

Rede Nacional Hospitalar

de Referenciação para a Infecção por VIH

(RNHR VIH)

- 1) Aprovado
- 2) Divulgar junto das ACSS, ARS, DGS e SICAD
- 3) Colocar no Portal da Saúde
- 4) Os membros do grupo da Tribofó não com o meu público alvo



Fernando Leal da Costa
Ministro da Saúde
2015

19/11/2015

Rede Nacional Hospitalar
de Referenciação para a Infeção por VIH
(RNHR VIH)

Grupo de Trabalho

António Diniz, Pneumologista, Direção Geral da Saúde, Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, Coordenador do Grupo (Despacho nº 10871/2014, de 18 de agosto).

António Vieira, Infeciologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, por indicação da Ordem dos Médicos.

Dina Santos, Técnica Superior, Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Fernando Maltez, Infeciologista, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, por indicação da Ordem dos Médicos.

Joaquim Oliveira, Infeciologista, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, Conselho Científico do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

Kamal Mansinho, Infeciologista, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Conselho Científico do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

Rosário Serrão, Infeciologista, Centro Hospitalar de S. João, EPE.

Rui Sarmiento e Castro, Infeciologista, Centro Hospitalar do Porto, EPE. Conselho Científico do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

Teresa Branco, Internista, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE, Conselho Científico do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

Índice

1 – Enquadramento legislativo e histórico.....	4
1.1. As Redes de Referência Hospitalar.....	4
1.2. A RNHR para a infeção por VIH (RNHR VIH).....	7
2 – Enquadramento da RNHR VIH.....	8
3 – Dados sobre a epidemiologia da infeção por VIH.....	10
3.1 A infeção por VIH em Portugal (1983-2013).....	10
3.2 A infeção por VIH – a situação em Portugal no ano 2013.....	10
4 – Necessidades previsíveis até 2019.....	12
5 – Caracterização e definição dos diferentes níveis e modelos organizativos de serviços.....	12
6 – Indicadores a utilizar no desenvolvimento e na monitorização de cada rede.....	19
7 – Definição da Rede.....	20
8 – Referência primária, secundária e terciária.....	21
9 – Políticas de qualidade.....	27
10 – Auditorias.....	27
11 – Recomendações.....	28
12 – Bibliografia.....	29
13 – Abreviaturas, siglas e acrónimos.....	30

1 – Enquadramento legislativo e histórico

1.1. As Redes de Referência Hospitalar

Atualmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com diversos desafios desencadeados, sobretudo, pelas alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica.

Considerando as vertentes do acesso e a equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no seio do SNS, e a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que as diferentes instituições hospitalares garantam a prestação de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados. Neste âmbito, as redes de referência hospitalar, atualmente designadas de Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR), assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspetivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Vários são os normativos legais e documentos técnicos que abordam a temática das redes hospitalares e a sua importância estratégica como garante da sustentabilidade e eficiência do SNS. A Lei n.º 64-A/2011, de 30 de dezembro, que aprova as **Grandes Opções do Plano para 2012-2015**, bem como o **Programa do XIX Governo Constitucional**, preconizam a melhoria da qualidade e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, mediante a reorganização da rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação de cuidados.

Na sequência do Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, foi criado o **Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH)** - Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de agosto, publicado no Diário da República, II Série, n.º 162, de 24 de agosto - cujo relatório final intitulado “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” definiu oito Iniciativas Estratégicas, corporizadas, cada uma, por um conjunto de medidas, cuja implementação e monitorização, promoverão o cumprimento de um programa de mudança, com a extensão, profundidade e densidade exigidas numa verdadeira reforma estrutural do setor hospitalar português.

No seu relatório, o GTRH defende que na reorganização da rede hospitalar devem ser considerados diversos fatores, nomeadamente: (i) critérios de qualidade clínica; (ii) proximidade geográfica; (iii) nível de especialização; (iv) capacidade instalada; (v) mobilidade dos recursos; (vi) procura potencial; (vii) Acessibilidades; (viii) redes de referência por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sociodemográfica de cada região.

O GTRH elenca, ainda, um conjunto de fragilidades inerentes às RNEHR existentes, designadamente: (i) desatualização da maioria das redes (a maioria foi elaborada até 2006 e nunca ajustada); (ii) inexistência de um modelo único e homogéneo do documento; (iii)

inexistência de aprovação ministerial para algumas das RNEHR publicadas; (iv) ausência de integração entre RNEHR de diferentes especialidades que se interpenetram; (v) inexistência de inclusão dos setores convencionados e privados (nos casos em que se possa aplicar), contemplando apenas o universo do SNS; (vi) falta de integração do conceito de Centros de Referência e (vii) indefinição quanto ao prazo de vigência das RNEHR.

No primeiro Eixo Estratégico “Uma Rede Hospitalar mais Coerente”, o GTRH propõe a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de forma estruturada e consistente e dotada de elevados níveis de eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Para o efeito, e com o desígnio de redesenhar a rede hospitalar naqueles pressupostos, é proposta a revisão das RNEHR atuais, bem como a elaboração das redes ainda inexistentes, promovendo-se uma referência estruturada e consistente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (considerando toda a rede de prestação, desde os cuidados de primeira linha aos mais diferenciados), assegurando uma melhor rentabilização da capacidade instalada aos níveis físico, humano e tecnológico.

De igual forma, o **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** apresenta um conjunto de orientações, nos eixos estratégicos “Equidade e acesso aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, propondo o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, cuidados pré-hospitalares, serviços de urgência, entre outros, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Pretende-se, deste modo, uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados.

Por outro lado, a **Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril**, veio estabelecer os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento na rede hospitalar, procedendo à sua classificação. Trata-se de um normativo legal que define, predominantemente, orientações estratégicas para a construção de uma rede hospitalar coerente, assegurando a resposta e satisfazendo as necessidades da população.

Acresce que a carteira de valências de cada instituição hospitalar é operacionalizada através do contrato-programa, de acordo com o respetivo plano estratégico. Perante um quadro de reorganização das instituições de saúde hospitalares (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de valências, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a redefinição do que devem ser os cuidados hospitalares e como se devem integrar com os diferentes níveis de cuidados com a garantia de uma melhor articulação e referência vertical, permite intervir complementarmente no reajuste da capacidade hospitalar.

Desta forma, as RNEHR desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, nomeadamente: (i) diagnóstico e terapêutica; (ii) formação; (iii) investigação e (iv) colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades e subespecialidades hospitalares.

Assim, as RNEHR permitem a: (i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de

especialidade em questão; (ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias, concentrando experiências e permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados e (iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

Nesta conformidade, a **Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho**, estabeleceu os critérios de criação e revisão das RNEHR, bem como as áreas que estas devem abranger. De acordo com o número 2 do artigo 2.º daquele diploma, foram determinados os princípios aos quais as RNEHR devem obedecer, nomeadamente: “a) permitir o desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos; b) eliminar duplicações e subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício; c) permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado; d) contribuir para a melhoria global da qualidade e eficácia clínica pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências; e) contribuir para a diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração indevida de doentes em localizações menos adequadas; f) definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada; g) permitir a programação estratégica de investimentos, a nível nacional, regional e local e h) integrar os Centros de Referência.”

No sentido de dar cumprimento ao disposto na portaria supramencionada, o **Despacho n.º 10871/2014, de 18 de agosto**, veio determinar os responsáveis pela elaboração e/ou revisão das RNEHR. Com efeito, o processo inicia-se com a elaboração das seguintes RNEHR: Oncologia Médica, Radioterapia e Hematologia Clínica; Cardiologia; Pneumologia; Infecção por VIH e SIDA; Saúde Mental e Psiquiatria; e Saúde Materna e Infantil, incluindo Cirurgia Pediátrica.

Em termos históricos, as RNEHR tiveram origem no **Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI**, na sequência das principais recomendações do Subprograma de Saúde 1994-1999, constituindo-se, na altura, como o quadro de referência de suporte ao processo de reforma estrutural do sector da saúde. No eixo prioritário relativo à melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, a medida 2.1 do referido programa (“Rede de Referência Hospitalar”) objetivava implementar RNEHR pelas áreas de especialização tidas como prioritárias, visando a articulação funcional entre hospitais, mediante a diferenciação e identificação da carteira de serviços, de modo a responder às necessidades da população, garantindo o direito à proteção e acesso na saúde.

Deste modo, as RNEHR instigaram um processo de regulação e de planeamento da complementaridade entre instituições hospitalares, contribuindo para a otimização e gestão eficiente da utilização de recursos, com vista a assegurar um quadro de sustentabilidade a médio e longo prazo do SNS.

Das 47 especialidades médicas definidas pela Ordem dos Médicos, 41 são especialidades predominantemente hospitalares. Década e meia volvida após a elaboração das primeiras RHR apenas 23 especialidades se encontram integradas em RNEHR (*vide*

Figura 1), sendo que as alterações ocorridas no SNS nos últimos anos não estão refletidas nas RRH mais antigas.

Embora apenas algumas das RNEHR publicadas tenham merecido aprovação ministerial, a Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho, considera em vigor as RNEHR criadas e implementadas.



Figura 1. Ano de produção e entidade de aprovação das RNEHR publicadas.

1.2. A RNHR para a infeção por VIH (RNHR VIH)

Em 1985, o Ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho da SIDA. O avanço da epidemia conduziu, em 1990, à reformulação do Grupo de Trabalho, tendo-se criado uma nova estrutura, a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS). Em Julho de 1993, o Ministro da Saúde aprovou o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, que orientou a ação da CNLCS até ao ano de 2000.

Em 1998, foram criadas as Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA, estruturas constituídas para responder à necessidade de descentralização da coordenação e execução das ações desenvolvidas no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA. Em 1992 e 1993 foram criadas, respetivamente, a Comissão Regional de Luta Contra a SIDA da Madeira e dos Açores.

A CNLCS concebeu o “Plano Estratégico de Luta contra a Infeção pelo VIH/SIDA”, para o triénio 2001 – 2003 e, no decorrer desse plano, Portugal assume em 2002 – 2003 a Presidência do Conselho de Coordenação do Programa das Nações Unidas de Luta Contra a SIDA (ONUSIDA). No âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a CNLCS foi extinta e integrada no Alto Comissariado da Saúde, através do Decreto Regulamentar n.º 7/2005 de 10 de Agosto.

Até à data, e no âmbito das RNEHR, a alusão à infeção pelo VIH/SIDA encontrava-se incluída na Rede de Referência Hospitalar de Infecciologia. Neste contexto, esta será a primeira versão da RNEHR de Infeção por VIH/SIDA, na sequência das orientações programáticas definidas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA 2012-2016, que dispõe no ponto 3 e), ii) a necessidade de “Definir e estabelecer uma rede de referência hospitalar da infeção por VIH, assente em padrões técnicos, transversal às diferentes especialidades

envolvidas na prestação de cuidados às pessoas que vivem com a infeção por VIH, tendo em vista assegurar a melhor qualidade e acessibilidade do seu seguimento nos serviços de saúde”.

O Despacho n.º 404/2012, de 3 de janeiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, determina os programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, nos quais se enquadra o Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

2 – Enquadramento da RNHR VIH

O acompanhamento e tratamento da infeção por VIH estão alicerçados nos princípios de universalidade, equidade e qualidade, como forma de garantia da defesa dos direitos humanos, da confidencialidade, da não discriminação, do respeito pela multiculturalidade e da dignidade.

A organização do sistema de saúde deve corresponder a estes objetivos, criando as estruturas e ferramentas para tal necessárias, de modo a garantir a articulação e o eficaz funcionamento dos diversos níveis de atuação.

No âmbito da infeção por VIH, a qualidade e a sustentabilidade são elementos complementares e críticos, que requerem uma atenção especial.

O envolvimento das unidades de cuidados de saúde primários, das unidades hospitalares, das organizações da sociedade civil e das autarquias, entre outras, é um elemento fundamental para o planeamento, implementação e avaliação das ações de intervenção nos campos da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da infeção por VIH/SIDA.

Desde o início da epidemia de infeção por VIH até hoje, tem cabido às unidades hospitalares um papel central no seguimento e tratamento de todas as pessoas que vivem com aquela infeção, papel que deverá continuar a merecer lugar de destaque, procurando articular-se com os outros níveis de prestação de cuidados, de modo a obter os maiores ganhos em saúde para os cidadãos e a gestão mais eficiente de recursos do SNS.

Neste contexto, com vista a melhorar a qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde intervenientes, a Rede Nacional de Referência Hospitalar para a Infeção por VIH (RNRH VIH), é criada de acordo com as orientações estratégicas do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA 2012-2016, nomeadamente, como referido anteriormente, quando preconiza a necessidade de *“Definir e estabelecer uma rede de referência hospitalar da infeção por VIH, assente em padrões técnicos, transversal às diferentes especialidades envolvidas na prestação de cuidados às pessoas que vivem com a infeção por VIH, tendo em vista assegurar a melhor qualidade e acessibilidade do seu seguimento nos serviços de saúde”*.

Esta Rede está alicerçada, efetivamente, em padrões técnicos, é transversal às diferentes especialidades envolvidas na prestação de cuidados às pessoas que vivem com a infeção por VIH e pretende promover a articulação dos seus diversos intervenientes e destes com outros níveis de prestação de cuidados, com particular realce para os Cuidados de Saúde Primários.

Trata-se, na verdade, da primeira rede de referência autónoma, tendo em vista assegurar o seguimento hospitalar das pessoas que vivem com a infeção por VIH já que, até aqui, apenas existia referência a esta patologia, de forma dispersa e não estruturada, na Rede de Referência Hospitalar de Infeciologia, aprovada por Despacho do Ministro da Saúde, em 18 de Julho de 2001, e publicada pela Direcção-Geral da Saúde em 2001.

A RNRH VIH diferencia-se em níveis de prestação de cuidados de acordo com capacidades técnicas, recursos, população abrangida e localização geográfica, de modo a garantir e facilitar aos doentes o acesso direto ou referenciado aos cuidados específicos, assim como as melhores condições para a sua continuidade em seguimento, tendo como objetivos principais:

- a) Promover a excelência, do ponto de vista da prestação de cuidados e da investigação científica, num processo contínuo de melhoria da atividade desenvolvida
- b) Contribuir para a criação e funcionamento de um sistema uniforme e informatizado de monitorização clínica e epidemiológica.
- c) Reforçar a qualidade e sustentabilidade dos serviços assistenciais e do SNS, tendo por base a aplicação das Recomendações Nacionais para o Tratamento da Infeção VIH/SIDA e das Normas de Orientação Clínica.
- d) Assegurar a articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a Saúde Pública que implementam as medidas de medicina preventiva e educação para a saúde e asseguram a atividade assistencial na comunidade, nomeadamente o diagnóstico precoce e tratamento das doenças crónicas.

A Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infeção por VIH assenta no princípio da liberdade de escolha individual em relação à unidade de saúde em que se deverá efetuar esse acompanhamento. Para que este princípio estruturante da RNHR VIH possa ser cabalmente implementado deve conjugar-se com um modelo de financiamento que permita a sua completa execução, em particular a orientação em que “o financiamento segue o utente”, sem a qual a liberdade de escolha do doente poderá estar comprometida. Tal está em consonância com a recomendação expressa na Resolução nº 161/2011 da Assembleia da República, de 29 de Dezembro, nomeadamente no seu ponto 4 m) quando afirma que *“o modelo de financiamento hospitalar deve assegurar a possibilidade da pessoa optar pelo hospital público onde quer ser tratada.”*

A RNHR VIH deve, ainda, harmonizar-se com outras redes de especialidade, nomeadamente com a RNEHR de Infeciologia, cuja revisão deverá ser efetuada a curto prazo.

3 – Dados sobre a epidemiologia da infeção por VIH

3.1 A infeção por VIH em Portugal (1983-2013)

À data de 31 de agosto de 2014, tinham sido notificados em Portugal, no período entre 1983-2013, 48657 casos de infeção por VIH, sendo 72,7% do sexo masculino e 27,3% do sexo feminino. Do total de casos notificados, 32% apresentaram-se inicialmente já em estágio de SIDA.

Ao longo deste período, a transmissão por via sexual ocorreu em 60,3% dos casos, correspondendo às categorias de transmissão heterossexual (45,1%) e homens que têm sexo com homens (15,2%). A transmissão em utilizadores de drogas intravenosas ocorreu em 35,3% e a transmissão mãe-filho em 398 casos (0,8%). As restantes categorias de transmissão corresponderam, no seu conjunto, a 3,6% do total de casos notificados.

Desde o início da epidemia em Portugal, a distribuição regional manteve características relativamente estáveis, com evidente assimetria regional, relativamente aos distritos de residência dos casos notificados: Lisboa (41,6%), Porto (19,8%), Setúbal (11,8%) e Faro (5,1%), são os distritos de residência de 78,3% do total de casos notificados.

No seu conjunto, na altura do diagnóstico inicial, mais de 50% das pessoas infetadas situavam-se no grupo etário entre os 25-39 anos (52,2%) e 74% tinham 20-44 anos, sendo a proporção de casos acima dos 49 anos de 14,5%.

Contudo, o retrato global da infeção por VIH no período de 1983 a 2013 tem sofrido evolução ao longo do tempo, sendo evidente:

- a diminuição do número de novos casos notificados de infeção por VIH e de casos de SIDA desde 2000, tendência que se acentuou nos últimos anos.
- o aumento crescente do número de doentes em seguimento, em consequência, sobretudo, do aumento da esperança de vida das pessoas que vivem com a infeção por VIH.

3.2 A infeção por VIH – a situação em Portugal no ano 2013

Quando comparados com os dados globais, os elementos disponíveis referentes a 2013 apresentam diferenças significativas.

Em 2013 (dados recolhidos em 31 de agosto de 2014) foram notificados 1416 novos casos de infeção, dos quais 302 apresentaram o diagnóstico inicial de SIDA (21,3%) e, confirmando a tendência da última década, 29,7% dos novos casos ocorreram no sexo feminino.

Nesse ano, a distribuição por categorias de transmissão revelou que a transmissão por via sexual correspondeu a 90,9% do total de novos casos notificados, englobando a transmissão por via heterossexual (61,9%) e em homens que têm sexo com homens (29,0%). A transmissão

em pessoas que utilizam drogas injetáveis foi de 6,9% e a transmissão mãe-filho registou-se em quatro casos sendo que apenas em dois casos corresponderam a crianças nascidas em 2013.

Também em 2013, ocorreram 196 casos de gravidez em mulheres infetadas por VIH, tendo nascido 197 recém-nascidos em que, como referimos, apenas dois se verificou estarem infetados por VIH (0,1%). A grande maioria destes casos ocorreu na região sul (75,6%) e, nesta região, a maioria dos casos (53,7%) foram seguidos no CHLC – MAC, no Hospital Prof. Fernando da Fonseca e no CHLN-HSM.

A distribuição regional (2013) não se afasta do padrão encontrado ao longo da história da epidemia em Portugal: Lisboa (46,4%), Porto (15,4%), Setúbal (9,7%) e Faro (4,8%) permanecem os distritos com maior número de novos casos, correspondendo a 76,3% do total de novos casos notificados em 2013. Se considerarmos os anos de 2012 e 2011, este padrão é, mais uma vez, sobreponível: Lisboa (45,4% e 46,3%, respetivamente), Porto (15% e 13,4% respetivamente), Setúbal 9,9% e 9,1%, respetivamente) e Faro (4,8% e 6,3%, respetivamente).

Em 2013, de acordo com os dados existentes, Portugal apresentou uma taxa de incidência (novos casos por 100000 habitantes) de 13,6, inferior à registada em 2012 (15,6). Uma análise mais profunda, de acordo com a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos, níveis II e III (NUTS II e NUTS III), permite-nos identificar as taxas de incidência das diferentes unidades e, conseqüentemente, as zonas de maior incidência. De acordo com a classificação por NUTS II, as regiões da Grande Lisboa (31,8), Península de Setúbal (15,9), Algarve (15,1) e Grande Porto (14,6) são as mais afetadas e, dentro destas (NUTS III), os municípios de Lisboa (52,6), Amadora (33,6), Loures (33,5), Porto (31,9), Sintra (29,5), Oeiras (27,8), Setúbal (26,1) e Faro (26,1) apresentaram as taxas mais elevadas, considerando as unidades com mais de 10 casos notificados nesse ano.

De acordo com os dados disponíveis, a distribuição da idade mediana dos novos casos de infeção tem vindo a aumentar consistentemente desde meados da década de 90. Em 2013, a percentagem de novas infeções notificadas em pessoas com idades entre 25 e 39 anos foi de 39,2% e entre 25 e 44 anos foi de 53,2% enquanto a percentagem de infeções ocorridas em pessoas acima dos 49 anos foi de 26,1%.

Os elementos disponibilizados através do sistema informático SI.VIDA e os dados reportados pelas restantes unidades hospitalares (cerca de 7% do total de doentes em acompanhamento) indicavam que, no final de 2013, se encontravam em seguimento em Portugal cerca de 35000 pessoas infetadas por VIH. Destas, mais de 30% eram seguidas em unidades hospitalares da cidade de Lisboa (CH Lisboa Central CH Lisboa Norte, CH Lisboa Ocidental) e cerca de 15% em unidades hospitalares da cidade do Porto (CH São João e CH Porto). De acordo com a nomenclatura em unidades territoriais (NUTS II), na região de Lisboa (englobando igualmente o CH Setúbal, H. Garcia de Orta, CH Barreiro Montijo, H. Prof. Doutor Fernando da Fonseca, H. Beatriz Ângelo, H. Vila Franca de Xira e H. Cascais) e Grande Porto (incluindo igualmente a ULS Matosinhos e o CH Gaia/Espinho), são seguidos cerca de 70% (50% e 20%, respetivamente) do total de doentes em acompanhamento.

4 – Necessidades previsíveis até 2019

Não havendo estudos nacionais que indiquem o número estimado de doentes infetados por VIH em acompanhamento nos próximos anos, é previsível que, até 2019 e de acordo com os dados epidemiológicos mais recentes (número de novos casos, número de óbitos, ligação e retenção no sistema de saúde), estejam em acompanhamento nos hospitais do SNS, entre 39000 a 40000 pessoas infetadas por VIH.

O caráter de cronicidade da infeção por VIH, hoje reconhecidamente aceite, o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população infetada por VIH (quer de novos casos, quer de casos em acompanhamento) determinarão que, para além da indispensável capacitação dos profissionais de saúde que integram os CSP, tendo em vista a sua progressiva integração na prestação de cuidados de saúde aos portadores de infeção por VIH, também será indispensável:

- a) Dotar as unidades hospitalares de recursos humanos adequados a esta previsível evolução;
- b) Promover a criação de estruturas de acompanhamento em unidades hospitalares, de acordo com a epidemiologia regional e nacional;
- c) Promover o estabelecimento de meios de comunicação mais ágeis entre os CSP e as unidades hospitalares e, nestas, entre os diferentes níveis de integração na RNHR VIH, nomeadamente com recursos a novas tecnologias de informação;
- d) Melhorar a articulação das unidades hospitalares com as unidades de prestação de cuidados continuados.

De acordo com a distância geográfica aos centros mais próximos, os dados epidemiológicos atualmente disponíveis e o número de doentes em seguimento noutras unidades, considera-se ainda como necessidade previsível, a curto prazo, a abertura de estruturas para acompanhamento hospitalar de doentes infetados por VIH no Centro Hospitalar de Leiria, na ULS do Nordeste e na ULS do Litoral Alentejano, devendo o nível de diferenciação adaptar-se progressivamente à evolução epidemiológica nas respetivas regiões.

5 – Caracterização e definição dos diferentes níveis e modelos organizativos de serviços

A caracterização e definição dos diferentes níveis e modelos organizativos de serviços estão baseadas na noção de acompanhamento clínico dos doentes infetados por VIH. Para este efeito, por acompanhamento clínico entende-se a observação clínica, pedido e realização de meios complementares de diagnóstico e respetiva interpretação, o diagnóstico e decisão clínica em relação à infeção por VIH e a qualquer patologia decorrente, condicionada ou alterada por esta infeção, apenas limitada pelo nível de diferenciação técnica da unidade em causa e o seu posicionamento na RNHR VIH.

5.1. A arquitetura da Rede Nacional Hospitalar de Referência para a infeção por VIH pressupõe o primado da liberdade de escolha do utente em relação ao hospital em que pretende ser acompanhado clinicamente. Neste contexto, a RNHR VIH integra os seguintes níveis de resposta:

- Unidade Local (UL).
- Unidade de Referência (UR).
- Centro de Elevada Diferenciação (CED).
- Consulta Descentralizada (CD).

5.2 Unidade Local (UL)

5.2.1. A UL destina-se ao seguimento, essencialmente em regime de ambulatório, de indivíduos com infeção por VIH.

5.2.2. A UL segue um número igual ou superior a 100 utentes portadores de infeção por VIH.

5.2.3. A UL deve estar articulada com o CED, UR ou outra estrutura de proximidade de modo a poder referenciar todas as situações que, não estando no seu âmbito de atuação, sejam necessárias para garantir o tratamento e seguimento da infeção por VIH.

5.2.4. A UL dispõe dos seguintes recursos:

5.2.4.1. Recursos humanos: médicos (em número não inferior a dois), enfermeiro e assistente técnico com dedicação em tempo exclusivo ou parcial;

5.2.4.2. Consulta, com horário definido e carácter uniforme, providenciando ao longo do ano:

a) Seguimento programado por VIH;

b) Avaliação e orientação atempada de intercorrências;

c) Avaliação e orientação atempada de infeções sexualmente transmissíveis (IST);

d) Avaliação e monitorização dos meios complementares de diagnóstico realizados;

e) Avaliação e seguimento da adesão ao plano terapêutico;

f) Apoio e educação do doente, parceiro/a e familiares;

g) Programa de profilaxia pré e pós-exposição, de acordo com as Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA e, sempre que exista, Norma de Orientação Clínica correspondente;

5.2.4.3. A UL deve ter acesso a:

- a)* Endoscopia digestiva;
- b)* Broncofibroscopia;
- c)* Exames imagiológicos, incluindo ecografia e tomografia computadorizada (TC);

5.2.4.4. A UL deve assegurar o apoio das seguintes especialidades ou consultas:

- a)* Ginecologia, com consulta de planeamento familiar e capacidade para executar colposcopia;
- b)* Obstetrícia, com consulta de alto risco;
- c)* Psiquiatria;
- d)* Psicologia clínica;
- e)* Oftalmologia;
- f)* Dermatologia;
- g)* Otorrinolaringologia;
- h)* Neurologia;
- i)* Gastreenterologia;
- j)* Pneumologia;
- k)* Anatomia patológica;
- l)* Patologia clínica com laboratório de virologia, para interpretação de testes genotípicos de resistência aos antirretrovíricos;
- m)* Nutrição, com profissional experiente na área da infeção por VIH;
- n)* Serviço social, com profissional experiente na área da infeção por VIH;

5.2.4.5. Dispensa de medicação em ambulatório com horário definido;

5.2.4.6. Articulação com os seguintes serviços ou entidades:

- a)* Serviços de tratamento de tuberculose;
- b)* Serviços de tratamento de dependência de drogas e álcool;
- c)* Entidades que apoiam as pessoas infetadas por VIH, especialmente as que trabalham com populações particularmente

vulneráveis, nomeadamente utilizadores de drogas, trabalhadores do sexo, minorias étnicas e imigrantes.

5.3 Unidade de Referência (UR)

- 5.3.1. A UR destina-se ao tratamento e seguimento de utentes com infeção por VIH e suas complicações, ao nível de ambulatório e em internamento.
- 5.3.2. A UR segue um número igual ou superior a 500 utentes portadores de infeção por VIH, dispondo de autonomia técnica para seguimento dos respetivos utentes.
- 5.3.3. A UR deve estabelecer protocolos de articulação com o CED de forma a assegurar, de forma programada a referenciação de todas as situações que, não estando no seu âmbito de atuação, sejam necessárias para garantir o tratamento e seguimento integral da infeção por VIH.
- 5.3.4. A UR deve dispor dos seguintes recursos:
 - 5.3.4.1. Recursos humanos: equipa constituída por pessoal médico, de enfermagem e assistente técnico, em permanência;
 - 5.3.4.2. Atendimento ambulatório com funcionamento diário, que deve providenciar:
 - a) Seguimento programado de infeção por VIH;
 - b) Avaliação e orientação atempada de intercorrências;
 - c) Avaliação e orientação atempada de IST;
 - d) Avaliação e orientação atempada das situações de profilaxia pós exposição;
 - e) Avaliação e monitorização dos meios complementares de diagnóstico realizados;
 - f) Avaliação e seguimento da adesão ao plano terapêutico;
 - g) Apoio e educação do doente, parceiro e familiares próximos;
 - 5.3.4.3. Pessoal médico que garanta o tratamento e/ou o apoio ao internamento;
 - 5.3.4.4. Serviço de urgência 24 horas;
 - 5.3.4.5. Possibilidade de diagnóstico rápido de infeção por VIH;
 - 5.3.4.6. Hospital de dia ou equivalente;
 - 5.3.4.7. Unidade de cuidados intensivos/intermédios;

- 5.3.4.8. Unidade de gastroenterologia, com capacidade para executar endoscopia digestiva;
- 5.3.4.9. Unidade de pneumologia, com capacidade de executar broncofibroscopia
- 5.3.4.10. Imagiologia, com capacidade para executar ecografia e TC;
- 5.3.4.11. Serviço de ginecologia;
- 5.3.4.12. No caso específico de UR para seguimento de grávidas infetadas por VIH, Serviço de obstetrícia com Consulta de alto risco, incluindo:
 - a) Consulta pré-concepcional específica para mulheres infetadas por VIH e, para casais serodiscordantes para VIH, protocolo de articulação com unidade de diagnóstico pré-natal (DPN), com experiência em técnicas invasivas em grávidas infetadas;
 - b) Protocolo de articulação com unidade de procriação medicamente assistida vocacionada para VIH;
- 5.3.4.13. No caso específico de UR para seguimento de crianças e adolescentes infetados por VIH, serviço de Pediatria, incluindo:
 - a) Apoio de neonatologia aos recém-nascidos de mães infetadas por VIH, providenciando cuidados adequados e profilaxia da transmissão mãe-filho da infeção, de acordo com as Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infeção por VIH-1 e VIH-2 e, sempre que exista, Norma de Orientação Clínica correspondente;
 - b) Consulta de seguimento organizada, até confirmação ou exclusão de infeção por VIH;
- 5.3.5. A UR deve assegurar ainda o apoio das seguintes especialidades ou consultas:
 - a) Psiquiatria;
 - b) Psicologia clínica, com psicólogo dedicado à área da infeção por VIH;
 - c) Oftalmologia;
 - d) Dermatologia;
 - e) Otorrinolaringologia;
 - f) Neurologia;
 - g) Anatomia patológica;
 - h) Patologia clínica com laboratório de virologia, para interpretação de testes genotípicos de resistência aos antirretrovíricos;
 - j) Nutrição, com profissional dedicado à área da infeção por VIH;

- f) Serviço de pediatria, com neonatologia e consulta para crianças e adolescentes infetados por VIH;
 - g) Serviço de anatomia patológica, com capacidade para realizar autópsias em casos de infeção por VIH (craniotomia excluída);
 - h) Investigação científica que assegure a realização de investigação clínica e publicação regular de artigos científicos e participação em ensaios clínicos;
- 5.4.5 Quando necessário, o CED referencia para outras unidades de saúde situações particulares, tais como interrupção voluntária de gravidez, procriação medicamente assistida vocacionada para VIH, transplante hepático, renal ou outro e ainda patologias necessitando de neurocirurgia.
- 5.4.6 Decorrente da sua dimensão, os CED podem comportar na sua estrutura uma ou mais UL ou UR.

5.5 Consulta Descentralizada (CD)

- 5.5.1 Quando por motivos geográficos, logísticos ou outros, seja considerado necessário assegurar consultas com um número reduzido de doentes ou sem capacidade de cobertura assistencial médica permanente, estas funcionam como consultas descentralizadas. O mesmo se aplica perante restrições contratuais específicas, nomeadamente em contratos de gestão ou protocolos adicionais envolvendo unidades hospitalares em regime de parceria público-privada.
- 5.5.2 Para efeitos do disposto no número anterior, considera-se reduzido número de doentes quando este for inferior a 100, e consulta sem capacidade de cobertura assistencial médica permanente, quando exista apenas um médico, sem capacidade para garantir permanentemente a continuidade de atendimento.
- 5.5.3 As Consultas Descentralizadas estão dependentes tecnicamente de uma CED ou UR, a quem cabe a organização e garantia de funcionamento, consubstanciada em protocolos de colaboração interinstitucionais.
- 5.5.4 As Consultas Descentralizadas dispõem dos seguintes recursos:
- 5.5.4.1 Agendamento programado, em horário parcelar definido, com equipa constituída por pessoal médico e de enfermagem, a quem compete providenciar:
 - a) Consulta de seguimento;
 - b) Consulta pré e pós-teste;
 - c) Aconselhamento sobre risco de transmissão;
 - d) Consulta de adesão e efeitos adversos;

- 5.5.4.2 Plano articulado para a realização de exames complementares de diagnóstico;
- 5.5.4.3 Plano articulado de dispensa de medicação;
- 5.5.4.4 Articulação com os serviços de tratamento de tuberculose;
- 5.5.4.5 Articulação com os serviços de tratamento de dependência de drogas e álcool;
- 5.5.4.6 Possibilidade de contacto com CED ou UR da sua área durante o respetivo horário de consultas e atendimento em ambulatório;
- 5.5.4.7 Plano de referência para CED ou UR quando for necessário recorrer a recursos não existentes.

6 – Indicadores a utilizar no desenvolvimento e na monitorização da RNHR VIH

	Indicador	Fonte	Periodicidade	Valor de Referência (2013)	Meta 2018
1.	Percentagem de pessoas que iniciam TARc com um regime terapêutico de 1ª linha, de acordo com a NOC nº 27/2012.	NOC, SIVIDA	Anual	85%	≥ 95%
2.	Percentagem de pessoas em TARc com ARN VIH-1 < 50 cópias/mL.	SIVIDA	Anual	80%	≥ 90%
3.	Percentagem de pessoas em seguimento sujeitas a TARc.	SIVIDA	Anual	91%	≥ 95%
4.	Percentagem de utentes com levantamento de TARc para menos de 30 dias (por iniciativa do hospital).	SIVIDA	Anual	ND	< 5%
5.	Percentagem de doentes com teste reativo com consulta efetuada nos 7 dias seguintes, de acordo com NOC nº 58/2011 (atualização de 2014).	NOC, SIVIDA	Anual	ND	>90%
6.	Existência de protocolo com estruturas responsáveis pelo enquadramento de UDI.	Inquérito	Anual	NA	Sim
7.	Existência de protocolo com estruturas de ambulatório da TB	Inquérito	Anual	NA	Sim
8.	Existência de protocolo para colaboração em projetos com organizações da sociedade civil.	Inquérito	Anual	NA	Sim
9.	Número de ações de formação ministradas/recebidas por parte de UR/CED.	Inquérito	Anual	ND	≥2
10.	Protocolo de articulação entre instituições de nível superior/inferior.	Inquérito	Anual	ND	Sim

7 – Definição da Rede

Na definição da RNHR VIH, para além dos dados epidemiológicos disponíveis relativos à infeção por VIH, foram considerados os seguintes elementos:

- Revisão bibliográfica (ver 12 - Bibliografia).
- Inquérito realizado a todas as unidades hospitalares, definindo a sua estrutura de recursos humanos e técnicos, bem como a população portadora de infeção por VIH, em acompanhamento em cada unidade.
- Informação recolhida através do sistema informático SI.VIDA abrangendo, nomeadamente: população em seguimento; proveniência geográfica dos utentes acompanhados nas estruturas hospitalares; capacidade de monitorização do acompanhamento através deste sistema informático.

A RNHR VIH: composição e distribuição por níveis de integração

Centro de Elevada Diferenciação* (CED)	Unidade Referência (UR)	Unidade Local (UL)	Consulta Descentralizada (CD)
CH Porto ¹	ULS Matosinhos	ULS Alto Minho	H Cascais ^{a,****}
CH S. João ²	CH Gaia/Espinho	CH Alto Ave	H VF Xira
CHU Coimbra ³	CH Baixo Vouga	H Braga	ULS Norte Alentejano
CH Lisboa Norte ⁴	H Fernando Fonseca ^{**}	ULS TM Alto Douro	
CH Lisboa Central ⁵	CH Barreiro/Montijo	CH Tâmega Sousa	
CH Lisboa Ocidental ^{6,**}	CH Setúbal	CH Cova Beira	
	CH Algarve ^{7,**}	CH Tondela/Viseu	
		CH Oeste	
		HD Santarém	
		H Beatriz Ângelo	
		H Garcia de Orta ^{***}	
		H Espírito Santo	
		ULS Baixo Alentejo	

Nota: A menos que expressamente indicado, a classificação aplica-se ao acompanhamento de doentes adultos e adolescentes.

¹ Unidades para acompanhamento de doentes infetados por VIH: H. Stº António e H. Joaquim Urbano.

² Unidade para acompanhamento de doentes infetados por VIH: H. S. João

³ Unidades para acompanhamento de doentes infetados por VIH: H. da Universidade de Coimbra, Maternidade Byssaia Barreto e Maternidade Daniel de Matos (Obstetrícia) e Hospital Pediátrico de Coimbra (Pediatria).

⁴ Unidades de acompanhamento de doentes infetados por VIH: H. Stª Maria e H. Pulido Valente.

⁵ Unidades de acompanhamento de doentes infetados por VIH: H. Curry Cabral, H. S. José, H. Stº António dos Capuchos, Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Obstetrícia e Ginecologia) e H. D. Estefânia (Pediatria).

⁶ Unidades de acompanhamento de doentes infetados por VIH: H. Egas Moniz e H. S. Francisco Xavier (Obstetrícia e Pediatria).
Em Pediatria e Obstetrícia o CH Lisboa Ocidental constitui uma Unidade de Referência.

⁷ Unidades de acompanhamento de doentes infetados por VIH: H. Faro e CH Barlavento Algarvio.

* A classificação também é válida para Obstetrícia e Pediatria, com exceção do CH Lisboa Ocidental.

** Unidade de Referência para Obstetrícia e Pediatria.

*** Unidade Local para Obstetrícia e Pediatria.

**** Consulta Descentralizada de Pediatria.

^a A classificação está condicionada pelas características do protocolo com a ARSLVT.





Tal como referido anteriormente (ver 4 - **Necessidades previsíveis até 2019**), preconiza-se, numa primeira fase, a criação de Consultas Descentralizadas no Centro Hospitalar de Leiria, na ULS do Nordeste e na ULS do Litoral Alentejano, para corresponder às necessidades de acompanhamento por parte das pessoas infetadas por VIH, residentes naquelas regiões. Inversamente, dado o reduzido número de doentes em acompanhamento no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga e no Centro Hospitalar do Médio Ave, os quais têm acesso facilitado a unidades hospitalares mais diferenciadas, na mesma área geográfica, propõe-se a sua transferência para estes centros.

8 – Referenciação primária, secundária e terciária

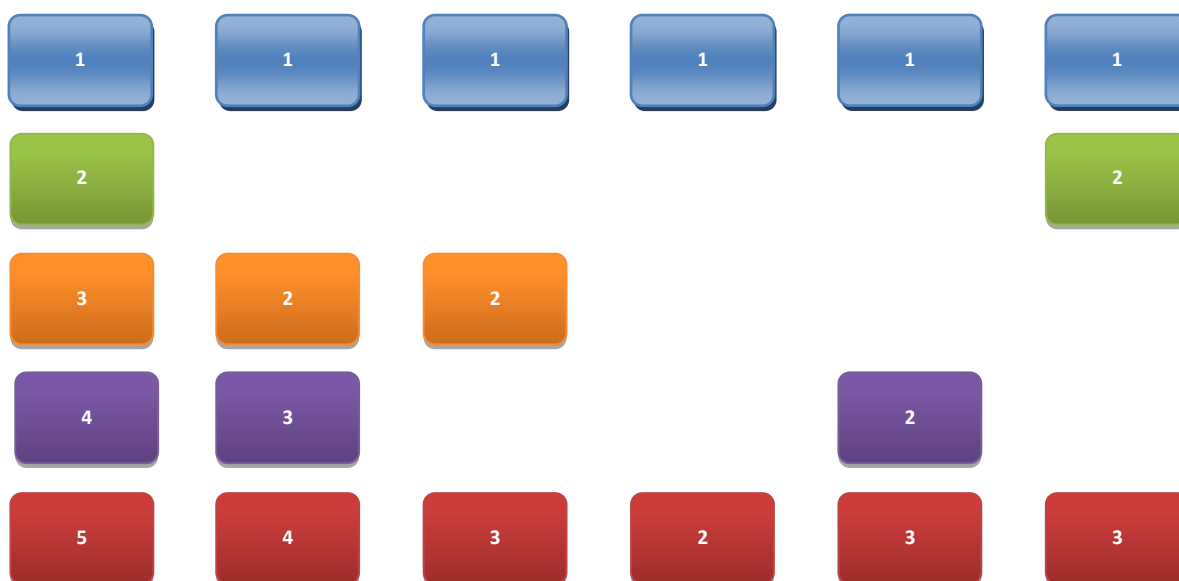
De acordo com o referido anteriormente, a orientação de seguimento das pessoas infetadas por VIH na Rede Nacional Hospitalar de Referenciação para a Infeção por VIH deve garantir o primado da liberdade de escolha do utente em relação ao hospital em que pretende ser acompanhado clinicamente.

A presente RNHR VIH aplica-se apenas ao território continental, devendo as pessoas referenciadas pelas regiões autónomas ser referenciadas através de protocolos específicos de articulação com os CED. A legenda seguinte é aplicável a todas as regiões:

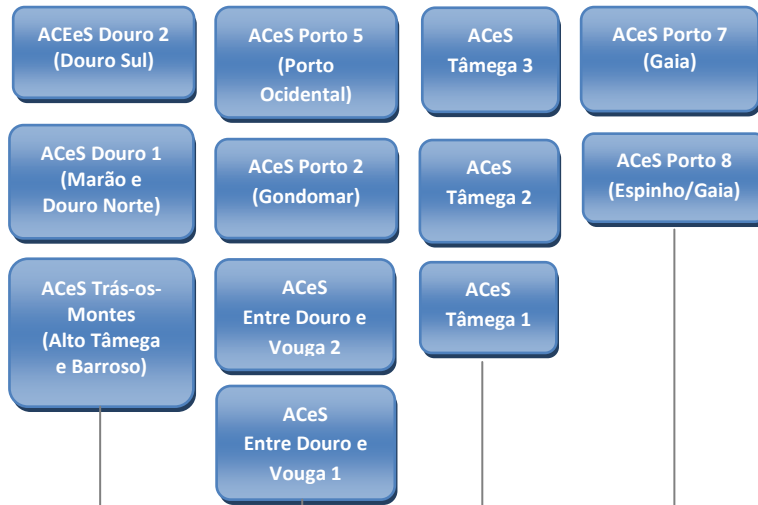
Legenda

-  Alternativa de referenciação
-  Unidade a criar
-  Referenciação para unidade doutra região (cor adaptada ao nível respetivo)
-  Unidade integrada noutra região (cor adaptada ao nível respetivo)

Na leitura da arquitetura da RNHR VIH, deve observar-se que o utente deve, preferencialmente, ser referenciado para o nível imediatamente seguinte, existente no alinhamento vertical. Exemplos:



Região Norte



ULS do Nordeste
(Centro Hospitalar do Nordeste)

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Centro Hospitalar Tâmega-Sousa

Centro Hospitalar Gaia/Espinho

Centro Hospitalar do Porto

ULS Alto Minho

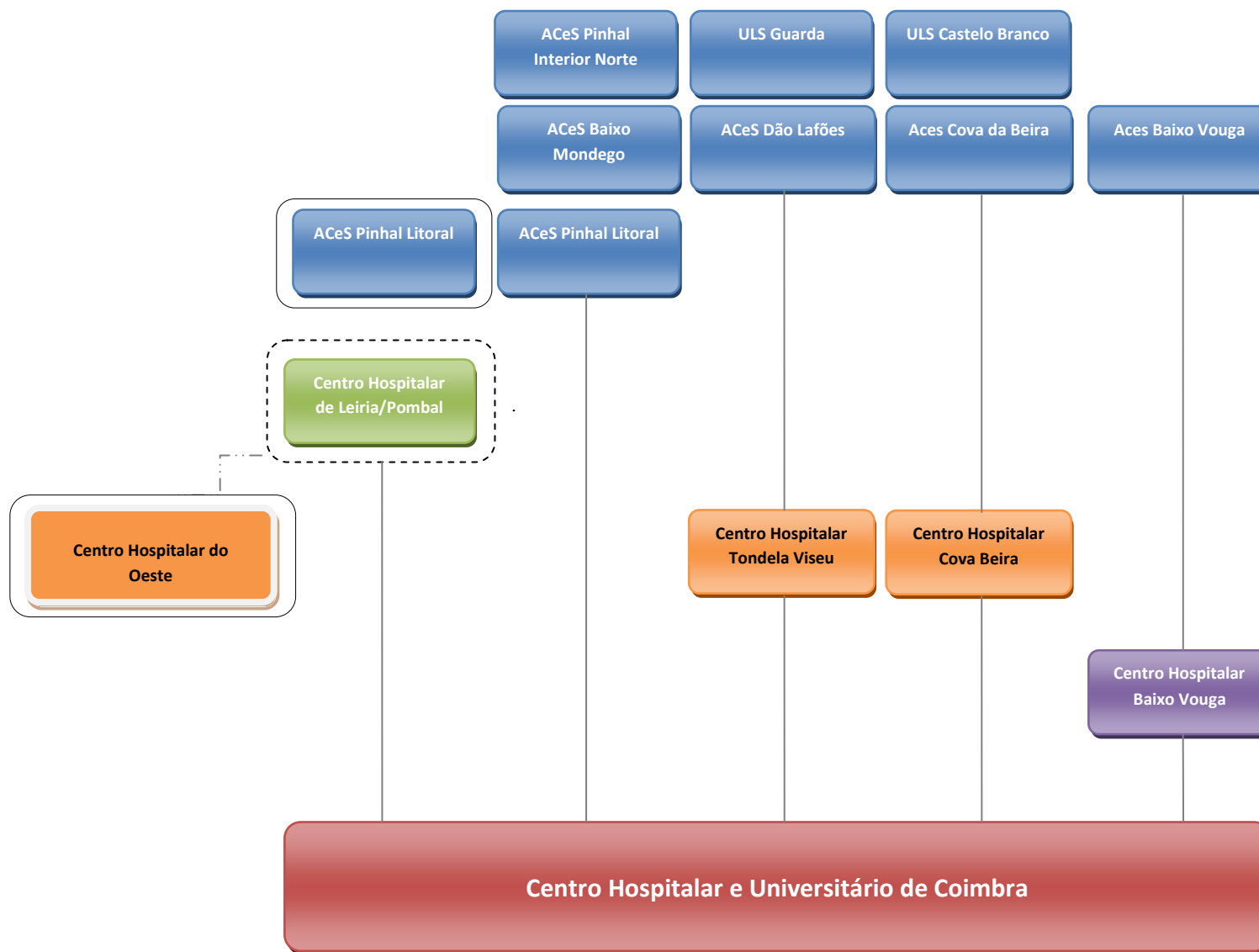
ULS Matosinhos (Hospital Pedro Hispano)

Hospital de Braga

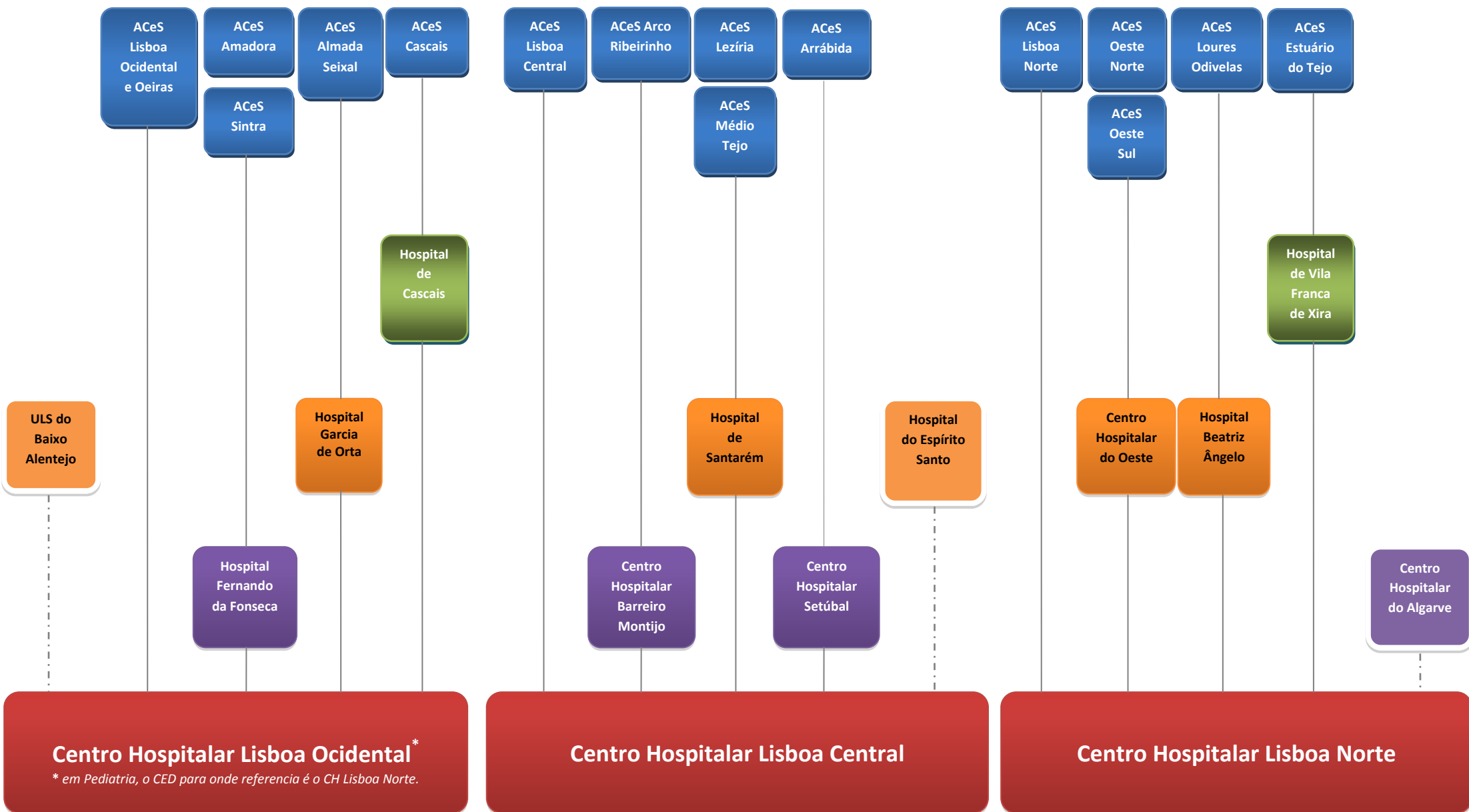
Centro Hospitalar Alto Ave

Centro Hospitalar de S. João

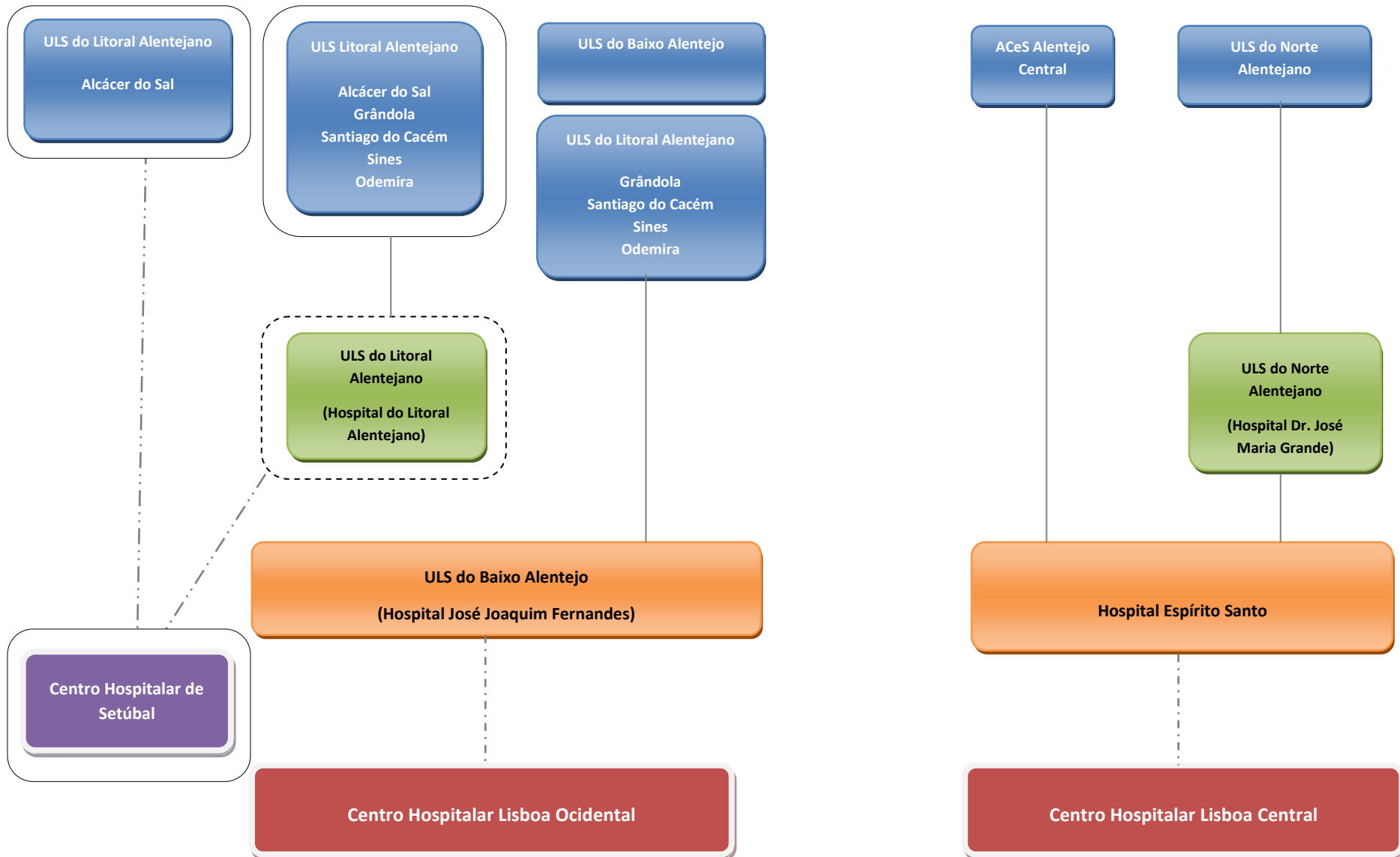
Região Centro



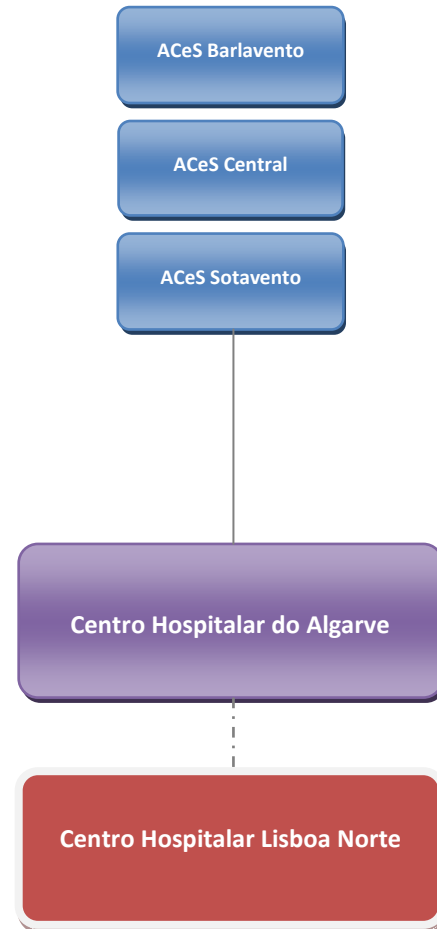
Região de Lisboa e Vale do Tejo



Região do Alentejo



Região do Algarve



9 – Políticas de qualidade

Tal como descrito anteriormente (ver 2 - **Enquadramento da RNHR VIH**), “A RNRH VIH diferencia-se em níveis de prestação de cuidados (...), tendo como objetivos principais:

- a) *Promover a excelência, do ponto de vista da prestação de cuidados e da investigação científica, num processo contínuo de melhoria da atividade desenvolvida*
- b) *Contribuir para a criação e funcionamento de um sistema uniforme e informatizado de monitorização clínica e epidemiológica.*
- c) *Reforçar a qualidade e sustentabilidade dos serviços assistenciais e do SNS, tendo por base a aplicação das Recomendações Nacionais para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA e das Normas de Orientação Clínica.”*

Neste contexto, a política de qualidade da RNHR VIH assenta e considera elementos fundamentais da sua aplicação, para além da legislação geral e específica aplicável, as Normas de Orientação Clínica (NOC) e as Recomendações e Orientações elaboradas pelo PN VIH/SIDA que complementam as respetivas NOC ou que, na sua ausência, as substituem como elementos fundadores da ação clínica.

10 – Auditorias

- 10.1. As auditorias serão efetuadas em articulação entre o PN VIH/SIDA e o Departamento de Qualidade em Saúde da DGS e a ACSS.
- 10.2. As auditorias contemplarão a monitorização e avaliação da implementação das Normas de Orientação Clínicas aplicáveis, nomeadamente a NOC nº 58/2011, a NOC nº 7/2013 e a NOC nº 27/2012 e respetivas atualizações.
- 10.3. As auditorias deverão monitorizar e avaliar, igualmente, a aplicação do Despacho nº 2175/2013 e Despacho nº 6716/2012 ou a legislação que, eventualmente, os venha substituir.
- 10.4. As auditorias deverão ter em atenção que alguns indicadores do processo de monitorização estão em consonância com os objetivos definidos pela ONUSIDA para 2020.
- 10.5. As auditorias procederão igualmente à monitorização e avaliação da adequação dos critérios definidos para integração nos diferentes níveis da RNHR VIH, nomeadamente no que se refere a recursos humanos dedicados, recursos técnicos disponíveis e aplicação dos protocolos de articulação entre os diferentes níveis definidos na RNHR VIH e destes com entidades externas (CDP, DICAD, ONG), os quais deverão estar devidamente formalizados. No caso dos

CED, a existência de formação pré e pós-graduada e a atividade científica desenvolvida serão objeto de monitorização.

- 10.6 Sem prejuízo do estipulado na Portaria 123-A/2014, de 19 de junho, do Ministro da Saúde, a revisão da Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infeção por VIH deverá ser efetuada trienalmente ou sempre que se justifique, em função da avaliação anual dos indicadores nela contidos. Admite-se que possa ocorrer um processo excecional de revisão no final do primeiro ano da sua implementação.

11 – Recomendações

Atendendo ao enquadramento da RNHR VIH, à epidemiologia da infeção por VIH e à integração das diferentes unidades hospitalares nesta Rede, de acordo com o nível de prestação de serviços disponibilizados e população servida, recomenda-se que:

- 11.1. Os contratos de gestão e protocolos adicionais, a estabelecer com as unidades hospitalares em regime de parceria público-privada (PPP) assegurem o cumprimento do presente documento, nomeadamente o enquadramento da RNHR VIH e as atribuições correspondente a cada nível de prestação de cuidados.
- 11.2. Se implemente a utilização de níveis de financiamento diferenciados, a definir nos respetivos contratos-programa e contratos de gestão ou protocolos adicionais. Os diferentes níveis de financiamento devem refletir o nível de integração e colocação das unidades hospitalares na RNHR VIH, de acordo com o correspondente grau de atribuições e responsabilidades de cada centro.
- 11.3. Se proceda à criação de estruturas de acompanhamento dos doentes infetados por VIH no Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, na ULS do Litoral Alentejano e na ULS do Nordeste.
- 11.4. Se proceda, nesta fase, ao encerramento das consultas de acompanhamento de pessoas infetadas por VIH no Centro Hospitalar do Médio Ave e no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga e a transferência destes utentes, para acompanhamento clínico da infeção por VIH e situações clínicas dela decorrentes, para uma das unidades desta RNHR VIH geograficamente mais próximas.
- 11.5. Se proceda ao reforço e melhor adequação dos recursos humanos no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Centro Hospitalar da Cova da Beira e Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, de modo a melhorar as condições de prestação de serviços destas unidades nos respetivos níveis de integração.

12 – Bibliografia

1. Healthcare Improvement Scotland 2011. www.healthcareimprovementscotland.org.
2. Providing High Quality, Comprehensive Health And Social Services To Individuals Infected With Or Affected By HIV/AIDS. The San Antonio Area HIV Health Services Planning Council and Bexar County – 2009.
3. Standards for quality HIV care: a tool for quality assessment, improvement, and accreditation Report of a WHO Consultation Meeting on the Accreditation of Health Service Facilities for HIV Care, 10–11 May 2004, Geneva, Switzerland.
4. Connecting HIV Infected Patients to Care: A Review of Best Practices. The American Academy of HIV Medicine. 2009.
5. Recommended standards for NHS HIV services. The Medical Foundation for AIDS & Sexual Health. 2003. www.medfash.org.uk.
6. HIV Standards Of Care – Outreach Services Los Angeles County Commission. Committee - Standards of Care\Standards of Care\Outreach\Stand Develop 2009-2010Final Document\SOC-Outreach.
7. Standards for psychological support for adults living with HIV - British Psychological Society British HIV Association Medical Foundation for AIDS & Sexual Health. November. 2011.
8. Standards for HIV Clinical Care - British HIV Association in partnership with the Royal College of Physicians, London and the British Association of Sexual Health and HIV British Infection Society. March 2007.
9. Portugal – Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, DGS. Disponível em <http://pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/relatorios1.aspx>
10. Norma nº 58/2011 de 28 Dez 2011 - Diagnóstico e Rastreo Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), DGS. Disponível em: <http://pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/normas-de-orientacao-clinica/norma-n-582011-de-28-dez-2011.aspx>.
11. Norma nº 27/2012 de 27 Dez 2012 - Abordagem terapêutica inicial da infecção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1), em adultos e adolescentes, DGS. Disponível em: <http://pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/normas-de-orientacao-clinica/norma-n-272012-de-27-dez-2012-abordagem-terapeutica-inicial-da-infecao-por-virus-de-imunodeficiencia-humana-de-tipo-1-vih-1-em-adultos-e-adolescentes.aspx>
12. Norma nº 07/2013 de 12 Abr 2013 - SI.VIDA - Registo e monitorização clínica informática da infecção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) nas unidades de saúde hospitalares do SNS, DGS. Disponível em: <http://pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/normas-de-orientacao-clinica/norma-n-072013-de-12-abr-2013-sivida-registo-e-monitorizacao-clinica-informatica-da-infecao-por-virus-de-imunodeficiencia-humana-vih-nas-unidades-de-saude-hospitalares-do-sns.aspx>
13. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção por VIH-1 e VIH-2 2015, PN VIH/SIDA, DGS. Disponível em: <http://pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/recomendacoes-nacionais-/recomendacoes-portuquesas-para-o-tratamento-da-infecao-por-vih-1-e-vih-2-2015.aspx>
14. Despacho nº 6716/2012, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 96, de 17 de maio de 2012.
15. Despacho nº 2175/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2013.

13 – Abreviaturas, siglas e acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
CD	Consulta Descentralizada
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CED	Centro de elevada diferenciação
CH	Centro Hospitalar
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CV	Carga vírica
DGS	Direção Geral da Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DPN	Diagnóstico Pré-natal
H.	Hospital
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
NA	Não aplicável
ND	Não disponível
NOC	Norma de Orientação Clínica
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
ONG	Organização não Governamental
PPP	Parceria Público-Privada
PN VIH/SIDA	Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA
RNEHR	Rede Nacional de Especialidades Hospitalares e de Referência
RNHR VIH	Rede Nacional Hospitalar de Referência para a infeção por VIH
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SI.VIDA	Sistema Informático da Infeção VIH/SIDA
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TARc	Terapêutica antirretrovírica combinada
TC	Tomografia Computorizada
UDI	Utilizador de drogas injetáveis
UL	Unidade Local
ULS	Unidade Local de Saúde
UR	Unidade de Referência
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana