

# NORMA

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

111 anos  
1899-2011

Direção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt



Ministério da Saúde



NÚMERO: 058/2011

DATA: 28/12/2011

**ASSUNTO:** Prescrição Laboratorial do Teste de Anticorpos Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)  
**PALAVRAS-CHAVE:** Anticorpos Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana; VIH  
**PARA:** Médicos do Sistema Nacional de Saúde  
**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do seu Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

### I – NORMA

- 1) O rastreio laboratorial pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) pela pesquisa de anticorpos Anti-VIH-1 e -2 deve realizar-se a todos os doentes cuja apresentação clínica possa resultar de uma infecção VIH subjacente (ver Tabela 1 e Tabela 2, em Anexo).
- 2) O rastreio laboratorial pelo Vírus da Imunodeficiência Humana pela pesquisa de anticorpos Anti-VIH-1 e -2 deve realizar-se, de forma mais seletiva, nas subpopulações seguintes:
  - a) doentes a quem seja necessário realizar diagnóstico diferencial de infecção por VIH;
  - b) doentes a quem foi diagnosticada uma infecção sexualmente transmissível;
  - c) parceiros sexuais de homens e mulheres a quem foi diagnosticada infecção por VIH;
  - d) homens que tiveram sexo com outros homens;
  - e) mulheres parceiras de homens que tiveram sexo com outros homens;
  - f) pessoas com história de utilização de drogas;
  - g) homens e mulheres originários de país com elevada prevalência de infecção por VIH (> 1%);
  - h) homens e mulheres que tiveram sexo no estrangeiro ou em Portugal com pessoas de países de elevada prevalência;
  - i) reclusos;
  - j) populações nómadas;
  - k) sem abrigo;
  - l) utentes de centros de aconselhamento e deteção precoce da infeção por VIH (CAD).
- 3) O teste VIH deve ser efetuado, por rotina, nos seguintes grupos (ver Tabela 4 em Anexo):
  - a) dadores de sangue;
  - b) doentes em diálise;

- c) dadores e receptores de órgãos transplantados;
  - d) doentes oncológicos (neoplasias referidas na Tabela 1, em Anexo).
- 4) O teste VIH deverá ser realizado, com periodicidade definida (ver Tabelas 5 e 6, em Anexo) nas/nos:
- a) pessoas com teste VIH negativo, mas com exposição ocorrida durante o período de janela imunológica;
  - b) pessoas com teste VIH indeterminado;
  - c) pessoas com parceiro VIH positivo;
  - d) homens que têm sexo com homens (anualmente ou mais frequentemente se apresentar quadro clínico compatível com infecção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH);
  - e) utilizadores de drogas (anualmente ou mais frequentemente se apresentar quadro clínico compatível com infecção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH);
  - f) trabalhadores do sexo (anualmente ou mais frequentemente se apresentar quadro clínico compatível com infecção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH);
  - g) sem abrigo (anualmente ou mais frequentemente se apresentar quadro clínico compatível com infecção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH);
  - h) pessoas sujeitas a exposição ocupacional (repetição da realização do teste pela 4.<sup>a</sup> e 12.<sup>a</sup> semanas se teste VIH negativo antes ou imediatamente após a exposição);
  - i) pessoas sujeitas a violência sexual ou violação (repetição da realização do teste pela 4.<sup>a</sup> e 12.<sup>a</sup> semanas;
- 5) Um resultado positivo da pesquisa de anticorpos anti-VIH por método de rastreio tem que ser obrigatoriamente validado por método confirmatório.
- 6) Durante os primeiros 18 meses de vida, os métodos moleculares para o diagnóstico da infecção VIH são os adequados para o diagnóstico precoce, não devendo ser prescritos os métodos de pesquisa de anticorpos.
- 7) A amostra preferencial para o estudo laboratorial de infecção por VIH é o sangue venoso.
- 8) Qualquer exame laboratorial de rastreio com resultado positivo ou indeterminado deve ser confirmado com um método mais específico. Os métodos de LIA (*Line-Immuno Assay*) e / ou de *Western Blot* são os métodos preferidos para a confirmação final do resultado.

## II – CRITÉRIOS

- a) O rastreio laboratorial pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) deve ser voluntário e feito só com o conhecimento e compreensão do indivíduo.
- b) Às grávidas que recusem a realização do teste VIH em fase precoce da gravidez dever-se-á voltar a sugerir a sua realização em fase mais avançada.

- c) Às parturientes não acompanhadas durante a gravidez deverá ser proposto a realização do teste VIH.
- d) As crianças nascidas de mães que recusaram a realização do teste VIH durante o período pré-natal deverão ser consideradas para a realização do teste VIH.
- e) Recomendam-se métodos laboratoriais de quarta geração – onde se pesquisam em simultâneo anticorpos anti-VIH 1 e 2 e o antigénio p24 e que detectem o VIH 1 do grupo 0 – para o rastreio inicial de infecção por VIH, já que estes métodos apresentam uma excelente sensibilidade (99,78%-100%) e especificidade (99,5%-99,93%).
- f) Os métodos de amplificação de ácidos nucleicos (carga viral de VIH) não estão recomendados para o rastreio inicial da infecção pelo VIH, exceto em situações muito particulares (imunodeficiências primárias e secundárias, por exemplo).
- g) O uso de testes rápidos em situações de *point of care* (POC) deverá ter em atenção:
  - i. a sua menor sensibilidade – já que nenhum deles pesquisa o antigénio p24 – pode dar falsos resultados negativos;
  - ii. os locais onde estes tipos de testes são realizados deverão ser supervisionados por um laboratório e devem ser alvo de um programa robusto de controlo da qualidade;
  - iii. a realização do rastreio inicial de infecção por VIH em amostras que não sangue (saliva, urina, por exemplo) só devem estar recomendados em situações muito particulares – fobias a punções venosas e em crianças pertencentes a população de alto risco em que o recurso a locais onde se realize a colheita de amostra de sangue é praticamente impossível.
- h) Entende-se por doentes sintomáticos os indivíduos adultos com sinais, sintomas ou condições médicas que possam indicar uma infecção VIH subjacente, nomeadamente tuberculose.
- i) Entende-se por crianças expostas e sintomáticas as que apresentem sinais, sintomas ou condições médicas que possam indicar uma infecção VIH subjacente.
- j) Em circunstâncias especiais, designadamente crianças que apresentem atraso de crescimento ou crianças desnutridas que não respondam à terapêutica nutricional apropriada, é recomendada a realização do teste.
- k) Entende-se por doentes com infecções sexualmente transmissíveis (IST) aqueles a quem foi diagnosticada uma IST, devendo ser sugerida a realização dos teste VIH e infecção pelos vírus da hepatites.
- l) Entende-se como população de maior risco para a infecção por VIH os trabalhadores do sexo e seus parceiros, utilizadores de drogas, homens que têm sexo com homens, reclusos, populações móveis, migrantes e refugiados.
- m) São consideradas situações especiais com maior risco para a infecção por VIH aquelas em que a doença de base pode ser condicionada por uma infecção VIH subjacente, como os dadores de sangue, os dialisados, os dadores ou receptores de órgãos e os doentes oncológicos.

### III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em anexo e dela fazem parte integrante:
  - i. % de inscritos com diagnóstico de drogas, com resultado positivo para VIH, nos últimos 12 meses;
  - ii. % de inscritos com diagnóstico de tuberculose com rastreio para VIH1 e 2 nos últimos 12 meses;
  - iii. % do valor da prescrição de testes de anticorpos VIH1 confirmatório, no total de testes de anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio;
  - iv. % do valor da prescrição de testes de anticorpos VIH2 confirmatório, no total de testes de anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio.

### IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) A presente Norma pretende responder à necessidade da implementação de um maior nível de otimização da prática clínica na prescrição do teste anti-VIH.
- b) Considerou-se que a tipologia da infecção VIH, em Portugal, inclui as características das epidemias de baixo nível e das concentradas.
- c) Um maior conhecimento do estado da infecção VIH oferece aos indivíduos infectados uma oportunidade de receberem informação para a prevenção da transmissão da infecção e para o seu tratamento.
- d) O acesso alargado ao teste VIH e ao aconselhamento é essencial para se caminhar em direção à prevenção, tratamento, apoio e cuidados de saúde universais de acordo com a declaração dos líderes do grupo G8 em 2005 e da Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006.
- e) A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) suportam fortemente o incremento continuado no aconselhamento e na realização

do teste VIH com base na iniciativa do utente, mas reconhece a necessidade de abordagens adicionais, variadas e inovadoras.

- f) O documento recomenda uma abordagem por iniciativa do prestador de cuidados de saúde (*opt-out*) em relação ao aconselhamento e teste para o VIH, incluindo informação pré-teste, consistente com as opções de política da OMS (2003) e UNAIDS/WHO *Policy Statement on HIV testing* (2004).
- g) De acordo com a classificação adotada pela OMS a epidemia portuguesa é de tipo concentrada. A prevalência na população geral portuguesa é inferior a 1% mas, pelo menos em dois grupos vulneráveis (utilizadores de drogas injetáveis e reclusos), é superior a 5%).

## V – APOIO CIENTÍFICO

- a) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- b) Victor Duque e Manuel Cirne de Carvalho (coordenação científica), Maria José Silvestre (coordenação executiva), Antonio Diniz e Graça Vilar.
- c) A presente Norma foi visada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- d) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.
- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

## SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
CAD	Centros de Aconselhamento e Diagnóstico
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LIA	<i>Line-Immuno Assay</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
POC	<i>Point of care</i>
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

## BIBLIOGRAFIA

Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults. WHO 2010. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf). Acedido em 12 de Dezembro de 2011.

Guiguet M, Boué F, Cadranel J, Lang JM, Rosenthal E, Costagliola D; Clinical Epidemiology Group of the FHDH-ANRS CO4 cohort. Effect of immunodeficiency, VIH viral load, and antiretroviral therapy on the risk of individual malignancies (FHDH-ANRS CO4): a prospective cohort study. *Lancet Oncol.* 2009; 10(12):1152-9.

Martin EG, Salaru G, Paul SM, Cadoff EM. Use of a rapid VIH testing algorithm to improve linkage to care. *J Clin Virol.* 2011 Oct 7. [Epub ahead of print].

Palfreeman A, Fisher M, Ong E; HIV Testing Guidelines Writing Committee, Wardrope J, Stewart E, Castro-Sanchez E, Peto T, Rogstad K, Sheather J, Gazzard B, Pillay D, O'Brien J, Delpech V, Lowbury R, Fleet R, Azad Y, Lyall H, Hardie J, Adegbite G, Rooney G, Whitehead R. Testing for HIV: concise guidance. *Clin Med.* 2009;9(5):471-6.

Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, Neukermans CP, Rydzak CE, Douglass LR, Lazzeroni LC, Holodniy M, Owens DK. Cost-effectiveness of screening for VIH in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2005;352(6):570-85.

Saville RD, Constantine NT, Cleghorn FR, Jack N, Bartholomew C, Edwards J, Gomez P, Blattner WA. Fourth-generation enzyme-linked immunosorbent assay for the simultaneous detection of human immunodeficiency virus antigen and antibody. *J Clin Microbiol.* 2001;39(7):2518-24.

Stevinson K, Martin EG, Marcella S, Paul SM. Cost effectiveness analysis of the New Jersey rapid testing algorithm for VIH testing in publicly funded testing sites. *J Clin Virol.* 2011 Nov 9. [Epub ahead of print].

UNAIDS/WHO. Guidance on provider initiated HIV testing and counselling in health facilities who 2007. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf). Acedido em 13 de Dezembro de 2011.

UNAIDS/WHO. Guidance on provider initiated hiv testing and counselling in health facilities who 2007. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf). Acedido em 13 de Dezembro de 2011.

UNAIDS/WHO. Policy Statement on VIH Testing. Geneva: UNAIDS and World Health Organization; June 2004. Disponível em: <http://www.unhcr.org/4b508b9c9.pdf>. Acedido em 13 de Dezembro de 2011.

WHO. "European Action Plan for HIV AIDS 2012-2015" da OMS. WHO, European Action Plan for VIH AIDS 2012-2015: Geneva, WHO, 2011. Disponível em: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/153875/e95953.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf). Acedido em 12 de Dezembro de 2011.

WHO/ILO. Post-exposure prophylaxis to prevent VIH infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent VIH infection. Geneva, WHO, 2007. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf) Acedido em 12 de Dezembro de 2011.

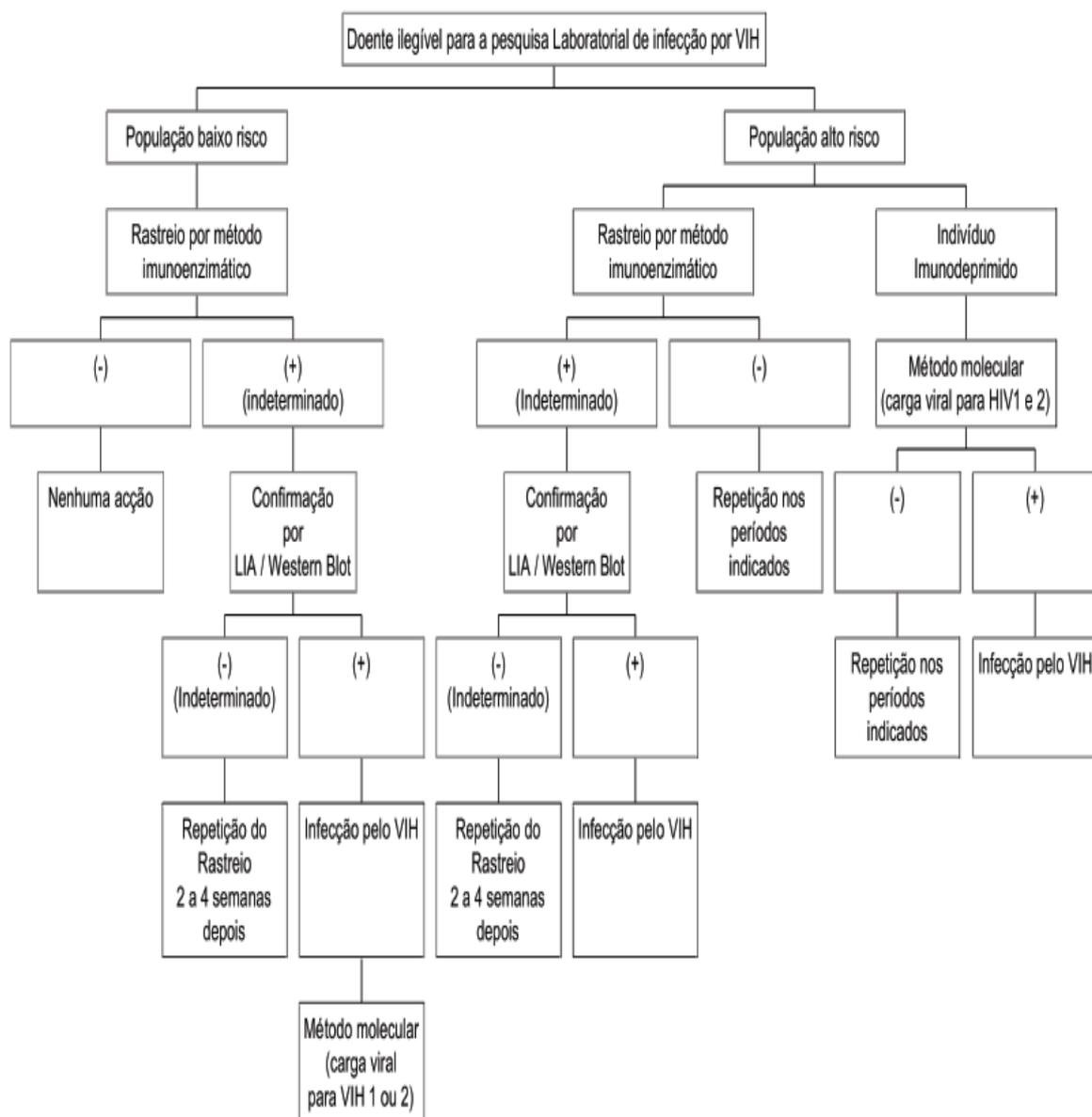
WHO/VIH/2003.08. The right to know. New approaches to VIH testing and counseling. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pub34/en/index.html>. Acedido em 13 de Dezembro de 2011.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

## ANEXO

### Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



**Anexo II: Quadros, tabelas e gráficos**

**Tabela 1: Condições Clínicas Indicadoras de infecção VIH em adultos**

	<b>Condições definidoras de SIDA</b>	<b>Outras condições onde o teste VIH deve ser oferecido</b>
Respiratório	Tuberculose	Pneumonia bacteriana
	Pneumocistose	Aspergilose
Neurologia	Toxoplasmose cerebral	Meningite asséptica/encefalite
	Linfoma cerebral primário	Abcesso cerebral
	Meningite criptocócica	Lesão ocupando espaço de causa desconhecida
	Leucoencefalopatia multifocal progressiva	Síndrome de Guillain-Barré
		Mielite transversa
		Neuropatia periférica
Dermatologia	Sarcoma de Kaposi	Demência
		Leucoencefalopatia
		Dermatite seborreica severa
		Psoríase severa
Gastroenterologia	Criptosporidiose persistente	Zoster recorrente ou multidermátomo
		Candidose oral
		Diarreia crónica de causa desconhecida
		Perda de peso de causa desconhecida
		Salmonela, shigela ou campilobacter
		Infecção pelo vírus da hepatite B
		Infecção pelo vírus da hepatite C
Oncologia	Linfoma não Hodgkin	Neoplasia ou displasia intraepitelial anal
		Neoplasia pulmonar
		Seminoma
		Neoplasia da cabeça e pescoço
		Linfoma de Hodgkin
		Doença de Castleman
Ginecologia	Neoplasia cervical	Neoplasia vaginal intraepitelial
		Neoplasia cervical intraepitelial grau 2 ou superior
Hematologia		Qualquer discrasia sanguínea não explicada, incluindo:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• trombocitopenia</li> <li>• neutropenia</li> <li>• linfopenia</li> </ul>
Oftalmologia	Retinite por CMV	Doenças da retina incluindo herpesvirus e toxoplasma
		Qualquer retinopatia não explicada
Ouvidos, nariz e garganta		Linfadenopatia de causa desconhecida
		Parotidite crónica
		Quistos parotídeos linfoepiteliais
Outros		Síndromas mononucleósicos
		Febre de origem desconhecida
		Qualquer linfadenopatia de causa desconhecida
		Qualquer infecção de transmissão sexual

**Tabela 2: Condições Clínicas Indicadoras de infeção VIH em crianças**

	<b>Condições definidoras de SIDA</b>	<b>Outras condições onde a realização do teste VIH deve ser considerado</b>
Ouvidos, nariz e garganta		Parotidite crónica
		Infeções recorrentes do ouvido
Oral		Candidose oral recorrente
		Higiene dental pobre
Respiratório	Pneumocistose	Pneumonia bacteriana recorrente
	Pneumonite por CMV	Pneumonite Intersticial Linfóide
	Tuberculose	Bronquiectasias
Neurologia	Encefalopatia VIH	Atraso no desenvolvimento
	Meningite/encefalite	AVC na infância
Dermatologia	Sarcoma de Kaposi	Dermatite severa ou recalcitrante
		Zoster recorrente ou multidermátomos
		Infeções fúngicas recorrentes
		Verrugas extensas ou molusco contagioso
Gastroenterologia	Síndrome da emaciação	Hepatosplenomegalia persistente não explicada
	Criptosporidiose persistente	Infeção pelo vírus da hepatite B
		Infeção pelo vírus da hepatite C
Oncologia	Linfoma	
	Sarcoma de Kaposi	
Hematologia		Qualquer discrasia sanguínea não explicada, incluindo:
		• trombocitopenia
		• neutropenia
		• linfopenia
Oftalmologia	Retinite por CMV	Qualquer retinopatia não explicada
Outra	Infeção bacteriana recorrente	
	Febre de origem desconhecida	

### Tabela 3. População com maior risco para a infecção por VIH

1. Todos os doentes que se apresentem em unidades de saúde onde a infecção por VIH, incluindo a infecção primária, esteja englobada no diagnóstico diferencial.
2. Todos os doentes a quem foi diagnosticada uma infecção sexualmente transmissível.
3. Todos os parceiros sexuais de homens e mulheres a quem foi diagnosticada infecção por VIH.
4. Todos os homens que tiveram sexo com outros homens.
5. Todas as mulheres parceiras de homens que tiveram sexo com outros homens.
6. Todos os doentes com história de utilização de drogas.
7. Todos os homens e mulheres originários de um país com elevada prevalência de infecção por VIH (> 1%).
8. Todos os homens e mulheres que tiveram sexo no estrangeiro ou em Portugal com indivíduos de países de elevada prevalência.
9. Todos os reclusos.
10. Todas as populações nómadas.
11. Todos os sem abrigo.
12. Utentes dos CAD (Centros de Aconselhamento e Diagnóstico).

### Tabela 4. O teste VIH deve ser efectuado por rotina nos seguintes grupos:

1. Dadores de sangue.
2. Pacientes em diálise.
3. Dadores e receptores de órgãos transplantados.
4. Doentes oncológicos (Cf. Tabela 1).

**Tabela 5. Repetir a realização do teste em indivíduos VIH negativos**

Situação	Repetição recomendada	Quando repetir	Recomendação para futura repetição
Grávidas, parturientes e puérperas	Não	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A cada nova gravidez ou</li> <li>• Exposição de alto risco ou</li> <li>• A cada nova ITS</li> </ul>

**Tabela 6. Repetir a realização do teste em indivíduos com estado VIH indeterminado**

Situação	Repetição recomendada	Quando repetir?	Recomendação para futura repetição
Resultado VIH indeterminado	Sim	Repetir imediatamente usando a mesma amostra e algoritmo	Se ainda discordante utilizar nova amostra colhida após 2 semanas
Parceiro com estado VIH desconhecido mas de baixo risco	Não		Não
Parceiro com estado VIH desconhecido mas de alto risco	Sim	4 semanas	Anualmente, se exposição sexual continuada
Parceiro VIH positivo	Sim	4 semanas	Anualmente, se exposição sexual continuada
Trabalhadores do sexo, masculino ou feminino	Sim	4 semanas	Pelo menos anualmente
Utilizadores de drogas	Sim	4 semanas	Pelo menos anualmente
Homens que têm sexo com homens ou transexuais	Sim	4 semanas	Pelo menos anualmente
Após violência sexual/violação	Sim, se teste VIH anterior negativo ou primeiro teste após encontro negativo ou indeterminado	4 e 12 semanas	Não
Exposição ocupacional	Sim, se teste VIH anterior negativo ou primeiro teste após encontro negativo ou indeterminado	4 e 12 semanas	Não
Teste VIH negativo nos 3 últimos meses*	Não	-	Não

\*Desde que não se inclui nas categorias anteriores.

### Anexo III: Bilhete de identidade dos indicadores

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com diagnóstico de abuso de drogas, com resultado positivo para VIH, nos últimos 12 meses		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	VIH 1 e 2	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	$A / B \times 100$
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Critérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter diagnóstico de infecção-VIH/SDA (B90) sinalizado como activo na sua lista de problemas.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de abuso de drogas (P19) sinalizado com activo na sua lista de problemas;</li> <li>- Ter pelo menos uma prescrição de teste para anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio (cod. tabela SNS 26028 ou cod. tabela convenções 868.0), nos últimos 12 meses.</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de abuso de drogas com pelo menos uma prescrição de teste para de anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio e com diagnóstico de infecção-VIH/SIDA	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de abuso de drogas com pelo menos uma prescrição de de teste para anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem de inscritos com diagnóstico de tuberculose com rastreio de anticorpos para VIH 1 e 2 nos últimos 12 meses		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	VIH 1 e 2	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	$A / B \times 100$
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter pelo menos uma prescrição de teste para anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio (cod. tabela SNS 26028 ou cod. tabela convenções 868.0), nos últimos 12 meses.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise;</li> <li>- Ter diagnóstico de tuberculose (A70) sinalizado com activo na sua lista de problemas.</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de tuberculose com pelo menos uma prescrição de teste para anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de tuberculose	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem do valor da prescrição de testes de anticorpos para VIH 1 confirmatório, no total testes de anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	VIH 1 e 2	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador: - Valor total da prescrição de teste para anticorpos para VIH 1 confirmatório (cod. tabela SNS 26029), nos últimos 12 meses.</p> <p>Denominador: - Valor total da prescrição de teste para anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio (cod. tabela SNS 26028 ou cod. tabela convenções 868.0), nos últimos 12 meses.</p>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	Valor total da prescrição de teste para anticorpos para VIH 1 confirmatório	SI USF/UCSP	€
<b>B - Denominador</b>	Valor total da prescrição de teste para anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio	SI USF/UCSP	€

<b>Designação</b>	Percentagem do valor da prescrição de testes de anticorpos para VIH 2 confirmatório, no total de testes de anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio		
<b>Dimensão</b>	Efectividade	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	VIH 1 e 2	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador: - Valor total da prescrição de teste para anticorpos para VIH 2 confirmatório (cod. tabela SNS 26030), nos últimos 12 meses.</p> <p>Denominador: - Valor total da prescrição de teste para anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio (cod. tabela SNS 26028 ou cod. tabela convenções 868.0), nos últimos 12 meses.</p>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	Valor total da prescrição de anticorpos para VIH 2 confirmatório	SI USF/UCSP	€
<b>B - Denominador</b>	Valor total da prescrição de anticorpos para VIH 1 e 2 de rastreio	SI USF/UCSP	€