



International AIDS Society iasociety.org



Integração dos Serviços de HIV e DNT's para melhorar os resultados de Saúde



**Integrating the
prevention and control of
noncommunicable diseases
in HIV/AIDS, tuberculosis,
and sexual and reproductive
health programmes**

Implementation guidance

Contextualização (1)

- DNTs causaram 17 milhões de mortes prematuras (30–69 anos) em 2019.
 - ↳ 86% ocorreram em países de baixo e médio rendimento
 - ↳ Muitas poderiam ter sido evitadas
- Resposta global ainda insuficiente → Sistemas de saúde sobrecarregados
- Integração com HIV, ITS, TB e Saúde Mental é urgente para:
 - Ampliar acesso a cuidados
 - Reduzir mortalidade prematura
 - Promover bem-estar e prevenção
- Cuidado centrado na pessoa: organizar os serviços em torno das necessidades integrais dos indivíduos, não apenas doenças isoladas

Programa Nacional ITS/HIV

Tabela 17: Seguimento Clínico e Laboratorial de Pacientes Adultos em TARV

	Meses de tratamento													1º ano de TARV	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	6/6m	12/12m
Atendimento clínico	x	x		x			x						x	x	
Aconselhamento	x	x	x	x			x			x			x	Sempre que necessário	
Farmácia	x	x	x	x			x			x			x	Trimestralmente	
Hemograma	x						x						x	x	
Contagem de Linfócitos T CD4+ ¹	x												x		CD4 de rotina apenas para pacientes com critérios
Carga viral							x								x
ALT	x						x								x
Glicemia ²	x						x								x
Creatinina ³	x						x								x
Colesterol total e triglicéridos ²	x														x
Urina II	x						x								x

¹ Um CD4 inicial deve ser feito a todos os pacientes que iniciam/reiniciam TARV. Os pacientes com CD4 inicial < 350 cels/ml devem colher CD4 anualmente.

Programa Nacional ITS/HIV

[illegible]

Caso Clínico

- 47 anos/M/N/Segurança.
- Transferido de um C.S da Cidade de Maputo, por CD4 baixo (120 Cel/mm³), HIV caso Novo.

Admitido no C.R.A.M em 2.07.2021

- **HPP:** Sem antecedentes patológicos
- **HDA:** Evolução de 4 semanas, perda de peso marcada, astenia, anorexia e sudorese nocturna. Há uma semana, com cefaleia holocraneana e febre. Sem mais queixas.
- **HPS:** Com **hábitos tabágicos marcados** (+ 10 cigarros/dia) e **Consumo de álcool** (cerveja) aos fins de semana.
- **HF:** Desconhece patologia de tendência Familiar



Caso Clínico (cont)



- **EO:** Estado geral não satisfatório. Consciente. Prostrado. Corado.hidratado. Eupneico. Apiretico. Sem linfadenopatia generalizada. Sem sinais meníngeos

TA: 123/84 mmHg, FC 92 bpm

FR: 20 cpm , Saturação 100 % aa

Temp: 36,7

Peso: 65 Kg, **IMC** 18.9 Kg/m2 (DAL)

Sem alteração no restante exame



Analítica basal



CD4	120		
TB-LAM	Positivo grau I	ALT	22.7 U/L
CrAg sérico	Negativo	AST	26.1 U/L
Hgb	11.2	Glicemia	81.6 mg/dl
MCV	87.3	Creatinina	0,91 mg/dl
GB	4.9	Rx do Tórax (PA)	Sem alteração
Neut.	2.5 (51%)	FASH	Sem achados +
Linf.	1.6 (31.8%)	Retinoscopia	Sem achados +
PLT	194		

Caso Clínico (Cont.1)

Diagnósticos:

1. TB disseminada ?
2. OMS IV
3. HIV Positivo (caso novo)

Conduta:

- a. Indução expectoração- Xpert MTB/RIF
- b. Inicia o Cotrimoxazol profilático
- c. Albendazol 400 mg (DU)
- d. Paracetamol 500 mg sos

PC: volta em 5 dias

Caso Clínico (cont.2)

- **5 dias depois da 1ª consulta**
- Mantinha queixas constitucionais (Astenia, perda de peso, anorexia e sudorese nocturna).
- Peso: 65 kg  64 Kg (IMC 18.69 kg/ m²)
- Repetiu o TB-LAM = **positivo grau I**
- Xpert MTB/Rif = Não detectado
- **Conduta:** **Inicia o Tratamento para TB-Sensível** (4 DFC: 4 cp/dia + Piridoxina 50 mg/dia) e manteve o Cotrimoxazol profilático.
- PC: **volta em 15 dias** para avaliar tolerância ao 4DFC e iniciar o TARV

Caso Clínico (evolução 1)

3 semanas depois da 1ª consulta / 15 dias após início TAT

Melhor da cefaleia, anorexia, febre e sudorese noturna.

Mantinha ligeira astenia.

EO: EG satisfatório. Consciente.

Colaborante. Corado. Sem dispneia

TA: 149/90 mmHg

Peso: 67 kg (IMC 18.9 → 19.4 Kg/m²)

O resto do exame sem alteração

Conduta:

1. Inicia TARV: TDF/3TC/DTG + DTG booster
2. Manter o 4DFC (4 cp/dia) + Piridoxina
3. Manter o Cotrimoxazol profilático
4. Vigiar as Pressões Arteriais nas P.Consultas

Caso Clínico (evolução 2)

2 meses depois do início do TAT (Fim da fase intensiva)

Sem queixas

EO: BEG.

Peso: 69 kg (IMC18.4 → 20.1 Kg/m²)

TA: 140/100 mmHg

O resto do exame sem dados positivos

O resto do exame sem alteração

Diagnósticos:

1. HTA
2. TB disseminada (FM)
3. OMS IV
4. HIV Caso Novo

Conduta:

HTA: Inicia medidas não farmacológicas. e Nifedipina 30 mg/dia.

HIV: Manter o TLD + DTG booster + Cotrimoxazol profilático

TB: Inicia 2 DFC 4 cp/dia + Piridoxina 50 mg/dia



Evolução clínica 3 e 6 Mês

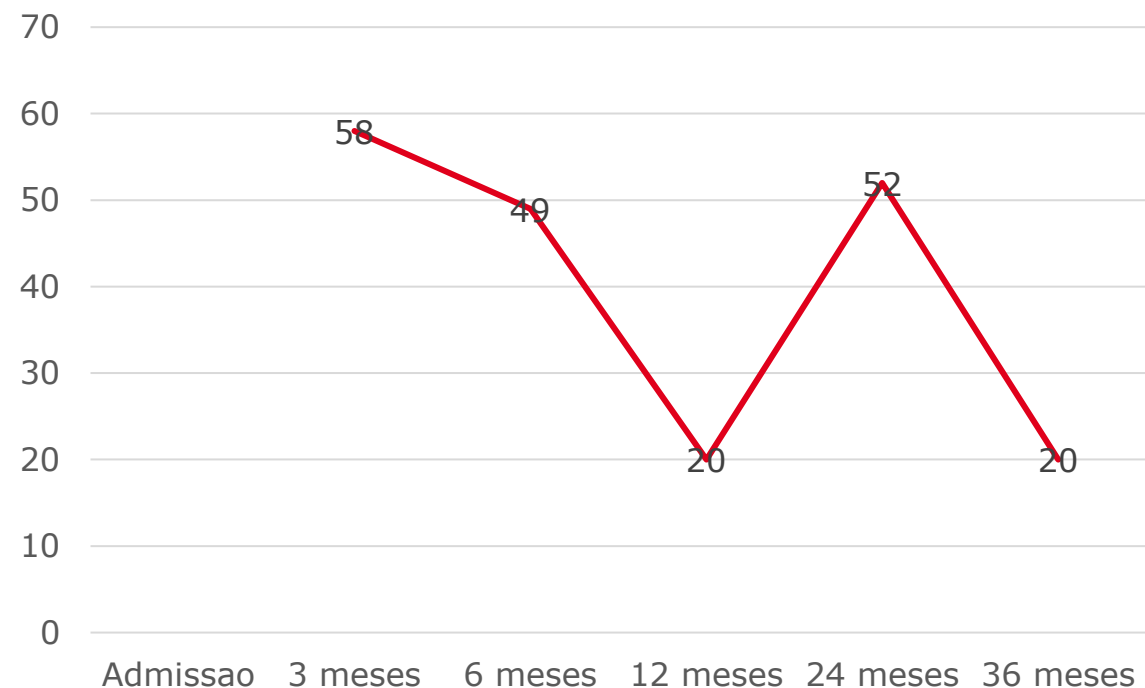
	3 mês TARV	6 mês TARV
Queixas	Assintomático	Assintomático
Peso Kg (IMC)	72 (21.0)	73 (21.3)
PA	150/95 mmHg	150/100 mmHg
C.Viral cp/ml	58	49
Conduta	TLD + DTG booster 2DFC 4cp/dia Piridoxina CTZ profilático Nifedipina 30 mg/dia Medidas não farmacologicas	TLD + DTG booster 2DFC 4cp/dia Piridoxina CTZ profilático Nifedipina 30 mg/dia Medidas não farmacologicas
Observação:	Má toma dos anti-HTA	Má toma dos anti-HTA

Evolução laboratorial

	Admissao	3 meses	6 meses	12 meses	24 meses	36 meses
Hgb	11.2		14		15.1	15.1
GB	4.9		4.9		4.1	6.2
PLT	194		245		246	183
CD4	120			221	333	360
Creatinina (mg/dl)	0.91		0.93	0.69	0.96	1.05
Glicemia (mg/dl)	81.86		94.22	88.42	78.37	77.8
ALT	22.7		24		19.7	
AST	28.1		28.9		19	

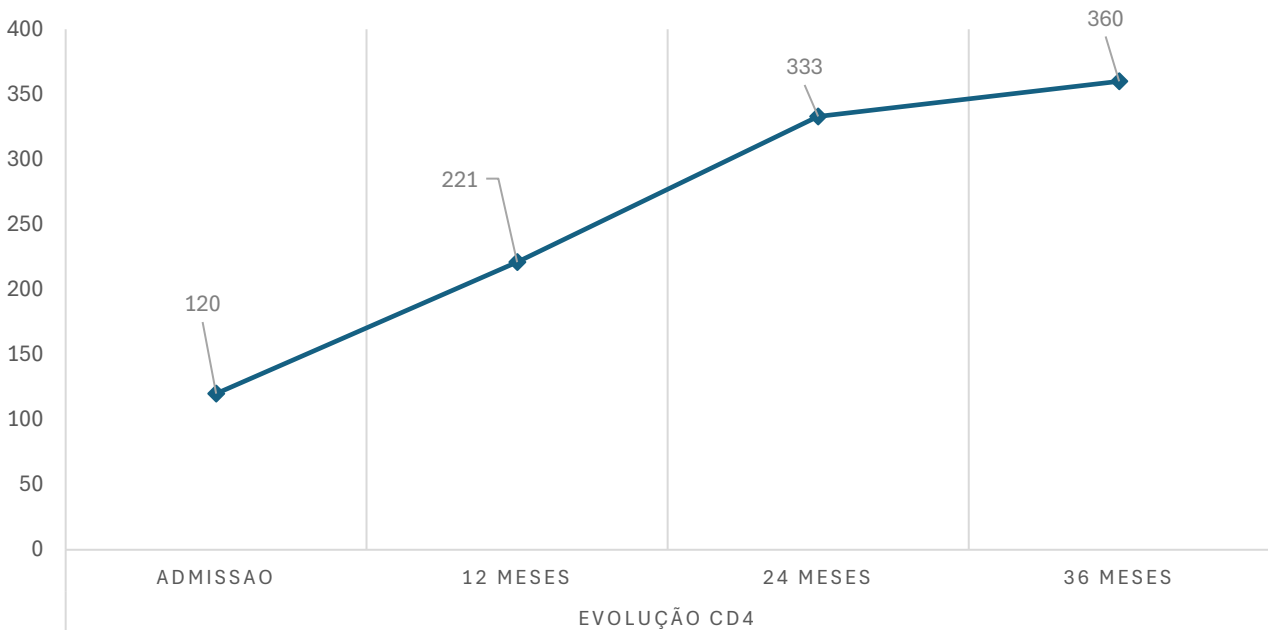
Controlo Carga viral

C. Viral

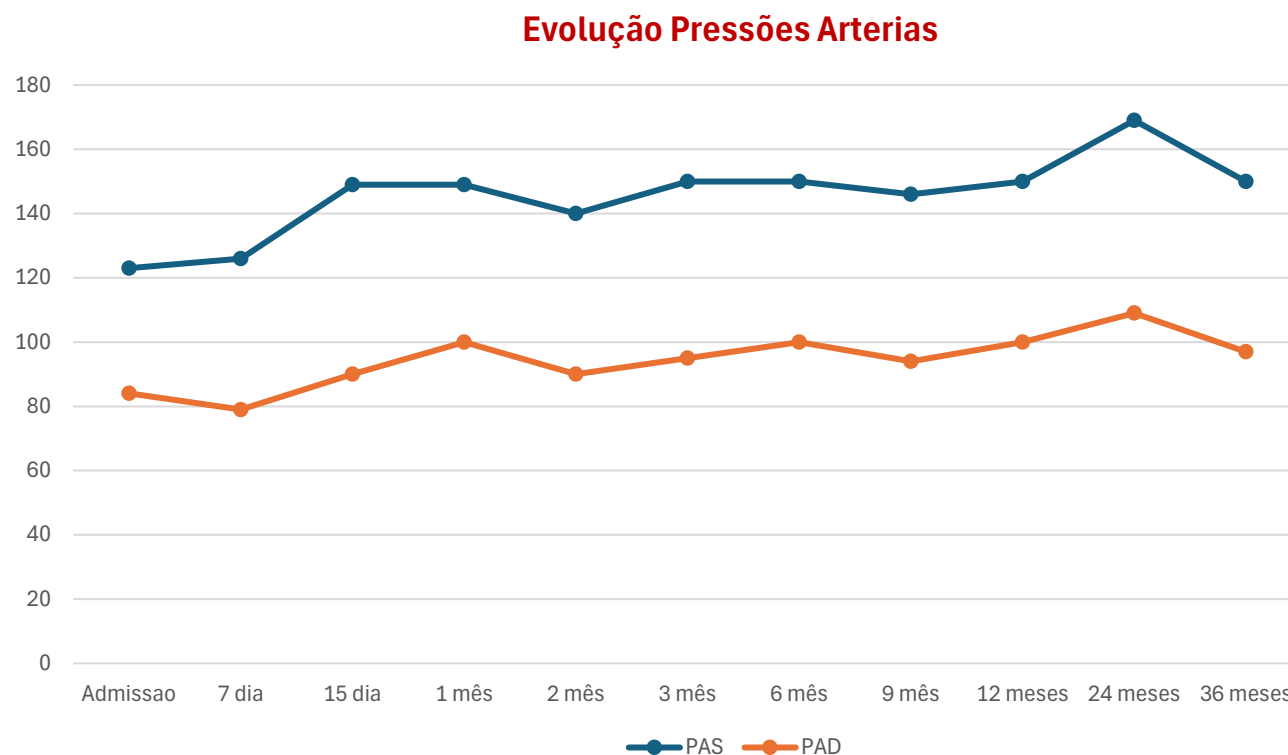


Evolução imunologica

CD4



Medições Pressões Arterias



Manejo da P.Arterial

	1 mês	3 mês	6 mês	9 mês	12 mês	24 meses	36 meses
PA mmHg	149/90	150/90	150/100	146/94	150/100	159/109	150/97
Nota:			Má adesão		Rotura stock		
Conduta	Medidas Não Farmac. (MNF)	Nifedipina 30 mg/dia + MNF	Nifedipina 30 mg/dia + MNF	Nifedipina 30 mg/dia + MNF	Hidroclorti azida 50 mg (1/2 cp/dia + Lisinop 5 mg/dia	Lisinopril 20 mg/dia + Hidroclorti azida 50 mg (1/2 cp/dia)	Amlodipin a 10 mg/dia + Hidroclorti azida 25 mg (1/2cp/dia)

Aspectos Positivos da integração

- No mesmo espaço físico, o paciente recebeu uma abordagem integrada com rastreio de DNT na primeira visita e visitas seguintes, Segundo protocolo Nacional.
- O mesmo Provedor fez a abordagem das patologias que o paciente apresentava.

Aspectos Negativos

1. Nível Organizacional – disponibilidade de recursos (neste caso, farmacológicos -ruptura de stock).
2. Nível do Paciente – desafios na mudança de comportamento (hábitos tabágicos marcados, má adesão ao tratamento Anti-HTA “assintomáticos”) e recursos financeiros para compra de anti-HTA.
3. Comunidade: Crenças “O HIV é estigmatizante” e a HTA “Não”. Incoscientemente, os Pacientes escolhem de que é que querem padecer (de HIV não morro, a Hipertensão pode me levar!)

Muito Obrigada pela atenção

