar eficazmente e proporciona uma base mais sólida para avançar com a auto-gestão do cliente, reduzindo a frequência das visitas e mudando para distribuição de TAR na comunidade.

**Pergunta:** Como é que o acesso à carga viral de rotina apoia a diferenciação do fornecimento de TAR?"

**Resposta:** O aumento de testes de carga viral foi primeiramente encarado como uma intervenção para identificar a falha do tratamento precocemente e transferir os clientes de forma adequada para tratamento de segunda linha. Usando a carga viral para identificar clientes que são aderentes e que podem ser vistos com menos frequência e na comunidade é um resultado importante do teste de carga viral de rotina. Controlo da carga viral de rotina pode ser rentável se os clientes que estão viralmente suprimidos receberem fornecimento diferenciado de TAR com base no resultado (24). Com uma carga viral suprimida, os profissionais de saúde têm uma medida objectiva de adesão que pode apoiar consultas clínicas menos frequentes. A redução das consultas clínicas para cada 12 meses para clientes viralmente suprimidos deve ser considerada com acesso a controlo da carga viral de rotina.

## Apoio de doadores globais

**Pergunta:** Será que os doadores globais aceitam fornecimento diferenciado de TAR?

**Resposta:** Sim. Nos últimos cinco anos, verificou-se extensa documentação de uma série de intervenções para o fornecimento diferenciado de TAR. Com base nesta experiência até à data, o Fundo Global desenvolveu um conjunto de ferramentas para cuidados diferenciados (25) e o PEPFAR incluiu os conceitos de fornecimento diferenciado de TAR nas suas Considerações Técnicas de 2016 (10) que orientam o desenvolvimento de planos operacionais nacionais. Para muitas destas intervenções, é agora necessária implementação em maior escala dentro do quadro das operações normais com controlo e avaliação de qualidade para assegurar que a supervisão dos resultados de TAR seja controlada.

**Os estados-membros  
"comprometem-se a estabelecer sistemas de saúde centrados nas pessoas... expandindo a prestação de serviços liderados pelas comunidades para cobrir pelo menos 30% de toda a prestação de serviços em 2030."**

**– Assembleia Geral das Nações Unidas, Declaração Política sobre VIH e SIDA: Na Pista Rápida para Acelerar a Luta contra VIH e para Terminar a Epidemia da SIDA em 2030, Junho 2016**

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

---

Gostaríamos de agradecer a todos os indivíduos e organizações que forneceram orientação, informação e apoio durante o desenvolvimento do *Quadro de Decisões*.

Obrigado ao Grupo de Trabalho Técnico pelo o seu inestimável apoio e informação - Helen Bygrave (escritora consultora), Tom Ellman (MSF), Peter Ehrenkranz (BMGF), Robert Ferris (USAID), Nathan Ford (OMS), Anna Grimsrud (IAS), Tara Mansell (IAS), Maureen Murenga (ICW), Kevin Osborne (IAS), Annette Reinisch (Fundo Global), George Siberry (OGAC), Isaac Zulu (CCD).

Obrigado ao Comité de Direcção pela a sua orientação - Linda-Gail Bekker (IAS), Meg Doherty (OMS), Tom Ellman (MSF), Peter Ehrenkranz (BMGF), Ade Fakoya (Fundo Global), Nicole Fraser-ferir (Banco Mundial), Shannon Hader (CCD), Chris Mallouris (ONUSIDA), Lillian Mworeko (ICW), Lisa Nelson (OGAC), Owen Ryan (IAS), David Stanton (USAID). Obrigado também aos convidados especiais do Comité de Direcção - Maureen Amagove Inimah (NASCOP, Quênia), Josef Amann (CCD), Tsitsi Apollo (MoHCC Zimbabwe), Mark Dybul (Fundo Global), Emilio Emini (BMGF), Michael Johnson (Fundo global), Thoko Kalua (MdS Malawi), Carol Langley (OGAC).

Obrigado também à Aliança dos Direitos de SIDA da África Austral (ARASA) e a Coligação Internacional de Preparação para Tratamento (ITPC) pelo seu envolvimento na sociedade civil e compilação de percepções da comunidade em torno de cuidados diferenciados que informaram este trabalho.

Obrigado aos colegas no Zimbabwe e Suazilândia pelo seu apoio durante as nossas consultas - em particular, obrigado a Tsitsi Apollo e Joseph Murungu no Ministério da Saúde e Assistência à Criança do Zimbabwe e Nomthandazo Lukhele e Munyaradzi Pasipamire do Programa Nacional de SIDA da Suazilândia.

Agradecimentos especiais às organizações que forneceram conteúdo para o *Quadro de Decisões*, incluindo MSF, TASO, OMS e os ministérios da saúde da África do Sul, Suazilândia e Zimbabwe.

Obrigado à Fundação Bill & Melinda Gates pelo apoio financeiro.



# REFERÊNCIAS

---

1. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, Switzerland UNAIDS, 2014.
2. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed., 2016.
3. Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, Holmes C, Wilkinson L, Biot M, et al. Reframing HIV care: putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Trop Med Int Health*. 2015;20(4):430-47.
4. Fox MP, Rosen S. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis 2008-2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(1):98-108.
5. Boender TS, Sigaloff KC, McMahon JH, Kiertiburanakul S, Jordan MR, Barcarolo J, et al. Long-term Virological Outcomes of First-Line Antiretroviral Therapy for HIV-1 in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2015;61(9):1453-61.
6. UNAIDS M. Community-based antiretroviral therapy delivery: experiences from MSF. Geneva: UNAIDS, 2015.
7. Bemelmans M, Baert S, Goemaere E, Wilkinson L, Vandendyck M, van Cutsem G, et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. 2014;19(8):968-77.
8. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS, 2016.
9. Khabala KB, Edwards JK, Baruani B, Sirengo M, Musembi P, Kosgei RJ, et al. Medication Adherence Clubs: a potential solution to managing large numbers of stable patients with multiple chronic diseases in informal settlements. *Trop Med Int Health*. 2015;20(10):1265-70.
10. PEPFAR. PEPFAR Technical Considerations for COP/ROP 2016. Washington, DC: U.S. Department of State, 2016.
11. Wilkinson L, Harley B, Sharp J, Solomon S, Jacobs S, Cragg C, et al. The expansion of the Adherence Club model for stable antiretroviral therapy patients in the Cape Metro, South Africa 2011-2015. *Tropical Medicine & International Health*. 2016;In press.
12. Tsondai P, Wilkinson L, Grimsrud A, Mdlalo P, Trivino A, Boule A. High rates of retention and viral suppression in the Scale-up of Antiretroviral Therapy Adherence Clubs in Cape Town, South Africa. In: IAS, editor. *AIDS 2016*; Durban, South Africa, 2016.
13. South African Department of Health. Adherence guidelines for HIV, TB and NCDs: Policy and service delivery guidelines for linkage to care, adherence to treatment and retention in care. In: Health Do, editor. Pretoria, South Africa 2016.
14. Ministry of Health and Child Care. Operational and Service Delivery Manual for the Prevention, Care and Treatment of HIV in Zimbabwe. In: Programme AT, editor. Harare, Zimbabwe: Ministry of Health & Child Care; 2015.
15. Swaziland National AIDS Programme. National policy guidelines for community-centred models of antiretroviral therapy service delivery (CommART) in Swaziland. In: Programme SNA, editor. Mbabane, Swaziland: Ministry of Health, 2016.
16. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.
17. Mbonye M, Seeley J, Ssembajja F, Birungi J, Jaffar S. Adherence to antiretroviral therapy in Jinja, Uganda: a six-year follow-up study. *PLoS One*. 2013;8(10):e78243.
18. Okoboi S, Ding E, Persuad S, Wangisi J, Birungi J, Shurgold S, et al. Community-based ART distribution system can effectively facilitate long-term program retention and low-rates of death and virologic failure in rural Uganda. *AIDS Res Ther*. 2015;12:37.
19. Médecins Sans Frontières. Reaching closer to home: Progress implementing community-based and other adherence strategies supporting people on HIV treatment, 2013.
20. Médecins Sans Frontières. HIV/TB counselling: Who is doing the job? Médecins Sans Frontières, 2015.
21. Decroo T, Telfer B, Biot M, Maikere J, Dezembro S, Cumba LI, et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete province, Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010.
22. Decroo T, Koole O, Remartinez D, dos Santos N, Dezembro S, Jofrisse M, et al. Four-year retention and risk factors for attrition among members of community ART groups in Tete, Mozambique. *Trop Med Int Health*. 2014;19(5):514-21.
23. National AIDS Commission of Malawi U, Mothers2Mothers, Medicines sans Frontieres. Engaging the community to reach 90-90-90: A review of evidence and implementation strategies in Malawi. 2015.
24. Phillips A, Shroufi A, Vojnov L, Cohn J, Roberts T, Ellman T, et al. Sustainable HIV treatment in Africa through viral-load-informed differentiated care. *Nature*. 2015;528(7580):S68-76.
25. The Global Fund. A Toolkit for Health Facilities: Differentiated Care for HIV and Tuberculosis. Geneva, Switzerland: The Global Fund, 2015.

# ANEXOS



## ANEXO 1:

---

### Processo para desenvolvimento do Quadro de Decisões

A Sociedade Internacional de SIDA (IAS) tem liderado o desenvolvimento do *Quadro de Decisões para o fornecimento de TAR*. Para supervisionar este processo e desenvolver um repositório de ferramentas em linha para apoiar a implementação de fornecimento diferenciado de tratamentos antirretrovirais (TAR), a IAS convocou uma comissão de direcção de agências múltiplas e grupo técnico de trabalho compostos por representantes de doadores internacionais chave e agências de implementação (Fundação Bill & Melinda Gates, Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA, Médicos Sem Fronteiras, o Gabinete do Coordenador Global para a SIDA e Diplomacia da Saúde dos EUA, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde), redes de pessoas vivendo com VIH (Comunidade Internacional de Mulheres com VIH/SIDA), e membros de vários ministérios da saúde. Este trabalho foi informado pelo envolvimento da sociedade civil e comunidades em colaboração com a Aliança DOS Direitos DA SIDA da África Austral e a Coligação Internacional de Preparação para Tratamento. O *Quadro de Decisões para o Fornecimento de TAR* foi aprovado para uso em programas nacionais de TAR e parceiros de implementação dos países apoiados pelas agências envolvidas no seu desenvolvimento.

- Seguiram-se os passos seguintes:
- Análise documental de literatura revista por pares, revisões sistemáticas, revisões de orientação internacional e revisões de programas de fornecimento diferenciado de TAR
- Reuniões da comissão técnica e de direcção para desenvolver o conteúdo do Quadro de Decisões e planear a implementação futura entre as agências
- Envolvimento com a sociedade civil através de consultas comunitárias sobre a definição e implicações de cuidados diferenciados
- A revisão por pares do Quadro de Decisões através dos membros do grupo técnico de trabalho
- Divulgação e promoção do Quadro de Decisões através de pilotos no país e em colaboração com o lançamento das directrizes de fornecimento de serviços da OMS.

## ANEXO 2:

---

### Princípios orientadores para modelos diferenciados de fornecimento de TAR na Suazilândia

Um excerto do Programa Nacional de SIDA da Suazilândia (SNAP) "Directrizes para modelos de fornecimento de serviços de TAR Centrados na Comunidade na Suazilândia", 2016.

- 1. Consentimento informado: Todos os pacientes com VIH serão instruídos sobre os benefícios de TAR e os diferentes modelos de prestação de serviço para fazerem uma escolha informada e concordarem verbalmente com um modelo preferido
- 2. Direitos Humanos e Dignidade: Deve manter-se privacidade e confidencialidade no fornecimento de TAR em todos estes modelos para aumentar o nível de conforto e confiança dos pacientes
- 3. Qualidade dos cuidados e boa prática clínica: Serão mantidos padrões de cuidados de TAR em todos os modelos de prestação de serviços
- 4. Integração: O fornecimento de serviços de TAR vai trabalhar no sentido de integração de cuidados críticos para incluir IPT e NCDs bem como sistemas de controlo e avaliação e gestão da cadeia de fornecimento de medicamentos
- 5. Flexibilidade: Os modelos de prestação de serviços de TAR permitirão que os pacientes mudem para qualquer um dos modelos sem interromper o seu tratamento. Flexibilidade utilizará uma abordagem que é focada no cliente.
- 6. Envolvimento de PVVIH: Grupos de apoio de PVVIH serão contactados e envolvidos na implementação de modelos de prestação de serviços de TAR
- 7. Centrada no paciente: de tal maneira que aborda principalmente as necessidades de condições de cuidados crónicos e apoia a capacitação dos clientes para serem parte activa dos seus cuidados.
-

## ANEXO 3:

### Modelo para mapeamento de exemplos comuns de fornecimento diferenciado de TAR a nível nacional

Província	Distrito	Local	Tipo de Instalação	Fornecimento diferenciado de TAR na instalação de saúde*		Fornecimento diferenciado de TAR na comunidade*		
				Só reabastecimento individual de TAR baseado nas instalações	Grupos geridos por TCS	Grupos geridos por TCS	Grupos geridos por clientes	Modelo(s) individual(is) fora das instalações
e.g. Norte	Noroeste	X Clínica	Pública/ Privada	MoH	-	-	MoH + x ONG	-

\* Especificar se o fornecimento diferenciado de TAR está disponível e, em caso de sim, quem apoia o fornecimento Adaptado de “Engaging the community to reach 90-90-90 – A review of evidence and implementation strategies in Malawi”

## ANEXO 4:

### Questionário a nível de instalação para avaliação de linha de base do fornecimento diferenciado de TAR

Questionário a nível de instalação sobre fornecimento diferenciado de TAR	Local:
<b>Os elementos do fornecimento diferenciado de TAR</b>	
<input type="checkbox"/> fornecimento de TAR é diferenciado para pacientes estáveis?	
<input type="checkbox"/> fornecimento de TAR é diferenciado para pacientes com carga viral elevada?	
<input type="checkbox"/> fornecimento de TAR é diferenciado para pacientes com outras necessidades médicas?	
<input type="checkbox"/> fornecimento de TAR é diferenciado para mulheres grávidas e lactantes?	
<input type="checkbox"/> fornecimento de TAR é diferenciado para crianças e adolescentes?	
<input type="checkbox"/> fornecimento de TAR é diferenciado para homens?	
<input type="checkbox"/> fornecimento de TAR é diferenciado para populações chave?	
<input type="checkbox"/> fornecimento de TAR é diferenciado para quaisquer factores contextuais?	
<b>As pedras basilares do fornecimento diferenciado de TAR</b>	
Onde são fornecidos TAR? (instalação ou instalação & comunidade)	
Qual é o programa para seguimento clínico na clínica?	
Qual é o programa para seguimento de aconselhamento?	
Qual é o programa para seguimento de laboratório?	
Qual é o reabastecimento máximo de TAR permitido aos pacientes?	
Que reabastecimento máximo ( X meses) é na realidade fornecido como rotina a clientes estáveis?	
Os pacientes visitam a enfermeira em cada visita ou as visitas de clínica e reabastecimento são diferenciadas?	
Quem efectua a consulta de TAR?	
Os pacientes recolhem TAR como indivíduos?	
Os pacientes recolhem TAR em uma dinâmica de grupo?	
<b>Perspectiva do trabalhador de cuidados de saúde</b>	
Durante quantos dias por semana são fornecidos TAR?	
A partir de que hora são fornecidos TAR e até quando?	
Quantos clientes vê cada TCS em um dia de TAR?	
<b>Perspectiva do cliente</b>	
Que distância viajam os pacientes para alcançar a clínica?	
Quanto tempo os clientes esperam desde que chegam até ir embora?	
<b>Controlo e avaliação</b>	
Número em TAR	
Retenção de adultos a 12 meses %	
Retenção de adultos a 48 meses %	
Retenção pediátrica a 12 meses %	
Retenção pediátrica a 48 meses %	
Retenção de PTMAC a 12 meses %	
Retenção de PTMAC a 48 meses %	
Existe um sistema de marcação e seguimento?	

## ANEXO 5:

### Modelo para avaliação de políticas relevantes relacionadas com fornecimento diferenciado de TAR

 <b>QUANDO</b>	<p>Qual é a frequência mínima de consultas/visitas clínicas?</p> <p>Qual é o reabastecimento máximo de TAR permitido? *</p> <p><i>* Será que estas recomendações se aplicam a todos os adultos, adolescentes, crianças e populações chave que vivem com VIH?</i></p>
 <b>ONDE</b>	<p>Será que TAR podem ser distribuídos nas instalações de saúde periféricas?</p> <p>Podem TAR ser distribuídos a nível da comunidade? *</p> <p><i>* Será que estas recomendações se aplicam a todos os adultos, adolescentes, crianças e populações chave que vivem com VIH?</i></p>
 <b>QUEM</b>	<p>Será que profissionais clínicos não médicos, parteiras e enfermeiras podem manter clientes em TAR?*</p> <p>Será que trabalhadores comunitários de saúde da comunidade formados e supervisionados podem dispensar TAR entre visitas clínicas regulares? *</p> <p>Será que trabalhadores comunitários de saúde da comunidade formados e supervisionados podem dispensar TAR entre visitas clínicas regulares? *</p> <p>Existe uma política que permite que os clientes enviem um "colega de tratamento" ou representante para recolher os seus reabastecimentos de TAR em seu nome?</p> <p><i>* Será que estas recomendações se aplicam a todos os adultos, adolescentes, crianças e populações chave que vivem com VIH?</i></p>
 <b>O QUÊ</b>	<p>Existem quaisquer políticas relacionadas com os cuidados baseados na comunidade? *</p> <p>Existem quaisquer políticas que definem os critérios para um cliente "estável"? *</p> <p>Existe uma política de apoio a cessação do controlo da contagem de CD4 se estiverem disponíveis testes de carga viral? *</p> <p><i>* Será que estas recomendações se aplicam a todos os adultos, adolescentes, crianças e populações chave que vivem com VIH?</i></p>

## ANEXO 6:

---

### Considerações para outros grupos de clientes

Com base nos elementos, repita o Passo 3 para grupos diferentes de clientes. Alternativamente, realce abaixo variações à forma como o fornecimento de TAR é diferenciado para estes grupos.

Como primeiro passo, considere expandir o número de dias da semana em que TAR são oferecidos e/ou prolongar o horário de serviços.

#### CLÍNICO

- **A. Estável - outra definição**
- **B. Clientes instáveis (CV elevada)**
- **C. Instável (outro)**
- **D. Clientes com co-morbidades**

Resumo das adaptações do modelo de prestação de serviços com base em características clínicas:

•

#### SUBPOPULAÇÃO

- **A. Mulheres grávidas e lactantes**

Resumo do modelo de prestação de serviços para mulheres grávidas e lactantes:

*Marcação de consultas no mesmo dia?*

*Integração de serviços de CPN e TAR?*

*Modelo de clube?*

*Clínica para par de mãe e criança?*

- **B. Homens**

Resumo do modelo de prestação de serviços para homens:

*Horário prolongado?*



- **C. Crianças e adolescentes**

Resumo do modelo de prestação de serviços para crianças e adolescentes:

*Marcação de consultas no mesmo dia?*

*Modelo familiar de fornecimento de TAR?*

*Apoio à transição do adolescente para fornecimento de TAR a adultos?*

*Apoio psicossocial adicional para adolescentes?*

- **D. Populações chave**

Resumo do modelo de prestação de serviços para populações chave:

*HSH?*

*TdS?*

*PQID?*

*TS?*

## CONTEXTO

- **A. Urbano/rural**

- **B. Contexto instável**

- **C. Tipo de epidemia**

Resumo do modelo de prestação de serviços com base no contexto:

## ANEXO 7:

### Esboço da mecânica do modelo – o "como"

O esboço seguinte deve ser concluído seguindo a abordagem de 5 passos do fornecimento diferenciado de TAR. Estas são as questões aprofundadas que determinam como o modelo funciona – o "como". Somente após os "onde", "quando", "quem" e "o quê" terem sido seleccionados pode prosseguir para o "como". Podem encontrar-se exemplos destes no sítio da web do compêndio – [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).

### MECÂNICA DO MODELO

	Reabastecimentos de TAR	Consulta clínicas
Abordagem individual/de grupo		
Quem participa?		

#### Recrutamento do cliente

Onde	
Por quem	
Avaliação de elegibilidade	
Formação de grupos	

#### Divulgação de VIH

Isto acontece?	
Se sim, onde?	

#### Programa anual de visitas de cuidados de saúde para o cliente

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

#### Alinhamento de reabastecimento de TAR e visita de recolha de sangue

Isto acontece?	
----------------	--

#### Alinhamento de reabastecimento de TAR e visitas clínicas

Isto acontece?	
----------------	--

#### Estratégia e calendário para accionar resultados de CV elevada/outros de bandeira vermelha

Estratégia	
Período mínimo para risco de acção/ falha de acção	
Período máximo para risco de acção/ falha de acção	

#### Potencial de alcance clínico a partir de instalações

Por quem	
Detalhe	

### Preparação do reabastecimento de TAR

Os TAR são pré-embalados?	
Se sim, por quem?	

### Prestação do reabastecimento de TAR no local da reunião do grupo

Como	
Por	

### Critérios para referência

Critérios	
Por	
Para	
Quando	

### Referência a nível superior para as instalações (regressar ao padrão de cuidados)

Critérios	
Comunicado por	

### Registos de clientes

Ficheiro clínico das instalações	
Cartão de TAR do cliente	

### Sistema de controlo

No local da reunião do grupo	
Nas instalações de saúde	

## PESSOAL

Impacto do modelo de fornecimento de TAR no:

Trabalhador leigo de saúde	
Enfermeira	
Gerente das instalações	
Farmacêutico/ajudante de farmacêutico	
Secretário de dados	

## FORMAÇÃO

FORMAÇÃO DO CLIENTE	FORMAÇÃO DO PESSOAL DAS INSTALAÇÕES
Intensidade da formação exigida:	Intensidade da formação exigida:
Detalhes:	Detalhes:

## ANEXO 8:

---

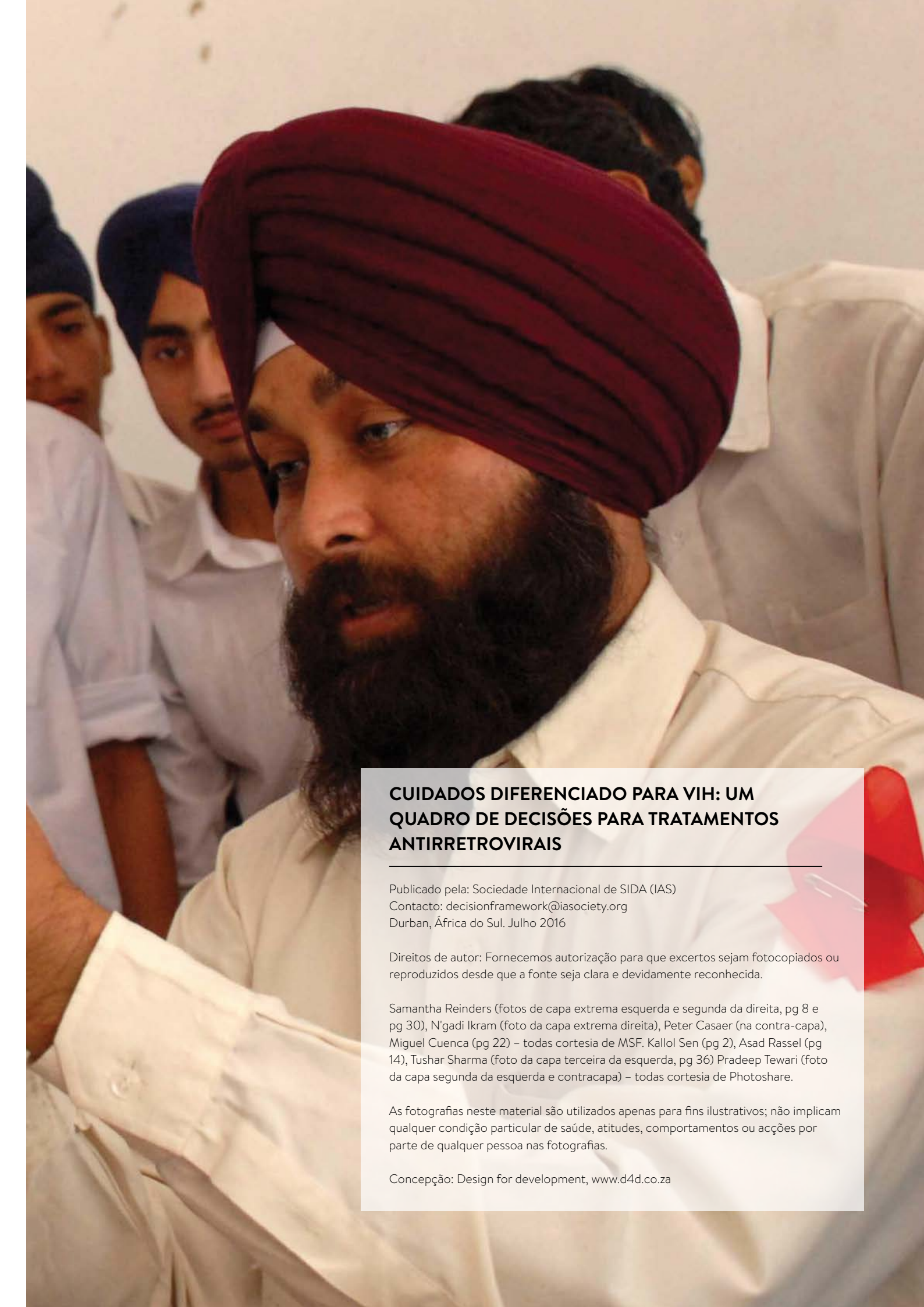
### Exemplo de lista de verificação de visita clínica dos Procedimentos Operacionais Nacionais Padrão da Suazilândia

Tabela 1: Lista de verificação para visitas clínicas semestrais

<b>Lista de verificação para visitas clínicas de TAR do cliente efectuadas semestralmente</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recolha historial clínico, efectue exame físico e fase da OMS ou fase temporal da OMS.</li><li>• Explorar/gerir infecções oportunistas (IOs) e investigar todos os casos presumíveis de TB.</li><li>• Verificar e rever se existem quaisquer resultados de análises disponíveis que ainda devem ser comunicados ao cliente.</li><li>• Rever o registo de adesão do cliente: verificar se o cliente está no regime correcto e a tomar o regime correctamente.</li><li>• Avaliar quaisquer alterações no bem-estar psicossocial do cliente que possam influenciar os cuidados de TAR crónicos.</li><li>• Assegurar que todos os campos necessários são preenchidos no ficheiro de cuidados crónicos, registos de consultas, livrete do cliente e registos de controlo de paciente de TAR (APMR) ou sistema de informação de gestão do cliente (CMIS). Formulários de receitas devem ser totalmente preenchidos.</li><li>• Avalie o cliente sobre a elegibilidade contínua no modelo preferido e obtenha informação relevante deste.</li><li>• Assegure a integração de outros componentes dos cuidados: FP, IPT, NCDs, rastreio do cancro do colo do útero, etc.</li><li>• Documentar incidentes significativos no ficheiro do cliente.</li></ul>







## **CUIDADOS DIFERENCIADO PARA VIH: UM QUADRO DE DECISÕES PARA TRATAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS**

Publicado pela: Sociedade Internacional de SIDA (IAS)  
Contacto: [decisionframework@iasociety.org](mailto:decisionframework@iasociety.org)  
Durban, África do Sul. Julho 2016

Direitos de autor: Fornecemos autorização para que excertos sejam fotocopiados ou reproduzidos desde que a fonte seja clara e devidamente reconhecida.

Samantha Reinders (fotos de capa extrema esquerda e segunda da direita, pg 8 e pg 30), N'gadi Ikram (foto da capa extrema direita), Peter Casaer (na contra-capas), Miguel Cuenca (pg 22) – todas cortesia de MSF. Kallol Sen (pg 2), Asad Rassel (pg 14), Tushar Sharma (foto da capa terceira da esquerda, pg 36) Pradeep Tewari (foto da capa segunda da esquerda e contracapa) – todas cortesia de Photoshare.

As fotografias neste material são utilizados apenas para fins ilustrativos; não implicam qualquer condição particular de saúde, atitudes, comportamentos ou acções por parte de qualquer pessoa nas fotografias.

Concepção: Design for development, [www.d4d.co.za](http://www.d4d.co.za)

## Siga estas personagens à medida que encontram soluções para desafios comuns nos cuidados de VIH

Preciso melhorar os resultados de retenção no meu distrito.



**Andrew, um gerente distrital de TAR**

Tenho que percorrer um caminho muito longo para chegar à clínica.



**Mary, uma cliente**

Eu sinto-me sempre apressado e estou a ver muitos clientes. Por que devo ver os meus clientes estáveis todos os meses?



**Jane, uma enfermeira**

Sinto-me saudável e preciso de estar no trabalho.



**John, um cliente**