

Transcrição da Videoaula

Atividade 1: Modelos de atenção na coinfecção TB-HIV

Docente: Rossana Coimbra Brito

Apresentação (00:00 – 00:13 minutos)

[Prof^a Rossana Coimbra Brito]

Olá, meu nome é Rossana Coimbra Brito, eu sou médica infectologista e nós vamos dar início agora a nossa aula sobre modelos de atenção na coinfecção TB-HIV.

A complexidade da coinfecção TB-HIV [00:14 – 05:13 minutos]

[Prof^a Rossana Coimbra Brito]

A associação TB-HIV, ela tem trazido impacto negativo para os indicadores das duas doenças. Na verdade, assim, a associação das duas doenças traz consequências explosivas para os dois grupos de indicadores e a gente vai conhecer isso melhor ao longo da nossa exposição.

A tuberculose associada ao HIV, além desse impacto epidemiológico, ela tem, também, muitas outras características que fazem com que a gente pense que esse é um problema que deve ser tratado de uma forma especial: o impacto imunológico da associação TB-HI; as diferenças clínicas, a diferença de apresentações clínicas; a diferença da utilização de exames laboratoriais para fazer o diagnóstico nesses doentes; muitas vezes a dificuldade diagnóstica que nós temos para poder caracterizar que, de fato, um doente está com tuberculose, tanto na questão da tuberculose doença, quanto na infecção latente por tuberculose; vários problemas a gente enfrenta com relação ao tratamento, principalmente relacionados à interação medicamentosa; a gente tem a síndrome de reconstituição imune como um diferencial dentro da evolução do tratamento desse doente, todos os problemas relacionados ao tratamento da infecção latente e de como conduzir para ter esse diagnóstico e ter adesão; as questões relacionadas à biossegurança que às vezes são grandes limitadores para que nós tenhamos adesão de programas e serviços para tratar de tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids. Enfim, são vários problemas que precisam ser enfrentados. E para nós enfrentarmos esses problemas, nós precisamos, basicamente, de implementar o que nós vamos considerar aqui fundamental, que é a organização dos serviços.

Então, trazendo um pouco desse problema, ou tentando entender a complexidade desse problema, a gente pode chamar a atenção que esse é um problema mundial. TB-HIV é considerado, até em algumas regiões do planeta, como uma associação com consequências catastróficas. No nosso país, a gente observa taxas de cura menores entre pacientes, entre pessoas vivendo com HIV-aids, um abandono maior e óbito também, uma taxa de óbito maior nessa população.

- As interações imunológicas que são fundamentais para a gente entender, tanto as manifestações clínicas, quanto algumas dificuldades diagnósticas que a gente tem na tuberculose com pessoas vivendo com HIV.
- A gente observa também problemas com interação medicamentosa, com dificuldades de fazer exames que possam levar ao diagnóstico, dificuldades não

só na qualidade do exame, mas na logística desses exames: como fazer, onde coletar esses exames, quem leva, quem traz?

- A dificuldade para fazer o diagnóstico e o tratamento da infecção latente, por exemplo, com a administração da prova tuberculínica, a leitura da prova tuberculínica, que nem sempre o nosso doente volta pra ler.
- Nós precisamos disponibilizar medicamentos: medicamentos de tuberculose, medicamentos de HIV.
- Nós precisamos lidar com as fichas de notificação de HIV, as fichas de notificação de tuberculose, todos os instrumentos que o programa de tuberculose tem para controle da doença. Enfim, um monte de coisas.

Como fazer? Como que a gente pode dar conta de todas essas coisas para gente enfrentar essa situação?

A resposta é relativamente simples, mas nem sempre fácil de implementar. É a integração, a gente precisa da integração e da colaboração entre os dois programas. Ou, entre os serviços que trabalham com tuberculose, ou predominantemente com tuberculose e serviços que trabalham predominantemente com HIV.

[Draurio Barreira, Gerente Técnico de TB, UNITAID/OMS]

Bom, nós observamos no mundo todo, um movimento de integração entre os programas de DST/aids, HIV/aids e tuberculose. Até do ponto de vista do financiamento, se nós observarmos hoje os projetos financiados pelo Fundo Global, eles já não financiam apenas projetos de HIV ou projetos de tuberculose, os projetos necessariamente têm que ser de coinfecção. Isso denota uma preocupação global.

As redes de atenção à coinfecção TB-HIV [05:14 – 11:00 minutos]

[Profª Rossana]

Quando a gente fala em organização de serviços, a gente tem que saber do que a gente está falando. Que serviços a gente tem que organizar?

A gente tem que conhecer as redes de atenção, tanto as redes de atenção em tuberculose quanto as redes de atenção para as pessoas vivendo com HIV-aids.

REDES DE ATENÇÃO À TUBERCULOSE

[Narração]

Redes de atenção à tuberculose

No que diz respeito ao atendimento ambulatorial à tuberculose, temos a Atenção Básica, as Referências secundárias e as Referências Terciárias.

A Atenção Básica tem como principais competências:

- a busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- a coleta de escarro para realização de exames bacteriológicos;

- o tratamento da tuberculose com o esquema básico sob tratamento diretamente observado;
- a oferta de teste anti-HIV para os casos de tuberculose;
- o controle de contatos, com tratamento da infecção latente por tuberculose, quando indicado;
- a identificação de efeitos adversos aos medicamentos antituberculose; e
- o manejo de efeitos adversos menores aos medicamentos antituberculose.

Além disso, sempre que necessário, a Atenção Básica encaminha os pacientes para as referências ou para a rede hospitalar.

As referências secundárias são ambulatórios especializados, que têm como principais competências:

- a elucidação de casos de difícil diagnóstico (como exames baciloscópicos negativos, apresentações radiológicas atípicas e formas extrapulmonares);
- o manejo de casos de difícil condução ou com comorbidades, como hepatopatias; e
- o manejo de intolerâncias medicamentosas em que podem ser necessárias mudanças de esquemas de tratamento.

Assim como a Atenção Básica, as referências secundárias se comunicam com os demais componentes da rede, providenciando referência e contrarreferência sempre que necessário.

As referências terciárias também são ambulatórios especializados, porém, estão preparadas para situações ainda mais complexas. Suas principais competências estão relacionadas ao diagnóstico e manejo de mono, poli e multirresistência aos medicamentos antituberculose.

Nessa rede poliárquica, os hospitais podem ser acessados a qualquer momento.

AS REDES DE ATENÇÃO À PVHA

[Narração]

Redes de atenção à Pessoa Vivendo com HIV/aids

Na atenção às PVHA, prevalece a estratificação de risco dos pacientes, que é definida localmente, atendendo a especificidades da capacidade instalada da rede, considerando infraestrutura e recursos humanos.

É a partir dessa estratificação que se determina onde cada paciente deve receber cuidado na rede de atenção.

Dessa forma, a Atenção Básica pode realizar o cuidado compartilhado das PVHA, junto ao Serviço Especializado, ou manejar o uso de antirretrovirais para pessoas com HIV/aids se possuir infraestrutura e recursos humanos para tal.

O SAE deve ser responsável por atender casos de maior complexidade e outros de acordo com o que a estratificação de risco local definir. Além disso, os SAE também compartilham o cuidado integral da PVHA com a Atenção Básica.

Os hospitais realizam procedimentos de maior complexidade, relacionados a complicações graves da infecção pelo HIV/aids, contrarreferenciando os pacientes para o serviço de origem no momento da alta.

[Draurio Barreira, Gerente Técnico de TB, UNITAID/OMS] (08:57 – 09:22 minutos)

O ideal, óbvio, do ponto de vista econômico, humano, social, de todos os aspectos, é que o paciente busque assistência num determinado local e que nesse local sejam oferecidos todos os serviços, não só de TB e de HIV, mas dos demais, das demais necessidades da pessoa, quer dizer, centrado no paciente e não no serviço.

[Profª Rossana Coimbra Brito]

Vamos ouvir agora, num SAE que já faz o tratamento de tuberculose e HIV, como é essa relação do SAE, portanto, do programa de aids, programa de HIV/aids, com o programa de tuberculose em suas diversas modalidades.

[Gabriel Poletini, Médico Infectologista]

Bom, primeiro assim, eu me surpreendi de saber desse fato, de saber que têm médicos que tratam o HIV, mas não tratam a tuberculose. Isso foi uma surpresa para mim. Quando eu fiquei sabendo que isso acontecia no Brasil foi, eu fiquei até um pouco pasmo, porque a gente está tão acostumado a tratar as duas doenças aqui, que é uma rotina nossa.

[Paulo Abati, Médico Infectotologista]

A interação entre essas duas doenças e a própria interação medicamentosa pode causar algumas reações que é fundamental uma ação do médico que vai manejar esses dois cenários.

[Narração]

Para as pessoas coinfetadas por tuberculose e HIV, a proposta é que sejam tratadas das duas doenças no mesmo serviço de saúde, que pode ser o SAE ou qualquer outro serviço que já disponibilize antirretrovirais a seus pacientes.

Ou seja, o mais importante é reduzir o percurso que o paciente faz até encontrar o tratamento.

[Profª Rossana Coimbra Brito]

As recomendações para o manejo da coinfecção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas com HIV/aids foram editadas em 2013, elas estão disponíveis e o conteúdo dessa publicação, é esse que estou mostrando nesse slide nesse momento e nós vamos explorar, nas 2ª, 3ª e 4ª aulas, o conteúdo dessas recomendações para a gente otimizar o tratamento do paciente coinfetado com TB e HIV. Obrigada!