

NÚMERO: 058/2011
DATA: 28/12/2011
ATUALIZAÇÃO: 10/12/2014

ASSUNTO: Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
PALAVRAS-CHAVE: VIH, diagnóstico, rastreio
PARA: Médicos do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte:

NORMA

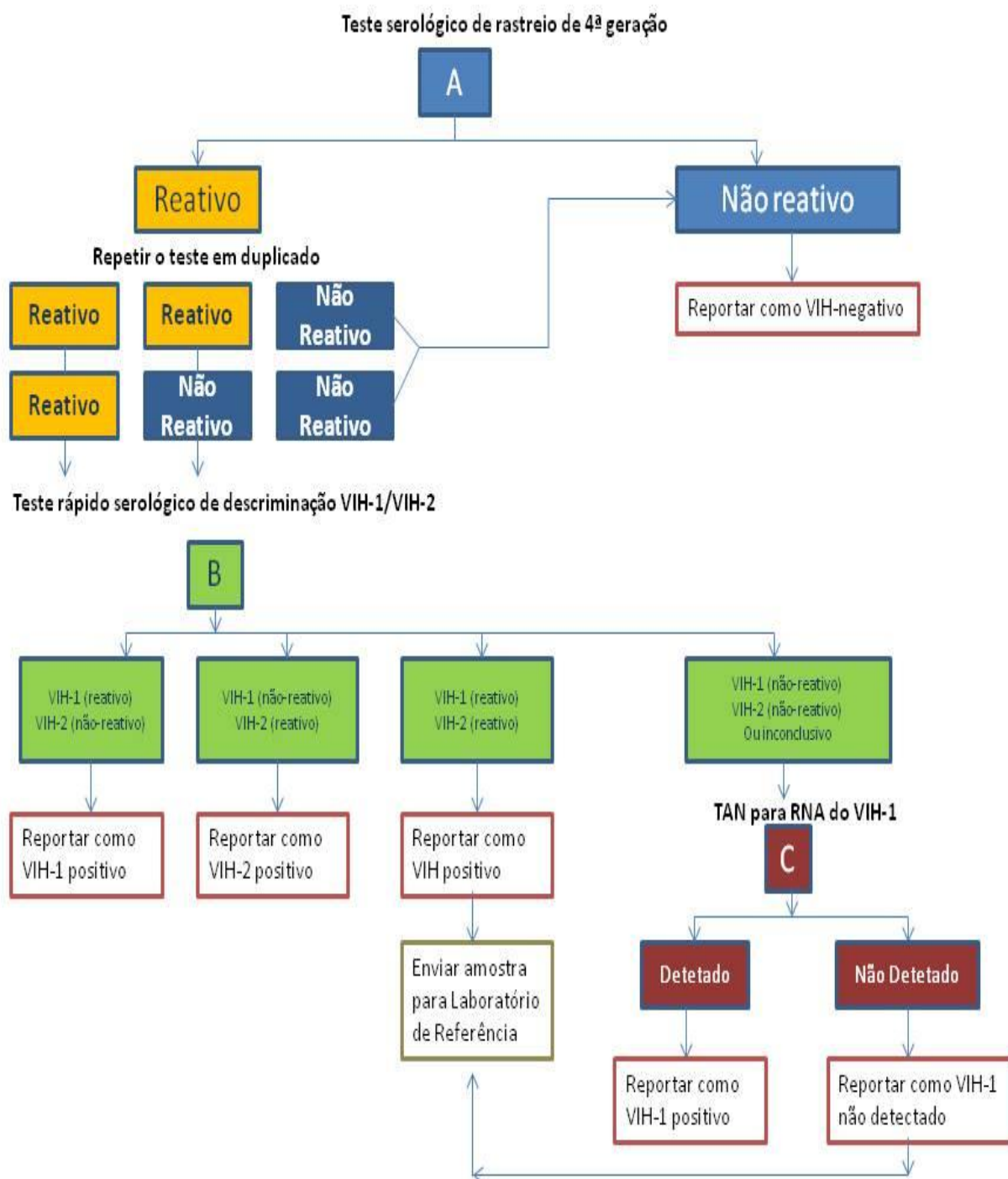
1. O rastreio laboratorial da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) deve ser efetuado em todos os indivíduos com idade compreendida entre os 18 e 64 anos (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^(1,16,17,23,28).
2. Com exceção do disposto nos pontos seguintes da presente Norma, a determinação laboratorial do VIH deve ser repetida, na população mencionada no ponto 1, se existir exposição de risco (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^(23,28).
3. Independentemente da idade, o rastreio laboratorial da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana deve ser efetuado ainda, e de forma mais específica, nas subpopulações seguintes (Anexo I, Quadros 1, 2 e 3) (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^(7, 8, 16, 23, 26):
 - a) Utentes a quem seja necessário realizar diagnóstico diferencial de infecção por VIH;
 - b) Utentes 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 países 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).
4. O rastreio laboratorial da infeção por VIH deve ser efetuado, por rotina, nos seguintes grupos (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^(3,5,6,10):
- a) Grávidas (de acordo com a Circular Normativa n.º 01/DSMIA, de 04/02/04 - “Gravidez e Vírus da Imunodeficiência”);
 - b) Crianças nascidas de mães que recusaram a realização do teste para pesquisa de VIH durante o período pré-natal;
 - c) Nas mulheres em idade fértil no âmbito dos cuidados pré-concepcionais (de acordo com a Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 16/01/06 “Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais”);
 - d) Dadores de sangue (Anexo I, Quadro 4);
 - e) Utentes em diálise (Anexo I, Quadro 4);
 - f) Dadores e recetores de órgãos transplantados (Anexo I, Quadro 4).
5. O rastreio laboratorial da infeção por VIH deve ser realizado com periodicidade definida (Anexo I, Quadro 5) nas subpopulações seguintes (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I) ^(7,8,16,17,28):
- 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 infeção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH);
 - e) Utilizadores de drogas (anualmente ou mais frequentemente se apresentarem quadro clínico compatível com infeção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH);
 - f) Trabalhadores do sexo (anualmente ou mais frequentemente se apresentarem quadro clínico compatível com infeção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH);
 - g) Sem abrigo (anualmente ou mais frequentemente se apresentarem quadro clínico compatível com infeção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH);
 - h) Pessoas sujeitas a exposição ocupacional (repetição da realização do teste pela 4.^a e 12.^a semanas se teste VIH negativo antes ou imediatamente após a exposição);
 - i) Utentes sujeitos a violência sexual ou violação (repetição da realização do teste pela 4.^a e 12.^a semanas).
6. O utente ou o seu representante legal deve ser informado e esclarecido sobre o teste a realizar, devendo a sua recusa ser registada no processo clínico (*opt-out strategy*). Esta estratégia deve incluir a explicação ao utente, sobre a infeção por VIH, o significado e consequências de um teste positivo ou negativo e o esclarecimento das suas questões ou dúvidas.

7. São indicados os testes serológicos de 4ª geração – onde se pesquisam em simultâneo anticorpos anti-VIH 1 e anti-VIH 2 e o antigénio p24 e que detetam o VIH 1 do grupo 0 – para a determinação inicial de infeção por VIH, já que estes métodos apresentam uma excelente sensibilidade (99,78%-100%) e especificidade (99,5%-99,93%)⁽⁵⁾:
- a) Se reativo, o teste deve ser repetido em duplicado;
 - i. Se, pelo menos um destes for reativo, deve ser efetuado teste rápido serológico de discriminação VIH-1/VIH-2:
 - (i) Reportar como VIH-1 positivo, se o teste VIH-1 reativo e VIH-2 não reativo;
 - (ii) Reportar como VIH-2 positivo, se o teste VIH-1 não reativo e o teste VIH-2 reativo;
 - (iii) Reportar como VIH positivo, se o teste VIH-1 reativo e o teste VIH-2 reativo, e enviar amostra de sangue para laboratório de referência;
 - (iv) Se teste VIH-1 não reativo e teste VIH-2 não reativo ou inconclusivo, deve ser efetuado TAN para RNA do VIH-1:
 - i. Reportar como VIH-1 positivo, se detetado;
 - ii. Reportar como VIH-1 não detetado, se não detetado.
 - ii. Se nenhum deles for reativo, reportar como VIH-negativo.
8. Durante os primeiros 18 meses de vida, os métodos moleculares para o diagnóstico da infeção por VIH são os adequados para o diagnóstico precoce, não devendo ser prescritos os métodos de pesquisa de anticorpos (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)⁽⁹⁾.
9. A amostra preferencial para o estudo laboratorial de infeção por VIH é o sangue venoso (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)⁽⁵⁾.
10. Deve ser referenciado a consulta hospitalar, a efetivar no prazo máximo de sete dias, todo o utente com:
- a) Teste VIH-1 positivo;
 - b) Teste VIH-2 positivo;
 - c) Teste VIH positivo.
11. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

12.O algoritmo clínico

Diagnóstico laboratorial da infeção por VIH



13.O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma " Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) "				
Unidade:				
Data: ___/___/___		Equipa auditora:		
1:Consentimento Informado				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/ FONTE
Existe evidência de que o utente ou o seu representante legal deve ser informado e esclarecido sobre o teste a realizar, devendo a sua recusa ser registada no processo clínico (<i>opt-out strategy</i>). Esta estratégia deve incluir a explicação ao utente, sobre a infeção por VIH, o significado e consequências de um teste positivo ou negativo e o esclarecimento das suas questões ou dúvidas				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2:Rastreio				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/ FONTE
Existe evidência de que o rastreio laboratorial da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é efetuado em todos os indivíduos com idade compreendida entre os 18 e 64 anos				
Existe evidência de que a determinação laboratorial do VIH é repetida no indivíduo com idade compreendida entre os 18 e 64 anos, se existir exposição de risco				
Existe evidência de que, independentemente da idade, o rastreio laboratorial da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana é efetuado ainda, e de forma mais específica, na subpopulação, nos termos da presente Norma				
Existe evidência de que o rastreio laboratorial da infeção por VIH é efetuado, por rotina, no utente, nos termos da presente Norma				
Existe evidência de que o rastreio laboratorial da infeção por VIH é realizado com periodicidade definida na subpopulação definida, nos termos da presente Norma				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
3:Diagnóstico				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/ FONTE
Existe evidência de que são indicados os testes serológicos de 4ª geração (onde se pesquisam em simultâneo anticorpos anti-VIH 1 e anti-VIH 2 e o antigénio p24 e que detetam o VIH 1 do grupo 0) para a determinação inicial de infeção por VIH:				
Se reativo, o teste é repetido em duplicado:				
Se nenhum deles for reativo, reporta-se como VIH-negativo				
Se, pelo menos um dos testes repetidos for reativo, é efetuado teste rápido serológico de discriminação VIH-1/VIH-2:				
Reporta-se como VIH-1 positivo, se o teste VIH-1 reativo e VIH-2 não reativo				
Reporta-se como VIH-2 positivo, se o teste VIH-1 não reativo e o teste VIH-2 reativo				
Reporta-se como VIH positivo, se o teste VIH-1 reativo e o teste VIH-2 reativo, tendo sido enviada amostra de sangue para laboratório de referência				
Se teste VIH-1 não reativo e teste VIH-2 não reativo ou inconclusivo, é efetuado TAN para RNA do VIH-1, reportando-se como VIH-1 positivo, se detetado e reportando-se como VIH-1 não detetado, se não detetado				
Existe evidência de que durante os primeiros 18 meses de vida, os métodos moleculares para o diagnóstico da infeção por VIH são os indicados para o diagnóstico precoce, não devendo ser prescritos os métodos de pesquisa de anticorpos				
Existe evidência de que a amostra preferencial para o estudo laboratorial de infeção por VIH é o sangue venoso				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

4:Referenciação				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA/ FONTE
Existe evidência de que a referenciação a consulta hospitalar, a efetivar no prazo máximo de 7 dias, é realizada quando o utente apresenta: teste VIH-1 positivo; teste VIH-2 positivo; teste VIH positivo				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

14.A presente Norma, atualizada com os contributos científicos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 28/12/2011 e será atualizada sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.

15.O texto de apoio seguinte orienta e fundamenta a implementação da presente Norma.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

- A. Entende-se por rastreio do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), a abordagem individual em consulta programada e não programada. Ocorre sempre que um utente recorre a uma consulta.
- B. A estratégia de *opt-out* no rastreio laboratorial da infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) pretende introduzir a realização deste teste na rotina da prática clínica e, com isso, contribuir para:
- 1) Mais pessoas conhecerem o seu estado serológico relativamente à infeção por VIH;
 - 2) As pessoas infetadas efetuarem o diagnóstico mais precocemente e poderem iniciar mais cedo o tratamento;
 - 3) Diminuir o número de recém-nascidos infetados por VIH;
 - 4) Diminuir o estigma e a discriminação associados à realização do teste; e
 - 5) As pessoas infetadas por VIH tomarem as medidas indispensáveis para impedir a transmissão da infeção a outras pessoas.
- C. O uso de testes rápidos em situações de *point of care* (POC) deve ter em atenção:
- 1) A sua menor sensibilidade, no caso de utilização de um teste de 3ª geração, já que, por não pesquisarem o antigénio p24, podem dar origem a um número superior de falsos resultados negativos;
 - 2) Os locais onde estes tipos de testes são realizados devem ser supervisionados por um laboratório certificado e devem ser alvo de um programa robusto de controlo da qualidade.
- D. O rastreio inicial de infeção por VIH em amostras que não sangue (saliva ou urina, por exemplo) só deve ser considerado em situações particulares (por exemplo, em casos de fobia a punções venosas. ou em crianças em que a colheita de amostra de sangue seja particularmente difícil.
- E. Entende-se por utentes sintomáticos os indivíduos adultos com sinais, sintomas ou condições médicas que possam indicar uma infeção por VIH subjacente, nomeadamente tuberculose.
- F. Entende-se por crianças expostas e sintomáticas as que apresentem sinais, sintomas ou condições médicas que possam indicar uma infeção por VIH subjacente, nomeadamente tuberculose. 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.
- G. Entende-se por utentes com infeções sexualmente transmissíveis (IST) aqueles a quem foi diagnosticada uma IST, devendo-lhe ser proposto a realização dos teste para identificação do VIH e vírus das hepatites.
- H. Entende-se como populações de maior risco para a infeção por VIH os trabalhadores do sexo e seus parceiros, os utilizadores de drogas e seus parceiros, os homens que têm sexo com homens, os reclusos, as populações móveis, os migrantes e refugiados e os sem abrigo.

- I. São consideradas situações especiais com maior risco para a infeção por VIH aquelas em que a doença de base pode ser condicionada por uma infeção VIH subjacente, como os dialisados, os dadores ou recetores de órgãos e os utentes oncológicos.

Fundamentação

- A. A presente Norma pretende responder à necessidade da implementação de um maior nível de otimização da prática clínica na prescrição do teste para identificação da infeção por VIH.
- B. 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 três grupos mais vulneráveis (utilizadores de drogas injetáveis, trabalhadores de sexo e reclusos) é superior a 5% ^(7,8).
- C. Um maior conhecimento do estado da infeção por VIH oferece aos indivíduos infetados uma oportunidade de receberem informação para a prevenção da transmissão da infeção e para o seu tratamento e, assim, diminuírem a transmissão da infeção na comunidade.
- 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.

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 dos dirigentes máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde.
- 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 implementação da presente Norma pode ser monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- 1) Proporção de homens e mulheres com idade compreendida entre os 18 e 64 anos que efetuaram o teste de VIH nos últimos 12 meses e conhecem o seu resultado;
 - 2) Número de homens e mulheres pertencentes às subpopulações descritas no ponto 3 da presente Norma que efetuaram o teste de VIH nos últimos 12 meses e conhecem o seu resultado:
 - a) Numerador: Número de teste serológicos reativos que foram confirmados por teste suplementar;
 - b) Denominador: Total de testes serológicos reativos.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo existente entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma foi efetuada por Víctor Duque, António Diniz e Manuel Cirne de Carvalho (coordenação científica), Fernando Araújo e Ricardo Camacho.
- C. Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- D. A avaliação científica do conteúdo final da presente Norma será efetuada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.

Coordenação executiva

Na elaboração da presente Norma a coordenação executiva foi assegurada Cristina Martins d'Arrábida, do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

Pelo Despacho n.º 7584/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 107, de 1 de junho de 2012, a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas tem como missão a validação científica do conteúdo das Normas de Orientação Clínica emitidas pela Direção-Geral da Saúde. Nesta Comissão, a representação do Departamento da Qualidade na Saúde é assegurada por Henrique Luz Rodrigues.

Siglas/Acrónimos

Sigla/Acrónimo	Designação
CAD	Centros de Aconselhamento e Diagnóstico Precoce da Infeção por VIH
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
POC	<i>Point of care</i>
TAN	Teste de ácidos nucleicos
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Referências Bibliográficas

1. Bayer R, Oppenheimer GM. *Routine HIV Testing, Public Health, and the USPSTF — An End to the Debate*. N Engl J Med 2013; 368:881-884.
2. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA et al. *Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings*. MMWR 2006; 55(RR14):1-17.
3. Branson B. *Current HIV epidemiology and revised recommendations for HIV testing in health-care settings*. J Med Virol 2007;79:Suppl 1:S6-S10.
4. Branson BM, Mermin J. *Establishing the diagnosis of HIV infection: New tests and new algorithm for the United States*. Journal of Clinical Virology, 525 (2011) 53-54.
5. CDC and Association of Public Health Laboratories. *Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV Infection: Updated Recommendations*. Available at <http://dx.doi.org/10.15620/cdc.23447>. Publicado em junho de 2014.
6. Chou R, Selph S, Dana T, et al. *Screening for HIV: systematic review to update the 2005 U.S. Preventive Services Task Force recommendation*. Ann Intern Med 2012;157:706-718.
7. Dias S, Gama A, Fuertes R, et al. *Utilização de serviços de saúde relacionados com a infeção VIH por parte de homens gay: Acesso a informação, prevenção e teste*. Revista Psicologia 2012, XXVI (1): 109-128.
8. Dias S, Mendão L, Gama A et al. *HIV and commercial sex workers in Portugal: Are there missed opportunities to scaling up HIV testing and linkage to care? HIV in Europe: Working Together for Optimal Testing and Earlier Care*. Copenhaga, 2012, 19-20 Março.
9. DHHS. *Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection*, Fevereiro 2014. Disponível em <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguideline.pdf>.
10. Direção Geral da Saúde. *Gravidez e Vírus de Imunodeficiência Humana*. Circular Normativa nº 1/2004, de 4/02/2004.
11. Guiguet M, Boué F, Cadranel J et al. *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.
12. Martin EG, Schackman BR. *Updating the HIV-Testing Guidelines — A Modest Change with Major Consequences*. N Engl J Med 2013; 368:884-886.
13. Martin EG, Salaru G, Paul SM, Cadoff EM. *Use of a rapid VIH testing algorithm to improve linkage to care*. J Clin Virol. 2011 Dec; 52 Suppl 1:S11-5. doi: 10.1016/j.jcv.2011.09.014. Epub 2011 Oct 7.
14. Masciotra S, McDougal JS, Feldman J et al. *Evaluation of an alternative HIV diagnostic algorithm using specimens from seroconversion panels and persons with established HIV infections*. Journal of Clinical Virology, 525 (2011) S17-S22.
15. Nasrullah M, Ethridge SF, Delaney KP et al. *Comparison of alternative criteria for the Western Blot and results of the Multispot HIV1/HIV-2 rapid test for classifying HIV-1 and HIV-2 infections*. Journal of Clinical Virology, 525 (2011) S23-S27.
16. 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.

17. 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.
18. 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.
19. 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 Dec; 52 Suppl 1:S29-33. doi: 10.1016/j.jcv.2011.09.012. Epub 2011 Nov 9.
20. Styer LM, Sullivan TJ, Parker MM: *Evaluation of an alternative supplemental testing strategy for HIV diagnosis by retrospective analysis of clinical HIV testing data*. Journal of Clinical Virology, 525 (2011) S35-S40.
21. Torian LV, Forgione LA, Punslang AE, Pirillo RE, Olesko WR: *Comparison of Multispot EIA with Western Blot for confirmatory serodiagnosis of HIV*. Journal of Clinical Virology, 525 (2011) S35-S40.
22. UNAIDS/WHO. *Statement on HIV testing and counseling: WHO, UNAIDS re-affirm opposition to mandatory HIV testing*. Nov 2012. Em http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/.
23. Virginia A. Moyer on behalf of the U.SPSTF. *Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. Ann Intern Med. 2013; 159(1):51-60.
24. Wesolowski LG, Gelaney KP, Hart C, Dawson C, Owen SM, Candal D, Meyer III WA, Ethridge SF, Branson BM: *Performance of an alternative laboratory-based algorithm for diagnosis of HIV infection utilizing a third generation immunoassay, a rapid HIV-1/HIV-2 differentiation test and a DNA or RNA-based nucleic acid amplification test in persons with established HIV-1 infection and blood donors*. Journal of Clinical Virology, 525 (2011) S45-S49.
25. WHO. *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults, 2010*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf.
26. WHO. "European Action Plan for HIV AIDS 2012-2015" da OMS. WHO, *European Action Plan for VIH AIDS 2012-2015*: Geneva, WHO, 2011. Em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf. Acedido em 12 de Dezembro de 2011.
27. 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 Acedido em 12 de Dezembro de 2011.
28. Yazdanpanah Y, Perelman J, DiLorenzo MA, Alves J, Barros H, et al. (2013) *Routine HIV Screening in Portugal: Clinical Impact and Cost- Effectiveness*. PLoS ONE 8 (12): e84173. Doi: 10.1371/journal.pone.0084173.

ANEXOS

Anexo I - Quadros, tabelas e gráficos

Quadro1: Condições Clínicas Indicadoras de infeção VIH em adultos

	Condições definidoras de SIDA	Outras condições onde o teste VIH deve ser disponibilizado
Respiratório	Tuberculose Pneumocistose	Pneumonia bacteriana Aspergilose
Neurologia	Toxoplasmose cerebral Linfoma cerebral primário Meningite criptocócica Leucoencefalopatia multifocal progressiva	Meningite asséptica/encefalite Abscesso cerebral Lesão ocupando espaço de causa desconhecida Síndrome de Guillain-Barré Mielite transversa Neuropatia periférica Demência Leucoencefalopatia
Dermatologia	Sarcoma de Kaposi	Dermatite seborreica severa Psoríase severa Zoster recorrente ou multidermátomo
Gastroenterologia	Criptosporidiose persistente Candidose esofágica	Candidose oral Diarreia crónica de causa desconhecida Perda de peso de causa desconhecida Salmonela, <i>Shigela</i> ou <i>Campilobacter</i> Infeção pelo vírus da hepatite B Infeção 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: Trombocitopenia, leucopenia, linfopenia
Oftalmologia	Retinite por CMV	Doenças da retina incluindo herpes vírus 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 infeção de transmissão sexual

Quadro 2: Condições Clínicas Indicadoras de infeção VIH em crianças

	Condições definidoras de SIDA	Outras condições onde a realização do teste VIH deve ser considerado
Ouvidos, nariz e garganta		Parotidite crónica Infeções recorrentes do ouvido
Respiratório	Pneumocistose Pneumonite por CMV Tuberculose	Pneumonia bacteriana recorrente Pneumonite Intersticial Linfoide Bronquiectasias
Neurologia	Encefalopatia VIH Meningite/encefalite	Atraso no desenvolvimento 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 Criptosporidiose persistente	Hepatosplenomegalia persistente não explicada Candidose oral recorrente 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	Má higiene oral

Quadro 3. População com maior risco para a infeção por VIH

1. Todos os doentes que se apresentem em unidades de saúde, com um quadro clínico onde a infeção por VIH, incluindo a infeção primária, esteja englobada no diagnóstico diferencial.
2. Todos os doentes a quem foi diagnosticada uma infeção sexualmente transmissível.
3. Todos os parceiros sexuais de homens e mulheres a quem foi diagnosticada infeção 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 infeção 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 centros de aconselhamento e deteção precoce do VIH (CAD).
13. Doentes oncológicos (Cf. Tabela 1).

Quadro 4. O teste VIH deve ser efetuado por rotina nos seguintes grupos:

1. Dadores de sangue.
2. Doentes em diálise.
3. Dadores e recetores de órgãos transplantados.

Quadro 5. Indicação para repetição da realização do teste de determinação do VIH

Situação	Repetição recomendada no decurso do mesmo episódio clínico	Quando repetir?	Recomendação para futura realização
Grávidas, parturientes e puérperas	De acordo com Circular Normativa 01/2004, de 04/02/2004, DGS	De acordo com Circular Normativa 01/2004, de 04/02/2004, DGS	- A cada nova gravidez <i>ou</i> - Exposição de alto risco <i>ou</i> - A cada nova IST
Resultado VIH indeterminado	Sim	Repetir imediatamente usando a mesma amostra e aplicando o algoritmo em anexo	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 12 últimos meses*	Não	-	Não

*Desde que não incluída nas categorias anteriores.