REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

GUIA DE TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL E INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO ADULTO, ADOLESCENTE, GRÁVIDA E CRIANÇA

2014

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

GUIA DE TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL E INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO ADULTO, ADOLESCENTE, GRÁVIDA E CRIANÇA

2014

Ficha Técnica

TÍTULO: Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Criança, Adolescente e Grávida, 2013

Dr. Alexandre Jaime L. Manguele
Ministro da Saúde

Dr. António Guilherme Mujovo, Dr. António A. A. Assane
Direcção Nacional de Assistência Médica

Autores Drs:

Comité Nacional de Tratamento Antiretroviral:
Rui Bastos
Rolanda Manuel
Sam Patel
Aires Fernandes
Elisabete Nunes
Nafisa Osman
Paula Vaz
Eugenia Macassa
Tatiana Fonseca

Co-autores Drs:

Aleny Couto
Angels Prieto
Armando Bucuane
Ausenda Domingos
Beatriz Simone
Bernardina Sousa
Catarina Mboa
Eduarda Gusmão
Egidio Langa
Florbela Bata
Hélia Catine
Joseph Lara
Magdalena Bravo
Maria GraziaLain
Maria Ruano
Palmira de Sã
Pilar Martinez
Serena Brusamento
Sílvia Mikusova
Tatiana Bocharnikova
Teena Sebastian
Vânia Macome

Redacção e Revisão Técnica Drs:

Rui Bastos
Rolanda Manuel
Eugenia Macassa
Eduarda Gusmão
Maria Ruano
Pilar Martinez
Tatiana Bocharnikova

Layout: Daniela Cristofori

Índice

Prefácio 11

PARTE I: TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL NO ADULTO, ADOLESCENTE, GRÁVIDA E CRIANÇA 13

1. Introdução 15
2. Aconselhamento e Testagem do HIV 16
3. Estadiamento da Infecção pelo HIV – OMS (2006) 22
4. Fármacos Anti-Retrovirais Disponíveis em Moçambique 34
5. Critérios para Iniciar o TARV em Moçambique e Regimes Terapêuticos 50
6. Tratamento Antiretroviral em Doentes com Tuberculose 54
7. Apoio Psicossocial e Adesão ao TARV 57
8. Nutrição e HIV 67
9. Prevenção da Transmissão Vertical do HIV: Cuidados da Mulher Grávida HIV+ e da Criança Exposta 75
10. Seguimento Clínico e Laboratorial 89
11. Efeitos Adversos dos Anti-Retrovirais 99
12. Falência Terapêutica 113
13. Monitoria e Avaliação do Programa de TARV 119

PARTE II: TRATAMENTO DA INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO ADULTO, ADOLESCENTE, GRÁVIDA E CRIANÇA 125

1. Manifestações Gastrointestinais no Paciente com HIV 127
2. Manifestações Respiratórias no Paciente com HIV 132
3. Tuberculose 143
4. Manifestações Neurológicas Associadas à Infecção por HIV 153
5. Febre no Paciente HIV+ 171
6. Malária 173
7. Manifestações Cutâneas Associadas à Infecção por HIV 183
8. Abordagem Sindrômica das Doenças de Transmissão Sexual 197
9. Reacção Medicamentosa 206

PARTE III: PROFILAXIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO ADULTO E CRIANÇA 209

1. Recomendações para Profilaxia de Doenças Oportunistas em Adultos e Crianças Infectados pelo HIV 211

PARTE VI: PREVENÇÃO APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL E PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV 217

1. Violência Sexual e Infecções Transmitidas Sexualmente (ITS) 219
2. Prevenção e Profilaxia Pós Exposição Ocupacional ao HIV 224

Referências Bibliográficas 230

Anexos

1. Pacote Pré-TARV (Adultos) 233
2. Pacote Pré-TARV para Crianças e Adolescentes infectadas por HIV 234
3. Ficha de Seguimento de HIV para Adultos 235
4. Ficha de Seguimento de HIV para Crianças 237
5. Aconselhamento e testagem em saúde; Registo diário de actividades 239
6. Avaliação de Edemas 240
7. Manejo da Desnutrição Aguda (Criança dos 0-15 Anos) 241
8. Manejo da Desnutrição Aguda Quando o ATPU Estiver Disponíve para Adultos 243
9. Quantidades de ATPU durante Fase de Reabilitação Nutricional para Crianças Entre 6m e 15 Anos 245
10. Quantidade de ATPU (saquetas) para Suplementação Alimentar para Crianças com Idade Entre 6m e 15 Anos 245
11. Tabela de Índice de Massa Corpórea (parte 1) 246
12. Tabela de Índice de Massa Corpórea (parte 2) 247
13. Algoritmo do Diagnóstico Precoce em Crianças Expostas 248
14. Diagnóstico Presuntivo em Crianças Expostas 249
15. Ficha de Notificação de Reacções Adversas aos Medicamentos 250
16. Formulário de Solicitação de Mudança de Esquema Terapêutico 252
17. Ficha Clínica de Sarcoma de Kaposi 253
18. Ficha Clínica de Seguimento de Sarcoma de Kaposi 254
19. Ficha de Resumo Mensal dos Casos de Sarcoma de Kaposi 255
20. Ficha de Registo de Sarcoma de Kaposi 256
21. Algoritmo de Sífilis Congênita 257
22. Folha de Trabalho 259
23. Ficha de Notificação de Casos de Violência 260
24. Profilaxia Pós Exposição ao HIV 261

Algoritmos

1. Algoritmo Nacional de Testagem do HIV com Testes Rápidos 20
2. Fluxo de Trabalho do ATS 21
3. Início TARV 51
4. Apoio Psicossocial 61
5. Uso da Carga Viral do HIV Perante Suspeita de Falência Terapêutica em pacientes adultos e crianças 116
6. Tratamento da Candidíase Oral e Esofágica no Paciente HIV+ 128
7. Abordagem da Diarréia Aguda no Paciente HIV+ Adulto 130
8. Diarréia Crónica 131
9. Manifestações Respiratórias Agudas 133
10. Manifestações Respiratórias Crónicas (1) 134
11. Manifestações Respiratórias Crónicas (2) 135
12. Diagnóstico de Tuberculose em Crianças Menores de 14 Anos 149
13. Cefaleia Intensa e Persistente 154
14. Febre Prolongada Sem Sinal Focal 172
15. Diagnóstico e Tratamento Adequado dos Casos de Malária 180
16. Diagnóstico e Tratamento Adequado dos Casos de Malária em Grávidas 181
17. Corrimento Uretral 200
18. Úlcera Genital no Homen e na Mulher 201
19. Corrimento Vaginal 202
20. Dor no Baixo Ventre 204
21. TPI para Crianças Infectadas pelo HIV 214
22. Abordagem da Violência Sexual no adulto 223

Quadros

1. Classificação do Estadiamento da OMS para os Adultos e Adolescentes (2006) – Detalhada 22
2. Classificação do Estadiamento da OMS Pediátrico (2006) – Detalhada 28
3. Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR) 35
4. Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa 39
5. Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR) 40
6. Inibidores da Protease (IP) 41
7. Inibidores da Integrase 43
8. Efeitos adversos mais frequentes e interacções medicamentosas mais importantes dos Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa 44
9. Efeitos adversos mais frequentes e interacções medicamentosas mais importantes do Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa 45
10. Efeitos adversos mais frequentes e interacções medicamentosas mais importantes dos Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa 46
11. Efeitos adversos mais frequentes e interacções medicamentosas mais importantes dos Inibidores da Protease 47
12. Efeitos adversos mais frequentes e interacções medicamentosas mais importantes Inibidor da Integrase 49
13. Critérios para o início de TARV em Moçambique 50
14. Esquemas Terapêuticos Seguidos em Moçambiqueem Adultos e Crianças ≥ 5 Anos 52
15. Esquemas Terapêuticos Seguidos em Moçambique em Crianças < 5 Anos 52
16. Classificação do estado nutricional para crianças dos 6 meses até aos 14 anos 72
17. Classificação do estado nutricional das mulheres grávidas e lactantes usando o PB 72
18. Classificação do estado nutricional das mulheres grávidas usando o ganho de peso na gestação 72
19. Classificação do estado nutricional para indivíduos adultos (> 18 anos) 73
20. Critérios de Suspensão da Suplementação ou Reabilitação Nutricional 74
21. Opções de PTV disponíveis em Moçambique 78
22. Início TARV nas mulheres grávidas em US a oferecer Opção A 80
23. Seguimento clínico e laboratorial da mulher grávida e lactante em TARV 82
24. Dosagem de Cotrimoxazol 86
25. Dosagem de Nevirapina 87
26. Dosagem de Zidovudina 87
27. Seguimento Clínico e Laboratorial pre-TARV (para adulto e criança ≥5 anos) 91
28. Controlo Clínico – Laboratorial do adulto após início TARV 92
29. Controlo Clínico – Laboratorial da criança após início TARV 93
30. Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para mulheres 95
31. Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para homens 96

32. Toxicidade mais comum dos ARVs 100
33. Alterações clínico-laboratoriais dos ARVs 101
34. Efeitos adversos dos ARVs e sua abordagem 103
35. Parâmetros virológicos no plasma 115
36. Escolha da 2ª Linha em Adultos e Crianças ≥ 5 anos....117
37. Escolha da 2ª Linha em Crianças < 5 Anos....118
38. Escolha da 3ª Linha em Adultos e Crianças 118
39. Sistemas de Rotina 120
40. Inquéritos e Pesquisas Baseadas na População e Estatísticas Vitais 121
41. Instrumentos do TARV e Pré-TARV para recolher e reportar informação 124
42. Esquema de tratamento da TB infantil em Moçambique....150
43. Tratamento de TB infantil em Moçambique, dosagem de medicamentos segundo o peso 150
44. Tratamento da Tuberculose Pulmonar Caso Novo 150
45. Tratamento da Tuberculose Pulmonar previamente tratados 151
46. Tratamento da Meningite Tuberculosa no adulto 162
47. Parâmetros do LCR e Diagnóstico Diferencial 164
48. Parâmetros utilizados e quantidades necessárias no exame do Líquor 165
49. Tratamento de eleição da malária não complicada....174
50. Tratamento alternativo da malária não complicada 174
51. Dose de quinino a ser administrada por via oral 177
52. Dose de quinino a ser administrada por via IM....177
53. Tratamento da malária na gravidez....178
54. Escala de graduação da toxicidade do Cotrimoxazol para adultos e adolescentes....206
55. Dessensibilização do Cotrimoxazol 207
56. Recomendações para a prevenção a exposição a patógenos oportunistas 212
57. Indicação para Profilaxia Primária....213
58. Dosagem de CTZ profiláctico nas crianças 214
59. Recomendações para a descontinuação do Cotrimoxazol (OMS) 215
60. Prevenção de ITS em casos de violência sexual....221
61. Prevençaõ do HIV em casos de violência sexual 221
62. Recomendações para a PPE 226

Prefácio

A pandemia do HIV/SIDA constitui um enorme desafio para o País em geral e para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular. Várias medidas têm vindo a ser tomadas nos últimos anos pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) para minimizar o impacto negativo da infecção pelo HIV que atinge predominantemente a população em idade produtiva e reprodutiva, com todas as consequências futuras que isso implica. Dentre essas medidas, salienta-se a rápida expansão imprimida nos últimos anos ao acesso ao tratamento antiretroviral, paralelamente ao reforço, imprescindível, das medidas preventivas.

A complexidade do tratamento antiretroviral e das infecções oportunistas, acrecidas do desafio que a expansão do TARV levanta, requer que os profissionais da saúde envolvidos no tratamento dos pacientes atingidos pelo HIV/SIDA estejam cada vez mais e melhor capacitados para lidar com essa patologia, propiciando aos doentes uma terapêutica racional, segura e eficaz e minimizando as complicações inerentes à mesma.

É neste âmbito que se insere a publicação do presente Guia, elaborado por especialistas moçambicanos tomando em conta os avanços e consensos na ciência mais recente neste domínio.

Espero que este Guia constitua um instrumento de grande utilidade para os profissionais de saúde envolvidos no tratamento dos pacientes infectados pelo HIV, permitindo assegurar, ao nível do SNS, uma abordagem padronizada dos pacientes infectados pelo HIV, por forma a garantir o uso racional e cientiificamente fundamentado dos escassos meios disponíveis.

Maputo, aos 14 de Fevereiro de 2014

O Ministro da Saúde

Dr Alexandre J.L.Manguele

PARTE I

Tratamento Antiretroviral no Adulto, Adolescente, Grávida e Criança

CONTEÚDOS

1. Introdução 15
2. Aconselhamento e Testagem do HIV 16
3. Estadiamento da Infecção pelo HIV – OMS (2006) 22
4. Fármacos Anti Retrovirais Disponíveis em Moçambique 34
5. Critérios para Iniciar o TARV em Moçambique e Regimes Terapêuticos 50
6. Tratamento Antiretroviral em Doentes com Tuberculose 54
7. Apoio Psicossocial e Adesão ao TARV 57
8. Nutrição e HIV 67
9. Prevenção da Transmissão Vertical do HIV: Cuidados da Mulher Grávida HIV+ e da Criança Exposta 75
10. Seguimento Clínico e Laboratorial 89
11. Efeitos Adversos dos Anti Retrovirais 99
12. Falência Terapêutica 113
13. Monitoria e Avaliação do Programa de TARV 119

1. Introdução

A eficácia do tratamento antiretroviral transformou a infecção pelo HIV numa doença crónica, permitindo às pessoas infectadas e sob tratamento terem a perspectiva de vida prolongada e com qualidade.

O conhecimento científico sobre o vírus e sobre a resposta imunológica do ser humano evolui constantemente. A cada ano, há novos aspectos reveladores dessa interacção vírus-homem. Paralelamente, o advento de novos fármacos antiretrovirais tem sido contínuo, quer das classes já existentes, quer de novas classes de medicamentos de inibição do ciclo de vida do HIV, levando ao impedimento da sua replicação ou da sua entrada nas células que possuem a molécula de CD4+ na superfície.

O seguimento dos doentes sob TARV é complexo, justificando uma familiarização do manejo por equipas de profissionais motivados e bem formados. Além dos aspectos imunovirológicos e de resistência, o seguimento deve ter em conta os aspectos psicossociais que têm habitualmente um grande peso na adesão ao tratamento. Este aspecto é de importância vital para o sucesso da terapêutica, e, por isso, deve constituir uma das preocupações maiores no controlo dos doentes.

No actual guião foram introduzidos novos conteúdos e algumas alterações, das quais se salientam:

1. A utilização de um único esquema optimizado que será introduzido de forma faseada, para a o adulto e a criança acima de 5 anos. Assim seria substituído de forma gradual o esquema actual (AZT/3TC/NVP) que não cobre todos os grupos alvo e é mais complexo, por um esquema mais abrangente e simplificado.
2. O tratamento de toda mulher grávida positiva para toda a vida independentemente do valor de CD4 ou do estadio clinico (Opção B + ou TARV Universal)
3. O tratamento de toda criança menor de 5 anos com diagnóstico confirmado independentemente do valor de CD4 ou do estadio clinico
4. Integração de vários aspectos tais como estadiamento em conjunto, infecções oportunistas, cuidados e tratamento para adultos e crianças
5. Abordagem clínica das ITS
6. Um capítulo sobre a monitoria e avaliação do programa de TARV

Este é um documento dinâmico que será revisto periodicamente, conforme a ocorrência de avanços significativos no conhecimento médico científico sobre a doença e o seu tratamento. Pela complexidade e extensão do assunto, este guia não pretende esgotar o tema, mas sim, fornecer uma orientação prática acerca dos aspectos mais relevantes e de seguimento obrigatório em relação aos cuidados do doente seropositivo.

2. Aconselhamento e Testagem do HIV

2.1. Introdução

Em Moçambique são reconhecidos os seguintes tipos de testagem para o HIV:
Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Utente - ATIU
1. Aconselhamento e testagem voluntária
Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor - ATIP
1. Aconselhamento e testagem como parte da rotina dos cuidados
2. Aconselhamento e testagem diagnóstica

2.2. Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Utente (ATIU)

O Aconselhamento e Testagem Voluntária é aquele iniciado pelo utente que procura a US para conhecer o seu estado em relação ao HIV para planificar sua vida. Nesta modalidade o teste é solicitado pelo indivíduo e não pelo profissional de saúde e os resultados são "utilizados" pelo indivíduo para a tomada de decisão sobre a sua vida.

Este tipo de testagem é oferecido no contexto das UATS – Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde, no qual o modelo de atenção é ampliado no sentido de englobar orientação, educação e aconselhamento para malária, saúde ambiental e saúde reprodutiva, além do despiste para hipertensão, diabetes rastreio da tuberculose e infecções de transmissão sexual.

2.3. Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor (ATIP)

O Aconselhamento e Testagem como parte da rotina de cuidados é iniciado pelo provedor e realizado como parte de um pacote de cuidados dos serviços de saúde. O AT é oferecido a todos os utentes que acorrem aos serviços da saúde.

Na Testagem diagnóstica para o HIV, o teste é solicitado pelo profissional de saúde como parte da avaliação diagnóstica a pacientes que apresentam sintomas ou sinais atribuíveis a doenças relacionadas com o HIV. Na presença destes sintomas ou sinais, deve-se realizar o teste diagnóstico de HIV a fim de prestar cuidados médicos apropriados.

A principal finalidade da testagem diagnóstica é, portanto, rastrear o HIV nos pacientes, para que possam receber o quanto antes os cuidados que sejam adequados à sua situação de saúde.

Quais são os benefícios do ATIP em contexto clínico?

- Permite o diagnóstico precoce do HIV e a inclusão do paciente no TARV,
- Permite que os pacientes conheçam o seu seroestado e assim reduzam sua exposição ao risco de re-infecção e infecção.

Quem pode fazer o ATIP no contexto clínico?

O ATIP deve ser assumido como parte da rotina dos profissionais de saúde das Unidades Sanitárias. Todo o provedor de saúde previamente capacitado em aconselhamento e testagem para o HIV (Médico, Técnico de Medicina Geral, Agente de Medicina, Técnico do Laboratório, Enfermeiro Geral, Enfermeira da SMI, Parteira) pode realizar aconselhamento e oferecer o teste do HIV aos utentes.

Onde realizar o ATIP no contexto clínico?

O aconselhamento e testagem deve ser disponibilizado nos seguintes serviços de saúde:

- Triagem
- Consulta de Medicina Geral
- Serviços de TB
- Consulta Pré-Natal
- Maternidade (Parto e Pós Parto)
- Consulta Interna (Enfermarias masculinas e femininas)
- Consulta da Criança de Risco
- Enfermaria e consultas de Pediatria
- Banco de Sangue
- Laboratório

O Aconselhamento e Testagem no contexto clínico deve ser fornecido também às pessoas com suspeita de exposição à infecção pelo HIV por violação sexual. Se for HIV negativo, o teste deve ser repetido após três meses, mas sem descurar a profilaxia com ARV.

O ATIP deve ser disponibilizado ainda aos profissionais de saúde que tenham sido expostos ao risco de infecção em seus locais trabalho, permitindo desta forma o acesso aos cuidados, incluindo o tratamento profilático.

2.4. Princípios Éticos do Aconselhamento e Testagem

O Aconselhamento e Testagem para o HIV segue os princípios universais – **aconselhamento, consentimento informado e confidencialidade** – de forma a garantir, a todos os utentes, o direito à saúde em consonância com os Direitos Humanos.

Aconselhamento

Como princípio ético orientador da testagem para o HIV, o aconselhamento refere-se ao modo como o profissional de saúde estabelece a relação de cuidado com o utente. O aconselhamento volta-se para as necessidades de saúde do utente através do estabelecimento de uma relação de confiança entre ele e o profissional de saúde. Ele está baseado no respeito e na ética do cuidado em saúde. Um dos objectivos do aconselhamento para a testagem do HIV consiste em ajudar o utente a compreender a importância do conhecimento do seu estado serológico para a tomada de decisões em relação à sua saúde.

O Aconselhamento acompanha todo o processo de testagem: *aconselhamento pré-teste*, durante o *teste* e no *aconselhamento pós-teste*.

No aconselhamento, o conselheiro/profissional de saúde destaca os seguintes pontos:

- encoraja activamente a testagem e outros procedimentos diagnósticos, preventivos, de promoção de saúde e de tratamento;
- envolve o utente como parte integrante no processo de aconselhamento;
- centra a discussão nas situações de risco e circunstâncias particulares pedindo ao utente que estabeleça metas especificas na redução do risco e dos danos;
- informa/orienta o utente de modo a melhorar a sua qualidade de vida;
- ajuda a construir estratégias que promovam a saúde, aumentem a protecção frente a situações de exposição a factores de risco e alterem modos de viver/hábitos que tragam prejuízos e/ou que contribuam para a doença.

Consentimento informado

O consentimento informado é o princípio ético mestre no AT pois é aquele que garante a **autonomia da decisão do utente** respeitando-o como sujeito e cidadão de direitos. O consentimento estabelece-se através de um processo de diálogo entre o utente e o provedor de saúde em que o paciente é informado acerca das questões sobre o HIV e testagem, para então tomar a decisão de fazer o teste. Na República de Moçambique, o teste do HIV **não é obrigatório**. No aconselhamento e testagem iniciada pelo profissional de saúde, em regime *opt-out,* o utente tem o **direito de recusar** o teste. O provedor de saúde deverá estar habilitado para mostrar os benefícios da testagem e os riscos do não conhecimento da sua serologia.

O utente deve receber informações relativas a:

- Decisão para fazer o teste do HIV e o direito de recusa da oferta feita pelo provedor de saúde - na abordagem opt-out, o indivíduo deve verbalmente recusar o teste de HIV após o recebimento de informações que antecedem o teste, caso não queira ser testado;
- O facto do utente declinar o teste não afectará o acesso do paciente a serviços que não dependem do conhecimento do estado serológico;
- O processo de testagem e as implicações;
- A importância da comunicação dos resultados aos parceiros sexuais.

Os provedores de saúde devem obter o consentimento verbal do utente antes de prosseguir com a testagem.

Confidencialidade

Entende-se por confidencialidade o facto de se **manter sigilo** acerca das informações reveladas pelo utente durante o aconselhamento, bem como aquelas fornecidas para o utente e aquelas referentes ao seu estado serológico. Este é um dos pontos essenciais para que a população confie na qualidade do aconselhamento e testagem do HIV e nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde. A garantia da confidencialidade do teste a ser realizado é primordial para a tomada de decisão segura do utente.

É princípio do AT o **compromisso de sigilo** sobre qualquer informação trocada no processo de aconselhamento e testagem, assim como de **anonimato do utente**, ou seja, de que ele não seja identificado pelo seu nome completo, mas sim por um código.

2.5. Directrizes para o Aconselhamento e Testagem

O protocolo de Aconselhamento e Testagem para o HIV se faz através do aconselhamento:

- ***Pré-teste*** – a fim de assegurar informações claras e o consentimento do utente
- ***Aconselhamento enquanto o teste decorre***
    - Informação geral sobre o HIV
    - Abordagem da situação individual e avaliação dos factores de risco
- ***Pós-teste*** – apresentação do resultado, encaminhamento, plano de redução de riscos, suporte clínico e psicossocial.

Acompanhamento do Paciente em Cuidados (sem critérios para o TARV)

No caso dos Cuidados e Tratamento para o HIV/SIDA, o AT permite:

- Diagnóstico precoce, fundamental para a prevenção entre os casais discordantes e o acesso à profilaxia ou TARV para gestantes HIV positivas;
- Acesso a cuidados e tratamentos das pessoas com resultado positivo;
- Testagem em contexto clínico, especialmente para TB, hospitais e triagem para identificação das pessoas HIV+;
- Aumento do acesso a cuidados e tratamento adequado;

Algumas informações devem ser reforçadas ao utente HIV negativo:

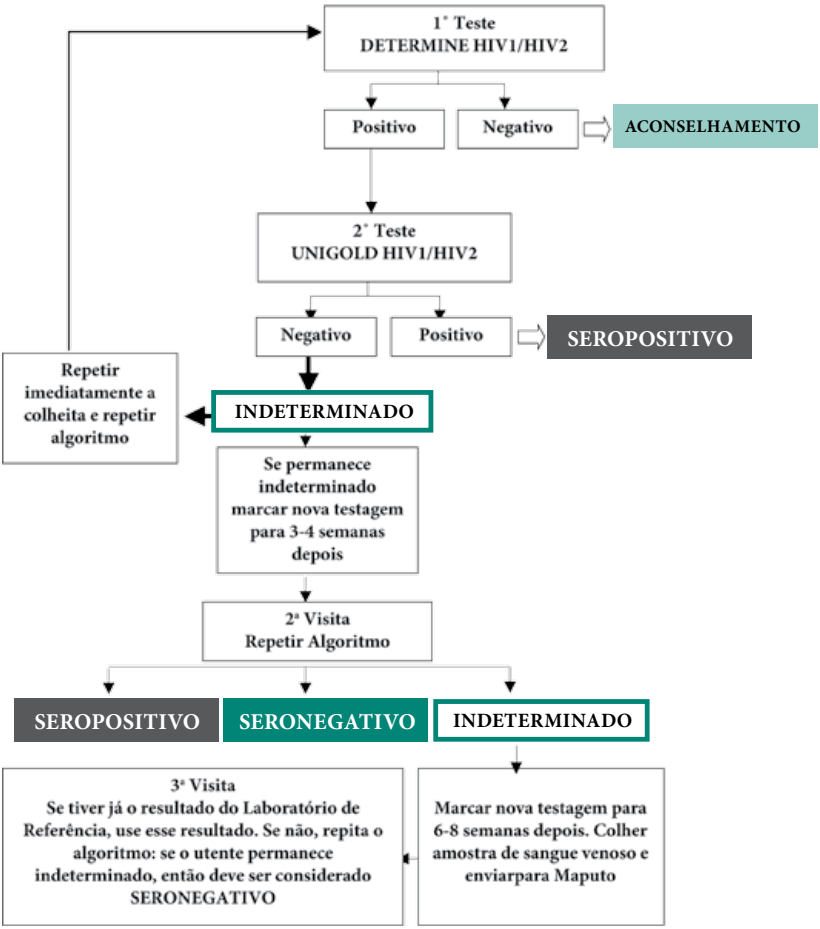
- A entrega do do resultado negativo do teste deve incluir informações sobre o período de janela e recomendações para uma retestagem principalmente para as pessoas que tenham sido recentemente expostas ao risco de infecção;
- As mulheres grávidas negativas para o HIV devem refazer o teste no último trimestre da gravidez, ou na hora do parto; e,
- Informações básicas sobre os métodos de prevenção do HIV.

Os serviços de AT no contexto clínico devem sempre disponibilizar preservativos aos utentes e instruções sobre como fazer uso deste importante recurso de prevenção.

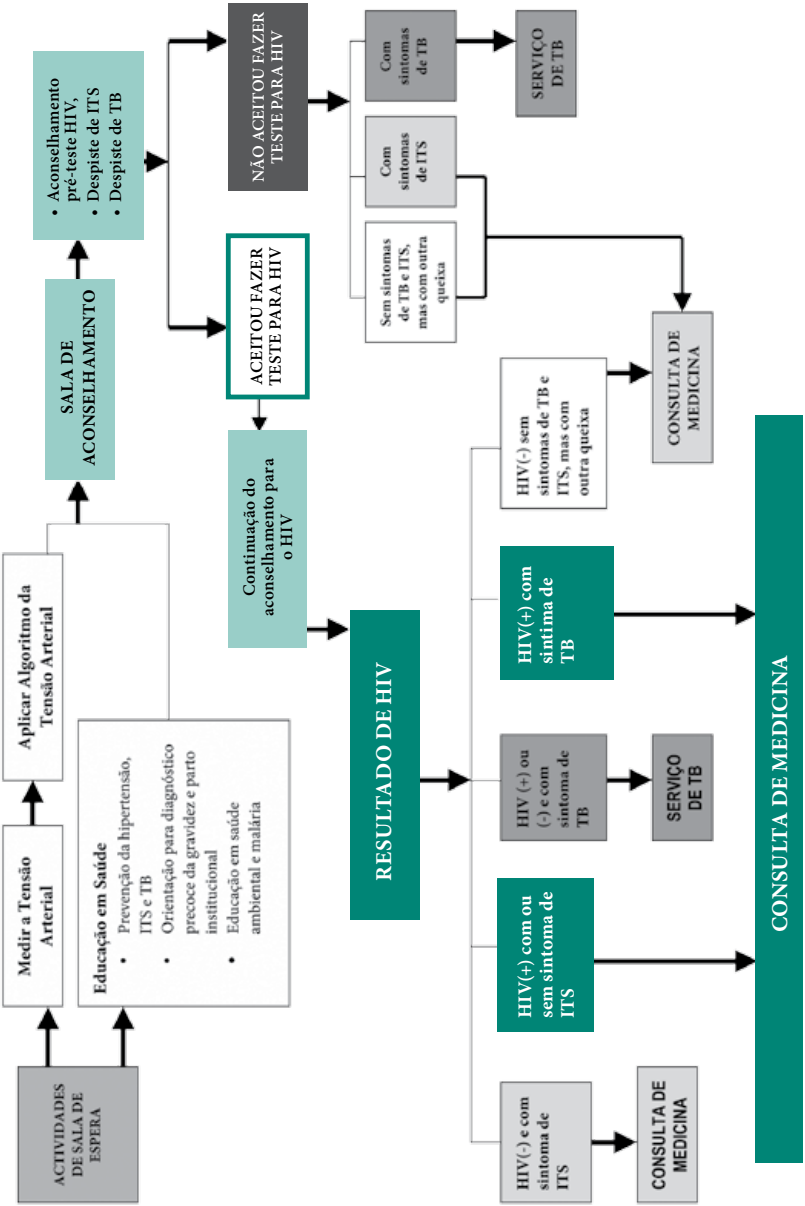
Sistema de Referência

- Todos os utentes com diagnóstico positivo para o HIV deverão ser encaminhados para os serviços de cuidados e tratamento antiretroviral (consulta de medicina).
- As mulheres grávidas com diagnóstico positivo para o HIV devem ser prontamente referidas para os serviços de Saúde Materno Infantil (SMI).
- As crianças recém-nascidas de mães seropositivas devem ser encaminhadas para a consulta da criança em risco (CCR), até que tenha o seu diagnóstico esclarecido, seja pelo PCR, ou por testes rápidos segundo o protocolo vingente no país referente ao diagnóstico precoce do HIV.

ALGORITMO 1. ALGORITMO NACIONAL DE TESTAGEM DO HIV COM TESTES RÁPIDOS



ALGORITMO 2: FLUXO DE TRABALHO DO ATS



3. Estadiamento da Infecção Pelo HIV – OMS (2006)

Definição de SIDA em África segundo a OMS

A infecção pelo HIVpara adultos e crianças com idade acima de 18 meses pode ser reconhecida por 2 testes rápidos positivos (Determine e Unigold) para o HIV, associado a qualquer um dos critérios clínicos abaixo mencionados.

Nota: A informação sobre diagnóstico pelo HIV nas crianças com idade menor de 18 meses pode encontrar no capítulo de diagnóstico.

O estadiamento clínico, segundo a OMS, faz parte da consulta clinica, **e deve ser refeito a cada consulta.** O doente só pode avançar do estadio I aos estadios mais avançados (II,III,IV) e nunca pode voltar a um estadio anterior.

A classificação a seguir é a utilizada em Moçambique, em quadros diferentes para os adultos(incluídas as mulheres grávidas) e crianças, já que existem algumas condições clínicas que variam no que diz respeito à definição de estadio para cada faixaetária

QUADRO 1: CLASSIFICAÇÃO DO ESTADIAMENTO DA OMS PARA OS ADULTOS E ADOLESCENTES(2006) – DETALHADA

ESTADIO I (ADULTOS E ADOLESCENTES)		
Manifestação Clínica	**Diagnóstico Clínico**	**Diagnóstico Definitivo**
Assintomático	Sem queixa de sintomas relacionados ao HIV e ausência de sinais clínicos ao exame físico.	Não se aplica
Linfadenopatia Generalizada Persistente (LGP)	Aumento de gânglios linfaticos(>1 cm) em 2 ou mais cadeias não contíguas (excluída cadeia inguinal) persistente por 3 meses ou mais, sem dor, sem causa conhecida.	Histologia (biópsia).
ESTADIO II (ADULTOS E ADOLESCENTES)		
Manifestação Clínica	**Diagnóstico Clínico**	**Diagnóstico Definitivo**
Perda de peso inexplicada e moderada (<10% do peso corporal total)	História de perda de peso involuntária e inexplicada. Durante a gravidez, não ganho de peso.	Perda de peso documentada < 10%.
Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores (episódio actual +1ou mais nos últimos 6 meses)	Diagnóstico sintomático: dor facial unilateral com rinorreia (sinusite); membrana timpânica inflamada e dolorosa (otite media); faringo-amigdalite sem sinais de infecção viral (por exemplo, tosse ou rinorreia).	Estudos de laboratório quando disponíveis, como cultura de amostras de fluidos (normalmente não disponível em Moçambique).
Herpes zóster	Erupção cutânea dolorosa, com vesículas de conteúdo líquido e distribuição por dermátomos, frequentemente ultrapassa a linha média.	Diagnóstico clínico.

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Queilite angular	Fissuras no ângulo da boca com despigmentação, não relacionadas com deficiência de ferro ou vitaminas e que usualmente responde ao tratamento antifúngico.	Diagnóstico clínico.
Ulcerações orais recorrentes (2 ou mais episódios em 6 meses)	Ulceração aftosa, tipicamente dolorosa e com um halo de inflamação e pseudo-membrana amarelo-acinzentada.	Diagnóstico clínico.
Erupção papulo-pruriginosa (Prurigo)	Lesões papulo-pruriginosas cronico--recidivantes que geralmente deixam pigmentação posterior.	Diagnóstico clínico.
Dermatite seborreica	Dermatite pruriginosa e descamativa que afecta a zonas seborreicas, como a face, couro cabeludo, axilas, parte superior do tronco e virilha.	Diagnóstico clínico.
Infecções fúngicas do leito ungueal	Paroníquia fúngica (leito ungueal doloroso, eritematoso e edemaciado) ou onicólise (separação não dolorosa da unha do leito ungueal). Coloração branca na porção proximal das unhas com engrossamento e separação da unha do leito ungueal.	Cultura para fungos de material do leito ungueal (normalmente não disponível em Moçambique)
ESTADIO III (ADULTOS E ADOLESCENTES)		
Manifestação Clínica	**Diagnóstico Clínico**	**Diagnóstico Definitivo**
Perda de peso severa e inexplicada (> 10% do peso corporal total)	História de perda de peso involuntária e inexplicada, >10% com emagrecimento visível da face, cintura e membros com caquexia visível ou IMC< 18,5 kg/m^2, durante a gravidez a perda de peso pode não ser evidente.	Perda documentada de > 10% do peso corporal, sem outra explicação.
Diarreia crónica inexplicada por mais de 1 mês	História de fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia durante mais de 1 mês, sem resposta ao tratamento sindrómico com antibióticos.	3 ou mais deposições de consistência reduzida documentadas e dois ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência do patógeno (precisa de culturas de fezes, que geralmente não são disponíveis em Moçambique).
Febre persistente e inexplicada (intermitente ou constante) por mais de 1 mês	Febre ou suores nocturnos (intermitentes ou constantes) por mais de um mês, sem resposta a antibióticos nem a antimaláricos, sem foco de doençaevidente no exame físico.	Febre>37,5°C com hemocultura negativa (exame normalmente não disponível em Moçambique), tenção de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente.
Candidíase oral	Placas esbranquiçadas pequenas, cremosas, que podem ser descamadas (pseudo-membranosas), ou manchas vermelhas em língua, palato ou assoalho da boca, geralmente dolorosas ou sensíveis (forma eritematosa)	Diagnóstico clínico.

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Leucoplasia pilosa oral	Pequenas lesões lineares nas bordas laterais da língua, geralmente bilaterais, que não podem ser removidas.	Diagnóstico clínico
TB Pulmonar	Sintomas crónicos (> 2-3 semanas) como: tosse, hemoptise, dispneia, dor torácica, perda de peso, febre, suores nocturnos, sem evidência de doença extrapulmonar (além de TB ganglionar, que é considerada uma manifestação menos severa de TB extrapulmonar).	Isolamento do M. tuberculosis na cultura de escarro, Rx tórax com mudanças típicas de TB.
Infecções bacterianas severas (por exemplo: pneumonia, meningite, empiema, pio miosite, infecções dos ossos ou articulações, bacteriemia e doença inflamatória pélvica severa).	Febre acompanhada de sinais e sintomas específicos de infecção localizada e que respondem aos antibióticos apropriados.	Isolamento de bactérias de locais específicos (geralmente est]ereis) [teste normalmente não disponível em Moçambique].
Gengivite ou estomatite ulcerativa necrotizante aguda, ou periodontite necrotizante aguda	Dor intensa, ulceração das papilas gengivais, perda dos dentes, sangramento espontâneo, mau cheiro, e perda rápida de tecido ósseo e/ou partes moles.	Diagnóstico Clínico
Anemia inexplicada (< 8 g/dl), neutropenia (< 500 cels/mm3) ou plaquetopenia crónica (< 50.000 cels/mm3) por mais de 1 mês	Sem diagnóstico clínico; é preciso fazer hemograma ou hemoglobina.	Diagnóstico a partir de hemograma. Sem explicação por outra doença não relacionada com HIV. Sem resposta a suplementação com ferro e vitaminas, anti-maláricos e antiparasitários (segundo protocolos nas guias nacionais e outros).
ESTADIO IV (ADULTOS E ADOLESCENTES)		
Manifestação Clínica	**Diagnóstico Clínico**	**Diagnóstico Definitivo**
Síndrome de caquexia	Perda de peso involuntária e inexplicada (> 10% do peso corporal basal) com emagre-cimento evidente ou IMC<18,5 kg/m^2 COM diarreia crónica inexplicada (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) durante mais de 1 mês OU febre ou suores nocturnos por mais de 1 mês sem outras causas e sem resposta a antibióticos e antimaláricos. Nas áreas endémicas, a malária deve ser excluída.	Perda de peso documentada de >10% do peso corporal COM Duas ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência do patógeno OU Febre>37,5°C com hemocultura negativa, tinção de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente.

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Pneumonia por *Pneumocistis Jirovecii* (PCP)	Dispneia com exercício ou tosse seca de início nos últimos 3 meses, taquipnéia e febre COM Rx tórax com infiltrado intersticial bilateral E sem evidência de pneumonia bacteriana; (crepitações bilaterais na auscultação com ou sem diminuição do murmuro vesicular).	Citologia ou imunofluorescência de amostra de escarro induzido ou lavagem bronco alveolar, ou histologia de tecido pulmonar. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Pneumonia bacteriana severa e recorrente	Episódio actual mais um ou mais episódios nos 6 meses anteriores; início agudo (< de 2 semanas) de sintomas severos (como febre, tosse, dispneia ou dor torácica) COM consolidação pulmonar nova no exame físico ou Rx tórax; resposta aos antibióticos.	Cultura positiva ou teste anticorpos positivo para germe compatível (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Infecção crónica por Herpes simplex (oro labial, genital ou ano rectal) de mais de 1 mês de duração ou visceral de qualquer duração)	Ulceração progressiva e dolorosa oro labial ou ano-genital; lesões causadas por infecção recorrente por herpes de >1 mês de evolução. História de episódios prévios. A infecção visceral por herpes não pode ser diagnosticada clinicamente; requer diagnóstico laborarorial.	PCR para DNA de VHS ou citologia/ histologia compatíveis. (testes normalmente não disponíveis em Moçambique).
Candidíase esofágica	Início recente de dor retro esternal ou dificuldade para engolir (sólidos e líquidos) junto com candidíase oral.	Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia, microscopia de espécime ou histologia. (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Tuberculose extrapulmonar	Doença sistémica (por exemplo, com febre, suores nocturnas, fraqueza ou astenia, perda de peso); Outra evidência de TB extrapulmonar ou disseminada dependeria do sítio da infecção (pleura, pericárdio, meninges, abdómen). A TB ganglionar (especialmente nos gânglios cervicais) e considerada uma forma menos severa de TB extrapulmonar.	Isolamento de M. tuberculosis ou histologia compatível de amostra correspondente ou evidência radiológica de TB miliar (Rx tórax com infiltrado uniforme e difuso de tipo miliar ou micronódulos).
Sarcoma de Kaposi	Aspecto típico na pele ou orofaringe de lesões persistentes, inicialmente planas de coloração rósea ou arroxeada, que geralmente evoluem para placas ou nódulos.	Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia ou histologia.

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Infecção por citomegalovirus (diferente da infecção no fígado, baço ou gânglios linfáticos)	Retinite é a única manifestação de citomegalovirus que pode ser diagnosticada clinicamente: pode ser diagnosticada por clínicos experientes: lesões oculares típicas ao exame fundoscópico; áreas esbranquiçadas com bordas definidas na retina, expandindo-se centrifugamente, geralmente seguindo vasos sanguíneos, associadas a vasculite retiniana, hemorragia e necrose.	Histologia ou demonstração do CMV no líquor por cultura ou PCR-DNA. (teste normalmente não disponível em Moçambique).
Toxoplasmose em Sistema Nervoso Central	Sinais neurológicos focais de início recente ou diminuição do grau de vigília COM resposta a terapêutica específica para toxoplasmose em <=10 dias.	Serologia positiva para Toxoplasma E lesões de massas únicas/ múltiplas visíveis em Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética (quando disponível) (testes normalmente não disponíveis em Moçambique).
Encefalopatia pelo HIV	Perda de habilidades intelectuais e/ ou défice motor que interfere com as actividades diárias; progressivo em semanas ou meses; sem evidência e outra condição que explique a doença.	Diagnóstico de exclusão e (se disponível) Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética
Criptococose extrapulmonar incluindo meningite	Meningite: geralmente subaguda, febre com cefaléia progressiva mas intensa, meningismo, confusão, alterações de comportamento que respondem a tratamento específico para criptococo.	Isolamento do Cryptococcus neoformans de sítios extrapulmonares (por exemplo, teste de tinta da China do LCR positivo) ou teste de antígeno criptocócico no líquor ou sangue.
Infecção disseminada por Mycobacterias não tuberculosas	O diagnóstico clínico não é possível.	Microbiologia por cultura de microbactérias atípicas em amostra de fezes, sangue, fluidos corporais ou outros tecidos corpóreos, excluindo o pulmão. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique).
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP)	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Alteração neurológica progressiva (cognitiva, linguagem, modo de andar, debilidade dos membros, perdas visuais e paresias dos nervos cranianos) associada a lesões em substância branca na neuroimagem ou PCR positivo para poliomavirus JC no liquor.

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Criptosporidiose crónica (com diarreia por mais de 1 mês)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cistos identificados na coloração de Ziehl--Nielsen modificada. (Teste normalmente não disponível em Moçambique).
Isosporiose crónica	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Identificação de isóspora nas fezes (teste normalmente não disponível em Moçambique)
Micose disseminada (coccidiomicose, histo-plasmose peniciliose)	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Histologia; Detecção de antígenos no tecido afectado; cultura ou microscopia de espécime clínico ou hemocultura. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Bacteriemia recorrente por Salmonella não typhi	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Hemocultura
Linfoma não-Hodgkin cerebral ou de células B	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Neuroimagem compatível; histologia; (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Carcinoma do colo do útero invasivo	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Citologia ou histologia
Leishmaniose visceral	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Histologia (amastigotes visíveis) ou cultura de amostra correspondente
Nefropatia associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Biópsia renal
Cardiomiopatia associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Cardiomegalia e evidência de disfunção ventricular esquerda confirmada por ecocardiograma
Fístula rectovaginal associada ao HIV	Diagnóstico clínico	Diagnóstico clínico

QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DO ESTADIAMENTO DA OMS PEDIÁTRICO (2006) – DETALHADA

ESTADIO I (CRIANÇAS)		
Manifestação Clínica	**Diagnóstico Clínico**	**Diagnóstico Definitivo**
Assintomático	Sem queixa de sintomas relacionados ao HIV e ausência de sinais clínicos ao exame físico.	Não se aplica
Linfadenopatia Generalizada Persistente (LGP)	Aumento de gânglios linfaticos(>1 cm) em 2 ou mais cadeias não contíguas (excluída cadeia inguinal) persistente, sem causa conhecida.	Diagnóstico Clínico
ESTADIO II (CRIANÇAS)		
Manifestação Clínica	**Diagnóstico Clínico**	**Diagnóstico Definitivo**
Hepatoesplenomegalia persistente inexplicada	Aumento de baço e fígado sem causa óbvia.	Diagnóstico Clínico
Prurigo	Lesões pápulo-vesiculares pruriginosas.	Diagnóstico Clínico
Infecções fúngicas do leito ungueal	Paroníquia fúngica (leito ungueal doloroso, eritematoso e edemaciado) ou onicólise (separação não dolorosa da unha do leito ungueal). Onicomicose subungueal proximal de coloração branca é rara na ausência de imunodeficiência.	Diagnóstico Clínico
Queilite angular	Rachaduras no ângulo da boca com despigmentação, que usualmente responde a tratamento antifúngico, mas pode recorrer.	Diagnóstico Clínico
Eritema gengival linear	Linha eritematosa que segue o contorno da linha livre da gengiva (entre a gengiva e os dentes); pode estar associada a sangramento espontâneo.	Diagnóstico Clínico
Infecção viral por HPV extensa da pele (verruga plana)	Lesões dermatológicas papulares, planas, ocupando mais de 5% da superfície corporal, incluindo a face, tronco, membros.	Diagnóstico Clínico
Extensa infecção por molusco contagioso	Lesões características da pele: elevações de cor da pele, perladas ou róseas, umbilicadas, profusas, de tamanho maior do que o MC no imunocompetente. Podem estar inflamadas ou hiperemiadas,ocupando mais de 5% da superfície corporal, incluindo a face, tronco, membros. o Molusco gigante pode indicar imunodeficiência avançada.	Diagnóstico Clínico

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Ulcerações orais recorrentes (2 ou mais episódios em 6 meses)	Ulceração aftosa, tipicamente com um halo de inflamação e pseudomembrana-amarelo-acinzentada.	Diagnóstico Clínico
Aumento das parótidas sem outra causa aparente	Aumento bilateral das parótidas, assintomático, que pode se resolver espontaneamente e recorrer, na ausência de outra causa conhecida; geralmente indolor.	Diagnóstico Clínico
Herpes Zóster	Erupção cutânea dolorosa com vesículas de conteúdo liquido, distribuição por dermátomos; podem ser hemorrágicas sobre base eritematosa, podem se tornar maiores e confluírem. Frequentemente ultrapassa a linha média.	Diagnóstico Clínico
Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores	Evento actual com ao menos um episódio nos últimos 6 meses. Complexo de sintomas: febre com dor facial unilateral e rinorréia (sinusite) ou membrana timpânica inflamada/dolorosa (otite média), dor de garganta com tosse produtiva (bronquite), dor de garganta (faringite) e tosse crupe (laringotraqueobronquite) ,otorréia persistente ou recorrente.	Diagnóstico Clínico
ESTADIO III (CRIANÇAS)		
Manifestação Clínica	**Diagnóstico Clínico**	**Diagnóstico Definitivo**
Malnutrição moderada sem outra causa aparente	Peso/Estatura ≥ – 3 <– 2 DP, não explicado por ingesta pobre ou inadequada e/ou outras infecções, que não responde adequadamente ao tratamento habitual	Perda de peso documentada, falência de ganho de peso em tratamento habitual sem outra causa identificada durante investigação.
Diarréia persistente sem outra causa aparente	Diarreia (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) persistente (14 ou mais dias) sem outra causa aparente, não responsiva a tratamento habitual.	Observação e documentação das fezes amolecidas. Cultura e microscopia não revelam patógenos.
Febre persistente sem outra causa aparente (intermitente ou constante por > 1 mês)	Queixa de febre ou suores nocturnos por mais de 1 mês, intermitente ou constante, não responsiva a antibióticos ou antimaláricos. O exame físico não revela outro foco de doença. Malária deve ser excluída em áreas endémicas.	Febre documentada superior a 37,5ºC com hemocultura negativa, plasmódio negativo ou Rx inalterado, e ausência de outro foco óbvio de doença.
Candidíase oral (após os 1os 6 meses de idade)	Placas esbranquiçadas pequenas, cremosas, que podem ser descamadas (pseudo-membranosas), ou manchas vermelhas em língua, palato ou assoalho da boca, geralmente dolorosas ou sensíveis (forma eritematosa)	Microscopia ou cultura.

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Leucoplasia oral pilosa	Pequenas lesões lineares nas bordas laterais da língua, geralmente bilaterais, que não podem ser descamadas.	Diagnóstico clínico
TB ganglionar	Aumento "frio", não agudo dos linfonodos , geralmente confluentes, localizados em uma região. Podem fazer fístulas de drenagem. Resposta a tratamento habitual anti-TB em 1 mês.	Histologia ou aspirado por agulha fina para coloração de Ziehl Nielsen (BK). Cultura.
TB Pulmonar (história de contato com adulto com BK positivo)	Sintomas inespecíficos (ex: tosse crónica, febre, suores nocturnos, anorexia e perda de peso. Em crianças maiores, tosse produtiva e hemoptise também.	Isolamento do M. tuberculosis na cultura de escarro, Rx tórax alterado.
Pneumonia bacteriana grave recorrente	Tosse com taquipnéia, retracção torácica, adejo nasal, sibilância. Fervores ou consolidação à auscultação. Responde a antibioti-coterapia. Episódio actual mais 1 ou mais nos 6 meses anteriores.	Isolamento da bactéria em espécimes clínicos adequados - expectoração induzida, lavado bronco-alveolar (LBA), aspirado pulmonar (PAAF).
Gengivite ou estomatite ulcerativa necrotizante aguda, ou periodontite ulcerativa necrotizante aguda	Dor intensa, ulceração das papilas gengivais, perda dos dentes, sangramento espontâneo, mau cheiro, e perda rápida de tecido ósseo e/ou partes moles.	Diagnóstico Clínico
LIP sintomática	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Rx tórax: infiltrado pulmonar intersticial reticulo-nodular presente por mais de 2 meses sem resposta a antibioticoterapia e sem a identifica-ção de outro patógeno. Saturação de oxigénio persistentemente < 90%. Pode se apresentar com cor pulmonale e cursar com fadiga induzida pelo exercício aumentada. Histologia ca-racterística.
Doença pulmonar crônica associada ao HIV (inclui bronquiectasia)	História de tosse produtiva com grandes quantidades de escarro purulento (bronquiectasia isolada), com ou sem hipocratismo digital, halitose e crepitações e/ou sibilância à auscultação.	Rx tórax: pode mostrar padrão em favo de mel (cistos pequenos) e/ou áreas persistentes de opacificação e/ou destruição pulmonar generalizada, com fibrose e perda de volume.
Anemia sem outra causa aparente (<8g/dL) ou neutropenia (<0,5x 109/ L) ou trombocitopenia crônica (<50x109/ L)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Análises laboratoriais, não explicadas por outras condições não associadas ao HIV, ou não responsivas a terapêutica habitual com hematínicos, antimaláricos ou antihelmínticos.

ESTADIO IV (CRIANÇAS)		
Manifestação Clínica	**Diagnóstico Clínico**	**Diagnóstico Definitivo**
Malnutrição aguda ou crónica grave, ou malnutrição grave que não responde a terapêutica habitual.	Perda persistente de peso não explicada por ingestão insuficiente ou inadequada ou outras infecções, sem resposta adequada a duas semanas de tratamento habitual. Caracterizada por perda muscular grave e visível, com ou sem edema dos pés, e/ou P/E < 3DP, conforme definição do AIDI.	Perda de peso documentada de > 3 DP +/- edema.
Pneumonia por Pneumocistis (PCP)	Tosse seca, dificuldade respiratória progressiva, cianose, taquipnéia e febre; retracção torácica ou estridor. (Pneumonia grave ou muito grave segundo o AIDI). Geralmente de início abrupto especialmente em lactentes <6 meses de idade. Responde a doses altas de cotrimoxazol +/- prednisolona.	Rx tórax, infiltrado típico perihilar difuso bilateral; microscopia de expectoração induzida ou LBA ou PAAF.
Infecção bacteriana grave recorrente, por exemplo empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite; excluída pneumonia.	Febre acompanhada de sintomas ou sinais específicos que localizam infecção. Responde a antibioterapia. Episódio actual mais 1 ou mais nos 6 meses anteriores.	Cultura de espécime clínico adequado.
Infecção crónica por Herpes simples (oral ou cutânea de mais de 1 mês de duração ou visceral em qualquer sítio)	Lesões causadas pela infecção pelo HSV graves e progressivas, dolorosas, orais, genitais ou anorretais por mais de 1 mês.	Cultura e/ou histologia
Candidíase esofágica (ou candidíase da traquéia, brônquios ou pulmões)	Dor torácica e disfagia (dificuldade para engolir), odinofagia (dor para engolir comida ou líquidos) ou dor retroesternal pior à deglutição (comida ou líquidos). Responde a tratamento específico. Em crianças pequenas suspeitar particularmente na presença de candidíase oral e recusa alimentar e/ou dificuldade/choro à alimentação.	Aspecto macroscópico na endoscopia, microscopia de espécime tissular ou aspecto macroscópico na broncoscopia ou histologia.
TB disseminada/ extrapulmonar	Doença sistémica geralmente com febre prolongada, suores nocturnos, perda de peso. Sinais clínicos de envolvimento orgânico, por ex, piúria estéril, pericardite, ascite, efusão pleural, meningite, artrite, orquite.	Microscopia positiva para BAAR ou cultura do M. tuberculosis do sangue ou outro espécime clínico relevante com excepção de expectoracao o e LBA. Biópsia e histologia.
Sarcoma de Kaposi	Aspecto típico na pele ou orofaringe de lesões persistentes, inicialmente planas de coloração rósea ou arroxeada, que geralmente evoluem para nódulos.	Aspecto macroscópico ou histologia.

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Retinite por CMV ou infecção por CMV afectando outro órgão, de início em idade superior a 1 mês.	Retinite isolada: pode ser diagnosticada por clínicos experientes: lesões oculares típicas ao exame fundoscópico; áreas esbranquiçadas com bordas definidas na retina, expandindo-se centrifugamente, geralmente seguindo vasos sanguíneos, associadas a vasculites retinianas, hemorragia e necrose.	Histologia ou demonstração do CMV no líquor por cultura ou PCRDNA.
Toxoplasmose em Sistema Nervoso Central com início em idade superior a 1 mês	Febre, dor de cabeça, sinais neurológicos focais, convulsões. Geralmente responde a terapêutica específica em 10 dias.	Sorologia positiva para Toxoplasma E lesões de massa únicas/ múltiplas visíveis em Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética
Criptococose extrapulmonar incluindo meningite	Meningite: geralmente subaguda, febre com cefaléia progressiva mas intensa, meningismo, confusão, alterações de comportamento que respondem a tratamento específico para criptococo.	Isolamento do Cryptococcus neoformans de sítios extrapulmonares ou teste de antígeno criptococo no líquor ou sangue.
Encefalopatia pelo HIV	Ao menos um dos seguintes, progredindo por pelo menos 2 meses na ausência de outra doença: - falência na aquisição, ou perda de aquisições neuropsicomotoras, perda de habilidade intelectual; ou - alteração progressiva do crescimento cerebral demonstrada por estagnação do perímetro cefálico (PC); ou - défice motor simétrico adquirido acompanhado por 2 ou mais dos seguintes: paresias, reflexos patológicos, ataxia, distúrbios.	Neuroimagem demonstrando atrofia e calcificação dos gânglios basais, excluídas outras causas.
Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmose, peniciliose)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Histologia: geralmente formação de granulomas Isolamento: detecção de antígeno no tecido afectado; cultura ou microscopia de espécime clínico ou hemocultura.
Infecção por micobactéria não tuberculosa disseminada	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Sintomas clínicos inespecíficos incluindo perda de peso progressiva, febre, anemia, suores nocturnos, fadiga ou diarreia; e cultura de bactérias atípicas nas fezes, sangue, fluidos corporais ou outros tecidos corpóreos, excluindo-se o pulmão.
Criptosporidiase crónica (com diarreia)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cistos identificados em coloração ZN modificada.
Isosporiase crónica	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Identificação de *Isóspora*.

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Linfoma não-Hodgkin cerebral ou de células B	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Neuroimagem: ao menos 1 imagem com efeito de massa; histologia de espécime relevante.
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Alteração neurológica progressiva associada a lesões em substância branca na neuroimagem ou PCR positivo para poliomavirusJC no líquor.
Nefropatia sintomática associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Biópsia renal
Cardiomiopatia sintomática associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cardiomegalia e evidência de disfunção ventricular esquerda confirmada por ecocardiograma

4. Fármacos Anti-Retrovirais Disponíveis em Moçambique

4.1. Classes dos Fármacos Antiretrovirais Segundo os Mecanismos de Acção

Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR)

- Zidovudina (AZT)
- Estavudina (d4T)
- Lamivudina (3TC)
- Abacavir (ABC)

Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa

- Tenofovir (TDF)

Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR)

- Nevirapina(NVP)
- Efavirenz (EFV)

Inibidores da Protease (IP)

- Ritonavir (RTV)
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
- Atazanavir (ATV)
- Darunavir (DRV)

Inibidor da transferência de cadeia da Integrase (ITCI)

- Raltegravir (RAL)

4.2.Associações de Fármacos em Dose Fixa Combinada (DFC) Disponíveis em Moçambique

- TDF/3TC/EFV
- TDF/3TC
- AZT/3TC/NVP
- AZT/3TC
- D4T/3TC/NVP
- D4T/3TC
- ABC/3TC

4.3. Descrição dos Antiretrovirais: Apresentação, Posologia e Interação com os Alimentos

QUADRO 3: INIBIDORES NUCLEOSÍDEOS DA TRANSCRIPTASE REVERSA (INTR)

<table>
<tr><th>Nome Genérico</th><th>Sigla</th><th>Apresentação</th><th>Posologia</th><th>Meia-vida Plasmática (de eliminação)</th><th>Posologia na Insuficiência renal ou hepática*</th><th>Interacção com alimentos</th></tr>
<tr><td>ABACAVIR</td><td>ABC</td><td>Comprimido
300mg

Comprimido dispersível
60mg

Em associação estão disponíveis os seguintes comprimidos:

ABC300+3TC150
ABC60+3TC30</td><td>Adulto: 300mg 12/12h
Criança: 8mg/kg,12/12h (Dose máxima 300 mg/dia)

Posologia para crianças:
<table>
<tr><th rowspan="2">Intervalo de Peso (kg)</th><th colspan="2">Doses de comprimidos Pediátricos*</th><th colspan="2">Doses de comprimidos para adolescentes/ adultos</th></tr>
<tr><th>12h</th><th>24h</th><th>12h</th><th>24h</th></tr>
<tr><td>De 3 a 5,9</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>De 6 a 9,9</td><td>1½</td><td>1½</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>De 10 a 13,9</td><td>2</td><td>2</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>De 14 a 16,9</td><td></td><td></td><td>1</td><td>½</td></tr>
<tr><td>De a 17 24,9</td><td></td><td></td><td>1</td><td>½</td></tr>
<tr><td>De 25 a 29,9</td><td></td><td></td><td>1</td><td>1</td></tr>
</table>
*Refere se a comprimidos dispersíveis em 10ml de água pura</td><td>1.5h</td><td>Não necessita de ajuste na posologia</td><td>Administrar com ou sem alimentos</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>Nome Genérico</th><th>Sigla</th><th>Apresentação</th><th>Posologia</th><th>Meia-vida Plasmática (de eliminação)</th><th>Posologia na Insuficiência renal ou hepática*</th><th>Interacção com alimentos</th></tr>
<tr>
<td>ESTAVUDINA</td>
<td>d4T</td>
<td>Em associação estão disponíveis os seguintes comprimidos:
- d4T30+3TC150

- d4T30+3TC150+NVP200

- d4T6+3TC30

- d4T6+3TC30+NVP50</td>
<td>Adulto: 30mg 12/12h

Crianças com <30 kg - 1mg/kg, 2 x dia
Crianças com > 30 kg- 30mg, 2 x dia

Posologia para crianças:
<table>
<tr><th rowspan="2">Intervalo de Peso (kg)</th><th colspan="2">Doses de comprimidos Pediátricos*</th><th colspan="2">Doses de comprimidos para adolescentes/ adultos</th></tr>
<tr><th>12h</th><th>24h</th><th>12h</th><th>24h</th></tr>
<tr><td>De 3 a 5,9</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>De 6 a 9,9</td><td>1½</td><td>1½</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>De 10 a 13,9</td><td>2</td><td>2</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>De 14 a 16,9</td><td></td><td></td><td>1</td><td>½</td></tr>
<tr><td>De a 17 24,9</td><td></td><td></td><td>1</td><td>½</td></tr>
<tr><td>De 25 a 29,9</td><td></td><td></td><td>1</td><td>1</td></tr>
</table>
*Refere se a comprimidos dispersíveis em 10ml de água pura

Em associação: 1cp 12/12h</td>
<td>1,4h</td>
<td>
<table>
<tr><th rowspan="2">Dep Cr.(ml/ mim)</th><th colspan="2">Dose diária</th></tr>
<tr><th>>60kg</th><th><60kg</th></tr>
<tr><td>26-50</td><td>20mg 12/12h</td><td>15mg 12/12h</td></tr>
<tr><td>10-25</td><td>20mg 24/24h</td><td>15 mg 24/24h</td></tr>
</table>
Doentes em Hemodiálise: usar a mesma dose da Dep. Cr (ml/min). Dose após diálise no dia da diálise.
</td>
<td>Administrar com ou sem alimentos.</td>
</tr>
</table>

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interacção com alimentos
LAMIVUDINA	**3TC**	Comprimido 150mg Em associação: (Veja d4T, AZT, TDF)	Adulto: 150mg 12/12h ou 300mg 1x/dia Criança: 4mg/kg 2x/dia	5-7h	Dep Cr. (ml/mim) — Dose 30-59 — 150mg a cada 24h 10-29 — 150mg na 1ª dose e a seguir 100mg 1xdia <10 — 150mg na 1ª dose e a seguir 50mg 1xdia <5 — 50mg na 1ª dose e a seguir 25mg 1xdia Doentes em Hemodiálise: 200mg a cada 96horas (dar a dose após a diálise se estiver no dia da dose)	Administrar com ou sem alimentos.

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interacção com alimentos
ZIDOVUDINA	**AZT**	Cápsula 300mg Suspensão de 10mg/ml **Em associação** estão disponíveis os seguintes comprimidos: • AZT300+ 3TC150 • AZT300+ 3TC150+ NVP200 • AZT60+ 3TC30 • AZT60+ 3TC30+ NVP50	**Adulto:** 300mg12/12h **Criança:** Dose profiláctica: 4mg/kg 12/12 horas durante 6 semanas Prematuro <34semanas: 1,5mg/kg, de 12/12horas,2 semanas depois passar a 2 mg/kg. Dose terapêutica: 4-9kg 12mg/kg 12/12 horas 9-30kg 9mg/kg 12/12 horas Posologia para crianças:	1,2h		Administrar com ou sem alimentos.

Dep Cr. (ml/mim)	Dose
30-59	300mg 12/12h
10-29	300mg 12/12h
<10	300mg 1xdia

Intervalo de Peso (kg)	Doses de comprimidos Pediátricos*		Doses de comprimidos para adolescentes/ adultos	
	12h	24h	12h	24h
De 3 a 5,9	1	1		
De 6 a 9,9	1½	1½		
De 10 a 13,9	2	2		
De 14 a 16,9			1	½
De a 17 24,9			1	½
De 25 a 29,9			1	1

***Refere se a comprimidos dispersíveis em 10ml de água pura**
Em associação: 1cp 12/12h

QUADRO 4: INIBIDOR NUCLEOTÍDEO DA TRANSCRIPTASE REVERSA

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interacção com alimentos
TENOFOVIR	**TDF**	Comprimidos 300 mg **Em associação:** TDF300+ 3TC300+ EFV600 TDF300+3TC300	**Adulto:** 300 mg 1x/dia **Criança:** 8mg/kg 1x/dia	17h	Dep Cr. (ml/mim) — Dose 30-49 — 300mg a cada 48h 10-29* — 300mg 2x semana Sempre que houver sinais de nefrotoxicidade após a introdução do TDF, este deve ser suspenso imediatamente, pois a toxicidade relacionada com o TDF não é reversível. O TDF não é recomendado no caso de Dep. Creatinina <30 ml/min	Administrar com ou sem alimentos

QUADRO 5: INIBIDORES NÃO NUCLEOSÍDEOS DA TRANSCRIPTASE REVERSA (INNTR)

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interacção com alimentos
EFAVIRENZ	**EFV**	Cápsulas de 600mg, 200mg, 50mg	**Adulto:** 600mg 1x/dia **Crianças:** 10 a <15 kg - 200 mg, 1 x dia 15 kg a < 20 kg - 250 mg, 1 x dia 20 kg a < 25 kg - 300 mg, 1 x dia 25 kg a 32,5 kg - 350 mg, 1 x dia 32,5 kg a 40 kg - 400 mg, 1 x dia > 40 kg - 600 mg, 1 x dia)	40–55h	Não necessita de ajuste (dialisável)	Administrar com ou sem alimentos, evitando somente refeições muito gordurosas
NEVIRAPINA	**NVP**	Comprimido 200mg Suspensão de 10mg/ml	**No adulto:** Dose de indução: 200mg/dia (14 dias) Dose de manutenção: 200mg 12/12h Se interrupção > 7 dias, reiniciar com 200mg/dia **Na criança:** Dose de indução: 4mg/kg/1xdia (14 dias) Dose de manutenção: - Crianças > 2meses aos 8 anos: 7mg/kg/dia, 2x dia - Crianças > 8anos: 4mg/kg/dia, 2x dia Dose máxima: 400mg/dia	25-30h	Não necessita de ajuste (não dialisável)	Administrar com ou sem alimentos

QUADRO 6: INIBIDORES DA PROTEASE (IP)

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na insuficiência renal ou hepática*	Interacção com alimentos
LOPINAVIR/r	**LPV/r**	Comprimidos de 200mg/50mg Comprimidos de 100mg/25mg Suspensão de 80/20mg/ml	**Adulto**:400/100mg (2comp 12/12h). • Associado com EFV ou NVP: ajustar a dose do LPV/r para 3 comprimidos 12/12h **Criança:** • De 7-15kg: 12mg/kg LPV/3mg/kg RTV dose 2x/dia • De 15-40kg: 10mg/kg LPV/2.5mg/kg RTV dose 2x/dia • > 40kg: igual que no adulto	5–6h	Não necessita de ajuste (não dialisável)	Administrar com alimentos
RITONAVIR	**RTV**	Cápsula gelatinosa 100mg Comprimido 100mg	**Adulto:** Associado com outro IP: vide IP em questão + RTV 100mg 2x/dia **Criança:** Ritonavir 100mg (com lopinavir) 10-13,9kg 1cp-1cp 14-24,9kg 2cp-1cp 25-29,9kg 2cp-2cp	3–5h	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste (não dialisável) Insuficiência hepática: evitar uso	Administrar, preferencial-mente, com alimento para melhorar a tolerância

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na insuficiência renal ou hepática*	Interacção com alimentos
ATAZANAVIR	**ATV**	Cápsula de 100 mg 150mg 300mg	**Adulto:** Associado com RTV: ATV 300mg 1x/dia + RTV 100mg 1x/dia **Criança:** 15-20kg 8,5mg/kg >20kg 7mg/kg 15-25kg 150mg ATV/ 80mg RTV 25-32 kg 200mg ATV/100 mgRTV 32-39kg 250mg ATV/ 100mg RTV	12 h	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste (mas não recomendado em pacientes a fazer hemodiálise) Insuficiência hepática: usar com precaução em casos ligeiros e não usar em doentes com afeção hepática moderada a grave	Administrar com alimento
DARUNAVIR	**DRV**	Comprimidos revestidos de 300 mg Comprimido 75mg e 150mg	**Adulto:** Associado com RTV: DRV/r 600mg 2x/dia + RTV 100mg 2x/dia **Criança:** (para crianças com idade > 3 anos) 10-20mg/kg 12/12 horas Criançcas 20-30kg: 375mg darunavir 2x/dia Crianças 30-40kg: 450mg darunavir 2x/dia Crianças > 40kg: 600mg 2x/dia	15 h	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste Insuficiência hepática: usar com precaução em casos ligeiros a moderado e não usar em doentes com afeção hepática grave	Administrar com alimento

* Experiência limitada. Mesmo quando não há indicação de ajuste de dose, recomenda-se uso cauteloso

→ ***Nota:*** *Ritonavir é usado como potenciador dos outros IP (LPV, ATV, DRV entre outros), já que este medicamento inibe as enzimas do Citocromo P4503A4 e age também na absorção e metabolismo de primeira passagem. Sendo assim, aumenta as concentrações séricas dos outros IPs co-administrados, proporcionando níveis séricos destes mais elevados, estáveis e por tempo mais prolongado, além de proporcionar menor risco de mutações que confiram resistência viral.*

QUADRO 7: INIBIDORES DA INTEGRASE

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na insuficiência renal ou hepática*	Interacção com alimentos
RALTEGRAVIR	**RAL**	Comprimidos revestidos de 400mg	**Adulto:** 400 mg 2x/dia **Criança:** 16-18 anos- 400mg 12/12 horas	9h	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste Insuficiência hepática: usar com precaução em casos graves	Administrar com ou sem alimentos

*Experiência limitada. Mesmo quando não há indicação de ajuste de dose, recomenda-se uso cauteloso

Fórmula para o cálculo da depuração da creatinina endógena estimada através da medida da creatinina sérica:

HOMEM
(140 – idade em anos) x peso (kg) **72 x Creatinina sérica (mg/dl)***
MULHER
(140 – idade em anos) x peso (kg) x (0,85) **72 x Creatinina sérica (mg/dl)***

IMPORTANTE:

** Em Moçambique, a unidade de referência da creatinina sérica é µmol/L, que corresponde à Unidade do Sistema Internacional.*

Entretanto, para fins de cálculo da depuração estimada da creatinina, é preciso converter o valor da creatinina sérica do doente (que é dado em µmol/L) para mg/dl, antes de se aplicar a fórmula acima.

Para isso, basta dividir o valor da creatinina sérica do doente (em µmol/L) por 88,4. O resultado corresponderá à medida da creatinina sérica do doente em mg/dl.

QUADRO 8: EFEITOS ADVERSOS MAIS FREQUENTES E INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS MAIS IMPORTANTES DOS INIBIDORES NUCLEOSÍDEOS DA TRANSCRIPTASE REVERSA

ABACAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Reacção de hipersensibilidade com sintomas sistémicos, respiratórios e/ou gastrointestinais, em geral com febre e sem acometimento de mucosas. Apresentação inicial pode ser confundida com "virose". Após reexposição pode ser grave (casos fatais foram descritos). Por isso não recomenda-se a sua reintrodução nesses casos.	Nenhuma descrita	Etanol aumenta em 41% níveis séricos de ABC (significado clínico desconhecido). ABC clearance de metadona em 22%.
ESTAVUDINA		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Neuropatia periférica, pancreatite, acidemia assintomática, lipoatrofia. Raro: acidose láctica, com esteatose hepática (grave, pode ser fatal).	**Zidovudina:** potencial redução da actividade anti-retroviral por antagonismo. Contra-indicado uso concomitante. **Didanosina**: embora haja evidências de que a combinação com ddl aumenta o risco de neurotoxidade, pancreatite, acidose láctica e lipoatrofia, a combinação não é contra-indicada. Entretanto deve ser evitada em gestantes.	• Medicamentos associados com neuropatia periférica, tais como isoniazida, etambutol, etionamida, fenitóina, hidralazina, glutetimida, vincristina e cisplatina, devem ser evitados ou administrados com precaução. • Metadona (↓d4T). Não há necessidade de ajuste de dose.
LAMIVUDINA		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Raramente associado a efeitos adversos. Embora, como todos ITRN, possa potencialmente causar acidose láctica com esteatose hepática, parece estar entre os mais seguros quanto a estes efeitos.	Sem interacção.	Cotrimoxazol (↑3TC). Não há necessidade de ajuste de dose

ZIDOVUDINA		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Mielossupressão, particularmente anemia e neutropenia. Náusea e vómito. Astenia, mal-estar geral, cefaléia, insónia, hiperpigmentação cutânea,ungueal e de mucosas. **Raro:** acidose láctica, com esteatose hepática (grave, pode ser fatal). O uso prolongado de ZDV foi associado com miopatia sintomática.	**Estavudina:** potencial redução da actividade anti-retroviral por antagonismo. Contra-indicado uso concomitante.	• ↑ risco de toxicidade hematológica: Ganciclovir, Anfotericina B, fluocitosina, Cotrimoxazol , dapsona, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina e Interferon. Monitorar anemia e neutropenia. • ↑ níveis do AZT: Probenecida, fluconazol, paracetamol, metadona, atovaquona, ácido valpróico. Monitorar.

QUADRO 9: EFEITOS ADVERSOS MAIS FREQUENTES E INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS MAIS IMPORTANTES DO INIBIDOR NUCLEOTÍDEO DA TRANSCRIPTASE REVERSA

TENOFOVIR		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Embora em geral bem tolerado e pouco associado a efeitos adversos, deve-se prestar atenção à **insuficiência renal (sindrome de Fanconi),** que é o efeito adverso mais importante. Outros efeitos adversos: acidose láctica e esteatose hepática, astenia, cefaléia, diarréia, náuseas, vómitos e flatulência;	**Didanosina:** aumenta os níveis séricos deste fármaco em 40%(reduzir dose ddl para 250mg/dia se >60kg ou 200mg/dia se <60kg). **IP:** TDF pode aumentar o nível sérico de alguns IPs, entretanto não há recomendação de ajustar doses. **Atazanavir:** reduz-se os níveis séricos deste fármaco quando usado com Tenofovir. Usar tenofovir somente com ATV/r (300mg/100mg).	Ganciclovir, cidofovir: monitorar toxicidade renal.

→ ***Nota:*** *A lesão renal produzida por Tenofovir tem uma frequência desconhecida, e os mecanismos pelos quais acontece são vários, nomeadamente, necrose tubular aguda, nefrite intersticial, tubulopatia proximal aguda e outras. É frequente a apresentação como emergência hipertensiva. O controlo da tensão arterial nos doentes em tratamento com Tenofovir deve ser encorajado.*

QUADRO 10: EFEITOS ADVERSOS MAIS FREQUENTES E INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS MAIS IMPORTANTES DOS INIBIDORES NÃO NUCLEOSÍDEOS DA TRANSCRIPTASE REVERSA

EFAVIRENZ		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Exantema, síndrome de Stevens--Johnson. Sintomas neuropsiquiátricos: distúrbios do sono (sono agitado, insónia, sonolência, pesadelos, sonhos bizarros) tonturas, vertigens, irritabilidade, agitação, depressão, euforia, dificuldade de concentração Elevação de transaminases. Dislipidemia. Teratogenicidade (em macacos).	**Indinavir:** diminui o IDV . Aumentar a dose de IDV para 1000mg de 8/8h. **Lopinavir/r:** ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 3cp 12/12h. **INNTR:** Potencial interacção. Contra--indicada associação	• **Uso concomitante contra-indicado:** astemizol, terfenadina, midazolam, triazolam, cisaprida, derivados de ergotamina e claritromicina, Hipérico (fitoterapia) • Rifampicina (↓ EFV), mas não se recomenda ajuste da dose do EFV. • Rifabutina (↓ Rifabutina). Ajustar a dose de Rifabutina para 450mg /dia. • Anticonvulsivantes: podem diminuir níveis do EFV e do fenobarbital, fenitoína e carbamazepina. Considerar alternativas terapêuticas.Metadona (↓ metadona). Considerar ajuste da dose de metadona • Etinilestradiol: ↑ níveis séricos.
NEVIRAPINA		
EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÃO COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
Exantema, Síndrome de Stevens-Johnson, Hepatite medicamentosa, elevação de transaminases (tóxica ou no contexto de reacção de hipersensibilidade grave).	**Indinavir:** ↓ IDV. Considerar ajuste da dose de IDV para 1000mg 8/8h. **Lopinavir/r:** LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 12/12h. **Ritonavir:** diminui RTV. Na há necessidade de ajuste de dose.	• **Uso concomitante contra-indicado:** rifampicina, ketoconazol, cápsula de alho, erva de são João, ginseng, echinacea e gingko biloba. • Metadona: ↓ metadona, considerar ajuste de dose. • **Atenção: A NVP ↓ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.**

QUADRO 11: EFEITOS ADVERSOS MAIS FREQUENTES E INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS MAIS IMPORTANTES DOS INIBIDORES DA PROTEASE

RITONAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Intolerância gastrointestinal (Diarréia, náusea e vómito, flatulência, alteração do paladar, anorexia). Parestesia (perioral e de extremidades). Cefaléia, astenia, tonturas, insónia. Elevação do CPK e ácido úrico. Possível aumento de sangramento em hemofílicos. Aumento das transaminases, hepatite clínica. Dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia, diabetes.	**Didanosina:** ↓ absorção de RTV. Administrar com intervalo mínimo de 1 hora. **Nevirapina:** ↓ RTV. Não há necessidade de ajuste de doses. **Indinavir:** ↑ IDV. Ajustar as doses para: IDV 800mg + RTV 100mg, ambos de 12/12h.	• **Uso concomitante contra-indicado**: meperidina, piroxicam, propoxifeno, amiodarona, encainida, flecainida, propafenona, quinidina, beperidil, derivados do ergot, sinvastatina, lovastatina, astemizol, terfenadina, cisaprida, bupropriona, closapina, pimozida, clorazepato, alprazolam, diazepam, estazolam, flurazepam, midazolam, triazolam, zolpidem, cápsula de alho. • Rifampcina (↓ RTV). Não há necessidade de ajuste de dose. • Rifabutina (↑ Rifabutina). Ajustar dose de Rifabutina. • Ketoconazol (↑ ketoconazol). Não exceder a dose de ketoconazol de 200mg/dia. • Desipramina (↑ desipramina). Considerar a redução da dose de desipramina. • Teofilina (diminui teofilina). Monitorar teofilina • Metadona (diminui metadona). Considerar aumento de dose da metadona. • Fenobarbital, fenitoina e carbamazepina: possíveis alterações da AUC das drogas. Monitorar os anticonvulsivantes. • Metronidazol, tinidazol, secnidazol e dissulfiram (efeito antabuse com o conteúdo de álcool da preparação de Ritonavir). • Suplementos a base de alho aumentam toxicidade do RTV. Evitar o uso. • Sildenafil (aumenta sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/48h. • Aciclovir (maior risco de nefrolitiase). **Atenção: O RTV↓ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.**

LOPINAVIR/r		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Intolerância gastrointestinal (Diarréia, náusea e vómito). Parastesia (perioral e de extremidades). Possível aumento de sangramentos em hemofílicos. Aumento das transaminases, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.	**Didanosina:** ↓ a absorção. Administrar com intervalo mínimo de 1h. **Efavirenz ou Nevirapina:** ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 2x/dia.	• **Uso concomitante contra-indicado:** rifampicina, flecainida, propafenona, derivados de ergot, astemizol, terfenadina, cisaprida, triazolam, lovastatina, sinvastatina, midazolam, erva de São João, cápsula de alho, echinacea, gingseng e giko-biloba. • Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital ou dexametasona (diminui LPV). Usar com precaução. • Atorvastatina ou cerivastatina (↑ inibidores da HMG-coA redutase). Considerar uso de drogas alternativas. • Rifabutina (↑ Rifabutina). Reduzir a dose de Rifabutina a 75% da dose usual recomendada. • Medicamentos com potencial interacção que requerem estreito monitoramento ou ajuste de dose: amiodarona, bepridil, lidocaína (sistémica), quinidina, ciclosporina, rapamicina, felodipina, nifedipina, nicardipina, metadona, ketoconazol, itraconazol. • Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg x48h. **Atenção: O RTV ↓etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.**
ATAZANAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Frequentes: cefaleia; icterícia ocular; vómitos, diarreia, dor abdominal, náuseas, dispepsia; erupção cutânea; síndrome de lipodistrofia, fadiga	**Efavirenz ou Nevirapina:** não é recomendada co-administração. Em combinação com EFV considerar o aumento de ATV para 400mg 1x/dia e RTV 200mg 1x/dia	• **Uso concomitante contra-indicado:** sinvastatina ou lovastatina. • Se a utilização de atorvastatina for considerada estritamente necessária, deve ser administrada a menor dose possível com monitorização clínica cuidadosa. Não se recomenda a utilização concomitante com fluticasona ou outros glucocorticoides que são metabolizados pelo CYP3A4 nem com inibidores da bomba de protões. A utilização concomitante com salmeterol pode resultar no aumento de acontecimentos adversos cardiovasculares associados ao salmeterol. Não foi estudada a coadministração com outros contracetivos hormonais ou com contracetivos orais contendo outros progestagénios para além do norgestimato, pelo que deve ser evitada. (Se um contracetivo oral for administrado com ATV/r, recomenda-se que o contracetivo oral contenha, pelo menos, 30 µg de etinilestradiol e que a doente seja recordado para seguir rigorosamente a posologia deste regime contracetivo)

DARUNAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Frequentes: Vómitos, diarreia, náuseas, dor abdominal, obstipação, flatulência, indigestão, perda de apetite. Cefaleias, tonturas, perda ou falta de força, fadiga, insónia. Erupções cutâneas. A erupção cutânea é geralmente ligeiro a moderado.	**Lopinavir/r:** não se recomenda a co-administração. **Tenofovir:** Se for utilizada, sugere-se monitorar a toxicidade do tenofovir com mais rigor.	**Uso concomitante contra-indicado:** astemizol ou terfenadina, midazolam ou triazolam, cisaprida, pimozida ou sertindol, amiodarona, bepridil, quinidina, lidocaína sistémica, lovastataina e sinvastatina, rifampicina. Antiácidos: intervalo mínimo de 2 horas entre as drogas. Ketoconazol, Fluconazol, Itraconazol: precaução com uso prolongado e dose > 200mg/dia. Etinilestradiol: redução da concentração do etinilestradiol em 50% (usar outro método contra-ceptivo).

QUADRO 12: EFEITOS ADVERSOS MAIS FREQUENTES E INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS MAIS IMPORTANTES INIBIDOR DA INTEGRASE

RALTEGRAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	**INTERAÇÃO COM ARV**	**OUTRAS INTERAÇÕES**
Frequentes: Apetite reduzido, dificuldade em dormir, pesadelos, dor abdominal, diarreia, flatulência, mal-estar, vómitos, erupção cutânea (mais frequente quando utilizado em associação com darunavir), cansaço, febre, aumento dos valores relacionados com a função do fígado nas análises ao sangue, glóbulos brancos anormais, aumento dos valores de gordura no sangue, aumento dos valores de enzimas das glândulas salivares ou pâncreas.	Não foram observadas interações significativas	A rifampicina reduz os níveis plasmáticos do RAL. A coadministração de inibidores da bomba de protões ou outros medicamentos antiulcerosos pode aumentar os níveis plasmáticos de raltegravir. Não é necessário ajuste posológico para o RAL ou para os contracetivos hormonais (baseados em estrogénio e/ou progesterona).

5. Critérios para Iniciar o TARV em Moçambique e Regimes Terapêuticos

5.1 Critérios Para Início de TARV Segundo o Protocolo Nacional

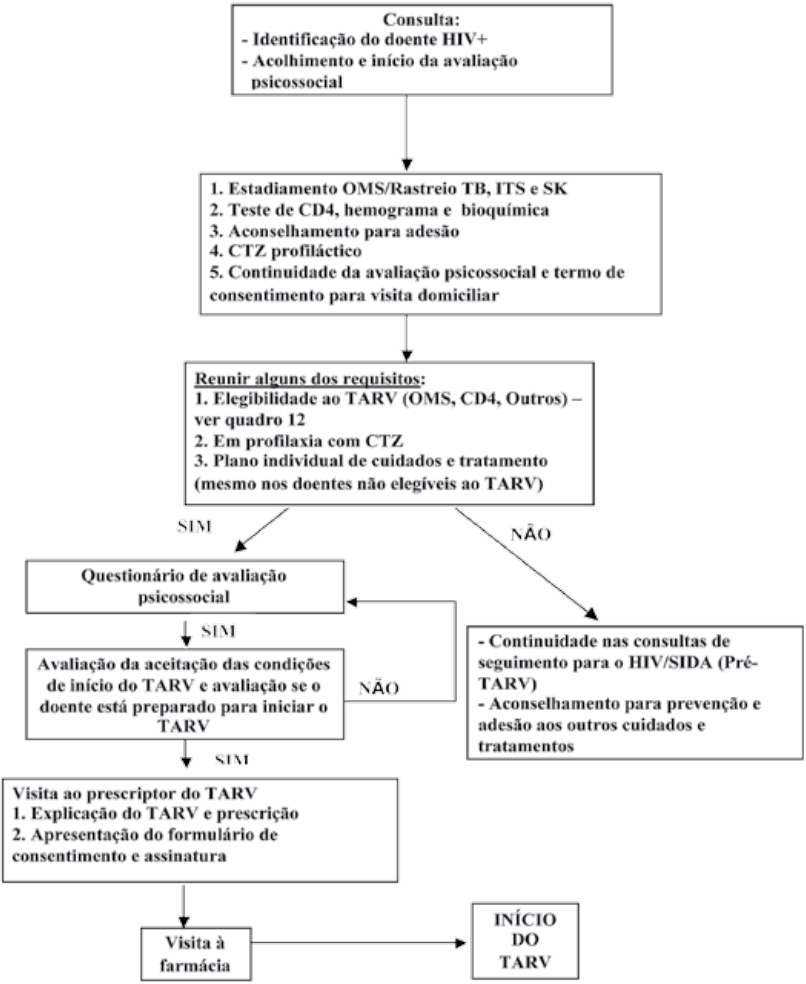
QUADRO 13: CRITÉRIOS PARA O INÍCIO DE TARV EM MOÇAMBIQUE

CRITÉRIOS PARA O INÍCIO DE TARV NO ADULTO E CRIANÇA ≥ 5 ANOS		
Estadio Clínico da OMS	**CD4 disponível**	**CD4 não disponível**
I	Tratar se CD4 ≤350 cel/mm^3	Não tratar
II		
III	Tratar independentemente da contagem de CD4	Tratar
IV		
GRUPOS ESPECIAIS		
Todas as crianças < 5 anos com diagnóstico confirmado devem iniciar TARV independentemente do estadio clínico e contagem de CD4		
Todas as mulheres grávidas e lactantes HIV+ devem iniciar TARV independentemente do estadio clínico e da contagem de CD4		
Todos os pacientes com co-infecção VHB-HIV e HTLV-HIV devem iniciar TARV com independência do estadio clínico e da contagem de CD4		
Todos os pacientes com diagnóstico de HIV e TB em qualquer localização devem iniciar TARV com independência da contagem de CD4		
Todos os pacientes com cancro invasivo (qualquer) e HIV devem iniciar TARV com independência de qualquer outra condição		
Todos os parceiros HIV+ das mulheres grávidas e/ou lactantes seronegativas		
E		
APÓS PREPARAÇÃO DO DOENTE PARA GARANTIR ADESÃO ADEQUADA AO TARV		

IMPORTANTE:

1. Na impossibilidade de acesso à contagem de Linfócitos T – CD4+, a terapia antiretroviral e as profilaxias primárias devem ser consideradas para pacientes adultos com menos de 1.200 linfócitos totais/mm3 (ou queda anual maior que 33%), especialmente se Hemoglobina <10g/dl, pela grande probabilidade da contagem de Linfócitos T – CD4+ ser < 200cel/ mm3. *(J Acquir Immune Defic Syndr. 2005. 99: 620-625).* Pode-se ainda estimar a contagem de linfócitos T CD4+ com a seguinte fórmula:
   - Linfócitos T= 80% dos linfócitos totais;
   - Linfócitos T CD4+: 25 a 30% dos linfócitos T (confiabilidade de 80%);
2. O TARV não é uma emergência, mas deve ser iniciado assim que possível e que as condições propiciarem. O tratamento das infecções oportunistas é prioritário. No caso de doentes com imunossupressão avançada (CD4 < 200 cel/mm3) e doença oportunista activa, é recomendado o início do TARV 15 dias após o início do tratamento da infecção oportunista;
3. Sempre que possível, o TARV e a profilaxia com CTZ não devem ser iniciados em simultâneo. Em adultos, iniciar CTZ o mais precocemente possível e no mínimo 2 semanas antes do início do TARV, para que, caso ocorra alguma reacção medicamentosa, seja possível melhor definir o fármaco responsável;
4. Boa adesão e prevenção com o uso de preservativos é a associação ideal para o sucesso terapêutico!

ALGORITMO 3: INÍCIO TARV



5.2 Regimes Terapêuticos

O regime recomendado é o de tripla terapia. A escolha do esquema a ser seguido tem em conta a condição clínica, laboratorial e idade do doente e a farmacologia dos medicamentos ARV disponíveis.

QUADRO 14: ESQUEMAS TERAPÊUTICOS SEGUIDOS EM MOÇAMBIQUE EM ADULTOS E CRIANÇAS ≥ 5 ANOS

1as LINHAS:

TDF[1] + 3TC + EFV

AZT + 3TC + NVP

ALTERNATIVA ÀS 1asLINHAS:

Alternativa à 1ª linha com TDF/3TC/EFV

- Se Insuficiência Renal ou Diabetes Mellitus ou HTA[2]: AZT + 3TC + EFV
- Se antecedentes psiquiátricos graves[3]:
  - AZT + 3TC + NVP: no caso de pacientes que iniciam TARV com CD4 ≤350 cels/mm^3
  - TDF + 3TC + LPVr: para pacientes que iniciam TARV com CD4 ainda elevados e que por tanto têm elevado risco de hepatotoxicidade com o uso de NVP

Alternativa à 1ª linha com AZT/3TC/NVP

- Se anemia com Hgb ≤ 8g/dl: TDF + 3TC + EFV ou ABC + 3TC + EFV
- Se intolerância a NVP Grau 1 ou 2: monitorar a evolução do quadro. Se persistir ao final de 2 semanas, trocar NVP por EFV
- Se intolerância a NVP Grau 3 ou 4, trocar para AZT + 3TC + LPVr
- Se gravidez: ver capítulo específico

[1] Com os comprimidos disponíveis actualmente (TDF 300 mg) só é possível administrar TDF a crianças ≥ 35 Kg de peso

[2] Insuficiência renal: Depuração de creatinina<60 ml/min (vide tabela para cálculo de Depuração de Creatinina na unidade sobre Seguimento Clínico e Laboratorial)
[2]HTA: PA <145/95 mmHg comprovada no mínimo em 3 medições
[2]DM: Glicémia em jejum ≥ 7.7 mmol/l ou ≥ 140 mg/dl

[3] Antecedentes psiquiátricos: Mudanças severas do humor, psicose, alucinações

QUADRO 15: ESQUEMAS TERAPÊUTICOS SEGUIDOS EM MOÇAMBIQUE EM CRIANÇAS < 5 ANOS

1as LINHAS:

- **AZT +3TC+NVP**
- **AZT+3TC+LPV/r:** Para crianças infectadas e que iniciam TARV com menos de 2 anos de idade, em casos em que a mãe tenha feito TARV com NVP ou EFV ou a criança/mãe tenham feito PTV com Nevirapina

ALTERNATIVA ÀS 1as LINHAS:

Alternativa à 1ª linha com AZT/3TC/NVP

- **d4T +3TC+NVP:** para crianças com anemia (Hgb ≤ 8g/dl)
- **ABC+3TC+NVP:** Se anemia com Hgb ≤ 8g/dl e neuropatia periférica

Alternativa à 1ª linha com AZT/3TC/LPV/r

- **d4T +3TC+LPV/r: para crianças com** anemia (Hgb ≤ 8g/dl)
- **ABC+3TC+ LPV/r** : Se anemia com Hgb ≤ 8g/dl e neuropatia periférica

A primeira linha com TDF+3TC+EFV para adultos, grávidas, lactantes e crianças será introduzida de forma faseada, iniciando nas US que reúnam condições laboratoriais para a avaliação da função renal. Nas US onde essas condições laboratoriais não estejam reunidas, mantém-se a actual primeira linha com AZT+3TC+NVP (no caso de grávidas ver capítulo específico).

Os grupos prioritários que irão receber a nova primeira linha são:

- Novos inícios, incluindo as grávidas
- Pacientes em TARV há menos de 6 meses com outra primeira linha
- Co-infecção TB-HIV em paciente naíve para TARV e/ou pacientes que desenvolvem TB nos primeiros 6 meses de TARV
- Co-infecção HIV-VHB
- Casos de intolerância ao esquema actual

A anemia causada directamente pelo AZT não é muito frequente (alguns estudos indicam aproximadamente 5%), sendo o motivo mais comum de anemia nos doentes seropositivos a depressão medular causada pelo próprio vírus HIV. Nesses casos, a terapia anti-retroviral tende a reverter essa situação e o AZT pode e deve ser usado. Nos casos de anemia clínica (onde não há laboratório) ou Hgb inferior a 8g/dl, deve-se tratar a anemia com sal ferroso +acido fólico+complexo B e/ou transfusão sanguínea (se indicado) e substituir o AZT por d4T para início do TARV. Logo que haja melhora clínica/laboratorial da anemia, substituir o d4T por AZT e monitorar o doente durante os primeiros 2 meses após a troca.

LEMBRAR QUE

1. Existe maior risco de reacção adversa grave (alergias e/ou hepatotoxicidade) com o uso de Nevirapina, principalmente em mulheres com CD4 >250 cel/mm^3 e em homens com CD4 > 400 cel/mm^3. Para o adequado manejo, ver Capítulo 11.
2. Alguns estudos demonstram que a toxicidade hepática da Nevirapina pode ocorrer no primeiro ano de tratamento, tendo como factor de risco a hepatopatia crónica viral do tipo C ou B, bem como nos usuários de drogas endovenosas e alguns medicamentos tradicionais. Nesses casos, não há relação com o valor de CD4, e, sendo assim, devemos manter uma **vigilância com maior periodicidade da função hepática.**
3. Os conteúdos relativos ao tratamento anti-retroviral em mulheres grávidas e pacientes adultos e crianças com Tuberculose são abordados em unidades específicas.

6. Tratamento Antiretroviral em Doentes com Tuberculose

6.1. Tratamento Antiretroviral No Adulto Com Tuberculose

O TARV deve ser prescrito para todos os doentes adultos co-infectados TB/HIV. Os regimes que podem ser utilizados em pacientes adultos que recebem tratamento para Tuberculose são os seguintes:

ESQUEMA ARV INDICADO:

TDF/AZT/ABC + 3TC + EFV

OU

TDF/AZT/ABC + 3TC + LPVr hiperpotenciado

IMPORTANTE

1. O tratamento da TB é prioritário em relação ao início do TARV;
2. Os pacientes que desenvolvem TB e já recebem TARV com NVP devem ser trocados para um regime que não contenha NVP (substituição de NVP por EFV ou por LPV/r hiperpotenciado, dependendo do caso). Se estes pacientes vinham recebendo TARV há mais de 1 ano, não poderão ser trocados para a linha TDF/3TC/EFV, para permitir a preservação do TDF para a segunda linha de TARV.
   - Se houver insuficiência renal deve ser escolhido o AZT no lugar do TDF.
   - Se insuficiência renal e hemoglobina< 8 g/dl deve ser escolhido o ABC no lugar do TDF ou AZT.
3. Associar sempre piridoxina 50mg/dia em todos os pacientes em tratamento para TB para prevenir o risco de neuropatia periférica associado ao uso de isoniazida;
4. Dever-se-á utilizar o esquema com LPVr em doses maiores durante o período de uso da Rifampicina, nos casos em que o EFV esteja contra-indicado (doente com intolerância ao EFV) ou nos casos de resistência ao EFV. No fim do tratamento da TB o LPVr deverá ser ajustado à dose normal.);
5. Indicação do uso de corticosteróide no tratamento da Tuberculose:
   - o TB pericárdica
   - o TB SNC

Recomendações do Uso dos ARV com a Rifampicina

INIBIDORES DA PROTEASE

Associações Possíveis com a Rifampicina:

- Lopinavir 200mg/ritonavir50mg 3 comp 12/12h + Ritonavir 100 mg 1 comp 12/12h. Usar com cautela e monitorização clínica e laboratorial regular devido ao alto risco de hepatite tóxica

  → NÃO associar com a Rifampicina nenhum outro IP excepto o descrito acima.

INIBIDORES NÃO NUCLEOSIDIOS DA TRANSCRIPTASE REVERSA

Associações Possíveis com a Rifampicina:

- Efavirenz

6.2. Tratamento Anti-Retroviral Na Criança Com Tuberculose

Todas as crianças co-infectadas com TB e HIV devem também receber TARV.
As crianças co-infectadas com TB/HIV, devem iniciar o TARV nas primeiras oito (8) semanas de tratamento da TB, logo que seja tolerado, independentemente da contagem do CD4 e do estádio clínico.

Crianças sem TARV no momento em que desenvolvem Tuberculose
Para diminuir eventual toxicidade e interacções medicamentosas, deve-se iniciar com os esquemas do TARV do seguinte modo:

Idade/ peso	Regime
< 3 anos ou < 10kg	AZT/D4T+3TC+ABC[1]
≥ 3 anos e ≥ 10kg	AZT/D4T+3TC+EFV
≥5 anos[2]	TDF+3TC+EFV

Crianças infectadas pelo HIV em TARV e que desenvolvem TB

Para todas as crianças infectadas pelo HIV, a terapia anti-TB deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico da TB, devendo continuar com o TARV. Deve-se ajustar os esquemas do TARV do modo seguinte:

Idade/ peso	Regime TARV inicial	Regime TARV modificado
< 3 anos ou < 10 Kg	AZT/D4T+3TC+NVP	AZT/D4T+3TC+ABC[1]
≥3 anos e ≥ 10 Kg	AZT/D4T+3TC+NVP	AZT/D4T+3TC+EFV
≥5 anos[2]	TDF+3TC+EFV	TDF+3TC+EFV
Qualquer idade/peso	AZT/D4T+3TC+LPV/RTV	AZT/D4T+3TC+ABC[1]

1. Para as doses de ABC consulte o Quadro 4 no capítulo 4 (Fármacos ARVs disponíveis em Moçambique) ou a Roda de dosagem de ARVs pediátricos.
2. Com os comprimidos disponíveis actualmente (TDF300 mg) só é possível administrar TDF a crianças ≥ 35 Kg de peso

Nota: Para crianças recebendo o regime AZT/D4T+3TC+NVP, caso a substituição de NVP não seja possível, garantir que a NVP é administrada na dose máxima de 200mg/m²/dia 2 x dia. Para isso, deve ser aumentada em 30% a dose de Nevirapina normal

Exemplo: Criança com 18 Kg, em TARV com AZT/3TC/NVP (3DFC Adulto, 1 comp de manhã e médio a noite). No caso de esta criança precisar de iniciar tratamento para TB e não houver outras alternativas (ABC ou EFV), o clínico deverá adicionar mais 30%, isto é, mais 90 mg de NVP. O acréscimo de NVP deverá ser feito em xarope, adicionando 9 ml de xarope por dia (5 de manhã e 4 à noite), ao tratamento em comprimido que a criança já tomava. Nestes casos deverá ser cuidadosamente monitorada a ocorrência de toxicidade hepática.

Uso de Corticosteróides nos casos de Tuberculose

Os corticosteróides podem ser usados na abordagem de algumas formas complicadas de TB em crianças, ex: a meningite TB, complicações devidas à obstrução das vias aéreas provocadas por gânglios linfáticos e TB do pericárdio. Nos casos de meningite TB, os corticosteróides melhoram a sobrevivência e diminuem a morbilidade, e são por isso **recomendados em todos os casos de meningite TB**. O medicamento usado com mais frequência é a Prednisolona, na dose de 2 mg/kg/dia, podendo nos casos mais graves ser aumentada até 4 mg/kg/dia, com dosagem máxima de 60 mg/dia durante 4 semanas. A dose deverá ser então reduzida gradualmente (desmame) durante 1 –2 semanas antes de ser suspensa.

Piridoxina

Recomenda-se a administração de 5-10 mg/dia de Piridoxina (vitamina B6) às crianças em tratamento para Tuberculose.

7. Apoio Psicossocial e Adesão ao TARV

7.1. Apoio Psicossocial (APSS)

Como principal ferramenta de todas as actividades de apoio psicossocial para as doenças crónicas, em particular o HIV, o aconselhamento é um processo de escuta activa, centrado no paciente, respeitando as suas especificidades.

Este aconselhamento pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre o conselheiro e o paciente com o objectivo de resgatar os recursos internos da pessoa para que ela mesma tenha possibilidade de se reconhecer como agente da sua própria saúde.

ACONSELHAMENTO É:	ACONSELHAMENTO NÃO É:
• Estabelecer uma relação de ajuda. • Escutar activamente. • Ajudar o paciente a falar sobre as suas histórias de vida e experiências. • Dar informação correcta e apropriada. • Ajudar o paciente a conhecer suas habilidades e capacidades. • Ajudar o paciente a desenvolver uma atitude positiva diante dos desafios de viver com HIV/SIDA.	• Dizer o que o paciente deve fazer. • Tomar decisões pelo paciente. • Julgar o paciente. • Culpar o paciente. • Fazer sermão. • Fazer promessas que não pode cumprir. • Impor a sua opinião ao paciente.

→ **Requisitos importantes para um conselheiro**

- Habilidades de Comunicação
- Conhecimento Técnico
- Livre de juízo de valor
- Postura ética
- Sensibilidade às questões sócio-culturais e emocionais
- Sensibilidade às demandas singulares de cada paciente
- Atitude empática

O Aconselhamento TARV tem como componentes o aconselhamento Pré-TARV, Seguimento TARV e Monitoria da Adesão, sendo sempre dinâmico e depende da situação emocional, clínica e psicossocial do paciente abarcando o **apoio emocional**, **avaliação de risco** e provendo **informação educativa**.Em cada sesão de aconselhamento um ou outro componente pode ser mais valorizado.

FIGURA 1: DIAGRAMA DAS COMPONENTES DO APOIO PSICOSSOCIAL

7.2. Prevenção Positiva (PP)

A prevenção Positiva visa aumentar a auto-estima, confiança e capacidade das pessoas seropositivas protegerem a sua própria saúde e evitarem a transmissão do HIV para outras pessoas.

A PP integra sete (7) componentes, nomeadamente:

1. **Comportamento Sexual:** Fornecer mensagens relevantes sobre riscos que advém do comportamento sexual e oferecer preservativos;
2. **Testagem do parceiro:** Informar-se sobre o seroestado do parceiro do utente e oferecer testagem ou referir, caso seja necessário;
3. **Adesão ao TARV:** Avaliar a adesão ao TARV, oferecer aconselhamento e referir em caso de necessidade;
4. **ITS:** Avaliar possíveis sinais de ITS, oferecer tratamento ou referir.
5. **Planeamento familiar e PTV:** Identificar necessidades de planeamento familiar e Prevenção da Transmissão Vertical e referir, caso seja necessário;
6. **Consumo do álcool e drogas:** Avaliar o comportamento do utente em relação ao consumo do álcool e drogas, apoiá-lo e referi-lo em caso de necessidade;
7. **Referência aos serviços de apoio comunitário:** Identificar necessidades de apoio adicional e referir para aos grupos de apoio comunitário caso seja necessário

7.3. Directrizes Para o Processo de Aconselhamento

7.3.1 Pré-TARV

As sessões de aconselhamento desde a preparação para o início do TARV bem como todo o seguimento posterior para monitoria e reforço da adesão seguem por via de regra o algoritmo do Apoio Psicossocial do MISAU. Contudo, o conteúdo de cada sessão bem como os critérios para os diferentes encaminhamentos são flexíveis e dependem muito da demanda de cada paciente.

→ ***LEMBRE-SE:*** *que em cada sessão é importante dar atenção aos 3 componentes do aconselhamento: apoio emocional, educação/informação e avaliação do risco dando maior enfoque ao que for necessário e prioritário para o paciente em cada momento.*

Nas diferentes sessões do Aconselhamento Pré-TARV devem ser seguidas as seguintes directrizes:

- Ouvir como o paciente se sente com relação a ter sido encaminhado ao Serviço TARV
- Identificar o que o paciente compreendeu sobre o diagnóstico
- Dar informações explicativas o HIV e SIDA (reforço do pós-teste)
- Avaliar como o paciente se sente face ao resultado
- Avaliar a rede de apoio do paciente (familiar e comunitário)
- Iniciaravaliaçãopsicossocial
- Informar o resultado do CD4
- Pesquisar possíveis dificuldades para adesão (factores de risco)
- Fornecer informações sobre os ARVs, incluindo os efeitos secundários

- Desenvolver do plano individual de tratamento (escolha do horário das tomas)
- Apresentação do confidente (se desejo do paciente)
- Oferecer a possibilidade de participação nos grupos de apoio

→ ***ATENÇÃO:*** *O Aconselhamento Pré-TARV em grupo tem um carácter mais informativo. Por ser destinado a várias pessoas em simultâneo, a componente apoio emocional deve ser dada de forma indirecta procurando valorizar a percepção de que existem mais pessoas na mesma situação.*

7.3.2 Seguimento do TARV

O Seguimento do TARV inicia 15 dias após o início do tratamento e deve ser monitorado no mínimo a cada 30 dias dependendo da reacção do paciente ou seguindo o algoritmo do APSS. Este deve seguir as seguintes directrizes:

- Ouvir como o paciente está neste momento
- Pesquisar como tem sido seu tratamento (dificuldades, dúvidas, efeitos colaterais, doses perdidas, estratégias desenvolvidas)
- Trabalhar as demandasidentificadas
- Reforçar a oferta de participação no grupo de apoio
- Apoiar no seguimento do plano de toma dos medicamentos
- Identificar necessidades e encaminhar para apoio alimentar, jurídico ou psicológico

7.3.3 Monitoria da Adesão

A monitoria da adesão é fundamental para identificar precocemente aqueles doentes em risco de não adesão, ou aqueles que já estão com dificuldades, a fim de planear intervenções de apoio ao tratamento de acordo com cada caso.

Recomenda-se que a monitoria da adesão seja incorporada na rotina e como responsabilidade de toda a equipa da unidade sanitária e a combinação de dois ou mais métodos seja adoptada para auxiliar no processo de seguimento e apoio a adesão.

É fundamental que seja desenvolvida uma estrutura de seguimento e apoio psicossocial para o paciente ao longo da sua vida em tratamento, uma vez que a adesão tende a diminuir após longos períodos de tratamento tendo o clínico um papel central na definição e na implantação das estratégias de apoio aos cuidados e tratamento que serão adoptadas pela equipa.

Algumas acções que podem fazer a diferença na melhoria da adesão:

- Grupos de apoio
- Actividades na sala de espera
- Implantar a avaliação da adesão na rotina da unidade sanitária (conversa com o paciente, instrumentos de aferição da adesão)
- Discussão de casos com a equipa
- Melhorar a qualidade do acolhimento e do aconselhamento oferecido na unidade sanitária
- Organizar o sistema de registo na recepção e farmácia
- Implementar o sistema de identificação dos faltosos e abandonos*
- Estabelecer parcerias para realização de visitas domiciliárias

DEFINIÇÃO DE ABANDONO E CONDUCTA

Segundo o Programa Nacional de Controlo de ITS/HIV/SIDA de Moçambique, a definição de **ABANDONO e FALTOSO** é,

1)Para doentes em TARV:

a) FALTOSO: Paciente que atrasa menos de 2 meses no levantamento dos ARVs (entre dia X* até 2 meses seguintes).

Conduta: Tirar FILA do ficheiro móvel na farmácia; escrever nome do paciente como "faltoso" no Livro de Faltosos e Abandonos na farmácia; activar o processo de busca activa.

b) ABANDONO Paciente que atrasa mais de 2 meses no levantamento de ARVs (depois de 2 meses):

Conduta: Classificar o paciente como "abandono" no Livro de Faltosos e Abandonos na farmácia; tirar processo clínico do paciente do cacifo dos activos TARV e colocar no cacifo dos abandonos; mudar o estado de permanência do paciente no Livro de Registo TARV na recepção (paciente deve ser classificado agora como "Abandono"); registar a comunicação do abandono à recepção no Livro de Registo de Faltosos e Abandonos na farmácia; assegurar a notificação do abandono através do Relatório Mensal (SIS-H04); fazer a busca activa se não tiver sido feita aquando da identificação como faltoso. Se o paciente abandono for recuperado, o processo clínico deve ser actualizado e rearquivado nos cacifos dos pacientes activos em TARV; o estado de permanência do paciente no Livro de Registo TARV deve ser actualizado de novo a ser "Activo"; o Livro de Faltosos e Abandonos na farmácia deve ser actualizado para reflectir a volta do paciente; a FILA do paciente é rearquivado no ficheiro móvel; e o próximo Relatório Mensal (SIS-H04) é feito contando o paciente como "Activo" de novo.

2) Para doentes sem TARV:

a) FALTOSO: Paciente que não comparece à consulta clínica marcada (entre dia X** até 2 meses seguintes)

Conduta: busca activa;

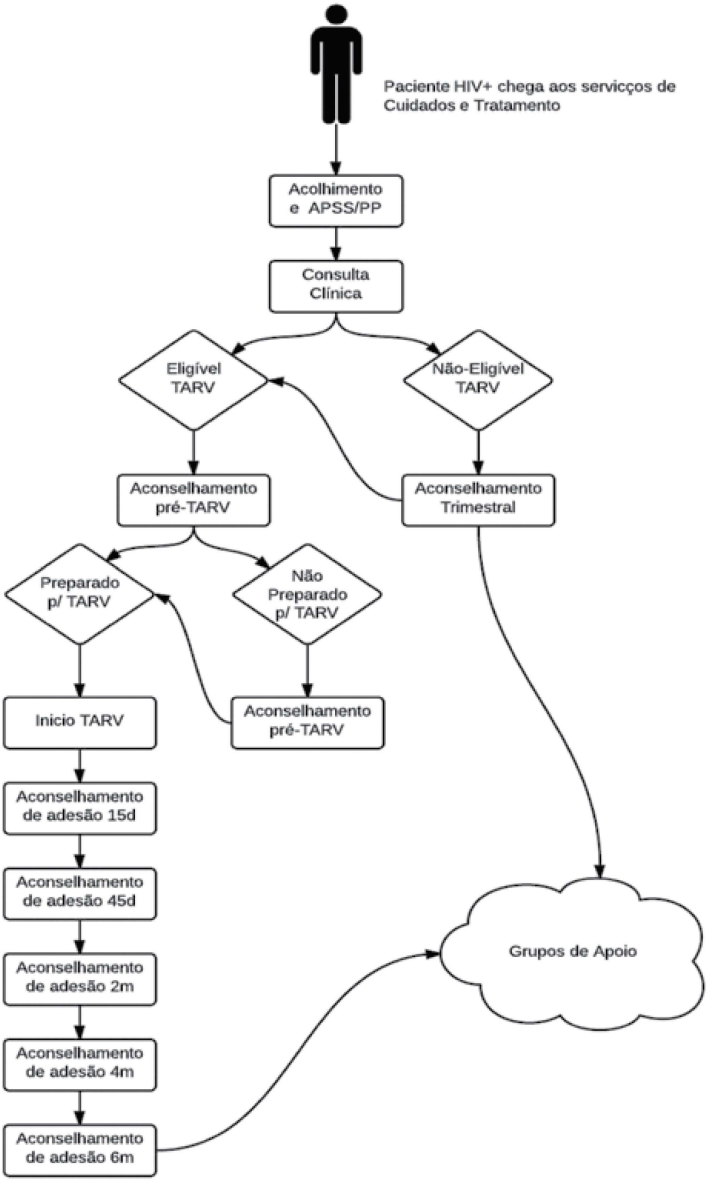
b) ABANDONO: Paciente que não comparece à consulta clínica marcada (depois de 2 meses)

Conduta: Tirar processo clínico do paciente do cacifo dos activos Pré-TARV e colocar no cacifo dos abandonos Pré-TARV; mudar o estado de permanência do paciente no Livro de Registo pré-TARV na recepção (paciente deve ser classificado agora como "Abandono"); assegurar a notificação do abandono através do Relatório Mensal (SIS-H04); fazer a busca activa se não tiver sido feita aquando da identificação como faltoso. Se o paciente abandono for recuperado, o processo clínico deve ser actualizado e rearquivado nos cacifos dos pacientes activos em pré-TARV; o estado de permanência do paciente no Livro de Registo pré-TARV deve ser actualizado de novo a ser "Activo"; e o próximo Relatório Mensal (SIS-H04) é feito contando o paciente como "Activo" de novo em pré-TARV.

O controlo das agendas na recepção deve ser um requisito imprescindível em cada US do SNS para a monitorização da adesão e o seguimento clínico dos doentes seropositivos.

*Dia previsto de levantamento dos ARV
**Dia previsto de consulta

7.4. ALGORITMO 4: APOIO PSICOSSOCIAL



Nota: O paciente deve ser referido sempre que tiver necessidade de reforçar a adesão

7.5. Apoio Psicossocial No TARV Pediátrico

7.5.1 O Aconselhamento à criança

As crianças infectadas ou afectadas pelo HIV, têm necessidades psicológicas próprias, que são muitas vezes negligenciadas. As necessidades, percepções, respostas e reacções das crianças são diferentes das dos adultos.

O aconselhamento de crianças inclui o estabelecimento de relações de ajuda, a tomada de decisões informadas, o reconhecimento e o aumento das suas capacidades, o desenvolvimento de atitudes positivas perante a vida, a escuta atenta e fornecer informações correctas e apropriadas à criança.

O aconselhamento tem como objectivos ajudar a criança a lidar com as emoções e desafios que enfrenta quando é directamente afectada pelo HIV ou SIDA, ou indirectamente através de um membro da família e a optar por escolhas correctas, participar na tomada de decisões para o prolongamento e melhoria da sua qualidade de vida sempre que possível.

No aconselhamento, a comunicação é a base do relacionamento entre o conselheiro e a criança. É importante encontrar formas práticas e eficazes para esta comunicação. O conselheiro deve usar métodos adequados para ultrapassar as barreiras de comunicação e ser capaz de se reunir com as crianças segundo o seu nível, usando métodos criativos como por exemplo, desenho, contar histórias, drama ou peça teatral, brincadeira, para explorar questões sensíveis e ajudar as crianças a expressarem os seus sentimentos.

7.5.2 A Revelação do Diagnóstico à Criança

Trata-se de um processo em que a criança é informada sobre a doença que tem e inclui a informação sobre o diagnóstico, a educação para o tratamento, e para a prevenção (para aqueles em idade de iniciação sexual), assim como o suporte para que a criança ou o adolescente e seus cuidadores possam compreender o significado de ser seropositivo/a e também possam aprender a conviver com a doença.

É importante garantir que a criança beneficie de apoio, quer do hospital, quer da família para realizar um confronto adequado com a doença.

O momento para revelação do diagnóstico é apropriado quando ela:

- Demonstrar curiosidade em relação a doença (brincadeiras, jogos, desenhos)
- Apresentar sintomas sugestivos de que o segredo esta a interferir negativamente no seu comportamento(fobias, nervosismo, etc.)
- Apresentar dificuldades de adesão
- Possuir capacidade de guardar segredo

→ ***NOTA:*** *Não há uma idade estipulada para início da revelação do diagnóstico. É necessário negociar o processo de revelação com os pais ou cuidadores da criança, de modo a que todos assumam a responsabilidade de prestar todo o apoio emocional necessário para o bem dela.*

Formas de revelação do diagnóstico para a criança

Deverão ser tomados em consideração dois tipos de revelação nomeadamente:

A Revelação Parcial do Diagnóstico

É feita parcialmente, ou seja, a criança/adolescente é informada que é portador/a de uma doença: explica-se que esta doença é crónica, o significado de ser portador de uma doença crónica, que não tem cura e só a toma regular de medicamento a pode controlar.

→ ***NOTA:*** *Na revelação parcial não se diz o nome da doença que a criança tem.*

A preparação para a revelação, mesmo que parcial deve acontecer em todas as consultas, a equipa deve sempre avaliar o nível de conhecimento que a criança/adolescente tem sobre seu estado de saúde e as razões porque ela vai ao hospital ou tem de tomar medicamentos. (***sem mencionar o HIV***).

ATENÇÃO: Temas a serem abordados neste processo:

- Importância da Higiene
- O que são consultas médicas e o que se faz no Hospital?
- O corpo humano e a defesa contra as doenças
- O que é estar doente?
- O que fazem os medicamentos?
- Tipos de doenças
- Importância de seguir com as recomendações de saúde

A Revelação Total do Diagnóstico

Processo no qual o objectivo final da intervenção termina na revelação total do diagnóstico. Todo o processo depende do grau de preparação da criança/adolescente e dos pais/cuidadores. A avaliação do grau de preparação para a revelação total do diagnóstico depende por fim, do seguimento do processo de revelação parcial do diagnóstico. Sendo assim, é certo dizer que a revelação parcial não obriga que haja uma revelação total, mas que a revelação total obriga que haja uma revelação parcial.

A Revelação Total deve acontecer de forma educativa, positivista, mobilizando o paciente a saber mais sobre a doença, assim como a se envolver de forma activa em actividades que proporcionem esta aprendizagem sobre si mesmo.

Recursos individuais da criança

Após a revelação do diagnóstico (parcial ou total) a criança poderá reagir de diversas formas. É necessário conhecer as estratégias que esta geralmente usa para confrontar estas situações. Poderão ser, entre outras:

- ***Agressividade*** – pode ser física ou verbal
- ***Acção directa*** – a criança lida directamente com a situação adversa para eliminar ou modificar.
- ***Reavaliação positiva*** – o doente esforça-se para modificar a avaliação cognitiva da situação ou problema.
- ***Suporte moral*** – necessidade, desejo ou pedido de ajuda a nível instrumental ou afectivo.
- ***Confronto*** – o doente enfrenta os seus sentimentos.
- ***Afastamento*** – tendência para se isolar do mundo exterior e refugiar-se no mundo imaginário para não pensar no problema ou dificuldades para descrever emoções ou sentimentos.
- ***Aceitação da responsabilidade*** – auto-crítica. A criança submete-se à situação.
- ***Fuga- Esquiva*** – age como se o problema não existisse.
- ***Auto-Controlo*** – o doente tenta controlar a situação, dando-se tempo para tomar decisões relacionadas.
- ***Inacção*** – Bloqueio afectivo e consequente ausência de reacção física e/ou intelectual.

Directrizes para a revelação do diagnóstico

Dependendo da demanda da criança e do seu nível de maturidade, as sessões de revelação do diagnóstico deverão seguir as seguintes directrizes:

- Inclusão de outros membros da família que conheçam a situação da criança e que possam prestar apoio aos pais/cuidadores;
- Exploração dos aspectos sócio-culturais ligados à revelação (percepção, pensamento e opinião dos cuidadores em relação à revelação);

- Desfazer com a criança a ideia assustadora do Hospital criando um vínculo lúdico;
- Preparação para lidar com a questão de estigma e discriminação tendo atenção aos aspectos do desenvolvimento (idade cronológica, idade mental, aspectos comportamentais e psicológicos);
- Explorar junto dos pais os comportamentos mais relevantes da criança;
- Encorajamento para identificação de padrinhos de tratamento (confidentes) pessoas que sirvam de apoio à família e à criança;
- Muita atenção com o que a criança/adolescente já sabe ou não.
- Reforçar os vínculos de comunicação entre mãe e filho;
- Assegurar que a criança está confortável, segura e acarinhada pela mãe;
- Começar a inculcar nos pais a importância da revelação diagnóstica e os seus benefícios para o desenvolvimento psicológico da criança.
- Preparar a criança quando for para a consulta no hospital intercalando a abordagem com os pais e a interacção dos profissionais directamente com a criança (sem a presença dos pais/cuidadores também);
- Estabelecer durante as sessões uma rotina nos procedimentos para que a criança se sinta segura através da previsibilidade das actividades;
- Criar um ambiente onde a criança possa brincar e privilegiar actividades lúdicas (histórias educativas, jogos e actividades de socialização, etc.) que promovam o vínculo e a confiança da criança com o profissional;
- Ter em conta a expressão dos sentimentos da criança (explorando as suas atitudes e motivação em relação às idas para o hospital). Avaliar também a sua linguagem corporal;
- Tomar em conta as diferenças existentes entre as crianças no aspecto cultural, económico, educacional e propriamente emocional e em função disso, adaptar a abordagem;
- É importante trabalhar a questão do segredo, e com ela identificar as pessoas em quem ela pode confiar e recorrer no caso de necessidade;

Para os adolescentes:

- Focar sobre o comportamento preventivo (preferencialmente abstinência ao sexo, mas também sexo protegido);
- Dar informação clara sobre o diagnóstico pois é bastante provável que o adolescente já tenha ouvido dizer que tem HIV o que pode causar alguma confusão;
- Avaliar as formas como o adolescente percebe o HIV e suas crenças sobre a doença e o tratamento. Assim, é possível avaliar até que ponto a revelação foi feita e procurar formas de reajustar as informações
- No caso de adolescentes que não têm ideia sobre a doença ou no caso daqueles cujos pais/cuidadores tenham escondido ou atrasado a revelação, é necessário envolver os cuidadores na revelação e apoiar para que o adolescente se sinta protegido e não enganado pelos mesmos;

MENSAGENS DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DIRIGIDAS À CRIANÇAS DE 4 À 5 ANOS DE IDADE

"No teu sangue, tem um "bichinho" (ou vírus dependendo da percepção da criança) que te pode pôr doente se não o fazemos dormir com os tratamentos. É por isso que tens de tomar os remédios."

"É importante tomares os medicamentos todos os dias para que fiques forte e possas estudar e brincar como as outras crianças."

MENSAGENS DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DIRIGIDAS À CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR:

"Um vírus é algo que entra no teu corpo, no teu sangue e te faz ficar doente. Como uma constipação. A constipação é um vírus. O HIV também é um vírus (em caso de revelação total: o vírus do HIV está no teu corpo e por isso precisas fazer seguimentos de saúde)".

"Tu nasceste com o vírus HIV porque ele passou do sangue da mamã para o teu quando estavas na barriga dela."

"Ter o HIV não significa que haja algo errado contigo. É um vírus/"bichinho" (depende da maturidade e escolaridade da criança) que está no teu sangue. Há muitos vírus diferentes que as pessoas podem apanhar."

"HIV é o nome do vírus que está no teu sangue. SIDA é o nome da doença que aparece se o HIV não for tratado. Tu tomas remédios para tratar o vírus HIV e para não ficares doente."

MENSAGENS DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DIRIGIDAS AO ADOLESCENTE JOVEM:

"Saber sobre a existência do HIV e tê-lo no sangue, dá-te uma responsabilidade especial de não passares o vírus a outras pessoas. Podes evitar apanhar o vírus outra vez ou transmiti-lo aos outros através de … (explicar, tendo por base a situação actual de risco do adolescente e a maturidade sexual)";

"Muitos adolescentes com o HIV em todo o mundo descobriram que ter o vírus lhes dá um tipo especial de força – força para educar os outros sobre o HIV, para impedir que o vírus se espalhe; e para mudar a informação errada e os preconceitos das pessoas. Podes decidir que queres usar a tua condição"

8. Nutrição e HIV

8.1. Relação entre a Nutrição e o HIV/SIDA

Existe uma relação bem directa entre a nutrição e o HIV. Uma boa Nutrição ajuda a manter o peso e previne a perda da massa muscular, ajuda a repôr os nutrientes perdidos, fortalece o sistema imunológico, ajudando assim a recuperação das infecções, reduz os efeitos secundários dos medicamentos, melhora o bem estar geral da pessoa, mantendo-a activa por mais tempo e atrasa o início dos sintomas da doença (SIDA).

A desnutrição e o HIV/SIDA são dois grandes problemas de saúde em Moçambique, os quais estão inter-ligados; se por um lado o HIV agrava o estado de desnutrição, através do seu impacto no consumo, digestão, absorção, e utilização dos nutrientes, por outro a desnutrição acelera a progressão do estado de infecção para doença.

Para a manutenção de um estado nutricional adequado, as pessoas infectadas precisam de receber uma alimentação adequada que satisfaça as necessidades nutricionais do organismo em todas as fases de infecção pelo HIV (fases assintomática e sintomática).

Para combater qualquer infecção, o organismo necessita de mais nutrientes e energia, o que significaque a pessoa precisa de aumentar o consumo alimentar em quantidade e qualidade, mas ao mesmo tempo uma pessoa doente tem falta de apetite, o que poderá resultar num défice nutricional. No caso do HIV/SIDA a situação não é diferente.

Está também comprovado que os alimentos contribuem para uma maior tolerância e adesão ao tratamento com os anti-retrovirais (ARV).

"A alimentação não é o remédio milagroso e não vai impedir que se morra de SIDA, maspode ajudar os doentes a viverem melhor e durante mais tempo, e a continuarem a ser produtivos (William Clay, FAO)"

Alimentação Saudável

Uma boa nutrição significa consumir alimentos que fornecem ao corpo todos os nutrientes (macro e micronutrientes) necessários diariamente, de modo a este funcionar bem. Isto é ter uma alimentação saudável: consiste em consumir um alimento de cada grupo de alimentos, respeitando sempre as preferências e valores culturais, esta não deve ser necessariamente cara para ser saudável. Nenhum alimento contém todos os nutrientes que o corpo precisa, por isso se recomenda que se coma uma variedade de alimentos (pelo menos um alimento de cada grupo por dia). É também importante o consumo de líquidos (8 copos por dia, no mínimo) e muito mais quando o doente tiver diarrea ou febre ou suores nocturnos

8.2. Orientações nutricionais para as pessoas vivendo com HIV/ SIDA

Orientações Gerais

De salientar que durante a fase assintomática, o paciente seropositivo tem uma necessidade energética acrescida em 10% da sua necessidade habitual e na fase sintomática a necessidade é de 20-30% em relação a sua necessidade normal. A OMS recomenda que um portador de HIV tenha um aumento de 10-30% no consumo energético (o que equivale a 2420 kcal – 2860 kcal, assumindo que uma pessoa sã consuma 2.200 kcal/dia).

Nas pessoas vivendo com HIV, a actividade física melhora o apetite, desenvolve os músculos, reduz o stress, aumenta a energia e ajuda a manter a saúde física e emocional no geral. As pessoas devem ser encorajadas a manter as suas actividades diárias, como caminhar, limpar, ir buscar água, procurar lenha e outras, desde que elas sejam capazes de o fazer.

Sempre que possível, recomenda-se que façam movimentos regulares simples dos braços e pernas durante pelo menos 10 a 15 minutos por dia. Caso estejam de cama, devem pedir ajuda para fazer o movimento dos membros. Os exercícios ajudam a prevenir dores corporais.

Suplementação com Micronutrientes

A OMS recomenda que a suplementação com multi-micronutrientes só seja feita caso se comprove a existencia de deficiência dos mesmos, como no caso de uma pessoa não portadora de HIV. Os suplementos de multi-micronutrientes, quando prescritos ao paciente, não devem substituir uma alimentação equilibrada, podem sim complementá-la.

Higiene dos alimentos

É também importante ter cuidados com a higiene alimentar (conservação e preparação adequada dos alimentos para prevenir intoxicações alimentares que poderão provocar diarreias), pessoal e do ambiente.

8.3. Alimentação Infantil no Contexto do HIV

Práticas de amamentação e sua duração em mulheres seropositivas

As mães seropositivas (e cujos filhos não estejam infectados pelo HIV ou se desconhece o seu estado serológico) devem fazer aleitamento materno exclusivo aos seus bebés nos primeiros 6 meses de vida.

Depois dos 6 meses, a mãe deve introduzir alimentos complementares adequados, e

continuar a amamentação durante os primeiros 12 meses de vida, em vigência de uso de profilaxia ARV.

A partir dos 12 meses, o aleitamento materno deve cessar, assegurando que uma dieta adequada e segura sem o leite materno pode ser oferecida.

As mães devem ser orientadas a não interromper bruscamente a amamentação; o desmame deve ser gradual, ao longo de um mês. As crianças que tenham sido submetidas a profilaxia anti-retroviral durante a amamentação devem continuar com a profilaxia até uma semana após o desmame completo.

IMPORTANTE:
Não é aconselhável terminar bruscamente a amamentação

No caso de o bebé ser seropositivo

Se os bebés forem seropositivos, aconselha-se às mães a amamentarem exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida, introduzirem a alimentação complementar após este período e a continuarem com a amamentação até aos dois anos ou mais.

Mensagens chave sobre alimentação da criança

Crianças de 0 a 6 meses

1. Iniciar amamentação logo após o parto, sem exceder a primeira hora após o parto, dando o colostro (o primeiro leite do peito da mãe).
   Isto inclui a promoção do contacto pele-a-pele logo após o parto, não excedendo a meia hora após o parto, e durante pelo menos uma hora.
2. Assegurar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses (não dar líquidos nem outros alimentos a menos que prescrito por médicos).
3. Amamentação deve ser livre demanda, ou seja, amamentar a criança sempre que ela quiser (de dia e de noite pelo menos 8 vezes por dia)

Crianças de 6 aos 24 meses

1. Antes de a criança atingir os 6 meses de idade, todos os pais devem ser aconselhados sobre quando e como introduzir alimentos complementares apropriados.
2. Os alimentos complementares promovidos devem estar disponíveis localmente e devem ser acessíveis para famílias de baixa renda, nutricionalmente balançados, e culturalmente aceitáveis.
3. Amamentar a criança sempre que ela quiser (de dia e de noite pelo menos 8 vezes por dia)
4. Introduzir alimentos complementares a partir dos 6 meses de idade. Para mais detalhes veja manual da CCR, consulta da criança exposta
5. A partir dos 12 meses, o aleitamento materno deve cessar, assegurando que uma dieta adequada e segura sem o leite materno pode ser oferecida.

Crianças de 2 anos em diante

1. Manter as orientações para crianças dos 12 a 24 meses
2. Pode-se oferecer também o leite artificial completo 1 a 2 vezes por dia

→ **NB:** *Crianças de 6 aos 59 meses devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses e desparasitadas também de 6 em 6 meses a partir dos 12 meses.*

Alimentos a dar aos bebés após o desmame

Quando as mães infectadas pelo HIV decidem deixar de amamentar em qualquer momento, os bebés devem receber alimentação de substituição segura e adequada para permitir o seu crescimento e desenvolvimento normais.

→ **N.B** *O uso de substitutos do leite materno deve ser recomendado, temporária ou permanentemente, APENAS na existência de razões médicas aceitáveis para tal, ou para crianças orfãs que não possam beneficiar de uma ama-de-leite.A sua administração deve ser através do copo e NÃO BIBERÃO.*

Manejo de complicações do HIV através da dieta

1. Perda de peso

A perda de peso em PVHS (perda de 10% do peso corporal ou cerca de 6-7 kg durante um mês diminui ainda mais a imunidade, aumentando a morbimortalidade do paciente. Portanto, devera ser aconselhado sobre oque se deve fazer quando a pessoa começa a registar perda de peso:

- Aumentar a quantidade de alimentos e de refeições, e incluir na dieta alimentos energéticos enriquecendo as preparações com óleo, amendoim pilado e/ou torrado, azeite, sementes (melancia, pepino, gergelim, abobora, girasol), leite em pó, gema de ovo e casca de ovo pilada e etc.

2. O que fazer, sempre que possível, quando a pessoa tem perda de apetite?

- Comer junto com a família e amigos, quando a pessoa tem vontade; alimentos que a pessoa goste, evitar o consumo de álcool, Tomar bebidas energéticas, usar temperos que realcem o sabor da comida, Fazer actividade física;
- Comer pequenas porções mais vezes ao dia;
- As mudanças no paladar podem ser causadas pelos efeitos dos medicamentos, por uma nutrição deficiente, ou pelas infecções;
- Nestes casos, melhorar o sabor dos alimentos ou substitui-los, praticar uma boa higiene oral, e consumir líquidos ao longo do dia assim como umedecer os alimentos antes de consumir podem ser medidas a aconselhar.

3. Feridas na boca e/ou garganta (candidíase ou herpes)

Quando isto acontecer deverá

- Comer alimentos leves, macios ou húmidos. Evitar comer alimentos ácidos;
- Prefira bebidas a temperatura ambiente ou geladas suaves;

- Mastigar pequenos pedaços de papaia para aliviar a dor;
- Lavar a boca frequentemente (para além de lavar a boca, deve bochechar com água salgada ou bicarbonato) e quando suportável beba sumos ricos em vitamina C(Laranja, lima, tangerina), ajudam na cicatrização das feridas.

4. Diarréia

A diarréia pode levar à desidratação e desnutrição, caso os líquidos e nutrientes perdidos não sejam repostos.

O doente devera tomar muitos líquidos, entre as refeições e após cada evacuação; repor os sais minerais; comer alimentos a base de cereais , fruta e legumes descascados cozidos e evitar determinados tipo de fibras, leite e lacticínios, reduzir o consumo de gorduras e de açúcares durante o episódio de diarreia, e evitar alimentos formadores de gases.

Comer pequenas porções, mas com maior frequência assim como lavar e cozinhar bem os alimentos são conselhos importantes assim como consumir ao longo do dia Água de Arroz ou soro de Rehidratação Oral

8.4. Avaliação, Aconselhamento e Suporte Nutricional

As diferentes formas de desnutrição podem aparecer isoladas ou de forma combinadae incluem:

- Desnutrição aguda, que se manifesta através de perda recente de peso e/ou edema bilateral;
- Desnutrição crónica ou emagrecimento estável, que se manifesta através da perda não recente de peso ou perda de peso de longa duração;
- Deficiência de micronutrientes, que incluem mais comumente as deficiências de ferro, vitamina A, iodo e das vitaminas do complexo B.

A desnutrição aguda pode ser classificada em Desnutrição Aguda Grave (DAG) e Desnutrição Aguda Moderada (DAM). A DAG por sua vez manifesta-se através das seguintes condições clínicas:

- Marasmo (emagrecimento grave)
- Desnutrição edematosa (denominada kwashiorkor em crianças, é acompanhada de edema bilateral)
- Kwashiorkor marasmático (emagrecimento grave com edema bilateral)

→ ***Nota:*** *Nas crianças, a desnutrição crónica é identificada através da avaliação da estatura para a idade.*

Avaliação Nutricional

A avaliação nutricional detalhada e completa dos pacientes HIV positivos deve ser feita em todas as consultas para adultos, grávidas, lactantes e crianças e deve incluir os seguintes:

Avaliação Antropométrica

Nas crianças menores de 5 anos a avaliação é feitaatravés da medição do Perímetro Braquial (PB) e da avaliação do peso para a estatura (P/E). Nas crianças acima dos 5 anos aos 14 anos a avaliação é feita através da medição do PB e da avaliação do IMC/ Idade, Quadro 17.

QUADRO 16. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL PARA CRIANÇAS DOS 6 MESES ATÉ AOS 14 ANOS

Indicadores Nutricionais	P/E ou IMC/Idade	Perímetro Braquial (PB)
Desnutrição aguda grave (DAG)	< -3 DP	6-59 meses:< 11,5 cm 5–10 anos:< 13,0 cm 11-14 anos:< 16,0 cm
Desnutrição aguda moderada (DAM)	≥ -3 e < -2 DP	6-59 meses: ≥ 11,5 e < 12,5 cm 5–10 anos: ≥ 13,0 e < 14,5 cm 11-14 anos: ≥ 16,0 e < 18,5 cm
Desnutrição aguda ligeira	≥ -2 e < -1 DP	

Fonte: Manual de Tratamento e Reabilitação Nurtricional Volume I

Nas mulheres grávidas deve-se fazer medição do Perímetro Braquial e avaliação do ganho de peso mensal. A classificação é feita de acordo com a tabela, respectivamente.

QUADRO 17. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS MULHERES GRÁVIDAS E LACTANTES USANDO O PB

PB	Classificação
< 21 cm	Desnutrição grave
≥ 21 cm a < 23 cm	Desnutrição moderada
≥ 23 cm	Normal

Fonte: Adaptado de Manual de PRN Volume II

QUADRO 18. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS MULHERES GRÁVIDAS USANDO O GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO

Ganho de peso	Classificação
< 1kg/mês	Desnutrição moderada
1-2 kg/mês	Normal
> 2kg/mês	Excesso de peso

Fonte: Adaptado de Manual de PRN Volume II

No adulto no geral deve-se fazer a medição do peso e altura e de seguida o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Se o adulto estiver acamado, o PB oferece uma boa alternativa. A classificação do estado nutricional é feita de acordo com a tabela

QUADRO 19.CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL PARA INDIVÍDUOS ADULTOS (> 18 ANOS)

IMC	Classificação
< 16,0	Desnutrição grave
≥ 16,0 a < 18,5	Desnutrição moderada
≥ 18,5 a < 25,0	Normal

Fonte: Adaptado de WHO. 1999. *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers*.Geneva.

Avaliação Clínica

Em todos os grupos etários deve-se fazer a pesquisa da presença de edema bilateral,veja instruções para sua pesquisa e avaliação da gravidade (Anexo 6). Nas mulheres grávidas é muito importante fazer o diagnóstico diferencial com outras causas de edema bilateral. Deve-se também fazer a pesquisa de anemia e de sintomas que podem afectar a ingestão de alimentos. A existência ou complicações médicas deve fazer parte da avaliação clínica.

Avaliação Laboratorial

- Hemoglobina
- Plasmódio
- Albumina
- Mantoux (para crianças),
- RX tórax (excepto nas grávidas),
- VS
- Fezes a fresco
- Urina II

Educação Nutricional e Aconselhamento

- A educação nutricional e aconselhamento são parte integrante dos cuidados e suporte das pessoas HIV positivas e devem enfatizar:Necessidade de pesagem e medição da estatura regular (deve ser feita a cada visita clínica);
- Necessidade de ter uma dieta adequada e aumentar o consumo energético e mantendo a ingestão recomendada de proteínas e micronutrientes;
- Necessidade de tratar as doenças oportunistas precocemente (pessoas com HIV positivo são susceptíveis a infecções que podem afectar a ingestão de alimentos e do estado nutricional):
- Importância da higiene pessoal, dos alimentos e segurança da água;
- Efeitos do álcool, cigarros e abuso de drogas na ingestão de alimentos, absorção e utilização.

Tratamento/Suporte para Pacientes com Desnutrição Aguda (Anexos 7 a 10)

O tratamento/suporte nutricional dos pacientes com desnutrição aguda é feito através da administração de produtos terapêuticos (leites terapêuticos e ATPU) e de produtos suplementares (MAE/CSB+). Para além do tratamento nutricional deve-se também providenciar um tratamento de rotina (*para mais informações, por favor, vide protocolos do Programa de Reabilitação Nutricional, Vol. I e II).*

Desnutrição Aguda Grave e com edema bilateral, complicações médicas ou falta de apetite

Independentemente da idade, todos pacientes diagnosticados com Desnutrição Aguda Grave e **que tenham complicações médicas, edema bilateral ou com falta de apetite** devem ser tratados no internamento:

a. Internar e tratar inicialmente com leites terapêuticos (F-75 seguido de F-100)
b. De seguida, após a estabilização do paciente e retorno do apetite, reabilitar com ATPU, podendo ser no internamento ou no ambulatório.

Desnutrição Aguda Grave e sem complicações (edema bilateral, complicações médicas, falta de apetite)

a. Tratar no ambulatório com ATPU (Plumpy`Nut) dose de acordo com peso. A prioridade na distribuição do APTU é sempre dada as crianças, os adultos apenas receberão ATPU, se a Unidade Sanitária tiver estoque suficiente para as crianças.
b. Educação nutricional e aconselhamento

Desnutrição Aguda Moderada

a. Suplementação Alimentar com MAE (CSB+),
b. Se MAE não existir dar ATPU (Plumpy`Nut) dose fixa diária.
c. Educaçãonutricional e aconselhamento

QUADRO 20: CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO DA SUPLEMENTAÇÃO OU REABILITAÇÃO NUTRICIONAL

Grupo populacional	Critérios de Alta
Crianças e Adolescentes até aos 14 anos	• P/E ≥ -1 DP ou IMC/Idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas com intervalo mínimo de 1 mês.
Adolescentes dos 15 aos 18 anos	• IMC/Idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivascom intervalo mínimo de 1 mês. OU • PB ≥ 23,0 cm
Adultos	• IMC ≥ 18.5 kg/m2 OU PB ≥ 23,0 cm
Mulheres grávidas e lactantes	• PB ≥ 23,0 cm OU • Criança amamentada ter completado 6 meses

Nota: Para além dos critérios apresentados na tabela, todos os pacientes devem ter bom apetite e não ter nenhuma complicação médica.
Nota 2: O paciente após a suspensão do alimento terapêutico deverá ser seguido adequadamente de modo a prevenir o retorno a situação anterior.

9. Prevenção da Transmissão Vertical do HIV: Cuidados da Mulher Grávida e Lactante HIV+ e da Criança Exposta

9.1. Introdução

A transmissão do HIV de mãe para filho pode acontecer em momentos diferentes, sendo a seguinte, a distribuição do risco de transmissão:

- Gravidez (intra útero): 10-25%
- Trabalho de parto: 25-50%
- Aleitamento materno: 35-40% (dependendo do tempo de exposição ao aleitamento materno)

Factores de risco: infecção aguda pelo HIV durante a gravidez (primoinfecção/re--infecção), infecção por HIV avançada (carga viral elevada, CD4 baixo), ruptura de membranas por >4h, episiotomia e técnicas invasivas durante o trabalho de parto, ITS durante a gravidez ou parto, aleitamento misto, entre outros.

9.2. Cuidados Oferecidos à Mulher em Idade Reprodutiva na SMI

Como forma de prevenir a transmissão vertical (TV) do HIV, um pacote de cuidados deve ser oferecido a toda mulher grávida e seu filho. O pacote de cuidados deve ser oferecido no Serviço de Saúde Materno Infantil (SMI), na Consulta Pré-Natal (CPN), Maternidade, Consulta pós-parto (CPP), Consultade Planeamento Familiar (CPF) e Consulta de Criança em Risco (CCR) (descrita no item 9.5 deste capítulo), Consulta da Criança Sadia(CCS) e consiste na oferta de:

Na consulta pré natal (CPN):

- Prevenção positiva: Recomendação de uso de preservativos em todas as relações sexuais; Aconselhamento em relação a "viver positivamente com o HIV": participação de grupos de apoio; Desencorajar o uso do álcool, cigarro e outras drogas
- Pacote de cuidados
  - → Aconselhamento e testagem para HIV para toda mulher grávida com seroestado desconhecido na primeira CPN (nunca testada anteriomente ou testada negativa há mais de 3 meses)
  - → Novo teste para HIV de 3 em 3 meses para todas as mulheres testadas negativas
  - → A oferta de tratamento antiretoviral ou alternativamente de profilaxia com ARVs para a mulher grávida
  - → A oferta de cotrimoxazol para toda mulher grávida HIV+ (independentemente do seu CD4, estadio OMS e idade gestacional) – o Tratamento Intermitente Profilático para malária (TIP) não deve ser oferecido para a mulher grávida HIV positiva em uso de cotrimoxazol. É contra-indicada a administração em simultâneo de cotrimoxazol e sulfadoxina-pirimetamina (Fansidar)

→ Rastreio de Tuberculose em todas as consultas e oferta de Isoniazida por 6 meses para as MG HIV + com critérios (ver os critérios no capítulo 1 da parte III: Recomendações de profilaxia)

→ Rastreio e tratamento de ITS,segundo protocolo

→ Avaliação estado nutricional e suplementação/reabilitação nutricional segundo as normas

→ Colheita de análises laboratoriais (CD4, hemograma/Hb, bioquímica hepática e renal)

→ Aconselhamento pré-TARV, e para adesão

→ Testagem familiar (parceiros, filhos)

→ Entrega de Sal ferroso com acido fólico

→ Entrega de Suplemento com multivitaminas

→ Entrega de Mebendazol a partir do 2º trimestre (o uso do albendazol é contra-indicado em qualquer período da gravidez)

→ Oferta de redes mosquiteiras

Na Maternidade/Parto:

- Oferta de aconselhamento e testagem a todas as gestante admitidas na maternidades cujo estado serologicopara HIV seja desconhecido (nunca testada ou testada negativa há mais de 3 meses). O teste deve ser feito antes do parto se for possível ou o mais cedo possivel após o parto (preferencialmentedentro dasprimeiras 72 horas)
- No primeiro estadio do trabalho de parto (fase de dilatação): evitar a rotina de rapação dos pêlos do púbis pelo aumento do risco de infecção; manter monitorização do bem estar fetal; evitar a rotura de membranas; evitar o trabalho de parto prolongado; limitar o número de toques vaginais
- No segundo estadio do trabalho de parto (fase de expulsão): fazer a lavagem cuidadosa do períneo e vulva com clorexedina antes e após a expulsão do bebé; a expulsão do bebé deve ocorrer da forma mais natural possível, evitando a compressão do fundo do útero; evitar a episiotomia e o uso de ventosa
- No terceiro estadio do trabalho de parto (fase de dequitadura): laqueação imediata e corte do cordão umbilical, administrar oxitocina para auxiliar o desprendimento da placenta, contrair o útero e evitar a hemorragia pós parto;
- Uso sistemático do partograma de forma universal, particularmente importante nas mulheres HIV+ para evitar partos prolongados que aumentam o risco de transmissão vertical
- Administrar ARVsde acordo com as normas nacionais

Ao Recém nascido:

- Precauções universais a todos os recém-nascidos
- Imediatamente após o parto, o bebé deve ser bem seco e limpo das secreções e sangue materno, envolvido num pano seco e mantido aquecido junto à mãe;
- Não realizar sucção do recém-nascido com sonda nasogástrica a não ser que haja líquido meconial;

- Deve-se administrar a Vitamina K, o antibiótico oftálmico e a vacina do BCG como habitualmente;
- Iniciar profilaxia com ARVs segundo as normas
- Iniciar o aleitamento materno dentro da primeira hora de vida se a mãe decidiu amamentar

NB:
Mesmo que a mãe decida não amamentar, deve-se manter o contacto pele a pele do bebé com a mãe dentro dos primeiros 30 minutos de vida e manter por ao menos 1h.

Na Consulta pós-parto e Planeamento familiar:

- Deve-se enfatizar no aconselhamento os seguintes aspectos:
    - Dupla protecção (preservativo e outro método de PF),
    - Risco de infecção para o parceiro não infectado,
    - Risco de re-infecções para ela,
    - Risco de transmissão vertical,
    - Medidas para diminuir os riscos
- Oferta de aconselhamento e testagem para HIV a todas as mulheres cujo estado serológico seja desconhecido (nunca testada ou testada negativa há mais de 3 meses). Oferta de novo teste para HIV de 3 em 3 meses para todas aquelas testadas negativas; referenciamento ou seguimento segundo as normas para todas aquelas testadas positivas;
- Rastreio e tratamento de ITS, segundo o protocolo;
- Rastreio de carcinoma de colo uterino e mama (CACUM) e conduta segundo o protocolo;
- Oferta do métodos anticonceptivos: preservativo masculino/femenino com Pílula progestínica ou combinada, Injectáveis: medroxiprogesterona (Depoprovera), Dispositivo Intra Uterino, implante, laqueação tubar, vasectomia.

IMPORTANTE:
independentemente do método de planeamento familiar escolhido, o uso de preservativos deve ser sempre encorajado!

9.3. Regimes Disponíveis para a Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)

O TARV Universal para mulheres grávidas e lactantes HIV positivas (Opção B+) será oferecido em todas as US que estão a oferecer TARV e a sua expansão deverá seguir a expansão dos serviços de TARV.

Em Moçambique duas opções de profilaxia estarão a ser oferecidas concomitantemente:

- TARV universal nas US que oferecem TARV (Opção B+)
- Profilaxia com ARVs (Opção A) nas US que ainda não oferecem TARV

Mais detalhes sobre os regimes de PTV existentes e oferecidos nos dois tipos de serviços, podem ser vistos na tabela abaixo e no texto a seguir.

QUADRO 21: OPÇÕES DE PTV DISPONÍVEIS EM MOÇAMBIQUE

	Opção A	**Opção B+**
Mãe	CD4 ≥350 cel/mm^3 AZT – 14 sem. IG. NVP du – entregue as 14 sem IG para tomar no início do trabalho de parto. AZT +3TC- trabalho de parto, até 7 dias após o parto.	TARV início assim que diagnosticada HIV + durante a gravidez, continuar para toda a vida. **Independentemente do CD4, estadio clínico ou idade gestacional** **"TARV para ETV** **ou** **TARV universal"**
	CD4 <350 cel/mm^3 TARV assim que diagnosticada HIV+, continuar para toda a vida.	

Criança	• **Mãe em profilaxia ARV**
	  • **criança amamentada** – NVP 2mg/kg de peso diário até 1 semana após o fim da amamentação.
	  • **criança não amamentada** - NVP 2mg/kg de peso diário do nascimento e durante 6 semanas.
		Independente do tipo de aleitamento– AZT 2x/dia do nascimento até 6 semanas de vida.

IMPORTANTE:
Toda criança exposta deve receber xarope de ARV profiláctico. Na ausência de xarope de AZT deverá ser oferecido xarope de NVP.

9.3.1 US COM TARV

TARV UNIVERSAL para todas as MG e lactantes HIV positivas.
Todas as MG e lactantes testadas positivas na CPN deverão iniciar TARV para toda a vida independentemente do seu estadio clínico ou contagem de CD4.
O aconselhamento pré-TARV deverá ocorrer no mesmo dia do diagnóstico. A paciente deverá iniciar TARV logo que o clínico (Enfermeira de SMI) se assegure que a mulher esteja preparada para uma boa adesão (pode ocorrer na primeira consulta).
Se a mulher grávida não aceitar a fazer TARV deve-se oferecer profilaxia.
O aconselhamento para adesão deverá acompanhar todas as consultas seguintes.

Esquemas Terapêuticos para a Mulher Grávida e Lactante

I. **TDF+3TC+EFV**
   a. Gradualment e até 2015 todas as US com TARV estarão a oferecer regime com TDF.

II. **Esquemas alternativos:**
   a. AZT+3TC+EFV
      i. Este regime terapêutico será implementado nas US a oferecerem TARVe que ainda não estão contempladas no esquema com TDF. Este regime também poderá ser oferecido no caso de contra-indicação do uso de TDF (vide quadro 15).

   b. D4T+3TC+EFV
      i. Nos casos descritos no item a, com anemia (Hb<8g/dl), as MG devem iniciar TARV com este esquema terapêutico.

   c. TDF+3TC+LPV/r
      i. No caso de pacientes psiquiátricos não deve-se utilizar o EFV, este fármaco deve ser substituído por LPV/r.
      ii. O EFV deverá ser suspenso e substituído por LPV/r nas pacientes que desenvolvem alterações de comportamento com o uso de EFV.

IMPORTANTE:
Estudos internacionais não demonstram aumento do risco de teratogenicidade para mulheres grávidas recebendo EFV no 1º trimestre. A prevalência de teratogenicidade para mulheres expostas a EFV no 1º trimestre é similar às mulheres expostas a linhas terapêuticas com ARVs sem EFV e na população em geral (2%, 2.9% e 6% respectivamente). A incidência de defeitos do tubo neural se manteve baixa (0.07%).
A publicação da OMS de Junho de 2012 "*WHO Technical update on treatment optimization - Use of efavirenz during pregnancy: a public health perspective*", mostra que os benefícios do uso de EFV são maiores que os riscos, além de esquemas contendo EFV apresentarem uma eficácia maior que esquemas contendo NVP e um menor risco de reações adversas graves (hepatotoxicidade e reações cutâneas).

Profilaxia ARV para crianças expostas
Oferta de AZT diária (4 mg/kg de peso 12/12 horas) por 6 semanas para todos os recém nascidos de mães em TARV, independente do tipo de aleitamento.

9.3.2 US com PTV, sem TARV

Nas US onde não há serviços TARV, todas as MG testadas positivas para HIV devem ser avaliadas para elegibilidade para o TARV em todas as consultas através do estadiamento clínico e do resultado de CD4, de acordo com os critérios no quadro abaixo.

QUADRO 22: INÍCIO TARV NAS MULHERES GRÁVIDAS EM US A OFERECER OPÇÃO A

Estadio Clinico da OMS	CD4 não disponível	CD4 disponível
I	Não iniciar TARV	Iniciar TARV se CD4 ≤ 350cel/mm3
II	Não iniciar TARV	
III	Iniciar TARV	Iniciar TARV independentemente da contagem de CD4
IV	Iniciar TARV	

As MG HIV+ não elegíveis para receberem o TARV deverão receber a profilaxia com ARVs como forma de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV). O AZT é o fármaco de eleição na PTV, devido a sua alta permeabilidade pela placenta e melhor fosforilação intraplacentária.

Portanto, a profilaxia com AZT está indicada para mulheres grávidas, a partir da 14ª semana de gestação, ou o mais cedo possível no caso da mulher grávida se apresentar com idade gestacional mais avançada.

Tratamento ARV para MG elegível
A MG identificada como elegível, deverá ser encaminhada para a US de referência mais próxima que ofereça TARV.
O esquema terapêutico que será oferecido a esta MG deverá ser aquele disponível na US e de acordo com oítem 9.3.1deste capítulo.

Profilaxia ARV para MG não elegível ao TARV

- Oferecer AZT cp 12/12h a partir da 14ª semana gestacional;
- Oferecer NVP dose única para ser tomada no momento do início do parto
- Oferecer AZT+3TC 12/12h durante o trabalho de parto e manter até 7 dias após o parto (só no caso das MG que receberam NVP du).
- No caso de trabalho de parto falso e a mulher já tiver tomado NVP em casa, se esta mulher entrar em trabalho de parto verdadeiro até 72h após a toma deste compirmido, não há necessidade de repeti-lo. Entretanto se a mulher

inicia o trabalho de parto verdadeiro após 72h da toma do comprimido, deve ser oferecida uma nova dose de NVP.

- No caso de cesariana electiva a NVP dose única e AZT+3TC profilácticos devem ser adminsitrados 4 horas antes da intervenção.
- Nos casos de mulheres que chegam em período expulsivo ou com dilatação ≥ 8 cm, não se deve administrar NVP dose única e AZT+3TC profilácticos, dado que os ARVs não irão atingir atempadamente os níveis séricos requeridos para conferir protecção. No entanto a criança deverá receber a profilaxia de acordo com as normas.
- Nos casos de morte fetal intra-uterina não se deve administrar NVP dose única e AZT+3TC profilácticos.

Profilaxia ARV para crianças expostas:

- No caso de mãe em profilaxia ARV
  - Criança em aleitamento materno, deverá receber NVP dose única diária até 1 semana após o desmame
  - Criança em aleitamento artificial, deverá receber NVP emdose única diária por 6 semanas.

9.4. Seguimento Clínico e Laboratorial da Mulher Grávida e Lactante em TARV

A mulher grávida e lactante HIV positiva deverá ser seguida nos serviços de SMI durante a gravidez e após parto até ter o seroestado definitivo para o HIV de seu bebé.

Em US que implementam a opcao B +, o TARV para as mulheres gravidas e lactantes é oferecido pelas ESMI, sendo o TARV integrado no sector de SMI (paragem única). Portanto todas as etapas desde o aconselhamento e testagem até a colheita de análises e prescrição e dispensa dos ARVs são providenciadas pela ESMI no sector de SMI.

Quadro 23 apresenta o calendário do seguimento em TARV da mulher grávida e lactante.

QUADRO 23: SEGUIMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL DA MULHER GRÁVIDA E LACTANTE EM TARV

	MESES DE TRATAMENTO – 1º ANO DE TARV															
	GESTAÇÃO								LACTÂNCIA							
	0	7 dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	6/6m	12/ 12m
Atendimento clínico	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x	x	
Aconselhamento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Sempre que necessário	
Levantamento ARVs e outros	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	mensalmente	
Hemograma	x		x					x						x	x	
Contagem de Linfócitos T CD4+	x							x						x	x[2]	
Carga viral (se for possível)								x						x		x
ALT	x		x											x		x
Glicemia	x[3]							x[3]						x[3]	x[3]	
Creatinina	x[4]							x[4]						x[4]	x[4]	
Colesterol total e triglicéridos	x[3]													x[3]		x[3]
Urina II	x							x						x	x	
Amilase	x[5]							x[5]						x[5]		x[5]

[1] Para os regimes contendo Nevirapina
[2] A carga viral irá ser introduzida de forma faseada e passará a ser o teste de referência para monitorar a resposta ao TARV. Até a introdução da CV rotineira o CD4 continua a ser o exame de referência para monitorar a resposta ao TARV.
[3] Nos esquemas contendo IPs
[4] Nos esquemas contendo TDF
[5] Nos esquemas contendo d4T

IMPORTANTE

- O tratamento anti-retroviral nas grávidas, deverá ser iniciado independentemente da idade gestacional.
- Nas mulheres que fazem profilaxia ARV, se tiverem anemia clínica durante o trabalho de parto, (onde não há laboratório) ou Hb inferior a 8 g/dl, substituir AZT/3TC por d4T/3TC (1 comp 12/12h), que deve ser mantido por 7 dias.
- Segundo as recomendações actuais, não é indicado fazer monoterapia com NVP na grávida como profilaxia da transmissão vertical (PTV).

CASOS PARTICULARES

1. No caso da mãe iniciar TARV durante o aleitamento, a criança deve manter a toma da NVP dose única diária por mais 6 semanas após a data de início do TARV da mãe.

2. No caso de parto fora da maternidade:
   - Mãe em TARV, bebé em aleitamento materno: iniciar profilaxia até 72h de vida do bebé, caso o bebé chegue após este período a profilaxia não deve ser iniciada.
   - Mãe em TARV, bebé em aleitamento artificial: iniciar profilaxia até 72h de vida do bebé, caso o bebé chegue após este período a profilaxia não deve ser iniciada.
   - Mãe fez profilaxia ARV, bebé em aleitamento artificial: iniciar profilaxia até 72h de vida do bebé, caso o bebé chegue após este período a profilaxia não deve ser iniciada.
   - Mãe fez profilaxia ARV, bebé em aleitamento materno: iniciar profilaxia em qualquer idade no primeiro contacto com a US.

9.5. Seguimento da Criança Filha de Mãe Seropositiva

O seguimento das crianças expostas ao HIV na CCR inicia a partir do primeiro mês de idade, mas qualquer criança filha de mãe seropositiva que apareça à consulta deve ser registada e atendida segundo os protocolos.

As crianças expostas ao HIV nessa consulta recebem os devidos cuidados até o diagnóstico definitivo para o HIV, que incluem o controle do crescimento ponderal, do desenvolvimento psicomotor, profilaxia com CTZ e ARV (Nevirapina ou Zidovudina) e os testes diagnósticos para a confirmação ou exclusão da infecção pelo HIV (teste virológico - PCR DBS ADN de HIV e teste rápido para o HIV - Determine e Unigold), segundo o calendário previsto.

9.5.1 Avaliação e Conduta:

- História clínica da mãe: profilaxia para PTV, TARV; estadiamento OMS;
- História clínica recente da criança, incluindo informações sobre alimentação infantil, cumprimento do calendário de vacinas, contactos com TB e internamentos recentes;
- Exame físico completo com avaliação do peso, estatura, peso para estatura, perímetro craniano, edemas, desenvolvimento psicomotor e reconhecimento de patologias que constituem sinais de alarme (Pneumonia grave, Desnutrição, Candidiase oro-esofágica, Dermatite crónica, Otite crónica, Diarreia persistente, Linfadenopatia persistente e generalizada);
- Aconselhamento à mãe/cuidador;

- Testagem para a confirmação do estado serológico da criança (Anexo 6: Algoritmo de diagnóstico precoce da criança exposta);
- Preenchimento do livro da CCR, livro da PCR, livro do PRN e ficha individual da criança.

Diagnóstico de HIV nas crianças menores de 18 meses:

1. Todos os lactentes com o estado de exposição para o HIV desconhecido têm que ter a confirmação da exposição ao HIV no primeiro contacto com a unidade sanitária, na altura em que a mãe recebe o cartão da saúde da criança na maternidade ou na primeira consulta pós parto nos casos de partos fora da maternidade.

2. Todas as crianças expostas ao HIV devem fazer o teste virológico (PCR ADN HIV) entre o 1º e o 9º mês de vida. Recomenda-se fazer este teste ao 1º mês de vida ou na primeira oportunidade que se apresenta na Unidade Sanitária.

3. Todas as crianças com teste PCR ADN HIV positivo devem ter um 2º teste PCR ADN HIV para confirmar o diagnóstico. Recomenda-se fazer o 2º teste PCR ADN HIV na altura da entrega do resultado do primeiro teste.

   → ***NOTA:*** *Iníciar o TARV, sem esperar o resultado do 2º teste PCR ADN HIV.*

4. Todas as crianças expostas ao HIV com idade igual ou superior a 9 meses, que não fizeram o PCR – ADN HIV antes ou que tiveram o teste PCR ADN HIV negativo devem fazer o teste rápido aos 9 meses. As crianças com resultado de teste rápido positivo devem fazer o teste PCR ADN HIV para confirmar o diagnóstico:
   a. Se a criança é assintomática deve continuar seguimento na CCR até a recepção do resultado da PCR
   b. Se a criança é sintomática, deve seguir o algoritmo de diagnóstico presuntivo (a seguir)

5. Em crianças com teste rápido para HIV negativo aos 9 meses e que não estão em aleitamento materno há mais de 2 meses e sem nenhum sintoma sugestivo de HIV, exclue – se a infecção por HIV e, recomenda-se:
   ✓ parar a profilaxia com Cotrimoxazol
   ✓ dar alta da CCR

6. No caso de crianças com teste rápido para HIV indeterminado com menos de 18 meses, deve-se oferecer a colheita de PCR DNA HIV na mesma consulta para o diagnóstico da criança

Para consultar o **algoritmo de diagnóstico precoce da criança exposta,** vide o anexo nº 13.

Crianças com resultados de testes discordantes

1. Os lactentes que tiveram resultados de PCR positivo devem colher a segunda amostra de PCR DNA HIV (teste confirmatório) e iniciar TARV o mais rapidamente possível, sem esperar o resultado do teste confirmatório.

2. No caso de criança em TARV apresentar teste PCR DNA HIV confirmatório negativo, deve continuar o TARV, manter o seguimento no Serviço de Doenças Crônicas, e colher nova amostra de PCR DNA HIV.
   - No caso de a terceira amostra de PCR DNA HIV confirmar-se positiva, a criança deve continuar TARV para toda a vida.
   - No caso de a terceira amostra de PCR DNA HIV confirmar-se negativa, a criança deve ser avaliada individualmente, levando em consideração sua evolução clínica e imunológica:
     - → Caso a criança tenha se apresentado incialmente sintomática, com melhora clínica e imunológica após o início do TARV; deve-se avaliar o caso com clínico com mais experiência em TARV.
     - → Caso a criança tenha se apresentado inicialmente assintomática, sem evidência de imunodeficiência e evoluido da mesma maneira; o TARV deve ser suspenso e a criança deve ser seguida por mais 6 meses pelo clínico para seguimento clínico e avaliação do surgimento de sinais e sintomas sugestivos de HIV.

3. A mesma conduta deve ser seguida no caso de crianças maiores com história de PCR DNA HIV positivo e testa rápido negativo aos 18 meses.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO PARA HIV EM CRIANÇAS MENORES DE 18 MESES:

Para as crianças expostas ao HIV menores de 18 meses que apresentam a infecção sintomática por HIV podemos fazer o diagnóstico presuntivo e iniciar o TARV. O diagnóstico presuntivo pode ser feito através da suspeita diagnóstica (1 ou mais dos seguintes diagnósticos: PCP, Pneumonia grave, Desnutrição Aguda Grave, Sarcoma de Kaposi, candidíase oro-esofágica) e um teste rápido para HIV positivo. A criança apresentando estes critérios deve iniciar TARV e ter a confirmação do seu diagnóstico o mais rapidamente possível (PCR ADN HIV ou teste rápido aos 18m). (algoritmo diagnóstico presuntivo da infecção em Anexo 7).

9.5.2 Tratamento de rotina:

- **Esquema de profilaxia ARV recomendado no recém nascido para a Profilaxia da Transmissão Vertical.**

9.5.2.1 Nas US a oferecer Opção A

Nos casos em que a mãe não está em TARV:

- Nos recém nascidos que estejam em aleitamento materno: administração diária de Nevirapina (2mg/kg de peso 1 vez por dia) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno;
- Nos recém nascidos que não estejam em aleitamento materno: administração diária de Nevirapina (2mg/kg de peso 1 vez por dia) desde o nascimento até 6 semanas de vida.

Nos casos em que a mãe está em TARV:

- Os recém nascidos independente do tipo de aleitamento devem receber Nevirapina (2mg/kg de peso) diária desde o nascimento até 6 semanas de vida;

9.5.2.2 Nas US a implementar Opção B+

- Os recém nascidos independente do tipo de aleitamento devem receber AZT (4 mg/kg de peso 12/12 horas) diária desde o nascimento até 6 semanas de vida;

→ **Profilaxia com Cotrimoxazol a partir de 1 mês de vida (ver quadro 25)**

→ **Vitamina A de 6/6 meses de 6 até 59 meses de idade e**

→ **Mebendazol de 6/6 meses de 12 até 59 meses de idade.**

QUADRO 24: DOSAGEM DE COTRIMOXAZOL

DOSAGEM DE CTZ: DOSE ÚNICA POR DIA		
PESO (kg)	**xarope 40mg/200mg para 5 ml**	**Comprimido único para adulto 80mg/ 400mg**
<7	2.5ml	¼ Comprimido
7-10	5ml	½ Comprimido
10-15	7,5ml	1 Comprimido
15-20	10ml	1 Comprimidos

QUADRO 25 : DOSAGEM DE NEVIRAPINA

DOSAGEM DE NEVIRAPINA: DOSE ÚNICA POR DIA		
Idade	**Dosagem em mg**	**Xarope 10mg / ml**
Peso à nascença 2000-2499g	10 mg	1ml
Peso à nascença > 2500g	15 mg	1,5 ml
1-6 meses	20 mg	2 ml
6-9 meses	30 mg	3 ml
>9 meses	40 mg	4 ml

QUADRO 26: DOSAGEM DE ZIDOVUDINA

DOSAGEM DE ZIDOVUDINA: 2X POR DIA		
Peso	**Dosagem em mg**	**Dosagem xarope 10mg/ml**
< 2500g	10mg 2x por dia (12/12 horas)	1ml 12/12 horas
>2500g	15mg 2x por dia (12/12 horas)	1,5ml 12/12 horas

9.5.2.3 Periodicidade da consulta

- Mensal até 12 meses de idade e depois bimensal (2 em 2 meses) até à alta do tratamento.

9.5.2.4 Critérios de referência para a consulta Médica ou consulta de doença crónica

- Presença de sinais de alarme para HIV (Pneumonia grave, Desnutrição aguda moderada/ grave ou desnutrição que não responde ao tratamento, Candidíase oro-esofágica, Dermatite crónica, Otorreia.) ou qualquer outra complicação (AIDI)

9.5.2.5 Critérios de alta:

→ **Alta para o Serviço TARV/ doença crónica**

- PCR positivo em qualquer idade
- Teste rápido para HIV positivo em crianças com idade > 18 meses de idade

→ **Alta para o seguimento na CCS**

- Teste rápido negativo aos 9 meses em crianças que não estejam em aleitamento materno há mais de 2 meses e não tenha nenhum sintoma sugestivo de infecção por HIV
- Teste rápido para HIV negativo em crianças com idade > 18 meses e/ou 2 meses depois do desmame

Antes de dar alta a uma criança, deve perguntar-se sempre à mãe quando parou de amamentar.

9.5.3 Política Nacional de Alimentação da criança filha de mãe seropositiva:

- Aleitamento materno EXCLUSIVO durante 6 meses
- Manter aleitamento materno, com introdução de alimentos complementares a partir dos 6 meses em vigência de uso de ARV durante a amamentação (TARV para mãe ou ARV para o bebé)
- Se possível oferecer alimentação segura e saudável a criança, o desmame deve ser realizado aos 12 meses e oferecer alimentação da família.
- Deve-se garantir um seguimento adequado da mãe e do bebé de modo a assegurar a proteção da transmissão vertical durante o período da amamentação.

9.5.4 Aconselhamento

A mãe/cuidador de uma criança exposta deve receber em cada consulta um aconselhamento abrangente com os seguintes conteúdos:

- Necessidade de um seguimento periódico da criança até aos 18 meses de idade
- Aleitamento materno exclusivo e boas práticas de aleitamento materno
- Nutrição e cuidados gerais da mãe e da criança
- Opções de alimentação infantil e boas práticas de alimentação
- Significado do Teste de PCR- ADN HIV e teste rápido para HIV como preparação dos pais/cuidadores a receber o resultado
- Importância da Profilaxia com Cotrimoxazol e Nevirapina
- Calendário de vacinação
- Transmissão do HIV; saúde da mãe no geral e em particular a sua saúde reprodutiva; PF e uso do preservativo
- Envolvimento do pai e outros membros da familia na saúde da criança
- Ligação com outros serviços de saúde e com grupos de apoio comunitário.

10. Seguimento Clinico e Laboratorial

10.1. Pacote de Cuidados do Paciente HIV+

Em todas as consultas clínicas para seguimento de pacientes HIV+ é importante a abordagem dos seguintes pontos:

- **Anamnese e Exame objectivo geral:**
  - Medição da TA, Tª, Peso, estatura
  - Perímetro cefálico até os dois anos de idade
  - Avaliação do desenvolvimento psicomotor nas crianças
  - Observação mucosas, Gânglios, Pele,
  - Auscultação pulmonar e cardíaca
  - Palpação abdominal
  - Aparelho genital

- **Rastreio de infecções oportunistas**
  - TB, ITS, SK, etc.
  - Diagnóstico e Tratamento das IOs

- **Avaliação do estado nutricional – Desvio Padrão do Peso/Altura ou IMC (peso/altura^2) dependendo da idade**

- **Estadiamento clínico OMS**

- **Profilaxia de I.Os**

- **Verificação da desparasitação/ suplementação da Vitamina A**

- **Calendário de vacinação**

- **Avaliação de critérios para início de TARV**

- **Aconselhamento, abordando os seguintes:**
  - Prevenção de novos casos (prevenção positiva, ver capítulo específico)
  - Adesão aos cuidados e tratamento (ver capítulo específico)
  - Promoção duma vida saudável (parar de fumar, dieta, exercício, abstinência ao álcool e drogas)
  - Aconselhamento nutricional
  - Revelação diagnóstica às crianças

- **Após o início do TARV, além dos pontos acima, também incluir**
  - Avaliação da toxicidade e de efeitos secundários
  - Avaliação da adesão

10.2. Exames Laboratoriais Recomendáveis para o Diagnóstico, Introdução e Seguimento do Tratamento Antiretroviral

- **Hemograma completo*: se não disponível, pedir Hgb**
- **Contagem de Linfócitos T CD4* – número absoluto e percentual**
- **Carga viral**** – RNA HIV quantitativo e Logaritmo da carga viral
- **Transaminases*: ALT (GPT)**
- Fosfatase alcalina e GGT (Gama Glutamil Transferase)
- **Glicemia**
- Ureia e **creatinina***
- Colesterol e Triglicéridos
- Amilase
- Teste de gravidez
- **RPR***
- Hepatite A, B e C
- **Urina II***
- Rx torax

** altamente recomendados*
*** A carga viral passa a ser um exame disponível em Moçambique, em alguns laboratórios de Unidades Sanitárias a selecionar. A introdução deste exame tem como objetivo, por um lado, monitorar a resposta ao tratamento e a adesão ao 6º mês e, por outro, a detecção precoce de falência terapêutica, assim como para evitar o uso de esquemas de segunda linha desnecessariamente. Ver algoritmo do uso da carga viral no Capítulo 11.*

10.3. Periodicidade do Controlo Clínico-Laboratorial do Doente antes de Iniciar o TARV

QUADRO 27: SEGUIMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL PRE-TARV (PARA ADULTO E CRIANÇA ≥5 ANOS)

	MESES DE SEGUIMENTO													Depois de 1 ANO DE SEGUIMENTO	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	3/3m*	6/6m
Atendimento Clínico	x	x		x			x			x			x	x	x
Aconselhamento	x	x		x			x			x			x	x	
Hemograma	x						x						x		x
Contagem de Linfócitos T CD4+	x						x						x		x
ALT	x						x						x		x
Urina II	x						x						x		x

* As crianças ≥5 anos deverão manter um seguimento clínico de 3/3 meses.

O Levantamento de medicamentos profilácticos (CTZ, INH) deve ser feito de acordo com as normas descritas neste guia.

NOTA: *O intervalo das consultas, analises ou levantamento da profilaxia poderá ser menor quando for necessário*

NOTA: *Se infecções intercorrentes, a contagem de Linfócitos T D4+ pode ser avaliada antes do período acima estimado*

10.4. Periodicidade do Controlo Clínico-Laboratorial do Doente após o Início do TARV

10.4.1 Seguimento Clínico e laboratorial do Adulto após o Início de TARV

QUADRO 28: CONTROLO CLÍNICO – LABORATORIAL DO ADULTO APÓS INÍCIO TARV

	Meses de tratamento														1º ano de TARV	
	0	1/2[1]	1 ou 1 1/2[1]	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	6/6m	12/12m
Atendimento clinico	x	x	x		x			x						x	x	
Aconselhamento	x	x	x					x			x			x	Sempre que necessário	
Farmácia	x	x	x	x	x	x	x	x			x			x	trimestralmente	
Hemograma	x		x					x						x	x	
Contagem de Linfócitos T CD4+[2]	x							x						x	X	
Carga viral (se for possivel)								x						x		x
ALT	x		x											x		x
Glicemia[3]	x							x						x	x	
Creatinina[4]	x							x						x	x	
Colesterol total e triglicéridos[3]	x													x		x
Urina II	x							x						x	x	
Amilase[5]	x							x						x		x

[1] Os pacientes que iniciam TARV com a linha TDF+3TC+EFV são reavaliados 1 mês após o início de tratamento. Os pacientes que iniciam TARV com AZT+3TC+NVP são reavaliados aos 15 dias e aos 45 dias
[2] A carga viral irá ser introduzida de forma faseada e passará a ser o teste de referência para monitorar a resposta ao TARV. Até a introdução da CV rotineira o CD4 continua a ser o exame de referência para monitorar a resposta ao TARV.
[3] Nos esquemas contendo IPs
[4] Nos esquemas contendo TDF
[5] Nos esquemas contendo d4T

10.4.2 Seguimento Clínico e laboratorial em Crianças HIV+

10.4.2.1 Crianças em Pre-TARV ≥ 5 anos: Frequência mínima das consultas de 3 em 3 meses

10.4.2.2 Crianças em TARV

- **Crianças ≥ 5 anos**, estáveis em TARV, consulta de 3/3 meses depois de 1 ano de tratamento se apresentar os seguintes critérios
  - Boa adesão à consulta e às profilaxias
  - Estável clínica e imunologicamente

- **Crianças < 5 anos:**
  - No primeiro mês ter consulta a cada 15 dias;
  - A partir do segundo mês até 12 meses após o início do TARV, deve ter consulta mensal.
  - Para criança ter consulta clínica com intervalo de 2/2 meses deverá se encaixar em todos os seguintes critérios:
    - → Criança > 12 meses de vida,
    - → Há mais de 12 meses em TARV,
    - → Boa adesão ao TARV e às consultas,
    - → Boa resposta clínica e imunológica.

QUADRO 29: CONTROLO CLÍNICO – LABORATORIAL DA CRIANÇA APÓS INÍCIO TARV

	MESES DE TRATAMENTO – 1º ano de TARV															
	0	1/2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2/2 meses*	6/6 meses
Atendimento clinico	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x [6]	
Aconselhamento	x[3]	x[3]	x[3]		x[3]	x[3]	x[3]	x[3]	x[3]	x[3]	x[3]	x[3]	x[3]	x[3]	Sempre que necessário	
Farmácia	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x [6]	
Hemograma	x		x					x						x		x
Contagem de Linfócitos T CD4+	x							x						x		x
Carga viral	x							x[4]						x[4]		x[4] (mês 18 e de 12/12 meses)
ALT	x		x					x						x		x
Glicemia	x[1]							x[1]						x[1]		x[1]
Creatinina	x[5]							x[5]						x[5]		x[5]
Colesterol total e triglicerídio	x[1]													x[1]		x[1]
Urina II	x							x						x		x
Amilase	x[2]							x[2]						x[2]		x[2]

* As crianças ≥ 5 anos que iniciam TARV podem ser submetidas a avaliação clínica de 3/3 meses
[1] Nos esquemas com IPs
[2] Nos esquemas com d4T
[3] Onde é possível, encaminhar o paciente para o aconselhamento em cada visita à Unidade Sanitária
[4] Ver abaixo algoritmo da carga viral
[5] Nos esquemas com TDF
[6] Para crianças com boa adesão ao TARV e as consultas e com boa resposta clínica e imunológica

10.4.3. Monitoria da toxicidade renal por Tenofovir

A avaliação da função renal para a introdução e monitoria de Tenofovir é feita a partir do cálculo da depuração de creatinina (Clearance de Creatinina). Por sua vez, a depuração de creatinina é estimada a partir do valor de creatinina sérica. Este cálculo pode ser feito de várias maneiras (Fórmula de Crockcroft-Gault ou fórmula MDRD em adultos, outras fórmulas em crianças)

- **Avaliação da depuração de creatinina em crianças**

  Nas crianças, recomenda-se o cálculo da depuração de creatinina manualmente, a partir da **fórmula modificada de Cournahan Barratt:**

$$\text{Depuração de Creatinina em crianças} = \frac{40 \times \text{altura (cm)}}{\text{Creatinina sérica (µmol/L)}}$$

O valor aceitável de depuração de creatinina nas crianças é ≥ 60 µmol/L.

- Se for < 60 µmol/L:
  - Não iniciar esquema com TDF e referir para clínico de referência
  - Se criança está em TARV-suspender TDF e referir para clínico de referência.

- **Avaliação da depuração de creatinina nos adultos**

  Nos adultos, pode-se utilizar a fórmula de Cockcroft e Gault para o cálculo manual da depuração de creatinina, com base na idade, peso e creatinina sérica do paciente:

$$\text{Depuração de creatinina (homem)} = \frac{(140 - \text{Idade (em anos)}) \times \text{peso (kg)}}{72 \times \text{creatinina sérica (mg/dl)*}}$$

Para as mulheres deve-se multiplicar o resultado por 0,85

- **Avaliação da toxicidade renal em mulheres grávidas**
  Devido as alterações fisiológicas características da gravidez, com aumento da taxa de filtração glomerular em 40%, a depuração de creatinina não é uma medição específica para avaliação da toxicidade renal nestas pacientes. Deste modo deve ser usado valor absoluto da creatinina sérica, com ponto de corte de *85µmol/L.*

- **Avaliação da toxicidade renal em mulheres após o parto**
  As mulheres após o parto devem utilizar os mesmos critérios dos adultos.

**Em Moçambique, a unidade de referência da creatinina sérica é µmol/L, que corresponde à Unidade do Sistema Internacional.*
Entretanto, para fins de cálculo da depuração estimada da creatinina, é preciso converter o valor da creatinina sérica do doente (que é dado em µmol/L) para mg/dl, antes de se aplicar a fórmula acima. Para isso, basta dividir o valor da creatinina sérica do doente (em µmol/L) por 88,4. O resultado corresponderá à medida da creatinina sérica do doente em mg/dl.

Para simplificar o trabalho dos clínicos, a depuração de creatinina pode ser encontrada nas tabelas que se seguem, a partir dos valores de creatinina sérica dos pacientes (expressada em µmol/l) e da idade. Estas tabelas são aplicáveis a partir dos 15 anos de idade (Adultos).

QUADRO 30: DEPURAÇÃO DE CREATININA SEGUNDO A FÓRMULA MDRD PARA MULHERES

← IDADE (ANOS)	CREATININA (µmol/l) →															
M	**88,4**	**97,2**	**106,1**	**114,9**	**123,8**	**132,6**	**141,4**	**150,3**	**159,1**	**168,0**	**176,8**	**185,6**	**194,5**	**203,3**	**212,2**	**221,0**
15	96,4	86,3	78,1	71,2	65,4	60,4	56,0	52,2	48,9	45,9	43,3	40,9	38,8	36,9	35,1	33,5
20	90,9	81,4	73,7	67,2	61,7	56,9	52,8	49,3	46,1	43,3	40,9	38,6	36,6	34,8	33,1	31,6
25	86,9	77,8	70,4	64,2	58,9	54,4	50,5	47,1	44,1	41,4	39,0	36,9	35,0	33,2	31,6	30,2
30	83,7	75,0	67,8	61,9	56,8	52,4	48,7	45,4	42,5	39,9	37,6	35,6	33,7	32,0	30,5	29,1
35	81,1	72,7	65,7	59,9	55,0	50,8	47,2	44,0	41,2	38,7	36,5	34,5	32,7	31,0	29,5	28,2
40	79,0	70,7	64,0	58,3	53,6	49,5	45,9	42,8	40,1	37,7	35,5	33,5	31,8	30,2	28,8	27,4
42	78,2	70,1	63,4	57,8	53,0	49,0	45,5	42,4	39,7	37,3	35,1	33,2	31,5	29,9	28,5	27,2
44	77,5	69,4	62,8	57,2	52,5	48,5	45,0	42,0	39,3	36,9	34,8	32,9	31,2	29,6	28,2	26,9
46	76,8	68,8	62,2	56,7	52,1	48,1	44,6	41,6	39,0	36,6	34,5	32,6	30,9	29,4	28,0	26,7
48	76,1	68,2	61,7	56,2	51,6	47,7	44,2	41,3	38,6	36,3	34,2	32,3	30,6	29,1	27,7	26,4
52	74,9	67,1	60,7	55,3	50,8	46,9	43,5	40,6	38,0	35,7	33,6	31,8	30,1	28,6	27,3	26,0
56	73,8	66,1	59,8	54,5	50,0	46,2	42,9	40,0	37,4	35,2	33,1	31,3	29,7	28,2	26,9	25,6
58	73,2	65,6	59,3	54,1	49,7	45,9	42,6	39,7	37,2	34,9	32,9	31,1	29,5	28,0	26,7	25,4
60	72,7	65,2	58,9	53,7	49,3	45,6	42,3	39,4	36,9	34,7	32,7	30,9	29,3	27,8	26,5	25,3
62	72,3	64,7	58,5	53,4	49,0	45,3	42,0	39,2	36,7	34,4	32,5	30,7	29,1	27,6	26,3	25,1
64	71,8	64,3	58,2	53,0	48,7	45,0	41,7	38,9	36,4	34,2	32,3	30,5	28,9	27,5	26,1	24,9
66	71,3	63,9	57,8	52,7	48,4	44,7	41,5	38,7	36,2	34,0	32,1	30,3	28,7	27,3	26,0	24,8
68	70,9	63,5	57,5	52,4	48,1	44,4	41,2	38,4	36,0	33,8	31,9	30,1	28,5	27,1	25,8	24,6
70	70,5	63,2	57,1	52,1	47,8	44,2	41,0	38,2	35,8	33,6	31,7	29,9	28,4	27,0	25,7	24,5
72	70,1	62,8	56,8	51,8	47,5	43,9	40,7	38,0	35,6	33,4	31,5	29,8	28,2	26,8	25,5	24,3
74	69,7	62,4	56,5	51,5	47,3	43,7	40,5	37,8	35,4	33,2	31,3	29,6	28,1	26,7	25,4	24,2
76	69,3	62,1	56,2	51,2	47,0	43,4	40,3	37,6	35,2	33,1	31,2	29,4	27,9	26,5	25,2	24,1
78	69,0	61,8	55,9	50,9	46,8	43,2	40,1	37,4	35,0	32,9	31,0	29,3	27,8	26,4	25,1	24,0
80	68,6	61,5	55,6	50,7	46,5	43,0	39,9	37,2	34,8	32,7	30,8	29,1	27,6	26,2	25,0	23,8

QUADRO 31: DEPURAÇÃO DE CREATININA SEGUNDO A FÓRMULA MDRD PARA HOMENS

← IDADE (ANOS)	CREATININA (µmol/l) →															
H	**88,4**	**97,2**	**106,1**	**114,9**	**123,8**	**132,6**	**141,4**	**150,3**	**159,1**	**168,0**	**176,8**	**185,6**	**194,5**	**203,3**	**212,2**	**221,0**
15	130	116	105	96	88	81	76	70	66	62	58	55	52	50	47	45
20	123	110	99	91	83	77	71	66	62	58	55	52	49	47	45	43
25	117	105	95	87	79	73	68	63	59	56	53	50	47	45	43	41
30	113	101	91	83	77	71	66	61	57	54	51	48	45	43	41	39
35	109	98	89	81	74	68	64	59	55	52	49	46	44	42	40	38
40	106	95	86	79	72	67	62	58	54	51	48	45	43	41	39	37
42	105	94	85	78	71	66	61	57	53	50	47	45	42	40	38	37
44	104	94	85	77	71	65	61	57	53	50	47	44	42	40	38	36
46	103	93	84	76	70	65	60	56	53	49	46	44	42	40	38	36
48	103	92	83	76	70	64	60	56	52	49	46	44	41	39	37	36
52	101	90	82	75	68	63	59	55	51	48	45	43	41	39	37	35
56	99	89	81	73	67	62	58	54	50	47	45	42	40	38	36	35
58	99	88	80	73	67	62	57	54	50	47	44	42	40	38	36	34
60	98	88	79	72	66	61	57	53	50	47	44	42	39	37	36	34
62	94	85	77	70	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33
64	97	87	78	71	66	61	56	52	49	46	43	41	39	37	35	34
66	96	86	78	71	65	60	56	52	49	46	43	41	39	37	35	33
68	96	86	77	71	65	60	56	52	48	46	43	41	38	37	35	33
70	95	85	77	70	64	60	55	51	48	45	43	40	38	36	35	33
72	94	85	77	70	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33
74	94	84	76	69	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33
76	93	84	76	69	63	59	54	51	47	45	42	40	38	36	34	32
78	93	83	75	69	63	58	54	50	47	44	42	39	37	36	34	32
80	92	83	75	68	63	58	54	50	47	44	42	39	37	35	34	32

Esta tabela é aplicável a pacientes de raça negra. Para outros grupos, o valor obtido a partir da tabela deve ser dividido por 1.21 (factor de correcção)

EXEMPLO:
Um paciente masculino de 42 anos de idade e com uma creatinina sérica de 106 µmol/l terá uma depuração estimada a partir da tabela de 85 ml/min. Se ele for de raça branca, o valor de depuração será de 70.2 ml/min.

→ *LEMBRE-SE: Podemos introduzir Tenofovir nos pacientes com uma depuração de creatinina acima de 60 ml/min. Nos pacientes com Creatinina inferior a 88.4 µmol/l (1 mg/dl), o valor da depuração de creatintina permite sempre a introdução de Tenofovir.*

- **Avaliação da depuração de creatinina nas grávidas:**
  Devido as alterações fisiológicas caracteristicas da gravidez, com aumento da taxa de filtração glomerular em 40%, a depuração de creatinina não é uma medição especifica para rastreio para estas pacientes. Deste modo sugerimos que seja usada creatinina sérica, com corte de 85 µmol/l .

ATENÇÃO
- Garantir a linha de base de creatinina dentro do 1o mês em todos os pacientes que irão iniciar o TDF.
- Priorizar a creatinina para as mulheres grávidas
- A ausência da creatinina não deverá concidicionar o início do TARV NAS GRÁVIDAS E NOS ADULTOS;
- Fazer o controlo semestral das lesões renais (proteinúria e glicosúria) através do uso de fitas de urina.

IMPORTANTE
Controlo dos efeitos secundários dos ARVs durante todo o tratamento;

"Sindrome da Imuno-reconstituição (SIR)", sobretudo nos primeiros 3 a 6 meses após início TARV;

Controlo da adesão, mesmo quando aparentemente o doente está a evoluir bem;

Consulta clínica e prescrição médica regular: após os primeiros 12 meses, deve ser feita de 6/6 meses, tanto para os ARVs quanto para o CTZ;

O doente deve comparecer mensalmente à farmácia durante os 6 primeiros meses para levantar o TARV e as profilaxias para IOs. Após este período todo doente clinicamente estável poderá comparecer à farmácia trimestralmente. Porém, podem haver algumas excepções que devem ser consideradas entre o clínico, o doente e a farmácia da Unidade Sanitária.

10.5 Exame de Carga Viral

A introdução da carga viral do HIV representa um dos melhores indicadores da eficácia do TARV (verificação da falência virológica e terapêutica). Neste contexto, a carga viral pode ser usada como instrumento para a avaliação da adesão ao TARV, assim como um dado preditivo do sucesso terapêutico.

IMPORTANTE:
É importante salientar que a carga viral não pode substituir o esforço no trabalho de adesão ao TARV!

O teste da carga viral deve ser pedido e interpretado com a assistência de um clínico treinado.

A carga viral do HIV deve ser utilizada **Sempre que se suspeitar de falência** imunológica e/ou clínica ao TARV – ver capítulo de falência terapêutica.

11. Efeitos Adversos dos Anti-Retrovirais

Os ARVs são associados a uma série de efeitos adversos, variando o grau de toxicidade e de intolerância, podendo ser leve, geralmente passageiro e mesmo sem necessitar de tratamento, até efeitos secundários graves e fatais, necessitando de interrupção e substituição do tratamento anti-retroviral.

11.1. Diagnóstico e Conduta

Alguns princípios a observar em caso de aparecimento de um efeito adverso:

1. Assegurar-se que o efeito adverso é devido a um ARV ou a outra medicação;
2. Se houver necessidade de interromper o TARV, todos os medicamentos ARV devem ser interrompidos em simultâneo, excepto os esquemas contendo Nevirapina;
3. Nas reacções adversas a NVP, deve-se interromper primeiro este ARV e manter por mais 7 dias os outros 2 ARVs, devido a meia-vida longa da Nevirapina; evitar--se-á assim uma monoterapia com a Nevirapina;
4. O TARV deve ser mantido se o efeito adverso for Grau 1 ou 2, exceptuando a neuropatia por estavudina, a toxicidade renal por TDF e a acidose láctica por INTR.
5. Em caso de efeito adverso Grau 3, dever-se-á considerar a interrupção do TARV, e este será obrigatoriamente interrompido se a reacção for de Grau 4;
6. Os efeitos adversos devem ser registados e de comunicação obrigatória regular para:

   ► **Centro de Informação sobre Medicamentos (CIMed)**

   Sector de Farmacovigilância. Departamento Farmacêutico

   Av. Salvador Allende/ Agostinho Neto, Maputo, Moçambique

   E-mail: farmacovigilanciacimmocambique@gmail.com

   ► **Comité Nacional de TARV**

   E-mail: comitetarv.dnam@misau.gov.mz

   Tel: (21) 32 08 31 ou cel: 82 318 4200

As informações são confidenciais, por isso é preferível fazer a notificação via email. Quando esta via não estiver disponível e a alternativa é o fax, dever-se-á em primeiro lugar prevenir telefonicamente as pessoas supracitadas sobre a chegada do fax. A ficha de notificação encontra-se disponível no Anexo15 deste Guia.

11. 2. Estabelecimento da Graduação do Efeito Adverso

Para facilidade do controlo dos efeitos adversos, definiram-se 4 graus de sinais e sintomas clínicos e biológicos:

GRAU 1 – LIGEIRO
Mal estar ligeiro ou transitório; não limitação das actividades; não requer tratamento médico;

GRAU 2 – MODERADO
Limitação ligeira a moderada na actividade – alguma assistência pode ser necessária; nenhuma ou mínima intervenção terapêutica é requerida;

GRAU 3: SEVERO
Marcada limitação na actividade – alguma assistência é habitualmente necessária; requer tratamento médico e possível hospitalização;

GRAU 4 – RISCO DE VIDA
Extrema limitação na actividade que requer assistência importante; requer cuidados médicos sob hospitalização e eventualmente em serviço de urgência. Serão considerados eventos clínicos graves ou pondo em risco de vida, portanto grau 4, os seguintes: apoplexia, coma, tetania, cetoacidose diabética, coagulação intravascular disseminada, petéquias difusas, paralisia, psicose aguda, síndrome de Stevens Johnson, síndrome de Lyell, etc.

QUADRO 32: TOXICIDADE MAIS COMUM DOS ARVS

Toxicidade hematológica	Supressão da medula óssea, com AZT: anemia, neutropenia, trombocitopenia
Disfunção mitocondrial	Geralmente com NRTIs: acidose láctica, toxicidade hepática, pancreatite, neuropatia periférica, lipodistrofia, miopatia
Reacções alérgicas	Reacções cutâneas e reacções de hipersensibiliidade
Nefrotoxicidade	Vários mecanismos: necrose tubular aguda, nefrite intersticial, tubulopatia proximal aguda e outras
Toxicidade óssea	Desmineralização óssea
Outras anormalidades metabólicas	Geralmente com IPs: hiperlipidemia, acumulação de gordura, resistência à insulina, diabetes

Nos quadros seguintes são definidas as graduações das anomalias biológicas e clinicas:

QUADRO 33: ALTERAÇÕES CLÍNICO-LABORATORIAIS DOS ARVs

PARÂMETRO	REFERÊNCIA	GRAU 1 LEVE	GRAU 2 MODERADO	GRAU 3 SEVERA	GRAU 4 RISCO DE VIDA
HEMATOLOGIA					
Hemoglobina (AZT, CTX)	9.9 - 13.6 g/dl	8.0 - 9.4 g/dl	7.0 - 7.9 g/dl	6.5 - 6.9 g/dl	<6.5 g/dl
Neutrófilos (AZT, d4T, CTX em alta dose)	1600 - 6900/mm³	1000 – 1500/mm³	750 – 999/mm³	500 – 749/mm³	<500/mm³
Plaquetas (AZT)	126-434 x 10³/mm³	75- 99 x 10³/mm³	50–74 x 10³/mm³	20–49 x 10³/mm³	<20 x 10³/mm³
BIOQUIMICA					
ALT – sexo feminino (NVP)	11 – 35 U/L	43.75 – 87.5 U/L	88 – 175 U/L	175.5 – 350 U/L	> 350 U/L
ALT- sexo masculino (NVP)	11 – 45 U/L	56.25 – 112.5 U/L	113 – 225 U/L	225.5 – 450 U/L	> 450 U/L
Amilase (d4T, ddI)	70 – 340 U/L	>1.0 - 1.5 x ALN[1]	>1.5 - 2.0 x ALN	>2.0 - 5.0 x ALN	>5.0 x ALN
Lípase (d4T, ddI)	20-180 U/l	>1.0 - 1.5 x ALN	>1.5 - 2.0 x ALN	>2.0 - 5.0 x ALN	>5.0 x ALN
Creatinina (TDF)	0.5 – 1.2 mg/dl 45 – 110 mmol	>1.0 - 1.5 x ALN	>1.5 - 3.0 x ALN	>3.0 - 6.0 x ALN	>6.0 x ALN

[1] ALN: Acima dos Limites Normais

Glicemia (IP)	70 – 110 mg/dl 3.85 - 6.05 mmol/L	116 - 160 mg/dl 6.38 – 8.8 mmol/L	161 - 250 mg/dl 8.9 – 13.75 mmol/L	251 - 500 mg/dl 13.76 – 27.5 mmol/L	>500 mg/dl > 27.6 mmol/L
Colesterol (IP)	<190 mg/dL 3.9 - 6 mmol/L	1.0—1.3 ALN	1.3- 1.6 ALN	1.6- 2.0 ALN	>2.0 ALN
Triglicérides (IP)	< 150 mg/dl 0.55 - 1.90 mmol/L	265 – 400 mg/dl 3 - 4.51 mmol/L	400 - 750 mg/dl 4.52 - 8.48 mmol/L	751 - 1200 mg/dl 8.49 - 13.56 mmol/L	>1200 mg/dl >13.56 mmol/L
PROCEDIMENTO					
		GRAU 1	**GRAU 2**	**GRAU 3**	**GRAU 4**
	Toxicidade renal por uso de TDF: Sempre que houver sinais de nefrotoxicidade por TDF este deve ser suspenso imediatamente pois a toxicidade relacionada com TDF é irreversível Para os restantes parâmetros, alterações de grau 1 e 2: Continuar TARV. Repetir os testes 2 semanas mais tarde e reavaliar. É importante sempre excluir outros diagnósticos que possam provocar tais alterações. Por exemplo: Anemia – suspeitar de Tuberculose e Malária. ALT elevado: suspeitar de hepatite viral.			Suspender TARV imediatamente. Repetir as análises semanalmente e reavaliar. Substituir o ARV específico causador do quadro por outro ARV após normalização das análises.	

QUADRO 34. EFEITOS ADVERSOS DOS ARVS E SUA ABORDAGEM

EFEITOS SECUNDÁRIOS, GERALMENTE NÃO SEVEROS				
NÁUSEAS E/OU DORES ABDOMINAIS				
Agente	Todos ARVs, principalmente d4T e ddI			
Grau	**1**	**2**	**3**	**4**
Sinais e sintomas	Mal estar leve e transitório Alimentação mantida.	Mal estar moderado Alimentação diminuída durante <3 dias.	Mal estar severo Refeições mínimas durante> 3 dias.	Doente muito debilitado.
Conduta	Não precisa de tratamento.	Encorajar pequenas refeições. Pedir ALT + amilase, lipase se possível.	Considerar internamento. Pedir ALT, amilase, lipase e ácido láctico se possível.	Suspender os antiretrovirais. Referir para internamento.
VÓMITOS				
Agente	Todos ARVs, principalmente d4T e ddI			
Grau	**1**	**2**	**3**	**4**
Sinais e sintomas	Mal estar leve e transitório: <4 episódios/dia ou < 1 semana.	Mal estar moderado ou persistente: > 4 episódios/dia ou > 1 semana.	Mal estar severo, hipotensão ortostática. Vômitos de todos alimentos/fluidos em 24h.	Choque hipotensivo.
Conduta	Tranquilizar o doente. Dar mistura oral.	Metoclopramida 10 mg antes de cada refeição Pedir ALT + amilase, lipase se possível.	Considerar internamento. Suspender tratamento oral. Passar para medicamentos IV. Pedir ALT, amilase, lípase e acido láctico se possível. Referir para internamento.	Suspender os antiretrovirais. Referir para internamento urgente.

DIARRÉIAS				
Agente	Todos ARVs, principalmente LPV/r, ddI, AZT			
Grau	**1**	**2**	**3**	**4**
Sinais e sintomas	Mal estar leve e transitório: <4 dejeções/dia ou ligeira diarreia há < 1 semana.	Mal estar moderado: > 4 dejeções/dia ou > 1 semana.	Mal estar severo, Hipotensão ortostática Diarréias com sangue ou > 7 dejeções/dia.	Choque hipotensivo.
Conduta	Tranquilizar o doente. Dar mistura oral.	Tranquilizar o doente. Dar mistura oral e loperamida 2cp na 1ª evacuação diarreica e depois 1cp após cada evacuação. Máximo de 6cp/dia.	Referir para internamento.	Suspender os antiretrovirais. Referir para internamento urgente.
NEUROPSIQUIÁTRICO / COMPORTAMENTO				
Agente	EFV			
Grau	**1**	**2**	**3**	**4**
Sinais e sintomas	Tonturas.	Sonhos vívidos.	Mudanças severas de humor. Sonhos vividos persistentes, sem febre associada.	Psicose aguda, alucinações, comportamento confuso.
Conduta	Tranquilizar o doente.	Tranquilizar o doente.	Clorpromazina 50 mg à noite.	Suspender os antiretrovirais. Fazer punção lombar para excluir meningite. Referir para internamento.

NEUROPATIAPERIFÉRICA				
Agente	d4T, ddI			
Grau	**1**	**2**	**3**	**4**
Sinais e sintomas: sensação de queimadura, formigueira, sobretudo nos membros inferiores	Incomodo leve.	Incomodo moderado.	Mudanças na sensibilidade ou parestesia, causando severo desconforto e impossibilidade de fazer actividades normais.	Desconforto incapacitante, causando impossibilidade de fazer actividades básicas para o auto-sustento.
Conduta	Suspender d4T, trocar para TDF ou AZT ou ABC, Piridoxina 25-50 mg, 1x dia, Amitriptilina 25-75 mg, à noite.			
ERUPÇÃO CUTÂNEA / DERMATITE (REACÇÃO ALÉRGICA)				
Agente	NVP, EFV,ATV			
Grau	**1**	**2**	**3**	**4**
Sinais e sintomas	Eritema, prurido.	Erupção máculo-papular difusa ou descamação seca.	Vesiculação, decamação húmida ou ulcerações, urticária generalizada, angioedema.	Dermatite esfoliativa, envolvimento de mucosas com ou sem febre, eritema multiforme, suspeita de Síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica, anafilaxia, doente em choque.
Conduta	Tranquilizar o doente. Clorfeniramina 4mg 2xdia, se necessário. Monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar para EFV.	Clorfeniramina 4mg 2xdia, se necessário. Monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar NVP para EFV (sem suspender o TARV).	Suspender todos os antiretrovirais até reverter ao Grau 0 ou 1. Clorfeniramina 4mg 3xdia. Após estabilização reiniciar TARV trocando NVP por LPVr. Manter observação contínua do doente.	Suspender todos os antiretrovirais. Referir para internamento urgente (às vezes requer cirurgia). Após estabilização reiniciar TARV trocando NVP por LPVr. Manter observação contínua do doente

HIPERGLICEMIA	
Agente	Inibidores de Protease (IPs)
Sinais e sintomas	**Sinais e sintomas:** • Poliúria, nictúria • Polifagia, polidipsia • Perda de peso não explicada **Fatores de risco:** • pessoas idosas • IMC alto (sobrepeso e obesidade) • História familiar de diabetes
Conduta	Dieta Exercício físico Se glicemia de jejum>140 mg/dl ou 7,7 mmol/l: Metformina
DISLIPIDEMIA	
Agente	Inibidores de Protease (IPs)
Sinais e sintomas	**Sinais e sintomas:** • não há sintomas clínicos • testes laboratoriais
Conduta	**Mudanças de comportamento:** • Fazer ginástica ou desporto, pelo menos, 5 vezes por semana durante 30 minutos • Alimentação equilibrada com aumento de peixe (se possível 2 vezes por semana), 200 gramas de verduras ou legumes/dia, 2 frutos por dia, diminuição de gorduras e de sal **Controlar outros fatores de risco:** • Parar de fumar • Diminuir o uso de álcool até no máximo 2 copos/dia • Tratar diabetes mellitus, se indicado • Tratar hipertensão se indicado • Diminuir o peso até IMC <de 25 kg/mm^2 **Drogas antilipêmicas:** • Triglicéride >500-750 mg% : Bezafibrato 400-600mg/dia ou Fenofibrato 160 mg/dia • Colesterol LDL>130-160 mg%: Pravastatina 20-40 mg/dia ou atorvastatina 10-40mg/dia

LIPODISTROFIA				
Agente	ITRN (d4T > AZT, ddI, EFV), Inibidores de Protease (IPs), Raltegravir (RAL)			
Sinais e sintomas	**Partes onde gordura pode acumular:** • no abdômen • na região dorso-cervical • nas mamas (também nos homens) • lipomas **Partes onde gordura pode diminuir:** • na face (nas bochechas, na parte temporal da cabeça) • gordura subcutânea dos membros inferiores e superiores			
Conduta	Considerar tratamento estético e exercícios físicos. Substituição do(s) ARV(s) suspeito(s): d4T por outro ITRN e IP por ITRNN			
EFEITOS SECUNDÁRIOS SEVEROS				
CITOPENIA				
Agente	AZT			
Sinais e sintomas	Anemia 1-4% Neutropenia 2-8%			
Grau	**1**	**2**	**3**	**4**
Hemoglobina	8.0 - 9.4 g/dl	7.0 - 7.9 g/dl	6.5 - 6.9 g/dl	<6.5 g/dl
Neutrófilos	1000 – 1500/mm³	750 – 999/mm³	500 – 749/mm³	<500/mm³
Conduta (após exclusão de outras causas de anemia/ leucopenia)	Continuar TARV. Dar sal ferroso com ácido fólico.	Trocar para um ARV com baixo risco de toxicidade medular (TDF ou d4T). Dar sal ferroso com ácido fólico.		Trocar para um ARV com baixo risco de toxicidade medular (TDF ou d4T). Transfusão de sangue, ou uso de Eritropoetina (EPO), ou Filgrastima (GCS-F).

PANCREATITE	
Agente	d4T, ddI
Sinais e sintomas	**Sinais e sintomas:** • Intensa dor abdominal na zona superior do abdómen médio, em barra; muitas vezes, a dor irradia para as costas, acompanhada com náuseas e vômitos. • A dor pode piorar com a tosse, com os movimentos bruscos e com a respiração profunda, e pode ser aliviada em parte, sentando-se e inclinando-se para frente. • No exame físico: os músculos da parede abdominal estão rígidos. • A amilase e a lípase no sangue aumentam. **Fatores de risco:** • Alcoolismo
Conduta	Interromper TARV. Referir para internamento. Jejum e hidratação abundante. Sondagem nasogástrica para os casos de vômitos e distensão abdominal Tratamento de suporte, analgesia e monitoração laboratorial. A dieta pode ser reintroduzida, logo que o paciente apresente melhora clínica, cesse a dor abdominal e o íleo paralítico, geralmente em menos de 5 a 7 dias. Reiniciar TARV com ITRN sem toxicidade pancreática: ABC ou AZT .

NEFROTOXICIDADE	
Agente	TDF
Sinais e sintomas	**Sinais e sintomas:** • Não há sintomas clínicos • Depuração da Creatinina alterada **Fatores de risco:** • doente idoso • Hipertenso • Diabético • IMC baixo • CD4 baixo
Conduta	Formula da depuração de creatinina (Cockroft Gault): **Sexo masculino:** (140 – idade em anos) x (peso em kgs) / 72 x serum creatinine em mg/dl **Sexo feminino:** (140 – idade em anos) x (peso em kgs) x 0.85 / 72 x serum creatinine em mg/dl ** Em Moçambique, a unidade de referência da creatinina sérica é µmol/L, que corresponde a Unidade do Sistema Internacional. Entretanto, para fins de cálculo da depuração estimada da creatinina, é preciso converter o valor da creatinina sérica do doente (que é dado em µmol/L) para mg/dl, antes de se aplicar a fórmula acima.* *Para isso, basta dividir o valor da creatinina sérica do doente (em µmol/L) por 88,4. O resultado corresponderá a medida da creatinina sérica do doente em mg/dl.* Para cada doente em uso de TDF, a depuração estimada de creatinina deve ser calculada, a cada 6 meses. Sempre que houver sinais de nefrotoxicidade após a introdução do TDF, este deve ser suspenso imediatamente, pois a toxicidade relacionada com o TDF não é reversível. É uma contra-indicação absoluta para o uso de TDF uma depuração de creatinina <30 ml/min. Não é recomendado administrar TDF aos pacientes com depuração de creatinina <60 ml/min

EFEITOS SECUNDÁRIOS COM RISCO DE VIDA				
HEPATITE				
Agente	NVP, EFV, LPV/r, RTV			
Sinais e sintomas	**Os sinais e sintomas variam de acordo com o grau de dano ao fígado e incluem:** • náusea, vômitos, dor abdominal • perda de apetite • diarréias • fraqueza ou fadiga • icterícia • hepatomegalia			
Diagnóstico diferencial	Hepatite viral (Hepatite A, B, C) Toma de medicamentos (Tuberculostáticos, ARVs, Amoxicilina+Ácido Clavulânico, Fluconazol, Paracetamol em alta dosagem, etc.) Uso de álcool Malária Outros (TB, EBV, CMV, sífilis, hepatite auto-imuno, etc.)			
Grau	**1**	**2**	**3**	**4**
Sexo Feminino	43.75 – 87.5 U/L	88 – 175 U/L	175.5 – 350 U/L	> 350 U/L
Sexo Masculino	56.25 – 112.5 U/L	113 – 225 U/L	225.5 – 450 U/L	> 450 U/L
Conduta	Continuar TARV. Repetir os testes 2 semanas mais tarde e reavaliar. É importante sempre excluir outros diagnósticos que podem estar provocando tais alterações. Por exemplo: Anemia – suspeitar de Tuberculose e Malária ALT elevado: suspeitar de hepatite viral		Suspender TARV imediatamente. Repetir as análises semanalmente e reavaliar. Substituir o ARV específico causador do quadro por outro ARV após normalização das análises.	

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON/NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA	
Agente	NVP, EFV, ATV, DRV
Sinais e sintomas	Geralmente durante as primeiras semanas do TARV, com febres, mialgia. Dermatite exfoliativa com envolvimento de mucosas.
Conduta	Suspender todos os antiretrovirais. Referir para internamento urgente (as vezes requer cirurgia). Substituir o ARV específico causador do quadro por outro ARV após a recuperação do paciente (INNTR por IP)
HIPERSENSIBILIDADE	
Agente	ABC, RAL
Sinais e sintomas	**Sinais e sintomas:** • febres altas • erupção da pele • cefaléia • náuseas, dor abdominal, diarréia • artralgia • dispnéia Apresentação inicial pode ser confundida com manifestações clínicas de infecção viral. 90% dos casos aparecem dentro das primeiras 6 semanas de início do uso do ABC.
Conduta	Interromper definitivamente ABC e substituir por outro ARV. Tratamento sintomático. A reexposição pode levar a quadro grave, inclusive fatal.

ACIDOSE LÁCTICA, ESTEATOSE HEPÁTICA COM HIPERLACTEMIA	
Agente	ITRN, especialmente d4T,ddI, AZT
Sinais e sintomas	Aparecimento dos sintomas pode variar de 3-4 meses até mais de 1 ano após o início TARV. **Sinais e sintomas:** • náuseas, vômitos, e dores abdominais persistentes • anorexia e/ou perda de peso não explicada • fadiga não explicada • sintomas respiratórios: taquipnéia, dispnéia **Fatores de risco:** • Sexo feminino • IMC alta • Gravidez • Uso prolongado de INRTs
Conduta	a) Lactato entre 2 – 5 mmol/l: avaliar o doente. • Se assintomático: continuar os ARVs. • Se sintomático: suspender todo o TARV até normalizar o nível do lactato. Re-introduzir o esquema TARV com ITRN de menor risco: ABC ou TDF no lugar do d4T ou AZT. b) Lactato entre 5 mmol/l e 10 mmol/l:suspender todo o TARV até normalizar o nível do lactato. Tratamento de suporte e monitoração laboratorial. Reintroduzir o esquema TARV com ITRN de menor toxicidade: ABC ou TDF no lugar do d4T ou AZT. c) Lactato acima 10 mmol/l: urgência, risco de morte. Parar imediatamente o TARV. Tratamento de suporte e monitoração laboratorial. Encaminhar o caso para discussão com o Comitê Nacional TARV. A normalização dos níveis do lactato pode levar vários meses até 1 ano. Na prática a avaliação do lactato sérico nem sempre está disponível. Em caso de forte suspeita clínica o TARV deve ser suspenso até melhoria clínica e reintroduzido posteriormente um esquema substituindo o INTR suspeito por TDF ou ABC.

12. Falência Terapêutica

Premisa aceite: não-adesão leva ao desenvolvimento de HIV resistente às drogas.

12.1. Definição de Falência Terapêutica

Existem três elementos que podem ser utilizados para caracterizar uma falência terapêutica, segundo a definição da OMS:

1. **Falência virológica.** Traduz um inadequado controlo da replicação viral, isto é, uma carga viral detectável após 6 meses de início do tratamento antiretroviral, ou:
   a) Aumento de 1 log de carga viral em relação a carga viral prévia, confirmado por 2 medidas repetidas (com intervalo de 60 dias) ou
   b) Carga viral detectável >1000 cópias/ml[1], confirmado por 2 medidas repetidas (com intervalo de 60 dias), na presença de boa adesão, havendo sido indetectável previamente, e sem vacinação ou infecção concomitante actual (ou nos últimos 30 dias).

   A **carga viral indetectável nem sempre é conseguida nas crianças a curto prazo**. A diminuição persistente de 1,5 a 2 log, associada a boa evolução clínica e boa resposta imunológica é aceitável e não justifica mudanças.

Uma carga viral muito elevada (>100.000 cópias/ml) é sugestiva de não adesão ou mesmo abandono do tratamento, tratando-se provavelmente de vírus virgem; Uma carga viral baixa e isolada (< 5.000 cópias/ml numa única determinação) é sugestiva de um "blip" ou escape viral de vírus sensível, que é temporário e geralmente retorna ao limite inferior de detecção em poucas semanas, não necessitando de mudança do TARV.

2. **Falência Imunológica:**
   <u>Adultos:</u>
   a) Queda na contagem de linfócitos T CD4+ a limites inferiores a sua contagem pré-tratamento, ou
   b) Queda em 50% em relação ao pico da contagem de linfócitos T CD4+ após início do tratamento (nas crianças mudança de categoria imunológica para categoria inferior; ou não resposta ao tratamento)
   c) Contagem de linfócitos T CD4+ persistentemente abaixo de 100 células/mm3 após 12 meses de terapia anti-retroviral.

Crianças maiores de 5 anos: Contagem de CD4 persistente abaixo de 100 cels/mm3
Crianças menores de 5 anos: Contagem de CD4 persistente abaixo de 200 células/mm3 (onde não estiver disponível CD4 percentual) ou CD4 < 10%.

[1] A OMS define o ponto de corte de 1.000 cópias/ml para diagnosticar falência virológica. Contudo, o uso de um limiar superior ao das 1.000 cópias/ml (3.000-5.000) para o diagnóstico de falência virológica é recomendado quando forem usadas técnicas DBS para a avaliação da carga viral de HIV.

Para todos os casos é importante considerar a exclusão de infecções concomitantes que podem causar diminuição transitória dos valores do CD4.

a) Há estudos que demonstram que a média de aumento na contagem de linfócitos T CD4+ é de 150 cels/mm3 no primeiro ano de TARV em doentes sem história prévia de tratamento;

b) Existem situações em que a resposta imunológica é muito lenta, especialmente nas pessoas que iniciam TARV com contagem de linfócitos T CD4+ muito baixas. Isto pode ser resultado do comprometimento da matriz produtora celular parasitada pelo próprio HIV. Nesses casos, a carga viral pode ser um instrumento de avaliação da resposta ao tratamento. Considerar também a hipótese de co-infecção pelo HIV-2.

3. Falência Clínica

Adultos:
Recorrência ou aparecimento de condição que indica imunodepressão severa (condições definidoras de estadio 4 da OMS) após 6 meses de tratamento eficaz.

Crianças:
Recorrência ou aparecimento de condição que indica imunodepressão severa (condições definidoras de estadio 3 e 4 da OMS, com a excepção de TB) após 6 meses de tratamento eficaz.

No entanto, na ausência de falha virológica, a ocorrência de doenças oportunistas não indica falha do tratamento antiretroviral, mas sim reflecte, na maior parte dos casos, reconstituição imune parcial e insuficiente. Deve-se também sempre excluir a Síndrome de Imuno-reconstituição.

IMPORTANTE

Normalmente, as falências virológica, imunológica e clínica não surgem simultaneamente;

A falência virológica é a mais precoce, tem impacto imunológico e aumenta o risco de progressão da doença, além de levar à emergência de resistência viral, o que, por sua vez, diminui as opções terapêuticas posteriores. Consequentemente, a falência virológica deve ser o principal parâmetro actual para a definição de falência da terapia anti-retroviral, particularmente da terapia inicial.

Para se chegar a uma **suspeita de falência terapêutica**, é necessário que:

- O doente esteja em TARV há pelo menos 6 meses
- A adesão ao TARV tenha sido cuidadosamente revista
- Seja descartada a presença de infecções oportunistas em curso que justifiquem a queda ou a não recuperação da contagem de CD4
- A Síndrome de imuno-reconstituição (SIR) tenha sido excluída

As **principais causas de falência terapêutica** podem ser devidas a:

- Insuficiente adesão: causa mais comum
- Interrupção dos ARVs devido a toxicidade ou efeitos adversos
- Problemas de farmacocinética das medicações ARVs (interacções medicamentosas, problemas de absorção)
- Nas crianças, mau ajuste das doses dos ARVs a medida que elas vão aumentando de peso
- Presença de mutações que conferem resistência aos fármacos (resistência primária ou secundária aos medicamentos em uso).

Parâmetros a serem avaliados na presença ou suspeita de falência terapêutica:

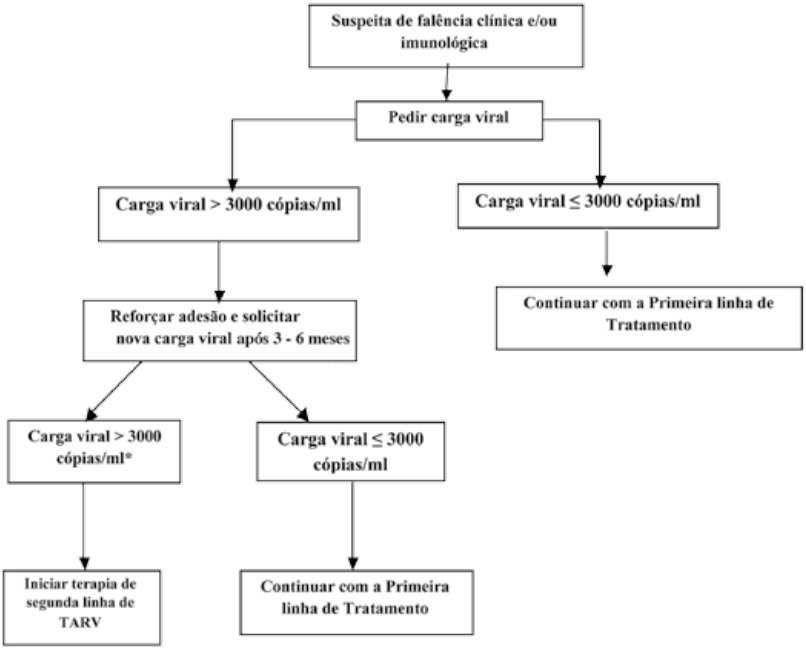
- História clínica do doente
- Avaliação dos parâmetros imunológicos e virológicos e sua evolução no tempo
- Avaliação da adesão do doente à terapia ARV
- Número de opções terapêuticas que restam

QUADRO 35: PARÂMETROS VIROLÓGICOS NO PLASMA

CARGA VIRAL	LOGARITMO CORRESPONDENTE
300 (3×10^2)	2,5
500 (5×10^2)	2,7
800 (8×10^2)	2,9
1.000 (1×10^3)	3
3.000 (3×10^3)	3,5
10.000 (1×10^4)	4
30.000 (3×10^4)	4,5
100.000 (1×10^5)	5
300.000 (3×10^5)	5,5
1.000.000 (1×10^6)	6

12.2. Avaliação de Falência Terapêutica

ALGORITMO 5: USO DA CARGA VIRAL DO HIV PERANTE SUSPEITA DE FALÊNCIA TERAPÊUTICA EM PACIENTES ADULTOS E CRIANÇAS



*A OMS aconselha o uso de um limiar superior ao das 1.000 cópias/ml (3.000-5.000) para o diagnóstico de falência virológica quando forem usadas técnicas DBS para a avaliação da carga viral de HIV.

12.3. Conduta Perante um Caso de Falência Terapêutica

Uma vez tomada a decisão de modificar o tratamento e, em face das opções disponíveis, é recomendado nunca substituir um único fármaco e não acrescentar apenas mais um fármaco ao regime que está a perder a sua actividade antiviral. É sempre preferível alterar, pelo menos, dois fármacos e, possivelmente, substituir completamente o regime terapêutico.

Em Moçambique, e até que sejam criadas condições para a descentralização,a decisão da alteração do TARV por falência terapêutica cabe ao Comité Nacional de TARV. Assim, toda a suspeita de falha terapêutica deve ser encaminhada ao Comité, utilizando o Formulário de solicitação de mudança de regime anti-retroviral, o qual se encontra disponível no Anexo 16 desde Guião, para os seguintes endereços:

comitetarv.dnam@misau.gov.mz

Tel: 21-32 08 31 ou cel 82-318 4200

Assim, em presença de uma primeira falência terapêutica confirmada, o clínico deve submeter o caso para a aprovação da mudança de linha. As possíveis escolhas para segundas e terceiras linhas são as seguintes:

QUADRO 36: ESCOLHA DA 2ª LINHA EM ADULTOS E CRIANÇAS ≥ 5 ANOS (E COM PESO ≥35KG)

NOS ADULTOS:

Se o esquema em falência é TDF + 3TC + EFV, muda para:

- **1ª opção:** AZT + 3TC+ LPVr
- **2ª opcção:** ABC + 3TC + LPVr para situações de intolerância a AZT
- **3ª opção:** AZT/ABC + 3TC + LPV/r hiperpotenciados (para doentes com TB necessitando de 2ª linha, durante o tempo que dure o tratamento específico)

Se o esquema em falência é AZT (ou d4T) + 3TC + NVP (ou EFV), muda para:

- **1ª opção:** TDF + 3TC + LPV/r
- **2ª opção:** ABC + 3TC + LPV/r: para situações de contra-indicação de TDF
- **3ªopção:** TDF/ABC + 3TC + LPV/r hiperpotenciados (para doentes com TB necessitando de 2ª linha, durante o tempo que dure o tratamento específico)

NAS CRIANÇAS ≥ 5 ANOS:

Se o esquema em falência é AZT/d4T + 3TC + LPV/r muda para:

- TDF + 3TC+ EFV

Se o esquema em falência é AZT/d4T + 3TC + NVP (ou EFV) muda para:

- TDF + 3TC+ LPVr

QUADRO 37: ESCOLHA DA2ª LINHA EM CRIANÇAS < 5 ANOS

Se o esquema em falência é AZT/d4T + 3TC + NVP (ou EFV), muda para:

- ABC + 3TC + LPV/r

Se o esquema em falência é AZT/d4T + 3TC + LPV/r muda para:

- < 3 anos: ABC + 3TC + NVP
- ≥ 3 anos (e ≥ 10 Kg) : ABC + 3TC + EFV

Se o esquema em falência é ABC+3TC+NVP, muda para:

- AZT+3TC+LPV/r

QUADRO 38: ESCOLHA DA 3ª LINHA EM ADULTOS E CRIANÇAS

Para pacientes com falência da 2ª linha, muda para:

- TDF/AZT + 3TC + RAL + DRV + RITONAVIR

IMPORTANTE

Em casos de falências múltiplas, os doentes podem necessitar de regimes alternativos particularmente agressivos (mais de 3 ou 4 fármacos combinados, incluindo a utilização de novo IP ou até 2IPs) para obter uma resposta virológica satisfatória. No âmbito deste regime, foram observadas, algumas vezes, respostas significativas, num número limitado de doentes, reutilizando fármacos utilizados anteriormente.

À Luz do conhecimento científico actual, não se recomenda a utilização da "batata africana" (Hypoxis hemerocallidea) concomitantemente com o TARV, particularmente nos esquemas contendo INNTR e IP, em virtude de possíveis interacções no metabolismo destas drogas.

13. Monitoria e Avaliação do Programa de TARV

13.1. Conceitos Básicos da M&A

Monitoria e Avaliação (M&A) envolve duas disciplinas diferentes mas interligadas. A primeira é **monitoria** que é a colheita rotineira, análise e uso de informações para duas finalidades: 1) Prestação de contas dos insumos e resultados atingidos; e 2) Tomada de decisões no que diz respeito a planificação das futuras intervenções. A segunda disciplina de M&A chama-se **avaliação** e envolve a avaliação periódica dum programa em andamento ou que foi concluído. O objectivo da avaliação é de possibilitar declarações sobre a relevância, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade do programa. É importante lembrar que a monitoria e a avaliação são disciplinas complementarias. Enquanto a monitoria de dados rotineiros traça a evolução do programa, a avaliação nos diz se tal evolução está a produzir os impactos desejados.

→ ***NOTA:*** *Como avaliações são tipicamente realizadas a partir de uma equipe externa e como o grupo alvo deste guião é principalmente o pessoal que trabalha nas unidades sanitárias o conteúdo M&A deste módulo será, na maioria, virado aos conceitos da monitoria.*

Uma condição necessária da M&A é a **produção de informação** que, em grande medida, acontece ao nível da prestação dos serviços. Por isso, é importante que todo o pessoal que trabalha com fichas ou registos de informação tenha cuidado a fazer um preenchimento completo, legível e fidedigno. Desde o provedor da saúde (que faz a primeira recolha) até o administrativo (que ajuda a elaborar os resumos) e os gestores e directores (que controlam a qualidade da informação), todos têm um papel critico no processo de M&A.

A monitoria utiliza diferentes **tipos de informação** incluindo "dados", "variáveis" e "indicadores".

- **Dados** são as informações mais básicas que ainda não foram transformadas em nenhuma forma. Eles têm a dupla função de documentar o seguimento clínico do paciente e de alimentar o sistema de monitoria. Um exemplo de um dado é o "X" que é colocado na ficha de seguimento de HIV para indicar a provisão de Cotrimoxazol ao paciente.
- **Variáveis,** por outro lado, fazem referência a dados prioritários que são reportados nos resumos. O número mensal de mulheres grávidas testadas para o HIV na primeira consulta pré-natal é um exemplo de um variável.
- Finalmente, **indicadores** são ferramentas que ajudam a medir a evolução e a qualidade dos serviços prestados. Um exemplo de um indicador é a percentagem de novos inícios TARV que foram rastreados para TB. O conjunto destes três tipos de informação representa uma cadeia de informação pois as variáveis dependem dos dados e por sua vez os indicadores dependem das variáveis.

Para cumprir com a sua finalidade prevista de usar informação para a melhoria dos serviços da saúde, a monitoria depende da **qualidade da informação** recolhida e reportada. Se os dados, variáveis e indicadores não são fidedignos, podemos chegar a conclusões erradas quanto ao funcionamento dos programas. De igual forma, se perdemos confiança na qualidade da informação, é menos provável que havemos de usar a informação para a gestão dos programas. Há vários desafios que actualmente afetam a qualidade da informação reportada incluindo fichas não preenchidas correctamente ou não na sua totalidade, falhas nos cálculos das variáveis dos relatórios, e atrasos ou falta de envio dos relatórios de um nível para outro. O pessoal ao nível das unidades sanitárias tem um papel muito importante em termos de conservação da qualidade da informação. São eles que fazem a primeira colheita e que têm a primeira oportunidade de identificar e corrigir prováveis erros. Todos os clínicos e gestores devem tomar a liderança no processo de garantir estatística de boa qualidade. Isto pode ser feito facilmente com revisões periódicas das fichas de seguimento e livros de registo bem como uma análise crítica dos relatórios mensais.

13.2. Recolha de Dados e Fontes de Informação

Um sistema de M&A precisa de ser alimentado por informação proveniente duma variedade de fontes de acordo com a natureza de cada dado e indicador. A fonte principal de informação de rotina é o Sistema de Informação da Saúde (descrito em detalhe abaixo da tabela 17), mas além disto existe uma grande variedade de fontes que proporcionam informações de uma forma regular (ex., trimestral, semestral, anual, bianual). Por exemplo, informação adicional consumida pelos programas é emitida rotineiramente de estratégias de melhoria de qualidade, actividades de vigilância e de registo, e sistemas de informação logística e laboratorial. Os pormenores de cada Sistema de Rotina de informação estão detalhados na Tabela abaixo.

QUADRO 39: SISTEMAS DE ROTINA

Fonte	Frequência	Principais Responsáveis
SIS/Módulo Básico	Mensal	DPC/DIS; PNC ITS-HIV/SIDA; PTV
Sistema de Informação da Qualidade dos Serviços (CLINIQUAL)	Anual	DNAM; PNC ITS-HIV/SIDA; PTV
Vigilância Sentinela do HIV	Bienal	INS; PNC ITS-HIV/SIDA; PTV
HIV DR-TS	Bienal	INS; PNC ITS-HIV/SIDA; PTV
Sistemas de Vigilância Demográfica	Bienal	INS; PNC ITS-HIV/SIDA
Registo dos Óbitos Hospitalares (SIS-ROH)	Mensal	DPC/DIS (com apoio técnico da M-OASIS)
Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos (SIMAM)	Mensal	CMAM
Sistema de Informação Laboratorial (SIL)	Mensal	Programa de Laboratório

Dados fiáveis sobre a prevalência do HIV, a existência de factores de risco na população, e o desempenho dos programas de saúde são essências para avaliar o percurso da epidemia e as maiores vias de transmissão. Estes dados também permitem a optimização das intervenções relacionadas ao HIV/SIDA e traçar progresso das metas previamente estabelecidas. Em Moçambique, existem vários inquéritos, pesquisas e estadísticas que se realizam com menor frequência (ex., bienal e quinquenal) complementam as fontes rotineiras e permitem a triangulação e calibração de dados. A Tabela 17 apresenta os detalhes de cada uma destas fontes, a maioria das quais são baseadas na população.

QUADRO 40: INQUÉRITOS E PESQUISAS BASEADAS NA POPULAÇÃO E ESTATÍSTICAS VITAIS

Fonte	Frequência Aproximada	Última Realização	Principais Responsáveis
Inquérito Demográfico de Saúde (IDS)	Cada 4-5 anos	2010/2011	INE
Inquéritos Agregados de Indicadores Múltiplos (MICS)	Cada 3-5 anos	2008	INE; UNICEF
Inquérito Nacional sobre Causas de Mortalidade (INCAM)	Deanal (cada 10 anos) - ligado ao censo nacional	2007/2008	INE em colaboração com MISAU
INSIDA	Quinquenal (cada 5 anos)	2009	INS; INE
Inquérito Nacional da alerta precoce do Surgimento de HIV Resistente aos Medicamentos Anti-retrovirais (EWI)	Bienal (cada 2 anos)	2008	INS; PNC ITS-HIV/SIDA
Projecções epidemiológicas / Modelagem Estatística (EPP e Spectrum)	Bienal (cada 2 anos)	2010	INE; INS; PNC ITS-HIV/SIDA; CNCS
Avaliações Nacionais TARV	Cada 4 anos	2007	INS; PNC ITS-HIV/SIDA
Avaliações Nacionais PTV	Bienal (cada 2 anos)	2011	PTV
Censo Populacional	Deanal (cada 10 anos)	2007	INE

O Sistema de Informação da Saúde (SIS) é o sistema de informação nuclear do MISAU e do Serviço Nacional de Saúde e inclui vários subsistemas ou aplicações informatizadas. Sua missão é produzir, elaborar e disseminar informação, para avaliar o estado de saúde da população, monitorar a provisão dos serviços de saúde e facilitar a tomada de decisão baseada em evidência.

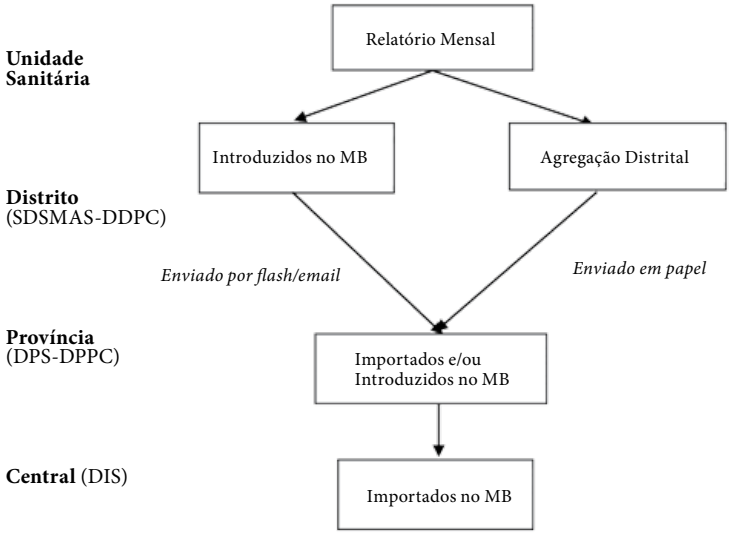
A maior parte das ferramentas de recolha de informação de HIV/SIDA ao nível do paciente e da unidade sanitária é ainda em papel. Os dados correspondentes aos

indicadores de cada programa são agregados e reportados rotineiramente (mensalmente ou trimestralmente) numa ficha que serve como um resumo de dados do período. Tais resumos são elaborados ao nível das unidades sanitárias pelos pontos focais de HIV e SMI para o envio aos Serviços Distritais de Saúde e Mulher e Acção Social (SDSMAS) na sede distrital. A este nível, os dados do período são compilados, arquivados e enviados para as Direcções Provinciais de Saúde (DPS) onde se repete o processo de compilação e armazenamento. Dai, os resumos provinciais são elaborados pelo supervisor e gestor provincial de HIV/SIDA e a responsável de SMI para o posterior envio ao órgão central.

PRAZOS PARA O ENVIO DOS RESUMOS MENSAIS	
US ao SDSMAS	Dia 25 do mês
SDSMAS à DPS	Dia 30 do mês
DPS ao MISAU:	Dia 10 do mês seguinte

Um dos instrumentos chave do SIS utilizado pelos programas de HIV/SIDA é um aplicativo electrónico de agregação e reporte da informação de rotina, designado por Módulo Básico. O Módulo Básico (MB) é uma simples base de dados de automatização e agregação das variáveis das fichas em papel. Os resumos em papel são transferidos para os SDSMAS onde são introduzidas no Modulo Básico por técnicos que trabalham nos Núcleos Estatísticos Distritais (NED). A seguir, uma cópia electrónica da estatística distrital do Modulo Básico é transferida para a DPS onde será consolidada e arquivada no Núcleos Estatísticos Provinciais (NEP). A seguir, o ficheiro electrónico contendo a estatística provincial é transmitido ao Departamento de Informação de Saúde (DIS) do MISAU onde são globalizados e armazenados mais uma vez numa única base de dados nacional.

FIGURA 1. FLUXO DE INFORMAÇÃO DO SIS/MÓDULO BÁSICO



13.3. Melhoria de Qualidade (MQ)

Melhoria de Qualidade (MQ) é uma abordagem sistemática para

- a análise do desempenho de um determinado processo e
- a busca constante por forma a tornar algo a fazer, sempre melhor.

Na sua forma tradicional, MQ é composta de **Ciclos de Melhoria de Qualidade** que são modelos para a melhoria contínua da qualidade. O principal modelo em uso pelo MISAU é o ciclo PDSA (planear, fazer, estudar e agir) - é um método padrão de trabalho que proporciona processo eficaz de experiência e aprendizagem.

O ciclo PDSA pode ser utilizado em quase todas as actividades, principalmente quando é necessário colectar informação para responder às dúvidas sobre um determinado problema. A primeira etapa – **Planear** – define-se os indicadores que irão medir a qualidade, o período da revisão dos serviços, as responsabilidades dos intervenientes envolvidos no ciclo e o plano de revisão dos indicadores. Na segunda etapa – **Fazer** – executa-se o plano e se observa quaisquer eventos não previstos que possam afectar a interpretação dos indicadores. Esta etapa também dá início ao processo de análise e poderá contribuir à compreensão dos problemas que estão a ter impacto na qualidade dos serviços. A terceira etapa – **Estudar** – exige que seja dedicado um tempo para a análise dos indicadores da qualidade. Ferramentas de análise (por exemple gráficos ou fluxogramas) podem ajudar nesse processo. Concluída a análise, torna-se possível comparar os resultados e as metas preconizadas. Na etapa final – **Agir** –decide-se o que fazer a seguir, com base no novo aprendizado. A equipe da US elabora uma **matriz de melhoria de qualidade,** ou seja, um plano de acção, que pretende responder às causas dos problemas analisados na etapa anterior. No seguinte ciclo de PDSA, os resultados do plano de acção serão revelados e serão utilizados para guiar o próximo ciclo.

Estratégias de MQ não só são aplicáveis na melhoria dos serviços clínicos senão também na melhoria da qualidade de informação recolhida e reportada. Neste caso, primeiro é feito uma **avaliação de qualidade de dados** (AQD) que visa medir a fiabilidade das variáveis reportadas nos resumos mensais. Está AQD é feita para definir se algo na área de estatística tem qualidade e se existe coerência da informação nas fontes e níveis de reporte (por exemplo se a informação do livro de registo coincide com aquilo que foi reportado no resumo mensal da US e se esta informação por sua vez coincide com a estatística disponível aos níveis superiores no Modulo Básico. Uma vez feita esta avaliação, segue-se com os outros passos do ciclo nomeadamente o estudar e o agir.

13.4. Cuidados e Tratamento

Os serviços de cuidados e tratamento (alternativamente conhecido como TARV e pré-TARV) recolhem e reportam informação usando um pacote de fontes primárias e secundárias. Este pacote é composto de 6 principais instrumentos detalhados na tabela abaixo:

1. Ficha de Seguimento (Adulto e Pediátrico)
2. Livros de Registo (TARV e Pré-TARV)
3. Ficha Individual de Levantamento de ARVs
4. Livro de Registo dos Faltosos e Abandonos
5. Resumo Mensal
6. Resumo Anual

QUADRO 41: INSTRUMENTOS DO TARV E PRÉ-TARV PARA RECOLHER E REPORTAR INFORMAÇÃO

INSTRUMENTO	UTILIDADE	DESCRIÇÃO DO PREENCHIMENTO	PREENCHEDOR
Ficha de Seguimento (Adulto e Pediátrico)	Têm duas finalidades principais. 1) Conservar o historial do paciente para o futuro seguimento clinico; e 2) Alimentar os Livros de Registo TARV e pré-TARV com informação prioritária	Fazem parte do processo clínico do paciente e devem ser preenchidos durante o atendimento feito pelos provedores da saúde	O preenchimento da ficha de seguimento é principalmente feito pelo clinico no momento da consulta clinica. Entretanto, os psicólogos, conselheiros e restantes trabalhadores podem também adicionar alguma informação importante
Livros de Registo (TARV e Pré-TARV)	São fontes secundarias que são utilizadas para facilitar o controlo de qualidade dos serviços prestados na US. Os Livros também constituem as fontes para o preenchimento do resumo mensal e anual	Preenchido com base no conteúdo da ficha de seguimento. Isto é tipicamente feito depois da consulta clinica quando o processo clinico já terá sido actualizado	Dependendo dos recursos da US, o preenchimento dos Livros de Registo pode ser feito pelos administrativos (i.e. recepcionistas) ou por outro lado pelos clínicos e enfermeiros
Ficha Individual de Levantamento de ARVs	Usado para controlar os aviamentos dos ARVs na farmácia e por outro a adesão aos levantamentos dos ARVs pelo paciente em TARV	Preenchida na farmácia quando o técnico da farmácia avia os ARVs ao pacientes. O conteúdo da FILA em termos dos aviamentos deve coincidir com a receita. Caso o paciente esteja no fluxo rapido, a receita deve ser agrafada à FILA	A FILA deveria ser preenchida pelo técnico da farmácia na hora do aviamento dos ARVs
Livro de Registo dos Faltosos e Abandonos	Utilizado para controlar e reportar os pacientes faltosos e abandonos do TARV	Livro actualizado quando por um lado o técnico da farmácia detecta um faltoso o abandono através o ficheiro móvel (aplicado às FILAs) ou por outro lado quando o faltoso ou abandono volta ao tratamento	Preenchido pelo técnico da farmácia com base na detecção de faltosos e abandonos (feito através do ficheiro móvel)
Resumo Mensal	Reportar mensalmente a estatística rotineira do programa TARV e pré-TARV	Feito após o fecho do mês estatístico com base no conteúdo dos Livros de Registo TARV e pré-TARV	Feito pela equipa da US e revisto pelo director clínico
Resumo Anual	Reportar anualmente a estatística dos indicadores de coorte (ou seja indicadores de grupo)	Feito após o fecho do ano estatístico com base no conteúdo dos Livros de Registo TARV e pré-TARV	Feito pela equipa da US e revisto pelo director clínico

PARTE II

Tratamento das Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente, Grávida e Criança

CONTEÚDOS:

1. Manifestações Gastrointestinais no Paciente com HIV 127
2. Manifestações Respiratórias no Paciente com HIV..... 132
3. Tuberculose..... 143
4. Manifestações Neurológicas Associadas à Infecção por HIV 153
5. Febre no Paciente HIV+ 171
6. Malária 173
7. Manifestações Cutâneas Associadas à Infecção por HIV..... 183
8. Abordagem Sindrômica das Doenças de Transmissão Sexual 197
9. Reacção Medicamentosa 206

1. Manifestações Gastrointestinais no Paciente com HIV

1.1. Introdução

As manifestações gastrointestinais são frequentes na população geral no contexto moçambicano, sendo ainda mais frequentes no paciente seropositivo. Nestes pacientes, além das causas infecciosas, alguns medicamentos anti-retrovirais também podem produzir diarreia e outras manifestações gastrointestinais. Nesta unidade vão ser abordados as seguintes patologias que afectam ao paciente HIV+:

- Candidiase orofaríngea e esofágica
- Diarreias agudas e crónicas

1.2. Candidíase

Definição

Candidíase orofaríngea manifesta-se habitualmente pela presença de placas esbranquiçadas na mucosa orofaríngea, parcial ou total. Por vezes, as lesões são erosivas.

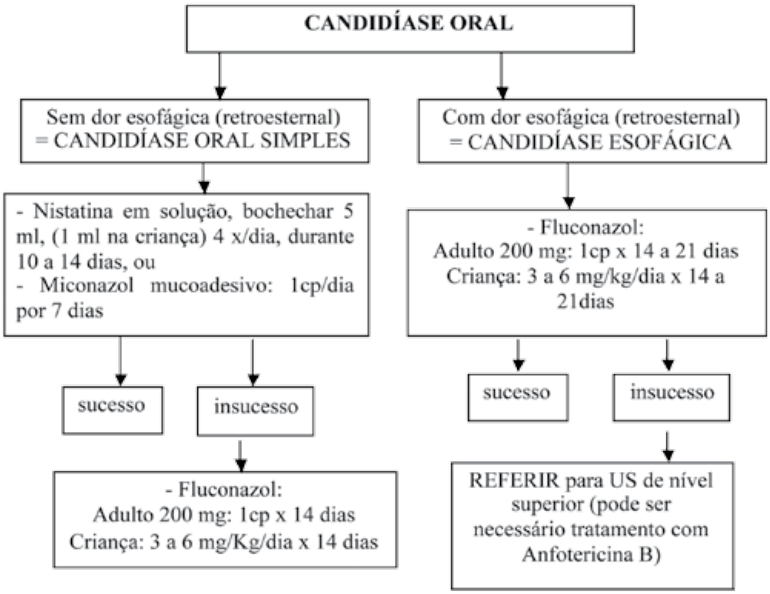
Candidíase esofágica está quase sempre associada a candidíase orale; é uma complicação relativamente tardia, manifestando-se habitualmente com disfagia (dificuldade para deglutir) e/ou odinofagia retroesternal (dor à deglutição). É considerada doença definidora de SIDA (OMS IV).

AGENTE ETIOLÓGICO	*CANDIDA SP* SENDO A MAIS COMUM A *CANDIDA ALBICANS*		
Diagnóstico	**Clínico**	**Endoscopia**	**Laboratorial**
Estomatite cremosa	• Placas esbranquiçadas cobrindo a mucosa orofaríngea, • Mucosa subjacente eritematosa, húmida, brilhante e hemorrágica, • Dificuldade na alimentação.	---	• Microscopia directa • Cultura
Candidiase atrófica	• Mucosa oral muito hiperemiada, Perda de papilas da língua	---	---
Esofagite	• Dificuldade para engolir (disfagia), • Anorexia, • Perda de peso, • Pode estar associada ou não a candidíase oral	• Esofagoscopia	• Biopsia da mucosa

Tratamento	**No adulto**
	• Candidíase oral: Nistatina 5ml VO 4 vezes /dia, 10 – 14 dias;
	• Candidíase oral e esofágica:
	  • Fluconazol 200 mg: 1cp x 14 dias
	  • Anfotericina B: 0.5 mg/kg/dia, IV 1x/dia, infusão de 4 a 6 horas, – só para casos resistentes de candidiase esofágica
	Na criança
	• Candidiase oral: Nistatina, 1ml VO 4 vezes /dia, 10 – 14 dias;
	• Candidiase oral e esofágica:
	  • Fluconazol, 3-6 mg/kg/dia, VO 1x/dia, 14 -28 dias.
	  • Anfotericina B: 1mg/kg/dia, IV 1x/dia, infusão de 4 a 6 horas, – só para casos graves ou resistentes aos fármacos anteriores.		

A candidíase é causada principalmente pela *Candida albicans,* mas também espécies como *Candida kruseii,Candida tropicalis* e outras podem estar envolvidas. Geralmente, estas últimas estão associadas a falências do tratamento antifúngico devido à existência de uma resistência natural aos antifúngicos imidazólicos.

ALGORITMO 6: TRATAMENTO DA CANDIDIASE ORAL E ESOFÁGICA NO PACIENTE HIV+



IMPORTANTE

1. Para todos os casos, é fundamental a higiene buco-dentária rigorosa e constante.
2. A candidíase orofaríngea caracteriza-se por um elevado índice de recidivas.
3. Na maioria dos casos o diagnóstico de candidíase esofágica é clínico e a endoscopia só excepcionalmente é indicada.
4. Outras possíveis causas de esofagite são: a infecção pelo CMV, pelo herpes simples e, excepcionalmente, neoplasias malignas (Sarcoma de Kaposi, Linfoma, carcinoma) ou ulcerações da mucosa. Quando não tratadas, as lesões esofágicas, pelo desconforto que provocam, podem modificar os hábitos alimentares e prejudicar ainda mais o estado nutricional do doente, já bastante precário.
5. As lesões esofágicas apresentam cicatrização lenta, exigindo muitas vezes, um tratamento prolongado até que se instale a remissão, embora a resposta sintomática seja habitualmente imediata.
6. Nos casos de candidíase resistentes ao Fluconazol, considerar o uso de Anfotericina B.

1.3 Diarreias

Definição

Fala-se de diarreia quando houver 3 ou mais episódios de fezes líquidas ou pastosas ao dia por mais de 2 dias.

Nos **adultos** a diarreia é classificada como aguda se tem duração inferior a 2 semanas e crónica se tem duração maior de 2 semanas.

Nas **crianças** a diarreia é classificada como aguda se tem duração inferior a duas semanas, persistente quando tem duração de 2 a 4 semanas e crónica quando for superior a 4 semanas.

A diarreia aguda é frequente nos indivíduos seropositivos; os agentes etiológicos são os que geralmente afectam os indivíduos sem HIV, sendo a abordagem semelhante.

A diarreia crónica ou persistente é mais frequente nos indivíduos imunodeprimidos (tanto adultos como crianças), especialmente naqueles com imunodepressão avançada, e complica-se com frequência com malnutrição e desidratação. Qualquer enteropatógeno pode causar diarreia prolongada nos indivíduos imunodeprimidos e pode estar presente mais de um agente.

Os princípios da gestão da diarreia aguda em crianças infectadas pelo HIV são iguais aos das outras crianças e devem seguir as orientações da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI):

- Gestão e correcção da desidratação,
- Gestão nutricional para minimizar a ocorrência de diarreia persistente e malnutrição,
- Aconselhamento nutricional, incluindo a revisão das práticas de preparação de alimentos para a criança.

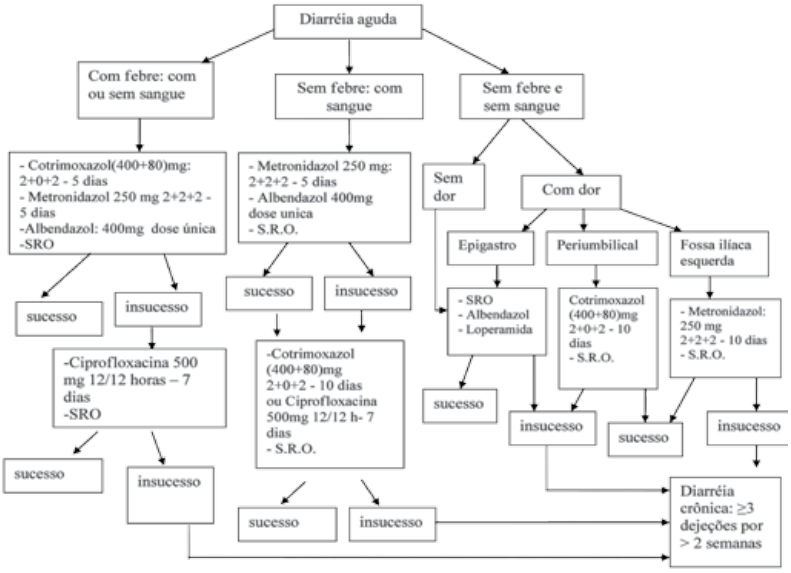
Etiologia, diagnóstico e tratamento da diarreia no paciente HIV+

Na tabela e algoritmos seguintes aparecem resumidas as informações sobre as causas, o diagnóstico e abordagem sindrómica da diarreia.

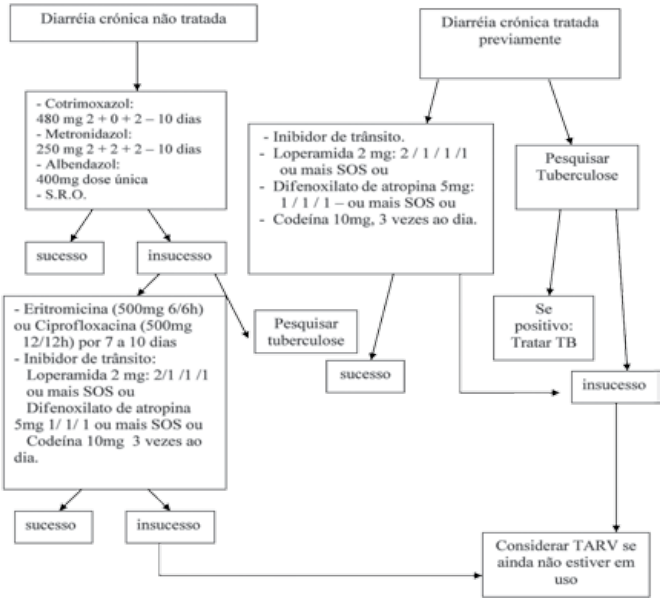
PRINCIPAIS FACTORES ETIOLÓGICOS DA DIARREIA NO PACIENTE COM HIV, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO:

Agentes Bacterianos	Agentes Parasitários	Agentes Virais	Agentes Fúngicos	Outros
-Salmonela sp -Shigella -Campilobacter sp -Mycobacterium tuberculosis/avium -E.coli -C. difficile -Y. Enterocolitica -A. Hydrophylia	-Malária -Cryptosporidium -Isospora belli -Microsporidium -Giárdia lamblia -Entamoeba histolytica -S. stercoralis -Cyclospora	-Herpes -Rotavirus -Citomegalovirus -HIV -Adenovirus -Astrovirus -Calicivirus	-Histoplasma	-Neoplasias: sarcoma de Kaposi, Linfoma -Medicamentoso: ARV, antibióticos. -Tratamentos "tradicionais"
Diagnóstico Clínico	-Caracterizar a diarreia e fazer avaliação nutricional • Duração • Com ou sem febre • Com ou sem sangue ou outros produtos • Com ou sem dor			
Laboratorial	- Coprocultura (2 amostras) - ELISA (por exemplo: rotavírus, adenovírus) - Microscopia das fezes (pesquisa de leucócitos, sangue, ovos, parasitas) - Hemoculturas			
Tratamento	- Restaurar e manter o balanço hidroelectrolítico - Cuidados nutricionais (dieta sem lactose) - Tratamento segundo os algoritmos seguintes.			

ALGORITMO 7: ABORDAGEM DA DIARREIA AGUDA NO PACIENTE HIV+ ADULTO



ALGORITMO 8: ABORDAGEM DA DIARREIA CRÓNICA NO PACIENTE HIV+ ADULTO



IMPORTANTE

1. Prevenção das diarreias: medidas de higiene, lavagem das mãos e isolamento das fezes dos doentes.
2. No tratamento da diarreia, considerar sempre:
   - o reequilíbrio hidroeletrolítico
   - os antidiarréicos (loperamida, difenoxilato de atropina ou codeína): a loperamida deve ser administrada iniciando com uma dose de 2cp e, em seguida, 1cp após cada episódio de dejecção (dose máxima diária de 6cp), difenoxilato de atropina (5mg 4xdia), codeína (10mg 3xdia).
   - suporte nutricional
   - nos casos de diarreia com desidratação grave que necessite de reidratação venosa contínua, referir ou internar
3. Os antidiarréicos são contra-indicados na presença de diarreia sanguinolenta.
4. A Ciprofloxacina (500mg 12/12h de 3 a 7 dias) pode ser uma alternativa ao Cotrimoxazol nos casos de diarreia grave, com febre e/ou sangue
5. Afastar sempre a possibilidade de diarréia por malária
6. Gestantes: se possível, EVITAR metronidazol e albendazol no primeiro trimestre da gravidez. Para os processos infecciosos entéricos, a escolha é cotrimoxazol, azitromicina (500mg/dia por 3 dias) ou eritromicina (500mg de 6/6h por 7 dias). Está contra-indicado o tratamento com ciprofloxacina nas grávidas, puérperas e nas crianças.
7. Não esquecer da profilaxia secundária das infecções oportunistas com cotrimoxazol (2cp 1xdia) ou dapsona (100mg/dia).

2. Manifestações Respiratórias no Paciente com HIV

2.1. Introdução

As manifestações respiratórias em pacientes infectados pelo HIV incluem causas infecciosas, imunológicas, neoplásicas e cardiológicas.

2.2. Causas de manifestações respiratórias em adulto e crianças

As causas mais comuns são:

A. INFECCIOSAS

- Pneumonia bacteriana
- Tuberculose pulmonar e pericárdica
- Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*
- Infecções respiratórias fúngicas (histoplasmose, criptococose, coccidioidomicose, etc)
- Infecções respiratórias por Micobacterias atípicas
- Outras: Pneumonia por CMV, Toxoplasmose
- Em crianças também são frequentes as infecções das vias respiratórias superiores
    - Otites bacterianas
    - Sinusites bacterianas

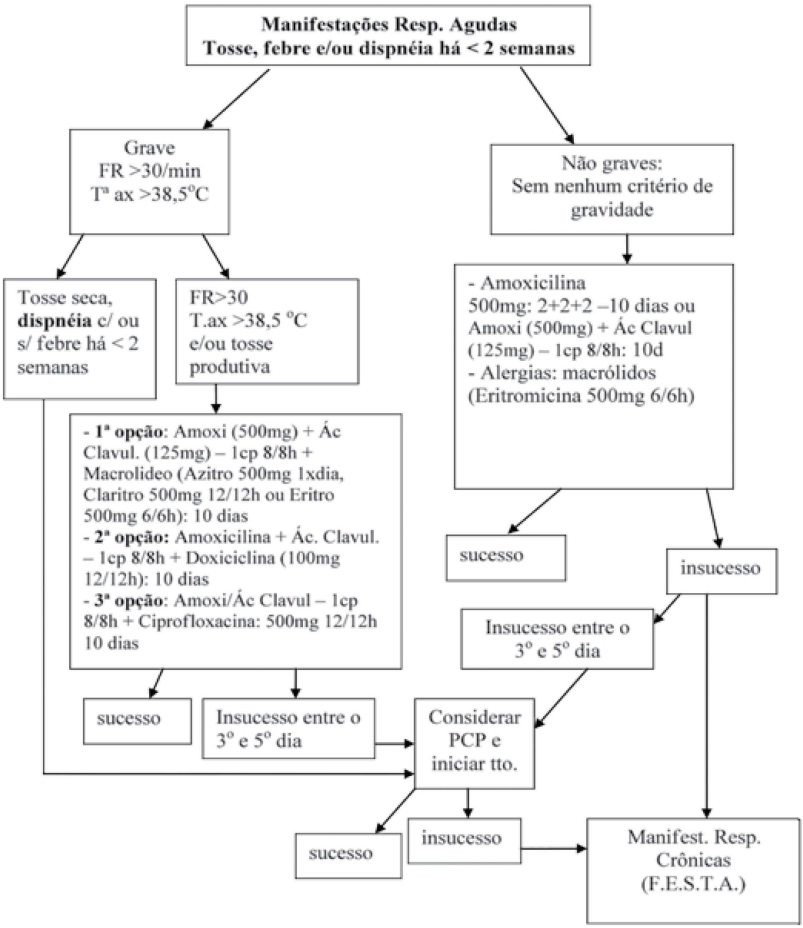
B. NEOPLASIAS MALIGNAS

- Sarcoma de Kaposi pulmonar
- Linfoma de Hodgkin
- Outros Linfomas
- Carcinomas broncogênicos

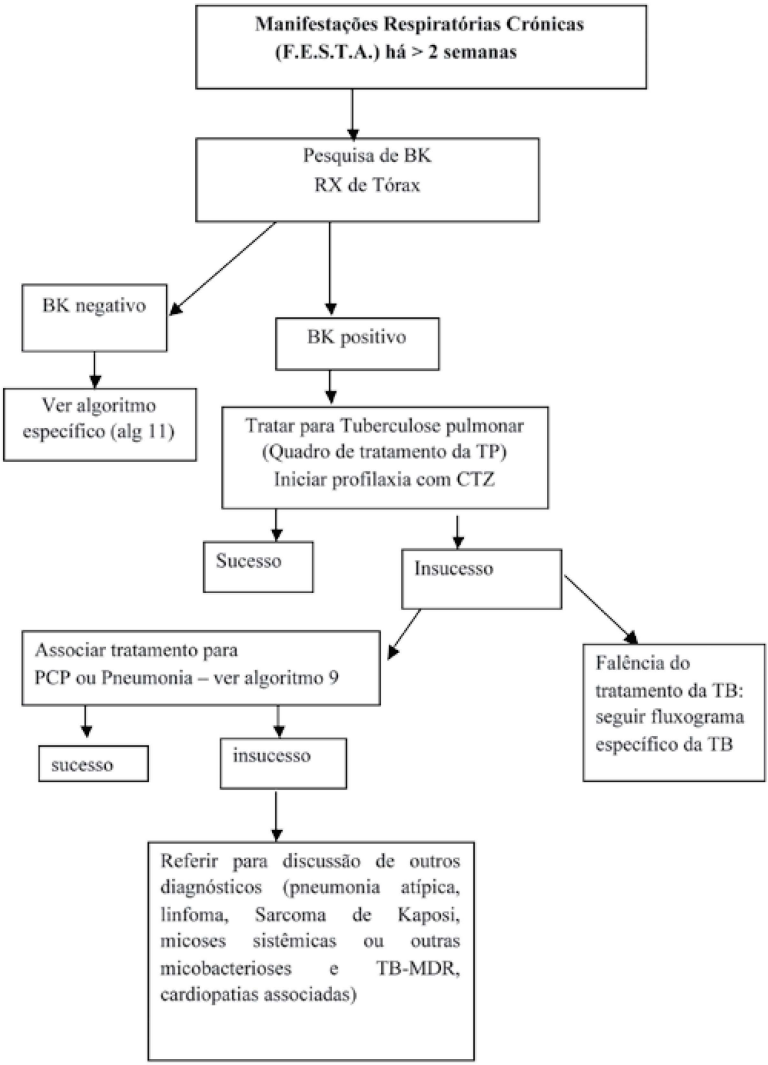
C. OUTRAS PNEUMOPATIAS

- Pneumonia intersticial não especifica
- Pneumonia intersticial
- Sarcoidose

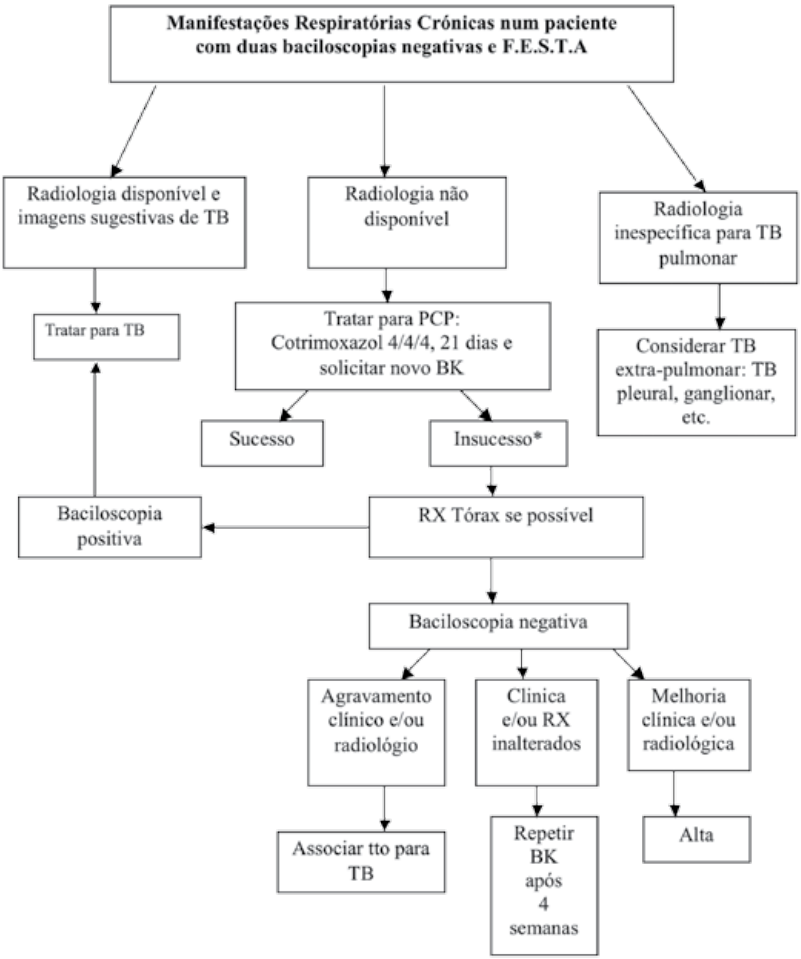
ALGORITMO 9: MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS NOS ADULTOS E ADOLESCENTES



ALGORITMO 10: MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS NOS ADULTOS E ADOLESCENTES (1)



ALGORITMO 11: MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS NOS ADULTOS E ADOLESCENTES (2)



*Define-se insucesso como a ausência de resposta ao tratamento para PCP após 7-10 dias

2.3. Manifestações respiratórias em Paciente HIV+

2.3.1 Manifestações respiratórias de etiologia infecciosa

As Pneumonias em indivíduos com HIV/SIDA, são causadas pelos mesmos agentes etiológicos que afectam os indivíduos não infectados por HIV. Nas crianças, a causa varia de acordo com a idade.

Nas Tabelas a seguir são apresentadas de forma resumidas as infecções respiratórias, os agentes etiológicos, o diagnóstico e o tratamento em cada caso.

INFECÇÕESDAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES(SÓ CRIANÇAS)

	Otite média aguda (OMA)	**Otite média crónica**	**Sinusite**
Agente Etiológico	*Streptococcus pneumoniae* *Haemophilus influenzae* *Moraxella catarrhalis* *Streptococcus pyogenes* *Staphylococcus aureus*	*Pseudomonas aeruginosa* *Staphyloccoccus aureus* e species Proteus species *Escherichia coli* Bacterias anaeróbicas *Mycobacterium tuberculose*	*Streptococcus pneumoniae* *Hemophilus influenzae* *Moraxella catarhalis*
Diagnóstico A. Clínico	Otalgia, febre ou irritabilidade, Otoscopia: membrana timpânica hiperemiada, opaca, abaulada, otorreia purulenta.	Otorreia serosa, mucóide ou purulenta no ouvido, por mais de 3 meses. Otalgia leve diminuição da acuidade auditiva Otoscopia: membrana timpânica opaca, otorreia purulenta.	Cefaleia e dor nos pontos de projecção dos seios paranasais, tosse seca ou produtiva, rinorreia com secrecções purulentas, febre +/- halitose, gotejamento pós-nasal.
B. Radiológico	---	---	RX seios paranasais: opacidade dos seios
Tratamento	Tratar durante 10 dias com um dos seguintes: • Amoxicilina, 40-50 mg/kg/dia, 8/8h • Amoxicilina+ác clavulânico, 50mg/kg/dia de 8/8 h • Cefaclor, 40mg/kg/dia de 8/8h, • Azitromicina 10mg/kg/dia	Tratar como OMA durante 14 dias, usando de preferência Amoxicilina+ác clavulânico OU Azitromicina. Se não melhora: aspiração do pús, associada a : Ciprofloxacina, 30mg/kg/dia de 12/12h, OU Clari-tromicina, 15mg/kg/dia de 12/12h, OU Casos graves, tratar durante 14-21 dias com: Oxacilina, 150-200mg/kg/dia IV, 6/6h, ou Ceftriaxona, 80 -100mg/kg/dia IV, 12/12h	Tratar como a OMA durante 4-8 semanas e manter o tratamento por mais 1 semana após a resolução dos sintomas. Se há suspeita de etiologia fúngica: Fluconazol: 3-6 mg/kg ou Anfotericina B (0,7-1 mg/kg/dia. **NB:** para sinusite crónica, pesquisar alterações anatómicas

INFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS INFERIORES: PNEUMONIAS BACTERIANAS

PNEUMONIAS BACTERIANAS		
	Crianças	**Adultos**
Agente Etiológico	**0-2 meses:** Bacilos gram negativos, Estreptococo do grupo B, S. *aureus.* **2 meses-5 anos:** *S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus.* **>5 anos:** *S pneumoniae, S. aureus, Micoplasma pneumoniae*	*S. pneumoniae, H. influenzae, Micoplasma,Clamydia pneumoniae,* Bacilos Gram negativos, *S. aureus*
Diagnóstico A. Clínico	• Início agudo com febre e tosse • Ao Exame físico: • FR↑respeito ao normal por idade • Dispneia com ou sem tiragem, • Macicez, murmúrio vesicular diminuído, fervores crepitantes, sopro tubárico.	• Início agudo com febre e tosse • Dor torácica • Ao Exame físico: • FR↑ respeito ao normal • dispneia com ou sem tiragem, • macicez, murmúrio vesicular diminuído, fervores crepitantes, sopro tubárico
B. Radiológico	• RX Tórax: • pode apresentar padrão lobar, bronco-alveolar ou intersticial. • derrame +/-	
C. Laboratorial	• Hemograma: leucocitose com neutrofilia e por vezes leucopenia (sinal de gravidade) • Microbiologia (coloração Gram) de amostra de escarro	
Tratamento: Na criança varia com idade	**0 - 2 meses:** Duração 10-14 dias Penicilina Cristalina 100 000 UI kg/dia, EV,6/6 h OU Ampicilina 100 mg kg/dia, EV, 6/6 h, 10 días + Gentamicina 5mg/kg/dia, 12/12h7 dias	**Sem sinais de gravidade** • Amoxicilina500mg: 2+2+2 –10 dias ou Amoxi (500mg) + Ac Clavul (125mg) – 8/8h: 10d • Alergias: macrólidos (Eritromicina 500mg 6/6h)
	>2 meses: Duração 10-14 dias com um dos seguintes: • Pen Procaina 50 000 UI kg/dia , IM 12/12h • Amoxicilina 40 mg kg/dia , VO , 8/8 h • Amoxi/ác clavulânico, 50mg/kg/dia VO, 8/8 h • Cloranfenicol 100 mg kg/dia, EV, 4/4 h • Oxacilina150 mg kg/dia, EV, 6/6 h • Eritromicina50 mg kg/dia, VO, 6/6 h • Ceftriaxona100 mg, EV kg/dia, IM, 12/12 • Cefalexina50 mg kg/dia, VO, 6/6 h,	**Com sinais de gravidade** • **1ª opção:** Amoxi (500mg) + Ác Clavul. (125mg) – 8/8h + Macrólido (Azitro 500mg 1xdia, Claritro 500mg 12/12h ou Eritro 500mg 6/6h): 10 dias • **2ª opção:** Amoxicilina + Ác. Clavul. – 1cp 8/8h + Doxiciclina (100mg 12/12h): 10 dias • **3ª opção:** Amoxi/Ác Clavul – 1cp 8/8h + Ciprofloxacina: 500mg 12/12h 10 dias

INFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS INFERIORES:PNEUMONIA POR CMV

Pneumonia por Citomegalovírus		
Agente etiológico	*Citomegalovírus*	
Diagnóstico	Em Moçambique o diagnóstico é complexo pela limitação de recursos. Geralmente é um diagnóstico de exclusão (ausência de resposta a outros tratamentos empíricos)	
Diagnóstico A. Clínico	Início insidioso com tosse, dispneia e febre	
B. Radiológico	RX do tórax: infiltrado intersticial difuso	
C. Laboratorial	Exame citopatológico na amostra de lavado bronco-alveolar ou biopsia	
Tratamento	Ganciclovir, 10mg/kg/dia, EV, 2 x dia 14-21 dias, Foscarnet, 180mg/kg/dia, EV, 8/8 horas, 21 dias	Valganciclovir 900 mg 2xdia VO, 21-28 dias Ganciclovir 5 mg/kg 2xdia EV, 14 dias. Depois 5mg/kg/dia mais 14 dias Foscarnet 60 mg/kg 3xdia EV ou 90 mg/kg 2xdia EV, 14 dias. Depois 90-120 mg/kg 1xdia por mais 14 dias

INFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS INFERIORES: PNEUMONIA FÚNGICA

PNEUMONIAS FÚNGICAS		
	Crianças	**Adultos**
Agente etiológico	*Cryptococcus* *Histoplasma capsulatum* *Cândida* *Aspergillus*	
Diagnóstico	Em Moçambique o diagnóstico é complexo pela limitação de recursos. Geralmente é um diagnóstico de exclusão (ausência de resposta a outros tratamentos empíricos)	
A. Clínico	Febre Tosse produtiva e dispneia de inicio insidioso Dor torácica, hemoptise Sintomas de infecção disseminada (hepato-esplenomegalia, adenopatias, lesões cutâneo-mucosas)	
B. Radiológico	Padrão radiológico variável dependendo do fungo: • Criptococo, Histoplasma e outras: Infiltrado difuso e/ou nodular com padrão em flocos de algodão. • Aspergilose pulmonar: cavitações pulmonares no Rx	
C. Laboratorial	Aspirado broncoalveolar, lavado broncoalveolar	
Tratamento	Fluconazol, 3 - 6 mg/kg/dia, 6-10 semanas OU Anfotericina B, 0,7- 1mg/kg/dia, EV, 1xdia, 4 - 8 semanas	Fluconazol 400-800 mg/dia Anfotericina B, 0.7-1 mg/kg/dia, 8-10 semanas

PNEUMONIA POR *PNEUMOCISTIS* JIROVECI

Pneumonia por *Pneumocystis* jiroveci		
Infecção oportunista comum, de curso rápido, geralmente fatal sem tratamento. Nas crianças a faixa etária de maior risco é entre o 3º a 6º mês de vida. Nelas, pode acontecer com qualquer contagem de CD4. Nos adultos acontece geralmente com contagens de CD4 menores de 200 cels/mm³. O cotrimoxazol profiláctico protege contra a PCP		
Agente Etiológico	*Pneumocistis jiroveci (fungo)*	
Diagnóstico	Baseia-se na suspeita clínica + RX tórax sugestivo. O diagnóstico definitivo faz-se pela identificação do fungo nas amostras de secreções respiratórias	
Diagnóstico **A. Clínico**	**Criança** Início agudo com: febre moderada < 38ºc tosse seca ou produtiva taquipneia e/ou dispneia moderada a grave, apneia nos lactentes cianose. Auscultação pulmonar pouco reveladora.	**Adulto** Geralmente início insidioso, com tosse seca, dispneia progressiva, febre, perda de peso. Auscultação pulmonar pouco reveladora.
B. Radiológico	Inicialmente infiltrado intersticial peri-hilar, que evolui para infiltrado bilateral difuso e, pode progredir para processo alveolar ou padrão alveolar com broncograma áereo. Com o evoluir da doença: opacificação completa do pulmão, por derrame pleural ou por condensações lobares ou nódulos parenquimatosos Pode haver: Pneumotórax, Pneumomediastino Adenopatias hilares ou mediastínicas	
C. Laboratorial	**Identificação do fungo** nas amostras de secreções brônquicas recolhidas por fibroscopia (LBA sensibilidade > 90%), indução da expectoração (55-88% sensibilidade), biópsia trans-brônquica (BTB 95-100%). O lavado gástrico pode aumentar a rentabilidade da prova (em relação à recolha de escarro) em crianças e adultos. **Aumento da LDH:** Os valores elevados, acima de 500 U/l (N:210-425 U/l) são sugestivos de lesão parenquimatosa, mas continua a ser um parámetro inespecífico	

Continua →

<table>
<tr>
<td>Tratamento</td>
<td>
Tratamento de escolha:

Cotrimoxazol, oral ou EV, 20 mg/kg/dia, do componente TMP, dividido em 4 doses, 14 a 21 dias
Oxigénio, se disponível
Associar Prednisolona nos casos graves:

1mg/kg/dia 12/12h nos primeiros 5 dias,
0,5mg/kg/dia 12/12h do 6º ao 10º dia,
0,25mg/kg/dia 1 vez dia até 21º dia

Tratamento Alternativo:
Dapsona, 1mg/kg/dia + TMP 20 mg/kg/dia, VO, 4xdia, 21 dias
ou Pentamidina, 4mg/kg/dia, 1 x dia, EV, por 3 semanas
</td>
<td>
Tratamento de escolha:

Cotrimoxazol (Sulfametoxazol 400mg + Trimetropim 80mg): 15mg do componente TMP/kg/dia, dividido em 3 ou 4 doses diárias, duração de 21 dias:

<table>
<tr><td>Peso</td><td>Comp/dia (deve ser dividido)</td></tr>
<tr><td>30 a 45 kg</td><td>8cp/dia</td></tr>
<tr><td>45 a 60 kg</td><td>12cp/dia</td></tr>
<tr><td>>60 kg</td><td>16/dia</td></tr>
</table>

Oxigénio se necessário (paO2 < 60 mmHg ou se SO2 for < 92%)
O tratamento adjuvante com corticoides diminui a evolução para insuficiência respiratória aguda e morte; é vital em doentes com PO2 < 70mmHg. Começar os corticóides nas primeiras 24-72 h do inicio do CTZ.

Prednisolona 40mg “per os” 12/12h por 5 dias, seguidos de 40mg 1xdia por 5 dias e após, 20mg 1xdia por 10 dias.

Tratamento alternativo:
duração de 21 dias

Para doença severa: Primaquina 15-30 mg por dia + Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas
Para doença moderada: Dapsona 100mg “per os” 1xdia + Trimetropim 15mg/kg/dia, dividido em 3 a 4 doses

</td>
</tr>
</table>

2.3.2 Manifestações respiratórias por outras causas não infecciosas

PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFÓIDE (PIL)

Pneumonia intersticial linfoide	
É uma doença pulmonar intersticial de progressão lenta, crónica, com períodos de agudização, que é frequente em crianças com infecção pelo HIV com idade superior a 1 ano. No adulto é menos frequente, mas também pode acontecer. O clínico deve suspeitar sempre de uma PIL, na presença de sintomas sugestivos e de um Rx com infiltrado reticulonodular intersticial e bilateral. Deve ser feito o diagnóstico diferencial com TB pulmonar e PCP.	
Etiologia	É um processo reactivo do sistema imunológico à infecção pelo HIV que manifesta-se com hiperplasia linfoide pulmonar
Diagnóstico **A. Clínico**	Tosse crónica seca com ou sem sibilos Dispneia +/- Linfadenopatia generalizada Parotidite: aumento do volume das parotidas, geralmente bilateral Hipocratismo digital (dedos em baqueta de tambor) Hepatoesplenomegalia Frequente sobreposição de infecção bacteriana
B. Radiológico	RX do tórax: infiltrado intersticial difuso e/ou micronodular de predomínio nas bases aumento do mediastino
C. Laboratorial	LDH aumentada
Tratamento	Se assintomática: nenhum tratamento Se sintomatica com tosse e dispneia deve-se pensar em sobreinfecção bacteriana e tratar como uma pneumonia (ver tabela relativa a pneumonia)

2.3.3 Doença cardiovascular relacionada à infecção por HIV

CARDIOMIOPATIA ASSOCIADA AO HIV

Principais alterações cardiovasculares no paciente com HIV
Miocardiopatia dilatada associada ao HIV Cor pulmonale Arritmias Pericardite bacteriana ou tuberculosa Endocardite infecciosa.

Cardiomiopatia associada ao HIV	
Definição	Patologia miocárdica de causa não esclarecida, acontece na imunodepressão avançada. É uma condição denifidora de estadio 4 da OMS em adultos e crianças
Diagnóstico **A. Clínico**	Dispneia não explicada Cianose Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva Auscultaçãocardíaca-pulmonar: • Sopro cardíaco, ou alterações no sopro pré-existente, • Arritmias • Ritmo em galope • Crepitações secundárias à congestão pulmonar
B. Radiológico	RX do tórax: Cardiomegalia (aumento do tamanho cardíaco) e congestão pulmonar
Seguimento	**1ª consulta:** - Avaliação clínica detalhada (RX do tórax PA e perfil esquerdo, ECG e ecocardiografia) **Semestralmente:** - Repetir, se o paciente estiver no grupo C (CDC Atlanta) **Anualmente:** - repetir, se o paciente estiver no grupo A e B (CDC Atlanta)

Tratamento	• Início de TARV (define estadio 4 da OMS em crianças e adultos)
	• Correcção dos factores agravantes (anemia, HTA)
	• Tratamento sintomático da insuficiência cardíaca congestiva:
	  • digitálicos
	  • diuréticos
	  • nitratos
	• Melhoria das condições nutricionais
	• Uso de anticoagulantes na presença de trombos

3. Tuberculose

3.1. Introdução e Epidemiologia

A Tuberculose é a infecção oportunista mais frequente e a principal causa de morte nas pessoas infectadas pelo HIV. Uma pessoa com TB activa não tratada infecta uma média de 10 a 15 pessoas por ano.

O HIV acelera a progressão da TB latente para TB activa.

O risco de uma pessoa seronegativa desenvolver TB activa ao longo da vida é de 5 a 10%, mas numa pessoa HIV+ esse risco é de 50% ao longo da vida e de 10 a 15% a cada ano.

Em Moçambique, a prevalência do HIV nos doentes com TB é elevada, cerca de 61% de acordo com o Relatório anual 2012, PNCT, MISAU. Deles 55% estão em TARV segundo o mesmo relatório.

O impacto do HIV no controlo da TB reflecte-se no seguinte:

- Aumento da mortalidade
- Redução da taxa de cura
- Aumento de recaídas que condicionam um risco maior de transmissão da TB nosocomial e na comunidade
- Surgimento de estirpes resistentes (aumento de casos de TB-MDR e de TB-XDR)

As formas de apresentação da tuberculose pulmonar nos indivíduos HIV+ são um verdadeiro desafio para o diagnóstico pois normalmente estes casos não apresentam expectoração ou são pouco bacilíferos, portanto com baciloscopia negativa. Por outro lado são frequentes as formas de TB extra-pulmonar.

Tendo em vista a estreita relação entre a Tuberculose e o HIV, bem como o peso de ambas as doenças no mesmo doente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou, em 2004, a implementação de actividades colaborativas TB/HIV as quais foram adoptadas por Moçambique.

Em 2007 o País definiu a **"Resposta Nacional para Acelerar a implementação das Actividades Colaborativas TB/HIV",** que engloba os seguintes componentes:

A. Estabelecimento de Mecanismos de Colaboração:

A1. Estabelecimento de um corpo coordenador de TB/HIV

A2.Realização periódica da vigilância epidemiológica da prevalência do HIV/ incidência da TB.

A3. Planificação conjunta das actividades TB/HIV

A4. Monitorização e avaliação das actividades

B. Reduzir o peso da Tuberculose nas Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (PVHS)

B1. Estabelecer um sistema de rastreio precoce e intensificado da Tuberculose

B2. Introduzir o tratamento preventivo com Isoniazida (TPI)

B3. Assegurar o controlo da transmissão nosocomial da infecção por TB nas Unidades Sanitárias e em conglomerados

C. Reduzir o peso do HIV nos doentes com Tuberculose

C1. Providenciar o aconselhamento e testagem voluntária a todos os casos de Tuberculose

C2. Introduzir métodos de prevenção do HIV (preservativos, IEC)

C3. Introduzir o tratamento preventivo com cotrimoxazol (TPC)

C4. Assegurar os cuidados e apoio aos pacientes com HIV/SIDA

C5. Introduzir o TARV aos doentes com TB/HIV

"Estratégia Stop TB-2006-2015" da OMS em seguimento no país, **os*"3 i"* da Tuberculose**:

- Tratamento profiláctico com **Isoniazida** nas PVHS sem TB activa (TPI)
- Controle de **Infecção**
- **Intensificação** da detecção de casos de TB

Em Moçambique, dentro das actividades colaborativas TB/HIV, é prioritário:

I. **Rastreio da Tuberculose a todas as PVHS**: nas consultas gerais, triagens, gabinetes de aconselhamento e testagem em saúde (ATS), nas enfermarias e no âmbito da comunidade. **Intensificar a administração de Isoniazida às PVHS sem TB activa**

II. Melhorar a **ligação entre o Serviço de TB e o Serviço de HIV**:

- ✓ Uso da **ficha de referência/contra-referência** disponível nos **anexos deste guia, aplicável para aquelas unidade**s sanitárias que não dispensam TARV (em anexo neste guia)
- ✓ Implementação da **estratégia de paragem única**, que consiste no seguimento e dispensação de ARVs nas consultas de TB para os pacientes co-infectados com TB e HIV que fazem tratamento da TB. Esta Estratégia deve começar a funcionar nas US que dispensam TARV. A expansão dos "sítios" TARV será acompanhada desta estratégia, o que significa que qualquer US que comece a prover TARV deve automaticamente implementar a paragem única TB/HIV
- ✓ **Pacientes co-infectados TB/HIVque finalizaram o tratamento de TB:** Uma vez finalizado o tratamento para TB, a referência para o serviço de TARV acompanha-se de 2 sessões de aconselhamento para adesão:

- No sector TB-Sessão de aconselhamento de preparação para a saída do serviço de paragem única: reforço da importância da adesão ao TARV, explicando que embora o tratamento de TB tenha terminado, o TARV deverá continuarno serviço de HIV.
- No sector TARV-Sessão de seguimento do aconselhamento para reforçar a importância da adesão ao TARV

III. Melhorar a qualidade do Aconselhamento e Testagem

IV. Assegurar o controlo da infecção nosocomial da TB com o objectivo de reduzir a transmissão da TB às PVHS.

3.2. Abordagem de Pacientes Adultos e Crianças Seropositivos com Tuberculose

3.2.1. Diagnóstico da TB Pulmonar

A suspeita de um caso de tuberculose pulmonar deve ser feita com base em critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos. A confirmação de um caso de TB pulmonar é feita pelo exame bacteriológico da expectoração (exame directo ou cultura).

Diagnóstico Clínico

Os sintomas e sinais suspeitos de TB pulmonar (TBP) são tosse com duração de 2 ou mais semanas (com ou sem expectoração), febre de predomínio vespertino, emagrecimento, suores nocturnos, astenia (F.E.S.T.A) assim como hemoptise, dor torácica e por vezes dispneia.

O diagnóstico da TB em crianças é complexo e constitui um desafio para os clínicos. Na maior parte dos casos, o diagnóstico é clínico, sobretudo nas crianças mais pequenas. Este baseia-se num quadro clínico sugestivo associado à evidência de contacto com paciente com TB, e quando for possível a realização de RX e BK

Contudo, estas manifestações não são específicas da TB, pois muitas patologias respiratórias podem apresentar sintomatologia semelhante e, por isso, devem fazer parte do diagnóstico diferencial da Tuberculose.Perante um doente que apresente estas manifestações é obrigatória a realização de 2 baciloscopias da expectoração realizadas em 2 dias, sendo a primeira amostra colhida no momento da 1ª consulta (amostra imediata) e a segunda na manhã seguinte, em casa ao acordar (amostra matinal).

Diagnóstico Laboratorial

A. Exame directo (baciloscopia)

O exame directo da expectoração (baciloscopia), usando a coloração de Ziehl-Nielsen, é o meio de diagnóstico mais usado nos casos de TB pulmonar. A sua técnica é simples, rápida e barata.

A sensibilidade do exame directo da expectoração é apenas de 50-60% pois é necessário haver no mínimo 10 mil bacilos/ml de expectoração para o resultado ser positivo. Os casos paucibacilares com baciloscopia negativa, estão mais associados aos doentes co-infectados com o HIV e crianças.

Uma forma de aumentar a rentabilidade da baciloscopia é através da obtenção de amostras de melhor qualidade, em relação à expectoração. Estas técnicas podem ser realizadas tanto nos adultos como nas crianças, sendo que nestas últimas tem grande interesse, devidoà fraca capacidade de expectorar, particularmente nas mais novas:

- **Aspirado gástrico**
  O aspirado gástrico pode ser utilizado nas crianças pequenas (<5 anos) que não sejam capazes ou não queiram expectorar. O aspirado gástrico deve ser enviado para baciloscopia e cultura. O aspirado gástrico deve ser obtido em duas manhãs consecutivas e com a criança em jejum.

- **Indução da expectoração**
  Vários estudos recentes demonstraram que a indução da expectoração é segura e eficaz nas crianças de todas as idades e que a rentabilidade diagnóstica é melhor do que o aspirado gástrico. Contudo, para a realização adequada deste procedimento, são necessários a formação do pessoal e equipamento especializado (aparelho para aerossol).

B. Cultura

A cultura da expectoração dá-nos o diagnóstico de certeza de um caso de TB. A sensibilidade é de 80-85% pois requer que haja apenas 10 bacilos por ml de expectoração. Contudo, exige uma técnica muito mais complicada, dispendiosa e o resultado só é obtido ao fim de 3 a 12 semanas. Cerca de 30% de casos de TB pulmonar com baciloscopia negativa serão positivos à cultura.

O produto para cultura deve ser guardado na geleira até ao seu processamento. O tempo entre a colheita e a realização da cultura não deve ser superior a 5 dias.

C. Teste cutâneo de sensibilidade à Tuberculina (Teste de Mantoux) – apenas nas crianças

Um Teste de Mantoux positivo indica a existência de imunidade contra o bacilo da tuberculose, isto é, a presença de infecção pelo bacilo, mas não indica necessariamente a doença. Contudo, o teste de Mantoux pode ser também usado como um auxiliar no diagnóstico da TB nas crianças com sintomas e sinais de TB, que não têm história de contacto com um paciente com TB, usado em conjunto com outros meios de diagnóstico. O teste de Mantoux deverá ser considerado como positivo:

- Em crianças imunodeprimidas (crianças infectadas com o HIV e

crianças com desnutrição grave): induração> 5 mm de diâmetro

- Em todas as crianças (quer tenham sido ou não vacinadas com o BCG): induração>10 mm de diâmetro

D. Novos testes: GeneXpert

Teste de diagnóstico rápido que permite:

I. Detectar sequências de DNA específicas para *M. Tuberculosis* a partir de amostras de expectoração.

II. Detectar a resistência do bacilo à Rifampicina através da reacção em cadeia da polimerase (PCR).

É um teste rápido que permite obter resultados numa média de 2 horas. O teste de GeneXpert apresenta uma sensibilidade maior que os testes diagnósticos convencionais como a baciloscopia. Foi encontrada uma sensibilidade de 80% em população HIV+ numa revisão de estudos feitos em contextos com elevada carga de TB[1].

Critérios para solicitar GeneXpert

a) Diagnóstico para casos de baciloscopia negativa

- Indivíduos HIV+;
- Outras causas de imunodepressão, incluindo diabéticos;
- Crianças menores de 5 anos que não conseguem expectorar, somente para amostras de expectoração induzida e/ou aspirado gástrico em jejum.

b) Suspeito de TB resistente (TB-MDR): fazer GeneXpert em paralelo com a baciloscopia

- Retratamento;
- Caso novo, BK+ sem conversão da baciloscopia depois de dois meses de tratamento;
- Contacto com um paciente com TB-MDR;
- Trabalhador de saúde, mineiro, prisioneiro;

c) Paciente HIV+ grave deverá realizar o GeneXpert em paralelo com baciloscopia.

O teste GeneXpert não esta disponível em todo o país. A disponibilidade actual (2013) do GeneXpert é a que mostra o mapa na página seguinte.

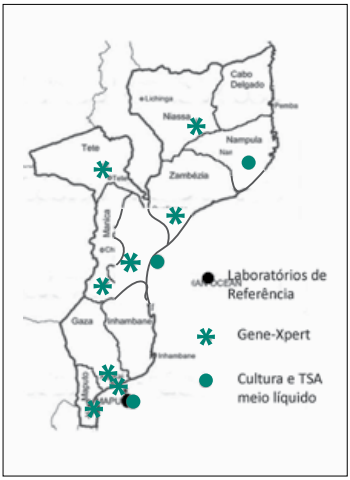
[1] *Xpert MTB/RIF assay for pulmonary TB and rifampicine resistance in adults*

Diagnóstico Radiológico

Não há nenhuma imagem radiológica patognomónica da TB pulmonar, mas apenas algumas imagens altamente sugestivas de TB. Nos doentes seropositivos as imagens típicas são mais raras. Com a progressão da immunodepressão pelo HIV, o padrão radiológico apresenta-se com formas não clássicas de TB. Por outro lado, o padrão militar do Raio X é um quadro altamente sugestivo de TB e é comum nos immunodeprimidos e nas crianças.

Encontram-se no diagnóstico diferencial as pneumonias, bronquiectasias, abcessos pulmonares, Linfoma Não Hodgkin, doenças ocupacionais, doenças difusas do parênquima, S. Kaposi pulmonar etc. A história clínica e o exame bacteriológico da expectoração são as bases para um diagnóstico correcto.

PROVÍNCIAS QUE USAM GENE-XPERT

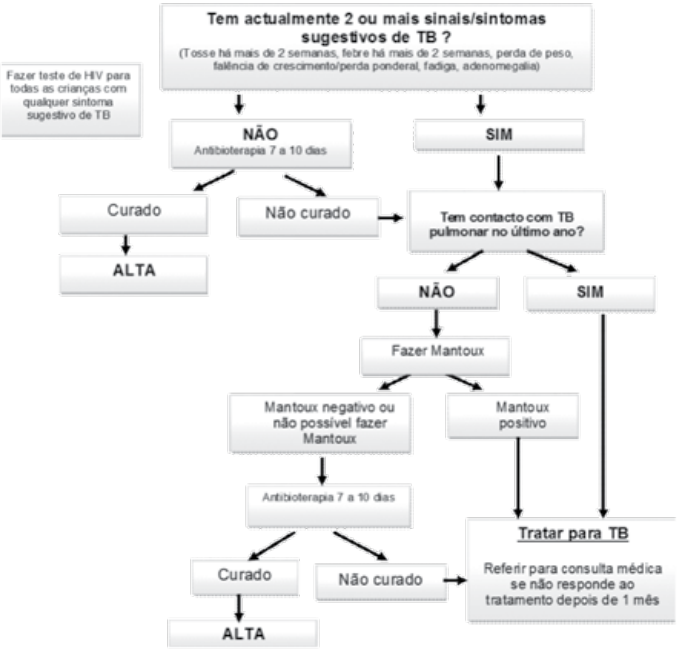


PADRÃO CLÁSSICO (imunidade mantida)	PADRÃO NÃO CLÁSSICO (imunidade alterada)
• Cavitação • Infiltrados nos lobos superiores. • Infiltrados bilaterais • Fibrose pulmonar	• Infiltrados intersticiais basais • Ausência de cavitação • Adenopatias intratorácicas • Derrame pleural • Padrão miliar

Em crianças infectadas pelo HIV, as imagens radiológicas podem sugerir ou coexistir com outras doenças pulmonares relacionadas ao HIV, como por exemplo Pneumonia intersticial linfoide (LIP). As imagens radiológicas mais frequentes estão descritas a seguir:

- Aumento da densidade na região hilar e/ou alargamento de mediastino, devido à presença de linfonodos aumentados no mediastino;
- Compressão de vias aéreas devido ao acometimento de linfonodos hilares. A oclusão parcial pode causar uma hiperinsuflação lobar ou segmentar, a oclusão completa pode causar colapso do lobo pulmonar;
- A TBP em crianças pode apresentar envolvimento do parênquima como complicação do envolvimento das vias aéreas ou devido à disseminação e doença miliar;
- Derrame pleural geralmente acontece em crianças com idade superior a 5 anos.

ALGORITMO 12: DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM CRIANÇAS MENORES DE 14 ANOS



3.2.2. Tuberculose Extra-Pulmonar

No paciente imunodeprimido são frequentes as formas de tuberculose extra-pulmonares e disseminadas. A pesquisa de sintomas respiratórios e a realização de Rx de tórax são importantes perante suspeita de TB extra-pulmonar, devido a frequente associaçãocom manifestações clínicas e/ou radiológicas de TB pulmonar .

A tabela a seguirapresenta os locais de acometimento onde pode acontecer a TB e as opções para diagnóstico. A realização de testes microbiológicos não apresenta uma elevada rentabilidade mas mesmo assim é encorajada:

Local	Opções diagnósticas
Nódulos linfáticos periféricos	Biópsia de nódulos linfáticos ou aspiração com agulha fina
Miliar/disseminada	Rx do tórax e punção lombar
SNC (meningite)	Punção lombar (TAC se disponível)
Derrame pleural	Rx do tórax, toracocentese
Abdominal	Ecografia abdominal e punção do fluído peritoneal
Osteoarticular	RX, punção articular ou biopsia sinovial
Pericárdica	Ecografia e pericardiocentese

3.2.3. Tratamento da TB

Crianças

O tratamento anti-tuberculose deve ser administrado diariamente.

QUADRO 42: ESQUEMA DE TRATAMENTO DA TB INFANTIL EM MOÇAMBIQUE.

DEFINIÇÃO		TRATAMENTO	
		Fase intensiva	Fase de manutenção
I	Crianças com suspeita ou confirmação de TB pulmonar ou ganglionar, Todas formas EPTB com excepção meníngea e osteoarticular	2HRZE	4HR
II	Tuberculose meníngea, osteoarticular	2HRZE	10HR

QUADRO 43 :TRATAMENTO DE TB INFANTIL EM MOÇAMBIQUE, DOSAGEM DE MEDICAMENTOS SEGUNDO O PESO

	FASE INTENSIVA		FASE DE MANUTENÇÃO
Kg	**RHZ (60/ 30/ 150)**	**E 100**	**RH (60,/30)**
4- 6,9	1	1	1
7-10,9	2	2	2
11-14,9	3	2	3
15-19,9	4	3	4
20-24,9	5	1 comprimido de E 400	5
Para crianças acima de 25 Kg, utilizar os comprimidos dos adultos			
25-29.9	2 (4DFC)*		2 (2DFC)**

Adultos

QUADRO 44: TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR CASO NOVO

	PESOPRÉ TRATAMENTO EM KG			
Fase Inicial de tratamento diário durante 2 meses com	**30-39**	**40-54**	**55-70**	**≥ 71**
4DFC*	2	3	4	5
Fase de Manutenção diário durante 4 meses com 2DFC**	2	3	4	5

*4DFC: Isoniazida (75mg), Rifampicina (150mg), Pirazinamida (400mg), Etambutol (275mg)
**2DFC: : Isoniazida (75mg), Rifampicina (150mg)

QUADRO 45: TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR PREVIAMENTE TRATADOS

	PESO PRÉ-TRATAMENTO EM KG			
	30-39	40-54	55-70	≥ 71
Fase Inicial de tratamento 2 S (HRZE)/1 (HRZE) S* (frasco 1g) diário durante 2 meses (HRZE) (75mg + 150mg+ 400mg+ 275mg)	0,5 2	0,75 3	1 4	1 5
Fase de Manutenção diário durante 5 meses com 3DFC- (HRE) (75mg + 150mg+275mg)	2	3	4	5

* Nos doentes com idade superior a 45 anos a dose de estreptomicina não deve ultrapassar os 750 mg.

IMPORTANTE

1. A Tuberculose é a infecção pulmonar oportunista mais comum no indivíduo HIV+.
2. Em Moçambique, é prioritária a exclusão do diagnóstico de TB, sobretudo em doentes com FESTA que não respondem ao tratamento clássico com antibióticos.
3. Numa pessoa HIV+ a TB pode apresentar-se de uma forma não clássica, sendo o diagnóstico sugestivo se apresentar uma clínica de FESTA e um RX tórax com imagens de: gânglios linfáticos hilares, padrão miliar, derrame pleural ou pericárdico.
4. Medidas gerais no tratamento da Tuberculose:
   - Reabilitação nutricional quando indicado
   - Analgésicos e antipiréticos
   - Oxigénio se o doente apresentar cianose, dispnéia em repouso, ou insuficiência respiratória.
   - Etiqueta da tosse e ventilação adequada.
5. Iniciar o TARV nos doentes com TB e HIV segundo as normas do MISAU.
6. TB multi-resistente (TB-MDR) define-se como casos com bacilos resistentes no mínimo à Isoniazida e Rifampicina. O seu manejo vem indicado no respectivo manual específico de TB-MDR do MISAU.
7. A TB extremamente resistente (TB-XDR) são os casos de bacilos resistentes a Isoniazida, Rifampicina + 1 Fluoroquinolona + 1 droga injectável (Ka/Ca/Am).

Para uma leitura mais abrangente sobre a Tuberculose Pulmonar sugerimos a consulta do Manual Clínico Nacional de Tratamento da Tuberculose, disponível em todo o país.

3.3. Infecção por Micobacterium Avium Complex (MAC)

Inclui as espécies *Mycobacterium avium* e o *Mycobacterium intracellulare*. São organismos comuns na natureza e são contraídos por inalação e ingestão de água ou alimento contaminado, localizando-se posteriormente no tracto respiratório ou gastrointestinal. Disseminam-se por via hematogénica.

INFECÇÃO POR MAC	
Agente etiológico	*Mycobacterium Avium + Mycobacterium Intracellulare*
Diagnóstico: **A. Clínico**	Febre prolongada, sudorese nocturna, perda de peso ou dificuldade em ganhar peso, sintomas gastrointestinais, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, anemia.
B. Laboratorial	Isolamento de MAC em amostras (baciloscopia ou cultura) de diversas localizações (expectoração, líquido pleural ou peritoneal, PAAF ou biopsia de gânglios, aspirado de medula óssea, hemoculturas).
Tratamento:	**Adulto:** Claritromicina 500 mg 2v/dia ou Azitromicina 250 mg 1v/dia + Etambutol 25 mg/Kg/dia durante 2 meses +/- Rifabutina 300 mg/dia ou Rifampicina 600 mg/dia **Criança:** Claritromicina, 15mg/kg/dia, VO, 2 x dia, 500 mg no máximo + Rifabutina, 5mg/kg/dia, VO, 1 x dia, 300 mg no máximo
Profilaxia secundária	**Adulto:** Claritromicina 500 mg 2v/dia ou Azitromicina 250 mg 1v/dia + Etambutol 15 mg/Kg/dia . **Criança:** Claritromicina, 15mg/kg/dia, VO, 2 x dia (dose máxima 500 mg) + Etambutol 20mg/kg/dia, VO, 1 x dia
	A profilaxia secundária pode ser suspensa apenas quando o paciente: • Apresentar uma contagem de CD4 ≥ 100 cels/mm3 durante 6 meses consecutivos após início de TARV • Tiver completado 12 meses de tratamento para MAC • Não tiver sinais nem sintomas de doença MAC activa

4. Manifestações Neurológicas Associadas à Infecção por HIV

4.1. Introdução

O acometimento do Sistema Nervoso Central (SNC) pode ser causado diretamente pelo HIV ou pode resultar da infecção por agentes oportunistas.

As manifestações neurológicas que atingem o SNC mais frequentes nos pacientes HIV positivos são:

A. PROCESSOS INFECCIOSOS:

- Malária
- Meningite por Criptococo
- Toxoplasmose do SNC
- Meningite Tuberculosa
- Neurossífilis
- Meningites Bacterianas
- Processos Virais: HIV, CMV, Herpes, JC vírus – Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LEMP), HTLV

B. NEOPLASIAS

- Linfoma primário do SNC

C. EFEITOS COLATERAIS DE MEDICAMENTOS

- ARV

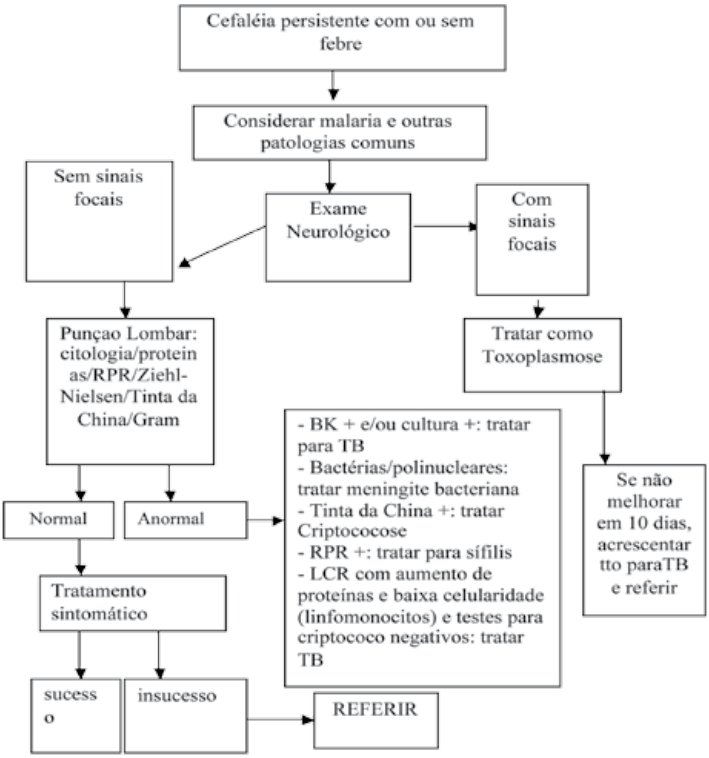
D. OUTRAS

- Encefalopatia por HIV (crianças) e Demência associada ao HIV (adultos)
- Neuropatia periférica

Recomenda-se sempre:

1. Fazer um exame neurológico completo;
2. Pesquisar sinais neurológicos que compreendem:
    - Alterações de comportamento (eventualmente discretas), incluindo falta de concentração, modificações da personalidade (de discretas a psicóticas), confusão mental, distúrbios cognitivos, demência;
    - Manifestações neurológicas focais: parésias, paralisias de nervos cranianos, distúrbios sensitivos, ataxia e afasia;
    - Convulsões;
    - Sinais de irritação meníngea ou de hipertensão intracraniana (rigidez de nuca, hipertensão arterial e bradicárdia na presença de febre).

ALGORITMO 13: CEFALEIA INTENSA E PERSISTENTE



IMPORTANTE

Este algoritmo deve ser aplicado em pacientes HIV+ com imunodepressão avançada e que apresentem cefaleia persistente ou que não responde ao tratamento habitual, uma vez excluídas as causas comuns de cefaleia.

4.2. Toxoplasmose do SNC

É a causa mais frequente de doença cerebral focal nos doentes com HIV.

O agente, *Toxoplasma gondii*, transmite-se de diversas maneiras: ingestão de carne ou alimentos contaminados com fezes de gato, transmissão congénita, transfusão sanguínea, transplante de órgãos.

A Toxoplasmose congénita no início da gestação leva a abortos ou lesões oftalmológicas e neurológicas graves no nado. A infecção no 2º e 3º trimestre de gestação resulta em doença subclínica.

Agente Etiológico	*Toxoplasma gondii*	
Factores de risco para Toxoplasmose do SNC	Contacto prévio (IgG anti-toxoplasma positivo), ausência de profilaxia com Cotrimoxazol, CD4 <100 cels/mm3.	
Manifestações clínicas	Varia desde um estado confusional agudo até um processo gradual subagudo que progride em algumas semanas. As principais manifestações clínicas são: confusão mental, cefaléia, febre (50%), convulsões, hemiparesia e hemiplegia. Os sinais de irritação meníngea ou hipertensão intracraniana são raros. Forma abcedada localizada: 80% Forma encefalítica: 20% A **Toxoplasmose congénita** apresenta-se com febre, hepatoesplenomegalia,icterícia, calcificação intracraniana, rash maculopapular, microcefalia.	
Diagnóstico:	Clínica e epidemiologia, • Serológico: IgG positiva, IgM aumentada na fase aguda • PCR • ELISA • Imunofluorescencia indirecta • LCR xantocrómico com eosinofilia • RX do crânio: calcificações dispersas • TAC com lesões hipodensas com captação de contraste periférico e efeito de massa	
	Criança	**Adulto**
Tratamento (duração de 6 semanas)	Sulfadiazina, 80-100mg/kg/dia, VO, dividido em 2 a 4 tomas diárias, máximo de 3g/dia, + Pirimetamina, 1mg/kg/dia, VO, máximo de 25mg/dia com dobro da dose nos primeiros 2 dias, + Acido Folínico, 5-10 mg, VO, 1x dia, a cada 3 dias. O esquema deve ser feito por 4-6 semanas	**1ª opção:** Sulfadiazina (100mg/kg/dia, dividido em 4 tomas) + Pirimetamina (100mg/dia no primeiro dia, e depois 50mg, em toma única diária) + Ácido folínico 15mg, em toma única diária; **2ª opção:** Cotrimoxazol (50/10mg/kg/dia dividido em 2 ou 4 doses diárias, por 4 semanas) – pode ser considerada a associação da Pirimetamina a este esquema. **3ª opção:** Para os casos de alergia ao Cotrimoxazol, considerar o tratamento com Clindamicina 600 mg 6/6 horas+ Pirimetamina (100mg/dia no primeiro dia, e depois 50mg/dia) + Ácido folínico 15mg, em toma única diária. **Nas grávidas,** pela gravidade da doença, recomenda-se manter o mesmo esquema terapêutico. No primeiro trimestre da gestação, considerar a interrupção da gestação, pela possibilidade de transmissão para o feto, com complicações neurológicas graves e pelo risco teórico do tratamento da toxoplasmose durante a gravidez.

Continua →

Profilaxia secundária:	**Criança:** -Sulfadiazina 75mg/kg /dia VO de 12/12 horas + primetamina 1mg/kg por dia e Ácido folínico 5 - 10 mg VO 3 × por semana	**Adulto:** - Sulfadiazina (50mg/kg dividido em 4 tomas diárias) + Pirimetamina (25mg/dia) + Ácido folínico (15mg/dia).
	A profilaxia secundária deve ser suspensa apenas quando: - A contagem de linfócitos T CD4+ for > 200 cels/mm3 durante 6 meses consecutivos, e - O tratamento inicial estiver completo, e - Ausência de sintomas relacionados com a Toxoplasmose aguda	

IMPORTANTE

O uso de corticóides para o tratamento da toxoplasmose cerebral é desaconselhado duma forma rotineira. Os corticóides actuam reduzindo o edema cerebral que acompanha a diversos quadros neurológicos (incluíndo toxoplasmose, linfoma primário do SNC, tuberculose). O diagnóstico de Toxoplasmose cerebral é confirmado a partir da boa resposta ao tratamento empírico, pelo que o uso de corticoides pode levar a engano. Neste contexto o uso de corticóides nos quadros neurológicos com sinais focais deve-se limitar para os casos com comprometimento vital.

4.3. Criptococose Meníngea

A Criptococose é uma infecção disseminada causada por *Cryptococcus neoformans*. A contaminação se faz por via aérea, causando, inicialmente, uma pneumopatia e posterior difusão sistémica com localização em diversos órgãos: meningo-encefálica, baço, fígado, pele, rins, próstata e gânglios.

Agente Etiológico	*Cryptococcus neoformans,* única espécie patogénica do género *Cryptococcus.*
Manifestações clínicas	Meningite de evolução subaguda, sendo os sintomas mais comuns: cefaleia intensa, febre, alteração do nível de consciência, confusão mental, convulsões. Os sinais de hipertensão intracraniana podem estar presentes em mais de 50% dos pacientes, sendo um sinal de gravidade.
Diagnóstico	- Clínica - Punção lombar: pressão de saída do LCR elevada (>200 mm H_2O) em mais de 75% dos casos - Visualização do fungo no LCR através da coloração tinta da China (sensibilidade de 75 a 85%) - Detecção de Antígeno específico para Criptococo pelo teste de aglutinação em látex no LCR (sensibilidade 93%) - Hemocultura e cultura de fungo no LCR

Tratamento:	**Adultos** **1ª Opção:** *a) Tratamento de ataque (2 semanas):* Anfotericina B 0,7 mg/kg/dia, EV, diluído em500ml de soro glicosado ou fisiológico, 1xdia, administrado em 6 horas + Flucitosina 100mg/kg/dia VO (dividido em 4 doses). Na ausência de Flucitocina, poder-se-á utilizar somente a Anfotericina B. *b) Manutenção (8-10 semanas):* Fluconazol 400-800mg/dia **2ª Opção:** (na ausência de Anfotericina ou de capacidade para monitorar toxicidade renal e níveis de K+): *a) Tratamento de ataque (2 semanas):* Fluconazol 600mg 12/12h, VO ou EV (se doente inconsciente), ± Flucitosina 100mg/kg/dia VO por 2 semanas. Monitorar a função hepática. *b) Manutenção (8-10 semanas):* Fluconazol 800mg/dia. A 1ª opção de tratamento (Anfotericina B) é superior, pelo que sempre que possível deve ser escolhida. Na ausência de Anfotericina ou de capacidade para monitorar toxicidade, poder-se-á utilizar a 2ª opção, de preferência com flucitosina, por ter mostrado maior eficácia que o Fluconazol só. **Crianças** **1ª Opção** *Anfotericina B* 0,4 a 1mg/kg/dia EV. Tratamento de ataque (2 semanas): Iniciar com 0,1mg/kg(Max 1mg) em perfusão durante 2 a 4 horas, aumentando 0,25 mg/kg/dia até a dose desejada de 1mg/kg/dia. Nos recém nascidos iniciar com0,2mg/kg/dia. Diluir em soro fisiológico na proporção de 0,1mg/ 1ml Uma vez alcançada a dose desejada, o tratamento continua com Anfotericina B 1 a 1,5mg/kg/dia em dias alternados, até completar 2 semanas de tratamento. Manutenção *(até 12 semanas depois da normalização do liquor)*: Fluconazol 6 mg/kg/dia VO ou EV **2ª Opção:** Tratamento de ataque (6-10 semanas): Fluconazol 12 mg/kg 1 v/diaVO ou EV Tratamento de manutenção (até 12 semanas depois da normalização do liquor): Fluconazol 6 mg/kg/dia **No caso da Anfotericina B:** Fazer hidratação prévia. A nefrotoxicidade e a hipocalemia são efeitos adversos frequentes com o uso deste medicamento, que requerem acompanhamento. **Grávidas** O tratamento de escolha nesses casos é Anfotericina B, já que os anti-fúngicos azólicos (fluconazol, itraconazol, ketoconazol) são contra-indicados no primeiro trimestre da gestação devido ao risco de teratogenicidade. Considerar a interrupção da gravidez, pela possibilidade de transmissão para o feto, com complicações neurológicas graves pelo uso da medicação.
Profilaxia secundária:	A profilaxia secundária da Criptococose neuromeníngea é obrigatória; sem esta, a recidiva ocorre em 100% dos casos: **Adulto** Medicamento de escolha: Fluconazol 200mg/dia Deve ser iniciada logo após o tratamento, se a evolução for favorável. A profilaxia secundária podedeve ser suspensa apenas quando: - A contagem de linfócitos T CD4 + for >200 cel/mm^{3}por mais de 6 meses, e - O tratamento inicial estiver completo, e - Ausência de sintomas relacionados a Criptococose. **Criança** Fluconazol 3 mg/kg/dia. A profilaxia secundária pode deve ser suspensa apenas quando: - criança 6 anos e assintomática e tendo recebido profilaxia por mais de 6 meses - contagem de CD4 >200 cel/mm^3 por mais de 6 meses, - em TARV por mais de 6 meses

Pacote mínimo para a prevenção da toxicidade por Anfotericina B, Monitoria e Manejo

Hidratação prévia à administração de Anfotericina B e suplementação com electrólitos

Adultos e Adolescentes:

- 1 litro de soro salino contendo 1 ampola de KCL (20 mmol) em 2-4 horas, antes da infusão de Anfotericina B +1 ou 2 comprimidos orais (8 mEq) de KCL duas vezes por dia

Crianças menores de 5 anos:

- Até 1 litro de soro salino contendo 1 ampola de KCL (20 mmol) a um ritmo de 10-15 ml/Kg de peso, ao longo de 2-4 horas, antes da infusão de Anfotericina B. Pode ser usado alternativamente soro lactato de Ringer se o soro salino não estiver disponível
- Não deve ser administrado potássio aos pacientes com insuficiência renal ou hipercalemia prévias.

Monitoria:

- Potássio sérico e creatinina (de base e 2 vezes por semana), especialmente ao longo da segunda semana de tratamento com Anfotericina
- Hemoglobina (de base e semanalmente)
- Monitoria do balanço hídrico e do peso diários

Tratamento da toxicidade por Anfotericina B:

- Se hipocalemia importante (K+ 3.3 mmol/l) aumentar os suplementos de KCL:
  - 2 ampolas de KCL (40 mmol) ou 1-2 comprimidos orais (8 mEq) 3 vezes por dia
  - Monitoriar o potássio diariamente
- Se a creatinina se eleva em ≥ 2 vezes do valor de base, deve-se suspender uma dose de Anfotericina B ou aumentar a hidratação prévia (1 litro de 8/8 horas). Após a melhoria, reiniciar, considerando a administração a cada 48 horas. Se a creatinina mantém-se elevada, deve-se considerar a interrupção do tratamento para continuar com Fluconazol 1200 mg/dia e monitorar a creatinina diariamente

Manejo da Hipertensão Intracraniana na meningite por Criptococo

Nesses casos, é indicados punção lombar terapêutica diária, com cuidados de assépsia, com retirada de 20 a 30 ml de líquor, até resolução da hipertensão intracraniana, ou até melhoria da sintomatologia.

IMPORTANTE

1. A Criptococose neuromeningea é uma urgência terapêutica e o seu tratamento inicial deve ser feito em meio hospitalar;
2. Perante uma forte suspeita de meningite por Criptococo, sem a confirmação pelo exame da Tinta da China ou outros testes no LCR, recomenda-se iniciar tratamento;
3. O Itraconazol é menos eficaz que o Fluconazol no tratamento da Criptococo-se neuromeníngea, devido a sua menor difusão no LCR; sendo assim, a sua utilização não é recomendada.

4.4. Meningites Bacterianas

Definição	Infecção das meninges causada por bactérias. Mais comum na população seropositiva
Agente Etiológico	**Adulto:** Meningococo, Pneumococo, *Haemophilus* e Bacilos gram negativos (principalmente nos diabéticos). **Crianças:** 0-3 meses: Bactérias entéricas Gram negativas, *Listeria monocytogenes, Streptococcus* do grupo B, *S. agalatiae, E. coli, Haemophilus influeanzae.* 3 meses-5 anos: *Neisseria menigitidis, Haemophilus B,* Pneumococo e Meningococo >5 anos: Meningococo e Pneumococo
Manifestações clínicas	Início agudo, febre alta, cefaleia e presença de sinais meníngeos (rigidez de nuca), podendo evoluir para a forma severa, com coma, convulsão e púrpura. **RN e lactentes:** semelhante a septicémia, com sinais e sintomas inespecíficos Sintomas derivados dos prováveis focos envolvidos: sinusite, otite, pneumonias, mastoidite, endocardite
Diagnóstico	Clínico. Confirmação através das alterações do LCR obtido a partir da punção lumbar: • Pleocitose (PMN), glicose diminuída, proteínas elevadas, bacteriologia (coloração e/ou cultura positivas)
Tratamento	**Adulto:**10 a 14 dias **1ª Opção:**Ampicilina (3g EV 6/6h) + Cloranfenicol (1g EV 6/6h) **2ª Opção:** Penicilina G cristalina 4 milhões EV 4/4h + Cloranfenicol (1g EV 6/6h) **3ª. Opção:** Ceftriaxona 2g EV 12/12h **Gravidez:** está indicada a Ceftriaxona 2g EV 12/12h. No caso de não estar disponível, usar Ampicilina (4g EV 6/6h). **Crianças:** **0 - 7 Dias:** Ampicilina 200mg/kg/dia dividido de 6/6 horas ou Cefotaxima 100mg/kg/dia dividido de 8/8 horas durante 14 a 21 dias + Gentamicina 5mg/kg/diadividido de 12/12 horas até 7 dias **8-28 dias:** Ampicilina 200mg/kg/dia dividido de 6/6 horas ou Cefotaxima 100mg/kg/dia dividido de 8/8 horas durante 14 a 21 dias + Gentamicina 7,5mg/kg/diadividido de 12/12 horas até 7 dias **29 Dias - 2 Meses**: Ampicilina 400mg/kg/dia dividido de 6/6 horas ou Cefotaxima 100mg/kg/dia dividido de 8/8 horas durante 14 a 21 dias + Gentamicina 7,5mg/kg/diadividido de 12/12 horas até 7 dias **2 Meses - 5 Anos:** Ampicilina 400 mg/kg/dia dividido de 6/6 horas 14 á 21 dias + Cefotaxima 100mg/kg dividido de 6/6h ou Ceftriaxona a 100mg/kg dividido de 12/12 horas; **≥ 5 anos:** Ampicilina 400 mg/kg/dia ou Penicilina cristalina 500.000 UI/ kg/dia, EV, dividido de 6/6 h 14 á 21 dias ou +Cloranfenicol 100mg/kg/dia, EV, dividido de 6/6h ou Ceftriaxona 150 mg/dia, dividido de 12/12 horas, 10 dias - Se apresentar sinais de hipertensão intracraneana: Manitol 10%, 1ml/kg, EV, 6/6h, ou Furosemida, 1-2 mg/kg/dia + Dexametasona 0,15mg/kg/dose de 6 /6h máximo 4 dias

4.5. Meningites/Encefalites Virais

Definição	Infecção das meninges ou do encéfalo causada por diferentes agentes virais, entre eles o próprio HIV
Agente Etiológico	HIV (meningite asséptica durante a primo-infecção em 25% dos casos) - Herpes simplex 1 e 2 (VHS 1 e 2) - Herpes zoster (VVZ) - Citomegalovírus (CMV)
Manifestações clínicas	Uma meningite viral asséptica ou uma encefalite devida ao próprio vírus do HIV, pode manifestar-se durante a seroconversão ou pode apresentar-se como uma recorrência, ou ainda tornar-se crónica. Os doentes com meningite asséptica apresentam inicialmente cefaleia, a qual pode estar em associação com alteração do estado mental ou neuropatias cranianas. **1) Encefalite por VHS** –Incidência não aumentada no paciente HIV+ –Manifesta-se por cefaleia, febre e convulsões –Nos doentes com HIV tem um início insidioso e uma evolução crónica A encefalite herpética é muito agressiva, causando efetivamente necrose do encéfalo, por vezes extensa e fatal. A localização preferencial é no lobo temporal, uni ou bilateral. O lobo afectado torna-se edemaciado e hiperemiado, podendo a lesão simular um infarto ou abcesso **2) Meningoencefalite por VVZ** - Geralmente apresenta-se acompanhada de paralisias dos nervos cranianos, mielite, leucoencefalopatia, ependimite ou vasculite cerebral que leva a AIT (acidente isquémico transitório) ou AVCs, e resulta do envolvimento dos pequenos vasos - Pode ou não estar associada a uma erupção vesicular disseminada, bem como ocorrer antes ou depois desta. **3) Encefalite por CMV** -Apresenta-se como um quadro clínico de demência, ventriculoencefalite ou polira-diculomielopatia ascendente - Pacientes com demência normalmente apresentam letargia, confusão e febre, mimetizando a demência pelo HIV, enquanto a ventriculoencefalite tem um curso mais agudo, com sinais neurológicos focais, podendo ocorrer paralisia dos nervos cranianos e nistagmo, e rápida progressão. -Poliradiculomielopatia pelo CMV apresenta-se com uma paralisia flácida ascentente e dolorosa
Diagnóstico	Apesar dos doentes apresentarem um LCR com uma predominância linfocitária e uma elevação modesta das proteínas, a elevada incidência de anomalias do LCR em doentes HIV+ independentemente da sintomatologia faz com que o diagnóstico de meningite viral seja de exclusão. - O teste PCR do LCR para os diferentes virus ajuda ao diagnóstico.

Tratamento	**Encefalite por VHS:** **Adulto:** Aciclovir 10 mg/kg 8/8h IV por 21 dias Na ausência de aciclovir EV, dever-se-á administrar por VO na dose de 800 mg, 5 vezes por dia **Crianças < 3 meses:**Aciclovir 30- 60 mg/kg/dia dividido em 8/8h IV por 21 dias **Crianças> dos 3 meses - 14 Anos:** 30mg /kg /diadividido em 8/8 horas por 21 dias **Meningoencefalite por VVZ:** 7 a 10 dias **Adulto:** Aciclovir 10 mg/kg 8/8h IV. Na ausência de aciclovir EV, dever-se-á administrar por VO na dose de 800 mg, 5 vezes por dia Foscarnet 40 mg/kg IV de 8/8h ou 60 mg/kg IV 12/12h por 14 a 21 dias **Encefalite por CMV:** **Adulto:** -Ganciclovir (5 mg/kg 2xdia IV, 14 dias para continuar com 5mg/kg 1xdia IV em infusão > 1 hora) + Foscarnet (60mg/kg 8/8h IV ou 90mg/kg 12/12h IV por 14 dias para continuar com 90-120mg/kg 1xdia IV); Manutenção: Foscarnet IV+ valganciclovir VO indefinidamente **Criança:** **Opção 1:** Inicial: Ganciclovir: dose de indução - 5mg/kg/dose, EV, 2 x dia, 14 - 21 dias, (infusão >1 hora) Manutenção: Ganciclovir, 6 mg/kg/dia, EV, 1 x dia, 5 dias por semana, diluído em soro fisiológico a 0,9% em 1 hora. **Opção 2:** Inicial: Foscarnet 60 mg/kg/, EV, de 8/8h. Manutenção:Foscarnet, 90 a 120 mg/kg/dia, EV, 1x dia.
Precaução	O ganciclovir pode produzir toxicidade medular, pelo que deve ser monitorado o hemograma. Os antivirais como ganciclovir e aciclovir podem produzir toxicidade renal. Para prevenir este efeito adverso deve ser feita uma administração lenta do medicamento, e assegurar uma hidratação adequada.

4.6. Meningite Tuberculosa

Definição	Infecção disseminada pelo bacilo tuberculoso que atinge as meninges causando sintomas. Pode evoluir para a forma abcedada (tuberculoma)
Agente Etiológico	*Mycobacterium tuberculosis*
Manifestações clínicas	Evolução subaguda (2-3 semanas) associada ou não a outros sintomas de tuberculose (febre, sudorese, tosse) Alterações do nível de consciência Sinais neurológicos focais Alterações de comportamento Crises convulsivas Sinais sugestivos de hipertensão intracraniana
Diagnóstico:	Clínico- epidemiológico Hemograma: linfocitose VS aumentada LCR opalescente ou amarelo-citrino Alterações liquóricas: pleocitose com linfocitose, glicorraquia diminuída e elevação de proteínas Baciloscopia no LCR com sensibilidade baixa Cultura para BK: sensibilidade de 25-86% ADA (Adenosina Deaminase): sensibilidade de 60 a 100% no LCR Mantoux nas crianças : ≥ 7 mm apoia o diagnóstico
Tratamento:	O tratamento deve ser realizado de acordo com o Protocolo Nacional para a Tuberculose (no quadro a seguir)

Tratamento de Meningite Tuberculosa

- O início do tratamento deve ser baseado na presença de suspeita clínica e alterações liquóricas
- O tratamento não deve ser adiado até a obtenção de culturas ou provas microbiológicas positivas

QUADRO 46: TRATAMENTO DA MENINGITE TUBERCULOSA NO ADULTO

O Tratamento é dividido em duas fases:

1. Fase Intensiva: **2 meses de** tratamento diário com dose fixa combinada (4DFC): Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol

	Peso pré tratamento (em Kg)			
Número de comprimidos de 4DFC*	30-39 kg	40-54 kg	55-70 kg	≥71 kg
	2	3	4	5

2. Fase de Manutenção: **7 meses** de tratamento diário com dose fixa combinada (2DFC): isoniazida e rifampicina

	Peso pré tratamento (em Kg)			
Número de comprimidos de 2DFC*	30-39 kg	40-54 kg	55-70 kg	≥71 kg
	2	3	4	5

* 4DFC: Isoniazida (75mg), rifampicina (150mg), pirazinamida (400mg) e etambutol (275mg)
** 2DFC: Isoniazida (75mg), rifampicina (150mg)

No caso de Meningite Tuberculosa, o uso de corticosteróide no adulto está indicado: prednisolona 1mg/kg/dia ou Dexametasona 0.5-2 mg/kg/dia (Max 24 mg/dia)

Tratamento de Meningite Tuberculosa nas crianças:

Fase intensiva – 2HRZE
Fase de manutenção – 10HR

Os corticosteróides (normalmente a Prednisolona) estão recomendados em todas as crianças com meningite numa dosagem de 2 mg/kg/dia durante 4 semanas. Depois, a dosagem deve ser gradualmente reduzida (desmame) durante 1–2 semanas até finalizar. A dosagem de prednisolona pode ser aumentada até 4 mg/kg/dia (máximo 60 mg/dia) nos casos de crianças gravemente doentes pois a Rifampicina diminui a concentração de corticosteróides; contudo, doses maiores acarretam um maior risco de imunodepressão.

4.7. Neurossífilis

A prevalência da neurossífilis é maior em pacientes HIV positivos.

Tem-se sugerido que o HIV acelera e modifica o curso clínico da neurossífilis e que a co-infecção com HIV eleva a incidência das complicações neurológicas. A neurossífilis pode ocorrer independentemente do valor do CD4.

Definição	Neurosifilis – Sífilis do Sistema Nervoso Central
Agente etiológico	*Treponema pallidum*
Manifestacões clinicas	Meningite asséptica e sintomas como cefaléia, rigidez de nuca e fotofobia, comprometimento de nervos cranianos (VII e VIII), afasia, convulsões e sintomas neuropsiquiátricos
Diagnóstico	Clínico- epidemiológico LCR leucocitose com linfocitose VDRL ou RPR no líquor positivo: baixa sensibilidade e alta especificidade
Tratamento	Penicilina G Cristalina 18 – 24 milhões UI/dia, administrado em 3 a 4 milhões de unidades, EV, a cada 4horas, por 10 a 14 dias. **Para crianças:** Penicilina cristalina 50 mil UI/Kg/dose IV 12/12h, por 10 dias OU Penicilina G Procaína 50 mil UI/Kg/dose IM 1 x dia, por 10 dias (Somente usar em crianças com mais de 1 mês de vida)

IMPORTANTE
Paciente com história de sífilis no passado, alteração comportamental e com alteração liquórica, mesmo com teste serológico para sífilis no LCR negativo e excluídas outras infecções, deve ser considerado neurossífilis como diagnóstico presuntivo e iniciar tratamento padrão.

4.8. Exame do Líquido Céfalo-Raquidiano (LCR)

QUADRO 47: PARÂMETROS DO LCR E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	Celularidade (cel/ml)	Predomínio	Glicose (mg/dl)	Proteínas (mg/dl)	Pressão (mm H_2O)
Normal	0-5	linfomonócitos	45-85 (dois terços da glicemia)	15-45 (liquor lombar)	70-200
Meningite bacteriana	200-20.000	neutrófilos	<40	<150	↑↑↑
Meningite parcialmente tratada	10-2.000	linfomonócitos	Baixa ou normal	<100	Normal a ↑
Meningite viral	10-2.000	linfomonócitos	Normal	<100	Normal a ↑
Meningite tuberculosa	100-1.000	linfomonócitos	<40	>150	↑↑↑
Neurossífilis	25-2.000	linfomonócitos	Normal ou baixa	>50	Normal a ↑
Toxoplasmose	<200	linfomonócitos	Normal	>50	Normal a ↑↑↑
Meningite por Criptococos	Aumentada	linfomonócitos	Normal ou baixa	>50	Normal a ↑↑↑
Meningite carcinomatosa	5-1.000	linfomonócitos	Normal a baixa	>500	Normal a ↑↑

IMPORTANTE

- Meningite tuberculosa: a sensibilidade do diagnóstico microbiológico aumenta quando são obtidas quantidades de LCR maiores (cerca de 40 a 50 ml), solicitando pesquisa directa de BK, cultura e PCR para TB quando disponível;
- Criptococose: identificado na maioria das vezes a presença de elementos fúngicos na preparação da Tinta da China e pesquisa de teste de aglutinação em látex no LCR (sensibilidade de 93%);
- Neurossífilis: VDRL pouco sensível no LCR; FTA-ABS é sensível (95%) e específico. TPI (imobilizaçao do *Treponema pallidum*) é o teste mais sensível e mais específico, mas também o mais caro;
- O teste PCR no LCR é muito útil no diagnóstico das meningites, sendo particularmente importante nas meningites virais. É considerado o padrão-ouro no diagnóstico de meningite por herpes simples e o CMV;
- O nível de proteínas, assim como a celularidade, pode variar de acordo com a presença de hemácias no LCR: subtrai-se 1mg de proteína para cada 1.000 hemácias no LCR.

QUADRO 48: PARÂMETROS UTILIZADOS E QUANTIDADES NECESSÁRIAS NO EXAME DO LÍQUOR

Microbiologia (5 ml de Líquor)	- Gram/Cultura: no mínimo 7 gotas - Pesquisa/cultura de BK: 3ml (quanto maior a quantidade, maior a sensibilidade) - Pesquisa de fungos: 0,3 a 0,5ml - Pesquisa de antígeno para Criptococo: 0,3ml
Citológico (≥ 1 ml de Líquor)	- Diferencial de células: escolher o último frasco, com menos possibilidade de punção traumática - Pesquisa de hemácias - Pesquisa de blastos (só nos casos de diagnóstico de leucemia)
Imunologia (≥ 1 ml de Líquor)	- PCR
Bioquímica (6 ml de Líquor)	- Glicose, proteínas totais: 1ml - Proteinograma: 3 a 5 ml - LDH, cloro, lactato: 0,2ml para cada íon adicionado
Anatomia patológica (6 ml de Líquor)	- Citologia: mínimo 1-2ml; o ideal é 4ml
OBSERVAÇAO: 1ML = 20 GOTAS	

4.9. Polineuropatia Periférica

Definição	A polineuropatia periférica é uma síndrome caracterizada pela disfunção sensitiva dos nervos periféricos.
Etiologia	• Deficiência nutricional (Vitamina B6 e B12) • Álcool • Medicamentos: Isoniazida, Estavudina, Vincristina, Didanosina • Diabetes • Causa Infecciosas: **HIV**, CMV, HTLV 1
Manifestações clínicas	Parestesias (sensação de queimadura nas extremidades, formigueiro nos dedos e plantas dos pés), disestesia (dor, impossibilitando de calçar sapatos e cobrir com os lençóis, perda de sensibilidade). Apenas nas formas severas pode apresentar-se uma diminuição da força muscular. A alteração da marcha está mais relacionada com a afectação da sensibilidade profunda do que com a perda de força muscular. Os reflexos estão afectados desde o início da sintomatologia (diminuição/abolição dos ROT) É mais prevalente na doença por HIV avançada (CD4 baixo e carga viral alta).
Diagnóstico	• Clínico • Exame físico: neuropatia distal simétrica e ascendente, diminuição da sensibilidade, com dor ao toque, diminuição/abolição dos reflexos e modificação da marcha. A neuropatia em crianças é mais difícil de diagnosticar e está menos bem descrita do que em adultos. O diagnóstico baseia-se em apresentações clínicas como dor ou dormência nas extremidades.
Tratamento	**Adulto** • Piridoxina (B6): 50mg VO 3xdia • Vitamina B12: 1mg IM 3xsemana durante 2 semanas • Amitriptilina: 25 a 75mg VO a noite (até 200mg/dia): iniciar com 12,5mg à noite e ir aumentando progressivamente. • Carbamazepina: começar com 100mg 1 a 2xdia, aumentando-se progressivamente até obter resposta clínica. Máximo de 1200mg/dia • TARV se ainda não tiver em uso e se preencher critérios • Nos casos dos doentes em TARV em uso de Estavudina, substituir por Zidovudina (AZT) ou por Tenofovir (TDF). **Crianças:** • Piridoxina(Oral) Dose inicial 5 – 50mg/dia , 1 vez dia Manutenção: 1,5 – 2,5mg/dia • Vitamina B12 (I.M): Dose inicial: 1mg ,3dias/semana, totalizando 14 dias Manutenção :1mg de 3/3 meses • Carbamazepina Dose inicial: 5 – 10mg/kg(aumentar 2,5mg de 3 em 3 dias) até atingir a dose máxima de 30mg/kg, 2 tomas por dia (vigiar a função hepática) • Suspender a Estavudina, substituir por Zidovudina

IMPORTANTE
Casos de neuropatia ascendente com CD4 alto, deve-se afastar possibilidade de infecção por HTLV-1 associada.

4.10. Demência Associada ao HIV

Complexo demencial associado ao HIV, acontece em 15 a 20% de pacientes sem TARV: alto nível de replicação do HIV nos macrófagos e células da microglia.

Definição	Perda ou redução progressiva das capacidades cognitivas, de forma parcial ou completa, permanente ou momentânea e esporádica, suficientemente importante a ponto de provocar uma perda de autonomia do indivíduo, relacionada com HIV
Factores de risco	• Aproximadamente 10% dos pacientes com HIV avançado (CD4 < 200 cél/mm^3) • Idade avançada • Disfunção neurocognitiva prévia (álcool e/ou drogas)
Manifestações clinicas	Na **doença ligeira:** déficits cognitivos/motores menores associados ao HIV. Na **doença avançada:** complexo demencial do SIDA, encefalopatia por HIV ou demência associada ao HIV (DAH) No início da doença a avaliação do estado mental (mini-exame ou mini-mental) é habitualmente normal. Os sintomas desenvolvem-se de forma subaguda em semanas a meses: *Anomalia das funções motoras:* • Andar instável • Descordenação motora • Tremor • Fraqueza nas pernas (mais que nos braços) • Incapacidade de escrever *Alterações do comportamento:* • Isolamento social • Apatia • Alterações da personalidade • Agitação • Alucinações *Outras:* • Cefaléias • Convulsões generalizadas • Paraparesia (±10% dos doentes têm uma mielopatia vacuolar ou afectação medular por HIV associada) • Deve-se ter sempre em conta a possibilidade de depressão associada.
Estadiamento Classificação	**Estadio 0 normal:**Funções motoras e mentais normais **Estadio 0,5 subclínico:** Sintomas normais ou equívocos sem incapacidade de realizar o trabalho ou as actividades diárias. Pode apresentar sinais neurológicos de fundo como lentidão nos movimentos finos dos dedos ou reflexos primitivos **Estadio 1 ligeiro:**Défices cognitivos que comprometem a realização do trabalho ou das actividades diárias **Estadio 2 moderado:**Défices cognitivos que impedem o trabalho ou as actividades diárias. Pode necessitar de assistência para andar **Estadio 3 severo:**Défices cognitivos que impedem a realização das tarefas mais rudimentares. Não consegue sustentar uma conversa e necessita frequentemente de ajuda para andar **Estadio 4 terminal:**Perda de conhecimento do meio ambiente, praticamente mudo, paraparésico ou paraplégico e frequentemente com dupla incontinência

Diagnóstico	• Frequentemente de exclusão • Punção Lombar: deve ser realizada. Os achados do LCR são em geral inespecíficos e servem, sobretudo, para excluir outras doenças • TAC revela habitualmente uma atrofia cerebral • RMN revela uma atrofia difusa e hiperintensidades difusas ou em placas na substância branca periventricular • EEG: inespecífico; serve sobretudo para excluir outras doenças.
Diagnóstico Diferencial	• Toxoplasmose • Linfoma • Encefalite por CMV • Leucoencefalopatia multifocal progressiva • Meningite TB/Criptocócica • Neurossífilis • Efeitos secundários de medicamentos • Uso de drogas • Depressão/outra patologia psiquiátrica • Défice de B12/hipotiroidismo
Tratamento	• Sem TARV a sobrevida média após o diagnóstico está estimada em 6 meses • O TARV pode deter a progressão e até melhorar o quadro, especialmente em casos leves

IMPORTANTE
Sendo a demência do HIV um diagnóstico difícil de se fazer e de se obter confirmação, considerar iniciar o tratamento para as patologias que entram no diagnóstico diferencial, principalmente Toxoplasmose e Tuberculose do SNC.
A Toxoplasmose geralmente responde bem nas primeiras duas semanas de tratamento.

4.11. Encefalopatia por HIV nas Crianças

Definição	Encefalopatia HIV - é uma doença não – inflamatória do cérebro, provocada pelo HIV, que consiste em alterações distróficas do tecido cerebral, levando a perturbação da sua função.
Agente Etiológico	A encefalopatia HIV é uma encefalopatia causada pela infecção HIV do cérebro
Manifestacoes clínicas	Clínicamente tem manifestações ao nivel do desenvolvimento cerebral, nas funções cognitivas e motoras e em anomalias do comportamento. A doença pode seguir uma de três trajectórias: (1) uma forma estática em que o potencial de desenvolvimento geral está um pouco reduzido, (2) uma forma em que ocorre a paragem do desenvolvimento cerebral resultando em acentuado atraso de desenvolvimento neurológico, e (3) uma forma regressiva (a forma mais severa da doença) cujas principais catacterísticas são acentuado atraso mais a perda de marcos de desenvolvimento neurológico já atingidos (regressão).
Diagnóstico	O diagnóstico é sobretudo clínico e depende da presença de pelo menos dois dos seguintes sinais durante, no mínimo, dois meses: • Falência em atingir, ou perda, de marcos de desenvolvimento e das habilidades intelectuais • Fraco crescimento do cérebro ou microcefalia adquirida • Défices motores simétricos adquiridos: paresia, reflexos patológicos, ataxia ou perturbação da marcha • O LCR é normal ou tem alterações inespecíficas e a tomografia cerebral (TC) mostra uma atrofia difusa do cérebro
Tratamento	O TARV é possivelmente a única maneira de reverter os efeitos da infecção HIV no sistema nervoso central e permitir restaurar o crescimento e desenvolvimento. Dependendo da gravidade, a criança precisará de um sistema de apoio que inclui fisioterapia, assistência social e cirurgia para minimizar as contraturas

4.12. Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LEMP)

Definição	É uma doença neurológica desmielinizante, de curso progressivo e evolução rapidamente fatal. É uma condição definidora de estadio 4 (SIDA) que acontece em pacientes com imunodepressão avançada (geralmente CD4 < 100 cels/mm^3)
Agente Etiológico	Está associada à reactivação do vírus JC (poliomavirus humano).
Manifestações clínicas	Início subagudo: • distúrbios da fala e da visão • dificuldades na marcha, descoordenação motora • hemiparesia • alterações cognitivas nas fases avançadas • convulsões (20%) Em geral os pacientes são conscientes do deterioro neurológico e o quadro acompanha-se frequentemente de sintomas depressivos. Deve-se suspeitar de LEMP em qualquer doente HIV+ com sinais neurológicos focais, sendo a sintomatologia clássica: sintomas neurológicos variáveis sem febre, ausência de sinais de encefalite ou hipertensão intracraniana, défices neurológicos focais, progressão para a demência, eventualmente coma e morte.
Diagnóstico:	A prova mais sensível é a ressonância nuclear magnética (RNM), que mostra lesões geralmente múltiplas, localizadas na substância branca cerebral, confluentes e sem efeito de massa. A Tomografia computadorizada (TAC) revela lesões solitárias ou múltiplas, confluentes, hipodensas, não realçáveis pelo contraste, predominantemente localizadas na substância branca. No LCR os achados são inespecíficos (alterações como pleocitose ligeira e proteínas elevadas) PCR para JC: se positivo, confirma; se negativo, não exclui.
Evolução e Prognóstico	Sem TARV a sobrevida é de 2-4 meses. O TARV pode deter a progressão da doença. A LEMP pode-se apresentar como síndrome de imuno-reconstituição, com aparecimento dos sinais e sintomas nas semanas-meses que seguem ao início do tratamento. Neste caso o prognóstico é mais favorável. Mesmo nos casos que sobrevivem, as sequelas neurológicas são frequentes.
Tratamento	Não existe tratamento específico. A introdução de TARV pode causar a remissão do quadro, apesar que geralmente os pacientes com LEMP apresentam agravamento inicial como manifestação de SIR.

IMPORTANTE

Devido à dificuldade de se realizar o diagnóstico definitivo de LEMP e o grande leque de possíveis diagnósticos diferenciais, o tempo de evolução dos sintomas pode auxiliar na determinação do diagnóstico mais provável. A LEMP é geralmente um quadro de evolução de meses e progressivo. Destaca-se a hipertonia generalizada que acompanha o quadro motor, os problemas de deglutição e fala e a perda precoce de controlo dos esfíncteres. As funções cognitivas estão preservadas nas primeiras fases da doença, ainda que possa ser de difícil avaliação. A depressão e a labilidade emocional estão frequentemente associadas. Além disso, eventualmente, a LEMP pode ser acompanhada de febre, de origem central ou devido às frequentes infecções respiratórias como consequência da falta de controlo da deglutição.

5. Febre no Paciente HIV+

5.1. Introdução

A febre aguda é definida como uma temperatura corporal superior a 38.2° C por um período curto de tempo.
Particular atenção deve ser dada à febre com duração maior que 2 semanas como única manifestação clinica, sendo assim considerada febre prolongada.

5.2. Etiologia

As causas mais comuns de febre em adultos e crianças com HIV incluem:

A. Procesos infecciosos frequentes:

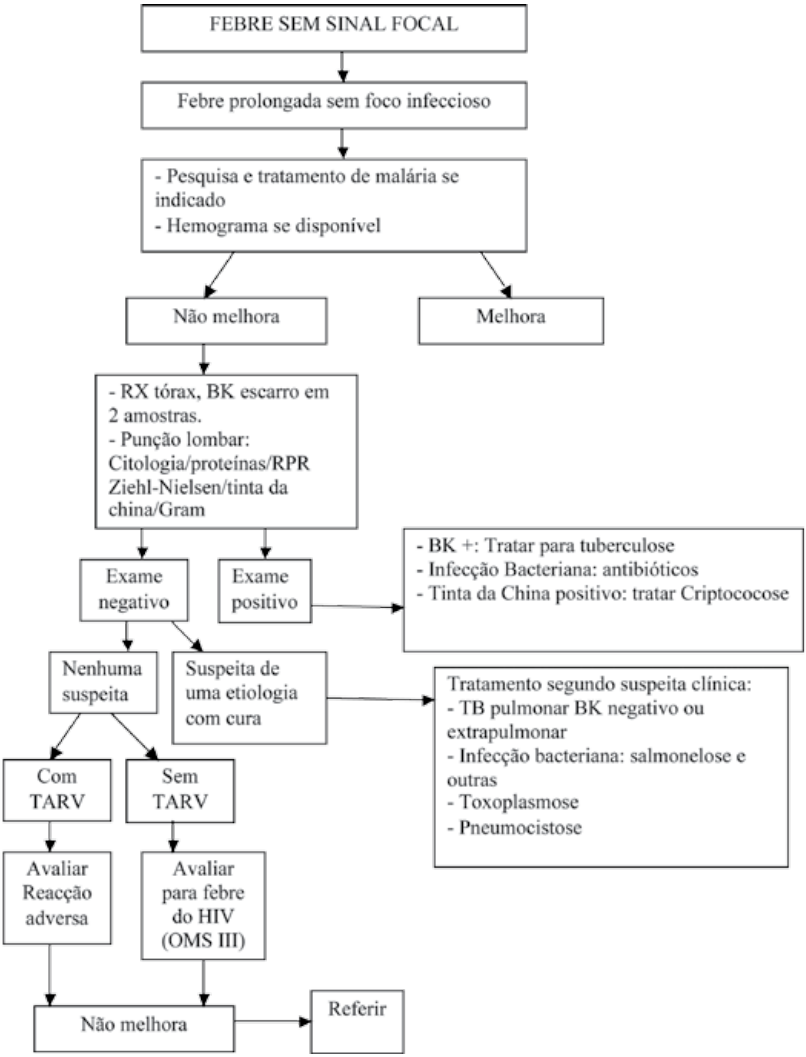
- Malária
- Tuberculose
- HIV
- Doença inflamatória pélvica, (só em mulheres adultas)
- Criptococose
- Toxoplasmose
- PCP
- Infecções bacterianas: Salmonella sp., Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Streptococcus Beta hemolíticoem crianças
- Infecçoes virais (CMV, Herpes, EBV)
- Infecções respiratorias viricas em crianças : Coxackie virus, Adenovirus, Influenza e paraInfluenzae virus, Virus Respiratorio Sincitial
- Micobacterioses atípicas (*M. Avium complex*)

B. Neoplasias

- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma

C. Causa medicamentosa

ALGORITMO 14: FEBRE PROLONGADA SEM SINAL FOCAL



IMPORTANTE
Considerar sempre o tratamento antimalárico, antes de se proceder a quaisquer exames para fins diagnósticos.

6. Malária

*As notas deste capítulo foram retiradas das **Normas de de Tratamento da Malária** em Moçambique, disponível em todas as Unidades Sanitárias do SNS. Para informações complementares, este Guião deve ser consultado.*

6.1. Malária Não Complicada

Malária sintomática sem sinais de gravidade ou evidência (clínica ou laboratorial) de disfunção de órgão vital

Quadro Clínico

Os principais sinais e sintomas da malária não complicada são: febre (temperatura axilar ≥ 37.5˚C), cefaléia, dores articulares, mialgias, anemia, tosse (em crianças), arrepios de frio, anorexia, vómitos e/ou diarreia e dor abdominal.

Diagnóstico

A malária não complicada diagnostica-se em qualquer doente que tenha um síndrome febril agudo e um teste positivo numa amostra de sangue para microscopia ou teste de diagnóstico rápido (TDRs).

Diagnóstico diferencial

- Síndrome gripal, otite média, amigdalite, infecções respiratórias altas, sarampo, pneumonia, infecção urinária e outras.

Os doentes com malária confirmada por teste rápido ou por esfregaço de sangue e outra causa de febre associada (p. ex. infecção do tracto respiratório) devem ser tratados para as duas condições.

Tratamento da malária não-complicada

6.1.1. Tratamento de eleição da Malária não complicada: Artemether-Lumefantrina (AL)

Apresentação: comprimidos contendo 20 mg de Artemether e 120 mg de Lumefantrina

Posologia: o tratamento com Artemether-Lumefantrina tem a duração de 3 dias e deve ser administrado de acordo com o peso ou idade, em toma única imediatamente após o diagnóstico (Hora 0) e depois, de 12 em 12 horas (duas vezes por dia) em cada um dos dois dias que se seguem. É importante que o doente complete os 3 dias (6 tomas) de tratamento.

Contra-indicações do Artemether-Lumefantrina: 1º trimestre de gravidez, história de alergia a Arteméter-Lumefantrina ou derivados de Artemisina (Artesunato, Artemeter, Artemether), malária grave, criança com peso <5kg.

QUADRO 49: TRATAMENTO DE ELEIÇÃO DA MALÁRIA NÃO COMPLICADA

PESO (Kg)	IDADE (anos)	Número de Comprimidos					
		DIA 1		DIA 2		DIA 3	
		0 horas	12 horas	24 horas	36 horas	48 horas	60 horas
<5		NÃO RECOMENDADO					
5 - 15	< 3	1	1	1	1	1	1
16 - 25	≥ 3 - < 9	2	2	2	2	2	2
26 - <35	≥ 9 - < 15	3	3	3	3	3	3
≥35	≥ 15	4	4	4	4	4	4

6.1.2. Tratamento alternativo da malária não complicada: Artesunato (AS) + Amodiaquina (AQ)

Apresentação: comprimidos contendo 25 mg/67.5 mg (crianças), 50 mg/135 mg (adolescentes) e 100 mg/270 mg (adultos) de artesunato e amodiaquina base, respectivamente.

Posologia: as doses teóricas da co-administração de AS e AQ são de 4 mg/kg e 10 mg/kg de peso/dia respectivamente, durante 3 dias. O regime posológico da combinação fixa de AS + AQ foi adaptado tendo em conta as variações do peso e a idade do doente, por isso, as doses variam de 2 a 10 mg/kg de peso para o artesunato e 7.5 a 15 mg/kg de peso para a amodiaquina.

QUADRO 50: TRATAMENTO ALTERNATIVO DA MALÁRIA NÃO COMPLICADA

PESO (Kg)	IDADE (anos)	Formulação AS+AQ (mg)	Número de Comprimidos		
			DIA 1	DIA 2	DIA 3
<5			NÃO RECOMENDADO		
5 - <9	< 1	25 /67.5 mg	1	1	1
9 - <18	1 - <6	50mg/135mg	1	1	1
18 - <36	6 - <14	100mg/270mg	1	1	1
≥36	≥14	100mg/270mg	2	2	2

Contra-indicações da Artemisinina: hipersensibilidade conhecida a derivados de artemisinina (artesunato, artemether, arteether), 1º trimestre da gravidez, crianças com peso inferior a 5 Kg, malária grave.

Contra-indicações da Amodiaquina: hipersensibilidade conhecida à Amodiaquina, alterações hepáticas, profilaxia.

6.1.3.Falência terapêutica à primeira linha de tratamento (AL ou AS+AQ)

Febre ou persistência dos sintomas por mais de 3 dias após o início do tratamento e presença de parasitas da malária no sangue.

Causas comuns de falência: vómitos, diarreia, não cumprimento do tratamento, dose insuficiente, resistência aos medicamentos

Se o tratamento tiver sido incorrecto (não cumprimento ou dose insuficiente) deverá se repetir a mesma linha.

Em caso de resistência ao tratamento sem sinais de gravidade deverá ser tratado com Quinino oral (tratamento de segunda linha por malária resistente)

Em caso de resistência ao tratamento com sinais de gravidade: ver a seguir

6.2. Malária Complicada

Num doente com parasitemia por *P. falciparum* e sem outra causa obvia para os sintomas, define-se como malária grave a presença de um ou mais dos seguintes:

Manifestações clínicas:

- Prostração
- Alteração de consciência ou coma
- Incapacidade para se alimentar
- Respiração acidótica
- Convulsões repetidas (mais de 2 episódios em 24horas)
- Colapso circulatório/choque
- Edema pulmonar (radiológico)
- Hemorragia espontânea anormal
- Icterícia clínica e evidencia de disfunção de outro órgão vital
- Anemia grave
- Hiperpirexia (temperatura axilar ≥39,5° C)
- Hemoglobinúria (urina escura)

Achados laboratoriais:

- Hipoglicemia
- Hiperparasitémia (Pf ++++)
- Anemia normocítica grave (Hb<5g/dl ou hematócrito <15%)
- Hemoglobinúria
- Hipoglicémia (glicémia <2.2 mmol/l ou 40mg/dl)
- Acidose metabólica (bicarbonato plasmático<15 mmol/l)
- Hiperlactatémia (lactato>5mmol/l)
- Insuficiência renal (creatinina sérica >265 µmol/l)

6.2.1. Tratamento da malária grave com Artesunato injectável

Posologia (adultos e crianças): 2.4 mg/Kg de peso corporal EV ou IM na admissão (hora 0). A segunda dose deve ser administrada 12 horas depois da primeira, seguida da terceira 24 horas após a primeira.

O tratamento parenteral inicial deve ser administrado por um período mínimo de 24 horas. Logo que o paciente tolere a medicação oral:

a. Iniciar a administração da primeira linha (AL ou AS+AQ) ou

b. Iniciar tratamento oral com Quinino (10mg/kg de 8 em 8 horas) e completar 21 doses

Se o artesunato injectável não estiver disponível o Quinino injectável é uma alternativa aceitável para o tratamento da malária grave.

Contra-indicações do Artesunato injectável:primeiro trimestre da gravidez, alergia, peso < 5Kg

6.2.2. Tratamento de Malária grave e/ou complicada com Quinino

Apresentação: comprimidos de 300mg de sulfato de quinino, ampolas de 300mg/1ml ou 600mg/2ml de dicloridrato de quinino.

Posologia (Adultos e crianças):

Dose de ataque: 20 mg/kg de dicloridrato de quinino diluídos em 10 ml/kg de dextrose a 5% por via intravenosa, durante 4 horas (máximo de 1200 mg). Só deve ser usada em situações de máxima gravidade e em US com capacidade para monitorar o paciente

Dose de manutenção: 10 mg/kg de quinino (máximo de 600 mg) diluídos em 10 ml/kg de dextrose a 5% durante 4 horas a iniciar 8 horas após a dose de ataque e repetida de 8 em 8 horas até o doente poder tomar o medicamento por via oral (ver quadros 51 e 52).

Se o tratamento intravenoso continuar por mais de 48 horas, **reduza a dose de quinino** para 5-7 mg/kg, para evitar toxicidade.

Logo que o estado geral do doente melhore:

- mude para tratamento oral com comprimidos de quinino, 10mg/kg de 8 em 8 horas, para completar 7 dias de tratamento (21 doses), ou
- administre o esquema completo da 1ª linha.
- Se o doente já tiver apresentado falha com alguma das opções de primeira linha, o tratamento deverá ser completado com a segunda linha (quinino)

QUADRO 51: DOSE DE QUININO A SER ADMINISTRADA POR VIA ORAL*

Peso	Idade(anos)	Comprimidos*
< 10 kg	< 1	¼
11-15 kg	1-5	½
16-25 kg	6-8	¾
26-35 kg	9-12	1
> 35 kg	>12	2

*Dose de 10 mg/kg de 8 em 8 horas, durante 7 dias, comprimidos de 300 mg sulfato de quinino.

QUADRO 52:DOSE DE QUININO A SER ADMINISTRADA POR VIA IM**

Idade	Peso Kg	Quinino por via IM**
2 - 3 meses	4-6 kg	1 ml
4 - 12 meses	>6- 10 kg	1,5 ml
>12 – 24 meses	>10-12kg	2 ml
>24 – 36 meses	>12-14 kg	2,5 ml
>36 meses	>14 – 19 kg	3 ml

**Dose após diluição (ver notas e precauções). Diluir 600 mg (1 ampola de quinino) em 8 ml de água destilada para fazer uma concentração final de 600mg/10 ml (60mg/ml) ou no caso de ampolas de 300mg/1ml diluir em 4 ml de água destilada para fazer uma concentração final de 300 mg/5ml (60mg/ml).

Contra-indicações

- Hipersensibilidade conhecida ao quinino,
- Arritmias,
- Miastenia gravis (risco de apneia).

6.3. Malária na Gravidez

Durante a gravidez, a malária é mais frequente e mais grave. As mulheres grávidas, em particular as primigestas, tem maior risco de evoluir para as formas graves da malária.

Malária não complicada

No primeiro trimestre: Quinino oral e tratamento sintomático

No segundo e terceiro trimestres: usar Artemether-Lumefantrina (AL) e tratamento sintomático

Malária grave e/ou complicada:

No primeiro trimestre: Quinino injectável

No segundo e terceiro trimestres: *a*rtesunato injectável

Devido ao maior risco de hipoglicemia durante a gravidez recomenda-se a administração de 30 ml de dextrose 30% por via ev lenta, durante a administração do quinino.

Apos a melhoria clínica e se a grávida não tiver vómitos deve-se passar a Quinino oral na dose de 10mg/kg de 8 em 8 horas até completar 7 dias de tratamento (total de 21 doses) ou Artemether-Lumefantrina (AL), se não houver contra indicações.

O tratamento antimalárico endovenoso (artesunato injectável ou quinino) deve ser administrado com a maior urgência, sempre que possível, na mulher grávida com malária grave.

QUADRO 53: TRATAMENTO DA MALÁRIA NA GRAVIDEZ

Tipo de malária	Idade gestacional	Medicamento	Posologia
Não complicada	1º trimestre	Quinino oral	10mg/kg (2 comprimidos de 300 mg) de 8 em 8 horas por 7 dias
	2º e 3º trimestre	Arteméter + lumefantrina (coartem)	Semelhante ao do tratamento da malária não complicada no adulto
Complicada/ grave	1º trimestre	Quinino EV	Semelhante ao descrito na quinino EV. Deve acrescentar-se 30 ml de dextrose a 30%
	2º e 3º trimestre	**Linha de Eleição** Artesunato EV/IM **Linha Alternativa** Quinino EV	Semelhante ao do tratamento de malária grave do adulto

6.4. Malária e HIV/SIDA

O impacto da interacção entre malária e o HIV/SIDA é mais evidente nas áreas de epidemia generalizada do HIV/SIDA e malária estável. Na África SubSahariana, coexiste a alta prevalência de ambas as doenças e, portanto, a co-infecção é muito comum.

Nas áreas de malária estável, o HIV aumenta o risco de malária infecção e malária clínica em adultos, especialmente nos doentes com imunodepressão associada.

Em locais de malária instável, adultos infectados pelo HIV e com SIDA apresentam risco aumentado de malária severa e morte.

Além disso, a falência do tratamento antimalárico pode ser mais comum nos doentes seropositivos com contagem de Linfócitos T CD4+ baixos, em relação aos doentes que não são infectados pelo HIV.

Episódios agudos de malária causam aumento temporário da replicação viral do HIV e, portanto, aumento plasmático da carga viral. Entretanto, até então, não há evidências suficientes de que a malária tenha um efeito substancial na progressão clínica da infecção pelo HIV, na transmissão ou na resposta ao tratamento anti-retroviral em áreas onde a malária e HIV coexistem.

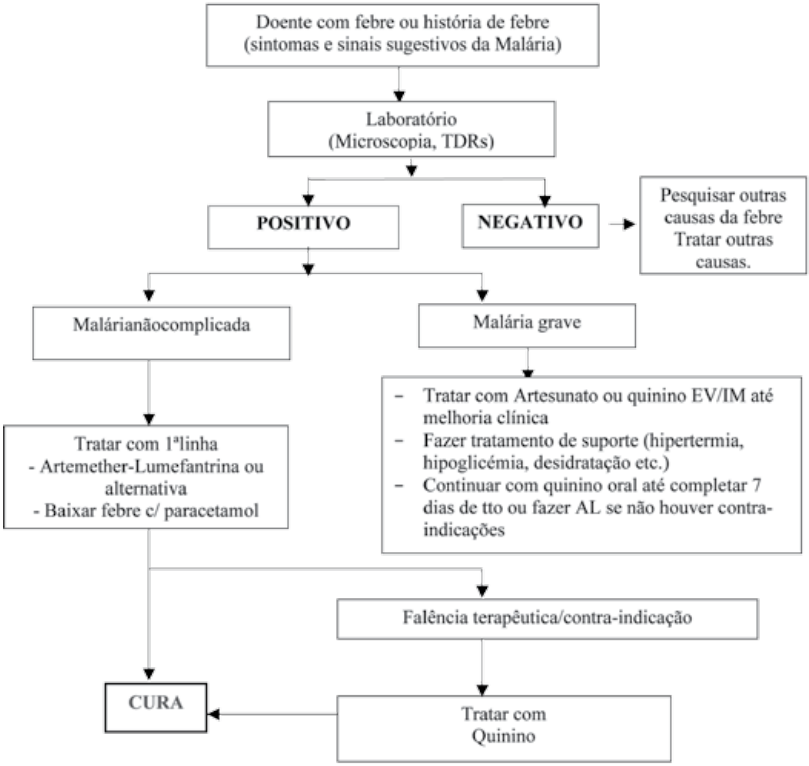
Na gravidez, também há evidências substanciais da interacção entre o HIV e a malária. A infecção pelo HIV parece dificultar a capacidade da mulher grávida de controlar a infecção pelo *Plasmodium falciparum*. A ocorrência de malária clínica e malária placentária é mais comum, além de ser mais frequente a detecção de parasitemia, por haver maior densidade de parasitas no sangue periférico. A co-infecção HIV e malária na gravidez também aumentam o risco de anemia, nascimentos prematuros e atraso de crescimento intrauterino. Sendo assim, as crianças nascidas de mães seropositivas e com malária associada, têm um risco aumentado de baixo peso ao nascimento e morte durante a infância.

Até o momento, não existem dados suficientes de como a infecção pelo HIV modifica a resposta ao tratamento antimalárico. Entretanto, o aumento na quantidade de parasitas e a redução na imunidade do hospedeiro, que ocorrem ambos na infecção pelo HIV, estão associados ao aumento dos casos de falência ao tratamento da malária.

Não há actualmente interacção clinica ou farmacológica bem documentada e definida entre os antimaláricos e os antiretrovirais. Entretanto, algumas interacções farmacocinéticas entre alguns antimaláricos e os inibidores não nucleosidios da transcriptase reversa (INNTR) e os inibidores da protease (IP) são teoricamente possíveis e podem levar à toxicidade. Existem também relatos de que essa interacção entre os antimaláricos e os ARVs, sobretudo os INNTRs, possa estar relacionada com falência do tratamento da malária, por redução da concentração de alguns antimaláricos.

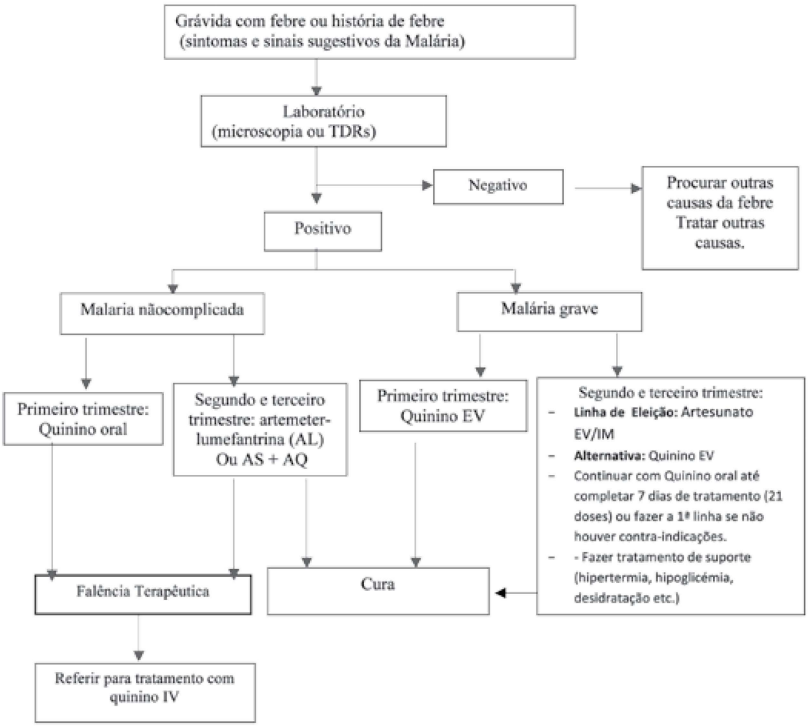
Mesmo assim, até o momento, não existem dados suficientes que justifiquem a mudança nas recomendações gerais do tratamento da malária nos pacientes com HIV/SIDA.
As recomendações actuais da OMS/UNAIDS de profilaxia para as infecções oportunistas com Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetropim) permanecem inalteradas.
Dependendo da área de transmissão da malária, os indivíduos seropositivos têm um risco aumentado de parasitemia assintomática, malária clínica e malária complicada ou severa. Portanto, é fundamental a necessidade de um aumento das medidas de controlo da malária nos doentes seropositivos.

ALGORITMO 15. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ADEQUADO DOS CASOS DE MALÁRIA



Adaptado das Normas de tratamento da Malária em Moçambique. PNCM 2011

ALGORITMO 16. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ADEQUADO DOS CASOS DE MALÁRIA EM GRÁVIDAS



6.5. Tratamento de Suporte na Malária

Complicação	Tratamento de suporte
Febre	• arrefecimento corporal, • Se temperatura ≥38.5°C • paracetamol oral 500-1000mg 6/6 horas • acetil salicilato de lisina (aspegic): adultos – ½ ou 1 ampola de 900 mg IM, EV
Hipoglicémia	• 0.3-0.5 g dextrose/kg de peso corporal – na prática 20ml dextrose a 30% via EV lenta • Em falta de dextrose administrar agua açucarada /sumos por via oral ou sonda nasogástrica
Convulsões	• Diazepam 10 a 20mg via EV lenta e repetir se necessários após 30-60 minutos
Anemia severa	• Se descompensada, transfusão de concentrado de eritrócitos – 15ml/kg. • Deve-se administrar antes da transfusão 1 mg/kg de furosemida EV
Desidratação grave	• 30ml/kg de soro fisiológico EV em 30 minutos. • Reavaliar para determinar o grau de desidratação e tratar de acordo com os protocolos vigentes
Choque	• Suspeitar septicemia e tratar com antibióticos via EV de acordo com o protocolo vigente • Corrigir distúrbios hemodinâmicos
Acidose metabólica	• Oxigenoterapia • Corrigir hipovolemia e anemia • Referir / Transferir para nível de atenção superior
Edema agudo do pulmão	• Colocar paciente na posição semi-sentada 45° • Oxigenoterapia • Referir / Transferir para nível de atenção superior
Insuficiência renal aguda	• Avaliar o balanço hidroelectrolítico • Referir / Transferir para nível de atenção superior
Hemorragias espontâneas e coagulopatia	• Transfundir com sangue fresco • Dar vitamina K, EV ou IM • Referir / Transferir para nível de atenção superior
Coma (malária cerebral)	• Manter permeabilidade das vias aéreas • Colocar o doente em decúbito lateral • Excluir outras causas tratáveis de coma (hipoglicemia e meningite bacteriana) • Evitar corticoides, heparina e adrenalina • Referir / Transferir para nível de atenção superior

7. Manifestações Cutâneas Associadas à Infecção por HIV

7.1. IOs dermatológicas em pacientes infectados por HIV (adultos e crianças)

Introdução

A maioria das pessoas infectadas pelo HIV terá sinais cutâneos em qualquer momento da infecção e a frequência das manifestações aumenta com o déficit imunitário.

Observam-se em todos os estadios da infecção e frequentemente com uma evolução crónica, prolongada ou rebelde ao tratamento.

A maior parte das manifestações é de origem infecciosa ; as neoplasias jogam também um papel importante, sendo elas muitas vezes de origem infecciosa como por ex: Carcinomas genitais (Papilomavírus), linfomas (vírus Epstein-Barr), Sarcoma de Kaposi (Herpes vírus humano de tipo 8).

As IOs da pele nos indivíduos infectados pelo HIV são causadas pelos mesmos agentes etiológicos que afectam o resto da população. Contudo podem existir particularidades em relação aos seguintes aspectos:

- As manifestações clínicas podem ser mais graves e extensas ou disseminadas e podem ser persistentes, dependendo em particular do grau de imunodepressão
- Algumas condições poderão requerer internamento dos pacientes, especialmente nos casos de lesões muito extensas ou que precisem de tratamento injectável.

Nas tabelas a seguir estão resumidas as manifestações dermatológicas mais comuns em crianças e adultos com HIV, sua etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento.

Infecções bacterianas da pele		
Agentes etiológicos	*Cocos piogénicos: Estafilococus aureus* e/ou *Streptococcus.* Klebsiella e outras bactérias gram negativas e anaeróbicas são frequentes nos doentes imunodeprimidos.	
Manifestações clínicas	Vários graus de quadros clínicos segundo o local da infecção e o estado do organismo (imunodepressão subjacente): *Impétigo, Foliculite, Hidrosadenite supurutiva, Abcessos subscutâneos, Erisipela, Celulite e Piomiosite.* A extensão, evolução rápida e recidivas frequentes são características destes doentes	
Diagnóstico	Clínico Exame bacteriológico quando disponível, sobretudo nas formas severas e nas mais rebeldes ao tratamento.	
Tratamento	**Criança**	**Adulto**
	Limpeza com água e sabão e desinfecção das lesões com anti-séptico, 2x/dia. Aconselhar a mãe/cuidador para cortar as unhas, higiene corporal e mudança de roupa. **Lesões pouco extensas:** Aplicação de creme/pomada antibiótica: Bacitracina, Fucidine, Mupirocina 2-3x/dia **Lesões extensas:** **Criança:** Eritromicina oral: 30-50 mg/kg/dia divididos em 4 tomas, durante 10 dias, ou Amoxiclina + Ácido Clavulânico 250/125mg: 50mg/Kg/dia em 3 tomas durante 10 dias **Adulto:** Eritromicina, ou Azitromicina, ou Amoxiclina + Ácido Clavulânico, ou Doxiciclina, Tetraciclina ou Cotrimoxazol, durante 10 dias. **Infecções complicadas,** nomeadamente abcessos, fleimão e piomiosite, considerar drenagem cirúrgica e antibioterapia parenteral.	

Dermatofitose ou Tinha	
Infecções cutâneas superficiais causadas por fungos com afinidade por estruturas ceratinizadas como a epiderme e os anexos.	
Agente etiológico	*Fungos Dermatófitos*
Manifestações clínicas	Formas clínicas: • Tinha capitis *(sobretudo em crianças);* • Tinha *corporis;* • Tinha das virilhas; • Tinha *manu;* • Tinha *pedis;* • Tinha das unhas (Onicomicose), habitualmente com acometimento inicial no bordo proximal das unhas. **Formas profusas ou atípicas são observadas, sobretudo quando a imunodepressão é acentuada**
Diagnóstico	- Clínico - Laboratorial quando disponível: • Exame micológico directo (presença de filamentos septados) • Cultura (identificação do dermatófito responsável).

Tratamento	-Desinfecção diária com anti-sépticos -As dermatofitoses frequentemente se sobreinfectam com bactérias e, neste caso, é necessário instituir antibioterapia (ver infecções bacterianas)	
	Criança	**Adulto**
	Tinha capitis: • Corte de cabelo, • Griseofulvina: 15 – 25 mg/kg/ dia durante 8 semanas; se não responder, considere Fluconazol 3-6mg/Kg/dia por 4-6 semanas • Clotrimazol/ketoconazol em creme 2x dia, durante 4 a 6 semanas **Outras formas clínicas:** Se lesões escassas e evolução <2 meses, Clotrimazol, creme: aplicar 2 vezes ao dia por 3 a 4 semanas; Se lesões extensas e evolução >2 meses, acrescentar o tratamento oral com Fluconazol ou Griseofulvina durante 4-6 semanas.	**Tinha das unhas:** • Fluconazol 200 mg/dia durante 3 a 6 meses nas onicomicoses das mãos e 6 a 12 meses nas onicomicoses dos pés (controlo da função hepática) • desgaste metódico da unha com lima ou ureia a 40% em creme • Clotrimazol em solução ou creme, 2 x/ dia até final do tratamento. **Outras formas clínicas:** Se lesões escassas e evolução <2 meses, Clotrimazol, creme: aplicar 2 vezes ao dia por 3 a 4 semanas; Se lesões extensas e evolução >2 meses, acrescentar o tratamento oral com Fluconazol ou Griseofulvina durante 4-6 semanas.

Herpes Simplex		
Agente Etiológico	*Herpes Simplex Virus 1, Herpes Simplex Virus 2*	
História natural e Manifestações clínicas	Tem uma sequência particular: Primo-infecção→latência→recorrências multiplas Agrupamento de vesículas → rotura → lesões ulcerosas cutâneo-mucosas extensas, necróticas e persistentes* em qualquer localização, mas, sobretudo: *herpes labial, herpes nasal, estomatite herpética, querato-conjuntivite herpética, herpes genital e perianal.* *Complicações:* infecção bacteriana secundária, disseminação visceral (esofagite, pneumonia, hepatite, encefalite, insuficiência renal), persistência* **O carácter persistente e a propensão para a extensão, acentuada destruição e necrose são características do Herpes no indivíduo imunodeprimido.* *As lesões por herpes com duração> 1 mês definem o Estadio IV da OMS da infecção por HIV.* # Considerar o diagnóstico de herpes genital em caso de úlceras genitais de longa evolução, pela associação frequente deste vírus com o HIV. Pesquisar sempre na história clínica o caracter de recorrência desta doença.	
Diagnóstico	Geralmente clínico, pela história e carácter recorrente.	
Tratamento	**Cuidados Gerais:** Informar e tranquilizar o doente ou os pais sobre a infecção viral e sua evolução; - Lavagem regular do local afectado com água e sabão; - Antibioterapia, se infecção secundária: Eritromicina ou Amoxiclina+ Ác Clavulânico ou Cotrimoxazol. No adulto também pode-se utilizar tetraciclina ou doxiciclina. - Analgésicos se necessário.	
Tratamento Específico	**Criança**	**Adulto**
	-Gengivoestomatite, forma moderada ou grave: Aciclovir IV 5–10 mg/kg 8/8h; passar para o aciclovir oral quando as lesões começam a melhorar e continuar até a cura completa **-Gengivoestomatite, forma leve:** Aciclovir oral para as lesões na região orolabial **-Infecção disseminada:** Aciclovir 10mg/Kg EV, 8/8h, durante 21 dias **-Infecção neonatal:** Aciclovir IV 20mg/Kg/dose 3 vezes por dia durante 21 dias em caso de doenca disseminada e do SNC e durante 14 dias se for interessados somente pele, olhos e boca.	**- Infecção muco-cutânea:** Aciclovir 400 mg VO de 8/8 horas, durante 7 a 10 dias, ou até cicatrização das lesões. - Recomendar hidratação oral. **Grávida:** a presença de herpes genital (lesão activa) no momento do parto constitui uma indicação de cesariana, pelo risco de infecção neonatal
Diagnóstico diferencial	Nos casos de lesões persistentes após o tratamento adequado para o herpes com Aciclovir e o tratamento de possíveis infecções associadas, considerar o diagnóstico diferencial de CMV. Nestes casos, biópsia está indicada.	

Varicela		
Definição	Doença infecto-contagiosa causada pelo vírus varicela-zóster (família herpes). É uma doença exantemática da infância. Geralmente leve nas crianças, pode ser grave nos adultos e nos imunodeprimidos.	
Agente Etiológico	Vírus *Varicela-zóster*	
Manifestações clínicas	**Período de incubação:** 14 dias Erupção de máculas que rapidamente evolui para pápulas, vesículas, pústulas e crostas; as lesões são pruriginosas desde o início. Coexistem lesões em diferentes fases de evolução. Distribuição centrípeta (inicia na face e tronco e dissemina-se para os membros). Raramente atinge regiões palmo-plantares. Febre em geral 38 a 39° C, podendo atingir os 40º C; cefaleias, mal estar geral, dor de garganta e anorexia; Os **imunodeprimidos** podem desenvolver formas graves, necróticas e extensas com afecção visceral múltipla (pulmão, fígado e SNC). *Complicações:* Sobreinfecção bacteriana; Pneumonia; Manifestações neurológicas: Convulsões, Encefalite, Meningite linfocitária, Mielite; Hepatite; Glomerulonefrite aguda; Pancreatite.	
Diagnóstico	Clínico	
Tratamento	**Cuidados Gerais:** Limpeza e desinfecção local com anti-sépticos Antipiréticos: Paracetamol Antihistamínicos: Clorfeniramina, Loratadina Hidratação abundante	
Tratamento Específico	**Criança**	**Adulto**
	Na ausência de imunodepressão ou moderada: -Aciclovir oral: 20mg/Kg/dose (max 800mg/dose) de 6/6h durante 7-10 dias ou até não aparecerem novas lesões **Em caso de imunodepressão severa:** -Aciclovir IV: 10mg/kg/dose de 8/8 horas, durante 7-10 dias, ou até não aparecerem novas lesões; diluir em 100ml de dextrose 5% durante 1h. Se as lesões forem muito extensas ou em caso de imunodepressão grave internar. Atenção: Hidratação abundante (nefrotoxicidade do Aciclovir)	Aciclovir 800 mg VO de 4/4 horas (5 vezes ao dia: 6h, 10h, 14h, 18h, 22h) durante 7 a 10 dias.

Herpes zóster ou Zona		
Definição	Doença produzida pela reactivação do vírus latente Varicela-zoster nos neurónios dos gânglios nervosos, afectando um ou vários dermátomos. É um bom marcador clínico da infecção pelo HIV e tem um elevado valor preditivo positivo (90%) em África. É com frequência a primeira manifestação da infecção pelo HIV e é uma condição definidora de estadio II da classificação da OMS.	
Agente etiológico	Virus *Varicela-zoster*	
Manifestações clínicas	Erupção de vesículas, bolhas e pústulas, normalmente unilateral, linear e seguindo o trajecto de um dermátomo; é acompanhada de dor local, de intensidade variável que pode ser de difícil controlo no doente com imunodepressão avançada. ***A apresentação normalmente ultrapassa a linha média corporal, pode ser multi-metamérica e/ou disseminar-se pelo tegumento cutâneo, por vezes com envolvimento visceral; estas características clínicas são típicas nos indivíduos infectados pelo HIV*** Localização mais frequente: região intercostal, mas também Zona oftálmico, Zona do nervo facial e formas raquidianas cérvico-occipital, cérvico-braquial, dorso-lombar, lombo-abdominal, lombo-femoral. *Complicações:* • Infecção bacteriana secundária; • Ulceração, necrose; • Nevralgia pós-herpética; • Paralisia facial (síndrome de Ramsey Hunt), oftamoplegia, paralisias radiculares; • Disseminação para o pulmão, SNC, rins ou fígado.	
Diagnóstico	Clínico	
Tratamento	**Cuidados Gerais:** Limpeza e desinfecção local com agua e sabão e anti-sépticos. Analgésicos: • Paracetamol, associado a Diclofenac ou Ibuprofeno • Se dor intensa e sem alívio com as medidas acima, considerar o uso de Codeína.	
Tratamento Específico	**Criança**	**Adulto**
	Na ausência de imunodepressão ou moderada: -Aciclovir oral: 20mg/Kg/dose (max 800mg/dose) de 6/6h durante 7-10 dias ou até não aparecerem novas lesões **Em caso de imunodepressão severa:** -Aciclovir IV: 10mg/kg/dose de 8/8 horas, durante 7-10 dias, ou até não aparecerem novas lesões; diluir em 100ml de dextrose 5% durante 1h. Se as lesões forem muito extensas ou em caso de imunodepressão grave internar. **Atenção: Hidratação abundante (nefrotoxicidade do Aciclovir)**	Aciclovir 800 mg VO, de 4/4 horas (5 vezes ao dia: 6h, 10h, 14h, 18h, 22h) durante 7 a 10 dias.
Tratamento da nevralgia pós-herpética	• Casos de dor contínua: Amitriptilina no adulto (12,5mg à noite nos primeiros 3 dias, e depois 25mg à noite) até melhoria. • Dor paroxística: Carbamazepina no adulto400-1200mg/dia (100-200 mg 2x/dia e aumentar a dose em 100-200 mg / semana até obter resposta clínica ou até dose máxima).	

Molusco Contagioso	
Definição	Doença cutânea de etiologia vírica. Não é exclusiva do HIV mas é mais comum e extensa nos indivíduos com imunodepressão
Agente etiológico	Vírus *Poxvírus*
Manifestações clínicas	Lesões papulosas com umbilicação central (diâmetro 1-2mm), assintomáticas **Localização preferencial:** face ao redor dos olhos, tronco, região genital, perianal e membros Tendência à recidiva.
Diagnóstico	Clínico
Tratamento	Nos casos de imunodepressão, o início de TARV melhora o quadro, com remissão das lesões. Em alguns casos pode ser necessária a eliminação através de: • Curetagem • Electrocauterização • Crioterapia com azoto líquido

Escabiose ou Sarna		
Definição	Ectoparasitose altamente contagiosa transmitida pelo contacto directo inter-humano	
Agente etiológico	*Sarcoptes Scabiei*	
Manifestações clínicas	**Período de incubação – 3 a 4 semanas; reinfestação – 1 a 3 dias.** - Prurido generalizado, de predomínio nocturno; - Erupção pápulo-vesicular extensa com afecção preferencial das pregas pré-axilares, região peri-umbilical, nádegas, face ântero-interna das coxas, face anterior dos punhos, espaços interdigitais das mãos e pés. - É caracteristica a presença de nódulos escabióticos nos genitais externos masculinos e afecção mamilar na mulher. - A face, a região palmo plantar e o couro cabeludo, são regiões habitualmente poupadas no adulto, mas não na criança. - Uma forma particular no imunodeprimido é a **Sarna Norueguesa** que é florida, generalizada, com afecção também na face, couro cabeludo e regiões palmo-plantares, com lesões pápulo-escamosas, hiperqueratósicas e proliferação parasitária importante.	
Diagnóstico	- Clínico - Pesquisa directa do ácaro nas lesões.	
Tratamento	**Cuidados Gerais:** Banho com água e sabão Lavar a roupa pessoal e da cama com agua quente e sabão e passar a ferro ou pôr ao sol **Tratamento Específico:** Tratamento do doente e de todos os cohabitantes com ou sem sintomas.	
	Criança	**Adulto**
	Benzoato de benzilo 20% a 30%: diluir 1/10 no 1º ano de vida e 1/5 depois de 1ano e aplicar após o banho durante 3 noites. OU Hexacloreto de benzeno: aplicar 3 noites depois do banho (repetir depois de 1 semana)	- Banho quente seguido de aplicação de loção ou soluto de Benzoato de benzilo em todo o corpo ainda húmido, com excepção da face,(não secar com a toalha). Próximo banho 12 – 24 horas depois. - 2 a 3 dias de tratamento. Repetir a aplicação 1 semana depois. - **Sarna Norueguesa:** Ivermectina, dose única de 12 a 16 mg (comprimidos de 3 ou de 6mg), repetindo 1 semana depois. Na falta deste fármaco, recomenda-se a aplicação generalizada de Benzoato de benzilo e durante 5 a 7 dias seguidos.

IMPORTANTE:

- A infecção bacteriana é, com muita frequência, uma complicação e deve também ser tratada.
- A Eczematização é uma complicação que pode acompanhar o quadro clínico e deve ser tratada com emolientes e eventualmente corticoides tópicos.
- O prurido da sarna pode permanecer ainda alguns dias após o tratamento.
- Na Sarna Norueguesa devem-se associar agentes queratolíticos como o ácido salicílico a 5 – 10% para as lesões hiperqueratósicas.
- Insistir sobre a higiene corporal.
- Ivermectina é contra-indicada na gravidez.

Dermatite seborreica	
É com freqüência uma das primeiras manifestações da infecção pelo HIV.	
Etiologia	Multifactorial, incluindo fungos do género *Pityrosporum ovale*.
Manifestações clínicas	Erupção eritematosa descamativa, com prurido ligeiro, **Localização:** couro cabeludo, região retroauricular, canal auditivo, região interescapular, pré-esternal, axilas e virilhas Frequentemente recidivante.
Diagnóstico	Clínico

Tratamento	• Vaselina salicilada a 5% - para remoção das crostas, 2 x dia, 5 dias, ou
	• Champô com enxofre no caso de lesão do couro cabeludo, ou
	• Antifúngicos tópicos 2xdia 10 – 14 dias, Clotrimazol, Miconazol ou Ketoconazol OU
	• Se não houver resposta:
	  • Associar esteróides tópicos de baixa potência (Hidrocortisona 1%) durante 5 dias.
	  • Considerar uso de Fluconazol no adulto, 200mg/dia por 14 a 20 dias.
	  • Considerar TARV se ainda não estiver em tratamento.

Prurigo ou Erupção Papular Prurítica (EPP)	
Definição	Dermatose muito pruriginosa, de carácter crónico, recidivante. Evoluem normalmente com cicatriz hiperpigmentada residual. É com frequência uma das primeiras manifestações da infecção pelo HIV.
Etiologia	Multifactorial. Padrão reaccionalde hipersensibilidade cutânea. Pensa-se que possa ser devido a uma reacção exagerada pela imuno-desregulação, entre outras causas.
Manifestações clínicas	Erupçãomuito pruriginosa de pápulas, centradas por vesícula, ou nódulos, erosão ou crosta, que se localizam simetricamente nos membros, dorso e, por vezes, face. Carácter crónico e recidivante.
Diagnóstico	Clínico
Tratamento	**Adulto:** - Anti-histamínicos orais: Clorfeniramina 4mg VO 8/8h, - Corticóide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, até o seu desaparecimento - Loção de Calamina para aplicação na pele. - Se infectado secundariamente, antibioterápia. **Criança:** - Anti-histamínicos orais. Clorfeniramina: 0,4 mg/kg/dia divididos em 3-4 tomas; **1 a 2 anos:** 1 mg (2,5 mL) 4-6 x/dia (máximo 6 mg/dia); **6 a 12 anos:** 2 mg (5 mL) 4-6 x/dia (máximo 12mg/dia); - Tratamento tópico: Corticóide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, durante 1 semana. Loção de cânfora e mentol, ou Loção de calamina: 3 vezes por dia Se infectado secundariamente, antibioterápia.

Psoriase	
Definição	É uma dermatose eritematodescamativa de evolução crónica, errática, e na qual existe uma perturbação epidérmica quanto à proliferação e diferenciação dos ceratinócitos.
Etiologia	É uma doença multifactorial assente em base de determinação genética com envolvimento ambiental simultâneo. Frequentemente o desencadeamento e/ou agravamento das crises, se relaciona com factores como, doenças gerais, sobretudo infecções, fármacos, estímulos emocionais e álcool.
Manifestações clínicas	Placas eritematodescamativas, mais ou menos circulares, bem delimitadas; as escamas são esbranquiçadas e espessas, pouco aderentes, comparáveis a fragmentos de cera. Localiza-se preferencialmente e, de maneira simétrica, nas superfícies de extensão dos membros, articulações (cotovelos, joelhos), couro cabeludo, região lombo-sacra e unhas. É muitas vezes acompanhada de prurido. Evolui na maior parte dos casos com períodos de exacerbação e épocas de remissão. Nos doentes com imunodepressão, a psoríase apresenta-se frequentemente nas suas formas mais extensas e severas, incluindo a eritrodermia (forma generalizada com afecção de mais 90% do tegumento cutâneo)
Diagnóstico	Clínico Exame histopatológico através de biópsia cutânea
Tratamento	**Tratamento:** • Associação de Ácido Salicílico a 5% + Dipropionato de Betametasona 0,05%, pomada: aplicar na área afectada 1-2 vezes ao dia; ou, • Associação de Ácido Salicílico a 5% pomada, 2 aplicações diárias; ou, • Óleo de Cade - aplicar á noite; • Helioterapia: exposição das lesões ao sol durante 30-45 minutos diários, em período de sol não muito intenso, pelo menos 3 x/ semana; • O TARV melhora o quadro. **IMPORTANTE:** **Evitar a aplicação dos medicamentos tópicos sobre a pele com erosões ou inflamada.** **As formas mais severas da Psoríse, como a forma eritrodérmica, devem ser referidas a especialista em Hospital Central ou provincial.**

7.2. Sarcoma de Kaposi

O Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia multicêntrica e polimorfa de origem vascular, causado por uma infecção pelo vírus HHV-8, e que aparece com frequência associado ao HIV.

Caracteriza-se por lesões que podem ser únicas ou múltiplas, manchas, pápulas, nódulos de cor violácea a negra e que começam, normalmente, nas extremidades dos membros inferiores, mas que podem ter localização variável; associam-se frequentemente a um edema infiltrativo e que por vezes aparece como primeira manifestação. Não é raro as lesões evoluírem com ulceração, necrose e infecção secundária.

Pode ter uma evolução rápida e agressiva, apanágio das formas de doença de Kaposi ligadas à infecção por HIV, progredindo rapidamente para a disseminação sistémica com envolvimento de órgãos internos, nomeadamente, pulmão, tracto gastrointestinal e outras vísceras ou mucosas.

Em cerca de 15% dos casos, a manifestação é apenas visceral, sem envolvimento cutâneo.

Particularidades na criança: O Sarcoma de Kaposi acomete raramente crianças, à excepção das infectadas pelo HIV e particularmente em África. É a doença maligna mais frequente nas crianças com SIDA, aparecendo mais no sexo masculino (4:1) e em menores de 5 anos.

Classificação Clínica

- Forma clássica
- Forma endémica
- Forma iatrogénica
- Forma associada a SIDA

Estadiamento das lesões

- T 0 (lesões reduzidas) – confinadas à pele, e/ou gânglios linfáticos e/ou doença oral limitada.
- T 1 (lesões extensas) – Com edema ou ulceração, SK oral extensivo, SK gastrointestinal, SK de outras vísceras

Estadiamento dos Sintomas

- S 0 (sem sintomas) – Sem história de I.O., sem história de candidíase oral, Índice de Karnofsky ≥ 70, sem sintomas "B".
- S 1 (com sintomas "B") – Com história de I.O., com história de candidíase oral, Índice de Karnofsky ≤ 70, doença relacionada com HIV.

"B" febre inexplicável, suores nocturnos, perda de peso>10% ou diarréia >2 semanas.

Resumo do Estadiamento

- Bom prognóstico

  - T 0 S 0 sobrevida superior a 3 anos - 88%;
  - T 1 S 0 sobrevida superior a 3 anos - 80%;
  - T 0 S 1 sobrevida superior a 3 anos - 81%;
  - CD4 ≥ 200 cel/mm^3

- Prognóstico reservado:

  - T 1 S 1: sobrevida superior a 3 anos - 53% (77% se não existirem lesões pulmonares e 46% com lesões pulmonares);
  - CD4 ≤ 200 cel/mm^3

Tratamento do Sarcoma de Kaposi (no adulto)

Recomendações Específicas do Tratamento: SK associado ao HIV

- Iniciar TARV em todos os casos, independentemente do CD4.
- Se SK com estadiamento T0 S0/T0 S1: Iniciar apenas TARV se lesões limitadas, e tratamento de I.O. quando indicado;
- Se SK com estadiamento T0 S0/T0 S1 que não responde em 6 meses ao TARV e/ou múltiplas lesões :

QT: Doxorubicina 60 mg/m^2 + Vincristina 2Mg, Cada 3-4 Semanas

- Se SK com estadiamento T1 S0/T1 S1:

QT Regime ABV: Doxorubicina 60 mg/m^2 + Bleomicina 15 U E.V. + Vincristina 2 mg, cada 3-4 semanas

Tratamento do Sarcoma de Kaposi (na criança)

- **TARV** (Remissões tem sido descritas após terapia com TARV)
- **Quimioterapia:**

Taxol ou Vincristina + Doxorrubicina + Bleomicina

Doses:

- Taxol, 75 mg/m2
- Vincristina, <10Kg ou área de superficie corporal <1m^2 :0,05mg/kg/semana
  >10Kg ou área de superficie corporal >1 m^2 :1-2mg/ m^2 /semana
- Doxorrubicina, 20mg/m^2 /cada 2 a 3 semanas
- Bleomicina , 10 U E.V/ m^2 / 1-2 vezes /semana

- **Radioterapia**

Recomendações Gerais

- Limpeza e desinfecção das lesões;
- Antibioterapia se infecção secundária;
- Analgésicos eficazes;
- Evitar corticosteróides: estes devem ser utilizados somente em situação de comprometimento respiratório grave, trombocitopenia imune severa ou em situação de outras infecções oportunistas associadas, nomeadamente: meningite ou pericardite tuberculosa. O corticóide de escolha é a prednisolona 60 – 80 mg/dia em curtos cursos (10 a 15 dias) mensais.
- Os ciclos de QT deverão ser efectuados até:
  - Alívio da obstrução e melhoria funcional;
  - Alívio sintomático, incluindo dor;
  - Regressão das lesões cutâneo-mucosas (nem sempre se consegue uma

remissão total;na maioria das vezes observa-se uma alteração da tonalidade das lesões, passando de violáceas a acastanhadas ou acinzentadas, diminuição da infiltração e do tamanho das lesões);
- Ter o cuidado de NÃO ultrapassar a dose cumulativa máxima dos seguintes agentes:
-> Doxorubicina – 550 mg/m^2,
-> Bleomicina - 440 UI dose.

Recomendações quanto à Preparação e Administração da QT

- Recomenda-se a administração prévia de Hidrocortisona 100mg IV e de Metoclopramida 1 ampola IV, para controlar/minimizar os efeitos secundários dos citostáticos.
- A Doxorubicina é administrada da seguinte maneira:

  - Diluir em soro fisiológico a 0,9% ou glicosado a 5% por forma a atingir uma concentração de 2mg/mL em infusão lenta – 20 minutos.
- A Vincristina é administrada da seguinte maneira:

  - Diluir em soro fisiológico a 0,9% ou glicosado a 5% (1 ampola de 2mg em 10 ml) e administrada por via IV rápida.
- A Bleomicina é administrada da seguinte maneira:

  - Diluir em soro fisiológico a 0,9% (1 frasco de 15 UI em 10 mL) ou em água destilada e nunca em soro que contenha glicose e também deve ser administrada por via IV rápida.

Atenção aos efeitos colaterais mais importantes

- Depressão medular: anemia (Hgb <10g/dl), leucopenia (Neutrófilos < 1,000/mm^3), trombocitopenia (Plt<75,000/mm^3), sobretudo com a Doxorubicina;
- Toxicidade cardíaca: dose dependente e cumulativa (Doxorubicina);
- Toxicidade neurológica: neuropatia sensitivo motora (Vincristina - atenção à associação com d4T);
- Náuseas e vômitos;
- Hipertermia e tremores;
- Alopécia.

Segunda linha de tratamento para Sarcoma de Kaposi

Se o SK não responde ao tratamento de 1ª linha, e após atingir as doses cumulativas dos fármacos clássicos, deve ser administrada alguma das seguintes monoterapias:

- Doxorubicina Lipossomal 20mg/m^2 de 3 em 3 semanas;
- Daunorubicina Lipossomal 40mg/m^2 de 3 em 3 semanas;

O modo de preparação e administração destes 2 fármacos é semelhante ao da Doxorubicina simples.

- Docetaxel 25 mg/m2 em 250 ml de soro Dextrose 5% ou NaCl 0.9% em 1 hora, 1 ciclo por semana (máximo 8 ciclos)
- Paclitaxel (1 frasco 30mg/5ml) – 135mg/m^2 EV, em 3h, de 3 em 3 semanas;

Diluir em soro fisiológico a 0,9% ou soro dextrose a 5% de forma a atingir uma concentração de 1mg/ml.

- Etoposide (100mg/5ml) – Fazer 50-100mg/m²/dia em soro fisiológico ou dextrose a 5% por forma a atingir uma concentração de 0,4mg/ml, em via EV em 30 – 60 minutos, no 1º, 3º e 5º dias e repetir de 3 em 3 semanas.

Previamente à administração do ciclo, deve-se avaliar a PA e monitorar o hemograma e as transaminases. Os valores que permitem a administração do seguinte ciclo são: hemoglobina ≥ 10 g/dl; Neutrófilos ≥ 1000/mm3; plaquetas ≥ 50.000/mm3

Para todos eles recomenda-se a administração prévia de Dexametasona 8 mg ou Prednisolona 50 mg (iniciar 24 horas antes e manter durante 3 dias) e de Metoclopramida 1 ampola IV, para controlar/minimizar os efeitos secundários dos citostáticos.

IMPORTANTE

1. O Sarcoma de Kaposi é uma doença definidora de SIDA, e por isso o seu tratamento deve incluir sempre os ARVs desde o início, independentemente do valor de CD4.
2. Antes de cada ciclo de QT, deve ser solicitado ao doente um hemograma completo, pois é frequente a ocorrência de citopenias em doentes com Sarcoma de Kaposi; entretanto, as citopenias também podem ser secundárias aos medicamentos citostáticos.
3. **Não se deve fazer administração de citostáticos quando:**
   a) Hgb <10gr/dl. Poder-se-á avaliar a possibilidade de sua administração, seguida imediatamente de transfusão sanguínea se Hgb <10> 8gr/dl.
   b) Contagem absoluta de neutrófilos < 1.000/mm³
   c) Plaquetas < 75.000/ mm³;
   nestes casos:

   → Atrasar o próximo ciclo de quimioterapia até que estes valores estejam acima dos limites referidos
4. A preparação dos citostáticos deve ser efectuada num espaço limpo, bem ventilado e por pessoal treinado
5. Os profissionais que estão a manusear os citostáticos devem sempre calçar luvas e usar máscaras durante todo o tempo de exposição aos fármacos. O período de exposição não deve ser superior a 20 minutos, pelo que deverá efectuar intervalos a cada 20 minutos fora da sala de preparo.

As Fichas de Registo Nacionais a serem utilizadas nos doentes com Sarcoma de Kaposi encontram-se na parte dos Anexos desde Guião.

8. Abordagem Sindrômica das Doenças de Transmissão Sexual

8.1. Introdução e Prevalência

Os resultados do estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2003 para validar os algoritmos mostraram que dos **homens com corrimento uretral, 65% tinham gonorréia**, 15% clamídia, 12% tricomonas, e 10% *M. genitalium*. Dos **homens e mulheres com úlceras genitais**, os testes efectuados sugeriram sífilis em 8%, cancróide em 7%, **herpes em 64%,** e não foi identificado o agente etiológico em 26% dos casos. Das **mulheres com corrimento vaginal,** 17% tinham gonorréia, 11% clamídia, 34% tricomonas, 10% *M. genitalium*, **72% vaginose bacteriana,** e 14% candidíase.

Embora tenhamos que levar em conta os problemas de cobertura do sistema de notificação e as limitações para generalização dos resultados do estudo realizado em clínicas de planeamento familiar, podemos, a partir daí, entender a grande importância do controle adequado das ITS neste país.

8.2. Relação Entre ITS e HIV

- Os pacientes com HIV frequentemente contraem outras ITSs
- Muitas ITSs aumentam o risco de infecção/transmissão do HIV
- As manifestações clínicas e a resposta ao tratamento das ITS podem ser diferentes nas pessoas infectadas pelo HIV

8.3. Síndromes Comuns nas ITS e Agentes Etiológicos

SÍNDROME	AGENTES PRIMÁRIOS
Corrimento Uretral	N. *gonorrhoeae,* C. *trachomatis*, T. *vaginalis,* M. *genitalium*
Escroto Inchado	N. *gonorrhoeae,* C. *trachomatis*
Corrimentos Vaginais	N. *gonorrhoeae,* C.*trachomatis,* M. *genitalium,* T. *Vaginalis**
	C. *albicans,* bactérias associadas à Vaginose Bacteriana**
Dor no Baixo Ventre	N. *gonorrhoeae,* C. *trachomatis,* bactérias associadas à VB
Úlceras Genitais	HSV-2, HSV-1, T. *pallidum,* H. *ducreyi,* C. *trachomatis* (variedades LGV)
Verrugas genitais e anais	Papilomavírus humano (tipos genitais)
Escabiose/sarna	S. *scabiei*
Fitiríase	P. *pubis*

Abreviações: HSV= virus do herpes simples, LGV = linfogranuloma venéreo

VB= Vaginose Bacteriana
*Transmitidas sexualmente
** Não transmitidas sexualmente

DIRECTRIZES DA COMPONENTE DAS ITS DO PROGRAMA NACIONAL DE ITS-HIV/SIDA:

- Prevenção e controle das ITS-HIV na comunidade;
- Inserção da assistência à pessoas com ITS na rede básica;
- Manejo adequado de casos através da abordagem Sindrómica;
- Suprimento de medicamentos;
- Vigilânciaepidemiológica;
- Eliminação da sífilis congénita;
- Uso racional dos recursos laboratoriais;
- Treinos e pesquisas.

8.4. Prevenção das ITS

A **prevenção** é a estratégia básica para o controle da transmissão das ITS e da infecção pelo HIV e deve ser realizada em qualquer oportunidade de contacto do indivíduo com o serviço de saúde. As principais actividades de prevenção incluem a informação constante para a população, a oferta de preservativos e as actividades educativas visando:

- A percepção do risco de contrair uma ITS;
- Mudanças no comportamento sexual;
- Promoção e adopção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo.

NO CASO DE DIAGNÓSTICO DUMA ITS, QUEM DEVE SER CHAMADO?

ITS	CONTATOS	TEMPO
Corrimento uretral	Parceiros sexuais	**Até 90 dias** (3 meses) antes do início dos sintomas
Úlceras genitais		
DIP		
Corrimento vaginal		
Sífilis – RPR positivo	Parceiros sexuais	**Até 1 ano** antes da data do exame
Oftalmia neonatal	Mãe e seus parceiros sexuais actuais	
Sífilis congénita		
Infecção pelo HIV	Parceiros actuais Considerar os parceiros desde o início da(s) actividade(s) de risco	
Condiloma	Convocar parceiros sexuais actuais para aconselhamento	

8.5. Abordagem Sindrómica das ITS

A abordagem sindrómica se fundamenta no facto de que as ITS, apesar dos diversos agentes causais conhecidos, costumam-se manifestar de forma semelhante, podendo ser agrupadas nas seguintes síndromas principais:

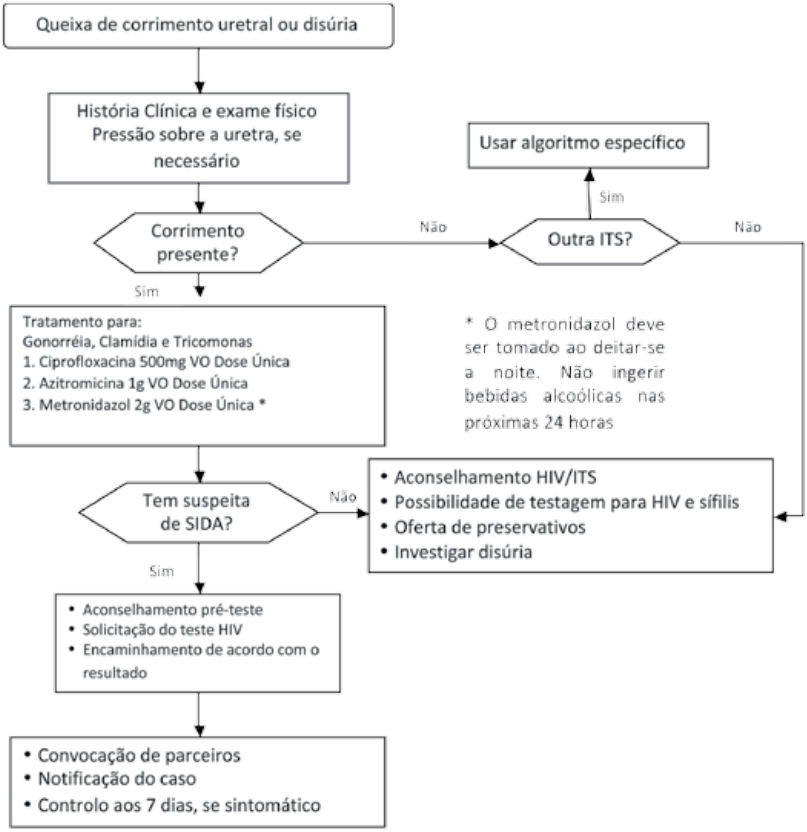
- corrimento vaginal
- corrimento uretral masculino
- úlcera genital
- desconforto ou dor no baixo ventre
- escroto inchado
- bubão inguinal

Cada uma dessas síndromas tem um algoritmo específico que deve ser seguido pelo profissional de saúde que adoptará o tratamento ali especificado.

VANTAGENS DA ABORDAGEM SINDRÓMICA:

- Rapidez no atendimento;
- Maior cobertura na rede básica;
- Oportunidade de introdução de medidas preventivas;
- Padronização do tratamento;
- Satisfação da clientela;
- Proporcionar abordagem diagnóstica e tratamento racional em locais de acesso laboratorial restrito.

ALGORITMO 17. CORRIMENTO URETRAL

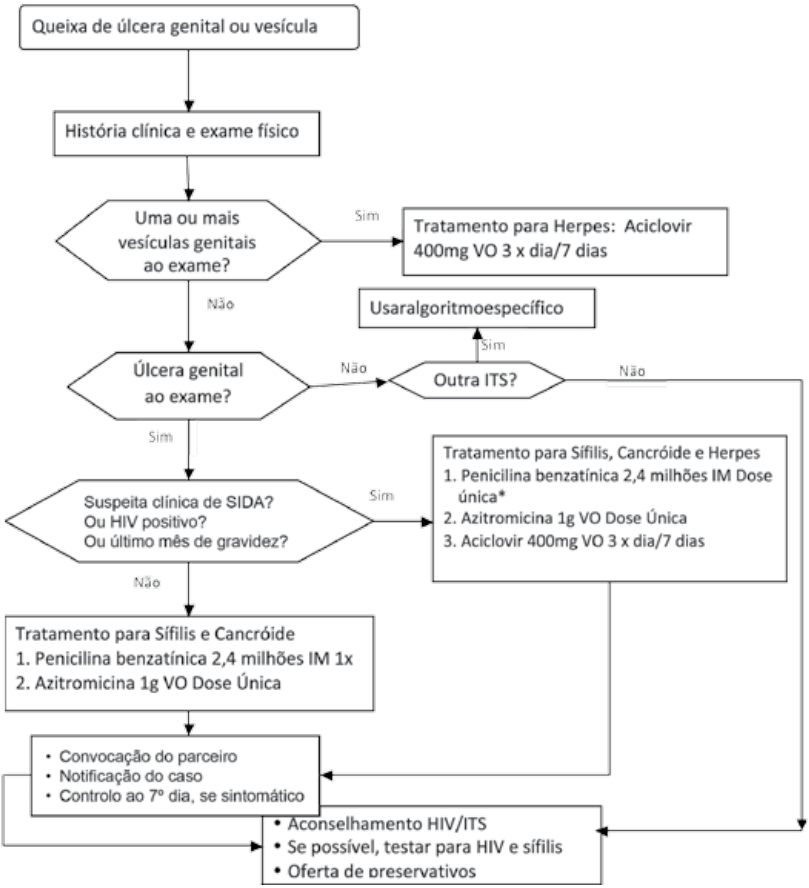


No retorno, em caso de persistência das queixas ou recidiva, investigar:

- Se o diagnóstico foi correcto;
- Se usou correctamente a medicação;
- Se os parceiros/as foram tratados/as;
- Não teve novo parceiro sexual;

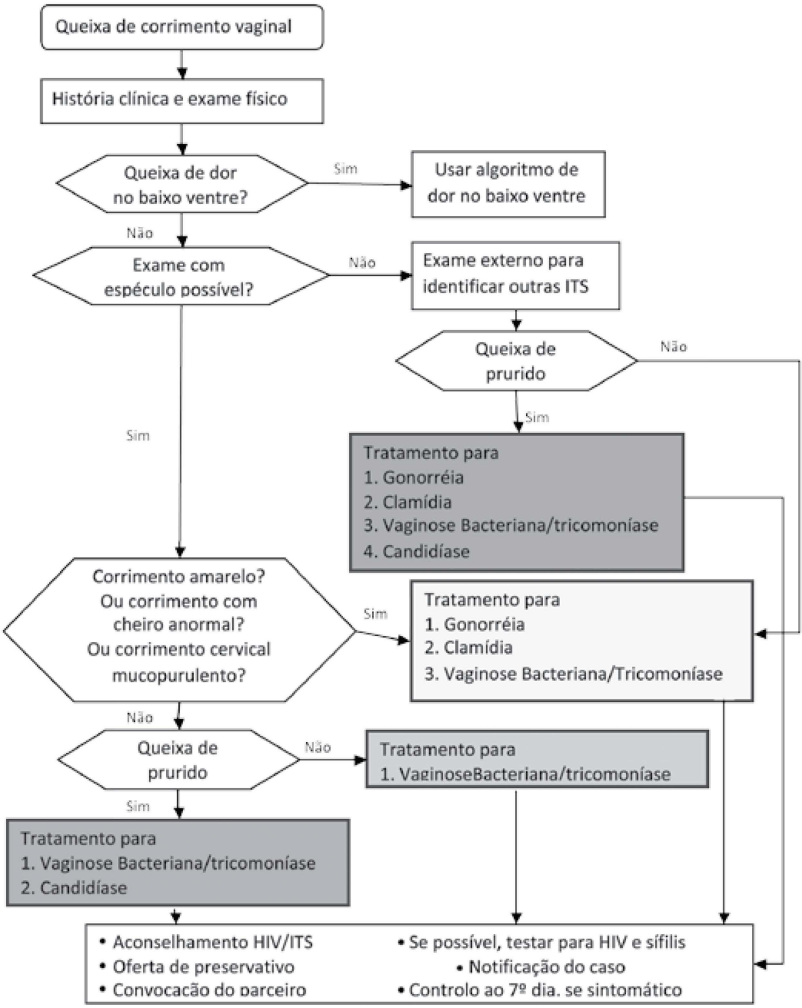
Se alguma das respostas for NÃO, repetir o tratamento
Se todas as respostas forem SIM, é possível que o paciente esteja infectado com gonorreia resistente ao medicamento usado. Sendo assim, tratar o paciente com Cefixime 400 mg via oral em dose Única

ALGORITMO 18. ULCERA GENITAL NO HOMEM E NA MULHER



*As gestantes com história comprovada de **alergia** à Penicilina, devem ser dessensibilizadas.
Na impossibilidade, deve ser administrado Eritromicina 500mg VO 4 x dia por 4 semanas

ALGORITMO 19. CORRIMENTO VAGINAL



O primeiro passo é excluir a presença de um quadro mais grave (Doença inflamatória pélvica, a través da avaliação da existência de dor no baixo ventre)

A realização de **exame com espéculo** pode vir a reduzir os tratamentos administrados, já que permite excluir ou confirmar a presença de cervicite.

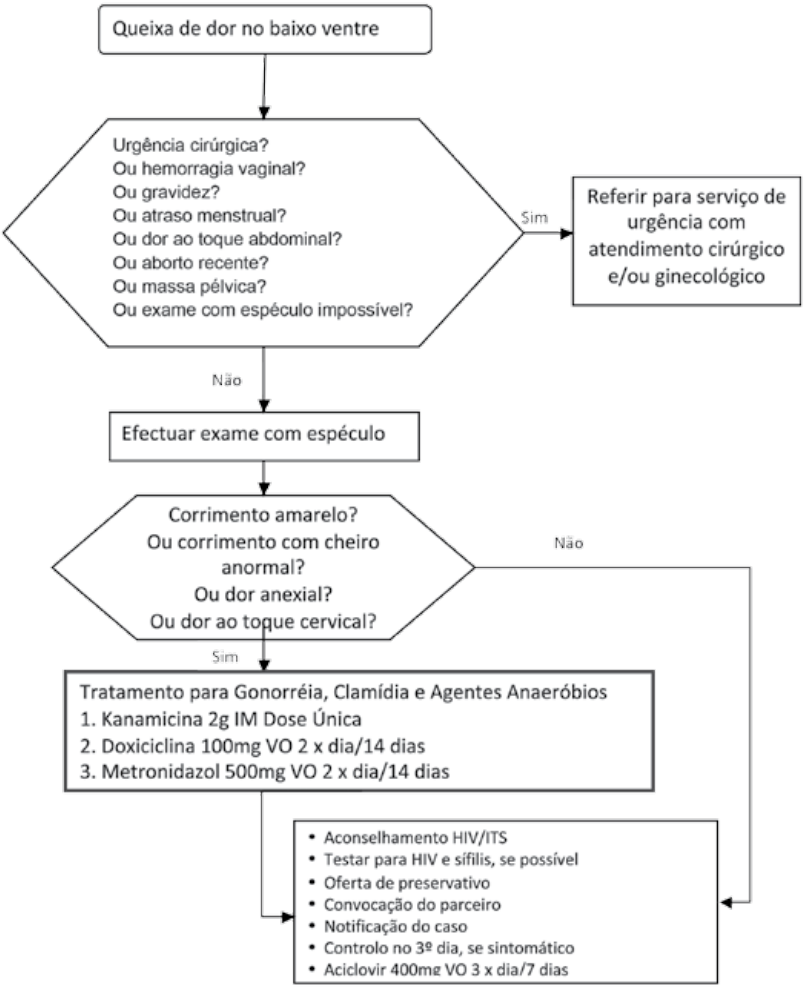
- Com corrimento amarelo, ou com cheiro anormal ou com sinais de corrimento cervical:
    a. Tratar para Gonorreia (Ciprofloxacina 500 mg em DU). Em caso de gravidez use Cefixime400mg VO em DU em lugar de Ciprofloxacina
    b. Tratar para Clamídia (Azitromicina 1 gr em DU)
    c. Tratar para Vaginose bacteriana e Tricomoniase (Metronidazol 2 gr em DU)
- Sem os anteriores e com queixa de prurido vaginal:
    a. Tratar para Vaginose bacteriana e Tricomoniase (Metronidazol 2 gr em DU)
    b. Tratar para Candidíase (Clotrimazol 500 mg via vaginal DU)
- Sem os anteriores e sem prurido vaginal:
    c. Tratar para Vaginose bacteriana e Tricomoniase (Metronidazol 2 gr em DU)

Na **ausência de exame especular** deve ser feito o exame externo dos genitais.

- Na presença de corrimento e prurido:
    a. Tratar para Gonorreia (Ciprofloxacina 500 mg em DU)
    b. Tratar para Clamídia e outros (Azitromicina 1 gr em DU)
    c. Tratar para Vaginose bacteriana e Tricomoniase (Metronidazol 2 gr em DU)
    d. Tratar para Candidíase (Clotrimazol 500 mg via vaginal DU)
- Na presença de corrimento sem prurido:
    a. Tratar para Gonorreia (Ciprofloxacina 500 mg em DU)
    b. Tratar para Clamídia e outros (Azitromicina 1 gr em DU)
    c. Tratar para Vaginose bacteriana e Tricomoniase (Metronidazol 2 gr em DU)

- A primeira causa de corrimento vaginal na mulher é a vaginose bacteriana VB (72% dos casos).
- A VB não é uma infecção de transmissão sexual.
- É frequente a ocorrência em simultâneo de várias infecções, e com base na abordagem sindrómica devemos tratar todas as possíveis causas em simultâneo.
- A avaliação com espéculo permite reduzir o número de tratamentos desnecessários ao permitir avaliar a presença de cervicitee (infecção do colo, mais frequentemente associada a infecção por gonorreia e/ou clamídia).
- A prática de *duches vaginais* (lavagens com ou sem produtos diversos do interior da vagina) é muito comum e predispõe ao desenvolvimento da VB. Deve ser avaliada e

ALGORITMO 20: DOR NO BAIXO VENTRE



A Porta de entrada no algoritmo é a dor no baixo ventre.

O primeiro passo é excluir uma potencial emergência médica. A doença inflamatória pélvica pode ser um quadro grave, com morbilidade e mortalidade importantes.

Perante suspeita de doença inflamatória pélvica (dor no baixo ventre ou na região lombar, febre que quando presente pode ser intermitente e secreção vaginal anormal, sem outras possíveis causas como a infecção urinária ou a cólica menstrual), deve ser realizada uma avaliação que inclua o toque vaginal, e se possível um exame com espéculo.No caso de dor no baixo ventre com corrimento amarelo, ou corrimento com cheiro anormal, ou dor à mobilização no toque vaginal:

- Tratamento para Gonorréia, Clamídia e Agentes Anaeróbios
    a. Kanamicina 2g IM Dose Única
    b. Doxiciclina 100mg VO 2 x dia/14 dias
    c. Metronidazol 500mg VO 2 x dia/14 dias

- Na ausência dos anteriores, a paciente deverá ser aconselhada para a redução do risco e para a realização de testes como HIV

No retorno, em caso de persistência das queixas ou recidiva, investigar:

- Se o diagnóstico foi correcto;
- Se usou correctamente a medicação;
- Se o parceiro/a foi tratado;
- Não teve novo parceiro sexual;

Se alguma das respostas for NÃO, repetir o tratamento

Se todas as respostas forem SIM, referir a paciente

IMPORTANTE

O que fazer perante o diagnóstico de ITS?

- Informar o paciente do diagnóstico de ITS
- Aconselhamento para redução do risco
- Tratar sindromicamente segundo o caso
- Avaliar/tratar os parceiros sexuais dos últimos 90 dias
- Notificar o caso
- Abstinência até que o paciente/os parceiros completam o tratamento, e os sintomas desaparecem
- Avaliar de novo se não há melhoria

9. Reacção Medicamentosa

Os doentes infectados pelo HIV apresentam, com freqüência, reacções cutâneas de intolerância a certos medicamentos.

Estas reacções podem ser desde simples *rash* até reacções mais graves como a Síndrome de Stevens-Johnson, e até aSíndrome de Lyell, neste último caso, sempre com mau prognóstico.

Os medicamentos freqüentemente implicados são:

1) Sulfamidas: Cotrimoxazol, Fansidar;
2) Antiretrovirais: Nevirapina, Efavirenz, Abacavir
3) Antiinflamatórios não esteróides (AINES)
4) Em menor grau, alguns medicamentos anti-Tuberculose
5) Outros antibióticos

QUADRO 54: ESCALA DE GRADUAÇÃO DA TOXICIDADE DO COTRIMOXAZOL PARA ADULTOS E ADOLESCENTES

Toxicidade	Descrição Clinica	Recomendação
GRAU 1	Eritema	Continuar com a profilaxia com o cotrimoxazol com precaução, observação clínica frequente e seguimento do doente. Prescreva tratamento sintomático, como por exemplo clorfeniramina, se disponível
GRAU 2	Rash maculopapular difuso, descamação seca	Continuar com a profilaxia com o cotrimoxazol com precaução, observação clínica frequente e seguimento do doente. Prescreva tratamento sintomático, como por exemplo clorfeniramina, se disponível
GRAU 3	Vesiculação, ulceração de mucosa	Suspender o cotrimoxazol permanentemente ou, nos locais onde hajam condições, suspender o uso do cotrimoxazol até que os efeitos adversos estejam completamente resolvidos (geralmente 2 semanas); e depois, considerar a dessensibili-zaçao (ver protocolo abaixo)
GRAU 4	Dermatite esfoliativa, Síndrome de Stevens-Johnson ou eritema multiforme, descamação húmida	Suspender o cotrimoxazol permanentemente

Tratamento

- Suspender o medicamento, conforme o grau da reacção medicamentosa;
- Rever a necessidade de medicação e considerar medicamentos alternativos, se necessário;
- Anti-histamínicos orais e/ou parentéricos. Em casos graves, hidratação IV e manutenção de equilíbrio hidroelectrolítico;
- Anti-sepsia eficaz e prevenção de infecção secundária;
- Nos casos mais graves, o manejo deve ser similar ao dos grandes queimados;
- Cuidar as mucosas, principalmente os olhos: mantê-los fechados, hidratados, limpeza com soro fisiológico a cada hora e pomada de Cloranfenicol ou Tetraciclina;
- Usar Prednisolona nos casos graves com precaução;

Protocolo de Dessensibilização do Cotrimoxazol, Adultos e Adolescentes (OMS, 2006)

- Pode ser realizado após 2 semanas de uma reação não severa ao Cotrimoxazol (Grau 3 ou menor) que resultou na interrupção temporária deste medicamento;
- Geralmente, tem bons resultados na maioria dos indivíduos com hipersensibilidade prévia ao ctz e raramente causa reação severa;
- Dessensibilização não deve ser realizada em doentes com história prévia de reação medicamentosa Grau 4 ao Cotrimoxazol ou a outro medicamento derivado da sulfa;
- É recomendado iniciar no dia anterior ao início da dessensibilizaçao com anti--histamínicos e permanecer em uso até a sua conclusão;
- Durante a dessensibilização, se uma reação grave ocorrer, dever-se-á suspender o protocolo;

Se ocorrer reação menor, repetir o mesmo "passo" por mais um dia: se a reacção ceder, prosseguir no protocolo e avançar para o próximo

QUADRO 55: DESSENSIBILIZAÇÃO DO COTRIMOXAZOL

Passos	Dose
Dia 1	80mg de Sulfametoxazol + 16mg de Trimetropim (2ml de suspensão oral)*
Dia 2	160mg de Sulfametoxazol + 32mg de Trimetropim (4ml de suspensão oral)*
Dia 3	240mg de Sulfametoxazol + 48mg de Trimetropim (6ml de suspensão oral)*
Dia 4	320mg de Sulfametoxazol + 64mg de Trimetropim (8ml de suspensão oral)*
Dia 5	1comprimido simples de Cotrimoxazol (400mg de Sulfametoxazol + 80 de Trimetropim)
Dia 6 em diante	2 comprimidos simples de Cotrimoxazol (800mg de Sulfametoxazol + 160mg de Trimetropim)

* Cotrimoxazol suspensão oral: 200mg de Sulfametoxazol + 40mg de Trimetropim/5ml

PARTE III

Profilaxia das Infecções Oportunistas no Adulto e Criança

CONTEÚDOS

1. Recomendações para Profilaxia de Doenças Oportunistas em Adultos e Crianças Infectados pelo HIV..... 211

1. Recomendações para Profilaxia de Doenças Oportunistas em Adultos e Crianças Infectados pelo HIV

A prevenção de infecções oportunistas em indivíduos infectados pelo HIV é uma intervenção de grande efectividade e que proporciona redução significativa da morbi--mortalidade. Essa prevenção tem diversos aspectos:

a) **Prevenção da exposição**: é uma estratégia que reduz o risco do aparecimento de infecções oportunistas, consistindo no desenvolvimento de atitudes e estilo de vida capazes de diminuir o contacto com patógenos oportunistas e agentes de co-infecções (ver Quadro 56);

b) **Profilaxia primária:** visa evitar o desenvolvimento de doenças em pessoas com exposição prévia estabelecida ou provável. A síntese dos critérios de início da profilaxia primária e os esquemas estão no Quadro 57;

c) **Profilaxia secundária**: tem como objectivo evitar a recidiva de uma infecção oportunista que já tenha ocorrido. As recomendações da profilaxia secundária, incluindo os critérios de interrupção, encontram-se na secção das infecções oportunistas. Por vezes profilaxia secundária é também expressada como terapia de manutenção

1.1. Recomendações para a Prevenção da Exposição a Patógenos Oportunistas

QUADRO 56: RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO A PATÓGENOS OPORTUNISTAS

Agente Infeccioso	Recomendações
Malária	• Usar redes mosquiteiras • Usar repelentes
Tuberculose	• Evitar contacto directo com doente com Tuberculose activa • Os profissionais de saúde, usar máscara N95 • Nas Unidades Sanitárias, ter salas de espera amplas e arejadas • Orientar a etiqueta da tosse nos doentes com TB
Pneumocystis jirovecci (PCP)	• Evitar contacto directo com pessoas com pneumonia por Pneumocystis (PCP) • Utilização de filtros especiais na nebulização com pentamidina (se aplicável)
Diarréias	• Lavagem frequente das mãos • Evitar ingestão directa de água de lagos e rios • Evitar contacto domiciliar com animais domésticos, especialmente se adquiridos de criadores comerciais ou que tenham sido anteriormente de rua • Lavar bem (e utilizar hipoclorito) as verduras e legumes • Cozer bem as carnes • Beber água fervida ou tratada
Toxoplasma gondii	• Evitar carne vermelha mal passada • Evitar contacto com gatos que se alimentam na rua • Evitar limpar caixas de areia de gatos • Lavar bem (e utilizar hipoclorito) verduras e legumes • Beber água fervida ou tratada • Lavar as mãos após mexer na terra/areia (machamba ou jardinagem)
Criptococcus	• Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas, limpar galinheiros • Evitar exposição a fezes de pássaros
Cytomegalo-virus	• Evitar transfusão de sangue de doador IgG+ para CMV, caso o receptor seja seronegativo
Histoplasma capsulatum	• Em áreas endêmicas, evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas, limpar galinheiros • Evitar exposição a fezes de pássaros silvestres
HPV e Herpes	• Usar preservativos nas relações sexuais

As doenças oportunistas que frequentemente afectam os doentes infectados pelo HIV e que podem ser prevenidas através da profilaxia, são:

1. Pneumonia por *Pneumocistis jirovecii* (PCP)
2. Malária
3. Pneumonias bacterianas
4. Síndromes disenteriformes (Isospora Belli)
5. Tuberculose
6. Toxoplasmose
7. Meningite criptocócica

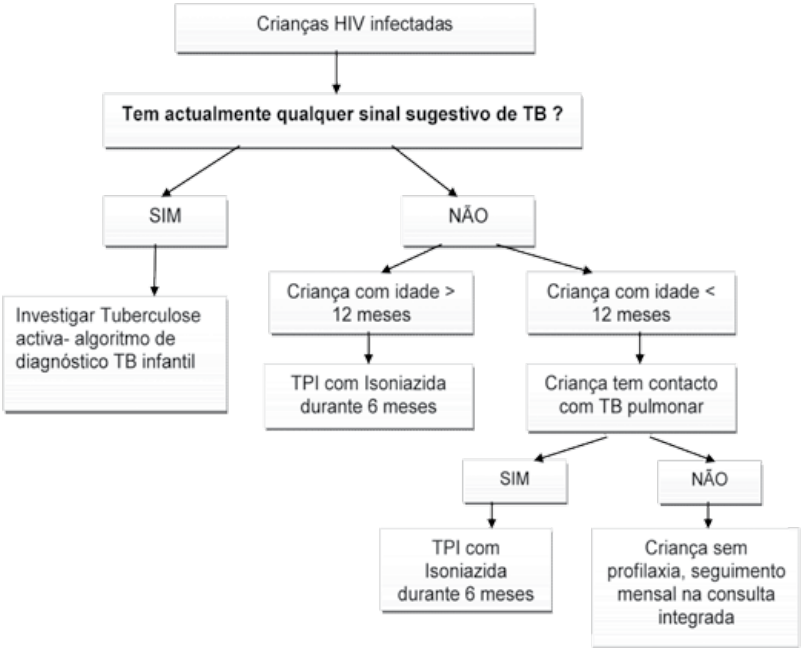
QUADRO 57: INDICAÇÃO PARA PROFILAXIA PRIMÁRIA

INFECÇÃO	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	PROFILAXIA

• *Pneumocistis jiroveci (PCP)*
• *Malária*
• *Pneumonias bacterianas;*
• *Síndromes disenteriformes;*
• *Toxoplasmose*
	• Adultos e crianças ≥ 5 anos:
	  • Baseado apenas no Estadio Clínico da OMS (quando o exame de CD4 não estiver disponível): HIV positivo Estadios II, III ou IV;
	  • Baseado no Estadio Clínico da OMS e contagem de CD4:
	  - CD4 ≤350 cels/mm^3 independentemente do Estadio da OMS;
	  - Estadio III e IV independentemente do CD4;
	• Crianças menores de 5 anos: todas, com independência do estadio clínico e contagem de CD4
	• Mulheres grávidas, independentemente da idade gestacional.
	• Doentes HIV+ com TB
		TPC: Tratamento Profilático com Cotrimoxazol
		• 2 comp/dia (adulto)
		• Criança: 25 mg/kg do SMX diário (tabela de dosagem por kg de peso a seguir)
		Alterativa (nos casos de alergia a CTZ)
		Dapsona 100 mg/dia (só útil para profilaxia de PCP, deve iniciar com CD4 < 200 cels/mm^3)

• *Tuberculose (TB)*	• Doente HIV+ adulto (incluídas as grávidas) e criança > 12 meses, sem nenhum sintoma/sinal de TB pulmonar ou extra-pulmonar activa, independentemente do resultado da reacção de Mantoux • Crianças HIV+ com menos de 1 ano e história de contacto com TB *Contra-indicação /exclusão;* • Tuberculose activa (qualquer forma) • Doença hepática aguda ou crónica • Paciente com doença aguda grave, pela dificuldade para excluir TB activa • Neuropatia periférica • Alcoolismo • Má adesão • Intolerância à isoniazida *Procedimento:* • Avaliação mensal • Entrega mensal de medicamentos	**TPI: Tratamento Profiláctico com Isoniazida (INH)** • Adulto: 5 mg/kg/dia (Max 300mg/dia) • Crianças: 10 mg/kg/dia (Max 300 mg/dia) Durante seis meses
• *Meningite criptocócica*	• Doente HIV+ adulto (> 15 anos) excluídas as grávidas, com contagem de CD4 ≤ 100cels/mm3 e com resultado do teste de antigenio para criptococo em soro positivo (CrAg +)	Profilaxia da meningite criptocócica: • Fase indução com Fluconazol 800 mg/dia durante 2 semanas • Fase consolidação com Fluconazol 400mg/dia durante 8 semanas • Fase manutenção com Fluconazol 200 mg/dia ate atingir CD4 > 200 cel/mm3 por, pelo menos 6 meses (2 medidas consecutivas).

ALGORITMO 21: TPI PARA CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV



QUADRO 58: DOSAGEM DE CTZ PROFILÁCTICO NAS CRIANÇAS

	Xarope (40/200mg/5ml)	**Comprimidos (80/400mg)**
Peso (kg)	DOSE/ml	DOSE/comprimidos
< 7 Kg	2,5	1/4
7-10 kg	5	1/2
10-15 kg	7,5	1
15-20 kg	10	1

RECOMENDAÇÕES

- O tratamento preventivo com isoniazida deve fazer parte de um pacote de cuidados de saúde a oferecer a uma pessoa infectada pelo HIV;
- O tratamento preventivo de TB deve ser realizado em locais designados para o efeito, com periodicidade regular e com pessoal qualificado para o rastreio activo de tuberculose, monitorização da adesão ao tratamento e adequado manejo da toxicidade;
- O tratamento preventivo de TB deve ser imediatamente interrompido se surgirem sintomas de TB activa. Os doentes que apresentarem toxicidade aos fármacos devem ser de imediato avaliados. Em caso de abandono do tratamento profiláctico, devem ser investigadas as causas que conduziram a tal atitude;
- É fundamental o controlo regular do stock de medicamentos, para que não haja rupturas.

1.3. Recomendação para a Descontinuação do Uso de Cotrimoxazol na Profilaxia Primária em Crianças ≥ 5 Anos e Adultos

QUADRO 59: RECOMENDAÇÕES PARA A DESCONTINUAÇÃO DO COTRIMOXAZOL (OMS)

	RECOMENDAÇÂO
Exame de CD4 não disponível	Não descontinuar a profilaxia primária com CTZ, principalmente em locais onde as infecções bacterianas e a malária são eventos comuns.
Exame de CD4 disponivel	Em países com alta incidência de infecções bacterianas e malária, deve-se descontinuar o uso da profilaxia primária com CTZ apenas quando houver evidência de reconstituição imunológica relacionada aos anti-retrovirais, ou seja, contagem de linfócitos T CD4+ > 350 cel/mm3 por, pelo menos 6 meses (2 medidas consecutivas).
	O CTZ profiláctico deve ser mantido nas mulheres grávidas e nas crianças com menos de 5 anos, independentemente do estadio clínico e/ou a contagem de CD4

PARTE VI

Prevenção Após Violência Sexual e Profilaxia Pós Exposição Ocupacional ao HIV

CONTEÚDOS

1. Violência Sexual e Infecções Transmitidas Sexualmente (ITS) 219
2. Prevenção e Profilaxia Pós Exposição Ocupacional ao HIV 224

1. Violência Sexual e Infecções Transmitidas Sexualmente (ITS)

Estupro é a cópula vaginal, por meio de sedução, com mulher virgem menor de dezoito e maior de doze anos.

Atentado ao pudor todos os actos impúdicos praticados em indivíduos de ambos os sexos, exceptuando o **estupro** ou **violação** que são entidades jurídicas bem definidas, exercidos em menores de dezasseis anos ou com violência depois daquela idade, com o fim de satisfazer um prazer venéreo, lascívio, por curiosidade, vingança, depravação ou distúrbios de instinto sexual.

Violação sexual é a cópula vaginal com menor de doze anos ou com qualquer mulher de idade superior a doze anos, contra sua vontade.

Os critérios médico-legais para o diagnóstico ou estabelecimento de violação são:

- Cópula por via vaginal com uma mulher de idade igual ou inferior a doze anos, independentemente do consentimento ou não da vítima.
- Que nas mulheres com idade igual ou inferior a doze anos não é imprescindível que a cópula por via vaginal a penetração do pénis seja completa, basta que haja sinais de cópula vestibular ou vulvar.
- Que nas mulheres com idade superior aos doze anos a cópula vaginal deve ser contra a vontade da vítima, a verificação do elemento veemente intimidação, constrangimento ou violência física é diagnosticada pelas repercussões nas áreas psicológica, psíquica e física que a vítima apresenta, isto é, pelo quadro sindrómico de *stress pós traumático* ou *pós emocional* com ou sem lesões extragenitais.
- Que a mulher esteja privada do uso da razão ou dos sentidos.

1.1. Abordagem dos Casos de Violência Sexual

Os crimes contra a honestidade que sob ponto de vista médico legal constituem urgência são o estupro, a violação sexual e o atentado ao pudor que deixa sinais físicos, psicológicos e psíquicos ou com repercussões nestas áreas da vítima.

Não há dúvidas sobre as vantagens quer sob ponto de vista clínico quer sob ponto de vista médico legal que o atendimento as vitimas destes crimes seja efectuado o mais rápido possível.

Sob ponto de vista clínico:

- Atendimento urgente permite identificar e tratar o trauma físico e lesões que eventualmente possa a vítima apresentar que dependendo da gravidade algumas podem pôr em risco a vida.
- Permite a realização de profilaxia de ITS/HIV bem como a contracepção de emergência.

Sob ponto de vista Médico Legal:

- O exame urgente permite a observação de lesões genitais e extra-genitais, dependendo da gravidade em alguns casos passados dois ou mais dias podem não ser observadas invalidando deste modo a prova pericial

- Permite a colheita de espermatozoides quando presentes, que também ajudam na identificação do agressor através do exame de D.N.A
- Permite avaliação da situação psicológica da vítima.

História e Exame Físico

É fundamental a realização da história clínica do utente interrogando-o sobre:

- A data e hora aproximada da agressão
- A história dos contactos sexuais recentes (número de parceiros, uso do preservativo, práticas sexuais)
- Antecedentes de ITS
- Data da última menstruação
- Avaliar a possibilidade de gravidez prévia

O exame físico sempre deve incluir:

- Inspecção da região genital: examinar a genitália externa, afastar os lábios vaginais, visualizar o intróito vaginal, examinar a vagina
- Avaliar sinais e evidencias de penetração vaginal e/ou anal e a extensão das lesões. Inspeccionar períneo e ânus.

Ocorrência há menos de 72 ou 120 Horas

Deve-se investigar o tempo decorrido desde a agressão até o momento actual da avaliação clinica.

Se a agressão ocorreu hà menos de 72 horas, deve-se providenciar quimioprofilaxia para o HIV por um mês. A contracepção de emergência nas mulheres é aconselhavel fazer quanto antes mas pode-se fazer até o prazo de 120 horas (5 dias). Se a agressão ocorreu há mais de 72 horas dever-se-á realizar também a profilaxia para as ITS.

Colheita de secreções vaginais, serologia para HIV e Sífilis

A colheita deste material é para efeitos de avaliação médico-legal. A colheita de material deverá ser feita imediatamente na 1ª observação. Deve-se realizar exame vaginal com espéculo e com uma zaragatoa e colher as secreções vaginais.Colocar a zaragatoa em frasco contendo soro fisiológico, para posterior envio ao laboratório de análises clínicas para pesquisa de ITS, se houver disponibilidade laboratorial. A colheita e armazenamento do material biológico do conteúdo vaginal também devem ser realizados para a pesquisa de espermatozóides. Deve-se fazer teste rápido de HIV e teste de sífilis.

Profilaxia de ITS

As ITS constituem uma grande preocupação nos casos de abuso sexual, e portanto, deve ser indicado a profilaxia medicamentosa das ITS enquanto se aguarda o resultado dos exames laboratoriais colhidos. É importante fazer-se a observação directa da toma de medicamentos.

QUADRO 60: PREVENÇÃO DE ITS EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Adulto	Criança

• Penicilina Benzatínica
2.4 milhões UI IM em Dose Única *
• Ciprofloxacina 500 mg em Dose Única
• Metronidazol 2g VO em Dose Única
• Azitromicina 1G VO em Dose Única
 	
Nota: Ciprofoxacina é contra-indicada no 1º trimestre de gravidez, deve substituir pela Ceftriaxona
1 gr IM em Dose Única
	• Penicilina Benzatínica IM em Dose Única:
	  • < 10kg: 300.000UI
	  • 10 – 27kg: 600.000UI
	  • 27kg-50 kg 1.2 milhões UI
	  • 50 kg : 2.4 milhões UI
	• Ceftriaxona: 80 mg|kg EV/IM Dose Única
	ou
	Ciprofloxacina VO Dose Única:
	<15 kg :20 – 30mg/kg;
	≥ 15 kg -500 mg
	• Metronidazol 30 mg/kg VO Dose Única
	• Azitromicina 30mg/kg VO Dose Única

*Em caso de alergia à Penicilina, use Eritromicina 500mg, 4 vezes por dia durante 4 semanas

Quimioprofilaxia do HIV

A quimioprofilaxia deve ser recomendada de acordo com o algoritmo abaixo, sendo os medicamentos utilizados nas doses indicadas durante 1 mês.

QUADRO 61: PREVENÇÃO DO HIV EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Prevenção do HIV	Dosagem Adultos	Dosagem Criança
AZT+3TC +LPV/r	300 mg+150 mg 1 cp 12/12h +200/50 2cp 12/12 horas	AZT+3TC+LPV/r. Vide Quadros 4 e 7 no capítulo 4 (Fármacos ARVs disponíveis em Moçambique) ou consultar Roda de dosagem de ARVs pediátricos.
OU		
D4T+3TC +LPV/r	30 mg +150 mg de 1 cp 12/12h +200/50 2cp 12/12 horas	

Contracepção de Emergência

A contracepção de emergência só deve ser realizada em mulheres após a menarca (aquelas que já tiveram a primeira menstruação).

1. Microgynon 4 comp 12/12h, 1 só dia
OU
2. Lo-feminal 4 comp 12/12h, 1 só dia

Profilaxia da HEPATITE B

Deve ser aplicada a primeira dose da vacina de Hepatite B. Se houver disponibilidade de Imunoglobulina, esta também deve ser aplicada (HBIG 0,06-0,08 mg/Kg, IM)

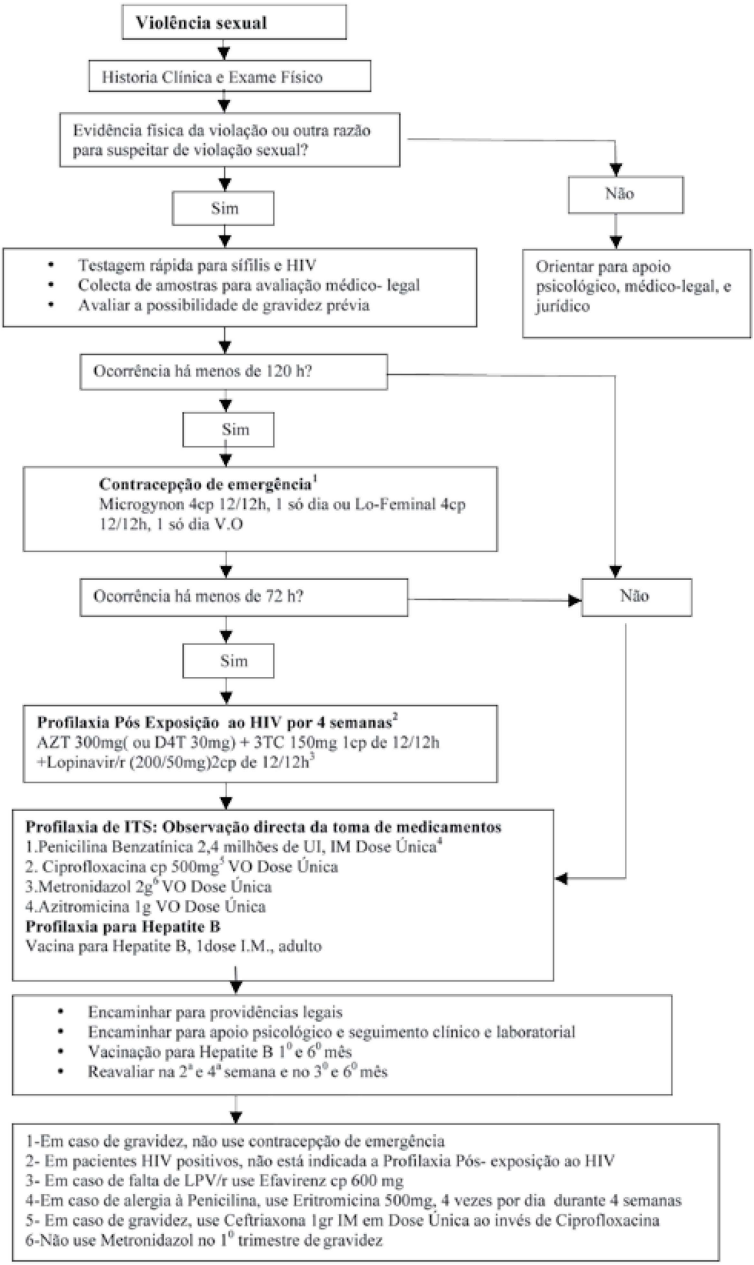
1. Vacina hepatite B (Engerix) 1 dose IM adulta. Na criança até a idade de 11 anos, aplicar metade da dose.

IMPORTANTE

- Encaminhar para providências legais
- Encaminhar para o apoio psicológico
- Retornar para reavaliação após 1 semana para verificar toma e tolerância aos medicamentos e controlo aos 1 e 3 meses par a o teste de HIV. Considerar outros controlos dependendo do estado físico e emocional

Após o atendimento imediato da vítima, deve-se proceder aos encaminhamentos legais decorrentes do crime, conforme previsto no código penal. Lembrar que o trauma emocional do abuso sexual resulta da violência em si e também do medo de gravidez ou de ter adquirido uma ITS, inclusive o HIV. A reacção imediata é de medo persistente, perda de auto-estima e dificuldade de relacionamento. Os efeitos psicológicos crónicos do abuso sexual enquadram-se no distúrbio de stress pós-traumático. Após três meses da agressão a paciente deverá retornar para novo exame ginecológico completo e realização dos testes de HIV e sífilis. No retorno, deve-se tratar a ITS diagnosticada, se for o caso, de acordo com o algoritmo específico.

ALGORITMO 22:.ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA SEXUAL



2. Prevenção e Profilaxia Pós Exposição Ocupacional ao HIV

A profilaxia pós exposição (PPE) ao HIV é um tratamento de curta duração com medicamentos antiretrovirais (ARVs) com o objectivo de reduzir o risco de infecção pelo HIV após uma exposição ocupacional. A PPE deve ser parte de um Programa mais abrangente de segurança no ambiente de trabalho (saúde ocupacional).

As notas deste capítulo foram retiradas do Guião Nacional para a Prevenção e Profilaxia Pós Exposição Ocupacional ao HIV, disponível em todas as Unidades Sanitárias do SNS. Para informações complementares, este Guião deve ser consultado.

Critérios para considerar uma exposição ocupacional em trabalhadores de saúde

- Trabalhadores de Saúde (TS): inclui todo o pessoal clínico, administrativo, limpeza, meio ambiente, manutenção, estudantes e voluntários, com actividades que envolvem contacto directo ou indirecto com doentes, ou com sangue, tecidos ou outros fluidos corporais dos utentes de uma Unidade Sanitária
- Exposição ocupacional ao HIV: são as lesões percutâneas (por exemplo, picada de agulha, corte com objectos pérfuro-cortantes, etc.) ou o contacto de membranas mucosas ou pele não intacta (como feridas, queimaduras, eczemas, dermatites, etc.) com o sangue, tecidos ou outros fluidos corporais potencialmente infectados.

Relevância da PPE

- Em países com uma prevalência elevada de HIV/SIDA, como é o caso de Moçambique e outros países da África sub-sahariana, os doentes seropositivos ocupam mais da metade das camas nos hospitais.
- O risco médio de transmissão ocupacional depois de uma exposição a uma fonte infectada é de aproximadamente:
  - HIV: 0,3%
  - HCV: 1,8%
  - HBV: 23 a 37%
- O risco de contrair uma infecção pelo HBV entre TS é 10 vezes maior que na população geral. O HBV pode sobreviver em sangue seco, a temperatura ambiente, em superfícies, por pelo menos 7 dias. Por essa razão, propõe-se de forma complementar ao PPE para o HIV, implementar a vacinação preventiva contra Hepatite B como precaução básica aos TS devido ao seu alto risco ocupacional.

Elementos da PPE para o HIV em Moçambique

1. Prevenção das Exposições Ocupacionais:

É o elemento mais importante de um programa de segurança no ambiente de trabalho.

2. Manejo da Exposição

Uma vez ocorrida uma exposição ocupacional, esta deve ser manejada imediatamente, incluindo os seguintes passos:

2.1 Tratamento imediato da ferida

o TS deve ser orientado a tratar a ferida da seguinte forma:

Se for uma exposição percutânea	Limpar a ferida imediatamente após o acidente com água e sabão
Se for uma projecção mucosa	Realizar lavagem prolongada da mucosa envolvida com soro fisiológico ou água

IMPORTANTE

- Não há evidência de benefícios da aplicação de anti-sépticos ou desinfectantes na ferida, tão pouco o facto de espremer o sítio da picada ou ferida;
- Deve-se evitar o uso de soluções contendo hipoclorito de sódio ou outros agentes cáusticos na pele ou membranas mucosas.

2.2 Avaliação do risco de infecção para a tomada de decisão sobre a necessidade ou não de PPE:

Idealmente a decisão de início de PPE deverá ser feita com base na avaliação da ferida, no resultado do teste de HIV e na história clínica do doente-fonte e do TS que sofreu a exposição.

A testagem rápida para o HIV deverá seguir o Protocolo Nacional do Ministério da Saúde de Moçambique, consistindo em:

- Teste de rastreio: Determine
- Teste confirmatório: Unigold

IMPORTANTE

- Se o TS for HIV positivo ou recusa-se a ser testado, não se deve iniciar a PPE; deve-se somente tratar a ferida e registar o acidente;
- Se o teste para o HIV não estiver disponível, inicia-se a PPE, conforme indicação abaixo, e refere-se o TS para a US de referência para posterior avaliação. Neste caso, sempre que possível, o TS deve levar consigo uma amostra de sangue e um relatório clínico o mais completo possível sobre o doente-fonte.

O quadro abaixo resume as possíveis situações e as respectivas recomendações:

QUADRO 62: RECOMENDAÇÕES PARA A PPE

Tipo e Severidade da exposição: definido através da avaliação da ferida	**Condição do doente-fonte:** definido através da história clínica, sintomas e/ou testagem	**Recomendações**
Exposição Massiva: picada profunda, dispositivo intravascular, agulha perfurada de grande calibre, produto de laboratório concentrado	Seropositivo com ou sem SIDA, ou *status* serológico desconhecido	Iniciar PPE com regime triplo
Exposição Intermediária: corte com bisturi através das luvas, picada superficial com agulha em bisel	Seropositivo com SIDA	Iniciar PPE regime triplo
	Seropositivo sem SIDA, ou status serológico desconhecido	Iniciar PPE com regime duplo
Exposição Mínima: simples erosão epidérmica com agulha de sutura ou de pequeno calibre	Seropositivo com ou sem SIDA, ou *status* serológico desconhecido	Não se recomenda o início da PPE

2.3 Registo e Notificação do Acidente

Assim que possível, recomenda-se que o acidente seja registado e notificado à instância pertinente.

A ficha de registo deve conter pelo menos as seguintes informações sobre a exposição:

- Identificação do TS
- Data e hora da avaliação da ferida
- Detalhes do acidente: o que, onde, como, com que instrumento
- Detalhes da exposição: tipo e severidade da exposição
- Informações sobre o doente-fonte e a pessoa exposta: estado serológico e/ou clínico
- Detalhes do manejo da exposição

O modelo da ficha de notificação encontra-se no Anexo 23 deste Guião.

2.4 Redução do Risco de Futuros Acidentes

Recomenda-se que a pessoal responsável pela PPE na US analise as circunstâncias (falta de EPI, falta de conhecimento do TS, falta de materiais de PCI) em que a exposição ocorreu, com o objectivo de identificar formas de prevenir acidentes similares no futuro

2.5 Tratamento Profiláctico

Deve ser indicado a PPE como resultado de uma avaliação do risco da exposição e de acordo com os seguintes passos

2.5.1 Início da profilaxia

Após indicada a PPE, seja ela com um regime duplo ou triplo, esta deve ser iniciada o mais rápido possível após o acidente, preferivelmente dentro das primeiras 4 horas, mas podendo ser iniciado até 72 horas após o ocorrido.

- **Regime duplo**: indicada principalmente nos casos onde a exposição é intermediária. É um esquema bem tolerado e com pouca toxicidade. Deverá ser utilizado durante 4 semanas.

AZT 300mg + 3TC 150mg: comprimido de dose fixa combinada (AZT + 3TC): 1cp 12/12h

- **Regime triplo:** recomendado para os casos onde o risco de transmissão do HIV é elevado. Deverá ser utilizado por 4 semanas.

AZT + 3TC (dose fixa combinada): 1cp 12/12h + Lopinavir/r (200mg/50mg): 2cp 12/12h

Quando o Lopinavir/r não estiver disponível, utilizar o Efavirenz.

Recomendações importantes para o início do tratamento profiláctico:

- Orientar o TS sobre o risco de adquirir o HIV numa exposição ocupacional, de acordo com o tipo e severidade da exposição;
- Verificar contra-indicações aos ARVs e possíveis interacções medicamentosas;
- Manejar os casos de interacções medicamentosas;
- Investigar outras necessidades associadas a esta situação, como a contracepção e o uso de preservativos durante pelo menos 6 meses;
- Suspender o aleitamento materno durante o PPE;
- Explicar detalhadamente o modo de uso (dose, horários e requerimentos especiais conforme o regime a ser utilizado na PPE);
- Explicar os possíveis efeitos secundários e como manejá-los;
- Explicar a importância da adesão ao PPE e o risco de desenvolver resistência aos ARVs em caso contrário;

- Explicar como será o seguimento da PPE;
- Confirmar que o TS entende a informação e está disposto a iniciar a PPE;
- Informar onde o TS deve ir em caso de dúvidas ou complicações;
- Completar a ficha de registo para o PPE (disponível no Anexo 24 desde Guião).

2.5.2 Seguimento

Os TS que iniciam a PPE deverão ser acompanhados da seguinte forma:

- Depois da serologia inicial para o HIV, repetir a serologia para o HIV na 6ª semana e no 3º e 6º mês;
- Hemograma completo e transaminases no Dia 0, 2ª e 4ª semana de tratamento;
- Serologia inicial das hepatites (Hepatite B e Hepatite C) e conforme o risco do acidente, ao 1º, 3º, 6º e 9º mês;
- Aconselhamento adicional, de acordo com a necessidade;
- Os TS que não receberam a PPE segundo as recomendações do quadro acima, ou por opção pessoal, deverão ser acompanhados da seguinte forma:
    - Após a serologia inicial para o HIV, repetir na 6ª semana e no 3º e 6º mês;
    - Transaminases e serologia inicial das hepatites e conforme o risco, ao 1º, 3º, 6º e 9º mês;
    - Aconselhamento adicional, de acordo com a necessidade.

Referências Bibliográficas

Bibliografia Parte 1

Unidade nutrição

- MISAU, Repartição de Nutrição, Guião de Orientação Nutricional para Pessoas vivendo com o HIV/SIDA: dirigido aos gestores de programas, Maputo, 2003
- Outras Fontes de informação z Pronut-hiv@healthnet.org z www.unicef.org
- www.who.int
- www.aed.org
- www.basics.org
- www.linkagesproject.org
- www.fantaproject.org

Unidade PTV

- OMS de Junho de 2012 "WHO Technical update on treatment optimization - Use of efavirenz during pregnancy: a publichealth perspective",

Unidade seguimento clínico e laboratorial

- Tablas para la estimación del filtrado glomerular a partir de la creatinina plasmática. C. Canal, R. Pellicer, C. I. Rocha, F. Calero, S. Gracia, R. Montañés, J. Ballarín y J. Bover. Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Universidad Autónoma de Barcelona FP/UAB. Barcelona. Nefrología 2008; 28 (3) 317-324
- http://www.senefro.org
- Evaluación y tratamiento de la nefropatía en el paciente con infección por VIH-1. Una revision práctica. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28(3):185–198

Bibliografia Parte 2

- Normas de de Tratamento da Malária em Moçambique. MISAU 2011
- Guião de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente e Grávidas.MISAU 2009
- Manual de Tratamento da Criança com Infecção pelo HIV/SIDA em Moçambique. MISAU. 2a ediçaõ; 2011
- Manual Clínico de Tuberculose e TB/HIV para Clínicos. Ana Paula Perdigão, Moçambique 2012
- Manual de TB infantil. Moçambique 2013. MISAU
- Guia para Tratamento e Controle de ITS. MISAU 2006

Bibliografia Parte 3

- Rastreio de Criptococose. Manual de Referência para Provedores de Saúde. MISAU 2013

Bibliografia Parte 4

- Guia para a Prevenção e Profilaxia Pós-exposição Ocupacional ao HIV. MISAU, Abril 2011

ANEXOS

ANEXO 1: Pacote Pré-TARV (Adultos)

Ministério da Saúde
Pacote Pré TARV (adulto)

Aconselhamento para cuidados relativos ao HIV	• **Faça o acolhimento e aconselhe para testagem da família** • **Aborde os benefícios dos cuidados e tratamento, prevenção positiva (incluindo o uso do preservativo) e revelação do HIV. Refira para grupos de apoio.**
• **História clínica,** • **Exame físico, Estadiamento Clínico,** • **TIO,** • **Rastreio de ITS,** • **Rastreio de TB,** • **Profilaxia com Isoniazida,** • **Profilaxia com Cotrimoxazol (CTZ),** • **Avaliação nutricional**	• **Colher a história clínica e exame físico completo; avalie antecedentes de TARV e alergias.** • **Estadiar na 1ª consulta e em TODAS consultas seguintes.** • **Faça o TIO, manejo sindrómico de ITS (inclui o rastreio e tratamento de parceiros); rastreio de sinais e sintomas de TB, em cada consulta; avalie a elegibilidade para TPI.** • **Faça profilaxia com CTZ :** ✓ **A TODAS mulheres grávidas HIV+ independentemente da idade gestacional.** ✓ **A TODOS HIV+ com CD4 <= 350 cel/mm3; estádio III/IV , TB/HIV** ✓ **Se CD4 nao disponível, faca CTZ a TODOS HIV+ estádio II/III/IV.** • **Avalie o estado nutricional. Aconselhe para boas práticas de nutrição. Referir para apoio nutricional se IMC <18,5 kg/m2**
Analises Clínicas: **CD4, Hemograma, Bioquímica**	• **Faça o CD4 inicial e se CD4 <= 350 cel/mm3 INICIAR TARV. Se CD4 > 350 cel/mm3 faça o controle de 6 em 6 meses;** • **Peça a hemoglobina, transaminases e outros exames de acordo com as normas nacionais.** • **Refira para cuidados clínicos ou início do TARV.**
Apoio psicossocial e PP, adesão ao tratamento	• **Ofereça apoio psicológico ao paciente e família, faça o rastreio da depressão e problemas mentais, prepare e aconselhe para adesão ao tratamento.**
Cuidados e referência da Mulher	• **Referir a mulher HIV+ não grávida para o planeamento familiar e rastreio do CACUM.** • **Se grávida, referir para a CPN e consulta pôs parto (paragem única).**

ANEXO 2: Pacote Pré-TARV para Crianças e Adolescentes Infectados por HIV

Anexo 2: Pacote Pré-TARV para Crianças e Adolescentes infectados por HIV	
A inscrição e primeira consulta deve ser feita no dia de diagnostico de HIV. Frequência das consultas (mínima): de 3/3 meses	
Aconselhamento, apoio psicossocial e prevenção positiva	→ Testagem familiar: verificar a cada consulta se todos os membros da família foram testados → Prevenção positiva (incluindo planeamento familiar e a promoção do uso de preservativo entre os adolescentes). Adesão aos cuidados. Referência para os grupos de apoio na US.. → Revelação do diagnóstico: planificar com o cuidador o processo de revelação parcial/total → Aconselhamento focado na criança, adolescente e sua família
História clínica	Historia clínica completa. Lembre de avaliar história de PTV (mãe e criança)
Exame físico	Fazer exame físico completo, avaliação de Peso, Estatura, Peso / Estatura (DP) ou IMC para idade e desenvolvimento psicomotor em **TODAS** as consultas
Estadiamento da OMS	Estadiar na 1ª consulta e em **TODAS** as consultas seguintes
Exames laboratoriais	**Pedir na Iª consulta e cada 6 meses** - CD4, Bioquímica, Hemograma
Rastreio da Tuberculose (TB)	Lembre de avaliar em **cada** consulta: -Historia de contacto com TB -Presença de Tosse, Febre, Perda de Peso/falência de crescimento, Fadiga/falta vontade de brincar, aumento não-doloroso de gânglios no pescoço.
Profilaxia com Isoniazida (TPI)	Depois de ter excluído TB activa, iniciar TPI durante 6 meses para: Crianças < 1 ano com contacto TB Crianças ≥1 ano: todas
Profilaxia com Cotrimoxazol (CTX)	<5 anos: todas crianças ≥5 anos: CD4< 350 e/ou OMS II, III, IV
Nutrição	Avaliação, Aconselhamento e Tratamento ou Suplementação Nutricional
Referência US a comunidade	Busca consentida Participação em grupos de apoio na comunidade

Todas as criancas com idade <5 anos devem iniciar TARV

ANEXO 3: Ficha de Seguimento de HIV para Adultos

FICHA DE SEGUIMENTO DE HIV PARA ADULTOS

Nome: _____ Idade:_____ Sexo:____

Transferido de outra Unidade Sanitária? Sim ☐ Não ☐ Data de Nascimento: ___/___/___

Preenche o nº do Livro, Página, e Linha onde o doente foi registado no Livro de Registo Pre-TARV depois da inscrição, e no Livro de Registo TARV depois do início TARV

NID: _____

Nº do Livro Pre-TARV: _____ Pag:_____ Linha:_____

Nº do Livro TARV: _____ Pag:_____ Linha:_____

	Datas das Consultas (d-m-a)									
	Altura: _____(M) **Peso** (kg)									
	Índice de Massa Corporal (IMC): (kg/m²)									
	Apoio Nutricional (ANUT)									
	Temperatura (°C)									
	Tensão Arterial (TA)									
	Gravidez - DUM:___/___/___; DPP:___/___/___ **PTV ou TARV?**									
LABORATÓRIO	**Data de Processamento do CD4** (d-m-a)									
	CD4 (/mm) / **CD4** (%)									
	Carga Viral (CV)									
	G. Brancos (GB)									
	Neutrófilos (N) (/mm3 e %)									
	Linfócitos (L) (/mm3 e %)									
	Hemoglobina (HgB) (g/dL)									
	Provas hepáticas - ALT / AST (U/L)									
	Glicémia (GL) (g/dL)									
	Ureia (UR) (mg/dL) / **Creatinina** (CR) (mmol/L)									
	Outros (Amilase, Teste de gravidez, Urina II, Plaquetas, etc.)									
	ESTADIO DA OMS (I, II, III, IV)									
	Outros Diagnósticos									
Infecções Oportunistas	**Rastreio de ITS** (Tem sintomas sugestivas para ITS)?	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N
	Rastreio de TB (Tem sintomas sugestivas para TB)?	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N
	Resultado da Investigação para TB de BK e/ou RX? (POS/NEG)	☐ POS☐ NEG	☐ POS☐ NEG	☐ POS☐ NEG	☐ POS☐ NEG	☐ POS☐ NEG	☐ POS☐ NEG	☐ POS☐ NEG	☐ POS☐ NEG	☐ POS☐ NEG
	Tratamento de TB (veja Cartão de TB) Data de Início _____ Data de Fim: _____	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N
	Profilaxia com Cotrimoxazol - TPC Data de Início _____ Data de Fim: _____	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N
	Profilaxia com INH - TPI Data de Início _____ Data de Fim: _____	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N
	Aconselhado para Adesão aos Cuidados	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N
TARV	**Para Cada Esquema ARV:** Início (I) / Continuação (C) / Continuação com Intolerância (CI) / Reinicio (R); **Interrompeu por:** Efeitos Sec. (ES) / Não Aderente (NA) / Iniciativa do Doente (PAC) / Outras (discriminar); **Mudança de Regime:** Tuberculose (TB) / Gravidez (GR) / Falência Terapêutica (FT); Anemia (A); Outros (discriminar) **Data de Elegibilidade para iniciar o TARV:** _____ ; **Data de Início de TARV:**_____ ; **Data de Reinicio de TARV:**_____									
	Medicamentos ARVs:									
	Efeitos Secundários do Tratamento (Ver códigos abaixo)									
	Aderente ao TARV:	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N	☐S ☐N
	DATA DE PRÓXIMA CONSULTA:									
	DATA DE PRÓXIMO CONTROLO DE CD4									
	REFERIDO PARA outro sector clínico: (TB, PTV, Apoio Psicosocial - AP, Planeamento familiar - PF, Internamento - I, etc.)									
	REFERIDO PARA serviços comunitários: (Cuidados Domiciliários (CD), Grupos de Apoio (GA), etc)									
	Saídas - Suspenso ao TARV (S); Transferido para (T); Abandono (A); Óbito (O)									

PREENCHIMENTO DA FICHA:
Negativo: escrever "NEG" no quadrado; **Positivo:** escrever "POS" no quadro; **Não Aplicável:** escrever "N/A" no quadro; **Pedido:** escrever "PED" no quadro

Efeitos Secundários: **Anemia - A; Neutropenia - N; Pancreatite - P / Hepatotoxicidade - H; Alterações psicológicas - AP; Neuropatia periférica - NP; Miopatia - M; Alergias cutâneas - AC (discriminar); Lipodistrofia - L; Acidose Láctica - AcL; Diarreia - D; Outros (discriminar) TGD, GLIC, CREAT, etc.**

ANEXO 3: Reverso

NORMAS DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE SEGUIMENTO DE HIV PARA ADULTOS

	NID	Transfira o NID constando no Processo Clínico do paciente
	Nº do Livro Pre-TARV: _____ **Pag:**_____ **Linha:**_____	Escreva o nº do Livro, Página, e Linha onde o paciente foi registado no Livro de Registo Pre-TARV depois da inscrição
	Nº do Livro TARV: _____ **Pag:**_____ **Linha:**_____	Escreva o nº do Livro, Página, e Linha onde o paciente foi registado no Livro de Registo TARV depois de iniciar TARV
	Nome:	Escreva o nome e o apelido do paciente
	Sexo	Escreva sexo do paciente (Feminino ou Masculino)
	Transferido de outra US:	Indica se o paciente veio referido de outra US
	Data de Nascimento:	Escreva o dia, mês e ano de nascimento do paciente
	Datas das Consultas (d-m-a)	Escreva o dia, mês e ano da consulta
	Altura: _____(M) **Peso** (kg)	Escreva a altura do paciente em metros na coluna esquerda na 1ª consulta, e o peso em kilogramas no dia da consulta
	Índice de Massa Corporal (IMC): (kg/m^2)	Calcule e escreva o índice de massa corporal dividindo o peso em kilogramas pela altura ao quadrado no dia consulta
	Apoio Nutricional (Césta Básica, CSB, etc.)	Escreva se o paciente recebe apoio nutricional no dia da consulta
	Temperatura (°C)	Escreva a temperatura em graus celsius do paciente no dia da consulta
	Tensão Arterial (TA)	Escreva a tensão arterial do paciente no dia da consulta
	Gravidez - DUM:___/___/___; DPP:___/___/___ **PTV ou TARV?**	Escreva a data da última menstruação e a data prevista de parto na coluna esquerda, e escreva no dia da consulta se estiver a fazer PTV ou TARV
LABORATÓRIO	**Data de Processamento do CD4** (d-m-a)	Escreva o dia, o mês e o ano da colheita de CD4
	CD4 (/mm) / **CD4** (%)	Escreva o nº absoluto de CD4 e % de CD4
	Carga Viral (CV) (Copias/ml)	Registe o resultado para cada exame feito
	G. Brancos (GB)	
	Neutrófilos (N) (/mm3 e %)	
	Linfócitos (L) (/mm3 e %)	
	Hemoglobina (HgB) (g/dL)	
	Provas hepáticas - ALT / AST (U/L)	
	Ureia (UR) (mg/dL) / **Creatinina** (CR) (mmol/L)	
	Outros (Amilase, Glicemia, Urina II, Plaquetas, etc.)	
	ESTÁDIO DA OMS (I, II, III, IV)	Registar o Estádio da OMS (I, II, III, IV) no dia da consulta.
	Outros Diagnósticos	Escreva se o paciente tiver outros diagnósticos.
Infecções Oportunistas	**Rastreio de ITS** (Tem sintomas/sinais sugestivas de ITS?)	Escreva se o paciente tem sintomas ou sinais sugestivas de ITS (seleccione S para sim ou N para não no dia da consulta). Sintomas sugestivas de ITS incluem: Corrimento vaginal / uretral; comichão ou irritação nos órgãos genitais, dor de baixo ventre, disuria, feridas, úlceras ou verrugas nos órgãos genitais; inchaço ou tumefação escotral / na virilha; contacto sexual com pessoas com ITS.
	Rastreio de TB (Tem sintomas/sinais sugestivas de TB?)	Escreva se o paciente tem sintomas ou sinais sugestivas de TB (seleccione S para sim ou N para não no dia de consulta). Sintomas sugestivas de TB incluem: FESTAC (Febre, Emagrecimento recente, Febre há 3 semanas, Sudorese nocturna há 3 semanas, Tosse com/sem sangue há 3 semanas, Anorexia, astenia, Contacto recente com Tuberculose.
	Resultado do BK (NEG/POS)	Escreva resultado de BK no dia da consulta (seleccione NEG para negativo ou POS para positivo)
	Tratamento de TB (veja Cartão de TB) Data de Inicio:_____ Data de Fim:_____	Escreva o dia, mês, e ano da data de inicio do tratamento e a data de fim do tratamento de TB na coluna esquerda, e seleccione S para sim ou N para não no dia da consulta
	Profilaxia com Cotrimoxazol - TPC Data de Inicio:_____ Data de Fim:_____	Escreva o dia, mês, e ano da data de inicio da profilaxia com contrimoxazol e a data de fim da profilaxia na coluna esquerda, e seleccione S para sim ou N para não no dia da consulta
	Profilaxia com INH - TPI Data de Inicio:_____ Data de Fim:_____	Escreva o dia, mês, e ano da data de inicio da profilaxia com isoniazida e a data de fim da profilaxia na coluna esquerda, e seleccione S para sim ou N para não no dia da consulta
	Recebeu educação para Adesão aos Cuidados:	Escreva se o paciente recebeu Educaçao para Adesão aos Cuidados no dia da consulta (seleccione S para sim ou N para não)
TARV	**Para Cada Esquema ARV** Inicio (I) / Continuação (C) / Continuação com Intolerância (CI) / Reinicio TARV (R):	No dia da consulta, para cada linha de ARVs indica "I" se iniciou o TARV, "C" se continua o TARV, "CI" se continua com intolerância, ou "R" se reiniciou o TARV.
	Interrompeu por: Efeitos Sec. (ES) / Não Aderente (NA) / Iniciativa do Doente (PAC) / Outras (discriminar);	Se o paciente interrompeu o TARV, indica as razões: "ES" por causa de efeitos secondários, "NA" por uma falta de adesão, "PAC" se for pela iniciativa do paciente. Para outras razões descrimina a causa.
	Mudança de Regime: Tuberculose (TB) / Gravidez (GR) / Falência Terapêutica (FT); Anemia (A); Outros (discriminar)	Se o regime do TARV mudou, indica as razões: "TB" se iniciou o tratamento de tuberculose, "FT" por causa de falência terapêutica, ou "A" se tiver anemia. Para outras razões descrimina a causa.
	Data de Elegibilidade para iniciar o TARV:	Escreva o dia, mês e ano que o clínico decidiu que o paciente é elegível para iniciar o TARV
	Data de Inicio de TARV:	Escreva o dia, mês e ano da data de inicio de TARV
	Data de Reinicio de TARV:	Se o paciente parou o TARV devido ao suspenso ou abandono de tratamento mas vai reiniciar, escreva o dia, mês e ano da data da reinicio de TARV
	Médicamentos ARVs:	Escreva esquema TARV que o paciente recebe com siglas dos medicamentos. Por exemplo: d4T+3TC+NVP, AZT+3TC+ABC, etc.
	Efeitos Secundários de TARV /GRAU	Escreva se doente tem efeitos secundarios de TARV e GRAU de toxicidade seguindo os codicos: Anemia - A; Neutropenia - N; Pancreatite - P / Hepatotoxicidade - H; Alterações psicológicas - AP; Neuropatia periférica - NP; Miopatia - M; Alergias cutâneas - AC (discriminar); Lipodistrofia - L; Acidose Láctica - AcL; Diarreia - D; Outros: (discriminar) TGD, GLIC, CREAT, etc.
	Aderente ao TARV:	Usa metodos de monitoria de adesão: Auto - relato (converça com uterite), escala visual analógica, teste e contagem de comprimidos, controlo das agendas de recepção e farmácia (seleccione S para sim ou N para não). O paciente não é aderente se faltou mais de 3 dias na cosulta / farmácia ou não tomou mais de 3 doses de ARVs durante um mês (negligência, falta de conhecimento ou informaçao, vias de acesso, etc).
	DATA DE PRÓXIMA CONSULTA:	Escreva o dia, mês e ano da próxima consulta
	DATA DE PRÓXIMO CONTROLO DE CD4	Escreva o dia, mês e ano do próximo controle de CD4
	REFERIDO PARA outro sector clínico: (TB, Apoio Psicosocial, CCR - SMI, PAV, etc.)	Escreva o nome do sector caso o paciente tenha sido referido para outro sector clínico
	REFERIDO PARA serviços comunitários: (Cuidados Domiciliários-CD, Grupos de Apoio-GA, etc.)	Escreva o nome do serviço comunitário caso o paciente tenha sido referido para um serviço comunitário
	Saídas - Suspenso ao TARV (S); Transferido para (T); Abandono (A); Óbito (O)	Qualquer mudança no estado de permanência ao TARV deve ser registado na Ficha de Seguimento. Se o médico suspendou o tratamento, escreva um "S" para "Suspenso TARV." Se o paciente foi transferido para outra US, escreva um "T." Se o paciente abandonou o TARV, escreva um "A." E se o paciente faleceu, escreva um "O."

ANEXO 4: Ficha de seguimento de HIV para crianças

Anexo 4.

FICHA DE SEGUIMENTO DE HIV PARA CRIANÇAS

Nome: _____ Sexo: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Transferida de outra US? ☐ Sim ☐ Não

Preenche o nº do Livro, Página, e Linha onde o paciente foi registado no Livro de Registo Pre-TARV depois da inscrição, e no Livro de Registo TARV depois do início TARV

NID: _____

Nº do Livro Pre-TARV: _____ Pag: _____ Linha: _____

Nº do Livro TARV: _____ Pag: _____ Linha: _____

PCR-DNA: NEG / POS / IND - 1º Resultado - _____ (Data: ___ / ___ / ___); 2º Resultado - _____ (Data: ___ / ___ / ___); Resultado de Teste Rápido de HIV - NEG / POS / IND: _____ (Data: ___ / ___ / ___)

	Datas das Consultas (d-m-a)									
	Idade anos / meses									
	Peso (kg)									
	Estatura (cm)									
	Peso / Estatura (DP) ou IMC (kg/m2) para Idade									
	Suplementação / Tratamento Nutricional (ATPU/CSB)	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Desenvolvimento Psico-Motor Adequado para a Idade?	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
LABORATÓRIO	Data de Processamento do CD4 (d-m-a)									
	CD4 (/mm) / CD4 (%)									
	Carga Viral (CV)(cópias/ml)									
	G. Brancos (GB)									
	Neutrófilos (N) (/mm3 e %)									
	Linfócitos (L) (/mm3 e %)									
	Hemoglobina (HgB) (g/dL)									
	Provas hepáticas - ALT / AST (U/L)									
	Ureia (UR) (mg/dL) / Creatinina (CR) (mmol/L)									
	Outros (Proteína,Albumina, Urina II, Amilase, Plaquetas,etc)									
	ESTÁDIO DA OMS (I, II, III, IV)									
	Outros Diagnósticos									
Infecções Oportunistas	Rastreio de TB (Tem sintomas sugestivas de TB?)	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Resultado do BK (POS/NEG)	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG	☐ POS ☐ NEG
	Tratamento de TB (veja Cartão de TB) Data de Início _____; Data de Fim _____	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Profilaxia com Cotrimoxazol - TPC Data de Início _____; Data de Fim _____	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Profilaxia com INH - TPI Data de Início _____; Data de Fim _____	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	Recebeu Educação para Adesão aos Cuidados:	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
TARV	Para Cada Esquema ARV: Início (I) / Continuação (C) / Continuação com Intolerância (CI) / Reinicio de TARV (R); Interrompeu por: Efeitos Sec. (ES) / Não Aderente (NA) / Iniciativa do Doente (PAC) / Outras (discriminar); Mudança de Regime: Tuberculose (TB) / Falência Terapêutica (FT); Anemia (A); Outros (discriminar) Data de Elegibilidade para iniciar o TARV: _____; Data de Inicio de TARV: _____; Data de Reinicio de TARV: _____									
	Medicamentos ARVs:									
	Efeitos Secundários de TARV/GRAU (Ver códigos abaixo)									
	Aderente ao TARV	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
	DATA DE PRÓXIMA CONSULTA:									
	DATA DE PRÓXIMO CONTROLO DE CD4									
	REFERIDO PARA outro sector clínico: (TB; Apoio Psicosocial, SMI, PAV, SAAJ, etc.)									
	REFERIDO PARA serviços comunitários: (Cuidados Domiciliários-CD, Grupos de Apoio-GA, etc.)									
Saídas - Suspenso TARV (S); Transferido para (T); Abandono (A); Óbito (O)										

PREENCHIMENTO DA FICHA:
Negativo: escrever "NEG" no quadrado; Positivo: escrever "POS" no quadro; Não Aplicável: escrever "N/A" no quadro; Pedido: escrever "PED" no quadro

227

Efeitos Secundários: RC - Reacções cutâneas (discriminar); P - Pancreatite; H - Hepatotoxicidade; Psic - Alterações psic.; NP - Neuropatia periférica; M - Miopatia; A - Anemia; N - Neutropenia; L - Lipodistrofia; AcL - Acidose Láctica; D - Diarreia

ANEXO 4: Reverso

NORMAS DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE SEGUIMENTO DE HIV PARA CRIANÇAS		
	NID	Transfira o NID constando no Processo Clínico do paciente
	Nº do Livro Pre-TARV: ____ Pag:____ Linha:____	Escreva o nº do Livro, Página, e Linha onde o paciente foi registado no Livro de Registo Pre-TARV depois da inscrição
	Nº do Livro TARV: ____ Pag:____ Linha:____	Escreva o nº do Livro, Página, e Linha onde o paciente foi registado no Livro de Registo TARV depois de iniciar TARV
	Nome:	Escreva o nome e o apelido do paciente
	Sexo:	Escreva sexo do paciente (Feminino ou Masculino)
	Data de Nascimento:	Escreva o dia, mês e ano de nascimento da criança
	Transferido de outra US:	Indique se o paciente for transferido de outra US (Sim ou Não)
	PCR-DNA:	Escreva a data e resultado de PCR DNA (dia, mês e ano de colheita). Selecione NEG para resultado negativo, POS para resultado positivo, e IND para resultado indeterminado
	Resultado de Teste Rápido de HIV:	Escreva a data do resultado de teste rápido para HIV (dia, mês e ano de colheita). Selecione NEG para resultado negativo, POS para resultado positivo, e IND para resultado indeterminado)
	Datas das Consultas (d-m-a)	Escreva o dia, mês e ano de cada consulta
	Idade anos / mêses	Escreva a idade em anos e mêses no dia da consulta
	Peso (kg)	Escreva o peso do paciente em quilogramas no dia da consulta
	Estatura (cm)	Escreva estatura do paciente em centimetros no dia da consulta
	Peso / Estatura (D/P) **ou IMC** (kg/m2) **para a idade**	Indice peso/estatura usando tabela do P/E (desvio padrão) ou tabela de indice de massa corporal para idade (IMC/idade)
	Suplementação / Tratamento Nutricional (ATPU/CSB)	Escreva se o paciente recebe Suplementação / Tratamento Nutricional (selecione S para sim ou N para não)
	Desenvolvimento Psicomotor Adequado?	Escreva se o desenvolvimento Psicomotor é adequado para a idade do paciente no dia da consulta (selecione S para sim ou N para não)
LABORATÓRIO	**Data de Processamento do CD4** (d-m-a)	Escreva o dia, mês e ano de colheita de CD4
	CD4 (/mm) **/ CD4** (%)	Escreva o nº absoluto de CD4 e % de CD4
	Carga Viral (CV) (Copias/ml)	Registe o resultado para cada exame feito
	G. Brancos (GB)	
	Neutrófilos (N) (/mm3 e %)	
	Linfócitos (L) (/mm3 e %)	
	Hemoglobina (HgB) (g/dL)	
	Provas hepáticas - ALT / AST (U/L)	
	Ureia (UR) (mg/dL) **/ Creatinina** (CR) (mmol/L)	
	Outros (Proteina, Albumina, Urina II, Amilase, Plaquetas, etc)	
	ESTÁDIO DA OMS (I, II, III, IV)	Escreva o Estádio da OMS (I, II, III, IV) no dia da consulta
	Outros Diagnósticos	Escreva se o paciente tem outros diagnosticos
Infecções Oportunistas	**Rastreio de TB (Tem sintomas/sinais sugestivas de TB?**	Escreva se o paciente foi rastreado para TB (selecione S para sim ou N para não). Sintomas sugestivas de TB : Tosse há mais de 3 semanas, febre há mais de 14 dias, perda de peso ou falência de crescimento nos últimos 3 meses, cansaço fácil, tumoração não dolorosa no pescoço/axila (linfadenopatias), sibilos, contacto recente com Tuberculose
	Resultado do BK (NEG/POS)	Escreva o resultado de BK no dia da consulta (selecione NEG para não ou POS para sim)
	Tratamento de TB (veja Cartão de TB) Data de Inicio_____ Data de Fim:____	Escreva o dia, mês, e ano da data de início do tratamento e a data de fim do tratamento de TB na coluna esquerda, e selecione S para sim ou N para não ao lado direita no dia da consulta
	Profilaxia com Cotrimoxazol - TPC Data de Inicio_____ Data de Fim:____	Escreva o dia, mês, e ano da data de início da profilaxia com cotrimoxazol e a data de fim da profilaxia na coluna esquerda, e selecione S para sim ou N para não ao lado direita no dia da consulta
	Profilaxia com INH - TPI Data de Inicio_____ Data de Fim:____	Escreva o dia, mês, e ano da data de início da profilaxia com isoniazida e a data de fim da profilaxia na coluna esquerda, e selecione S para sim ou N para não ao lado direito no dia da consulta
	Recebeu educação para Adesão aos Cuidados:	Escreva se o responsável pela criança recebeu Educação para Adesão aos Cuidados no dia da consulta (selecione S para sim ou N para não)
TARV	**Para Cada Esquema ARV** Início (I) / Continuação (C) / Continuação com Intolerância (CI) / Reinicio TARV (R).	No dia da consulta, indique "I" se iniciou o TARV, "C" se continua o TARV, "CI" se continua com intolerância, ou "R" se reiniciou o TARV para cada linha de ARVs
	Interrompeu por: Efeitos Sec. (ES) / Não Aderente (NA) / Iniciativa do paciente (PAC) / Outras (discriminar);	Se o paciente interrompeu o TARV, indica as razões: "ES" por causa de efeitos secundários, "NA" por uma falta de adesão, "PAC" se for pela iniciativa do paciente e/ou responsável. Para outras razões descrimine a causa.
	Mudança de Regime: Tuberculose (TB) / Falência Terapêutica (FT); Anemia (A); Outros (discriminar)	Se o regime do TARV mudou, indica as razões: "TB" se iniciou o tratamento de tuberculose, "FT" por causa de falência terapêutica, ou "A" por causa de anemia. Para outras razões descrimine a causa.
	Data de Elegibilidade para iniciar o TARV:	Escreva o dia, mês e ano que o clínico decidiu que o paciente é elegível para iniciar o TARV
	Data de Inicio de TARV:	Escreva o dia, mês e ano da data de início de TARV
	Data de Reinicio TARV:	Se o paciente parou o TARV devido à suspensão ou abandono de tratamento mas vai reiniciar, escreva o dia, mês e ano da data de reinício de TARV
	Médicamentos ARVs:	Escreva o esquema de TARV que o paciente recebe com siglas dos medicamentos. Por exemplo: d4T+3TC+NVP, AZT+3TC+ABC, etc.
	Efeitos Secundários de TARV /GRAU	Escreva se o paciente tem efeitos secundarios de TARV e GRAU de toxicidade seguindo os códigos: RC - Reações cutâneas (discriminar); P - Pancreatite; H - Hepatotoxicidade; Psic - Alterações psic.; NP - Neuropatia periférica; M - Miopatia; A - Anemia; N - Neutropenia; L - Lipodistrofia; AcL - Acidose Láctica; ou D - Diarreia.
	Aderente ao TARV:	Usa os seguintes metodos de monitoria de adesão: Auto - relato (conversa com utente), escala visual analógica, teste e contagem de comprimidos, controlo das agendas de recepção e farmácia (selecione S para sim ou N para não). O paciente não é aderente se faltou mais de 3 dias na consulta / farmácia ou não tomou mais de 3 doses de ARVs durante um mês (negligência, falta de conhecimento ou informaçao, vias de acesso, etc).
	DATA DE PRÓXIMA CONSULTA:	Escreva o dia, mês e ano da próxima consulta
	DATA DE PRÓXIMO CONTROLO DE CD4	Escreva o dia, mês e ano do próximo controle de CD4
	REFERIDO PARA outro sector clinico: (TB, Apoio Psicossocial, SMI, PAV, SAAJ, etc.)	Escreva o nome do sector caso o paciente tenha sido referido para outro sector clínico
	REFERIDO PARA serviços comunitários: (Cuidados Domiciliários-CD, Grupos de Apoio-GA, etc.)	Escreva o nome de serviço comunitário caso o paciente tenha sido referido para um serviço comunitário
	Saídas - Suspenso TARV (**S**); Transferido para (**T**); Abandono (**A**); Óbito (**O**)	Qualquer mudança no estado de permanência ao TARV deve ser registado na Ficha de Seguimento. Se o médico suspendeu o tratamento, escreva um "S". Se o paciente foi transferido para outra US, escreva um "T." Se o paciente abandonou o TARV, escreva um "A." E se o paciente faleceu, escreva um "O."

ANEXO 5: Aconselhamento e testagem em saúde. Registo diário de actividades

Ministério da Saúde

Aconselhamento e Testagem em Saúde

REGISTO DIÁRIO DAS ACTIVIDADES

Província	
Distrito	
Unidade Sanitaria	
Mes	
Ano	

	Data	Sexo		Grupos Etários										Grávida	Escolaridade				Ocupação	Tipo Aconselhamento		
		Masculino	Feminino	[A] 0 m - 8 m	[A] 9 m - 18 m	[B] 19 m - 4 a	[C] 5-9 a	[D] 10-14 a	[E] 15-19 a	[F] 20-24 a	[G] 25-29 a	[H] 30-49 a	[I] 50+ a		Nenhuma	Primário	Secundário	Universitário		Individual	Casal	Familiar
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
	Total Página																					
	Total Grupo																					

	Razão da Visita		Tipo de Visita		Nº de testes		Resultado do Teste HIV								Rastreio						Referência									HIV Negativo Ref.
	Referido	Voluntário	Primeira	Seguimento	Determine	Unigold	Positivo		Negativo		Indetermi-nado		Não feito		HT	TB	ITS	Diabetes	Epilepsia	Malária	HT	Cons HIV	ITS	TB	Maternidade	CPN	Pediatria	CCR	Outras	
							Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem																
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
Total Página																														
Total Grupo																														

Número da Página

Referencias: HT – Hipertensão; Consulta HIV; ITS-Infecção de Transmissao Sexual ; TB-Tuberculose; SMI – Saude Materno Infantil; Pediatria – Pediatria; CCR – Consulta da Criança de Risco; Outras – outras doencas

Ocupação: A-Camionista; B-Militar; C-Mineiro; D-Trab. Sexo; E-Trab. Saude; F-Trab. Educação; G-Estudante; H-Trab. Informal; I-Doméstica; J=Policia; K=Camponês; L-Recluso M – (HSH) Homens que fazem sexo com homens; N- Usuarios de Droga; O - Outra; P-Não aplicavel

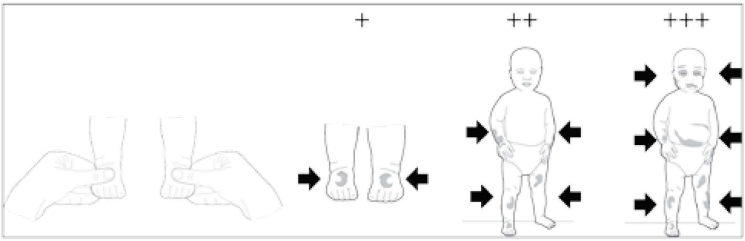
Rastreio: TB-Tuberculose; ITS-Infecção de Transmissao Sexual; HT-Hipertensão

Assinatura do Responsavel

Versão 28 Outubro 2011

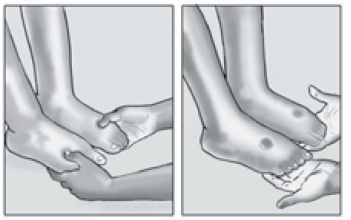
ANEXO 6: Avaliação de Edemas

Crianças



Fonte: Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I

Adultos



Fonte: Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume II

ANEXO 7: Manejo da desnutrição aguda (Crianças dos 0-15 anos)

<table>
<tr><td rowspan="2">Avaliação</td><td colspan="4">ACS ou brigada móvel:
Observar e Referir – Edema e PB</td></tr>
<tr><td colspan="4">Consulta da Criança Sadia, Consulta Criança de Risco ou Consulta de Doenças Crónicas :
Avaliar e Confirmar - PB, P/E, grau de edema bilateral, complicações médicas, teste do apetite</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Critérios de Referência</td><td colspan="2">Desnutrição Aguda GRAVE com complicações médicas</td><td>Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas</td><td>Desnutrição Aguda MODERADA</td></tr>
<tr><td>1</td><td>Edema bilateral(+) ou (++) ou (+++)</td><td rowspan="3">P/E
6-59 meses: < -3 DP
ou
IMC/Idade
5–15 anos: < -3 DP
ou
PB
6-59 meses: < 11,5 cm
5–10 anos: < 13,0 cm
11-15 anos: < 16,0 cm

E
Sem edema
Tem apetite
Alerta
Clinicamente bem</td><td rowspan="3">P/E
6-59 meses: ≥ –3 e < –2 DP
ou
IMC/Idade
5–15 anos: ≥ –3 e < –2 DP
ou
PB
6-59 meses: ≥ 11,5 e < 12,5 cm
5–10 anos: ≥ 13,0 e < 14,5 cm
11-15 anos: ≥ 16,0 e < 18,5 cm

E
Sem edema
Tem apetite
Alerta
Clinicamente bem</td></tr>
<tr><td>2</td><td>P/E
6-59 meses: < -3 DP
ou
IMC/Idade
5–15 anos: < -3 DP
ou
PB
6-59 meses: < 11,5 cm
5–10 anos: < 13,0 cm
11-15 anos: < 16,0 cm

E
Um dos seguintes sinais e sintomas:
Convulsões
Inconsciência
Letargia, não alerta
Hipoglicemia
Hipotermia
Desidratação severa
Infecção respiratória baixa
Febre elevada
Anemia severa
Sinais de deficiência de Vitamina A
Vómito intratável
Anorexia ou sem apetite
Descamação da pele</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Crianças < 6 meses e crianças ≥ 6 meses com peso < 4 kg:
Edema bilateral
ou
Emagrecimento acentuado
ou
Crianças que correm maior risco de DAG devido à ingestão de alimentos inadequada</td></tr>
<tr><td>Plano de Tratamento</td><td colspan="2">Tratamento da Desnutrição no Internamento
Dar leite terapêutico
Seguimento diario</td><td>Tratamento da Desnutrição em Ambulatorio
Dar ATPU
Seguimento cada 7 dias
Dar educação nutricional com demonstração culinária</td><td>Suplementação Alimentar
Dar MAE ou ATPU
Seguimento cada 15 dias
Dar educação nutricional com demonstração culinária</td></tr>
</table>

Critérios de Alta	Crianças > 6 meses: Passar para o Tratamento em Ambulatorío quando a criança: Tem apetite: Consome pelo menos 80% da ração diária de ATPU Não tem edema durante 7 dias Está alerta Está clinicamente bem Para crianças que não passam a TDA, alta com F100 ou ATPU, mas continuar seguimento por 3 meses na CCR quando a criança: Tem P/E ≥ – 1 DP em 2 pesagens sucessivas Não tem edema bilateral durante 7 dias Pode comer a comida da família Crianças <6 meses: Alta com leite terapêutico, mas continuar seguimento por 3 meses na CCR quando a criança: Crianças com aleitamento materno: mínimo de 20 g de ganho de peso/dia com o leite materno durante 5 dias Crianças sem aleitamento materno: aumento de peso em 15% e pode consumir outros alimentos adequados para idade Não tem edema durante 2 semanas Está alerta Está clinicamente bem	Alta com ATPU quando a criança: Tem P/E ou IMC/Idade ≥ – 1 DP em 2 pesagens sucessivas E Tem apetite Pode comer a comida da família Continuar seguimento, se a criança mantiver P/E ou IMC/ idade ≥ – 1 DP por 3 meses	Alta com MAE ou ATPU quando a criança: Tem P/E ou IMC/Idade ≥ – 1 DP em 2 pesagens sucessivas Continuar seguimento, se a criança mantiver P/E ou IMC/ idade ≥ – 1 DP por 3 meses

Fonte: Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I

ANEXO 8: Manejo da Desnutrição Aguda Quando o ATPU Estiver Disponíveis para Adultos

Avaliação	ACS, APE ou brigada móvel: Observar e Referir – Edema, sinais de magreza ou perda rápida de peso, e PB			
	Consulta na Unidade Sanitária: Avaliar e Confirmar – PB, ganho de peso, IMC/Idade, IMC, grau de edema bilateral, complicações médicas, teste do apetite			
Critérios de Referência	Desnutrição Aguda GRAVE com complicações médicas, edema bilateral ou sem apetite	Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas, edema bilateral nem falta de apetite	Desnutrição Aguda MODERADA com gravidez, lactação, HIV ou TB	Desnutrição Aguda MODERADA sem gravidez, lactação, HIV ou TB
	15 -18 anos: IMC/Idade < –3 DP ou PB < 21,0 cm 19 - 55 anos: IMC < 16 kg/m2 ou PB < 21,0 cm Idosos (> 55 anos) IMC < 18,0 kg/m2 Grávidas ou mulheres nos 6 meses após o parto: PB < 21,0 cm E Sem apetite Com complicações médicas	15 -18 anos: IMC/Idade < –3 DP ou PB < 21,0 cm 19 - 55 anos: IMC < 16 kg/m2 ou PB < 21,0 cm Idosos (> 55 anos) IMC < 18,0 kg/m2 Grávidas ou mulheres nos 6 meses após o parto: PB < 21,0 cm E Sem edema Tem apetite Alerta Clinicamente bem	15 - 18 anos: IMC/Idade ≥ –3 e < –2 DP ou PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm 19 - 55 anos: IMC ≥ 16 e < 18.5 kg/m2 ou PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm Idosos (> 55 anos) IMC ≥ 18,0 e < 21 kg/m2 Grávidas: PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm ou Ganho de peso < 1kg/mês Mulheres no pós -parto PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm E Sem edema Tem apetite Alerta Clinicamente bem	15 - 18 anos: IMC/Idade ≥ –3 e < –2 DP ou PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm 19 - 55 anos: IMC ≥ 16 e < 18.5 kg/m2 ou PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm Idosos (> 55 anos) IMC ≥ 18,0 e < 21kg/m2 E Sem edema Tem apetite Alerta Clinicamente bem
Plano de Tratamento	Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI) Dar leites terapêuticos Seguimento diário	Tratamento da Desnutrição em Ambulatorio (TDA) Dar ATPU Seguimento a cada 7 dias Dar educação nutricional com demonstrações culinárias	Suplementação Alimentar (SA) Dar MAE ou ATPU Seguimento a cada 15 dias Dar educação nutricional com demonstrações culinárias	Referir o paciente aos serviços sociais existentes na comunidade. Convidar o paciente a aparecer para uma segunda avaliação 3 a 4 semanas depois, ou mais cedo no caso do seu estado nutricional deteriorar.

Critérios de Alta	Alta para o TDA (se ATPU existir) Sem complicações médicas Sem edema Apetite restaurado	Alta para SA quando: 15 -18 anos: IMC/Idade ≥ –3 e < –2 DP ou PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm 19 - 55 anos: IMC ≥ 16 e < 18.5 kg/m2 ou PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm Idosos (> 55 anos) IMC ≥ 18,0 a < 21kg/m2 Grávidas: PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm Mulheres no pós-parto PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm E Tem apetite Pode comer a comida da família	Alta quando: 15 -18 anos: IMC/Idade ≥ –1 DP ou PB ≥ 23,0 cm 19 - 55 anos: IMC ≥ 18.5 kg/m2 ou PB ≥ 23,0 cm Idosos (> 55 anos) IMC ≥ 21 kg/m2 Grávidas: PB ≥ 23,0 cm ou Ganho de peso 1-2 kg/mês Mulheres no pós-parto PB ≥ 23,0 cm ou Mulher tiver alta da CPP (aos 6 meses) E Tem apetite Pode comer a comida da família Continuar seguimento por mais 2-3 semanas para garantir que o paciente não tem recaída.	

Fonte: Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I

ANEXO 9: Quantidades de ATPU durante fase de reabilitação nuricional para crianças - 6m e 15 anos

Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas	Total saquetas de ATPU para 7 dias	Total saquetas de ATPU para 14 dias
4,0 – 4,9	2	14	28
5,0 – 6,4	2,5	17,5	35
6,5 – 8,0	3	21	42
8,1 – 9,0	3,5	24,5	49
9,1 – 10,0	4	28	56
10,1 – 11,4	4,5	31,5	63
≥11,5	5	35	70

Fonte: Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional volume I

ANEXO 10: Quantidades de ATPU (saquetas) para suplementacão alimentar para crianças - 6m e 15 anos

Idade da criança	Total saquetas de ATPU para 24 horas	Total saquetas de ATPU para 7 dias	Total saquetas de ATPU para 15 dias	Total saquetas de ATPU para 30 dias
6-23 meses	1	7	15	30
≥ 2 anos	2	14	30	60

Fonte: Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional volume I

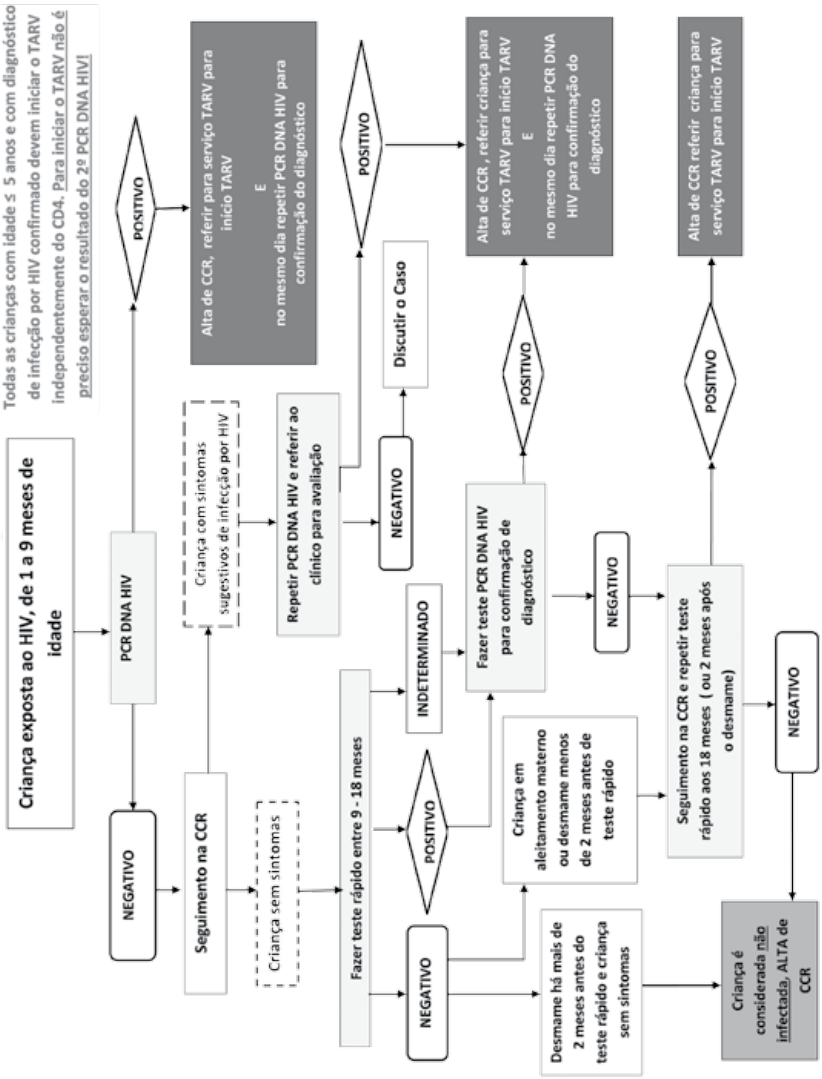
ANEXO 11: Tabela de índice de massa corporea

Peso (kg) / Altura (m) →	1.5	1.51	1.52	1.53	1.54	1.55	1.56	1.57	1.58	1.59	1.6	1.61	1,62	1,63	1,64	1,65
35	15.6	15.4	15.1	15.0	14.8	14.6	14.4	14.2	14.0	13.8	13.7	13.5	13.3	13.2	13.0	12.9
36	16.0	15.8	15.6	15.4	15.2	15.0	14.8	14.6	14.4	14.2	14.1	13.9	13.7	13.5	13.4	13.2
37	16.4	16.2	16.0	15.8	15.6	15.4	15.2	15.0	14.8	14.6	14.5	14.3	14.1	13.9	13.8	13.6
38	16.9	16.7	16.4	16.2	16.0	15.8	15.6	15.4	15.2	15.0	14.8	14.7	14.5	14.3	14.1	14.0
39	17.3	17.1	16.9	16.7	16.4	16.2	16.0	15.8	15.6	15.4	15.2	15.0	14.9	14.7	14.5	14.3
40	17.8	17.5	17.3	17.1	16.9	16.6	16.4	16.2	16.0	15.8	15.6	15.4	15.2	15.1	14.9	14.7
41	18.2	18.0	17.7	17.5	17.3	17.1	16.8	16.6	16.4	16.2	16.0	15.8	15.6	15.4	15.2	15.1
42	18.7	18.4	18.2	17.9	17.7	17.5	17.3	17.0	16.8	16.6	16.4	16.2	16.0	15.8	15.6	15.4
43	19.1	18.9	18.6	18.4	18.1	17.9	17.7	17.4	17.2	17.0	16.8	16.6	16.4	16.2	16.0	15.8
44	19.6	19.3	19.0	18.8	18.6	18.3	18.1	17.9	17.6	17.4	17.2	17.0	16.8	16.6	16.4	16.2
45	20.0	19.7	19.5	19.2	19.0	18.7	18.5	18.3	18.0	17.8	17.6	17.4	17.1	16.9	16.7	16.5
46	20.4	20.2	19.9	19.7	19.4	19.1	18.9	18.7	18.4	18.2	18.0	17.7	17.5	17.3	17.1	16.9
47	20.9	20.6	20.3	20.1	19.8	19.6	19.3	19.1	18.8	18.6	18.4	18.1	17.9	17.7	17.5	17.3
48	21.3	21.1	20.8	20.5	20.2	20.0	19.7	19.5	19.2	19.0	18.8	18.5	18.3	18.1	17.8	17.6
49	21.8	21.5	21.2	20.9	20.7	20.4	20.1	19.9	19.6	19.4	19.1	18.9	18.7	18.4	18.2	18.0
50	22.2	21.9	21.6	21.4	21.1	20.8	20.5	20.3	20.0	19.8	19.5	19.3	19.1	18.8	18.6	18.4
51	22.7	22.4	22.1	21.8	21.5	21.2	21.0	20.7	20.4	20.2	19.9	19.7	19.4	19.2	19.0	18.7
52	23.1	22.8	22.5	22.2	21.9	21.6	21.4	21.1	20.8	20.6	20.3	20.1	19.8	19.6	19.3	19.1
53	23.6	23.2	22.9	22.6	22.3	22.1	21.8	21.5	21.2	21.0	20.7	20.4	20.2	19.9	19.7	19.5
54	24.0	23.7	23.4	23.1	22.8	22.5	22.2	21.9	21.6	21.4	21.1	20.8	20.6	20.3	20.1	19.8
55	24.4	24.1	23.8	23.5	23.2	22.9	22.6	22.3	22.0	21.8	21.5	21.2	21.0	20.7	20.4	20.2
56	24.9	24.6	24.2	23.9	23.6	23.3	23.0	22.7	22.4	22.2	21.9	21.6	21.3	21.1	20.8	20.6
57	25.3	25.0	24.7	24.3	24.0	23.7	23.4	23.1	22.8	22.5	22.3	22.0	21.7	21.5	21.2	20.9
58	25.8	25.4	25.1	24.8	24.5	24.1	23.8	23.5	23.2	22.9	22.7	22.4	22.1	21.8	21.6	21.3
59	26.2	25.9	25.5	25.2	24.9	24.6	24.2	23.9	23.6	23.3	23.0	22.8	22.5	22.2	21.9	21.7
60	26.7	26.3	26.0	25.6	25.3	25.0	24.7	24.3	24.0	23.7	23.4	23.1	22.9	22.6	22.3	22.0
61	27.1	26.8	26.4	26.1	25.7	25.4	25.1	24.7	24.4	24.1	23.8	23.5	23.2	23.0	22.7	22.4
62	27.6	27.2	26.8	26.5	26.1	25.8	25.5	25.2	24.8	24.5	24.2	23.9	23.6	23.3	23.1	22.8
63	28.0	27.6	27.3	26.9	26.6	26.2	25.9	25.6	25.2	24.9	24.6	24.3	24.0	23.7	23.4	23.1
64	28.4	28.1	27.7	27.3	27.0	26.6	26.3	26.0	25.6	25.3	25.0	24.7	24.4	24.1	23.8	23.5
65	28.9	28.5	28.1	27.8	27.4	27.1	26.7	26.4	26.0	25.7	25.4	25.1	24.8	24.5	24.2	23.9
66	29.3	28.9	28.6	28.2	27.8	27.5	27.1	26.8	26.4	26.1	25.8	25.5	25.1	24.8	24.5	24.2
67	29.8	29.4	29.0	28.6	28.3	27.9	27.5	27.2	26.8	26.5	26.2	25.8	25.5	25.2	24.9	24.6
68	30.2	29.8	29.4	29.0	28.7	28.3	27.9	27.6	27.2	26.9	26.6	26.2	25.9	25.6	25.3	25.0
69	30.7	30.3	29.9	29.5	29.1	28.7	28.4	28.0	27.6	27.3	27.0	26.6	26.3	26.0	25.7	25.3
70	31.1	30.7	30.3	29.9	29.5	29.1	28.8	28.4	28.0	27.7	27.3	27.0	26.7	26.3	26.0	25.7
71	31.6	31.1	30.7	30.3	29.9	29.6	29.2	28.8	28.4	28.1	27.7	27.4	27.1	26.7	26.4	26.1
72	32.0	31.6	31.2	30.8	30.4	30.0	29.6	29.2	28.8	28.5	28.1	27.8	27.4	27.1	26.8	26.4
73	32.4	32.0	31.6	31.2	30.8	30.4	30.0	29.6	29.2	28.9	28.5	28.2	27.8	27.5	27.1	26.8
74	32.9	32.5	32.0	31.6	31.2	30.8	30.4	30.0	29.6	29.3	28.9	28.5	28.2	27.9	27.5	27.2
75	33.3	32.9	32.5	32.0	31.6	31.2	30.8	30.4	30.0	29.7	29.3	28.9	28.6	28.2	27.9	27.5
76	33.8	33.3	32.9	32.5	32.0	31.6	31.2	30.8	30.4	30.1	29.7	29.3	29.0	28.6	28.3	27.9
77	34.2	33.8	33.3	32.9	32.5	32.0	31.6	31.2	30.8	30.5	30.1	29.7	29.3	29.0	28.6	28.3
78	34.7	34.2	33.8	33.3	32.9	32.5	32.1	31.6	31.2	30.9	30.5	30.1	29.7	29.4	29.0	28.7
79	35.1	34.6	34.2	33.7	33.3	32.9	32.5	32.0	31.6	31.2	30.9	30.5	30.1	29.7	29.4	29.0
80	35.6	35.1	34.6	34.2	33.7	33.3	32.9	32.5	32.0	31.6	31.3	30.9	30.5	30.1	29.7	29.4

ANEXO 12: Tabela de índice de massa corporea

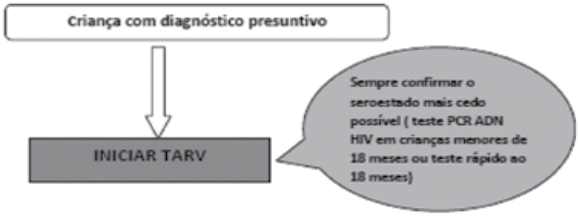
Peso (kg) ↓ / Altura (m) →	1,66	1,67	1,68	1,69	1,70	1,71	1,72	1,73	1,74	1,75	1,76	1,77	1,78	1,79	1,80
35	12.7	12.5	12.4	12.3	12.1	12.0	11.8	11.7	11.6	11.4	11.3	11.2	11.0	10.9	10.8
36	13.1	12.9	12.8	12.6	12.5	12.3	12.2	12.0	11.9	11.8	11.6	11.5	11.4	11.2	11.1
37	13.4	13.3	13.1	13.0	12.8	12.7	12.5	12.4	12.2	12.1	11.9	11.8	11.7	11.5	11.4
38	13.8	13.6	13.5	13.3	13.1	13.0	12.8	12.7	12.6	12.4	12.3	12.1	12.0	11.9	11.7
39	14.2	14.0	13.8	13.7	13.5	13.3	13.2	13.0	12.9	12.7	12.6	12.4	12.3	12.2	12.0
40	14.5	14.3	14.2	14.0	13.8	13.7	13.5	13.4	13.2	13.1	12.9	12.8	12.6	12.5	12.3
41	14.9	14.7	14.5	14.4	14.2	14.0	13.9	13.7	13.5	13.4	13.2	13.1	12.9	12.8	12.7
42	15.2	15.1	14.9	14.7	14.5	14.4	14.2	14.0	13.9	13.7	13.6	13.4	13.3	13.1	13.0
43	15.6	15.4	15.2	15.1	14.9	14.7	14.5	14.4	14.2	14.0	13.9	13.7	13.6	13.4	13.3
44	16.0	15.8	15.6	15.4	15.2	15.0	14.9	14.7	14.5	14.4	14.2	14.0	13.9	13.7	13.6
45	16.3	16.1	15.9	15.8	15.6	15.4	15.2	15.0	14.9	14.7	14.5	14.4	14.2	14.0	13.9
46	16.7	16.5	16.3	16.1	15.9	15.7	15.5	15.4	15.2	15.0	14.9	14.7	14.5	14.4	14.2
47	17.1	16.9	16.7	16.5	16.3	16.1	15.9	15.7	15.5	15.3	15.2	15.0	14.8	14.7	14.5
48	17.4	17.2	17.0	16.8	16.6	16.4	16.2	16.0	15.9	15.7	15.5	15.3	15.1	15.0	14.8
49	17.8	17.6	17.4	17.2	17.0	16.8	16.6	16.4	16.2	16.0	15.8	15.6	15.5	15.3	15.1
50	18.1	17.9	17.7	17.5	17.3	17.1	16.9	16.7	16.5	16.3	16.1	16.0	15.8	15.6	15.4
51	18.5	18.3	18.1	17.9	17.6	17.4	17.2	17.0	16.8	16.7	16.5	16.3	16.1	15.9	15.7
52	18.9	18.6	18.4	18.2	18.0	17.8	17.6	17.4	17.2	17.0	16.8	16.6	16.4	16.2	16.0
53	19.2	19.0	18.8	18.6	18.3	18.1	17.9	17.7	17.5	17.3	17.1	16.9	16.7	16.5	16.4
54	19.6	19.4	19.1	18.9	18.7	18.5	18.3	18.0	17.8	17.6	17.4	17.2	17.0	16.9	16.7
55	20.0	19.7	19.5	19.3	19.0	18.8	18.6	18.4	18.2	18.0	17.8	17.6	17.4	17.2	17.0
56	20.3	20.1	19.8	19.6	19.4	19.2	18.9	18.7	18.5	18.3	18.1	17.9	17.7	17.5	17.3
57	20.7	20.4	20.2	20.0	19.7	19.5	19.3	19.0	18.8	18.6	18.4	18.2	18.0	17.8	17.6
58	21.0	20.8	20.5	20.3	20.1	19.8	19.6	19.4	19.2	18.9	18.7	18.5	18.3	18.1	17.9
59	21.4	21.2	20.9	20.7	20.4	20.2	19.9	19.7	19.5	19.3	19.0	18.8	18.6	18.4	18.2
60	21.8	21.5	21.3	21.0	20.8	20.5	20.3	20.0	19.8	19.6	19.4	19.2	18.9	18.7	18.5
61	22.1	21.9	21.6	21.4	21.1	20.9	20.6	20.4	20.1	19.9	19.7	19.5	19.3	19.0	18.8
62	22.5	22.2	22.0	21.7	21.5	21.2	21.0	20.7	20.5	20.2	20.0	19.8	19.6	19.4	19.1
63	22.9	22.6	22.3	22.1	21.8	21.5	21.3	21.0	20.8	20.6	20.3	20.1	19.9	19.7	19.4
64	23.2	22.9	22.7	22.4	22.1	21.9	21.6	21.4	21.1	20.9	20.7	20.4	20.2	20.0	19.8
65	23.6	23.3	23.0	22.8	22.5	22.2	22.0	21.7	21.5	21.2	21.0	20.7	20.5	20.3	20.1
66	24.0	23.7	23.4	23.1	22.8	22.6	22.3	22.1	21.8	21.6	21.3	21.1	20.8	20.6	20.4
67	24.3	24.0	23.7	23.5	23.2	22.9	22.6	22.4	22.1	21.9	21.6	21.4	21.1	20.9	20.7
68	24.7	24.4	24.1	23.8	23.5	23.3	23.0	22.7	22.5	22.2	22.0	21.7	21.5	21.2	21.0
69	25.0	24.7	24.4	24.2	23.9	23.6	23.3	23.1	22.8	22.5	22.3	22.0	21.8	21.5	21.3
70	25.4	25.1	24.8	24.5	24.2	23.9	23.7	23.4	23.1	22.9	22.6	22.3	22.1	21.8	21.6
71	25.8	25.5	25.2	24.9	24.6	24.3	24.0	23.7	23.5	23.2	22.9	22.7	22.4	22.2	21.9
72	26.1	25.8	25.5	25.2	24.9	24.6	24.3	24.1	23.8	23.5	23.2	23.0	22.7	22.5	22.2
73	26.5	26.2	25.9	25.6	25.3	25.0	24.7	24.4	24.1	23.8	23.6	23.3	23.0	22.8	22.5
74	26.9	26.5	26.2	25.9	25.6	25.3	25.0	24.7	24.4	24.2	23.9	23.6	23.4	23.1	22.8
75	27.2	26.9	26.6	26.3	26.0	25.6	25.4	25.1	24.8	24.5	24.2	23.9	23.7	23.4	23.1
76	27.6	27.3	26.9	26.6	26.3	26.0	25.7	25.4	25.1	24.8	24.5	24.3	24.0	23.7	23.5
77	27.9	27.6	27.3	27.0	26.6	26.3	26.0	25.7	25.4	25.1	24.9	24.6	24.3	24.0	23.8
78	28.3	28.0	27.6	27.3	27.0	26.7	26.4	26.1	25.8	25.5	25.2	24.9	24.6	24.3	24.1
79	28.7	28.3	28.0	27.7	27.3	27.0	26.7	26.4	26.1	25.8	25.5	25.2	24.9	24.7	24.4
80	29.0	28.7	28.3	28.0	27.7	27.4	27.0	26.7	26.4	26.1	25.8	25.5	25.2	25.0	24.7

ANEXO 13: Algoritmo de diagnóstico precoce em crianças expostas



ANEXO 14: Diagnostico Presuntivo em crianças expostas

Diagnóstico Presuntivo da Infecção por HIV em crianças com idade menor de 18 meses (que não tem acesso ao teste PCR ADN HIV)	
Criança com Suspeita de infecção por HIV	
A criança tem teste rápido ao HIV positivo	Criança apresenta um ou mais destes sintomas: Pneumonia grave Candidíase oro-esofágica Malnutrição grave Sarcoma de Kaposi PCP(Pneumonia por PneumocistisJiroveci)
Outros indicativos que apoiam o diagnóstico de infecção severa por HIV são: • A morte materna recente • Mãe com infecção avançada por HIV • % CD4 da criança < 25%	
NOTA: Sempre confirmar o seroestado mais cedo possível (teste PCR ADN HIV em crianças menores de 18 meses ou teste rápido ao 18 meses)	



ANEXO 15: Ficha de notificação de reacções adversas aos medicamentos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DEPARTAMENTO FARMACÊUTICO

SERVIÇO DE FARMACOVIGILÂNCIA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE REACÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS

☐ **Informação inicial** ☐ **Informação complementar**

☐ **Unidade Sanitária** ☐ **Farmácia**	☐ **Publico** ☐ **Privado**	Serviço	Localidade

Iniciais do doente NID	Idade .....anos/meses/dias	Sexo: ☐ F ☐ M	Peso (kg)	Gestante? ☐ Sim ☐ Não ☐ 1ºTrimestre ☐ 2º Trimestre ☐ 3º Trimestre

Breve descrição da reacção adversa

Data de início da reacção ...../...../..... | Duração da reacção:..... dias/horas

Insira o(s) medicamento(s) por ordem de suspeita:

Nome comercial/ Genérico	Forma Farmacêutica e Dosagem	Dose diária	Via de administração	Data do início do tratamento	Data do término do tratamento	Indicação Para uso	Nº de lote

Resultado da reacção Adversa		**Tratamento da reacção**	**Substituição terapêutica**
☐ Risco de vida ☐ Motivou hospitalização ☐ Prolongou hospitalização ☐ Evento médico importante ☐ Malformação congénita	☐ Recuperou sem sequelas ☐ Recuperou com sequelas ☐ Não recuperou ainda ☐ Morte ☐ Desconhecido	☐ Suspendeu o medicamento ☐ Reduziu a dose ☐ Tratou a reacção com: _____ _____	Nome, dosagem, forma farmacêutica do(s) Medicamento(s)_____ _____ _____

A reacção adversa desapareceu ou diminuiu após a suspensão ou redução da dose do medicamento? ☐Sim ☐Não ☐Não se aplica	A reacção adversa reapareceu após a reintrodução do medicamento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Comentários (dados relevantes de anamnese, laboratório, alergias ou outro)

Nome do Notificador	**Categoria profissional**	**Telefone/Fax**	**Data da notificação**

Email:

Obrigado por ter notificado. A segurança do nosso doente é a nossa maior prioridade!

ESTA INFORMAÇÃO É CONFIDENCIAL

ANEXO 15.1: Orientação para o preenchimento

ORIENTAÇÃO PARA O PRENCHIMENTO

Tipo de relato
Assinale nos campos:

- **Informação inicial** - quando for a primeira notificação do caso;
- **Informação complementar** se envia informação adicional ou complementar de um caso notificado anteriormente.

Identificação da Unidade Sanitária ou Farmácia
Assinale a opção correspondente e preencha o nome da Unidade Sanitária especificando o serviço onde o doente foi observado (consulta de pediatria, triagem de adultos, enfermaria de cirurgia, outro) ou o nome da Farmácia onde o doente deu a queixa. Identifique a localidade de atendimento.

Identificação do paciente
Preencha os campos correspondentes a identificação do doente. Na idade do doente riscar o que não interessa. Ex: 12 anos/~~meses/dias~~. Tratando-se de uma doente, certifique se está grávida e assinale no campo **Gestante** e o respectivo tempo de gravidez. Na presença de algum dado de identificação que tenha interesse poderá apresentá-lo nos comentários (raça, naturalidade, outro).

Identificação da reacção adversa
Descreva brevemente a reacção adversa ocorrida. Preencha o campo correspondente à **Data de início da reacção** considerando a data que iniciou a reacção adversa. Ao preencher a duração da reacção adversa especifique se se refere a dias ou horas.

Identificação do medicamento
Identifique todos medicamentos administrados em ordem de suspeita pelo Nome comercial/genérico, completando com as informações de forma farmacêutica, dosagem, dose diária utilizada, via de administração, data de início do tratamento e a data do fim do tratamento. Na **indicação do uso**, referir a razão que levou a prescrição de cada um dos medicamentos. Incluir os medicamentos de automedicação tomados nos três meses anteriores. Se suspeitar de má qualidade do medicamento (ausência de efeito, produto alterado, outro) indicar nos comentários o nome comercial do produto, fabricante, número de lote e a data de validade.

Resultado da Reacção Adversa
Assinale como foi a recuperação do doente e o resultado da reacção adversa. Assinale os campos referentes ao **Tratamento da Reacção** e a **Substituição Terapeutica**.

Identificação do notificador
Identifique o nome, a categoria profissional (médico pediatra, dentista, farmacêutico, técnico de medicina, técnico de farmácia, enfermeiro, outro), o Telefone ou Fax de contacto do notificador e a data da notificação, considerar esta a data de preenchimento da ficha.

As notificações devem ser enviadas por correio ou fax para o seguinte endereço:
Departamento Farmacêutico. Centro de Farmacovigilância.
Av Salvador Allende/Agostinho Neto. Maputo. Moçambique.
Fax: 21 32 65 47 Telefone: 21 303473 Celular: 82 3035409

ESTA INFORMAÇÃO É CONFIDENCIAL

ANEXO 16: Formulário de solicitação de mudança de esquema terapêutico

Ministério da Saúde DAM Comité TARV

Formulário de solicitação de mudança de regime antiretroviral

Identificação do paciente		
Nome (colocar iniciais):		
NID:		Idade:
Hospital de:		
Peso:	Sexo: F ( ) M ( )	Grávida: S ( ) N ( )

História clínica			
Data de início do TARV:			
Esquemas utilizados (colocar abreviaturas dos medicamentos)	Data de início:	Data do fim:	Motivo da mudança*

História laboratorial (marcar todos os exames)		
Data	CD4 (cels/ml e %)	CargaViral (copias/ml e log)

Observações (marcar todas as informações pertinentes): Infecções oportunistas durante TARV, abandonos, interrupções de tratamento, o que pretendem,.etc
Nome do profissional solicitante: Data da solicitação:

ANEXO 17: Ficha clínica de Sacroma de Kaposi

República de Moçambique

MINISTÉRIO DA SAÚDE

pag1

Unidade Sanitária:

FICHA CLÍNICA DE SARCOMA DE KAPOSI

IDENTIFICAÇÃO NID:_____

Nome: _____ Idade:____Data de Nasc.__/__/____

Apelido:: _____ Sexo: Mas ☐ Fem ☐ | Data última Mestruação:___/___/200__ Gravidez Sim ☐ Não ☐

Modara:: _____ Estado Civil: Solteiro☐ Casado☐ Separado☐ Viuvo☐

Telefone: _____ Natural de: _____ Raça:_____

REFERÊNCIA

Referido de:_____ Serologia caHIV: positivo☐ Negativo☐ Data de Diagnótico__/__/___

TARV: Sim ☐Não ☐Data de Inicio__/__/____ Esquema Terapéutico _____

DIAGNÓSTICO SARCOMA KAPOSI

Data de Diagnóstico:___/___/___ Clínico ☐ Biópsi ☐ Broncospia ☐ Toracocentese ☐ Endoscopia alta☐ Colonoscopia ☐

Percebeu as leães ha:_____ Dias ☐ Meses ☐ Anos ☐

QUADRO CLINICO:

Peso:____Kg Altura:____cm Superficie Corporal:____m (quadrd2/1)

Localização:

Cutânea: ☐ _____ (Identificar também a Figura 1)

Mucosa:

cavidade oral: Palato☐ Lingua ☐ Gengiva ☐ Jugal ☐

Outras: Conjuntiva ☐ Nasal ☐

Visceras:

Pulmão ☐ Pleura ☐ Pericardo ☐ Tubo Digestivo ☐

Ganglionar:

Cadeia cervical☐ Axiliar ☐ Inguinal ☐

Forma Clínica:

Mancha☐ Placa☐ Nodular ☐ Vegetante ☐ Verrucosa ☐

Úlcera ☐ Ganglionar ☐

Linfedema | Face ☐ Membros superiores ☐ Membros inferiores ☐ Genitais ☐

Estadiamentos do SK:

Lesões:		Sintomas:	
To Lesões reduzidas	Na pele e/ou Gânglios Linfáticos e/ou Doençá oral limitada	So Sem sintomas	Sem história de IO Sem história candidiase oral Indice de Karnofsky >70 Sem sintomas "B"
T1 Les ões estensas	Com edema ou ulceração SK oral vasto SK Gastrointestinal SK Outras visceras	S1 Com Sintomas	Com história de IO com história candidiase oral Indice de karnofsky < 70 presença de sintomas Doençãs relacionadas c/ HIV

Resumo Estadiamento:

☐ To So ☐ T1 So ☐ To Si	Bom prognóstico Sobre vida superior a 3 anos respectivamente de 88%, 80%, 81%	☐ T1 S1	Pobre prognóstico Sobre vida superior a 3 anos de 53% (77% se não existirem lesões pulmonares e 46% com lesões pulmonares)

*Sintomas "B": Febre inexplicável; Suores nocturnos; perdas de peso >10% ou diareias> 2 semanas

Outras Doenças Associadas:

Tuberculose ☐ Anemia ☐ Infecção bacteriana ☐

Outras ☐ _____

ÍNDICE DO KARNOFSKY

100 Nenhuma evidência de doença

90 Pode fazer actividade normal, sinais ou sintomas monores de doença

80 Actividade normal com esforço, e alguns sinais e sintomas da doeça

70 Incapaz de realizar uma actividade de trabalho normal

60 Precisa de assistência ocasional mas pode cuidar de si mesmo para a maioria das necessidades

50 Precisa de assistência mas pode cuidar de si mesmo para a maioria das necessidades

40 Incapaz, precisa de cuidados especiais de assistência

30 Severamente incapacitado, precisa-se hospitalização

20 Muito doente, hospitalização necessária, tratamento activo de suporte necessário

10 Moribundo

0 Morte

IMC (Índice da Massa Corporal)

Peso em kg / (Altura em metros = IMC (kg/m2)

Exemplo: Uma pessoa de 1,70m e 85 kg, tem um IMC = 65: $(1,7)^2$ = 65 :2,89 = 22.5kg/m ^{2}

Abertura da Ficha Clínica:

Data:____/____/_____ Realizada por:_____

ANEXO 18: Ficha clinica de seguimento de Sacroma de Kaposi

República de Moçambique

MINISTÉRIO DA SAÚDE

pag 2

Unidade Sanitária:

FICHACLÍNICA DE SARCOMA DE KAPOSI - SEGUIMENTO -

IDENTIFICAÇÃO Nome NID:

Dados Laboratoriais	Dt: __/__/200__	Dt: __/__/200__	Dt: __/__/200__	Dt: __/__/200__	Dt: __/__/200__	Dt: __/__/200__
Hemoglobina (Hgb)						
Globulos Brancos (GB)						
Linfócitos # e %						
Neutrófilos # e %						
Plaquetas (Plt) #						
Cd4 # e %						
Carga Viral						
AST						
ALT						
Tratamento						
Doxorubicina _____ mg (dose)						
Vincristina _____ mg (dose)						
Bleomicina _____ Uis (dose)						
_____ mg (dose)						
_____ mg (dose)						
_____ mg (dose)						
Resposta Clínica						
Dor						
Eritema						
Edema						
Ulcera						
Exsudação						
Novas lesões						
Efeitos colaterais						
Anemia						
Neuropatia periférica						
Alopecia						
Náuseas						
Vómitos						
Flagelação						
Hipertermia						
Tremores						
Toxicidade cardíaca						
Outros meios diagnósticos						
Rx Torax						

Simbolos a utilizar:

- ↑ Aumento
- ↓ Diminuição
- – Manutenção
- O Ausência

Exemplo Anemia ↑ (aumentou)

Versão 10 de Janeiro de 2007

ANEXO 19: Ficha de resumo mensal dos casos de Sacroma Kaposi

Ministério da Saúde
Serviço Nacional de Saúde

Província: _____ Distrito: _____

US: _____ Mês: _____ Ano: _____

Ficha de Resumo Mensal de Casos de Sarcoma de Kaposi

Movimento		< 15 anos F	< 15 anos M	< 15 anos Total	15-24 anos F	15-24 anos M	15-24 anos Total	25 anos ou mais F	25 anos ou mais M	25 anos ou mais Total	Total F	Total M	Total Total
Casos Cumulativos no mês anterior													
Casos novos diagnosticados neste mês													
Casos cumulativos													
Estado de seropositividade	Positivo												
	Negativo												

SARCOMA DE KAPOSI			
Cumulativos do mês anterior (a)			
Estadiamento SK	T0S0		
	T1S0		
	T0S1		
	T1S1		
Estados	Casos que iniciaram a Quimioterapia		
Casos em Terapia	Só em TARV		
	QT dupla		
	QT tripla		
	Outro		
	Transferidos de		
	Total de entradas (b)		
Saídas	Altas da Quimioterapia	Remissão Completa	
		Remissão Parcial	
		Abandonos	
		Óbitos	
		Transferidos para	
		Total de saídas ©	
	Cumulativos no fim do mês (a+b+c)		

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: _____

NOTA: ESTA FICHA DEVE SER ENVIADA PARA A DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE ATÉ AO DIA 5 DE CADA MÊS

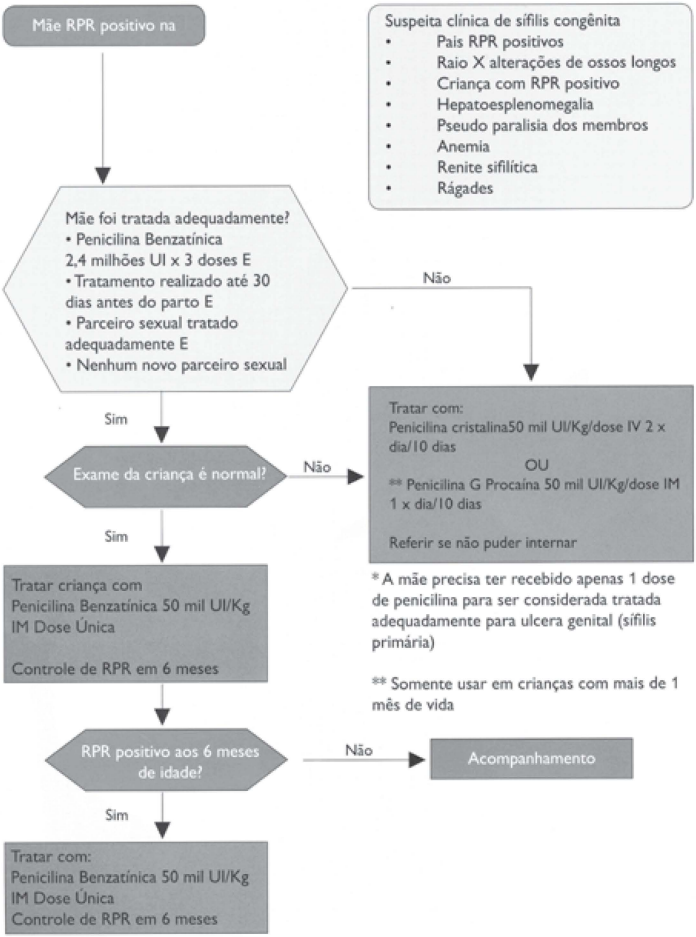
ANEXO 20: Ficha de registro de Sacroma de Kaposi

Ministério da Saúde
Serviço Nacional de Saúde

FICHA DE REGISTO DE SARCOMA DE KAPOSI

Mês			Entradas																			Saídas				
			Idade			Sexo		HIV						Estadiamentos SK				Esquema tto				Alta				
Dia	Nome	NID	< 15 anos	15-24 anos	≥ 25 anos	F	M	+	-	Caso Novo	Seguimento	Reiniciaram	Transferido de	T0S0	T1S0	T0S1	T1S1	Só TARV	QT dupla	QT tripla	Outro	Remissão Completa	Remissão parcial	Transferido para	Abandono	Óbito

ANEXO 21: Sífilis Congénita



ANEXO 21.1: Sífilis Congénita

NOTAS EXPLICATIVAS

MÃE RPR POSITIVO NA GRAVIDEZ OU SUSPEITA CLÍNICA DE SÍFILIS CONGENITA

São duas entradas neste algoritmo: Mãe com exame de RPR positivo durante a gravidez ou criança com suspeita clinica de sífilis congênita.

MÃE FOI TRATADA ADEQUADAMENTE

Este quadro de decisão indica que é necessário fazer a historia clinica da mãe durante a gestação interrogando-a sobre:

- Tratamento realizado com penicilina benzatina 2,4 milhões UI em três doses.
  OBS: A mãe tratada por úlcera genital (sífilis primária) na gravidez só necessita receber uma dose de penicilina benzatínica 2,4 milhões UI para ser considerada como tratada adequadamente.
- Tratamento realizado até 30 dias antes do parto
- Parceiro sexual também tratado com três doses de Penicilina Benzatínica
- Nenhum novo parceiro sexual

Se alguma das respostas for Não – tratar a criança com penicilina cristalina 50 mil UI/Kg peso/dose IV 2 x dia por 10 dias OU se a criança tiver mais de 1 mês de vida: Penicilina G procaína 50 mil UI/Kg/dose IM 1 x dia durante 10 dias.
Se não for possível a internação referir a criança.
Se todas as respostas forem SIM – seguir o algoritmo.

EXAME DA CRIANÇA É NORMAL

Este quadro de decisão indica que é necessário realizar cuidadoso exame físico da criança procurando evidenciar os sequintes sinais ou sintomas:

- Baixo peso, prematuridade, rinite sanguinolenta, coriza ou obstrução nasal, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio, hepatomegalia, esplenomegalia, alterações respiratórias/pneumonia, icterícia, anemia severa, hidropsia, edema, pseudoparalisia dos membros, fissura peribucal, condiloma plano, penfigo palmo-plantar e outras lesões cutâneas.

TRATAR COM PENICILINA BENZATÍNICA

Este quadro de ação indica que na ausência de sinais ou sintomas sugestivos de sífilis congênita deve-se usar Penicilina Benzatínica 50 mil UI/Kg x 1 IM.

RPR POSITIVO AOS 6 MESES DE IDADE

Este quadro de decisão indica que é necessário fazer o controle do RPR aos seis meses de idade. Se este exame for positivo deve-se refazer o tratamento com Penicilina Benzatínica 50 mil UI/Kg x 1 IM e fazer controle de RPR em 6 meses.

CRIANÇA COM SUSPEITA CLÍNICA DE SÍFILIS CONGÉNITA

Este é o segundo quadro de entrada neste algoritmo. Nele são referidas as principais condições da criança ao se apresentar a consulta. A presença de alguma dessas alterações indica que a criança deve ser tratada para sífilis congênita.

TRATAR COM PENICILINA CRISTALINA

Este quadro de ação indica que na presença de uma das alterações descritas deve-se usar Penicilina Cristalina 50 mil UI/Kg/dose IV 2 x dia por 10 dias. Em crianças com mais de 1 mês de vida, em vez de Penicilina Cristalina pode-se tratar com Penicilina G Procaína 50 mil UI/Kg/dose IM 1 x dia por 10 dias.

ANEXO 22:

Anexo 22

Folha de Trabalho Mês/Ano /

Provincia

Distrito

U.S.

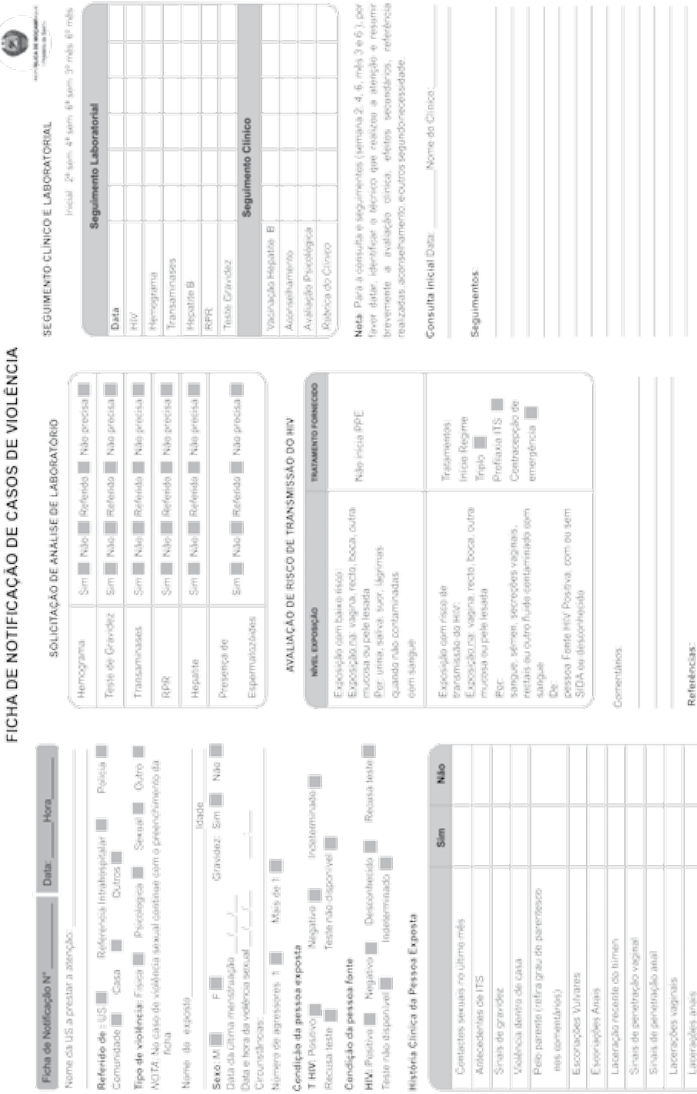
INDIQUE QUAL É O SERVIÇO:

- ☐ Cons de Medicina
- ☐ Triagem de Medicina
- ☐ Cons de Ped/Neonat
- ☐ Traigem de Ped
- ☐ Gin-obst/ Matern
- ☐ PF/Pós-Part
- ☐ Urgência
- ☐ TIO/TARV
- ☐ CPN
- ☐ SAAJ
- ☐ Outro:_____

Folha de trabalho para resumo mensal por serviço – ITS – ABORDAGEM SINDRÓMICA

Nº de Página no Livro do Registro Diario	SEXO		DIAGNÓSTICO CORRIMENTO URETRAL			DIAGNÓSTICO LEUCORREIA			DIAGNÓSTICO ÚLCERA GENITAL						CONTACTOS		Foi Rastreado para HIV	Teste Positivo para Sifilis	RECÉM-NACIDOS	
			MASCULINO			FEMININO			MASCULINO			FEMININO								
	M	F	< 15	15-24	> 24	< 15	15-24	> 24	< 15	15-24	>24	< 15	15-24	> 24	M	F			SIFILIS CONGÉNITA	CONJUNTIV
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
TOTAL																				

ANEXO 23: Ficha de notificação de casos de violência



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA

Ficha de Notificação Nº _____ Data: ____ Hora ____

Nome da US a prestar a atenção: _____

Referido de: US ☐ Referencia Intrahospitalar ☐ Polícia ☐ Comunidade ☐ Casa ☐ Outros ☐

Tipo de violência: Física ☐ Psicológica ☐ Sexual ☐ Outro ☐

NOTA: No caso de violência sexual continue com o preenchimento da ficha

Nome da exposta _____

Sexo: M ☐ F ☐ Idade _____

Data da última menstruação __/__/__ Gravidez: Sim ☐ Não ☐

Data e hora da violência sexual __/__/__ __:__

Circunstâncias: _____

Número de agressores: 1 ☐ Mais de 1 ☐

Condição da pessoa exposta

T HIV: Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado ☐

Recusa teste ☐ Teste não disponível ☐

Condição da pessoa fonte

HIV: Positivo ☐ Negativo ☐ Desconhecido ☐ Recusa teste ☐

Teste não disponível ☐ Indeterminado ☐

História Clínica da Pessoa Exposta

	Sim	Não
Contactos sexuais no último mês		
Antecedentes de ITS		
Sinais de gravidez		
Violência dentro de casa		
Pelo parente (refra grau de parentesco nos comentários)		
Escoriações Vulvares		
Escoriações Anais		
Laceração recente do himen		
Sinais de penetração vaginal		
Sinais de penetração anal		
Lacerações vaginais		
Lacerações anais		
Equimoses na pele		
Escoriações na pele		

SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE DE LABORATÓRIO

Hemograma	Sim ☐	Não ☐	Referido ☐	Não precisa ☐
Teste de Gravidez	Sim ☐	Não ☐	Referido ☐	Não precisa ☐
Transaminases	Sim ☐	Não ☐	Referido ☐	Não precisa ☐
RPR	Sim ☐	Não ☐	Referido ☐	Não precisa ☐
Hepatite	Sim ☐	Não ☐	Referido ☐	Não precisa ☐
Presença de Espermatozóides	Sim ☐	Não ☐	Referido ☐	Não precisa ☐

AVALIAÇÃO DE RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV

NÍVEL EXPOSIÇÃO	TRATAMENTO FORNECIDO
Exposição com baixo risco: Exposição na vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada Por: urina, saliva, suor, lágrimas quando não contaminadas com sangue	Não inicia PPE
Exposição com risco de transmissão do HIV: Exposição na vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada Por: sangue, sémen, secreções vaginais, nectars ou outro fluído contaminado com sangue De: pessoa Fonte HIV Positiva, com ou sem SIDA ou desconhecido	Tratamentos Início Regime Triplo ☐ Profilaxia ITS ☐ Contracepção de emergência ☐

Comentários: _____

Referências:

Medicinal Legal ☐ Polícia ☐

Apoio Psico Social ☐ Serviços Comunitários ☐ Outros ☐

SEGUIMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL

Inicial 2ª sem 4ª sem 6ª sem 3º mês 6º mês

Seguimento Laboratorial					
Data					
HIV					
Hemograma					
Transaminases					
Hepatite B					
RPR					
Teste Gravidez					
Seguimento Clínico					
Vacinação Hepatite B					
Aconselhamento					
Avaliação Psicológica					
Raibica do Clínico					

Nota: Para a consulta e seguimentos (semana 2, 4, 6, mês 3 e 6), por favor datar, identificar o técnico que realizou a atenção e resumir brevemente a avaliação clínica, efeitos secundários, referência realizadas, aconselhamento, e outros segundo necessidade.

Consulta inicial Data: _____ Nome do Clínico: _____

Seguimentos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Alta Data: _____

Nome do clínico: _____ Sib _____

ANEXO 24: Profilaxia pós exposição ao HIV

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV

MINISTÉRIO DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Ficha de Notificação N° _____

Identificação

Nome da US a prestar a atenção: _____

Se é uma referência, nome da US que referiu: _____

Nome _____ Idade _____

Local de trabalho (US e serviço) _____

Acidente

Data _____ Hora _____

Circunstâncias: _____

Avaliação

Data _____ Hora _____

Condição do doente fonte

Teste para HIV: Positivo ☐ Negativo ☐ Desconhecido ☐

Teste não disponível ☐ Avaliação clínica: Com SIDA ☐ Sem SIDA ☐

Condição do trabalhador de saúde

Teste para HIV: Positivo ☐ Negativo ☐ Recusa teste ☐

Teste não disponível ☐ Grávida: Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐

Avaliação do risco

TIPO DE ACIDENTE	DOENTE FONTE		
	HIV+ C/SIDA	HIV+ S/SIDA	DESC.
Exposição massiva: Picada ou corte profundo ☐ Dispositivo intravascular ☐ Agulha perfurada de grande calibre ☐ Produto de laboratório concentrado ☐	Iniciar Kit 2 para todos os casos		
Exposição intermediária: Corte com um bisturi através das luvas ☐ Picada superficial com agulha em bisel ☐	Iniciar Kit 2	Iniciar Kit 1	
Exposição mínima: Simples erosão epidérmica com agulha de sutura ou de pequeno calibre ☐	Não iniciar PPE		

ANEXO 24.1: Profilaxia pós exposição ao HIV

Tipo de tratamento:

Kit 1 ☐ Kit 2 ☐ Referido para teste e/ou tratamento ☐ Não necessita tratamento ☐

Análises pedidas

Transaminases ☐ Hemograma ☐

Comentários: _____

Nome do técnico: _____ Categoria: _____

Data da consulta de seguimento: _____ Referido para: _____

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV

Ficha de Seguimento ao Trabalhador de Saúde

Nome da US a prestar a atenção: _____

Se é uma referência, nome da US que referiu: _____

	Inicial	Semana 2	Semana 4	Semana 6	Mês 3	Mês 6	Mês 9
Data							
Análises de laboratório							
Hemograma							
VS							
Transaminase							
HIV							
Serologia das hepatites							

Nota: Para a consulta e seguimentos (semana 2, 4, 6, mês 3, 6 e 9), por favor datar, identificar o técnico que realizou a atenção e resumir brevemente a avaliação clínica, efeitos secundários, referências realizadas, aconselhamento e outros, segundo a necessidade.

Consulta inicial. Data: _____ Nome do técnico: _____

_____

_____

_____

Seguimentos: _____

_____

_____

_____

_____

Alta. Data:: _____ Nome do técnico: _____

_____

MOÇAMBICANOS E AMERICANOS
JUNTOS NA LUTA CONTRA O HIV/SIDA

I-TECH
International
Training & Education
Center for Health

Esta publicação foi financiada pela I-TECH, através de fundos do Centro para Controlo de Doenças e Prevenção (CDC) no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio do SIDA (PEPFAR). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não reflecte necessáriamente a opinião do CDC.