



Ministério da Saúde

**Direcção-Geral de Saúde**  
**Programa de luta contra a SIDA/IST, Tuberculose e Lepra**

**PROCEDIMENTOS, NORMAS E DIRECTRIZES DO  
ATENDIMENTO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM O  
VIRUS DA IMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Praia, 2005

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introdução.....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2. Diagnóstico da infecção pelo VIH.....</b>  | <b>4</b>  |
| 2.1. Quem pede o teste para rastreio da infecção pelo VIH...   | 4         |
| 2.2. Quais as condições a cumprir para fazer o pedido do rastreio da infecção pelo VIH.....  | 4         |
| 2.3. Quais os locais onde é possível fazer o rastreio da infecção VIH.....   | 4         |
| <b>3. Encaminhamento e seguimento do paciente VIH positivo..</b>   | <b>6</b>  |
| 3.1. Entrega do resultado.....   | 6         |
| 3.2. Quem comunica o resultado ao utente.....  | 6         |
| 3.3. Qual o encaminhamento dos casos positivos.....  | 6         |
| 3.4. Qual o seguimento dos casos positivos.....  | 7         |
| 3.5. Quem decide o início ou a alteração do tratamento anti-retroviral.....  | 7         |
| <b>4. Prevenção da transmissão mãe-filho.....</b>  | <b>9</b>  |
| 4.1. Como é feito o seguimento da grávida com serologia VIH positiva.....  | 9         |
| <b>5. Notificação dos casos de SIDA.....</b>   | <b>10</b> |
| <b>6. Circuito e procedimentos de recolha/envio de amostras para contagem de CD4 e determinação da carga viral.....</b>                                | <b>11</b> |
| <b>Anexos.....</b>   | <b>15</b> |
| Anexo 1: Ficha clínica   |           |
| Anexo 2: Classificação da infecção VIH   |           |
| Anexo 3: Ficha de notificação individual de casos de SIDA  |           |
| Anexo 4: Formulário de notificação de casos VIH pelos laboratórios VIH dos Hospitais centrais e dos centros de aconselhamento e despistagem voluntária |           |
| Anexo 5: Ficha técnica   |           |

## **1. INTRODUÇÃO**

Os avanços conseguidos em matéria de terapêutica anti-retroviral fazem com que a associação entre o tratamento e a prevenção seja um aspecto fundamental da resposta à epidemia.

Neste sentido o Ministério da Saúde aprovou o documento “Política de cuidados integrados às pessoas que vivem com o VIH”, em Julho de 2004, que constitui a base da organização do atendimento, e determina a elaboração de protocolos de terapêutica anti-retroviral e de abordagem das infecções/doenças oportunistas e de um manual de procedimentos.

O presente documento pretende ser um manual para orientar as actuações dos técnicos de Saúde no atendimento dos pacientes com infecção VIH definindo as regras para o diagnóstico, seguimento e notificação dos casos.

## **2. DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO VIH.**

### **2.1. Quem pede o teste para rastreio da infecção pelo VIH ?**

O médico sempre que julgar conveniente e no contexto de rastreio anónimo e voluntário incluindo a prevenção da transmissão vertical, os enfermeiros e psicólogos formados em aconselhamento.

### **2.2. Quais as condições a cumprir para fazer o pedido do rastreio da infecção pelo VIH ?**

O teste deve ser voluntário, com consentimento informado e realização de aconselhamento preteste e posteste.

Após o indispensável aconselhamento preteste e uma vez feita a requisição para ser presente no laboratório, deve ser marcada a data da realização do aconselhamento posteste, que nunca deverá exceder os quinze dias.

Todos os casos devem ter oportunidade de aconselhamento posteste e aqueles que a serologia para o VIH for positiva, encaminhados para seguimento médico.

Nas situações nas quais o rastreio da infecção VIH é obrigatório, os utentes devem beneficiar de aconselhamento pré e posteste.

### **2.3. Quais os locais onde é possível fazer o rastreio da infecção VIH ?**

As colheitas de sangue devem ser feitas nos laboratórios das Delegacias de Saúde. A realização do teste estará disponível nos seguintes laboratórios:

- S. Antão: Laboratório do Hospital Regional João Morais
- S.Vicente: Laboratório da Delegacia de Saúde e do Hospital Central
- Sal: Laboratório do Centro de Saúde dos Espargos
- S.Nicolau: Laboratório do Centro de Saúde da Vila da Ribeira Brava.
- Fogo: Laboratório do Hospital Regional de S.Filipe
- Santiago: Laboratório da Delegacia Saúde da Praia, do Hospital Regional da Assomada e do Hospital Central.

Nos casos em que não haja disponibilidade para realização do teste localmente deve ser estabelecido um circuito para colheita e envio de amostra.

Em caso de opção pela realização do teste em laboratório privado, os procedimentos devem respeitar o previsto nas normas e directrizes para o aconselhamento para as IST e infecção VIH estabelecidos pelo Ministério da Saúde, incluindo aconselhamento pre e posteste, sendo o médico solicitante o responsável pela sua realização.

### **3. ENCAMINHAMENTO E SEGUIMENTO DO PACIENTE VIH POSITIVO**

#### **3.1. Entrega do resultado**

O resultado é entregue ao utente ou encaminhado para seu processo clínico só após a realização de todos os testes confirmatórios. Este momento deverá ser mais uma oportunidade para se reforçar a necessidade do posteste com o técnico solicitante do exame.

#### **3.2. Quem comunica o resultado ao utente ?**

O resultado é comunicado durante o aconselhamento posteste pelo técnico de saúde que fez o pedido.

#### **3.3. Qual o encaminhamento dos casos positivos ?**

Todos os casos positivos são encaminhados para o médico assistente\* que deverá:

- Elaborar história clínica (anexo I: Modelo de ficha clínica)
- Pedir análises clínicas (laboratório local)
- Pedir contagem de CD4 e determinação de Carga Viral (Anexo II: Circuito de envio de material para os laboratórios dos Hospitais Centrais)
- Classificar o estadio da infecção (Anexo III: Classificação da infecção VIH segundo CDC 1993)
- Fazer as notificações obrigatórias (Anexo IV: Ficha de notificação individual de casos de Sida)
- Contactar o polo regional

### **3.4. Qual o seguimento dos casos positivos?**

O doente é seguido pelo médico assistente\*, com um mínimo de 4 consultas por ano para avaliação clínica geral, acompanhamento da adesão à terapêutica, efeitos secundários da medicação e prescrição de tratamentos profiláticos.

Sempre que necessário, mas com frequência nunca inferior a uma vez por ano, deverá haver uma consulta organizada localmente, na Delegacia de Saúde, durante a qual o médico assistente<sup>1</sup> e o médico do polo regional observam conjuntamente todos os doentes.

### **3.5. Quem decide o início ou a alteração do tratamento anti-retroviral?**

A decisão do início ou alteração da terapêutica antiretroviral cabe sempre aos médicos do polo regional<sup>2</sup>. Esta decisão é tomada após observação do doente durante consulta de referência ou durante a deslocação de supervisão.

A prescrição é comunicada ao Depósito de Medicamentos da respectiva região pelo Polo Regional.

O Depósito providenciará o fornecimento periódico e regular dos medicamentos às farmácias das Delegacias de Saúde que procederão ao aviamento mediante a requisição do médico assistente.

As farmácias das Delegacias de Saúde que receberão medicamentos dos Depósitos são:

- S. Antão: Farmácias das Delegacias de Saúde de P.Novo e R.Grande
- S.Vicente: Farmácia do estado no Hospital Baptista de Sousa
- S.Nicolau: Farmácia da Vila da R.Brava
- Sal: Farmácia dos Espargos
- B.Vista: Farmácia de Sal Rei
- Maio: Farmácia de Porto Inglês
- Fogo: Farmácia da Delegacia de Saúde de S.Filipe

---

<sup>1</sup> Médico assistente: é o médico que segue o paciente no seu concelho de residência.

<sup>2</sup> De acordo com o documento “Política de cuidados integrados às pessoas que vivem com o VIH” são médicos dos Pólos Regionais, os médicos que fazem o atendimento VIH nas Delegacias de Saúde da Praia e S. Vicente, nos serviços de pediatria dos hospitais centrais e nos centros de saúde reprodutiva da Fazenda e Bela Vista.

- Brava: Farmácia da Vila
- Santiago: Farmácias da Delegacia de Saúde de S.Catarina e do Hospital Agostinho Neto.



## **4. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO MÃE/FILHO**

No contexto da prevenção da transmissão mãe/filho o rastreio da infecção VIH deve ser oferecido a todas as grávidas que demandam o atendimento pré-natal.

As condições a cumprir são as referidas no ponto 2 deste documento.

### **4.1. Como é feito o seguimento da grávida com serologia VIH positiva ?**

O resultado é comunicado durante o aconselhamento posteste pelo técnico de saúde que fez o pedido e a grávida encaminhada para a consulta de gravidez de risco da sua Delegacia de Saúde.

Nesta consulta é elaborada a história clínica e feito o estadiamento da infecção VIH para decidir entre o início do tratamento e a profilaxia da transmissão vertical.

Todas as grávidas devem ser encaminhadas às 34 semanas de gestação para consulta num hospital que disponha de possibilidades de realização de cesariana.

Para agilizar o atendimento no Hospital, a consulta de gravidez de risco da Delegacia de Saúde deve antecipar o contacto com o Hospital, através do envio periódico (semanal, quinzenal ou mensal) de uma lista com os nomes das grávidas VIH positivas que forem aparecendo, indicado o tempo actual de gestação e data provável de envio da grávida à consulta na Maternidade quando tiver as 34 semanas de gravidez, de modo a que já estará sendo esperada em determinada semana. A referência será feita em nota normal de encaminhamento, fechada, dirigida a nome do médico que fará a consulta no Hospital, contendo todas as informações necessárias.

No momento da alta hospitalar a puérpera deve ser encaminhada para:

- consulta de gravidez de risco (posparto e posterior encaminhamento para seguimento da infecção VIH);
- consulta de seguimento de crianças na Delegacia de Saúde (atendimento pelo pediatra que faz parte do Pólo regional e posterior encaminhamento ao médico assistente).

## 5. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE SIDA

A SIDA é uma doença de notificação obrigatória.

A notificação será feita através da *Ficha de notificação individual de casos de SIDA* no anexo 4 que deverá ser enviada das estruturas de Saúde para a Delegacia de Saúde a nível local e da Delegacia de Saúde para o Serviço de Epidemiologia do Ministério da Saúde a nível central.

A notificação pelas estruturas de saúde à Delegacia de Saúde deverá ser feita caso a caso.

A Delegacia de Saúde, por sua vez, enviará mensalmente ao Serviço de Epidemiologia a nível central, a coberto de uma nota, as fichas de notificação individuais acompanhadas do Formulário de notificação de casos VIH pelos laboratórios VIH dos Hospitais centrais e dos centros de aconselhamento e despistagem voluntária (anexo 5).

## 6. CIRCUITO E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA/ENVIO DE AMOSTRAS PARA CONTAGEM DE CD4 E DETERMINAÇÃO DA CARGA VIRAL

### 6.1. Circuito de envio de amostras

#### 6.1.1. Para CD4

|   |   |
|---|---|
| Envio amostras de sangue de :                   | Envio amostras de sangue de :               |
| Praia (via terrestre)                           | S.Vicente (via terrestre)                   |
| Delegacias interior de Santiago (via terrestre) | S.Antão (via marítima)                      |
| Fogo (via aérea)                                | Sal (via aérea)                             |
| Brava (via marítima e aérea)                    | B.Vista (via aérea)                         |
| Maio (via aérea)                                | S.Nicolau (via aérea)                       |
|   |   |
| Para  | Para  |
| Laboratório VIH Hospital Central da Praia       | Laboratório VIH Hospital Central: S.Vicente |

Via aérea: através protocolo assinado com TACV

Via Marítima: protocolo a ser desenvolvido para S.Antão e Brava

#### 6.1.2. Para Carga viral

Segue o mesmo circuito, acrescentando o percurso S.Vicente/Praia e Praia/Dakar, sob a responsabilidade dos laboratórios VIH dos hospitais centrais de S. Vicente e da Praia.

### 6.2. Requisição

Preencher requisição normal com as seguintes informações: nome completo do paciente, data de nascimento, sexo, morada, assintomático ou sintomático (nesse caso colocar os sintomas), com TARV ou sem TARV (consoante o caso), tipo de vírus (VIH1, ou VIH2, ou VIH1+2) e o exame solicitado. Nos envios posteriores, no lugar do nome estará o código (ver mais detalhes abaixo).

Obs:

- Não é aceite nenhuma amostra sem requisição ou acompanhada de requisição que não contém todas as informações supracitadas.
- Se o paciente não souber a data de nascimento, fazer menção e, nesse caso, indicar a idade.

- Para evitar escrever o tipo de vírus (confidencialidade!), na informação com ou sem terapia ARV (TARV), colocar 1 ou 2 ou 3 para os casos de seropositividade/ SIDA pelo VIH1, VIH2 e VIH1+2 respectivamente (ex: sem TARV1, com TARV2, etc...).

### 6.3. Colheita e envio

O dia de colheita e envio das amostras será acordado com os laboratórios VIH dos Hospitais centrais e toda proposta de alteração será anunciada com a antecedência mínima de 07 dias. O número de amostras não poderá ultrapassar 10 por envio.

#### CD4

Rotular com o nome, data e hora da colheita, um tubo EDTA (tampa verde ou tampa roxa)

Colher 2,5 ml de sangue no tubo EDTA.

Misturar delicadamente por inversão.

Enviar no mesmo dia à temperatura ambiente, prévio contacto telefónico advertindo da hora do envio e chegada.

#### Carga viral

Rotular com o nome, data e hora da colheita, 2 tubos de vácuo EDTA (tampa roxa)

Colher 3 ml de sangue em cada um dos 2 tubos de vácuo EDTA.

Misturar delicadamente por inversão.

Enviar no mesmo dia em caixa térmica com acumulador(es) de frio.

#### Obs:

- A colheita, tanto para Carga Viral como para CD4 (este último no dia do envio; se possível conciliar a recolha para os 2 exames), não precisa ser feita em jejum
- Evitar amostras de colheitas difíceis e prolongadas e de todo outro acto que possa originar hemólise ou coagulação
- Evitar chocalhar as amostras
- Durante o transporte, não deixar que as amostras para carga viral entrem em contacto com os termo-acumuladores.
- Zelar para que o tempo entre a recolha e a recepção nos laboratórios dos Hospitais centrais seja inferior a 24 horas.
- Todas as malas térmicas enviadas aos laboratórios dos Hospitais centrais deverão ser devolvidos à origem em tempo oportuno.

## **6.5. Restituição dos resultados**

Aquando da transmissão dos resultados, os mesmos serão fornecidos com o código nacional do paciente. Por exemplo: Maria Engrácia Panocrácio da Moura, nascida a 1 de Setembro de 1939, terá o código MEPM010939.

Tradução do código: as iniciais do nome e apelidos (“de”, “da”, “e”, não constam), seguido de dia, mês e ano de nascimento (2 dígitos para cada num total de 6 dígitos).

Se a mesma não souber a data de nascimento, os laboratórios dos Hospitais centrais colocarão as mesmas iniciais seguidas de 99. Portanto, nesse caso, o código será, MIPM99.

Este código é o mesmo que deverá constar na História clínica de seguimento do paciente e, também deve figurar nos próximos envios de amostra para seguimento biológico do paciente.

Os outros dados também têm a sua importância e assim é imperativo o cumprimento dessas determinações.

Para a Carga viral os procedimentos serão os mesmos, recebendo-se os resultados de Dakar e depois os laboratórios VIH dos Hospitais centrais farão a sua retransmissão para os Concelhos respectivos, por escrito, por Fax ou carta fechada.

Qualquer eventual alteração do código, deverá ser comunicada aos laboratórios centrais.

## **6.6. Controle de qualidade**

### **6.6.1. Controle de qualidade interno**

O estado da amostra enviada dos Concelhos será verificado em cada lote recebido e um feed back à origem será feito quando for preciso melhorar os procedimentos para a colheita, acondicionamento e transporte.

Os laboratórios VIH dos Hospitais centrais implementarão um programa de qualidade interno.

### **6.6.2. Controle de qualidade externo**

Uma vez por ano, os laboratórios VIH dos Hospitais Agostinho Neto e Baptista de Sousa receberão uma supervisão formativa de 2 dias cada, de uma equipa do laboratório de Bacteriologia-Virologia do

Hospital Le Dantec/Senegal (LBVD), laboratório de referência da OMS para a região da África do Oeste. Na visita serão portadores dos seus próprios aparelhos de contagem de CD4 ( Cyflow ou A40) e no dia da manipulação dos técnicos nacionais farão uma manipulação paralela para comparar os resultados encontrados.

E ainda, duas vezes no ano, 2 amostras de sangue estabilizado com resultados conhecidos serão enviados do LBVD aos laboratórios VIH do Hospital Agostinho Neto e do Hospital Baptista de Sousa para se determinar novamente a taxa de CD4.

O controle de qualidade para a Carga viral, tanto interno como externo, será feito fora do país.

### **6.7. Seroteca**

Todas as amostras serão guardadas não devendo ser destruídas salvo em situação de ordem superior do nível central do Ministério da Saúde e após um período mínimo e 10 anos.

Deverá existir um arquivo gráfico e se possível informatizado dos dados de cada paciente, guardado em armário fechado à chave e, se existir, em computador protegido com palavra de passe e não ligado à Internet.

## **ANEXOS**

ANEXO 1: Ficha clínica

ANEXO 2: Classificação da infecção VIH

ANEXO 3: Ficha de notificação de casos de sida

ANEXO 4: Formulário de notificação de casos VIH pelos  
laboratórios VIH dos Hospitais centrais e dos centros de  
aconselhamento e despistagem voluntária

## ANEXO 1: FICHA CLÍNICA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código\*:

### I - Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Naturalidade:

Estado civil:

Morada:

Telefone:

Profissão:

Trabalha actualmente?

Escolaridade:

Categoria:

### II - Serologia para o VIH

Data e local da confirmação do diagnóstico da infecção VIH:

...../...../.....; .....

Tipo de VIH:.....

### III – Exposição ao VIH

Exposição sexual ? Sim/Não ...../...../.....;

Uso de droga via endovenosa ? Sim/Não ...../...../.....;

Transfusão de sangue e/ou produtos sanguíneos ? Sim/Não ...../...../.....;

Ocupacional ? Sim/Não ...../...../.....;

Vertical (mãe-filho) Sim/Não ...../...../.....;

\* Código usando data de nascimento e iniciais do nome completo.



#### IV – História relacionada com a infecção VIH

Contagem de linfócitos TCD4: ..... células/ $\mu$ l (..... %).

Doenças definidoras de sida:

Candidose do esófago    Sim    Não

Cancro invasivo do colo uterino    Sim    Não

Vírus citomagalico    Sim    Não

Perda de > 10% do peso basal,  
associada a diarreia crónica e  
febre de etiologia não esclarecida  
> 30 dias    Sim    Não

Sarcoma de Kaposi    Sim    Não

Tuberculose pulmonar    Sim    Não

Tuberculose disseminada    Sim    Não

Pneumonia por *P. Jiroveci*    Sim    Não

Pneumonia bacteriana recorrente    Sim    Não

Outros: .....

#### V – História pregressa

Doenças cardiovasculares        Sim    Não

Factores de risco de doença cardiovascular:    Sim    Não

(Obesidade, Tabagismo, Hipertensão, Diabetes mellitus, Hiperlipidemia)

Doença pulmonar    Sim    Não; Doença renal    Sim    Não

Doença cutânea    Sim    Não Doença hepática    Sim    Não

Doença neurológica    Sim    Não Doença urológica    Sim    Não

Doença ginecológica    Sim    Não Doença gastrointestinal    Sim    Não

Intervenções cirúrgicas    Sim    Não .....

Hospitalizações    Sim    Não .....

**VI – Condições relevantes correlacionadas com a infecção VIH**

Infeções sexualmente transmissíveis      Não  
    Se Sim. Qual(is):

    Data da última IST:

|                   |     |     |
|-------------------|-----|-----|
| Hepatite B        | Sim | Não |
| Hepatite C        | Sim | Não |
| Alcoolismo        | Sim | Não |
| Toxicodependência | Sim | Não |

História ginecológica/obstétrica: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VII – Revisão por sistemas

|                         |                    |     |     |                      |     |      |
|-------------------------|--------------------|-----|-----|----------------------|-----|------|
| <b>Constitucional:</b>  | perda de peso      | Sim | Não | febre                | Sim | Não; |
|                         | Suores nocturnos   | Sim | Não | Fadiga               | Sim | Não  |
| <b>Gastrointestinal</b> | Anorexia           | Sim | Não | Disfagia             | Sim | Não  |
|                         | Náuseas            | Sim | Não | Vómitos              | Sim | Não  |
|                         | Diarreia           | Sim | Não | Dor abdominal        | Sim | Não  |
| <b>Cardiopulmonar</b>   | Dor torácica       | Sim | Não | Dispneia             | Sim | Não  |
|                         | Tosse              | Sim | Não |                      |     |      |
| <b>Neurológico</b>      | Cefaleias          | Sim | Não | Dor extremidades     | Sim | Não  |
|                         | Mod. Estado mental | Sim | Não | Parestesias          | Sim | Não  |
| <b>Vários</b>           | Exantema           | Sim | Não | Insónia              | Sim | Não  |
|                         | Adenopatia         | Sim | Não | Perturbações visuais | Sim | Não  |

## VIII – Exame objectivo

Estado geral Bom Satisfatório Mau Peso: ..... Altura: .....

Orofaringe: ..... Adenopatias:.....

Pele: .....

ACP: .....

Abdómen: .....

Exame neurológico sumário: .....

.....

## IX – Testes laboratoriais

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Hemoglobina                |  |
| Hematócrito                |  |
| Valor globular médio       |  |
| Leucócitos                 |  |
| Neutrófilos                |  |
| Eosinófilos                |  |
| Linfócitos                 |  |
| Plaquetas                  |  |
| Tempo de protrombina       |  |
| Velocidade de sedimentação |  |
| Glicémia                   |  |
| Creatinina                 |  |
| Ureia                      |  |
| GOT                        |  |
| GPT                        |  |
| Fosfatase alcalina         |  |
| Bilirrubinas               |  |
| Colesterol                 |  |
| Triglicéridos              |  |
| Acido úrico                |  |
| VDRL                       |  |
| Sedimento urinário         |  |

Contagem de linfócitos TCD4: ..... células/ $\mu$ l (.....%)

Carga vírica: .....

Raio X do tórax: .....

## X – Conduta (Tratamento, recomendações, data da próxima consulta, etc)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## XI – Consultas sequenciais

### Queixas

Febre Sim Não; Suores nocturnos Sim Não; Anorexia Sim Não

Disfagia Sim Não; Náuseas Sim Não; Vómitos Sim Não

Diarreia Sim Não; Dor torácica Sim Não; Dispneia Sim Não

Tosse Sim Não Cefaleias Sim Não Dor extremidades: Sim Não

Parestesias Sim Não; Insónia Sim Não; Perturbações visuais Sim Não

.....  
.....  
.....  
.....

### Exame objectivo

Estado geral Bom Satisfatório Mau Peso: .....

Orofaringe: .....Adenopatias:.....

Pele: .....

ACP:.....

Abdómen: .....

Exame neurológico sumário: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Testes laboratoriais**

Hemoglobina: Ht:                   VGM:                   VS:  
Leuco:                   Neutro:                   Eosinófilos:                   Linfo:  
Plaquetas:                   TP:  
Glicemia:                   Creatinina:                   Ureia:  
GOT:                   GPT:                   Bilirrubinas:  
Colesterol:                   Triglicéridos:

Contagem de linfócitos TCD4: ..... células/ $\mu$ l (.....%)

Carga vírica: .....

**Conclusões**

Adesão: .....

Tratamento: .....

Outras recomendações: .....

.....

.....

Data da próxima consulta: ...../...../.....

Assinatura: .....



| <b>DATA</b> | <b>PESO</b> |
|-------------|-------------|
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |
|             |             |

| <b>DATA</b>      |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>HEMOGRAMA</b> |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | HC         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | Ht/Hb      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | VCM        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | PLAQUETAS  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | LEUCÓCITOS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | Neutr      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | Eo / Bas   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | Lt / M     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | TP AE      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | Cels Falc  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <b>DATA</b>       |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>BIOQUÍMICA</b> |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | TGO        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | TGP        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | BT         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | BD         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | CT/CHDL    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | LDL/VLDL   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | TRIG       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | GLICOSE    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | AMILASE    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | UREIA      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | CREATININA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | DHL        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | LACTATO    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <b>DATA</b> | <b>Parasit de Fezes</b> |
|-------------|-------------------------|
|             |                         |
|             |                         |
|             |                         |

| <b>DATA</b> | <b>Sumário de Urina</b> |
|-------------|-------------------------|
|             |                         |
|             |                         |
|             |                         |

| <b>DATA</b> | <b>COLPOSCOPIA - CITOLOGIA</b> |
|-------------|--------------------------------|
|             |                                |
|             |                                |
|             |                                |



## ANEXO 2: Classificação da infecção VIH, segundo CDC, 1993

| CLASSIFICAÇÃO DA INFEÇÃO VIH, SEGUNDO CDC, 1993 |   |                                       |                                       |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Contagem de linfócitos TCD4 <sup>+</sup>        | Categorias clínicas   |                                       |                                       |
|   | <b>A</b><br>Assintomática ou infecção VIH aguda ou linfadenopatias generalizadas persistentes | <b>B</b><br>Sintomática (nem A nem C) | <b>C</b><br>Doença definidora de SIDA |
| > ou = 500/mm <sup>3</sup><br>(>ou = 29%)       | <b>A1</b>   | <b>B1</b>                             | <b>C1</b>                             |
| 200-499/mm <sup>3</sup><br>(14-28%)             | <b>A2</b>   | <b>B2</b>                             | <b>C2</b>                             |
| < 200/mm <sup>3</sup> (<14%)                    | <b>A3</b>   | <b>B3</b>                             | <b>C3</b>                             |

**Caso de SIDA:** o paciente apresenta uma doença definidora de Sida (categorias C1, C2 e C3) e/ou têm menos de 200 linfócitos TCD4+/mm<sup>3</sup> (Categorias A3, B3 e C3).

**ANEXO 3:****MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Direcção-Geral de Saúde****SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA****FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE CASOS DE SIDA**  
**Delegacia de Saúde de \_\_\_\_\_**

| 1 - DADOS DEMOGRAFICOS |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| Código*:               | _____ Idade:_____ Sexo : M F    |
| Morada :               | _____ Concelho _____ Ilha _____ |
| Escolaridade :         | _____ Estado civil : _____      |
| Profissão/Ocupação:    | _____                           |

| 2. CATEGORIA |  |
|--------------|--|
| Caso novo:   | _____ Caso conhecido: _____ Contagem de CD4: _____ |

| 3 - DOENÇAS DEFINIDORAS DE SIDA, EM ADULTOS, 1997  | Marque com um X | Doença inaugural (Sim ou Não) |
|--|-----------------|-------------------------------|
| • Candidose esofágica  |                 |                               |
| • Carcinoma cervical invasivo  |                 |                               |
| • Demência associada a VIH   |                 |                               |
| • Herpes simplex, com úlcera mucocutânea > 1 mês, bronquite, pneumonite e esofagite  |                 |                               |
| • Pneumonia por Pneumocystis jiroveci  |                 |                               |
| • Pneumonia bacteriana recorrente (≥2 episódios em 12 meses) <sup>φ</sup>  |                 |                               |
| • Sarcoma de Kaposi  |                 |                               |
| • Septicemia recorrente a Salmonella spp (não tifóide)   |                 |                               |
| • Síndrome de emaciação associada a VIH: perda involuntária de > 10% do peso corporal e diarreia crónica (≥ duas dejeções por dia, ≥30 dias) ou astenia crónica e febre ≥30 dias ) |                 |                               |
| • Toxoplasmose cerebral  |                 |                               |
| • Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar  |                 |                               |
| • Tuberculose disseminada  |                 |                               |
| • Outro  |                 |                               |

| 4 - CATEGORIA DE RISCO                        | Marque com um X |
|---|-----------------|
| Sexual  |                 |
| Vertical                                      |                 |
| Uso de droga via endovenosa                   |                 |
| Transfusão de sangue e/ou produtos sanguíneos |                 |
| Ocupacional                                   |                 |

\* Obs: Código usando data de nascimento e iniciais do nome completo.

Assinatura do médico assistente

Data: ...../...../.....



**ANEXO 4:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Direcção-Geral de Saúde/SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
MODELO – VIH

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO MENSAL DOS NOVOS SEROPOSITIVOS VIH PELOS LABORATÓRIOS ELISA DOS HOSPITAIS CENTRAIS, DELEGACIAS DE SAÚDE E CENTROS DE ACONSELHAMENTO E DESPISTAGEM ANÓNIMA E VOLUNTÁRIA**

Laboratório de \_\_\_\_\_ Hospital/Delegacia de Saúde: \_\_\_\_\_ Data de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

| Código <sup>3</sup> | Idade | Sexo | Morada | Escolaridade <sup>4</sup> | Estado Civil <sup>5</sup> | Ocupação/Profissão | Motivo para o pedido do teste <sup>4</sup> | Resultados positivos e negativos <sup>5</sup> | Observações |
|---------------------|-------|------|--------|---------------------------|---------------------------|--------------------|--|---|-------------|
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |
|                     |       |      |        |                           |                           |                    |  |   |             |

<sup>3</sup> Código: Use as iniciais do nome completo e a data de nascimento;

<sup>4</sup> Escolaridade: EBI, 7-9 Ano, 10-12 Ano, Técnico, Tec. Sup, não especificado, não aplicável;

<sup>3</sup> Estado civil: casado, solteiro, divorciado, separado, união de facto, viúvo, não aplicável;

<sup>4</sup> Motivo do teste: suspeita clínica (especificar), teste anónimo voluntário, prevenção vertical, ...; <sup>5</sup> Resultados : positivos : VIH1, VIH2, VIH 1+2; e negativos.

O Responsável \_\_\_\_\_

## **Anexo 5: Ficha técnica**

### **Elaborado por:**

Dr. Carlos Brito – Director Geral de Saúde

Dra Jaqueline Pereira – Programa Nacional de luta contra a SIDA do Ministério da Saúde

### **Contribuições de:**

1. Dra Maria do Rosário Rodrigues – Serviço Tisiologia Hospital Baptista de Sousa e Consulta pacientes VIH+ da Delegacia Saúde S.Vicente
2. Dra Conceição Pinto – Laboratório VIH Hospital Baptista de Sousa
3. Dra Dulce Mascarenhas – Serviço Medicina Hospital Baptista de Sousa
4. Dra Odete Silva - Serviço Medicina Hospital Baptista de Sousa
5. Dra Antonina Gonçalves – Serviço de Pediatria Hospital Baptista de Sousa
6. Dra Adelaide Lima - Serviço de Ginecobstetricia Hospital Baptista de Sousa
7. Dra Irenita Figueiredo Soares – Serviço de Medicina interna Hospital Agostinho Neto
8. Dra Regina Timas – Serviço de Pediatria Hospital Agostinho Neto
9. Dra Maria Alice Teixeira – Serviço de Ginecobstetricia Hospital Agostinho Neto
10. Dra Ema Mascarenhas – Serviço de Saúde Reprodutiva da Fazenda
11. Dra Belmira Miranda – Serviço de aconselhamento anónimo e voluntário para o VIH da Delegacia Saúde Praia
12. Dra Elsa Almeida - Consulta pacientes VIH+ da Delegacia Saúde da Praia
13. Sr. José Rocha - Laboratório VIH Hospital Agostinho Neto
14. Dra Maria de Lourdes Monteiro – Serviço de vigilância epidemiológica Ministério da Saúde
15. Dr. José da Rosa – Delegado de Saúde da Praia
16. Dr. Demócrito Barros Filho – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
17. Dr. José Anchieta de Brito - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
18. Dra Filomena Moniz – laboratório Análises clínicas Hospital Agostinho Neto
19. Dr. Júlio Andrade – Serviço de oftalmologia Hospital Agostinho Neto
20. Dra Dulce Dupret – Delegacia de Saúde da Praia
21. Dr. Didier Andrade – Consulta pacientes VIH+ da Delegacia Saúde da Praia / Serviço de Saúde das Forças Armadas
22. Dra Edith Santos – Direcção Geral de Farmácias

### **Rewriter:**

Dr. João de Deus Lisboa Ramos – Direcção Geral da Saúde

**Com o patrocínio de:** Secretariado Executivo do CCS-SIDA, OMS, UNICEF; PNUD