

2021

MSF

VIH e TB WG

Integração VIH/TB.

DOCUMENTO DE ORIENTAÇÃO INTERCALAR

DOCUMENTO DE INTERSEÇÃO

PLATAFORMA E DATA DE VALIDAÇÃO	Dirmed, 27.01.2020
ESTADO DA PUBLICAÇÃO	Interno
VERSÕES	V1
IDIOMAS	PT
AUTOR	E. C. Casas, L. Moretó Plana, C. Ssonko,
CONTACTO PARA FEEDBACK	Charles Ssonko charles.ssonko@london.msf.org
SE FICHEIRO ELETRÓNICO	https://msfintl.sharepoint.com/:w:/s/msfintlcommunities/AWG/EWTcFeZ3-BAuxHrDnNbauUB-Nn0NKlvHyPdwelrQwb1ow?e=gFbGub

Outras contribuições:

Editora: Silvia De Weerd

Contribuidores: Anita Mesic, Elisabeth Szumilin, Elkin Bermudez Aza, Erin Stratta, Erwan Piriou, Jay Achar, Jarred Halton, Laura Sannino, Alex Telnov, Sonia Mairos, Suna Balkan, Zee Ndlovu, Beatriz Alonso, Philippe Blasco, Amin Lamrous, Eva Deplecker, Gilles Van Cutsem.

Este documento de orientação foi testado antes da publicação por vários funcionários de campo da MSF, que são os utilizadores previstos. Devemos-lhes um grande agradecimento pelo seu valioso feedback!



Índice

Glossary.....	1
Definitions.....	3
Introduction.....	5
How this document works.....	6
Part I: Assessment.....	7
HIV/TB context at country level.....	7
Specific HIV and TB assessments in the catchment area of the project.....	7
Project assessment.....	7
Part II: Integration Strategy (Project Design).....	9
Implementation strategies.....	9
Operational Impact.....	10
Human Resources.....	11
Training.....	13
Supply: ordering tools and timeline.....	14
Finance: costs and country funding mechanisms.....	14
Exit strategy.....	15
Adapting existing integrated HIV/TB services.....	16
Log-frame and Minimum Standard Indicators.....	16
Part III: Special Contexts.....	17
HIV/TB treatment and Emergencies.....	17
Contingency Planning.....	17
New Emergency Intervention - without pre-existing project.....	19
Emergency/Instability in pre-existing project.....	20
Mobile Populations.....	21
Part HIV/TB Activities.....	23
HIV care.....	23
TB care.....	23
Prevention.....	25
Case Finding & Testing.....	29
Treatment HIV.....	31
Treatment TB.....	33
Note on Nutrition.....	35

Patient support, Education and Counselling (PSEC)	36
Health Promotion (HP) & Community Engagement (CE)	38
Laboratory.....	39
Monitoring & Evaluation	44
Annexes.....	47
ANNEX 1: Assessment Tools	47
ANNEX 2: HIV Drug order calculation tool.....	53
ANNEX 3: Intersectional emergency KIT for HIV/TB 50 patients	54
ANNEX 4: Examples of lay outs / organization of HIV/TB services at the level of hospital and primary health care clinic	56
ANNEX 5: List of available resources/guidelines	58
ANNEX 6: Finance example.....	61
ANNEX 7: Case Studies.....	62

Glossário

A/C	Ar Condicionado
AEB	Exposição Acidental a Sangue
ALT	Alanina Transaminases
ANC	Cuidado Pré-natal
ART	Tratamento Antirretroviral
ASAP	Assim que possível
ATT	Tratamento Anti TB
AZT	Zidovudina
BCG	Bacilo Calmette–Guérin
BHC	Cuidados Básicos de Saúde
CAGs	Grupos Comunitários de ART
CHW	Profissional de Saúde da Comunidade
CO	Oficial Clínico
CrAg	Teste de Antígeno Criptocócico
CSF	Líquido Cefalorraquidiano
CSW	Trabalhadores do Sexo
CTX	CoTrimoXazol
CXR	Raio-X do Tórax (radiografia torácica)
DBS	Mancha/Amostra de Sangue Seco
DOT	Tratamento Diretamente Observado
DHIS	Sistema Distrital de Informações sobre Saúde
DR TB	Tuberculose Resistente a Medicamentos
DS TB	Tuberculose Sensível a Medicamentos
DSD	Prestação de Serviços Diferenciados
DST	Teste de Suscetibilidade a Medicamentos
ECG	Eletrocardiograma
EID	Diagnóstico Precoce da Criança
EMR	Fichas Clínicas Eletrónicas
EPI	Programa Alargado sobre Imunização
EPTB	Tuberculose Extrapulmonar
FASH	Avaliação focada com Sonografia para VIH/TB
FDC	Combinação de Dose Fixa
FieldCo	Coordenadores de Campo
GFATM	Fundo Global para a SIDA, TB e Malária
HB	Hemoglobina
HC	Centro de Saúde
HCT	Aconselhamento e Testagem de VIH
HIS	Sistema de Informações sobre Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIVST	Autoteste do VIH
HP	Promoção da Saúde
HQ	Sede
HR	Recursos Humanos
ID	Cartão de Identificação (Paciente)
IEC	Informação Educação Comunicação
IPC	Práticas de Controlo e Prevenção de Infeções
IPD	Serviço de Internamento
IPT	Tratamento Preventivo com Isoniazida

ITFC	Centro de Internamento de Alimentação Terapêutica
KA	Kala Azar
LAB	Laboratório
3TC	Lamivudina
LTBI	Infeção Latente de TB
LFU	Perdido para Acompanhamento
MAM	Gestor de Atividades Médicas
MD	Médico
MDR TB	Tuberculose Resistente a Múltiplos Medicamentos
M&E	Monitorização e Avaliação
MoH	Ministério da Saúde
MoU	Memorando de Entendimento
MSF	Médicos Sem Fronteiras
MSM	Homens que fazem sexo com Homens
MTL	Líder da Equipa Médica
NAT	Teste de Ácido Nucleico
N95	Máscara de partículas
NCD	Doenças não transmissíveis
ONG	Organização Não-Governamental
NNRTI	Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Nucleosídeos
NVP	Nevirapina
OI	Infeções Oportunistas
OPD	Consulta Externa
PC	Coordenador do Projeto
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PREP	Profilaxia Pré-exposição
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente para o Combate à SIDA
PI	Inibidores da Protease
PICT/PITC	Aconselhamento e Testagem Iniciados pelo Prestador
PHC	Cuidados Primários de Saúde
PLWHIV	Pessoas que vivem com VIH
PMR	Responsável Médico do Projeto
PMTCT	Prevenção da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho
PoC	Posto de Atendimento
POCUS	Ultrassom em Posto de Atendimento
PODI	Posto de Distribuição TARV comunitário
EPI	Equipamento de Proteção Individual
PWTB	Pessoas com TB
QA	Garantia de Qualidade
QTc	intervalo QT (corrigido)
RDT	Teste Rápido de Diagnóstico
RR	Resistência à Rifampicina
SAM	Desnutrição Aguda Grave
SAMU	Unidade Médica da África Meridional (MSF)
SAT	Tratamento Autoadministrado
SGBV	Violência Sexual e de Género
SNRL	Laboratório Nacional de Supra Referência
SL	Segunda Linha
SRH	Saúde Reprodutiva e Sexual
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
TB	Tuberculose

TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarate
TSH	Hormona Estimulante da Tireoide
U5	Menos de 5
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
ACNUR	Agência das Nações Unidas para os Refugiados
UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
VCT	Aconselhamento e Testagem Voluntários
VL	Carga Viral
OMS	Organização Mundial de Saúde
XDR TB	Tuberculose Extensivamente Resistente a Medicamentos

Definições

Grupos de risco/grupos vulneráveis:

Vulnerabilidade é o grau em que uma população, indivíduo ou organização é incapaz de antecipar, lidar, resistir e recuperar dos impactos de desastres (doenças)¹.

O termo "grupos vulneráveis" é geralmente sinónimo de "grupos de risco". Um grupo é geralmente considerado vulnerável porque existem boas razões para suspeitar que os indivíduos do grupo podem ter dificuldades especiais relacionadas à saúde.

Responsável médico do projeto (PMR) / Líder da equipa médica (MTL):

No contexto dos MSF, um PMR/MTL é um funcionário responsável pela gestão (supervisão e coaching) funcional (e hierárquica, em muitos casos) de toda a equipa médica e pela qualidade e implementação de todas as atividades médicas a nível do projeto. O nome para esta posição é PMR ou MTL dependendo da seção dos MSF que executa a missão.

Intervenientes:

Um interveniente é qualquer instituição ou organização que tenha interesse ou um papel específico nas atividades em que estamos a trabalhar, por exemplo, Ministério da Saúde, outras organizações locais ou internacionais, comunidades e grupos de pacientes

Prestação de serviços diferenciados (DSD):

O cuidado diferenciado é uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta os serviços de VIH/TB em toda a cascata de cuidados para refletir as preferências e expectativas e atender às necessidades de diversos grupos de pessoas que vivem com VIH (PVVIH) ao mesmo tempo em que reduz cargas desnecessárias no sistema de saúde. Ao prestar um cuidado diferenciado, o sistema de saúde pode reorientar os recursos para os mais necessitados.

Posto de Atendimento (PoC):

É um termo usado para definir equipamentos e ferramentas de laboratório equipamentos / dispositivos e testes de laboratório que podem ser disponibilizados no local do tratamento; incluindo idealmente ao lado da cama ou no laboratório local da unidade de saúde. Os testes verdadeiramente no posto de atendimento são geralmente livres de equipamentos (como RDT) ou têm equipamentos muito simples operados a bateria (por exemplo, glicosímetro). Os outros testes que envolvem equipamentos que requerem fonte de alimentação e/ou temperatura controlada são geralmente considerados como posto de atendimento próximo, e estarão disponíveis apenas quando um laboratório dedicado estiver presente (nível hospitalar, ou às vezes mais descentralizado em projetos verticais com alto volume de pacientes).

¹ https://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/

Casais discordantes:

Onde um dos membros do casal é reativo a um teste, enquanto o outro é negativo.

TB LAM:

Teste rápido para a TB realizado na urina (reativo a antígenos de superfície da célula bacilo da TB chamada Lipoarabinomanano).

Máscara (N95):

Uma máscara projetada para prevenir partículas de TB (núcleos de gotículas) menores que $\leq 5\mu\text{m}$ em diâmetro de passarem através dela. Deve ser usada por todos os profissionais de saúde que trabalham em áreas de alta transmissão.

Xpert MTB/RIF (nome da marca GeneXpert):

Um teste num posto de atendimento próximo para MTB/RIF: diagnostica a resistência à TB e à Rifampicina em menos de 2 horas. É o teste recomendado pela OMS como primeira linha para o diagnóstico da TB, quando os recursos permitem.

A plataforma Xpert também pode ser expandida com cartuchos para fazer testes de Carga Viral VIH-1 e EID.

PIMA:

Um instrumento num posto de atendimento próximo para determinar as contagens de CD4.

Teste Rápido de Diagnóstico (RDT):

Um teste sem instrumentos em formato de tira ou cassete, destinado a detetar respostas de anticorpos ou antígenos. Consiste numa membrana (geralmente nitrocelulose) revestida com antígenos (para detetar anticorpos, por exemplo, VIH-1 RDT como Determine ou Unigold) ou anticorpos (para detetar antígenos, por exemplo, TB-LAM) e reagentes que permitem a interpretação visual do teste.

Embaixadores TB:

PVVIH experientes que concluíram o tratamento com sucesso.

Passaporte VIH/TB:

Documento de um paciente e preenchido pelo médico/enfermeiro que contém as informações de VIH/TB do paciente no cartão para permitir que continue o tratamento com outros prestadores. Estes são usados em situações especiais como situações de emergência (ver planeamento de contingência), para populações móveis, etc.

Introdução

Este documento conforme escrito antes da emergência da COVID, para integração e adaptação das atividades de VIH/TB devido à COVID 19, por favor siga a orientação da seção C19 e a orientação do grupo de trabalho para o VIH/SIDA no anexo 5.

O VIH/TB contribuem para uma morbidade/mortalidade significativa em projetos de cuidados básicos de saúde dos MSF, especialmente quando a prevalência de VIH > 1% e a incidência de TB > 20/100.000 habitantes. Os MSF assumiram um forte compromisso de integrar o atendimento ao VIH e à TB em projetos onde não existe acesso a esse cuidado de saúde².

A integração dos cuidados com VIH e TB em projetos com foco médico mais amplo e diferente, como centros de cuidados de saúde primários, programas de saúde reprodutiva e nutrição, pode ser um desafio. Dentro dessas prioridades concorrentes, o cuidado com o VIH/TB precisa permanecer um foco e instalado de forma eficiente a nível de campo para evitar abordagens excessivamente complexas e maximizar as oportunidades existentes.

Nessa linha de pensamento, foi debatida a abordagem do "pacote mínimo" da diretriz dos MSF 2015 sobre a integração do cuidado³ com VIH e TB. A rápida mudança nos padrões internacionais, as inovações contínuas nos cuidados com o VIH/TB, como a prestação diferenciada de serviços e a diversidade em todos os contextos, desafiaram uma abordagem "fixa" de pacote mínimo. Em vez disso, foi escolhida a revisão da diretriz existente numa ferramenta/guia para permitir que o campo descobrisse e 'adaptasse' um pacote desejado para qualquer projeto, a fim de integrar o cuidado com o VIH e a TB.

O documento é dividido em quatro partes, adotando uma abordagem passo a passo; avaliação, estratégia de implementação, contextos especiais e visão geral das atividades de VIH/TB. O documento destina-se a resumir e dar uma visão geral para ajudar os coordenadores médicos e operacionais a criar uma componente de integração assistencial de VIH/TB nos seus projetos ou missões. Para obter detalhes sobre processos de implementação e instruções clínicas, cada capítulo refere-se às diretrizes (clínicas) correspondentes. Cada seção dos MSF tem especialistas dedicados em VIH e TB e é altamente recomendável consultá-los durante todas as etapas da integração; projeto e processos a serem tomados (e depois).

Principais pressupostos:

- O público-alvo deste documento é qualquer membro operacional e/ou da equipa médica, independentemente da sua experiência em cuidados do VIH e da TB, cujo objetivo é integrar o cuidado com o VIH e a TB no seu projeto.
- Quaisquer ajustes de projeto ou novos componentes terão que ser aprovados primeiro pelos procedimentos padrão da seção dos MSF envolvida (propostas de projeto/COPRO... etc). Este documento pressupõe essa aprovação ou a intenção de fazer uma proposta de projeto para aprovação.
- O documento tem como objetivo ser uma ferramenta de implementação, dando ao leitor ferramentas e orientações sobre como projetar uma componente VIH/TB. Não substitui as diretrizes clínicas disponíveis para o VIH/TB.
- Embora o título se refira a uma integração abrangente do VIH e da TB, elementos individuais dele podem ser usados e extraídos deste documento para permitir atender necessidades mais específicas de integração de componentes específicos do cuidado (por exemplo, TB e não-VIH, VIH e não-TB).

Comentários para: Charles Ssonko para charles.ssonko@london.msf.org; Esther C. Casas para esther.casas@joburg.msf.org; Laura Moretó Planas para laura.moreto@barcelona.msf.org

² MSF Declaração política de TB, setembro de 2017, e quadro estratégico do VIH, janeiro de 2019

³ Guia programático dos MSF 'Integrar a assistência ao VIH e TB no pacote de atenção básica à saúde em projetos dos MSF' 2015

Como funciona este documento

A parte I deste documento começa com a avaliação da situação do VIH e da TB no país missionário, na área de captação e no próprio projeto. A partir dessa avaliação, as necessidades/lacunas e as oportunidades relativas ao cuidado com VIH/TB devem ficar claras, formando a base do projeto programático.

A parte II oferece diferentes estratégias de implementação e analisa potenciais fatores de impacto operacional que precisam ser considerados ao projetar a integração dos componentes, como recursos humanos, formação, suprimentos e finanças. Mas também considerações sobre (re)avaliações regulares, aumento e estratégia de saída.

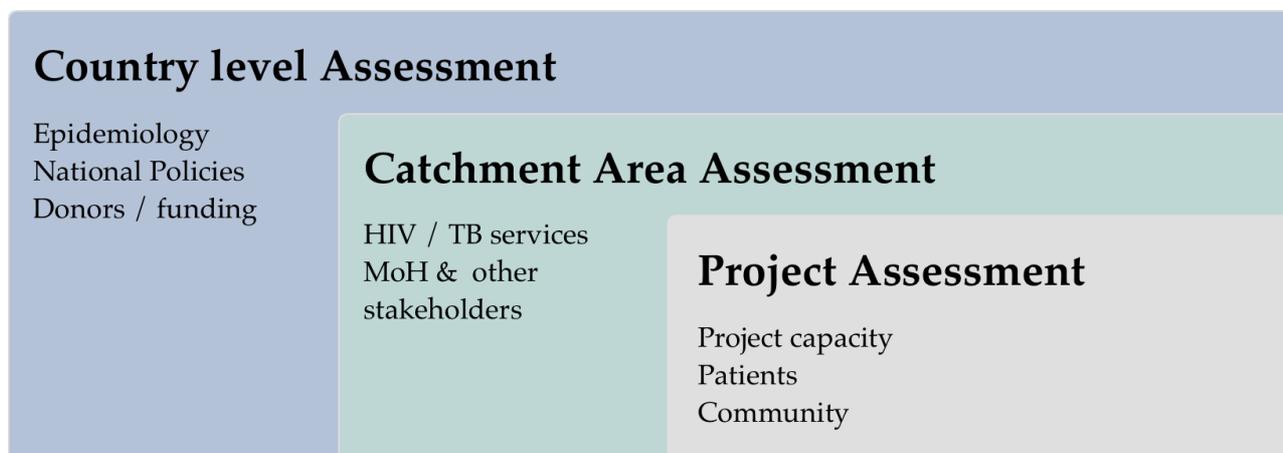
A parte III foca-se no plano de contingência e na integração VIH/TB em situações especiais como emergências, ambientes instáveis e populações nômadas ou migrantes.

A parte IV fornece uma visão geral das atividades assistenciais do VIH e TB. As atividades são divididas em capítulos de componentes assistenciais, como prevenção, testagem, tratamento, etc. Cada componente lista uma série de opções de atividade de onde escolher. As opções possuem vários níveis de complexidade e são detalhadas em blocos de construção, o 'o quê/onde/para quem/quando/por quem' e explicadas ainda no texto que se segue.



Parte I: Avaliação

Existem três áreas importantes para avaliar antes de projetar uma componente de integração VIH/TB. O anexo 1 contém as ferramentas de avaliação que correspondem às diferentes áreas; nível nacional, área de captação e avaliação de projetos. Em linhas amplas, as avaliações abrangem o seguinte:



Contexto de VIH/TB a nível nacional

A maioria dos países tem políticas nacionais e diretrizes clínicas sobre VIH e TB. Normalmente, o Coordenador Médico conhece ou avalia a esse nível. Podem existir orientações claras do Ministério da Saúde sobre quais regimes de tratamento usar e outras instruções clínicas e programáticas. É muito importante estar atento e analisá-los com a pessoa de referência/especialista/orientador (doravante chamado 'pessoa de referência') da sua seção VIH/TB, para avaliar onde estes se sobrepõem às políticas e diretrizes dos MSF e como lidar com quaisquer diferenças.

Outras informações importantes a nível nacional são a epidemiologia geral de ambas as doenças e quaisquer doadores/mecanismos de financiamento e coordenação que possam ter papéis impactantes.

Avaliações específicas de VIH e TB na área de captação do projeto

As questões na ferramenta de avaliação do anexo 1 estão focadas nos serviços disponíveis na área de captação do projeto, incluindo o próprio projeto dos MSF e quaisquer instalações do MoH ou outros intervenientes. Entra em detalhe sobre os diferentes componentes dos cuidados com o VIH/TB, como testagem e tratamento, prevenção, educação e aconselhamento do paciente e envolvimento da comunidade. Tal informará se e onde existem lacunas no atendimento e apontará onde a prestação de serviços dos MSF pode ter um valor agregado. Se existirem outras clínicas com assistência ao VIH de boa qualidade, poderá optar por encaminhar pacientes, ou integrar apenas certos componentes que não estão disponíveis noutros lugares da área de captação.

Note que, muitas vezes, os serviços da TB são separados dos serviços de assistência ao VIH e as fontes de informação para o VIH podem ser diferentes para a TB. Portanto, embora alguns fundamentos para ambas as doenças possam ser semelhantes, a recolha de dados, a reunião com os principais informadores e os parceiros de implementação podem diferir.

Avaliação do projeto

Além de avaliar a epidemiologia do VIH e TB, políticas e prestação de serviços a nível nacional e na área de captação de projetos, precisará de um inventário das opções e oportunidades no projeto onde a integração está a ser considerada. Talvez já existam elementos ou ferramentas para o cuidado com o VIH/TB no local, por exemplo, alguns funcionários já foram formados ou já trabalharam com VIH/TB antes? Existe um laboratório de projetos e que tipo de testes estão disponíveis?

O sucesso do plano de integração também dependerá da compreensão das necessidades da população paciente. Que tipo de pacientes espera que necessitem de cuidados para o VIH e TB? Têm necessidades específicas em relação aos serviços de saúde? Existem grupos vulneráveis, como profissionais do sexo ou migrantes? Ou espera muitas mulheres grávidas em risco, adolescentes ou crianças desnutridas? Determinar quem são os pacientes e o que eles precisam, é importante para o projeto programático de mais de uma forma. Primeiro, mantendo os pacientes e as suas necessidades no centro do seu projeto, para aumentar a sua qualidade de atendimento, mas também do ponto de vista programático para projetar os seus serviços de forma mais eficiente. Isto é chamado de DSD ou Prestação de Serviços Diferenciados⁴.

O outro fator principal no contexto do projeto é, naturalmente, a comunidade em geral que está a servir. Estão cientes do VIH e da TB? Existe estigma em torno das doenças ou a comunidade está ativamente envolvida com atividades de prevenção?

A estabilidade do contexto do projeto determinará se pode integrar uma componente estável de VIH/TB ou se precisa ter em consideração circunstâncias especiais, como instabilidade, emergências ou populações móveis/nómadas. De qualquer forma, é sempre uma boa ideia preparar um plano de contingência, mesmo que o seu contexto seja estável. Pode ler mais sobre recomendações para Contextos Especiais e planeamento de contingência na parte IV deste documento.

⁴ <http://www.differentiatedcare.org/Resources/Library>

Parte II: Estratégia de Integração (Design do Projeto)

Após a avaliação e um olhar minucioso sobre as opções e requisitos da atividade, agora deve ser mais claro o que incluir na componente de integração assistencial do VIH/TB. É claro que, qualquer implementação real é precedida de discussão, aconselhamento e concordância entre projeto/missão, célula/departamentos e conselheiros envolvidos na missão.

Estratégias de implementação

Existem diferentes maneiras de integrar as atividades de VIH/TB, não existe necessariamente uma opção melhor do que as outras. O que escolhe depende dos resultados da avaliação e das possibilidades no projeto.

Existem duas estratégias básicas: integrar as atividades noutras atividades/departamentos médicos na instalação de saúde ou inserindo um pequeno programa vertical (executar independentemente serviços inteiramente dedicados ao cuidado do VIH/TB):

- A. A integração noutras atividades é uma integração mais verdadeira, onde o atendimento ao VIH e à TB passam a fazer parte das atividades médicas regulares. O atendimento é efetuado pelos profissionais de saúde que também prestam os cuidados médicos existentes, no mesmo espaço (OPD, IPD etc.). O anexo 4 mostra um exemplo visual de como as atividades seriam integradas a nível hospitalar e clínico.
- B. Pequenos programas verticais dentro do projeto maior. Uma pequena equipa, por exemplo, um enfermeiro ou oficial clínico dedicado e um conselheiro, apoiado por um Médico no projeto (ou à distância), cuida de pacientes com VIH e TB paralelamente a outras atividades do projeto. Mesmo que este não seja o resultado final pretendido da integração, pode ser uma boa maneira de iniciar as atividades de VIH/TB.

Considerações de implementação:

1. **Opções de referência:** A avaliação mostra se existem atividades assistenciais de VIH/TB disponíveis através do MoH e/ou de outros atores nas proximidades. Não poderiam existir opções a uma distância razoável do projeto, ou uma mistura de opções, variando em qualidade e níveis de cuidado. Dependendo dessas opções de referência, poderá escolher quais atividades integrar e quando referir. Tenha em mente que se optar por referir, deve ter uma boa ideia da qualidade do atendimento no local de referência e um plano de como acompanhar essas referências.
2. **Abordagem gradual:** As componentes do VIH e da TB podem ser configuradas de pequeno a grande, desde as práticas mais básicas até às melhores. A visão geral na parte IV mostra as diferentes opções. Inclua um cronograma na estratégia e uma abordagem gradual para implementar atividades num ritmo que atenda às necessidades e recursos do projeto.
3. **A integração dentro de outras condições crónicas** como NCDs, saúde mental, etc. também pode ser considerada dependendo das prioridades do projeto.
4. **DSD5** : a prestação de serviços diferenciados pode fazer com que os serviços funcionem de forma mais eficaz - tanto para o projeto quanto para os pacientes. A partir da avaliação, deve surgir um quadro que pode esperar incluir no projeto de atendimento ao VIH e à TB. Com base nesses perfis pode investigar formas de agilizar o atendimento em modelos que se adequam a esses pacientes.
5. **Plano de contingência:** A estabilidade do contexto do projeto é um grande fator para estratégia e implementação. A Parte III Contextos Especiais tem mais informações e recomendações específicas

5 <http://www.differentiatedcare.org/Resources/Library>

sobre contextos instáveis. Mas mesmo um projeto num contexto estável precisa ter um plano de contingência para ser preparado caso o contexto mude. Consulte a Parte IV para obter mais detalhes.

6. Apoio: Cada seção dos MSF possui coordenadores médicos dedicados, conselheiros de saúde e referências de VIH/TB. Existem também especialistas que podem ficar por mais tempo em campo para ajudar a configurar certas atividades componentes, como Agentes de Implementação Móvel (MIO) ou Implementadores Voadores. Mais ainda, não se esqueça de procurar no país em que está, o MoH e os mecanismos de financiamento podem proporcionar muitas oportunidades, como sobre formação sobre VIH/TB.

Impacto Operacional

Podem existir muitas questões sobre o potencial impacto operacional de um novo componente do projeto. O que isto significará para os recursos financeiros, de RH e de registo no projeto e missão? Poderá existir um impacto nos serviços de saúde circundantes? Terá impacto na cronologia pretendida do projeto?

Embora a resposta "depende..." pode ser verdade - pois as coisas variam muito de contexto para contexto - não providencia quaisquer apoios úteis ao projetar uma componente de integração. Por isso, tentamos aqui na PARTE II, providenciar mais informações e conselhos sobre o potencial impacto operacional. É claro que tudo sob a isenção de responsabilidade de que realmente 'depende' da situação em que o seu projeto está inserido.

Impacto operacional potencial no projeto/missão e nos serviços de saúde circundantes:

Para compreender o impacto, poderá agendar reavaliações regulares do projeto de VIH/TB e da área de captação circundante (e a nível nacional, se necessário). Essa reavaliação é mais provável que ocorra se já estiver prevista para (por exemplo) o ano seguinte. A reavaliação gera perceções sobre o quanto os recursos do projeto mudaram e se impactou outros prestadores na área de captação. Esta perceção poderá levar a ajustes e alimentar informações atualizadas na estratégia de saída e dimensionar decisões de aumento (ou diminuição). Os formulários de avaliação iniciais (ver anexo 1) podem ser reutilizados para que as informações da reavaliação sejam comparáveis com avaliações anteriores.

Outros potenciais fatores de impacto a serem considerados:

- Visitas de apoio de campo. No início ou mesmo antes do início de um novo componente, podem ser esperadas visitas de campo de especialistas em VIH/TB. Todas as seções têm acesso ao apoio de implementação para ajudar a configurar o novo componente com visitas de campo mais longas ou mais frequentes.
- Serão necessárias negociações adicionais, talvez até sensíveis, a nível local e/ou nacional (por exemplo, a inclusão de atividades de VIH/TB no MoU). Essas negociações podem levar tempo a serem configuradas e precisarão ser feitas com cuidado por um membro experiente da equipa. Muitas vezes existem muitas partes nesta discussão; claramente o MoH e a comunidade local, mas também deve pensar em financiadores globais, iniciativas locais de base e outros prestadores de cuidados de saúde; não governamental, setor privado, etc.
- Impacto temporal. Uma preocupação operacional importante é se a adição de um componente de VIH/TB levará a compromissos temporais que poderiam alterar a cronologia original pretendida de um projeto. A criação de uma estratégia de saída adequada (incluindo a vinculação e o aumento da capacidade de programas existentes, como o MoH e agências de financiamento sustentáveis como o GF) desde o início poderia ajudar a negar essa preocupação.
- Quais serão os prováveis aumentos de recursos? Em RH, Logística e Finanças? Tentaremos listar os itens de "grande impacto" abaixo, para apoiar uma estimativa para a situação/projeto/missão em que está inserido.
- Mutualização. Muitas vezes existe mais do que uma seção MSF num país e, portanto, uma oportunidade operacional para compartilhar recursos e conhecimento.

Recursos Humanos

Para implementar qualquer nova atividade componente, precisará de recursos humanos para o fazer. As tabelas ao longo do documento indicam que tipo de recursos humanos são necessários para cada atividade componente específica. Note que nem todas as atividades precisam de um "novo" membro de equipa: diferentes atividades podem ser combinadas e implementadas por um membro da equipa, ou os funcionários que já trabalham no projeto podem assumir uma ou mais das atividades (tenha atenção para evitar sobrecarga de trabalho). Aproveite as oportunidades que já estão disponíveis no projeto.

Tais oportunidades também incluem a mudança de tarefas e o trabalho com trabalhadores leigos, como conselheiros e embaixadores/pares/pacientes especialistas.

Diferentes perfis de trabalho a serem considerados na equipa de integração VIH/TB:

- **Médico:** um médico devidamente treinado pode atuar como orientador técnico do projeto (dependendo da especialidade), apoiando casos complicados.
- **Oficial clínico/médico assistente/enfermeiro:** a formação e a mudança de tarefas têm sido fundamentais para o aumento dos componentes VIH/TB. A gestão do VIH/TB já não é uma atividade altamente especializada, a maioria das atividades clínicas essenciais podem ser implementadas por outras equipas médicas.
- **Parteiros:** os parteiros podem ser formados para incluir PMTCT nos seus serviços, com a outra equipa médica disponível a ajudar, se necessário.
- **Conselheiro:** a educação e aconselhamento de pacientes podem ser feitos - após a devida formação - por qualquer profissional de saúde, trabalhadores leigos ou pares educadores.
- **Profissionais de Saúde da Comunidade (CHWs):** podem apoiar / implementar as atividades HP/CE.
- **Pares educadores/conselheiros/colaboradores:** as pessoas que vivem com VIH e/ou TB são muitas vezes mais bem aceites pelos seus pares e podem trabalhar como conselheiros leigos ou apoiar/implementar atividades de HP/CE.
- **Técnicos de laboratório:** testagem de VIH e TB em ambientes laboratoriais.

Não esquecer: RH: descrições do trabalho, briefings claros e se necessário um organograma para mostrar o nível de responsabilidades e prestações de contas e as relações entre as diferentes posições.

O número de pessoas necessárias (extra) para executar um programa integrado de saúde depende (é claro) da situação local, capacidade, escolaridade, tamanho do componente e a fase de emergência em que o projeto está. Isto dificulta a constatação dos números exatos, mas para dar uma indicação do que é necessário a tabela abaixo diferencia entre componentes e volume de pacientes esperados.

Isto não é certamente prescritivo! É uma tentativa de dar uma visão geral das posições de RH para ter em consideração enquanto projeta o seu projeto de integração.

Como sempre, por favor consulte os seus coordenadores e referências.

Note também que a estimativa abaixo olha principalmente para a equipa médica. Se a carga de trabalho para, por exemplo, logística ou farmácia aumentar, esses departamentos certamente devem rever a sua capacidade e necessidades.

0 - 100 pacientes em coorte/componente (VIH ou TB ou ambos):

Se cada paciente visita, em média, uma vez por mês e o mês tem 20 dias úteis: 0-5 pacientes por dia em OPD. Assim que os pacientes estiverem estáveis, podem regressar para recargas uma vez a cada 3 a 6 meses. O tempo indicativo para consultas OPD seria de 20 minutos para um novo paciente, 10-20 minutos para uma sessão de aconselhamento e 3-5 minutos para consultas assintomáticas estáveis.

O número de testes de VIH/TB depende se o projeto implementa PICT ou VCT. Em teoria, se, por exemplo, a prevalência for de 1%, isso significaria que até 5.000 pessoas precisariam ser testadas para diagnosticar 50 pacientes, mas como o PICT tem como alvo pacientes que já são clinicamente suspeitos de TB ou VIH, esse número será muito menor.

Cada componente escolhido no programa integrado precisa de um membro da equipa, mas não em tempo integral se a carga de trabalho for baixa. Tenha em mente que um membro adicional da equipa precisará ser formado para substituir durante as férias ou trabalho de turnos - > portanto, é indicado na tabela "1 a 2 pessoas".

Alguns componentes podem ser unidos numa pessoa, por exemplo, a equipa de tratamento também pode cuidar das atividades de M&E enquanto o número de pacientes é baixo. Ou o conselheiro pode cuidar da educação e aconselhamento do paciente, testagem e deteção de casos e HPCE. E existem opções para recrutar voluntários ou conselheiros para ajudar com o componente.

Aqui a escolha entre um programa vertical integrado ou pequeno é de grande influência. Integrado significaria que vários funcionários que já estão a trabalhar na unidade de saúde assumem tarefas de cuidado dos pacientes com VIH e TB.

Um programa vertical pequeno poderia, por exemplo, incluir 1 a 2 enfermeiros/oficiais clínicos e um conselheiro a tempo inteiro, com o backup médico de um MD (local ou à distância) para aconselhar sobre os pacientes do IPD.

100 - 500 pacientes em coorte/componente, 10-15 novos pacientes por mês (VIH ou TB ou ambos):

Se cada paciente visita, em média, uma vez por mês e o mês tem 20 dias úteis: 5-25 pacientes por dia em OPD. Uma vez que os pacientes estão estáveis (pode ser até 50%), podem vir uma vez a cada 3 a 6 meses, reduzindo o número de consultas. O número de pacientes que precisam ser admitidos no IPD está frequentemente relacionado ao número de novos internamentos no componente (por exemplo, 5 casos do IPD onde existem 50 novos internamentos por mês). Assim que os pacientes estão estáveis no tratamento, raramente são hospitalizados.

Num programa crescente para 500 pacientes, as atividades tornam-se mais "trabalho diário" e as 1 a 2 pessoas atribuídas a um componente terão que ser habilitadas a usar mais do seu tempo de trabalho para os pacientes com VIH e TB. Isso significa libertá-los de outras tarefas ou atribuir mais membros da equipa para cada um fazer uma parte dela.

> 500 pacientes em coorte/componente (VIH ou TB ou ambos):

Se o programa crescer para mais de 500 pacientes, mais funcionários precisarão estar a tempo inteiros dedicados ao atendimento ao VIH e à TB. A componente requer uma equipa dedicada (consultor/enfermeiro e conselheiro) para gerir a coorte e os seus resultados, incluindo gestão e coordenação das atividades de DSD.

Com esses números maiores, os testes provavelmente serão feitos através de VCT e a equipa seria necessária para fazer aconselhamento e testes diariamente. Além disso, outros componentes não seriam mais gerenciáveis se permanecessem unidos, como a M&E e o HPCE.

Novamente, os números na tabela são apenas indicações!

Componente	0 - 100 pacientes	100 - 500 pacientes	> 500 pacientes
Tratamento (IPD)	MD Auxiliar	MD Auxiliar	MD a Tempo Inteiro
Tratamento (OPD)	1-2 RN/CO tempo parcial	1-2 RN/CO tempo parcial a tempo inteiro	> 2 RN/CO a tempo inteiro
M&E			1-2 verificador de dados
PMTCT	1-2 parteiros formados	1-2 parteiros formados	> 2 parteiros formados
Prevenção	1-2 conselheiros tempo parcial a tempo inteiro (pense também em conselheiros pares)	1-2 conselheiros tempo parcial a tempo inteiro (se necessário, separar VCT e adesão)	Membro dedicado da equipa de prevenção
Testagem e deteção de casos			> 2 funcionários VCT
Educação e Aconselhamento do Paciente			> 2 conselheiros
HP e CE			> 2 funcionários HP e CE
Laboratório	1 - 2 técnicos de laboratório formados ou referenciação	1 - 2 técnicos de laboratório formados ou referenciação	> 2 técnicos de laboratório dedicados ao componente

Exemplos (parte do tratamento) de projetos existentes:

- DRC: coorte 500 e 15 novos internamentos por mês -> 2 consultores de enfermagem e 1 supervisor.
- Zimbábue: 15-20 novos internamentos por mês e coorte 1000 -> 2 enfermeiros.
- CAR: 450 pacientes e 5-10 internamentos por mês -> 1 consultor de enfermagem ou auxiliar de enfermagem formado.

Formação

A equipa médica deve ser formada de acordo com o nível de cuidado. Existe uma gama de formação de apoio para VIH/TB disponível nos MSF. Por exemplo, a formação pode ser obtida através da SAMU dos MSF, incluindo:

- E-learning de VIH/TB para nível básico, disponível online.
- Formação clínica de VIH/TB oferecido no local (mediante solicitação) e formação avançada na Cidade do Cabo.
- Formação programática de VIH/TB para gestores de programas; inclui integração programática.
- Formação DR TB (disponível apenas na Cidade do Cabo).

O apoio adicional de implementação no local pode ser obtido através de um agente de implementação móvel (MIO). O apoio técnico contínuo é oferecido regularmente através da seção referência de VIH/TB.

Programas de formação internos: Existem formações internas organizadas pelos MSF, MOH e/ou outros intervenientes, incluindo formação sobre diretrizes nacionais, ferramentas de M&E (recolha de dados) em VIH/TB, etc.

Fornecimento: ferramentas e cronologia de encomendas

Encomendar os medicamentos necessários para o tratamento do VIH e da TB pode exigir algum apoio/perícia, especialmente no início. Em primeiro lugar, é importante ter em consideração que os regimes de tratamento podem depender das políticas nacionais. Por favor, discuta com a sua referência de VIH/TB. Em segundo lugar, os medicamentos para o VIH precisam ser calculados de uma forma diferente das encomendas normais. A encomenda precisará ter em consideração os pacientes atuais, o número estimado de novos pacientes e os stocks de segurança. A quantidade a ser encomendada é cumulativa. Para ajudar na realização da encomenda, existe uma ferramenta de cálculo VIH no anexo 2. Os testes e medicamentos para infeções oportunistas fazem parte dos cálculos regulares da encomenda. É como outras condições crónicas.

Os medicamentos do GF (Fundo Global) ou MoH podem ser usados se disponíveis, mas considere iniciar o componente com medicamentos MSF pois a transição para os medicamentos e sistema de aquisição GF pode levar algum tempo.

As ferramentas de encomenda de medicamentos fornecidas no anexo 2 também podem ajudar a estimar /encomendar ARVs do MoH/GF. Uma vez que seja possível obter ARVs através do GF/MoH, é importante continuar a aquisição de suprimentos de segurança através do sistema dos MSF para evitar ruturas de stocks, incluindo testes e medicamentos para OIs. O seu farmacêutico de seção pode ajudá-lo se existirem dúvidas sobre a qualidade dos medicamentos (por exemplo, se fornecido através de um sistema de cofinanciamento).

Como em qualquer entrega, por favor, tenha atenção aos prazos de entrega! Levará tempo para a primeira encomenda chegar ao nível do projeto e novas encomendas oportunas são importantes para garantir que ninguém ficará prejudicado sem medicamentos de tratamento. Para o início de um componente (especialmente em emergências) pode valer a pena olhar para os kits de VIH/TB disponíveis via fornecimento dos MSF e o kit de emergência de VIH/TB para 50 pacientes - ver anexo 3.

Finanças: custos e mecanismos de financiamento do país

As necessidades exatas de financiamento são altamente dependentes das circunstâncias (por exemplo, localização, salário do pessoal, disponibilidade de medicamentos e materiais e custos, etc. Talvez de forma útil, mas apenas como exemplo, o anexo 6 fornece um orçamento estimado por paciente para o projeto de teste e tratamento de Yambio (Sudão do Sul).

Os custos extras de um componente de integração VIH/TB podem ser impactados devido a vários fatores:

- O custo dos medicamentos VIH/TB. Os medicamentos extra (incluindo medicamentos OI!) terão que ser encomendados e destacados no orçamento. Felizmente, o preço dos medicamentos para VIH e TB caiu significativamente nos últimos anos, depois de muitos esforços de muitos atores (incluindo a Campanha de Acesso dos MSF, a Iniciativa de VIH da Fundação Clinton, etc.).
- Os custos de testes e dispositivos de laboratório. Note que os dispositivos de laboratório podem ser caras na compra inicial, especialmente se o laboratório do projeto precisar de ser ajustado, por exemplo, o Xpert pode exigir um ar condicionado.
- Financiamento internacional. A maioria dos países recebe financiamento dedicado de fontes internacionais como o Fundo Global (GF) e o PEPFAR para os seus programas de VIH (nota: os doadores

-
- globais e financiadores estão a sofrer uma redução de fundos). Os programas de TB são normalmente parcialmente financiados pelos governos do país. Os MSF não usam financiamento direto do GF ou PEPFAR, mas é possível usar bens fornecidos, como ARVs e reagentes de laboratório (ver fornecimento).
- O financiamento específico em projetos pode depender de vários fatores.
 - Onde não existe MoH, os MSF podem ser a única fonte de financiamento. Isto pode mudar com o tempo por causa do trabalho contínuo de promoção, captando outros atores, incluindo o MoH, GF etc.
 - Quando existe um programa existente (MoH, outros atores etc.), dependendo dos resultados da avaliação, o financiamento para serviços de VIH/TB pode ser compartilhado entre os MSF e outras partes interessadas, especialmente o MoH e o GF. Por exemplo, a infraestrutura de pessoal e clínica poderia ser fornecida pelo MoH e todos os medicamentos adquiridos através do GF, enquanto os MSF poderiam suportar o transporte.

Estratégia de Saída

Pode ser um desafio pensar numa estratégia de saída antes mesmo de começar a implementação do componente VIH/TB. No entanto, experiências passadas instigam-nos a ter em mente a possibilidade do componente continuar sem a presença dos MSF, durante a sua configuração e durante toda a duração dos projetos.

Nota: Não ver qualquer possibilidade de uma saída decente não deve ser a única razão para não começar. Se esse for o caso do seu projeto, por favor, discuta com os seus coordenadores e referências de VIH/TB.

Para obter informações mais completas sobre estratégias de saída, consulte o documento dos MSF "Making an Exit" (MSF RU 2011)⁶. Em geral, recomenda-se iniciar o pensamento a longo prazo (incluindo a estratégia de saída) assim que um projeto está a sair da fase de emergência aguda e nutre relações positivas com outros atores desde o início.

As principais considerações ao planear a saída/entrega das atividades dos MSF VIH/TB são:

- Assegurar a continuidade dos serviços. Identificar os potenciais parceiros de entrega para o futuro (idealmente o MoH) e avaliar se eles garantiram mecanismos para o fornecimento ininterrupto de medicamentos ARV e TB. O mesmo para a disponibilidade de pessoal-chave para executar o componente (no mínimo enfermeiro/conselheiro).
- Ambiente favorável. Ao considerar a estratégia de saída, permita tempo suficiente para planear e implementar uma entrega. Considere uma abordagem faseada na entrega de componentes.
- Comunicação. Inicie uma comunicação suficiente, clara e consistente com todos os intervenientes em tempo útil. Isso inclui funcionários, pacientes, outros atores e a comunidade. A negociação da estratégia de entrega com os parceiros de entrega pode ser apoiada com, por exemplo, um painel com objetivos acordados, cronologias claras e o processo de monitorização.
- Qualidade do Atendimento. Se passar de um alto nível de recursos/custos para um nível de recursos/custos mais baixo, a qualidade do atendimento provavelmente cairá. A definição do melhor nível de qualidade do atendimento e um planeamento oportuno do processo de entrega com metas de resultado acordadas, deve apoiar a manutenção de um nível aceitável de atendimento.

⁶ <http://evaluation.msf.org/project-handovers>

Adaptação dos serviços integrados de VIH/TB existentes

Até agora, a suposição é que o componente de integração teve que começar do zero. Mas também existem projetos que já possuem componentes de VIH e TB integrados nos seus serviços.

Esses projetos podem querer adaptar os seus serviços, mas... quando é um bom momento e quais são as razões certas para adaptação? Quais são as principais barreiras que pode encontrar?

Uma reavaliação da situação deve ajudar a responder a maioria dessas perguntas. As ferramentas de avaliação no anexo 1 também aqui podem ajudar. Por exemplo, as políticas de VIH/TB ou a situação de financiamento internacional mudaram? Existem novos atores que também possuem um componente de VIH/TB e qual é a sua qualidade de cuidado? Quem são os pacientes, existe a possibilidade de diferenciar o atendimento de forma mais eficaz? Qual é a capacidade dentro do projeto, existe espaço para crescer? Etc.

É claro que é uma boa ideia envolver a sua referência de VIH/TB para aconselhamento sobre o aumento (incluindo as melhores ferramentas disponíveis para usar a fim de simplificar o atendimento, como testes de carga viral, descentralização e DSDs, como CAGs).

Também é bom ter em mente que o aumento nem sempre implica mais trabalho. Por exemplo, fazer um teste de carga viral no dispositivo Xpert pode significar que os pacientes estáveis podem reduzir com segurança o número de check-ups na clínica, porque a sua carga viral é indetetável e podem assim juntar-se a um modelo DSD.

Quadro de Registo e Indicadores Padrão Mínimos

Para juntar tudo isto, precisará ajustar o quadro de registo do projeto para agora incluir as atividades de VIH/TB. Adicione objetivos específicos com indicadores verificáveis (que se conectam facilmente ao sistema de M&E). Existem muitos indicadores possíveis, dependendo, é claro, das atividades de integração. Abaixo estão indicadores padrão mínimos que podem ser usados num quadro de registo. Por favor, discuta com a referência de VIH/TB se a sua seção tem requisitos específicos para o quadro de registo, por exemplo, em relação aos indicadores e à formulação de objetivos específicos.

Indicadores padrão mínimos do VIH (Durante um período escolhido)	Indicadores padrão mínimos da TB (Durante um período escolhido)
Utilização dos serviços <ul style="list-style-type: none">Número de testadosNº & % VIH +Nº & % em ART Resultados periódicos <ul style="list-style-type: none">Nº & % perdidos para acompanhamento (LFU)No. & % de óbitosNo. & % mantidos em atendimento PMTCT <ul style="list-style-type: none">Nº & % mulheres grávidas testadas VIH+Nº & % de bebés VIH+ no programa ao final de 24 meses Carga viral <ul style="list-style-type: none">Nº & % virologicamente suprimidoNº & % com VL detetável > 1000 cópias/mlNº & % na segunda linha ART	Utilização dos Serviços <ul style="list-style-type: none">Número de testados para TB.Nº & % Novos casos DSTB confirmadosNº & % Novos casos DSTB que iniciaram anti-TBNº & % casos RR/MDRNº & % de RR/MDR que iniciaram tratamento. VIH/TB <ul style="list-style-type: none">Nº & % VIH +Nº & % em ART Resultados finais do tratamento <ul style="list-style-type: none">Nº & % tratada com sucessoNo. & % fracassosNº & % perdido para acompanhamento (LFU)No. & % de óbitos Terapia preventiva de TB <ul style="list-style-type: none">No. & % <5s completaram profilaxia TBNo. & % de PLVIH completaram profilaxia TB

Parte III: Contextos Especiais

Tratamento e Emergências de VIH/TB

2,5 milhões de pessoas que vivem com VIH foram afetadas por emergências humanitárias em todo o mundo em 2016, de acordo com o UNAIDS (um aumento de 1,67 milhões em 2013) com o maior aumento ocorrido na África Subsaariana (1,2 para 1,7 milhão). A lacuna de tratamento também aumentou de 1 milhão em 2013 para 1,25 milhões em 2016.

Em 2006, a OMS, a ACNUR, a UNAIDS, a UNICEF e os MSF chegaram a um consenso dizendo que a entrega de tratamento ARV em emergências é viável e representa uma obrigação em termos de direitos humanos e estratégia de saúde pública⁷.

As necessidades dessa população precisam ser incluídas na resposta de emergência quando cortadas dos serviços de saúde originais. Existiram progressos até ao momento com o reconhecimento da UNAIDS do problema e o lançamento da equipa de tarefas interagências (IATT) em 2011 para trabalhar com governos, sociedade civil e outras organizações para abordar, entre outras coisas, apoio ao desenvolvimento de políticas, programação, mobilização de recursos e planeamento estratégico de VIH.

Planeamento de Contingência

Em ambientes onde a instabilidade ou emergência aguda acontece e o componente VIH/TB já está em execução, os MSF devem garantir que as atividades de VIH/TB em vigor continuam a funcionar sem interrupções. A interrupção repetida no fornecimento de medicamentos comprometerá os resultados de saúde dos pacientes sob tratamento VIH/TB e pode potencialmente causar desenvolvimento ou amplificação da resistência a medicamentos ARV e/ou anti tuberculose.

O Plano de Contingência (CP) visa evitar interrupções no tratamento, fornecendo stock extra de medicamentos (ART, anti-TB, CTX, NVP em casos PMTCT) antes ou durante a instabilidade. Para permitir tempo suficiente à normalização dos serviços ou aos pacientes para aceder a serviços a outros lugares.

Isso requer planeamento antecipadamente. A fase de preparação (ver tabela abaixo) inclui a preparação de "bolsas de fuga" com 3 a 6 meses de medicamentos e educação dos pacientes sobre o que fazer caso o plano de contingência precise ser colocado em ação. Sendo este o caso, a fase de reação começa, e as bolsas são distribuídas.

O ideal é que um CP seja definido antes de iniciar as atividades (ou pelo menos, antes da instabilidade surgir), bem como ser atualizada regularmente de acordo com o contexto e a situação do projeto. O CP precisa ser conhecido pelas pessoas chave no campo, bem como pelos pacientes.

O CP deve ser acionado antes que a instabilidade/emergência chegue a um ponto em que as atividades normais do projeto sejam interrompidas, devido à evacuação de pessoal e/ou redução das atividades. O

⁷ Entrega de medicamentos antirretrovirais em emergências: negligenciadas, mas viáveis, 20 de setembro de 2006, OMS. https://www.who.int/hac/techguidance/pht/HIV_AIDS_101106_arvemergencies.pdf?ua=1

projeto e ativação do CP está intrinsecamente relacionado ao nível de segurança do projeto, o que normalmente é definido pela coordenação de campo e missão.

Os fornecimentos/encomendas internacionais de medicamentos dos MSF devem ter em consideração a implementação do CP, uma vez que serão necessários suprimentos extras de medicamentos, além do fornecimento normal. Isto precisa ser planeado com bastante antecedência, pois a falta de stock suficiente pode afetar a implementação dos CPs. Adicione Stock de contingência previsto de acordo com o valor a ser fornecido de acordo com a diretriz/plano de contingência.

Objetivos	Fase de Preparação (antes da emergência/interrupção dos serviços)	Fase de Reação
O quê	<p>Mapear a localização dos pacientes. Registrar para observar pacientes sob o CP. Identificar pessoas chave na clínica (NS) e ao nível da comunidade (PLWHIV/CHW). Informar os pacientes e obter consentimento para os CHWs distribuírem bolsas de fuga. Fornecer a todos os pacientes um "Passaporte VIH/TB". Educar os pacientes sobre o que fazer. Preparar "bolsas de fuga" com 3-6 meses de fornecimento de medicamentos. Stock de contingência em todas as unidades de saúde: verificar e girar o stock de acordo com a data de vencimento;</p>	<p>Distribuir "bolsas de fuga" na clínica ou através da pessoa focal da comunidade. Enviar stock de contingência para unidades de saúde (se não tiver sido feito antes).</p> <p>Se possível, continuar o teste/rastreio do VIH e novas inclusões no ANC, pacientes clinicamente suspeitos (incluindo crianças) e programas nutricionais;</p>
Onde	<p>Em todos os projetos onde a instabilidade é esperada de acordo com a análise de risco Ao nível da coordenação Ao nível do projeto: documento do CP no local Ao nível das unidades de saúde Ao nível da comunidade</p>	<p>Ao nível do projeto Ao nível das unidades de saúde Ao nível da comunidade</p>
Para quem	Todos os paciente no componente VIH/TB	Todas as PLWHIV / PWTB afetadas pela instabilidade
Quem	<p>PMR/MTL: para coordenar todos os CP e instruir os expatriados Supervisor VIH/TB: para garantir a conscientização do pessoal nacional Medco e Farmacêuticos (missão e projeto): preparar stocks</p>	<p>CP é ativado pela FieldCo e coordenado pelo PMR Pessoas chave: - Equipa nacional: enfermeiro, conselheiro - Ao nível da comunidade: PLWH ou CHW</p>

Nova Intervenção Emergencial - sem projeto pré-existente

Numa nova intervenção emergencial - sem um projeto MSF pré-existente - uma avaliação básica do VIH/TB precisa ser incluída na avaliação de emergência e mapeamento da situação. As encomendas de emergência devem incluir medicamentos da TB e ARV. Para auxiliar na primeira encomenda, foi desenvolvido um Kit de Emergência para o VIH e TB para 50 pacientes, ver o anexo 3.

A recomendação para o atendimento ao VIH/TB nas fases iniciais de uma nova intervenção emergencial é primeiro focar-se em garantir que os pacientes que já estavam a receber medicamentos para o VIH/TB recebem as recargas necessárias para evitar uma interrupção. Outros componentes da fase inicial incluem Medidas de Precaução Universal, garantindo que a PEP esteja disponível, transfusão segura de sangue, preservativos e planeamento de contingência.

Objetivos	Prevenção da Interrupção/Reiniciação do Tratamento	Prevenção da Transmissão de Alto Risco
O quê	Continuação ART / ATT: Consultas OPD/IPT, modelos DSD de distribuição de ART para pacientes estáveis. ART para pacientes vulneráveis (TB, OI, ITFC, KA) se possível. Planeamento de contingência. Aconselhamento de Adesão: Aconselhamento e testagem OPD/IPD;	PEP para o pessoal. SGBV em SRH/OPD. Testagem de VIH para mulheres grávidas e a amamentarem.
Onde	Quaisquer instalações suportadas	Quaisquer instalações suportadas
Para quem	Pacientes que já estavam a receber o tratamento de VIH ou TB Pacientes vulneráveis / muito doentes que precisam de tratamento	Membros do pessoal em risco Sobreviventes de Violência Sexual
Quem	Principalmente expatriados Equipa nacional formada: MD, enfermeiro, parteiro, conselheiro	Principalmente expatriados Equipa nacional formada: MD, enfermeiro, parteiro, conselheiro

Emergência/Instabilidade em projeto pré-existente

Numa situação onde a instabilidade/emergência acontece onde um projeto MSF com um componente VIH/TB já existe, os MSF devem garantir que as atividades de VIH/TB em vigor continuam a funcionar. Se a continuação das atividades é possível dependerá do nível de interrupção:

1. Interrupção completa: Devido à grave insegurança, os funcionários podem ser evacuados ou hibernado, forçando o fechamento da unidade de saúde. Idealmente, foi feita uma preparação emergencial para este cenário e um plano de contingência pode ser ativado assim que for possível.
2. Quando a interrupção permite aos funcionários e pacientes (algum) acesso à unidade, os serviços podem ser limitados à provisão de suprimentos de contingência e recargas de medicamentos de emergência aos pacientes existentes para evitar interrupções e fornecer tratamento que salva vidas.
3. A situação pode tornar-se um cenário crónico de insegurança, permitindo a continuidade de serviços limitados ou ajustados.
4. A situação volta completamente ao normal, as atividades retomam na totalidade.

Nessas situações, o manuseio dos serviços de VIH TB pode ser abordado em fases dependendo do nível de interrupção/insegurança. Abaixo estão algumas abordagens sugeridas a serem tomadas dependendo do nível de interrupção:

	1ª fase: Interrupção completa	2ª fase: Interrupção com (algum) acesso à unidade	3ª fase: Insegurança crónica de baixo nível
Objetivos	Sem atividades	Prevenção da interrupção do tratamento Prevenção da transmissão de alto risco Reiniciação do tratamento após a interrupção Plano de contingência	Garantir a não interrupção do tratamento para todos os que estiverem medicados com medicamentos ART e TB ART para pacientes vulneráveis Prevenção Plano de contingência
O quê	Sem atividades	Continuação do tratamento ART e TB Plano de contingência SGBV PEP	Atividades de prevenção Testar e tratar Serviços de educação/aconselhamento do paciente Monitorização de laboratório (CD4, Xpert para TB/VL/EID ou referências DBS) Monitorização e avaliação Envolvimento da comunidade e modelos comunitários de cuidado
Onde	Instalação inacessível/ fechada	Unidade de Saúde (OPD, IPD, ANC, clínica TB/VIH)	Todas as unidades e Comunidade: HP, DSD, contato + perdido para rastreamento de acompanhamento
Para Quem	Sem pacientes	PLWHIV e PWTB Vítimas de SGBV Pessoal, Grávidas /Mulheres a amamentarem ligadas à SRH	PLWHIV e PWTB Pacientes vulneráveis, ITFC, pacientes com Kala Azar, pacientes em OPD/IPD com OIs, grávidas em ANC e mulheres

			a amamentarem em PNC ligadas à SRH.
Quem	Nenhum pessoal	Tarefas compartilhadas entre expatriados/funcionários nacionais	Tarefas transferidas para os principais funcionários nacionais (MD, enfermeiro, conselheiro, CHW)

Populações Móveis

Existem diferentes situações que podem levar a movimentos populacionais:

- Conflito e deslocamento
- Populações nômadas
- Trabalhadores migrantes

O desafio das pessoas em movimento para o atendimento ao VIH/TB é que não sabe quando e mesmo se vai vê-los novamente na sua clínica. No entanto, isso não deve ser motivo para não implementar o cuidado com o VIH/TB. As seguintes etapas são recomendadas para tentar manter os pacientes em tratamento de VIH e TB o mais seguros possível:

1. Mapear todas as instalações que prestam atendimento ao VIH/TB na área
2. Mapear movimentos populacionais no caso de trabalhadores nômadas ou migrantes (ciclos, tempo)
3. Fornecer o passaporte do VIH/TB a todos os pacientes
4. Registe todas as populações móveis, incluindo contato telefônico e garanta contato telefônico a cada 3 a 6 meses, se possível.
5. Forte educação para pacientes e familiares
6. Garantir monitorização anual da carga viral

	Integração do VIH/TB em populações móveis
Objetivo	Prevenção da interrupção do tratamento
O quê	Continuação de ART (6 meses ou mais, dependendo dos movimentos) Continuação ATT (curso completo) PSEC
Como	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapear todas as instalações que prestam atendimento ao VIH/TB na área 2. Mapear movimentos populacionais no caso de nômadas (ciclos, tempo) 3. Fornecer o passaporte do VIH/TB a todos os pacientes 4. Registrar todas as populações móveis, incluindo contato telefônico e garanta contato telefônico a cada 3 a 6 meses 5. Garantir educação adequada sobre saúde e informações necessárias aos pacientes e familiares em cada contato, 6. Educar sobre a importância da monitorização anual da carga viral
Onde	Unidade VIH/TB
Quem	Equipa nacional formada: MD, enfermeiro, parteiro, conselheiro



Parte IV: Atividades VIH/TB

Este capítulo descreve os diferentes componentes e opções de atividade dentro do cuidado com o VIH e a TB.

Existem algumas opções com vários níveis de complexidade. Um projeto pode decidir quais componentes/opções são relevantes, considerando a sua avaliação do contexto do VIH/TB, dos seus pacientes e da capacidade do projeto. As tabelas abaixo dão uma visão geral dos componentes e opções.

Atendimento VIH

Componente	Opções de atividade			
Prevenção	Preservativos	PEP	PrEP	
PMTCT	Identificação de grávidas VIH+	Profilaxia	Diagnóstico Precoce da Criança	
Testagem e deteção de casos	PICT	VCT		
Tratamento	Tratamento OI	Iniciação de ART	Monitorização de ART	Recarga ART
Educação/Aconselhamento do Paciente	Pré-teste	Pós-teste	Adesão	
Comunidade	Contactar as autoridades	Promoção da saúde	Deteção de casos, perdido para rastreamento de acompanhamento	Grupos de apoio da comunidade
Laboratório	RDTs	Instrumentos do Posto de Atendimento (Próximo)	Instrumentos do Laboratório do Projeto	Instrumentos do Laboratório de Referência
M&E	Recolha e comunicação de dados em papel		Recolha e comunicação de dados eletrónicos	

Atendimento TB

Componente	Opções de atividade			
Prevenção	Medidas administrativas	Medidas ambientais	Medidas pessoais	Tratamento latente de TB
Testagem e deteção de casos	Deteção de casos passivos	Deteção de casos ativos		
Tratamento	TB Sensível a Medicamentos	TB Resistente a (Múltiplos) Medicamentos		
Educação/Aconselhamento do Paciente	Educação do Paciente	Adesão ao aconselhamento		
Comunidade	Contactar as autoridades	Promoção da saúde	Deteção de casos, perdido para	Grupos de apoio da comunidade

			rastreamento de acompanhamento	
Laboratório	Microscopia	Instrumentos do Posto de Atendimento (Próximo)	Instrumentos do Laboratório do Projeto	Instrumentos do Laboratório de Referência
M&E	Recolha e comunicação de dados em papel		Recolha e comunicação de dados eletrônicos	

As páginas a seguir contêm descrições resumidas de cada componente e as opções de atividade. Uma tabela mostrará os blocos de construção das atividades e o texto abaixo da tabela explicará os níveis de complexidade para implementação, que vão do básico ao mais abrangente.

Os blocos de construção são: O quê/Onde/Para quem/Quando e Quem:

Blocos de Construção

O quê	Uma descrição da atividade
Onde	O local dentro ou fora da unidade de saúde onde a atividade pode ser providenciado
Para quem	A população-alvo para quem a atividade é destinada
Quando	Quando a atividade deve ser implementada dentro do atendimento contínuo ou com que frequência deve ser implementada/feita
Quem	Quem poderia ser considerado responsável por fazer a atividade

Para obter informações mais detalhadas (e/ou clínicas) sobre cada opção, consulte as diretrizes clínicas e programáticas mencionadas ao longo deste documento. Os seus links e referências também podem ser encontrados na lista de recursos do anexo 5.

Para exemplos de componentes de integração VIH/TB em projetos existentes, por favor, consulte alguns estudos de caso no anexo 7.

Prevenção

A prevenção VIH/TB pretende prevenir que as pessoas contraíam infeção por VIH ou TB.

Diretrizes a serem consultadas ao implementar: Diretrizes clínicas das IPC, PSEC e VIH/TB (anexo 5).

É necessária alguma formação especial? As formações são integradas em formação de VIH/TB - ver RH e formação na parte III. Existem cursos específicos de formação sobre saneamento de água para controlo de infeções por TB.

São necessários materiais especiais? Sim, o padrão geral de materiais e itens de fornecimento, como preservativos e máscaras N95 e medicamentos (profiláticos) anti-VIH ou TB.

Nota geral: Independentemente da integração VIH/TB, todos os projetos devem ter (no mínimo) as práticas de controlo e prevenção básicas de infeções (IPC) em vigor. Isto inclui precauções padrão (antes conhecidas como precauções universais), higiene das mãos, transfusão segura de sangue, tratamento de IST, distribuição de preservativos e PEP para funcionários e vítimas de violência sexual. Os detalhes das medidas gerais das IPC não estão incluídos neste documento. Para obter mais informações, consulte as diretrizes das IPC8.

Prevenção do VIH

	Preservativos	PEP: profilaxia pós-exposição	PrEP: Profilaxia pré-exposição
O quê	Oferta de preservativos	Medicamentos ART para prevenir o VIH	Profilaxia ART Pacote de monitorização
Onde	Unidade de saúde, Divulgação	Unidade de saúde	Unidade de saúde
Para quem	Todas as pessoas que precisam deles	Acidentes / exposição ocupacional a agulhas e sobreviventes de SGBV	Alto risco de exposição, casais discordantes
Quando	Todos os contatos na unidade de saúde / divulgação	Dentro de 72 horas após a exposição ao VIH	Pelo menos 7 dias antes da exposição/após um resultado negativo do teste de VIH
Quem	Conselheiros, leigos / pares, etc.*	Enfermeiro, Oficial Clínico	Enfermeiro, Oficial Clínico

* Ou ter preservativos disponíveis e expostos na unidade.

No que diz respeito à prevenção do VIH, uma das opções mais básicas é oferecer preservativos. A profilaxia pós-exposição⁹ faz parte da prevenção básica e deve estar em vigor em qualquer projeto. A profilaxia pré-exposição¹⁰, por exemplo, casais discordantes ou pessoas com alto risco de exposição, requerem aconselhamento e monitorização contínuos. Lembre-se também que o tratamento antirretroviral (ART) em si funciona como prevenção: em pacientes infetados pelo VIH a tomar ART que são virologicamente indetectáveis, o VIH é intransmissível¹¹.

8 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251730/9789241549929-eng.pdf;jsessionid=AA7FD1D166B9ABA4EDFE21F9A345A811?sequence=1>

9 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277395/WHO-CDS-HIV-18.51-eng.pdf?ua=1>

10 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565_eng.pdf?sequence=1

11 <https://samumf.org/en/resources/hiv/viral-load-monitoring>

PMTCT: Prevenção da Transmissão da Mãe para o Filho

Atividades PMTCT visam prevenir a transmissão do vírus do VIH de uma mãe para o seu filho durante a gravidez, parto ou amamentação.

Diretrizes a serem consultadas ao implementar: Diretrizes PMTCT (anexo 5).

É necessária alguma formação especial? A formação em PMTCT está integrada na formação on-line básica do VIH e na formação de SRH (para parteiros).

São necessários materiais especiais? ART para mãe e filho expostos, materiais de laboratório para PCR ADN, materiais educativos como flip charts; Protocolo PMTCT para funcionários.

PMTCT: A Prevenção da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho é a maneira mais importante e eficiente de prevenir que bebês recém-nascidos contraiam a infecção do VIH da sua mãe. As tabelas abaixo indicam o que é necessário para configurar a PMTCT. O serviço geralmente está ligado à clínica ANC, serviços de parto e liga o par mãe-bebê ao componente principal do VIH e a menos de 5 serviços clínicos. Do ponto de vista programático dividimos aqui os serviços (1) dedicados à identificação das mães VIH+, o seu tratamento e medidas preventivas para os bebês e (2) dedicados à identificação precoce de bebês infectados pelo VIH como resultado da transmissão vertical para iniciar o tratamento.

Objetivos PMTCT (1)	Identificação de mulheres grávidas VIH+	Profilaxia durante a gravidez	Profilaxia durante o parto		Profilaxia durante a amamentação
			Mãe	Bebê	Mãe e bebê
O quê	HCT	Iniciação de ART Educação do Paciente Recarga ART	Continuação ART	Combinação ARV de acordo com as diretrizes dos MSF/MoH	Regime de profilaxia de triplo ART ou ART para o bebê, Educação do Paciente HCT para mulheres não testadas anteriormente Consideração do HCT para mulheres VIH negativas
Onde	ANC, Maternidade	Atendimento ANC	Maternidade	Maternidade	Cuidado Pós-natal EPI (programa de vacinação) Programa U5 (se existente)
Para quem	Todas as mulheres grávidas	Mulheres grávidas VIH+	Mulheres grávidas VIH+	Bebês nascidos de mulheres VIH+	Mães VIH+ e bebês nascidos de mães VIH+
Quando	ANC 1ª visita. PMTCT urgente se não for testado.	Iniciação: ANC o mais rápido possível após o diagnóstico Recarga: mensal	Na entrega	Imediatamente após o parto	Desde o nascimento: 6 semanas para baixo risco e 12 semanas para alto risco
Quem	Parteiro /conselheiros	Parteiro/conselheiro	Parteiro/conselheiro	Parteiro	Enfermeiro

PMTCT (2): Diagnóstico precoce da criança (EID)	NAT no nascimento	NAT às 6 semanas e aos 9 meses	18 meses
O quê	Testagem PCR (opcional)	Testagem PCR, às 6 semanas e 9 meses: CTX e EPI	Teste Rápido de VIH
Onde	Maternidade: retirada de sangue e laboratório para testagem PCR	Cuidado pós-natal Consulta de acompanhamento a bebés expostos ao VIH	Cuidado pós-natal Consulta de acompanhamento a bebés expostos ao VIH
Para quem	Todos os bebés nascidos de mães VIH+	Todos os bebés nascidos de mães VIH+	Todos os bebés nascidos de mães VIH+
Quando	No nascimento	Primeira às 4-6 semanas Segunda aos 9 meses	Aos 18 meses de idade (e após 6 a 12 semanas de cessação do aleitamento materno) se o NAT anterior for negativo ou não acessível
Quem	Enfermeiro, parteiro, técnico de laboratório	Enfermeiro, oficial clínico, parteiro, técnico de laboratório	Enfermeiro, oficial clínico, parteiro, técnico de laboratório, conselheiros

As recomendações sobre PMTCT sobre a combinação de ARV para profilaxia de bebés expostos podem ter opções diferentes dependendo do contexto e dos desafios da administração. Sugerimos que siga as recomendações do MoH e discuta com a sua referência de VIH para identificar qual estratégia se encaixa melhor com as recomendações dos MSF.

Da mesma forma, ainda que testar os bebés expostos seja um componente-chave do PMTCT, o acesso a testes virológicos (por exemplo, dispositivo Xpert) pode não estar disponível. Nesses casos, considere o encaminhamento de amostras (utilizando mancha de sangue seco -DBS) ou teste rápido do VIH após discussão com a sua referência de VIH.

O teste de parceiros no pré-natal também pode ser feito utilizando o autoteste do VIH (HIVST). O HIVST é uma ferramenta aceitável e eficaz para aumentar os testes e divulgação de parceiros¹² (OMS, 2018).

¹² <https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/strategic-framework/en/>

Prevenção TB

	Medidas administrativas	Medidas ambientais	Medidas pessoais	Gestão da LTBI
O quê	Fluxo e triagem de pacientes, política da unidade para o controlo de infeções	Abrir janelas Fluxo de ar	Máscaras para pacientes, máscaras N95 para funcionários e cuidadores	Rastreamento de contato, rastreio de infeção ativa por TB e tratamento de infeção latente/terapia preventiva de TB (TPT)
Onde	Unidade de saúde	Unidade de saúde Casas / comunidade	Unidade de saúde e comunidade	Unidade de saúde e comunidade
Para quem	Todos os pacientes, visitantes e funcionários	Todos os pacientes + familiares, visitantes e funcionários	PWTB, funcionários e contactos	Contactos de PWTB Pacientes VIH
Quando	Sempre	Sempre	Enquanto infeccioso. Todas as supostas PWTB;	Após o diagnóstico TB do caso índice. Rotineiramente em pacientes com VIH;
Quem	Ponto focal de controlo de infeção e MAM	Ponto focal de Controlo de infeção e MAM Todo o pessoal	Unidade de saúde do pessoal	CHW (identificação), Enfermeiro/CO/MD (tratamento)

As medidas básicas de prevenção da transmissão da TB começam com a organização da própria unidade de saúde, minimizando a chance de transmissão em salas de tratamento e áreas de espera. Nos hospitais é aconselhável garantir espaço para salas separadas e bem ventiladas para isolamento de pacientes suspeitos de TB (mais infecciosos) e, separadamente, pacientes confirmados com TB em tratamento. Garantir um fluxo de ar seguro no prédio e triagem de pacientes com tosse são bons exemplos de medidas administrativas e ambientais que podem ser tomadas. Consulte o consultor de saneamento de águas ou referência das IPC na sua secção. Existem cursos especializados disponíveis para controlo de infeção por TB. Veja também diretrizes sobre segregação de pacientes com TB no manual de TB da unidade dos MSF13.

Um exemplo de medidas básicas de proteção pessoal é o uso de máscaras cirúrgicas por pacientes suspeitos ou confirmados para reduzir a quantidade de gotículas/bacilos libertadas no ar e potencialmente contaminar outras pessoas. As máscaras N95 são máscaras para funcionários e cuidadores para protegê-los de contraírem TB durante consultas e outras atividades assistenciais.

Embora as máscaras sejam importantes, é imprescindível lembrar **que a medida mais eficaz para reduzir a transmissão de TB é identificar, confirmar e iniciar o tratamento eficaz da TB o mais rápido possível em PWTB.**

Mais informações sobre outros temas relacionados com a prevenção da TB e a sua gestão técnica ou clínica, por exemplo, a vacinação BCG, podem ser encontradas nas diretrizes de TB (anexo 5).

A gestão de indivíduos expostos à TB, a monitorização de uma eventual evolução para TB após contacto, rastreamento do contacto e acompanhamento são atividades muito importantes. Ao investigar e testar as pessoas em contacto próximo com o paciente, a TB pode ser descoberta e tratada precocemente. Indivíduos com infeção latente de TB também podem ser identificados e tratados de acordo¹⁴. Veja também o capítulo de testagem da TB sobre a localização ativa e passiva de casos e rastreamento de contacto.

Testagem e Detecção de Casos

Neste capítulo de testagem e deteção de casos vemos como os testes podem ser iniciados e estratégias para encontrar pessoas que possam precisar de ser avaliadas para VIH ou TB.

Diretrizes a serem consultadas ao implementar: Diretrizes do MoH em consonância a OMS, Diretrizes de Laboratório dos MSF (ver anexo 5).

É necessária alguma formação especial? Sim, formação sobre como usar os testes e formação de aconselhamento.

São necessários materiais especiais? Sim, testes de VIH e TB (ver secção de laboratório), materiais informativos, protocolos para os funcionários.

Testagem e Detecção de Casos VIH

	PICT: Aconselhamento e Testagem Iniciados pelo Prestador	VCT: Aconselhamento e Testagem Voluntários
O quê	Testagem de VIH Aconselhamento (pré e pós-teste)	Testagem de VIH Aconselhamento (pré e pós-teste)
Onde	Unidade de Saúde (OPD, IPD, ala de TB, ala de Nutrição, Maternidade e ANC)	Unidades de saúde e comunidade
Para quem	Casos presuntivos/suspeitos como; SAM, TB, KA, pacientes com OIs, Grávidas	População geral
Quem	Enfermeiro, parteiro, médica, CO identificar e encaminhar ao conselheiro (se formado/autorizado a testar)	Conselheiros / trabalhadores leigos (se formados), pessoal médico, paciente (autoteste VIH)

É necessário um diagnóstico confirmado de VIH antes de iniciar o tratamento do VIH¹⁵. Isto é simples e viável para fazer com testes de diagnóstico rápido (RDTs) (sempre dentro de um algoritmo de teste validado) e aconselhamento pré e pós-teste.

Os testes para o VIH podem ser focados em grupos vulneráveis específicos se a capacidade de triagem e teste for limitada, por exemplo, PWTB, mães grávidas em ANC, crianças em programas de nutrição e pacientes muito doentes em IPD e OPD. No aconselhamento e teste iniciados pelo prestador ou PICT, o profissional de saúde recomenda especificamente um teste de VIH a um paciente que eles suspeitam estar infetado pelo VIH.

¹⁴ https://www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/tb_i_faqs/en/

¹⁵ <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>

Se o projeto tiver mais capacidade, os testes e rastreio podem crescer para oferecer serviços de teste para todas as pessoas que querem ser testadas, mesmo que não se sintam mal. Isto é chamado de aconselhamento e testagem voluntários ou VCT. O nível de práticas recomendadas é ter um departamento de VCT onde todas as pessoas da comunidade possam vir para fazer o teste e ter serviços de teste contínuos em todos os departamentos de hospital/unidades de saúde, incluindo OPD, IPD, ANC, etc.

O autoteste do VIH (HIVST) é uma abordagem adicional a ser considerada. O HIVST é um processo no qual uma pessoa recolhe o seu próprio espécime (ou seja, saliva), realiza o teste e interpreta o resultado, com ou sem assistência, em ambiente público ou privado. A sua implementação aumenta o acesso especialmente para populações de difícil acesso, contextos em que a estigmatização do VIH ainda é alta, e particularmente para aqueles atualmente não alcançados pelos serviços de teste existentes (populações-chave, homens e jovens).

Além disso, o HIVST melhora a cobertura de testes através da integração dessa estratégia em serviços clínicos onde os testes são necessários, mas não são fornecidos rotineiramente ou onde os testes são mal implementados, por exemplo, em clínicas de alto volume em ambientes de alta carga de VIH e em clínicas de IST ou planeamento familiar¹⁶(OMS, 2018). A confirmação através do algoritmo de teste nacional validado é sempre necessária. Atualmente, o dispositivo Oral Quick (OraSure) é validado nos Catálogos MSF para o seu uso em amostras de fluidos orais.

Testagem e Detecção de Casos TB

	Detecção de casos passivos	Detecção de casos ativos
O quê	Detecção e diagnóstico de caso de TB passivo	Detecção e diagnóstico de caso de TB ativo
Onde	Unidade de saúde	Comunidade
Para quem	Pessoas a serem avaliadas para TB e os seus contactos	Pessoas a serem avaliadas para TB e os seus contactos
Quem	Enfermeiro, MDs, COs, conselheiros formados	CHW, trabalhadores/pares leigos formados, embaixadores da TB

A constatação passiva de casos foca-se em pessoas com sinais e sintomas de TB que chegam à unidade de saúde, que precisa ser feito como padrão básico em todas as unidades. Na fase inicial de um programa onde a capacidade é limitada, a descoberta de casos de TB pode ser limitada à descoberta passiva de casos, inclusive avaliando pacientes com alto risco de TB, como aqueles com VIH, desnutrição, em IPD e contactos conhecidos de PWTB.

Quando a capacidade adicional estiver disponível, a descoberta ativa do caso pode ser feita. Uma equipa de agentes comunitários de saúde treinados ou leigos saem ativamente e procuram casos de TB e os seus contactos na comunidade.

Para diagnosticar TB e MDR-TB, o Xpert MTB/RIF é o melhor teste laboratorial clínico a se ter. No entanto, em muitos lugares tal ainda não está disponível, nesse caso a microscopia em combinação com algoritmos clínicos pode ser usada. Geralmente é necessário um bom laboratório de referência para garantir testes de qualidade, incluindo controlo de qualidade. Para obter mais informações, consulte o capítulo do laboratório.

¹⁶ <https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/strategic-framework/en/>

A recolha de saliva TB em si requer uma configuração separada na unidade de saúde com boas medidas de controlo de infeções para evitar contaminação/transmissão acidental (idealmente uma cabine de saliva). Para obter mais informações sobre a recolha de amostras (avançada), consulte as diretrizes clínicas da TB (ver anexo 5).

Onde o raio-X do Tórax (CXR)¹⁷ estiver disponível, este pode ser um teste adicional útil para aqueles com testes bacteriológicos negativos, e especialmente em crianças.

O ultrassom do posto de atendimento (POCUS) também está a ser testado como uma ferramenta de diagnóstico para a TB. Uma técnica chamada FASH: A avaliação focada com Sonografia para VIH/TB, foi desenvolvida para locais restritos a recursos, para auxiliar no diagnóstico de tuberculose extrapulmonar (EPTB) e formas disseminadas de tuberculose (TB) em pacientes com VIH¹⁸. Note que para aprender e integrar o Ultrassom adequadamente num projeto de VIH-TB requer formação de qualidade adequada – os locais interessados podem entrar em contacto com as suas referências e com o Grupo de Trabalho de Diagnóstico por Imagem dos MSF para obter mais informações.

O outro teste da TB é o teste de urina TB-LAM. Esta é uma tira de teste rápido que usa uma amostra de urina (que é mais fácil de recolher do que uma amostra de saliva e com menos riscos de controlo de infeção). Devido à sensibilidade e especificidade subótimas, não pode ser usado como um teste geral de rastreio ou diagnóstico para TB, no entanto, mostrou melhor sensibilidade em indivíduos muito doentes infetados pelo VIH¹⁹. Os MSF recomendam (de acordo com as futuras recomendações da OMS) o uso deste teste para todos os indivíduos hospitalizados (adultos e crianças) VIH+ e para VIH ambulatorial + adultos/crianças com sinais/sintomas de TB (independentemente do CD4) ou VIH avançado: crianças <5 anos ou CD4 <200 ou estágio 3-4 da OMS (independentemente de sinais ou sintomas).

Tratamento VIH

O vírus VIH ataca o sistema imunológico do paciente (especificamente as células CD4). Com o tempo e se não for tratado, o sistema imunológico enfraquece e o paciente fica vulnerável a outras infeções (chamadas de "infeções oportunistas"), que podem levar à morte. Para evitar isso, as diretrizes atuais recomendam "Testar e Tratar" sem demora. O tratamento suprime o vírus VIH para que o sistema imunológico permaneça intacto.

Diretrizes a serem consultadas ao implementar: Diretrizes clínicas do VIH; MoH, OMS, MSF (anexo 5).

É necessária alguma formação especial? Sim, a equipa médica precisa de formação para o atendimento do VIH. Consulte a Parte III para obter mais informações sobre as opções de formação.

São necessários materiais especiais? Sim, medicamentos VIH e medicamentos para prevenir e tratar as infeções oportunistas. Os testes laboratoriais são necessários para monitorização.

¹⁷ <https://www.who.int/tb/publications/chest-radiography/en/> (O capítulo 1.4 dá uma boa visão geral do uso de raios-X do tórax) https://www.who.int/tb/publications/Radiography_TB_factsheet.pdf?ua=1

¹⁸

https://msfintl.sharepoint.com/:b:/s/msfintlcommunities/DIWG/ESYiQgPbYnZNtzVi_T4xVA4BDYMGryc4304a0l0m6_zCqg?e=eHcSHL (para mais referências ver anexo 5)

¹⁹ https://www.who.int/tb/publications/factsheet_lf_lam.pdf Novas recomendações da OMS disponíveis em breve.

	Tratamento OI /profilaxia	Iniciação de ART	Monitorização de ART	Recargas de ART
O quê	Pacote de cuidados médicos Profilaxia Co-trim	ART (ver diretriz clínica atualizada)	Carga Viral Monitorização de laboratório (para eventos adversos) Monitorização clínica (exemplo: peso)	Dispensar os medicamentos antirretrovirais do paciente
Onde	IPD ou OPD	Consulta de PHC Hospital IPD	Consulta de PHC e Laboratório	Farmácia acelerada Grupos da comunidade Clubes de ART da Unidade de Saúde
Para quem	Pacientes com CD4 <200 células/mm3, Pacientes internados em IPD	Desde grupos direcionados (muito doentes, TB, ANC) a todos os VIH positivos	Todos os pacientes em ART	Pts estáveis →DSD Pts instáveis →clínica Crianças →DSD Populações-chave →DSD
Quando	Imediatamente após o teste/diagnóstico	Dentro de 7 dias após o teste, mesmo dia, se possível	3-6 meses, depois anualmente	3-6 meses / preferência
Quem	Oficial Clínico ou Médico	Oficial Clínico, Enfermeiro, Conselheiro	Enfermeiro, Técnico de Laboratório	Apoio de pares, Enfermeiro, Conselheiro, Farmácia

Iniciar ART em todos os indivíduos VIH positivos o mais rápido possível após o teste é a recomendação atual. A exceção (programática) que poderia atrasar isso poderia ser uma intervenção emergencial onde o foco inicial é garantir a continuidade do tratamento de ART e TB. Isso pode ser feito reabastecendo os suprimentos de medicamentos para pessoas que já estão no tratamento de ART e TB e identificando e encaminhando indivíduos com infecção pelo VIH que apresentam complicações clínicas graves e doenças avançadas (ver parte IV deste manual para obter mais informações sobre contextos especiais).

Os protocolos MoH podem ser usados onde são atualizados para as recomendações atuais da OMS. Onde não existem diretrizes atualizadas do MoH, a diretriz VIH/TB de 2018 dos MSF SAMU20 e outras diretrizes recomendadas pelos MSF ou OMS podem ser usadas.

Como mínimo, um enfermeiro e conselheiro pode ser formado para executar um componente integrado de VIH/TB em consulta com o médico do projeto existente em casos difíceis e/ou referência de VIH/TB onde não exista uma clínica da especialidade no projeto.

Existe um forte incentivo para garantir que a forma como o cuidado com o VIH é prestado atenda às necessidades dos clientes e reflita as preferências e expectativas para atender às necessidades de diversos grupos de pessoas que vivem com VIH (PLWHIV) ao mesmo tempo em que reduz a carga desnecessária sobre o sistema de saúde. Isso é chamado de Entrega de Serviços Diferenciados ou DSD21: por exemplo, a entrega de ART pode ser "acelerada" diretamente da farmácia em intervalos de 3 a 6 meses, removendo a necessidade de pacientes estáveis passarem por consulta, se não for necessário. Outros modelos

20 <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018#>

21 <http://www.differentiatedcare.org/Resources/Library>

alternativos de entrega de ART estão mais próximos da comunidade, como a entrega através de Grupos Comunitários de ART (CAGs), clubes de adesão ou PODI's (em francês: 'Poste de distribution de TARV communautaire')²². As unidades para admissão ou referência para instalações apropriadas devem estar disponíveis para os pacientes muito doentes.

As encomendas de medicamentos ART podem ser desafiadoras; portanto, podem ser desenvolvidas ferramentas para ajudar no cálculo dos números e incluir todos os medicamentos necessários (ver anexo 2). Os medicamentos para Infecções Oportunistas (OI's) são encomendados dentro do processo de encomendas de rotina.

Tratamento TB

O objetivo do tratamento TB é curar o paciente da doença da TB. O tratamento consiste numa combinação de medicamentos, dependendo a quais medicamentos a bactéria é sensível. A TB sensível é tratada durante 6 meses. A TB resistente requer um tratamento de maior duração e diferentes medicamentos que muitas vezes são muito mais difíceis de tolerar.

Diretrizes a serem consultadas ao implementar: Diretrizes clínicas nacionais de TB (atualizadas), OMS, MSF (anexo 5).

É necessária alguma formação especial? Sim, a equipa médica precisa de formação sobre o cuidado da TB. Consulte a Parte III para obter mais informações sobre as opções de formação.

São necessários materiais especiais? Sim, medicamentos TB. Os testes laboratoriais são necessários para monitorizar a resposta ao tratamento e testar a resistência a medicamentos anti-TB.

TB Sensível a Medicamentos:

DSTB	Início do tratamento	Recargas	Monitorização
O quê	Tratamento anti-TB (ATT) em FDC (combinação de dose fixa)	Tratamento autoadministrado (SAT) de ATT	Acompanhamento clínico Efeitos secundários: clínico e laboratório, se disponível
Onde	Unidade de saúde do projeto	Unidade de saúde ou comunidade	Unidade de saúde do projeto
Quando	Após diagnóstico clínico ou laboratorial (Xpert MTB/RIF e/ou esfregaço)	A cada 1-2 meses Considere recargas mais longas para populações móveis / situação de contingência	Após 2 semanas, 2 meses (antes da fase de continuação) e 5 meses (última visita opcional aos 6 meses)
Quem	Enfermeiro, oficial clínico, MD	Enfermeiro, oficial clínico, CHW	Enfermeiro, oficial clínico

²² <https://samumsf.org/en/resources/hiv/differentiated-art-delivery/art-distribution-point-podi-toolkit>

TB Resistente a Medicamentos:

MDRTB	Início do tratamento	Entrega de Medicamentos		Monitorização
O quê	Regime curto para MDRTB (ideal em situações instáveis) Regime longo para MDRTB com medicamentos orais (se o curso curto for contraindicado)	DOT diário Injeção Diária	Fornecimento mensal (SAT) DOT supervisionado Injeção diária	Acompanhamento clínico Cultura e esfregaço para resposta ao tratamento, DST; Efeitos secundários: audiometria e creatinina, se injetáveis. ECG se os medicamentos aumentarem o QTc. Laboratório (transaminases, TSH)
Onde	Faculdade de Saúde	Unidade de saúde	Casa /Comunidade	Unidade de saúde
Quando	Após diagnóstico laboratorial (Xpert MTB/RIF e/ou cultura de TB)	Durante a fase de injeção	Durante o período de tratamento	Mensal
Quem	MD, oficial clínico, enfermeiro	Profissional de saúde	CHW de saúde, membro da família ou trabalhador leigo	MD, oficial clínico, enfermeiro

Como mínimo, os projetos precisam ter medicamentos de combinação de dose fixa (FDC) para TB sensível a medicamentos para adultos e crianças. A combinação de dose fixa facilita a prescrição tanto para médico quanto para paciente. As FDCs para TB resistente a medicamentos não estão disponíveis. Existem ferramentas para encomendas de medicamentos para TB disponíveis para ajudar no cálculo e encomenda (ver anexo 2).

O tratamento pode ser iniciado apenas por suspeita clínica, caso os exames diagnósticos não estejam disponíveis (ver anexo 5; Diretriz de TB). Mas é claro, a confirmação por testes laboratoriais, via dispositivo Xpert ou microscopia é preferível, seja no projeto ou por referência. Por favor, note que a confirmação do laboratório é mais difícil em crianças e naquelas com imunossupressão grave, independentemente do acesso aos testes Xpert. Neste caso, um algoritmo clínico e tratamento oportuno salva vidas.

Durante o tratamento, a condição clínica, a adesão e os efeitos colaterais precisam ser monitorizados. Os medicamentos DSTB precisam ser descentralizados o máximo possível na comunidade por meio do tratamento autoadministrado (SAT), sempre que possível supervisionado por familiares ou trabalhadores comunitários após a educação adequada do paciente.

Todos os projetos regulares devem ter a possibilidade de diagnosticar a DRTB e iniciar ou encaminhar para tratamento. O tratamento MDR curto (9-12 meses) é a opção preferencial em ambientes instáveis. Atualmente, ainda existe muito progresso para melhorar os regimes para tratar a MDR-TB evitando os injetáveis (todos orais) e em regimes mais curtos; discuta com a sua referência no momento da decisão dos regimes de tratamento de MDRTB.

A entrega de medicamentos MDR TB pode ser feita tanto na clínica quanto na comunidade (em casa) dependendo da conveniência do paciente. Na clínica, o DOT pode ser combinado com a injeção diária. Os medicamentos para MDR TB também podem ser entregues na comunidade desde o início, incluindo a

injeção se um trabalhador comunitário tiver capacidade de dar a injeção diária; neste caso, o DOT pode ser supervisionado pelo trabalhador comunitário e/ou familiar.

A TB extensivamente resistente a medicamentos (XDR) e outros padrões resistentes são raros na maioria das situações, no entanto, quando esses casos são encontrados, consulte a sua referência de VIH/TB.

Nota sobre Nutrição

As pessoas com VIH/TB estão frequentemente desnutridas, e a desnutrição grave é um fator independente para a mortalidade. Os suplementos nutricionais podem apoiar a sua recuperação fortalecendo a sua imunidade e melhorando o aumento de peso e a força muscular.

O apoio alimentar (ração) para todos pode envolver um suplemento energético e proteico que se baseia em alimentos disponíveis localmente por um período fixo de 2 meses após o qual a continuação pode ser considerada para aqueles com SAM/MAM, dependendo do Índice de Massa Corporal (IMC).

IMC = Peso (kg) / (Altura (m))²

Consulte as diretrizes nutricionais dos MSF para orientação clínica (critérios de inclusão, rações, etc) sobre nutrição e VIH e TB. Existe também um capítulo separado sobre nutrição na diretriz da SAMU (anexo 5).

Apoio, Educação e Aconselhamento ao Paciente (PSEC)

PSEC O PSEC é um componente necessário do atendimento de qualidade aos pacientes, mas existem alguns pontos específicos na cascata de atendimento quando a educação e o aconselhamento do paciente são extra importantes. Este é o momento em que um paciente descobre se tem uma infeção pelo VIH ou TB e quando aderir ao regime de tratamento torna-se difícil para o paciente.

Diretrizes a serem consultadas ao implementar: Diretrizes clínicas de VIH/TB, PSEC (anexo 5).

É necessária alguma formação especial? Sim, existem conselheiros formados, mas outros profissionais de saúde e leigos também podem fornecer aconselhamento. Precisam receber formação sobre educação e aconselhamento de pacientes e apoio contínuo e supervisão.

São necessários materiais especiais? Não, mas definitivamente ajuda ter bons materiais de educação disponíveis, como, por exemplo, flip charts e protocolos VIH e TB disponíveis.

PSEC VIH

	Informações e aconselhamento pré-teste	Aconselhamento pós-teste	Aconselhamento de educação e adesão ao paciente
O quê	Informação sobre VIH	Aconselhamento de clientes sobre o resultado do teste	Educar os pacientes a autogerir o seu tratamento e a sua doença
Onde	Sala de espera, sala de consulta/aconselhamento	Quarto privado na unidade de saúde	Salas da unidade de saúde e/ou comunidade
Para quem	Grupo ou indivíduo	Individualmente, casais ou jovens com os pais,	Grupo ou indivíduo
Quando	Antes da testagem de VIH	Após testagem de VIH	Durante o tratamento de VIH de acordo com as necessidades da pessoa. Se problemas com a adesão. Em todas as falhas virológicas suspeitas (aconselhamento de adesão melhorado) A divulgação a crianças na idade apropriada precisa ser feita
Quem	Equipa médica, conselheiros, CHWs e membros formados da equipa leiga	Equipa médica, conselheiros, membros formados da equipa leiga, pacientes especialistas	Enfermeiros, conselheiros, distribuidores de farmácia, CHW's, membros formados da equipa leiga

O aconselhamento pré e pós-teste são partes integrantes do teste para o VIH. A sessão de informações pré-teste quando feita em grupos pode economizar tempo. O pós-teste é sempre feito individualmente e em particular, por um conselheiro ou trabalhador leigo que foi especificamente formado para apoiar o paciente após ouvir o resultado do teste.

Quando a capacidade não é suficiente, o teste e, portanto, o aconselhamento pode limitar-se a grupos vulneráveis específicos como PWTB, pacientes Kala Azar, pacientes com Infeções Oportunistas, crianças desnutridas (SAM), crianças com crescimento débil, grávidas, pacientes com ISTs, SGBV, AEB e IPD (consulte também o capítulo sobre os testes).

A educação e aconselhamento do paciente faz parte do tratamento do VIH para tornar os pacientes capazes de gerir o seu tratamento e conviver com a doença. Tal pode ser feito por várias pessoas que estão envolvidas no tratamento, como enfermeiros e conselheiros, mas também por dispensadores de

farmácias. E a nível comunitário, onde os CHWs e os grupos de apoio ao paciente podem ter um grande impacto no apoio do paciente. Consulte as diretrizes sobre o PSEC no anexo 5 para obter mais informações.

PSEC TB

	Educação sobre saúde	Aconselhamento de educação e adesão ao paciente
O quê	Educação sobre TB e testes	Educação sobre medicação de TB e autogestão de doenças
Onde	Salas de espera da Unidade de Saúde (OPD, clínica de TB, ala de nutrição, clínica de VIH, IPD) Contactos comunitários/familiares de TB	Salas de Aconselhamento e Consulta, Dispensário
Para quem	Pacientes em grupo e individuais na unidade de saúde (OPD geral, VIH+, Nutrição, IPD)	Pacientes em grupo e individuais no tratamento da TB: DS/DR e possivelmente cuidadores e familiares
Quando	Antes, durante ou após a consulta e durante visitas domiciliárias	Durante o tratamento da TB
Quem	Educador de saúde (leigo formado), CHW, Conselheiro, Enfermeiro	Conselheiro, enfermeiro, dispensador

Assim como o VIH, e em relação às medidas de IPC, a educação em saúde sobre a TB pode ser feita numa sessão em grupo para economizar tempo, se necessário. A educação em saúde pode-se focar em certos grupos prioritários primeiro (como funcionários e grupos de alto risco) e, posteriormente, ser elaborada para incluir todos os pacientes na unidade de saúde e pessoas da comunidade.

O aconselhamento de educação e adesão ao paciente é uma parte importante do tratamento da TB. O paciente precisa ser **incentivado e apoiado** para completar o seu tratamento, muitas vezes desafiador, a fim de alcançar os melhores resultados do tratamento. A adesão também é importante para prevenir a resistência às drogas e prevenir transmissões. Obter bastante apoio dos prestadores de cuidados e da comunidade é necessário, pois o tratamento muitas vezes causa efeitos secundários, que aumenta com os regimes medicamentosos mais complicados para (M)DRTB.

Nota: existem flip charts de TB disponíveis para ajudar nas sessões de educação em saúde²³.

²³ <https://samumfsf.org/en/resources/tb/dr-tb/msf-tb-patient-education-and-counselling-flipchart-ds-tb-mdr-tb-xdr-tb-messages>

Promoção da Saúde (HP) e Envolvimento Comunitário (CE)

Com HP e CE a comunidade ficará envolvida e capacitada desde o início. Tal é importante para a aceitação e adoção das atividades de saúde e prevenção. Este capítulo também inclui; promoção de serviços, atividades de sensibilização a nível comunitário, reuniões com redes comunitárias/pacientes/influenciadores comunitários, deteção de casos ativos, procura por falta de consultas e perda para acompanhamento e diferentes modelos de cuidado a nível comunitário.

Diretrizes a serem consultadas ao implementar: Kit de ferramentas da SAMU sobre modelos diferenciados de atendimento (CAGs, PODIs, etc) (anexo 5).

É necessária alguma formação especial? A formação básica sobre VIH/TB e a educação/aconselhamento do paciente devem ser oferecidos à equipa de HP pela equipa médica. A necessidade de apoio contínuo e supervisão por parte de um supervisor.

São necessários materiais especiais? Qualquer material de promoção da saúde precisa ser adaptado ao contexto local.

	Contacto com autoridades e comunidade/redes/intervenientes.	Promoção da Saúde incluindo discussões em grupo focal	Deteção de casos ativos, consultas perdidas, perda para acompanhamento e rastreamento de contato (domicílio)	Grupos de apoio da comunidade e modelos diferenciados de atendimento
O quê	Para discutir e /propor atividades	Mensagens sobre a discussão do grupo focal do VIH/TB	Prevenir a não comparência e a transmissão de infeções	CAGs, clubes de adesão, PODIs, etc.
Onde	Comunidade	Comunidade	Comunidade	Comunidade
Para quem	Autoridades locais Influenciadores e grupos comunitários	Membros da comunidade	PLWHIV / PWTB	PLWHIV / PWTB
Quem	CHW, membros da equipa do projeto	Supervisor HP/CE, CHW, enfermeiro, trabalhador leigo, PLWHIV, embaixadores da TB	CHW, enfermeiro, trabalhador leigo, PLWHIV, embaixadores da TB	PLWHIV, embaixadores da TB

No nível mais básico, a promoção da saúde e o envolvimento com a comunidade podem limitar-se a se reunir com as autoridades, fornecer mensagens simples a nível comunitário, promoção da saúde na unidade de saúde e rastreamento de pacientes que faltaram às consultas por um trabalhador leigo, agente comunitário de saúde ou PLWHIV.

Existe uma gama de métodos de promoção da saúde que podem ser usados, como mensagens de rádio, debate, folhetos, etc. (ver anexo 5 para documentos de referência).

Quando a capacidade do projeto VIH/TB aumenta, a HP&CE completa sobre atividades de VIH/TB com o objetivo de aumentar a conscientização e reduzir o estigma pode ser organizada por meio de uma equipa formada da HP&EC. O ideal é que a equipa organize as discussões em grupo focal para ter uma melhor compreensão das perceções de VIH/TB na comunidade e planear a estratégia HP&CE nesse tipo.

Essa equipa também pode ajudar a organizar atividades comunitárias de VIH/TB, como grupos de apoio e modelos de entrega de ART baseados na comunidade, como grupos de ART (CAGs), pontos de distribuição em grupos comunitários (PODI) ou grupos de adesão. Esses modelos diferenciados de entrega visam descentralizar os cuidados com o VIH/TB e melhorar a retenção dos pacientes em ART.

Laboratório

Laboratório: Neste capítulo, damos uma visão geral dos diferentes testes que são utilizados no atendimento ao VIH/TB. Existem vários níveis de complexidade.

Diretrizes a serem consultadas ao implementar: Pacotes de Diagnóstico MSF, diretrizes de teste da OMS, diretrizes clínicas de VIH e TB (ver anexo 5).

É necessária alguma formação especial? Sim, alguns testes podem ser feitos após o recebimento de instruções (como RDTs), os instrumentos de laboratório operacionais são feitos por técnicos de laboratório treinados, que precisam receber formação adicional se os instrumentos forem novos ou atualizados.

São necessários materiais especiais? Sim, os testes, instrumentos de laboratório, reagentes e cartuchos, etc.

Em termos de testes no campo, os MSF geralmente consideram os seguintes níveis de cuidados à saúde²⁴, com as seguintes premissas de recursos humanos:

1. Centro básico de saúde ou clínica móvel sem serviços laboratoriais (nível 1): Enfermeiros e/ou oficiais clínicos/MDs realizam testes diagnósticos. Nenhuma equipa especializada de laboratório está presente rotineiramente.
2. Clínica de atenção primária à saúde com laboratório pequeno (nível 2): Equipa nacional de laboratório (técnico de laboratório júnior e/ou sénior) está presente.
3. Hospital com departamento de internamento e de ambulatório de pacientes (nível 3 – nível 4 se laboratório de referência): Técnico de laboratório sénior está presente (nacional ou expatriado). Radiologista / técnico de raios-X presente.

Cada um desses níveis terá um menu correspondente de testes que é viável e económico nesse nível. Estes testes vão desde os testes mais básicos conhecidos geralmente como RDT, até testes mais elaborados, incluindo testes de deteção de ácido nucleico e testes de cultura/suscetibilidade a antibióticos (este último sendo geralmente encaminhado para laboratórios de referência nacionais ou internacionais).

Embora certos testes estejam claramente restritos a laboratórios de nível superior (nível hospitalar ou laboratórios de referência), outros podem ser usados mais amplamente, embora a sua disponibilidade possa/dependerá do volume de testes. Se os projetos optarem por enviar amostras para outra instalação para testagem, precisa ser configurado um sistema confiável de recolha e transporte de amostras que deve ser monitorizado para eficiência.

As tabelas abaixo resumem os principais tipos de testes disponíveis para VIH e TB em configurações dos MSF nos diferentes níveis de atenção à saúde. Para testagens em laboratórios de referência, o encaminhamento laboratorial da sua seção deve ser consultado para aconselhamento e validação.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES!

Algoritmos: todos os testes mencionados não funcionam isoladamente, possuem um lugar em determinados algoritmos, que precisam ser adaptados ao contexto, de acordo com as autoridades locais e contexto, referências de VIH/TB e referências laboratoriais (ver diretrizes).

Dispositivo Xpert: este instrumento pode ser utilizado tanto para TB (diagnóstico de TB e MDRTB/Rif) quanto para VIH (VL e NAT para EID), utilizando cartuchos diferentes.

²⁴ Descrito no documento de pacotes de diagnóstico dos MSF: <https://samumfsf.org/sites/default/files/2019-07/Diagnostic%20packages%20FINAL%20update%2029.08.2017.pdf>



Laboratório de VIH

! Nota: A tabela abaixo foi transformada, em contraste com as tabelas anteriores (devido ao número de testes).

Testes	Objetivo do teste	Onde	Quem	Quando
VIH RDTs	Para testar e diagnosticar o VIH	Níveis 1, 2 e 3.	Membro da equipa formada	Para testar a infeção pelo VIH e confirmar o estado do VIH quando usado num algoritmo de acordo com as recomendações da OMS.
Teste de CD4 (vários métodos, incluindo PIMA ou outros instrumentos)	Para monitorizar a quantidade de CD4, o que dá uma indicação do estado imunológico e progressão da doença	Nível 2 para projetos verticais usando PIMA, ou nível 3 com instrumento PIMA ou de bancada, dependendo do volume do teste.	Pessoal de laboratório formado	O teste CD4 é usado em combinação com avaliação clínica para avaliar a gravidade da doença.
Teste de carga viral (vários métodos POC próximos, como o Xpert HIV-1 VL, SAMBA ou baseado em laboratório/referência)	Para monitorizar a quantidade de vírus (por quantificação do RNA) no sangue para indicar uma boa resposta ao tratamento, falha ou problemas de adesão	No nível 2 quando o Xpert estiver disponível (programas verticais) No nível 3 com o Xpert HIV-1 VL, ou 4 (DBS) quando o volume de testes for menor.	Pessoal de laboratório formado	A cada 6 a 12 meses, dependendo dos recursos. Para casos com primeiro VL > 1000 cópias/ml, o teste é repetido após 3 meses para confirmar falha virológica após aconselhamento de adesão.
Diagnóstico precoce da criança (EID) (vários métodos, incluindo Xpert HIV-1 Qual ou baseado em laboratório / referência)	Diagnóstico precoce da infeção pelo VIH-1 em bebés < 18 meses de idade por deteção de ADN pró-viral	No nível 2 quando o Xpert estiver disponível (programas verticais) No nível 3 com o Xpert HIV-1 Qual, ou 4 (DBS) quando o volume de testes for menor.	Pessoal de laboratório formado	Em +/- 6 semanas e aos 9 meses. Além disso, no nascimento (praticamente 48 horas) se os recursos e o programa permitirem.
Teste de antígeno criptocócico (CrAg), formato de tira RDT	Para testar a infeção criptocócica	Nível 2 se a suspeita clínica ou teste de CD4 disponível, nível 3 em todos os casos	Equipa médica e/ou equipa de laboratório formada	CD4 < 200 células/mm ³ e/ou estágio 3 e 4, sob suspeita de meningite criptocócica
TB-LAM, formato de tira RDT	Para testar o antígeno TB na urina	Nível 2 se a suspeita clínica ou teste de CD4 disponível, nível 3 em todos os casos	Equipa médica e/ou equipa de laboratório formada	CD4 < 200 células/mm ³ e/ou estágio 3 e 4 -> Consulte recomendação de diretriz clínica.
Creatinina (TDF), Hb (AZT), enzimas hepáticas (NNRTI/PI)	Para monitorizar os efeitos secundários das drogas contra o VIH	Nível 3.	Técnico de laboratório	Durante o tratamento

Genotipagem do VIH (vários tipos de ensaios baseados em laboratório)	Para diagnosticar mutações indicativas de resistência a ART	Nível 4 (referência), geralmente em DBS.	Técnico de laboratório de nível superior	Falhas de segunda linha, casos selecionados após entrada de referência do VIH
---	---	--	--	---

Para obter mais detalhes sobre cada teste, consulte a diretriz do laboratório e consulte o laboratório de referência quando tiver dúvidas.

Resumidamente, existem testes no cuidado do VIH para diagnosticar VIH e Infecções Oportunistas (OI's) e monitorizar o progresso e potenciais efeitos secundários do tratamento que é administrado.

Para **diagnosticar o VIH**, podem ser usados testes rápidos (RDTs) dentro de um algoritmo adotado para a situação local. Os testes rápidos são relativamente fáceis de usar após algumas instruções e não precisam de um laboratório, exceto para controlo de qualidade.

Nos últimos anos, o teste de Carga Viral do VIH (usando o Xpert) e outros testes POC tornaram-se cada vez mais disponíveis em campo e hoje são considerados essenciais **para monitorizar** a eficácia do tratamento. O instrumento precisa de um laboratório com ar condicionado e equipa formada, mas a boa notícia é que pode fazer testes tanto para VIH quanto para TB. Mede a quantidade do genoma do vírus VIH (RNA) numa amostra, também chamada de "carga viral". Indica se alguém tem o vírus detetável e as suas quantidades no sangue, para ver se o tratamento está a funcionar/ou a ser aderido. O Xpert pode testar o VIH com dois cartuchos diferentes; um para VL e outro para EID, e um cartucho para TB (ver capítulo Laboratório TB).

Se uma unidade não tiver um Xpert para testes, as amostras podem ser transportadas usando DBS: Mancha de Sangue Seco: uma amostra de sangue seca num pedaço de papel absorvente, tornando-a segura para outra instalação, para os seguintes testes:

- Para Expert Qual no caso do Diagnóstico Precoce da Criança (EID)
- Para carga viral (VL) usando PCR.

Nota: As amostras de DBS para VL não podem ser usadas no GeneExpert.

Outro teste importante utilizado para avaliar a gravidade da doença é o teste CD4. Este teste mede a quantidade de glóbulos brancos CD4 (aqueles que são atacados pelo vírus VIH). O número de células CD4 indicam o estado do sistema imunológico. Quando são muito baixos em número, o sistema imunológico do paciente não está a funcionar bem, deixando o paciente vulnerável a infeções 'oportunistas' (OI's). O teste de CD4 pode ser feito com um dispositivo do ponto de atendimento próximo (por exemplo, PIMA) na maioria das configurações, e é altamente recomendado -> mas não ter o dispositivo não deve impedir programas para testar e tratar o VIH.

Agora, duas infeções oportunistas importantes podem ser testadas com um teste rápido (RDT). Os testes CRAg para infeção criptocócica em fluido sérico e cefalorraquidiano e testes TB-LAM para infeção por TB usando uma amostra de urina. As instruções e limitações para esses testes são aplicadas - consulte as diretrizes do laboratório e as recomendações dos MSF e da OMS para obter mais informações.

Laboratório de TB

Testes	Objetivo do teste	Onde	Quem	Quando
Microscopia de esfregaço	Para diagnosticar e monitorizar a TB	Nível 2 se programa vertical com alto volume, nível 3	Técnico de laboratório, microscopista	DSTB: linha de base, mês 2 e 5; MDRTB: mensal;
Teste Xpert MTB/RIF	Para diagnosticar a TB, também MDRTB	Laboratório ou laboratório de referência Nível 2 se programa vertical com alto volume, nível 3	Técnico de laboratório	Pacientes com VIH, recaída, suspeita de falha; considerar como teste de linha de base; em crianças ou EPTB
Cultura de TB e DST	Confirme o DRTB e ajuste o tratamento de acordo	Nível 4 (referência)	Técnico de laboratório	Quando Xpert mostra RR ou em qualquer DRTB presumido; para acompanhamento de pacientes com MDR-TB em tratamento
Enzimas hepáticas	Para monitorizar os efeitos secundários	Nível 3	Técnico de laboratório	Em caso de efeitos secundários
Creatinina, íons, TSH	Para monitorizar os efeitos secundários dos medicamentos DRTB	Laboratório	Técnico de laboratório	Rotineiramente

Resumidamente, para a TB existem testes para **diagnosticar** e **monitorizar** a doença em si e potenciais efeitos secundários dos medicamentos. Mas também é muito importante saber se a bactéria da TB é resistente a certos medicamentos ou não, para que os médicos saibam quais medicamentos usar para tratar os pacientes.

Atualmente o dispositivo Xpert é o teste recomendado para projetos a serem implementados, pois pode diagnosticar TB e também testar a resistência à rifampicina (a droga anti-TB que definirá MDRTB) em poucas horas. No entanto, alguns projetos podem não ter (imediatamente) o Xpert disponível. A microscopia de esfregaço pode então ser usada (no mínimo) para o diagnóstico da TB, combinada com algoritmos de diagnóstico clínico para diagnosticar esfregaço de negativo de TB.

A microscopia de esfregaço pode diagnosticar a TB, mas não pode determinar se existe resistência a medicamentos ou não. Se mais testes forem necessários para saber para qual medicamento a bactéria ainda é sensível, precisará ser enviada uma amostra para um laboratório nível 4 ou para um laboratório de referência supra-nacional (SNRL) para cultura (os resultados podem levar várias semanas).

Se não existir um Xpert disponível no projeto ou quando os testes precisam ser enviados para cultura para um laboratório de referência, é necessário configurar o encaminhamento seguro da amostra. Siga as diretrizes internacionalmente recomendadas para o transporte de amostras biológicas²⁵.

²⁵ https://www.who.int/csr/emc97_3.pdf

A recolha e preparação das amostras precisa de um espaço que siga as medidas de controlo de infeções (IPC)²⁶.

Monitorização e Avaliação

Os programas dos MSF são monitorizados e avaliados para garantir a responsabilização e poder aprender com as atividades e planear com antecedência. A M&E pode ser feita de diferentes formas e níveis de complexidade.

Diretrizes a serem consultados ao implementar: por favor, consulte os requisitos de HIS da sua seção e do MoH para M&E.

É necessária alguma formação especial? Sim, especialmente no caso de bases de dados eletrónicos, os responsáveis pelo registo de dados precisarão ser formados para usar o programa.

São necessários materiais especiais? Sim, os computadores e formulários/bases de dados podem precisar ser impressos ou disponibilizados eletronicamente.

Todos os projetos com atividades de VIH/TB precisam recolher um conjunto mínimo de indicadores para a monitorização da quantidade e qualidade das atividades.

Onde existirem ferramentas de monitorização e avaliação de pacientes do MoH, estas precisarão ser utilizadas e, por vezes, reforçadas (registo de TB, registo de ART, registo ANC, registo PMTCT).

Se não existirem ferramentas nacionais, o projeto pode utilizar registos simplificados e cartões padrão de VIH e TB do paciente da OMS.

As ferramentas de M&E e a carga de trabalho podem ser adaptadas às necessidades do projeto e aos recursos disponíveis. Um registo em papel é suficiente para começar com qualquer componente de VIH/TB. Para um nível mais elaborado, existem bases de dados eletrónicos para recolher dados com segurança e gerar relatórios e análises automáticas. Isso requer formação da equipa médica para usar o programa e formar os responsáveis dos registos de dados para inserir os dados. É claro que, uma eletricidade confiável e, muitas vezes, o apoio de TI podem ser necessários para instalar, manter e resolver quaisquer problemas.

Monitorização e Avaliação de VIH

	Em papel	Eletrónico
O quê	Recolha de dados: Cartão de identificação do paciente, cartão de tratamento, cartão de monitorização de adesão, arquivos de pacientes. Registos da unidade: Educação/Aconselhamento do Paciente, Registo de ART, Registo de PMTCT, Registo de laboratório. Comunicação em papel: Extração manual de dados para relatórios mensais (MSF) e relatórios trimestrais (MOH)	Recolha de dados: Todos em papel: Formulários de recolha de dados Software/base de dados de computador DHS1 (linha de lista), DHS2 (EMR, por exemplo, Tier.net); Comunicação Eletrónica: Relatórios automáticos, análise de dados e relatórios anuais
Onde	Unidade de Saúde	Unidade
Para quem	Todos os pacientes inseridos no componente	Todos os pacientes inseridos no componente

²⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>

Quando	Em cada agendamento e/ou quando indicado	Em cada agendamento e/ou quando indicado
Quem	Enfermeira, oficial clínico, conselheiro, assistente de laboratório	Responsável pelo registo de dados

Monitorização e Avaliação da TB

	Em papel	Eletrónico
O quê	<p>Recolha de dados: Cartão de identificação do paciente, cartão de tratamento/cartão de adesão, +/- arquivos de pacientes. Registos da unidade: Registo de TB, registo de casos presumidos, registo de contato, registo laboratorial.</p> <p>Comunicação: Extração manual de dados para comunicação periódica de rotina (MSF e MoH)</p>	<p>Recolha de dados: Todos os em papel: Formulários de recolha de dados Software de computador, linha de lista, EMR</p> <p>Comunicação: Relatórios automáticos para comunicação periódica de rotina (MSF e MoH), análise de dados e relatórios anuais</p>
Onde	Unidade	Unidade
Para quem	Todos os PWTB confirmados, suspeitos e contatos rastreados	Todos os PWTB confirmados, suspeitos e contatos rastreados
Quando	No agendamento e/ou quando indicado	No agendamento e/ou quando indicado
Quem	Enfermeiro, Oficial clínico, Assistente de laboratório	Responsável pelo registo de dados

Anexos

ANEXO 1: Ferramentas de Avaliação

Avaliação do Contexto de VIH/TB a nível nacional:

NÍVEL NACIONAL/ DE COORDENAÇÃO:	VIH	DSTB / DRTB
POPULAÇÃO DO PAÍS		
EPIDEMIOLOGIA		
<i>Prevalência de VIH na população geral</i>		
<i>Prevalência de VIH em diferentes grupos de risco</i>		
<i>VIH: Cobertura: nº de adultos em cuidados/ % em ART</i>		
<i>VIH: Cobertura: nº de crianças em cuidados/ % em ART</i>		
<i>Incidência de TB no país</i>		
<i>TB: % MDR e XDR entre os casos de TB</i>		
MECANISMOS DE FINANCIAMENTO (Doadores, parcerias e mecanismos de coordenação)		
DIRETRIZES E POLÍTICAS NACIONAIS		
<i>Políticas Nacionais</i>		
<i>Diretrizes Clínicas Nacionais</i>		
<i>Planos Estratégicos Nacionais</i>		
<i>TB: DOT recomendado: rigoroso/flexível/N</i>		
<i>Planeamento de Contingência em vigor: S/N</i>		
Vulnerabilidades (Fatores de instabilidade identificados que influenciam a compreensão, transmissão e prevenção do VIH/TB na comunidade)		

Avaliação específica do VIH na área de captação / Projeto:

SERVIÇO DE VIH A NÍVEL DO PROJETO		
	MOH / OUTROS ATORES	PROJETO MSF
Disponibilidade de medicamentos ARV:		
<i>Primeira linha: S/N</i>		
<i>Segunda linha: S/N</i>		
<i>Terceira linha: S/N</i>		
<i>Qualquer rutura de stock documentada S/N</i>		
<i>Os medicamentos podem ser armazenados com segurança? S/N</i>		
Diagnóstico de VIH:		
<i>Algoritmo de teste atual da OMS atualizado? S/N</i>		
<i>Os testes de CD4 estão disponíveis? S/N</i>		
<i>A monitorização da carga viral é feita rotineiramente (a todos) ou direcionada? (pouco)</i>		
Educação, Apoio e Aconselhamento do Paciente:		
<i>Está a ser providenciado algum apoio, educação e aconselhamento aos pacientes em tratamento? S/N</i>		
<i>O atendimento domiciliário está disponível? S/N</i>		
Integração VIH e TB:		
<i>Todos os pacientes com VIH são rastreados para TB? S/N</i>		
<i>Os cuidados com o VIH e a TB são prestados na mesma consulta? Se não, onde é prestado o cuidado com a TB para pacientes com VIH?</i>		
Modelos de atendimento:		
<i>Existem modelos diferenciados de atendimento? S/N</i>		
<i>Espaçamento entre agendamentos? S/N</i>		

<i>Forma acelerada? S/N</i>		
<i>Grupos Comunitários de ART S/N</i>		
<i>Os cuidados em internamento estão disponíveis? S/N</i>		
<i>Os cuidados paliativos estão disponíveis? S/N</i>		
Envolvimento da comunidade:		
<i>Existe um sistema de rastreamento de pacientes com VIH com consultas perdidas no local? S/N</i>		
<i>Existe uma associação de pacientes com VIH a nível comunitário? Grupos de apoio ao VIH ou Grupo ou Associação de PLWHIV: S/N</i>		
Serviços de prevenção do VIH:		
<i>É providenciada PMTCT? S/N</i>		
<i>Estão disponíveis transfusões de sangue seguras? S/N</i>		
<i>Os preservativos estão disponíveis e acessíveis aos clientes? S/N</i>		
<i>A circuncisão masculina voluntária é fornecida? S/N</i>		
Monitorização e Avaliação:		
<i>Existem registos de VIH e registos de pacientes no local? S/N</i>		
<i>O VIH é relatado trimestralmente? S/N, se não, com que frequência?</i>		

Avaliação específica da TB na área de captação / Projeto:

SERVIÇO DE TB A NÍVEL DO PROJETO		
	MOH / OUTROS ATORES	PROJETO MSF
Diagnóstico		
<i>Microscopia: mancha de saliva S/N</i>		
<i>Cultura : disponível : S/N DST disponível : S/N Onde: MSF, nacional, SNRL</i>		
<i>Xpert: disponível: S/N Onde: PoC, encaminhamento para outro hospital, encaminhamento para a capital</i>		
<i>Hain MTB plus, SL: disponível S/N Onde: nacional, SNRL</i>		
<i>TB LAM: disponível: S/N Onde: IPD, OPD, ambos</i>		
<i>CXR: disponível S/N</i>		
<i>Diagnósticos para crianças disponíveis S/N: Indução de saliva Aspiração naso-faríngea Lavagem gástrica</i>		
Tratamento		
<i>Uso de medicamentos de QA: S/N</i>		
<i>Foram documentadas rupturas de stock: S/N</i>		
<i>Tratamento de MDR TB: S/N</i>		
<i>Regime de MDR TB mais curto: S/N</i>		
<i>Uso de nova formulação pediátrica: S/N</i>		
<i>Acesso a novos medicamentos: Bedaquilina: S/N Delamanid: S/N</i>		
<i>Entrega de medicamentos: DOT: unidade, comunidade, casa SAT: S/N</i>		
Coinfeção VIH-TB		
<i>Acesso a VCT: S/N</i>		

<i>Acesso a ART: S/N</i>		
Medidas de controlo e prevenção de infeções		
<i>Avaliação e plano de controlo de infeção por TB escritos? S/N</i>		
<i>IPT: S/N</i> <i>Grupo de pacientes: < 5, < 15, VIH, contatos de TB</i>		
Atividades PSEC e HP		
<i>O apoio, aconselhamento e educação do paciente é feito regularmente a pacientes de TB presumidos ou confirmados: S/N</i>		
<i>Sensibilização da comunidade sobre TB: S/N</i>		
<i>Rastreamento de contato: S/N</i>		
<i>Rastreamento de pacientes com consultas perdidas: S/N</i>		

Avaliação do Projeto:

PROJETO DE AVALIAÇÃO E PACIENTES	
CONTEXTO	
<i>Contexto estável ou instável? Conflito?</i>	
<i>Ambiente urbano, rural ou outro?</i>	
<i>Migração: presença de populações deslocadas, nômadas ou trabalhadores migrantes?</i>	
<i>Envolvimento da comunidade? S/N</i>	
<i>Problemas de estigma? S/N</i>	
PACIENTES	
<i>Existem grupos com maior risco de infecção por VIH ou TB na área de captação do projeto? S/N</i>	
<i>Se sim, quais grupos?</i>	
DEPARTAMENTOS	
<i>Liste os departamentos da unidade de saúde e do projeto.</i>	
<i>Laboratório: que nível e que tipo de testes estão disponíveis ao nível do projeto?</i>	
RECURSOS HUMANOS	
<i>Liste os recursos humanos do projeto</i>	
<i>Inventário dos níveis de formação em VIH e TB</i>	
<i>Avaliação da necessidade de formação em VIH/TB</i>	
OPÇÕES DE ENCAMINHAMENTO	
<i>Liste todos os outros atores nas proximidades do projeto</i>	
<i>O encaminhamento seguro de amostras é possível?</i>	
<i>Parcerias e mecanismos de coordenação</i>	
<i>Descreva lacunas na prestação de serviços na sua localização, considere tempos estáveis e instáveis</i>	
<i>Qual é a capacidade de outros atores para o plano de fornecimento/contingência de emergência?</i>	

ANEXO 2: Ferramenta de cálculo para encomenda de medicamentos para o VIH

A ferramenta de cálculo para a encomenda de medicamentos para o VIH está acessível através do link SharePoint abaixo para os membros da equipa com login dos MSF. Se não tiver um nome de utilizador e palavra-passe de login dos MSF, entre em contato com o seu coordenador ou referência de VIH/TB.

https://msfintl.sharepoint.com/:x/r/sites/OCA-dept-PHD/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B647B17ED-E89D-44D1-973B-56DF6D243CCD%7D&file=MSF%20OCA-ARV%20tool%202019.xlsb&action=default&mobileredirect=true

ANEXO 3: KIT de emergência interseccional para 50 pacientes com VIH/TB

Este anexo contém capturas de ecrã do kit de emergência 50 pacientes VIH/TB: pacientes contínuos e novos. Por favor, peça à sua referência de VIH/TB conselhos sobre qual usar e os documentos do kit.

KIT MEDICINA
MEDICINA KIT

III KWED J

KIT STARTING TUBERCULOSIS and HIV CARE, 6 months 2021

KIT DEMARRAGE PRISE EN CHARGE TUBERCULOSE et VIH 6 mois 2021

KMEDKTHI25- STD KIT STARTING TUBERCULOSIS and HIV CARE, 6 months 2021
KIT DEMARRAGE PRISE EN CHARGE TUBERCULOSE et VIH 6 mois 2021

Kit updated in 2021. If you need more information, please contact your HIV-AIDS advisor.

Kit mis à jour en 2021. Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à contacter votre référent VIH-SIDA.

INDICATIONS
Kit to integrate TB and HIV care into the global health package.
The kit contains the first order of tuberculosis and ARV drugs for the management of tuberculosis and HIV patients during 6 months. It includes the minimum drugs and tests to start.

INDICATIONS
Kit pour intégrer la prise en charge TB et VIH dans le paquet de soins globaux.
Le kit contient la première commande de médicaments antituberculeux et ARV pour la prise en charge des patients tuberculeux et VIH pendant 6 mois. Il comprend les médicaments et tests minimum pour démarrer.

SPECIFICATIONS
This kit contains a 6 months order:
• ARV module is calculated for:
– ARV treatment for 10 adults / month
– ARV treatment for 3 children / month
– ARV treatment for 5 pregnant women / month
• TB Medicines for the treatment of 10 adults + 10 children / month during 6 months
• Medicines for some opportunistic infections
• TB sample collection material
• HIV testing material

SPECIFICATIONS
Ce kit contient une commande de 6 mois:
• Le module ARV est calculé pour le :
– traitement ARV pour 10 adultes / mois
– traitement ARV pour 3 enfants / mois
– traitement ARV pour 5 femmes enceintes / mois
• Médicaments TB pour le traitement de 10 adultes + 10 enfants / mois pendant 6 mois
• Médicaments pour certaines infections opportunistes
• Matériel de prélèvement de crachats
• Matériel pour dépistage VIH

Included in: **KMEDKNUT13- STD** KIT, NUTRITION INPATIENT, 50 patients 2021
KIT NUTRITION HOSPITALISATION, 50 patients 2021

MSF Code	Composed of	Composé de	Tot Qty
L007TUBM08E-P STD	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	1
KMEDMTHI21 STD	[kit TB & HIV start] ARV MEDICINES 2021	[kit démarrage TB & VIH] MEDICAMENTS ARV 2021	1
KMEDMTHI22 STD	[kit TB & HIV start] TB MEDICINES 2021	[kit démarrage TB & VIH] MEDICAMENTS TB, 2021	1

Médecins Sans Frontières Internal Document

KMED_1 | MEDICAL KITS | KITS MÉDICAUX | III-3

MSF Code	Composed of	Composé de	Tot Qty
KMEDMTHI23 STD	[kit TB & HIV start] MEDICINES for opport. infect. 2021	[kit démarrage TB & VIH] MEDICAMENTS pr infect. opport. 2021	1
KMEDMTHI24 STD	[kit TB & HIV start] TB SPUTUM COLLECTION 2021	[kit démarrage TB & VIH] COLLECTE CRACHAT TB 2021	1
KMEDMTHI25 STD	[kit TB & HIV start] HIV tests 2021	[kit démarrage TB & VIH] TESTS VIH 2021	1

End of list

MSF Code	Related Articles	Articles apparentés	Type Relation
KMEDKTHI15- STD	KIT STARTING TUBERCULOSIS and HIV CARE, 6 months	KIT DE DEMARRAGE PRISE EN CHARGE TUBERCULOSE et VIH, 6 mois	is Replaced by

End of list

MSF Code	Detailed list of articles KMEDKTHI25-	Liste détaillée des articles KMEDKTHI25-	Qty
L007TUBM08E-P STD	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	1
KMEDMTHI21 STD	[kit TB & HIV start] ARV MEDICINES 2021	[kit démarrage TB & VIH] MEDICAMENTS ARV 2021	1
• D0RAABLA3TD STD	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, disp. breakable tab.	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, comp. disp. sécable	3780
• D0RADOLU1TD STD	DOLUTEGRAVIR sodium [DTG], eq. 10 mg base, disp. tab.	DOLUTEGRAVIR sodium [DTG], eq. 10 mg base, comp. disp.	1890
• D0RADOLU5TD STD	DOLUTEGRAVIR sodium [DTG], eq. 50 mg base, tab.	DOLUTEGRAVIR sodium [DTG], eq. 50 mg base, comp.	1890
• D0RALPVR1P STD	LPV 40 mg / r 10 mg, pellets-in-a-capsule	LPV 40 mg / r 10 mg, granules dans gélule	7560
• D0RANEVI1S STD	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, oral susp., 100 ml, bot.	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, susp. orale, 100 ml, fl.	30
• D0RATELD1TD STD	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, tab.	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, comp.	9450
• D0RAYLNL1TD STD	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, dispersible tab.	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, comp. dispersible	720
KMEDMTHI22 STD	[kit TB & HIV start] TB MEDICINES 2021	[kit démarrage TB & VIH] MEDICAMENTS TB, 2021	1
• D0RAEZR21 STD	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, tab., blister	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, comp., blister	10080
• D0RAETHA1TD STD	ETHAMBUTOL hydrochloride [E], eq. 100 mg base, tab. blister	ETHAMBUTOL chlorhydrate [E], eq. 100 mg base, comp. blister	2400
• D0RAHRIF5TD STD	H 50 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	4872
• D0RAHRIF7TD STD	H 75 mg / R 150 mg, tab., blister	H 75 mg / R 150 mg, comp., blister	19488
• D0RAHRIS1TD STD	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	2436
• D0RAISON1TB STD	ISONIAZIDE [I], 100 mg, breakable tab., blister	ISONIAZIDE [I], 100 mg, comp. sécable, blister	1800
• D0RAPYR1TD STD	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 10 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 10 mg, comp.	11100
• D0RAPYR15TD STD	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 50 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 50 mg, comp.	1000

Médecins Sans Frontières Internal Document

KMED_1 | MEDICAL KITS | KITS MÉDICAUX | III-4

MSF Code	Detailed list of articles KMEDKTHI25-	Liste détaillée des articles KMEDKTHI25-	Qty
• ELINMAFT1-- STD	FIT TEST KIT, qualitative testing of FFP2/N95 respirators	KIT ESSAI D'AJUSTEMENT, qualité appareils prot.resp.FFP2/N95	1
• ELINMASP04M STD	RESPIRATOR FFP2/N95 + IIR, unvalved, vert.fold, M	APPAREIL PROTECTION RESP, FFP2/N95+IIR,ss valve, pli vert. M	400
• ELINMASS3-- STD	MASK, SURGICAL, IIR type, s.u.	MASQUE CHIRURGICAL, type IIR, u. u.	400
KMEDMTHI23 STD	[kit TB & HIV start] MEDICINES for opport. infect. 2021	[kit démarrage TB & VIH] MEDICAMENTS pr infect. opport. 2021	1
• D0RACOTR1TD STD	COTRIMOXAZOLE, 100 mg / 20 mg, disp. tab.	COTRIMOXAZOLE, 100 mg / 20 mg, comp. disp.	1890
• D0RACOTR8TD STD	COTRIMOXAZOLE, 800 mg / 160 mg, tab.	COTRIMOXAZOLE, 800 mg / 160 mg, comp.	2000
• D0RALFLUC2C STD	FLUCONAZOLE, 200 mg, caps.	FLUCONAZOLE, 200 mg, gét.	1000
• D0RAHP23TD STD	INH 300mg/ PYRIDOXINE 25mg/ SMX 800mg / TMP 160mg, tab.	INH 300mg/ PYRIDOXINE 25mg/ SMX 800mg / TMP 160mg, comp.	10800
• SMSUCOND1-- STD	CONDOM, lubricated + RESERVOIR, s.u.	PRESERVATIF MASCULIN, lubrifié + RESERVOIR, u. u.	2000
KMEDMTHI24 STD	[kit TB & HIV start] TB SPUTUM COLLECTION 2021	[kit démarrage TB & VIH] COLLECTE CRACHAT TB 2021	1
• ELINMASP04M STD	RESPIRATOR FFP2/N95 + IIR, unvalved, vert.fold, M	APPAREIL PROTECTION RESP, FFP2/N95+IIR,ss valve, pli vert. M	200
• SDISNADC1TD STD	CHLORINE, 1 g (NaDCC / dichloroisocyan. sodium 1.67 g), tab.	CHLORE, 1 g (NaDCC / dichloroisocyan. sodium 1,67 g), comp.	200
• STSSCONT1S STD	CONTAINER, SAMPLE, sputum, plastic, non-sterile	POT A PRELEVEMENT, crachoir, plastique, non stérile	1200
KMEDMTHI25 STD	[kit TB & HIV start] HIV tests 2021	[kit démarrage TB & VIH] TESTS VIH 2021	1
• DXTI0DP1S2 STD	POLYVIDONE IODINE, 10%, solution, 200 ml, dropper bot.	POLYVIDONE IODÉE, 10%, solution, 200 ml, fl. verseur	1
• ELABTIME1E STD	TIMER, electronic	MINUTEUR électronique	2
• SDRECOTWSR STD	COTTON WOOL, hydrophilic, roll, 500 g	COTON hydrophile, rouleau, 500 g	1
• SSDDETCT101 STD	(Determine rapid test) BUFFER CHASE, 2.5 ml, 7D2243	(test rapide Determine) TAMPON, 2.5 ml, 7D2243	10
• SSDTHVD10T STD	HIV 1 + 2 TEST (Determine), ser/p/wb, 1 test 7D2343	TEST VIH 1 + 2 (Determine), sér/p/st, 1 test 7D2343	300
• SSDTHVS20T STD	HIV 1 + 2 TEST (STAT-PAK), ser/p/wb, 1 test, 60-9500-0	TEST VIH 1 + 2 (STAT-PAK), sér/p/st, 1 test, 60-9500-0	140
• SSDTHVU20T STD	HIV 1 + 2 TEST (Uni-Gold), ser/p/wb, 1 test 1206502	TEST VIH 1 + 2 (Uni-Gold), sér/p/st, 1 test 1206502	140
• STSSBSV5TE STD	(bld.syst.) TUBE, VACUUM, plastic, K2EDTA, 4ml, purple	(s.pré.sang.) TUBE SOUS VIDE, plastique, K2EDTA, 4ml, mauve	300
• STSSLANCSAM2 STD	SAFETY LANCET, medium flow, needle 21G x 1.8mm, green, s.u.	LANCETTE DE SECURITE débit moyen, aig.21Gx1,8mm, vert, u. u.	580

End of list

KIT TB & HIV CARE CONTINUATION in emergencies 2021

KIT POURSUITE TRAITEMENT TB & VIH en urgence 2021

KMEDKTHIE2- STD KIT HIV & TB CARE CONTINUATION in emergencies 2021
KIT POURSUITE TRAITEMENT VIH & TB en situat. d'urgence 2021

Kit updated in 2021. If you need more information, please contact your HIV-AIDS advisor.

Kit mis à jour en 2021. Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à contacter votre référent VIH-SIDA.

INDICATIONS

Kit containing TB and HIV medicines that is intended for use in emergency situations.

This kit enables to avoid treatment interruption for patients who were under TB and/or HIV treatment before the emergency.

SPECIFICATIONS

This small kit contains:

- ARV medicines:
 - treatment for 10 adults, 5 pregnant women and 3 children / month.
 - to cover 90 adults and pregnant women and 18 children over a 6 months period plus ART prophylaxis for 5 infants.
- TB medicines:
 - 15 TB treatments for adults during intensive phase
 - 15 TB treatments for adults during continuation phase
 - 3 TB treatments for children in intensive phase
 - 3 TB treatments for children in continuation phase

It can be consumed early, if many more patients need continuation at the start of the emergency.

INDICATIONS

Kit contenant des médicaments TB et VIH, destiné à être utilisé dans les situations d'urgence.

Ce kit permet d'éviter l'interruption du traitement pour les patients qui étaient sous traitement TB et/ou VIH avant l'urgence.

SPÉCIFICATIONS

Ce petit kit contient:

- Médicaments ARV:
 - traitement pour 10 adultes, 5 femmes enceintes et 3 enfants / mois
 - pour couvrir 90 adultes et femmes enceintes et 18 enfants sur une période de 6 mois, plus prophylaxie ART pour 5 nourrissons
- Médicaments TB:
 - 15 traitements TB adultes en phase intensive
 - 15 traitements TB adultes en phase de continuation
 - 3 traitements TB enfants en phase intensive
 - 3 traitements TB enfants en phase de continuation

Il peut être consommé rapidement, si beaucoup plus de patients doivent poursuivre leur traitement au début de l'urgence.

MSF Code	Composed of	Composé de	Tot Qty
DORAABLA3TD STD	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, disp. breakable tab.	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, comp. disp. sécable	3780
DORADOLU1TD STD	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 10 mg base, disp. tab.	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 10 mg base, comp. disp.	1890
DORADOLU5T- STD	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 50 mg base, tab.	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 50 mg base, comp.	1890
DORALPVR1P- STD	LPV 40 mg / r 10 mg, pellets-in-a-capsule	LPV 40 mg / r 10 mg, granules dans gélule	7560

Médecins Sans Frontières Internal Document

KMED_1 | MEDICAL KITS | KITS MÉDICAUX | III-3

MSF Code	Composed of	Composé de	Tot Qty
DORANEVI1S1 STD	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, oral susp., 100 ml, bot.	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, susp. orale, 100 ml, fl.	30
DORATELD1T- STD	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, tab.	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, comp.	9450
DORAYILN1TD NST	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, dispersible tab.	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, comp. dispersible	720
DORAEHR2T1 STD	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, tab., blister	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, comp., blister	10080
DORAEHTA1T1 STD	ETHAMBUTOL hydrochloride (E), eq. 100 mg base, tab. blister	ETHAMBUTOL chlorhydrate (E), eq. 100 mg base, comp. blister	2400
DORAHRF5TD1 STD	H 50 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	4872
DORAHRF7T1 STD	H 75 mg / R 150 mg, tab., blister	H 75 mg / R 150 mg, comp., blister	19488
DORAHZR15TD1 STD	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	2436
DORAI1SON1TB1 STD	ISONIAZID (I), 100 mg, breakable tab., blister	ISONIAZIDE (I), 100 mg, comp. sécable, blister	1800
DORAPYR11T- STD	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 10 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 10 mg, comp.	11100
DORAPYR15T- STD	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 50 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 50 mg, comp.	1000
L007TUBM08E-P STD	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	1

End of list

MSF Code	Related Articles	Articles apparentés	Type Relation
KMEDKTHI2S- STD	KIT STARTING TUBERCULOSIS and HIV CARE, 6 months 2021	KIT DEMARRAGE PRISE EN CHARGE TUBERCULOSE et VIH 6 mois 2021	is Related to
KMEDKTHIE1- STD	KIT HIV & TB CARE CONTINUATION in emergencies, 50tt	KIT POURSUITE TRAITEMENT VIH & TB en situat. d'urgence, 50tt	is Replaced by

End of list

MSF Code	Detailed list of articles KMEDKTHIE2-	Liste détaillée des articles KMEDKTHIE2-	Qty
DORAABLA3TD STD	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, disp. breakable tab.	ABC 120 mg / 3TC 60 mg, comp. disp. sécable	3780
DORADOLU1TD STD	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 10 mg base, disp. tab.	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 10 mg base, comp. disp.	1890
DORADOLU5T- STD	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 50 mg base, tab.	DOLUTEGRAVIR sodium (DTG), eq. 50 mg base, comp.	1890
DORALPVR1P- STD	LPV 40 mg / r 10 mg, pellets-in-a-capsule	LPV 40 mg / r 10 mg, granules dans gélule	7560
DORANEVI1S1 STD	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, oral susp., 100 ml, bot.	NEVIRAPINE (NVP), 50mg/5ml, susp. orale, 100 ml, fl.	30
DORATELD1T- STD	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, tab.	TDF 300mg / 3TC 300mg / DTG 50mg, comp.	9450
DORAYILN1TD NST	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, dispersible tab.	AZT 60 mg / 3TC 30 mg / NVP 50 mg, comp. dispersible	720
DORAEHR2T1 STD	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, tab., blister	E 275 mg / H 75 mg / Z 400 mg / R 150 mg, comp., blister	10080
DORAEHTA1T1 STD	ETHAMBUTOL hydrochloride (E) eq. 100 mg base tab. blister	ETHAMBUTOL chlorhydrate (E) eq. 100 mg base comp. blister	2400
MSF Code	Detailed list of articles KMEDKTHIE2-	Liste détaillée des articles KMEDKTHIE2-	Qty
DORAHRF5TD1 STD	H 50 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	4872
DORAHRF7T1 STD	H 75 mg / R 150 mg, tab., blister	H 75 mg / R 150 mg, comp., blister	19488
DORAHZR15TD1 STD	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, disp. tab., blister	H 50 mg / Z 150 mg / R 75 mg, comp. disp., blister	2436
DORAI1SON1TB1 STD	ISONIAZID (I), 100 mg, breakable tab., blister	ISONIAZIDE (I), 100 mg, comp. sécable, blister	1800
DORAPYR11T- STD	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 10 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 10 mg, comp.	11100
DORAPYR15T- STD	PYRIDOXINE hydrochloride (vitamin B6), 50 mg, tab.	PYRIDOXINE chlorhydrate (vitamine B6), 50 mg, comp.	1000
L007TUBM08E-P STD	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	HIV/TB Integration. Interim guidance document.	1

End of list

ANEXO 4: Exemplos de estruturas / organização dos serviços de VIH/TB ao nível da clínica hospitalar e da atenção primária à saúde

Figura 1. exemplo de atividades de VIH e TB a nível hospitalar

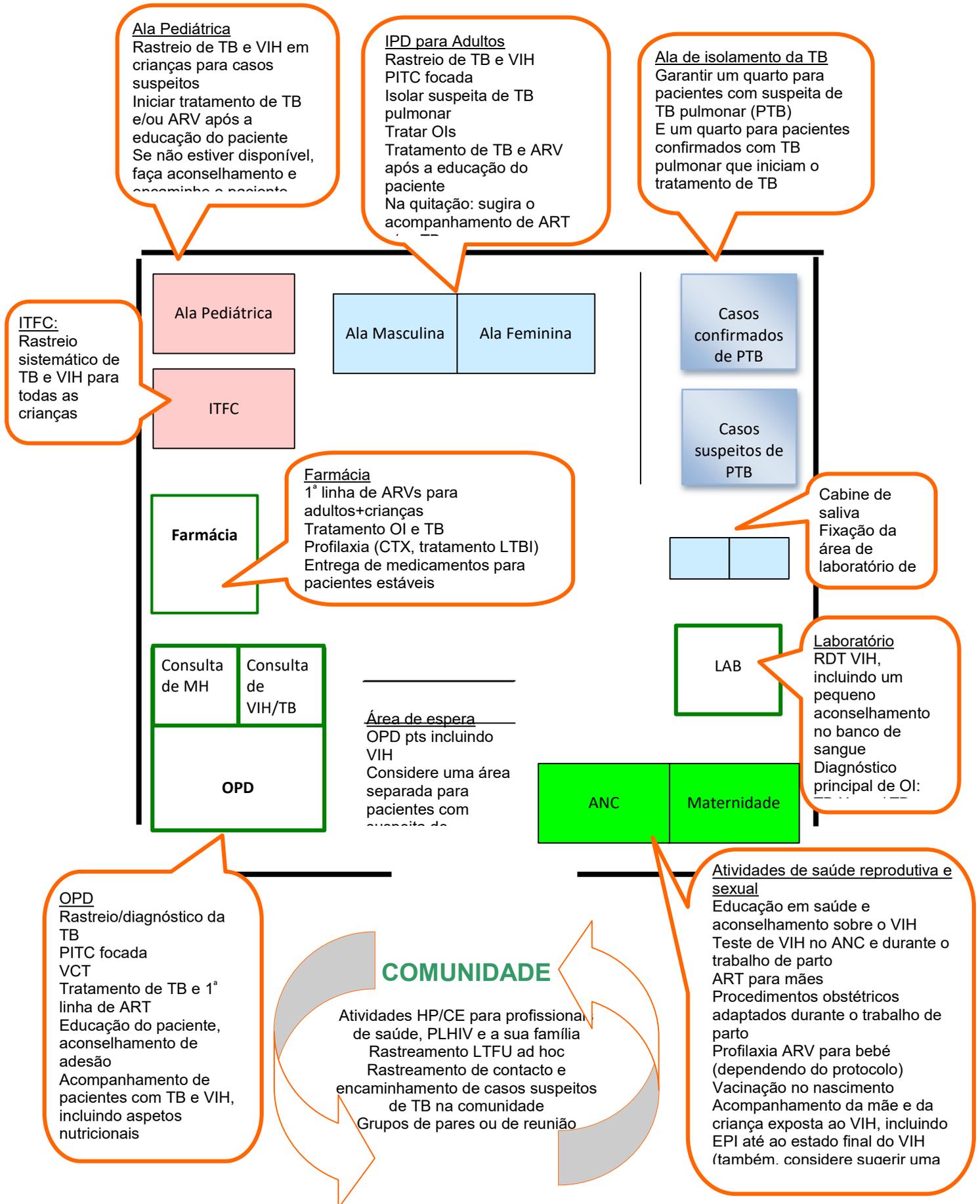
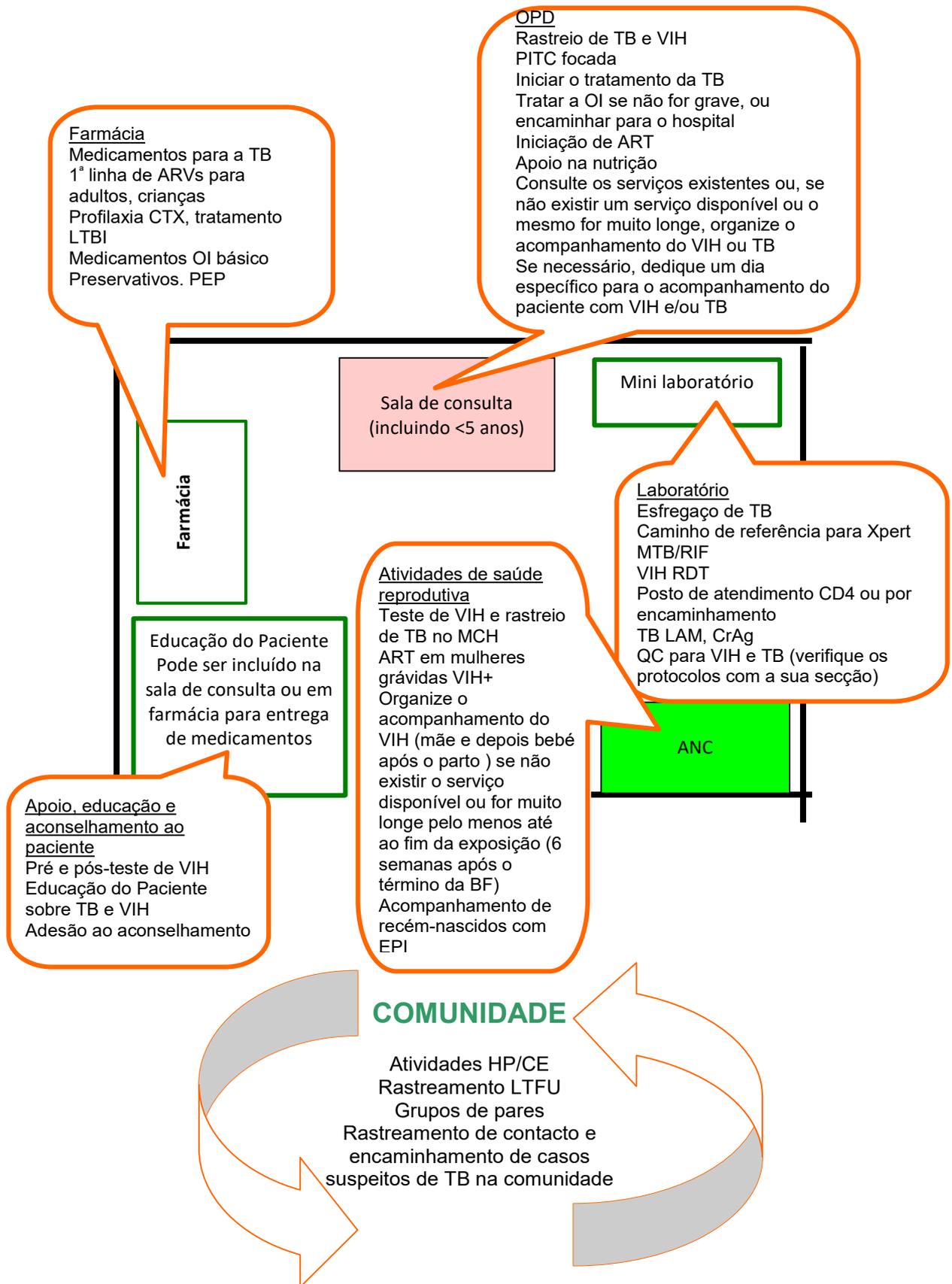


Figura 2: Serviços de VIH e TB em clínica de cuidados de saúde primários



ANEXO 5: Lista de recursos/diretrizes disponíveis

Prevenção, testagem e diagnóstico do VIH

- Diretrizes consolidadas sobre serviços de teste de VIH para uma epidemia em mudança <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-guidelines-on-hiv-testing-services-for-a-changing-epidemic>
- Diretrizes sobre autoteste do VIH e notificação de parceiros: Complementa as diretrizes consolidadas sobre os serviços de teste do VIH; OMS 2016 E: <https://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/>
- Diretrizes sobre aconselhamento e testes iniciados pelo prestador em estruturas de saúde, OMS 2007 E/F: <https://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/>
- Diretriz sobre quando iniciar a terapia antirretroviral e sobre profilaxia pré-exposição para o VIH <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

Prevenção, Rastreio, Diagnóstico e Controlo de Infecções por TB

- Diretriz de TB MSF PIH 2014 (a ser atualizada)
- MSF, Livro de Projeto para Unidades de Saúde de Tuberculose, Médecins Sans Frontières, 2017
- Um guia de monitorização e avaliação das atividades colaborativas de TB/VIH, revisão de 2015: <https://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en/>
- Diretrizes consolidadas da OMS sobre tuberculose: módulo 1: prevenção: tratamento preventivo da tuberculose, atualização da OMS 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>
- Diretrizes da OMS sobre prevenção e controlo de infeções por TB, atualização de 2019: <https://www.who.int/tb/publications/2019/guidelines-tuberculosis-infection-prevention-2019/en/>
- Diretrizes sobre os principais componentes dos programas de prevenção e controlo de infeções a nível nacional e agudo da unidade de saúde: <https://www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en/>
- Raios-X TB e tórax: https://www.who.int/tb/publications/Radiography_TB_factsheet.pdf?ua=1, <https://www.who.int/tb/publications/chest-radiography/en/> (O capítulo 1.4 dá uma boa visão geral do uso de raios-X do tórax)
- Ultrassom do Posto de Atendimento (POCUS): Um link para o capítulo 18 do manual de ultrassom dos MSF para profissionais formados, que discute o exame FASH (VIH-TB): https://msfintl.sharepoint.com/:b/s/msfintlcommunities/DIWG/ESYiQgPbYnZNtZVi_T4xVA4BDYMGryc4304a0l0m6_zCqg?e=eHcSHL
- Heller T, wallrauch C, Goblirsch S, Brunetti E. Focused assessment with sonography for HIV-associated tuberculosis (FASH): a short protocol and pictorial review: Crit Ultrasound J. 2012 Nov 21;4(1):21. Doi 10.1186/2036-7902-4-21.
- Heller T. FASH: Focused Assessment with Sonography for HIV/TB. A Practical Manual. Munique, Alemanha. TALC- Teaching Aids at Low Cost. 2013. ISBN:978-0-9558811-8-3.

Educação do paciente, Aconselhamento e adesão VIH e TB

- Diretriz sobre o Apoio, Educação e Aconselhamento do Paciente: Para adultos que vivem com VIH e/ou TB, atualização 2018: https://samumfsf.org/sites/default/files/2018-09/PSEC_Adults%20MSF%20Guideline.pdf
- Diretriz de Apoio, Educação e Aconselhamento do Paciente: Para crianças e adolescentes que vivem com VIH, atualização 2018: https://samumfsf.org/sites/default/files/2018-06/PSEC_Children%20and%20adolescents_0.pdf

Orientação sobre Consulta e Tratamento de VIH/TB e PMTCT

- Protocolos do programa nacional
- Guia MSF para Cuidados Primários de VIH/TB (2018): <https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018#>
- Diretrizes consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para o tratamento e prevenção da infecção pelo VIH, Recomendações para uma abordagem de saúde pública - Segunda edição OMS 2016. <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
- Atualização das recomendações sobre regimes antirretrovirais de primeira e segunda linha: OMS JULHO 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>
- Recomendações atualizadas sobre regimes antirretrovirais de primeira e segunda linha e profilaxia pós-exposição e recomendações sobre diagnóstico precoce da criança do VIH: Diretrizes Intercalares OMS 2018: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ARV2018update/en/>
- ANEXO 3. DOSAGENS PARA MEDICAMENTOS ARV https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ARV_Guidelines-2018-Annex3a.pdf?ua=1
- Diretrizes para o tratamento da tuberculose suscetível a medicamentos e cuidados com o paciente - atualização de 2017 ; https://www.who.int/tb/publications/2017/dstb_guidance_2017/en/
- Diretrizes de tratamento da OMS para TB resistente a multidrogas e rifampicina - atualização 2018; <https://www.who.int/tb/publications/2019/consolidated-guidelines-drug-resistant-TB-treatment/en/> também disponível em <https://samumsf.org/en/resources/tb/dr-tb/who-consolidated-guidelines-on-dr-tb-treatment-2019>
- Diretriz de TB MSF PIH 2014 (a ser atualizada)
- Website SAMU: <https://samumsf.org/en>
- Um guia de monitorização e avaliação para atividades colaborativas de TB/VIH, revisão de 2015: <https://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en/>
- Guia de educação e aconselhamento do paciente para PMTCT B+, OCB Abril 2013 https://samumsf.org/sites/default/files/2018-06/4_english_Patient_education_and_counselling_guide_for_PMTCT.pdf
- Prevenção da transmissão mãe-filho (PMTCT) do Protocolo do VIH: Grupo Internacional de Trabalho da Sida dos MSF, Revisto em agosto de 2017 https://samumsf.org/sites/default/files/2019-02/PMTCT%20Guidelines_2017.pdf

Gestão de dados do VIH: Monitorização e Avaliação

- MSF DHIS1 e DHIS 2 (em processo de desenvolvimento)
- Três sistemas interligados de monitorização de pacientes para atendimento/ART do VIH, MCH/PMTCT e VIH/TB: conjunto mínimo padronizado de dados e ferramentas ilustrativas (revisão da OMS 2013): https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77753/9789241598156_eng.pdf?sequence=1
- Definições e quadro de relatórios para a tuberculose (Atualização da OMS dezembro de 2014): https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79199/9789241505345_eng.pdf?sequence=1
- Apêndice de diretrizes de TB 32, 33, 34, 35 (MSF, PIH 2014)

Integração e adaptação da COVID 19 nas atividades de VIH/TB

- Integração e adaptação das atividades de VIH/TB devido à COVID 19.

<https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/AWG/Resources/Forms/AllItems.aspx?vieid=145cd5f1%2D898d%2D419c%2Dbd1f%2D8c33c1cb4389&id=%2Fsites%2Fmsfintlcommunities%2FAWG%2FResources%2FCOVID%2D19%2F01%2D%20MSF%20guidance%20and%20tools>



ANEXO 6: Exemplo de finanças

Por favor, consulte abaixo o orçamento estimado por paciente para o projeto Teste e Tratamento de Yambio27, que foi um programa de teste e início de VIH baseado na comunidade. Esses custos precisam ser ajustados à disponibilidade de recursos: os ART geralmente são cobertos pelo Fundo Global e os MSD apenas encomendam 2 a 3 meses de suprimentos; a carga viral é coberta em alguns países pelo MoH ou GF; em componentes integrados, pode não precisar contratar nenhum recurso específico e o custo por paciente dependerá da categoria salarial. Os custos de formação não estão incluídos no cálculo:

Custo por paciente

O quê	Custo	Comentários
Pessoal	\$67	Vai depender da categoria salarial e do número de funcionários necessários O pessoal inclui a equipa da Clínica Móvel composta por; um Oficial Clínico, um Conselheiro de Enfermagem, um Técnico de laboratório, dois agentes comunitários de saúde e um motorista
Medicamentos	\$84	Esta é uma missão de primeira linha completa; se forem apenas encomendados 3 meses por paciente, o custo vai descer para \$21
Laboratório	\$35	Vai depender se alguns dos testes (como carga viral) estão cobertos por atores externos (Nos postos de atendimento onde é usado um Xpert é aproximadamente: 15.000 euros e os cartuchos são \$8 @)
Transporte	\$6	Se tiverem como base a unidade, esse custo pode ser excluído. Foi incluída a amortização de um carro com uma expectativa de vida de dez anos e com os custos relacionados de manutenção
Outros	\$7	
Total	\$199	

27 <https://www.msf.org/yambio-test-and-treat>

ANEXO 7: Estudos de Caso

Estudo de caso 1: Malakal: Integração de atendimento ao VIH/TB

(um exemplo de integração VIH/TB a nível hospitalar numa área com uma lacuna de tratamento de > 90%)

Descrição Resumida: O projeto Malakal está na região do Alto Nilo, no Sudão do Sul. Atualmente, administra 2 hospitais (na cidade de Malakal e POC) e abrange uma população de 50.000 pessoas. Em 2017, o projeto decidiu integrar as atividades de VIH/TB a outras prioridades médicas concorrentes, uma vez que a lacuna de tratamento era > 90%, a carga de VIH/TB era alta e o MoH e outros atores não estavam a prestar atendimento ao VIH/TB.

Epidemiologia: no Sudão do Sul, a prevalência de VIH é de 2,7% e a incidência de TB 150/100.000 habitantes. Acredita-se que a incidência na população deslocada seja 3 vezes maior.

Contexto: conflito prolongado e populações muito móveis, várias aldeias, mas a maioria da população vive na cidade ou na área de proteção de civis. O MoH foi derrubado após um conflito étnico em 2013. Os atores humanitários estão a prestar cuidados de saúde; apenas o IMC fornece PMTCT.

Clínica: o projeto administra 2 unidades hospitalares, incluindo IPD (adultos, crianças, neonatologia e maternidade), OPD, vacinação, divulgação e atividades de saneamento de águas.

Integração do projeto VIH/TB: Após 2 anos de programa de VIH/TB, o projeto está bem estabelecido. Eles fazem VCT e PICT, PMTCT e cuidados de VIH e TB-DRTB; o laboratório está bastante completo, com um dispositivo PIMA (teste CD4), Xpert MTB/RIF com planos de dimensionamento para VIH VL e EID, que atualmente são realizados por um Laboratório de Referência. O projeto tem uma estratégia comunitária com atividades do HPCE e um conselheiro específico de VIH/TB.

Caso de estudo 2: CAR: Prestação de serviços diferenciados (DSD) de serviços ART

(um exemplo de integração de serviços DSD)

Descrição: A MSF administra uma clínica de saúde básica em Boguila desde 2007 com atividades de VIH/TB no extremo norte remoto do país. O local de divulgação de Boguila tem uma instalação BHC e um posto de saúde. As atividades incluem OPD, malária, vacinação, ANC/PMTCT, atividades de divulgação e saneamento de águas.

Nos últimos 6 anos, as equipas têm estado muito ocupadas a responder a emergências. Como resultado, o teste de VIH foi suspenso e as atividades de VIH/TB limitaram-se à continuação de ART, tratamento de TB que salva vidas, PMTCT e rastreamento de perdidos para acompanhamento. Agora, a situação acalmou e tanto o MOH quanto os MSF estão ansiosos para expandir as atividades de VIH/TB e melhorar o acesso, implementando a prestação de serviços diferenciados (DSD) dos serviços de ART.

Epidemiologia: a prevalência de VIH é de cerca de 4%, a incidência de TB não é muito alta, (os testes de TB continuaram através de encaminhamentos para Paoua ou Bossangoa). Existem casos presumidos de VIH no OPD, ANC e no programa de nutrição.

Contexto: Rural. Não existem prestadores de VIH/TB por perto. Os MSF estão a encaminhar todos os seus pacientes para o hospital de Bossangoa via viagens de motocicleta ou de avião. Os MSF estão a apoiar as atividades de VIH/TB no IPD do hospital de Bossangoa. Os MSF também apoiam o laboratório com um GeneXpert onde os testes de TB e carga viral são feitos.

Integração do projeto VIH/TB: O projeto decidiu implementar DSDs, incluindo grupos comunitários de ART, espaçamento de consultas, aceleração e retoma dos testes de VIH e TB (PICT), além das recargas de PMTCT e ART/TB existentes.

Fizeram um acordo para encaminhar pacientes doentes, amostras de TB, amostras de carga viral e amostras para diagnóstico de VIH em bebés para o hospital de Bossangoa. Juntamente com o MoH, eles trabalham na implementação dos DSDs para PLWHIV e PWTB estáveis aos níveis do centro de saúde e da

comunidade. Para o teste de VIH, usam os testes rápidos e encaminham para o hospital de Bossangoa para confirmação com o Xpert. Utilizam os registos de Aconselhamento MoH/ART/PMTC em papel, cartões de identificação ART e TB, enviando indicadores/números mínimos para o MoH e os MSF para monitorização e avaliação. O plano de contingência faz parte do pacote DSD e a ampliação começou com a vinculação de novos pacientes aos DSDs.

Estudo de caso 3: CAR: integração PMTCT na maternidade em Castor (Bangui)

Descrição: Em Bangui, os MSF estão a apoiar um projeto vertical focado na maternidade e na SRH. As atividades incluem maternidade, SGBV e planeamento familiar. O teste de VIH está integrado em todos os serviços, mas não existe mais nenhuma prestação de cuidados. As mulheres receberam um mês de suprimentos de ARV e os bebés expostos ao VIH com um mês de suprimentos de profilaxia ARV e foram encaminhados aos centros de saúde sem acompanhamento posterior.

As equipas estavam preocupadas com a falta de acompanhamento de bebés expostos ao VIH e a falta de acompanhamento das grávidas VIH+ identificadas e, por sua vez, as transmissões verticais evitáveis do VIH.

Epidemiologia: a prevalência de VIH é de 7% em Bangui, porém o acesso ao ART é muito baixo e muitas grávidas nunca foram testados ao VIH ou tiveram acesso aos serviços de PMTCT. A prevalência de infeção pelo VIH entre grávidas que chegam à maternidade para o parto é de 6%.

Contexto: Urbano. Alguns centros de saúde são apoiados por parceiros que implementam a PMTCT. O programa nacional visa integrar a PMTCT em todas as ANCs.

Integração do projeto VIH/TB: o projeto decidiu melhorar a sua integração do VIH numa abordagem passo a passo. Como não havia capacidade nem ambição para se envolver no ANC, a equipa concordou em começar a melhorar o acompanhamento de bebés expostos ao VIH nascidos em Castor. Um implementador dedicado apoiou a implementação dos seguintes componentes:

- Integração do Diagnóstico Precoce da Criança (EID) com a implementação do GeneXpert num laboratório que estava (de qualquer maneira) a ser atualizado.
- Consulta dedicada em Castor para acompanhamento de bebés expostos ao VIH após o parto durante 6 semanas onde o teste EID é realizado.
- Sistema de encaminhamento ao hospital pediátrico para início precoce de ART em bebés identificados como EID+.
- Melhor rastreio em mulheres doentes com VIH com provisão de CD4 e um algoritmo de rastreio de doenças avançadas.
- Sistema de encaminhamento de mulheres doentes para o hospital e implantação de sistema de contracepção com centros de saúde com PMTCT onde as mulheres podem ser mais acompanhadas e fortalecendo a comunicação para que uma abordagem do sistema de capacitação/mentoria com outros centros de saúde possa ser mais bem projetada.

Estudo de caso 4: Guiné Conakry: integração da atenção ao VIH nos centros de saúde primários como estratégia de descentralização em contexto de baixa prevalência

Descrição Resumida: Em Conakry, Guiné, os MSF apoiam um grande projeto vertical abrangente de VIH num centro de saúde que estava a ficar congestionado com grande coorte de pacientes com VIH+ (>10.000). A descentralização para outros centros de saúde da cidade foi o passo seguinte, mas a equipa e o MoH concordaram que o modelo de descentralização seria baseado na integração do atendimento ao VIH nas restantes atividades em 6 centros de saúde, pois não havia capacidade de implementação de programas verticais em cada um.

Epidemiologia: em Conakry, a prevalência de VIH é de 2,3% numa epidemia generalizada.

Contexto: ambiente urbano, onde o VIH não é o principal problema, embora seja uma epidemia generalizada, a prevalência em grupos específicos como o KP pode ser dez vezes maior. A prestação de cuidados limitava-se a poucos centros de saúde que tinham coortes crescentes de difícil manutenção.

Projeto de integração VIH/TB: Como tal, uma equipa dos MSF era composta por médicos, aconselhamento e apoio de M&E que girariam pelas clínicas para descentralizar, para formar e capacitar com uma

abordagem de mentoria das equipas do MoH nas clínicas. De forma progressiva, os médicos integraram nas suas consultas as consultas de acompanhamento de pacientes encaminhados de Matam e implementaram os sistemas para absorver e monitorizar a sua própria coorte de pacientes com VIH. Os MSF projetaram um plano de mentoria para apoiar todos os componentes do programa em cada unidade de saúde. O plano de mentoria abrange consultas gerais, apoio laboratorial, apoio à farmácia e PMTCT. Os temas são abordados progressivamente e o apoio dos MSF também com monitorização, encaminhamento de amostras, apoio técnico e discussão de casos difíceis e avaliações de progresso de desempenho, construção de equipas independentes em cada uma das unidades de saúde que lidam com coortes entre 1.500 e 2.500 pacientes cada.

Estudo de caso 5: Madaoua (Níger): Integração assistencial de VIH/TB no programa pediátrico/nutrição

Descrição Resumida: Madaoua é uma cidade localizada na região de Tahoua no Níger, propensa a conflitos, com uma população de 450.000 habitantes. Os principais assassinos são a malária e a desnutrição, que são sazonais. Em 2010, os MSF abriram um ITFC, ATFC e IPD para menores de 5 anos. A média das crianças SAM é de 2.200 por ano e a mortalidade em torno de 4%, enquanto cerca de 1500 pacientes estão internados com uma taxa de mortalidade de 5,4%.

Epidemiologia: Em 2016, a prevalência nacional de VIH é de <1%, mas a positividade do VIH no banco de sangue foi de 8%.

Avaliação: Atendimento ao VIH sob o MoH, mas sem serviços PMTCT, sem acesso ao PCR DNA, sem formulações pediátricas disponíveis e sem inibidores de protease em todo o país; pessoal não foi formado, e o estigma era muito alto.

Integração do projeto VIH/TB: Testagem de VIH sistemática em ITFC; VIH pediátrico

Objetivos	Testagem de VIH sistemática em ITFC	Tratamento VIH
O quê	Testagem de VIH Aconselhamento pré-teste em grupo Aconselhamento pós-teste Teste para crianças se a mãe for VIH positivo	Tratamento ART e CTX Monitorização clínica Laboratório: CD4 e VL no dispositivo Xpert Adesão ao aconselhamento
Onde	ITFC	Clínica VIH, Lab (CD4 / VL)
Para quem	SAM com complicações médicas	Crianças infetadas com VIH
Quem	Enfermeiro	Enfermeiro