



FOTO: ERIC BOND/EGPAF, 2017

NEW HORIZONS
ADVANCING PEDIATRIC HIV CARE

Johnson & Johnson



Elizabeth Glaser
Pediatric AIDS
Foundation

Until no
child has
AIDS.

Colaboração New Horizons para o Avanço
do Tratamento no Sector do HIV Pediátrico

Manejo da Falência Terapêutica para crianças e adolescentes

Pacote de Recursos

Índice

Agradecimentos.....	4
Acrónimos e Abreviaturas	5
Vista Geral do Pacote de Recursos	6
Algoritmo para o manejo da Falência Terapêutica em crianças e adolescentes	7
Algoritmo para manejo da Falência Terapêutica.....	10
Exemplo de um Formulário de Revisão Clínica do Tratamento do HIV Pediátrico / Adolescente.....	12
Pequena Lista de Verificação de Avaliação do Aconselhamento e Intervenções sobre a Adesão Pediátrica e Adolescente.....	14
Lista de Verificação das Intervenções sobre a Adesão ...	15
Monitorização da Adesão e das Intervenções de Apoio Psicossocial.....	16

Agradecimentos

O presente documento foi desenvolvido pela Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF), com financiamento de um contrato de consultoria com a Johnson & Johnson, em apoio à Colaboração New Horizons para o Avanço dos Cuidados no Sector do HIV Pediátrico. A Colaboração New Horizons é um esforço multisectorial coordenado que visa melhorar e ampliar os cuidados e tratamento do HIV e SIDA pediátrico e adolescente, através de um aumento da consciência, pesquisa, fortalecimento dos sistemas de saúde e acesso a medicamentos antirretrovirais. Os objectivos principais da colaboração são abordar uma necessidade humanitária imediata de terapêuticas antirretrovirais avançadas (TAR) para o HIV nas crianças e adolescentes e apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde dos programas nacionais de HIV e SIDA.

O desenvolvimento do Pacote de Recursos para a o manejo da Falência Terapêutica em crianças e adolescentes é resultado de uma colaboração entre os seguintes indivíduos:

- Natella Rakhmanina, Médica, PhD, Consultora Técnica Superior, Sede da EGPAF
- Katie Wallner, MSc, Responsável Técnica, Sede da EGPAF
- Mayowa M. Tiam, MBChB, MMed, FCP
- Kelsey Brosnan, Desenhadora Gráfica, Sede da EGPAF
- Godfrey Esiru, Clínico, Responsável Técnico Superior, Sede da EGPAF
- Cosima Lenz, Assistência Técnica e Assistência à Sustentabilidade, Sede da EGPAF

A Elizabeth Glaser Pediatric SIDA Foundation agradece à Johnson & Johnson o seu apoio ao desenvolvimento deste pacote de recursos.

Os autores desejam agradecer a Ts'epang Mohlomi, Dra. Esther Tumbare, Dr. More Maungati, Dra. Mamello Moqhali Sekese, Dra. Tsitsi Vimbayi Chatora, Ishmael Chakafa and Nkalimeng Mokhathi, da EGPAF/ Lesotho, que ajudaram a apoiar a validação deste recurso junto aos profissionais de saúde em estabelecimentos apoiados pela EGPAF no Lesoto. Agradecemos ao Ministério da Saúde do Quênia por ter compartilhado o seu formulário de revisão clínica para oFalência Terapêutica, o qual foi modificado e incluído neste pacote.

Os autores agradecem ainda a Maryanne Ombija, Judith Kose, Rachel Samdahl e Alex Angel, da Sede da EGPAF, a assistência que prestaram à revisão e embalagem deste documento.

Citação Sugerida: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. *Pacote de Recursos para a Gestão do Insucesso do Tratamento de Pacientes Pediátricos e Adolescentes*. Washington, DC: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, 2019.

Acrónimos e Abreviaturas

3TC	Lamivudina
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
APSS	Apoio psicossocial
ARA	Aconselhamento e Reforço para Adesão
ART	Terapia Antirretroviral
ARV	Antirretroviral
CV	Carga viral
DOT	Tratamento sob observação directa
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
FT	Falência Terapêutica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HQ	Sede
IRIS	Síndrome inflamatória de reconstituição imunológica
NNRTI	Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Profilaxia pós-exposição
PI	Inibidores da protease
PMTCT	Prevenção da transmissão mãe-filho do HIV
PrEP	Profilaxia pré-exposição
TB	Tuberculose
US	Unidade sanitária

Visão Geral do Pacote de Recursos

Sobre este Pacote de Recursos

Este pacote de recursos foi desenvolvido em resposta a uma necessidade identificada pelos profissionais de saúde sobre as etapas necessárias para identificar e abordar o a potencia falencia terapeutica nas crianças e adolescentes vivendo com HIV. O seu objectivo é complementar as directrizes nacionais e globais existentes sobre a monitorização da carga viral e o HIV previamente tratado, e servir de referência de acesso fácil nas unidades sanitária.

Finalidade deste Pacote de Recursos

O objectivo deste pacote de recursos é proporcionar uma orientação geral sobre a determinação das abordagens de tratamento de pacientes pediátricos e adolescentes com uma alta carga viral de HIV. Este documento contém ferramentas para os profissionais de saúde utilizarem na prática clínica, para prestarem o apoio necessário às crianças e adolescentes, assegurando a supressão da carga viral ou a mudança para um novo regime de tratamento.

Público-alvo: quem deve utilizar este recurso?

Este kit de ferramentas destina-se a ser utilizado primariamente por profissionais de saúde, conselheiros leigos e equipas multidisciplinares a trabalhar com crianças e adolescentes a vivendo com HIV.

Como utilizar este recurso

O pacote de recursos está dividido em três secções:

1. Algoritmo de manejo da Falência Terapêutica
2. Formulário de revisão clínica da Falência Terapêutica
3. Lista de verificação da avaliação e intervenções de aconselhamento

Algoritmo para Manejo da Falência Terapêutica em crianças e adolescentes

Introdução

As Directrizes Consolidadas sobre a Utilização de Medicamentos Antirretrovirais para o Tratamento e Prevenção do HIV, publicadas em 2016 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendaram o início universal da terapia antirretroviral (TARV) e a monitorização habitual da carga viral (CV) em todas as pessoas vivendo com HIV. À medida que a cobertura do tratamento aumenta, o número de pessoas que apresentam uma Falência Terapêutica também aumenta. A Colaboração New Horizons desenvolveu esta ferramenta Manejo da Falência Terapêutica para ajudar os profissionais de saúde em ambientes com recursos limitados a identificar e apoiar os pacientes pediátricos e adolescentes que apresentam uma Falência Terapêutica (FT).

A ferramenta é um algoritmo de duas páginas que orienta os profissionais de saúde pelas etapas necessárias para avaliar sistematicamente os pacientes em TARV que não tenham a supressão viral (ou seja, que tenham CV >1000 cópias). A ferramenta abrange as avaliações clínica, de laboratório e apoio psicossocial, e as acções necessárias para responder às necessidades dos pacientes.

Página inicial: pasos para avaliar (caixas azuis) e manejar (caixas amarelas) os pacientes com cargas virais não suprimidas, incluindo as acções necessárias. Os componentes principais incluem:

- Avaliar um historial clínico completo: história da doença de HIV, história de utilização da TARV, comorbidades e adesão ao tratamento.
- Avaliação de laboratório: linha de base e repetição da CV e indicações para o teste de resistência.
- Avaliação psicossocial e Reforço para Adesão: avaliar e abordar as barreiras à adesão e apoiar o bem-estar psicossocial do paciente.

Verso: pequenos resumos de falencia terapeutica, imunologica e clinica.

Grupo-alvo: clínicos, directores clínicos, enfermeiros, gestores de casos, conselheiros e outros assistentes de tratamento

Avaliação Falência Terapêutica

Segue-se um perfil detalhado de explicação das etapas do algoritmo para avaliar a Falência Terapêutica.

Rever o Historial da TARV:

- É essencial ter conhecimento dos regimes de TARV anteriores. Ao avaliar os pacientes com uma CV não suprimida, o clínico deve rever todos os regimes de TARV anteriores que o paciente tenha tomado. Esse historial pode conter informações sobre potenciais resistências anteriores a medicamentos para o HIV, intolerância a medicamentos e toxicidades associadas a medicamentos.
- Por exemplo, o HIV de um paciente que tenha tomado lamivudina (3TC) no passado pode ter desenvolvido as mutações M184V ou M184I HIV, que estão associadas à resistência à lamivudina e à emtricitabina (FTC).

- é importante determinar se houve, no passado, interrupções ou substituições de tratamentos causadas por roturas de stock ou outras eventualidades.

Avaliar a presença de comorbidades e subnutrição:

- Todos os pacientes com CVs não suprimidas devem ser avaliados para determinar quaisquer ocorrências de comorbidades significativas (incluindo a subnutrição) e infecções oportunistas.
- As infecções e outras doenças importantes não tratadas, bem como a subnutrição, podem afectar negativamente a adesão dos pacientes, diminuir a contagem de células CD4 e enfraquecer o controlo do HIV com a TARV.
- Se um paciente estiver em risco de sofrer comorbidades e/ou subnutrição, deve receber tratamento profilático.

Avaliar os efeitos secundários da TARV:

- O clínico deve ter tomado conhecimento de todos os efeitos secundários passados e recentes da TARV que o paciente tenha tido, já que os mesmos podem afectar a adesão passada, presente e futura ao tratamento.
- Para avaliação e gestão de efeitos secundários específicos de medicamentos ARV, consultar as directrizes nacionais e da OMS, bem como os folhetos incluídos com os medicamentos.

Identificar interacções medicamentosas:

- As interacções medicamentosas desempenham um papel importante na tolerância do paciente à TARV e podem afectar a adesão. Se as interacções medicamentosas não forem consideradas, através de ajustes das doses dos medicamentos ou do regime de TARV, quando indicado, pode-se verificar, como resultado, o desenvolvimento da toxicidade associada aos medicamentos e/ou da resistência aos medicamentos para o HIV, resultando na Falência Terapêutica.
- Por exemplo, rifampicina (utilizada para tratar a tuberculose [TB]) pode fazer diminuir as concentrações de inibidores não nucleósidos da transcriptase inversa (NNRTIs) e de inibidores da protease (IP) no corpo. Quando se receita um tratamento para a TB a um paciente, é necessário ajustar a sua dose de ARVs ou alterar o regime da TARV.
- Outros exemplos de medicamentos frequentemente utilizados que podem causar interacções medicamentosas incluem antifúngicos (Cetoconazol) e antimaláricos derivados de artemisina, e estatinas.

Confirmar que se receitou um TARV ao paciente e que ele tem acesso contínuo à mesma:

- Prescrever TARV não significa que o paciente esteja efectivamente a tomar os ARVs. Para confirmar que o paciente está a tomar os ARVs, o clínico deve:
- Verificar a data do último levantamento de ARVs, com base nos registos farmacêuticos ou, no caso dos pacientes que se reabastecem na comunidade, em registos portáteis de recolha dos ARVs.

- Fazer perguntas sobre os nomes, a cor, o formato e o número de comprimidos de ARVs que o paciente tomou. No caso de crianças mais novas, perguntar ao cuidador. No caso de crianças mais velhas (normalmente a partir dos 10 anos de idade), convém perguntar directamente ao paciente e depois confirmar com o cuidador.

Avaliar a adesão

- A falta de adesão é a causa mais comum de Falência Terapêutica das pessoas a viver com HIV.
- As causas como o sabor desagradável dos líquidos ou o tamanho grande dos comprimidos, a dificuldade em engolir, a falta de alimentos, dificuldades de dosagem por parte do cuidador e a não revelação do estado de HIV ao paciente podem contribuir para a falta de adesão. Certos eventos diários simples, como o horário escolar e os horários de trabalho, podem também dificultar consideravelmente o consumo dos medicamentos.

O clínico deve reservar algum tempo para entrevistar o paciente e o seu cuidador, caso aplicável, para determinar o seguinte:

- Quem vai buscar os medicamentos? (p. ex. a mãe/pai/outro cuidador, um colega ou um vizinho)
 - ✓ Registrar as horas e a frequência (apenas de manhã, de manhã e à noite ou apenas à noite).
- Que medicamentos está o paciente a tomar?
 - ✓ Pedir para lhe darem uma descrição dos comprimidos.
 - ✓ Pedir para ver os comprimidos (se estiverem disponíveis).
 - ✓ Comparar as doses dos ARVs tomados com as doses receitadas.
 - ✓ Falar abertamente com o paciente e o seu cuidador sobre os desafios de tomar o medicamento (p. ex., guardar os medicamentos em casa ou na escola, o seu sabor, o tamanho do comprimido, dificuldade em engolir, sentir-se mal disposto depois de tomar o medicamento, ter alimentos para tomar com o medicamento, etc.).
- Onde são guardados os medicamentos?
 - ✓ Onde é que o paciente vai buscar os medicamentos? (p. ex. a unidade sanitária, a um grupo de apoio comunitário, etc.)
 - ✓ Registrar se os medicamentos são guardados no frigorífico, num armário ou em qualquer outro lugar.
- Onde é que o paciente toma os medicamentos? (p. ex. em casa, na escola ou na clínica).
- Manter uma atitude aberta e tolerante durante a entrevista sobre a adesão. Não fazer com que o paciente ou cuidador se sinta culpado. Dar exemplos de problemas potenciais de adesão, como “há pessoas que têm dificuldade em engolir os comprimidos por causa do seu tamanho”. O objectivo da entrevista é identificar barreiras à adesão e ajudar o paciente e/ou cuidador a confiar no profissional, mantendo o diálogo e abordando assim os desafios.

Avaliar as necessidades de apoio psicossocial

A rede de apoio ao paciente e o seu ambiente doméstico contribuem consideravelmente para a sua adesão. As perguntas abaixo são exemplos de tópicos úteis de discussão para avaliação das necessidades de apoio psicossocial do paciente:

- O paciente tem uma vivenda adequada? Faltam-lhe alimentos? Tem problemas de segurança em casa ou na comunidade?
- O paciente vive com o pai e a mãe? Vive com outro cuidador/a (p. ex. um avô, um tio/tia, etc.)? Se a criança for mais velha ou adolescente, vive num estabelecimento de ensino ou com um parceiro/a?
- Há mais algum membro da família a vivendo com HIV? Se algum membro da família for seropositivo, está a fazer TARV?
- O paciente revelou o seu estado a outros, ou alguém lho revelou a ele?
- O paciente - ou outra pessoa no seu ambiente de vida - abusa de substâncias?
- O paciente/cuidador tem acesso a alimentos?
- O paciente (se for um adolescente) e/ou os seus cuidadores têm emprego?
- O paciente participa em grupos de apoio?
- O paciente tem algum problema de comportamento na escola ou no trabalho? Algum problema de comportamento em casa?
- A saúde mental do paciente/cuidador foi avaliada? Tem algum problema?
- Existe algum historial de abuso físico ou mental passado, ou presente, do paciente ou na família?
- O paciente enfrenta alguma barreira estrutural à resistência, incluindo o pagamento de taxas no hospital, despesas de transporte, distância da unidade sanitária, tempo de espera na unidade sanitária (US), horário da US, atitudes do pessoal da clínica, falta de medicamentos, estigma e discriminação e crenças religiosas ou culturais sobre o HIV e a TARV?

Proporcionar aconselhamento sobre a adesão e apoio psicossocial

Seguem-se alguns exemplos de medidas activas que podem servir de orientação geral e devem ser adaptadas ao contexto local.

- Ajustar as doses e horário da TARV quando indicado.
- Se possível, simplificar o regime da TARV.
- Quando indicado, tratar as comorbidades e dar apoio alimentar.
- Quando indicado, consultar serviços de apoio social e nutricional.

- Designar uma pessoa (ou equipa) para proporcionar um reforço do aconselhamento sobre a adesão.
- Estabelecer um horário de rotina e lembretes para o paciente tomar os medicamentos.
- Proporcionar ao paciente/cuidador um calendário de comprimidos e uma caixa de comprimidos, caso estejam disponíveis.
- Encorajar um sistema de prémios para as crianças e adolescentes que aderem bem ao tratamento.
 - ✓ Avaliar se o paciente precisa de ter tratamento sob observação directa (DOT), em casa ou na comunidade. No tratamento sob observação directa, o profissional de saúde/cuidador profissional /assistente de tratamento administra directamente os medicamentos ao paciente ao mesmo tempo que o observa e documenta a ingestão de medicamentos. Determinar quem vai proporcionar o DOT. A selecção da pessoa deve ser feita em estreita colaboração com o paciente e o seu cuidador ou pessoa de apoio. A pessoa que proporcionar o DOT deve ter formação sobre a administração de medicamentos e o registo das doses ingeridas.
 - ✓ Se necessário, encaminhar o paciente para um profissional de saúde mental ou reabilitação por abuso de substâncias.
- Aconselhar o paciente sobre a revelação do seu estado de HIV e proporcionar apoio à revelação.
- Proporcionar acções adicionais para abordar obstáculos estruturais à adesão, bem como serviços de aconselhamento e apoio para abordar o estigma / discriminação / saúde mental / sistemas de crenças adversos.

Monitorizar o ARA (aconselhamento e Reforço para Adesão) e a resposta de apoio psicossocial

- O ARA deve ser desenvolvido, efectuado e monitorizado por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo clínicos, enfermeiros, gestores de casos, pessoal de apoio ao tratamento, à saúde mental e órfãos e crianças vulneráveis.
- O paciente inscrito no ARA deve ser avaliado frequentemente, a intervalos de um a três meses, e o feedback sobre as intervenções do ARA deve ser discutido nas reuniões da equipa multidisciplinar.

Segue-se uma lista de medidas com resultados potenciais:

- Número de ARA/sessões de avaliação levadas a cabo nos últimos três a seis meses.
- Número de visitas ao domicílio realizadas nos últimos três a seis meses, e resultados das mesmas.
- Estruturas de apoio (p. ex., companheiros de tratamento, participação num grupo de apoio e cuidadores) activadas para este paciente.
- Duração do DOT nos últimos três a seis meses.
- Concretização dos encaminhamentos activados.

Repetir a monitorização da carga viral

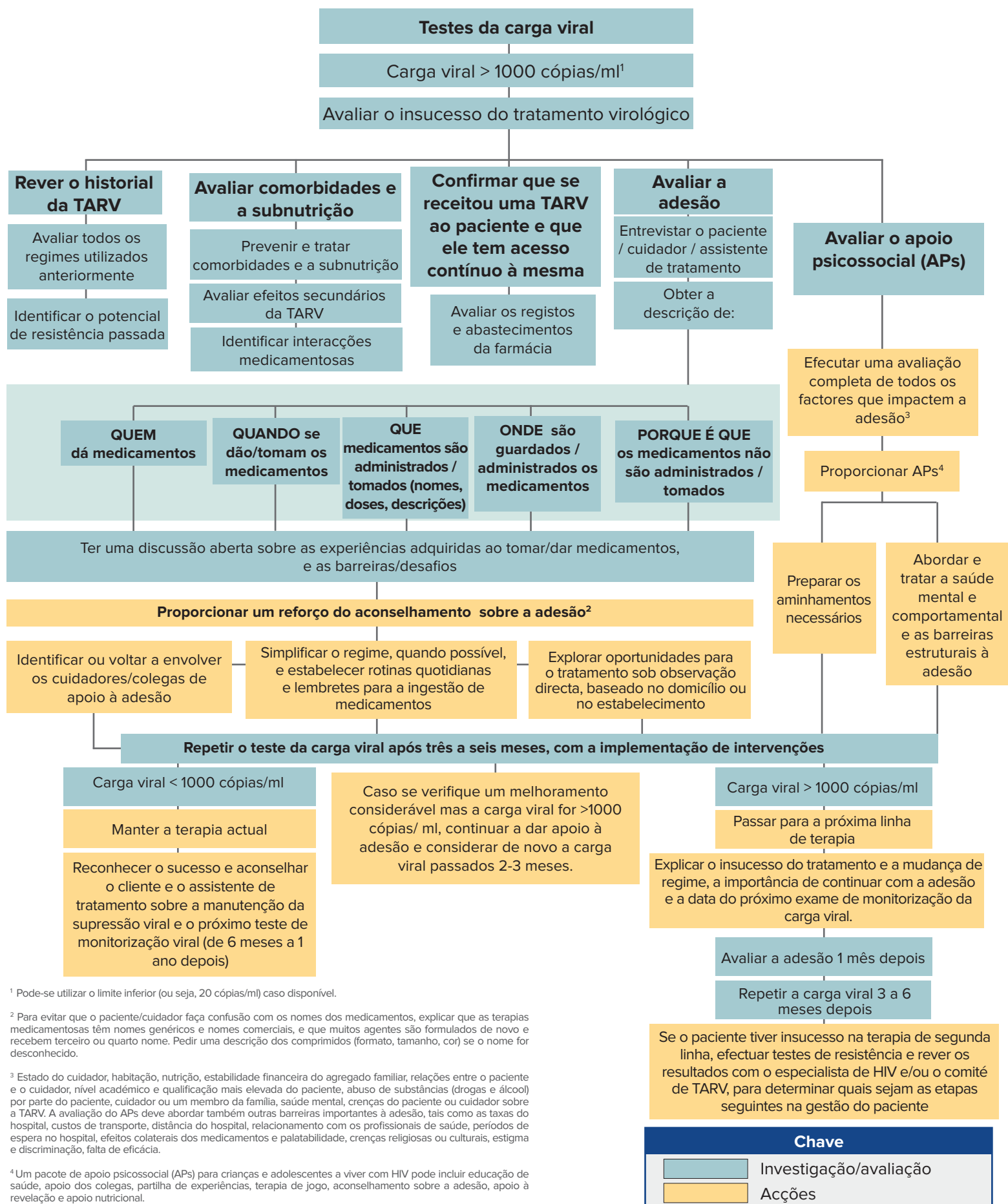
Uma vez que o reforço do aconselhamento sobre a adesão (EAC) e o apoio adicional descrito tenham sido proporcionados ao paciente durante 12 a 16 semanas, é necessário repetir a avaliação da CV do paciente, para verificar se se conseguiu suprimir a CV. Os resultados da repetição do teste da CV determinarão quais serão as próximas medidas de gestão do tratamento do paciente.

Seguem-se alguns resultados potenciais medidos:

- Para repetição dos resultados da CV <1000 cópias/ml:
 - ✓ O paciente deve continuar com a TARV actual.
 - ✓ Continuar a proporcionar o aconselhamento sobre a adesão em cada visita.
 - ✓ Continuar o tratamento sob observação directa (DOT) quando indicado.
 - ✓ Reconhecer o sucesso do paciente e aconselhá-lo, bem como ao assistente de apoio ao tratamento sobre a supressão viral e sobre o próximo exame de monitorização viral (dentro de 6 a 12 meses).

Caso se verifique uma melhoria considerável mas a carga viral for >1000 cópias/ ml, continuar a dar apoio à adesão e analisar de novo a carga viral passados 2-3 meses.

- Em resultados repetidos de CV de >1000 cópias:
 - ✓ Planear, com o paciente e o cuidador, visitas adicionais à US, para continuar a efectuar uma monitorização atenta e o ARA (Aconselhamento e Reforço para Adesão).
 - ✓ Preparar o paciente para uma mudança do regime de TARV. Explicar-lhe Falência Terapêutica e a mudança de regime, a importância de continuar com a adesão e a data do próximo exame de monitorização da carga viral. Aumentar a instrução sobre o tratamento, em relação ao novo regime, e incluir amostras de ARVs de segunda e terceira linha, se for indicado.
 - ✓ Continuar a efectuar a implementação das actividades do reforço ARA. Efectuar uma avaliação adicional das barreiras à adesão e intervenções para superar essas barreiras.
 - ✓ Nos pacientes com Falência Terapêutica a segunda linha de TARV, proporcionar testes de resistência aos medicamentos. Certificar-se de que o paciente está a tomar os medicamentos quando efectuar o teste de resistência (p. ex., não mandar fazer o teste de resistência se o paciente não tiver tomado medicamentos há mais de uma semana).
 - ✓ Uma vez que os testes de resistência estejam disponíveis, consultar especialistas sobre a composição de um regime de TARV de segunda ou terceira linha, conforme aplicável e de acordo com as directrizes nacionais. Estão disponíveis em muitos países, a nível regional ou nacional, comités nacionais de TARVs avançadas ou de terceira linha.
 - ✓ Avaliar a CV seis meses depois do início da TARV de segunda ou terceira linha.



¹ Pode-se utilizar o limite inferior (ou seja, 20 cópias/ml) caso disponível.

² Para evitar que o paciente/cuidador faça confusão com os nomes dos medicamentos, explicar que as terapias medicamentosas têm nomes genéricos e nomes comerciais, e que muitos agentes são formulados de novo e recebem terceiro ou quarto nome. Pedir uma descrição dos comprimidos (formato, tamanho, cor) se o nome for desconhecido.

³ Estado do cuidador, habitação, nutrição, estabilidade financeira do agregado familiar, relações entre o paciente e o cuidador, nível académico e qualificação mais elevada do paciente, abuso de substâncias (drogas e álcool) por parte do paciente, cuidador ou um membro da família, saúde mental, crenças do paciente ou cuidador sobre a TARV. A avaliação do APs deve abordar também outras barreiras importantes à adesão, tais como as taxas do hospital, custos de transporte, distância do hospital, relacionamento com os profissionais de saúde, períodos de espera no hospital, efeitos colaterais dos medicamentos e palatabilidade, crenças religiosas ou culturais, estigma e discriminação, falta de eficácia.

⁴ Um pacote de apoio psicossocial (APs) para crianças e adolescentes a viver com HIV pode incluir educação de saúde, apoio dos colegas, partilha de experiências, terapia de jogo, aconselhamento sobre a adesão, apoio à revelação e apoio nutricional.



A OMS recomenda a realização da monitorização de rotina da carga viral aos seis meses e depois de 12 meses, e a partir daí a intervalos de 12 meses, caso o paciente esteja estável a fazer a TARV. O método indicado para determinar a Falência Terapêutica é o teste da carga viral.

Falencia virológica	
Definição	Comentários
Cargas virais de mais de 1000 cópias/ml, baseadas em duas medições consecutivas da carga viral em três meses, com aconselhamento sobre o reforço da adesão a seguir ao primeiro teste da carga viral	A pessoa deve fazer o TARV durante pelo menos seis meses antes de se poder estabelecer a Falência Terapêutica.

Os critérios clínicos e imunológicos actuais da OMS têm um baixo valor predictivo positivo e pouca sensibilidade para identificar indivíduos com falência virológica. Actualmente não existe uma definição alternativa proposta sobre a Falência Terapêutica, e nenhuma definição alternativa validada sobre a Falência imunológica.

a Falência Imunológica	
Definição	
Crianças Menos de cinco anos de idade Níveis persistentes de CD4 abaixo de 200 células/mm ³ Mais de cinco anos de idade Níveis persistentes de CD4 abaixo de 100 células/mm ³	Adolescentes e adultos Contagem de CD4 igual a ou abaixo de 250 células/mm ³ a seguir ao insucesso clínico ou Níveis persistentes de CD4 abaixo de 100 células/mm ³
Comentários	
Sem uma infecção concomitante ou recente que cause um declínio transitório na contagem de células CD4.	

Falência clínica	
Definição	
Crianças Evento clínico novo ou recorrente que indique imunodeficiência avançada ou grave (estadio III ou IV da OMS, com excepção da TB) após seis meses de tratamento eficaz	Adolescentes e adultos Evento clínico novo ou recorrente que indique imunodeficiência grave (doença em estadio IV OMS) após seis meses de tratamento eficaz
Comentários	
A condição deve ser diferenciada o síndrome inflamatória de reconstituição imunológica (SIRI), que ocorre depois de se iniciar o TARV. Nos adultos, certas condições clínicas da fase três da OMS (tuberculose pulmonar e infecções bacterianas graves) também podem indicar o insucesso do tratamento. A SIRI é um agravamento das condições infecciosas preexistentes após o início da TARV em pacientes seropositivos, devido a perturbações inflamatórias.	

O APSS das crianças vivendo com HIV atende às suas necessidades emocionais, espirituais, cognitivas, sociais e físicas. O objectivo é melhorar o bem-estar social dos pacientes. O APSS pode ser oferecido a nível da US ou da comunidade. Na US o APSS pode ser oferecido, por um conselheiro, assistente social, psicólogo ou enfermeiro, com a devida formação. Um pacote de APSS para crianças e adolescentes vivendo com HIV pode incluir educação sobre a saúde, apoio de pares, a partilha de experiências, terapia de jogos, aconselhamento sobre a adesão, apoio à revelação e suplemento nutricional.

Referências

Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Children Living with HIV. (Painel sobre a Terapia Antirretroviral e a Gestão Clínica das Crianças a Viver com HIV) *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. (Directrizes para a Utilização de Agentes Antirretrovirais nas Infecções de HIV Pediátrico)*. Disponível em <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/>

pediatricguidelines.pdf /pubmed/29085436" Interventions to improve psychosocial well-being for children affected by HIV and AIDS: a systematic review. (Intervenções para melhorar o bem-estar psicossocial das crianças afectadas pelo HIV e SIDA: uma revisão sistemática). Skeen S, Sherr L, Tomlinson M, Croome N, Ghandi N, Roberts JK, Macedo A. *Vulnerable Child Youth Stud.* 2017;12(2):91-116. PMID: 29085436

Psychosocial Support for Youth Living With HIV (Apoio Psicossocial para os Jovens a Viver com HIV) Jaime Martinez, Rana Chakraborty, the COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS. HYPERLINK "Pediatrics. 2014 Mar;133(3):558-62. PMID: 24567016

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2013. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach.* (Directrizes consolidadas sobre a utilização de medicamentos antirretrovirais para o tratamento e prevenção da infecção de HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública). Genebra, Suíça: OMS.

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2016. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach.* (Directrizes consolidadas sobre a utilização de medicamentos antirretrovirais para o tratamento e prevenção da infecção de HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública.) Segunda Edição. Genebra, Suíça: OMS.

Organização Mundial da Saúde (OMS). 2017. *What's new in treatment monitoring: Viral load and CD4 testing.* (Novidades na monitorização do tratamento: testes da carga viral e CD4). Genebra, Suíça: OMS.

Nome do Paciente													
Nome do Profissional													
Nome da US		Código da US											
Nível da US e informações de contacto	Tel.:	Cuidados de saúde primários	Hospital – Nível 2	Hospital – Nível 3									
NID do paciente em TARV (não inserir o nome)		Data da Revisão											
Dados do Paciente	Data de Nascimento: _____ Data de Registo: _____ Género: M/F Peso Recente: _____ Kg/Data _____ Altura recente (cm) _____/Data _____												
REVISÃO CLÍNICA													
Carga Viral > 1000cópias/ml <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Mais recente CV: _____ cópias/ml Data de colheita amostra _____ Data de recepção _____													
Avaliação Clínica e Historial da TARV: Documentar resumidamente o historial importante, excluindo a informação contida no quadro abaixo (conclusões físicas importantes, história de diagnóstico de TB ou infeções oportunistas [IOs]. Incluir a data, diagnóstico e tratamento.													
Conclusões clínicas: _____ _____ _____													
Historial da TB <input type="checkbox"/> ACTUAL <input type="checkbox"/> PASSADA <input type="checkbox"/> NEGATIVO Hepatite B <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TB e historial de IOs: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, incluir datas, diagnóstico e tratamento _____ _____													
Algum efeito secundário da TARV (actual e passada)? Se sim, especificar abaixo. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Regime de TARV:</td> <td style="width: 33%;">Efeito secundário:</td> <td style="width: 33%;">Acção:</td> </tr> <tr> <td>Regime de TARV:</td> <td>Efeito secundário:</td> <td>Acção:</td> </tr> <tr> <td>Regime de TARV:</td> <td>Efeito secundário:</td> <td>Acção:</td> </tr> </table>					Regime de TARV:	Efeito secundário:	Acção:	Regime de TARV:	Efeito secundário:	Acção:	Regime de TARV:	Efeito secundário:	Acção:
Regime de TARV:	Efeito secundário:	Acção:											
Regime de TARV:	Efeito secundário:	Acção:											
Regime de TARV:	Efeito secundário:	Acção:											
Alguma exposição à PTV/PPE/PrEP (actual ou passada)? Se sim, especificar abaixo. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data: _____ Regime profilático: _____ Data: _____ Regime profilático: _____													
Enumerar a seguir a história de todos os regimes de TARV que o paciente já tomou.													
Regime	Data de Início	Data Final	Regime de TARV (enumerar todas as TARVs)	Comentário									
1.ª linha:													
2.ª linha:													
Profilaxia de Cotrimoxazol com outros medicamentos													
3.ª linha:													
Comentar sobre quaisquer interrupções de tratamentos anteriores, caso tenham ocorrido. _____ _____													
TARV actual: O paciente toma a seu TARV? <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se sabe ao certo Já verificou os levantamentos na farmácia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Já contou/o seu pessoal contou os comprimidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem administra os medicamentos ao paciente? <input type="checkbox"/> O paciente autoadministra os medicamentos <input type="checkbox"/> Tratamento sob observação directa Se o tratamento for observado directamente, identificar o cuidador que o administra: <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Avô Outro (especificar) _____													

Onde é que o paciente/cuidador faz o levantamento dos medicamentos? ☐ Na US ☐ Farmácia da comunidade

☐ Grupo de apoio comunitário Outro (especificar) _____

Onde são armazenados os medicamentos em casa? _____

Onde é que o paciente toma os seus medicamentos? ☐ Em casa ☐ Na escola ☐ No orfanato

☐ Na clínica de reabilitação Noutro lugar (especificar) _____

Quando toma os medicamentos? ☐ De manhã ☐ À noite ☐ De manhã e à noite

Toma algum medicamento com alimentos? ☐ Sim (especificar) _____ ☐ Não (especificar) _____

O paciente utiliza um calendário de comprimidos? ☐ Sim _____ ☐ Não

O paciente utiliza uma caixa de comprimidos? ☐ Sim (descrever o tipo de caixa) _____ ☐ Não

O paciente/cuidador utiliza lembretes para tomar os medicamentos? ☐ Sim (descrever o tipo de lembrete) _____ ☐ Não

Perguntar ao paciente e/ou ao cuidador se tem alguma preocupação sobre a adesão. Identificou alguma barreira (p. ex. esquecimento, sabor, etc.)?

Barreiras à adesão comunicadas pelo paciente	Barreiras à adesão comunicadas pelo cuidador

O paciente e/ou o cuidador está registado em algum grupo de apoio?

Paciente ☐ Sim (descrever o tipo de grupo) _____ ☐ Não

Cuidador ☐ Sim (descrever o tipo de grupo) _____ ☐ Não

O paciente falta às consultas na US? ☐ Sim (especificar) _____ ☐ Não

Avaliação psicossocial resumida:

Principais cuidadores: (especificar os nomes e a relação) _____

Os pais estão vivos? (especificar os nomes e a relação) _____

Vive em casa? (se não viver, especificar) _____

Frequenta a escola? (se sim, especificar a classe) _____

Tem amigos? Tem um/a parceiro/a? (se sim, especificar) _____

É sexualmente activo/a? (se sim, especificar) _____

Mulheres: está ou esteve grávida? Tem algum filho? (se sim, especificar) _____

Consome drogas/fuma/bebe álcool? (se sim, especificar) _____

O paciente e/ou o cuidador revelou o seu estado de HIV?

Paciente ☐ Sim (especificar o nível de revelação e a data) _____

☐ Não (especificar os planos de revelação) _____

Cuidador ☐ Sim (particularmente importante para os adolescentes) _____

☐ Não (especificar os planos de revelação) _____

Resultados de laboratório

Data em que se obteve o teste	CD4	Carga viral	Data em que se obteve o teste	Outras conclusões importantes

Este paciente já fez alguma análise de resistência a medicamentos? ☐ Sim ☐ Não

Sem sim, indicar a data em que fez a análise e afixar os resultados detalhados.

Descrever abaixo as conclusões principais dos resultados.

Avaliação do estado nutricional¹

Índice de Massa Corporal (IMC) do paciente (Kg/m²): ☐ Peso abaixo do normal (<18,5) ☐ Normal (18,5-24,9)

☐ Peso acima do normal (25-29,9) ☐ Obeso (>30)

O paciente está subnutrido? ☐ Malnutricao grave (<-3SD) ☐ Malnutricao moderada (<-2SD) ☐ Normal

1 Estes cortes definem o IMC para adultos, para adolescentes, empregar IMC/idade e para crianças < 5 anos de idade, aplicar a fórmula valor z peso/altura ou a circunferência da parte superior do braço.

AVALIAÇÃO DO ACONSELHAMENTO SOBRE A ADESÃO PEDIÁTRICA E ADOLESCENTE E LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A fraca adesão é uma causa potencial importante da Falência Terapêutica. A adesão do paciente deve ser abordada regularmente, de preferência **em todos os encontros**. É essencial apoiar a adesão do paciente aos medicamentos antirretrovirais (ARVs) desde o início dos cuidados e tratamento do HIV. A avaliação da adesão e a lista de verificação abaixo servem para apoiar os profissionais de saúde quando efectuam a avaliação sistemática da adesão e o desenvolvimento de intervenções de apoio à adesão.

PEQUENA AVALIAÇÃO DA ADESÃO

Com base na sua avaliação, classifique a adesão do paciente, utilizando para tal o cartão codificado por cores ou o cartão de pontuação abaixo. Avaliar a possibilidade de atribuir o código de cores ao gráfico do paciente em cada visita. Em caso de discrepância entre as pontuações, é necessário considerar a contagem de comprimidos, para atribuição da pontuação codificada por cores. A lista de verificação para intervenções de aconselhamento sobre a adesão deve ser preenchida para todos os pacientes, quer a sua pontuação seja ou não reduzida em termos da adesão declarada e da contagem de comprimidos.

Estruturas de apoio à adesão que já devem estar em posição para o paciente:

- ✓ Apoio ao cuidador
- ✓ Aconselhamento sobre a adesão aos cuidados
- ✓ Grupo de apoio
- ✓ Outros apoios

Quando o paciente traz o frasco de comprimidos o medicamento, é possível efectuar uma contagem dos comprimidos.

- ✓ Contagem de comprimidos Se faltarem 0%-20% pode não ser necessário efectuar o reforço do aconselhamento sobre a adesão.
- ✓ Contagem de comprimidos >20% é provavelmente necessário efectuar o reforço do aconselhamento sobre a adesão.

As pontuações 1 e 2 requerem a implementação de intervenções de reforço da adesão.

Pontuação	1	2	3
Código de cores			
Adesão autodeclarada	O paciente esquece-se de >50% das doses	O paciente esquece-se de 20-50% das doses	O paciente esquece-se de <20% das doses

✓ Efectuar uma revisão do caso com uma equipa multidisciplinar, na US.

✓ Discutir com o paciente e o cuidador os objectivos das intervenções sobre a adesão.

✓ Sempre que possível e viável, o educador de par, mae mentora etc e outro pessoal de apoio deve fazer visitas ao domicílio, para determinar quais são os factores domésticos que contribuem para uma fraca adesão. Durante a visita, avaliar a armazenagem de ARVs e a segurança alimentar em casa.

✓ Rever as conclusões da visita ao domicílio com a equipa multidisciplinar, para determinar a(s) intervenção /intervenções apropriada(s).

✓ Rever o regime para reduzir a dosage (uma vez que o regime diário seja preferível, particularmente para as crianças mais velhas e adolescentes). Se o paciente estiver a tomar outros medicamentos, considerar a hora em que se administra cada medicamento.

✓ Apoiar a revelação (para crianças, com base na sua idade, e a revelação a colegas/parceiros, para adolescentes e adultos).

✓ Consultar os serviços de apoio psicossocial e apoio de pares quando aplicável.

✓ Consultar os serviços de saúde mental quando aplicável.

✓ Considerar o tratamento do abuso de substâncias quando aplicável.

✓ Proporcionar apoio nutricional, incluindo pacotes de alimentos, quando aplicável. A equipa multidisciplinar do estabelecimento deve analisar os resultados das visitas ao domicílio e inscrever pacientes elegíveis no programa nutricional.

✓ Discutir a opção do tratamento sob observação directa (DOT).

- Caso se decida prosseguir com o DOT, decidir quem vai prestar assistência e monitorizar o processo.
- O paciente e/ou o cuidador devem concordar, quando aplicável, com o DOT antes de se iniciar o mesmo.
- É necessário pôr em posição um plano e um calendário claros, para determinar quem, quando, onde e como o DOT será realizado.
- A duração do DOT precisa de ser determinada antecipadamente, com um período de transição claro para quando o paciente puder pôr fim ao DOT.
- Apoiar e tomar as medidas necessárias para o DOT, caso seja efectuado fora de casa (por exemplo, na escola).

✓ Fornecer e rever a utilização do calendário de comprimidos, verificar as datas dos abastecimentos mais recentes e efectuar a contagem de comprimidos em cada consulta, se possível.

✓ Acompanhar de perto os levantamentos e consultas omitidos, e colocar o gestor do caso / trabalhador comunitário à cabeça do caso, se possível.

✓ Planear, com o paciente e o cuidador, a melhor maneira de motivar a criança ou adolescente, e considerar dar apoio a um sistema de recompensa.

✓ Proporcionar conselhos sobre nomes e efeitos secundários dos medicamentos, e fornecer dicas para a sua ingestão.

A informação deve ser monitorizada quando se efectuarem três sessões de aconselhamento sobre o melhoramento da adesão e outras intervenções de apoio psicossocial entre o primeiro e o terceiro mês e entre o quarto e o sexto mês, a seguir a uma carga viral de >1000 cópias/ml.

✓ **Datas e resultados dos testes de carga viral originais e repetidos**

✓ **Número de levantamentos mensais omitidos**

✓ **Número de sessões de aconselhamento/avaliação da adesão**

✓ **Indivíduos que participaram em sessões de aconselhamento/avaliação sobre o reforço da adesão (paciente, pais, cuidadores, assistentes de tratamento, etc.)**

✓ **Número de visitas ao domicílio efectuadas**

✓ **Principais conclusões das visitas ao domicílio**

✓ **Estabelecimento de estruturas de apoio (p. ex. companheiro de tratamento, participação em grupos de apoio, cuidadores, etc.)**

✓ **Caso se tenha levado a cabo o DOT, a duração do DOT (um mês, um a três meses ou três a seis meses)**

Baseando-se nesta informação, desenvolver um plano adicional para avaliação do TARV, baseado nos resultados da carga viral.

ELIZABETH GLASER PEDIATRIC AIDS FOUNDATION (EGPAF)

1140 Connecticut Avenue NW, Suite 200
Washington, DC 20036

Tel +1 202 296 9165
Fax +1 202 296 9185

WWW.PEDAIDS.ORG
