

**CRITÉRIOS DE QUALIDADE NOS CUIDADOS
DE SAÚDE PRESTADOS ÀS PESSOAS QUE
VIVEM COM INFEÇÃO POR VIH**

2019

EM DISCUSSÃO PÚBLICA

APECS – Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA

Co-autores

António Diniz (Coordenador)	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente
Ana Rita Silva	Hospital Beatriz Ângelo
Carmela Piñeiro	Centro Hospitalar Universitário de S. João, Hospital de S. João
Cristina Guerreiro*	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Maternidade Alfredo da Costa
Cristina Mora	AJPAS, Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde
Gonçalo Lobo	Associação Abraço
José Gonçalo Marques*	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Stª Maria
José Vera	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo
Margarida Serrado	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente
Nila Badracim	Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca
Raquel Couto	Centro Hospitalar Universitário de S. João, Hospital de S. João
Sérgio Amadeu*	ACES Loures/Odivelas
Sílvia Ouakinin*	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Stª Maria

* *Consultor setorial*

Índice

1. Princípios gerais
2. Prevenção, rastreio e diagnóstico da infeção por VIH
3. A prestação de cuidados centrados na pessoa que vive com a infeção por VIH
4. A prestação de cuidados em ambulatório a pessoas que vivem com VIH
 - 4.1. Acesso e retenção nos cuidados de saúde
 - 4.2. Avaliação Inicial
 - 4.3. Elaboração do plano de tratamento
 - 4.4. Seguimento e tratamento antirretrovírico do doente ambulatório
 - 4.5. Prevenção de doenças infecciosas
5. A prestação de cuidados mais complexos: comorbilidades e neoplasias
 - 5.1. Doença cardiovascular
 - 5.2. Dislipidémia
 - 5.3. *Diabetes mellitus*
 - 5.4. Doença renal
 - 5.5. Doença óssea
 - 5.6. Doença pulmonar
 - 5.7. Doença neurocognitiva e psiquiátrica
 - 5.8. Doença neoplásica
6. A prestação de cuidados particulares na infeção por VIH
 - 6.1. Saúde sexual, reprodutiva e diminuição do risco de transmissão mãe-filho
 - 6.2. Saúde em idades críticas: adolescente e idoso
 - 6.3. Cuidados paliativos
7. Indicadores-chave de qualidade: monitorização e avaliação

1. PRINCÍPIOS GERAIS

Introdução

Em 2018, 35 anos após a notificação do primeiro caso em Portugal, a infeção por VIH permanece uma ameaça à saúde pública e um desafio de abordagem multidisciplinar, característico de uma doença crónica onde o estigma, a discriminação e alguma desvalorização ainda subsistem. Ao longo deste período, as prioridades no seguimento das pessoas com VIH foram sendo alteradas pela evolução do conhecimento em relação ao vírus, à profilaxia das infeções mais frequentes, à terapêutica antirretrovírica (TARc) e pela relação com as várias patologias e comorbilidades associadas.

Atualmente, o exercício de cooperação efetivo entre os diversos parceiros constitui o maior desafio para ampliar e inovar as estratégias convencionais de abordagem da infeção por VIH: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e outros prestadores de cuidados de saúde, utentes, educadores, urbanistas, sociólogos e engenheiros, entidades privadas, governo e decisores terão de acordar as prioridades e conceber as estratégias para a translação e aplicação correta da evidência científica em prol da saúde pública, em geral, e das metas 90-90-90 em particular.

Por outro lado, a complexidade da abordagem das pessoas infetadas por VIH, por parte das estruturas de saúde intervenientes no seu processo de seguimento obriga a que, de forma uniforme e sistematizada, se definam critérios comuns que permitam, regularmente, avaliar e monitorizar a qualidade das intervenções praticadas. E, se é certo que nenhuma pessoa nem nenhuma população pode ser excluída do acesso aos melhores meios de abordagem desta infeção, também nenhum profissional ou estrutura de saúde, deve deixar de poder aceder à melhor prática existente no seguimento da população que a eles recorre, motivo que fundamenta a elaboração e implementação das presentes recomendações.

Contexto

De acordo com os dados constantes do Relatório “Infeção por VIH e SIDA – Desafios e estratégias 2018” em 2016 existiam em Portugal entre 38095 e 40217 pessoas a viver com infeção por VIH. Destas, 91.7% já estavam diagnosticadas, 86.8% das quais em tratamento com 90.3% apresentando carga vírica indetetável (<200 cópias/ml). Dados apresentados recentemente e referidos a 2017 (embora não publicados), indicam que 92.2% das pessoas infetadas por VIH já estariam diagnosticadas, 90.2% das quais em tratamento e, destas 93% apresentariam carga vírica indetetável, atingindo-se desta forma e nesse ano as metas definidas pela ONUSIDA para 2020.

O Relatório “Infeção por VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017” revela que, nesse ano, foram diagnosticados 1068 novos casos de infeção por VIH, a maioria em homens (72%). A via de transmissão predominante foi a sexual (em 59.9% dos casos heterossexual e em 38.3% em homens que têm sexo com outros homens). No

mesmo relatório refere-se que 28% dos novos diagnósticos ocorreram em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos e 33% em população imigrante.

Relevante é o facto de 51.5% dos novos casos diagnosticados em 2017 corresponderem a diagnósticos tardios (67.8% nas pessoas com mais 50 ou mais anos) e 31.1% a situações de doença avançada.

A área metropolitana de Lisboa apresentou o maior número de novos diagnósticos (494 e 46.4% do total) a que correspondeu uma taxa de novos diagnósticos de 17.4/10⁵ habitantes.

A elaboração do documento “Qualidade nos cuidados de saúde prestados às pessoas com infeção por VIH” teve presente este contexto epidemiológico, tal como os objetivos de curto e médio prazo, definidos pela ONUSIDA, considerando-os como o enquadramento indispensável para a constante melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às pessoas infetadas por VIH. Neste particular, teve-se em particular atenção que:

- O elevado número de novos diagnósticos tardios e em fase de doença avançada significam, para a pessoa infetada por VIH uma menor esperança de vida, maior dificuldade no controlo da infeção e maior risco de morbilidade e mortalidade. Em termos de saúde pública significam maior possibilidade de transmissão e perpetuação da infeção na comunidade.
- A elevada proporção de novos diagnósticos em pessoas com 50 ou mais anos, que se tem vindo a acentuar na última década, traduz a dificuldade de implementação de medidas preventivas e de diagnóstico precoce efetivas neste grupo etário, justificando uma abordagem mais efetiva e diferenciada.
- A manutenção de uma elevada taxa de novos diagnósticos em populações migrantes alerta para a necessidade de adoção de medidas inclusivas mas eficazes de abordagem diagnóstica, referenciação e seguimento.
- A proporção, cada vez maior, de pessoas em seguimento com idade mais avançada, torna central a abordagem das diferentes comorbilidades, associadas normalmente ao envelhecimento. Esta maior proporção deve-se ao conjunto de pessoas que, diagnosticadas anteriormente, se mantêm sob tratamento mas, também, àquelas a quem o diagnóstico é efetuado em idades mais avançadas.
- A maior debilidade que Portugal tem apresentado relativamente ao objetivo do segundo 90, relativamente às metas 90-90-90 definidas pela ONUSIDA para 2020, implica uma particular atenção à qualidade dos modelos de referenciação e ligação aos serviços de saúde e, posteriormente às estratégias de retenção das pessoas infetadas por VIH nesses mesmos serviços

Âmbito, desenvolvimento e estrutura

As recomendações contidas neste documento visam estabelecer os critérios de qualidade no seguimento das pessoas adolescentes e adultas infetadas por VIH nos serviços de saúde, definir quais os critérios de qualidade fundamentais nesse seguimento e os objetivos a alcançar até 2020.

Este documento destina-se:

- 1) a todos profissionais e estruturas de saúde que seguem pessoas infetadas por VIH, devendo ser considerado como um instrumento de monitorização e avaliação da qualidade dos serviços prestados às pessoas infetadas por VIH em seguimento nas respetivas estruturas de saúde;
- 2) às pessoas infetadas por VIH em seguimento nos serviços de saúde, de modo a conhecerem e identificarem o que podem e devem esperar dos serviços de saúde que lhes disponibilizam o seguimento;
- 3) a toda a comunidade onde vivem as pessoas infetadas por VIH, por forma a poder identificar e avaliar a qualidade dos seus serviços de saúde, no seguimento das pessoas infetadas por VIH.

No seu desenvolvimento, o documento:

- 1) Acompanhou o percurso da pessoa infetada por VIH, nas várias estruturas de saúde, desde o diagnóstico até ao período de fim de vida, abrangendo os vários níveis de organização das unidades de saúde.
- 2) Assentou num grupo redator multidisciplinar, o qual recorreu, sempre que necessário, a consultores setoriais para áreas temáticas de maior especificidade técnica, incorporando, igualmente, a perspetiva de pessoas que vivem com a infeção por VIH, através de representantes de organizações de base comunitária (OBC).

No texto foi assumido, igualmente, que:

- 1) Os profissionais e unidades de saúde envolvidas devem ter acesso à melhor informação disponível, ao longo de todo o processo de monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados às pessoas infetadas por VIH.
- 2) O acesso à melhor informação disponível inclui, nomeadamente, a proveniente dos sistemas informáticos de cada unidade de saúde, INFARMED, ACSS, INSA e DGS/SPMS, com particular realce para a informação constante do sistema informático específico de monitorização da infeção por VIH (SIVIDA).

A estrutura do documento assenta:

- 1) num conjunto alargado de indicadores e respetivas metas, devidamente fundamentados, os quais devem ser comuns a todas as unidades de saúde, constituindo a linha de base indispensável para assegurar a qualidade mínima que cada profissional e estrutura de saúde, no seu nível de intervenção, deve assegurar (critérios básicos) e
- 2) num conjunto mais restrito de indicadores e respetivas metas, devidamente fundamentados a adotar por cada profissional e estrutura de saúde, de acordo com a sua realidade específica (critérios avançados).
- 3) no reconhecimento que alguns indicadores acima referidos não dependem exclusivamente da intervenção de cada unidade de saúde, independentemente do seu nível de diferenciação, mas de intervenções a montante dessas estruturas. Competirá a cada unidade de saúde exercer a sua influência junto daquelas estruturas, de modo a que elas contribuam efetivamente para a melhoria desses indicadores.
- 4) no reconhecimento que alguns indicadores e respetivas metas apenas poderão ser avaliados por estruturas regionais e nacionais. Deverá competir a estas estruturas proceder a essa avaliação, promover a melhoria constante desses indicadores e respetivas metas e disponibilizar a informação às unidades de saúde respetivas.
- 5) No reconhecimento que as metas atribuídas aos diversos indicadores tiveram por base o consenso gerado dentro do grupo de trabalho e a literatura já publicada sobre este tema, em particular a proveniente de associações congéneres europeias.

O presente e o futuro: organização, acessibilidade e articulação interinstitucional

Em Portugal, o modelo de assistência às pessoas infetadas por VIH tem assentado, no essencial, na prestação de cuidados em ambiente hospitalar. A instituição de Rede Nacional de Referência Hospitalar para a Infeção por VIH (RNRH VIH) clarificou os critérios, os níveis de atuação e de responsabilidade das várias unidades, bem como o fluxograma de referência entre estas unidades e destas com os Cuidados de Saúde Primários. Estes princípios devem ser respeitados e implementados e, como o documento prevê, sujeitos a atualização periódica.

Contudo, a evolução e dimensão da infeção por VIH e o conhecimento epidemiológico mais aprofundado da realidade nacional também foram acompanhados de um número crescente de intervenientes nas várias etapas do seguimento das pessoas infetadas. Este facto deve motivar a reformulação de competências e nível atividade destes mesmos intervenientes, quer dos que integram o SNS (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados), quer dos que com ele estabelecem parcerias (organizações de base comunitária, setor social). O objetivo deverá ser flexibilizar progressivamente o atendimento nos diferentes níveis de intervenção existentes (prevenção, diagnóstico, referência, seguimento e terapêutica), com uma intervenção mais ativa destes mesmos intervenientes e maior especificidade de intervenção das unidades hospitalares.

Quer isto significar que também as unidades hospitalares que acompanham pessoas que vivem com VIH devem repensar o seu modelo de organização, de modo a responderem à evolução da infeção por VIH como doença crónica e ajustarem o modelo de funcionamento preconizado em relação a estas doenças às especificidades da infeção por VIH.

Dados da literatura sugerem que é possível duplicar a eficiência dos recursos disponíveis em relação ao número de infeções evitadas e ao número de vidas salvas (no cenário português ao número de óbitos precoces evitados), maximizando o princípio “testar-tratar-fidelizar/reter” e adotando modelos de prestação de ações diferenciadas, sustentadas pela evidência e focadas na diversidade e especificidade das comunidades.

Assim, só um bom sistema de referência, de circulação multilateral, de troca de informação e aconselhamento célere, entre estruturas do mesmo nível de intervenção e entre estruturas de nível diferente, permitirá a proximidade ao cidadão e o seu livre e equitativo acesso a cuidados de saúde mais diferenciados e de qualidade, condição chave para o sucesso das intervenções na infeção por VIH.

2. PREVENÇÃO, RASTREIO, DIAGNÓSTICO

2.1 PREVENÇÃO

Apesar de ser possível prevenir a transmissão do VIH, a taxa de novas infeções diagnosticadas em Portugal mantém-se elevada. A abordagem preventiva combinada compreende um conjunto de medidas biomédicas, comportamentais e estruturais adaptadas às populações locais e constitui o único método eficaz de diminuir a disseminação da epidemia. A prevenção da infeção por VIH deve ir para além da prevenção primária das pessoas seronegativas e deve envolver igualmente os indivíduos já portadores de infeção.

Existe um número crescente de medidas de prevenção disponíveis, baseadas em evidência científica, as quais incluem: a utilização de preservativo, o rastreio e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis, a notificação de parceiros, intervenções motivacionais e de suporte, estratégias de redução de danos (ex.: programas de troca de seringas, terapêutica de substituição de opióides, utilização de salas de consumo apoiado) e a utilização da TARc.

Para além da utilização em profilaxia pós-exposição (PPE), a utilização de terapêutica antirretrovírica como meio de redução da aquisição/transmissão do VIH tem assumido um papel de maior destaque nos últimos anos, nomeadamente sob a forma de tratamento como prevenção (TasP) e de profilaxia pré-exposição (PrEP).

Ambas se encontram devidamente fundamentadas em evidência científica robusta, tendo sido adotadas por consensos e recomendações internacionais e nacionais, antes ou após potencial exposição de risco, sendo altamente eficazes na prevenção da transmissão da infeção por VIH.

A comunidade científica, as organizações comunitárias e de doentes e as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem trabalhar conjuntamente para desenhar programas globais de prevenção, de modo a porem em prática toda as medidas disponíveis para a melhoria da saúde pública.

Definição de critérios de qualidade

- a) As pessoas com elevado risco de adquirirem a infeção por VIH e aqueles que vivem com VIH devem estar conscientes das intervenções que demonstraram redução do risco de transmissão, incluindo os seus riscos e benefícios.
- b) A avaliação do risco de transmissão de infeção deve ser efetuada na altura do diagnóstico e nas visitas de seguimento. Aqueles que na avaliação forem identificados como em risco elevado de transmissão devem ser incluídos em programa de redução de risco.
- c) Os serviços devem promover a utilização do preservativo como estratégia de sexo seguro e assegurar a sua disponibilidade. Devem ainda reforçar o papel das infeções sexualmente transmissíveis (IST) na aquisição e transmissão da infeção por VIH.
- d) As pessoas que vivem com VIH (PVVIH) devem ser informadas que, de acordo com a atual evidência científica, quem se encontra sob TARc e atinge e mantém carga viral indetetável durante pelo menos 6 meses não transmite a infeção aos seus parceiros sexuais (indetetável=intransmissível).
- e) A profilaxia pós-exposição (PPE) deve ser considerada em todos as pessoas VIH negativas de modo individualizado e segundo orientações nacionais e/ou internacionais devidamente atualizadas.
- f) A profilaxia pré-exposição (PrEP) deve ser oferecida como parte integrante de um programa abrangente de prevenção da infeção por VIH e IST, baseado em recomendações ou normas nacionais e/ou internacionais atualizadas, devidamente adaptadas às circunstâncias individuais.

- g) A profilaxia pré-exposição deve adotar uma metodologia de implementação de fácil acesso e de execução e avaliação simples.
- h) A implementação da profilaxia pré-exposição deve envolver os diferentes intervenientes e níveis de prestação de cuidados de saúde.

Indicadores e metas

1. *Proporção de pessoas que contactaram unidades de saúde às quais foi disponibilizada informação sobre a transmissão da infeção por VIH e opções de prevenção (meta: 90%).*
2. *Proporção de pessoas que foi sensibilizada para a utilização do preservativo, como estratégia de sexo seguro e à qual foi assegurada a sua disponibilização (meta: 90%).*
3. *Proporção de pessoas que foi exposta a risco elevado de transmissão de VIH e que foi submetida a PPE, quando indicado.*
4. *Proporção de pessoas que foi identificada como tendo risco elevado de aquisição de infeção por VIH e que foi orientada para consulta de profilaxia pré-exposição.*
5. *Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, com elevada adesão à TARc e carga viral indetetável há pelo menos 6 meses que foi informada sobre a não transmissão da infeção por VIH aos seus parceiros sexuais (meta: 90%).*
6. *Proporção de unidades de saúde que seguem pessoas infetadas por VIH e estabeleceram protocolos de articulação com organizações de base comunitária, abrangendo qualquer uma das seguintes áreas de intervenção: prevenção, rastreio, diagnóstico, acessibilidade, adesão ao seguimento clínico e tratamento, cuidados continuados ou paliativos (meta: 70%).*

2.2 RASTREIO E DIAGNÓSTICO

O rastreio e o diagnóstico da infeção por VIH são essenciais para uma resposta global e, em particular em Portugal, à epidemia por VIH.

Apesar da aposta no diagnóstico precoce da infeção por VIH, promovendo o acesso ao teste rápido de rastreio desta infeção em diferentes contextos, com vista à identificação precoce dos casos e a quebra do ciclo de transmissão, o número de diagnósticos tardios que, em 2014, se situava próximo da média europeia, voltou a divergir nos últimos anos, registando valores acima de 50% e reforçando a necessidade de uma análise mais profunda e a adoção, monitorização e avaliação de medidas diferenciadas.

Face ao quadro epidemiológico acima descrito, é ainda natural que novas medidas devam ser adotadas para inverter a tendência atual que, a manter-se, pode comprometer o esforço para assegurar de forma sustentada as metas para 2020 mas, sobretudo, alcançar as próximas metas para 2030.

Definição de critérios de qualidade

Constituem critérios de qualidade no rastreio e diagnóstico da infeção por VIH:

- a) O rastreio laboratorial da infeção por vírus da imunodeficiência humana deve ser disponibilizado, no mínimo, de acordo com as disposições gerais constantes das recomendações ou normas nacionais e/ou internacionais.
- b) Atendendo ao quadro epidemiológico acima descrito, o rastreio laboratorial da infeção por vírus da imunodeficiência humana deve ainda ser disponibilizado:

- A todas as pessoas com idade superior a 16 anos pelo menos uma vez na vida e repetido se existir exposição de risco.
 - A todas as pessoas com idade superior a 16 anos que recorram a unidades de cuidados de saúde primários na sua avaliação inicial e, posteriormente, no caso de não o terem efetuado no ano anterior, se residirem em áreas com prevalência de infeção por VIH igual ou superior a 0.2%.
 - A todas as pessoas com idade superior a 16 anos, que recorrem a unidades de saúde hospitalares (incluindo serviços de urgência), se residirem em áreas com prevalência de infeção por VIH igual ou superior a 0.2%.
- c) Na disponibilização do teste laboratorial para rastreio da infeção por VIH, o utente ou o seu representante legal deve ser informado e esclarecido sobre o teste a realizar, incluindo a explicação sobre a infeção por VIH, o significado e consequências de um teste positivo ou negativo e o esclarecimento das suas questões ou dúvidas.
 - d) A metodologia referida no número anterior deve, igualmente, ser aplicada à realização dos testes rápidos em farmácias comunitárias, laboratórios de patologia clínica ou de análises clínicas.
 - e) Nas unidades de saúde em que, após a informação e esclarecimento acima referidos, se verifique a recusa do utente na realização do teste para rastreio da infeção por VIH (*opt-out strategy*), esta recusa deve ser registada no processo clínico.
 - f) No diagnóstico laboratorial inicial da infeção por VIH, estão indicados os testes serológicos de 4ª geração.
 - g) O utente portador de teste laboratorial positivo para a infeção por VIH deve ser referenciado a consulta hospitalar da RNHR VIH, a efetivar no prazo máximo de sete dias.
 - h) O utente portador de teste rápido reativo para a infeção por VIH deve ser referenciado a consulta hospitalar da RNHR VIH, a efetivar no prazo máximo de sete dias.
 - i) O utente com o diagnóstico de infeção por VIH, nomeadamente se apresentar um diagnóstico tardio, deve ser avaliado no sentido de perceber se existiu um contacto prévio com as instituições de saúde, passível de motivar a realização de teste de rastreio para VIH.

Indicadores e metas

1. *Proporção de pessoas com seguimento em unidade de saúde, com mais de 16 anos e com residência em área com prevalência igual ou superior a 0.2% que efetuou o rastreio laboratorial para a infeção por VIH (meta: 75%).*
2. *Proporção de indivíduos com diagnóstico tardio de infeção por VIH no último ano que apresentam identificação e registo de eventuais contactos prévios com os serviços de saúde passíveis de rastreio da infeção, de acordo com os critérios antes definidos (meta: 95%).*
3. *Proporção de indivíduos que estiveram expostos ao VIH através de contacto com pessoa recentemente diagnosticada com VIH e a quem foi proposto teste nos 3 meses seguintes (meta: 95%).*
4. *Proporção de pessoas com diagnóstico inicial de infeção por VIH com critérios de diagnóstico tardio, após exclusão dos casos de infeção primária (meta: <30%).*
5. *Proporção de pessoas com diagnóstico inicial de infeção por VIH com critérios de doença avançada, após exclusão dos casos de infeção primária (meta: <15%).*
6. *Proporção de pessoas com o diagnóstico ou teste reativo para infeção por VIH referenciadas para um serviço de saúde integrado na RNHR VIH num prazo máximo de 7 dias (meta: 90%).*

3. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA QUE VIVE COM VIH

Desde o início da epidemia que as pessoas que vivem com VIH (PVVIH) têm estado na dianteira dos processos de tomada de decisão, tanto no âmbito político, como clínico e psicossocial. A inclusão das PVVIH nos processos de tomada de decisão da sua doença, permite um aumento da literacia em saúde dos visados, bem como uma participação cívica mais ativa, contribuindo para melhores indicadores em saúde. O sentimento de implicação permite, igualmente, melhores indicadores em termos de adesão longitudinal.

A prestação de cuidados à pessoa que vive com infeção por VIH deverá ser um processo dialógico onde as PVVIH deverão ser incluídas desde o início e em todas as etapas do processo.

Critérios de qualidade

Na prestação de cuidados de saúde centrados nas pessoas que vivem com a infeção por VIH, constituem critérios de qualidade:

- a) O estabelecimento de uma aliança baseada na escuta ativa, linguagem não discriminatória e julgadora, que permita o diálogo franco e aberto sobre todas as questões das PVVIH.
- b) O respeito pelas crenças e valores das PVVIH com especial incidência na saúde.
- c) O respeito pela privacidade e confidencialidade dos dados das PVVIH.
- d) Permitir o diálogo aberto sobre o diagnóstico, estado clínico, tratamento e prognóstico, bem como de outros tratamentos.
- e) Potenciar as oportunidades e capacidades de processos de tomada de decisão em saúde das PVVIH.
- f) Respeitar a decisão das PVVIH sobre a sua saúde, incluindo a recusa de início de tratamento, após esclarecimento acerca das implicações e responsabilidade da decisão.
- g) Encorajar o envolvimento das PVVIH na organização dos serviços que lhes são prestados.
- h) Garantir e sugerir o encaminhamento para organizações e/ou profissionais de saúde ou da ação social especializados.
- i) Respeitar, nas decisões conjuntas, as normas e recomendações nacionais e internacionais, bem como os códigos deontológicos existentes.
- j) Ter em consideração, nas informações disponibilizadas nos serviços e em consulta, o grau de literacia, idade, e outros fatores socioculturais, as quais devem ser disponibilizadas em vários tipos de suportes.
- k) A avaliação da satisfação das PVVIH, a qual deverá ocorrer uma vez por ano (mínimo) e contemplar, pelo menos, as seguintes áreas: relação com o profissional de saúde, cuidados de saúde prestados e tratamento.
- l) Criação de um sistema de referência e seguimento entre clínicos, ajustado às necessidades da PVVIH e assente em procedimentos pré-estabelecidos: *person-centred care pathways*. (vias para a prestação de cuidados centrados na PVVIH)

Indicadores e metas

Os indicadores infra deverão ser aferidos de acordo com a liberdade e desejo de cada paciente. A extensão da concretização dos mesmos deverá estar subjacente aos critérios clínicos e ao melhor conhecimento científico atual:

1. *Proporção de PVVIH esclarecidas e informadas por escrito ou verbalmente, da sua situação clínica e do medicamento que estão ou vão realizar, incluindo: informação sobre carga vírica e contagem de linfócitos T CD4+ e a sua importância, como funciona a TARV, a importância da adesão e os riscos e benefícios do tratamento, bem como efeitos secundários e como é que os mesmos serão geridos (meta: 90%).*
2. *Proporção de PVVIH envolvidas na decisão sobre os seus cuidados de saúde incluindo a medicação, se o desejarem (meta: 90%).*

3. *Proporção de PVVIH satisfeitas com as decisões sobre o seu tratamento (meta: 90%).*
4. *Proporção de PVVIH satisfeitas com a relação entre profissional de saúde-PVVIH (meta: 90%).*
5. *Proporção de PVVIH satisfeitas com os serviços prestados pela unidade de saúde (meta: 90%).*

EM DISCUSSÃO PÚBLICA

4. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM AMBULATÓRIO A PESSOAS QUE VIVEM COM VIH

4.1 ACESSO E RETENÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE

Um dos objetivos da ONUSIDA para 2020 é o tratamento antirretrovírico de 90% das pessoas com diagnóstico de infeção por VIH. Este objetivo pressupõe que pelo menos 90% das pessoas diagnosticadas se mantenham em seguimento regular nos cuidados de saúde, pelo que devem ser criadas todas as condições para assegurar, de forma sustentada, essa ligação.

Definição de critérios de qualidade

Constituem critérios de qualidade no acesso e retenção nas unidades de saúde:

- a) O acesso e seguimento por equipa diferenciada na área da infeção por VIH, em unidades de saúde constantes da RHNR VIH.
- b) O intervalo de tempo entre o diagnóstico (ou o provável diagnóstico) e a primeira consulta.
- c) A aplicação do princípio de liberdade de escolha da unidade de saúde onde o utente pretende ser acompanhado clinicamente.
- d) A identificação das pessoas que não apresentam adesão ao seguimento, incluindo a caracterização dos potenciais fatores de não adesão.
- e) A capacidade de remarcação de consultas em tempo útil.
- f) A existência de uma estrutura organizativa que assuma as funções de atendimento não programado.
- g) A capacidade de elaboração de procedimentos de transferência clínica dos utentes, incluindo a disponibilização de medicação até à avaliação no novo centro.

Indicadores e metas

1. *Proporção de pessoas que são seguidas por equipas multidisciplinares diferenciadas na área da infeção por VIH, integrando a RHNR VIH (meta: 100%)*
2. *Proporção de pessoas com diagnóstico de infeção por VIH ou com teste reativo para VIH que acedem a uma primeira consulta de especialidade em sete dias úteis (meta: >90%).*
3. *Proporção de pessoas com diagnóstico de infeção por VIH em seguimento na unidade de saúde onde pretendeu ser acompanhado clinicamente (meta: >95%).*
4. *Proporção de pessoas com diagnóstico “de novo” de infeção por VIH (que não faleceram e não foram transferidos) que continuam ligados aos cuidados de saúde um ano depois do diagnóstico (meta: >90%).*
5. *Proporção de pessoas com diagnóstico de infeção por VIH (que não faleceram e não foram transferidos) que, relativamente ao ano anterior, foram observadas em consulta pelo menos uma vez nos últimos doze meses (meta: >90%).*
6. *Proporção de pessoas com infeção por VIH (que não faleceram e não foram transferidos) que não recorreram à consulta nos últimos 12 meses e em que foi documentada tentativa de retenção nos cuidados de saúde (meta: 95%).*
7. *Proporção de pessoas que, após solicitação, obtêm relatório clínico num prazo de 10 dias (meta: 85%).*
8. *Proporção de pessoas a quem, após solicitação de transferência, é disponibilizada medicação antirretrovírica até à observação na entidade hospitalar para onde se efetuou a transferência (meta: 95%)*

4.2 AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação, na primeira consulta, das pessoas com infeção por VIH deve ser feita segundo as normas de orientação clínica e as recomendações terapêuticas nacionais e internacionais, de forma a alcançar um melhor seguimento da infeção por VIH e o diagnóstico precoce de outras doenças.

Definição de critérios de qualidade

Na avaliação inicial das pessoas infetadas por VIH, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade:

- a) As pessoas que vivem com VIH devem ser atendidas em locais com estrutura que garanta a privacidade e confidencialidade.
- b) Os hospitais devem proporcionar fácil acesso a uma equipa multidisciplinar, com pessoal especializado (ex.: enfermagem, farmácia, nutrição, saúde mental).
- c) Da avaliação inicial deve constar história clínica completa, incluindo história familiar e de consumos, comorbilidades passadas e presentes, medicação habitual, história de vacinação.
- d) Deve ser realizada uma avaliação psicossocial, incluindo o estilo de vida (dieta e prática de exercício físico).
- e) Deve ser efetuada avaliação de saúde sexual e reprodutiva e avaliação serológica dos parceiros sexuais, quando possível.
- f) Deve ser efectuado um exame físico completo (inclui mas não se restringe a: medição da pressão arterial, peso e cálculo do índice de massa corporal).
- g) A avaliação inicial deve incluir a realização de meios complementares de diagnóstico, de acordo com o preconizado nas recomendações ou normas nacionais e/ou internacionais, devidamente atualizadas.

Indicadores e metas

1. *Proporção de pessoas com diagnóstico de novo com observação clínica documentada na fase de avaliação inicial (objetivo: 100%)*
2. *Proporção de pessoas com diagnóstico de novo de infeção por VIH que têm disponível o valor de linfócitos T CD4+, carga vírica, teste genotípico e HLA B* 5701 no primeiro mês após o diagnóstico (objetivo: 90%).*
3. *Proporção de pessoas a quem foi solicitado na avaliação clínica inicial os exames complementares de diagnóstico previstos nas recomendações ou normas nacionais (objetivo: 100%)*

4.3 ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO

O tratamento antirretrovírico deve ser prescrito de forma individualizada considerando as comorbilidades e o estilo de vida de cada pessoa, de acordo com recomendações e normas nacionais ou internacionais (nomeadamente as europeias), sempre que disponíveis.

Definição de critérios de qualidade

Na elaboração do plano de tratamento das pessoas infetadas por VIH, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade:

- a) O tratamento antirretrovírico deve ser prescrito nas unidades de saúde integrantes da Rede de Referência Hospitalar Nacional para a Infecção por VIH, por clínicos com experiência no seguimento e tratamento da infecção por VIH.
- b) O tratamento antirretrovírico deve ser prescrito de acordo com recomendações e normas nacionais ou internacionais e a evidência científica existente no momento.
- c) A prescrição de um esquema de tratamento deve ter em consideração os testes de resistência disponíveis, os esquemas de tratamento prévios e os motivos de mudança destes esquemas.
- d) A prescrição de um esquema de tratamento deve ter em consideração as potenciais interações com a medicação habitual ou com eventuais substâncias utilizadas (ex.: drogas recreacionais, suplementos alimentares/vitamínicos) com eventual avaliação específica para reconciliação terapêutica.
- e) As pessoas com diagnóstico novo de infecção por VIH devem ser informadas do valor de linfócitos T CD4+ e eventual indicação para profilaxia de infeções oportunistas, sempre que indicado e assim que a informação esteja disponível.
- f) As pessoas infetadas por VIH e outros profissionais de saúde devem ter acesso fácil à unidade de saúde sempre que for necessária a avaliação de eventuais interações medicamentosas.
- g) As pessoas que vivem com VIH devem ser informadas da posologia correta dos antirretrovíricos integrantes do seu esquema de tratamento, dos efeitos secundários mais frequentes da terapêutica, assim como das estratégias para os minimizar.
- h) As unidades de saúde constantes da RNHR VIH devem implementar estratégias de monitorização e promoção de adesão ao seguimento e tratamento das pessoas infetadas por VIH segundo as recomendações nacionais e/ou internacionais.
- i) Em situações de alteração do esquema terapêutico, a pessoa infetada por VIH deve ser informada dos motivos da mudança e a justificação devidamente registada e acessível aos profissionais de saúde implicados no seu seguimento e tratamento.

Indicadores e metas

1. *Proporção de pessoas que iniciaram tratamento antirretrovírico de acordo com as recomendações e normas nacionais ou internacionais e a evidência científica existente no momento (meta: 95%)*
2. *Proporção de pessoas com registo de avaliação da adesão ao tratamento nos três primeiros meses após o seu início e, pelo menos, uma vez por ano, posteriormente (meta: 90%).*
3. *Proporção de pessoas que iniciam terapêutica antirretrovírica no primeiro mês após a avaliação inicial (meta: 90%)*

4.4 SEGUIMENTO E TRATAMENTO ANTIRRETROVÍRICO DO DOENTE AMBULATÓRIO

O seguimento em ambulatório das pessoas infetadas por VIH deve ser efectuado seguindo as recomendações nacionais e as normas de orientação clínica. A infecção por VIH associa-se a algumas doenças (cardiovasculares, metabólicas, renais, neoplásicas), pelo que o rastreio destas doenças deve estar incluído no seguimento das pessoas que vivem com VIH. Este acompanhamento é facilitado pelo trabalho em equipa multidisciplinar.

Definição de critérios de qualidade

No seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade:

- a) Todas as consultas devem ser ocasiões para monitorizar a evolução da infeção, avaliar e promover hábitos de vida saudáveis e a adesão ao tratamento.
- b) Em todas as consultas devem ser avaliadas as comorbilidades e terapêutica concomitante.
- c) A adesão ao plano terapêutico deve ser avaliada em cada consulta.
- d) As pessoas com infeção por VIH devem ter a possibilidade de acesso rápido e diferenciado aos cuidados de saúde, para tratamento adequado das comorbilidades ou dos efeitos adversos do tratamento.
- e) As pessoas com infeção por VIH devem poder aceder ao levantamento da medicação antirretrovírica nos termos definidos na legislação vigente.
- f) A metodologia de avaliação deve ser efetuada com a seguinte periodicidade:
 - A segunda avaliação clínica deve ser realizada entre 4 a 8 semanas após a primeira.
 - Durante o primeiro ano devem ser efetuadas pelo menos 3 a 4 avaliações.
- g) A avaliação laboratorial deve incluir a realização de meios complementares de diagnóstico de acordo com o preconizado em recomendações e normas nacionais ou internacionais, devidamente atualizadas.
- h) As pessoas em tratamento antirretrovírico devem apresentar carga vírica indetetável, de acordo com o limiar de detetabilidade em utilização na unidade de saúde, 24 semanas após o início do tratamento.
- i) As pessoas em tratamento antirretrovírico devem, na última determinação de cada ano, apresentar carga vírica indetetável, de acordo com os critérios definidos pela ONUSIDA para 2020 e 2030.
- g) Nas pessoas sob tratamento antirretrovírico e clinicamente estáveis, o risco de ocorrência de comorbilidades deve ser avaliado de acordo com as indicações constantes nas respetivas secções.
- h) O rastreio oncológico deve ser efetuado de acordo com os seguintes critérios:
 - Mamografia a cada 1-3 anos nas mulheres entre 50 e 70 anos de idade;
 - Citologia cervicovaginal a cada 1-3 anos nas mulheres acima dos 21 anos de idade ou no primeiro ano após o início da atividade sexual e pesquisa de HPV;
 - Exame rectal e anoscopia a cada 1-3 anos nos homens que têm sexo com homens (e pesquisa de HPV) e nas pessoas com displasia associada ao vírus do papiloma humano;

Indicadores e metas

1. *Proporção de pessoas em seguimento com registo de avaliação da medicação concomitante nos últimos quinze meses (meta: 90%).*
2. *Proporção de pessoas em tratamento que apresentam carga vírica detetável 24 semanas após o início do tratamento (meta: < 10%)*
3. *Proporção de pessoas em tratamento que, no final de cada ano, apresentam carga vírica <200 cópias/mL (meta: 95%)*
4. *Proporção de pessoas em tratamento que, no final de cada ano, apresentam carga vírica <40 cópias/mL (meta: 90%)*

4.5. PREVENÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

As pessoas infetadas por VIH encontram-se em maior risco de apresentar ou desenvolver coinfeções como: tuberculose (ativa ou latente), hepatite A, hepatite B, hepatite C, *Streptococcus pneumoniae*, vírus da *Influenza*, sarampo, varicela, rubéola, vírus citomegálico (CMV), *Pneumocystis jirovecii*, *Toxoplasma gondii*, *Cryptococcus neoformans*.

Todos os indivíduos provenientes de áreas endêmicas de determinadas doenças infecciosas devem ser avaliados para a presença dessas infecções (como por exemplo a leishmaniose ou schistosomíase).

Definição de critérios de qualidade

- a) O rastreio da tuberculose latente (TBL) é recomendado em todos os indivíduos infetados por VIH, aquando da avaliação inicial, através da realização de um teste de tuberculina (intradermo reação de Mantoux) ou teste de interferão gama (Interferon Gama Release Assay - IGRA), de acordo com as recomendações internacionais.
- b) Às pessoas que, nas condições acima referidas, apresentem Mantoux ou IGRA positivo, após exclusão de TB doença, deve ser instituído tratamento da TB latente.
- c) O rastreio da infeção pelo vírus da Hepatite B (VHB) e vírus da Hepatite C (VHC) é recomendado em todos os indivíduos infetados por VIH, aquando da avaliação inicial, através da realização de serologia (AgHBs, Ag ou AcVHC) e quantificação do DNA/RNA dos respetivos vírus, em caso de serologia positiva.
- d) A vacinação contra o vírus da hepatite A (VHA) é recomendada em todos as pessoas não imunes infetados por VIH, respeitando as contra-indicações da utilização desta vacina.
- e) A vacinação contra o vírus da hepatite B (VHB) é recomendada em todos os indivíduos não imunes infetados por VIH, com linfócitos T CD4++ acima de 200/mm³, respeitando as contra-indicações da utilização desta vacina.
- f) A vacinação contra o pneumococo é recomendada em todos os indivíduos infetados por VIH, respeitando as contra-indicações da utilização desta vacina.
- g) A profilaxia primária para *P. jirovecii* é recomendada em indivíduos com infeção por VIH e com linfócitos T CD4+ <200/mm³ e para *T. gondii* naqueles com serologia positiva para toxoplasmose, com linfócitos T CD4+ <100/mm³.
- h) A profilaxia primária da infeção por MAC deve ser considerada nas pessoas com infeção por VIH, com linfócitos T CD4+ <50/mm³, de acordo com as recomendações internacionais
- i) A vacinação contra a gripe (vírus *Influenza*) é recomendada anualmente, em todos os indivíduos infetados por VIH, respeitando as contra-indicações da utilização desta vacina.
- j) Devem ser realizadas serologias de sarampo, varicela e rubéola e oferecida vacinação quando indicado, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais, respeitando as contra-indicações da utilização dessas vacinas.
- k) Deve ser realizado rastreio de infeção por vírus do papiloma humano (HPV) e oferecida vacinação quando indicado, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais, respeitando as contra-indicações da utilização desta vacina.

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico a quem foi efetuado o rastreio de tuberculose latente (meta 90%).*
2. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico a quem foi efetuado o rastreio de infeção pelo VHB e VHC (meta 90%).*
3. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado tratamento da TBL, de acordo com as orientações nacionais atualizadas (meta: 85%).*
4. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado vacinação contra hepatite A (meta 85%).*
5. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado vacinação contra hepatite B (meta 85%).*
6. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado vacinação contra infeções pneumocócicas (meta 85%).*

7. *Proporção de pessoas infectadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuada profilaxia primária da pneumocistose e toxoplasmose, de acordo com as recomendações internacionais existentes (meta 100%).*
8. *Proporção de pessoas infectadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuada vacinação contra a gripe, no último ano (meta 80%).*
9. *Proporção de pessoas infectadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuada vacinação contra o HPV, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais (meta 50%).*

EM DISCUSSÃO PÚBLICA

5. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS MAIS COMPLEXOS: COMORBILIDADES E NEOPLASIAS

Os processos de imunotivação e inflamação crónica, o envelhecimento da população infetada por VIH, fatores de risco comportamentais (ex.: dietas hipercalóricas, uso de tabaco e de drogas ilícitas) e a toxicidade da própria TARc estão associadas a um aumento do risco de desenvolvimento de comorbilidades não infecciosas, como as doenças cardiovasculares (incluindo a hipertensão arterial), *diabetes mellitus* (DM), dislipidémia, doença renal e óssea.

Assim, é necessária uma avaliação periódica adequada dirigida a estas patologias, de modo a possibilitar o seu diagnóstico precoce e a tomada de medidas que impeçam o seu desenvolvimento ou progressão, como a educação do doente, promoção de estilos de vida saudáveis, controlo de fatores metabólicos (incluindo a instituição de profilaxias primárias) e ajuste ou alteração da TARc.

Sempre que indicado, a abordagem dos doentes com comorbilidades mais complexas deve incluir a referência ou avaliação em consulta da respetiva especialidade ou subespecialidade.

5.1. DOENÇA CARDIOVASCULAR

As taxas de enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão pulmonar, são significativamente mais altas em pessoas infetadas por VIH, mesmo naquelas em supressão virológica. A prevalência de cardiopatia hipertensiva é também superior nesta população.

Definição de critérios de qualidade

Relativamente à doença cardiovascular, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade no seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH:

- a) Em indivíduos com infeção por VIH, deve ser feita uma avaliação dos fatores de risco cardiovascular quando da avaliação inicial e, posteriormente, consoante o risco calculado, de acordo com as recomendações internacionais.
- b) Recomenda-se que o risco cardiovascular seja avaliado com recurso a qualquer uma das escalas de avaliação validadas atualmente.
- c) O diagnóstico de hipertensão arterial deve ser feito com base nas recomendações nacionais e internacionais.

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico que apresentam registo da avaliação dos fatores de risco cardiovascular na avaliação inicial e, posteriormente, consoante o risco calculado (meta: 70%).*
2. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico que apresentam registo de realização de ECG na avaliação inicial e, posteriormente, consoante indicação (meta 80%).*
3. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica que apresentam registo de tratamento ou referência para consulta de especialidade, se diagnóstico de doença cardiovascular (meta: 80%).*

5.2. DIABETES MELLITUS

Além do envelhecimento, da obesidade e fatores genéticos, comuns à população geral, alguns fatores de risco são mais frequentes nas pessoas infetadas por VIH, como a infeção pelo VHC, uso de determinados fármacos (como antipsicóticos atípicos ou corticosteróides), consumo de opiáceos e baixos níveis de testosterona. Além disso, a lipodistrofia (lipoatrofia e lipohipertrofia), o aumento do índice de massa corporal, a insulinoresistência, a inflamação sistémica e a toxicidade mitocondrial associada à TARc são fatores de risco adicionais.

Definição de critérios de qualidade

Relativamente à diabetes *mellitus* (DM), devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade no seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH:

- a) Em indivíduos com infeção por VIH, deve ser feita uma avaliação da glicémia em jejum quando da avaliação inicial e, posteriormente, consoante a idade e o risco calculado.
- b) O diagnóstico de DM deve ser feito com base nas recomendações nacionais e internacionais (usando como critérios a glicémia em jejum, HbA1c e/ou prova de tolerância à glicose oral)
- c) Em indivíduos com infeção por VIH, deve ser feito registo da história médica (pessoal e familiar) e medicamentosa de DM.
- d) Os indivíduos com infeção por VIH e diagnóstico de DM devem ter um seguimento semelhante à população geral, tendo em atenção as possíveis interações entre a TARc e a terapêutica da DM.

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico que apresentam registo de glicémia em jejum na avaliação inicial e, posteriormente, consoante o risco calculado (meta: 100%)*
2. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico com diagnóstico de diabetes mellitus, que apresentam registo de tratamento ou referência para consulta de especialidade (meta: 80%).*

5.3. DISLIPIDÉMIA

A dislipidémia associada à infeção por VIH e à terapêutica antirretrovírica (sobretudo com inibidores da protease do VIH - IP) inclui elevações nos triglicéridos, redução do colesterol de alta densidade (HDL) e aumentos variáveis no colesterol total e de baixa densidade (LDL).

Definição de critérios de qualidade

Relativamente à dislipidémia, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade no seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH:

- a) Em indivíduos com infeção por VIH, deve ser feita uma avaliação do perfil lipídico (colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL e triglicéridos) aquando da avaliação inicial e, posteriormente, consoante a idade e o risco calculado.
- b) O diagnóstico de dislipidémia deve ser feito com base nas recomendações nacionais e internacionais.
- c) Em indivíduos com infeção por VIH, deve ser feito registo da história médica (pessoal e familiar) e medicamentosa de dislipidémia.

- d) Os indivíduos com infeção por VIH e diagnóstico de dislipidémia devem ter um seguimento semelhante à população em geral, tendo em atenção as possíveis interações entre a TARc e a terapêutica da dislipidémia.

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico que apresentam registo de avaliação do perfil lipídico na avaliação inicial e, posteriormente, consoante o risco calculado (meta: 100%)*
2. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico, com o diagnóstico de dislipidémia e com indicação clínica que apresentam registo de tratamento ou referência para consulta de especialidade (meta: 80%).*

5.4. DOENÇA RENAL

A avaliação periódica da função renal em indivíduos infetados por VIH permite o diagnóstico precoce da doença renal crónica (DRC), possibilitando a tomada de medidas que impeçam a sua progressão, como a educação do doente, controlo de fatores metabólicos e ajuste ou alteração de terapêutica potencialmente nefrotóxica (em particular a terapêutica antirretrovírica).

A avaliação da função renal não deve basear-se apenas na creatinina plasmática, uma vez que esta pode não refletir alterações da filtração glomerular, pelo que deve ser calculada a taxa de filtração glomerular (TFG) usando a fórmula de Cockcroft-Gault ou Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). A DRC, numa fase inicial, pode não cursar com diminuição da TFG, pelo que é também recomendada uma avaliação da proteinúria e glicosúria (através de um teste rápido de tira ou exame sumário de urina).

Definição de critérios de qualidade

Relativamente à doença renal, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade no seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH:

- a) Em indivíduos com infeção por VIH, a função renal deve ser avaliada pelo menos anualmente, de acordo com as recomendações nacionais e/ou internacionais, através de:
 - Avaliação da creatinina e fósforo plasmáticos
 - Cálculo da TFG usando a fórmula de Cockcroft-Gault ou CKD-EPI
 - Avaliação de proteinúria, creatinínúria e glicosúria
- b) Esta avaliação deverá ser realizada em todos os doentes, com exceção daqueles já seguidos em consulta de Nefrologia ou daqueles com doença renal crónica em diálise.

Indicadores e metas:

1. *Doentes com pelo menos uma avaliação anual de creatinina ou TFG ou exame sumário de urina ou relação proteinúria/creatinínúria (meta: 90%).*
2. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico, com o diagnóstico de doença renal e com indicação clínica que apresentam registo de tratamento ou referência para consulta de especialidade (meta: 80%).*

5.5. DOENÇA ÓSSEA

Os indivíduos infetados por VIH têm maior risco de desenvolver défice de vitamina D e redução da densidade mineral óssea (DMO), devido não só aos fatores de risco tradicionais (como o tabagismo ou uso de corticoesteróides), mas também à TARc, à elevada carga viral ou baixa contagem de linfócitos T CD4+, à inflamação crónica e à coinfeção por VHB ou VHC.

A doença óssea na infeção por VIH é caracterizada por uma alta taxa de renovação óssea, evidenciada pela elevação dos marcadores de formação e reabsorção óssea

O principal objetivo em adultos saudáveis é evitar que a perda óssea ocorra prematuramente e diminuir o risco de fratura em idades mais avançadas.

Definição de critérios de qualidade

Relativamente à doença óssea, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade no seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH:

- a) Em indivíduos com infeção por VIH deve ser feita uma avaliação e registo da história de fratura por fragilidade, uso de corticóides, risco de queda (em todas as idades) e história nutricional relativa à dose diária ingerida de cálcio e vitamina D, aquando da avaliação inicial e posteriormente, consoante a idade e risco identificado.
- b) A avaliação do risco de fractura (FRAX®), da densidade mineral óssea (por DXA) e dos níveis séricos de 25 (OH) vitamina D, deve ser feita de acordo com as recomendações da European AIDS Clinical Society (EACS).

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico que apresentam registo de pelo menos uma avaliação anual do risco de doença óssea (meta: 90%).*
2. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico e com indicação, de acordo com os critérios da EACS, que apresentam registo de realização de DXA e doseamento sérico de 25 (OH) vitamina D (meta: 80%).*
3. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica que apresentam registo de tratamento ou referenciação para consulta de especialidade, se diagnóstico de doença óssea (osteoporose, osteomalácia, osteonecrose) (meta: 80%).*

5.6. DOENÇA PULMONAR

As pessoas que vivem com VIH e têm hábitos tabágicos ativos devem ser alertadas para os importantes ganhos em saúde da cessação tabágica que incluem a redução do risco das doenças relacionadas com o fumo, redução da progressão das doenças relacionadas com o tabaco e o aumento da esperança média de vida em 10 anos.

Vários estudos sugerem que o diagnóstico de DPOC é cerca de 50% mais prevalente nas PVVIH do que na população em geral e este tem impacto importante nas alterações da função pulmonar.

A infeção por VIH é um fator de risco independente na patogénese da DPOC, hipertensão arterial pulmonar (HTP) e cancro do pulmão.

O cancro do pulmão apresenta uma frequência 3 vezes superior nas pessoas infetadas por VIH, relativamente às pessoas não infetadas, sendo a principal causa de morte entre as neoplasias não definidoras de SIDA naquela população na era da TARc.

O diagnóstico é feito mais frequentemente em idades mais jovens com estádios de apresentação mais avançados e evolução clínica mais agressiva.

Definição de critérios de qualidade

Relativamente à doença pulmonar, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade no seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH:

- a) O rastreio das doenças pulmonares crónicas está recomendado na avaliação inicial de todas as pessoas infetadas por VIH, incluindo a avaliação dos seus hábitos tabágicos.
- b) O estudo funcional respiratório deverá ser efetuado por todas as pessoas infetadas que apresentem hábitos tabágicos ativos ou progressos e/ou sintomas respiratórios e incluir o estudo de mecânica respiratória e a difusão de CO.
- c) Em caso de alteração funcional respiratória com FEV1/FVC >0.70 com volumes pulmonares ou difusão de CO alterados, considerar a tomografia computadorizada de alta resolução para diagnóstico de outras doenças pulmonares estruturais; perante diminuição da difusão de CO, deverá ser efetuada cintigrafia de ventilação/perfusão pulmonar para diagnóstico de eventual tromboembolismo pulmonar (TEP).
- d) Em caso de TEP, dever-se-á proceder à avaliação de eventuais alterações protrombóticas da coagulação.
- e) Para caracterização da gravidade da DPOC deve proceder-se a avaliação da dispneia segundo a escala mMRC (<https://www.verywell.com/guidelines-for-the-mmrc-dyspnea-scale-914740>) e os sintomas recorrendo á escala CAT (<http://www.catestonline.org/>).
- f) No tratamento da DPOC, a cessação tabágica é a intervenção mais importante. A terapêutica farmacológica individualizada deve considerar a gravidade dos sintomas e risco de exacerbações conforme recomendações da iniciativa GOLD 2019.
- g) As estratégias de rastreio, na ausência de evidência específica neste grupo de indivíduos, devem seguir as recomendações preconizadas para as pessoas não infetadas por VIH, nomeadamente em relação ao rastreio dos nódulos pulmonares, o qual deve ser efetuado tendo em atenção a idade do indivíduo, os fatores de risco para o cancro do pulmão e as características do nódulo pulmonar.
- h) O início da TARc e a cessação tabágica são essenciais para a prevenção das doenças respiratórias pelo que devem ser adotadas precocemente.
- i) A vacina da gripe e a vacina antipneumocócica estão recomendadas dado que diminuem a taxa das infeções do trato respiratório inferior.

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, que apresentam registo quantificado dos hábitos tabágicos (meta: 90%).*
2. *Proporção de indivíduos com infeção por VIH que apresentam hábitos tabágicos ativos ou progressos e/ou sintomas respiratórios a quem foi pedido o estudo funcional respiratório (meta 80%);*
3. *Proporção de indivíduos com DPOC tratados segundo as recomendações da iniciativa GOLD 2019 (meta 90%);*
4. *Proporção de indivíduos com infeção por VIH, com idade entre os 55 e 77 anos e história atual ou progressa de tabagismo e carga tabágica de pelo menos 30 UMA submetidos a rastreio do cancro do pulmão através da tomografia de baixa dose (meta 50%);*
5. *Proporção de indivíduos com infeção por VIH, fumadores a quem foi efetuada de intervenção para a cessação tabágica (meta: 50%).*

5.7. DOENÇA NEUROCOGNITIVA E PSIQUIÁTRICA

A prestação de cuidados à pessoa que vive com a infeção por VIH (PVVIH) com doença mental diagnosticada, carece de uma abordagem diferenciada e multidisciplinar.

Vários são os estudos que apontam para a elevada prevalência de perturbações mentais nas PVVIH, chegando mesmo a 50% em algumas populações. Verifica-se, igualmente, uma elevada prevalência *self*-reportada de depressão na população com infeção por VIH, entre 5% a 20%. Entre as perturbações mais presentes verifica-se o abuso de substâncias – drogas e álcool e comportamentos aditivos, depressão e ansiedade e as perturbações neurocognitivas associadas à infeção por VIH (*HIV-associated neurocognitive disorders* - HAND). As comorbilidades psiquiátricas e cognitivas comprometem a adesão aos cuidados de saúde e o cumprimento da terapêutica.

CrITÉRIOS de qualidade

Relativamente à doença neuropsiquiátrica e neurocognitiva, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade no seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH:

- a) Dar espaço nas primeiras consultas para a exteriorização de emoções relacionadas com o diagnóstico e a infeção e orientar sempre que necessário e possível para um apoio especializado (Psicologia, Psiquiatria).
- b) Abordar nas primeiras consultas, questões associadas à saúde mental nomeadamente a presença consumo de drogas (lícitas e/ou ilícitas, incluindo álcool), atuais e/ou prévios.
- c) Triar, nos primeiros três meses, com perguntas simples (ex.: pequena entrevista clínica estruturada, com duração máxima de 10') a existência de sintomas de depressão e ansiedade, atuais e/ou prévios, bem como avaliar o risco de autoagressão, usando instrumentos internacionais e validados para a população portuguesa.
- d) Avaliar, de acordo com orientações nacionais e/ou internacionais, através da realização dos correspondentes testes (ex.: *International HIV Dementia Scale* – IHDS, que está a ser aferida para a população portuguesa), eventuais alterações de discurso, linguagem e/ou confusão mental indicadores de doença neurocognitiva.
- e) Nos doentes com elevado risco de doença neurocognitiva ou psiquiátrica, proceder a reavaliação com intervalo de seis meses a um ano e, naqueles que apresentem baixo risco, com intervalo anual de 12-24 meses (ou após eventos de vida que despoletem sintomas psicopatológicos).
- f) Disponibilizar, sempre que se justifique, o encaminhamento para técnicos competentes, tendo em vista a realização de avaliações psicológicas e cognitivas e o seu acompanhamento.
- g) Avaliar, periodicamente, de acordo as orientações nacionais e/ou internacionais, o grau de adesão terapêutica e encaminhar para abordagem diferenciada, em caso de adesão insuficiente.

Indicadores e metas

1. *Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, triadas relativamente às suas necessidades neurológicas e psicológicas (meta: 90%).*
2. *Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, triadas anualmente, em relação a sintomas de depressão e ansiedade (meta: 90%);*
3. *Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, com sintomas de depressão e ansiedade devidamente encaminhados para profissionais de saúde especializados para avaliação e/ou tratamento (ex. psiquiatras e/ou psicólogos);*
4. *Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, triadas relativamente ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas), incluindo álcool e tabaco, bem como, comportamentos aditivos, atual e/ou historial, nas primeiras consultas e com uma periodicidade anual (meta: 90%);*

5. *Proporção de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico, com consumos ativos, a quem é disponibilizada referência e encaminhamento para equipas de tratamento especializadas (ex. equipas de tratamento do DICAD, comunidades terapêuticas, alcoólicos anónimos, entre outros) (meta: 90%);*
6. *Proporção de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico que, após solicitação do próprio, foram referenciadas para consulta de psiquiatria e/ou psicologia, (meta: 100%).*

5.8. DOENÇA NEOPLÁSICA

Existe um aumento da incidência de algumas neoplasias malignas no decorrer da infecção por VIH, tanto no contexto de imunodeficiência grave (denominadas neoplasias definidoras de SIDA), como fora deste contexto, sendo denominadas neoplasias associadas ao VIH.

O carcinoma do colo do útero, alguns tipos de linfoma de Hodgkin e o sarcoma de Kaposi estão incluídos na primeira categoria e o cancro do pulmão, o hepatocarcinoma e o carcinoma anal na segunda categoria. Excetuando o cancro do pulmão, as restantes neoplasias estão associadas à existência de coinfeções virais (VEB, VHH8, VPH ou VHB e VHC).

Com o aumento da eficácia da terapêutica antirretrovírica, o controlo virológico e imunitário da população com infecção aumentou e o número de doentes com imunodeficiência grave e neoplasia definidora de SIDA reduziu-se significativamente. Inversamente, o acréscimo de sobrevivência conduziu a maior incidência das neoplasias associadas a VIH, tendo a sua mortalidade, nalgumas coortes, igualado a mortalidade associada ao diagnóstico de SIDA.

Definição de critérios de qualidade

Relativamente à doença neoplásica, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade no seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH:

- a) A avaliação da pessoa com infecção por VIH deve incluir a colheita anamnética de fatores de risco, nomeadamente de neoplasias de incidência familiar, hábitos tabágicos, consumo de álcool ou outros comportamentos ou exposição de risco, nomeadamente profissionais.
- b) A avaliação da pessoa com infecção por VIH deve incluir o exame objetivo onde se proceda a pesquisa de adenopatias, organomegalias e lesões cutâneas, oculares ou da orofaringe suspeitas.
- c) A avaliação da pessoa com infecção por VIH deve incluir realização de serologia para as coinfeções virais.
- d) A avaliação da pessoa com infecção por VIH deve incluir a realização de telerradiografia de tórax.
- e) A avaliação da pessoa assintomática com infecção por VIH, com carga tabágica ≥ 30 UMA, fumador ativo ou progressivo e com idade compreendida entre 55 e 77 anos deve incluir a realização de tomografia computadorizada do tórax de baixa dose.
- f) A avaliação da pessoa infetada por VIH coinfetada por VHB ou VHC deve incluir a realização de ecografia hepática.
- g) A avaliação da mulher com infecção por VIH deve incluir a realização de exame ginecológico com citologia cervicovaginal a cada 1-3 anos. Sempre que possível, recomenda-se ainda a pesquisa da presença de infecção por HPV com correspondente genotipagem.
- h) A avaliação da pessoa com infecção por VIH, sempre que seja detetada a presença de fator de risco, deve incluir a realização de exame anuscópico com pesquisa da presença de infecção por HPV e correspondente genotipagem.
- i) A avaliação da pessoa com infecção por VIH deve incluir a referência para rastreio de outras neoplasias, nomeadamente carcinoma colorretal, mama e próstata, de acordo com as recomendações nacionais e/ou internacionais

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas com infecção por VIH em seguimento clínico, coinfectados por VHB, a quem foi solicitada a realização de ecografia hepática (meta: 100%).*
2. *Proporção de mulheres com infecção por VIH em seguimento a quem foi efetuado exame ginecológico periódico, incluindo a pesquisa da presença de infecção por HPV com correspondente genotipagem (meta: 80%).*
3. *Proporção de pessoas com infecção por VIH em seguimento clínico, com fatores de risco para infecção por HPV, a quem foi solicitada a realização de exame anuscópico para identificação da presença de infecção por HPV e correspondente genotipagem (meta: 80%).*
4. *Proporção de pessoas com infecção por VIH referenciadas copara rastreio de outras neoplasias, nomeadamente,*

EM DISCUSSÃO PÚBLICA

6. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECÍFICOS NA INFEÇÃO POR VIH

6.1. SAÚDE SEXUAL E SAÚDE E REPRODUTIVA E PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO MÃE-FILHO

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem estar físico, mental, emocional e social em todos os assuntos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Inclui a saúde sexual, a melhoria da vida e das relações pessoais, aconselhamento e cuidados relacionados com a reprodução e as infeções sexualmente transmissíveis. A saúde sexual e reprodutiva, portanto, implica que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura, com capacidade de se reproduzirem e com liberdade de decisão, livres de coerção, discriminação e violência.

Os serviços de saúde que atendem indivíduos infetados com VIH devem ser capazes de fornecer informações, aconselhamento e apoio em questões relacionadas com a sua sexualidade e saúde sexual e reprodutiva, tais como IST, contraceção, relacionamentos e gravidez.

Os comportamentos sexuais de alto risco têm implicações para a saúde do indivíduo infetado por VIH e aumentam o risco de transmissão da infeção.

Definição de critérios de qualidade

No seguimento clínico em ambulatório das pessoas infetadas por VIH, devem ser considerados os seguintes critérios de qualidade, relativamente à sua saúde sexual e reprodutiva:

- a) É recomendado que a avaliação inicial de todos os indivíduos infetados por VIH sexualmente ativos deve incluir o rastreio de infeções sexualmente transmitidas (IST), entre as quais sífilis, por *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*, HPV, VHB e VHC. Posteriormente, o rastreio deve ser realizado anualmente (ou com maior periodicidade em caso de comportamentos de risco), durante a gravidez e sempre que sejam relatados sintomas de IST.
- b) É recomendado que, nas visitas subsequentes, se proceda a uma entrevista-questionário sobre comportamentos de risco (múltiplos parceiros, sexo anal recetivo, sexo sob efeito de drogas psicoativas), medidas de prevenção, e sintomas relacionados às IST desde a última consulta.
- c) O rastreio e eventual tratamento deve ser sempre disponibilizado ao(s) respetivo(s) parceiro (os/as).
- d) Os procedimentos de diagnóstico devem seguir as normas e/ou recomendações locais ou nacionais.
- e) O aconselhamento contraceutivo é recomendado as pessoas infetadas por VIH (em particular às mulheres), quando da avaliação inicial. Este pressupõe o envolvimento do indivíduo no processo de decisão, através da disponibilização de informação clara sobre os métodos disponíveis, os efeitos secundários e a forma correta de utilização.
- f) Todas as mulheres com infeção por VIH, em idade fértil, devem ser esclarecidas relativamente a questões relativas à gravidez e infeção por VIH, nomeadamente no que diz respeito a transmissão materno-fetal, terapêutica antirretrovírica e amamentação.
- g) Todas as mulheres grávidas com infeção por VIH devem efetuar TARc.
- h) Em caso de gravidez, a decisão sobre o tipo de parto deve ser discutida com a grávida, dada a sua importância na prevenção da transmissão vertical. Atualmente, sabe-se que o parto vaginal não acarreta um aumento do risco de transmissão do VIH se a mulher esteve sob TARc durante a gravidez, apresentar uma carga vírica inferior a 1000 cópias/ml às 36 semanas.

- i) Todas as mulheres que solicitam interrupção de gravidez devem receber, de forma clara e compreensível, informação necessária para que possam decidir de forma livre e consciente. Este conjunto de esclarecimentos deve incluir a contraceção utilizada e as opções disponíveis.
- j) A diminuição da libido e a disfunção erétil são frequentemente reportadas em indivíduos com infeção por VIH, sendo recomendado a abordagem deste tema por parte do médico em todos os indivíduos infetados por VIH sexualmente ativos, quando da avaliação inicial e, posteriormente, de acordo com as queixas do doente ou eventual diagnóstico. Os procedimentos de diagnóstico devem seguir as recomendações e normas locais ou nacionais.

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento ambulatorio a quem foi efetuado rastreio e entrevista-questionário dirigida a infeções sexualmente transmissíveis (meta: 80%).*
2. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento ambulatorio com registo efetuado, em diário clínico, do método contraceptivo usado (ou não) pelo indivíduo (meta: 70%).*
3. *Proporção de mulheres gestantes infetadas por VIH em seguimento ambulatorio a quem foi efetuado TARc (meta 100%).*
4. *Proporção de serviços de obstetria/bloco de partos com disponibilidade de utilização de teste rápido (meta: 100%).*
5. *Proporção de parturientes infetadas por VIH com virémia desconhecida ou superior a 1000cópias/mL que receberam profilaxia intraparto (meta: 100%).*
6. *Proporção de recém nascidos de mães infetadas por VIH sem terapêutica antirretrovírica ou com virémia detetável que receberam profilaxia neonatal combinada (meta: 100%).*
7. *Proporção de recém nascidos de mães infetadas por VIH, portadores de infeção por VIH por transmissão mãe-filho (meta: <1%).*
8. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento ambulatorio a quem foi efetuado o rastreio e entrevista-questionário dirigidos a queixas de diminuição da libido e disfunção erétil (meta 70%).*

6.2. SAÚDE EM IDADES CRÍTICAS: O ADOLESCENTE E O IDOSO

A adolescência (dos 10 aos 19 anos, segundo a OMS) é marcada por rápidas mudanças físicas, emocionais e sociais. Os adolescentes infetados por VIH têm um elevado risco de má adesão e abandono de seguimento, associado por vezes a um atendimento subótimo no que diz respeito à sua realidade. É necessária uma avaliação e serviços de apoios mais compreensivos, constituídos preferencialmente por equipas multidisciplinares, que reconheçam as particularidades psicossociais e da saúde sexual e reprodutiva.

A transição para os cuidados de adultos dos adolescentes infetados por VIH representa também um desafio crescente, dado o aumento da sobrevida associado à TARc, sendo essencial uma correcta articulação entre estas estruturas. Um processo de transição mal planeado pode resultar no abandono da terapêutica e do seguimento clínico, com implicações graves a nível individual e de saúde pública

O envelhecimento é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais e ambientais, existindo variações consideráveis no estado de saúde, nos níveis de independência, na autonomia e na participação social entre as pessoas idosas com a mesma idade. Tem-se assistido a um envelhecimento da população infectada por VIH, não só devido ao aumento da sobrevida, mas também ao aumento do número de novos diagnósticos em idades mais avançadas.

Os processos inflamatórios associados tanto à infeção por VIH, como ao envelhecimento levam ao desenvolvimento de síndromes geriátricas como as alterações neurocognitivas (incluindo a demência), a multimorbilidade, polimedicação, *frailty* (fragilidade) e incapacidade. Estas estão associadas a um maior risco de declínio físico, funcional e cognitivo, que estão por sua vez associadas a uma diminuição da qualidade de vida e incremento do risco de quedas, imobilidade ou incapacidade, institucionalização e morte.

Definição de critérios de qualidade

- a) Capacitar os profissionais de saúde, familiares, outros cuidadores informais e os indivíduos infetados por VIH, adolescentes ou pessoas idosas, para a gestão do regime terapêutico, com particular ênfase no risco de interações medicamentosas
- b) Promover a literacia em saúde, práticas de estilos de vida saudável e autocuidado em todos os indivíduos infetados por VIH (e suas famílias / cuidadores), em particular nos extremos de idade, como a adolescência ou naqueles com mais de 50 anos, aquando da avaliação inicial e sempre que necessário nas avaliações seguintes.
- c) Assegurar uma correta articulação entre os cuidados de saúde de adolescentes e de adultos (através da criação, por exemplo, de um protocolo de transição)
- d) Assegurar o rastreio e entrevista-questionário dirigida à identificação precoce dos síndromes geriátricos. Os procedimentos de diagnóstico devem seguir as recomendações locais ou nacionais.
- e) Promover a saúde e o bem estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.

Indicadores e metas:

1. *Proporção de unidades de seguimento ambulatorio que implementaram e aplicam um protocolo de transição entre os serviços de Pediatria que seguem adolescentes infetados por VIH e as unidades de adultos que os recebem (meta: 90%)*
2. *Proporção de unidades de seguimento ambulatorio “amigas dos adolescentes” que garantam o diagnóstico e seguimento dos adolescentes infetados por VIH (com enfoque na retenção aos cuidados de saúde e adesão à terapêutica antirretrovírica) criados nas unidades de saúde que seguem estes adolescentes (meta: 70%).*
3. *Proporção de unidades de seguimento ambulatorio que implementaram e aplicam um programa de vigilância da saúde das pessoas que envelhecem com VIH, em particular aquelas com mais de 50 anos, onde se inclui o registo da avaliação de síndromes geriátricas como as alterações cognitivas, polimedicação, fragilidade e incapacidade e promova ações de promoção de saúde e prevenção destas comorbilidades (meta: 60%)*

6.3. CUIDADOS PALIATIVOS

Apesar da evolução no tratamento da infeção por VIH nos últimos anos, as pessoas que vivem com infeção por VIH apresentam mais comorbilidades, algumas delas mortais, do que as pessoas não infetadas.

Os cuidados paliativos têm um papel fundamental em doenças graves e/ou avançadas e progressivas. Nos últimos anos tem aumentado progressivamente a representação dos cuidados paliativos nos serviços de saúde em Portugal, permitindo fazer acompanhamento de patologias cada vez mais diversas, entre elas a infeção por VIH, dando qualidade de vida aos doentes e envolvendo aos familiares ou pessoas mais próximas nos seus cuidados. Este acompanhamento multidisciplinar permite

capacitar os conviventes e os próprios doentes nos seus cuidados, dependendo das necessidades individuais, assim como participar nas decisões sobre tratamentos e cuidados. Neste âmbito são tratados os sintomas agudos e crónicos associados à doença ou terapêutica.

Definição de critérios de qualidade

- a) Informação sobre as preferências de cada indivíduo: registar no processo clínico as decisões de cada pessoa em potenciais situações de fim de vida ou doença grave, que poderão ser reavaliadas sempre que necessário.
- b) Formação básica em cuidados paliativos dos profissionais de saúde, que permita capacitar estes profissionais para fazer uma “abordagem paliativa” de qualidade.
- c) Orientação precoce para cuidados paliativos: aconselha-se esta orientação após o diagnóstico de uma doença grave e/ou avançada e progressiva e não só em situações de fim de vida. Pode ter vantagens a orientação precoce em situações complexas, como por exemplo a dor crónica ou outros sintomas persistentes.
- d) Envolvimento da família: toda a equipa de saúde deveria ter atenção a situações em que possa ser uma mais-valia o acompanhamento pelos cuidados paliativos, não só para o doente, mas também para os seus cuidadores.

Indicadores e metas:

1. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento com uma doença grave e/ou avançada e progressiva que foram orientados para os cuidados paliativos (meta: 60%).*
2. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento com uma doença grave e/ou avançada e progressiva que apresenta registo de ter sido discutido o prognóstico (meta: 75%).*
3. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento com registo das suas preferências em situações de doença incurável (meta: 75%).*

7. Indicadores-chave de qualidade: monitorização e avaliação

E – indicador de estrutura

P – indicador de processo

R – indicador de resultado

B – nível básico

A – nível avançado

Tipo	Descrição	Nível
PREVENÇÃO, RASTREIO E DIAGNÓSTICO DA INFEÇÃO POR VIH		
Prevenção		
P	1. <i>Proporção de pessoas que contactaram unidades de saúde às quais foi dada informação sobre a transmissão da infeção por VIH e das opções de prevenção (meta: 90%).</i>	B
P	2. <i>Proporção de pessoas que foi sensibilizada para a utilização do preservativo, como estratégia de sexo seguro e à qual foi assegurada a sua disponibilização (meta: 90%).</i>	B
P	3. <i>Proporção de pessoas que foi exposta a risco elevado de transmissão de VIH e que foi submetida a PPE, quando indicado (meta: 90%).</i>	B
P	4. <i>Proporção de pessoas que foi identificada como tendo risco elevado de aquisição de infeção por VIH e que foi orientada para consulta de profilaxia pré-exposição (meta: 90%).</i>	B
P	5. <i>Proporção dos doentes com elevada adesão à TARc e carga viral indetetável há pelo menos 6 meses que foram informados sobre a impossibilidade de transmissão do VIH aos seus parceiros sexuais (meta: 90%).</i>	B
E	6. <i>Proporção de unidades de saúde que seguem pessoas infetadas por VIH e estabeleceram protocolos de articulação com organizações de base comunitária, abrangendo qualquer uma das seguintes áreas de intervenção: rastreio, diagnóstico, acessibilidade, adesão ao seguimento clínico e tratamento, cuidados continuados ou paliativos (meta: 70%).</i>	A
Rastreio e diagnóstico		
P	7. <i>Proporção de pessoas com seguimento em unidade de saúde, com mais de 16 nos e com residência em área com prevalência igual ou superior a 0.2% que efetuou o rastreio laboratorial para a infeção por VIH (meta: 75%).</i>	A
P	8. <i>Proporção de indivíduos com diagnóstico tardio de infeção por VIH no último ano que apresentam identificação e registo de eventuais contactos prévios com os serviços de saúde passíveis de rastreio da infeção, de acordo com os critérios antes definidos (meta: 95%).</i>	A
P	9. <i>Proporção de indivíduos que estiveram expostos ao VIH através de contacto com pessoa recentemente diagnosticada com VIH e a quem foi proposto teste nos 3 meses seguintes (meta: 95%).</i>	B
R	10. <i>Proporção de pessoas com diagnóstico inicial de infeção por VIH com critérios de diagnóstico tardio, após exclusão dos casos de infeção primária (meta: <30%).</i>	B
R	11. <i>Proporção de pessoas com diagnóstico inicial de infeção por VIH com critérios de doença avançada, após exclusão dos casos de infeção primária (meta: <15%).</i>	B

A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA QUE VIVE COM VIH

P	12. <i>Proporção de PVVIH esclarecidas e informadas por escrito ou verbalmente, da sua situação clínica e do medicamento que estão ou vão realizar, incluindo: informação sobre carga vírica e contagem de linfócitos T CD4+ e a sua importância, como funciona a TARC, a importância da adesão e os riscos e benefícios do tratamento, bem como efeitos secundários e como é que os mesmos serão geridos (meta: 90%).</i>	B
P	13. <i>Proporção de PVVIH envolvidas na decisão sobre os seus cuidados de saúde incluindo a medicação, se o desejaram (meta: 90%).</i>	B
R	14. <i>Proporção de PVVIH satisfeitas com as decisões sobre o seu tratamento (meta: 90%).</i>	B
R	15. <i>Proporção de PVVIH satisfeitas com a relação entre profissional de saúde-PVVIH (meta: 90%).</i>	B
R	16. <i>Proporção de PVVIH satisfeitas com os serviços prestados pela unidade de saúde (meta: 90%).</i>	A

A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM AMBULATÓRIO A PESSOAS QUE VIVEM COM VIH

Acesso e retenção nas unidades de saúde

- | | | |
|---|---|---|
| E | 17. Proporção de pessoas que são seguidas por equipas multidisciplinares diferenciadas na área da infeção por VIH, integrando a RHNR VIH (meta: 100%) | B |
| P | 18. Proporção de pessoas com diagnóstico de infeção por VIH ou com teste reativo para VIH que acedem a uma primeira consulta de especialidade em sete dias (meta: >90%). | B |
| P | 19. Proporção de pessoas com diagnóstico de infeção por VIH em seguimento na unidade de saúde onde pretendeu ser acompanhado clinicamente (meta: >95%). | A |
| P | 20. Proporção de pessoas com diagnóstico “de novo” de infeção por VIH (que não faleceram e não foram transferidos) que continuam ligados aos cuidados de saúde um ano depois do diagnóstico (meta: >90%). | B |
| P | 21. Proporção de pessoas com diagnóstico de infeção por VIH (que não faleceram e não foram transferidos) que, relativamente ao ano anterior, foram observadas em consulta pelo menos uma vez nos últimos doze meses (meta: >90%). | B |
| P | 22. Proporção de pessoas com infeção por VIH (que não faleceram e não foram transferidos) que não recorreram à consulta nos últimos 12 meses e em que foi documentada tentativa de retenção nos cuidados de saúde (meta: 95%). | A |
| P | 23. Proporção de pessoas que, após solicitação, obtêm relatório clínico num prazo de 10 dias (meta: 85%). | B |
| P | 24. Proporção de pessoas a quem, após solicitação de transferência, é disponibilizada medicação antirretrovírica até à observação na entidade hospitalar para onde se efetuou a transferência (meta: 95%) | A |

Avaliação inicial

- | | | |
|---|--|---|
| P | 25. Proporção de pessoas com diagnóstico de novo com observação clínica documentada na primeira avaliação (objetivo: 100%) | B |
| P | 26. Percentagem de pessoas com diagnóstico novo de infeção por VIH que têm disponível o valor de linfócitos T CD4+, carga vírica, teste genotípico e HLA B* 5701 no primeiro mês após o diagnóstico (objetivo: 90%). | B |
| P | 27. Proporção de pessoas a quem foi solicitado na avaliação clínica inicial os exames complementares de diagnóstico constantes das recomendações ou normas nacionais (objetivo: 100%) | B |

Elaboração do plano de tratamento

- | | | |
|---|---|---|
| P | 28. Proporção de pessoas que iniciaram tratamento antirretrovírico tendo em atenção as recomendações nacionais ou a evidência científica existente no momento (meta: 95%) | B |
| P | 29. Proporção de pessoas com registo de avaliação da adesão ao tratamento nos três primeiros meses após o seu início e, pelo menos, uma vez por ano posteriormente (meta: 90%). | B |
| P | 30. Proporção de pessoas que iniciam terapêutica antirretrovírica no 1º mês após a avaliação inicial (90%) | B |

Seguimento do doente ambulatório		
P	31. <i>Proporção de pessoas em seguimento com registo de avaliação da medicação concomitante nos últimos quinze meses (meta: 90%).</i>	A
R	32. <i>Proporção de pessoas em tratamento que apresentam carga vírica detetável 24 semanas após o início do tratamento (meta: < 10%)</i>	B
R	33. <i>Proporção de pessoas em tratamento que, no final do ano, apresentam carga vírica <200 cópias/mL (meta: 95%)</i>	B
R	34. <i>Proporção de pessoas em tratamento que, no final do ano, apresentam carga vírica <40 cópias/mL (meta: 90%)</i>	A
Prevenção de doenças infecciosas		
P	35. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico a quem foi efetuado o rastreio de tuberculose latente (TBL) (meta 90%)</i>	B
P	36. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico a quem foi efetuado o rastreio de infeção por VHB e VHC (meta 90%)</i>	B
P	37. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado tratamento da TBL, de acordo com as orientações nacionais atualizadas (meta: 85%).</i>	B
P	38. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado vacinação contra hepatite A (meta 85%)</i>	B
P	39. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado vacinação contra hepatite B (meta 85%)</i>	B
P	40. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado vacinação contra infeções pneumocócicas, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais (meta 85%).</i>	B
P	41. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuada profilaxia primária da pneumocistose e toxoplasmose de acordo com as recomendações internacionais existentes (meta 100%).</i>	B
P	42. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado vacinação contra a gripe, no último ano (meta 80%)</i>	B
P	43. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado vacinação contra o HPV, de acordo com recomendações nacionais e internacionais (meta 80%)</i>	A

A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS MAIS COMPLEXOS: COMORBILIDADES E NEOPLASIAS

Doença cardiovascular

- P 44. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico que apresentam registo da avaliação dos fatores de risco cardiovascular na avaliação inicial e, posteriormente, consoante o risco calculado (meta: 70%)* B
- P 45. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico que apresentam registo de realização de ECG na avaliação inicial e, posteriormente, consoante indicação (meta 80%).* B
- P 46. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica que apresentam registo de tratamento ou referenciação para consulta de especialidade, se diagnóstico de doença cardiovascular (meta: 80%).* B

Diabetes mellitus

- P 47. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico que apresentam registo de glicémia em jejum na avaliação inicial e, posteriormente, consoante o risco calculado (meta: 100%)* B
- P 48. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento e com indicação clínica que apresentam registo de tratamento ou referenciação para consulta de especialidade, se diagnóstico de diabetes mellitus (meta: 80%).* B

Dislipidémia

- P 49. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico que apresentam registo de avaliação do perfil lipídico na avaliação inicial e, posteriormente, consoante o risco calculado (meta: 100%)* B
- P 50. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento, com o diagnóstico de dislipidémia e com indicação clínica que apresentam registo de tratamento ou referenciação para consulta de especialidade (meta: 80%).* B

Doença renal

- P 51. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, com pelo menos uma avaliação anual de creatinina ou TFG ou exame sumário de urina ou relação proteinúria/creatinúria (meta: 90%).* B
- P 52. *Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico, com o diagnóstico de doença renal e com indicação clínica que apresentam registo de tratamento ou referenciação para consulta de especialidade (meta: 80%).* B

Doença óssea

- P 53. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico que apresentam registo de pelo menos uma avaliação anual do risco de doença óssea (meta: 90%).* B
- P 54. *Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico e com indicação médica, de acordo com os critérios da EACS, que apresentam registo de realização de DXA e doseamento sérico de 25 (OH) vitamina D (meta: 80%).* B

P	55. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico e com indicação médica que apresentam registo de tratamento ou referência para consulta de especialidade, se diagnóstico de doença óssea (osteoporose, osteomalácia, osteonecrose) (meta: 80%).</i>	B
	Doença pulmonar	
P	56. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, que apresentam registo quantificado dos hábitos tabágicos (meta: 90%).</i>	B
P	57. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, que apresentam hábitos tabágicos ativos ou pregressos e/ou sintomas respiratórios a quem foi pedido o estudo funcional respiratório (meta 80%);</i>	B
P	58. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, com DPOC, tratados segundo as recomendações da iniciativa GOLD 2019 (meta 90%);</i>	B
P	59. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, com idade entre os 55 e 77 anos e história atual ou pregressa de tabagismo e carga tabágica de pelo menos 30 UMA, submetidos a rastreio do cancro do pulmão através da tomografia de baixa dose (meta 50%);</i>	A
P	60. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, fumadores, a quem foi efetuada intervenção para a cessação tabágica (meta: 50%).</i>	B
	Doença neurocognitiva e psiquiátrica	
P	61. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, que foram avaliadas relativamente às suas necessidades neurológicas e psicológicas (meta: 90%)</i>	B
P	62. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, avaliadas, anualmente, referente a sintomas de depressão e ansiedade (meta: 90%);</i>	B
P	63. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, com sintomas de depressão e ansiedade devidamente encaminhados para profissionais de saúde especializados para avaliação e/ou tratamento (ex. psiquiatras e/ou psicólogos) (meta: 90%)</i>	B
P	64. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, avaliadas relativamente ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas), incluindo álcool e tabaco, bem como, comportamentos aditivos, atual e/ou historial, nas primeiras consultas e com uma periodicidade anual (meta: 90%);</i>	B
P	65. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, com consumos ativos, a quem foi disponibilizada referência e encaminhamento para equipas de tratamento especializadas (ex. equipas de tratamento do DICAD, comunidades terapêuticas, alcoólicos anónimos, entre outros) (meta: 90%);</i>	B
P	66. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico que, após solicitação do próprio, foram referenciadas para consulta de psiquiatria e/ou psicologia, (meta: 100%).</i>	B
	Doença neoplásica	
P	67. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, coinfectados por VHB a quem foi solicitada a realização de ecografia hepática (meta: 100%).</i>	B
P	68. <i>Proporção de mulheres com infeção por VIH, em seguimento clínico, a quem foi efetuado exame ginecológico, incluindo a pesquisa da presença de infeção por HPV com correspondente genotipagem (meta: 80%).</i>	B

P	69. <i>Proporção de pessoas com infecção por VIH em seguimento clínico, com fatores de risco para infecção por HPV, a quem foi solicitada a realização de exame anuscópico para identificação da presença de infecção por VPH e correspondente genotipagem (meta: 80%).</i>	B
P	70. <i>Proporção de pessoas com infecção por VIH referenciadas para rastreio de outras neoplasias, nomeadamente, carcinoma corretal, mama e próstata (meta: 80%).</i>	B

EM DISCUSSÃO PÚBLICA

A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PARTICULARES NA INFEÇÃO POR VIH

Saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção da transmissão mãe-filho

P	71. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico, a quem foi efetuado rastreio e entrevista-questionário dirigida a infeções sexualmente transmissíveis (meta: 80%).</i>	B
P	72. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico, com registo efetuado em diário clínico, do método contraceutivo usado (ou não) pelo indivíduo (meta: 70%).</i>	B
P	73. <i>Proporção de mulheres gestantes infetadas por VIH em seguimento clínico, a quem foi efetuado TARc em (meta 100%).</i>	B
E	74. <i>Proporção de serviços de obstetria/bloco de partos com disponibilidade de utilização de teste rápido (meta: 100%).</i>	B
P	75. <i>Proporção de parturientes infetadas por VIH com virémia desconhecida ou superior a 1000 cópias/mL que receberam profilaxia intraparto (meta: 100%).</i>	B
P	76. <i>Proporção de recém nascidos de mães infetadas por VIH sem terapêutica antirretrovírica ou com virémia detetável que receberam profilaxia neonatal combinada (meta: 100%).</i>	B
R	77. <i>Proporção de recém nascidos de mães infetadas por VIH, portadores de infeção por VIH por transmissão mãe-filho (meta: <1%).</i>	B
P	78. <i>Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico, a quem foi efetuado o rastreio e entrevista-questionário dirigidos a queixas de diminuição da libido e disfunção erétil (meta 70%).</i>	A

Saúde em idades críticas: o adolescente e o idoso

P	79. <i>Proporção de unidades de seguimento ambulatorio que implementaram e aplicam um protocolo de transição entre os serviços de Pediatria que seguem adolescentes infetados por VIH e as unidades de adultos que os recebem (meta: 90%)</i>	B
E	80. <i>Proporção de unidades de seguimento ambulatorio “amigas dos adolescentes” que garantam o diagnóstico e seguimento dos adolescentes infetados por VIH (com enfoque na retenção aos cuidados de saúde e adesão à terapêutica antirretrovírica) criados nas unidades de saúde que seguem estes adolescentes (meta: 70%).</i>	A
P	81. <i>Proporção de unidades de seguimento ambulatorio que implementaram e aplicam um programa de vigilância da saúde das pessoas que envelhecem com VIH, em particular aquelas com mais de 50 anos, onde se inclui o registo da avaliação de síndromes geriátricas como as alterações cognitivas, polimedicação, fragilidade e incapacidade e promova ações de promoção de saúde e prevenção destas comorbilidades (meta: 60%)</i>	A

Cuidados paliativos

P	82. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, com patologias incuráveis que foram orientados para os cuidados paliativos (meta: 60%).</i>	A
P	83. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, com patologias incuráveis com registo de ter sido discutido o prognóstico (meta: 75%).</i>	B
P	84. <i>Proporção de pessoas com infeção por VIH em seguimento clínico, com registo das suas preferências em situações de doença incurável (meta: 75%).</i>	A

Bibliografia

Geral

BHIVA. Standards of care for people living with HIV. 2018. Disponível em <https://www.bhiva.org/standards-of-care-2018>

GESIDA. Indicadores de Calidad Asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2010; 28 (suplemento 5), 2010.

Específica de secções

1. Princípios gerais

DGS. Infeção por VIH e SIDA – Desafios e estratégias 2018, Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecao-vih-e-sida-desafios-e-estrategias-2018.aspx>

UNAIDS. Knowledge is power - know your status, know your viral load. 2018. Disponível em <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/knowledge-is-power-report>

Infeção por VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017. INSA 2018. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5666/5/INSA_Relatorio_VIH_e_SIDA_2017.pdf

Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infeção por VIH (RNHR VIH). DGS 2015. Disponível em <http://www.pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/rede-de-referenciacao-hospitalar/rede-nacional-hospitalar-de-referenciacao-para-a-infecao-por-vih.aspx>

President's Emergency Plan for AIDS Relief. Disponível em <https://www.pepfar.gov/documents/organization/267809.pdf>

Relatório das Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH-1. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/Relat%C3%B3rio-Cidades-na-via-r%C3%A1pida-para-acabar-com-a-epidemia-VIH-1.pdf>

2. Prevenção, rastreio e diagnóstico da infeção por VIH

EACS. EACS Guidelines. Version 10.0. November 2019. Disponível em https://www.eacsociety.org/files/2019_guidelines-10.0_final.pdf

DGS. Norma nº 025/2017 de 28/11/2017 atualizada a 16/05/2018, Profilaxia de Pré-exposição da Infeção por VIH no Adulto. Disponível em dqs@dgs.min-saude.pt.

BHIVA/BASHH. BHIVA/BASHH guidelines on the use of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) 2018. Disponível em <https://www.bhiva.org/PrEP-guidelines>

DGS. Norma nº 07/2014 de 16/06/2014 atualizada a 28/10/2014, Distribuição nas Unidades de Saúde, de Material Preventivo da Transmissão por Via Sexual do VIH. Disponível em dqs@dgs.min-saude.pt.

Norma nº 058/2011 de 28/12/2011 atualizada a 16/05/2018, diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Disponível em dqs@dgs.min-saude.pt.

Circular Normativa Conjunta DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS. Realização de testes rápidos (testes *point of care*) de rastreio de infeções por VIH, VHC e VHB nas farmácias comunitárias e nos laboratórios de patologia clínica/análises clínicas (Despacho n.º 2522/2018). Disponível em dqs@dgs.min-saude.pt.

PHE. HIV testing in England: 2016 report, V1.0/ December 2016, Public Health England, Disponível em www.gov.uk/phe.

Roger Chou, Tracy Dana, Sara Grusing, BA et al. Screening for HIV Infection in Asymptomatic, Nonpregnant Adolescents and Adults Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA.2019;321(23): 2337-348.doi:10.1001/jama.2019.2592

NICE. HIV testing: encouraging uptake, Quality standard published at 7/9/2017. Disponível em nice.org.uk/guidance/qs157

3. A prestação de cuidados centrados na pessoa que vive com a infeção por VIH

Morolake, O.; Stephens, D. & Welbourn, A. (2009). Greater involvement of people living with HIV in health care. Journal of the international AIDS Society.

Berg, R. et al. (2015). True User Involvement by People Living with HIV is Possible: Description of a User-driven HIV Clinic in Norway. [Journal of the Association of Nurses in AIDS Care](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544441/)

4. A prestação de cuidados em ambulatório a pessoas que vivem com VIH

Acesso e retenção nos cuidados de saúde

Rede Nacional Hospitalar de Referência para a infeção por VIH. 2015. Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RNHRVIH_15022015rev18112015_v5.pdf

EACS Guidelines 9.1, 2018. Disponível em https://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf

DGS. Norma 058/2011, atualização de 10/12/2014. Diagnóstico e Rastreamento Laboratorial da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0582011-de-28122011-jpg.aspx>

Circular Normativa conjunta DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS, de 30.04.2018. Realização de testes rápidos (testes *point of care*) de rastreio de infeções por VIH, VHC e VHB nas farmácias comunitárias e nos laboratórios de patologia clínica/análises clínicas (Despacho n.º 2522/2018), 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-conjunta-dgsacssinfarmedinsaspms-pdf.aspx>

Lei n.º 46/2007. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/640919>

Avaliação Inicial

DGS - Norma n.º 029/2017 de 29/12/2017

EACS Guidelines 9.1, 2018. Disponível em https://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf

Elaboração do plano de tratamento

DGS - Norma n.º 029/2017 de 29/12/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292017-de-29122017-pdf.aspx>

EACS Guidelines 9.1, 2018. Disponível em https://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf

GESIDA. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el Vírus de la Imunodeficiencia Humana (2019). Disponível em: http://gesidaseimc.org/wpcontent/uploads/2019/02/Guia_Tar_Gesida_Ene_2019.pdf

BHIVA. British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy 2015 (2016 interim update). Disponível em: <https://www.bhiva.org/file/RVYKzFwyxpqil/treatment-guidelines-2016-interim-update.pdf>

Seguimento e tratamento antirretrovírico do doente ambulatório

DGS - Norma n.º 029/2017 de 29/12/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292017-de-29122017-pdf.aspx>

EACS Guidelines 9.1, 2018. Disponível em https://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf

Despacho 13447-B/2015. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/71066529/details/maximized>

UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf

Prevenção de doenças infecciosas

DGS. Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2, 2015; Capítulo 8: Recomendações sobre terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) em doentes com outras coinfeções

EACS Guidelines 9.1. Disponível em: https://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf

DGS. Programa Nacional de Vacinação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnv-apresentacao-pnv-2017-publica-pdf.aspx>

Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010;28(Supl 5):1-2

DGS. Metodologia de rastreio de tuberculose em doente com infeção por VIH; Programa Nacional para a Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-metodologia-de-rastreio-de-tuberculose-em-doente-com-infecao-pelo-vih-pdf.aspx>

DGS. Norma n.º 11/2015. Vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112015-de-23062015-pdf.aspx>

5. A prestação de cuidados mais complexos: comorbilidades e neoplasias

Doença cardiovascular, dislipidémia, diabetes mellitus, doença renal e doença óssea

DGS. Norma n.º 005/2013 de 19/03/2013 atualizada 21/01/2015

Processo Assistencial Integrado Do Risco Vascular No Adulto, 1ª Edição, 2014; ISBN 978-972-675-212-7

An updated prediction model of the global risk of cardiovascular disease in HIV-positive persons: The Data-collection on Adverse Effects of Anti-HIV Drugs (D:A:D) study; Eur J Prev Cardiol. 2016 Jan;23(2):214-23

DGS. Norma nº 002/2011 de 14/01/2011

Diagnosing and Managing Diabetes in HIV-Infected Patients: Current Concepts, Clinical Infectious Diseases, Volume 60, Issue 3, 1 February 2015, Pages 453–462

Cristelli MP, Cofán F, Rico N, et al. Estimation of renal function by CKD-EPI versus MDRD in a cohort of HIV-infected patients: a cross-sectional analysis. BMC Nephrology. 2017;18:58. doi:10.1186/s12882-017-0470-4.

Brown TT, Hoy J, Borderi M et al. Recommendations for evaluation and management of bone disease in HIV. Clin Infect Dis. 2015;60(8):1242-51.

EACS Guidelines 9.0; <http://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html>

Doença pulmonar

Krishna P. Reddy et al. Impact of Cigarette Smoking and Smoking Cessation on Life Expectancy Among People With HIV: A US-Based Modeling Study, The Journal of Infectious Diseases 2016;214:1672–81.

GOLD. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2020 Report). Disponível em: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>

Chung Yin Kong et al. Benefits and harms of lung cancer screening in HIV infected individuals with CD4+ cell count at least 500 cell/ μ l. AIDS 2018, 32:1333-1342.

Charles Feldman, Eva Polverino e Julio A Ramirez Pulmonary Complications of HIV. ERS Monographs 2014. Disponível em: <https://books.ersjournals.com/content/pulmonary-complications-of-hiv>

Doença neurocognitiva e psiquiátrica

Nedelcovych et al. (2018). The Psychiatric Impact of HIV. ACS Chem Neurosci. 2017 July 19; 8(7): 1432-1434.

Bing, E. et. al. (2001). Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults in the United States. Arch Gen Psychiatry Vol. 58: 721-728.

OMS. (2008). HIV/AIDS and mental health. Executive Board 124th session. Geneva.

Yehia, B. et. al. (2015). Health Outcomes of HIV-Infected People with Mental Illness. AIDS Behaviour 2015 August; 19(8): 1491-1500.

EACS Guidelines 9.0. Disponível em: <http://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html>

British HIV Association. (2011). Standards of psychological support for adults living with HIV. Disponível em: https://www.bhiva.org/file/BbShtfyMFNKCz/Standards_for_psychological_support_for_adults_living_with_HIV.pdf

I Novais e S Ouakinin. Infecção por vírus da imunodeficiência humana e alterações neurocognitivas. In “Tópicos em Destaque – VIH – Alterações neurocognitivas e doença cardiovascular. Francisco Antunes e Fernando Maltez. Ed. Permanyer. 2019.

Doença neoplásica

Weber R, Smith C, D:A:D Study Group. Trends over time in underlying causes of death in the D:A:D study from 1999 to 2011. Program and abstracts of the XIX International AIDS Conference; July 22-27, 2012; Washington, DC. Abstract THAB0304

Crum-Cianflone N, Hullsiek KH, Marconi V, et al. Trends in the incidence of cancers among HIV-infected persons and the impact of antirretrovírica therapy: a 20-year cohort study. AIDS. 2009;23:41-50.

Andreas Ronit et al. Incidental lung cancers and positive computed tomography images in people living with HIV. AIDS 2017, 31:1973–1977.

6. A prestação de cuidados particulares na infeção por VIH

Saúde sexual, reprodutiva e diminuição do risco de transmissão mãe-filho

DGS. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/paginas-intermedias/profissionais/normas-e-orientacoes.aspx>

EACS Guidelines 9.1. Disponível em: https://www.eacsociety.org/files/2018_guidelines-9.1-english.pdf

The International Union Against Sexually Transmitted Infections. Disponível em: <http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.html>

Saúde em idades críticas: adolescente e idoso

Blum RW, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. novembro de 1993;14(7):570–6.

Australasian Society of HIV Medicine; HIV Management in Australasia - a guide for clinical care; HIV and Ageing. Disponível em: <http://hivmanagement.ashm.org.au/index.php/populations-and-situations/hiv-and-ageing>

WHO Fact Sheet, HIV Treatment and Care: What's new in adolescent treatment and care; November 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204460/WHO_HIV_2015.45_eng.pdf;jsessionid=78F2D359205D5D8E21D0E99D1BD1DA7C?sequence=1

Cuidados paliativos

UNAIDS. AIDS: Palliative Care: UNAIDS Technical Update – 2000

WHO. Standards for quality of HIV Care: a tool for quality assessment, improvement and accreditation. WHO 2004

Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, Biênio 2017-2018. CNCP

Abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DMO	Densidade mineral óssea
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crónica
DRC	Doença renal crónica
DM	Diabetes mellitus
EACS	European AIDS Clinical Society
FEV1	Forced expiratory volume in the first second
FRAX	Fracture Risk Assessment Tool
FVC	Forced vital capacity
HAND	HIV Associated Neurocognitive Disorder
HPV	Human papillomavirus
HTA	Hipertensão arterial
HTP	Hipertensão pulmonar
IGRA	Interferon-Gama Release Assay
IHDS	International HIV Dementia Scale
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo jorge
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
MAC	<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>
NOC	Norma de Orientação Clínica
OBC	Organização de Base Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
PPE	Profilaxia pós-exposição a VIH
PreP	Profilaxia pré-exposição a VIH
PVVIH	Pessoas que vivem com VIH
RNRH VIH	Rede Nacional de Referência Hospitalar para a infeção VIH
SIVIDA	Sistema Informático de VIH/SIDA
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TARc	Terapêutica antirretrovírica combinada
TasP	Treatment as Prevention
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TFG	Taxa de filtração glomerular
VHA	Vírus da Hepatite A
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana