



**REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA**

GUIA OPERACIONAL DA ESTRATÉGIA TESTAR E TRATAR

PROJECTO PILOTO LUANDA



ICAP
GLOBAL. HEALTH. ACTION.
Columbia University
Mailman School of Public Health

FICHA TÉCNICA

DIRECÇÃO

Dra. Maria Lúcia Mendes Furtado (Directora Geral do INLS)

Dr. José Carlos de Oliveira Dias Van-Dúnem (Director Geral Adjunto do INLS)

GRUPO TÉCNICO

Isabel Fortes - INLS

Hortênsia Trindade - INLS

Graça E. Manuel Daniel - INLS

Cristóvão Mateus Domingos - INLS

Maria do Rosário Cardoso Marques - INLS

Ludi Lima da Costa - INLS

João Pires - ICAP

Raul Nhanombe - ICAP

Eduarda Pimentel de Gusmão - ICAP

Carlos Laudari - ICAP

Cláudia Barros Bernardi - PNUD

Ana Diaz - LINKAGES

Thiago Costa - MSH

Jandira Gamboa - AFENET

Maria José da Costa - OMS

Luís Moreno Diaz - ONUSIDA

© Esta publicação do Ministério da Saúde de Angola (MINSA) foi realizada com apoio técnico do ICAP e com fundos do Plano Presidencial de Emergência para o Combate à SIDA do governo Americano. O conteúdo é da responsabilidade do grupo técnico e colaboradores. É permitida a reprodução parcial ou total deste manual, desde que citada a fonte.

I. SUMÁRIO EXECUTIVO

Desde a publicação das guias orientadoras da OMS de 2015 a recomendar o tratamento universal de todas as Pessoas que Vivem com VIH (PVVIH), e com o objectivo de alcançar as metas dos 90:90:90, vários países já iniciaram a implementação de estratégias de “Testar e Tratar” (T&T). Angola reiterou seu compromisso para a eliminação da epidemia de SIDA até o ano de 2030 e as metas intermediárias de 2020. O alcance destas metas representa um enorme desafio para o país e passa pela implementação da estratégia T&T.

Devemos entender a estratégia “Testar e Tratar” (T&T) como uma oportunidade única de alcançar o controle da epidemia de VIH. Como parte da sua implementação, é essencial não perder nenhum paciente e oferecer diagnóstico de VIH de forma objectiva (foco nas populações mais vulneráveis) e assegurar o acesso atempado ao tratamento a todos os pacientes diagnosticados, sem estabelecer critérios de elegibilidade. No contexto da implementação do T&T em Angola, os pacientes com VIH devem iniciar tratamento antirretroviral (TARV) no menor tempo possível após o diagnóstico, preferencialmente nos primeiros 15 dias, se estiverem preparados para tal.

Considerando o aumento esperado de pacientes a iniciar TARV com a introdução do T&T, assim como as limitações de recursos estruturais e humanos existentes em Angola, é importante garantir que a oferta de cuidados às PVVIH seja simplificada, normatizada e adaptada para as necessidades dos pacientes. Os Modelos Diferenciados de Serviços (MDS) são uma abordagem centrada nas preferências, necessidades e expectativas das PVVIH, onde se assegura o acesso à tipologia de cuidados apropriada para o seu estado clínico, no tempo e com a frequência devida e no contexto e provedor adequados.

Embora o T&T, enquanto estratégia de prevenção de VIH, tenha um enorme potencial devido a redução da transmissão para parceiros e durante gestação e amamentação; tal estratégia só funcionará se, juntamente com o diagnóstico precoce, garantirmos a ligação aos cuidados, a oferta contínua de TARV e a adesão e retenção duradouros. Especial atenção deve ser dada às subpopulações com maior perda para o seguimento, como os homens, crianças com idade inferior a 5 anos, adolescentes, puérperas, populações-chave e PVVIH com contagens de CD4 elevadas ao iniciarem o TARV.

Pretende-se que este guia operacional auxilie as Unidades Sanitárias e profissionais de saúde a adaptar o funcionamento dos serviços de VIH, revendo e atualizando os seus procedimentos operativos padrão de forma a implementar a estratégia T&T otimizada para o seu contexto e com os seus recursos.

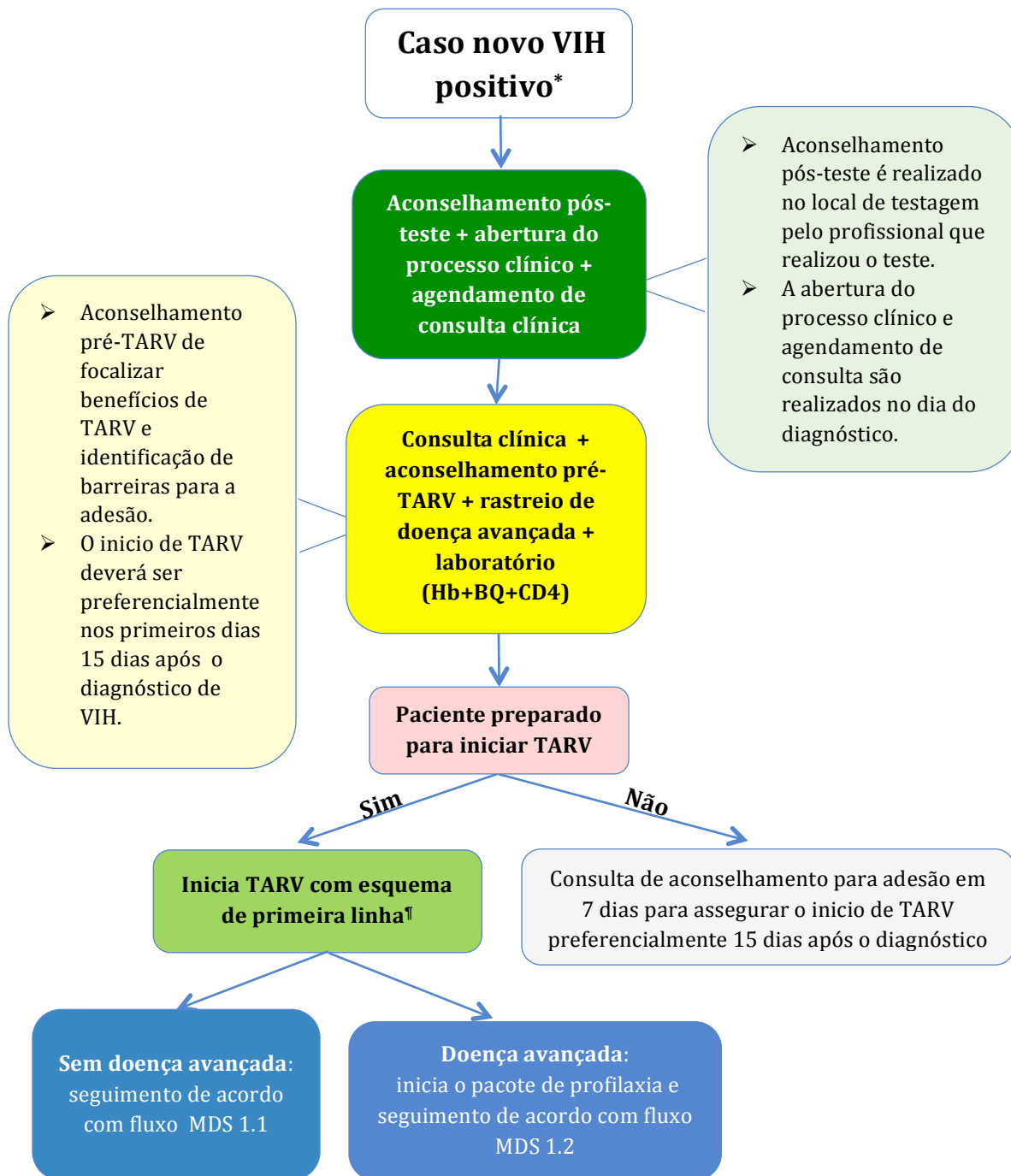
Dra. Maria Lúcia Mendes Furtado
Directora Geral do INLS

II. ÍNDICE

I. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	3
II. ÍNDICE.....	4
III. FLUXO DE PACIENTE NA UNIDADE SANITÁRIA – TESTAR E TRATAR.....	5
IV. INÍCIO DE TARV.....	6
V. CUIDADOS CLÍNICOS.....	9
VI. AVALIAÇÃO LABORATORIAL.....	10
a. <u>Avaliação do CD4</u>	10
b. <u>Avaliação da Carga Viral</u>	12
VII. MODELOS DIFERENCIADOS DE SERVIÇOS.....	14
a. Paciente novo sem doença avançada.....	16
b. Paciente novo com doença avançada.....	17
c. Paciente > 12 meses em TARV e estável.....	18
d. Paciente > 12 meses em TARV e com doença avançada.....	19
ANEXOS.....	20
1. Algoritmo de Testagem para crianças acima dos 18 meses (que deixaram de receber leite materno há pelo menos 3 meses), adolescentes e adultos de acordo com Directrizes Nacionais.....	20
2. Nota Técnica Maio/17 – Normas Nacionais de TARV.....	21
3. Ferramenta para rastreio de doença avançada.....	22
4. Nota Técnica N° 3/2017 – Uso de Isoniazida como profilaxia.....	23

III. FLUXO DE PACIENTE NA UNIDADE SANITÁRIA – TESTAR E TRATAR

Este fluxograma mostra os vários passos do paciente dentro da US, desde que recebe o resultado VIH positivo até iniciar TARV.



* De acordo com o Algoritmo de testagem Nacional (Anexo 1)

† De acordo com Nota Técnica Maio/17 – Normas Nacionais de TARV (Anexo 2)

IV. INÍCIO DE TARV

Casos novos de VIH+ diagnosticados

- Após a identificação de novo caso positivo de acordo com o algoritmo Nacional de Testagem para o VIH, o paciente deve receber aconselhamento pós-teste para ligação aos cuidados no momento que recebe o resultado do teste. Tal deve acontecer preferencialmente no local onde o paciente foi testado para o VIH. O aconselhamento pós teste deverá incluir o início do aconselhamento pré-TARV no mesmo local de testagem. Após aconselhamento, o paciente deve ser levado até à área de tratamento para VIH na Unidade Sanitária (US), onde será aberto processo clínico no mesmo dia e terá a primeira consulta clínica para avaliação do início de TARV. Se não for possível ter a primeira consulta nesse mesmo dia, terá que ser agendada para o mais breve possível.
- Todos os pacientes com teste de diagnóstico positivo para VIH deverão ser re-testados para verificação, isto é, repetir testagem de VIH de acordo com algoritmo Nacional de testagem em nova amostra de sangue, preferencialmente por profissional de saúde diferente do que realizou o primeiro teste. A re-testagem deve ficar sempre registada no processo clínico. Caso não seja possível a realização da testagem por outro profissional, a re-testagem para verificação pode ser feita pelo mesmo profissional, contudo garantindo que será utilizada uma amostra diferente. A re-testagem para verificação pretende evitar o fardo social e psicológico de um diagnóstico incorrecto, bem como a indevida prescrição de TARV a indivíduos não infectados. A não realização da re-testagem para verificação não deve ser barreira para o início de TARV. Caso não seja possível re-testar e o paciente estiver pronto para iniciar TARV, o tratamento deverá ser iniciado.
- Aconselhar e preparar os pacientes para o início do TARV através da utilização do álbum seriado para aconselhamento:
 - Informar que a infecção pelo VIH deve ser tratada como uma doença crónica (como a diabetes ou a hipertensão) e que foi demonstrado que iniciar o TARV precocemente permite ao paciente permanecer saudável, prevenindo a transmissão para seus parceiros e filhos, se feito correctamente.
 - Identificar e antecipar possíveis barreiras ligadas à adesão (avaliar barreiras relacionadas ao serviço de saúde; ao paciente e a sua infecção; à família ou na comunidade).
 - Informar sobre os possíveis efeitos secundários do TARV.
- **O TARV deve, preferencialmente e se a avaliação concluir que o paciente está preparado para tal, ser iniciado no mesmo dia do diagnóstico. Se não for possível, deve ser iniciado preferencialmente**

dentro de 15 dias (excepto se há início de tratamento de TB ou Criptococose) ou logo que o paciente estiver preparado.

- *Em caso de recusa a iniciar TARV, a próxima consulta deve ser em 7 dias ou mais rapidamente possível, pois este paciente apresenta alto risco de abandono;*
- *Estes pacientes deverão ser encaminhados para consulta de aconselhamento com psicólogo ou enfermeiro para identificação das barreiras ou dúvidas para o início do TARV e trabalharem juntos para ultrapassá-las, permitindo o início atempado de TARV;*
- Aplicação de ferramenta de rastreio de doença avançada e oferta de pacote de cuidados e tratamento.
 - Deve ser aplicada ferramenta de rastreio de doença avançada (anexo 3) para classificação apropriada do paciente e orientação para o respectivo modelo de cuidados diferenciados a ser oferecido.
- Independentemente do MDS para o qual o paciente foi enviado, todos os pacientes deverão ter seguimento apertado durante o primeiro mês de TARV, incluindo chamadas telefónicas de apoio, envio de SMS ou visitas domiciliárias se possível.

Casos prévios de VIH positivo já em seguimento na US (pacientes em pré-TARV)

- À medida que os pacientes em pré-TARV retornem às consultas deverá ser oferecido início de TARV de imediato, caso o paciente esteja preparado para iniciar TARV. Caso os pacientes em pré-TARV faltem às consultas programadas deverão ser contactados para retornar à US com o objetivo de oferecer TARV na mesma consulta. Cada US deve identificar um ponto focal que fique responsável por liderar este trabalho de identificar e convocar os pacientes em pré-TARV que faltem às consultas programadas.
- Todos os pacientes deverão ser re-testados para verificação antes de iniciar TARV, isto é, efectuar todas as etapas do algoritmo de testagem em nova amostra de sangue, preferencialmente por profissional de saúde diferente do que realizou o primeiro teste. A re-testagem para verificação pretende evitar o fardo social e psicológico de um diagnóstico incorrecto, bem como a indevida prescrição de TARV a indivíduos não infectados. A não realização da re-testagem para verificação não deve ser barreira para o início de TARV. Caso não seja possível re-testar e o paciente estiver pronto para iniciar TARV, o tratamento deverá ser iniciado.
- Aconselhar e preparar os pacientes para o início do TARV através da utilização do álbum seriado para aconselhamento:
 - Informar que existem evidências científicas de que o tratamento para a infecção pelo VIH deve ser iniciado tão breve quanto

possível como fazemos com outras doenças crónica (como a diabetes ou a hipertensão) e que foi demonstrado que iniciar o TARV precocemente permite ao paciente permanecer saudável, prevenindo a transmissão para seus parceiros e filhos;

- Identificar e antecipar possíveis barreiras ligadas à adesão (avaliar barreiras relacionadas ao serviço de saúde; ao paciente e a sua infecção; à família ou na comunidade).
- Informar sobre os possíveis efeitos secundários do TARV.
- **O TARV deve ser iniciado na visita em que o paciente se apresenta na US, desde que esteja preparado para tal.**
 - *Em caso de recusa iniciar TARV, a próxima consulta deve ser no em 7 dias pois este paciente apresenta alto risco de abandono;*
 - *Estes pacientes deverão ser encaminhados para consulta de aconselhamento com psicólogo ou enfermeiro para identificação das barreiras para o início do TARV e trabalharem juntos para ultrapassá-las.*
- Aplicação de ferramenta de rastreio de doença avançada e oferta de pacote de cuidados e tratamento
 - Deve ser aplicada ferramenta de rastreio de doença avançada (anexo 3) para classificação apropriada do paciente e orientação para o respectivo modelo de cuidados diferenciados a ser oferecido.
- Independentemente do MDS para o qual o paciente foi enviado, todos os pacientes deverão ter seguimento apertado durante o primeiro mês de TARV, incluindo chamadas telefónicas de apoio, envio de SMS ou visitas domiciliárias se possível.

Recomendações específicas

- Gestantes, lactantes e crianças menores de 10 anos devem iniciar TARV no mesmo dia do diagnóstico, sempre que possível.
- Em PVVIH com doença avançada é particularmente importante:
 - Que se inicie TARV no dia do diagnóstico, pois estes pacientes apresentam elevado risco de morte. Excepções: pacientes com TB activa devem iniciar TARV duas semanas após início de antibacilares; pacientes com criptococose só deverão iniciar TARV quando existir evidência de resposta clínica ao tratamento antifúngico (4 semanas de Anfotericina B ou 4-6 semanas de Fluconazol);
 - Deverão ter seguimento mais frequente e mais próximo como descrito à frente nos MDS. Caso haja disponibilidade os profissionais de saúde deverão contactar o paciente por via telefónica para evitar abandono e assegurar cumprimento do regime terapêutico.

V. CUIDADOS CLÍNICOS

Pacote básico de Cuidados e Tratamento – PRIMEIRA CONSULTA

- Avaliação clínica (sinais e sintomas) e gestão dos problemas clínicos;
- Aconselhamento pré-TARV apoiado pelo álbum seriado focado na identificação de barreiras que podem influenciar a adesão aos C&T e nos benefícios do TARV.
- Avaliação nutricional (peso, altura [IMC/PB] para adultos; peso/altura ou peso/idade para crianças).
- Avaliação do desenvolvimento psicomotor (crianças e adolescentes).
- Vacinação conforme calendário nacional (crianças).
- Estadiamento OMS;
- Avaliação laboratorial: hemograma, bioquímica, serologias virais e avaliação inicial do CD4.
- Rastreo e gestão das Infecções Oportunistas (IO).
 - Rastreo da tuberculose, infecções de transmissão sexual (adolescentes e adultos) e criptococose.
- Prescrição de cotrimoxazol a todos os pacientes com infecção pelo VIH com contagem de CD4 inferior a 350 Cels/mm³.
- Desparasitação em todos os pacientes com Albendazol.
- Prescrição de Isoniazida de acordo com **Nota Técnica Nº 3/2017 – Uso de Isoniazida como profilaxia (Anexo 4)**;
- Atenção às necessidades especiais das populações chave (ex: Redução de risco com programas de troca de seringas, terapêuticas de substituição com opióides; apoio psicológico ou social específico; PrEP);

Para pacientes sem evidência de TB activa ou Criptococose, mas com CD4 inferior a 200 cels/mm³ deverá ser oferecido o seguinte pacote alargado de profilaxias para além do mencionado acima

- 12 semanas de Fluconazol (150 mg diário);
- 5 dias de Azitromicina 500 mg/dia.

Pacote Cuidados e Tratamento – CONSULTA SEGUIMENTO

- Avaliação clínica (sinais/sintomas) e gestão dos problemas clínicos;
- Focar no aconselhamento para adesão apoiado pelo álbum seriado focado na identificação de barreiras que influenciam a adesão a TARV.
- Avaliação laboratorial caso aplicável: hemograma, bioquímica, avaliação do CD4 de acordo com fluxo monitoria CD4 (VII. a); avaliação de CV de acordo com fluxo para monitoria CV (VII. b)
- Rastreo e gestão das Infecções Oportunistas (IO):
 - Rastreo da tuberculose, infecções de transmissão sexual (adolescentes e adultos) e criptococose.

VI. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Análises laboratoriais são essenciais para a avaliação e estadiamento inicial do paciente com infecção pelo VIH e para a correcta monitorização e seguimento da eficácia do TARV. A solicitação desses exames deverá ocorrer na primeira consulta de prescrição de TARV e os pacientes deverão realizar os exames solicitados nos primeiros 30 dias após a consulta, de modo que os resultados estejam preferencialmente disponíveis na consulta de 15 dias.

a. Avaliação do CD4

A contagem inicial de CD4 é essencial e deve ser colectado e seu resultado disponível o mais rapidamente possível no início do TARV. O CD4 inicial, é importante para a definição do estado imunológico do paciente no início de TARV, com classificação do paciente em “doença avançada” ou não, e portanto, avaliar seu risco de progressão de doença. Outra importante função do CD4 inicial é a determinação da elegibilidade para a profilaxia das infecções oportunistas. Com a expansão da monitoria da Carga Viral (CV) em Angola, actualmente a avaliação de CD4 reserva-se para as funções descritas acima e não mais para seguimento e monitorização do sucesso do TARV. A CV é mais sensível, e portanto mais precoce e confiável na identificação da falência de tratamento em comparação com critérios clínicos ou a contagem do CD4.

O fluxo abaixo mostra como deve ser feito a solicitação de CD4, bem como o seguimento do paciente em função do resultado obtido. Pacientes com diagnóstico recente de infecção por VIH e com contagem de CD4 inferior a 200 cels/mm³ são classificados como pacientes com **doença avançada** e devem adotar o modelo diferenciado de serviço indicado para a sua situação (vide capítulo VII, MDS 1.2). A estes pacientes deverá ser prescrito um pacote terapêutico e preventivo para IO como descrito anteriormente, assim como um seguimento mais próximo e especializado, de modo a reduzir o risco de mortalidade precoce. Estes pacientes deverão repetir a contagem do CD4 a cada 6 meses, até dois resultados com contagem superior a 250 cels/mm³.

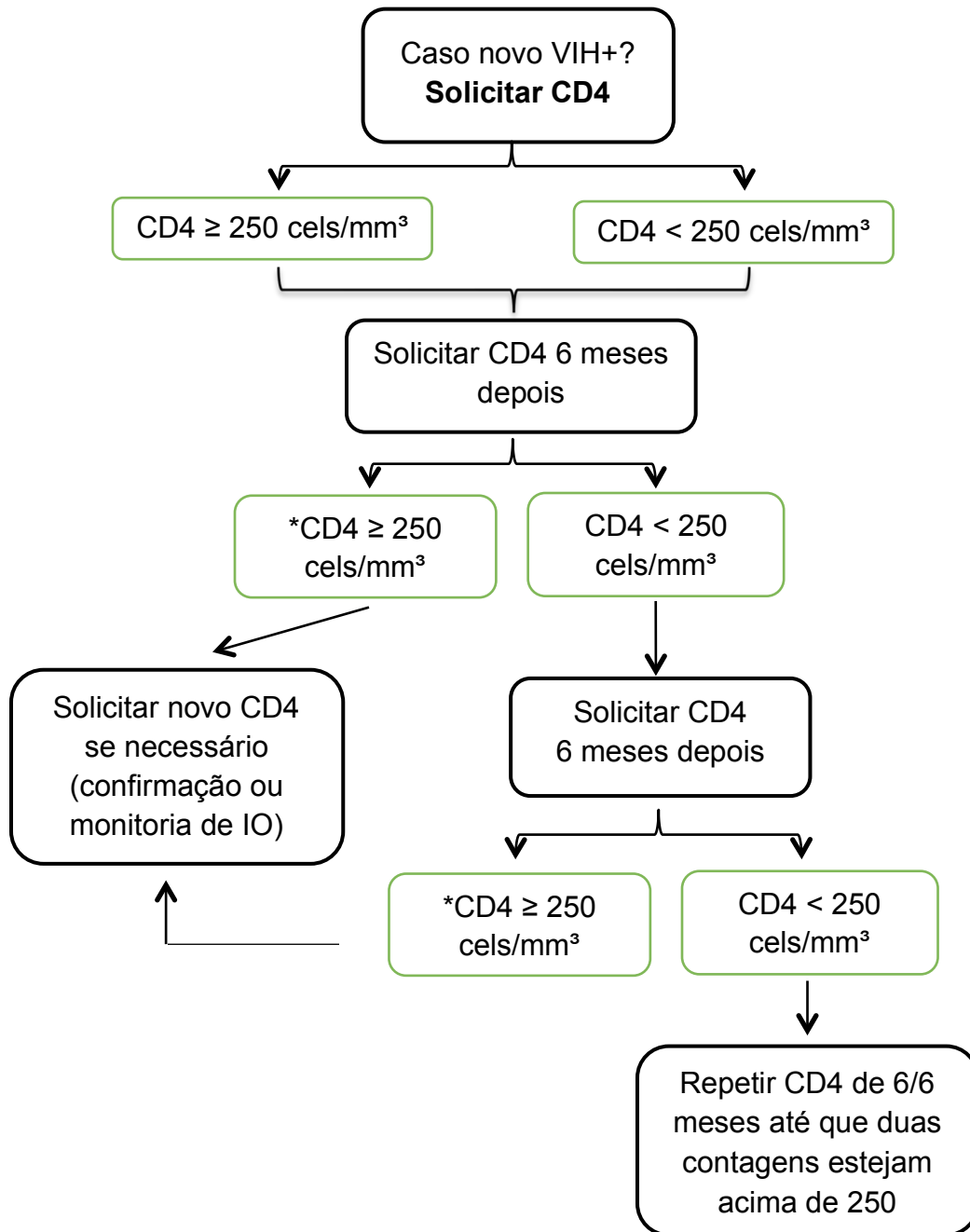
Aos pacientes que tenham duas contagem de CD4 superiores a 250 cels/mm³, nova avaliação de CD4 só deverá ser solicitada caso haja suspeita de IO ou deterioração clínica evidente e não por rotina a cada 6 meses.



República de Angola
Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA

TESTAR E TRATAR

FLUXOGRAMA DE GESTÃO DO CD4



* Caso seja segunda contagem de CD4 superior a 250 cels/mm³.

b. Avaliação da Carga Viral

Por carga viral do VIH entende-se a concentração de cópias de RNA do VIH em circulação no sangue e reflecte a replicação em curso do vírus no corpo de uma pessoa infectada por VIH. A monitorização da carga viral é a maneira mais sensível e confiável para detecção precoce de falência terapêutica, sendo uma melhor opção do que a monitorização com critério clínico e/ou imunológico.

Para efeitos de classificação dos resultados de CV de acordo com as recomendações da OMS, deve-se observar os dois grupos abaixo:

- i. **Se CV suprimida (≤ 1.000 cópias/ml)**, continuar seguimento, manter esquema de tratamento, repetir a CV em 6 meses se esta avaliação foi no fim dos primeiros 6 meses de TARV; Se segunda avaliação com CV suprimida repetir a cada 12 meses.
- ii. **Se CV não suprimida (CV >1.000 cópias/ml)**, oferecer aconselhamento de adesão reforçado, repetir CV 3 a 6 meses após o início do aconselhamento reforçado de adesão.

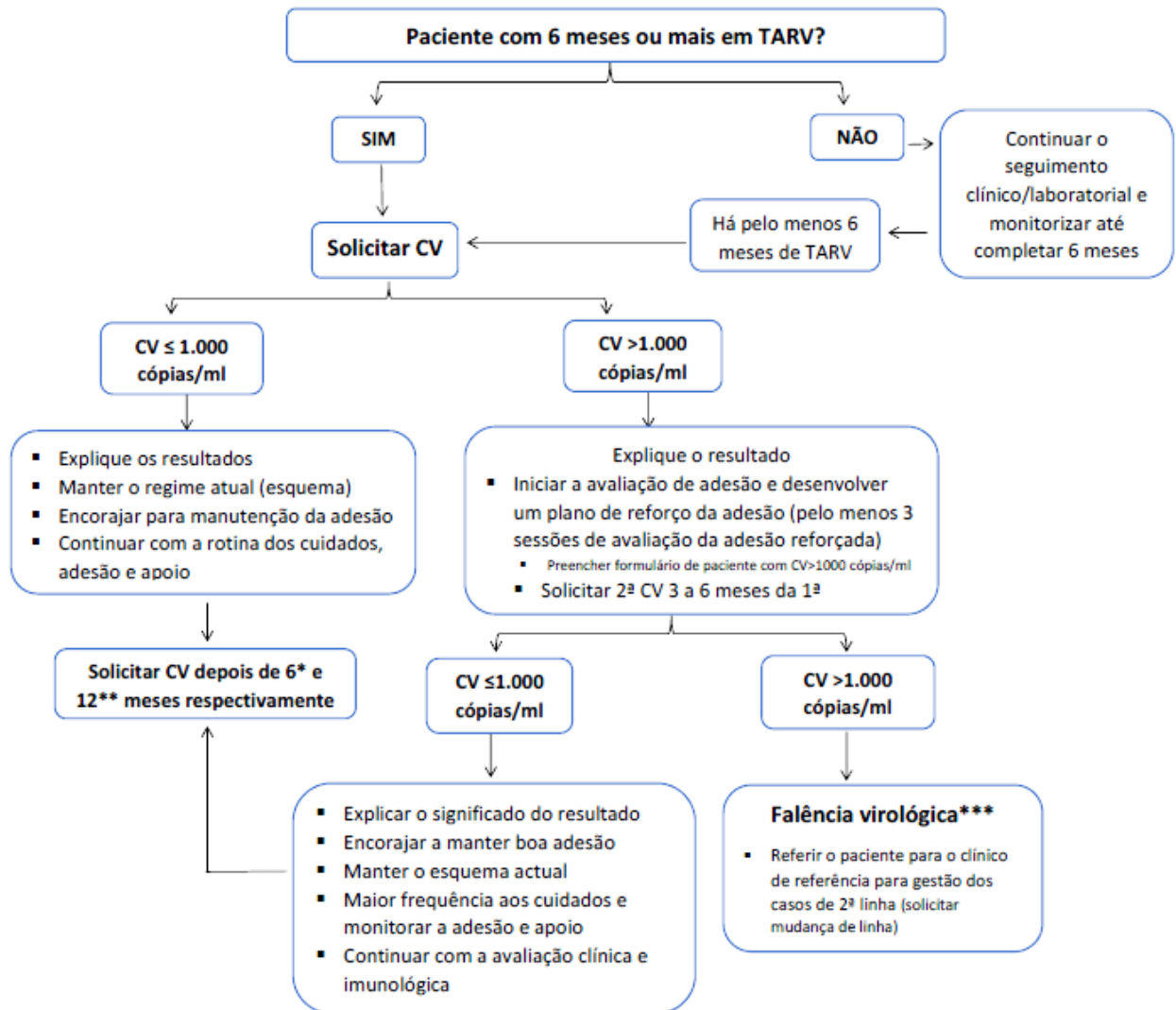
A tabela abaixo apresenta quando se deve solicitar e repetir o exame de CV.

População em TARV	A iniciar o TARV	Já em TARV	Se resultado de CV ≤ 1.000 cp/ml	Se resultado de CV >1.000 cp/ml
Crianças, adolescentes e adultos	Solicitar a 1 ^a CV 6 meses depois do início do TARV	Solicitar exame de carga viral na consulta se o paciente estiver em TARV há 6 meses ou mais e sem CV prévia nos últimos 12 meses	Pacientes que fizeram exame de CV aos 6 meses de TARV devem repetir o exame aos 12 meses de TARV, isto é, depois de 6 meses da 1 ^a CV	Todos os pacientes deverão ser submetidos a uma avaliação de adesão e aconselhamento reforçada durante pelo menos 3 meses Nova CV deve ser solicitada 3 a 6 meses depois da 1 ^a avaliação de CV
			Pacientes que fizeram o primeiro exame de CV com/depois de 12 meses de TARV devem repetir o exame anualmente, isto é, a cada 12 meses	
Gestantes	Solicitar a 1 ^a CV 3 meses depois do início do TARV	Solicitar exame de CV na consulta se a paciente estiver em TARV há 3 meses ou mais e sem CV prévia nos últimos 12 meses	Pacientes que fizeram exame de CV aos 3 meses de TARV devem repetir o exame de 6/6 meses até o desfecho final da criança exposta	
Mães que amamentam				

Tabela 1. Quando solicitar e repetir o exame de CV (W)

Algoritmo da CV (Diretrizes Nacionais para a CV)

O algoritmo abaixo demonstra o seguimento da criança, adolescente e adulto exceptuando as gestantes e mães que amamentam que devem observar as recomendações da tabela 1 acima.



* Os pacientes que iniciam o TARV e realizam a 1ª CV ao 6º mês de TARV devem repetir a carga viral quando completar 12 meses de TRAV, isto é, depois de 6 meses da 1ª CV avaliada

** Os pacientes em TARV 12 meses ou mais que realizaram a 1ª carga viral aos 12 meses ou mais devem repetir a carga viral 12 meses depois, isto é, depois de 1 ano

***É necessário avaliar cuidadosamente a decisão da falência terapêutica, pois embora se verifique registo de CV >1.000cópias/ml pode o segundo resultado ter reduzido em comparação ao primeiro.

¹TS – Trabalhadoras de Sexo

²HSH- Homens que fazem sexo com homens

VII. MODELOS DIFERENCIADOS DE SERVIÇOS

Com a implementação de T&T, inicia-se a oferta de TARV a um grupo heterogéneo de PVVIH com necessidades, preferências e expectativas diferentes. Portanto, é importante que os serviços de C&T para PVVIH sejam adaptados a estas necessidades, os chamados Modelos Diferenciados de Serviços (MDS). MDS é uma abordagem centrada no cliente que simplifica e adapta serviços de VIH para responder às preferências e expectativas de vários grupos de PVVIH, ao mesmo tempo reduzindo sobrecargas desnecessárias no sistema de saúde.

Com a implementação do T&T teremos um grupo heterogéneo de pacientes a iniciar e receber TARV. Estes diferentes grupos podem ser classificados da seguinte maneira:

- **Pacientes novos em TARV ou em TARV há menos de 12 meses:**
 - Pacientes sem doença avançada, pacientes que apresentam-se assintomáticos, com estadio I ou II da OMS e CD4 > 200 cells/mm³. Estes pacientes poderão ser classificados através da ferramenta de rastreio de doença avançada (grupo 1.1) e da medição de seu CD4.
 - Pacientes com doença avançada, definidos como:
 - todas as crianças <5 anos independente do seu estadio clínico ou imunológico
 - todos os adultos, adolescentes e crianças >5 anos com contagem CD4 inferior a 200 cells/mm³ e/ou estadio clínico III ou IV da OMS. Estes pacientes poderão ser identificados através do rastreio positivo de doença avançada segundo ferramenta apresentada acima (grupo 1.2) e do seu resultado de CD4.

- **Pacientes em TARV há mais de 12 meses:**
 - Estáveis: CV indetectável (<1000 cp/ml), sem IO, TARV <12 meses (grupo 2.1).
 - Instáveis: CV detectável (>1000 cp/ml) e/ou presença de IO (grupo 2.2).

Para ajustar as necessidades dos pacientes às limitações de recursos humanos nos serviços de VIH das US deverão existir duas consultas específicas para o seguimento das PVVIH:

- **Consulta de seguimento clínico** – realizada por médico ou enfermeiro qualificado onde a prioridade é a avaliação clínica (exame objectivo, avaliação de sinais e sintomas), aplicação da ferramenta de rastreio de doença avançada e oferta do pacote de C&T como descrito acima. Nesta consulta também deverá ser feito o aconselhamento para início de TARV e adesão,

focando na identificação de barreias que podem influenciar a adesão e sobre os benefícios do TARV.

- **Consulta de aconselhamento para adesão** – realizada por enfermeiro ou psicólogo onde a prioridade é o aconselhamento para início de TARV e adesão, focando na identificação de barreias que podem influenciar a adesão e sobre os benefícios do TARV. Em US com poucos recursos humanos, estas sessões poderão ser feitas em grupo na US, com vários pacientes ao mesmo tempo. Para estas sessões, caso não exista enfermeiro ou psicólogo disponíveis, estes poderão ser substituídos por “par”/leigo VIH +.

a. Paciente novo sem doença avançada

A tabela abaixo apresenta o o pacote de cuidados que deve ser oferecido para os pacientes que vão iniciar TARV pela primeira vez (paciente novo) e que **não têm doença avançada** como definido previamente. Estes pacientes, podem ter maior risco de abandono, pois apresentam-se assintomáticos. Este grupo, após um seguimento clínico inicial, onde rastreio de IO e efeitos secundários dos medicamentos é oferecido, necessita que o cuidado oferecido seja focado no aconselhamento para adesão (fim da 2ª semana, fim do 1º mês e depois mensalmente).

1.1 PACIENTE NOVO SEM DOENÇA AVANÇADA*											
	1ª Consulta Prescrição TARV	15 dias	30 dias	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	9 meses	12 meses (4)
Tipologia consulta											
Seguimento clínico + Aconselhamento para Adesão	X	X	X					X	X		X
Ferramenta Rastreio Doença Avançada	X										
Sessão Aconselhamento para Adesão (1)				X	X	X	X			X	
Profissional de saúde											
Médico/enfermeiro	X	X	X					X	X		X
Enfermeiro/Psicólogo				X	X	X	X			X	
Laboratório											
H+BQ	X							X			X
CD4 (2)	X							X			X
Serologias		X									
CV								X		X (3)	X
Farmácia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* Doença avançada, definida como: todas as crianças <5 anos e todos os adultos, adolescentes e crianças >5 anos com contagem CD4 inferior a 200 cel/mm³ ou estadio OMS 3 ou 4;

(1) Para as consultas dos meses 2 a 5, o enfermeiro ou psicólogo que realizar a sessão de aconselhamento deverá referenciar para o médico caso o paciente refira sintomas;

(2) A avaliação da contagem de CD4 deverá ser realizada até aos 30 dias de início TARV e não ser barreira à prescrição de TARV; para os pacientes com CD4<200 cels/mm³ o exame deverá ser repetido a cada seis meses.

(3) Os pacientes que iniciam TARV e realizam a 1ª CV ao 6º mês de TARV devem repetir a carga viral aos 9 meses se resultado ≥ 1000 cp; ou repetir quando completar 12 meses de TARV se o resultado for <1000cp de acordo com Directrizes de CV publicadas pelo INLS.

(4) Aos 12 meses e após recepção da segunda carga viral o paciente deve ser classificado de acordo com elegibilidade para o respectivo MDS 2.1 ou 2.2

b. Paciente novo com doença avançada

A tabela abaixo apresenta o pacote de cuidados a ser oferecido para os pacientes que vão iniciar TARV pela primeira vez (paciente novo) e que **têm doença avançada** como definido previamente. Estes pacientes tem maior risco de progressão rápida da doença, e o início precoce de TARV e profilaxias, assim como o seguimento próximo reduzem este risco. Assim, este grupo necessita de aconselhamento para adesão e consultas frequentes com profissionais especializados (fim da 2ª semana, fim do 1º mês e depois mensalmente), bem como de um pacote alargado de profilaxias e seguimento apertado como mencionado acima (telefónico, SMS). Deverão ser seguidos pela equipa médica ou profissional mais experientes e em US com serviço de VIH. As primeiras consultas deverão focar no rastreio e tratamento de IO, bem como no aconselhamento e adesão precoce.

1.2 PACIENTE NOVO COM DOENÇA AVANÇADA*											
	1ª Consulta Prescrição TARV	15 dias	30 dias	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	9 meses	12 meses (4)
Tipologia consulta (1)											
Seguimento clínico + Aconselhamento para Adesão	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ferramenta Rastreio Doença Avançada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Consulta Aconselhamento para Adesão											
Profissional de saúde											
Médico/enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Enfermeiro/Psicólogo											
Laboratório											
H+BQ	x							x			x
CD4 (2)	x							x			x
Serologias		x									
CV (3)								x		x	x
Farmácia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<p>* Doença avançada, definida como: todas as crianças <5 anos e todos os adultos, adolescentes e crianças >5 anos com contagem CD4 inferior a 200 cel/mm3 ou estadio OMS 3 ou 4;</p> <p>(1) Estes pacientes mantêm seguimento clínico e aplicação de ferramenta de doença avançada até não estarem com critérios de doença avançada, momento que passam para modelo dos pacientes sem doença avançada (2.1)</p> <p>(2) A avaliação da contagem de CD4 deverá ser realizada até aos 30 dias de início TARV e não ser barreira à prescrição de TARV; para os pacientes com CD4<200 cels/mm3 o exame deverá ser repetido a cada seis meses.</p> <p>(3) Os pacientes que iniciam TARV e realizam a 1ª CV ao 6º mês de TARV devem repetir a carga viral aos 9 meses se resultado ≥ 1000 cp; ou repetir quando completar 12 meses de TARV se o resultado for <1000cp de acordo com Directrizes de CV publicadas pelo INLS.</p> <p>(4) Aos 12 meses e após recepção da segunda carga viral o paciente deve ser classificado de acordo com elegibilidade para o respectivo MDS 2.1 ou 2.2</p>											

c. Paciente > 12 meses em TARV e estável

A tabela abaixo apresenta o pacote de cuidados a ser oferecido para os pacientes que já estão em TARV há mais de 12 meses e que **estão estáveis** como definido previamente. Estes pacientes não necessitam de seguimento intenso e podem ser avaliados na US com mais espaçamento entre as consultas clínicas e levantamento de medicamentos, utilizando mecanismos específicos e expeditos implementados nas US para pacientes estáveis. Estes pacientes realizam CV apenas anualmente e fazem levantamento de TARV a cada 3 meses.

GRUPO 2.1 - PACIENTE > 12 MESES TARV E ESTÁVEL*					
	1ª Consulta MDS (1)	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
Tipologia consulta					
Seguimento clínico + Aconselhamento para Adesão	x		x		x
Sessão Aconselhamento para Adesão (2)		x		x	
Profissional de saúde					
Médico/enfermeiro	x		x		x
Enfermeiro/Psicólogo		x		x	
Laboratório					
H+BQ					x
CD4					
Serologias					
CV (3)					x
Farmácia (4)					
	x	x	x	x	x

* Doente estável definido como paciente sob TARV há mais de 12 meses, CV inferior a 1000cp/ml e sem sinais de Infecções Oportunistas.

(1) MDS - Modelos Diferenciados de Serviços

(2) Em US com poucos Recursos Humanos as consultas de reforço de adesão poderão ser feitas em Grupo na US com vários pacientes ao mesmo tempo. Para estas sessões caso não exista enfermeiro ou psicólogo disponível poderá ser substituído por "Par" VIH.

(3) Os pacientes em TARV há mais de 12 meses que realizaram a 1ª carga viral aos 12 meses ou mais devem repetir a carga viral 12 meses depois, isto é, depois de 1 ano, de acordo com Directrizes de CV publicadas pelo INLS.

(4) Em US com GAACs a dispensa de TARV poderá ser feita com base comunitária e com maiores espaçamentos, i.e. a metodologia GAACs permitiria que grupos de até seis pessoas vivendo com HIV, inscritas nos cuidados e tratamento e que alternavam na ida para o serviço de saúde para levantar medicamentos para o grupo.

d. Paciente > 12 meses em TARV e com doença avançada

A tabela abaixo apresenta o pacote de cuidados a ser oferecido para os pacientes que já estão em TARV há mais de 12 meses e que **estão instáveis** como definido previamente. Embora sejam seguidos há mais tempo, estes pacientes devem ser avaliados frequentemente do ponto de vista clínico, com consultas clínicas abrangentes, incluindo, rastreio e gestão de IO, assim como aconselhamento reforçado para adesão no caso de pacientes com CV detectável, e garantir a avaliação laboratorial de acordo com o calendário nacional e o caso individual do paciente. Caso o doente apresenta CV detectável deverá seguir o fluxo de CV detectável de acordo com as Diretrizes Nacionais para CV.

GRUPO 2.2 PACIENTE > 12 MESES TARV E INSTÁVEL*							
	1ª Consulta MDS (1)	30 dias	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses
Tipologia consulta (2)							
Seguimento clínico + Aconselhamento para Adesão	x	x	x	x	x	x	x
Ferramenta Rastreio Doença Avançada	x	x	x	x	x	x	x
Sessão Aconselhamento para Adesão							
Profissional de saúde							
Médico/enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x
Enfermeiro/Psicólogo							
Laboratório							
H+BQ							
CD4 (3)	x						x
Serologias							
CV (4)				x			x
Farmácia							
	x	x	x	x	x	x	x

* Doente instável definido como paciente sob TARV há mais de 12 meses com CV superior a 1000cp/ml e/ou com sinais de Infecções Oportunistas.

(1) MDS - Modelos Diferenciados de Serviços

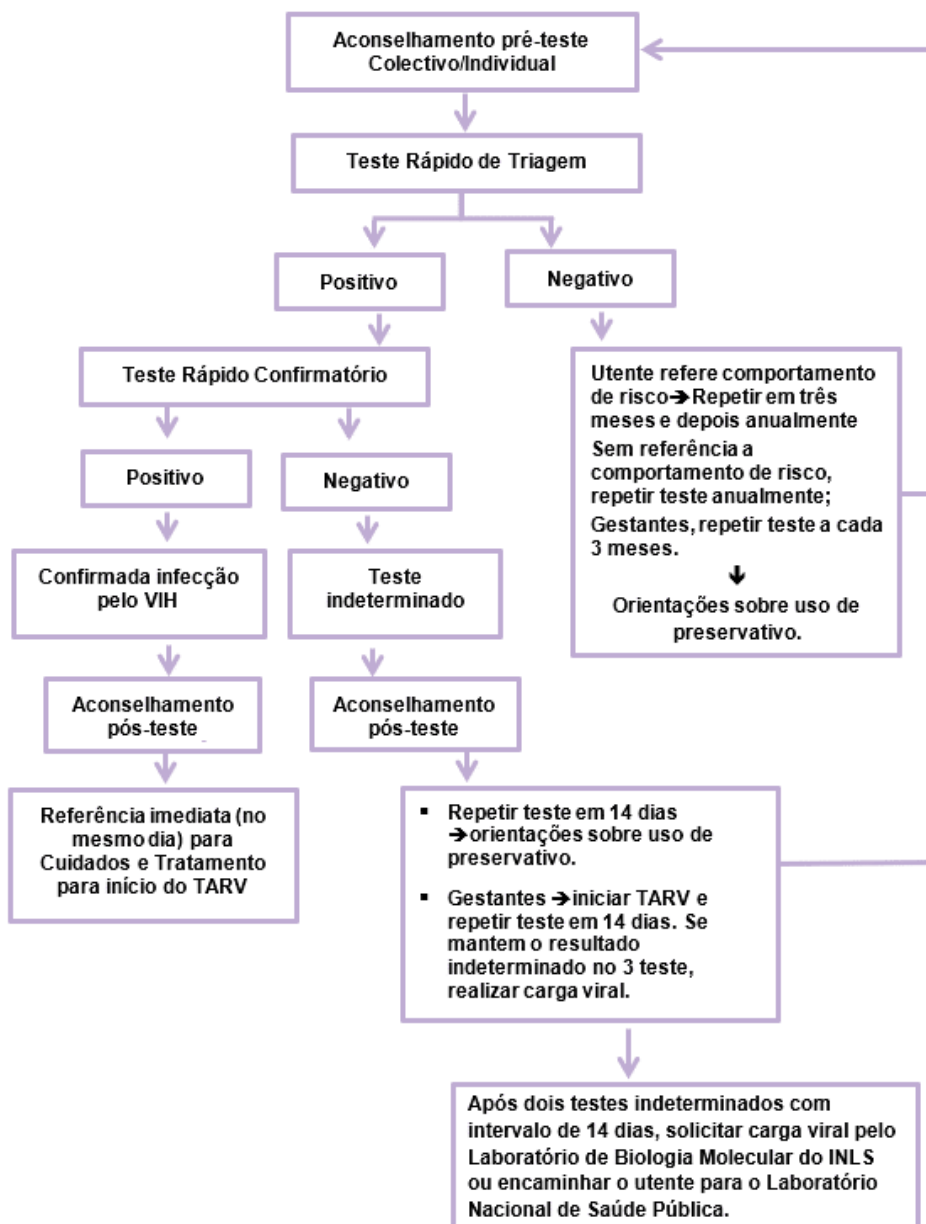
(2) Estes doentes mantêm seguimento clínico e aplicação de ferramenta de doença avançada até não estarem com critérios de doença avançada, momento que passam para modelo dos doentes estáveis se CV < 1000 cp/mm³ (1.1) ou seguem o modelo de CV > 1000cp que inclui três sessões de consulta de reforço de adesão;

(3) A avaliação de contagem CD4 deverá ser feita a cada seis meses enquanto doente tiver contagens inferiores a 200 cell/mm³;

(4) A CV deve ser solicitada 3 meses após resultado de CV > 1000cp de acordo com Directrizes de CV publicadas pelo INLS.

ANEXOS

1. Algoritmo de Testagem para crianças acima dos 18 meses (que deixaram de receber leite materno há pelo menos 3 meses), adolescentes e adultos de acordo com Directrizes Nacionais.



2. Nota Técnica Maio/17 – Normas Nacionais de TARV



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA
GABINETE DA DIRECTORA GERAL

Ref. 149 GDG/INLS/MINSA/17

NOTA TÉCNICA Nº 01/2017

ASSUNTO: NORMAS NACIONAIS DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV).

Considerando que:

- As evidências científicas têm demonstrado que pessoas que vivem com VIH e SIDA (PVVIH) em tratamento e com supressão viral, apresentam risco de transmissão do VIH reduzido em até 96% e, com base nestas evidências, os consensos internacionais recomendam o tratamento como estratégia de prevenção de novas infecções, principalmente entre as populações que apresentam prevalências aumentadas do VIH em relação à população geral;
- o Grupo Técnico Nacional para as Normas de TARV revisou as indicações de início do tratamento para VIH e os esquemas adoptados no país para 1ª e 2ª linha de TARV;
- as Normas nacionais caminham na direcção da estratégia "Testar e Tratar" e do alcance das metas 90/90/90;

O Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS) divulga as principais mudanças em relação às Normas actuais;

a) Passa a **recomendar o início de TARV a todas as PVVIH** que:

- ✓ Estejam sintomáticos
- ✓ Assintomáticos com $CD4 < 500 \text{ cél/mm}^3$
- ✓ E os assintomáticos, independente do valor de CD4, nomeadamente:

-Pacientes com estdio clínico 3 ou 4 da OMS

-Crianças <10 anos de idade

Rua 1º Congresso do MPLA nº 67, Telef: 222371855, Fax: 222371855 Luanda - Angola

- Gestantes
- Pacientes com nefropatia e risco cardíaco elevado
- Casais serodiscordantes
- Pertencentes a populações chave (Trabalhadores de Sexo, Homens que fazem Sexo com Homens e Transgéneros)
- Utentes >55 anos
- Utentes com coinfeção VIH e Tuberculose
- Utentes com coinfeção VIH e Hepatites virais crónicas B e C
- Onde não esteja disponível a contagem de linfócitos CD4.

b) Os esquemas preconizados no país, são:

b.1) Esquema preferencial para início de TARV: TDF+3TC+EFV

O esquema preferencial **não deve ser substituído**, excepto:

-Impossibilidade de utilizar Tenofovir:

Paciente com diagnóstico de nefropatia: utilizará AZT+3TC+EFV

-Em caso de impossibilidade de TDF e AZT*: **após autorização do médico de referência** do Serviço, utilizar ABC+3TC+EFV

-Em caso de impossibilidade de uso do EFV (diagnóstico de doença mental grave), **após autorização do médico de referência**, o mesmo deve ser substituído por NVP**

*Impossibilidade de TDF: doença renal, comprovada com exames (creatinina) e *clearance* de creatinina estimado.

Impossibilidade de AZT: anemia (Hb<8,5)

**Apesar das Normas de 2015 orientarem o EFV como primeira linha, nota-se resistência dos prescritores em adoptá-lo, mantendo alto o número de pacientes novos iniciando o tratamento com NVP. Este factor é um dos determinantes para os problemas actuais na quantificação e consequentes riscos de ruptura de stock.

Os prescritores devem seguir a Norma e as farmácias e responsáveis de *stock* devem calcular a quantidade estratégica de TDF+3TC+EFV para os casos novos de cada mês/trimestre.

b.2) Esquema para o resgate pós falência ao 1º esquema: AZT+3TC+LPV/r

-O esquema será liberado somente **após a justificação da troca e autorização do médico de referência do Serviço**;

-Caso o paciente tenha utilizado AZT no esquema de primeira linha, deverá usar TDF+3TC+LPV/r (APENAS com contra indicação formal de uso de TDF, ou seja, doença renal, substituir o TDF por ABC);

-NÃO SE DEVE introduzir 2ª linha em pacientes que falharam com 1ª linha por má adesão, sem antes realizar um trabalho intenso e multidisciplinar para a adesão.

A simples substituição, sem sanar a causa da falência, não resolverá o problema e ocasionará uma falha na 2ª linha.

A adesão é essencial desde o primeiro momento da introdução de TARV, e deve ser preocupação máxima da equipa de saúde. Recordar que adesão não deve ser baseada por discursos punitivos, mas sim no ACONSELHAMENTO que faz o utente refletir e entender a importância do tratamento correcto (consultar capítulo de adesão das Normas).

b.3) Coinfecção TB

Iniciar TARV após 2-8 semanas de uso de antibacilares, com **TDF+3TC+EFV.**

b.4) Co-infecção com Vírus das Hepatites B ou C:

Esquema preferencial para início de TARV: **TDF+3TC+EFV.**

b.5) Grávida:

Esquema preferencial para início de TARV: **TDF+3TC+EFV.**

b.6) Criança Exposta

Optar pela opção da Norma da OMS 2015, que orienta o uso da profilaxia combinada de **NVP e AZT** por 12 semanas devido ao alto risco de contaminação peri-parto e por falta de possibilidade de realizar Carga Viral (CV) para todas as gestantes.

b.7) Crianças e Adolescentes

Adolescentes

- Adolescentes acima de 35Kg a conduta é a mesma que para adultos,
- Adolescente abaixo de 35 Kg a conduta de acordo o peso: adoptar o esquema de crianças

Criança Positiva

- Ampliou se a idade para início de TARV para todos os menores de 10 anos;

-Esquema de 1ª linha <3 anos de idade: **ABC+ 3TC+ LPV/r**

-Esquema de 1ª linha >3 anos de idade: **ABC + 3TC + EFV**

-Esquema de 2ª linha para criança positiva: **2 ITRNs+ IP**, isto é:

- Se usou ABC na 1ª linha, troca para AZT;
- Se usou EFV na 1ª linha, troca para LPV/r.

As orientações acima devem ser colocadas em prática imediatamente e para que sejam cumpridas solicitamos que os Exmos Srs Directores Provinciais de Saúde, Chefes de Departamentos Provinciais de Saúde Pública, Directores Gerais e Clínicos das Unidades Sanitárias do Sistema Nacional de Saúde, pontos focais do VIH/SIDA, entre outros, **DIVULGUEM ESTA NOTA TÉCNICA DE FORMA EFECTIVA E INSISTENTE** junto aos serviços e especificamente para cada técnico de saúde envolvido no atendimento dos utentes com VIH.

Subscrevemo-nos.

LUANDA, AOS 08 DE MAIO DE 2017.

A DIRECTORA GERAL



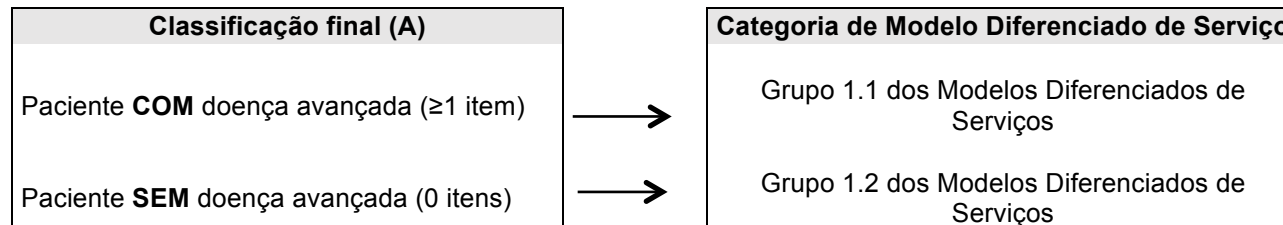
MARIA LÚCIA M. FURTADO
MÉDICA, ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA

Abreviaturas:

AZT: Zidovudina
3TC: Lamivudina
TDF: Tenofovir
ABC: Abacavir
EFV: Efavirenz
NVP: Nevirapina
LPV/r: Lopinavir/ritonavir
ATV: Atazanavir

3. Ferramenta para rastreio de doença avançada

N/O	Critério de avaliação/Data	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8
1	Tem tuberculose activa? (S/N)								
2	Tem IMC <16 kg/m ² ou PB < 14? (S/N)								
3	Tem CD4 < 200 cels/mm ³ nos últimos 3/6 meses?								
4	Paciente com síndrome de caquécia? (S/N)								
5	Paciente com diagnóstico de criptococose? (S/N)								
6	Paciente com quadro de diarreia crónica? (S/N)								
7	Paciente com diagnóstico de sarcoma de Kaposi? (S/N)								
8	Paciente com pneumonia por <i>Pneumocystis jiroveci</i> (PPJ)? (S/N)								
9	Paciente com infecção crónica por herpes simples (>1 mês de duração)? (S/N)								
10	Paciente com diagnóstico de candidíase oral ou esofágica? (S/N)								
11	Outras doenças do estadio 3 e 4? (S/N)								
Classificação final – (ver A)									



4. Nota Técnica N° 3/2017 – Uso de Isoniazida como profilaxia



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA
GABINETE DA DIRECTORA GERAL

Ref. 028 GDG/INLS/MINSA/18

NOTA TÉCNICA Nº 03/2017

ASSUNTO: Uso de Isoniazida como Profilaxia

Considerando que:

- As evidências científicas têm demonstrado que Indivíduos infectados pelo VIH têm alto risco de desenvolver tuberculose,
- A profilaxia com Isoniazida (*IPT: Isoniazid Preventive Therapy*) diminui a morbilidade e mortalidade associadas ao VIH, uma vez que tem o objectivo de prevenir a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou evitar o desenvolvimento da doença nos indivíduos infectados,

O Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS), vem reforçar o cumprimento das Normas Nacionais de TARV, que recomendam a profilaxia com Isoniazida por seis meses (fluxograma em anexo).

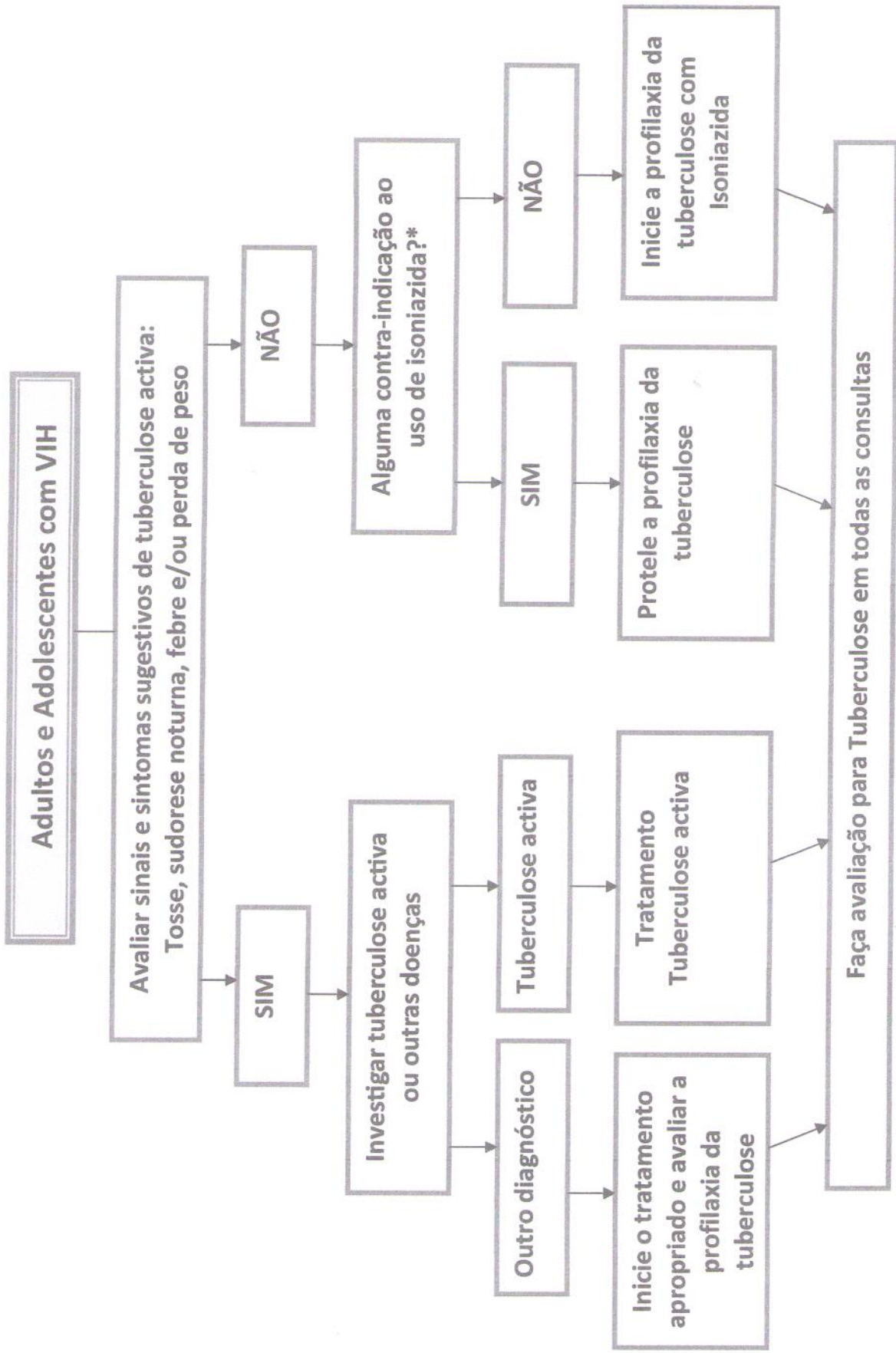
Categoria	Dosagem
ADULTOS	10 mg/Kg de peso (Dose máxima de 300mg/dia)
CRIANÇAS	05 mg/Kg de peso (Dose máxima de 300mg/dia)

LUANDA, AOS 15 DE JANEIRO DE 2018.

A DIRECTORA GERAL

MARIA LÚCIA FURTADO
MÉDICA, ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA

Tratamento de Tuberculose Latente com Isoniazida



* Deve-se avaliar possível contra-indicação ao uso de Isoniazida em situações de histórico de hepatopatia grave e/ou hipersensibilidade à droga



