

**MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

**GUIA DE TRATAMENTO
ANTIRETROVIRAL E INFECÇÕES
OPORTUNISTAS NO ADULTO,
ADOLESCENTE E GRÁVIDAS**

2009/2010

FICHA TÉCNICA

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

Ministro da Saúde

Dr. Mouzinho Saíde

Director Nacional de Saúde

Dr. Américo Assan

Chefe da Direcção Nacional de Assistência Médica

Autores

Comité Nacional de Tratamento Antiretroviral:

- Dr. Rui Bastos
- Dra. Rolanda Manuel
- Dra. Nafisa Osman
- Dra. Elisabete Nunes
- Dra. Tatiana Fonseca
- Dr. Aires Fernandes
- Dr. Sam Pate;

Colaboradores:

- Dra. Sílvia Kelbert
- Dra. Rosana del Bianco
- Dr. Marco Antônio de Ávila Vitória
- Dra. Hilde Verdelanotte
- Dra. Maria Ruano
- Dra. Pilar Martinez
- Dr. Vicent Buard
- Dra. Madeleine Anapenge
- Dra. Caroline Soi
- Dr. João Teixeira
- Dr. Antonio Almsnjane
- Dra. Inês Zimba
- Dra. Larissa Polejack
- Dra. Carina Ismael

Redacção e Revisão Técnica:

- Dr. Rui Bastos
- Dra. Rolanda Manuel
- Dra. Sílvia Kelbert

ÍNDICE

PREFÁCIO

PARTE 1

**TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL NO ADULTO,
ADOLESCENTE E GRÁVIDAS**

I – INTRODUÇÃO

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

O conhecimento científico sobre o vírus e sobre a resposta imunológica do ser humano evolui constantemente, e há a cada ano 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 imunoviológicos 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 introduzidas algumas alterações, e salientamos as mais importantes, que são: 1) nos critérios para iniciar o TARV, o valor de linfócitos T CD4+ indicativo passa a ser de 250 células/mm³, correspondendo assim às mais recentes recomendações científicas mundiais; 2) na alteração do regime da primeira linha, com a troca da Estavudina pela Zidovudina, evitando, entre outros, os frequentes efeitos secundários daquele fármaco, e ainda, a introdução de novos inibidores de protease como Lopinavir com Ritonavir associado e Saquinavir, e o novo inibidor nucleotídeo da transcriptase reversa Tenofovir; e 3) a introdução do exame laboratorial carga viral do HIV na monitoria do TARV.

Dá-se igualmente maior relevo aos problemas das mulheres grávidas infectadas pelo HIV.

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.

II- ESTADIAMENTO DA INFECCAO PELO HIV – OMS (2006)

Definição de SIDA em África segundo a OMS

A infecção pelo HIV pode ser reconhecida por 2 testes rápidos positivos (Determine e Unigold) para o HIV, associado a qualquer um dos critérios clínicos abaixo mencionados:

Nota: Esta é a classificação a ser seguida em Moçambique

Quadro I: Classificação da OMS (2006) – Detalhada

Estadio 1		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Assintomático	Sem queixa de sintomas e ausência de sinais clínicos relacionados ao HIV e ao exame físico.	Não se aplica
Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	Aumento de linfónodos (>1 cm) em 2 ou mais cadeias ganglionares não contíguas (excluída cadeia inguinal) persistente por 3 meses ou mais, sem dor, sem causa conhecida.	Histologia (biópsia)

Estadio 2		
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 +1 ou mais nos últimos 6 meses)	Diagnóstico sintomático: dor facial unilateral com rinorréia (sinusite); membrana timpânica inflamada e dolorosa (otite média); faringo-amigdalite sem sinais de infecção viral (por exemplo, tosse ou rinorréia)	Estudos de laboratório quando disponíveis, como cultura de amostras de fluidos (normalmente não disponível em Moçambique)
Herpes zóster	Rash cutâneo doloroso com vesículas de conteúdo líquido e distribuição por dermatómos. Não ultrapassam a linha média	Diagnóstico clínico
Queilite angular	Rachaduras no ângulo da boca com despigmentação, não relacionadas com deficit de ferro ou vitaminas e que usualmente responde a 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 pseudomembrana amarelo-acinzentada.	Diagnóstico clínico
Erupção pápulo-pruriginosa (Prurigo)	Lesões pápulo-pruriginosas que geralmente deixam pigmentação posterior	Diagnóstico clínico
Dermatite seborreica	Dermatite pruriginosa e descamativa que afecta a zonas pilosas como coroa 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 3		
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 de >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
Diarréia crônica 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 a tratamento sintomático com antibióticos ou antiparasitários.	3 ou mais evacuações de consistência reduzida documentadas e dois ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência de 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 noturnos (intermitentes ou constantes) por mais de um mês, sem resposta a antibióticos nem a antimaláricos, sem foco de doença evidente no exame físico.	Febre > 37,5°C com hemocultura negativa (não disponível na maioria das U.S.), coloração de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente.
Candidíase oral	Placas esbranquiçadas persistentes ou recorrentes. Podem ser pequenas, cremosas, que podem ser descamadas (pseudomembranosas), ou manchas vermelhas em língua, palato ou assoalho da boca, geralmente dolorosas ou sensíveis (forma eritematosa).	Diagnóstico clínico
Leucoplasia oral pilosa	Pequenas lesões lineares nas bordas laterais da língua, geralmente bilaterais, que não podem ser descamadas.	Diagnóstico clínico
TB Pulmonar	Sintomas crônicos (> 2-3 semanas) como: tosse, hemoptise, dispnéia, dor torácica, perda de peso, febre, suores noturnos, sem evidência de doença extra pulmonar (além de TB ganglionar, que é considerada uma manifestação menos severa de TB extra pulmonar).	Isolamento do <i>M. tuberculosis</i> na coloração de Ziehl-Nielsen (BK) ou na cultura de escarro, e/ou Rx tórax com mudanças típicas de TB.

Estadio 3		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Infecções bacterianas severas (por exemplo: pneumonia, meningite, empiema, piomiosite, 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 esterilizados) [teste normalmente não disponível em Moçambique]
Gengivite aguda ulcerativa necrotizante ou periodontite necrotizante	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 (< 0.5 x 10 ⁹ /litro) ou plaquetopenia crónica (< 50 x 10 ⁹ /litro) 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, antimaláricos e antiparasitários (segundo protocolos nos guias nacionais e outros).

Nota:

A Tuberculose Pulmonar, que caracteriza o indivíduo como Estadio III da OMS refere-se à doença atual (nos últimos 24 meses).

Estadio 4		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Síndrome caquética	<p>Perda de peso involuntária e inexplicada (> 10% do peso corporal basal) com emagrecimento evidente ou IMC < 18,5 kg/m²</p> <p>COM</p> <p>Diarréia crónica inexplicada (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) durante mais de 1 mês</p> <p>OU</p> <p>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.</p>	<p>Perda de peso documentada de >10% do peso corporal</p> <p>COM</p> <p>Dois ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência de patógeno</p> <p>OU</p> <p>Febre > 37,5°C com hemocultura negativa, coloração de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente</p>
Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)	<p>Dispneia com exercício ou tosse seca (ou expectoração clara) de início nos últimos 3 meses, taquipneia e febre diária</p> <p>COM</p> <p>Rx tórax com infiltrado intersticial bilateral</p> <p>E</p> <p>Sem evidência de pneumonia bacteriana; (crepitações bilaterais na auscultação com ou sem diminuição do murmuro vesicular)</p>	<p>Citologia ou imunofluorescência de amostra de escarro induzido ou lavagem bronco alveolar, ou histologia de tecido pulmonar. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique)</p>
Pneumonia bacteriana severa e recorrente	<p>Episódio actual mais um ou mais episódios nos 6 meses anteriores; início agudo (< de 2 semanas) de sintomas severos (como febre alta, tosse com expectoração purulenta, dispneia ou dor torácica) COM consolidação pulmonar nova no exame físico ou Rx tórax; resposta aos antibióticos</p>	<p>Cultura positiva ou teste antigénico positivo para germe compatível (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)</p>
Infecção crónica por <i>Herpes simplex</i> (orolabial, genital ou anorectal) de >1 mês ou infecção visceral de qualquer duração	<p>Ulceração progressiva e dolorosa orolabial ou anogenital; lesões causadas por infecção recorrente por herpes presente >1 mês. História de episódios prévios. A infecção visceral por herpes não pode ser diagnosticada clinicamente; requer diagnóstico definitivo.</p>	<p>PCR para DNA de VHS ou citologia/histologia compatíveis (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)</p>

Estadio 4		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Candidíase esofágica	Início recente de dor retro esternal ou dificuldade para engolir (sólidos e líquidos), geralmente associada a candidíase oral.	Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia, microscopia de espécime ou histologia. (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Tuberculose extra pulmonar	Doença sistémica (por exemplo, com febre, suores nocturnas, fraqueza ou astenia, perda de peso); Outra evidência de TB extra pulmonar ou disseminada dependeria do sítio da infecção (pleura, pericárdio, meninges, abdómen). A TB ganglionar (especialmente nos gânglios cervicais) é considerada uma forma menos severa de TB extra pulmonar.	Isolamento de <i>M. tuberculosis</i> 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 arroxeadas que geralmente evoluem para placas ou nódulos	Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia ou histologia
Infecção por Citomegalovirus (diferente da infecção no fígado, baço ou gânglios linfáticos)	Retinite é a única manifestação do citomegalovirus que pode ser diagnosticada clinicamente 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 à 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)

Nota:

Na evolução da infecção pelo HIV, uma vez que o indivíduo tenha tido uma condição clínica que o classifique no Estadio II da OMS, este não poderá ser classificado novamente no Estadio I da OMS quando aquela condição clínica se resolva. O mesmo é válido para o estadiamento III em relação ao II, e o estadiamento IV em relação ao III. Ou seja, o estadiamento deve sempre ser progressivo.

O estadiamento clínico segundo a OMS faz parte da consulta clínica, e deve ser feito a cada consulta.

Quadro II: Classificação Imunológica com base na contagem de CD4

	< 12 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos & ADULTOS
Imunodeficiência Ausente	>1500 ($\geq 25\%$)	≥ 1000 ($\geq 25\%$)	≥ 500 ($\geq 25\%$)
Imunodeficiência Moderada	750-1499 (15-24%)	500-999 (15-24%)	200-499 (15-24%)
Imunodeficiência Severa	<750 (<15%)	<500 (<15%)	<200 (<15%)

III – FÁRMACOS ANTIRETROVIRAIS DISPONÍVEIS EM MOÇAMBIQUE

III.A. CLASSES DOS FÁRMACOS ANTIRETROVIRAIS SEGUNDO OS MECANISMOS DE AÇÃO

Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR)

- Zidovudina (AZT ou ZDV)
- Estavudina (d4T)
- Lamivudina (3TC)
- Didanosina (ddI)
- Abacavir (ABC)

Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa

- Tenofovir (TDF)

Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR)

- Nevirapina (NVP)
- Efavirenz (EFV)

Inibidores da Protease (IP)

- Indinavir (IDV)
- Ritonavir (RTV)
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
- Saquinavir (SQV)

III.B. DESCRIÇÃO DOS ANTIRETROVIRAIS: APRESENTAÇÃO, POSOLOGIA E INTERAÇÃO COM OS ALIMENTOS

Quadro III: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR)

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interação com alimentos															
ABACAVIR	ABC	Comprimido 300mg	300mg 12/12h	1.5h	Não necessita de ajuste na posologia	Administrar com ou sem alimentos															
DIDANOSINA	ddI	Comprimidos Tamponados 25, 50, 100, e 200mg	<ul style="list-style-type: none"> • ≥60kg: 200mg 12/12h ou 400mg 1x/dia • <60kg: 125mg 12/12h ou 250-300mg 1x/dia 	1.6h	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dep Cr.(ml/mim)</th> <th colspan="2">Dose diária</th> </tr> <tr> <td></td> <th>>60kg</th> <th><60kg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30-59</td> <td>200mg</td> <td>125mg</td> </tr> <tr> <td>10-29</td> <td>125mg</td> <td>100mg</td> </tr> <tr> <td><10</td> <td>125mg</td> <td>75mg</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hemodiálise ou CADP (diálise peritoneal): considerar dose para ClCr<10ml/min</p> <p>- Quando usado em associação com Tenofovir, reduzir dose ddI para 250mg/dia se >60kg ou 200mg/dia se <60kg)</p>	Dep Cr.(ml/mim)	Dose diária			>60kg	<60kg	30-59	200mg	125mg	10-29	125mg	100mg	<10	125mg	75mg	Administrar ≥30mim antes, ou ≥2h após alimentação. Deve ser diluído em água ou mastigado.
		Dep Cr.(ml/mim)	Dose diária																		
	>60kg	<60kg																			
30-59	200mg	125mg																			
10-29	125mg	100mg																			
<10	125mg	75mg																			
		Comprimidos revestidos para liberação entérica (EC = “enteric coated”) de 250 e 400mg	<ul style="list-style-type: none"> • ≥60kg :400mg 1x/dia ou • <60kg:250 1x/dia ou 125mg 12/12h 	1.6h		Administrar ≥30mim antes, ou ≥2h após alimentação. Não precisa ser diluído nem mastigado															
ESTAVUDINA	d4T	Cápsulas 30 mg	30mg 12/12h	1,4h	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dep Cr.(ml/mim)</th> <th colspan="2">Dose diária</th> </tr> <tr> <td></td> <th>>60kg</th> <th><60kg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26-50</td> <td>20mg 12/12h</td> <td>15mg 12/12h</td> </tr> <tr> <td>10-25</td> <td>125mg</td> <td>100mg</td> </tr> </tbody> </table> <p>Doentes em Hemodiálise : usar a mesma dose da Dep.Cr (ml/min). Dose após diálise no dia da diálise.</p>	Dep Cr.(ml/mim)	Dose diária			>60kg	<60kg	26-50	20mg 12/12h	15mg 12/12h	10-25	125mg	100mg	Administrar com ou sem alimentos.			
Dep Cr.(ml/mim)	Dose diária																				
	>60kg	<60kg																			
26-50	20mg 12/12h	15mg 12/12h																			
10-25	125mg	100mg																			

LAMIVUDINA	3TC	Comprimido 150mg Em associação: - Cp de AZT 300mg + 3TC 150mg - Cp de d4T 30 mg + 3TC 150 mg	<ul style="list-style-type: none"> • 150mg 12/12h ou 300mg 1x/dia • <50kg: 2mg/kg 12/12h • • Em associação: • AZT+3TC:1cp 12/12h • d4T+3TC: 1cp 12/12h 	5-7h	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dep Cr.(ml/mim)</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30-59</td> <td>150mg a cada 24h</td> </tr> <tr> <td>10-29</td> <td>150mg na 1ª dose e a seguir 100mg 1xdia</td> </tr> <tr> <td><10</td> <td>150mg na 1ª dose e a seguir 50mg 1xdia</td> </tr> <tr> <td><5</td> <td>50mg na 1ª dose e a seguir 25mg 1xdia</td> </tr> </tbody> </table>	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	Administrar com ou sem alimentos.
					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)																
ZIDOVUDINA	AZT ou ZDV	Cápsula 100mg e 300mg Em associação: - Cp de AZT 300mg + 3TC 150mg	300mg12/12h Em associação: 1cp 12/12h	1,2h	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dep Cr.(ml/mim)</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30-59</td> <td>300mg 12/12h</td> </tr> <tr> <td>10-29</td> <td>300mg 12/12h</td> </tr> <tr> <td><10</td> <td>300mg 1xdia</td> </tr> </tbody> </table>	Dep Cr.(ml/mim)	Dose	30-59	300mg 12/12h	10-29	300mg 12/12h	<10	300mg 1xdia	Administrar com ou sem alimentos.		
					Dep Cr.(ml/mim)	Dose										
30-59	300mg 12/12h															
10-29	300mg 12/12h															
<10	300mg 1xdia															

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

Quadro IV: Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interação com alimentos						
TENOFOVIR	TDF	Comprimidos 300 mg	300 mg 1x/dia	17h	<table border="1" data-bbox="1205 451 1771 564"> <thead> <tr> <th data-bbox="1205 451 1458 491">Dep Cr.(ml/min)</th> <th data-bbox="1458 451 1771 491">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1205 491 1458 528">30-49</td> <td data-bbox="1458 491 1771 528">300mg a cada 48h</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1205 528 1458 564">10-29*</td> <td data-bbox="1458 528 1771 564">300mg 2x semana</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="1205 564 1771 785">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</p>	Dep Cr.(ml/min)	Dose	30-49	300mg a cada 48h	10-29*	300mg 2x semana	Administrar com ou sem alimentos
Dep Cr.(ml/min)	Dose											
30-49	300mg a cada 48h											
10-29*	300mg 2x semana											

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

Quadro V: Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR)

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interação com alimentos
EFAVIRENZ	EFV	Cápsulas de 600mg e 200mg	600mg 1x/dia	40 –55h	Não necessita de ajuste (dialisável)	Administrar com ou sem alimentos, evitando somente refeições muito gordurosas..
NEVIRAPINA	NVP	Comprimido 200mg	200mg 2x/dia. Iniciar com 200mg/dia durante 14 dias, e, na ausência de exantema, ↑ para dose total. Se interrupção > 7 dias, reiniciar com 200mg/dia	25-30h	Não necessita de ajuste (não dialisável)	Administrar com ou sem alimentos

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

Quadro VI: Inibidores da Protease (IP)

Nome Genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida Plasmática (de eliminação)	Posologia na insuficiência renal ou hepática*	Interação com alimentos
INDINAVIR	IDV	Cápsula 400mg	<ul style="list-style-type: none"> • IDV 800mg 8/8h ou • IDV 800mg + RTV 100-200mg 12/12h 	1,5 –2h	<p>Insuficiência renal: Não necessita de ajuste</p> <p>Insuficiência hepática: 600mg 3x/dia (não associar ao RTV)</p>	Administrar ≥ 1h antes ou ≥ 2 hs após a alimentação, quando usado sem o RTV. Alternativa é o uso do IDV com alimentos de baixo teor de gordura/proteína - Associado ao RTV: administrar com ou sem alimento
LOPINAVIR/r	LPV/r	Comprimidos de 200mg/50mg	<ul style="list-style-type: none"> • 400/100mg (2comp 12/12h). • Associado com EFV ou NVP: ajustar a dose do LPV/r para 3 comprimidos 12/12h • Associado com SQV: ajustar a dose do LPV/r para 2cp 12/12h + 1000mg SQV 12/12h • Nas grávidas com >60kg: ajustar a dose do LPV/r para 3cp 12/12h 	5 – 6h	Não necessita de ajuste (não dialisável)	Administrar com alimentos

RITONAVIR	RTV	Cápsula 100mg	Associado com outro IP: vide IP em questão + RTV 100mg 2x/dia	3 – 5h	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste (não dialisável). Insuficiência hepática: evitar uso.	Administrar, preferencialmente, com alimento para melhorar a tolerância
SAQUINAVIR	SQV	Cápsula dura de 200 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Associado com RTV: SQV 1000mg 12/12h + RTV 100mg 12/12h. Na TB+HIV: SQV 400mg 12/12h + RTV 400mg 12/12h • Associado com LPV/r: SQV 1000mg 12/12h +LPV/r 400mg/100mg 12/12h 	1-2 h	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste Insuficiência hepática: usar com precaução em casos graves	Quando associado ao RTV, não é necessário administrar com alimentos gordurosos.

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

Nota:

Ritonavir é usado como potenciador dos outros IP (SQV, IDV, LPV, entre outros), já que este medicamento inibe as enzimas do Citocromo P4503A4 e agindo 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 confirmam resistência viral.

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

HOMEM
$\frac{(140 - \text{idade em anos}) \times \text{peso (kg)}}{72 \times \text{Creatinina sérica (mg/dl)}^*$
MULHER
$\frac{(140 - \text{idade em anos}) \times \text{peso (kg)}}{72 \times \text{Creatinina sérica (mg/dl)}^*} \times (0,85)$

* Em Moçambique, a unidade de referência da creatinina sérica é $\mu\text{mol/L}$, 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 $\mu\text{mol/L}$) para mg/dl, antes de se aplicar a fórmula acima.

Para isso, basta dividir o valor da creatinina sérica do doente (em $\mu\text{mol/L}$) por 88,4. O resultado corresponderá a medida da creatinina sérica do doente em mg/dl.

Quadro VII: Efeitos adversos mais frequentes e interações medicamentosas mais importantes dos Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa

ABACAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÃO COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
<p>Reação de hipersensibilidade com sintomas sistêmicos, respiratórios e/ou gastrointestinais, em geral com febre e sem acometimento de mucosas.</p> <p>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.</p>	Nenhuma descrita	<p>Etanol aumenta em 41% níveis séricos de ABC (significado clínico desconhecido). ABC ↑ <i>clearance</i> de metadona em 22%.</p>
DIDANOSINA		
EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÃO COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
<p>Intolerância gastrointestinal (náusea e diarreia), neuropatia periférica, pancreatite, acidemia assintomática, lipoatrofia.</p> <p>Raro: acidose láctica, com esteatose hepática (grave, pode ser fatal).</p>	<p>Estavudina: embora haja evidências de que a combinação d4T aumente o risco de neurotoxicidade, pancreatite, acidose láctica e lipoatrofia, a combinação não é uma contra-indicação absoluta, mas deve ser evitada, especialmente em gestantes, onde nesse caso é contra-indicada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos cuja absorção seja dependente da acidificação gástrica, tais como dapsona, ketoconazol, itraconazol, tetraciclina e fluoroquinolonas, devem ser administrados 1 a 2 horas antes ou depois da formulação tamponada do ddI. Esta interação não existe com a forma de revestimento entérico. - Medicamentos associados com pancreatite, tais como pentamidina, devem ser evitados ou administrados com precaução. - Álcool (↑toxicidade). Medicamentos associados com neuropatia periférica, tais como etambutol, etionamida, fenitoína, hidralasina, glutetimida, isoniazida, vincristina e cisplatina, devem ser evitados ou administrados com precaução. - Metadona (↓ddI). Considerar aumento de dose de ddI. - Ganciclovir e Ribavirina (↑ddI). Monitorar toxicidade do ddI. - TDF: ↑ os níveis séricos do ddI em 40% (reduzir dose ddI para 250mg/dia se >60kg ou 200mg/dia se <60kg)

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 ddI aumenta o risco de neurotoxicidade, 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 vômito. Astenia, mal-estar geral, cefaléia, insónia, hiperpigmentação cutânea, ungueal e de mucosas. Raro: acidose láctica, com esteatose	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.

hepática (grave, pode ser fatal). O uso prolongado de ZDV foi associado com miopatia sintomática.		
------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Quadro VIII: Efeitos adversos mais frequentes e interações medicamentosas mais importantes do Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa

TENOFIVIR		
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 (síndrome de Fanconi) , que é o efeito adverso mais importante. Outros efeitos adversos: acidose láctica e esteatose hepática, astenia, cefaléia, diarreia, náuseas, vômitos e flatulência;	Didanosina: aumenta os níveis séricos deste fármaco em 40% (reduzir dose ddI 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 controle da tensão arterial nos doentes em tratamento com Tenofovir deve ser encorajado.

Quadro IX: Efeitos adversos mais frequentes e interações medicamentosas mais importantes dos Inibidores Não Nucleosídios da Transcriptase Reversa

EFAVIRENZ		
EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÃO COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
Exantema, síndrome de Stevens-Johnson. Sintomas neuropsiquiátricos: distúrbios do sono (sono agitado, insônia, 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. INNR: Potencial interação. 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 ginkgo biloba. - Metadona: ↓ metadona, considerar ajuste de dose. - Atenção: A NVP ↓ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.

Quadro X: Efeitos adversos mais frequentes e interações medicamentosas mais importantes dos Inibidores da Protease

RITONAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÃO COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
<p>Intolerância gastrointestinal (Diarréia, náusea e vômito, flatulência, alteração do paladar, anorexia). Parestesia (perioral e de extremidades). Cefaléia, astenia, tonturas, insônia. Elevação do CPK e ácido úrico. Possível aumento de sangramento em hemofílicos. Aumento das transaminases, hepatite clínica. Dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia, diabetes.</p>	<p>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.</p>	<p>- Uso concomitante contra-indicado: meperidina, piroxicam, propoxifeno, amiodarona, encainida, flecainida, propafenona, quinidina, beperidil, derivados do ergot, sinvastatina, lovastatina, astemizol, terfenadina, cisaprida, bupropiona, closapina, pimizida, clorazepato, alprazolam, diazepam, estazolam, flurazepam, midazolam, triazolam, zolpidem, cápsula de alho.</p> <p>- Rifampicina (↓ 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 nefrolitíase).</p> <p>Atenção: O RTV ↓ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.</p>
INDINAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÃO COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
<p>Intolerância gastrointestinal</p>	<p>Didanosina: ↓ a</p>	<p>- Uso concomitante contra-indicado: rifampicina, sinvastatina, lovastatina,</p>

<p>(náuseas, vômitos, distúrbios do paladar, dor abdominal), nefrolítiase (hematúria, piúria estéril e cólica nefrítica), alopecia, xerodermia, xerostomia, hiperbilirrubinemia indirecta (sem consequências), possível aumento de sangramentos em hemofílicos. Aumentos das transaminases, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes, osteonecrose da cabeça do fêmur, granuloma piogénico do dedo hálux (<i>vulgo “unha encravada”</i>)</p>	<p>absorção de IDV. Administrar com intervalo mínimo de 1h. Efavirenz ou Nevirapina: ↓ IDV. Considerar ajuste da dose de IDV para 1000mg 8/8h. Ritonavir: ↑ IDV: ajustar as doses para: IDV 800mg + RTV 100mg, ambos 12/12h. Saquinavir: evitar co-administração</p>	<p>derivados de ergot, astemizol, terfenadina, cisaprida, midazolam, erva de são João, cápsula de alho, echinacea, ginseng e ginko-biloba, Hipérico - Rifabutina (↓ IDV e ↑rifabutina). Ajustar a dose de Rifabutina. - Ketoconazol e itraconazol (↑ IDV). Considerar a redução da dose de IDV para 600mg 8/8h. - Aciclovir (maior risco de nefrolitiase). - Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ IDV).Considerar alternativas terapêuticas. - Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25 mg/dia</p>
LOPINAVIR/r		
EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÃO COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
<p>Intolerância gastrointestinal (Diarréia, náusea e vômito). Parastesia (perioral e de extremidades). Possível aumento de sangramentos em hemofílicos. Aumento das transaminases, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.</p>	<p>Didanosina: ↓ a absorção. Administrar com intervalo mínimo de 1h. Efavirenz ou Nevirapina: ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 2x/dia.</p>	<p>- 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, ginseng e ginko-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 interação que requerem estreito monitoramento ou ajuste de dose: amiodarona, bepridil, lidocaína (sistémica), quinidina, ciclosporina,</p>

		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.
SAQUINAVIR		
EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÃO COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
Intolerância gastrointestinal e diarreia, cefaléia, aumento das transaminases, hiperlipidemia, hiperglicemia, diabetes, lipodistrofia, aumento de episódios hemorrágicos em doentes com hemofilia	EFV e NVP: Não se recomenda usar Saquinavir como único IP quando se administra junto com Efavirenz (potencializar com ritonavir)	<ul style="list-style-type: none"> - Uso concomitante contra-indicado: sinvastatina, Lovastatina. Rifampicina, Astemizol, Terfenadina, Cisaprida, Pimozida, Midazolan, Triazolan, derivados ergot, Hipérico - Usar com precaução com: ketoconazol, itraconazol e voriconazol, Atorvastatina, pravastatina, - Carbamazepina, Fenobarbital e Fenitoina podem diminuir de forma importante os níveis de SQV - O sumo de toranja aumenta os níveis de SQV. - Dexametasona (corticoide) reduz os níveis de SQV - Rifampicina: diminui os níveis séricos do SQV. Usar somente associado com RTV.

III.C. CRITÉRIOS PARA INICIAR O TARV EM ADULTOS E ADOLESCENTES

Quadro XI: Critérios para Iniciar TARV em adultos e adolescentes

Estadio Clínico da OMS	CD4 não disponível	CD4 disponível
I	Não tratar	Tratar se $CD4 \leq 250 \text{ cel/mm}^3$
II	Não tratar	
III	Tratar	Tratar se $CD4 \leq 350 \text{ cel/mm}^3$
IV	Tratar	Tratar independentemente da contagem de CD4
E		
APÓS PREPARAÇÃO DO DOENTE PARA GARANTIR UMA ADESAO 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 com menos de 1.200 linfócitos totais/ mm^3 (ou queda anual maior que 33%), especialmente se Hemoglobina $< 10 \text{ g/dl}$, pela grande probabilidade da contagem de Linfócitos T – CD4+ ser $< 200 \text{ cel/mm}^3$. (*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;

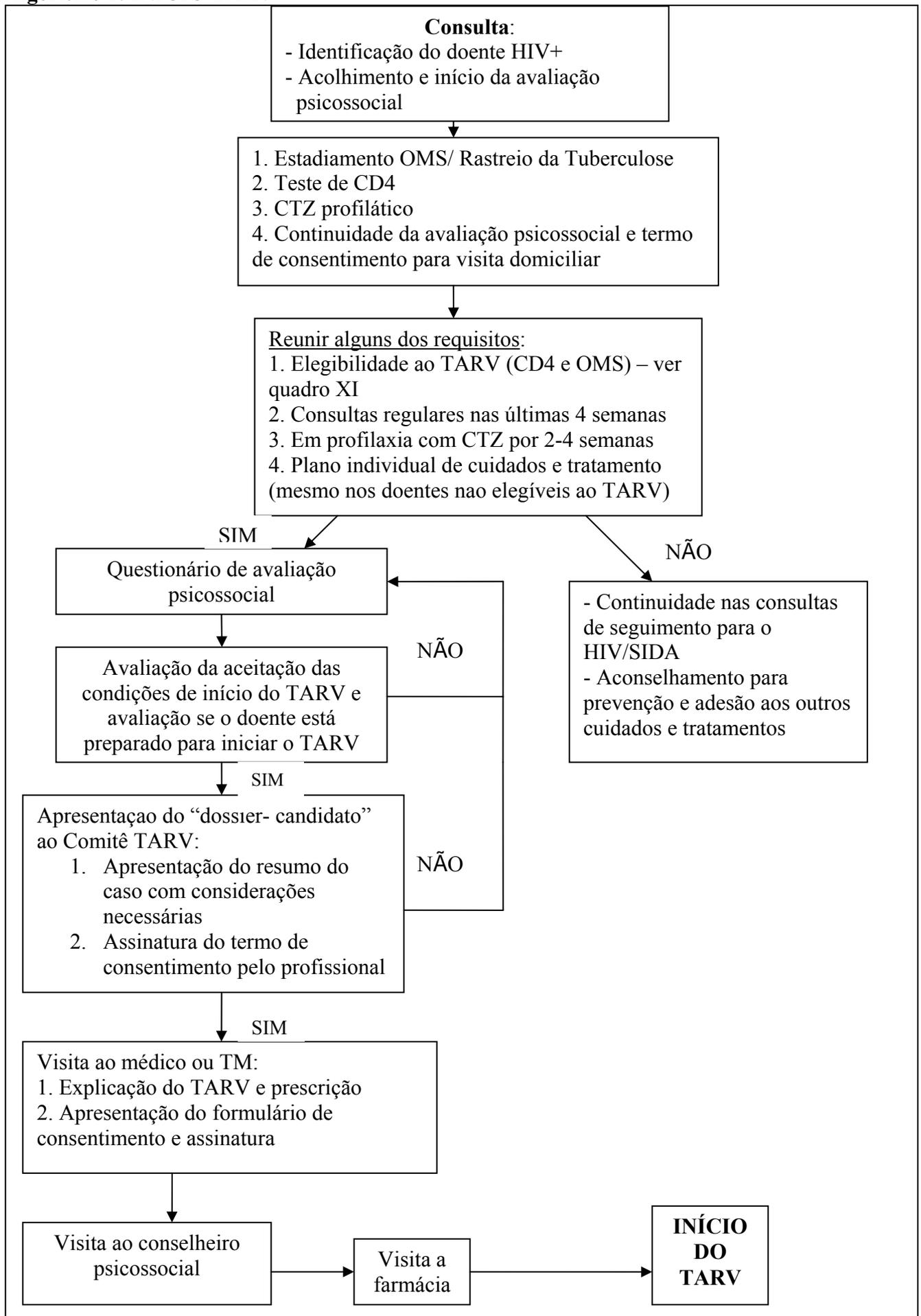
Linfócitos T CD4+: 25 a 30% dos linfócitos T (confiabilidade de 80%);

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 ($CD4 < 200 \text{ cel/mm}^3$) 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. 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 1: INÍCIO TARV



III.D. REGIMES TERAPÊUTICOS

O regime recomendado é o de tripla terapia. Actualmente recomenda-se a combinação de:

2 INTR + 1 INNTR
ou
3 INTR
ou
2 INTR + 1 IP

A escolha do esquema a ser seguido tem em conta a condição clínica, laboratorial do doente e a farmacologia dos medicamentos ARV disponíveis.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS SEGUIDOS EM MOÇAMBIQUE

1º LINHA: AZT + 3TC + NVP

ALTERNATIVAS À 1º LINHA:

- Se anemia com Hgb \leq 8g/dl: d4T + 3TC + NVP
- Se intolerância a NVP Grau 1 ou 2: monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar NVP por EFV
- Se intolerância a NVP Grau 3 ou 4: AZT + 3TC + ABC
- Se anemia com Hgb \leq 8g/dl E neuropatia periférica: TDF + 3TC + NVP
- Se gravidez: ver capítulo específico

IMPORTANTE

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 antiretroviral 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, tratar a anemia com sal ferroso +ácido fólico + complexo B e/ou transfusão sanguínea (se indicado) e substituir o AZT por d4T para início do TARV. Tão logo 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. Para os doentes já em uso de esquema de 1ª linha com d4T:

- Nos casos de neuropatia periférica em qualquer grau, trocar d4T por AZT;
- Nos casos de lipodistrofia, trocar d4T por AZT. Esta troca pode não reverter completamente a lipodistrofia já instalada, mas tende a interromper a sua progressão;

2. Existe maior risco de reação adversa grave (alergias e/ou hepatotoxicidade) com o uso de Nevirapina, principalmente em mulheres com CD4 >250 cel/mm³ e em homens com CD4 > 400 cel/mm³. Para o adequado manejo, ver Capítulo IX (Parte 1).

3. Para pacientes co-infectados TB/HIV, seguir os critérios de início TARV segundo protocolo específico, Capítulo VII (Parte 1). Substituir a NVP por EFV durante o tratamento para TB, voltando à NVP logo que terminar o tratamento da TB contendo rifampicina. Para casos com contra-indicação ao uso do EFV, seguir as recomendações do capítulo acima referido.

4. Alguns estudos demonstram que a toxicidade hepática da Nevirapina pode ocorrer no primeiro ano de tratamento, tendo como factor de risco a hepatopatia crônica viral do tipo C ou B, bem como nos usuários de drogas endovenosas. Nesses casos, não há relação com o valor de CD4, e, sendo assim, devemos manter uma vigilância com maior periodicidade da função hepática.

IV. ADESÃO AOS CUIDADOS E TRATAMENTO

A adesão aos cuidados e tratamento é um dos principais desafios do TARV. Normalmente as pessoas estão acostumadas a fazer um tratamento por um período de tempo, para curar uma doença ou para aliviar um sintoma. É preciso considerar que, até o presente momento, o TARV será um tratamento para toda a vida, que a enfermidade ainda não tem cura e que pode trazer efeitos secundários para muitos doentes. Isso faz com que precisemos ter uma atenção especial na preparação dos utentes para esse tratamento afim de que os benefícios sejam compreendidos e que este tratamento assuma um significado positivo. Portanto, a adesão deve ser sempre compreendida como um processo dinâmico, multi-determinado e de co-responsabilidade entre doente e equipe de saúde.



O que é adesão?

- “*um compromisso de colaboração activa e intencional do doente em um processo, de comum acordo, com o objectivo de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado*”. (Di Matteo & DiNicola citado por Vásquez & cols, 1998)
- Processo de negociação entre o utente e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o auto-cuidado (Brasil, 2007).



Quais podem ser as consequências da baixa adesão ao TARV?

- Progressão da doença
- Aparecimento de cepas virais mais resistentes
- Limitação das opções futuras de tratamento
- Alto custo e maior dificuldade de adesão aos medicamentos de segunda linha



O que pode influenciar na adesão?

A qualidade da adesão não é definida por apenas um factor. Vários factores podem influenciar o processo de adesão em maior ou menor grau e esta influência também pode ser alterada de acordo com o momento de vida que o utente esteja a passar. Compreender tais factores ajuda a perceber o que pode estar a acontecer com o utente e assim desenvolver estratégias mais eficazes no seguimento do tratamento.

Factores que podem influenciar na adesão:

- ⌘ Ligados ao indivíduo: depressão, dificuldades de compreensão sobre a doença e sobre o tratamento, falta de informação;
- ⌘ Relacionados à doença: cronicidade, gravidade, prognóstico;
- ⌘ Ligados ao tratamento: complexidade do esquema terapêutico, efeitos secundários;
- ⌘ Interpessoais inerentes a relação utente-equipe: falta de confiança no médico e na equipe da unidade sanitária, pouca comunicação médico-doente, dificuldades em expressar dúvidas e preocupações, relações muito verticalizadas;
- ⌘ Organização dos serviços: tempo de espera, filas grandes, falta de acolhimento nas unidades sanitárias;
- ⌘ Contexto social: fraca rede de apoio, medo do estigma, dificuldades de revelação do diagnóstico.



Quais são alguns dos desafios dos MARV?

- ⌘ Necessidade de alta e constante adesão (pelo menos 95% de toma correcta sem interrupção)
- ⌘ Medicamentos que não curam
- ⌘ Medicamentos que terão que ser ingeridos pelo resto da vida
- ⌘ Mudança de hábitos e/ou rotinas
- ⌘ Possíveis efeitos secundários
- ⌘ Significados que o utente pode atribuir aos medicamentos



Como faço para monitorar a adesão?

Este é um dos principais desafios para a equipe de saúde. Como saber que o utente foi bem preparado para iniciar o TARV? Como saber se de facto está a tomar os medicamentos de forma correcta?

No contexto clínico, o monitoramento 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.

Existem várias estratégias de monitoramento da adesão. Entretanto é importante saber que cada método apresenta vantagens e desvantagens e é preciso considerar aspectos logísticos e culturais para utilizá-los de acordo com a realidade que se apresenta nos diferentes contextos. Recomenda-se que o monitoramento da adesão seja incorporado na rotina da equipe da unidade sanitária e a combinação de dois os mais métodos seja adoptada para auxiliar no processo de seguimento e apoio a adesão.

Quadro comparativo dos métodos de monitoramento da adesão:

MÉTODOS	VANTAGENS	DESVANTAGENS	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Auto-relato (conversa com o utente)	Medida mais utilizada. Baixo custo, fácil implantação. Pode ser complementada por outras técnicas (Escala Visual Analógica e teste de comprimidos). Toma pouco tempo. Depende de pouco <i>staff</i> . Possibilita discussão acerca dos motivos e dificuldades relativas às doses perdidas e possíveis soluções. Envolve o paciente.	Não é uma medida objectiva. Os pacientes tendem a superestimar a toma. Depende da qualidade do vínculo com a equipe. Depende da informação do utente.	Estabelecer uma boa relação com o utente e sempre perguntar sobre como tem sido a toma e que dificuldades tem enfrentado para seguir o tratamento	Membros da equipe da Unidade sanitária (em especial os clínicos, os farmacêuticos e os profissionais da área de apoio psicossocial)

<p>Escala Visual Analógica</p>	<p>Ajuda o utente a identificar graficamente como tem sido a toma. Muito útil para utentes com dificuldade de quantificar ou com baixa escolaridade.</p>	<p>Pode haver confusão na interpretação da escala. Depende da qualidade do vínculo. Os utentes podem superestimar a toma.</p>	<p>Mostrar o instrumento visual na conversa com o utente e pedir que ele aponte nas figuras aquela que melhor representar como acha que tem sido o seu comportamento de adesão.</p>	<p>Membros da equipe da Unidade Sanitária (em especial os clínicos e profissionais da área de apoio psicossocial)</p>
<p>Teste de Comprimidos</p>	<p>Ajuda a identificar se o utente percebeu seu esquema terapêutico (horário, quantidade). Medida mais objetiva. Ajuda a perceber se houve falta de compreensão. Permite que o profissional identifique os problemas e esclareça as dúvidas.</p>	<p>Precisa ter o <i>kit</i> de medicamentos disponíveis no gabinete. Mudanças na apresentação dos medicamentos podem dificultar a aplicação do método.</p>	<p>Mostrar o kit de medicamentos mais comuns utilizados pelos utentes e pedir que o utente aponte qual remédio está a tomar e a que horas.</p>	<p>Membros da equipe da Unidade Sanitária (em especial os clínicos e profissionais da área de apoio psicossocial)</p>
<p>Contagem de comprimidos</p>	<p>Medida mais objectiva. Possibilidade de monitoria pela farmácia Frequência da monitoria.</p>	<p>Depende da qualidade do vínculo. Pode haver omissão O utente tem que trazer os frascos de comprimidos consigo requer uma boa organização dos registos da própria farmácia. Tempo gasto pelos membros da equipe invasivo.</p>	<p>Contar o saldo de comprimidos que restaram toda vez que o utente vier levantar mais medicamentos</p>	<p>Farmácia, clínicos, enfermagem, profissionais do apoio psicossocial</p>
<p>Controlo das agendas (recepção e farmácia)</p>	<p>Não invasivo. Envolve toda equipe na monitoria da adesão. Ajuda a identificar atempadamente problemas de adesão.</p>	<p>Requer boa organização da recepção e farmácia Tempo gasto pela equipe</p>	<p>Implantar agenda na recepção. Registrar quando o utente deveria retornar a Unidade Sanitária. Fazer a verificação diária de quem faltou, elaborar lista dos utentes que devem ser contactados e contactá-los</p>	<p>Recepcionistas, responsáveis da farmácia, responsáveis do apoio psicossocial.</p>

Monitoria dos níveis de medicamento ARV no sangue	Medida objectiva	Alto custo Necessidade de rede laboratorial bem estruturada Não possibilita medir a adesão a médio e longo prazo	Análise de sangue. Não disponível em Moçambique	Clínico solicita ao laboratório
MEMS (Sistema de Monitoramento do Evento da medicação)	Medida objectiva. Dados precisos sobre a frequência e horário do comportamento de toma dos medicamentos.	Alto custo. Assume que a dose retirada foi ingerida. É incompatível com formulações líquida.	Oferecer aos utentes os frascos com o dispositivo electrónico instalado.	Farmácia e clínicos

Nota:

É importante considerar que as análises como CD4 e Carga viral podem ser indicadores de adesão, mas devem ser avaliados com cautela. Lembrar que existem outros factores que podem influenciar na resposta imunológica do utente e, sendo assim, uma resposta imunológica e/ou virológica não satisfatória não necessariamente está relacionado com a qualidade da adesão.



O que podemos fazer para melhorar a adesão?

A adesão aos cuidados e tratamentos é responsabilidade de toda a equipa da Unidade Sanitária e quanto mais a equipa estiver envolvida nas estratégias de apoio e seguimento do tratamento, maiores serão as chances de sucesso do TARV. 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.

O clínico tem 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:

- ⌘ Grupos de apoio
- ⌘ Actividades em sala de espera
- ⌘ Implantar a avaliação da adesão na rotina da unidade sanitária (conversa com o utente, 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*
- ⌘ Estabelecer parcerias para realização de visitas domiciliárias

IMPORTANTE

* Segundo o Programa Nacional de Controlo de ITS/HIV/SIDA de Moçambique, a definição de ABANDONO é a que se segue:

1) PARA OS DOENTES EM TARV: quando o doente está há mais de dois (2) meses sem tomar os ARVs.

Critério utilizado para operacionalizar a detecção dos abandonos:

Último levantamento previsto para os ARV = Dia X;

- Dia X + 2 semanas = atrasado. Conduta: esperar;

- Dia X + 2 semanas a 2 meses = FALTOSO. Conduta: busca activa;

- Dia X \geq 2 meses = ABANDONO. Conduta: tentar nova busca activa e, se não for localizado, registar situação de inactivo na base de dados da Unidade Sanitária e guardar o processo clínico em um local previamente designado para os pacientes inactivos.

Notificar os casos abandono através do Resumo mensal de cada Unidade Sanitária (folha modelo SISH4)

2) PARA OS DOENTES QUE NÃO ESTEJAM EM TARV, deve-se considerar:

- Dia X (6 meses depois do último CD4) + 2 semanas = atrasado. Conduta: esperar;

- Dia X + 2 semanas a 2 meses = FALTOSO. Conduta: busca activa;

- Dia X \geq 2 meses = ABANDONO. Conduta: tentar nova busca activa e, se não for localizado, registar situação de inactivo na base de dados da Unidade Sanitária e guardar o processo clínico em um local previamente designado para os pacientes inactivos.

Referências:

- Brambatti LP, Carvalho W. A adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/aids: barreiras e possibilidades. *Rev Saúde do DF* 2005; 16 (3/4): 7-21.

- Ministério da Saúde do Brasil. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (2008). *Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS*. Brasília, DF

- Polejack, L, Seidl, EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral para HIV/aids. *Rev C S Col [periódico na internet]* 2008 março. [Citado em 02 de abril de 2008]; [cerca de 10 p.] Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

- Polejack, L. (2007). *Compartilhando Olhares, Diálogos e Caminhos: Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral e Qualidade de Vida em Pessoas Vivendo Com HIV/Aids em Maputo, Moçambique*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília.

Relação entre a Nutrição e o HIV/SIDA

A desnutrição e o HIV/SIDA são dois grandes problemas de saúde em Moçambique, e estes dois problemas 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 combater qualquer infecção o organismo necessita de mais energia, o que significa que a pessoa precisa de comer mais, 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.

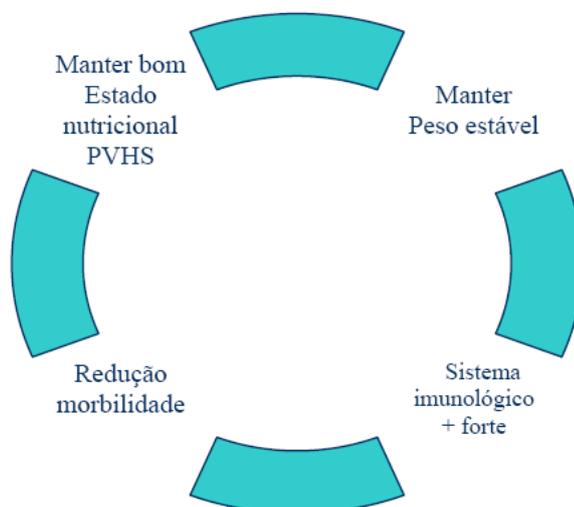
É reconhecido por diferentes implementadores de programas de cuidados e tratamento de pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS), que assim como o tratamento clínico, é também importante ter-se uma dieta alimentar adequada, quer para retardar a progressão da infecção assim como para prolongar a mobilidade física, e subseqüentemente melhorar a qualidade de vida.

Está também comprovado que os alimentos contribuem para uma maior tolerancia e aderência ao tratamento com os anti-retrovirais.

Porque uma boa Nutrição?

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

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, e por último melhora o bem estar geral da pessoa, mantendo-a activa por mais tempo.



O que é uma boa Nutrição?

Uma boa nutrição significa comer alimentos que fornecem ao corpo todos os nutrientes (macro e micronutrientes) necessários diariamente, de modo a este funcionar bem; isto é consumir uma dieta equilibrada, em termos de qualidade (diferentes grupos de alimentos) e quantidade (necessidades individuais diárias), na frequência adequada (várias refeições ao longo do dia). Nenhum alimento contém todos os nutrientes que o corpo precisa, por isso se recomenda que se coma uma variedade de alimentos. É também importante o consumo de líquidos.

Efeitos positivos de uma boa nutrição:

Manutenção do corpo

- Evita a perda da massa muscular /Mantem o peso estável
- Repõe os nutrientes perdidos, prevenindo a desnutrição

Bem estar

- Mantem as pessoas activas
- Melhora a sensação de bem estar e a qualidade de vida

Luta contra infecções

- Estimula a capacidade do corpo combater as infecções oportunistas, melhorando a cicatrização das feridas
- Retarda a progressão do HIV e melhora a recuperação das infecções

Eficácia do tratamento

- Melhorar a eficácia dos tratamentos

Orientações nutricionais para as pessoas vivendo com HIV/SIDA

O importante numa pessoa com HIV é manter o peso, porque um peso muscular extra ajuda a suportar a infecção. É perigoso que uma pessoa com HIV perca peso (perda de 10% do peso corporal ou cerca de 6-7 kg durante um mês).

De modo a manter o peso corporal é extremamente importante que a pessoa coma mais. 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 saudável consuma 2.200 kcal/dia).

Para além de aumentar o consumo é também importante que a pessoa coma uma variedade de alimentos, isto é que tenha uma *dieta equilibrada* (2.200 kcal/dia = ± 500g cereal, 50g legumes, 20g açúcar e 20 óleo). Para responder as 2.200 kcal/dia, e de modo a ter-se uma dieta equilibrada é preciso que se consuma pelo menos um alimento de cada um dos grupos de alimentos abaixo apresentados:

- ✓ Alimentos energéticos de base (hidratos de carbono, representam 50-60%). Cereais e tubérculos. Ex. milho, arroz, mapira, mandioca, batata doce, pão, etc.
- ✓ Alimentos proteicos (proteína vegetal e animal, representam 10-15%; ou 0.7-0.8g/kg de peso). Ex. Carne, peixe, ovos, leite, amendoim, feijão, ervilhas secas, castanha, etc.
- ✓ Alimentos ricos em energia concentrada (gorduras, representam 15-30%). Ex. Óleo, manteiga, sementes secas (melancia, pepino, gergelim), Açúcar, mel, etc.

- ✓ Alimentos ricos em micro-nutrientes (vitaminas - ex. Vit. A, C, B, etc. e minerais - ex. selénio, zinco, ferro, cálcio, etc., que protegem contra as doenças). Ex. Vegetais e frutas (folhas verdes, abóbora, papaia, laranja. Banana, etc.)
- ✓ Líquidos. Água, sumo de fruta, etc. (8 copos por dia, no mínimo).

A OMS recomenda que a suplementação com suplementos de multi-micronutrientes só seja feita caso se comprove a existência de deficiência de micro-nutrientes, como numa pessoa não portadora de HIV. Os suplementos de multi-micronutrientes não devem substituir uma alimentação equilibrada.

Outro aspecto importante é a manutenção da actividade física, que irá contribuir para o aumento da massa muscular e do apetite.

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.

Questões específicas ligadas as PVHS

1. Perda de peso

É extremamente perigoso para PVHS, perderem o peso, porque diminui a imunidade, tornando-as mais vulneráveis as infecções, o que poderá levar a uma morte precoce.

O que se deve fazer quando a pessoa começa a registar perda de peso:

- Aumentar a quantidade de alimentos e de refeições (fazer lanches, ou comer mais vezes ao longo do dia)
- Aumentar (se possível) as proteínas de origem animal, assim como as proteínas vegetais.
- Manter-se activo para fortalecer os músculos

2. Perda de Apetite

A perda de apetite pode acontecer por várias razões, como por exemplo mal estar moral e físico, efeitos das infecções (febres), ou devido o efeitos dos medicamentos.

O que fazer quando a pessoa tem perda de apetite?

- Sempre que possível comer junto com a família e amigos
- Comer quando a pessoa tem vontade; comer pequenas porções mais vezes ao dia
- Sempre que possível comer comida que a pessoa goste
- Evitar o consumo de álcool (o álcool diminui o apetite)
- Tomar bebidas energéticas (leite, maheu, papas fermentadas), que fornecem mais energia.

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

A candidíase ou herpes podem provocar feridas na boca e na garganta, e comer pode torna-se muito doloroso e desagradável.

O que fazer quando a pessoa tem feridas na boca e/ou na garganta?

- Comer alimentos leves, macios ou húmidos, como papas, puré, massas, sopas, etc.
- Evitar comer alimentos pegajosos (muito açucarados), duros (torradas, biscoitos), comidas ásperas,
- Evitar comer alimentos ácidos (tomate, ananás, sumo de fruta cítrica, etc.)
- Tomar bebidas suaves (sumo de frutas, leite)

- Se necessário usar uma palhinha para beber
- Mastigar pequenos pedaços de papaia para aliviar a dor

4. Mudanças do paladar

As mudanças no paladar podem ser causadas pelos efeitos dos medicamentos, por uma nutrição deficiente, ou pelas Infecções.

O que fazer quando a pessoa sofre mudanças no seu paladar?

- Melhorar o sabor dos alimentos através do uso de temperos (salsa, coentros, etc.)
- Adicionar sumo de limão na comida, sempre que não tenha feridas na boca
- Praticar uma boa higiene oral.
- No caso partícula da carne, se esta amargar, substitua por outras proteínas, como o feijão, amendoim, leite, aves, etc.

5. Diarréia

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

O que fazer quando uma pessoa tem diarréia?

- Tomar muitos líquidos, entre as refeições e após cada evacuação.
- Repor os sais minerais; para tal poderá comer banana, ananás, melão e batata.
- Comer alimentos feculentos (arroz, massas, banana), fruta e legumes descascados e cozidos
- Evitar comer determinado tipo de fibras (pão integral, legumes crus, peles de fruta, feijão seco).
- Evitar o leite e laticínios
- Comer pequenas porções, mais com maior frequência
- Reduzir o consumo de gorduras e de açúcares (apenas quando a pessoa tem diarreia).

Índice de Massa Corporal (IMC)

É uma medida internacional comumente usada para classificação de baixo peso, sobrepeso e obesidade. Seus valores são idade e sexo – independentes. É considerada como uma ferramenta útil para identificar desnutrição ou obesidade.

O IMC, embora simples e prático, não deve ser utilizado de forma independente para a avaliação nutricional. Quando este é usado associado a outros fatores como avaliação clínica, idade, sexo, etnia e nível de aptidão, é mais fidedigno.

O IMC é calculado através da divisão entre peso (kg) pela altura (m)².

Classificação:

Quadro XII: Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC:

Classificação	IMC: peso (kg)/altura (cm)²
Desnutrição	< 18,5
Severa	< 16
Moderada	16 a 16,99
Leve	17 a 18,49
Normal	18,5 a 24,99
Sobrepeso	≥ 25
Pré obesidade	25 a 29,99
Obesidade	≥ 30

Para facilitar a consulta do IMC, existem tabelas padronizadas já com o valor do IMC calculado, bastando apenas correlacionar o peso com a altura do doente. Ver Anexo 1.

Resumo

Pessoas Vivendo com HIV/SIDA



Programa de Nutrição

- Práticas positivas de nutrição (dieta equilibrada)
- Manter a prática de exercício físico
- Cuidados especiais na preparação e conservação dos alimentos
- Reconhecer os sintomas de perda de peso, e acções específicas para prevenir a perda de peso
- Tratamento atempado das infecções
- Continuar a alimentar-se durante os episódios de doença.
- Tratamento dos problemas comuns, como a diarreia, perda de peso, feridas na boca, etc.

Bibliografia

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

- Pronut-hiv@healthnet.org
- www.unicef.org
- www.who.int
- www.aed.org
- www.basics.org
- www.linkagesproject.org
- www.fantaproject.org

VI. TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL EM MULHERES GRÁVIDAS

VI.A. INTRODUÇÃO

A transmissão vertical pode ocorrer em três fases, durante:

- Gravidez (intra útero): 20%
- Trabalho de parto: 60 a 70%
- Aleitamento materno: 14 a 20%

Factores de risco: 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, entre outros.

O risco da transmissão vertical do HIV à criança diminui substancialmente com o TARV e com a profilaxia antiretroviral durante a gravidez.

VI.B. REGIMES DE TARV NA GRAVIDEZ

- As mulheres grávidas em Moçambique seguem os seguintes critérios clínicos e biológicos para iniciar TARV:

Quadro XIII: Início TARV nas mulheres grávidas

Estadio Clínico da OMS	CD4 não disponível	CD4 disponível
I	Não tratar	Tratar se $CD4 \leq 350 \text{ cel/mm}^3$
II	Não tratar	
III	Tratar	
IV	Tratar	Tratar independentemente da contagem de CD4
E		
APÓS PREPARAÇÃO DO DOENTE PARA GARANTIR UMA ADESAO ADEQUADA AO TARV		

IMPORTANTE

- As mulheres grávidas devem ter um atendimento prioritário nas Unidades Sanitárias: sempre que possível ter consulta clínica e de aconselhamento no mesmo dia de inscrição na U.S., evitar que fiquem à espera das consultas, além de iniciar TARV o mais brevemente quando forem elegíveis;

- O tratamento antiretroviral nas grávidas, quando indicado, deverá iniciar a partir da 14ª semana gestacional, excepto se estiver no estágio IV.

- Os esquemas terapêuticos utilizados são:

1. AZT + 3TC+ NVP ou
2. d4T + 3TC + NVP : para os casos de anemia* ($Hgb \leq 8 \text{ g/dl}$) ou
3. Se intolerância a NVP Grau 1 ou 2: monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar NVP por ABC.
4. AZT+ 3TC+ABC: para os casos de tratamento para TB ou intolerância a NVP Grau 3 ou 4

IMPORTANTE

* 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 antiretroviral tende a reverter essa situação e o AZT pode e deve ser usado, principalmente na gravidez, já que é o fármaco mais bem estudado e mais bem estabelecido na prevenção da transmissão vertical. Nos casos de anemia clínica (onde não há laboratório) ou Hgb inferior a 8g/dl, tratar a anemia com sal ferroso + ácido fólico + complexo B e/ou transfusão sanguínea (se indicado) e substituir o AZT por d4T para início do TARV. Tão logo haja melhora clínica/laboratorial da anemia, substituir o d4T por AZT e monitorar a doente durante os primeiros 2 meses após a troca;

- O uso de NVP em mulheres com CD4 entre 250-350 deve ser feito com cautela, pelo risco de reação alérgica e hepatotoxicidade grave. Sendo assim, recomenda-se seguimento estrito durante as primeiras 12 semanas de início do TARV, que deve incluir educação da doente sobre sintomas e sinais de alerta (por exemplo, rash, febre, dor abdominal), com orientação de retornar a consulta se for o caso; consultas clínicas a cada 2 semanas nas primeiras 12 semanas; avaliação inicial das enzimas hepáticas e seguimento freqüente durante esse período (análise inicial, 2, 4, 8 e 12 semanas, repetidas após se sintomas). Se houver um aumento das enzimas Grau 3 ou 4 (ALT e/ou AST > 5 vezes o limite superior da normalidade), sem outra explicação, a NVP deve ser interrompida definitivamente. NVP também deve ser imediatamente suspensa se houver qualquer sintoma sugestivo de hepatite tóxica, incluindo rash ou exantema que leve a Síndrome de Stevens Johnson. Nesses casos, é vital não esperar pelos resultados das análises das enzimas hepáticas. Alternativa terapêutica: AZT+3TC+ABC;

- 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. Nesses casos, não há relação com o valor de CD4, e, sendo assim, devemos manter uma vigilância com maior periodicidade da função hepática.

VI.C. PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL (PTV)

Nos casos em que as mulheres grávidas não têm indicação para início do TARV, estas devem fazer o Protocolo do PTV, com objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença para o recém nascido. O AZT é o fármaco de eleição no PTV devido a sua alta permeabilidade pela placenta e melhor fosforilação interplacentária.

Portanto, a profilaxia com AZT está indicada para mulheres grávidas, a partir das 28ª semana de gestação, nas seguintes situações:

- Exame de CD4 não disponível: estadio I e II da OMS
- Exame de CD4 disponível: $CD4 > 350 \text{ cel/mm}^3$ com Estadio I, II e III da OMS (o Estadio IV tem indicação de iniciar o TARV, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+).

Quadro XIV: Profilaxia da Transmissão Vertical

Esquema Profilático	Durante a Gravidez	Durante o trabalho de parto	Pós-Parto	
			Mãe	Recém-nascido
Protocolo de PTV	Idade Gestacional \geq 28 semanas: <ul style="list-style-type: none"> • AZT (300 mgs): 1 comprimido 12/12 horas • + Entrega de NVP (200 mg) 1 comprimido para tomar só quando iniciar o trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas ▪ + NVP 1 comprimido (dose única) se não tiver tomado em casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas, durante 7 dias após o parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NVP Xarope dose única (2 mg/kg de peso) ▪ + AZT Xarope (4mg/kg de peso de 12/12 horas) durante 4 semanas
	Se não foi realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas ▪ + NVP 1 comprimido (dose única) se não tiver tomado em casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas, durante 7 dias após o parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NVP Xarope dose única (2 mg/kg de peso) ▪ + AZT Xarope (4mg/kg de peso de 12/12 horas) durante 4 semanas
	Se não foi realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se o AZT + 3TC e a dose única de NVP forem administradas em menos de 2 horas do período expulsivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AZT + 3TC (Duovir) : 1 comprimido 12/12 horas, durante 7 dias após o parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NVP Xarope dose única (2 mg/kg de peso) ▪ + AZT Xarope (4mg/kg de peso de 12/12 horas) durante 4 semanas
	Se não foi realizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se não for realizada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se não for realizada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NVP Xarope dose única (2 mg/kg de peso) ▪ + AZT Xarope (4mg/kg de peso de 12/12 horas) durante 4 semanas

Esquema Profilático	Durante a Gravidez	Durante o trabalho de parto	Pós-Parto	
			Mãe	Recém-nascido
Nevirapina* (monoterapia): Só deve ser usada em casos onde ainda não é possível fazer a triterapia intra parto	Idade gestacional \geq 28 semanas: <ul style="list-style-type: none"> • NVP (200mg): entrega de 1 comprimido a partir da 28ª semana de gestação para tomar só quando iniciar o trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NVP: 1 comprimido durante o trabalho de parto, pelo menos 2 horas antes da Fase Expulsiva (dose única), se não tiver tomado em casa 	_____	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NVP Xarope dose única (2 mg/kg de peso) ▪ + AZT Xarope (4mg/kg de peso de 12/12 horas) durante 4 semanas
TARV – prescrição feita segundo critérios de elegibilidade	Tarv a partir da 14ª semana	Continuar com TARV	Continuar com TARV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AZT Xarope (4 mg/kg de peso de 12 em 12 horas) durante 4 semanas

IMPORTANTE

- Se uma mulher que já esteja em TARV com d4T+3TC+NVP engravidar, não deve suspender o TARV no início da gravidez, recomenda-se apenas substituir o d4T por AZT;
- O esquema profilático para o recém-nascido deve ser feito nas primeiras 72 horas pós-parto;
- Durante a gestação, se a mãe tiver anemia clínica (onde não há laboratório) ou Hgb inferior a 8g/dl, tratar a anemia com sal ferroso + ácido fólico + complexo B e/ou transfusão sanguínea (se indicado) e substituir AZT por d4T (1cp 12/12h). Se o d4T não estiver disponível, tratar anemia e adiar o início da profilaxia com AZT;
- Durante o trabalho de parto, se a mãe tiver anemia clínica (onde não há laboratório) ou Hgb inferior a 8g/dl, tratar a anemia com transfusão sanguínea (se indicado) e substituir o AZT + 3TC por d4T + 3TC (1cp 12/12h), que deve ser mantido por 7 dias. Se o d4T não estiver disponível, usar NVP dose única;
- O uso de NVP como monoterapia deve ser evitado, pelo potencial risco de desenvolvimento de resistência viral.

V.D. ARV CONTRA-INDICADOS NA GRAVIDEZ

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS:

- Efavirenz: teratogênico em primatas; não utilizar também durante o aleitamento materno;
- Indinavir: hiperbilirrubinemia e nefrolitíase;
- Associação de d4T+ddI: risco de acidose láctica, esteatose hepática e pancreatite.

CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS:

- Tenofovir: o uso deve ser feito com cautela. Considerar apenas nos casos em que não exista nenhuma outra opção disponível.

VI.E. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Na consulta pré natal nas mulheres grávidas HIV+ deve ser garantido:

- Confidencialidade
- 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 drogas
- Pacote de cuidados
 - Exame de CD4, hemograma, bioquímica e avaliação criteriosa
 - Quanto ao início TARV ou PTV
 - Sal ferroso com ácido fólico
 - Suplemento com multivitaminas
 - Mebendazol a partir do 2º trimestre (o uso do albendazol é contra-indicado em qualquer período da gravidez)
 - Profilaxia para malária e das infecções oportunistas:
 - a) Cotrimoxazol para as grávidas com $CD4 \leq 350$, a partir do 2º trimestre (2cp 1x/dia) **OU**
 - b) TIP (Tratamento Intermitente Profilático) para malária com Fansidar (3comp) 3 doses com intervalo mínimo de 1

mês a partir do 2º trimestre em grávidas com CD4>350. Está contra-indicado o uso de Cotrimoxazol e Fansidar ao mesmo tempo

OBSERVAÇÃO: nos locais onde não estiver disponível o exame de CD4, dever-se-á indicar o uso de Cotrimoxazol profilático para as grávidas em Estadio II, III ou IV e Fansidar Intermitente para as grávidas em Estadio I.

- Redes mosquiteiras
- Isoniazida (5mg/kg/dia, por 6 meses): para grávidas em contactos de pacientes com TB, devendo-se excluir inicialmente doença activa

Quanto ao parto:

- A cesariana electiva (antes do inicio do trabalho de parto ou ruptura de membranas) diminui o risco de transmissão vertical em 50 a 80%. Entretanto, existe um risco elevado de infecção pós cesariana nas mulheres seropositivas imunodeprimidas, que pode levar a sepse e morte materna. Sendo assim, em Moçambique recomenda-se cesariana electiva para as mulheres HIV+ se for possível e sempre que haja também uma indicação obstétrica bem definida;
- Durante o trabalho de parto, o AZT+3TC e a NVP dose única devem ser administrados pelo menos 4 horas antes no caso de cesariana electiva e no inicio de trabalho de parto vaginal;
- Se a grávida tomou o comprimido de NVP, mas chega à maternidade e não se encontra de facto em trabalho de parto, a esta deve ser entregue uma nova dose de Nevirapina e ser orientada para tomá-la quando o trabalho de parto ocorrer de facto e **SOMENTE SE TIVEREM PASSADO 72 HORAS APÓS A PRIMEIRA DOSE**;
- 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;
- No segundo estadio do trabalho de parto (fase de expulsão): fazer a lavagem cuidadosa do períneo e vulva com clorexedine 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;
- No terceiro estadio do trabalho de parto (fase de dequitação): laqueação imediata e corte do cordão umbilical, de modo a evitar “salpicos” de sangue; administrar ocitocina para auxiliar o desprendimento da placenta, contrair o útero e evitar a hemorragia pós parto;

Quanto ao recém nascido:

- Imediatamente após o parto, o bebé deve ser limpo das secreções e sangue materno, envolvido num pano seco e mantido aquecido junto a 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;
- Se o bebé nasceu em casa e apresenta-se a maternidade dentro de 72 horas após o parto, deve-se administrar a NVP xarope dose única e o AZT xarope por 4 semanas, conforme protocolo nacional.

Planeamento familiar:

- Pílula progestínica ou combinada

- Injectáveis: medroxiprogesterona (Depoprovera)
- Dispositivo Intra Uterino
- Laqueação das trompas

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

Política Nacional de Alimentação da criança filha de mãe seropositiva:

- Aleitamento materno EXCLUSIVO durante 6 meses
- Possibilidade de interromper o aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses: deve ser discutido caso a caso e bem orientado
- Optar pelo aleitamento artificial apenas se for sustentável, aceitável, praticável, acessível financeiramente e seguro, durante os 6 primeiros meses.
- Lembrar que não há distribuição de leite artificial nas Unidades Sanitárias em Moçambique
- Desmame:
 - Se após os 6 meses, for possível providenciar uma alimentação substituta de forma Aceitável, Viável, Acessível, Sustentável e Segura (AVASS), a amamentação deverá ser completamente substituída. Neste caso, aconselha-se a cessar o aleitamento materno de forma gradual durante duas a três semanas, a partir dos 6 meses de vida da criança.
 - Se, a partir dos 6 meses o substituto do leite materno não é Aceitável, Viável, Acessível, Sustentável e Seguro, recomenda-se a continuação do aleitamento materno, e a introdução de alimentos complementares.
 - O aleitamento materno deverá cessar por completo logo que for possível providenciar à criança uma alimentação segura e nutricionalmente adequada em quantidade e qualidade;

VII. TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL EM DOENTES COM TUBERCULOSE

O TARV deve ser prescrito para os doentes co-infectados TB/HIV de acordo com os seguintes critérios:

- $CD4 > 350 \text{ cel/mm}^3$: adie o TARV até completar o tratamento para Tuberculose
- $CD4$ entre $250 - 350 \text{ cel/mm}^3$: iniciar o TARV após o fim da fase intensiva do tratamento da TB, ou inicie antes, caso o paciente esteja grave.
- $CD4 < 250 \text{ cel/mm}^3$: iniciar o TARV assim que o início do tratamento para TB for tolerado (2 a 4 semanas)

ESQUEMA ARV INDICADO:

AZT + 3TC + EFV

OU

D4T + 3TC + EFV

OU

AZT + 3TC + ABC

IMPORTANTE

1. O tratamento da TB é prioritário em relação ao início do TARV;
2. Se hemoglobina $< 8.0 \text{ g/dl}$ deve ser escolhido o d4T no lugar do AZT. Tratar a anemia com sal ferroso e/ou transfusão sanguínea (se indicado) e substituir o AZT por d4T para início do TARV. Tão logo haja melhora clínica/laboratorial da anemia, substituir o d4T por AZT e monitorar o doente durante os primeiros 2 meses após a troca;
3. Sempre associar piridoxina 50 mg/dia para todos os pacientes em tratamento para TB para prevenir o risco de neuropatia periférica associado ao uso de isoniazida;
4. Dever-se-á utilizar esquema com ABC durante o período de uso da Rifampicina, nos casos em que o EFV esteja contra-indicado (doente com intolerância ao EFV e grávida com TB);
5. No final do tratamento específico, doentes utilizando esquema ARV com EFV devem substituí-lo pela NVP;
6. Indicação do uso de corticosteróide no tratamento da Tuberculose:
 - TB das serosas (p. exemplo, TB pleural e pericárdica)
 - TB miliar
 - TB ganglionar com compressão
 - TB laringea e renal
 - TB SNC
 - S. Paradoxal
 - Reacções de hipersensibilidade graves

RECOMENDAÇÕES DO USO DOS ARV COM A RIFAMPICINA

INIBIDORES DA PROTEASE

Associações Possíveis com a Rifampicina:

- Saquinavir (200 mg) 2cp 12/12h + Ritonavir (100 mg) 4cp 12/12h
- Lopinavir200mg/ritonavir50mg + RTV: 2cp 12/12h + RTV (100mg) 3cp 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 exceto os descritos acima.

INIBIDORES NUCLEOSÍDIOS E NÃO NUCLEOSÍDIOS DA TRANSCRIPTASE REVERSA

Associações Possíveis com a Rifampicina:

- Efavirenz
- Abacavir
- Nevirapina: apenas quando não houver outras alternativas; nesses casos, é fundamental a monitorização clínica e o acompanhamento da função hepática frequentes.

VIII. SEGUIMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL

VIII.A. ANTES E APÓS A INTRODUÇÃO DO TARV

- Anamnese e Exame objectivo geral:
 - 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 – IMC: peso/altura²
- Profilaxia de IOs

VIII.B. 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***: AST (SGOT) + ALT (SGPT)
- 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
- LDH

* 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 X (Parte 1).

VIII.C. PERIODICIDADE DA CONTAGEM DE CD4 ANTES DE INICIAR O TARV

- CD4 > 350cel/mm³: repetir 6 meses depois.
- CD4 250 - 350 cel/mm³ (nos casos assintomáticos): repetir 3 meses depois.
- CD4 < 250: cel/mm³: indicação para iniciar TARV

NOTA: Se infecções intercorrentes, a contagem de Linfócitos T CD4+ pode ser avaliado antes do período acima estimado.

VIII.D. PERIODICIDADE DO CONTROLE CLINICO-LABORATORIAL DO DOENTE APÓS O INICIO DO TARV

Quadro XV: Controle Clínico – Laboratorial 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	6/6m	12/12m
Atendimento clínico	x	x	x	x				x						x	x	
Aconselhamento	x ³	x ³	x ³	x ³				x ³			x ³ (se possível)			x ³	Sempre que necessário	
Farmácia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	mensalmente	
Hemograma	x		x	x				x						x	x	
Contagem de Linfócitos T CD4+	x							x						x	x	
Carga viral								X ⁴								
ALT	x		x					x						x	x	
Glicemia	x ¹							x ¹						x ¹	x ¹	
Uréia e Creatinina	x							x						x	x	
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

¹ Nos esquemas com IPs

² Nos esquemas com d4T ou DDI

³: onde é possível, encaminhar o paciente para o aconselhamento em cada visita à Unidade Sanitária

⁴: ver abaixo algoritmo da carga viral

IMPORTANTE

- **Controlo dos efeitos secundários dos ARVs durante todo o tratamento;**
- **“Síndrome da Imunoreconstituição (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 feito de 6/6 meses, tanto para os ARVs quanto para o CTZ;**
- **O doente deve comparecer mensalmente à farmácia para levantar o TARV e as profilaxias para I.Os. Porém, podem haver algumas exceções que devem ser consideradas entre o clínico, o doente e a farmácia da Unidade Sanitária.**

VIII.E. 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 predictivo do sucesso terapêutico.

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

Recomendações para o uso da carga viral em pacientes adultos:

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 em adultos nas seguintes situações:

- 1- **Seis meses depois de iniciar o TARV.** O sucesso do TARV será definido por uma carga viral do HIV **indetectável** pelo método utilizado (**<50 cópias/ml**). Com esta determinação de carga viral, pretende-se verificar a resposta ao tratamento e, consequentemente, a adesão do doente ao TARV. A detectabilidade da carga viral 6 meses após a introdução ao TARV deve alertar a equipe da Unidade Sanitária sobre o risco de desmotivação para o tratamento e consequente abandono.
- 2- **Sempre que se suspeitar de falência imunológica e/ou clínica ao TARV** – ver capítulo de falência terapêutica.

IX. EFEITOS ADVERSOS DOS ANTIRETROVIRAIS

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 interrupção e substituição do tratamento antiretroviral.

IX.A. 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, exceto os esquemas contendo Nevirapina;
3. Nos esquemas ARV contendo 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;
5. Em caso de efeito adverso Grau 3, dever-se-á considerar a interrupção do TARV, e este será obrigatoriamente interrompido se a reação for de Grau 4;
6. Os efeitos adversos devem ser registados e de comunicação obrigatória regular para:
 - **Centro de Informação sobre Medicamentos (CIMed)**
Unidade de Farmacovigilância. Faculdade de Medicina - UEM
Av. Salvador Allende n 702, R/C, Maputo, Moçambique
e-mail: cimed@health.uem.mz ou aroberto@gmail.com
tels 21-325227/324210 ou fax 21-325255 ou cel 82-988 4930
 - **Comité Nacional de TARV**
crefsida@tropical-web.com
comsida@tropical-web.com
tel 21-32 08 31 ou cel 82-318 4200

IX. B. ESTABELECIMENTO DA GRADUAÇÃO DO EFEITO ADVERSO

Para facilidade do controle 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 medico 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...

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

Quadro XVI: 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
Reações alérgicas	Reações cutâneas e reações de hipersensitividade
Outras anormalidades metabólicas	Geralmente com IPs: hiperlipidemia, acumulação de gordura, resistência de insulina, diabetes, e osteopenia

Quadro XVII: Alterações clínico-laboratoriais

PARÂMETRO	REFERENCIA	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/mm ³	1000 – 1500/mm ³	750 – 999/mm ³	500 – 749/mm ³	<500/mm ³
Plaquetas (AZT)	126-434 x 10 ³ /mm ³	75- 99 x 10 ³ /mm ³ Continuar ARVs	50–74 x 10 ³ /mm ³	20–49 x 10 ³ /mm ³	<20 x 10 ³ /mm ³
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	0.5 – 1.2 mg/dl	>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

(TDF)	45 – 110 mmol				
Glicemia	70 – 110 mg/dl	116 - 160 mg/dl	161 - 250 mg/dl	251 - 500 mg/dl	>500 mg/dl
(IP)	3.85 - 6.05 mmol/L	6.38 – 8.8 mmol/L	8.8 – 13.75 mmol/L	13.75 – 27.5 mmol/L	> 27.5 mmol/L
Colesterol	<190 mg/dL	1.0—1.3 ALN	1.3- 1.6 ALN	1.6- 2.0 ALN	>2.0 ALN
(IP)	3.9 - 6 mmol/L				
Triglicérides	< 150 mg/dl	265 – 400 mg/dl	400 - 750 mg/dl	751 - 1200 mg/dl	>1200 mg/dl
(IP)	0.55 - 1.90 mmol/L	3 - 4.51 mmol/L	4.52 - 8.48 mmol/L	8.49 - 13.56 mmol/L	>13.56 mmol/L

PROCEDIMENTO

	<p>Continuar TARV.</p> <p>Repetir os testes 2 semanas mais tarde e reavaliar.</p> <p>É importante sempre excluir outros diagnósticos que podem estar provocando tais alterações. Por exemplo:</p> <p>Anemia – suspeitar de Tuberculose e Malária</p> <p>ALT elevado: suspeitar de hepatite viral</p>	<p>Suspender TARV imediatamente.</p> <p>Repetir as análises semanalmente e reavaliar.</p> <p>Substituir o ARV específico causador do quadro por outro ARV após normalização das análises.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro XVIII. Efeitos adversos 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.
VÔMITOS				
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, lipase e ácido láctico se possível. Referir para internamento.	Suspender os antiretrovirais. Referir para internamento urgente.
DIARRÉIAS				
Agente	Todos ARVs, principalmente LPV/r, SQV/r, ddI, AZT			
Grau	1	2	3	4
Sinais e sintomas	Mal estar leve e transitório:	Mal estar moderado:	Mal estar severo,	Choque hipotensivo.

	<4 defeções/dia ou ligeira diarreia há < 1 semana	> 4 defeções/dia ou > 1 semana	hipotensão ortostática Diarreias com sangue ou > 7 defeções/dia	
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.
NEUROPATIA PERIFÉRICA				
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	Tranquilizar o doente. Não precisa tratamento.	Piridoxina 25-50 mg, 1x dia Amitriptilina 25-75 mg, à noite	Suspender d4T, trocar para AZT. Se tiver anemia, tratar anemia e, enquanto isso, considerar ABC ou Tenofovir.	
ERUPÇÃO CUTÂNEA / DERMATITE (REACÇÃO ALÉRGICA)				
Agente	NVP, EFV			
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 para EFV.	Suspender todos os antiretrovirais até reverter ao Grau 0 ou 1. Clorfeniramina 4mg 3xdia. Corticóides orais eventualmente. Trocar NVP por ABC. Manter observação contínua do doente.	Suspender todos os antiretrovirais. Referir para internamento urgente (às vezes requer cirurgia). Trocar NVP por ABC. Manter observação contínua do doente.
HIPERGLICEMIA				

Agente	Inibidores de Protease (IPs)
Sinais e sintomas	<u>Sinais e sintomas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Poliúria, nictúria - Polifagia, polidipsia - Perda de peso não explicada <u>Fatores de risco:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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	IPs
Sinais e sintomas	<u>Sinais e sintomas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - não há sintomas clínicos - testes laboratoriais
Conduta	<u>Mudanças de comportamento:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <u>Controlar outros fatores de risco:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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/mm² <u>Drogas antilipêmicas:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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) e IPs			
Sinais e sintomas	<u>Partes onde gordura pode acumular:</u> <ul style="list-style-type: none"> - no abdômen - na região dorso-cervical - nas mamas (também nos homens) - lipomas <u>Partes onde gordura pode diminuir:</u> <ul style="list-style-type: none"> - 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; experiência ainda escassa.			
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/mm ³	750 – 999/mm ³	500 – 749/mm ³	<500/mm ³
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 (d4T). Dar sal ferroso com ácido fólico.		Trocar para um ARV com baixo risco de toxicidade medular (d4T). Transfusão de sangue, ou uso de Eritropoetina (EPO), ou Filgrastima (GCS-F).
PANCREATITE				

Agente	d4T, ddI
Sinais e sintomas	<p><u>Sinais e sintomas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensa dor abdominal na zona superior do abdômen 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 lipase no sangue aumentam. <p><u>Fatores de risco:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcoolismo
Conduta	<p>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 tão logo o paciente apresente melhora clínica, cessar 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 .</p>
NEFROTOXICIDADE	
Agente	TDF
Sinais e sintomas	<p><u>Sinais e sintomas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não há sintomas clínicos - Clearance da Creatinina alterado <p><u>Fatores de risco:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - doente idoso - IMC baixo - CD4 baixo - Hipertenso - Diabético

Conduta	<p>Formula Creatinine clearance (Cockroft Gault): Sexo masculino: $\frac{(140 - \text{idade em anos}) \times (\text{peso em kgs})}{72 \times \text{serum creatinine em mg/dl}}$ Sexo feminino: $\frac{(140 - \text{idade em anos}) \times (\text{peso em kgs}) \times 0.85}{72 \times \text{serum creatinine em mg/dl}}$ </p> <p><i>* Em Moçambique, a unidade de referência da creatinina sérica é µmol/L, que corresponde a Unidade do Sistema Internacional.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p>Para cada doente em uso de TDF o Clearance estimado da Creatinina deve ser calculado, pelo menos mensalmente na fase inicial, e a cada 6 meses na fase de continuação.</p> <p>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.</p>
NEFROLITIASE	
Agente	IDV
Sinais e sintomas	<p><u>Sinais e sintomas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - cólica renal - dor abdominal - hematúria <p>Mais freqüente em África por causa de desidratação.</p>
Conduta	<p>Substituição de IDV com outro PI ou NNRTI.</p> <p>Hidratação, monitoramento laboratorial (urina, creatinina) e tratamento sintomático.</p>
EFETOS SECUNDÁRIOS COM RISCO DE VIDA	
TRANSAMINASES ELEVADAS	

Agente	NVP, EFV, LPV/r, SQV, RTV			
Sinais e sintomas	Os <u>sinais e sintomas</u> variam de acordo com o grau de dano ao fígado e incluem: <ul style="list-style-type: none"> - náusea, vômitos, dor abdominal - perda de apetite - diarreias - fraqueza ou fadiga - icterícia - hepatomegalia 			
Diagnostico 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			
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 (às vezes requer cirurgia). Trocar para ABC			

HIPERSENSIBILIDADE

Agente	ABC
Sinais e sintomas	<u>Sinais e sintomas:</u> <ul style="list-style-type: none">- febres altas- erupção da pele- cefaléia- náuseas, dor abdominal, diarreia- 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 e ddI
Sinais e sintomas	Aparecimento dos sintomas pode variar de 3-4 meses até mais de 1 ano após o início TARV. <u>Sinais e sintomas:</u> <ul style="list-style-type: none">- náuseas, vômitos, e dores abdominais persistentes- anorexia e/ou perda de peso não explicada- fadiga não explicada- sintomas respiratórios: taquipnéia, dispnéia <u>Fatores de risco:</u> <ul style="list-style-type: none">- Sexo feminino- IMC alta- Gravidez- Uso prolongado de INRTs

Conduta	<p>a) Lactato entre 2 – 5 mmol/l: avaliar o doente.</p> <ul style="list-style-type: none">- 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>A normalização dos níveis do lactato pode levar vários meses até 1 ano.</p>
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

X. FALÊNCIA TERAPÊUTICA

Premissa aceita: não-adesão leva ao desenvolvimento de HIV resistente às drogas.

X.A. DEFINIÇÃO DE FALÊNCIA TERAPÊUTICA

Existem basicamente três elementos que podem ser utilizados para caracterizar uma falência terapêutica:

1. Falência virológica: traduz um inadequado controle da replicação viral, isto é, uma carga viral detectável após 6 meses de início do tratamento, ou:
 - a) Aumento de 1 log de carga viral em relação a carga viral prévia, confirmado por 2 medidas repetidas (com intervalo de 30 a 45 dias);
 - b) Carga viral detectável > 10.000 cópias/ml, confirmado por 2 medidas repetidas (com intervalo de 30 a 45 dias), na presença de boa adesão, havendo sido indetectável previamente, e sem vacinação ou infecção actual (ou nos últimos 30 dias).

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 muito baixa (< 5000 cópias/ml) 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:
 - 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 (se for conhecido), ou ainda
 - c) Contagem de linfócitos T CD4+ persistentemente abaixo de 100 células/mm³ após 12 meses de terapia antiretroviral. 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 cel/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 baixo. 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: a progressão clínica da infecção, expressa principalmente por meio de infecções ou tumores oportunistas novos ou recorrentes, tem sido a referência para caracterizar falha clínica. No entanto, na ausência de falha virológica, a ocorrência de doenças oportunistas não indica falha do tratamento antiretroviral, mas sim reflete, na maior parte dos casos, reconstituição imune parcial e insuficiente. Deve-se também sempre excluir a Síndrome de Imunoreconstituição.

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. Conseqüentemente, a falência virológica deve ser o principal parâmetro actual para a definição de falência da terapia antiretroviral, particularmente da terapia inicial.

As principais causas de falência terapêutica podem ser devidas a:

- Insuficiente adesão: causa mais comum
- Interrupção dos ARV devido a toxicidade ou efeitos adversos
- Problemas de farmacocinética das medicações ARVs
- Presença de mutações que conferem resistência aos fármacos

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

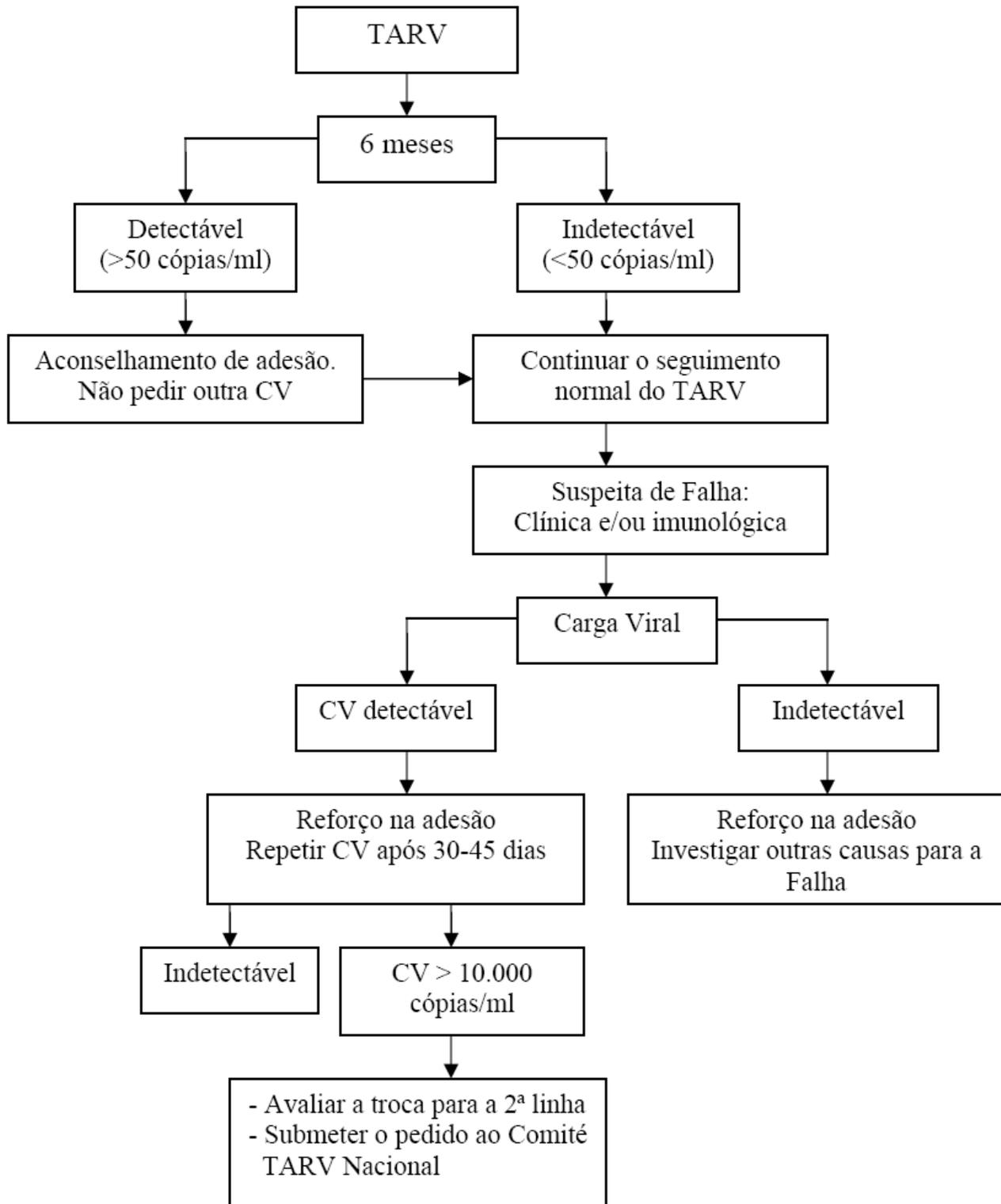
- História clínica do doente
- Avaliação dos parâmetros imunológicos e virológicos e sua evolução no tempo
- Avaliação da adesão do doente à terapia ARV
- Número de opções terapêuticas que restam

Quadro XIX: 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

X.B. AVALIAÇÃO DE FALÊNCIA TERAPÊUTICA

Algoritmo 2: Uso da carga viral do HIV para medir o sucesso do tratamento e identificar falência virológica em pacientes adultos.



X.C. CONDOTA 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 perdendo sua actividade antiviral. É sempre preferível alterar pelo menos dois fármacos e, possivelmente, substituir completamente o regime terapêutico.

Em Moçambique, a decisão da alteração do TARV por falência terapêutica cabe ao Comitê Nacional TARV. Assim, toda a suspeita de falha terapêutica deve ser encaminhada ao Comité, utilizando o Formulário de solicitação de mudança de regime antiretroviral, o qual se encontra disponível na parte dos Anexos desde Guião, para os seguintes endereços:

crefsida@tropical-web.com

comsida@tropical-web.com

tel 21-32 08 31 ou cel 82-318 4200

Assim, em presença de uma primeira falência terapêutica confirmada, as possíveis estratégias incluem:

ESCOLHA DA 2ª LINHA:

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

- **1ª opção:** TDF + (3TC+AZT) + LPV/r
- **2ª opção:** TDF + 3TC + LPV/r
- **3ª opção:** ABC + ddI + LPV/r: para situações de nefrotoxicidade do TDF
- **4ª opção:** TDF + (AZT + 3TC) + SQV/r ou LPV/r: para doentes com TB necessitando de 2ª linha (ver ajuste de dose na página X)
- **Nas grávidas:** (AZT + 3TC) + ddI + LPV/r
- **Nas grávidas com TB:** TDF + (AZT+ 3TC) + SQV/r ou LPV/r (sem necessidade de ajuste do IP)

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 numero limitado de doentes, também reutilizando fármacos já utilizados anteriormente.

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

PARTE 2

TRATAMENTO DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO ADULTO, ADOLESCENTE E GRÁVIDAS

I. DIARRÉIA

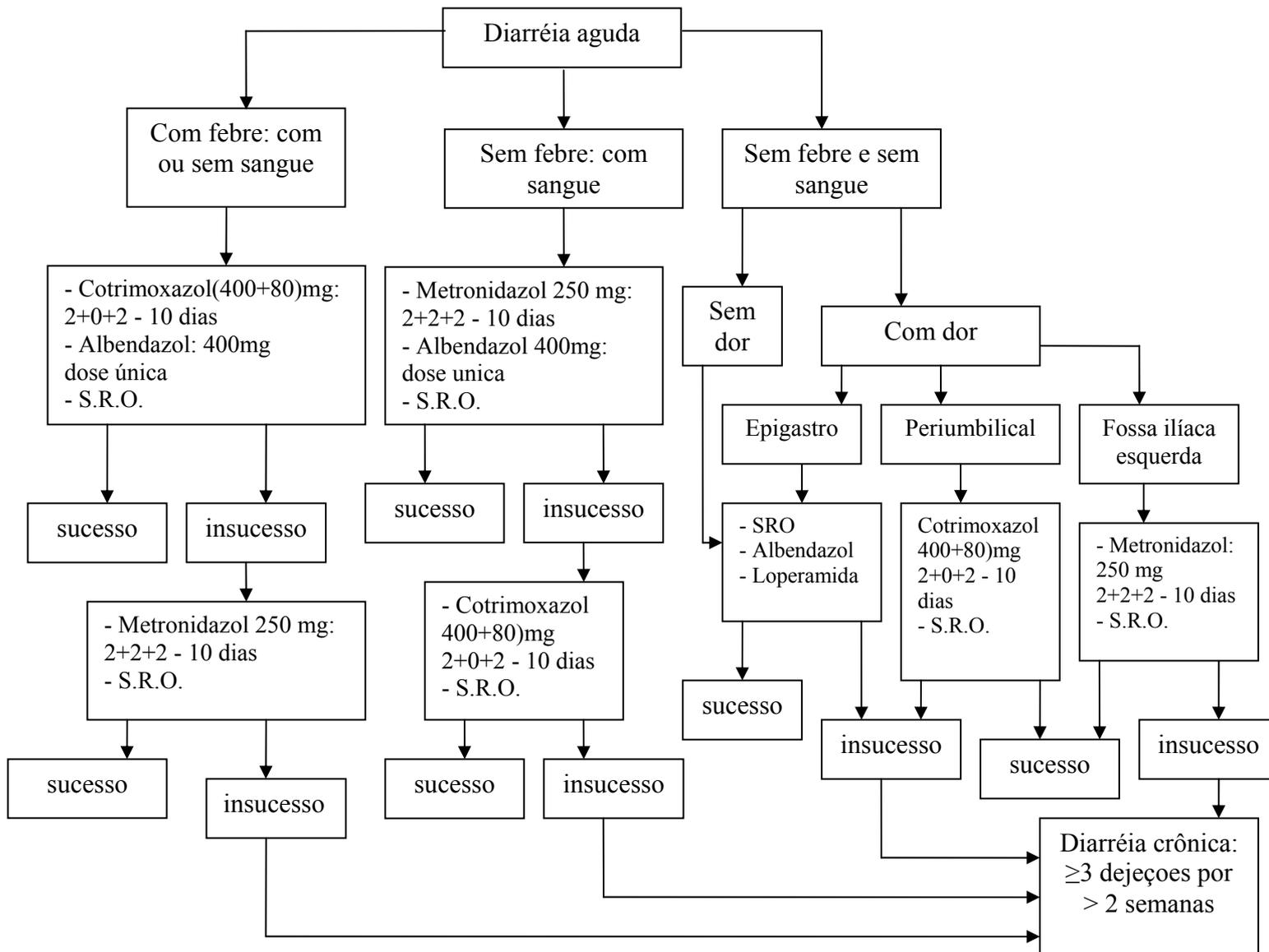
Definição

É considerada diarreia quando houver 3 ou mais episódios de fezes líquidas ou pastosas ao dia por mais de 2 dias. Pode ser classificada como aguda (por menos de 2 semanas) e crônica (por mais de 2 semanas).

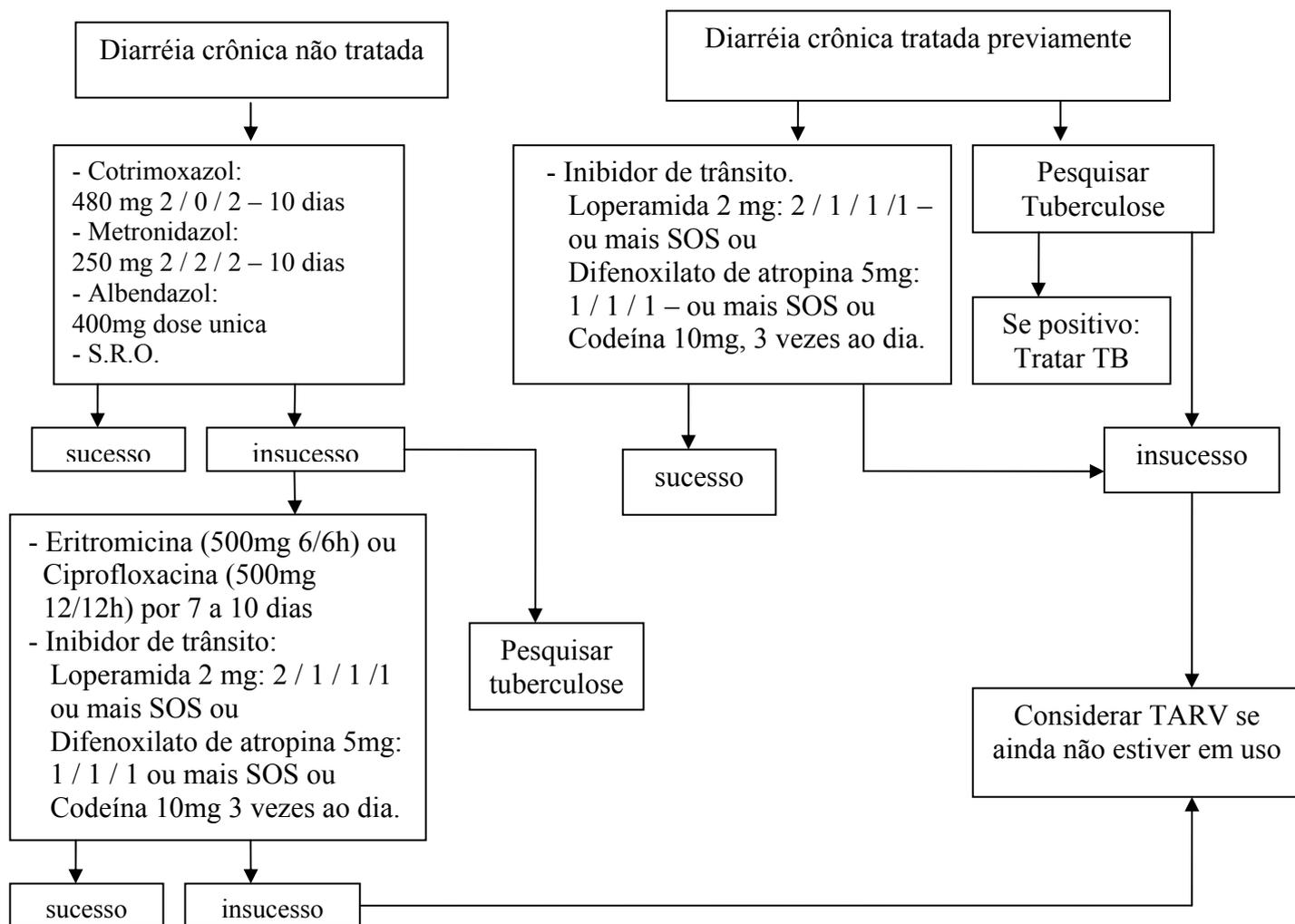
Quadro XX. Principais factores etiológicos da diarreia no HIV:

Agentes Bacterianos	Agentes Parasitários	Agentes Virais	Outros
<ul style="list-style-type: none">• <i>Salmonella sp</i>• <i>Shigella</i>• <i>Campilobacter sp</i>• <i>Mycobacterium tuberculosis/avium</i>	<ul style="list-style-type: none">• Malaria• <i>Cryptosporidium</i>• <i>Isospora belli</i>• <i>Microsporidium</i>• <i>Giardia lamblia</i>• <i>Entamoeba histolytica</i>• <i>Strongyloides stercoralis</i>	<ul style="list-style-type: none">• Herpes• Rotavirus• Citomegalovirus• HIV	<ul style="list-style-type: none">• Neoplasias: sarcoma de Kaposi, Linfoma• Medicamentoso: ARV, antibióticos.• Tratamentos “tradicionalis”

Algoritmo 3: Diarréia Aguda



Algoritmo 4: Diarréia Crônica



IMPORTANTE

1. **Prevenção das diarréias:** medidas de higiene, lavagem das mãos e isolamento das fezes dos doentes;
2. **No tratamento da diarréia, considerar sempre:**
 - O reequilíbrio hidroeletrólítico
 - 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 dejeção (dose máxima diária de 6cp), difenoxilato de atropina (5mg 4xdia), codeína (10mg 3xdia)
 - Suporte nutricional
 - Nos casos de diarréia com desidratação grave que necessite de reidratação venosa contínua, referir
3. **Os antidiarréicos são contra-indicados na presença de diarréia sanguinolenta;**
4. **A Ciprofloxacina (500mg 12/12h de 3 a 7 dias) pode ser uma alternativa ao Cotrimoxazol nos casos de diarréia 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 ciprofloxacina nas grávidas e puérperas;
7. **Não esquecer da profilaxia secundária das infecções oportunistas com cotrimoxazol (2cp 1xdia) ou dapsona (100mg/dia).**

II. MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS

As causas mais comuns são:

A. INFECCIOSAS

- Pneumonia bacteriana
- Tuberculose
- Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*
- Infecções fúngicas (histoplasmose, criptococose, coccidioidomicose, etc)
- Micobacterias atípicas
- Outras: CMV, Toxoplasmose

A. NEOPLASIAS MALIGNAS

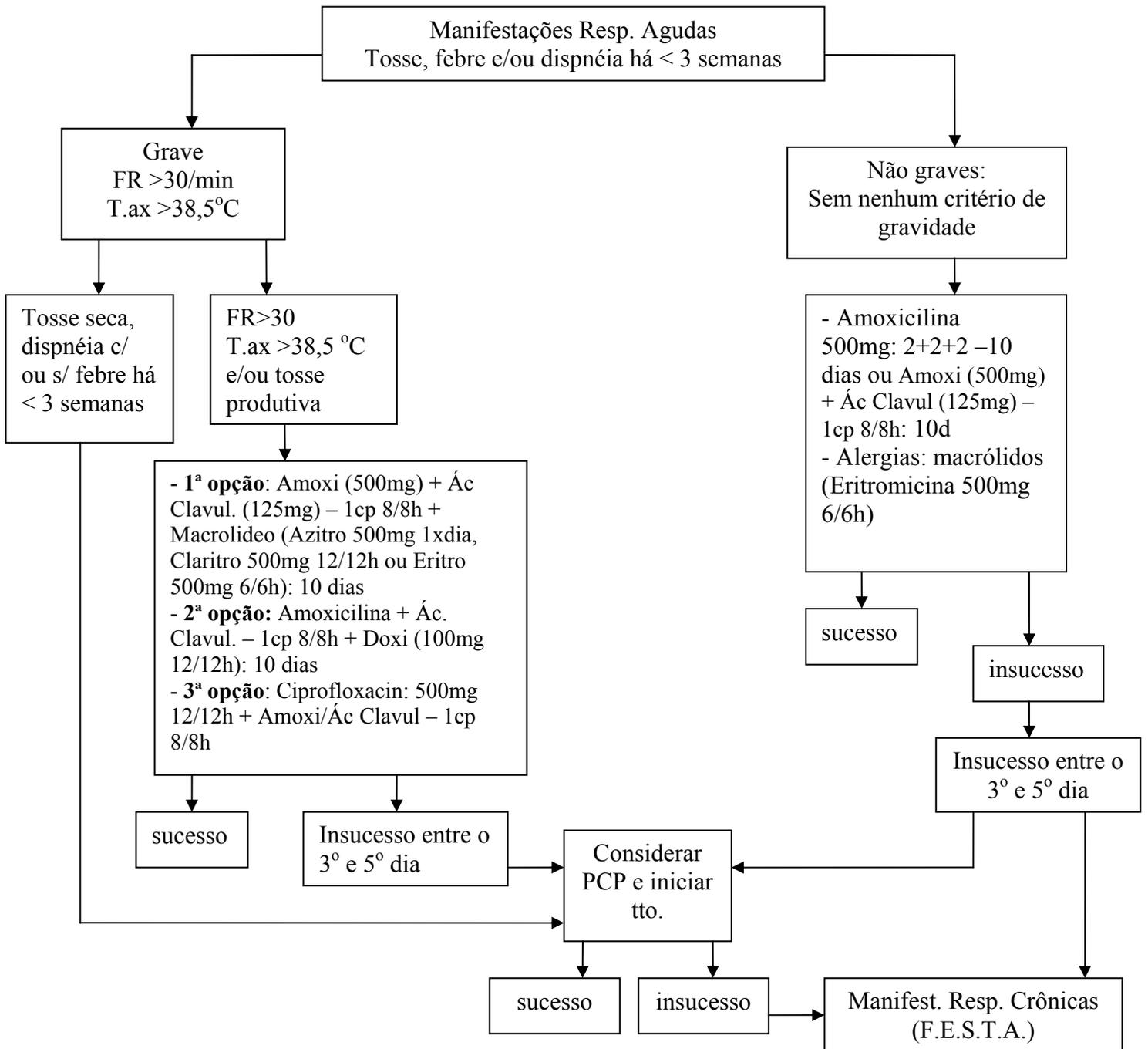
- Doença de Kaposi
- Doença de Hodgkin
- Linfomas
- Carcinomas broncogênicos

B. OUTRAS PNEUMOPATIAS

- Pneumonia intersticial não específica
- Pneumonia intersticial linfocitária
- Sarcoidose

C. OUTRAS

Algoritmo 5: Manifestações respiratórias agudas



IMPORTANTE

1. Outras causas de tosse:

- Derrame pleural: tuberculose, infecção bacteriana ou neoplasia (Sarcoma de Kaposi – geralmente hemorrágico)
- Pneumotórax: tuberculose, Pneumocystis jiroveci ou neoplasia
- Derrame pericárdico: tuberculose

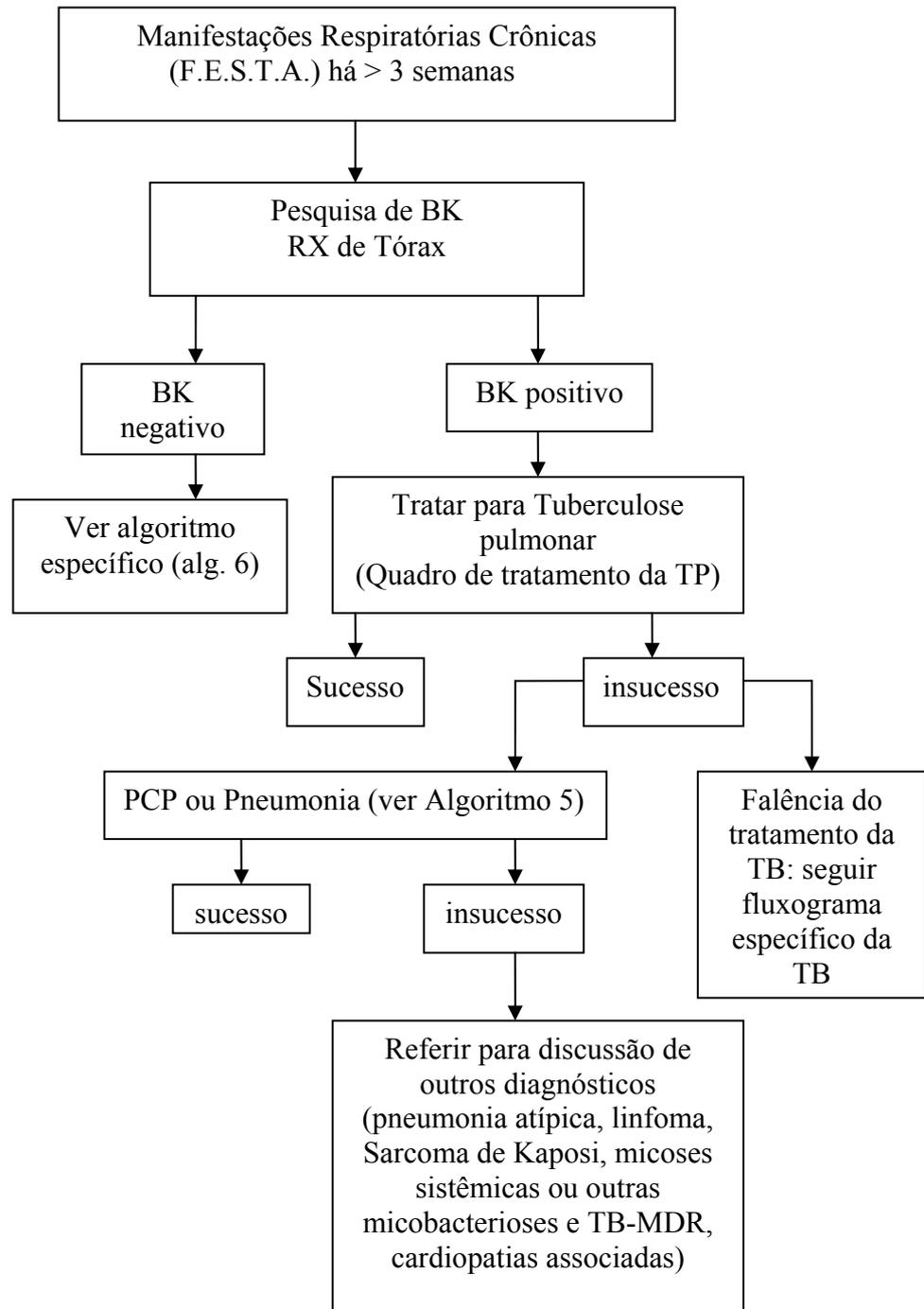
2. Nos casos onde não está disponível Amoxicilina/Ác. Clavulânico, usar Amoxicilina 1000mg 8/8h por 10 dias;

3. Está contra-indicado o uso de Claritromicina, Ciprofloxacina e Doxiciclina nas grávidas;

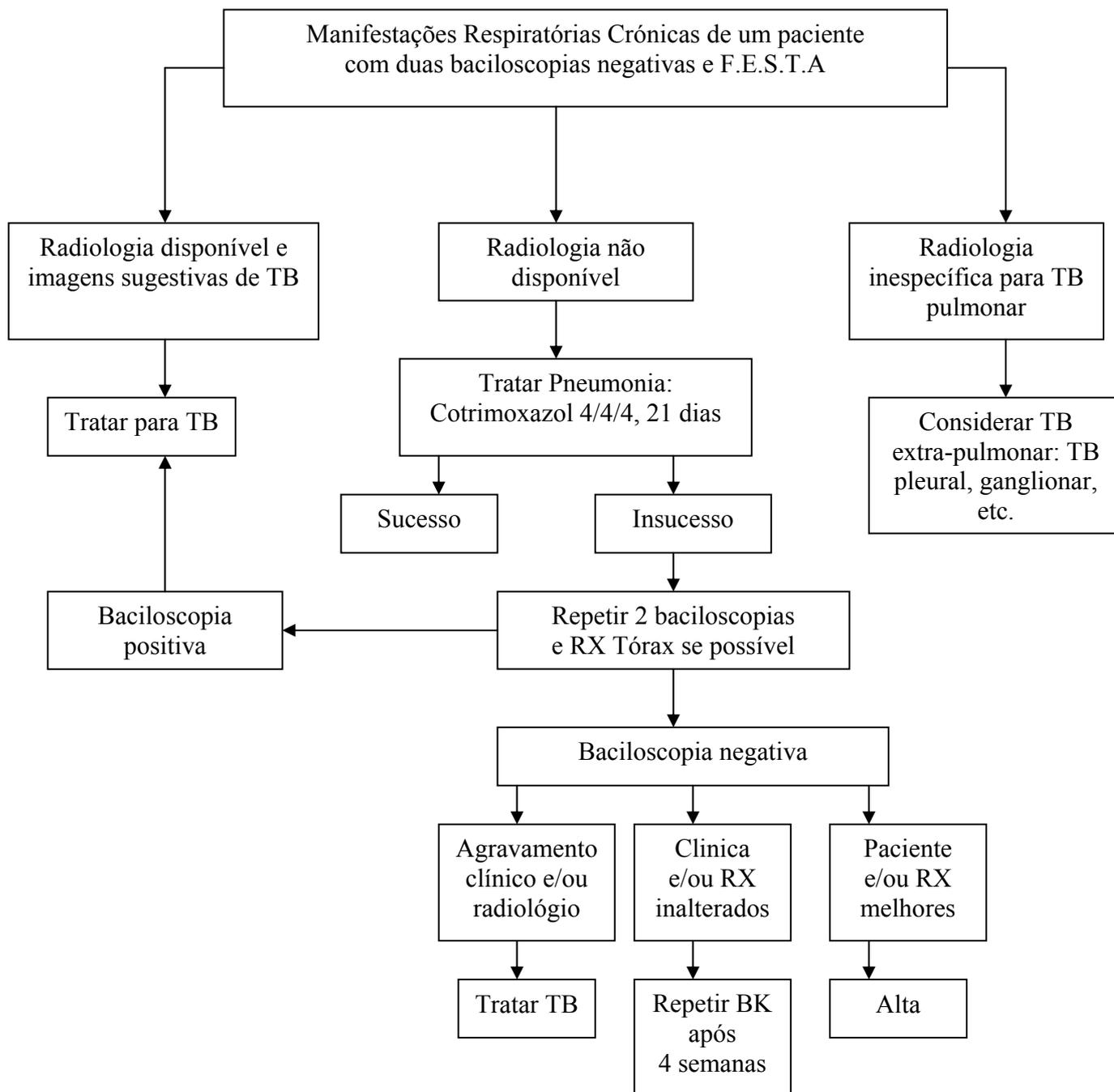
4. Nos casos de expectoração, pedir sempre baciloscopia (BK);

5. F.E.S.T.A.: acrônimo de febre, emagrecimento, sudorese noturna, tosse e astenia.

Algoritmo 6: Manifestações Respiratórias Crônicas (1)



Algoritmo 7 – Manifestações Respiratórias Crônicas (2)



Quadro XXI: Tratamento da Tuberculose Pulmonar Caso Novo

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*	30-37 kg	38-54 kg	55-70 kg	≥71 kg
	2	3	4	5

2. Fase de Manutenção: **4 meses** de tratamento diário com dose fixa combinada (2DFC):
Isoniazida e Rifampicina

	Peso pré tratamento (em Kg)			
Número de comprimidos de 2DFC*	30-37 kg	38-54 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)

IMPORTANTES

1. A Tuberculose é a infecção pulmonar mais comum em África Subsaariana numa pessoa com imunodepressão. Em Moçambique, a exclusão de um diagnóstico de tuberculose é prioritária, sobretudo em doentes que não respondem ao tratamento antibiótico clássico; considerar sempre tuberculose e tratá-la se o quadro for sugestivo;
2. A tuberculose pode apresentar-se de uma forma não clássica e o diagnóstico é sugestivo se o RX tórax mostrar gânglios linfáticos hilares, padrão miliar, derrame pleural ou pericárdico;
3. Medidas gerais no tratamento da Tuberculose:
 - Avaliar quanto a reabilitação nutricional quando indicado
 - Analgésicos e antipiréticos
 - Oxigênio se o doente está cianosado, dispnéico em repouso, ou em insuficiência respiratória.
 - Em situação aguda, priorizar o tratamento das complicações.
 - Etiqueta da tosse e ventilação adequada

PNEUMOCISTOSE PULMONAR

A pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* é habitualmente uma entidade reveladora de SIDA. Manifesta-se como uma pneumopatia intersticial, associada a uma tosse seca, dispneia com agravamento progressivo, por vezes febril.

Diagnóstico

- Clínico, RX tórax, LDH sérico >500, Linfócitos T CD4+ <200 cel/mm³ (sugestivo), pesquisa de *Pneumocystis jiroveci* (no lavado broncoalveolar e expectoração induzida). A auscultação pulmonar é pouco específica.

Tratamento de escolha: duração de 21 dias

- 1ª opção: Cotrimoxazol (Sulfametoxazol 400mg + Trimetropim 80mg): 15mg do componente TMP/kg/dia, dividido em 3 a 4 doses diárias

Quadro XXII: Tratamento Pneumocistose Pulmonar

Peso do paciente	Dose de Cotrimoxazol (400+80mg) – esta dose deve ser dividida em 3 a 4 tomas diárias
30 a 45 kg	8cp/dia
45 a 60 kg	12cp/dia
>60 kg	16/dia

- Oxigênio se necessário
- Casos graves (PaO₂ inicial <70mmHg ou cianose), corticoterapia é recomendada durante 2 a 3 semanas. Iniciar preferencialmente 24 a 72h antes 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

- Dapsone 100mg “per os” 1xdia + Trimetropim 15mg/kg/dia, dividido em 3 a 4 doses

Profilaxia secundária:

- A profilaxia secundária é indispensável. O Cotrimoxazol também é o medicamento de escolha nestes casos, na dose de 2cp/dia.
- Alternativa: Dapsone 100mg/dia
- A profilaxia secundária só poderá ser suspensa naqueles casos de paciente em TARV e com linfócitos T CD4+ comprovadamente > 350 cel/mm³ nos últimos 6 meses.
- Caso a contagem de linfócitos T CD4+ diminua novamente para < 350cel/mm³, este deve ser reintroduzido.

IMPORTANTE

Se houver toxicidade medicamentosa ao Cotrimoxazol e o doente estiver estável, considerar as orientações sobre o manejo das Reacções Medicamentosas, no Capítulo VII (Parte 2)

Quadro XXIII: Quadros Radiológicos mais frequentes

Etiologia das opacidades intersticiais difusas	Etiologias das opacidades alveolares e dos macronódulos localizados
<p><u>Patologias frequentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumocistose - Doença de Kaposi <p><u>Patologias possíveis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose - Outras infecções oportunistas: Toxoplasmose, Criptococose, Aspergilose, Micobacteriose atípica <p><u>Outras patologias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumopatia intersticial linfóide <p><u>Diagnóstico Diferencial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema pulmonar - Pneumopatia medicamentosa 	<p><u>Patologias frequentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecção bacteriana comum - Doença de Kaposi <p><u>Patologias possíveis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose - Micoses: Aspergilose, Criptococose - Micobacterioses atípicas - Outras infecções bacterianas oportunistas: Nocardiose, Actinomicose, infecção por <i>Rhodococcus equi</i>, etc. <p><u>Patologias raras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Linfoma - Toxoplasmose <p><u>Diagnóstico Diferencial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancro broncopulmonar - Enfarte pulmonar
Etiologias das adenopatias intratorácicas	Etiologia das pleuresias
<p><u>Patologias frequentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose - Criptococose <p><u>Patologias possíveis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Linfoma - Micoses: Criptococose, etc. - Pneumocistose - Infecções bacterianas oportunistas (micobacteriose atípica, etc.) - Doença de Kaposi* <p><u>Diagnóstico Diferencial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Neoplasia <p>* adenopatias que acompanham frequentemente o Kaposi mas cuja origem específica ainda não está demonstrada</p>	<p><u>Patologias frequentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose - Infecção bacteriana comum - Doença de Kaposi <p><u>Patologias possíveis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Criptococose <p><u>Patologias raras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspergilose - Pneumocistose - Micobacteriose atípica <p><u>Diagnóstico Diferencial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Embolia pulmonar

III. MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS

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:

- Malaria
- Meningite Por *Cryptococcus*
- Toxoplasmose SNC
- Meningite Tuberculosa
- Neurosífilis
- Meningites Bacterianas
- Virais: HIV, CMV, Herpes, JC vírus – Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LEMP), HTLV

B. NEOPLASIAS

- Linfoma

C. EFEITOS COLATERAIS DE MEDICAMENTOS

- ARV

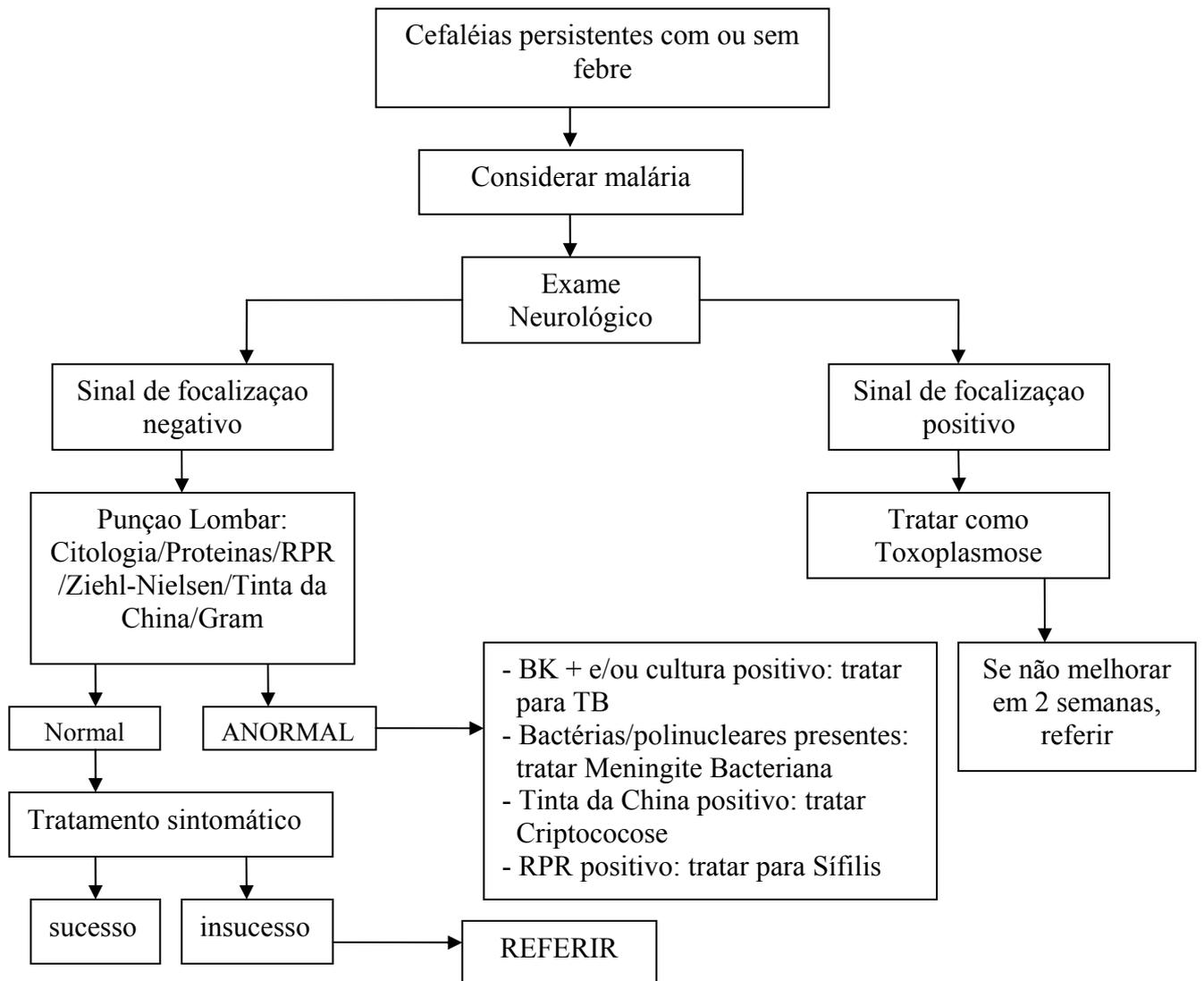
D. OUTRAS

- Neuropatia periférica
- Demais

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 motores, ataxia e afasia;
 - Convulsões;
 - Sinais de irritação meníngea ou de hipertensão intracraniana (rigidez de nuca, hipertensão arterial e bradicardia na presença de febre).

Algoritmo 8. Cefaléias intensas e persistentes



IMPORTANTE

- 1. A toxoplasmose é a etiologia mais provável quando existem sinais focais e, normalmente, responde bem ao tratamento; essa resposta pode vir corroborar o diagnóstico;**
- 2. Toxoplasmose na gravidez: 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;**
- 3. A meningite criptocócica pode manifestar-se apenas por febre e/ou cefaléia, que é normalmente intensa;**
- 4. Na impossibilidade da realização de uma punção lombar, referir;**
- 5. Alterações líquóricas com aumento de proteínas e baixa celularidade com predomínio de linfomonocitário e pesquisa de *Cryptococcus* pelo método da Tinta da China com resultado negativo, dever-se-á introduzir o tratamento específico para Tuberculose antes do resultado da cultura do LCR;**
- 6. No tratamento sintomático: iniciar o tratamento por um analgésico simples, paracetamol ou AAS e, depois, se necessário, passar aos analgésicos compostos, contendo opiáceos fracos ou fortes, conforme as disponibilidades. No tratamento paliativo é essencial o mais completo alívio possível da dor.**

TOXOPLASMOSE

É a causa mais freqüente de doença cerebral focal no portador do HIV.

Agente

Toxoplasma gondii. Resulta normalmente da reativação de uma infecção parasitária anterior.

Factores de risco

Contacto prévio - IgG anti-toxoplasma positivo, ausência de profilaxia, CD4 <100 cel/mm³.

Formas Clínicas

Varia desde um estado confusional agudo até um processo gradual subagudo que progride em algumas semanas.

As principais manifestações clínicas são: confusão mental, convulsões, hemiparesia e hemiplegia. Sinais de irritação meníngea ou hipertensão intracraniana são raros nesses casos.

Forma abscedada localizada: 80%

Forma encefalítica: 20%

Diagnóstico

Clínica e epidemiologia, exames radiológicos (tomografia cerebral ou ressonância magnética), serologia e imunologia para toxoplasmose (IgG para toxoplasmose no sangue e líquido e PCR). Nas formas encefalíticas a investigação serológica e no líquido ajuda o diagnóstico.

Tratamento: duração de 6 semanas.

1ª opção:

Sulfadiazina (100mg/kg/dia, dividido em 4 tomas) + Pirimetamina (100mg/dia no primeiro dia, e depois 50mg/dia, em toma única) + Ácido folínico (15mg/dia, em toma única)

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 Dapsona (100mg/dia) associado a Pirimetamina (100mg/dia no primeiro dia, e depois 50mg/dia).

Nos casos das 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.

Profilaxia secundária

São as mesmas opções terapêuticas, utilizando a metade da dose:

- Sulfadiazina (50mg/kg/peso 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 cel/mm³ durante 6 meses consecutivos, e
- O tratamento inicial estiver completo, e
- Ausência de sintomas relacionados a Toxoplasmose.

CRÍPTOCOCOSE

Agente: *Cryptococcus neoformans*

A contaminação faz-se por via aérea causando, inicialmente, uma pneumopatia e posterior difusão sistêmica com localização meníngeo-encefálica.

Outras localizações: baço, fígado, pele, rim, próstata, gânglios.

Clínica

Meningite de evolução subaguda, sendo os sintomas mais comuns: cefaléia intensa, febre, alteração do nível de consciência e confusão mental. Hipertensão intracraniana pode estar presente em mais de 50% dos pacientes, sendo um sinal de gravidade.

Diagnóstico

- Clínica, pressão de abertura elevada (>200mm H₂O) 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 Criptococos pelo teste de aglutinação em látex no LCR (sensibilidade 93%)
- Hemocultura e cultura de fungo no LCR

Tratamento

1ª Opção:

a) Tratamento de ataque: Anfotericina B 0,7 mg/kg/dia, EV, diluído 500ml de soro glicosado ou fisiológico, 1x/dia, administrado em 6 horas + Flucitosina 100mg/kg/dia (dividido em 4 doses), durante 2 semanas. Fazer hidratação prévia.

A nefrotoxicidade e a hipocaliemia são efeitos adversos frequentes com o uso deste medicamento, que requerem acompanhamento.

Na ausência de Flucitocina, poder-se-á utilizar somente a Anfotericina B.

b) Manutenção: Fluconazol 400-800mg/dia, por 8 a 10 semanas.

2ª Opção:

a) Tratamento de ataque: Fluconazol 400mg 12/12h, VO ou EV (se doente inconsciente), por 4 semanas. Monitorizar a função hepática.

b) Manutenção: Fluconazol 400mg/dia por 8 a 10 semanas.

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.

Manejo da Hipertensão Intracraniana

Nesses casos, é indicado punção lombar terapêutica diária, com cuidados de assepsia, com retirada de 20 a 30 ml de líquido, até resolução da hipertensão intracraniana (< 200 mm H₂O, quando for possível medir), ou até melhoria da sintomatologia.

Profilaxia secundária:

A profilaxia secundária da Criptococose neuromeningea é obrigatória; sem esta, a recidiva ocorre em 100% dos casos:

Medicamento de escolha: Fluconazol 200mg/dia

Deve ser iniciada logo após o tratamento, se a evolução for favorável.

A profilaxia secundária deve ser suspensa apenas quando:

- A contagem de linfócitos T CD4 + for >200 cel/mm³ por mais de 6 meses, e
- O tratamento inicial estiver completo, e
- Ausência de sintomas relacionados a Criptococose.

IMPORTANTE

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

MENINGITE TUBERCULOSA

A meningite tuberculosa e o tuberculoma no SNC são complicações neurológicas frequentes. Os sintomas mais comuns são alterações do nível de consciência, sinais neurológicos focais, alterações de comportamento, crises convulsivas, sinais sugestivos de hipertensão intracraniana e febre prolongada com sudorese. Pode estar associada à Tuberculose em outros órgãos.

Diagnóstico

- Clínico- epidemiológico
- Alterações líquóricas: pleiocitose 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

Tratamento

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

O tratamento deve ser realizado de acordo com o Protocolo Nacional para a Tuberculose:

Quadro XXIV: Tratamento da Meningite Tuberculosa

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 + Estreptomicina 10mg/kg/dia (intramuscular)

	Peso pré tratamento (em Kg)			
Número de comprimidos de 4DFC*	30-37 kg	38-54 kg	55-70 kg	≥71 kg
	2	3	4	5

2. Fase de Manutenção: **4 meses** de tratamento diário com dose fixa combinada (2DFC): isoniazida e rifampicina

	Peso pré tratamento (em Kg)			
Número de comprimidos de 2DFC*	30-37 kg	38-54 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 está indicado: prednisolona 1mg/kg/dia ou dexametasona 1 a 2mg/kg/dia, por 4 a 6 semanas.

NEUROSÍFILIS

A prevalência da neurosífilis é maior em pacientes HIV positivos.

Tem-se sugerido que o HIV acelera e modifica o curso clínico da neurosífilis e que a co-infecção com HIV eleva a incidência das complicações neurológicas.

A neurosífilis pode ocorrer independentemente do valor do CD4.

Clínica

Meningite asséptica e sintomas como cefaléia, rigidez de nuca e fotofobia, comprometimento de nervos cranianos (VII e VIII), afasia, convulsões e sintomas neuropsiquiátricos.

Diagnóstico

- LCR com leucocitose com linfocitose

- VDRL ou RPR no líquido 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 4 horas, por 10 a 14 dias.

IMPORTANTE

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

MENINGITE BACTERIANA

É um processo inflamatório meníngeo de origem bacteriana que afecta o cérebro, podendo ter risco de sequela neurológica.

Clínica

Início agudo, febre alta, cefaléia e presença de sinais meníngeos (rigidez de nuca), podendo evoluir para a forma severa, com coma, convulsão e púrpura.

Prováveis focos envolvidos: sinusite, otite, pneumonias, mastoidite e endocardite.

Agentes mais frequentes

Meningococos, Pneumococos, Haemophilus e Gram negativos (principalmente nos diabéticos).

Tratamento: duração de 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

Nas grávidas: está indicado a Ceftriaxona 2g EV 12/12h. No caso de não estar disponível, usar Ampicilina (4g EV 6/6h).

IMPORTANTE

Considerar meningite por *Listeria monocytogenes* nos casos dos imunodeprimidos graves. Nesse caso, o tratamento de escolha é Ampicilina (2g EV 4/4h) associado ou não a Gentamicina (2mg/kg dose de ataque e depois 1,7mg/kg 8/8h).

MENINGITES/ENCEFALITES VIRAIS

Etiologia

- HIV
- Herpes simplex 1 e 2 (HSV 1 e 2)
- Herpes zoster (HZV)
- Citomegalovírus

Apresentação

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 cefaléia, a qual pode estar em associação com alteração do estado mental ou neuropatias cranianas.

1) Encefalite por HSV

- Parece ser rara
- Manifesta-se por cefaléia, febre e convulsões
- Nos imunocompetentes tem uma evolução fulminante
- Nos doentes com HIV tem um início insidioso e uma evolução crônica

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 afetado torna-se edemaciado e hiperemiado, podendo a lesão simular um infarto ou abscesso

2) Meningoencefalite por HZV

- 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 deste.

3) Meningite por CMV

- Apresenta-se com o quadro clínico de demência, ventriculoencefalite ou poliradiculomielopatia 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 um quadro similar ao Guillain-Barré.

Diagnóstico das meningites virais

- 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 PCR do LCR para os diferentes virus ajuda ao diagnóstico.

Tratamento

Quadro XXV: Tratamento das principais meningites virais

Etiologia	Tratamento
Encefalite por HSV	Aciclovir 10mg/kg 8/8h IV por 14 a 21 dias
Meningoencefalite por HZV	Aciclovir 10 mg/kg 8/8 h IV Foscarnet 40 mg/kg IV 8/8 h ou 60 mg/kg IV 12/12 h por 14 a 26 dias
Meningite por CMV	Ganciclovir (5mg/kg 2xdia IV, 14 dias e após 5mg/kg 1xdia IV) + Foscarnet (60mg/kg 8/8h IV ou 90mg/kg 12/12h IV por 14 dias e após, 90-120mg/kg 1xdia IV; após, manutenção: Foscarnet IV+valaciclovir VO indefinidamente.

EXAME DO LCR

Quadro XXVI: Parametros do LCR e Diagnóstico Diferencial

	Celularidade (cel/ml)	Predomínio	Glicose (mg/dl)	Proteínas (mg/dl)	Pressao (mm H₂O)
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	↑↑↑
Neurosífilis	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

1. **Meningite tuberculosa:** aumenta-se a sensibilidade quando grandes quantidades de LCR são pesquisados (cerca de 40 a 50 ml), solicitando pesquisa directa de BK, cultura e PCR para TB quando disponível;
2. **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%);
3. **Neurosífilis:** VDRL pouco sensível no LCR; FTA-ABS é sensível (95%) e específico. TPI (imobilização do *Treponema pallidum*) é o teste mais sensível e mais específico, mas também o mais caro;
4. O PCR é muito útil no diagnóstico das meningites, sendo particularmente importante nas meningites virais. É considerado o padrão-ouro no diagnóstico do herpes simples e o CMV;
5. 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 XXVII: Parâmetros utilizados e quantidades necessárias no exame do Líquor:

Microbiologia	- 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 <i>Cryptococcus</i> : 0,3ml
Hematologia	- Diferencial de células: escolher o último frasco, com menos possibilidade de acidente de punção - Pesquisa de hemácias - Pesquisa de blastos (só nos casos de diagnóstico de leucemia) Tudo isso com apenas 1ml
Imonologia	- PCR: todos com no mínimo 1ml
Bioquímica	- Glicose, proteínas totais: 1ml - Proteinograma: 3 a 5 ml - LDH, cloro, lactato: 0,2ml para cada íon adicionado
Patologia	- Citologia: mínimo 1-2ml; o ideal é 4ml
OBSERVAÇÃO: 1ml = 20 gotas	

NEUROPATIAS

Neuropatia Periférica

Predominantemente uma neuropatia sensorial, de forma distal, simétrica e ascendente.

Sintomas: parestesias, dor, sensação de queimadura nas extremidades, formigueiro nos dedos e plantas dos pés, impossibilitando de calçar sapatos e cobrir com os lençóis, perda de sensibilidade.

Apenas nas fases mais avançadas pode apresentar-se uma diminuição da força muscular. Os reflexos estão afectados desde o início da sintomatologia.

É mais prevalente em estado avançado de doença (CD4 baixo e carga viral alta).

Etiologias

- Deficiência nutricional (Vitamina B6 e B12)
- Álcool
- Toxicidade medicamentosa: Isoniazida, Estavudina, Vincristina, Didanosina
- Diabetes
- Infecciosas: HIV, CMV, HTLV 1

Diagnóstico

- Clínico
- Exame físico: neuropatia distal simétrica e ascendente, diminuição da sensibilidade a dor e ao toque, diminuição dos reflexos e modificação da marcha.

Tratamento

- Piridoxina: 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)

* cuidado nos idosos.

IMPORTANTE

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

DEMÊNCIA ASSOCIADA AO HIV

Complexo demencial associado ao HIV (15 a 20% sem ARV): alto nível de replicação do HIV nos macrófagos e céls da micróglia.

Na doença ligeira: déficits cognitivos/motores menores associados ao HIV.

Na doença avançada ($CD4 < 200 \text{ cel/mm}^3$): complexo demencial do SIDA, encefalopatia por HIV ou demência associada ao HIV (DAH)

Prevalência

- Tem vindo a aumentar devido a maior sobrevida dos doentes HIV+.
- Aproximadamente 10% dos pacientes com HIV avançado ($CD4 < 200 \text{ cél/mm}^3$)
- 30 a 37% no geral: dificuldades de concentração, esquecimento
- Nem a incidência nem a prevalência diminuíram com o TARV

Factores de risco

- Pode aparecer como primeira manifestação clínica do HIV, mas geralmente apresenta-se tardiamente: $CD4 < 200 \text{ cél/mm}^3$ – risco aumenta progressivamente com a diminuição de CD4
- Hgb ↓
- Idade ↑
- Disfunção neurocognitiva prévia (álcool e/ou droga)

Manifestações clínicas

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
- Ataxia

Estadiamento

A Escala de Demência por HIV é uma modificação da avaliação do estado mental (mini-exame ou mini mental), desenvolvida para triar DAH, e inclui um teste de velocidade psicomotora.

As manifestações precoces proeminentes são:

- Respostas lentas e atraso psicomotor;
- Anomalias no seguimento dos olhos subtis e bruscas;
- Pobreza de movimentos finos dos dedos e
- Dificuldade na marcha

Deve-se ter sempre em conta a possibilidade de depressão associada. Gradualmente as anomalias cognitivas interferem com o trabalho e com as funções sociais; a marcha do doente deteriora.

O estadio terminal é caracterizado por:

- Demência global;

- Sinais dos gânglios basais incluindo o tremor;
- Paraparesia (10% dos doentes têm uma mielopatia vacuolar ou afectação medular por HIV); e
- Incontinência.

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

- Déficits cognitivos que comprometem a realização do trabalho ou das actividades diárias

Estadio 2: moderado

- Déficits cognitivos que impedem o trabalho ou as actividades diárias. Pode necessitar de assistência para andar

Estadio 3: severo

- Déficits 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 como o LCR; serve sobretudo para excluir outras doenças.

Diagnóstico Diferencial

- Toxoplasmose
- Linfoma
- Encefalite por CMV
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Meningite TB/Criptocócica
- Neurosífilis
- Efeitos secundários de medicamentos
- Uso de drogas
- Depressão/outra patologia psiquiátrica
- Déficit de B12/tiróide

Tratamento

- Sem TARV a sobrevida média após o diagnóstico está estimada em 6 meses
- Medicamentos em investigação: nimodipina (bloqueador dos canais de cálcio que activam o n-metil-d-aspartato), pentoxifilina (antagonista do factor de necrose tumoral α), memantina (antagonista do n-metil-d-aspartato), peptídeo T (pentapeptídeo análogo da gp 120).

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 Toxoplasmos e Tuberculose SNC.

A Toxoplasmose geralmente responde bem nas primeiras duas semana de tratamento.

LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA (LEMP)

Etiologia

Está associada a uma infecção ou reativação do vírus JC (poliomavirus humano).
Outros poliomavirus podem estar implicados (ex. SV40 e o vírus BK).

Prevalência

Manifesta-se em fases avançadas da doença ($CD4 < 100 \text{ células/mm}^3$).
Aparece em cerca de 4% a 8% dos doentes com SIDA e pode ser manifestação inicial em cerca de um terço desses doentes.

Apresentação

As manifestações clínicas têm um início subagudo e incluem: alteração do estado mental, distúrbios da fala e da visão, dificuldades na marcha, hemiparésia e incoordenação dos membros.

Existe ainda os casos fulminantes, com demência, encefalopatia e coma, rapidamente progressiva.

Por isso, 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, déficits neurológicos focais, progressão para a demência, eventualmente coma e morte.

IMPORTANTE

Devido a 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 esfínteres. 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 as frequentes infecções respiratórias como consequência da falta de controlo da deglutição.

Diagnóstico

A Tomografia computadorizada (TAC) revela lesões solitárias ou múltiplas, confluentes, hipodensas, não realçáveis pelo contraste, predominantemente localizadas na substância branca da região parieto-occipital. São melhor visíveis na RMN.

O LCR não faz o diagnóstico, já que os achados são normais ou com alterações inespecíficas, como pleiocitose ligeira e proteínas elevadas. PCR para JC: se positivo, confirma; se negativo, não exclui.

Apesar dos achados radiológicos característicos, o diagnóstico definitivo de LEMP exige confirmação anátomo-patológica (desmielinização da substância branca e células oligodendrogliais “balonadas” e com inclusões nucleares).

Evolução e Prognóstico

O tempo médio de sobrevivência sem TARV é de 2-4 meses. No entanto 10% dos doentes têm uma evolução mais benigna com remissão e sobrevivência prolongada ou mesmo recuperação espontânea.

Doentes com $CD4 > 200 \text{ células/mm}^3$ com ou sem TARV podem estabilizar-se durante meses a anos.

Tratamento

Não existe tratamento específico.

O uso de TARV potente pode causar remissão do quadro.

Eventualmente, uso de esteróides.

IV. FEBRE

A febre aguda é definida como uma temperatura corporal superior a 38.2⁰ C por um período curto de tempo.

Particular atenção deve ser dada a febre com duração maior que 2 semanas como única manifestação clínica, sendo assim considerada febre prolongada.

Etiologia

A. PROCESSOS INFECCIOSOS MAIS COMUNS:

- HIV
- Malária
- Tuberculose*,
- Doença inflamatória pélvica;
- Criptococose*
- Toxoplasmose*
- Pneumocistose
- Bacteremia devida a *Salmonella sp.*, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* e outras doenças diarreicas;
- Infecções virais (CMV, Herpes, EBV)*
- Micobacterioses atípicas (*M. Avium*)*;

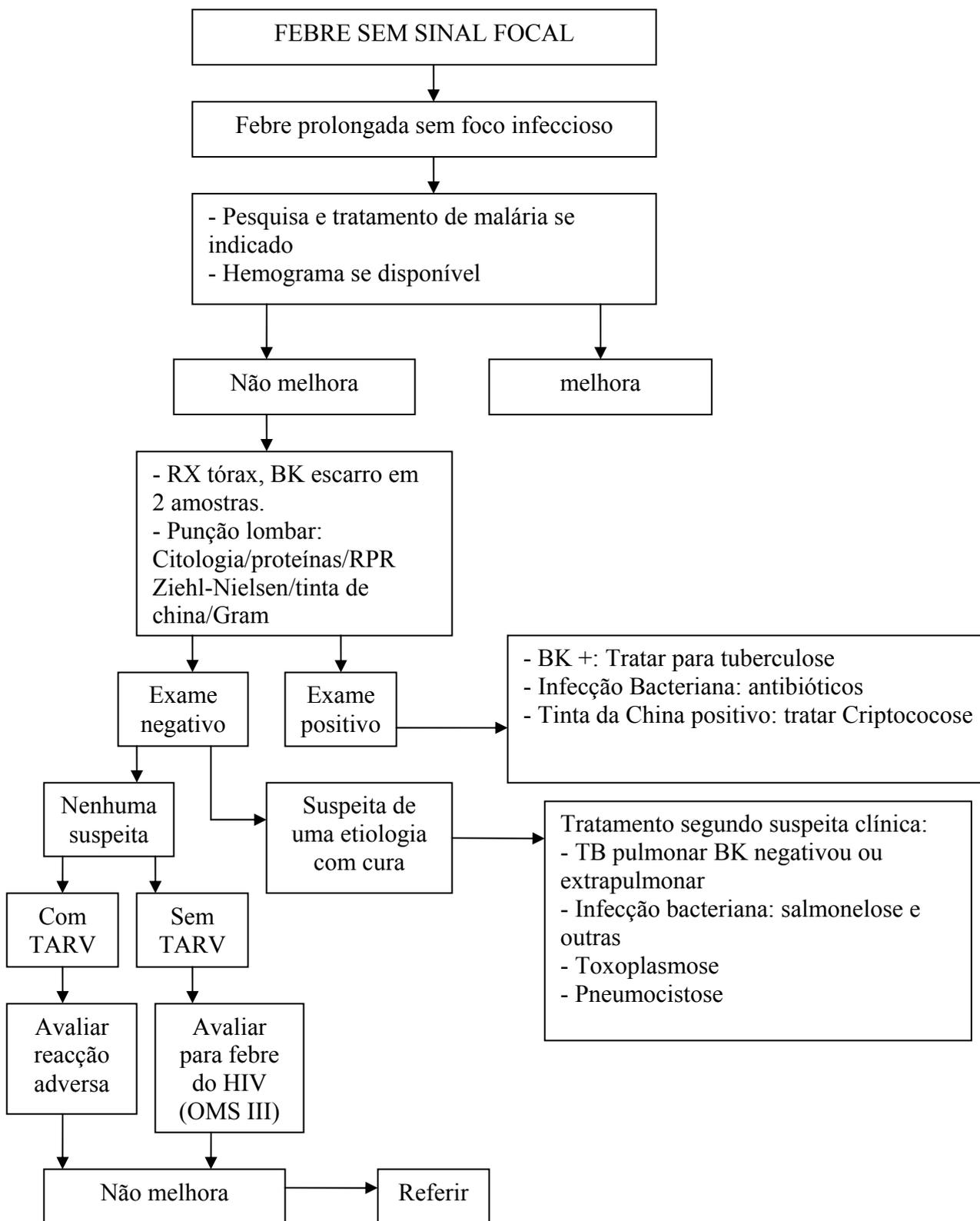
B. NEOPLASIAS:

- Sarcoma de Kaposi*
- Linfoma

C. MEDICAMENTOSA

*Processos infecciosos que também podem fazer parte do quadro de Síndrome de Imunoreconstituição (SIR) após o início do TARV, sendo a tuberculose a mais frequente.

ALGORITMO 9: Febre Prolongada sem sinal focal



IMPORTANTE

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

MALÁRIA

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

MALÁRIA NÃO COMPLICADA

Síndrome febril agudo não acompanhado de sinais e/ou sintomas de doença grave.

Quadro Clínico

Os principais sinais e sintomas da malária não complicada são: febre (temperatura axilar $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$), cefaléia, dores articulares, mialgias, anemia, tosse (em crianças), arrepios de frio, anorexia, vômitos 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). Na presença de sintomas, um teste negativo não exclui o diagnóstico.

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

1. Tratamento da 1ª linha: 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 repetida após 8 horas. 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.

Quadro XXVIII: Tratamento Malária 1ª linha

PESO (Kg)	IDADE (anos)	Número de Comprimidos					
		DIA 1		DIA 2		DIA 3	
		0 horas	8 horas	manhã	noite	manhã	noite
<5		NÃO RECOMENDADO					
5 - <15	< 3	1	1	1	1	1	1
15 - <25	≥ 3 - < 9	2	2	2	2	2	2
25 - <35	≥ 9 - < 15	3	3	3	3	3	3
≥ 35	≥ 15	4	4	4	4	4	4

Contra-indicações do Artemether-Lumefantrina: 1º trimestre de gravidez, história de alergia a Arteméter-Lumefantrina ou derivados de Artemisina (Artesunato, Artemeter, Arteether), malária grave, criança com peso <5kg. Em presença destas situações, deve passar-se para a 3ª linha de tratamento.

2. Tratamento da 2ª Linha: 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 XXIX: Tratamento Malária 2ª linha

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 4.5 Kg, malária grave.

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

3. Tratamento de Malária grave e/ou complicada: Quinino

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

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).

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 tabelas 4 e 5).

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 a dose completa da 1ª linha. Se o doente já tiver tomado a primeira linha deverá ser administrada a 2ª linha de tratamento.

Quadro XXX: Dose de quinino a ser administrada por via oral *

Peso	Idade(anos)	Comprimidos*
< 10 kg	< 1	¼
10-15 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 XXXI: Dose de quinino a ser administrada por via IM**

Idade	Peso Kg	Quinino por via IM** (60 mg/ml)
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).

4. Tratamento da malária na gravidez**Malária não complicada**

No primeiro trimestre: Quinino oral

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

Malária grave e/ou complicada:

O Quinino é o medicamento de eleição para o tratamento da malária durante a gravidez. O Quinino intravenoso deve ser administrado na dose de 10mg/kg de peso corporal diluídos em 10ml/kg de dextrose a 5% durante 4 horas; esta dose deve ser repetida de 8 em 8 horas calculadas a partir do início da infusão anterior, até que a doente possa tomar medicamentos por via oral.

Depois da resolução do coma e se a grávida não tiver vômitos, 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 intravenoso deve ser administrado com a maior urgência, sempre que possível na mulher grávida com malária grave.

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 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 antiretroviral em áreas onde a malária e HIV coexistem.

Medicamentos utilizados para o tratamento de infecções oportunistas também podem ter uma potencial interacção com os antimaláricos. Por exemplo, Fansidar (Sulfadoxina-Pirimetamina) não deve ser administrado aos doentes que estão em uso de Cotrimoxazol profilático.

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 prematuro e atrasos de crescimento intrauterinos. Sendo assim, crianças nascidas de mães seropositivas e com malária associada, tem 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, aumento na quantidade de parasitas e 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 clínica ou farmacológica bem documentada e definida entre os antimaláricos e os antiretrovirais. Entretanto, algumas interacções farmacocinéticas entre alguns antimaláricos e os inibidores não nucleosídios 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.

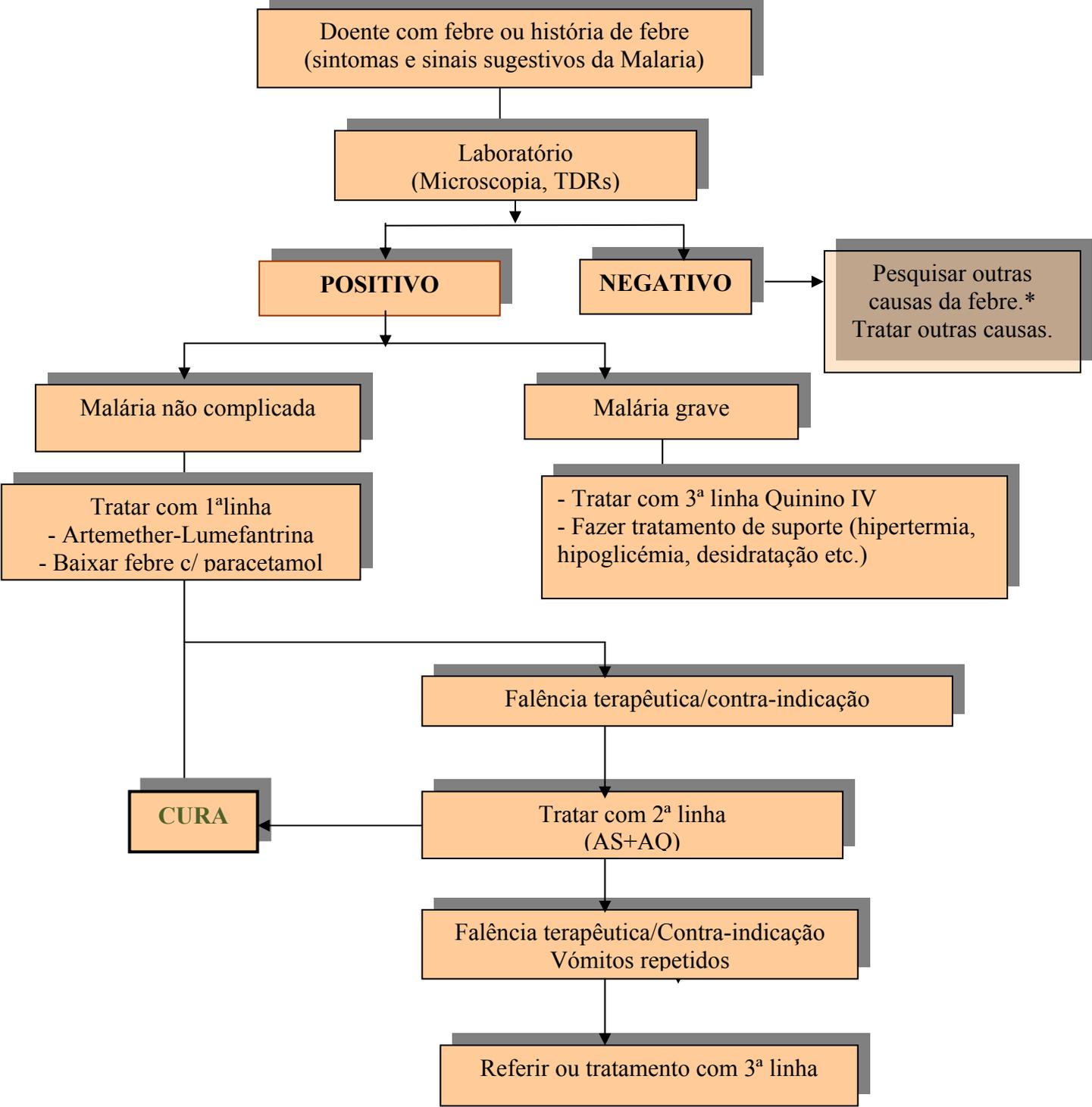
Mesmo assim, até o momento, não existem dados suficientes que justifiquem a mudança nas recomendações gerais do tratamento da malária nos pacientes com HIV/SIDA.

As recomendações actuais da OMS/UNAIDS de profilaxia para as infecções oportunistas com Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetopim) permanecem inalteradas.

Entretanto, o tratamento com Fansidar (Sulfadoxina-Pirimetamina) não deve ser administrado aos doentes em uso de Cotrimoxazol, pois existe um aumento no risco de efeitos adversos relacionados a Sulfa, além do facto de que, como as 2 medicações tem actividade antimalárica similar, a infecção por malária tende a ser resistente à Sulfadoxina-Pirimetamina (Fansidar).

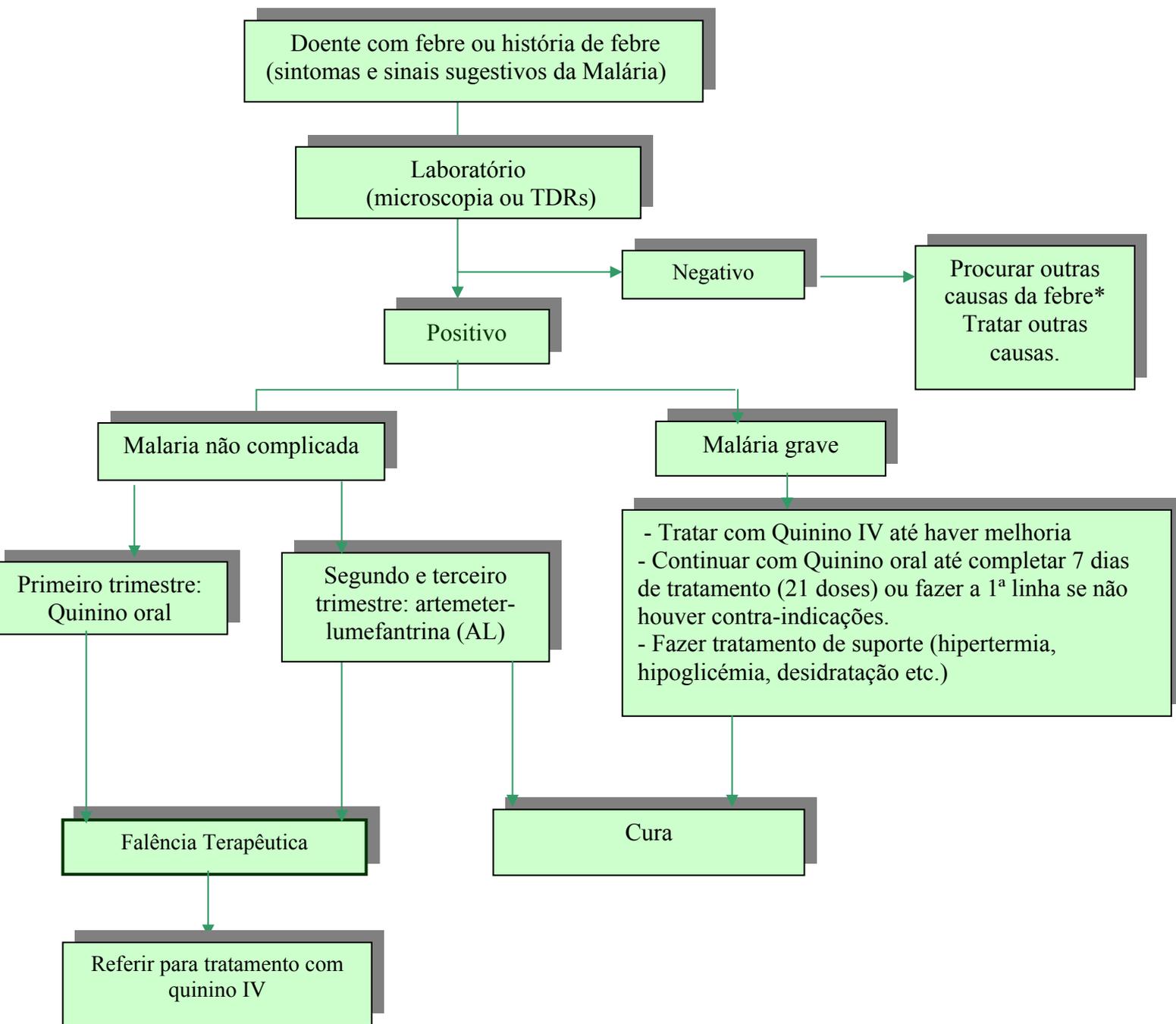
Dependendo da área de transmissão da malária, os indivíduos seropositivos têm um risco aumentado de parasitemia assintomática, malária clínica e malária complicada ou severa. Portanto, é fundamental a necessidade de um aumento das medidas de controlo da malária nos doentes seropositivos.

Algoritmo 10. Diagnóstico e tratamento adequado dos casos de malária



* Na presença de sintomas, um teste negativo não exclui o diagnóstico.

Algoritmo 11. Diagnóstico e Tratamento adequado dos Casos de Malária em Grávidas



* Na presença de sintomas, um teste negativo não exclui o diagnóstico.

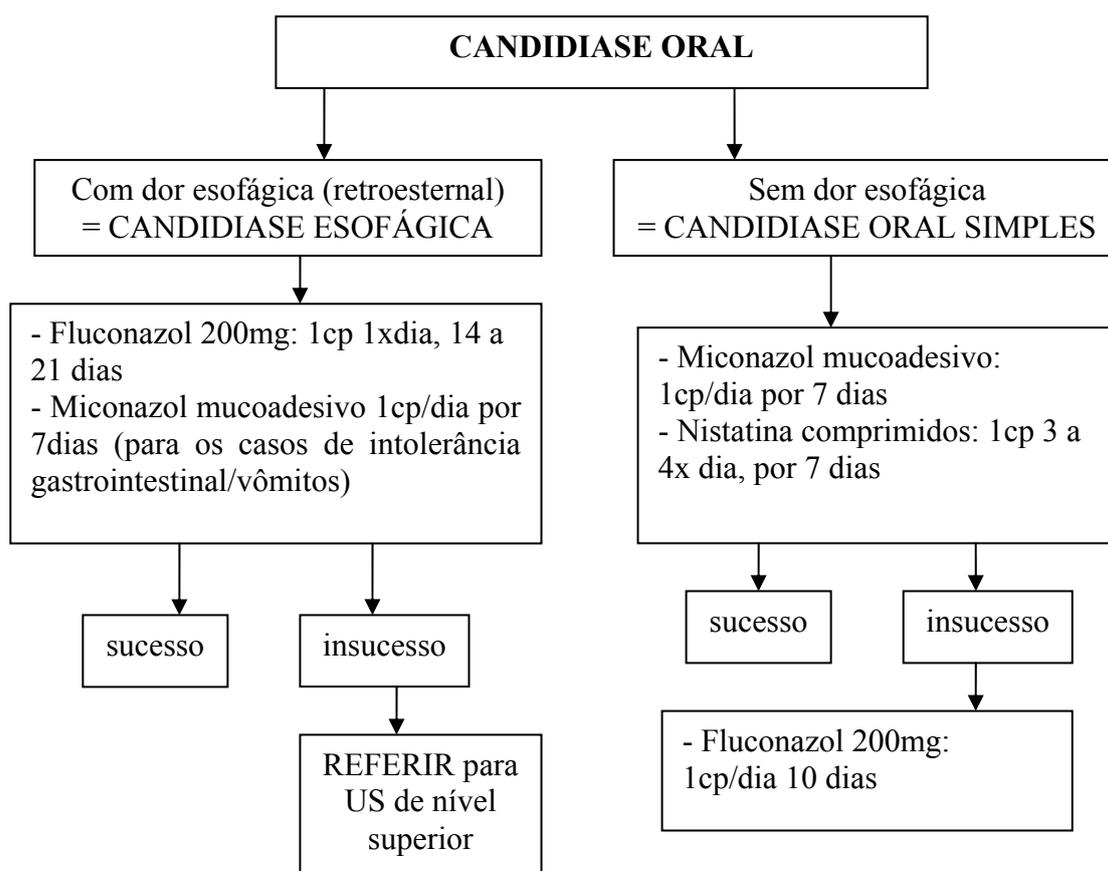
V. CANDIDÍASE

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

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

Estas candidoses são causadas principalmente pela *Candida albicans*, mas também espécies como *Candida kruseii*, *Candida tropicalis* e outras podem estar envolvidas. Estas últimas, geralmente, estão associadas a falências terapêuticas devido à existência de uma resistência natural aos antifúngicos imidazólicos.

Algoritmo 12: Candidiase Oral



IMPORTANTE

1. Para todos os casos, é fundamental higiene buco-dentária rigorosa e constante.
2. A candidíase orofaríngea caracteriza-se por um elevado índice de recidivas.
3. Outras possíveis causas de esofagite são: a infecção pelo CMV, pelo herpes simplex, 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.
4. As lesões esofágicas apresentam, muitas vezes, cicatrização lenta, exigindo muitas vezes tratamento prolongado até que se instale a remissão, embora a resposta sintomática seja habitualmente imediata.
5. Nos casos de candidíase resistentes ao Fluconazol, considerar o uso de Anfotericina B.

VI. DERMATOSES ASSOCIADAS À INFECÇÃO POR HIV

HERPES SIMPLEX

Agente: vírus do *Herpes simplex* (HSV):

- HSV 1 – que infecta, sobretudo, a parte superior do corpo;
- HSV 2 – responsável pelo herpes genital, doença de transmissão sexual, e pelo herpes do recém-nascido, contaminado na passagem pelo canal vaginal.

Atualmente, entretanto, essa distinção pode não ser precisa.

História Natural

Tem uma sequência particular no herpes: primo-infecção → latência → recorrências múltiplas.

Clínica

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.

** O carácter persistente e a propensão para a extensão 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.*

Diagnóstico

Geralmente clínico, pela história e carácter recorrente.

Tratamento

- Informar e tranquilizar o doente sobre a infecção viral e sua evolução;
- Lavagem regular do local afectado com água e sabão;
- Aciclovir 400 mg “per os”, de 8/8 horas, durante 7 a 10 dias. Recomendar hidratação oral.
- Antibioterapia, se infecção secundária: Eritromicina ou Amoxicilina + Ácido Clavulânico, Doxiciclina, Tetraciclina ou Cotrimoxazol
- Analgésicos

Nas grávidas: o tratamento da infecção pelo herpes genital com Aciclovir está recomendado. Uma lesão activa na região genital no momento do parto é indicação de cesariana.

IMPORTANTE

- 1. 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 carácter de recorrência desta doença;**
- 2. 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.**

HERPES ZOSTER OU ZONA

O Zona é um bom marcador clínico de infecção pelo HIV, pois, em África, o seu valor preditivo positivo é de cerca de 90%.

É com frequência uma das primeiras manifestações da infecção pelo HIV.

Agente: vírus da *Varicela zoster*

Corresponde a reactivação do vírus varicela-zoster nos neurónios dos gânglios nervosos.

Clínica

Erupção de vesículas e bolhas, normalmente unilateral, no trajecto de um dermatomo, muitas vezes ultrapassando a linha média corporal e acompanhada de dor intensa local que pode ser de difícil controlo. No doente com imunodepressão acentuada, a apresentação pode ser multimetamérica e/ou com lesões dispersas associadas.

Localização mais frequente: região intercostal, mas também cérvico-occipital, dorso-lombar, cérvico-braquial, lombo-abdominal, lombo-fermoral e Zona oftálmico.

Complicações

- Infecção bacteriana secundária;
- Ulceração, necrose.
- Nevralgia pós-herpética.

Diagnóstico: geralmente é clínico.

Tratamento

- Limpeza e desinfecção local com antissépticos
- Analgésicos: Paracetamol ou AAS, associado a Diclofenac ou Ibuprofeno, e Amitriptilina (12,5mg à noite nos primeiros 3 dias, e após, 25mg à noite) até desaparecimento da dor.
- Se dor intensa e sem alívio com as medidas acima, considerar o uso de Codeína.
- Aciclovir 800 mg “per os”, de 4/4 horas (5 vezes ao dia: 6h, 10h, 14h, 18h, 22h) durante 7 a 10 dias. Hidratação abundante
- Antibioterapia, se infecção secundária: Eritromicina ou Amoxicilina + Ácido Clavulânico, ou Doxiciclina, Tetraciclina ou Cotrimoxazol

IMPORTANTE

- 1. Nos imunodeprimidos, o Zona é frequentemente grave, hemorrágico e necrótico;**
- 2. A nevralgia pós herpética pode ser grave, intolerante e de difícil controlo, sendo, por vezes, necessário utilizar opiáceos (por exemplo, Codeína);**
- 3. A Amitriptilina é indicada para casos de dor contínua. No caso da dor ser paroxística, a Carbamazepina é o fármaco de escolha (400-800mg/dia).**

INFECCÕES BACTERIANAS

Constituem patologia corrente, mas a extensão das lesões, sua evolução rápida e a frequência das recidivas caracterizam uma imunodepressão subjacente.

Agente

São habitualmente os mesmos agentes causadores das infecções nos imunocompetentes, nomeadamente, o *Estafilococcus aureus* e o *Streptococcus*. A *Klebsiella* e outras bactérias gram negativas e anaeróbicas também podem estar envolvidas, principalmente nos doentes imunodeprimidos.

Clínica

Foliculites, impétigo, éctima, erisipela, abscessos subcutâneos, celulite, piomiosite e hidrosadenite supurativa.

Tratamento

- Limpeza e desinfecção das lesões com antisséptico, 2x/dia.
- Aplicação de creme/pomada antibiótica (Bacitracina, Fucidine, Mupirocina): 2x/dia.
- Eritromicina 500mg, VO, de 6/6 horas, durante 10 dias, ou Amoxicilina + Ácido Clavulânico, ou Doxiciclina, Tetraciclina ou Cotrimoxazol
- Nos casos de infecções complicadas, nomeadamente abscessos, flemões e piomiosites, considerar drenagem cirúrgica e antibioterapia parenteral.

IMPORTANTE:

- 1. Se possível, antes do tratamento, deve ser efectuado o exame bacteriológico, cultura e eventual teste de sensibilidade antibiótica, no exsudado das lesões;**
- 2. Insistir sobre a higiene corporal e mudança de roupa.**

DERMATOFITOSE

Agente: Fungos do gênero Dermatofito

Formas Clínicas

- Tinha corporis,
- Tinha nas virilhas
- Tinha manus
- Tinha pedis e interdigital
- Tinha das unhas, ou unha branca dermatofídica, com o acometimento proximal das unhas; é muito característico dos doentes com infecção pelo HIV

Formas profusas ou atípicas são descritas

- Tinha extensa do couro cabeludo
- Queratoderma palmo-plantar
- Tricofítia disseminada

Diagnóstico

- Clínico
- Exame micológico: directo (presença de filamentos septados)
- Cultura (identificação do dermatofito responsável).

Tratamento

- Desinfecção diária com antissépticos,
- Clotrimazol em creme 2x dia.
- Griseofulvina 1g diário, por 4 a 6 semanas
- Para casos persistentes ou intolerância a Griseofulvina: Fluconazol 150-200mg/dia por 4 semanas

Na gravidez: TODOS os anti fúngicos sistêmicos são CONTRA-INDICADOS!

IMPORTANTE:

1. As dermatofitoses frequentemente se infectam secundariamente com bactérias e, neste caso, é necessário instituir antibioticoterapia;
2. Os antifúngicos imidazólicos têm interação com a Nevirapina, inclusive o Fluconazol; porém, quando indicado o uso de imidazólicos, este é o fármaco de escolha por apresentar menor perfil de interação.

SARNA

Agente: *Sarcoptes scabiei*.

Via de contaminação: contacto interhumano directo.

Clínica

- 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.
 - A face, habitualmente, é poupada.
 - 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 profileração parasitária importante.

Diagnóstico

- Clínica;
- Pesquisa directa do ácaro nas lesões.

Tratamento

- Banho quente seguido de aplicação de loção de Hexacloreto de Benzeno sobre o corpo ainda húmido (não secar com a toalha), 2 aplicações com intervalo de 10 minutos em todo o corpo, com excepção da face; próximo banho 12 – 24 horas depois; 1 só dia de tratamento. Tratar toda a família, independentemente se sintomas, no mesmo dia.
 - Repetir a aplicação 1 semana depois
 - No caso da **Sarna Norueguesa**, a Ivermectina é o tratamento de eleição, na dose única de 1 comprimido (6mg), repetindo 1 semana depois. Na falta deste fármaco, recomenda-se a aplicação de Hexacloreto de Benzeno generalizada e durante 3 a 5 dias seguidos.
 - Tratamento familiar.
 - Mudança de roupa do corpo e da cama, que deve ser lavada com água quente.

IMPORTANTE

- 1. A infecção bacteriana é, com muita frequência, uma complicação e deve também ser tratada.**
- 2. O prurido da sarna pode permanecer ainda alguns dias após o tratamento.**
- 3. Na Sarna Norueguesa o tratamento deve ser mais prolongado – 3 a 5 dias com Hexacloreto de Benzeno (ou Ivermectina 6mg, em dose única) e devem-se associar agentes queratolíticos como o ácido salicílico a 5 – 10% para as lesões hiperqueratósicas.**
- 4. Insistir sobre a higiene corporal.**
- 5. Ivermectina é contra-indicada na gravidez.**

DERMATITE SEBORRÉICA

A Dermatite seborréica é uma dermatose frequente que se manifesta por uma erupção eritemato-escamosa, afectando o couro cabeludo, região centro-facial e, nos casos mais graves, axilas e virilhas. É com frequência uma das primeiras manifestações da infecção pelo HIV.

Etiologia

- Multifactorial, incluindo fungos do género *Pityrosporum*.

Tratamento

- Antifúngicos tópicos, 2x/dia: Clotrimazol, Miconazol ou Ketoconazol.
- Se não houver resposta:
 - Associar esteróides tópicos de baixa potência (Hidrocortisona 1%) durante 5 dias;
 - Considerar TARV se ainda não estiver em tratamento, de acordo com os critérios para início do tratamento antiretroviral.
 - Nos pacientes em TARV, considerar uso de Fluconazol 200mg/dia por 14 a 20 dias

IMPORTANTE

Nos indivíduos imunodeprimidos, a Dermatite Seborréica é frequentemente recidivante.

PSORÍASE

A Psoríase é uma dermatose crônica, eritemato-escamosa, que se localiza 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, de intensidade variável.

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)

Tratamento

- Associação de Ácido Salicílico a 5% + Dipropionato de Betametasona 0,05%, pomada: aplicar na área afectada 1-2 vezes ao dia
- Óleo de Cade - aplicar á noite
- Helioterapia: exposição das lesões ao sol durante 30-45 minutos diários, em período de sol não muito intenso
- O TARV melhora o quadro

IMPORTANTE

- 1. Evitar a aplicação dos medicamentos tópicos sobre a pele com erosões ou inflamada.**
- 2. No caso de eritrodermia, referir o doente a um Hospital Central.**

PRURIGO

O Prurigo é uma dermatose muito pruriginosa, de carácter crónico, recidivante, caracterizada por uma erupção de pápulas ou nódulos, centrados por vesícula, erosão ou crosta, que se localizam simetricamente sobre as faces de extensão dos membros, dorso e, por vezes, face.

Evoluem normalmente com cicatriz hiperpigmentada residual.

É com frequência uma das primeiras manifestações da infecção pelo HIV.

Tratamento

- 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, antibioterapia

IMPORTANTE

- 1. O tratamento do Prurigo não é, muitas vezes, satisfatório e frequentemente o quadro se complica com infecção bacteriana;**
- 2. O TARV acaba por melhorar a sintomatologia.**

SARCOMA DE KAPOSI

O Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia multicêntrica e polimorfa de origem vascular, causado por uma infecção pelo vírus HHV8, 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.

Frequentemente as lesões evoluem 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.

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 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 diarreia >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/mm³
- 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/mm³

Recomendações Específicas do Tratamento: SK Endêmico (sem HIV)

- Se SK com estadiamento T0 – Tratamento local se possível:
 - Cirurgia (lesões localizadas e/ou pediculadas).
 - Injecção intralesional de Vincristina ou Vinblastina.
 - Radioterapia.
 - Tratamento IV: QT: Vincristina + Bleomicina: Vincristina (2mg nos dias 1,8,15) e Bleomicina (0,3 mg/kg nos dias 1,8), cada 4 semanas; ou Vincristina 2mg e Bleomicina 10mg/m², cada 2 semanas.

- Se T1 - QT Regime ABV: Doxorubicina 40 mg/m² + Bleomicina 15 U I.V. + Vincristina 1.4 mg/m² (2mg máximo), cada 3-4 semanas.

Recomendações Específicas do Tratamento

- 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 40 mg/m² + Vincristina 1.4 mg/ m² (2mg máximo), cada 3-4 semanas

- Se SK com estadiamento T1 S0/T1 S1:

QT Regime ABV: Doxorubicina 40 mg/m² + Bleomicina 15 U E.V. + Vincristina 1.4 mg/m² (2 mg máximo), cada 3-4 semanas

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:
 - Remissão de todas as lesões cutâneo-mucosas;
 - Alívio da obstrução e melhoria funcional;
 - Alívio sintomático, incluindo dor;
 - Ter o cuidado de **NÃO** ultrapassar a dose cumulativa máxima dos seguintes agentes:
 - > Doxorubicina – 550 mg/m²,
 - > Bleomicina - 440 UI dose.

Recomendações quanto a 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 secundário 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 < 1000/mm³), trombocitopenia (Plt<75000/mm³), 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.

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 $10 < \text{Hgb} > 8\text{gr/dl}$.**
 - b) Contagem absoluta de neutrófilos $< 1.000/\text{mm}^3$**
 - c) Plaquetas $< 75.000/\text{mm}^3$; nesses 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.

VII. REACÇÃO MEDICAMENTOSA

Os doentes infectados pelo HIV apresentam, com frequência, 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 a Síndrome de Lyell, neste último caso, sempre com mau prognóstico.

Os medicamentos frequentemente 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 XXXII: Escala de graduação da toxicidade do Cotrimoxazol para adultos e adolescentes

Toxicidade	Descrição Clínica	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 dessensibilização (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;
- Antissepsia 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 e 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 dessensibilização com anti-histamínicos e permanecer em uso até a sua conclusão;
- Durante a dessensibilização, se uma reação grave ocorrer, deve-se 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 “passo”; se a reacção piorar, o protocolo de descensibilização deve ser suspenso.

Quadro XXXIII: 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	1 comprimido 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 3

**PROFILAXIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO ADULTO,
ADOLESCENTE E GRÁVIDAS**

RECOMENDAÇÕES PARA PROFILAXIA DE DOENÇAS OPORTUNISTAS EM ADULTOS, ADOLESCENTES E GRÁVIDAS INFECTADOS PELO HIV

A prevenção de infecções oportunistas em indivíduos infectados pelo HIV é uma intervenção de grande efetividade e que proporciona redução significativa da morbimortalidade. 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 XXIX);

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 XXX**;

c) Profilaxia secundária: tem como objetivo 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.

Quadro XXXIV: Recomendações para a prevenção a exposição a patógenos oportunistas

Agente Infecioso	Recomendações
Malária	<ul style="list-style-type: none"> - Usar redes mosquiteiras - Usar repelentes
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> - 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
<i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar contacto directo com pessoas com pneumonia por PCP - utilização de filtros especiais na nebulização com pentamidina (se aplicável)
Diarréias	<ul style="list-style-type: none"> - Lavagem frequente das mãos - Evitar ingestão directa de água de lagos e rios - Evitar contacto domiciliário com animais domésticos até os 6 meses de idade, especialmente se adquiridos de criadores comerciais e que tenham sido anteriormente de rua - Lavar bem (e utilizar Hipoclorito) verduras e legumes - Beber água fervida ou tratada
<i>Toxoplasma gondii</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (machamba ou jardinagem)
<i>Criptococcus</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas, limpar galinheiros - Evitar exposição a fezes de pássaros
<i>Cytomegalovirus</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar transfusão de sangue de doador IgG+ para CMV, caso o receptor seja seronegativo
<i>Histoplasma capsulatum</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Em áreas endêmicas, evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas, limpar galinheiros - Evitar exposição a fezes de pássaros silvestres
HPV e Herpes	<ul style="list-style-type: none"> - Usar preservativos nas relações sexuais

As doenças oportunistas que frequentemente afectam os doentes infectados pelo HIV e que podem ser prevenidas, são:

1. **Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (PCP);**
2. **Malária**
3. **Pneumonias bacterianas;**
4. **Síndromes disenteriformes (*Isospora Belli*);**
5. **Tuberculose**
6. **Toxoplasmose**

INDICAÇÃO DE USO DA PROFILAXIA PRIMÁRIA

Quadro XXXV: Indicação para Profilaxia Primária

INFECCÃO	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	PROFILAXIA
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pneumocystis jiroveci</i> (PCP) - Malária - Pneumonias bacterianas; - Síndromes disenteriformes; - Toxoplasmose 	<ul style="list-style-type: none"> • HIV positivo + Estadio II, III ou IV (OMS), ou • CD4 \leq 350 cels/mm³ • Mulheres grávidas com critério a partir do 2º trimestre • Doentes HIV+ com TB 	<p>TPC: Tratamento Profilático com Cotrimoxazol</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 comp/dia
- Tuberculose (TB)	<ul style="list-style-type: none"> • Doente HIV+ (em contacto ou não com uma pessoa com BK+), sem nenhum sintoma/sinal de TB pulmonar ou extrapulmonar activa, independentemente do resultado da reacção de Mantoux • Doente HIV+ com imagem radiológica com lesão pulmonar cicatricial, sem história prévia de tratamento para TB e sem evidência clínica de tuberculose activa <p><u>Contra-indicação /exclusão;</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose activa (qualquer forma) • Doença hepática aguda ou crónica icterícia • OMS IV • Neuropatia periférica • Alcoolismo • Tratamento completo de TB nos últimos 24 meses • Má adesão • Intolerância à isoniazida • Gravidez <p><u>Procedimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação mensal • Entrega mensal de medicamentos 	<p>TPI: Tratamento Profilático com Isoniazida (INH)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 mg/kg/dia (até 300mg/dia máx) <p>Durante seis meses</p>

RECOMENDAÇÕES

- O tratamento preventivo deve fazer parte de um pacote de cuidados de saúde a oferecer a uma pessoa infectada;
- O tratamento preventivo da 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 profilático 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 profilático, devem ser investigadas as causas que conduziram a tal atitude;
- É fundamental o controlo regular do stock de medicamentos, para que não haja rupturas.

RECOMENDAÇÃO PARA A DESCONTINUAÇÃO DO USO DE COTRIMOXAZOL NA PROFILAXIA PRIMÁRIA

Quadro XXXVI: Recomendações para a descontinuação do Cotrimoxazol (OMS)

	RECOMENDAÇÃO
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 DISPONÍVEL	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 antiretrovirais, ou seja, contagem de linfócitos T CD4+ > 350 cel/mm ³ por, pelo menos 6 meses (2 medidas consecutivas).

PARTE 4

**PREVENÇÃO E PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO NO ADULTO,
ADOLESCENTE E GRÁVIDAS**

I. VIOLAÇÃO SEXUAL E INFECÇÕES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (ITS)

Queixa de Violação Sexual

É a principal queixa do utente ao apresentar-se à consulta.

Define-se como estupro o acto de constringer a mulher de qualquer idade ou condição à conjunção carnal, por meio de violência ou grave ameaça. Do ponto de vista jurídico é crime previsto no artigo 393 do Código Penal.

O estupro deve ser diferenciado do atentado violento ao pudor, que consiste em constringer alguém mediante violência ou grave ameaça a praticar ou permitir que se pratique acto libidinoso diverso da conjunção carnal.

Abuso sexual inclui todas as formas de coerção sexual (emocional, física e económica) contra um indivíduo. Pode ou não incluir violação. Todo o tipo de contacto sexual não voluntário é considerado abuso.

Violação é definida como o uso de coerção física ou emocional, ou assustar para coagir, com vista à penetração, vaginal, oral ou anal, da criança, adolescente, ou adulto contra a sua vontade.

O atendimento às vítimas de abuso sexual deve ser imediato e deve considerar os aspectos médicos, jurídicos e psicológicos que a condição envolve. Deve-se proceder a documentação e tratamento do trauma físico, das ITS, HIV/SIDA, avaliação do risco de gravidez, colheita de exames de interesse forense e intervenção sobre o processo de crise.

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:

- Inspeção da região genital: examinar a genitália externa, afastar os lábios vaginais, visualizar o intróito vaginal, examinar a vagina
- Avaliar sinais e evidências de penetração vaginal e/ou anal e a extensão das lesões. Inspeccionar períneo e ânus.

Ocorrência há menos de 72 Horas

Deve-se investigar o tempo decorrido desde a agressão até o momento actual da avaliação clínica.

Se a agressão ocorreu há menos de 72 horas, deve-se providenciar quimioprofilaxia para o HIV por um mês e contracepção de emergência. Se a agressão ocorreu há mais de 72 horas apenas dever-se-á realizar 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 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.

1. Penicilina Benzatínica 2,4 milhões UI IM Dose Única
2. Ciprofloxacina 500mg VO Dose Única
3. Metronidazol 2g VO Dose Única
4. Azitromicina 1 g VO Dose Única

Quimioprofilaxia do HIV

A quimioprofilaxia deve ser recomendada de acordo com o algoritmo abaixo, sendo os medicamentos utilizados nas doses indicadas durante 1 mês. Indinavir deve ser tomado em jejum ou 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições.

Durante 4 semanas:

1. Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg (AZT+3TC): 1cp de 12/12 h
2. Lopinavir/r 200mg/50mg: 2cp 12/12h

Contraceção de Emergência

A contraceção 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

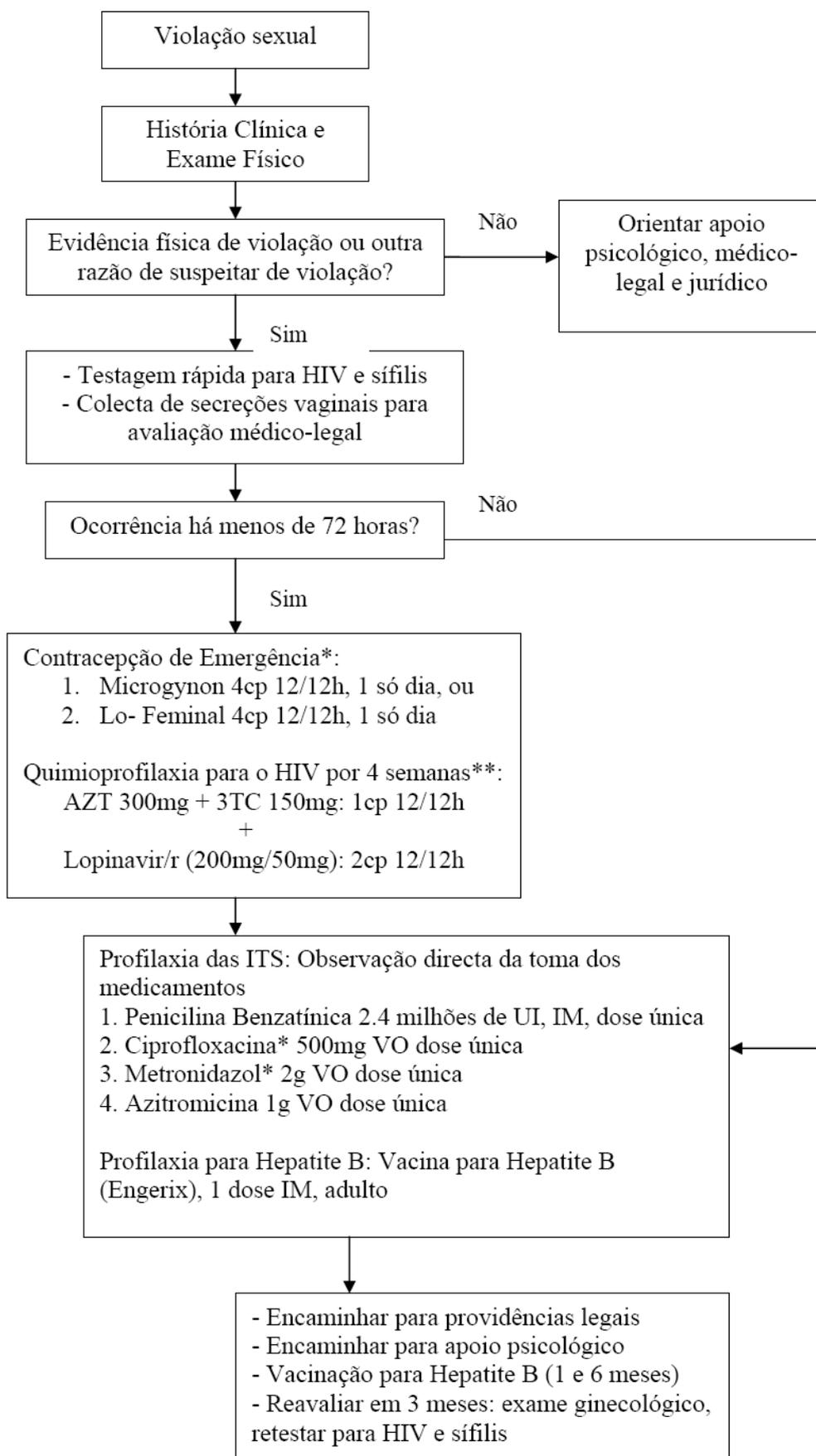
IMPORTANTE

- ENCAMINHAR PARA PROVIDÊNCIAS LEGAIS
- ENCAMINHAR PARA O APOIO PSICOLÓGICO
- RETORNAR PARA REAVALIAÇÃO EM 3 MESES

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 reação imediata é de medo persistente, perda de auto-estima e dificuldade de relacionamento. Os efeitos psicológicos crônicos 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 13: Abordagem da violência sexual



* Em caso de gravidez, use Cefixime 400mg VO dose única ao invés de Ciprofloxacina, não use contracepção de emergência e não use Metronidazol no 1º trimestre da gravidez;

** Em pacientes HIV positivo, não está indicado a quimioprofilaxia para o HIV;

II – 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 objetivo 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 Guia Nacional para a Prevenção e Profilaxia Pós Exposição Ocupacional ao HIV, disponível em todas as Unidades Sanitárias do SNS. Para informações complementares, este Guia deve ser consultado.

Citérios 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 perfuro-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 Subsaariana, 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 desinfetantes 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 XXXVII: 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, producto 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 nos Anexos 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

3. Tratamento Profiláctico:

Deve ser indicado a PPE como resultado de uma avaliação do risco da exposição e de acordo com os seguintes passos

3.1. 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.

3.1.1. 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

3.1.2. 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. Recordar que este medicamento está contra-indicado na gravidez

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 na parte dos Anexos desde Guião)

3.2. 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

PARTE 5

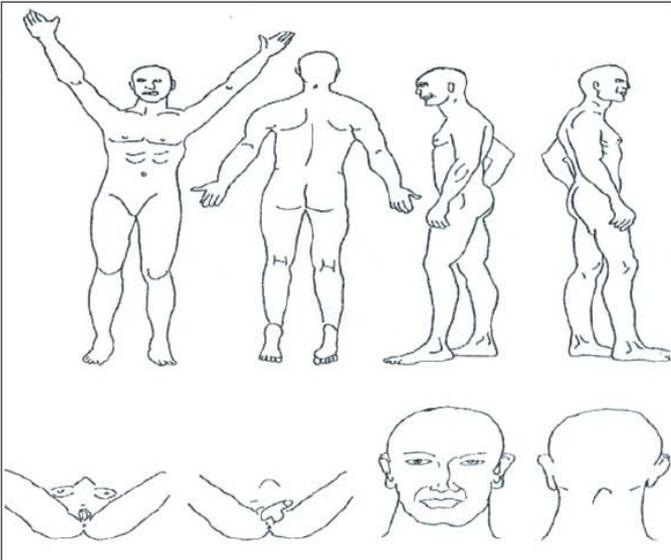
ANEXOS

Anexo 1: Tabela de Índice de Massa Corporal (IMC) já calculado

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

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 3: Ficha clínica de Sarcoma de Kaposi

 República de Moçambique	MINISTÉRIO DA SAÚDE Unidade Sanitária: _____	pag 1
FICHA CLÍNICA DE SARCOMA DE KAPOSÍ		
IDENTIFICAÇÃO		NID: _____
Nome: _____	Idade: _____ Data de Nasc. ____/____/____	
Apelido: _____	Sexo: Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Data última Mestruação: ____/____/200__	
Modara: _____	Gravidez Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Telefone: _____ Natural de: _____	Estado Civil: Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viuvo <input type="checkbox"/>	
	Raça: _____	
REFERÊNCIA		
Referido de: _____	Serologia oaHIV: positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Data de Diagnóstico ____/____/____	
TARV: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Data de Início ____/____/____	Esquema Terapêutico _____	
DIAGNÓSTICO SARCOMA KAPOSÍ		
Data de Diagnóstico: ____/____/____	Clinico <input type="checkbox"/> Biópsi <input type="checkbox"/> Broncospia <input type="checkbox"/> Toracocentese <input type="checkbox"/> Endoscopia alta <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/>	
Percebeu as leões ha: _____	Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/>	
QUADRO CLÍNICO:		
Peso: _____ Kg Altura: _____ cm Superfície Corporal: _____ m <small>(quadro2/1)</small>		
Localização:		
Cutânea: <input type="checkbox"/> _____ (Identificar também a Figura 1)		
Mucosa:		
cavidade oral: Palato <input type="checkbox"/> Língua <input type="checkbox"/> Gengiva <input type="checkbox"/> Jugal <input type="checkbox"/>		
Outras: Conjuntiva <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/>		
Visceras:		
Pulmão <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Pericardo <input type="checkbox"/> Tubo Digestivo <input type="checkbox"/>		
Ganglionar:		
Cadeia cervical <input type="checkbox"/> Axiliar <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/>		
Forma Clínica:		
Mancha <input type="checkbox"/> Placa <input type="checkbox"/> Nodular <input type="checkbox"/> Vegetante <input type="checkbox"/> Verrucosa <input type="checkbox"/>		
Úlcera <input type="checkbox"/> Ganglionar <input type="checkbox"/>		
Linfedema		
Face <input type="checkbox"/>		
Membros superiores <input type="checkbox"/>		
Membros inferiores <input type="checkbox"/>		
Genitais <input type="checkbox"/>		
Estadiamentos do SK:		
Lesões: _____	Sintomas: _____	
To Lesões reduzidas	Na pele e/ou Gânglios Linfáticos e/ou Doença oral limitada	So Sem sintomas
T1 Lesões estensas	Com edema ou uleração SK oral vasto SK Gastrointestinal SK Outras visceras	S1 Com Sintomas
		Sem história de IO Sem história candidíase oral Índice de Karnofsky >70 Sem sintomas "B"
		Com história de IO com história candidíase oral Índice de Karnofsky < 70 presença de sintomas Doenças relacionadas c/ HIV
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 doença		
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 de Massa Corporal)		
Peso em kg / (Altura em metros = IMC (kg/m ²))		
Exemplo: Uma pessoa de 1,70m e 85 kg, tem um IMC = 65: (1,7) ² = 65 : 2,89 = 22.5kg/m ²		
Resumo Estadiamento:		
<input type="checkbox"/> To So	Bom prognóstico	<input type="checkbox"/> T1 S1
<input type="checkbox"/> T1 So	Sobre vida superior a 3 anos respectivamente de 88%, 80%, 81%	Pobre prognóstico Sobre vida superior a 3 anos de 53% (77% se não existirem lesões pulmonares e 46% com lesões pulmonares)
<input type="checkbox"/> To Si		
*Sintomas "B": Febre inexplicável; Suores nocturnos; perdas de peso >10% ou diarreias > 2 semanas		
Outras Doenças Associadas:		
Tuberculose <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Infecção bacteriana <input type="checkbox"/>		
Outras <input type="checkbox"/> _____		
Abertura da Ficha Clínica:		
Data: ____/____/____ Realizada por: _____		

Anexo 4: Ficha clínica de seguimento de Sarcoma de Kaposi

 República de Moçambique	MINISTÉRIO DA SAÚDE Unidade Sanitária: _____ FICHA CLÍNICA DE SARCOMA DE KAPOSI	pag 2 - 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						
Úlcera						
Exsudação						
Novas lesões						
Efeitos colaterais						
Anemia						
Neuropatia periférica						
Alopecia						
Náuseas						
Vómitos						
Flagelação						
Hipertermia						
Tremores						
Toxicidade cardíaca						
Outros meios diagnósticos						
Rx Torax						
Símbolos a utilizar: ↑ Aumento ↓ Diminuição - Manutenção ○ Ausência Exemplo Anemia ↑ (aumentou)						

Anexo 5: Ficha de resumo mensal dos casos de Sarcoma de Kaposi



Ministério da Saúde
Serviço Nacional de Saúde

Provincia: _____ Distrito: _____

US: _____ Mês: _____ Ano: _____

Ficha de Resumo Mensal de Casos de Sarcoma de Kaposi

	< 15 anos			15-24 anos			25 anos ou mais			Total		Total	
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M		
Movimento	Casos Cumulativos no mês anterior												
	Casos novos diagnosticados neste mês												
	Casos cumulativos												
	Estado de seropositividade	Positivo											
Negativo													
SARCOMA DE KAPOSI	Estrados	Cumulativos do mês anterior (a)											
		Estadiamento SK	T0S0										
			T1S0										
			T0S1										
			T1S1										
		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 (c)													
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 7: Ficha de Notificação da Profilaxia Pós Exposição

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV

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 profunda <input type="checkbox"/> Dispositivo intravascular <input type="checkbox"/> Agulha perfurada de grande calibre <input type="checkbox"/> Produto de laboratório concentrado <input type="checkbox"/>	Iniciar Kit 2 para todos os casos		
Exposição intermediária: Corte com um bisturi através das luvas <input type="checkbox"/> Picada superficial com agulha em bisel <input type="checkbox"/>	Iniciar Kit 2	Iniciar Kit 1	
Exposição mínima: Simples erosão epidérmica com agulha de sutura ou de pequeno calibre <input type="checkbox"/>	Não iniciar PPE		

Tipo de tratamento:
 Referido para teste e/ou tratamento Análises pedidas: Hemograma
 Não necessita tratamento Kit 1 Kit 2 Transaminases VS
 Comentários: _____
 Nome do técnico: _____ Categoria: _____
 Data da consulta de seguimento: _____ Referido para: _____

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: _____

