



**Ministério
da Saúde**

Direção-Nacional de Saúde

Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças

Programa de Luta contra as Doenças de Transmissão Sexual,
incluindo o VIH/Sida

DIRETRIZES SOBRE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEGUIMENTO DA INFECÇÃO PELO VIH EM CABO VERDE

Atualização de _____

Ministro da Saúde

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário

Diretor Nacional de Saúde

Dr. Jorge Noel de Carvalho Monteiro Barreto

Secretária Executiva do CCS Sida

Dra Maria Celina Ferreira

© 2022 Ministério da Saúde

Equipa Técnica

Carlos Pedro Faria de Brito, médico infeciologista e de saúde pública, Direção Nacional da Saúde

Risete Gomes, médica infeciologista, Hospital “Dr. Baptista de Sousa”

Miriam Cristina da Silva Canuto, médica infeciologista, Hospital Universitário “Dr. Agostinho Neto”

Maura Delgado, médica infeciologista, Hospital Regional “Dr. Ramiro Figueira”

Marta Freire, médica, Centro de Saúde da Fazenda, Praia

Maria Teresa Martins, médica gineco/obstetra, Hospital “Dr. Baptista de Sousa”

3

Anyá Andrade, médica gineco/obstetra, Hospital regional “S. Francisco de Assis”

Marisol Lopez Velazquez, médica gineco/obstetra, Hospital regional “S. Francisco de Assis”

Liziana Sofia da Silva Barros da Rosa, médica pediatra, Hospital Regional “S. Francisco de Assis”

Ludmilde Filomena Rodrigues, médica gineco/obstetra, Hospital Regional “Dr. Santa Rita Vieira”

Maria de Lourdes Soares, Técnica de laboratório, Hospital Regional “Ramiro Figueira”

Cesarina Cruz, Técnica Superior de Laboratório, Delegacia de Saúde S.Vicente

Cecilio Pires, Técnico de Laboratório Hospital Regional “Dr. Santa Rita Vieira”

Menilita Jandira dos Santos, Técnica Superior de Laboratório do Instituto Nacional de Saúde Pública.

Carla Araújo, Técnica de Laboratório Hospital Regional “S. Francisco de Assis”

Natalina Cruz Spencer, Técnica Superior Laboratório Hospital Central “Dr. Baptista de Sousa”

Marta Freire- Médica do Centro de Saúde da Fazenda

Elísio Silva – Delegado de Saúde de S. Vicente

4

Jacqueline Cid – Médica, Delegacia de Saúde de S. Vicente

Eliane Soares – Médica, Delegacia de Saúde de S. Vicente

Denise Lima – Psicóloga, Delegacia de Saúde de S. Vicente

Ana Lima – Assistente Social, Delegacia de Saúde de S. Vicente

Aleida Fortes - Enfermeira, Delegacia de Saúde de S. Vicente

Zuleica Moraes – Gestora de dados, Delegacia de Saúde de S. Vicente

Ulardina Domingos Furtado – Delegada de Saúde da Praia

Suzete Gomes da Costa

Nilton Pinto – Médico, Delegacia de Saúde da Praia

Joana de Pina Alves -

Maria Augusta Monteiro -

José Augusto – Gestor de dados, CCSSida

Cleidir Andrade – Gestor de dados, CCSSida

Elisangela Varela Tavares – Delegada de Saúde, Santa Catarina, Santiago

Joana Alves – Delegada de Saúde, S. Filipe

5

Meliza Cardoso – Delegada de Saúde, Tarrafal, Santiago

Carlos Gomes Dias – Delegado de Saúde, Porto Novo

Florentina da Cruz Lima e Lima – Delegada de Saúde, Ribeira Grande, Santo Antão

Maria Celina Ferreira – CCSSida

Nelson Neide Furtado Ribeiro -

Jessica Sousa Dupret -

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO

- 1.1 Contexto e justificação
- 1.2 Objetivos
- 1.3 Destinatários
- 1.4 Princípios orientadores

2 – O DIAGNÓSTICO DA INFEÇÃO VIH

- 2.1 Introdução
- 2.2 Diagnóstico da infeção VIH numa epidemia em mudança
- 2.3 Criação de demanda
- 2.4 Oferta de serviços de rastreio da infeção VIH
- 2.5 Mantendo a precisão e confiabilidade do diagnóstico da infeção VIH
- 2.6 Diagnóstico da infeção VIH em recém-nascidos e crianças
- 2.7 Serviços pós teste e ligação à prevenção, tratamento e outros serviços

6

3 – PREVENÇÃO DO VIH

- 3.1 Prevenção combinada
- 3.2 Profilaxia pós exposição
- 3.3 Prevenção transmissão vertical mãe-filho
 - 3.3.1 Via de parto em gestantes que vivem com o VIH
 - 3.3.2 Cuidados específicos durante o parto vaginal
 - 3.3.3 Cuidados específicos da cesariana eletiva
 - 3.3.4 AZT na prevenção da transmissão vertical do VIH no parto
 - 3.3.5 Esquema posológico de AZT injetável
 - 3.3.6 Vigilância materna no pós-parto
 - 3.3.6.1 Maternidade: cuidados antes da alta

3.3.7 Cuidados com o recém-nascido exposto ao VIH na sala de parto e pós-parto imediato

4 - O TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

4.1 Objetivos do tratamento

4.2 Abordagem inicial das PVVIH

4.3 Maximizar as probabilidades de adesão ao TARV

4.4 O que esperar nos primeiros 3-6 meses de TARV?

4.5 Quando iniciar o TARV?

4.6 Esquemas de TARV

4.7 Seguimento da eficácia do tratamento

4.8 Seguimento da toxicidade dos ARV

4.9 Principais interações dos ARV com outros fármacos e sugestões de conduta

5 - CUIDADOS GERAIS E COINFEÇÕES MAIS FREQUENTES

7

5.1 Principais elementos de cuidados gerais ao longo do *continuum* de cuidados de PVVIH

5.2 Critérios para iniciar e descontinuar profilaxia com cotrimoxazole

5.3 Tuberculose

6 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

6.1 Ligação do diagnóstico da infeção VIH à inscrição nos cuidados

6.2 Prestação diferenciada de serviços

6.3 Cuidados centrados nas pessoas

6.4 Iniciar e manter a continuidade do TARV

6.4.1. Abordagens baseadas em evidências para apoiar o início do TARV no mesmo dia

6.4.2 Frequência de consultas clínicas, dispensação de ARV e marcação de análises e outros exames complementares.

6.4.3 Apoio à adesão ao TARV

6.5 Seguimento da adesão e eficácia do TARV

6.5 Continuidade dos cuidados

6.5.1 Retenção

6.5.2 Rastreamento e reengajamento nos cuidados

6.6 Serviços de Laboratório

6.6.1 Introdução

6.6.2 Apoiar um sistema de transporte de amostras

6.6.3 Melhorar o acesso ao diagnóstico da infeção VIH

7 - SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

7.1 Seleção de indicadores-chave

7.2 Avaliação

7.3 Recomendações para prevenir, seguir e responder à resistência aos ARV

Anexo I: Ficha de seguimento de doentes

Anexo II: Modelo de relatório

Siglas e abreviaturas

1 - INTRODUÇÃO

1.1 Contexto e justificação

Cabo Verde promove uma abordagem de saúde pública para a prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do VIH.

O Protocolo de Terapêutica Antirretroviral elaborado em 2017 permitiu estabelecer recomendações técnicas consensuais definindo condutas seguras e eficazes para a utilização dos ARV, estabelecer condutas que não devem ser seguidas, prevenir o aparecimento da fármaco resistência, organizar a logística para aquisição e distribuição dos medicamentos e outros consumíveis.

Esta edição atualiza as diretrizes do Protocolo de Terapêutica ARV de 2017 de forma a respeitar as instruções de 2018 e 2019 da Organização Mundial da Saúde face aos avanços científicos verificados em matéria de tratamento anti retroviral.

10

Os progressos feitos em matéria de TARV fizeram aparecer com mais evidência as barreiras estruturais, incluindo estigma, discriminação, criminalização e violência, que existem e afetam particularmente as mulheres, meninas, adolescentes e populações-chave (homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas em prisões e ambientes fechados e pessoas transexuais).

Assim estas diretrizes promovem uma abordagem centrada nas pessoas e descreve estratégias essenciais para um ambiente propício, incluindo condutas para apoiar descriminalização do comportamento e o empoderamento das comunidades assim como facilitar a adesão e eficácia do TARV e a integração dos cuidados e dos serviços.

Cabo Verde reconhece o esforço que será necessário fazer para uma melhor capacitação de todos aqueles que intervêm no atendimento, tratamento e seguimento das PVVIH em matéria de luta contra o estigma, a discriminação e a violência e conta com o apoio de todos os parceiros para garantir que todas as populações possam beneficiar de um acesso a serviços de saúde melhores e mais seguros.

Contamos que estas diretrizes possam contribuir para a prossecução dos objetivos nacionais de eliminação da transmissão vertical até 2024 e de eliminação do VIH enquanto problema de saúde pública até 2030.

1.2 Objetivos

De acordo com o estudo IDSR realizado pelo Instituto Nacional de Estatísticas em 2018, à data do inquérito viviam em Cabo Verde 5353 homens e mulheres de 15 a 49 anos infetados pelo VIH. As orientações contidas neste documento contribuirão para a organização da oferta de cuidados de saúde pertinentes, acessíveis e de qualidade a todos aqueles que deles necessitam. Os seus objetivos são:

- a) Fornecer recomendações clínicas atualizadas e baseadas em evidências, delineando uma abordagem de saúde pública em matéria de TARV para prevenção e tratamento do VIH para todas as faixas etárias e populações no contexto de cuidados e serviços acessíveis, pertinentes, centrados nas pessoas, contínuos e integrados.
- b) Fornecer orientação sobre as principais questões operacionais e de prestação de serviços que precisam ser abordadas para melhorar a prevenção, o rastreio e o tratamento do VIH,

fortalecer a qualidade da prestação e a eficácia e eficiência do TARV.

- c) Fornecer orientação programática para decisores na definição de prioridades e implementação do plano clínico e operacional.

1.3 Destinatários

As diretrizes destinam-se ao uso e obrigam os Delegados de Saúde, as direções dos Hospitais, os gestores de Programas Nacionais de Saúde Pública e todos os técnicos que têm a seu cargo o diagnóstico, atendimento e seguimento das PVVIH quer trabalhem no setor público, privado ou no quadro das OBC.

A participação do setor privado e das OBC no diagnóstico, atendimento e seguimento das PVVIH deve, no entanto, ser norteado por protocolo definindo obrigações a respeitar nomeadamente no que diz respeito ao TARV e participação no sistema de informação.

12

1.4 Princípios orientadores

Os seguintes princípios devem orientar a implementação das recomendações:

- a) Contribuir para a realização dos objetivos e metas estabelecidos no V Plano Estratégico Nacional de luta contra o VIH.
- b) Basear-se numa abordagem de saúde pública para aumentar o uso de medicamentos ARV no quadro de uma prestação de cuidados acessíveis, pertinentes, humanizados, contínuos e integrados.
- c) Contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde.

- d) Respeitar o contexto epidemiológico, a disponibilidade de recursos, a organização e capacidade do sistema de saúde.
- e) Promover um ambiente que proteja os direitos humanos, prevenindo o estigma e a discriminação na prestação de serviços, descriminalizando o comportamento das pessoas e promovendo a igualdade e equidade de género.
- f) Promover o empoderamento das PVVIH e o seu maior envolvimento nas decisões relativas à prevenção, atendimento, tratamento e seguimento.

2 - O diagnóstico da infeção VIH

2.1 Introdução

O compromisso de Cabo Verde é que até 2024, 95% de todas as pessoas que vivem com o VIH saberão o seu estatuto em relação à infeção. Em 2019 estimava-se em 4764 PVVIH em Cabo Verde dos quais 2587 (54,3%) conheciam o seu estatuto encontrando-se registados para seguimento e tratamento numa estrutura de saúde.

O principal objetivo dessas diretrizes é encorajar um maior compromisso nacional para implementação de serviços de rastreio do VIH eficazes e eficientes como um elemento vital da política nacional de resposta ao VIH.

2.2 Diagnóstico da infeção VIH numa epidemia em mudança

O diagnóstico da infeção VIH é a porta de entrada para os serviços que devem ser fornecidos incluindo aconselhamento (informações pré-teste e aconselhamento pós-teste), prevenção, tratamento,

cuidados e coordenação com outros serviços clínicos e de laboratório.

Os objetivos gerais dos serviços de diagnóstico da infecção VIH são:

- a) Identificar as PVVIH fornecendo serviços de teste de alta qualidade para indivíduos, casais e famílias;
- b) Vincular efetivamente os indivíduos e suas famílias aos serviços de prevenção, tratamento, cuidados e apoio conforme o seu estatuto em relação à infecção VIH; e
- c) Apoiar o alargamento da cobertura de intervenções para reduzir a transmissão do VIH assim como a morbilidade e mortalidade relacionadas.

Todos os serviços de diagnóstico da infecção VIH devem ser prestados obedecendo às regras de consentimento, confidencialidade, aconselhamento, resultados corretos dos testes e conexão ou vínculo com os serviços de prevenção, tratamento e cuidados. Um ambiente propício que remova barreiras como estigma, discriminação e criminalização do comportamento, que facilite o empoderamento das comunidades e que previna a violência são importantes para aumentar o acesso e aceitação de serviços de diagnóstico da infecção VIH.

2.3 Criação de demanda

A criação de demanda para aumentar a aceitação de serviços de diagnóstico da infecção VIH é uma ferramenta valiosa para mitigar o estigma, a discriminação e a criminalização do comportamento.

Muitas estratégias de criação de demanda foram avaliadas quanto ao seu potencial para aumentar a aceitação do teste de diagnóstico

da infecção VIH. As plataformas baseadas em evidências que demonstraram favorecer o aumento da demanda incluem intervenções de mobilização e de criação de demanda lideradas por pares e plataformas digitais, como vídeos curtos pré-gravados incentivando a realização de testes.

As abordagens que mostraram evidências de aumento da demanda incluem:

- a) Publicidade de atributos específicos de serviços de diagnóstico da infecção VIH;
- b) Mensagens-chave breves e aconselhamento por parte dos provedores (menos de 15 minutos);
- c) Mensagens durante o aconselhamento de casais que incentivam a testagem;
- d) Mensagens relacionadas à redução de riscos e empoderamento económico; e
- e) Mensagens motivacionais.

As evidências sugerem que as seguintes abordagens podem ser menos eficazes para a criação de demanda:

- a) Cartas de convite pessoais;
- b) Mensagens de conteúdo individualizadas;
- c) Aconselhamento focado na construção da relação entre o cliente e o conselheiro; e
- d) Mensagens de texto gerais, incluindo SMS.

2.4 Oferta de serviços de diagnóstico da infecção VIH

O aconselhamento pré-teste não é essencial não sendo recomendado pela OMS. Em vez disso, os programas devem fornecer informações concisas e relevantes que responda às dúvidas dos utentes.

Os serviços de saúde devem aproveitar todas as consultas de demanda espontânea para propor sistematicamente o rastreio da infecção VIH, com especial atenção para:

- As mulheres grávidas durante a primeira consulta pré-natal. Um segundo teste durante o terceiro trimestre, de preferência com <36 semanas de gestação, deve ser também oferecido.
- As pessoas que têm sexo ocasional com vários (as) parceiros (as) com estatuto serológico VIH desconhecido.
- As pessoas que demandam os serviços de saúde por IST independentemente de o paciente relatar qualquer comportamento específico de risco para o VIH;
- As pessoas com maior risco de infecção VIH, incluindo gays, bissexuais e outros HSH sexualmente ativos, profissionais do sexo e seus clientes. Nestes grupos o rastreio da infecção VIH deve ser oferecido pelo menos uma vez por ano. Podem ser considerados os benefícios de oferta de rastreio mais frequente (por exemplo, a cada 3-6 meses) para aqueles com risco aumentado de adquirir VIH.

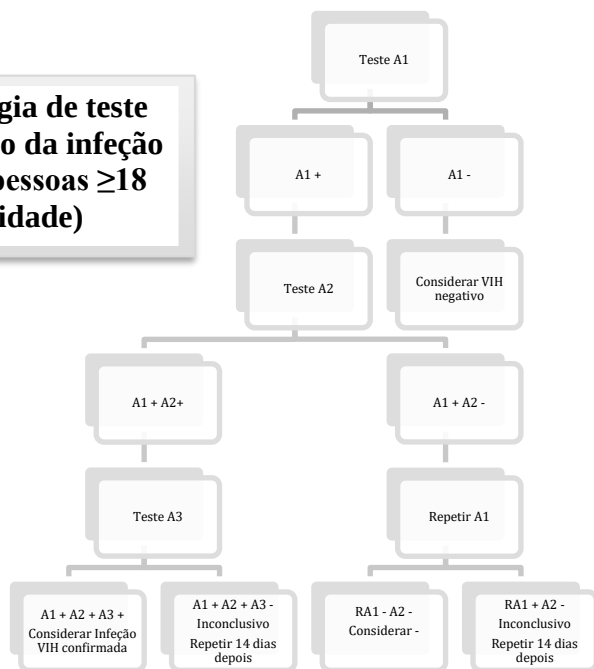
2.5 Mantendo a precisão e confiabilidade do diagnóstico da infecção VIH

Proporcionar um diagnóstico correto o mais rápido possível, é fundamental para todos os serviços de diagnóstico da infecção VIH.

O diagnóstico preciso permite que pessoas recém-identificadas vivendo com o VIH possam iniciar o TARV mais cedo, o que traz benefícios imediatos para sua saúde e para a saúde de seus parceiros e da comunidade.

A OMS recomenda, para os países com prevalência inferior a 5%, para o diagnóstico preciso da infecção VIH para crianças com mais de 18 meses, adolescentes e adultos a utilização de um algoritmo que combine três testes imuno enzimáticos consecutivos (RDT ou EIA) que, quando usados em conjunto, alcançam valor preditivo positivo $\geq 99\%$ (ver Fig.1)

Fig. 1. Estratégia de teste para diagnóstico da infecção VIH 1 (entre pessoas ≥ 18 meses de idade)

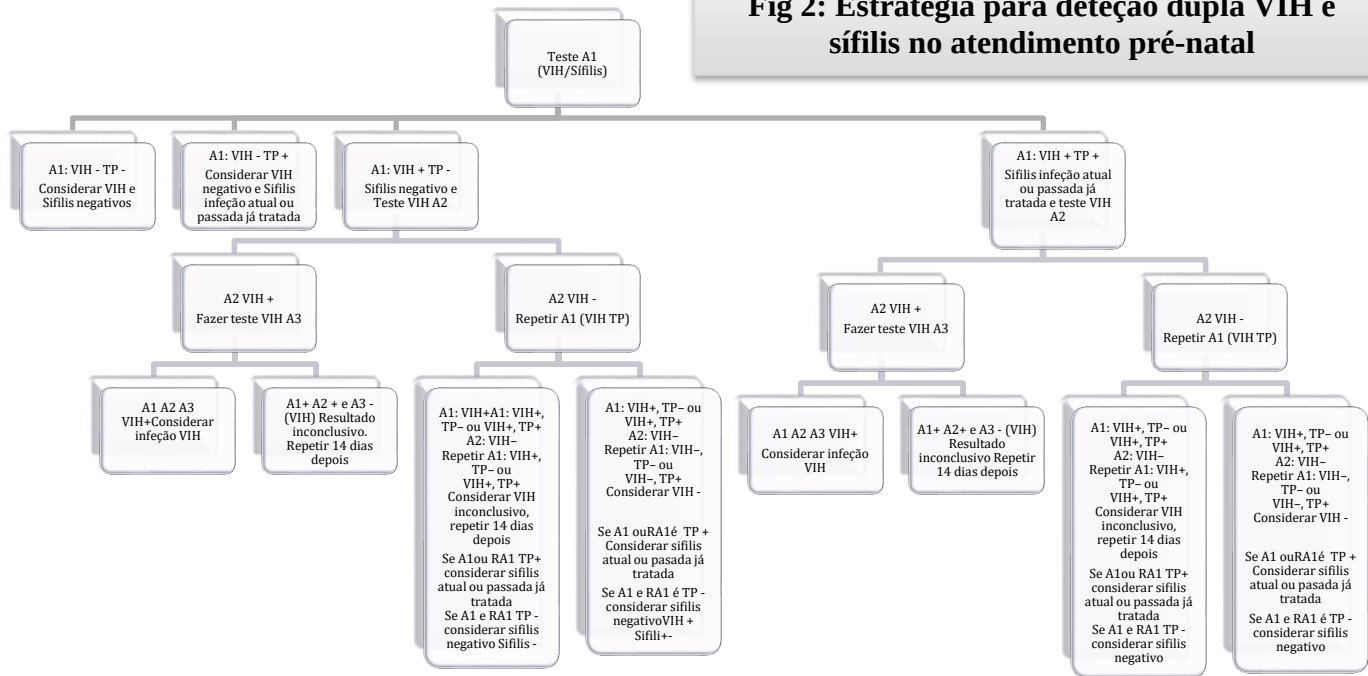


A1: Ensaio 1 (primeiro teste); A2: Ensaio 2 (segundo teste); A3: Ensaio 3 (terceiro teste). Ensaio (teste) são testes de diagnóstico rápido de VIH (RDTs) ou imunoenaios enzimáticos (EIA).

Usar uma combinação de testes com sensibilidade $\geq 99\%$ e especificidade $\geq 98\%$. O primeiro teste da estratégia deve ter a maior sensibilidade, seguido de um segundo e terceiro testes de maior especificidade.

Em todos os contextos, os testes de diagnóstico rápido duplo para o diagnóstico da infecção VIH e sífilis podem ser oferecidos como o primeiro teste no atendimento pré-natal. No entanto o uso do teste duplo deve ser evitado nas mulheres, com infecção VIH sob TARV; já diagnosticadas e tratadas para sífilis durante a gravidez atual; e como teste de repetição para diagnóstico do VIH.

Fig 2: Estratégia para detecção dupla VIH e sífilis no atendimento pré-natal



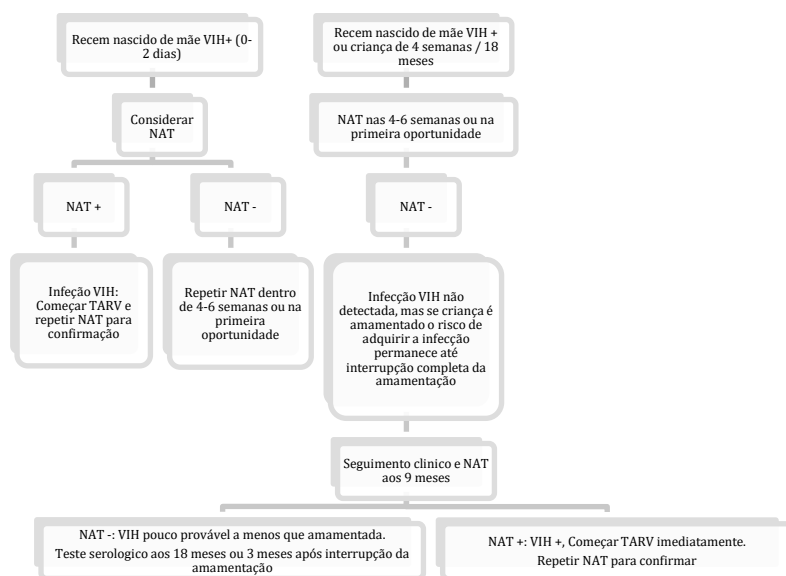
TP: Treponema pallidum. A1 Teste rápido duplo de VIH/sífilis. A2 e A3 são RDTs ou EIA - VIH. Ao resolver resultados discrepantes, todos os TP reativos (sífilis), incluindo A1 TP+ ou RA1 TP+, devem ser encaminhados para tratamento e testes adicionais de acordo com diretrizes nacionais. Ao resolver resultados discrepantes, se A1 e RA1 forem ambos os resultados não reativos de TP, considerar sífilis-negativo

2.6 Diagnóstico da infecção VIH em recém-nascidos e crianças

Contexto

O diagnóstico precoce do VIH e retorno imediato dos resultados para um início rápido do TARV são essenciais porque a mortalidade no primeiro ano de vida é muito alta entre crianças não tratadas que vivem com o VIH.

A infecção pelo VIH entre os recém-nascidos só pode ser confirmada com testes virológicos. Isso ocorre porque os anticorpos da mãe contra o VIH transmitidos através da placenta podem persistir na criança até os 18 meses de idade, impossibilitando o uso de testes serológicos. O uso de um teste de amplificação de ácido nucleico (NAT) no nascimento ou próximo (0-2 dias) pode melhorar a identificação rápida da infecção VIH e o início do tratamento.



2.7 Serviços pós-teste e ligação à prevenção, tratamento e outros serviços

A vinculação a serviços apropriados após o diagnóstico da infeção VIH é um componente-chave de serviços abrangentes devendo incluir:

- Mensagens de aconselhamento claras e concisas;
- Encaminhamento e oferta de atendimento médico no mesmo dia em que o diagnóstico laboratorial é feito em vista de início rápido de TARV; e
- Encaminhamento para prevenção, cuidados, apoio e outros serviços relevantes do VIH.

3 - Prevenção do VIH

3.1 Prevenção combinada

Os programas de prevenção combinada usam métodos biomédicos e comportamentais baseados em evidências e intervenções estruturais com maior impacto possível na redução do número de novas infeções.

Os medicamentos ARV desempenham um papel fundamental na prevenção do VIH. As PVVIH sob TARV que apresentam carga viral <200 cópias/ml praticamente não transmitem o VIH para parceiros sexuais. Também a profilaxia pós-exposição (PEP) com recurso a medicamentos ARV, é altamente eficaz na prevenção da aquisição da infeção VIH.

Outras intervenções biomédicas que reduzem o risco de infeção VIH e/ou a probabilidade de transmissão da infeção incluem:

21

- Preservativos masculinos e femininos e lubrificante compatível com preservativos.

Estima-se que os preservativos masculinos reduzem a transmissão heterossexual em pelo menos 80% e oferecem 64% de proteção no sexo anal entre homens que fazem sexo com homens, se usados de forma consistente e correta. Existem menos dados disponíveis sobre a eficácia dos preservativos femininos, mas as evidências sugerem que eles podem ter um efeito de prevenção semelhante.

- Redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis, fornecido através de uma série de intervenções e serviços:
 - Programas de agulhas e seringas são altamente eficazes na redução da transmissão do VIH e da hepatite C pelo uso de drogas injetáveis.
 - A terapia de substituição de opiáceos com metadona é a forma mais eficaz de tratamento para dependência de opiáceos e tem o benefício adicional de reduzir efetivamente a transmissão do VIH pelo uso de drogas injetáveis. A terapia de substituição de opiáceos também é eficaz na melhoria da captação e adesão ao TARV para pessoas dependentes de opiáceos.
 - Gestão da *overdose* com distribuição comunitária de naloxona para prevenir mortes por overdose de opiáceos.

22

- Circuncisão masculina voluntária.

Três ensaios controlados randomizados e estudos realizados entre 1986 e 2017, mostraram que a circuncisão masculina médica voluntária reduziu o risco de aquisição heterossexual do VIH em cerca de 60%. Outros benefícios da circuncisão masculina médica incluem o risco reduzido de outras infeções sexualmente transmissíveis entre as mulheres e homens, incluindo o papiloma vírus humano, a causa do câncer do colo do útero.

- Informação e educação direcionadas.

São programas que usam várias abordagens de comunicação, como educação sexual abrangente baseada na escola, aconselhamento e aconselhamento a nível comunitário e interpessoal (incluindo intervenções breves) para divulgar mensagens. Está crescendo o

reconhecimento de que as *Mídias* sociais e a tecnologia móvel são ferramentas importantes que podem ser integradas em programas de prevenção do VIH e podem ser particularmente críticos para informar e fornecer serviços de prevenção a populações-chave.

- Intervenções para remover as barreiras estruturais ao acesso aos serviços.

Podem aumentar o acesso, a aceitação e a adesão à prevenção, bem como serviços de rastreio e tratamento. Tais intervenções abordam o ambiente social, legal e político, incluindo reformas legislativas para a descriminalização do comportamento (como uso de drogas e sexo homossexual) e do trabalho sexual para reduzir o estigma e discriminação (inclusive no setor da saúde), promovendo a igualdade de género e prevenindo a violência baseada no género e violência contra populações-chave, problemas económicos e sociais, acesso à escolaridade e intervenções de apoio destinadas a melhorar a adesão ao TARV e mobilização da comunidade.

3.2 Profilaxia pós exposição

A profilaxia pós exposição deve ser oferecida e iniciada o mais cedo possível para todos os indivíduos com exposição com potencial para transmissão do VIH, preferencialmente dentro de 72 horas.

A avaliação de elegibilidade deve ser baseada no *status* VIH da fonte sempre que possível e pode incluir a consideração da prevalência de antecedentes e padrões epidemiológicos locais.

As exposições aos seguintes fluidos corporais podem justificar a profilaxia pós exposição do VIH: sangue, saliva manchada de sangue, leite materno, secreções genitais; líquido cerebro-raquidiano, líquido amniótico, peritoneal, sinovial, pericárdico ou pleural.

Embora esses fluidos tenham um alto risco de infeção pelo VIH esta lista não é exaustiva. Todos os casos devem ser avaliados clinicamente, e os profissionais de saúde devem decidir se a exposição real constitui um risco significativo.

Um regime de profilaxia pós exposição para o VIH com dois fármacos ARV é eficaz, mas o regime com três fármacos deve ser privilegiado.

- Adultos e adolescentes: Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (regime preferencial)
- Crianças: Zidovudina + Lamivudina é recomendado como o regime de base preferencial para crianças de 10 anos ou menos.

24

Abacavir + Lamivudina ou Tenofovir + Lamivudina (ou emtricitabina) podem ser considerados como regimes alternativos.

Dolutegravir é recomendado como o terceiro fármaco. O seu uso foi aprovado em junho de 2020 para todas as crianças maiores de 4 semanas pesando mais de 3kg e disponível com comprimidos dispersíveis que podem ser facilmente administrados para todas as crianças com peso inferior a 20kg. Para crianças com peso mais de 20 kg, podem ser usados comprimidos de 50 mg revestidos por película.

A profilaxia pós exposição não é indicada quando: (i) o indivíduo exposto já é VIH positivo; (ii) se estabelece que a fonte é VIH negativa; e (iii) exposição a fluidos corporais que não representam um risco significativo: lágrimas, saliva não manchada de sangue, urina e suor.

Nos casos que não requerem profilaxia pós exposição a pessoa exposta deve ser aconselhada sobre a limitação de risco de exposição futura. Embora o teste de VIH não seja obrigatório, ele pode ser oferecido se desejado pela pessoa exposta.

3.3 Prevenção transmissão vertical mãe-filho

A identificação da gestante infetada e o seu acesso a uma intervenção terapêutica adequada são fundamentais para diminuir o risco de transmissão mãe filho. Consequentemente é fundamental que a mulher seja conhecedora do seu estado em relação a infecção pelo VIH, para que lhe seja possível:

A gravidez constitui uma indicação absoluta para iniciar (ou manter) um esquema de TARV.

25

- Beneficiar do tratamento ARV e da profilaxia das infecções oportunistas que lhe melhorem a qualidade e lhe prolonguem a vida;
- Tomar decisões esclarecidas sobre o seu futuro reprodutivo;
- Reduzir o risco de transmissão materna do vírus, nomeadamente com a intervenção terapêutica durante a gestação e o parto, e não amamentando.

Esta informação é ainda decisiva para o diagnóstico precoce da infecção VIH no recém-nascido.

Embora a profilaxia com Zidovudina reduza significativamente o risco de transmissão perinatal da infecção, o tratamento ARV com associação de vários fármacos permite reduzir o risco de transmissão vertical para valores abaixo dos 2% e constitui um dos maiores sucessos terapêuticos alcançados na era da SIDA.

Assim o TARV deve ser iniciado com urgência em todas as mulheres grávidas e lactantes vivendo com o VIH, mesmo que sejam identificadas no final da gravidez ou pós-parto, porque reduzir carga viral materna se trata da maneira mais eficaz de prevenir a transmissão vertical do VIH.

3.3.1 Indicação da via de parto em gestantes que vivem com o VIH

Para gestantes sob TARV e com carga viral indetetável a via de parto vaginal é a indicada caso não haja indicação de cesariana por outro motivo.

Em mulheres com carga viral desconhecida ou > 1000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesariana eletiva a partir da 38ª semana de gestação é indicada.

Em mulheres com carga viral <1000 cópias/ml, mas DETECTÁVEL, pode ser realizado parto vaginal, se não houver contraindicação obstétrica. No entanto, o serviço deve estar ciente de que essa mulher tem indicação de receber AZT intravenoso

Não se recomenda a cesariana eletiva em gestante com carga viral <1000 cópias/ml para prevenir a transmissão vertical do VIH, não havendo indicação obstétrica que justifique.

3.3.2 Cuidados específicos durante o parto vaginal

- Assim como na gestação, estão contraindicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto (amniocentese, cordocentese, amniotomia, precoce e monitorização fetal invasiva durante o trabalho de parto).
- O parto instrumentalizado deve ser evitado; porém, quando indicado, o fórceps deve ser preferido ao vácuo-extrator. A aplicação do fórceps (ou vácuo-extrator) só será admitida se houver uma indicação obstétrica que supere os riscos maiores de infecção da criança pelo procedimento.
- Havendo condições favoráveis para o parto vaginal e estando este indicado, iniciar o AZT ev logo que a parturiente chegar ao serviço em trabalho de parto, conforme o protocolo estabelecido, e manter a infusão até a ligadura do cordão umbilical.
- Diante da integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução.
- O trabalho de parto deve ser monitorizado cuidadosamente, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma).
- Deve-se evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota por tempo prolongado, visto que a taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após 4 (quatro) horas de bolsa rota.
- O uso de medicamentos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, devendo seguir os padrões de segurança já conhecidos.

- A amniotomia artificial deve ser evitada, a menos que extremamente necessária.
- A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão.
- A episiotomia só será realizada após avaliação cautelosa de sua necessidade. Sendo realizada, deverá ser protegida por compressas umedecidas com degermante (o mesmo utilizado para degermar a vagina e períneo durante o parto). Manter a episiotomia coberta pela compressa umedecida deve ser tarefa de um auxiliar, visto ser impossível para um único profissional dar assistência ao parto e evitar o contato direto do recém-nascido com a episiotomia.

3.3.3 Cuidados específicos da cesariana eletiva

27

- Confirmar a idade gestacional, a fim de evitar a prematuridade iatrogénica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina e ecografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana).
- A cesariana eletiva deve ser realizada a partir da 38ª semana de gestação, a fim de evitar a prematuridade, o trabalho de parto e a rutura prematura das membranas.
- Caso a gestante que tenha indicação para a cesariana eletiva inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesariana, se possível, após três horas de infusão.

- Sempre que possível, proceder ao parto empelicado.
- Ligar o cordão umbilical imediatamente após a retirada do recém-nascido e não realizar ordenha do cordão.
- Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno.

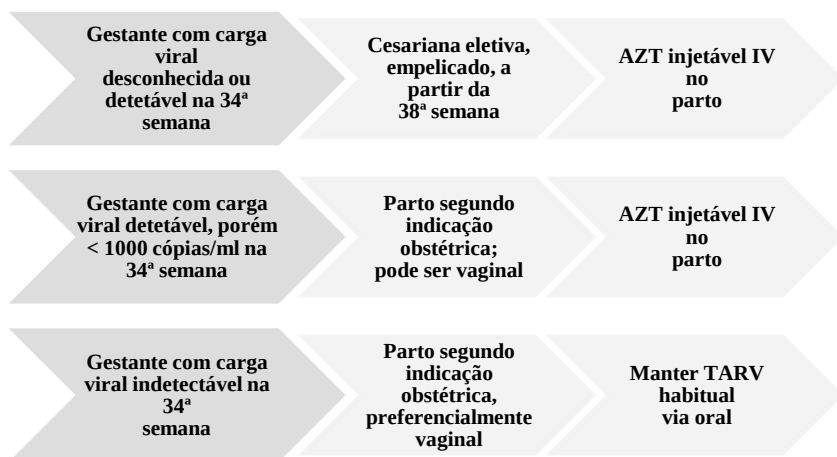
3.3.4 Indicação de AZT na prevenção da transmissão vertical do VIH durante o parto

O AZT injetável é indicado para a prevenção da transmissão vertical e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou até 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical.

28

Para as mulheres já em TARV, os ARV devem ser mantidos nos horários habituais, VO, com um pouco de água, mesmo durante o trabalho de parto ou no dia da cesariana programada.

Não é necessário uso de AZT profilático ev naquelas gestantes que apresentem carga viral indetetável após 34 semanas de gestação, e que estejam em TARV com boa adesão.



Fluxograma para administração de AZT ev profilático para gestante durante o parto

3.3.5 Esquema posológico de AZT injetável

A dose de ataque na primeira hora é de 2 mg/Kg, seguida de manutenção com infusão contínua de 1 mg/Kg, diluído em 100 ml de soro glicosado a 5%. A parturiente deve receber AZT ev desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical. A concentração não deve exceder 4mg/ml.

Dose de ataque (2mg/kg) na primeira hora		
Peso (Kg)	Qtde AZT (ml)	gotas/min
40	8	36
50	10	37
60	12	37
70	14	38
80	16	39
90	18	39
Manutenção (1mg/kg/hora) em infusão contínua		
40	4	35
50	5	35
60	6	35
70	7	36
80	8	36
90	9	36

3.3.6 Vigilância materna no pós-parto

A puérpera deve ter alta da maternidade com consulta agendada no serviço de saúde especializado, para seu acompanhamento e o da criança. O acompanhamento da mulher infetada pelo VIH após o parto deverá ser planeado de modo a garantir a continuidade dos cuidados médicos, sendo de sublinhar a avaliação no sentido de iniciar e/ou continuar/suspender o tratamento anti retrovílico.

É importante considerar que estes cuidados são médicos e, também, de apoio psicossocial, devendo englobar a mulher, o recém-nascido e, eventualmente, outros membros da família, o que implica muitas vezes uma coordenação de esforços, envolvendo cuidados multidisciplinares.

3.3.6.1 Maternidade: cuidados antes da alta

- É recomendado o alojamento conjunto em período integral, com o intuito de fortalecer o vínculo mãe-filho.
- Iniciar precocemente (ainda na maternidade ou na primeira consulta no ambulatório) o seguimento laboratorial em todas as crianças expostas (independentemente de serem pré-termo ou não), considerando a possibilidade de eventos adversos aos ARV utilizados pela mãe.
- Não é recomendado o aleitamento da criança por outra nutriz assim como o uso de leite humano com pasteurização domiciliar. Orientar a mãe a substituir o leite materno por fórmula láctea até a criança completar 6 meses de idade.
- Anotar no resumo de alta do recém-nascido as informações do pré-natal, as condições do nascimento, o tempo de uso do AZT

injetável na mãe, o momento do início do AZT xarope e da NVP no recém-nascido, dose utilizada, periodicidade e data de término, além das mensurações antropométricas, tipo de alimento fornecido à criança e outras informações importantes relativas ao parto. Essas informações deverão ser disponibilizadas ao Centro de Saúde que acompanhará a criança e a puérpera.

- A alta da maternidade é acompanhada de consulta agendada no centro de saúde para seguimento da criança exposta ao VIH. O comparecimento a essa consulta necessita ser seguido. Em caso de não comparecimento, contactar a puérpera. A data da primeira consulta não deve ser superior a 15 dias a contar do nascimento, idealmente na primeira semana de vida.

3.3.7 Cuidados com o recém-nascido exposto ao VIH na sala de parto e pós-parto imediato

31

- Sempre que possível, realizar o parto empelado, com a retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras.
- Clampear imediatamente o cordão após o nascimento, sem qualquer ordenha.
- Imediatamente após o nascimento (ainda na sala de parto), realizar o banho, preferencialmente com chuveirinho, torneira ou outra fonte de água corrente. Limpar com compressas macias todo sangue e secreções visíveis no recém-nascido. A compressa deve ser utilizada de forma delicada, com cuidado ao limpar as secreções, para não lesar a pele delicada da criança e evitar uma possível contaminação.

- Se necessário, aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido, evitando traumatismos das mucosas.
- Aspirar delicadamente o conteúdo gástrico de líquido amniótico (se necessário) com sonda oral, evitando traumatismos. Se houver presença de sangue, realizar lavagem gástrica com soro fisiológico.
- Colocar o recém-nascido junto à mãe o mais brevemente possível.
- Iniciar a primeira dose de AZT solução oral (preferencialmente ainda na sala de parto), logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento.
- Quando indicado, administrar a NVP o mais precocemente possível, antes das primeiras 48 horas de vida.

Uso de ARV - Gestante no pré-natal	Indicação de ARV - RN	Posologia de ARV para RN	Duração da profilaxia com ARV para RN
Uso de ARV no pré-natal e peri parto e carga viral <1000 cópias/ml no 3º trimestre	AZT vo	RN com 35 semanas ou mais de idade gestacional: 4mg/kg/dose de 12/12h RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h	6 semanas
Sem utilização de ARV durante a gestação, independentemente do uso de AZT peri parto; ou Uso de ARV na gestação, mas carga viral desconhecida ou > 1000 cópias/ml no 3º trimestre;	AZT (VO) associado a NVP (VO)	Posologia do AZT (VO) RN com 35 semanas ou mais de idade gestacional: 4mg/kg/dose de 12/12h RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose de 12/12h Posologia da NVP (VO) Peso de nascimento >2 kg: 12mg/dose (1,2ml) 1,5 a 2 kg: 8mg/dose (0,8mL) -<1,5kg: não usar NVP	6 semanas 1ª dose: até 48h de vida 2ª dose: 48h após 1ª dose 3ª dose: 96h após 2ª dose

Indicação de ARV para a criança exposta ao VIH para profilaxia da transmissão vertical do VIH

- Às 4-6 semanas devem iniciar a profilaxia da pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* com cotrimoxazol, o qual será mantido enquanto não estiver determinado o estado da criança em relação a infeção pelo VIH. Na criança infetada este é administrado durante todo o primeiro ano de vida.
- A profilaxia da transmissão vertical da hepatite B aos recém-nascidos de mães portadoras do HbsAg deverá ser realizada nas

primeiras 12 horas de vida com administração de imunoglobulina específica e primeira dose da respetiva vacina.

- Orientar a não amamentação e inibir a lactação. Orientar a mãe a substituir o leite materno por fórmula láctea até 6 meses de idade.
- O aleitamento misto também é contraindicado. Pode-se usar leite humano proveniente de banco de leite credenciado.

4 - O Tratamento antirretroviral

Compromissos de Cabo Verde até 2024:

95% das PVVIH que conhecem o seu estatuto serológico, iniciaram tratamento antirretroviral;

95% das PVVIH em tratamento antirretroviral tem carga viral indetetável.

34

4.1 Objetivos do tratamento

Clínicos – melhorar a qualidade e prolongar a vida diminuindo as co morbilidades associadas ao VIH;

Virológicos – diminuir a carga viral pelo maior tempo possível, até ao objetivo de ≤ 50 cópias/ml;

Imunológicos – restaurar a função imune, quer quantitativa, aumentando o número de linfócitos T CD4+, quer qualitativamente, permitindo a reconstrução de memória imunológica;

Epidemiológicos – diminuir a transmissão do VIH;

Terapêuticos – aplicar o esquema mais bem tolerado, proporcionar maior conforto ao doente, minimizar a toxicidade e aumentar a adesão, enquanto se mantêm disponíveis alternativas terapêuticas igualmente mais eficazes.

4.2 Abordagem inicial das PVVIH

Antes de as pessoas iniciarem o TARV, os profissionais de saúde devem informar, discutir com o paciente de forma clara e detalhada a prontidão para iniciar o TARV, a escolha do regime de medicamentos ARV, dosagem, benefícios da adesão, possíveis efeitos adversos, possíveis alterações clínicas e laboratoriais atribuíveis ao uso de ARV, possíveis profilaxias medicamentosas, agendamento das visitas de acompanhamento e seguimento necessárias.

Para crianças vivendo com o VIH, esta conversa deve envolver diretamente o encarregado de educação e incluir a discussão sobre a divulgação de seu estatuto em relação ao VIH.

35

Quando e como começar são decisões cruciais. Se um paciente iniciar o tratamento sem estar convencido da sua necessidade. Se não compreender adequadamente o esquema terapêutico proposto, há maior probabilidade de adesão inadequada e, conseqüentemente, maior risco de desenvolvimento de resistência, o que poderá limitar futuras opções de tratamento.

Quaisquer co morbididades e outros medicamentos em uso devem sempre ser considerados antes de iniciar o TARV para avaliar possíveis interações, contraindicações ou ajustes de dose. A contagem de linfócitos TCD4 deve ser solicitado quando se inicia o TARV para determinar se a pessoa tem doença avançada por VIH, mas o TARV não deve ser adiado pela espera do resultado.

A escolha de aceitar ou recusar o TARV é, em última análise, da pessoa ou do seu encarregado de educação. A prontidão para iniciar o TARV deve ser reavaliada em intervalos regulares eventualmente com apoio da comunidade e de pares. O apoio pode ajudar o doente a se preparar e decidir iniciar o TARV.

Se o doente tem outros problemas de saúde, faz uso de drogas ou outras barreiras potenciais ao início ou adesão ao TARV, suporte adequado deve ser fornecido. As pessoas que iniciam o tratamento e seus cuidadores devem ser informados de que o primeiro regime de TARV oferece a melhor oportunidade para supressão eficaz de cargas virais, recuperação imunológica e consequentemente benefício clínico e que o TARV bem-sucedido requer o uso de todos os medicamentos conforme prescrito.

Atrasos no início do TARV podem ter consequências negativas, especialmente para as pessoas com TB ou imunossupressão avançada que tem risco elevado de morte. As pessoas devem ser advertidas que muitos efeitos adversos são temporários e tratáveis e que as substituições podem muitas vezes ser feitas. Em preparação para iniciar tratamento, as necessidades psicossociais devem ser avaliadas.

Pessoas que recebem TARV e seus cuidadores também devem ser questionadas regularmente sobre quaisquer outros medicamentos que estejam a tomar, incluindo ervas, remédios e suplementos nutricionais. As pessoas que iniciam o TARV devem ser aconselhadas sobre sexo seguro, incluindo o uso de preservativos e evitando outras atividades de alto risco, como compartilhar equipamentos de injeção, para evitar a transmissão VIH para outras pessoas.

4.3 Maximizar as probabilidades de adesão ao TARV

Para melhorar a adesão ao tratamento é importante que o paciente participe ativamente com a equipa dos profissionais de saúde, a partir de uma boa comunicação, que é essencial para uma prática clínica eficaz. Para isso será útil:

- a) Conhecer o paciente: diz respeito a ter conhecimento dos seus problemas de saúde, condições clínicas, socioeconómicas, experiências anteriores e hábitos. Também envolve olhar com empatia e escutá-lo falar sobre questões subjetivas, que envolvem a perceção do problema de saúde, medos e angústias.
- b) Trabalhar a motivação: a equipa de saúde não é capaz de motivar um paciente, pois a motivação é um impulso interno, influenciado pelas interpretações individuais, que fazem agir de determinada forma para atingir objetivos próprios. No entanto, é possível estimular a motivação de alguém, o que deve ser um dos objetivos do atendimento.
- c) Identificar as barreiras comportamentais à mudança: discutir com o paciente sobre o que o impede de tomar determinadas atitudes e mudanças que fazem parte do seu tratamento, e refletir juntos sobre o que pode ser feito para transpor essas barreiras.
- d) Definir metas de forma colaborativa: o tratamento deve buscar a saúde, e, portanto, a autonomia do paciente. Desse modo, ele deve participar ativamente do processo, tomando as rédeas da situação. Os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores, apoiando e indicando os melhores caminhos.

- e) Usar uma linguagem adequada: a comunicação é imprescindível no atendimento de qualidade. Por isso é importante dar espaço para que o paciente possa se expressar, como também certificar-se de estar sendo bem compreendido. Evite utilizar jargões e palavras pouco usuais e esteja atento também ao atender pessoas com necessidades especiais, garanta a inclusão.
- f) Ser flexível: leve em consideração que cada pessoa tem um tempo e respeite o momento do seu paciente. Também lembre-se que as estratégias do tratamento que envolvem principalmente mudanças comportamentais não são imediatistas. Elas podem acontecer mais ou menos rapidamente. Isso vai depender de cada um. Perceber isso é também uma habilidade que vai sendo desenvolvida pelo profissional aos poucos.
- g) Facilitar o vínculo ao serviço de atenção primária e a integração dos cuidados: permitir o acesso do utente no mesmo momento às diferentes disciplinas que participam no atendimento: médico – síntese da avaliação do doente e conduta incluindo prescrição; laboratório – diagnóstico biológico da infecção e determinação carga viral; farmácia - dispensação de medicamentos prescritos; psicólogo – lidar com a descoberta da doença e promover o bem-estar e qualidade de vida do paciente, enfermeiro – educação, aconselhamento e cuidados; assistente social – apoio social e familiar e questões relacionadas com o processo saúde/doença, incluindo adesão ao tratamento.
- h) Facilitar a integração dos serviços: assegurar o acesso do utente aos diferentes níveis de prestação (atenção primária e cuidados hospitalares), sem entradas e saídas, a informação

acompanhando o utente e uma síntese de informação relativa ao paciente ao nível da atenção primária.

As PVVIH são, infelizmente, ainda vítimas em Cabo Verde de estigma, preconceito e discriminação fazendo com que vivam constantemente com medo de serem descobertas. Além disso, constata-se que a discriminação está presente inclusive entre profissionais da saúde e que romper o sigilo normalmente leva o paciente a abandonar o tratamento.

Portanto, preservar a privacidade e a confidencialidade das PVVIH é dever dos profissionais. Todos os profissionais de saúde e trabalhadores da área de saúde são responsáveis pela manutenção do sigilo da informação e face à legislação cabo-verdiana poderão ser punidos com divulgação indevida de informação relativa aos pacientes.

4.4 O que esperar nos primeiros 3-6 meses de TARV?

Embora o TARV seja um compromisso para toda a vida, os primeiros 3-6 meses são especialmente importantes. Melhoria clínica, imunológica e supressão da carga viral são esperados quando os indivíduos têm boa adesão terapêutica, mas infeções oportunistas e/ou síndrome inflamatória de reconstituição imune podem acontecer, bem como reações adversas precoces ao medicamento, como hipersensibilidade ao medicamento.

O TARV diminui significativamente a mortalidade geral, mas a mortalidade também é mais alta nos primeiros três meses de TARV entre pessoas com imunodeficiência grave (células CD4 $\leq$ 200 cl/mm³) e coinfeções, hemoglobina gravemente baixa ou desnutrição grave. A baixa adesão neste período também está

associada ao risco de falha precoce do tratamento e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos.

4.5 Quando iniciar o TARV?

Seguindo as recomendações da OMS, Cabo Verde preconiza o início do TARV para todas as PVVIH independentemente do estágio clínico da OMS e da contagem de linfócitos T CD4, o mais rapidamente possível após o diagnóstico da infeção.

- Adultos, adolescentes e crianças que vivem com o VIH sem sinais e sintomas da tuberculose: Sugerir início imediato do TARV após um diagnóstico VIH confirmado e avaliação clínica.
- Adultos, adolescentes e crianças que vivem com VIH com suspeita de tuberculose: Sugerir início imediato do TARV após um diagnóstico VIH confirmado e avaliação clínica e às PVVIH com sinais e sintomas sugestivos de TB.

40

Exceto para doença do sistema nervoso central (meningite), iniciar TARV enquanto se investiga rapidamente para TB, com acompanhamento próximo dentro de sete dias para iniciar o tratamento se a TB for confirmada.

- Adultos, adolescentes e crianças que vivem com o VIH associado a tuberculose (diagnosticado TB e HIV ao mesmo tempo): O TARV deve ser iniciado o mais rápido possível duas semanas após o início do tratamento da TB, independentemente da contagem de células CD4, entre as PVVIH.
- Adultos, adolescentes e crianças com VIH associado Meningite Tb (com confirmação clínica ou laboratorial): O TARV deve

ser adiado pelo menos quatro semanas (e iniciado dentro de oito semanas iniciar no máximo dentro de oito semanas) após o início do tratamento da meningite TB. Corticoterapia deve considerada adjuvante no tratamento da meningite tuberculosa.

- PVVIH com meningite criptocócica: O início imediato do TARV não é recomendado para adultos, adolescentes e crianças devido ao risco de aumento da mortalidade. O TARV deve ser adiado por 4-6 semanas, após início do tratamento antifúngico.
- PVVIH com infecção por histoplasmosse associada: O TARV deve ser iniciado o mais rápido possível entre as pessoas com histoplasmosse disseminada desde que o envolvimento do sistema nervoso central não é suspeito ou comprovado.

Considerações especiais

As **pessoas com doença avançada por VIH** devem ter prioridade para iniciar o TARV, uma vez que estão em alto risco de morte, principalmente se os recursos forem escassos. Essas pessoas devem ser avaliadas o risco ou a presença de infecções oportunistas, como tuberculose e meningite criptocócica, mas o TARV deve ser adiado apenas quando há suspeita de meningite ou outra infecção do sistema nervoso central.

Mulheres grávidas e lactantes Fornecer TARV a todas as mulheres grávidas e lactantes que vivem com VIH melhora a saúde da mulher, previne a transmissão vertical do VIH e previne a transmissão do VIH da mulher para um parceiro sexual.

Considerando que o TARV tem benefícios para a saúde de todos os adultos, a recomendação aplica-se tanto às mulheres que amamentam quanto as que não amamentam. As mulheres que

iniciam TARV ao longo da vida, especialmente aquelas com crianças pequenas, podem enfrentar desafios na busca de cuidados regulares e manutenção da adesão ao tratamento. Um esforço particular deve ser feito para assegurar uma abordagem holística da vida das mulheres.

Recém-nascidos e crianças pequenas que vivem com VIH têm alto risco de mortalidade, com até 52% de crianças nascidas com VIH morrerem antes dos dois anos de idade na ausência de TARV.

Aos cinco anos de idade, o risco de mortalidade e progressão da doença na ausência de tratamento cai para taxas semelhantes às observadas entre adultos jovens.

As crianças menores de cinco anos são consideradas portadoras de doença avançada por VIH e o TARV deve ser uma prioridade devido ao seu maior risco de morte e rápida progressão da doença.

42

Para recém-nascidos, o início nos primeiros sete dias de vida resulta em um tempo quatro vezes mais rápido para a supressão das cargas virais em comparação com o início entre oito e 28 dias de vida.

No entanto, o tratamento de lactentes a termo com duas semanas ou menos e lactentes prematuros é complexo devido ao limitado conhecimento sobre a farmacocinética e a dosagem adequada dos ARV. Trata-se de uma área que está sendo investigada ativamente.

4.6 Esquemas de TARV

VIH 1 (Primeira linha – esquema preferencial)	Comp.
Lamivudina+Tenofovir disoproxil fumarato + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1
VIH 1 (Primeira linha) alternativa 1	
(Emtricitabina+Tenofovir disoproxil fumarato) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1 + 1
VIH 1 (Primeira linha) alternativa 2	
(Lamivudina+Tenofovir disoproxil fumarato + Efavirenz) (300/300/400 mg) tabs	1
VIH 1 (Segunda linha – esquema preferencial)	
(Emtricitabina+Tenofovir disoproxil fumarato) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1+1
VIH 1 (Segunda linha) alternativa	
(Emtricitabina+Tenofovir disoproxil fumarato + Efavirenz) (200/300/600mg) mg tabs	1
VIH 1 (Terceira linha)	
(Abacavir+Lamivudina)+(Atazanavir/ritonavir); (600+300)mg+(300/100) mg tabs	1+1
VIH 1+2 (Primeira linha - preferencial)	
Lamivudina+Tenofovir disoproxil fumarato + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1
VIH 1+2 (Primeira linha) alternativa	
(Emtricitabina+Tenofovir disoproxil fumarato) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1+1
VIH 1+2 (Segunda linha)	
(Emtricitabina+Tenofovir)+(Atazanavir/ritonavir),(200+300) mg+(300/100) mg tabs	1+1
VIH 1+2 (Terceira linha)	
(Abacavir+Lamivudina)+(Lopinavir/ritonavir); (600+300) mg+(200/50) mg tabs	1+4
VIH 1 crianças < 6 anos (Primeira linha)	
(Abacavir+Lamivudina)+(Lopinavir+Ritonavir) (120/60mg)+(100/25mg)	2+4
VIH 1 crianças < 6 anos (Segunda linha)	
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (120/60mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1

VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Primeira linha)	
Lamivudina+Tenofovir disoproxil fumarato + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1
VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Segunda linha)	
(Emtricitabina+Tenofovir disoproxil fumarato) (200/300) mg tabs + (Lopinavir+Ritonavir) + (100/25mg) tabs	1+4
VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Terceira linha)	
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (600/300mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1
VIH 1+2 crianças < 6 anos (Primeira linha)	
(Abacavir+Lamivudina) + (Lopinavir+Ritonavir) (120/60mg) + (100/25mg) tabs	2+4
VIH 1+2 crianças < 6 anos (Segunda linha)	
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (120/60mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Primeira linha)	
Lamivudina+Tenofovir disoproxil fumarato + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Segunda linha)	
(Emtricitabina+Tenofovir disoproxil fumarato) (200/300) mg tabs + (Lopinavir+Ritonavir) + (100/25mg) tabs	1+4
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Terceira linha)	
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (600/300mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1

4.7 Seguimento da eficácia do tratamento

A abordagem preferencial para o seguimento da eficácia do TARV é a carga viral, que se recomenda para diagnosticar e confirmar a falência terapêutica.

O seguimento de rotina da carga viral pode ser realizado aos seis meses, aos 12 meses e depois a cada 12 meses, se o doente estiver sob TARV com boa adesão ao tratamento. Ver algoritmo de seguimento.

Avaliação da carga viral para detecção precoce de falência terapêutica: avaliar a carga viral 6 meses após o início do TARV, 12 meses após o início do TARV e depois anualmente

**Carga viral
 ≤ 50 cp/ml**

**Manter
TARV
iniciado**

**Carga viral > 50 -
 ≤ 1000 cp/ml**

**Fornecer aconselhamento de adesão
aprimorado; repetir o teste de carga
viral após 3 meses**

**Carga viral $>$
1000 cp/ml,**

**Carga
viral $\leq$
50
cp/ml**

**Manter
TARV**

**Carga viral > 50
- ≤ 1000 cp/ml**

**Manter o
regime de
TARV, mas
continue
aprimorando
aconselhamento
de adesão e
repetir o teste de
carga viral
após 3 meses**

**Carga viral
 > 1000
cp/ml,**

**Troque
para
regime
apropriado**

**Algoritmo para
seguimento da
eficácia do**

4.8 Seguimento da toxicidade dos ARV

ARV	Reação adversa	Fator de risco	Sugestão de conduta
ABC	Reação de hipersensibilidade	Presença do gene HLA-B*5701	Não usar o ABC em presença do gene HLA-B*5701. Substituir por AZT ou TDF.
ATV/r	Anomalias no ECG: prolongamento dos intervalos PR e QRS	Pessoas com doença do sistema de condução do coração pré-existente Uso concomitante de outras drogas que podem prolongar os intervalos PR ou QRS Síndrome do QT longo congénito	Use com cautela para as pessoas com doença de condução do coração preexistente ou que tomam fármacos que podem prolongar os intervalos PR ou QRS
	Hiperbilirrubinemia indireta (icterícia clínica)	Presença de enzima UDP-glucuronosiltransferase 1-1 (gene UGT1A1*28)	Fenómeno clinicamente benigno mas pode ser potencialmente estigmatizante. Substituir se adesão comprometida.
	Nefrolitíase	História de nefrolitíase	Substitua por LPV/r ou DRV/r. Se IPs potenciados com ritonavir são contraindicados e os NNRTIs falharam no TARV de primeira linha, considere substituir por INSTIs

ARV	Reação adversa	Fator de risco	Sugestão de conduta
AZT	Anemia, neutropenia	Anemia ou neutropenia prévias CD4 $\leq$ 200 cel/ mm ³	Substituir por TDF ou ABC
	Acidose lática ou hepatomegalia com esteatose severa Lipoatrofia Lipodistrofia Miopatia	Índice de massa corporal > 25 (ou peso >75 kg) Exposição prolongada a NRTIs	Substituir por TDF ou ABC
DTG	Hepatotoxicidade	Coinfeção hepatite B ou C Doença hepática	Substituir por outra classe de ARV: EFV ou PIs/r
	Reação de hipersensibilidade Insônia Aumento de peso Obesidade	Idade > 60 anos Baixo CD4 ou alta carga viral Uso concomitante de TAF	Considerar dose matinal ou substituir por EFV, PI/r ou RAL Seguimento do peso e promover medidas de contra obesidade tais como dieta e exercício físico. Se o aumento de peso for significativo apesar das medidas, considerar substituição por EFV ou PI/r

ARV	Reação adversa	Fator de risco	Sugestão de conduta
DRV/r	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Co infecção hepatite B ou C Uso concomitante de fármacos hepatotóxicos	Substituir por ATV/r ou LPV/r. Quando o doente está sob TARV de terceira linha as opções são muito limitadas
	Reações severas de hipersensibilidade da pele	Alergia a sulfamidas	Para a reação de hipersensibilidade substituir para ARV de outra classe terapêuticas
EFV	Toxicidade persistente do sistema nervosa central (vertigens, insónias, pesadelos) ou sintomas de doença mental (ansiedade, depressão e confusão mental)	Depressão ou outra alteração mental prévia Dosagem diurna	Para sintomas do sistema nervoso central, administrar ao deitar. Recomenda-se EFV 400 mg/dia ou um INSTI (DTG) se EFV 400 mg não for eficaz na redução dos sintomas
	Convulsões	Antecedentes de convulsões	
	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Co infecção hepatite B ou C Uso concomitante de fármacos hepatotóxicos	Para hepatotoxicidade grave ou reações de hipersensibilidade, substitua por outra classe terapêutica (INSTIs ou IPs/r)
	Reações severas de hipersensibilidade da pele	Fatores de risco desconhecidos	
	Ginecomastia	Fatores de risco desconhecidos	Substituir por outra classe terapêutica (INSTIs ou IPs/r)

ARV	Reação adversa	Fator de risco	Sugestão de conduta
LPV/r	Anomalias no ECG (prolongamento dos intervalos PR e QRS, <i>torsades de pointes</i>)	Doença do sistema de condução do coração prévia. Uso concomitante de outras drogas que podem prolongar os intervalos PR ou QRS Síndrome do QT longo congênito Hipo potassemia	Usar com cautela para as pessoas com doença do sistema de condução do coração prévia ou que estão tomando concomitantemente drogas que podem prolongar os intervalos PR ou QRS
	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Co infecção hepatite B ou C Uso concomitante de fármacos hepatotóxicos	Se LPV/r for usado em TARV de primeira linha para crianças, substituir por DTG em crianças com mais de quatro semanas e com peso mínimo de 3 kg. Se o DTG não estiver disponível ou for tolerado, o RAL pode ser considerado como alternativa. Se o DTG tiver sido usado em primeira linha ou não estiver disponível ou tolerado, o ATV/r ou o DRV podem ser considerados como alternativas
	Pancreatite	Doença VIH avançada Alcoolismo	Substituir por fármaco de outra classe terapêutica (INSTIs)
	Dislipidemia	Fator de risco cardiovascular como obesidade e diabetes	Substituir por fármaco de outra classe terapêutica (INSTIs)
	Diarreia	Fator de risco desconhecido	Substituir por atazanavir/r, darunavir/r ou INSTIs

ARV	Reação adversa	Fator de risco	Sugestão de conduta
RAL	Rabdomiolise, miopatia e mialgia	Uso concomitante de fármacos que aumentem o risco de miopatia e rabdomiolise incluindo estatinas	Stop TARV. Quando sintomas resolvidos, substituir por outra classe terapêutica (NNRTIs, PIs/r)
	Hepatite e insuficiência hepática Erupção cutânea grave e reação de hipersensibilidade	Fatores de risco desconhecidos	
TAF	Dislipidemia e aumento de peso	Sexo feminino Uso concomitante de DTG	Seguir o peso corporal e promover medidas anti obesidade (como dieta, exercícios físicos). Se houver aumento significativo apesar das medidas, considere a substituição de EFV ou IP/r

ARV	Reação adversa	Fator de risco	Sugestão de conduta
TDF	Doença renal crónica Afeção renal aguda Síndrome de Fanconi	Nefropatia de base Mais de 50 anos Índice de massa corporal < 18.5 ou peso inferior a 50 Kg em particular nas mulheres Diabetes não tratada Hipertensão não tratada Uso concomitante de fármacos nefrotóxicos ou IP/r	Substituir por AZT, ABC ou TAF Substituir por AZT or ABC ou TAF Não iniciar TDF se taxa de filtração globular < 50 ml/min, hipertensão não controlada, diabetes não tratada ou insuficiência renal
	Diminuição da densidade mineral óssea	História de osteomalacia (adultos) e raquitismo (crianças) e fratura patológica Fatores de risco para osteoporose ou perda de densidade mineral óssea Deficiência de vitamina D	
	Acidose láctica severa ou hepatomegalia com esteatose grave	Exposição prolongada a análogos de nucleosídeos Obesidade Doença hepática	

4.9 Principal interações dos ARV com outros fármacos e sugestões de conduta

ARV	Principal interações	Sugestão de conduta
TAF	Rifampicina	TAF 25 mg uma vez ao dia ainda pode fornecer concentrações suficientes de difosfato de tenofovir
TDF	Regimes contendo ledipasvir ou velpatasvir	Seguir os efeitos adversos associados ao TDF, incluindo disfunção renal, particularmente quando o TDF é prescrito concomitantemente com IPs/r
	Lítio	TDF: seguimento apertado da função renal
PI/r (ATV/r, DRV/r, LPV/r)	Rifampicina	Substituir rifampicina por rifabutina ou ajustar a dose de LPV/r ou (para crianças) substituir três NRTIs
	1HP (1 mês de isoniazida + rifampentina / dia)	Evitar a combinação Considerar alternativas EFV + DTG ou
	3HP (3 meses de isoniazida + rifampentina / semana)	Abordagem sem rifamicina como por exemplo isoniazida 1x dia
	Bedaquiline ou delamanida	Usar com precaução – risco de prolongamento do intervalo QT
	Lumefantrina	Potencial para aumento da exposição à lumefantrina Risco de prolongamento do intervalo QT em associação com ATV/r e LPV/r
	Metadona e buprenorfina	Ajustar as doses de metadona e buprenorfina
	Quetiapine	Se co administração imprescindível, diminuir dose de quetiapine para 1/6 da dose normal.
	Pimozida	Evitar combinação devido a sério risco de arritmia.
	Lítio, haloperidol, flufenazina	Risco de prolongamento do intervalo QT em associação com ATV/r e LPV/r
	Amlodipina	Considerar redução da dose de amlodipine em 50%

	Antidiabéticos (glibenclamida e gliclazida)	Ajustar dose de antidiabético
	Estatinas	Simvastatina: contraindicado pelo risco de rabdomiolise; usar como alternativa Atorvastatina: ajuste de dose é necessário; dose diária total deve ser limitada a 10 mg com ATV/r, 40 mg com DRV/r e 20 mg com LPV/r
	Contracetivos hormonais	Usar alternativas ou métodos contracetivos adicionais
	Fluticasona ou budesonida	Risco de síndrome de Cushing; usar como alternative corticosteroide (beclomethasone)
	Fármacos redutores de acidez	ATV/r: usar pelo menos 2 horas antes ou 1 hora depois da toma do antiácido Contraindicado concomitantemente com inibidores da bomba de prótons
DTG	Carbamazepina, fenobarbital e fenitoína	Use um agente anticonvulsivante alternativo (como ácido valpróico ou gabapentina)
	Rifampicina	Aumente o DTG para 50 mg duas vezes ao dia; evitar na presença de resistência da classe integrase. Continuar com a dosagem de DTG duas vezes ao dia em crianças por 2 semanas após o término do uso de rifampicina
	Rifapentina no tratamento da tuberculose latente (1HP or 3HP)	Não há evidência de que a mudança de dose de rifapentina ou DTG seja necessária para atingir exposições adequadas de DTG
	Metformina	Evite metformina em altas doses com DTG; ajustar a dose de metformina conforme apropriado
	Suplementos contendo cátions de Mg, Al, Fe, Ca e Zn	Use DTG pelo menos duas horas antes ou pelo menos seis horas depois de suplementos contendo cátions polivalentes, incluindo, mas não se limitando aos seguintes produtos: suplementos multivitamínicos de Fe, Ca, Mg ou Zn; suplementos minerais, laxantes contendo cátions e antiácidos contendo Al, Ca ou Mg. Seguir a eficácia antiviral

RAL	Carbamazepina, fenobarbital e fenitoina	Use um agente anticonvulsivante alternativo (como ácido valpróico ou gabapentina).
	Rifampicina	Aumente o RAL para 800 mg duas vezes ao dia (400 mg de RAL duas vezes ao dia pode ser usado com 3HP). Continuar com a dosagem de RAL duas vezes ao dia em crianças por 2 semanas após o término do uso de rifampicina
	Rifapentina em regimes de 1HP or 3HP	Nenhuma evidência de que a mudança de dose de rifapentina ou RAL seja necessária para atingir exposições adequadas de RAL
	Antiácidos	Antiácidos contendo Al ou Mg – não recomendados Antiácidos contendo Ca – não recomendados com RAL uma vez ao dia; sem ajuste de dose com RAL duas vezes ao dia
	Suplementos contendo Ca-, Fe- e Mg-ou multivitaminas	RAL duas vezes ao dia: ingestão separada em pelo menos quatro horas RAL uma vez ao dia: não recomendado
EFV	Bedaquilina	Evitar a combinação
	Amodiaquina, DHA/piperaquina	Use um agente anti malárico alternativo ou substitua o EFV por DTG
	Artemisinina ou lumefantrina	Usar agente anti malárico alternativo ou substituir EFV por DTG Risco de prolongamento do intervalo QT com ATV/r e LPV/r
	Metadona	Ajuste de dose de metadona
	Quetiapina	Ajuste de dose de quetiapina
	Contracetivos hormonais	Usar alternativas ou métodos contracetivos adicionais
	Amlodipina	Ajustar dose de amlodipina
	Simvastatina e atorvastatina	Ajustar dose de estatina
	Baixa dose de dexametazona (Covid 19)	Aumentar a dose de dexametazona (x2)

5 – Cuidados gerais e co infecções mais frequentes

O TARV reduziu a mortalidade e a morbidade associadas ao VIH transformando a infeção em uma doença crónica que requer cuidados ao longo da vida. Coinfecções e co morbidades, incluindo doenças físicas e condições de saúde mental e transtornos por uso de substâncias são comuns entre as PVVIH. A atenção integral ao VIH inclui a prevenção combinada do VIH, a promoção de saúde e bem-estar, manutenção da qualidade de vida, TARV e a prevenção e manejo de coinfeções e co morbidades.

5.1 Principais elementos de cuidados gerais ao longo do *continuum* de cuidados de PVVIH

Serviço	No momento do diagnóstico	No momento de inscrição e início de TARV	Durante o seguimento do TARV	Em caso de falência terapêutica e mudança de regime TARV	Após abandono
Cuidados gerais					
Preparar para TARV	X	X			
Antecedentes	X	X		X	X
Preparar, avaliar e apoiar a adesão	X	X	X	X	X
Medicação em uso		X	X	X	X
Gravidez, PF e contraceção	X	X	X	X	X
Apoio para notificação do parceiro	X	X			
Redução de risco e prevenção	X	X	X	X	X
Prevenção e gestão de DnT		X	X	X	X
Saúde mental, uso de substâncias e apoio psicossocial		X	X	X	X
Gestão de dor e outros sintomas		X	X	X	X
Avaliação nutricional e aconselhamento		X	X	x	X
Alimentação infantil	X	X	X	X	X
Avaliação do crescimento - crianças e adolescentes		X	X	X	X

Serviço	No momento do diagnóstico	No momento de inscrição e início de TARV	Durante o seguimento do TARV	Em caso de falência terapêutica e mudança de regime TARV	Após abandono
Prevenir e tratar co infecções					
Profilaxia com cotrimoxazol		X	X	X	X
Rastreio Tb		X	X	X	X
Profilaxia com isoniazida		X		X	X
Rastreio infecção criptocócica e profilaxia fúngica quando for apropriado		X			X
Rastreio hepatite B e C		X		X	X
Rastreio de inf sexualmente transmissíveis		X	X	X	X
Rastreio câncer colo do útero		X	X	X	X
Avaliação vacinação contra doenças preveníveis pela vacinação		X	X		X

5.2 Critérios para iniciar e descontinuar profilaxia com cotrimoxazol

População	Recomendações	
	Critérios para iniciar profilaxia com cotrimoxazol	Critérios para descontinuar profilaxia com cotrimoxazol
Adultos (incluindo grávidas) que vivem com o VIH	Iniciar para todos com doença avançada (WHO estadio clinico OMS 3 ou 4) ou CD4 $\leq$ 350 cels/mm3	Descontinuar para aqueles clinicamente estáveis com evidências de recuperação imunológica e supressão viral.
Crianças e adolescentes que vivem com o VIH	Iniciar independentemente do estadio clinico OMS ou do número da contagem de CD4 Como prioridade: iniciar para menores de 5 anos independentemente estadio clinico OMS ou do número da contagem de CD4 Iniciar para crianças com 5 anos ou mais com doença avançada (OMS estadio 3 ou 4) ou CD4 $\leq$ 350 cels/mm	Descontinuar para maiores de cinco anos clinicamente estáveis, com evidência de recuperação imune e/ou supressão de cargas virais em TARV
Crianças expostas ao VIH	Iniciar a partir das 4 -6 semanas após nascimento	Até que o risco de transmissão do VIH termine e a infeção pelo VIH seja excluída com teste apropriado para a idade
PV VIH e Tb	Iniciar para todos com Tb ativa independentemente do número de CD4	Até que os critérios de descontinuação para adultos ou crianças sejam alcançados

5.3 Tuberculose

As PVVIH devem ser sistematicamente rastreadas para tuberculose ativa a cada visita a uma unidade de saúde:

- Todos os adultos e adolescentes que vivem com o VIH e apresentem qualquer um dos sintomas: tosse, febre, perda de peso ou suores noturnos.
- Todas as crianças menores de 10 anos que vivem com VIH que sejam contato próximo de pessoa com tuberculose ou apresentem um dos sintomas: tosse, febre, baixo ganho de peso.

O quadro clínico da tuberculose é muitas vezes inespecífico e isoladamente não permite o diagnóstico preciso, exigindo testes bacteriológicos para todas as pessoas com sinais e sintomas da tuberculose. As opções de diagnóstico bacteriológico incluem a baciloscopia direta da expectoração e os testes de diagnóstico rápido moleculares que além de facilitarem um diagnóstico preciso e rápido podem também fornecer informações sobre eventual resistência a isoniazida e/ou rifampicina.

60

Tuberculose extra pulmonar

A tuberculose extrapulmonar é mais frequente entre as PVVIH e apresenta um alto risco de rápida deterioração clínica e morte especialmente entre as PVVIH com contagens de células CD4 mais baixas.

As formas mais comuns incluem TB ganglionar, (especialmente no pescoço ou nas axilas), pleural (geralmente derrame pleural unilateral) e TB disseminada (atingimento de vários órgãos). A TB pericárdica e

meníngea são formas menos frequentes de TB extrapulmonar, mas são aquelas que mais resultam em desfechos fatais.

O diagnóstico de TB extrapulmonar é desafiador. A falta de achados pulmonares não é incomum entre as PVVIH com doença avançada e a TB disseminada pode se manifestar como doença febril inespecífica.

A TB extrapulmonar pode ser suspeitada entre todas as PVVIH que apresentam TB. Além disso, sintomas que sugerem envolvimento de órgãos específicos, como falta de ar (derrame pleural ou pericardite), glândulas aumentadas no pescoço ou axilas (linfadenite) e dor de cabeça crónica ou estado mental alterado (meningite) deve levar a investigação adicional para tuberculose extrapulmonar.

A confirmação bacteriana é muitas vezes difícil devido à baixa sensibilidade da baciloscopia e dificuldade na obtenção de amostras de sítios extrapulmonares. Se possível, amostras extrapulmonares devem ser obtidas. Para pessoas com suspeita de meningite tuberculosa, o teste rápido de diagnóstico molecular é o preferido para o líquido cefalorraquidiano. Em caso de suspeita de linfadenite, o teste rápido molecular pode ser usado para testar amostras obtidas de biópsias de nodolos linfáticos ou de aspiração por agulha fina.

61

Tratamento

O início precoce do TARV entre pessoas com TB e VIH é fundamental para reduzir a mortalidade. O regime recomendado atualmente para TB sensível a medicamentos é um regime de seis meses contendo dois meses de isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol seguido de quatro meses de rifampicina e isoniazida.

Tuberculose latente

Uma vez excluída tuberculose ativa (ausência de tosse, febre, perda de peso ou sudorese noturna), adultos e adolescentes que vivem com VIH devem receber tratamento preventivo da tuberculose como parte de um pacote abrangente de atendimento ao VIH. O tratamento também deve ser oferecido às PVVIH sob TARV, a grávidas e para aqueles que já foram tratados para TB, independentemente do grau de imunossupressão e mesmo se o teste de detecção de TB latente não está disponível.

Bébés com menos de 12 meses de idade e crianças com idade ≥ 12 meses vivendo com VIH que não apresentam baixo ganho de peso, febre ou tosse atual e não tenham histórico de contato com pessoa com TB devem receber tratamento preventivo de TB independentemente da idade.

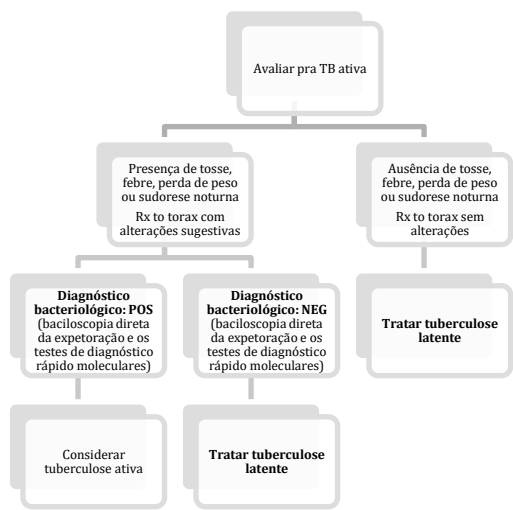
A ausência de quaisquer sintomas de TB e a ausência de alterações torácicas achados radiográficos podem ser usados para descartar TB ativa entre contatos domiciliares VIH negativos com idade ≥ 5 anos e outros grupos de risco antes da TB tratamento preventivo.

62

Opções de tratamento preventivo da tuberculose

As seguintes opções são recomendadas para o tratamento de TB latente independentemente do estadio da infeção VIH: Seis ou nove meses de isoniazida diária ou três meses regime diário de isoniazida mais rifampicina.

Algoritmo de decisão para tratamento de tuberculose latente



6 – Prestação de serviços

Este capítulo pretende fornecer diretrizes para a prestação de serviços de saúde em toda a cascata de cuidados, desde o teste de rastreio da infecção VIH até a supressão viral de longo prazo.

Em Cabo Verde, os dados recolhidos pelo Ministério da Saúde mostram que muitas PVVIH se desvinculam dos cuidados após terem iniciado o tratamento. A retenção a longo prazo nos cuidados é um desafio importante porque aqueles que se desligaram e pararam de tomar ARV correm maior risco de transmitir o VIH e de progressão para doença grave e morte.

6.1 Ligação do diagnóstico da infecção VIH à inscrição nos cuidados

As seguintes intervenções demonstraram benefícios na melhoria da ligação aos cuidados após o diagnóstico da infecção VIH e devem ser implementadas ao nível das Delegacias de Saúde:

- Reduzir o tempo entre o diagnóstico e envolvimento nos cuidados, incluindo ligação direta e aprimorada entre os diferentes serviços que intervêm na gestão dos casos nomeadamente a simplificação de procedimentos permitindo que o encaminhamento e atendimento em consulta médica seja no mesmo dia em que o diagnóstico de laboratório é feito.
- Limitar ao mínimo o pessoal que participa no processo sem prejuízo da qualidade e eficácia do tratamento.
- Formar e promover a participação de pares no aconselhamento e visitas domiciliares.
- Melhorar a qualidade das prestações, assegurando nomeadamente:
 - o pedido do exame de diagnóstico, o tratamento e o seguimento pelo mesmo médico;
 - a integração de serviços como por exemplo o fornecimento de TARV no atendimento da TB, de cuidados de saúde maternos, planeamento familiar, cuidados neonatais e infantis.

6.2 Prestação diferenciada de serviços

À medida que as diretrizes nacionais evoluíram para iniciar o TARV para todas as pessoas que vivem com VIH independentemente do estado clínico e imunológico, o atendimento das PVVIH têm sido desafiado a gerir um conjunto cada vez mais diversificado de necessidades das pessoas.

No atendimento das PVVIH, podemos considerar quatro grupos de pessoas com necessidades clínicas específicas:

- Indivíduos que se apresentam ou retornam aos cuidados com doença avançada pelo VIH;
- Indivíduos que se apresentam ou retornam aos cuidados quando clinicamente bem;
- Indivíduos estabelecidos em TARV; e
- Indivíduos em TARV mas em falência terapêutica.

A prestação de serviços diferenciados para o tratamento do VIH tem sido focado principalmente em pessoas clinicamente estáveis.

Reconhece-se a necessidade de adaptar os serviços para aqueles com doença

Critérios para determinar se uma pessoa está estabelecida em TARV

Sob TARV há pelo menos seis meses;

Nenhuma doença atual, excluindo outras doenças crônicas controladas;

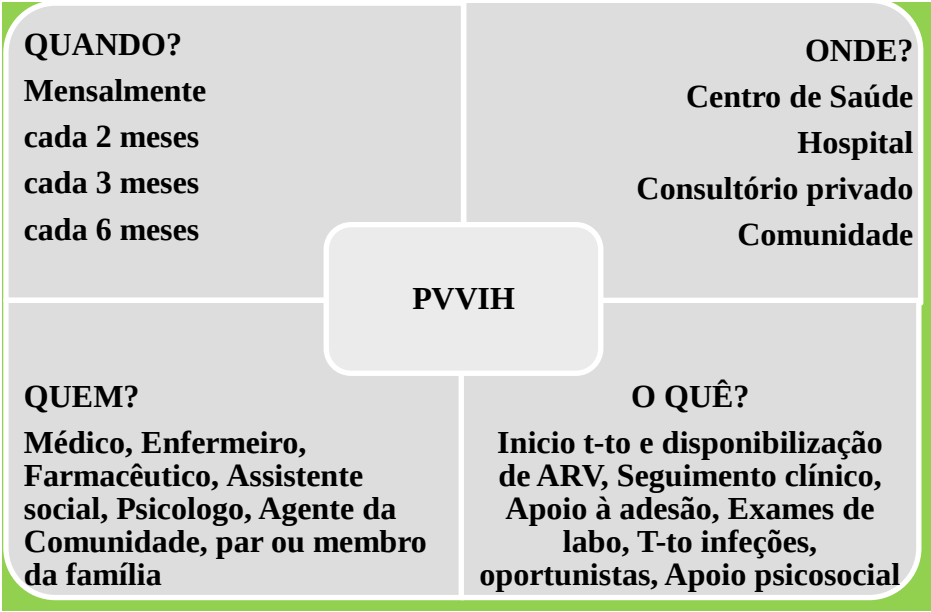
Boa adesão ao TARV; e

Evidência de sucesso do tratamento: pelo menos um resultado de carga viral não detetável nos últimos seis meses

avançada por VIH e co morbididades por meio de pacotes de atendimento simplificados e modelos diferenciados de atendimento;

Além de considerar as necessidades clínicas das pessoas, a prestação de serviços diferenciados para o VIH, o tratamento também deve considerar as populações específicas e os contextos.

A prestação de serviços diferenciados é baseado em quatro áreas de decisão. A prestação de serviços deve responder às questões de cada área de decisão para cada grupo específico de PVVIH.



6.3 Cuidados centrados nas pessoas

Investir em práticas de comunicação centradas nas pessoas, incluindo treinamento contínuo, orientação, supervisão de apoio e seguimento dos

profissionais de saúde, para melhorar as relações entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde.

O atendimento VIH deve:

- Fornecer cuidados focados e organizados em torno das necessidades, preferências e expectativas das pessoas e comunidades, mantendo dignidade e respeito individual, especialmente para as populações vulneráveis, e envolver e apoiar as pessoas e as famílias a desempenharem um papel ativo através de uma tomada de decisão informada;
- Oferecer serviços clínicos e não clínicos seguros, aceitáveis e apropriados com o objetivo de reduzir a morbi mortalidade associada ao VIH e melhorar a eficácia do TARV;
- Promover o uso eficiente e eficaz dos recursos.

67

Intervenções para melhorar o relacionamento entre os pacientes e prestadores de cuidados de saúde

- Formação dos prestadores de cuidados de saúde clínicos e não clínicos para melhorar o atendimento às populações-chave: – tanto em nível de atenção primária quanto comunitário, o que inclui questões relacionadas a estigma e discriminação;
- Oferta de aconselhamento individualizado de adesão e comunicação centrada no paciente: – como tomada de decisão compartilhada e planeamento para início e adesão à TARV;
- Participação ativa nos mecanismos de apoio social nomeadamente o Comité Municipal de Saúde.

6.4 Iniciar e manter a continuidade do TARV

O início rápido do TARV deve ser oferecido a todas as PVVIH (com prioridade para as pessoas com doença avançada) uma vez o diagnóstico confirmado e avaliação clínica feita.

O início rápido do TARV é definido como sendo dentro de sete dias a partir do dia do diagnóstico da infecção VIH.

6.4.1 Abordagens baseadas em evidências para apoiar o início do TARV no mesmo dia

	Estratégias dirigidas aos usuários (PVVIH)	Estratégias dirigidas aos profissionais de saúde	Estratégias dirigidas ao sistema de saúde
Antes do início do TARV	Reduzir os procedimentos adm para início do TARV	Formar os profissionais de saúde em matéria de início rápido do TARV	Reduzir o número de sessões pré TARV
	Reduzir procedimentos psicossociais pré TARV	Formar os profissionais de saúde em matéria de aconselhamento	Primeira sessão de aconselhamento no dia do rastreio VIH
	Melhorar o conteúdo do aconselhamento	Supervisão dos profissionais de saúde	Tempo/disponibilidade para as sessões de pré TARV
	Promover tomada de decisão partilhada	Feedback do desempenho dos profissionais de saúde	Agilizar o agendamento de consultas para iniciar o TARV
	Aumentar o tempo das sessões pré TARV	Fornecer instruções de procedimentos operacionais (SOP)	Fornecer o pacote inicial de TARV, sem espera na farmácia
	Acompanhamento durante a primeira sessão de TARV	Fornecer ferramentas de apoio à decisão (lista de verificação ou algoritmo)	Point-of-care CD4, TB - teste e diagnóstico
Após iniciar TARV	Lembretes de consultas		

	Acompanhamento e apoio inicial
	Aconselhamento pós início do TARV
	Aumento do tempo das sessões pós início do TARV

6.4.2 Frequência de consultas clínicas, dispensação de ARV e marcação de análises e outros exames complementares.

As PVVIH com boa adesão terapêutica e boa situação clínica podem ter agendamento para consultas cada 3–6 meses, preferencialmente a cada seis meses, se viável.

As consultas clínicas de rotina, a dispensação de ARV e a marcação de exames complementares de diagnóstico devem ser coordenadas para reduzir a frequência das visitas. Esta harmonização deve respeitar a escolha do paciente e garantir-lhe a ligação a outros serviços-chave, incluindo determinação de carga viral e outras investigações laboratoriais e dispensação de medicamentos para tratamento preventivo da TB e outras condições crónicas.

Deve-se levar em atenção a necessidade das crianças com mais de dois anos de ajustar a dose dos medicamentos com frequência e a necessidade que têm de comparecer aos serviços de saúde para atendimentos de rotina como a imunização.

Modelos adicionais de apoio comunitário devem ser considerados para determinados grupos com maior risco de não adesão e aqueles com maior risco como complicações da gravidez, membros de populações,

adolescentes e mulheres grávidas e puérperas, bem como indivíduos ou grupos que requerem cuidados especiais.

6.4.3 Apoio à adesão ao TARV

Intervenções de apoio à adesão devem ser fornecidas às PVVIH sob TARV. As seguintes intervenções demonstraram eficácia na melhoria da adesão e supressão de cargas virais:

- Aconselhamento por pares;
- Mensagens de texto de telefone celular;
- Terapia cognitivo-comportamental;
- Treinamento de habilidades comportamentais e treinamento de adesão à medicação; e
- Combinações de dose fixa e regimes de uma vez ao dia

70

6.5 Seguimento da adesão

A carga viral para o seguimento da eficácia do TARV deve ser complementada com abordagens personalizadas e sem julgamento para avaliar a adesão.

6.5.1 Retenção

O apoio comunitário às PVVIH deve ser facilitado para melhorar a retenção nos cuidados. A definição e dispensação de um pacote de intervenções baseadas na comunidade, a organização de clubes de adesão e atendimento diferenciado para pessoas de alto risco são intervenções ao nível da comunidade que demonstraram benefícios na melhoria retenção nos cuidados.

Grávidas

Durante a gravidez e durante o período pós-parto precoce, as mulheres necessitam de cuidados de saúde adicionais. Deve-lhes ser proporcionada as opções de receber TARV no atendimento VIH, no atendimento pré natal ou ainda no atendimento infantil.

Para as mulheres grávidas que vivem com o VIH, a transição dos cuidados pré-natais e cuidados maternos, neonatais e os serviços de saúde infantil ao atendimento TARV é um potencial ponto de perda de seguimento. Algumas intervenções baseadas na comunidade mostraram ser úteis para apoiar o processo de transição tais como o apoio de pares, sessões estruturadas de aconselhamento e lembretes por telefone.

Crianças

O sucesso do tratamento de crianças, especialmente crianças mais novas, requer que os encarregados de educação compreendam a importância da adesão e retenção no cuidado.

71

Vários fatores afetam a adesão e retenção nos cuidados, incluindo formulações apropriadas de medicamentos ARV, cuidados pediátricos centralizados, apoio psicossocial adequado e divulgação eficaz do estado de VIH às crianças.

Recomenda-se o apoio técnico especializado para uma divulgação adequada à idade para crianças. Outras soluções incluem: apoiar os encarregados de educação a comparecerem para acompanhamento regular, fornecendo aconselhamento de adesão e lembretes de compromissos e apoio psicossocial para abordar questões de estigma e medo.

Adolescentes

Visitas clínicas frequentes, medo do estigma, tempo gasto à espera de serviços e ter que faltar escola desencoraja o envolvimento dos adolescentes nos cuidados e pode levar à baixa adesão. Atitudes negativas dos profissionais de saúde, preocupações com privacidade e confidencialidade e oportunidades limitadas para discutir suas preocupações também atuam como barreiras para a retenção dos jovens.

Os jovens valorizam muito as intervenções dos pares. Os serviços de saúde amigos dos adolescentes devem ser implementados para melhorar a qualidade. Considerar:

- Prestação de serviços para adolescentes em horários específicos ou em áreas separadas com agendamento flexível sistemas que acomodam o horário escolar;
- Serviços abrangentes que atendem a múltiplas necessidades, incluindo psicossociais apoio e saúde sexual e reprodutiva; e

72

Homens

Em geral os homens tendem a ser menos conhecedores do seu estatuto em relação à infecção VIH, a ser diagnosticados mais tarde iniciando em consequência o TARV também em estadios mais avançados da doença.

São necessários pois esforços para testar mais homens tanto na população geral quanto nas populações-chave com particular atenção para os momentos de atendimento de infeções sexualmente transmissíveis, de confirmação ou suspeita de tuberculose, homens cujos parceiros têm VIH e homens que têm sintomas relacionados ao VIH ou condições indicadoras.

A desagregação sistemática dos dados por sexo é importante para permitir o seguimento das intervenções implementadas com vista a melhorar o acesso dos homens.

Populações-chave

Considerações específicas, especialmente em ambientes em que as pessoas são criminalizadas por causa de seu comportamento ou identidade, requer comunhão de entrega e opções baseadas em pares para apoiar a retenção nos cuidados.

6.5.2 Rastreamento e reengajamento nos cuidados

Devem ser implementadas intervenções para rastrear pessoas que se desvincularam dos cuidados e fornecer apoio para o reengajamento.

O apoio no reengajamento nos cuidados pode incluir intervenções direcionadas às PVVIH tais como contacto e acompanhamento no regresso aos cuidados por pares ou profissionais de saúde mas também intervenções direcionadas aos prestadores de cuidados de saúde e estabelecimentos de saúde (através de sistemas para alertar os prestadores de cuidados de saúde de que as pessoas se desligaram).

73

As intervenções podem incluir lembretes (como telefonemas ou mensagens de texto) assim como medidas tomadas para melhorar a confidencialidade.

Detalhes de contato confidenciais devem ser mantidos atualizados para garantir o rastreamento bem-sucedido, se e quando necessário.

Uma avaliação cuidada dos riscos deve ser feita previamente às medidas de rastreamento em particular quando se trata de pessoas vulneráveis. Por exemplo, as mulheres estão sujeitas a violência por parte dos

parceiros. É necessário que os profissionais de saúde tenham uma formação adequada nesta matéria.

Os critérios para rastreamento e *recall* devem considerar aqueles que estão sete ou mais dias atrasados para um compromisso agendado. Os seguintes grupos devem ser considerados com prioridade:

- Pessoas que iniciaram o tratamento nos últimos seis meses com doença avançada por VIH;
- Pessoas que não iniciaram o tratamento; e
- Pessoas com atraso superior a sete dias nas consultas clínicas ou exames laboratoriais.

Uma abordagem sem julgamento é essencial para apoiar as pessoas no retorno aos cuidados o que requer a redução das barreiras do sistema e a melhoria da comunicação interpessoal, desenvolvendo a capacidade dos prestadores de cuidados de saúde.

6.6 Serviços de laboratório

6.6.1 Introdução

A implementação das recomendações incluídas nestas diretrizes exigirá acesso a serviços de laboratório e diagnóstico de qualidade, com liderança e governança sólidas para permitir as seguintes atividades:

- Fortalecimento e expansão dos serviços de laboratório e diagnóstico;
- Funcionamento de sistema de referência;
- Melhoria de acesso ao diagnóstico VIH, incluindo diagnóstico infantil, CD4 e teste de carga viral;
- Apoio à expansão dos serviços de diagnóstico para incluir testes de rastreio nos pontos de atendimento;

- Formação de profissionais de saúde; e
- Implementação de procedimentos operacionais padronizados e supervisão.

6.6.2 Apoiar um sistema de transporte de amostras

Quando o teste de diagnóstico não estiver disponível no local de atendimento, os sistemas e procedimentos de transporte de amostras precisam ser fortalecidos para melhorar o acesso ao diagnóstico VIH, incluindo diagnóstico infantil, CD4 e teste de carga viral.

Um sistema de transporte de amostras integrado e eficiente requer condições de segurança e de regularidade para o transporte nomeadamente de sangue total, plasma, amostras secas de sangue e outros produtos biológicos com retorno de informação de forma rápida e confiável dos resultados do teste ao local de referência com vinculação aos cuidados. A comunicação informatizada deve ser considerada para transferir resultados de testes e reduzir os atrasos de comunicação de resultados. A integração de sistemas de referência de amostras pode ser uma consideração para alavancar aqueles já em uso e criar eficiência do sistema em todos os programas.

75

6.6.3 Melhorar o acesso ao diagnóstico da infecção VIH

Essas diretrizes recomendam o uso de várias técnicas para o diagnóstico e seguimento da infecção VIH, incluindo diagnóstico infantil, CD4 e teste de carga viral. Isso exigirá o fortalecimento contínuo dos serviços existentes e implementação criteriosa de serviços de supervisão, podendo envolver:

- O fortalecimento e integração do diagnóstico da infecção VIH nas redes existentes;

- Garantia que as instalações e laboratórios de saúde tenham infraestrutura adequada, recursos humanos com conhecimento técnico adequado, mecanismos de controlo de qualidade incluindo supervisão e seguimento da gestão e qualidade da cadeia de aprovisionamento; e
- Garantia da otimização dos equipamentos existentes para resposta a todas as necessidades, dando prioridade às pessoas com maior risco de morbilidade e mortalidade.

Nível de prestação de serviço	Serviço de laboratório	Ações de garantia de qualidade	Recursos humanos
Laboratórios de referência nacional Labs dos HC Lab do INSP	Imuno ensaios enzimáticos para diagnóstico Contagem de linfócitos TCD4 Tecnologias de diagnóstico molecular, incluindo carga viral e diagnóstico infantil Teste de resistência ao VIH Hematologia, bioquímica e microbiologia (microscopia e cultura)	Controlo de qualidade Formação e validação de capacidade de diagnóstico nos pontos de atendimento Diagnósticos de confirmação Supervisão, ações corretivas	Especialistas e técnicos superiores de laboratório Formadores Supervisores
Laboratório de nível regional Lab da DSSV Lab da DSP Labs dos Hospitais Regionais (S.Filipe, Assomada, Sal e Ribeira Grande SA) Hospitais locais	Testes de diagnóstico rápido de VIH Hematologia, bioquímica e microbiologia Colheita de sangue total incluindo transporte de amostras	No âmbito das atribuições do nível regional: Controlo de qualidade Formação e validação de capacidade de diagnóstico nos pontos de atendimento Diagnósticos de confirmação Supervisão, ações corretivas	Técnicos superiores de Laboratório

Centros de atenção primária	Testes rápidos de diagnóstico VIH Colheita de amostras incluindo transporte de amostras	Desempenho de qualidade	Profissionais de saúde especificamente treinados
Comunidade	Testes rápidos de diagnóstico de VIH Colheita de amostras incluindo transporte de amostras	Desempenho de qualidade	Profissionais de saúde especificamente treinados

7 - Seguimento e avaliação

O seguimento e a avaliação dos cuidados e tratamento do VIH ajudam a avaliar a eficácia e a aceitação das intervenções e estabelece ligações entre os serviços ao longo da cascata começando com o teste de diagnóstico de VIH e, posteriormente, ligando-se ao tratamento e cuidados para VIH e condições associadas.

78

À medida que o país implementa estas diretrizes, as estruturas de seguimento e avaliação precisarão coletar e analisar informações para apoiar a implementação e aceitação das recomendações.

Informações robustas para avaliar o funcionamento do programa de TARV são essenciais para identificar e caracterizar as lacunas e estrangulamentos no desempenho do programa e consequente resposta.

Ao considerar a melhor forma de coletar dados críticos do paciente e do programa, esforços devem ser feitos para rever os sistemas de seguimento atuais e vincular, nomeadamente, o seguimento da TB, TARV e condições relacionadas à doença avançada por VIH, incluindo indicadores de qualidade de atendimento relevantes para o surgimento e transmissão de VIH resistente a medicamentos (indicadores de alerta precoce de resistência aos ARV).

Pesquisas específicas podem ser consideradas quando os dados coletados por meio de sistemas de seguimento de rotina são insuficientes para responder a perguntas específicas ou se o sistema de seguimento de rotina não produzir informação confiável. Envolver a sociedade civil nas atividades de seguimento e avaliação também é fundamental para compreender os sucessos e fracassos, especialmente na avaliação dos determinantes, percepções, valores e experiências de PVVIH, populações-chave e comunidade no acesso e uso dos serviços.

Seleção de indicadores-chave

Os indicadores nacionais recomendados como essenciais para acompanhar o progresso em relação às metas nacionais são:

Objetivo estratégico	Domínio do Programa	Indicador	Meta	Definição
	Prevenção	Proporção de pessoas que frequentam a estrutura de saúde às quais foi dada informação sobre os modos de transmissão e de prevenção da infecção por VIH.	90%	Numerador: Número de pessoas que frequentam a estrutura de saúde às quais foi dada informação sobre os modos de transmissão e de prevenção de VIH. Denominador: total de pessoas que frequentam a estrutura de saúde no período.

		Proporção de pessoas que foi sensibilizada para a utilização do preservativo, como estratégia de sexo seguro e à qual foi assegurada a sua disponibilização	90%	Numerador: Total de pessoas que foi sensibilizada para a utilização do preservativo, como estratégia de sexo seguro e à qual foi assegurada a sua disponibilização Denominador: total de pessoas sexualmente ativas que frequentam a estrutura de saúde no período.
		Proporção de pessoas que foi exposta a risco elevado de transmissão de VIH e que foi submetida a PPE, quando indicado.	90%	Numerador: Número de pessoas que foi exposta a risco elevado de transmissão de VIH e que foi submetida a profilaxia pré-exposição. Denominador: Total de pessoas que foi exposta a risco elevado de transmissão de VIH no período.

		Proporção de PVVIH com elevada adesão ao TARV e carga viral indetetável há pelo menos 6 meses que foram informados sobre a fraca possibilidade de transmissão do VIH aos seus parceiros sexuais.	90%	Numerador: Número de PVVIH com elevada adesão ao TARV e carga viral indetetável há pelo menos 6 meses, que foram informados sobre a fraca possibilidade de transmissão do VIH aos parceiros sexuais Denominador: Total de PVVIH com elevada adesão à TARV e carga viral indetetável há pelo menos 6 meses
		Proporção Delegacias de Saúde que estabelecem protocolos de articulação com organizações de base comunitária, para o rastreio, diagnóstico, acessibilidade, adesão ao seguimento clínico e tratamento, cuidados continuados a PVVIH	70%	Numerador: Número de Delegacias com protocolos estabelecidos com organizações comunitárias; Denominador Total das Delegacias de Saúde
	Diagnóstico	Percentagem de pessoas que frequentam a estrutura de saúde que fazem testes e recebem resultados	90%	Numerador: número de pessoas que fazem teste e recebem resultados; Denominador: total das pessoas que frequentam a estrutura de saúde no período.

		Percentagem de populações chave que fazem testes e recebem resultados	90%	Numerador: número de populações chave que fazem teste e recebem resultados; Denominador: total das populações chave que frequentam a estrutura de saúde no período.
		Proporção de pessoas que vivem com VIH seguidas por equipas multidisciplinares na estrutura de saúde.	100	Numerador: Número de pessoas que vivem com VIH seguidas por equipas multidisciplinares; Denominador: total de pessoas que vivem com VIH da estrutura de saúde.
	TARV e carga viral	Proporção de pessoas em tratamento antirretroviral do total de todas as pessoas que vivem com VIH	90%	Numerador: Número de pessoas que vivem com VIH em tratamento antirretroviral; Denominador: total de pessoas que vivem com VIH.
		Percentagem de adultos e crianças que vivem com VIH em terapia antirretroviral que têm uma carga viral indetetável	90%	Numerador: Número de adultos e crianças que vivem com VIH em terapia antirretroviral com a carga viral indetetável. Denominador: total de adultos e crianças que vivem com VIH em tratamento.
		Proporção de pessoas com infeção por VIH (que não faleceram e não foram transferidos) que não recorreram à	95%	

		consulta nos últimos 12 meses e em que foi documentada tentativa de retenção nos cuidados de saúde		
	Prevenção da transmissão vertical	Percentagem de grávidas que conhece o seu estatuto em relação ao VIH.	98%	Numerador: Número de grávidas atendidas no pré-natal ou que deram a luz e na unidade de saúde, que foram testadas para VIH durante a gravidez, o trabalho de parto e/ou parto, ou aquelas que já sabiam que eram VIH+ na primeira consulta pré-natal Denominador: Número estimado de grávidas que deram a luz nos últimos 12 meses.
		Percentagem de grávidas que faz teste de sífilis nas consultas pré-natal.	98%	Numerador: Número de grávidas nas consultas de pré-natal que faz teste de sífilis; Denominador : Número de grávidas nas consultas de pré-natal no período.
		Percentagem de grávidas com VIH com a carga viral indetetável no momento de parto	80%	Numerador: número de gravidas com VIH com a carga viral indetetável no momento de parto Denominador: total de grávidas com VIH no período.

		Percentagem de bebés expostos ao VIH que foram testados para o VIH no decurso de 2 meses de vida.	100%	Numerador: Número de bebés expostos ao VIH que fizeram teste de VIH no decurso de 2 meses de vida; Denominador: Número estimado de mulheres seropositivas que deram à luz durante o período . Cabo Verde está em processo de generalização do acesso aos exames de Gene Xperts e M-Pima para cobrir todas as necessidades.
		Proporção de bebés expostos ao VIH que são seronegativos	99%	Numerador: Número de bebés expostos ao VIH que são seronegativos Denominador: Total de bebés expostos ao VIH
	VIH & TB	Proporção de pessoas infetadas por VIH em seguimento clínico a quem foi efetuado o rastreio de tuberculose latente.	90%	Numerador: Número de pessoas com infeção pelo VIH, em seguimento clínico a quem foi efetuado o rastreio de tuberculose latente. Denominador: total de pessoas com infeção pelo VIH em seguimento clinico na estrutura de saúde.

	Proporção de pessoas infectadas por VIH em seguimento clínico a quem foi efetuado o rastreio de infeção pelo VHB e VHC	90%	Numerador: Número de pessoas com infeção pelo VIH, em seguimento clínico a quem foi efetuado o rastreio de infeção pelo VHB e VHC Denominador: total de pessoas com infeção pelo VIH em seguimento clinico na estrutura de saúde.
	Proporção de pessoas infectadas por VIH em seguimento e com indicação clínica a quem foi efetuado tratamento da TBL, de acordo com as orientações nacionais atualizadas	85%	Numerador: Número de pessoas com infeção pelo VIH, com indicação clinica a quem foi efetuado o tratamento da TBL conforme as normas nacionais; Denominador: total de pessoas com infeção pelo VIH em seguimento clinico na estrutura de saúde com indicação de tratamento de TBL.
	Percentagem de doentes com Tuberculose seropositivos ao VIH (novos casos e recaídas) em terapia antirretroviral durante o tratamento da Tuberculose	100%	Numerador: novos doentes com Tuberculose seropositivos (novos casos e recaídas) em terapia antirretroviral durante o tratamento da Tuberculose; Denominador: total de doentes com Tuberculose seropositivos ao VIH

				(novos casos e recaídas) registados no ano.
	Psicossocial	Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, triadas relativamente às suas necessidades neurológicas e psicológicas	90%	Numerador: Número de pessoas com infeção pelo VIH, em seguimento clínico triadas relativamente às necessidades neurológicas e psicológicas Denominador: total de pessoas com infeção pelo VIH em seguimento clinico na estrutura de saúde.
		Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, triadas anualmente, em relação a sintomas de depressão e ansiedade	90%	Numerador: Número de pessoas com infeção pelo VIH, em seguimento clínico triadas anualmente em relação a sintomas de depressão e ansiedade; Denominador: total de pessoas com infeção pelo VIH em seguimento clinico na estrutura de saúde
		Proporção de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, com sintomas de depressão e ansiedade devidamente encaminhados para um terapeuta, ou	100%	Numerador: Número de pessoas com infeção por VIH, em seguimento clínico, com sintomas de depressão e ansiedade devidamente encaminhados para um terapeuta, ou psicólogo ou psiquiatra).

		psicólogo ou psiquiatra).		Denominador: Total de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico, com sintomas de depressão e ansiedade na estrutura de saúde.
		Proporção de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico, triadas relativamente ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas), bem como, comportamentos aditivos, atual e/ou nos relatos das primeiras consultas.	95%	Numerador: Número de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico, triadas relativamente ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas), incluindo álcool e tabaco, bem comportamentos aditivos atuais e ou nos relatos das primeiras consultas; Denominador: Total de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico, na estrutura de saúde.
		Proporção de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico, com consumos ativos, a quem é disponibilizada a referência e encaminhamento para Centro de tratamento especializado como ex: comunidade terapêutica, alcoólicos anónimos, Centros das ONG...), entre outros	90%	Numerador: Número de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico, com consumos ativos, a quem é disponibilizada a referência e encaminhamento para Centro de tratamento especializado (ex.; como ex: comunidade terapêutica, alcoólicos anónimos, Centros das ONG...) Denominador: Total de pessoas com infecção por VIH, em seguimento

				clínico com consumos ativos na estrutura de saúde.
		Proporção de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico que, após solicitação do próprio, foram referenciadas para consulta de psiquiatria e/ou psicologia.	100%	Numerador: de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico que, após solicitação do próprio, foram referenciadas para consulta de psiquiatria e/ou psicologia Denominador: Total de pessoas com infecção por VIH, em seguimento clínico, na estrutura de saúde que solicitaram consultas de psiquiatria e ou de psicologia.

Os indicadores devem incluir desagregação que permita identificar subpopulações, que podem ser descritas por área geográfica, idade, sexo, população chave e outras características importantes que requerem gestão ou serviços e assim possibilitar a avaliação do desempenho do programa e da equidade em termos de acesso e qualidade da prestação.

Avaliação

A resposta do setor da saúde ao VIH pode ser seguida por meio de uma cadeia de resultados

	Conhecer as necessidades da epidemia	Insumos vs necessidades	Resultados operativos vs planeado	Impacte vs esperado	Avaliação da eficácia e eficiência
					
Questões programáticas resolvidas	Identificar características chave da epidemia e projetar respostas	Avaliar a adequação de recursos, e assegurar alocação	Acesso, cobertura e qualidade das prestações	Eficácia das prestações	Determinar a diferença provocada pela resposta
Indicadores	Peso da doença: Prevalência Número estimado de PVVIH ...	Orçamento Recursos humanos Capacidades Recursos técnicos	Serviços prestados	Comportamentos que previnem a infeção Supressão da carga viral	Impacte: Incidência Mortalidade específica 89
	Dimensão dos grupos de risco Níveis de stigma e discriminação			Equidade de acesso	Estigma & discriminação
			Foco dos indicadores prioritários		

Recomendações para prevenir, seguir e responder à resistência aos ARV

Com o alargamento do TARV o surgimento de resistência significativa aos ARV tornou-se uma preocupação importante ameaçando a eficácia do TARV e não permitindo reduções sustentadas na morbilidade e mortalidade relacionadas ao VIH.

No contexto da implementação do Plano Estratégico os parceiros da luta contra o VIH em Cabo Verde devem trabalhar para planejar, orçar e implementar as ações a serem desenvolvidas para prevenir, seguir e responder à resistência aos ARV, nomeadamente:

- Desenvolver um plano de ação nacional sobre resistência aos ARV
- Seguir anualmente os indicadores de alerta precoce: (i) Número e percentagem de PVVIH sob TARV; (ii) Percentagem de PVVIH sob TARV que fizeram teste para determinação de carga viral; (iii) Percentagem de PVVIH sob TARV com carga viral < 200 cp/ml; e (iv) Percentual de pacientes com falência terapêutica que mudam para TARV de segunda linha em 90 dias
- Pesquisas periódicas de resistência adquirida aos ARV em populações sob TARV e pré-tratamento.

ANEXO I

FICHA CLÍNICA – VIH/SIDA

1ª consulta: () Data ____/____/____

CÓDIGO: _____

Identificação

Nome: _____

Idade: ____ anos; **Data de Nascimento:** ____/____/____; **Alcunha:** _____

Estado civil: _____; **Escolaridade:** _____; **Naturalidade:** _____

Profissão: _____; Local de trabalho: _____

Morada: _____

Telefone (s): móvel _____/_____; Fixo: _____ Telefone de familiar: _____

Diagnóstico

Tipo de VIH: 1 () 2 () 1+2 () Data de confirmação: _____/_____/_____

Local de confirmação

S. Antão			S. V ic e nt e	S.Nic olau		S al	B o a vi st a	M a i o	Santiago								Fogo		B r a v a
P	R	P	S	T	R	Sl	B	M	P	S	O	S	S	S	T	Sm	S	Mt	B
a	g	n	v	f	b		v	a	r	d	r	s	c	x	f		f		r

Fator de risco para VIH:

Sexual () Data provável de contágio: ____/____/____

Transfusão de sangue e derivados () Data provável: ____/____/____

Uso de drogas () Transmissão mãe-filho ()

Ocupacional () Data provável: ____/____/____

Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses: _____

Utilização de preservativo na última relação sexual: Sim () Não ()

Historia doença atual	Sim	Não	Data		Sim	Não	Data
Febre				Rash			
Cefaleias				Lesões na boca, ânus ou genitais			
Cansaço				Tosse			
Adenopatias: pescoço, axila, virilhas				Náuseas/vômitos			
Perda de peso				Diarreia			
Dor de garganta				Perda de memória			
Mialgias/artralgias				Depressão			
Suores				Outros distúrbios neurológicos			

Condições clínicas associadas à infecção por VIH	Sim	Não	Data(s)
Candidose oral/esofágica/ brônquica/pulmonar/traqueal			
Carcinoma cervical invasivo			
Citomegalovirose			
Criptocose extrapulmonar			
Demência associada a VIH			
Herpes simplex: úlcera mucocutânea crónica (> 1 mês) ou bronquite ou pneumonite ou esofagite			
Hiperplasia de parótida			
Histoplasmose disseminada ou extrapulmonar			
Infeções recorrentes das vias aéreas superiores			
Pneumonia a <i>Pneumocystis jiroveci</i>			
Pneumonia bacteriana recorrente (≥2 episódios em 12 meses)			
Sarcoma de Kaposi			
Septicemia recorrente a <i>Salmonella</i> sp (não tifóide)			
Síndrome de emaciação associada a VIH: perda involuntária de > 10% do peso corporal e diarreia crónica (≥2 defeções por dia durante ≥ 30 dias) ou astenia e febre ≥ 30 dias			
Toxoplasmose cerebral			
Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar			

História Patológica Progressiva/Antecedentes Pessoais		
		Data
Doenças mentais	Sim () Não ()	
Doenças pulmonares	Sim () Não ()	
Doenças cutâneas	Sim () Não ()	
Doenças cardiovasculares	Sim () Não ()	
Doenças gastrointestinais	Sim () Não ()	
Doenças urológicas	Sim () Não ()	
Doenças cirúrgicas	Sim () Não ()	
Internamentos	Sim () Não ()	

Obesidade? Não () Sim () Dislipidemia? Não () Sim ()
 Diabetes? Não () Sim () Hepatite B crónica? Não () Sim ()

Medicação em uso			
Antibacteriano	Sim () Não ()	Diuréticos	Sim () Não ()
Antitubercular	Sim () Não ()	Antidislipídemicos	Sim () Não ()
Anti hanseníase	Sim () Não ()	Anticoagulantes	Sim () Não ()
ARV	Sim () Não ()	Antiagregantes plaquetários	Sim () Não ()
Anti neoplásico	Sim () Não ()	Antiasmáticos	Sim () Não ()
Anti convulsionante	Sim () Não ()	Hormonas da tiroide	Sim () Não ()
Anti psicótico	Sim () Não ()	Insulinas/antidiab/orais	Sim () Não ()
Transtornos de humor	Sim () Não ()	Contracetivos horm	Sim () Não ()
Desordem bipolar	Sim () Não ()		
Antiarrítmicos	Sim () Não ()		
Cardiopatía isquémica	Sim () Não ()		
Anti-hipertensivos			

História gineco-obstétrica: G___P___A___;

Numero de filhos(as) com: ≤ 15 anos () > 15 anos ()

Faz contraceção? Sim () Não (). Contracetivo hormonal Sim () Não ()

DIU Sim () Não (); SPB Sim () Não ()

Exame preventivo (Papanicolau): Sim () Não ()

Data do último exame: ____/____/____ Resultado: Pos () Neg ()

História Social e Hábitos

Moradia independente (); Apartamento (); Barraca (Casa lata/bidão, madeira) (); Contendor (); Improvisado em edifício, garagem, escola, fábrica ()

Número de divisões: 1 (); 2 (); 3 (); 4 (); > 4 ().

Número de pessoas: 1- 4 (); 5 - 9 (); 10 ou mais ().

Posse sanitária ou latrina: sanitária com autoclismo (); sanitária sem autoclismo (); latrina ()

Água: Água canalizada rede pública (); chafariz (); autotanque () Outra fonte: poço, levada, nascente,.. ()

Nível de escolaridade: sem nível (); alfabetização (); ensino básico (); secundário (); curso médio (); curso superior ();

Renda/salário mensal em média (em escudos): < 15.000 (); 15.000 – 25.000 (); 26.000 -35.000 (); >35.000 ();

95

Pontuação da triagem com relação ao consumo de álcool (Aplicar AUDIT)	
0 - 7 pontos: Risco baixo	
8 - 15 pontos: Risco médio	
16 - 19 pontos: Risco alto	
20 - 40 pontos: Vício provável	

Tabagismo? Não () Sim (). Quantos/dia? _____ Duração? _____ anos

Uso de drogas? Não () Sim (). Quais? Marijuana () cocaína () heroína () extasy ()

Exame Objetivo Estado geral: Bom () Satisfatório () Mau ()

Peso= _____ Kg Altura: _____ TA= _____/ _____ mmHg; F. Resp= _____ cpm F.

Card= _____ bpm

Boca e orofaringe

Carie dentária Sim () Não () gengivite Sim () Não ()
 Ulceração da mucosa Sim () Não ()
 Candidose Sim () Não ()

Adenopatias: Sim () Não (); pescoço () axilas () virilhas ()

Pele: Piodermite Sim () Não (); Placas sugestivas de S. Kaposi Sim () Não ()

Lesões vesiculosas Sim () Não ()

Aparelho cardiovascular

Precórdio normodinâmico	Sim () Não ()
Ictus de VE invisível, palpável em 5º EIC	Sim () Não ()
Atritos	Sim () Não ()
RCR 2T	Sim () Não ()
Sopros ou extrassístoles	Sim () Não ()

Aparelho Respiratório

Tiragem costal ou uso de musculatura acessória	Sim () Não ()
Murmúrio vesicular universalmente audível s/ ruídos adventícios	Sim () Não ()
Presença de ruídos adventícios Roncos (); Sibilos (); Estertores crepitantes ()	
Estertores subcrepitantes (); Estridor (); Atrito pleural	

Abdômen

Fígado e baço palpáveis	Sim () Não ()
Dor à palpação abdominal superficial e profunda	Sim () Não ()
Sinais de irritação peritoneal	Sim () Não ()
Massas palpáveis	Sim () Não ()

Sistema Nervoso

Lúcido e orientado no tempo e no espaço Sim () Não ()
Deficits cognitivos Sim () Não ()
Marcha atípica
Força muscular preservada e simétrica em todos os grupos musculares
Sim () Não ()
Ataxia e tremores às manobras de coordenação
Sim () Não ()
Reflexos profundos e superficiais presentes sem alterações Sim () Não ()
Babinski pres () aus ()
Fundoscopia sem alterações aparentes Sim () Não ()
Pupilas isocóricas com reflexo pupilar direto e consensual normais
Sim () Não ()
Mobilidade ocular e reflexos foto motores (direto e consensual) preservados Sim () Não ()
Reflexo corneo-palpebral pres () aus ()
Sinais de irritação meníngea Sim () Não ()

Exames Laboratoriais iniciais:

Data ____/____/____						
Hb		VSG		Col-total		
Ht		TP		HDL-col		
VGM		Glicemia		Triglicerídeos		
HGM		Ureia		Á. úrico		
Leucócitos		Creatinina		VDRL		
Neutrófilos		GOT/AST		HBsAg		
Linfócitos		GPT/ALT		Anti-HCV		
Eosinófilos		FAL				

CD4 (data: ____/____/____) = _____ céls/ul;

Carga Viral = _____ cópias/ml

Radiografia de tórax

Opacidade: em toalha () Nodular () Reticular ()
Consolidação alveolar ()

Plano de seguimento:

VIH 1 (Primeira linha)		
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
VIH 1 (Primeira linha) opção 1		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1 + 1	
VIH 1 (Primeira linha) opção 2		
(Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Efavirenz) (300/300/400 mg) tabs	1+1	
VIH 1 (Segunda linha)		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1+1	
VIH 1 (Segunda linha) opção		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate + Efavirenz) (200/300/600mg) mg tabs	1	
VIH 1 (Terceira linha)		
(Abacavir+Lamivudine)+(Atazanavir/ritonavir); (600+300)mg+(300/100) mg tabs	1+1	
VIH 1+2 (Primeira linha)		
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
VIH 1+2 (Primeira linha) opção 1		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1+1	
VIH 1+2 (Segunda linha)		
(Emtricitabine+Tenofovir)+(Atazanavir/ritonavir),(200+300) mg+(300/100) mg tabs	1+1	
VIH 1+2 (Terceira linha)		
(Abacavir+Lamivudine)+(Lopinavir/ritonavir); (600+300) mg+(200/50) mg tabs	1+4	
VIH 1 crianças < 6 anos (Primeira linha)		
(Abacavir+Lamivudine)+(Lopinavir+Ritonavir) (120/60mg)+(100/25mg)	2+4	
VIH 1 crianças < 6 anos (Segunda linha)		

(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (120/60mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	
VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Primeira linha)		
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Segunda linha)		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + (Lopinavir+Ritonavir) + (100/25mg) tabs	1+4	
VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Terceira linha)		
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (600/300mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	
VIH 1+2 crianças < 6 anos (Primeira linha)		
(Abacavir+Lamivudine) + (Lopinavir+Ritonavir) (120/60mg) + (100/25mg) tabs	2+4	
VIH 1+2 crianças < 6 anos (Segunda linha)		
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (120/60mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Primeira linha)		
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Segunda linha)		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + (Lopinavir+Ritonavir) + (100/25mg) tabs	1+4	
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Terceira linha)		
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (600/300mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	

Profilaxia PPJ: Cotrimoxazol: Sim () Não ()

Tratamento Tb latente: Rifampicina + isoniazida (); Isoniazida () Outro (:
_____)

Data da próxima consulta: ____/____/_____

Médico:

FICHA CLÍNICA – VIH/SIDA

Consulta controlo

Data ____/____/____

CÓDIGO: _____

Tipo de VIH: 1 () 2 () 1+2 () **Data de confirmação:** ____/____/____

Condições clínicas associadas à infeção por VIH	Sim	Não	Data(s)
Candidose oral/esofágica/ brônquica/pulmonar/traqueal			
Carcinoma cervical invasivo			
Citomegalovirose			
Criptococose extrapulmonar			
Demência associada a VIH			
Herpes simplex: úlcera mucocutânea crónica (> 1 mês) ou bronquite ou pneumonite ou esofagite			
Hiperplasia de parótida			
Histoplasmose disseminada ou extrapulmonar			
Infeções recorrentes das vias aéreas superiores			
Pneumonia a <i>Pneumocystis jiroveci</i>			
Pneumonia bacteriana recorrente (≥ 2 episódios em 12 meses)			
Sarcoma de Kaposi			
Septicemia recorrente a <i>Salmonella</i> sp (não tifóide)			
Síndrome de emaciação associada a VIH: perda involuntária de > 10% do peso corporal e diarreia crónica (≥ 2 dejeções por dia durante ≥ 30 dias) ou astenia e febre ≥ 30 dias			
Toxoplasmose cerebral			
Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar			

Tratamento ARV em uso

Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1 + 1	
(Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Efavirenz) (300/300/400 mg) tabs	1+1	
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1+1	
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate + Efavirenz) (200/300/600mg) mg tabs	1	
(Abacavir+Lamivudine)+(Atazanavir/ritonavir); (600+300)mg+(300/100) mg tabs	1+1	
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1+1	
(Emtricitabine+Tenofovir)+(Atazanavir/ritonavir),(200+300) mg+(300/100) mg tabs	1+1	
(Abacavir+Lamivudine)+(Lopinavir/ritonavir); (600+300) mg+(200/50) mg tabs	1+4	
(Abacavir+Lamivudine)+(Lopinavir+Ritonavir) (120/60mg)+(100/25mg)	2+4	
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (120/60mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + (Lopinavir+Ritonavir) + (100/25mg) tabs	1+4	
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (600/300mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	
(Abacavir+Lamivudine) + (Lopinavir+Ritonavir) (120/60mg) + (100/25mg) tabs	2+4	
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (120/60mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	

Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + (Lopinavir+Ritonavir) + (100/25mg) tabs	1+4	
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (600/300mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	

Adesão ao tratamento (auto relato)

Sim () Não ()

Queixas	Sim	Não	Data		Sim	Não	Data
Febre				Suores			
Cefaleias				Lesões na boca, ânus ou genitais			
Cansaço				Tosse			
Adenopatias: pescoço, axila, virilhas				Náuseas/vômitos			
Perda de peso				Diarreia			
Dor de garganta				Perda de memória			
Mialgias/artralgias				Depressão			
Rash				Outras queixas neurológicas			

102

Exame Objetivo

Estado geral: Bom () Satisfatório () Mau ()

Peso= ____ Kg Altura: ____ TA= ____/____ mmHg; F. Resp= ____ cpm F. Card= ____ bpm

Boca e oro faringe

Carie dentária Sim () Não () gengivite Sim () Não ()

Ulceração da mucosa Sim () Não ()

Candidose Sim () Não ()

Adenopatias: Sim () Não (); pescoço () axilas () virilhas ()

Pele: Piodermite Sim () Não (); Placas sugestivas de S. Kaposi Sim () Não (); Lesões vesiculosas Sim () Não ()

Aparelho cardio-vascular

Precórdio normodinâmico	Sim () Não ()
Ictus de VE invisível, palpável em 5º EIC	Sim () Não ()
Atritos	Sim () Não ()
RCR 2T	Sim () Não ()
Sopros ou extrassístoles	Sim () Não ()

Aparelho Respiratório

Tiragem costal ou uso de musculatura acessória	Sim () Não ()
Murmúrio vesicular universalmente audível s/ ruídos adventícios	Sim () Não ()
Presença de ruídos adventícios Roncos (); Sibilos (); Estertores crepitantes ()) Estertores subcrepitantes (); Estridor (); Atrito pleural	

Abdômen

Fígado e baço palpáveis	Sim () Não ()
Dor à palpação abdominal superficial e profunda	Sim () Não ()
Sinais de irritação peritoneal	Sim () Não ()
Massas palpáveis	Sim () Não ()

Sistema Nervoso

Lúcido e orientado no tempo e no espaço	Sim () Não ()
Deficites cognitivos	Sim () Não ()
Marcha atípica	
Força muscular preservada e simétrica em todos os grupos musculares	Sim () Não ()
Ataxia e tremores às manobras de coordenação	Sim () Não ()
Reflexos profundos e superficiais presentes sem alterações	Sim () Não ()
Babinski	pres () aus ()
Fundoscopia sem alterações aparentes	Sim () Não ()
Pupilas isocóricas com reflexo pupilar direto e consensual normais	Sim () Não ()

Mobilidade ocular e reflexos foto motores (direto e consensual) preservados

Sim () Não ()

Reflexo corneo-palpebral

pres () aus ()

Sinais de irritação meníngea

Sim () Não ()

Exames Laboratoriais

Data ____/____/____						
Hb		VSG		Col-total		
Ht		TP		HDL-col		
VGM		Glicemia		Trigliceridos		
HGM		Ureia		Á. úrico		
Leucócitos		Creatinina		VDRL		
Neutrófilos		GOT/AST		HBsAg		
Linfócitos		GPT/ALT		Anti-HCV		
Eosinófilos		FAL				

CD4 (data: ____/____/____) = _____ céls/ul;

Carga Viral = _____ cópias/ml

104

Radiografia de tórax

Opacidade: em toalha () Nodular () Reticular ()

Consolidação alveolar ()

Plano de seguimento:

VIH 1 (Primeira linha)		
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
VIH 1 (Primeira linha) opção 1		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1 + 1	
VIH 1 (Primeira linha) opção 2		
(Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Efavirenz) (300/300/400 mg) tabs	1+1	
VIH 1 (Segunda linha)		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1+1	

VIH 1 (Segunda linha) opção		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate + Efavirenz) (200/300/600mg) mg tabs	1	
VIH 1 (Terceira linha)		
(Abacavir+Lamivudine)+(Atazanavir/ritonavir); (600+300)mg+(300/100) mg tabs	1+1	
VIH 1+2 (Primeira linha)		
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
VIH 1+2 (Primeira linha) opção 1		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + Dolutegravir 50mg tabs	1+1	
VIH 1+2 (Segunda linha)		
(Emtricitabine+Tenofovir)+(Atazanavir/ritonavir),(200+300) mg+(300/100) mg tabs	1+1	
VIH 1+2 (Terceira linha)		
(Abacavir+Lamivudine)+(Lopinavir/ritonavir); (600+300) mg+(200/50) mg tabs	1+4	
VIH 1 crianças < 6 anos (Primeira linha)		
(Abacavir+Lamivudine)+(Lopinavir+Ritonavir) (120/60mg)+(100/25mg)	2+4	
VIH 1 crianças < 6 anos (Segunda linha)		
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (120/60mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	
VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Primeira linha)		
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Segunda linha)		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + (Lopinavir+Ritonavir) + (100/25mg) tabs	1+4	
VIH 1 crianças ≥ 6 anos (Terceira linha)		
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (600/300mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	
VIH 1+2 crianças < 6 anos (Primeira linha)		
(Abacavir+Lamivudine) + (Lopinavir+Ritonavir) (120/60mg) + (100/25mg) tabs	2+4	

VIH 1+2 crianças < 6 anos (Segunda linha)		
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (120/60mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Primeira linha)		
Lamivudine+Tenofovir disoproxil fumarate + Dolutegravir (300+300+50mg) tabs	1	
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Segunda linha)		
(Emtricitabine+Tenofovir disoproxil fumarate) (200/300) mg tabs + (Lopinavir+Ritonavir) + (100/25mg) tabs	1+4	
VIH 1+2 crianças ≥ 6 anos (Terceira linha)		
(Abacavir+Lamivudina)+Atazanavir+Ritonavir (600/300mg) + 200 mg caps+100 mg tabs	2+1+1	

Profilaxia PPJ: Cotrimoxazol: Sim () Não ()

Tratamento Tb latente: Rifampicina + isoniazida (); Isoniazida () Outro (:
_____)

Data da próxima consulta: ____/____/_____

Médico:

