

Desafio para a Assistência à Saúde das PVHA no Brasil

Nêmora Tregnago Barcellos
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Porto Alegre/São Leopoldo/RS

Mais eventos
adversos de
longo prazo

Comorbidades

Novos casos

Vulnerabilidades
individuais e de
grupo

Idosos VHA

Maior sobrevida





Níveis de desafios

Dos equipamentos de saúde

- Oferta de serviços
- Recursos humanos adequados
- Medicamentos
- Exames diagnósticos e de monitoramento

Da organização do Sistema

- Descentralização
- Redes de atenção à Saúde (RAS) – Sistemas Integrados de Saúde (SIS)
 - Gestão da Clínica – diretrizes/protocolos
 - Gestão da condição de saúde – linhas de cuidado
 - Gestão de caso

Descentralização

Austrália (25.000 casos) – Profissionais da atenção primária à saúde (APS) são capacitados e certificados para a prescrição de medicamentos antiretrovirais (HIV s100 prescriber)

Newman 2015 – estudo qualitativo, 47 pessoas entrevistadas:

- Grandes desafios:
 - Manter atualização do conhecimento
 - Gerenciar (navigate) baixo número de casos e questões regionais
 - Equilibrar investimento dos profissionais e benefícios para o paciente
 - Manejar estigmas sociais

Descentralização no Brasil

Primeira
onda
(vinculada
aos
Projetos
do Banco
Mundial):

Criação de SAEs em todos os estados e estruturas de diagnóstico e assistência especializada em 150 municípios de alta prevalência do HIV

Frasca T., 2018

Segunda
onda:

Descentralização do diagnóstico e da assistência à Atenção Primária, dentro dos Sistema Integrado de Saúde.

Experiência e cuidado compartilhado;

Acesso, stigma e confidencialidade;

Vínculo equipe-famílias-usuários

Melo, 2018

Descentralização no Brasil

Porto Alegre – Gerência Lomba do Pinheiro-
Partenon

Zambenedetti 2016 – estudo qualitativo com 3
equips de ESF:

- Problemas:
 - equipes incompletas e rotatividade de profissionais;
 - desconfiança em relação ao teste rápido;
 - percepção de sobrecarga de trabalho;
 - aspectos concernentes ao aconselhamento e comunicação diagnóstica.
- Tensionamentos favoráveis:
 - sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos;
 - perspectiva de trabalho segundo princípios do SUS e da ESF
 - capacitação e apoio matricial.

Sistemas integrados de saúde

- Gestão dos riscos populacionais (vigilância)
 - Gestão dos pontos de atenção à saúde
-
- Gestão da Clínica

Esquema Vilas Mendes

OS GRANDES dilemas do SUS



TOMO II

ISC



Gestão da Clínica

Sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, informada em evidências científicas (centradas na pessoa, custo-efetivas, seguras, oportunas, equitativas e humanizada)



Tecnologias - Diretrizes clínicas (linhas de cuidado?)

Gestão da
condição de
saúde

Gestão de
caso

Auditoria
clínica

Lista de
espera

Diretrizes clínicas (protocolos) X linhas de cuidado

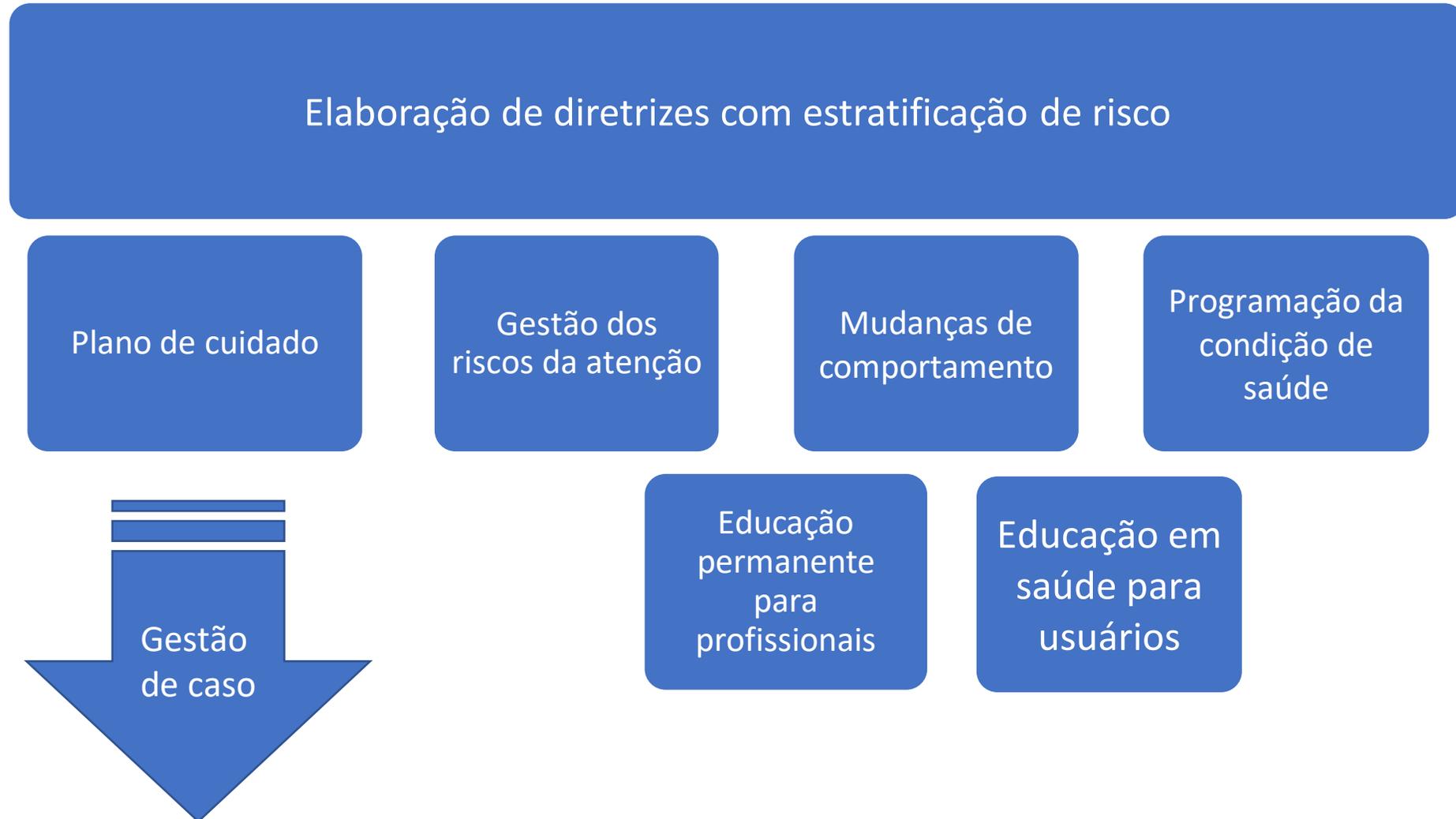
As linhas de cuidado - fluxos assistenciais a serem garantidos para atender às necessidades de saúde. Definem as ações e os serviços que devem atuar nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio. A linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede, dependendo de suas condições e contextos. (Franco, 2012; Mendes, 2011)

Diretrizes clínicas - recomendações específicas para cada nível de atenção, elaboradas para orientar o cuidado, tbém incorporando as melhores evidências. Definem critérios para o diagnóstico; o tratamento, com os medicamentos e posologias; o controle clínico; e o acompanhamento. Orientam as linhas de cuidado e viabilizam a programação de ações e a comunicação entre as equipes e serviços.

Gestão da condição de saúde (disease management)

- Tecnologia de microregião que propõe a forma de enfrentamento de uma condição na qual o autocuidado é fundamental (definição progressiva) – incorpora prevenção primária, secundária e terciária [e quaternária] com estratificação de riscos populacionais.

Gestão da condição de saúde



Gestão de caso

- Processo cooperativo
- Profissional de saúde, PVHA e sua rede de suporte social
- Avaliar opções de cuidado de acordo com as necessidades da pessoa
- Para definir e propiciar atenção de qualidade e humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e preservar a autonomia individual e familiar

Exercício da advocacy da pessoa portadora de situação muito complexa, de sua família e de sua rede de suporte social.

Gestão de caso

Origem:

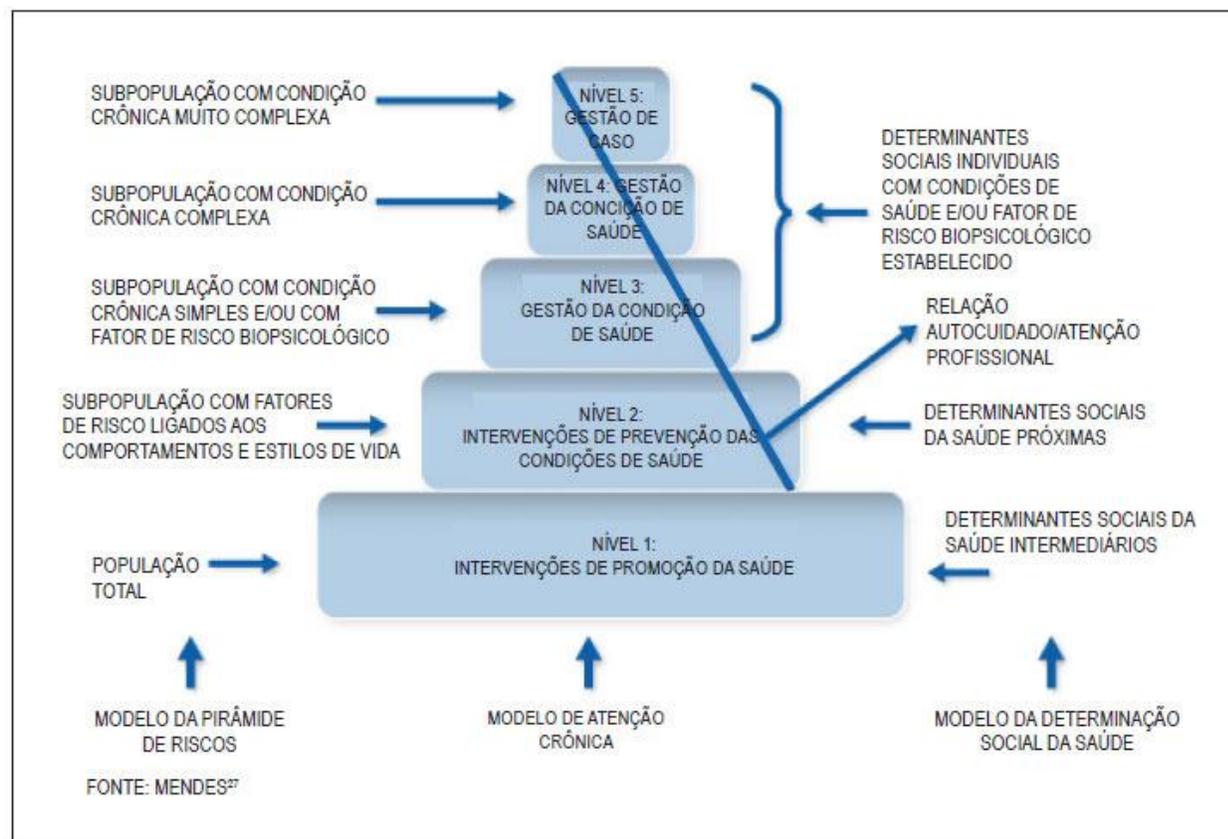
1% dos americanos gastava 28% dos recursos totais do Sistema de Atenção à Saúde (SAS)*.

Unimed MG 2006 – 10% eram responsáveis por 65,7% do total de recursos pagos pela operadora.

Doentes mais graves e mais “custosos” são poucos, mas os que mais sofrem.

Esses são os elegíveis para a gestão de caso.

* Newhouse J. Is competition the answer? Journal of health economics. 1982;1:109-116.



Fonte: Vilaça¹⁹

Figura 1- Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Maior desafio

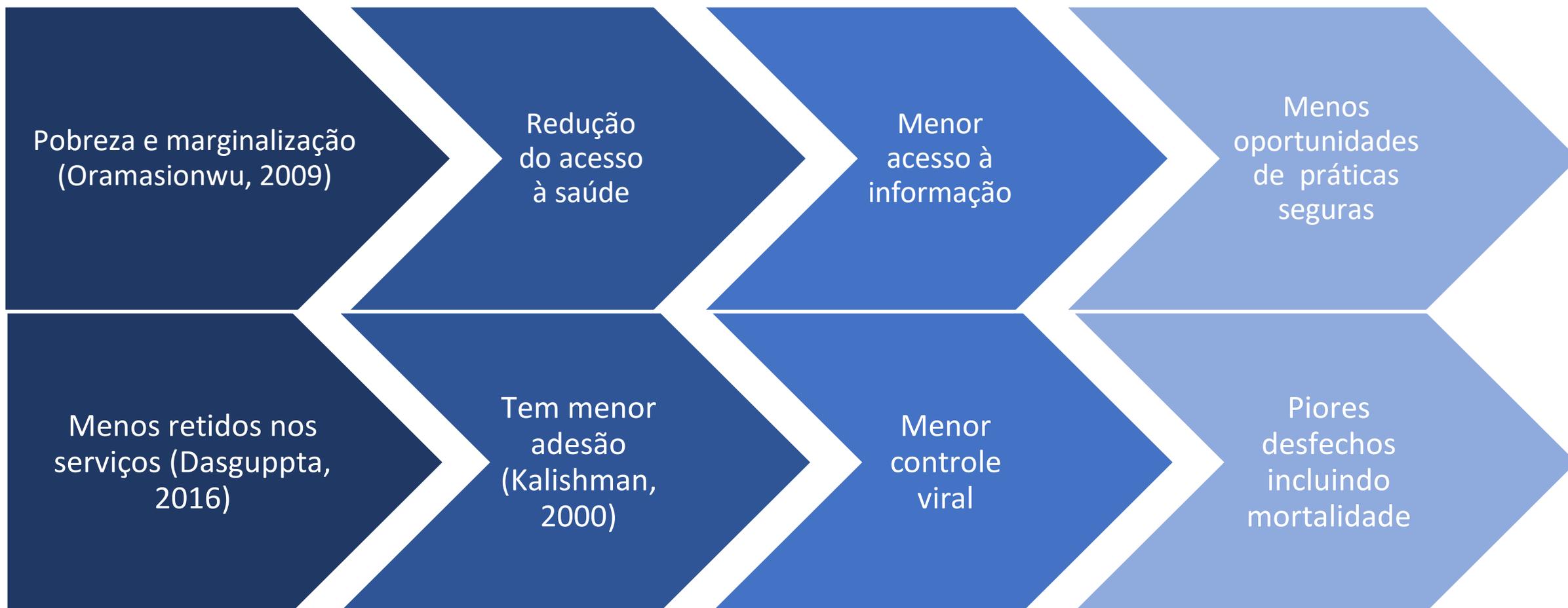
- Elegíveis para gestão de casos 1 a 5%
 - Portadoras de co-morbidades
 - Em polifarmácia
 - Casos complexos com alta hospitalar
 - Baixa adesão
 - Vítimas de danos catastróficos
 - Sem condições de autocuidado
 - Graves problemas familiares ou econômico-sociais
 - Desprovidas de suporte social

Especificidades

- Elegíveis para gestão de casos 1 a 5%
 - Vítimas de discriminação (racial, de gênero, portadores de sofrimento mental, moradores rua, internos do Sistema prisional e crianças e adolescents em situação de vulnerabilidade)
 - Vítimas de abuso
 - Pobreza extrema

Impacto da variável raça/cor/etnia (Waldrop-Valverde, 2018)

- Negros são mais pobres (CDC, 2015);



Impacto do aumento da sobrevida de PVHA

- Co-morbidades clínicas (Christensen, 2019)

Table 2. Prevalence of specific comorbidities in PLHIV and a matched non-HIV cohort over the previous 12 months.

Comorbidities	HIV cohort n = 1,969 %	Matched non-HIV cohort n = 3,938 %	P value
Acute renal disease	0.5	0.2	0.045
Alcohol abuse	3.4	2.8	0.176
Bone fractures due to osteoporosis	6.4	2.1	<0.001
Cardiovascular disease	12.8	10.4	0.006
Chronic renal disease	4.3	2.4	<0.001
Diabetes mellitus (type II)	8.4	8.6	0.818
Dyslipidemia	23.9	24.0	0.914
HBV infection	5.9	0.3	<0.001
HCV infection	8.8	0.3	<0.001
Hypertension	29.3	32.6	0.010

HBV: hepatitis B virus, HCV: hepatitis C virus, P; p value for comparison between HIV and non-HIV matched control cohorts

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224279.t002>

Impacto do aumento da sobrevivida de PVHA

- Co-morbidades clínicas e mortalidade (Farahani, 2016 – RS com metanálise)

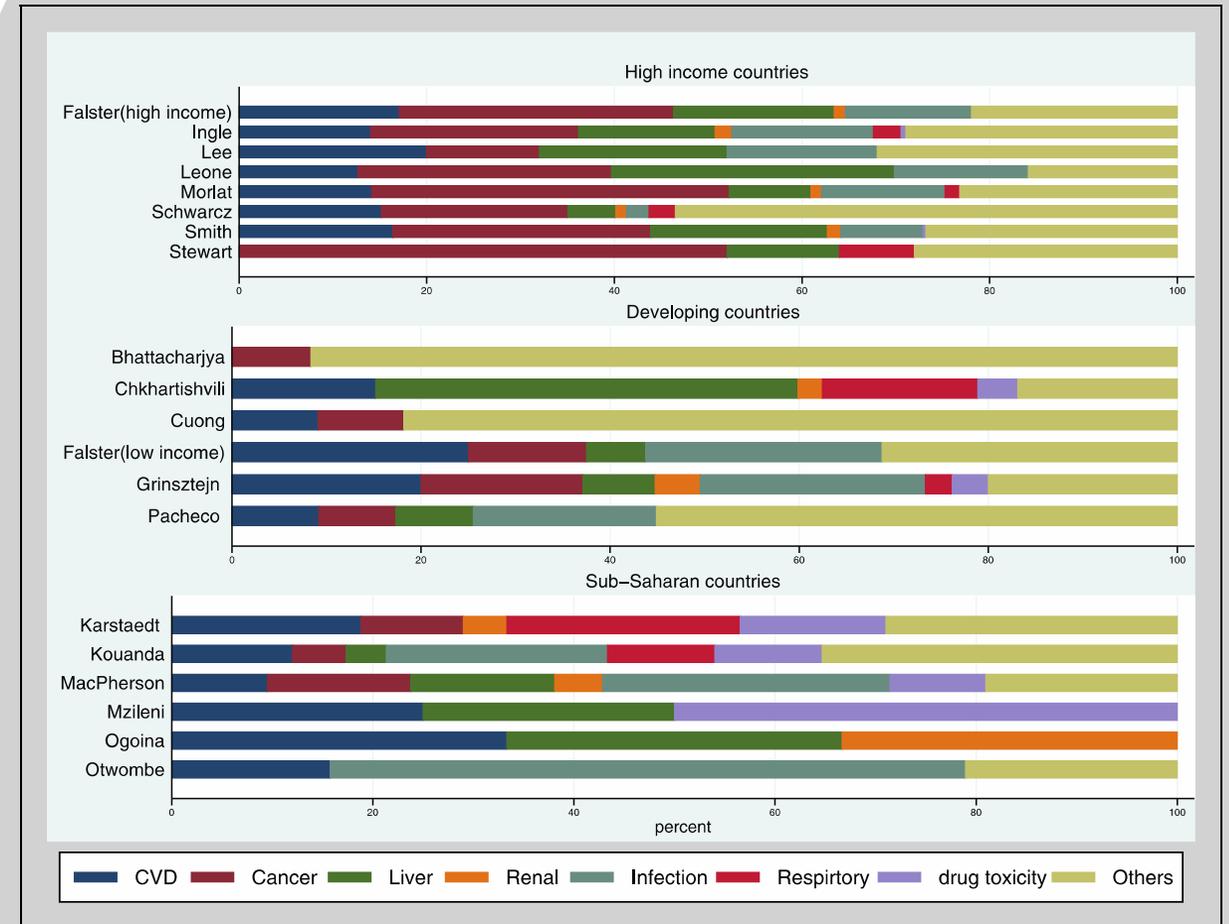


Figure 2. Proportion of non-AIDS causes of death among HIV patients.

Impacto do aumento da sobrevivida de PVHA

- Condições neuro-psiquiátricas
 - Estigma, stress e isolamento, depressão, ansiedade, apatia e irritabilidade (Webel, 2014 e Milanini, 2017)
 - Déficit cognitivo – comparação entre PVHA <50, >50 e PNVHA (De Francesco, 2019)
 - PVHA – escores cognitivos piores que controles negativos mais idosos ($p < 0,001$)
 - Sintomas depressivos menores ou moderados mais prevalentes em PVHA independentemente da faixa etária ($p < 0,001$)





Mais eventos
adversos de
longo prazo

Comorbidades

Novos casos

Vulnerabilidades
individuais e de
grupo

Idosos VHA

Maior sobrevida



