

República de Moçambique
Direcção Nacional de Saúde - PNC/DTS/HIV/SIDA

**MANUAL DE TRATAMENTO
DA CRIANÇA COM INFECÇÃO PELO
HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE**

FICHA TÉCNICA

- TÍTULO:** MANUAL DE TRATAMENTO DA CRIANÇA COM INFECÇÃO PELO HIV
- AUTORES:** Paula Vaz
Eugénia Macassa
Paula Santos
Catarina Mboa
- CAPA:** João Carlos Mavimbe
- EDITOR:** Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica,
Programa Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA
2ª edição, 2011
- TIRAGEM:** 2 000 EXEMPLARES
- IMPRESSÃO:** Central Impressora e Editora de Maputo, SARL
- COLABORADORES:** Dras Beatriz Thomé, Maria Grazia Lain, Tatiana Fonseca, Bernardina Gonçalves,
Luisa Brumana, Paula Libombo, Maria Inês Tomo, Tatiana Bochamikova, Eduarda
Gusmão, Sílvia Mikusova, Kebba Jobarteh, Ryan Nesbitt, João Teixeira

“A impressão desse manual foi financiada pelo acordo cooperativo entre ICAP (Mailman School of Public Health of Columbia University) e o PEPFAR (President’s Emergency Plan for AIDS Relief) e o CDC (Center of Disease Control and Prevention), do Governo dos EUA. O conteúdo é da responsabilidade dos autores e não necessariamente representa a opinião do ICAP.”

Agradecimentos

O MANUAL DE TRATAMENTO DA CRIANÇA COM INFECÇÃO PELO HIV, enquadra-se numa série de manuais compilados e editados pelo Ministério da Saúde em colaboração com o Departamento Pediatria do Hospital Central de Maputo e tem como principal objectivo servir como um instrumento de apoio e padronização do tratamento em larga escala com antiretrovirais e de infecções oportunistas da criança com infecção pelo HIV/SIDA no país.

O PNC ITS/HIV/SIDA

ÍNDICE

PREFÁCIO	11
LISTA DE ABREVIATURAS	13
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	15
I.1. Plano Estratégico Nacional (PEN) ITS/HIV/SIDA – Sector de SAÚDE	16
I.2. Tratamento da criança HIV+ no Serviço Nacional de Saúde.....	18
I.3. Experiência de tratamento da criança HIV+ em Moçambique	19
I.3.1. Início do TARV pediátrico em Moçambique	19
I.3.2. Expansão do TARV no País	20
I.4. Actualização do Manual.....	22
I.5. Objectivos do Manual	23
CAPÍTULO II: O SEGUIMENTO DO FILHO DE MÃE SEROPOSITIVA	25
II.1. Factores associados à transmissão vertical	25
II.1.1. Factores maternos	25
II.1.2. Factores obstétricos	25
II.1.3. Factores associados ao RN	25
II.2. Período de infecção	25
II.3. Vias de infecção	26
II.3.1. Intra-uterina	26
II.3.2. Intra-parto	26
II.3.3. Pós-parto	26
II.4. Estratégias de prevenção da transmissão vertical preconizadas pelo MISAU	26
II.5. Utilização dos antiretrovirais na prevenção da transmissão vertical	26
II.5.1. Considerações gerais.....	26
II.5.2. Uso de ARV na PTV	28
II.5.3. Manejo do RN de mãe seropositiva	28
II.5.4. Cuidados a ter com o RN na sala de partos.....	28
II.5.5. Exame físico do RN	29
II.6. Opções para a alimentação do RN de mãe seropositiva	30

II.6.1. Considerações gerais	33
II.6.2. Outras opções de utilização do leite materno	33
II.6.3. Aleitamento materno modificado	33
II.6.4. Alimentação substituta com copo	33
CAPÍTULO III: ACONSELHAMENTO E TESTAGEM DO HIV	35
III.1. Aspectos gerais	35
III.2 O aconselhamento à criança	35
III.2.1 Objectivos do aconselhamento à criança	35
III.2.2 Processo de aconselhamento	36
III.3 Diagnóstico do HIV na criança	36
III.3.1 Teste do HIV para as crianças	37
III. 3.2 Condições para a testagem de crianças	37
III.4. Consentimento	37
III.5. Principios fundamentais para o aconselhamento e testagem	38
III.5.1 Aconselhamento	38
III.5.2 Testagem e tratamento para o HIV	38
III.5.3 Consentimento para o teste	39
III.5.4 Confidencialidade	39
III.6. Revelação diagnóstica à criança	39
III.6.1 Principais intervenientes no processo de revelação diagnóstica	41
III.6.2 Avaliação da informação que a criança tem sobre a doença ..	41
III.6.3 Recursos individuais da criança	41
III.6.4 Rede de suporte moral	42
III.6.5 Quem deve informar a criança sobre o seu estado	42
III.6.6 Formas de revelação diagnóstica para a criança	43
CAPÍTULO IV - DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV	45
IV.1. Disposições técnicas, clínicas e éticas para a testagem em crianças	45
IV.2. Laboratório	45

IV.3. Breve descrição dos testes usados para a detecção do HIV	45
IV.3.1. Métodos virológicos	45
IV.3.2. Métodos serológicos	47
IV.4 Diagnóstico da infecção pelo HIV	47
IV.5. Classificação do SIDA pediátrico	49
IV.5.1. Classificação clínica do SIDA pediátrico	49
IV.5.2. Classificação imunológica do SIDA pediátrico	57
CAPÍTULO V – TARV NA CRIANÇA	59
V.1. Considerações gerais	59
V.1.1. Aspectos particulares	59
V.2. Início do TARV	61
V.2.1. Critérios de inclusão	61
V.3. Esquemas terapêuticos	62
V.4. Toxicidade	63
V.5. Critérios de falência terapêutica	69
V.5.1. Critérios clínicos	69
V.5.2. Critérios imunológicos	70
V.5.3. Critérios Viroológicos	70
V.5.4. Abordagem da falência terapêutica	70
V.6. Profilaxia pós-exposição ao HIV	72
V.6.1. Critérios de inclusão	72
V.6.2. Manejo dos casos para profilaxia pós-exposição	72
CAPÍTULO VI - INFECÇÕES OPORTUNISTAS EM CRIANÇAS COM HIV/SIDA	75
VI.1. Infecções respiratórias	75
VI.1.1. Pneumonia por <i>Pneumocystis jiroveci</i>	75
VI.1.2. Pneumonias Bacterianas	75
VI.1.3. Tuberculose (TB)	78
VI.1.4. Infecção pelo Complexo micobacteria atípica (MAC)	82
VI.1.5. Pneumonite intersticial linfoide (LIP)	83

VI.1.6. Doença cardíaca e SIDA	83
VI.1.7. Outras pneumonias	83
VI.2. Infecções gastrointestinais	87
VI.2.1. Candidíase oral e esofágica	87
VI.2.2. Diarreia Aguda e Crónica	87
VI.3. Infecção da pele	89
VI.3.1. Escabiose	89
VI.3.2. Prurido	89
VI.3.3. Molusco Contagioso	89
VI.3.4. Dermate Seborreica	89
VI.3.5. Varicela	89
VI.3.6. Herpes Zoster ou Zona	89
VI.3.7. Herpes simples	89
VI.3.8. Toxoplasmose	93
VI.3.9. Citomegalovírus (CMV)	94
VI.4. Manifestações neurológicas	97
VI.4.1. Encefalopatia por HIV	97
VI.4.2. Meningites	98
VI.5. Neoplasias	98
VI.5.1. Sarcoma de Kaposi	101
VI.5.2. Linfoma de Hodgkin	101
VI.5.3. Linfoma não Hodgkin	102
VI.5.4. Linfoma não Hodgkin primário do SNC	102
CAPÍTULO VII – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS E APOIO PSICOSSOCIAL	105
VII.1. Generalidades	105
VII.2. Actividades dos CD	106
VII.2.1. Apoio psicossocial	106
CAPÍTULO VIII – NUTRIÇÃO DA CRIANÇA HIV POSITIVA	109
VIII.1. Considerações gerais	109
VIII.2. Causas de uma nutrição deficiente e o seu manejo	109

VIII.2.1. Suporte nutricional	110
VIII.2.2. Outras soluções	110
CAPÍTULO IX – OUTROS ASPECTOS	113
IX.1. Calendário Nacional de Vacinação	113
IX.2. Consulta de Seguimento	113
IX.3. Normas de Profilaxia com o Cotrimoxazol	116
X. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	117
ANEXO 1: ALGORITMO PARA A TESTAGEM DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV	123
ANEXO 2: DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DO HIV PARA CRIANÇAS < 18 MESES	124
ANEXO 3: FICHA DE MONITORIA DA ADESÃO INICIAL AO TARV	125
ANEXO 4: DOSAGEM DIÁRIA DE ARVS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS	127
ANEXO 5: FICHA DE ACTIVIDADE DOMICILIAR	131
ANEXO 6: ALGORÍTMO DE MUDANÇA DE LINHA TERAPÊUTICA EM CASO DE FALÊNCIA	133
ANEXO 7: ALGORITMO DO DIAGNÓSTICO E CONDUTA PARA TB NA CRIANÇA	135

PREFÁCIO

A pandemia do HIV e SIDA representa uma séria ameaça ao desenvolvimento e ao futuro de Moçambique. Ao afectar o sector mais produtivo da nossa população, o HIV e SIDA faz com que a estabilidade económica e social do nosso país esteja em risco. Quanto mais pessoas adultas estiverem infectadas maior é o risco de termos crianças órfãs e também mais crianças nascidas com infecção pelo HIV.

De modo a garantir que o impacto do HIV e SIDA seja reduzido de forma progressiva é preocupação do Governo de Moçambique garantir um cada vez maior acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos antiretrovirais, bem como à mitigação dos seus efeitos.

A criação de condições para a realização do tratamento antiretroviral em crianças representa um passo importante na luta contra o HIV e SIDA em Moçambique. Por outro lado, a expansão do tratamento no adulto e a prevenção da transmissão vertical são também importantes e mostram a prioridade que o Governo dá ao combate ao HIV e SIDA.

Cientes das limitações existentes na expansão do tratamento e seguimento do HIV e SIDA, particularmente em relação ao suporte laboratorial e nutricional é imperioso garantir que as acções preventivas estejam sempre na vanguarda e sejam promovidas junto às famílias e comunidades.

A prevenção é a principal arma que temos no combate ao HIV e SIDA. Urge pois incentivar intervenções de natureza preventiva com impacto na saúde do nosso povo, que passem pelo envolvimento das comunidades, educação e promoção de estilos de vida saudáveis.

Nesta batalha de combate às doenças os trabalhadores de saúde, precisam de uma actualização permanente dos seus conhecimentos.

Assim, este importante Manual sobre o tratamento da criança com infecção pelo HIV e SIDA em Moçambique vem preencher uma necessidade, proporcionando aos profissionais de saúde um instrumento de orientação no tratamento das crianças, que são a garantia do futuro radioso do nosso belo Moçambique.

Maputo, Maio 2009

O Ministro da Saúde



Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

LISTA DE ABREVIATURAS

- 3TC** - Lamivudina
ABC – Abacavir
AIDI- Atenção Integrada às Doenças da Infância
ARV – Antiretrovirais
AZT - Zidovudina
d4T - Estavudina
ddC - Zalcitabina
ddl – Didanosina
DRH- Direcção Recursos Humanos
EFV – Efavirenz
HCM- Hospital Central de Maputo
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
IP – Inibidores das proteases
ITS- Infecções de transmissão sexual
LPV/r – Lopinavir
MISAU - Ministério da Saúde
NRTI - Análogos nucleosídicos inibidores da transcriptase reversa
NNRTI – Análogos não nucleosídicos inibidores da transcriptase reversa
NPV - Nevirapina
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA - Agência das Nações Unidas para o SIDA
PAV – Programa alargado de Vacinações
PEN - Plano Estratégico Nacional
PTV - Prevenção da Transmissão Vertical
RH – Rifampicina associada a isoniazida
RN - Recém-nascido
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TARV - Tratamento antiretroviral
US - Unidade Sanitária
VPP - Valor Preditivo Positivo
PZ - Pirazinamida

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

A pandemia do HIV continua sendo um desafio sério para a saúde pública em todo o mundo. Segundo estimativas da ONUSIDA e da OMS, havia em todo o mundo 33.4 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, das quais 31.3 eram adultos; 15.7 eram mulheres e 2.1 crianças menores de 15 anos até finais de 2008(Global Summary of the AIDS epidemic, 2008, UNAIDS).

As estimativas apontam a África Sub-Sahariana como sendo ainda a região mais afectada pela pandemia do SIDA a nível mundial. Mais do que dois em cada três adultos (68%), e aproximadamente 90% de crianças infectadas vivem com o HIV; mais do que três em cada quatro (76%) mortes foram ocasionadas pelo SIDA, o que traduz uma necessidade de tratamento antiretroviral não providenciada. Ao contrário das outras regiões, a maioria das pessoas infectadas (61%) eram mulheres e estimando-se que existiam aproximadamente 11.4 milhões de órfãos devido ao SIDA.

De acordo com o INSIDA 2009, Moçambique, apresenta uma taxa geral de infecção por HIV estimada em 11.5% e está entre os 10 países mais afectados da região. O número total de pessoas vivendo com HIV/SIDA era de 1.6 milhões em 2008.

Como a expansão do acesso ao tratamento, milhões de pessoas tem agora esperança acrescida e maior tempo de sobrevida. Embora a demanda de tratamento ainda supere a procura, existem sinais cada vez mais encorajadores de que a disponibilidade ampla desta intervenção aliada a prevenção pode reverter o cenário actual da pandemia.

Em Moçambique até 2002, não havia oferta de TARV nas US. Um dos grandes pilares do PEN 2004-2008 foi a integração e expansão das intervenções do HIV em cuidados de saúde primários de rotina. Isto constituiu um desafio ao MISAU no contexto da capacidade frágil do sistema de saúde especialmente de recursos humanos.

Em Dezembro de 2010, estavam em Tratamento anti-retroviral 17.395 crianças constituindo 34% das crianças que precisavam desse tratamento no nosso País.

O número de locais que providenciam TARV pediátrico aumentou de 3 em 2003 para 223 em 2010, sendo a grande maioria em zonas rurais. Apesar de haver mais locais em áreas rurais, a maioria das crianças, cerca de 60%, continuam a ser tratadas em zonas urbanas. Um esforço maior tem que ser feito para melhoria desta lacuna.

À luz dos conhecimentos actuais, sabe-se que a infecção pelo HIV na criança tem uma evolução bimodal e que varia entre crianças que são progressoras rápidas ou lentas. Múltiplos são os factores que contribuem para os diferentes padrões de progressão da doença incluindo a época da infecção, genótipo e fenótipo viral, carga viral, resposta imune e constituição genética individual. Deste modo, um seguimento clínico e uma avaliação imunológica e virológica regulares são fundamentais para orientar as decisões terapêuticas.

A maior parte das crianças morre antes do segundo ano de vida. Num estudo levado a cabo no Hospital Central de Maputo (HCM) em 1999, verificou-se que a idade média de morte das crianças infectadas pelo HIV sem tratamento era aos 23 meses. Dai a necessidade de melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoces particularmente em crianças abaixo dos dois anos pois isto melhorará de sobremaneira nas suas chances de terem um desenvolvimento e sobrevida adequados. Há uma grande semelhança do espectro de doença entre crianças infectadas e não infectadas pelo HIV, com uma predominância de sintomas respiratórios e gastrointestinais, malnutrição e malária. A malnutrição é mais precoce e severa nas crianças infectadas.

O TARV veio influenciar a evolução clínica na criança e nos países desenvolvidos onde o acesso ao tratamento é universal, a infecção pelo HIV/SIDA transformou-se numa doença crónica assintomática, para a maior parte dos pacientes. A experiência de tratamento em África e, em particular para as crianças é recente; contudo publicações da Costa do Marfim e do Uganda, entre outras, são encorajadoras, mostrando uma acentuada diminuição da morbimortalidade infantil ligada ao HIV.

Contudo, um aspecto que merece particular realce é a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da adesão, pois falhas nestes aspectos reflectem-se em perda de vidas humanas, em má qualidade de vida e em resistência aos anti-retrovirais. A resistência é fácil de aparecer com os medicamentos actualmente em uso. Um estudo feito com crianças no Hospital Central de Maputo em 2008, mostrou que, apesar de um bom seguimento e de uma boa adesão, cerca de um quinto das crianças depois de dois anos de tratamento anti-retroviral apresenta resistência a nevirapina e a lamivudina, dois dos medicamentos usados na primeira linha de tratamento.

I.1. Plano Estratégico Nacional (PEN) ITS/HIV/SIDA – Sector de SAÚDE

A actualização e complementaridade do PEN elaborado em 1999, surgiu não só pelas projecções de impacto demográfico do HIV/SIDA, mostrarem que, caso não houvesse mudanças, as consequências desta doença seriam dramáticas, mas também devido ao impacto que o sector saúde vai sofrer não somente pela afecção dos seus trabalhadores, mas também pelo aumento da procura de serviços curativos.

Há ainda a realçar que desde a elaboração do PEN I registaram-se inovações substanciais no tocante às possibilidades de intervenção; a redução dos preços dos medicamentos ARV e, o aparecimento de iniciativas globais que disponibilizam financiamento para esta intervenção tornam, pela primeira vez, o TARV em larga escala uma opção possível.

O objectivo geral do TARV na criança com HIV, preconizado no PEN ITS/HIV/SIDA para 2009 é o de:

“Promover a sobrevivência da criança (0-14 anos) infectada pelo HIV, proporcionando-lhe um crescimento e desenvolvimento harmoniosos, através do diagnóstico precoce, controle de infecções oportunistas, manutenção de um estado nutricional adequado, do TARV, sempre que indicado e de um apoio psicossocial à criança e à família”.

Os objectivos específicos e estratégias definidas neste âmbito são as seguintes:

Objectivo específico 1: Expandir o programa de TARV pediátrico de forma a aumentar o acesso ao TARV às crianças infectadas.

Estratégias:

- Iniciar a integração do TARV pediátrico nos cuidados primários, além das Unidades Sanitárias (US) de outros níveis de atenção.
- Iniciar o processo de capacitação dos técnicos de medicina para o início e seguimento do TARV nas crianças.
- Colocar um ponto focal de TARV pediátrico em cada Província que deve participar no Comité Gestão de TARV Provincial.
- Incluir um médico/técnico de medicina formado em TARV pediátrico nos Comités Terapêuticos ao nível provincial e/ou distrital.

Objectivo específico 2: Providenciar formação (curricular, em módulos e /ou contínua e em tutoria) aos diferentes profissionais de saúde, como mecanismo para garantir um TARV de qualidade.

Estratégias:

- Actualizar normas nacionais de TARV pediátrico e clarificar as competências dos diferentes profissionais de saúde, desde o médico ao técnico de medicina, os agentes e enfermeiros.
- Manter e dinamizar os cursos de formação de médicos, dos técnicos e enfermeiros no manejo de infecções oportunistas e TARV pediátrico.
- Definir, em conjunto com o DRH, as necessidades adicionais de formação contínua dos profissionais envolvidos no TARV pediátrico.

- Implementar um sistema de supervisão regular e periódica dos níveis central e provincial aos distritos, para verificar o TARV pediátrico, incluindo visitas de supervisão dos médicos de unidades de referência a outras US onde se implementa o TARV pediátrico.
- Implementar um sistema de supervisão clínica aos técnicos de medicina e outros profissionais de saúde, de modo a melhorar o manejo das doenças oportunistas e o TARV pediátrico.

I.2. Tratamento da criança HIV+ no Serviço Nacional de Saúde

A decisão para que uma criança inicie o TARV cabe ao clínico capacitado neste domínio. Os critérios para início do TARV têm carácter obrigatório e são de natureza clínica, biológica e psicológica.

Note-se que, em geral, o início do TARV não é uma urgência. Assim sendo, e, devido ao facto de ser um tratamento para toda a vida, e ainda, por ter numerosos efeitos secundários, é de primordial importância a preparação dos doentes e seus acompanhantes para garantir uma boa adesão ao tratamento. Os critérios para o início do TARV em crianças por grupo etário são apresentados no Capítulo V deste manual.

No Serviço Nacional de Saúde, o TARV é feito de acordo com o nível de atenção:

- ✓ → **Nível primário**: identificação dos casos suspeitos na consulta de CCR, de triagem seguindo as normas AIDI.
- ✓ → **Níveis secundário, terciário e quaternário**: seguimento da criança e a administração de TARV será feita pelo médico e pelo técnico na consulta de SIDA da criança ou na consulta de Pediatria, conforme a disponibilidade.

Em seguida são descritas em detalhe as actividades realizadas por nível de atenção, atendendo aos recursos humanos disponíveis por nível de atenção:

- ☞ → **Nível primário (Centros de Saúde, onde não há médico):**
 - a. → Rastreio da criança doente, de acordo com as normas de AIDI.
 - b. → Seguimento do filho de mãe seropositiva, de acordo com as normas de PTV.
 - c. → Distribuição de Cotrimoxazol, Mebendazol e Vitamina A, de acordo com as normas de atenção a criança com HIV/SIDA (AIDI complementar).
 - d. → Seguimento da criança pelo técnico de medicina se disponível, Iniciar 1ª Linha TARV de acordo com as normas nacionais
 - e. → Referência das crianças de casos graves e/ou suspeita de falência terapêutica para consulta médica ou consulta de SIDA da Área de Saúde.

- ☞ → **Centros de Saúde com médico ou técnico de medicina capacitado, H. Distritais e Rurais:**
 - a. → Tratamento e profilaxia das infecções oportunistas.
 - b. → Iniciar a 1ª linha de TARV.
 - c. → Controle regular de Hemograma, Bioquímica e CD4.
 - d. → Alteração de ARV's em caso de intolerância.
 - e. → Referência dos casos graves ao Hospital de Referência da Área de Saúde.
 - f. → Referência dos casos de Falência Terapêutica.
 - g. → Ligação aos Cuidados Domiciliários.
 - h. → Ligação ao Hospital de Referência, onde é feita a gestão, distribuição e controle dos ARV.

- ☞ → **H. Provinciais e Gerais:**
 - a. → Seguimento da criança pelo médico de clínica geral ou Pediatra ou a nível da consulta de SIDA na Pediatria se disponível.
 - b. → Iniciar 1ª Linha TARV de acordo com as normas nacionais.
 - c. → Iniciar 2ª Linha de acordo com as normas nacionais.
 - d. → Ligação aos Cuidados Domiciliários.
 - e. → Ligação ao Hospital de Referência, onde é feita a gestão dos ARV.
 - f. → Interligação e apoio às Unidades de nível inferior.

- ☞ → **H. Centrais:**
 - a. → As crianças serão seguidas por médico Pediatra ou vocacionado em Pediatria, na Consulta de SIDA da criança.
 - b. → Serão tomadas as decisões sobre início e mudança de Linha TARV.
 - c. → Tratamento dos casos de Resistência ao TARV.
 - d. → Tratamento dos casos graves referidos pelos HG e HP.
 - e. → Apoio às US de nível inferior.
 - f. → Formação e reciclagem do pessoal envolvido no TARV.

I.3. Experiência de tratamento da criança HIV+ em Moçambique

I.3.1. Início do TARV pediátrico em Moçambique

O Serviço de Atendimento à Criança com HIV/SIDA foi estabelecido no HCM, no Departamento de Pediatria, em 1994.

Neste Serviço são seguidas crianças dos 0-14 anos, referidas dos Departamentos de Pediatria, Medicina, Maternidade e de outros serviços do HCM, bem como crianças referidas de outras US da periferia de Maputo e de outras Províncias do País. Este

Serviço tem igualmente uma componente de formação, pois lá estagiam os futuros médicos e especialistas moçambicanos que trabalham no País.

Em geral, o TARV tem sido em geral bem tolerado. Tem-se verificado que depois de iniciarem o seguimento as crianças ficam menos vezes doentes, registando-se um decréscimo do nº de internamentos e uma melhoria no seu crescimento e desenvolvimento. A Figura 1 mostra a sobrevivência aos 36 meses de crianças em TARV em Maputo.

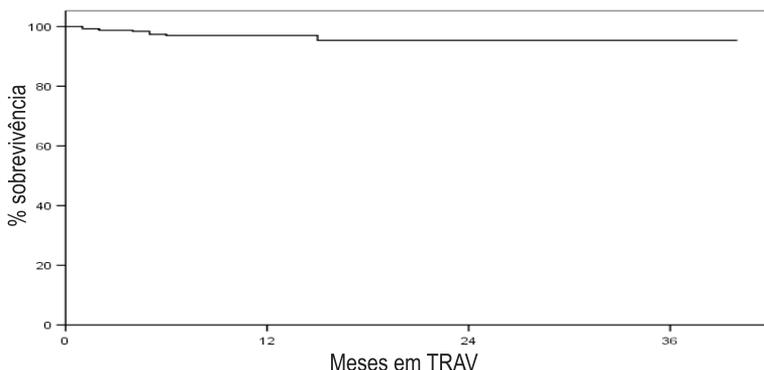


Figura 1: Curva de sobrevivência aos 36 meses de crianças em TARV em Maputo

O envolvimento de uma psicóloga na equipa foi uma mais valia para o manejo de situações sociais complexas e graves, bem como para as crianças mais crescidas que têm insucesso escolar, depressão e outras consequências da infecção pelo HIV.

Os cuidados domiciliários, iniciados em finais de 2003 revelaram-se encorajadores pois melhoraram imenso a ligação deste Serviço com os seus utentes e permitem uma melhor vigilância e assistência aos casos graves incluindo nas comunidades.

1.3.2. Expansão do TARV no País

Em 2003 havia em Moçambique apenas 282 crianças em TARV e as projecções indicavam a existência de mais de 32.068 crianças elegíveis (**Figura 2**). Apesar do aumento registado (de 677 em 2004 até 6.210 em 2007) a cobertura de crianças em TARV em 2007 era apenas de 14,6%.

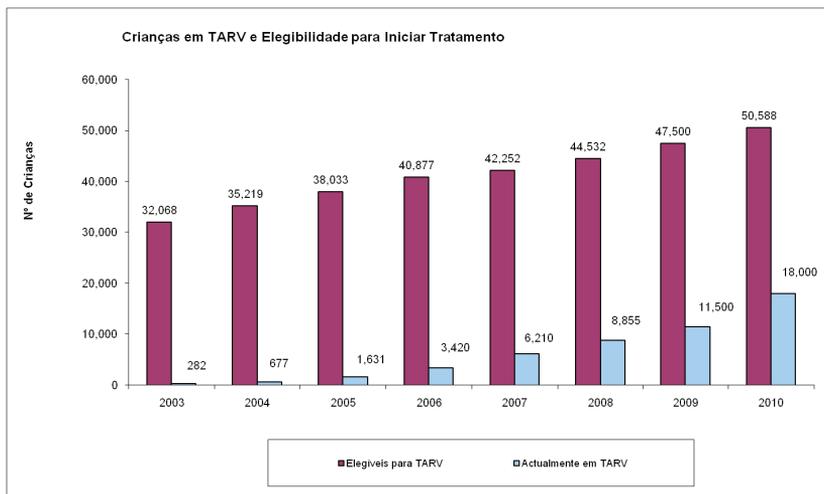


Figura 2: Crianças em TARV e elegibilidade para o início do tratamento, 2003-2010

De salientar que a partir de 2006 verificou-se a ruralização do TARV, com o aumento a passagem de 259 crianças em TARV em Setembro de 2006 para 2.880 em Julho de 2008 (**Figura 3**). Este aumento do nº de crianças em TARV foi acompanhado por um aumento do nº de US que disponibilizam este serviço (**Figura 4**).

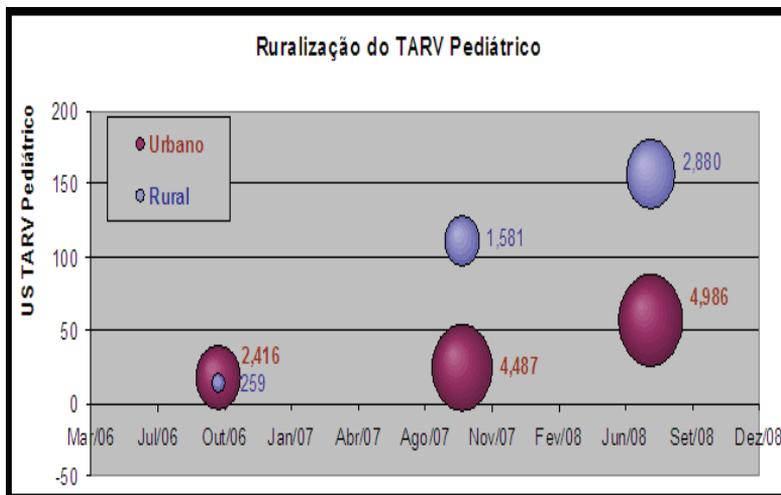


Figura 3: Ruralização do TARV pediátrico entre Setembro de 2006 e Julho de 2008

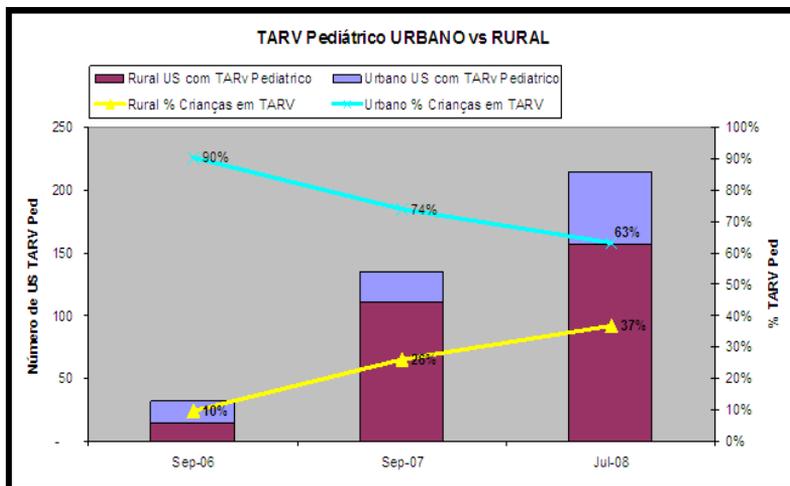


Figura 4: US urbanas e rurais com TARV pediátrico entre Outubro de 2006 e Julho de 2008

Dados do Programa ITS/HIV/SIDA indicavam que até 31 de Dezembro de 2010 havia 17.395 crianças em TARV, perfazendo 8,4% do total de doentes em TARV no país. De acordo com as projecções do MISAU, o nº de crianças em TARV deverá aumentar até 36.000 em 2014, o que significará uma cobertura de 58% do total de crianças elegíveis no País (Tabela 1).

Tabela 1: Nº de crianças em TARV e projecções até 2014

Crianças em TARV	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	9.393	13.500	17.880	22.320	26.820	31.380	36.000
% Crianças sobre o total de pacientes em TARV	7,3%	8,5%	9,5%	10,1%	10,6%	11,0%	11,3%
Cobertura	21%	28%	35%	42%	48%	53%	58%

Fonte: Programa ITS/HIV/SIDA

I.4. Actualização do Manual

Esta é a segunda edição e foi actualizada, à luz dos novos conhecimentos e normas desenvolvidas pela OMS e adaptadas à realidade do nosso País.

Assim, o manual contém normas relativas ao diagnóstico e tratamento do SIDA na criança, bem como o diagnóstico, tratamento e profilaxia das doenças oportunistas mais relevantes na criança imunodeprimida.

I.5. Objectivos do Manual

Este manual destina-se a providenciar informação útil e normativa no manejo da criança com HIV/SIDA em Moçambique.

Sendo esta doença relativamente nova e alvo de muita pesquisa, aconselha-se o clínico a manter-se actualizado e a ter em conta o facto de que, em Medicina, cada doente é um caso e, assim sendo, pode haver doentes que constituem desafios ao diagnóstico e tratamento e para o qual o clínico não encontre resposta imediata neste manual. Os casos complicados devem ser alvo de discussão a nível do Comité TARV local e/ou discutidos com profissionais especializados e/ou mais experientes.

No contexto da descentralização do tratamento e integração completa dentro do Serviço Nacional de Saúde, é importante que os profissionais estejam atentos e sigam cuidadosamente a criança, pois o diagnóstico precoce não é fácil e o tratamento também não, mas da nossa dedicação e zelo profissional depende o futuro destas crianças.



Figura 5: Consulta de SIDA no Departamento de Pediatria no Hospital Central de Maputo

CAPÍTULO II: O SEGUIMENTO DO FILHO DE MÃE SEROPOSITIVA

Como referido, a transmissão vertical é responsável pela maioria dos casos de infecção pelo HIV na criança.

Deste modo, é importante que os clínicos tenham conhecimentos sobre todos os aspectos ligados à transmissão vertical, nomeadamente, o período de infecção, prevenção e manejo de crianças nascidas de mães seropositivas.

II.1. Factores associados à transmissão vertical

Os factores associados à transmissão vertical podem ser maternos, obstétricos e associados ao recém-nascido (RN).

II.1.1. Factores maternos

Os factores maternos relacionam-se da seguinte forma:

- O estadio da doença materna: quanto mais avançado for o estado de doença, maior o risco;
- A carga viral: quanto maior for a carga viral, maior o risco;
- Os parâmetros Imunológicos CD4: CD4 <350 aumenta o risco;
- O estado nutricional da mãe: desnutrição materna aumenta o risco;
- A presença de doenças de transmissão sexual: as ITS são co-factores que aumentam o risco de transmissão do HIV.
- Intercorrência de doenças infecciosas crónicas como a TB aumentam o risco;

II.1.2. Factores obstétricos

Os factores obstétricos relacionam-se com:

- A ruptura prematura de membranas há mais de 4 horas;
- O tipo de parto, em que a cesariana diminui o risco;
- As manobras invasivas durante o parto.

II.1.3. Factores associados ao RN

Os factores associados ao RN relacionam-se com:

- A prematuridade;
- O baixo peso ao nascer;
- O aleitamento materno (sobretudo se misto, quanto maior a duração maior o risco cumulativo de transmissão).

II.2. Período de infecção

A transmissão da infecção pode ocorrer em vários períodos, nomeadamente durante a gravidez, parto e período pos-natal (aleitamento materno).

O risco de infecção é de 30% durante a gravidez; 50% a 70% durante o parto; e 14% a 32% através do aleitamento materno.

II.3. Vias de infecção

As vias de infecção podem ser a intra-uterina, intra-parto e pós-parto.

II.3.1. Intra-uterina

Durante a gravidez a transmissão do vírus HIV é feita por via placentar. Em 15% a 50% dos RNs infectados durante este período, é possível detectar-se o vírus no sangue, através da cultura do vírus ou PCR DNA nas primeiras 48 horas de vida.

II.3.2. Intra-parto

Durante o parto, a transmissão é feita através de micro transfusões materno-fetais, ou, por exposição do RN ao sangue e secreções vaginais da mãe. A ruptura prematura das membranas por um período superior a 4 horas, duplica o risco de infecção.

II.3.3. Pós-parto

Nesta fase, a transmissão é pelo leite materno devido à presença do vírus no leite. O risco de infecção aumenta com a duração do aleitamento e de outros factores como lesões do mamilo, lesões orofaríngeas no RN e prática de aleitamento misto.

II.4. Estratégias de prevenção da transmissão vertical preconizadas pelo MISAU

As estratégias de prevenção da transmissão vertical preconizam:

- Educação e informação sobre HIV/SIDA;
- Estimular o uso correcto e consistente do preservativo;
- Aconselhamento e testagem voluntária a todas as mulheres grávidas;
- Cuidados pré-natais adequados;
- Profilaxia com antiretrovirais à mãe e ao RN;
- Técnicas de parto seguro;
- Cuidados especiais ao RN na sala de parto;
- Alimentação do RN (leite materno ou leite artificial) de forma exclusiva nos primeiros 6 meses.

II.5. Utilização dos antiretrovirais na prevenção da transmissão vertical

II.5.1. Considerações gerais

Os antiretrovirais reduzem a carga viral materna e deste modo previnem a exposição do RN ao vírus HIV. Estudos indicam que o uso destes medicamentos na gravidez, parto e no pós-parto na mãe e no RN, reduz a taxa de transmissão a valores muito baixos, principalmente quando não se pratica o aleitamento materno.

A escolha do esquema terapêutico vai depender de variantes como:

- Rede sanitária existente(acesso/distância)
- Qualidade dos cuidados de saúde
- Número de partos institucionais
- Disponibilidade de cuidados pós-parto
- Comodidade e aceitação pelo doente dos esquemas propostos
- Custo/eficácia dos ARV

II.5.2. Uso de ARV na PTV

A profilaxia com ARV ou o início do TARV na PTV depende do estadio clínico e da carga viral da mãe, como se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1: Critérios para a profilaxia com ARV ou início do TARV para a PTV

CD4 mm³	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estádio 4
≤ 350	TARV	TARV	TARV	TARV
>350	Profilaxia ARV	Profilaxia ARV	TARV	TARV

O Quadro 2 apresenta o esquema terapêutico preconizado pelo MISAU para quimioprofilaxia com a mulher grávida, HIV positiva e ao recém nascido.

NORMAS ACTUALIZADAS DE PTV

Exame de CD4 disponível: CD4 < 350 cel/mm³ com Estadio I, II da OMS. Mulheres no Estadio III e IV tem indicação de iniciar o TARV, independentemente da contagem de linfócitos TCD4+.

Esquema recomendado na grávida para a Profilaxia da Transmissão Vertical em Moçambique:

- ✓→AZT diário durante a gravidez a partir das 14 semanas;
- ✓→Nevirapina dose única no início do trabalho de parto
- ✓→AZT+3TC durante o trabalho de parto e parto
- ✓→AZT+3TC durante 7 dias após o parto

- ✓→Esquema recomendado no recém nascido para a Profilaxia da Transmissão Vertical:
- ✓→**Nos recém nascidos que estejam em aleitamento materno: administração diária de Nevirapina desde o nascimento até uma semana após terminada toda e qualquer exposição ao leite materno;**
- ✓→**Nos recém nascidos que não estejam em aleitamento materno: administração diária de AZT desde o nascimento até 6 semanas de vida.**
- ✓→O resumo das recomendações para o tratamento antiretroviral e para Profilaxia da Transmissão Vertical na mulher grávida, incluindo as doses, encontram-se resumidas no quadro 2 a seguir.
- ✓→-Segundo as recomendações actuais, não é mais indicado fazer monoterapia com NVP para a grávida como Profilaxia da Transmissão Vertical (PTV). No entanto, no nosso país, ainda existem locais onde não é possível fazer a PTV conforme o protocolo padrão. É fundamental que se criem rapidamente as condições necessárias para a implementação adequada da PTV em todo o país.

II.5.3. Manejo do RN de mãe seropositiva

Existem 2 casos a considerar:

1° caso: Mãe com serologia para o HIV desconhecida, com suspeita de estar infectada, deve fazer o aconselhamento afim de obter o seu consentimento para a realização do teste.

2° caso: Se o estado serológico da mãe é conhecido como positivo, deve-se:

1. Informar (se ainda não tiver sido informada) e conversar com a mãe sobre o seu estado serológico;
2. Falar com a mãe sobre as hipóteses do RN poder estar infectado e os cuidados a seguir;
3. Discutir as opções de alimentação do RN com os pais.

II.5.4. Cuidados a ter com o RN na sala de partos

Logo após o parto, deve-se:

- 1.→Envolver o bebé num campo ou lençol limpo e seco;
- 2.→Limpar as secreções e o sangue da mãe;
- 3.→Se for possível, lavar o bebé com água morna e sabão;

4. → Se estiver indicada, efectuar a aspiração de secreções com uma pêra de borracha. A aspiração das secreções com sonda nasogástrica deve ser reservada só para casos de aspiração meconial;
5. → Fazer uma desinfecção cuidadosa no local da punção, se houver necessidade de se canalizar uma veia ou de se aplicar uma injeção.
6. → Prevenir a hipotermia do RN, envolvendo-o em lençol e cobertor limpos ou pondo-o em contacto pele a pele com a mãe (bebé canguru).
7. → Se a mãe se decidiu pelo aleitamento materno, encorajar o início imediato da amamentação.
8. → Fazer a profilaxia ocular e administração da Vitamina K.
9. → Administrar ARV ao RN de acordo com o esquema previamente definido.
10. → **Todos RN em aleitamento artificial devem tomar AZT, 6 semanas de 12/12h.**
11. → **Se a opção foi o Aleitamento Materno iniciar com a NVP xarope dose diária até uma semana após terminado o desmame.**

II.5.5. Exame físico do RN

O exame físico deve ser muito cuidadoso procurando:

- → Infecções da pele
- → Petéquias
- → Sinais neurológicos
- → Microcefalia
- → Adenopatias
- → Hepatoesplenomegália
- → Sinais de infecções congénitas tais como Sífilis, Citomegalovírus, Herpes e outros

Quadro 2: Normas PTV - Recomendações para o Tratamento Antiretroviral e Prevenção da Transmissão Vertical na mulher grávida

Prevenção da Transmissão Vertical

Esquema Profilático	Durante a Gravidez	Durante o trabalho de parto	Pós-Parto	
			Mãe	Recém-nascido
Protocolo de PTV	Idade Gestacional \geq 14semanas: <ul style="list-style-type: none"> • AZT (300 mg): 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"> • Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg de peso) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno.
	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"> • Se não estiver em aleitamento materno: AZT (4mg/kg de peso de 12/12h) desde o nascimento até 6 semanas de vida.
	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 	
	Não foi realizada	<ul style="list-style-type: none"> • Não foi realizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Não foi realizada 	

Esquema Profilático	Durante a Gravidez	Durante o trabalho de parto	Pós-Parto	
			Mãe	Recém-nascido
Nevirapina* (monoterapia): Só deve ser usada em casos onde <u>ainda</u> 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 <u>SÓ quando</u> 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"> • Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg de peso) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno. • Se não estiver em aleitamento materno: AZT (4mg/kg de peso de 12/12h) desde o nascimento até 6 semanas de vida.
TARV – prescrição feita segundo critérios de elegibilidade	Tarv independentemente da idade gestacional caso o benefício seja maior que o risco, ou a partir da 14ª semana gestacional.	Continuar com TARV	Continuar com TARV	<ul style="list-style-type: none"> • Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg de peso) desde o nascimento até 6 semanas de vida. • Se não estiver em aleitamento materno: AZT (4mg/kg de peso de 12/12h) até 6 semanas de vida.

II.6. Opções para a alimentação do RN de mãe seropositiva

II.6.1. Considerações gerais

Com vista a redução do risco de transmissão vertical do HIV da mãe para o filho, o profissional de saúde deve fornecer aos Pais e aos outros membros da família responsáveis pela criança, informação actualizada sobre as diferentes opções de alimentação infantil, mais concretamente, leite materno versus substitutos do leite materno realçando as implicações psicossociais, financeiras e de saúde e nutrição da criança e da mãe. Qualquer decisão que a família tome deverá ser apoiada pelos profissionais de saúde.

ALIMENTAÇÃO INFANTIL NO CONTEXTO DO HIV

Práticas de amamentação e sua duração em mulheres seropositivas

- **As mães seropositivas (e cujos filhos não estejam infectados pelo HIV ou se desconhece o seu estado serológico) devem amamentar exclusivamente os seus bebés nos primeiros 6 meses de vida,**
- Depois dos 6 meses, a mãe deve introduzir alimentos complementares adequados, e continuar a amamentação durante os primeiros 12 meses de vida.

A amamentação deve, por isso, terminar só quando for possível fornecer uma alimentação nutritiva adequada e segura sem aleitamento materno (AVASS)

As mães seropositivas que num dado momento decidam deixar de amamentar devem ser instruídas a parar gradualmente, no prazo de um mês. As crianças que tenham sido submetidas a profilaxia anti-retroviral devem continuar com a profilaxia durante uma semana após a amamentação ter terminado completamente.

Lembre- se sempre “Não é aconselhável terminar bruscamente a amamentação”

No caso de o bebé ser seropositivo

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

Alimentos a dar aos bebés após o desmame

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

As alternativas para a amamentação incluem o seguinte:

•→Para crianças com menos de 6 meses de idade:

- Leite infantil de fórmula comercial desde que satisfaça acessível, viável, aceitável, sustentável e segura

- Leite materno espremido e fervido

Esta alternativa pode ser usada como uma abordagem temporária nas seguintes circunstâncias:

i.→Se o bebé é baixo peso ao nascer, ou se estiver doente durante o período neonatal

ii.→Durante o período de transição de cessação do aleitamento materno

iii.→Se a mãe estiver doente e incapaz de amamentar

iv.→se os ARVs estão temporariamente indisponíveis

O leite animal modificado em casa não é recomendado como alimento de substituição nos primeiros seis meses de vida

É importante ferver o biberon e bico por 5 minutos diariamente (após limpeza dos mesmos). A água de preparação da fórmula láctea deve ser fervida por pelo menos 5 minutos (tempo mínimo necessário para completa esterilização)... Estas orientações são de importância fundamental no sentido de evitar diarreias e consequente desnutrição.

•→Para crianças com mais de 6 meses de idade:

- Leite infantil de fórmula comercial desde que satisfaça as condições de aceitabilidade, segurança, higiene e capacidade financeira para o adquirir. Em Moçambique não há nenhuma marca específica de formula oficialmente recomendada, podendo as mães ser aconselhadas de acordo com o que estiver disponível no mercado.

Condições necessárias para uma alimentação segura com fórmula para lactentes

As mães seropositivas só devem dar leite de fórmula comercial para lactentes como alimentação de substituição aos seus bebés não infectados pelo HIV ou bebés cuja condição de HIV é desconhecida, quando estejam satisfeitas determinadas condições AVASS

- a. →haver água potável e saneamento na família e ao nível da comunidade, e,
- b. →a mãe, ou outra pessoa responsável, esteja em condições de dar ao bebé a fórmula infantil de modo seguro, e em quantidade suficiente para garantir um crescimento e desenvolvimento normal da criança, e,
- c. →a mãe ou a pessoa responsável pelo bebé pode prepará-lo com a higiene e a frequência necessárias para que ele seja seguro e com baixo risco de diarreia e desnutrição, e,
- d. →a família apoie esta prática, e
- e. →a mãe ou outra pessoa responsável pela criança tenha acesso a cuidados de saúde para as crianças.

II.6.2. Outras opções de utilização do leite materno

Estas opções poderão não ser viáveis para a maioria das mães que não possuem boas condições económicas e vivem em condições inadequadas de saneamento do meio.

Contudo algumas mães poderão optar por alimentar as suas crianças através dos seguintes métodos:

- Aleitamento materno modificado;
- Alimentação substituta com copo.

II.6.3. Aleitamento materno modificado

Este método consiste no tratamento do leite materno (espremido) através do aquecimento de modo a permitir a eliminação da carga viral. O pessoal de saúde deverá estar preparado para dar apoio a quem pretenda adoptar este método em determinadas condições e para uso temporário.

O leite espremido e aquecido é nutricionalmente superior aos outros tipos de leite e o aquecimento reduz os níveis dos factores infecciosos no leite. Este método requer tempo, recursos, e apoio à mãe para espremer o leite e aquecê-lo. As crianças devem ser alimentadas com um copo. Não se recomenda a utilização do biberão.

II.6.4. Alimentação substituta com copo

Se a mãe ou ambos progenitores, a família ou a responsável pela criança optarem pela alimentação substituta, será necessário aconselhar e recordar que:

- A alimentação infantil com substitutos do leite materno, apresenta sérios riscos para a saúde e nutrição da criança.
- Esta opção só deverá ser tomada se as condições sociais e económicas dos pais ou responsáveis pela criança o permitirem, ou seja, só se o substituto do leite materno for AVASS.
- Deve ser utilizada a fórmula infantil comercial ou leite artificial, o qual deverá ser administrado num copo.

Lembre-se que:

- ↳ →O aleitamento materno deve ser exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, isto é, a criança não deve ingerir qualquer outro tipo de alimento: como água, chás medicinais, sumos e outros.
- ↳ →A criança deve ser amamentada sempre que quiser.
- ↳ →Deve-se ensinar à mãe técnicas correctas de amamentação para permitir uma sucção efectiva e evitar fissuras no mamilo e engurgitamento mamário.
- ↳ →Deve-se estimular e encorajar o uso do preservativo durante o período da amamentação.

CAPÍTULO III: ACONSELHAMENTO E TESTAGEM DO HIV

III.1. Aspectos gerais

As crianças infectadas ou afectadas pelo HIV, têm necessidades psicológicas próprias, que são muitas vezes negligenciadas. Os adultos têm uma grande dificuldade em falar com as crianças sobre questões sensíveis, tais como sexo, doenças e morte.

As necessidades, percepções, respostas e reacções das crianças são diferentes das dos adultos. Assim, enquanto se é aberto e honesto durante o aconselhamento, os métodos, a linguagem e a informação usada deve ser especificamente apropriados para a idade e nível de desenvolvimento da criança em questão.

Estas directrizes complementam o Guião do Aconselhamento e Testagem Iniciado Pelo Provedor (ATIP) no contexto clínico. São procedimentos e padrões do aconselhamento e testagem do HIV para crianças.

III.2 O aconselhamento à criança

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

III.2.1 Objectivos do aconselhamento à criança

O aconselhamento tem como objectivos ajudar a criança a:

- Lidar com as emoções e desafios que enfrenta quando é directamente afectada pelo HIV ou SIDA, ou indirectamente através de um membro da família.
- Optar por escolhas correctas e quando possível participar na tomada de decisões para o prolongamento e melhoria da sua qualidade de vida.

III.2.2 Processo de aconselhamento

No aconselhamento, a comunicação é a base do relacionamento entre o conselheiro e a criança. É importante encontrar formas práticas e eficazes para esta comunicação. Durante o aconselhamento, nunca se deve forçar a criança a contar as suas histórias. Existem razões que podem inibir as crianças a não comunicar sobre algo.

O conselheiro deve usar métodos adequados para ultrapassar as barreiras de

comunicação. O conselheiro deve ser capaz de se reunir com as crianças segundo o seu nível, usando métodos criativos como por exemplo, desenho, contar histórias, drama ou peça teatral, brincadeira, para explorar questões sensíveis e ajudar as crianças a expressarem os seus sentimentos,

Assim o processo de aconselhamento deve privilegiar a reunião com as crianças, criando boas relações com elas logo no início, ao cumprimenta-la de forma afável e introduzir temas de fácil abordagem para elas, como a escola, as suas relações de amizade.

A reunião deve ser em função da faixa etária, como por exemplo:

- Para crianças com menos de 5 anos de idade:** sentar com as crianças no chão e procurar um jogo que elas gostam de brincar;
- Para crianças de 6 a 12 anos de idade:** procurar um divertimento, actividade relaxante para realizar com elas, tal como discussão sobre revistas ou um objecto interessante;
- Para adolescentes de 13 a 18 anos de idade:** procurar os seus interesses, tais como o desporto ou a música e questionar sobre o que gostam e o que não gostam.

III.3 Diagnóstico do HIV na criança

O diagnóstico do HIV em crianças expostas é parte essencial de qualquer estratégia nacional de controlo e tratamento do HIV. Esta política do aconselhamento e testagem para crianças é um compromisso para aumentar o número de crianças com acesso ao tratamento anti-retroviral.

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

Trata-se de um desafio que representa uma oportunidade para o acesso a cuidados e tratamento a crianças infectadas. Portanto, esta oportunidade não deve descurar os aspectos éticos da prática clínica.

III.3.1 Teste do HIV para as crianças

O teste do HIV levanta muitas questões complexas, tanto para crianças como para as suas famílias. Por esse motivo, é importante considerar quer as vantagens quer as desvantagens envolvidas. Se as crianças souberem que são HIV+, podem:

- Ter acesso à informação e serviços para prolongar a sua vida;
- Ter apoio psicossocial;
- Ajudar a compreender como evitar a transmissão da infecção aos outros e a re-infecção;
- Desempenhar um papel modelo, mostrando que se pode viver bem com HIV;
- Sentir o alívio de saber a verdade ao invés de estar preocupadas e stress sobre uma coisa não conhecida.

As desvantagens do teste, se as crianças souberem que são HIV+, são:

- Podem não compreender completamente a situação;
- Podem revelar o seu estado sem que estejam preparados para as possíveis consequências
- Podem sentir-se zangadas e ressentidas, ou deprimidas e perder a esperança.

III. 3.2 Condições para a testagem de crianças

A criança quando decide fazer o teste deve contar com a orientação dos pais ou encarregados de educação. Alternativamente, são os pais ou os encarregados de educação que devem decidir pela criança. O teste do HIV deve ser feito após o consentimento dos pais ou cuidadores.

Assim, os pais podem decidir fazer o teste à sua criança se:

- eles próprios forem HIV+ e a sua criança for menor;
- a criança tiver evidência de contacto sexual, ou existir evidência forte do abuso sexual;
- a criança esteve em risco por causa de procedimentos de risco que a expuseram a infecção ao HIV.

Lembrar que um diagnóstico confirmado do HIV que teria implicações importantes para o tratamento médico da criança.

No entanto TODA a criança sintomática ou com um quadro sugestivo de SIDA deve ter acesso ao teste!

III.4. Consentimento

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança, todas as crianças têm direito à saúde e a serem informadas sobre o seu estado de saúde. Reconhece-se ainda que os pais ou cuidadores têm a responsabilidade sobre a sua criança.

Portanto, por razões éticas, os pais ou cuidadores da criança devem dar o seu consentimento para a testagem da criança. Estão previstas no regulamento de ATIP, situações em que se poderá realizar a testagem da criança sem o consentimento dos pais.

III.5. Princípios fundamentais para o aconselhamento e testagem

As directrizes do aconselhamento e testagem pediátrico contidas neste documento são guiados por alguns princípios básicos a saber:

III.5.1 Aconselhamento

O aconselhamento como parte do manejo clínico do paciente que apresenta doenças relacionadas com o HIV, deve ser realizado para que as crianças e os pais/cuidadores percebam sobre o seu estado da saúde e tomem decisões informadas tendentes a aliviar o sofrimento da criança e sua família.

O aconselhamento pode ser oferecido a todas as crianças menores de 14 anos, na companhia dos pais ou cuidador, fornecendo informações simples e claras sobre o HIV. É preciso adequar a linguagem de acordo com a idade da criança e o nível de educação dos parentes para que percebam correctamente a mensagem. As crianças com idade superior a 18 anos não necessitam de consentimento parental para fazer o teste de HIV.

III.5.2 Testagem e tratamento para o HIV

Todas as crianças, independentemente do seu estado da saúde, têm direito ao aconselhamento, ao teste voluntário do HIV e ao acesso ao tratamento ARV em caso de necessidade.

O diagnóstico do HIV deve ser feito para as crianças de forma a permitir-lhes receber cuidados e tratamento adequados e atempados sempre que possível; por isso, devem ser aconselhadas e testadas crianças que apresentam sinais ou sintomas sugestivos para doenças relacionadas ao HIV.

O teste deve também ser oferecido como componente rotineiro de cuidados clínicos. Assim, os utentes devem estar informados da disponibilidade e oferta do teste do HIV nos serviços de saúde como parte dos cuidados rotineiros da saúde, com direito a optar ou não pela sua realização –abordagem “opt-out”, ou seja testagem universal de todas os pacientes, excluindo os que recusam o teste.

Para identificar crianças infectadas quanto possível e proporcionar-lhes cuidados e tratamento deve-se habitualmente ser oferecidas o teste do HIV as crianças suspeitas que têm contacto com a unidade sanitária(ATIP em todas portas de entrada):

III.5.3 Consentimento para o teste

As crianças precisam do consentimento dos pais ou do cuidador. Nos casos em que for necessário o conhecimento do estado serológico do HIV da criança para fins de manejo clínico, pode-se fazer o teste, mesmo se os pais ou cuidadores recusarem consentir para o efeito, de forma a preservar a saúde da criança. Deve-se garantir a confidencialidade e dar todo o apoio á criança e á família, de forma a garantir uma continuidade dos cuidados, salvaguardando a vida da criança.

III.5.4 Confidencialidade

As crianças têm direito à confidencialidade. O estado HIV+ da criança deve ser apenas compartilhado com os pais ou cuidadores.

Todo o pessoal do aconselhamento e testagem pediátrico deve estar previamente sensibilizado e treinado em habilidades e técnicas apropriadas para trabalhar com crianças e seus familiares, sem no entanto, quebrar o sigilo e a privacidade das informações e do seroestado da criança.

III.6. Revelação diagnóstica à criança

A revelação do estado de seropositividade para o HIV a crianças deve ser considerada como um processo. Em condições ideais, a revelação diagnóstica à criança deve iniciar quando esta é diagnosticada HIV positiva. É importante garantir que a criança beneficie de apoio, quer do hospital, quer da família para realizar um confronto adequado com a doença.

O momento para revelação diagnóstica e apropriado quando ela:

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

Não há uma idade estipulada para início da revelação diagnóstica. É necessário

negociar o processo de revelação com os pais ou cuidador da criança, de modo a que todos assumam a responsabilidade de prestar todo o apoio emocional necessário para o bem dela.

III.6.1 Principais intervenientes no processo de revelação diagnóstica

III.6.1.1. Técnico

O diálogo criança-técnico de saúde deve ser privilegiado de modo a facilitar este processo. O técnico deverá informar e esclarecer à criança, à medida das suas capacidades, sobre o que está a acontecer com ela.

III.6.1.2. Cuidadores

Constituem a principal fonte de apoio social que as crianças têm e jogam um papel importante no processo de revelação diagnóstica.

Os pais ou cuidadores são geralmente resistentes em informar a criança sobre a sua patologia. Deve-se recomendar que não mintam ou omitam a verdade à criança, que as informações que forem passando à criança sobre a sua doença devem ser coerentes com a informação que a criança irá receber quando finalmente souber o que se passa com ela. Desta forma, ela poderá participar no cuidado a si mesma e a construir recursos para lidar com os desafios.

Antes de se informar à criança é importante que estes estejam preparados. Os pais/cuidadores são actores importantes e activos no processo de revelação diagnóstica. A forma como estes lidam com a doença irá influenciar sobremaneira no modo como a criança confrontará o seu diagnóstico. Importa auscultar os seus receios em relação à revelação diagnóstica. Geralmente alegam:

- Medo que a criança sofra ao saber que é seropositiva
- Medo que a criança não consiga manter segredo e exponha o seu resultado serológico.
- Medo que a criança sofra isolamento social/estigma.

A revelação diagnóstica deve ser consensual e preparada, fortalecendo antes os cuidadores para que a criança possa encontrar o suporte para um confronto adequado com a doença.

III.6.1.3. Criança

É o principal actor. É importante que se explique à criança o que ela tem. A ignorância do diagnóstico poderá criar na criança dúvidas e medos que poderão causar-lhe

sofrimento e assumir contornos patológicos, para além de influenciar negativamente na adesão ao tratamento.

Neste processo, antes de mais, deve-se avaliar os recursos de que a criança dispõe para um confronto adequado com a patologia, denominam-se estratégias de confronto ou “coping” aos esforços cognitivos ou comportamentais a que a criança recorre para enfrentar a situação adversa. É através do “coping” ou confronto que a criança procura controlar o problema ou situação adversa (quando é centrado no problema) ou adequar a resposta emocional à situação adversa que se apresenta (quando é centrado na emoção).

III.6.2 Avaliação da informação que a criança tem sobre a doença

Consiste no esclarecimento de dúvidas e correcção de conceitos errados. É muito comum que a criança associe a doença à morte, por exemplo. Deve-se, no entanto, evitar esta associação que é comum mesmo em adultos, quando se trata do HIV/SIDA. Mostrar à criança e aos pais que o HIV tem tratamento e se, as recomendações médicas forem bem cumpridas, pode-se levar a uma vida saudável e prolongada.

III.6.3 Recursos individuais da criança

São os recursos de que a criança dispõe para enfrentar situações adversas. É necessário conhecer as estratégias que a criança geralmente usa para confrontar estas situações. Poderão ser, entre outras:

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

- Auto-Controlo – *o doente tenta controlar a situação, dando-se tempo para tomar decisões relacionadas.*
- Inacção - *Bloqueio afectivo e consequente ausência de reacção física e/ou intelectual.*

III.6.4 Rede de suporte moral

É constituída pelas pessoas que cuidam e apoiam a criança, tais como os cuidadores, a família alargada, amigos. O apoio também poderá vir de instituições como a igreja, o hospital, instituições sociais e outras.

Dado que se trata de uma doença crónica, o apoio vindo do hospital é muito importante. Torna-se muito significativo para o confronto com a doença a disponibilidade do técnico para continuar a dar apoio mesmo após informação do diagnóstico. A criança deve encontrar neste espaço um diálogo franco e aberto.

III.6.5 Quem deve informar a criança sobre o seu estado

A pessoa que informa deverá ser alguém em quem a criança confia e gosta, idealmente o técnico funciona como facilitador do processo. É necessário analisar com os cuidadores, quando possível, as possibilidades de ser ou o técnico ou os cuidadores a informar sobre o diagnóstico à criança.

O momento de revelação diagnóstica é geralmente determinado pelos seguintes factores:

- A criança faz perguntas sobre a doença e/ou o tratamento.
- A criança apresenta problemas de comportamento que possam estar relacionados com o seu desconhecimento do diagnóstico. Ex: falta de adesão, ansiedade, depressão.
- Os cuidadores estão preparados para apoiar a criança, informando-a e esclarecendo as suas dúvidas em relação à doença e ao tratamento.
- Os cuidadores autorizam a revelação do diagnóstico.
- A criança está positivamente vinculada ao técnico de saúde.
- A criança tem capacidade para guardar segredo.
- A criança está preparada para confrontar adequadamente o diagnóstico.
- Há convicção de que a informação do diagnóstico beneficiará a criança.

III.6.6 Formas de revelação diagnóstica para a criança

A revelação pode ser:

- **Parcial** - Explica-se à criança sobre o que se passa com ela, sem, no entanto designar a patologia. Deve-se dar informação adequada para o seu desenvolvimento mental, idade e esclarecer as dúvidas que possa apresentar.
- **Total** - Explica-se à criança o que ela tem e diz-se o nome da patologia.

Tendo em conta que a revelação do resultado do teste do HIV à criança é um processo, recomenda-se que seja de forma parcial, de modo que se prepare a criança para lidar com a situação. Esta revelação parcial desenrola-se ao longo de várias consultas, no mínimo 4 antes da informação final, que é a de que ela tem SIDA.

CAPÍTULO IV - DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

IV.1. Disposições técnicas, clínicas e éticas para a testagem em crianças

A testagem de crianças obedece a procedimentos clínicos-laboratoriais padronizados como forma de garantir um diagnóstico correcto.

Assim a observância dos critérios faixa etária nível de exposição é fundamental para a determinação do tipo de teste a usar, pelo que:

- Criança exposta ao HIV menores de 9 meses, testar usando o PCR/ADN para HIV, para fazer o diagnóstico definitivo.
- Em caso de estado serológico desconhecido da mãe deve-se fazer o teste rápido a criança para confirmar a exposição.
- Crianças maiores de 9 meses, devem ser submetidas ao um teste rápido (Determine e Unigold), em caso de positivo fazer o PCR DNA para HIV.
- Para crianças com idade igual ou maior de 18 meses usar o teste rápido para o diagnóstico definitivo.

IV.2. Laboratório

Os tipos de testes usados para a testagem do HIV em crianças são definidos de acordo com o grupo etário: menores de 9 meses e maiores de 9 meses de idade.

As crianças expostas ao HIV são testadas através da técnica DBS PCR para ADN do HIV, na medida em que os testes rápidos podem não oferecer um resultado confiável devido à presença dos anticorpos da mãe na circulação sanguínea. Porém, o PCR para ADN do HIV é uma técnica que ainda não está disponível em todas das unidades sanitárias.

IV.3. Breve descrição dos testes usados para a detecção do HIV

Os testes para a detecção da infecção pelo HIV podem ser virológicos ou serológicos.

IV.3.1. Métodos virológicos

Os métodos virológicos apesar de altamente fiáveis, comportam elevados custos, motivo pelo qual, em países com escassos recursos, o diagnóstico é feito de acordo com o quadro clínico e eventualmente confirmado pela pesquisa de anticorpos anti-HIV.

No Anexo 1 e 2 são apresentados os algoritmos para testagem da criança exposta ao HIV.

Em seguida é apresentada uma breve descrição dos 4 métodos virológicos usados.

(i) PCR – ADN para HIV: o PCR ADN para HIV é o teste viral (qualitativo) mais apropriado para as crianças menores de 18 meses e é o mais usado no país. **Este teste deve ser feito entre o 1º e 9º mês e também para confirmar o diagnóstico positivo com teste rápido entre os 9 e 18 meses.**

O PCR ADN HIV detecta 50% de crianças infectadas ao nascimento e virtualmente 100% às 6 semanas em crianças não amamentadas (transmissão intrauterina e intraparto). Daí a importância do acesso ao PCR o mais precoce possível.

A realização precoce deste teste permite a administração também precoce de antiretrovirais, o que irá diminuir a morbimortalidade por esta doença, e melhorar a qualidade de vida das crianças.

A colheita de amostra de sangue (gota de sangue dos dedos ou calcanhar) é feita em papel de filtro (DBS). Esta técnica explora a função natural da enzima, a taq-polinmerase. Através da PCR é possível obter-se cópias de uma parte do material genético em quantidade suficiente que permita analisar e detectar a sequência que é alvo do estudo. Às vezes referidas como “fotocópia molécula”, a PCR pode amplificar qualquer sequência específica da DNA, a partir de amostras de diferentes materiais biológicos como sangue, urina e outros fluidos corporais, cabelo e cortes de tecido. A técnica de DBS requer pequenas quantidades de sangue é fácil de armazenar, conservar e transportar.

(ii) PCR RNA HIV: o PCR RNA HIV é um teste de amplificação do genoma do vírus, ou seja, é a análise quantitativa da carga viral por técnicas baseadas na amplificação de ácidos nucleicos, amplificação de ADN em cadeia ramificada e amplificação sequencial de ácidos nucleicos. Tem alta sensibilidade, permitindo o acompanhamento da resposta a terapêutica anti-retroviral.

(iii) Antígeno P24: apesar de ser um teste muito específico para a detecção da infecção por HIV e ser muito usado para o diagnóstico, a sua sensibilidade é menor do que a dos outros testes atrás referidos. O uso da determinação do Ag p24 unicamente, não é recomendada para:

- ↳ → exclusão da infecção;
- ↳ → diagnóstico antes de 1 mês de idade, devido aos falsos-positivos.

Num estudo feito em crianças hospitalizadas no HCM, em 1994, a detecção da antigenemia p24 foi útil para o diagnóstico das crianças no primeiro ano de vida, embora ela tenha sido mais fiável para crianças entre os 4 e os 11 meses de vida, no entanto convém salientar que, actualmente, as técnicas de detecção da antigenemia P24 evoluíram e têm melhor sensibilidade e especificidade.

(iv) Cultura do vírus: a cultura do HIV tem uma sensibilidade semelhante ao PCR DNA no diagnóstico de infecção; porém, para além de ser mais cara e complexa e os resultados demoram de 2 a 4 semanas. Não está disponível no nosso país.

IV.3.2. Métodos serológicos

Como se sabe, os anticorpos maternos para o HIV (IgG) são transferidos passivamente de mãe para filho durante a gravidez e podem persistir até aos 18 meses. Contudo um resultado positivo após os 9 meses numa criança sintomática, é bastante sugestivo de infecção, pelo que se deve repetir o PCR. Se ambos forem positivos a infecção se confirma. Assim, se a criança tiver feito o teste rápido, deve repeti-lo depois dos 18 meses para confirmação. No caso de o teste ser positivo trata-se de infecção confirmada se for negativo estará excluída a infecção.

Os testes de detecção de anticorpos (serológicos) são:

(i) ELISA: o teste “Enzyme Linked Immunosorbent Assay”, ou ensaio de imunoadsorção ligado à enzima, que é o mais usado, por facilidade de automação, custo relativamente baixo e elevada sensibilidade e especificidade.

(ii) Imunofluorescência indirecta: este teste é utilizado na confirmação serológica.

(iii) Western-blot: este teste é considerado “padrão ouro” para confirmação do resultado na etapa de triagem; tem alta especificidade e sensibilidade mas seu custo é alto.

(iv) Teste rápidos (UNIGOLD, DETERMINE): são teste simples que dispensam equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual. A sensibilidade é comparável à dos testes de ELISA

IV. 4 Diagnóstico da infecção pelo HIV

Diagnóstico de HIV nas crianças menores de 18 meses:

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

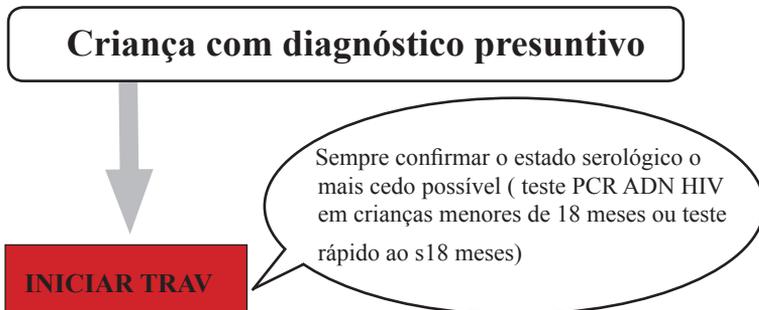
- 2)→Todas as crianças expostas ao HIV devem fazer o teste virológico (PCR DNA HIV) entre o 1º e o 9º mês de vida. Recomenda-se fazer este teste ao 1º mês de vida ou na primeira oportunidade que se apresenta na Unidade Sanitária.
- 3)→Todas as crianças com teste PCR DNA HIV positivo devem se submeter a um 2º teste de PCR DNA HIV para confirmar o diagnóstico. Recomenda-se fazer o 2º teste PCR DNA HIV na altura da entrega do resultado do primeiro teste PCR DNA HIV.

NOTA: Iniciar o TARV, sem esperar o resultado do 2º teste PCR DNA HIV

- 4)→Todas as crianças expostas ao HIV com idade igual ou superior a 9 meses, que não fizeram o PCR – DNA HIV antes ou cujo teste PCR DNA HIV tiver resultado negativo devem fazer o teste rápido a partir dos 9 meses. As crianças com resultado de teste rápido positivo devem fazer o teste PCR ADN HIV para confirmar o diagnóstico. Se o resultado for indeterminado, repetir o teste.
- 5)→Em crianças com teste rápido negativo aos 9 meses e que não estão em aleitamento materno há mais de 2 meses e que não têm nenhum sintoma sugestivo de infecção por HIV recomenda-se:
 - Parar a profilaxia com Cotrimoxazol
 - Dar alta da CCR.

Para as crianças expostas ao HIV e que não têm acesso ao teste PCR DNA HIV , mas que apresentam a infecção sintomática por HIV podemos fazer o diagnóstico presuntivo e iniciar o TARV, (algoritmo diagnóstico presuntivo em anexo).

Diagnóstico presuntivo da infecção por HIV em crianças com idade menor de 18 meses (que não tem acesso ao teste PCR ADN HIV)	
A criança tem teste rápido ao HIV positivo E	Criança apresenta um ou mais destes sintomas: Pneumonia grave Candidíase oro-esofágica Malnutrição grave Sarcoma de Kaposi PCP(Pneumonia por Pneumocistis Jiroveci)
Outros indicativos que apoiam o diagnóstico de infecção severa por HIV são: Morte materna recente Mãe com infecção por HIV avançada CD4% de criança < 25%	
NOTA: Sempre confirmar o estado serológico mais cedo possível (teste PCR DNA HIV em crianças menores de 18 meses ou teste rápido aos 18 meses)	



IV.5. Classificações do SIDA pediátrico

Em seguida são apresentadas 2 classificações do SIDA pediátrico, a clinica e a imunologica recomendadas pela OMS para Africa.

IV.5.1. Classificação clínica do SIDA pediátrico

No Quadro 3 é apresentada a classificação do SIDA pediátrico da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) para África. Esta classificacao permite incluir crianças em 4 estadios clinicos que variam de assintomatico (I) a sintomatologia grave(IV). A classificação permite avaliar a gravidade da doença e assim priorizar crianças para tratamento anti-retroviral se estiver nos estadios III-IV.

Quadro 3: Critérios presuntivos e definitivos para o reconhecimento de eventos relacionados ao HIV em crianças com infecção confirmada pelo HIV

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Estadio I:		
Assintomático	Sem queixa de sintomas relacionados ao HIV e ausência de sinais clínicos ao exame físico.	Não se aplica
- Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	Aumento de ganglios linfáticos (>1 cm) em 2 ou mais cadeias não contíguas (excluída cadeia inguinal) persistente, sem causa conhecida.	Diagnóstico Clínico
Estadio II:		
Hepatoesplenomegalia persistente inexplicada	Aumento de baço e fígado sem causa óbvia.	Diagnóstico Clínico
Prurigo	Lesões pápulo-vesiculares pruriginosas.	Diagnóstico Clínico
Infecções fúngicas do leito ungueal	Paroníquia fúngica (leito ungueal doloroso, eritematoso e edemaciado) ou onicólise (separação não dolorosa da unha do leito ungueal). Onicomicose subungueal proximal de coloração branca é rara na ausência de imunodeficiência.	Diagnóstico Clínico
Queilite angular	Rachaduras no ângulo da boca com despigmentação, que usualmente responde a tratamento antifúngico, mas pode recorrer.	Diagnóstico Clínico
Eritema gengival linear	Linha eritematosa que segue o contorno da linha livre da gengiva (entre a gengiva e os dentes); pode estar associada a sangramento espontâneo.	Diagnóstico Clínico
Infecção viral verrucosa extensa da pele	Lesões dermatológicas verrucosas virais características: pequenas elevações granulosas da pele, geralmente ásperas, planas nas solas dos pés (verruga plantar); faciais, mais de 5% da superfície corpórea ou desfigurantes.	Diagnóstico Clínico

Extensa infecção por molusco contagioso	Lesões características da pele: pequenas elevações de cor da pele, peroláceas ou róseas, em forma de dome ou umbilicadas, podem estar inflamadas ou hiperemiadas; facias, mais de 5% da superfície corpórea ou desfigurantes. Molusco gigante pode indicar imunodeficiência avançada.	Diagnóstico Clínico
Ulcerações orais recorrentes (2 ou mais episódios em 6 meses)	Ulceração aftosa, tipicamente com um halo de inflamação e pseudo-membrana amarelo-acinzentada.	Diagnóstico Clínico
Aumento das parótidas sem outra causa aparente	Aumento bilateral das parótidas, assintomático, que pode se resolver espontaneamente e recorrer, na ausência de outra causa conhecida; geralmente indolor.	Diagnóstico Clínico
Herpes Zoster	Rash cutâneo doloroso com vesículas de conteúdo líquido, distribuição por dermatomos; podem ser hemorrágicas sobre base eritematosa, podem se tornar maiores e confluírem. Não ultrapassam a linha média.	Diagnóstico Clínico
Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores	Evento actual com ao menos um episódio nos últimos 6 meses. Complexo de sintomas: febre com dor facial unilateral e rinorréia (sinusite) ou membrana timpânica inflamada/dolorosa (otite média), dor de garganta com tosse produtiva (bronquite), dor de garganta (faringite) e tosse crúpe (laringotraqueobronquite), otorréia persistente ou recorrente.	Diagnóstico Clínico
Estádio III:		
Malnutrição moderada sem outra causa aparente	Peso/Estatura $\geq -3 < -2$ DP, não explicado por ingesta pobre ou inadequada e/ou outras infecções, que não responde adequadamente ao tratamento habitual	Perda de peso documentada, falência de ganho de peso em tratamento habitual sem outra causa identificada durante investigação.

Diarréia persistente sem outra causa aparente	Diarréia (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) persistente (14 ou mais dias) sem outra causa aparente, não responsiva a tratamento habitual.	Observação e documentação das fezes amolecidas. Cultura e microscopia não revelam patógenos.
Febre persistente sem outra causa aparente (intermitente ou constante por > 1 mês)	Queixa de febre ou suores nocturnos por mais de 1 mês, intermitente ou constante, não responsiva a antibióticos ou antimaláricos. O exame físico não revela outro foco de doença. Malária deve ser excluída em áreas endémicas.	Febre documentada superior a 37,5°C com hemocultura negativa, plasmódio negativo ou Rx inalterado, e ausência de outro foco óbvio de doença.
Candidíase oral (após os 1 ^{os} 6 meses de idade)	Placas esbranquiçadas pequenas, cremosas, que podem ser descamadas (pseudo-membranas), ou manchas vermelhas em língua, palato ou assoalho da boca, geralmente dolorosas ou sensíveis (forma eritematosa)	Microscopia ou cultura.
Leucoplasia oral pilosa	Pequenas lesões lineares nas bordas laterais da língua, geralmente bilaterais, que não podem ser descamadas.	Diagnóstico clínico
TB ganglionar	Aumento "frio", não agudo dos linfonodos, geralmente confluentes, localizados em uma região. Podem fazer fístulas de drenagem. Resposta a tratamento habitual anti-TB em 1 mês.	Histologia ou aspirado por agulha fina para coloração de Ziehl Nielsen (ZN). Cultura.
TB Pulmonar (história de contato com adulto com BK positivo)	Sintomas inespecíficos (ex: tosse crónica, febre, suores nocturnos, anorexia e perda de peso. Em crianças maiores, tosse produtiva e hemoptise também.	Isolamento do M. tuberculosis na cultura de escarro, Rx tórax alterado.
Pneumonia bacteriana grave recorrente	Tosse com taquipnéia, retracção torácica, adejo nasal, sibilância. Ferroses ou consolidação à auscultação. Responde a antibioticoterapia. Episódio actual mais 1 ou mais nos 6 meses anteriores.	Isolamento da bactéria em espécimes clínicos adequados - expectoração induzida, lavado bronco-alveolar (LBA), aspirado pulmonar (PAAF).

Gengivite ou estomatite ulcerativa necrotizante aguda, ou periodontite ulcerativa necrotizante aguda	Dor intensa, ulceração das papilas gengivais, perda dos dentes, sangramento espontâneo, mau cheiro, e perda rápida de tecido ósseo e/ou partes moles.	Diagnóstico Clínico
LIP sintomática	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Rx tórax: infiltrado pulmonar intersticial reticulo-nodular presente por mais de 2 meses sem resposta a antibioticoterapia e sem a identificação de outro patógeno. Saturação de oxigênio persistentemente < 90%. Pode se apresentar com cor pulmonale e cursar com fadiga induzida pelo exercício aumentada. Histologia característica.
Doença pulmonar crônica associada ao HIV (inclui bronquiectasia)	História de tosse produtiva com grandes quantidades de escarro purulento (bronquiectasia isolada), com ou sem hipocratismo digital, halitose e crepitações e/ou sibilância à auscultação.	Rx tórax: pode mostrar padrão em favo de mel (cistos pequenos) e/ou áreas persistentes de opacificação e/ou destruição pulmonar generalizada, com fibrose e perda de volume.
Anemia sem outra causa aparente (<8g/dL) ou neutropenia (< 0,5x 10 ⁹ /L) ou trombocitopenia crônica (<50x10 ⁹ /L)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Análises laboratoriais, não explicadas por outras condições não associadas ao HIV, ou não responsivas a terapêutica habitual com hematínicos, antimaláricos ou antihelmínticos.
Estádio IV:		

Malnutrição aguda ou crónica grave, ou malnutrição grave que não responde a terapêutica habitual.	Perda persistente de peso não explicada por ingestão insuficiente ou inadequada ou outras infecções, sem resposta adequada a duas semanas de tratamento habitual. Caracterizada por perda muscular grave e visível, com ou sem edema dos pés, e/ou P/E < 3 DP, conforme definição do AIDI.	Perda de peso documentada de > 3 DP +/- edema.
Pneumonia por <i>Pneumocystis</i> (PCP)	Tosse seca, dificuldade respiratória progressiva, cianose, taquipnéia e febre; retracção torácica ou estridor. (Pneumonia grave ou muito grave segundo o AIDI). Geralmente de início abrupto especialmente em lactentes <6 meses de idade. Responde a doses altas de cotrimoxazol +/- prednisolona.	Rx tórax, infiltrado típico perihilar difuso bilateral; microscopia de expectoração induzida ou LBA ou PAAF.
Infecção bacteriana grave recorrente, por exemplo empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite; excluída pneumonia.	Febre acompanhada de sintomas ou sinais específicos que localizam infecção. Responde a antibioterapia. Episódio actual mais 1 ou mais nos 6 meses anteriores.	Cultura de espécime clínico adequado.
Infecção crónica por Herpes simples (oral ou cutânea de mais de 1 mês de duração ou visceral em qualquer sítio)	Lesões causadas pela infecção pelo HSV graves e progressivas, dolorosas, orais, genitais ou anorretais por mais de 1 mês.	Cultura e/ou histologia
Candidíase esofágica (ou candidíase da traquéia, brônquios ou pulmões)	Dor torácica e disfagia (dificuldade para engolir), odinofagia (dor para engolir comida ou líquidos) ou dor retroesternal pior à deglutição (comida ou líquidos). Responde a tratamento específico. Em crianças pequenas suspeitar particularmente na presença de candidíase oral e recusa alimentar e/ou dificuldade/ choro à alimentação.	Aspecto macroscópico na endoscopia, microscopia de espécime tissular ou aspecto macroscópico na broncoscopia ou histologia.

<p>TB disseminada/ extrapulmonar</p>	<p>Doença sistêmica geralmente com febre prolongada, suores nocturnos, perda de peso. Sinais clínicos de envolvimento orgânico, por exemplo, piúria estéril, pericardite, ascite, efusão pleural, meningite, artrite, orquite.</p>	<p>Microscopia positiva para BAAR ou cultura do M. tuberculosis do sangue ou outro espécime clínico relevante com excepção de expectoração e LBA. Biópsia e histologia.</p>
<p>Sarcoma de Kaposi</p>	<p>Aspecto típico na pele ou orofaringe de lesões persistentes, inicialmente planas de coloração rósea ou arroxeadas, que geralmente evoluem para nódulos.</p>	<p>Aspecto macroscópico ou histologia.</p>
<p>Retinite por CMV ou infecção por CMV afectando outro órgão, de início em idade superior a 1 mês.</p>	<p>Retinite isolada: pode ser diagnosticada por clínicos experientes: lesões oculares típicas ao exame fundoscópico; áreas esbranquiçadas com bordas definidas na retina, expandindo-se centrifugamente, geralmente seguindo vasos sanguíneos, associadas a vasculites retinianas, hemorragia e necrose.</p>	<p>Histologia ou demonstração do CMV no líquido por cultura ou PCR DNA.</p>
<p>Toxoplasmose em Sistema Nervoso Central com início em idade superior a 1 mês</p>	<p>Febre, dor de cabeça, sinais neurológicos focais, convulsões. Geralmente responde a terapêutica específica em 10 dias.</p>	<p>Sorologia positiva para toxoplasma E lesões de massa únicas/ múltiplas visíveis em Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética</p>
<p>Criptococose extrapulmonar incluindo meningite</p>	<p>Meningite: geralmente subaguda, febre com cefaléia progressiva mas intensa, meningismo, confusão, alterações de comportamento que respondem a tratamento específico para criptococo.</p>	<p>Isolamento do Cryptococcus neoformans de sítios extrapulmonares ou teste de antígeno criptococo no líquido ou sangue.</p>

Encefalopatia pelo HIV	Ao menos um dos seguintes, progredindo por pelo menos 2 meses na ausência de outra doença: - falência na aquisição, ou perda de aquisições neuropsicomotoras, perda de habilidade intelectual; ou - alteração progressiva do crescimento cerebral demonstrada por estagnação do perímetro cefálico (PC); ou - défice motor simétrico adquirido acompanhado por 2 ou mais dos seguintes: paresias, reflexos patológicos, ataxia, distúrbios.....	Neuroimagem demonstrando atrofia e calcificação dos gânglios basais, excluindo outras causas.
Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmose, peniciliose)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Histologia: geralmente formação de granulomas Isolamento: detecção de antígeno no tecido afectado; cultura ou microscopia de espécime clínico ou hemocultura.
Infecção por micobactéria não tuberculosa disseminada	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Sintomas clínicos inespecíficos incluindo perda de peso progressiva, febre, anemia, suores nocturnos, fadiga ou diarreia; e cultura de bactérias atípicas nas fezes, sangue, fluidos corporais ou outros tecidos corpóreos, excluindo-se o pulmão.
Criptosporidíase crónica (com diarreia)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cistos identificados em coloração ZN modificada.
Isosporíase crónica	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Identificação de isóspora.

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

IV.5.2. Classificação imunológica do SIDA pediátrico

A classificação imunológica permite avaliar o grau de imunodepressão que a criança apresenta e deste modo prioriza-la no acesso ao TARV se houver necessidade.

Tabela 2: Classificação das categorias imunológicas (CD4) relacionadas com a idade

Categoria de Imunodepressão/ Alteração imune	<u>Idade da criança</u>			
	<u>≤ 11 meses</u> (%)	<u>12 – 35 meses</u> (%)	<u>36 – 59 meses</u> (%)	<u>≥ 5 anos</u> (%)
Não significativa	> 35	> 30	> 25	> 500
Leve	30 - 35	25 - 30	20 -25	350 - 499
Moderada	25 - 29	20 - 24	15 -19	200 -349
Severa	< 25	< 20	< 15	< 200 ou < 15%

Fonte: OMS (2006)

CAPÍTULO V – TARV NA CRIANÇA

V.1. Considerações gerais

Nem todas as crianças infectadas pelo HIV precisarão de TARV e alguns dos progressores lentos poderão evoluir sem tratamento até à adolescência.

Os estudos até agora publicados têm demonstrado melhorias significativas nas crianças sujeitas a diferentes esquemas terapêuticos no contexto de triterapia, de modo que a escolha inicial dos medicamentos é essencialmente baseada na formulação disponível, bem como, na simplicidade de administração. A estes factores juntam-se a baixa toxicidade, baixo custo e a exposição prévia a ARVs.

São objectivos do TARV:

- ✓ → O controle da replicação viral
- ✓ → A Prevenção do défice imunitário
- ✓ → A diminuição da morbimortalidade associada ao défice imunitário
- ✓ → A preservação da função de vários órgãos susceptíveis de disfunção graças ao HIV ou à resposta imune anti-HIV.

V.1.1. Aspectos particulares

Há **considerações específicas da situação na criança, que são:**

- ↳ → A exposição perinatal;
- ↳ → A exposição “in utero” aos ARV;
- ↳ → Uma avaliação diagnóstica, imunológica e virológica diferente;
- ↳ → Alterações nos parâmetros farmacocinéticos, medicamentos em formulação por vezes inadequada,
- ↳ → A adesão ao tratamento

As potenciais **dificuldades ligadas ao tratamento são:**

- ↳ → Indução de resistência ao tratamento;
- ↳ → Baixa de eficácia em relação a tratamentos posteriores;
- ↳ → Alteração da resposta imune humoral e celular anti-HIV;
- ↳ → Redução da qualidade de vida graças aos efeitos secundários dos ARV.

Um factor fundamental para a eficácia do esquema terapêutico é a adesão ao tratamento por parte da criança e responsáveis. Esta questão deve ser considerada na altura da prescrição do esquema terapêutico. Para tal, deve-se ter em conta:

- a. → A disponibilidade dos comprimidos dispersíveis em dose fixa combinada;
- b. → A frequência de administração e necessidade de ingestão com ou sem alimentos;
- c. → A capacidade de compreensão da criança e do seu acompanhante.

A adesão deve ser regularmente avaliada e ser parte integrante da avaliação clínica de rotina.

Um aspecto importante a considerar é que as famílias com problemas sociais estão descritas como sendo aquelas que mais problemas têm de adesão.

Portanto, não se deve descurar a avaliação e apoio social regulares

Outros aspectos são:

- ↳ → A contagem dos linfócitos CD4 em termos absolutos e percentuais, em crianças saudáveis, é muito mais elevada do que nos adultos saudáveis e decresce lentamente, atingindo os valores idênticos aos do adulto por volta dos 6 anos de idade.
- ↳ → Apesar do número absoluto de CD4 que determina o nível de supressão imunológica (e que muda com a idade), a percentagem de CD4 que identifica cada categoria imunológica mantém-se constante.

Deste modo, são as alterações na percentagem de CD4 e não o número absoluto que servem de marcador de progressão da doença nas crianças.

Esta percentagem vai diminuindo à medida que a doença progride.

As determinações quantitativas do RNA HIV expressam a carga viral HIV no sangue periférico. O padrão difere nas crianças infectadas no período perinatal. Níveis altos (>100.000 cópias) persistem nas crianças por longos períodos e decrescem muito lentamente. A interpretação da variação do número de cópias de RNA HIV é difícil e deve ser feita por um especialista. A carga viral é de difícil interpretação, mas o mais importante é de facto a tendência que ela mostra assim como os valores e a duração do declínio. **Indetectável**, não significa que o vírus foi eliminado, mas que o nível da virémia está abaixo da sensibilidade do teste. Os valores podem ser muito baixos ao nascimento e depois subirem nos primeiros 2 meses a níveis de até vários milhões, começando depois a declinar lentamente. É sempre necessário ter uma contagem de linfócitos CD4 para se poder avaliar correctamente a situação.

A falência de crescimento e a doença neurológica associada ao HIV (conhecida como encefalopatia progressiva - HIV) apresentam-se precocemente na criança infectada pelo HIV, alteram imenso a qualidade de vida, mas contudo, revertem rapidamente com o TARV e têm sido utilizadas como um marcador de resposta ao tratamento.

V.2. Início do TARV

O início do TARV depende do CD4, da situação clínica e da idade da criança, como é apresentado no Quadro 4.

Quadro 4: Critérios para iniciar o TARV,

MARCADOR IMUNITÁRIO	IDADE		
	≤ 24 MESES	24 – 59 MESES	≥ 5 ANOS
CD4 (%)	TRATAR TODAS AS CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO	≤ 25%	–
CD4 ABS. (cels/ mm ³)		≤ 750	≤ 350
CRITÉRIOS CLINICOS	Estádios III e IV (OMS)		

Todas as crianças <24 meses com diagnóstico confirmado devem iniciar TARV independente do CD4 ou estágio clínico.

Todas as crianças no estágio III e IV devem iniciar o TARV independentemente do CD4.

Nota: Quando houver discordância entre o número absoluto e a percentagem de CD4, deve usar – se preferencialmente a percentagem nas crianças menores de 5 anos. Se não for disponível o CD4 em percentual usar o valor absoluto.

V.2.1. Critérios de inclusão

Para selecção das crianças HIV+ existem alguns critérios de inclusão que devem ser seguidos na íntegra, nomeadamente:

- ↳ → Crianças utentes regulares das consultas de SIDA pediátrico;
- ↳ → Crianças cujos responsáveis conseguem cumprir com a profilaxia regular pelo cotrimoxazol;
- ↳ → O responsável pela criança deve ser capaz de compreender e de administrar a medicação proposta;

No Anexo 3 é apresentada a Ficha de Adesão ao TARV.

V.3. Esquemas terapêuticos

As opções terapêuticas são várias e no Quadro 5 apresenta-se 1ª Linha de tratamento TARV.

Quadro 5: 1ª Linha de tratamento TARV nas crianças

REGIME	COMENTÁRIOS
d4T ou AZT	-----
+ 3TC	
+ NVP ou EFV	Nevirapina - <3 anos ou <10Kgs Nevirapina / Efavirenz >=3anos ou >=10kg

No Quadro 6 é apresentado o esquema terapêutico, cuja mudança da 1ª para a 2ª linha está indicada em situações de intolerância, toxicidade e falência terapêutica.

Quadro 6: Esquemas terapêuticos e mudança de linha

2ª linha TARV = 2 RTI + 1 IP			
1ª linha TARV em falência	→ 2ª linha TARV		
AZT/ d4T + 3TC + NVP	ABC + 3TC ABC + DDI azt + 3tc	+	LPV / r ou SQV /r
ABC + 3TC + NVP	DDI+ AZT ou AZT + 3TC		
3 NRTI D4T + 3TC + ABC	DDI + EFV/NVP		

Observações:

- → Não usar Efavirenz em crianças menores de 3 anos;
- → Nunca combinar AZT com d4T
- → Crianças que tenham feito PTV, infectadas <2 anos:
- → PTV com nevirapina, devem usar preferencialmente Lopinavir/r na 1ª linha
- → Se foi usado Lopinavir /r na 1ª linha, na mudança para 2ª linha usa-se nevirapina/efavirenz
- → Se adolescente (>12 anos) cm hepatite B, usar preferencialmente

TDF + FTC ou 3TC + NVP ou EFV.

No Anexo 4 é apresentada a dosagem diária de ARV para pacientes pediátricos.

V.4.Toxicidade

Os princípios para o manejo da toxicidade por anti-retrovirais em crianças incluem:

1. → Avaliação da gravidade da toxicidade
2. → Listagem de todos os medicamentos que a criança está a tomar (não apenas os ARVs)
3. → Avaliação da existência de outras condições, nomeadamente infecções ou síndrome de reconstituição imunitária que podem explicar o presente quadro clínico
4. → Manejo de acordo com a gravidade:
 - a. → Reações potencialmente fatais – parar imediatamente o TARV, tratar o distúrbio e reintroduzir o TARV modificado desde que o paciente esteja estável.
 - b. → Reações graves : substituir a droga em causa, sem parar o TARV.
 - c. → Reações moderadas: continuar o TARV, considerando a substituição da droga em causa, se não há melhoria da sintomatologia.
 - d. → Reações ligeiras: não mudar o TARV.

No Quadro 7 é apresentada a toxicidade aguda e crónica causada por ARVs, através do seu o quadro clínico e laboratorial, bem como as implicações no manejo do TARV.

Quadro 7: Manifestações clínicas, alterações laboratoriais devidas à toxicidade e conduta terapêutica

Manifestações clínicas	Manifestações laboratoriais	Alterações terapêuticas
Reacções adversas agudas e graves		
Hepatite aguda sintomática (NNRTI, ++ nevirapina, mas também Efavirenz; por vezes NRTI ou IP)		
<ul style="list-style-type: none"> •→ Icterícia •→ Hepatomegalia •→ Sintomas gastro-intestinais •→ Pode ter hipersensibilidade (rash, febre, etc), ocorre entre 1-2 meses •→ Pode ter acidose láctica, se for secundário a droga NRTI 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Transaminases elevadas •→ Bilirrubinas elevadas 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Parar TARV até controle da sintomatologia •→ Monitorar ALT e bilirrubinas •→ Se está a tomar NVP, para-la definitivamente •→ Depois de controlado o doente, retomar o TARV substituindo a droga envolvida
Pancreatite aguda (NRTI, em particular d4T, ddl, por vezes 3TC)		
<ul style="list-style-type: none"> •→ Náuseas e vômitos graves •→ Dor abdominal aguda grave •→ Pode ter acidose láctica 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Amilase elevada •→ Lipase elevada 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Parar TARV até controle da sintomatologia •→ Monitorar amilase e lipase •→ Depois de controlado o doente, retomar o TARV substituindo a droga envolvida
Reacções adversas agudas e graves:		
Reacção de hipersensibilidade (Abacavir ou Nevirapina)		
<ul style="list-style-type: none"> •→ ABC: início agudo de sintomas respiratórios e gastro-intestinais, com febre, fadiga, náuseas, diarreia, vômitos, dor abdominal, tosse, dispneia e rash ligeiro, que ocorrem cerca de 10 dias a 2 meses depois do início de ABC. •→ NVP: febre, mialgia, artralgia, hepatite, com ou sem rash. 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Transaminases elevadas •→ Eosinófilos elevados 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Parar TARV até controle da sintomatologia •→ Parar definitivamente NVP e ABC •→ Depois de controlado o doente, retomar o TARV substituindo a droga envolvida
Acidose láctica : (NRTI, em particular d4T)		

<ul style="list-style-type: none"> •→ Fadiga e astenia •→ Sintomas gastro-intestinais : náuseas e vômitos , dor abdominal, hepatomegalia, perda de peso •→ Pode ter hepatite ou pancreatite •→ Pode ter dispneia •→ Pode sintomas neurológicos (neuropatia, fraqueza muscular, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Acidose láctica •→ ALT aumentada •→ CPK aumentada •→ LDH aumentada 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Parar TARV até controle da sintomatologia •→ Os sintomas podem persistir ou agravar, mesmo depois de parar o TARV •→ Depois de controlado o doente, retomar o TARV substituindo a droga envolvida
Reacções adversas agudas e graves		
Rash de graus diversos a S. Stevens-Johnson (NNRTI, em particular Nevirapina, por vezes Efavirenz)		
<ul style="list-style-type: none"> •→ Rash surge 6-8 semanas após início TARV •→ Ligeiro a moderado: eritema maculo-papular, confluyente, corpo e membros, sem sintomas sistémicos •→ Grave: rash extenso, com descamação, sintomas sistémicos como febre, lesões orais, conjuntivite, edema face •→ S. Stevens-Johnson ou necrose epidermica toxica 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Transaminases elevadas 	
Anemia grave (AZT)		
<ul style="list-style-type: none"> •→ Palidez, astenia e taquicardia •→ Insuficiencia cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Hemoglobina muito baixa 	
Neutropénia grave (AZT)		
<ul style="list-style-type: none"> •→ Sepsis •→ Infecções graves 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Neutrofilos muito baixos 	
Reacções adversas crónica e graves		
Lipidistrofia/S. metabólico (d4T; inibidores das proteases)		
<ul style="list-style-type: none"> •→ Acumulação gordura – abdómen, nuca •→ Perda de gordura – face, extremidades membros •→ Resistência à insulina – incluindo diabetes •→ Risco de aparecimento de doença coronária posterior 	<ul style="list-style-type: none"> •→ Hipertrigliceridemia •→ Hipercolesterolemia •→ Hiperglicémia 	
Neuropatia periférica grave (d4T,ddl,por vezes 3TC)		

<ul style="list-style-type: none"> •→Dor e parestesias nas mãos e pés •→Recusa em andar •→Perda distal de sensibilidade •→Fraqueza muscular ligeira e arreflexia, por vezes 	<ul style="list-style-type: none"> •→nenhuma 	
---	---	--

No Quadro 8 é apresentada a toxicidade severa em crianças associada ao uso de 1ª linha de TARV e respectiva substituição dos ARV.

Quadro 8: Toxicidade associada ao uso de 1ª linha de TARV e respectivo ARV de substituição.

ARV	Toxicidade	Medicamento de substituição
Abacavir (ABC)	Reacção hipersensibilidade	AZT
Zidovudina (AZT)	Anemia e ou neutropénia grave	D4T ou ABC
	Acidose láctica	ABC
	Intolerância gastro-intestinal severa	d4T ou ABC
Estavudina (d4T)	Acidose láctica	ABC
	Neuropatia periférica	AZT ou ABC
	Pancreatite	
	Lipodistrofia	ABC
Efavirenz (EFV)	Toxicidade sistema nervoso	NVP
	Teratogenicidade	
Nevirapina (NVP)	Hepatite aguda sintomática	EFV
	Reacção hipersensibilidade	Substituir a NVP por: Um outro NRTI ou IP
	S. Stevens-Johnson	

No Quadro 9 é apresentada uma avaliação da gravidade de alguns parâmetros clínicos e laboratoriais das toxicidades mais comuns em crianças.

Quadro 9: Parâmetros clínicos e laboratoriais das toxicidades mais comuns em criança

Parâmetro	Estimativa geral da gravidade			
	ligeiro	moderado	grave	Potencialmente fatal
Caracterização do parâmetro	Não interfere com as actividades e funções normais	Interferência mínima. Requer monitorização	Interferência grave. Requer hospitalização	Interferência grave. Requer hospitalização e pode levar a morte ou deficiência
Hematológica				
Neutrófilos absolutos	750-1000 mm ³	500- 749 mm ³	250-499 mm ³	< 250 mm ³
Hemoglobina (> 2 meses idade)	8,5 – 10 g/dl	7,5 – 8,4 g/dl	6,5- 7,4 g/dl	< 6,5 g/dl
Plaquetas	100.000 – 125.000/mm ³	50 000 – 99 000/mm ³	25 000 – 49 000/mm ³	< 25 000/mm ³
Outros parâmetros laboratoriais				
Colesterol	4,4 – 5,1 mmol/l	5,2 – 7,7 mmol/l	> 7,7 mmol/l	Não aplicável
Glicémia normal	6,4 – 8,8 mmol/l	8,9 – 13,8 mmol/l	13,9 – 27,7 mmol/l	> 27,8 mmol/l
Glicémia em jejum	6,1 – 6,8 mmol/l	6,9 – 13,8 mmol/l	13,9 – 27,7 mmol/l	> 27,8 mmol/l
Lactato	< 2 x VN, sem acidose	≥ 2 x VN, sem acidose	≥ 2 x VN + pH<7,3	≥ 2 x VN + pH<7,3 + coma e alterações neurológicas
Triglicéridos	Não aplicável	5,6 – 8,4 mmol/l	8,5 – 13,5 mmol/l	> 13,5 mmol/l
Gastro-intestinal				
Parâmetros Laboratoriais (x VN = x valor normal)				
ALT	1,25 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	5,1 – 10 x VN	> 10 x VN
AST	1,25 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	5,1 – 10 x VN	> 10 x VN
Bilirrubina	1,1 – 1,5 x VN	1,6 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	> 5,0 x VN
Lipase	1,1 – 1,5 x VN	1,6 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	> 5,0 x VN
Amilase	1,1 – 1,5 x VN	1,6 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	> 5,0 x VN
Parâmetros clínicos				

Diarreia ≥ 1 ano	Fezes moles com aumento de até 3 dejeções/dia	Fezes líquidas com aumento de 4-6 dejeções/dia	Fezes sanguinolentas <u>ou</u> ≥ 7 dejeções/ dia <u>ou</u> fluidoterapia IV	Choque hipovolémico
<1 ano	Fezes líquidas sem aumento dejeções	Fezes líquidas com aumento dejeções <u>ou</u> desidratação ligeira	Fezes líquidas com desidratação moderada	Fezes líquidas com desidratação grave ou choque hipovolémico
Náuseas	<24 horas, sem interferência com ingestão	24– 48 horas, com diminuição da ingestão	>48 horas, com diminuição ingestão e necessitando fluidoterapia IV	Náusea persistente, com ingestão mínima, com desidratação grave e fluidoterapia IV
Vómitos	Vómitos sem interferência com ingestão	Vómitos com desidratação ligeira	Vómitos com desidratação grave e fluidoterapia IV	Choque hipovolémico
Pancreatite	Não aplicável	Sintomática, sem hospitalização	Sintomática, com hospitalização	Hemorragia, sepsis, choque
Alérgico / Dermatológico				
Reacção alérgica sistémica	Urticária por algumas horas	Urticária que necessita medicação <u>ou</u> angio-edema leve	Urticária grave <u>ou</u> angio-edema com bronco-espasmo	Reacção anafiláctica <u>ou</u> bronco-espasmo severo <u>ou</u> edema laringeo
Rash cutâneo	Rash macular localizado	Rash macular <u>ou</u> maculopapular generalizado	Rash com vesículas <u>ou</u> bolhas <u>ou</u> ulcerações superficiais <u>ou</u> nas mucosas 1 local	Lesões bolhosas extensas <u>ou</u> S. Stevens-Johnson <u>ou</u> ulcerações mucosas > 2 locais <u>ou</u> necrose epidérmica tóxica
Neurológico				
Alteração personalidade ou do comportamento	Sem interferência actividades e funções habituais	Com interferência mínima nas actividades e funções habituais	Com interferência importante nas actividades e funções habituais e necessitando intervenção	Comportamento perigoso para o próprio ou para os outros

Alteração do estado mental	Sem interferência actividades e funções habituais	Letargia ou sonolência mínima com interferência mínima nas actividades e funções habituais	Confusão e letargia com interferência importante nas actividades e funções habituais e necessitando intervenção	Delírio, obnubilação, coma
Fraqueza muscular inclui miopatia e neuropatia	Diminuição mínima da força muscular; Sem interferência actividades e funções habituais	Diminuição da força muscular; com interferência mínima nas actividades e funções habituais	Diminuição da força muscular; com interferência importante nas actividades e funções habituais	Fraqueza muscular incapacitante; por vezes causando depressão respiratória
Alteração neuro-sensorial, inclui neuropatia dolorosa	Assintomática ou com alteração sensorial mínima ou parestesias mínimas; Sem interferência actividades e funções habituais	Alteração sensorial mínima ou parestesias mínimas; com interferência mínima nas actividades e funções habituais	Alteração sensorial ou parestesias com interferência importante nas actividades e funções habituais	Alteração sensorial ou parestesias graves e incapacitantes

V.5. Critérios de falência terapêutica

A falência terapêutica está frequentemente associada aos problemas de adesão ao tratamento, de modo que a adesão deve ser sistematicamente avaliada.

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

- → o doente esteja em TARV há pelo menos 6 meses;
- → a adesão ao TARV tenha sido cuidadosamente revista;
- → todas as infecções oportunistas em curso tenham sido tratadas;
- → o Síndrome de Reconstituição Imunitária (SRI) tenha sido excluído.

As causas da falência terapêutica podem ser varias, a salientar:

- → má adesão ao tratamento;
- → mau ajuste das doses de medicamento; e,
- → resistência primária ou secundária aos medicamentos em uso.

Os critérios de falência terapêutica podem ser clínicos, imunológicos ou virológicos.

V.5.1. Critérios clínicos:

- ↳ → Deterioração neurológica
- ↳ → Falência de crescimento e/ou do desenvolvimento psicomotor;

- ↳ → Mudança de categoria clínica (a mudança de categoria clínica, na presença de estabilidade imunológica e viral, nem sempre implica uma mudança terapêutica).

V.5.2. Critérios imunológicos:

- ↳ → Mudança de categoria imunológica para categoria inferior;
- ↳ → Não aumento de CD4 após o início de TARV
- ↳ → Falha em atingir os níveis normais de CD4 após 12 meses de TARV

V.5.3. Critérios Viroológicos:

- ↳ → Criança que tenha carga viral >5.000, em duas medições seriadas

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

Considerações a ter em conta na mudança do esquema terapêutico:

- ↳ → Em casos de toxicidade ou intolerância, tentar a redução a metade da dose temporariamente.
- ↳ → Ao trocar as drogas, fazê-lo pelo menos com duas e de classes diferentes.
- ↳ → Em todas as mudanças de esquema terapêutico, ter em consideração a resistência cruzada.

A classificação dos diferentes tipos de falência terapêutica, bem como as diferentes abordagens, são apresentadas em seguida.

V.5.4. Abordagem da falência terapêutica

V.5.4.1. Falência terapêutica clínica:

Em caso de falência terapêutica de causa clínica, a avaliação da progressão da doença deve ser feita com base na recorrência de novos eventos pertencentes aos estádios III e IV da Classificação clínica da OMS.

Note que, durante a avaliação da progressão da doença, deverá obrigatoriamente excluir-se o SRI, que ocorre em menor grau nas crianças (comparativamente aos adultos) e que é frequente em pacientes que iniciaram o TARV com baixos níveis de CD4. Os sintomas observados são semelhantes aos das infecções oportunistas e aparecem em geral, 3 meses após o início do TARV, acompanhados por um aumento substancial dos CD4. Igualmente há a considerar o facto de que o SRI leva por vezes ao aparecimento de quadros atípicos de algumas infecções oportunistas.

V.5.4.2. Falência terapêutica de causa imunológica:

Por definição, considera-se falência terapêutica de causa imunológica, se após o início do TARV, houve uma subida de CD4, seguindo-se de uma descida até aos níveis de imunossupressão grave, de acordo com a idade, sendo necessário 2 avaliações seriadas de CD4, antes de se chegar a uma conclusão. Esta causa de falência está relacionada com a diminuição dos CD4, comparativamente ao valor no início do TARV.

No Quadro 10 estão esquematizados os eventos (novos ou recorrentes) a que o doente em TARV com falência terapêutica de causa clínica está sujeito, bem como o seu manejo, incluindo a tomada de decisão sobre a mudança de tratamento para a 2ª linha de TARV.

Quadro 10: Uso de critérios clínicos e imunológicos para tomar decisões de mudança para 2ª linha TARV por falência terapêutica

Infecção oportunista nova ou recorrente em paciente em TARV	Manejo
Sem nenhum evento novo ou evento de estadio I	Não há mudança de linha; mantenha seguimento regular
Infecção oportunista de estadio II, III	Trate Infecção oportunista e avalie a resposta; Verifique se está em tratamento há mais de 6 meses Avalie adesão e ofereça apoio; Avalie o estado nutricional e ofereça apoio; Avalie CD4 Inicie seguimento
Infecção oportunista de estadio IV	Trate o Infecção oportunista e avalie a resposta; Verifique se esta em tratamento a mais de 6 meses; Avalie adesão e ofereça apoio; Avalie o estado nutricional e ofereça apoio; Avalie CD4 <u>Considere mudança de regime</u>

De recordar que o uso de carga viral não é recomendado pela OMS como critério para mudança de linha. Contudo, este poderia ser usado nos casos em que permaneçam sérias dúvidas após avaliação clínica e imunológica. Nestes casos, o valor recomendado para mudança de linha será de >5.000 cópias ARN/ml.

Em crianças que estão bem, isto é, em estadio I ou II, a mudança de linha só é indicada, se a contagem de CD4 descer para níveis de imunossupressão grave, de acordo com a idade. Por outras palavras, a mudança de linha não está indicada para crianças que estejam clinicamente bem e que apresentem descida de CD4, desde que esta não atinja níveis de imunossupressão grave.

Os critérios imunológicos são usados para complementar os achados clínicos. Os novos eventos de estadio III, ajudam a tomar a decisão sobre a mudança de linha, enquanto que os novos eventos de estadio IV normalmente indicam uma necessidade de mudança de linha. Esta mudança de linha poderá ser adiada, se não houver descida concomitante de CD4, desde que a criança faça consultas frequentes com acompanhamento clínico e avaliações mais frequentes de CD4.

V.6. Profilaxia pós-exposição ao HIV

V.6.1. Critérios de inclusão

Estão abrangidas por esta medida todas as crianças expostas ao HIV de várias formas incluindo:

- → violação sexual,
- → uso de material contaminado infectado por HIV, por exemplo acidentes com seringas, agulhas, laminas e outros objectos.

V.6.2. Manejo dos casos para profilaxia pós -exposição

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 nas adolescentes
- → Avaliar a possibilidade de gravidez prévia nas adolescentes

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 se faz 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 para HIV e Sífilis

Deve-se ter em conta os seguintes aspectos:

1. → A profilaxia pós-exposição para o HIV deve iniciar-se logo que possível nas primeiras 6 horas após a exposição ao HIV ou o mais tardar até 48 horas.
2. → A profilaxia deve incluir sistematicamente 3 ARV, dos quais :
 - a. → AZT + 3 TC
 - ou
 - b. → D4T + 3 TCAssociados a Lopinavir/ritonavir que existe em suspensão para menores de 12 kg e comprimidos para maiores de 12 kg.
3. → Para o início da terapêutica, ter em conta o peso da criança:
 - a. → Peso < 14 kgs - inicia AZT/ D4T + 3TC (Comprimidos dispersíveis) + Lopinavir/ritonavir
 - b. → Peso > 14 kgs – inicia AZT + 3 TC (comprimidos) + Lopinavir/ritonavir

Para as doses dos medicamentos, por favor consulte a tabela em anexo, a roda de dosagem ou o manual de TARV pediátrico.

4. → Após o início do tratamento, referir o paciente à consulta de pediatria para seguimento.
5. → Nos casos de violação não esquecer a referência do paciente ao serviço de urgência de ginecologia para avaliação e profilaxia das ITS, ao apoio psicológico, assim como ao serviço de medicina legal para resolução dos aspectos legais associados.

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 600.000 a 1.2 milhões UI IM Dose Única
2. Ciprofloxacina 20 – 30mg/kg VO Dose Única
3. Metronidazol 25mg/kg VO Dose Única
4. Azitromicina 10mg/kg VO Dose Única

Contracepção de Emergência

A contracepção de emergência só deve ser realizada em meninas 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
2. → Imunoglobulina para hepatite B

IMPORTANTE

- → ENCAMINHAR PARA O APOIO PSICOLÓGICO
- → RETORNAR PARA REAVALIAÇÃO AO 1º, 3º e 6º MESES

CAPÍTULO VI - INFECÇÕES OPORTUNISTAS EM CRIANÇAS COM HIV/SIDA

As infecções oportunistas na criança com HIV/SIDA aqui apresentadas estão agrupadas em (1) infecções respiratórias, (2) infecções gastrointestinais, (3) infecções da pele, (4) manifestações neurológicas e (5) neoplasias.

VI.1. Infecções respiratórias

VI.1.1. Pneumonia por Pneumocystis jiroveci

É a infecção oportunista mais comum em crianças infectadas pelo HIV, de curso rápido, geralmente fatal nos primeiros anos de vida. A faixa etária de maior risco entre o 3º e 6º meses.

No Quadro 11 é apresentada de forma resumida, o seu agente etiológico, diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia.

VI.1.2. Pneumonias Bacterianas

As Pneumonias em crianças com HIV/SIDA, são causadas pelos mesmos agentes etiológicos responsáveis pelo aparecimento da doença nas outras crianças. Estes variam de acordo com a idade da criança.

No Quadro 12 é apresentada de forma resumida, o seu agente etiológico, diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia.

Quadro 11: Infecção respiratória oportunista - Pneumonia por *Pneumocystis carinii*

Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	
<u>Agente etiológico</u>	<u>Pneumocistis Carinii</u>
<u>Diagnóstico:</u> A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - início agudo - febre moderada < 38°C - tosse seca ou produtiva - taquipneia e/ou dispneia moderada a grave - cianose - apneia nos lactentes - auscultação pulmonar pouco reveladora.

B. Radiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente infiltrado intersticial peri-hilar, que evolui para infiltrado bilateral difuso e, pode progredir para processo alveolar ou padrão alveolar com broncograma aéreo. - Opacificação completa do pulmão com evoluir da doença, por derrame pleural ou por condensações lobares ou nódulos parenquimatosos - Pneumotórax - Pneumomediastino - Adenopatias hilares ou mediastínicas
C. Laboratorial	<p><u>Métodos indirectos</u>:- Aumento da LDH (320 a 2000 UI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - PaO₂ <70 mmHg <p><u>Métodos directos</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento do P. carinii em: lavado gástrico, expectoração, aspirado traqueal ou broncoalveolar - Biópsia pulmonar
Tratamento:	<p><u>Inicial</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotrimoxazol, oral ou EV, 20 mg TMP/kg/dia, 6/6 h, 14 a 21 dias - Oxigénio <p><u>Alternativo</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dapsona, 1mg/kg/dia + TMP 20 mg/kg/dia, VO, 4xdia, 21 dias - Pentamidina, 4mg/kg/dia, 1 x dia, EV, por 3 semanas - Prednisolona associada a drogas nos casos graves: <ul style="list-style-type: none"> 1mg/kg/dia 12/12h nos primeiros 5 dias, 0,5mg/kg/dia 12/12h do 6º ao 10º dia, 0,25mg/kg/dia 1 vez dia até 21º dia
<u>Quimioprofilaxia:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - CTZ 5 mg (TMP) kg/dia, VO, 1 x dia, a partir da 6ª semana de vida

Quadro 12: Infecção respiratória oportunista – Pneumonias bacterianas

Pneumonias bacterianas			
<u>Agente etiológico</u>	0 - 2 meses: Bacilos gram negativos, Streptococcus do grupo B, S. aureus. 2 meses - 5 anos: S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus. >5 anos: S pneumoniae, S. aureus.		
<u>Diagnóstico:</u> A. Clínico	- Início agudo de febre e tosse <u>Exame físico:</u> - dispneia com ou sem tiragem, - expansibilidade diminuída, - macicez murmúrio vesicular diminuído, - macicez, ferveores crepitantes, - sopro tubárico.		
B. Radiológico	<u>RX Tórax:</u> - pode apresentar padrão lobar, bronco-alveolar ou intersticial. - derrame pode estar associado.		
C. Laboratorial	- Hemograma: leucocitose com neutrofilia ou leucopenia aspirado traqueal ou lavado bronco-alveolar para baciloscopia e cultura. - Hemocultura.		
<u>Tratamento:</u>	<u>0 - 2 meses:</u>	<u>Doses/ kg/dia</u>	<u>Duração do TTo</u>
	- Penicilina Cristalina <u>ou</u>	100 000 UI, EV, 6/6 h	10-14 dias
	- Ampicilina + Gentamicina	100 mg, EV, 6/6 h 5mg/kg/dia, 12/12h	
	<u>>2 meses:</u>		
	- Penicilina Procaina, <u>ou</u>	50 000 UI , IM , 12/12 h	10 dias
	Amoxicilina, <u>ou</u>	40 mg , VO , 8/8 h	14 dias
	CAF	100 mg, EV, 4/4 h	10-14 dias
	- Cloxacilina, <u>ou</u>	150 mg, EV, 6/6 h	14 dias
	Eritromicina, <u>ou</u>	50 mg, VO, 6/6 h	14 dias
	Ceftriaxona, <u>ou</u>	100 mg, EV, IM, 12/12 h	14 dias
	Cefalexina,	50 mg, VO, 6/6 h	14 dias

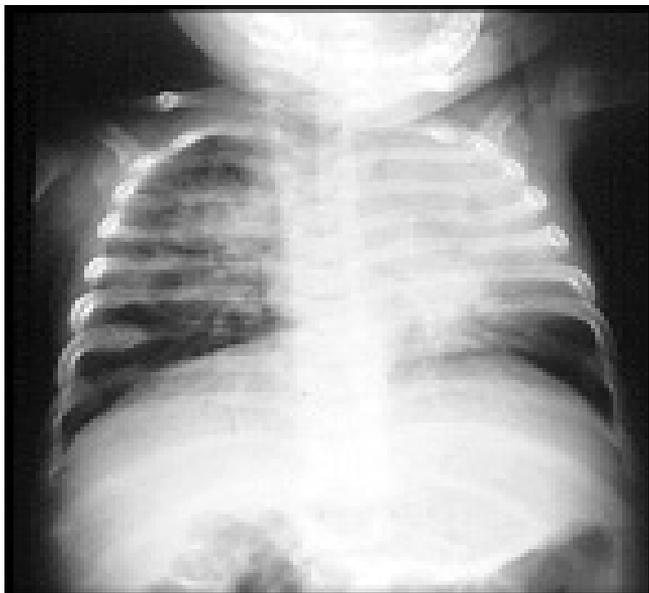


Figura 6: Rx do tórax de uma criança com TB

VI.1.3. Tuberculose (TB)

A infecção por HIV aumenta a susceptibilidade e risco de doença, pelo que se deve considerar sempre o diagnóstico de TB (Figura 6) em crianças suspeitas ou infectadas pelo HIV.

A prevalência de HIV em crianças com tuberculose que vivem em países da região sub-sahariana de África varia entre 10 e 60 %. Moçambique, , apresenta igualmente uma taxa de prevalência e coinfeccao alta de SIDA e Tuberculose (TB).

A infecção pelo HIV aumenta grandemente a susceptibilidade ao BK e a respectiva progressão rápida para doença, ou, em crianças mais velhas, a reactivação de tuberculose lactente. Tal facto tem implicações obvias na abordagem terapêutica de ambas, sobretudo quando ocorrem em simultâneo, no mesmo paciente.

O diagnóstico da TB em crianças, nem sempre é fácil e constitui um desafio para os clínicos que trabalham em pediatria, sobretudo nos estadios precoces, em que a imunidade está pouco afectada. Na maior parte dos casos o diagnóstico é presuntivo, sobretudo nas crianças mais pequenas.

Este baseia-se num quadro clínico sugestivo associado a alterações radiológicas e laboratoriais em criança com contacto intra-domiciliário com adulto infectado BK+, assim como numa boa resposta terapêutica por parte do paciente.

Na criança seropositiva as formas extrapulmonares de tuberculose (meningite TB, TB miliar, TB ganglionar), são significativamente mais frequentes do que nas crianças seronegativas. No Quadro 13, 14 e 15 são apresentados de forma resumida, o seu agente etiológico, diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia.

Os princípios do tratamento de TB são idênticos na criança HIV+ e HIV-. A salientar que o cotrimoxazol profilático, normalmente administrado a crianças expostas e a crianças HIV+, tem demonstrado estar associado a uma mortalidade significativamente menor em crianças simultaneamente infectadas pelo HIV e pelo BK.

Todas as crianças com tuberculose activa devem iniciar imediatamente o tratamento para a tuberculose. Deve também iniciar o TARV nas primeiras oito (8) semanas de tratamento da TB, logo que seja tolerado, independentemente da contagem do CD4 e do estadio clínico.

Para diminuir eventual toxicidade e interações medicamentosas, deve-se ajustar os esquemas do TARV do seguinte modo:

- D4T+3TC+ABC para criança com idade inferior a 3 anos com esquema para TB contendo Rifampicina.
- 2 ITRN+EFV, para criança com 3 ou mais anos de idade com esquema para TB contendo Rifampicina.
- Para o regime 2ITRN+NVP caso a substituição não for possível, garantir que a NVP seja administrada na dose máxima de 200mg/m² duas vezes por dia (consultar pediatra ou responsável do TARV pediátrico local).

Terapia Preventiva com Isoniazida

Todas crianças infectadas pelo HIV > 12 meses de idade, incluindo aquelas tratadas previamente para TB Pulmonar, que não são suspeitos de ter tuberculose activa e independente de história de exposição a TB, devem receber 6 meses de Isoniazida profiláctica.

Lactentes infectados pelo HIV, que não são suspeitos de ter tuberculose activa e sem historia conhecida de < 12 meses de exposição a TB, não devem receber Isoniazida profiláctica.

A dose recomendada de Isoniazida (INH) para TPI é:

10 mg / kg / dia por 6 meses (máximo de 300 mg / dia).

Crianças infectadas pelo HIV que desenvolvem TB em TARV

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

- Para o regime 2ITRN+NVP, substituir NVP por ABC para criança com idade inferior a 3 anos
- Para o regime 2ITRN+NVP, substituir NVP por EFV para criança com 3 ou mais anos de idade
- Para o regime 2ITRN+NVP caso a substituição não for possível, garantir que a NVP seja administrada na dose máxima de 200mg/m² duas vezes por dia (consultar pediatra ou responsável do TARV pediátrico local).
- Para o regime 2ITRN+IP aumentar a dose de Ritonavir para conseguir uma dose eficaz de LPV. Deve-se acrescentar RTV na relação 1:1 de LPV: RTV.

Quadro 13: Infecção respiratória oportunista – Tuberculose (TB)

Agente etiológico: *Mycobacterium Tuberculosis*

Diagnóstico	
Clinico	<p><u>Sintomas ou sinais gerais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •→tosse seca ou produtiva, •→febre, emagrecimento, •→dispneia, •→perda de peso, com evolução de 3 a 4 semanas, •→alterações radiológicas que não respondem a antibioterapia habitual •→História de contacto com adulto com TP
Radiológico	<p><u>RX do tórax:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -→infiltrado difuso peri-hilar, -→condensações, -→cavernas, -→adenopatias perihilares

Laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> •→Aspirado bronco-alveolar, lavado gástrico para BK. •→Baciloscopia e cultura do lavado gástrico em lactentes e crianças pré-escolares •→Hemoculturas para micobactérias •→Biópsia do gânglio •→Mantoux> 5 mm, critério a usar em conjunto com outros factores presuntivos
---------------------	---

Quadro 14: Tratamento para Crianças não em TARV que tem TB activa

Todas as crianças co-infectadas devem iniciar o TARV nas primeiras oito (8) semanas de tratamento da TB, logo que seja tolerado, independentemente da contagem do CD4 e do estágio clínico		
Idade	Elegibilidade	Regime
Crianças <3 anos	Tratamento Universal para todas crianças co-infectadas	D4T/3TC/ABC ou d4T/3TC/NVP se não foi ainda exposto a NVP
Crianças >3 anos	Tratamento Universal para todas crianças co-infectadas	D4T/3TC/EFV

Quadro 15 Tratamento para crianças em TARV que desenvolvem TB activa

Para todas as crianças infectadas pelo HIV, a terapia anti - tuberculose deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico da TB; e devem continuar com o TARV e deve-se ajustar os esquemas do TARV do modo seguinte:		
Idade	Regime de TARV inicial	Novo Regime de TARV
Crianças <3 anos	2ITRN+NVP	2ITRN+ABC
Crianças >3 anos	2ITRN+NVP	2ITRN+EFV
Crianças em uso de LPV/r	2ITRN+LPV/RTV	2ITRN+LPV/RTV e acrescentar RTV na relação 1:1 de LPV: RTV

Deve-se suspeitar de Tuberculose Resistente se uma criança com Tuberculose tem:

Contacto com um Adulto com:	Ou a criança:
• BK positivo após 2 meses de tratamento	• É contacto conhecido dum caso de TB resistente (MDR/XDR)
• História de TB tratada anteriormente e persistência de sintomas de TB	• Não responde ao tratamento da primeira linha para TB apesar de boa adesão
• História de interrupção do tratamento para TB	• Tem recaída de TB após tratamento completo
• MDR/XDR	

Importante referir a criança para um nível de atendimento superior

VI.1.4. Infecção pelo Complexo micobacteria atípica (MAC)

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

No Quadro 16 é apresentada de forma resumida, o seu agente etiológico, diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia.

Quadro 16: Infecção respiratória oportunista – Infecção pelo Complexo MAC

Infecção pelo Complexo MAC	
<u>Agente etiológico</u>	- <i>Mycobacterium Avium</i> + <i>Mycobacterium Intracellulare</i>
<u>Diagnóstico:</u>	
A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - febre prolongada, - sudorese nocturna, - perda de peso ou dificuldade em ganhar peso, - sintomas gastrointestinais, - linfadenopatia, - hepatoesplenomegalia, - anemia

B. Laboratorial	- Leucopenia, fosfatase alcalina aumentada, - Isolamento do MAC por cultura de sangue, aspirado da medula. - Biópsia hepática, do intestino ou de gânglio.		
Tratamento:	- Claritromicina, 15mg/kg/dia, VO, 2 x dia, 500 mg no máximo <u>E</u> - Rifabutina, 5mg/kg/dia, VO, 1 x dia, 300 mg no máximo		
Quimioprofilaxia:	<u>Idade</u>	<u>CD4</u>	<u>Medicamento</u>
	- Menos de 1ano	-750cél/mm3	- Claritromicina, 7,5mg/kg 2 x dia
	- 1 -2 ano	- 500cél/mm3	<u>ou</u>
	- 3 -5 anos	- 75cél/mm3	- Azitromicina, 20mg/kg/dia,
	- 6 -13 anos	-50cél/mm3	1 x semana

VI.1.5. Pneumonia intersticial linfocítica (LIP)

É uma doença pulmonar intersticial de progressão lenta, crónica, com períodos de agudização, que é frequente em crianças com idade superior a 1 ano, com infecção pelo HIV adquirida por transmissão.

O clínico deve suspeitar sempre de uma LIP, na presença de um RX com infiltrado reticulonodular intersticial e bilateral e distingui-lo de uma tuberculose pulmonar.

VI.1.6. Doença cardíaca e SIDA

Esta associação foi observada em pacientes com sintomas graves grupo C (CDC Atlanta). No Quadro 17 é apresentado o seu diagnóstico clínico incluindo as alterações cardiovasculares, a rotina de acompanhamento e o tratamento.

VI.1.7. Outras pneumonias

Neste ponto faz-se referência às Pneumonias por Citomegalovírus e fungos. No Quadro 18 apresentam-se os seus agentes etiológicos, diagnósticos e tratamento.

VI.1.8. Otitis e Sinusites

No Quadro 19, apresentam-se os agentes etiológicos, o diagnóstico e tratamento da Otitis Média Aguda (OMA), Otitis Média Crónica e da Sinusite.

Quadro 17: Infecção respiratória oportunista – Doença cardíaca e SIDA

<u>Doença cardíaca e SIDA</u>	
<u>Diagnóstico:</u> A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - dispneia não explicada, - cianose, - sopro cardíaco, ou alterações no sopro pré-existente, - arritmias, - ritmo em galope, - sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva <p><u>Principais alterações cardiovasculares relacionadas à SIDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - miocardiopatia dilatada, - miocardite por HIV ou outros agentes., - cor pulmonale, - arritmias, - pericardite bacteriana ou tuberculosa, - endocardite infecciosa.
B. Radiológico	<p><u>RX do tórax:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aumento da área cardíaca.
Rotina de acompanhamento	<p><u>1ª consulta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação clínica detalhada (RX do tórax PA e Perfil esquerdo, ECG e Ecocardiografia) <p><u>Semestralmente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - repetir, se o paciente estiver no grupo C (CDC Atlanta) <p><u>Anualmente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - repetir, se o paciente estiver no grupo A e B (CDC Atlanta)
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - correção dos factores agravantes - correção da insuficiência cardíaca congestiva: <ul style="list-style-type: none"> - digitálicos - diuréticos - melhoria das condições nutricionais - uso de anticoagulantes na presença de trombos. - drenagem pericárdica ou mesmo janela pericárdica no caso de tamponamento e pericardites purulentas - antibioterapia ou terapêutica específica conforme a etiologia.

Quadro 18: Infecções respiratórias oportunistas – Outras pneumonias

	Pneumonia por Citomegalovírus	Pneumonias Fúngicas
Agente etiológico	Citomegalovírus	- Criptococcus, - Histoplasma gondii, - Candida, - Aspergillus
Diagnóstico:		
A. Clínico	- início insidioso com tosse - dispneia - febre	- febre, - tosse produtiva e dispneia de início insidioso
B. Radiológico	<u>RX do tórax:</u> - infiltrado intersticial difuso	<u>RX do tórax:</u> - infiltrado difuso e/ou nódular com padrão em flocos de algodão.
C. Laboratorial	Eventualmente pesquisa de Citomegalovírus no lavado bronco-alveolar e biópsia pulmonar	- Aspirado bronquico, lavado broncoalveolar - Biópsia pulmonar ou endotraqueica. - Testes serológicos
Tratamento	- Ganciclovir, 10mg/kg/dia, EV, 14-21 dias, 2 x dia - Foscarnet, 180mg/kg/dia, EV, 8/8 horas, 21 dias	- Fluconazol, 0,7- 1mg/kg/dia, EV, 1x/dia, 4 - 8 semanas - Anfotericina B, 3 - 6 mg/kg/dia, 6-10 semanas

Quadro 19: Infecções respiratórias oportunistas – Otites e Sinusites

	Otite média aguda (OMA)	Otite média crônica	Sinusite
Agente etiológico	- Streptococcus pneumoniae, - Haemophilus influenzae, - Moraxella catarrhalis, - Streptococcus pyogenes, - Staphylococcus aureus	- Pseudomonas aeruginosa, - Staphylococcus aureus, - Proteus sp. - Escherichia coli - Staphylococcus sp. - organismos anaeróbicos	- Streptococcus pneumoniae, - Hemophilus influenzae, - Moraxella catarrhalis
Diagnóstico: A. Clínico	- otalgia, - febre ou irritabilidade, - otoscopia: membrana timpânica hiperemiada, opaca, abaulada, otorreia purulenta	- Erusão serosa, mucóide ou purulenta no ouvido, por mais de 3 meses. - otalgia, - otorreia, - diminuição da acuidade auditiva - otoscopia	- inflamação dos seios da face, - tosse seca ou produtiva, - rinorreia, - febre, - halitose, - cefaleias.
B. Radiológico	---	---	- RX dos seios paranasais
C. Laboratorial	---	---	- TAC dos seios paranasais
Tratamento	- Amoxicilina, 40/50 mg/kg/dia, 8/8h 12/12h, <u>ou</u> - Cotrimoxazol, 40 mg/kg/dia de sulfametoxazol 12/12h, <u>ou</u> - Clavamox, 50mg/kg/dia de 8/8 h, <u>ou</u> - Cefador. 40mg/kg/dia de 8/8h, <u>ou</u> - Azitromicina, 10mg/kg/dia - Duração: de 7 - 10 dias	- Tratar como OMA por 14 dias se não melhora: - Aspiração do pus, associada a : - Ciprofloxacina, 30mg/kg/dia de 8/8 h ou 12/12h, <u>ou</u> - Claritromicina, 15mg/kg/dia de 12/12h, <u>ou</u> Casos graves: - Oxacilina, 150-200mg/kg/dia de 12/12h, IV, 6/6h, <u>ou</u> - Ceftriaxona, 80 -100mg/kg/dia IV, 8/8h, 12/12h - Duração: 14-21 dias	- igual ao da OMA, - manter o tratamento por mais 1 semana após a resolução dos sintomas, 4 - 8 semanas. - Anfotericina B 1mg/kg/dia NB: para sinusite crônica, pesquisar alterações anatómicas

VI.2. Infecções gastrointestinais

VI.2.1. Candidíase oral e esofágica

São infecções frequentes e um dos primeiros sinais de imunodepressão. Os agentes etiológicos mais frequentes pertencem ao género *Candida*, sendo a mais comum a *Candida albicans*.

Em geral caracteriza-se pela presença de placas esbranquiçadas extensas na cavidade oral. As suas variantes clínicas, diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 20.

VI.2.2. Diarreia Aguda e Crónica

A Diarreia Aguda é frequente na criança seropositiva e pode ter a duração de 15 dias; os agentes etiológicos são os habituais e a abordagem é semelhante à mantida com a criança seronegativa, mas deve-se ter em consideração a maior frequência e duração dos episódios.

A Diarreia Crónica contribui para desnutrição e pode ser acompanhada de febre, vómitos, dor abdominal e perda de peso; tem uma duração superior a 30 dias.

A etiologia das diarreias passa pela presença de **(i) enteropatógenos; (ii) enteropatia pelo HIV**, nomeadamente, **atrofia vilosa** e **hiperplasia das criptas**, bem como, Diarreia mediada por IgE; **(iii) outros mecanismos, nomeadamente, enterotoxinas, citotoxinas e lesão da superfície absorptiva**, devido ao supercrescimento bacteriano no intestino delgado, originando assim a má absorção; e **(iv) deficiência de lactase** - intolerância à lactose (mal-absorção sequente à desnutrição).

Note que qualquer enteropatógeno pode causar diarreia prolongada na criança com SIDA e que pode estar presente mais de um agente. Os principais patógenos, diagnóstico e tratamento das diarreias são apresentados no Quadro 21.

Quadro 20: Infecção gastrointestinal oportunista - Candidíase oral esofágica

Candidíase oral esofágica			
<i>Candida sp, sendo a mais comum a Candida albicans.</i>			
Agente etiológico	A. Clínico	B. Endoscopia	C. Laboratorial
Diagnóstico:			
- Estomatite cremosa	- placas brancas cobrindo a mucosa orofaríngea, - mucosa subjacente eritematosa, húmida, brilhante e hemorrágica, - dificuldade na alimentação.	---	- Microscopia directa - Cultura..
- Candidíase Atrófica	- mucosa oral muito hiperemiada, - perda de papilas da língua.	---	---
- Esofagite	- disfagia, - anorexia, - perda de peso, - pode estar associada ou não a candidíase oral	- Esofagoscopia	- Biopsia da mucosa
Tratamento :	<ul style="list-style-type: none"> - Nistatina (Candidíase oral), Dose - 400.000, UI, 1ml, 4 x dia, de 10 a 14 dias. - Ketoconazol (Candidíase oral e esofágica), Dose: 7 a 10mg/kg/dia, VO, de 10 a 28 dias. - Fluconazol (Candidíase oral e esofágica) em caso de falência terapêutica ao Ketoconazol, Dose - 3 a 6 mg/kg/dia, VO, 1 x dia, de 10 a 28 dias. - Anfotericina B: 1mg/kg/dia, IV, 1 x dia, infusão de 4 a 6 horas, máximo de 30mg/kg - só para casos graves ou resistência a drogas anteriores. 		

Quadro 21: Diarreias - principais patógenos, diagnóstico e tratamento

Agen. etiológicos	Bactérias	Vírus	Parasitas	Fungo
	- Campylobacter Sp - Salmonella Sp - MAC - C. difficile - E. coli - Y. enterolitica - A. hydrophylia	- Citomegalovírus - Adenovírus - Rotavírus - Astrovírus - Calcivírus	- C. parvum - Microsporidium - Isospora belli - G. lamblia - E. histolytica - Cyclospora, - S. stercoralis	- Histoplasma
Diagnóstico				
A. Clínico	- Caracterizar a diarreia e fazer avaliação nutricional			
B. Endoscopia (pacientes sem diagnóstico e sem resposta ao tratamento sintomático)	- Esofagogastroduodenoscopia: - Biópsia para pesquisa de MAC, Cryptosporidium, Isospora - Aspirado duodenal para pesquisa de Cryptosporidium, Isospora, Giardia, S. stercoralis - Colonoscopia			
C. Laboratorial	- Coprocultura (2 amostras) - ELISA (por exemplo: Rotavírus, Adenovírus) - Microscopia das fezes (pesquisa de leucócitos, sangue, ovos ,parasitas) - Hemoculturas			
Tratamento	<p>- Restaurar e manter o balanço hidroeletrolítico. - Cuidados nutricionais- dieta isenta de lactose - Tratamento específico segundo o agente:</p> <p>Bactérias: Campilobacter jejuni - eritromicina ou ciprofloxacina, 7 a 10 dias C difficile - metronidazol ou Vancomicina, 7 a 10 dias Shigella - cotrimoxazol, ácido nalidixico, ciprofloxacina, 5 a 7 dias Salmonella - cotrimoxazol, ceftriaxona, ciproflaxina Aeromonas - cotrimoxazol E.coli - cotrimoxazol Colite por Citomegalovírus - Ganciclovir</p> <p>Parasitas: Giardia - metronidazol Cryptosporidium - azitromicina Isospora - cotrimoxazol , cotrimoxazol Microsporidium sp –sem tratamento, mas melhora muito com o TARV</p> <p>Se não for identificado o patógeno dar cotrimoxazol e/ ou metronidazol</p>			

VI.3. Infecção da pele

Neste ponto são abordadas diversas infecções da pele, nomeadamente, a Escabiose, Prurido, Molusco Contagioso, Dermatite Seborreica, Varicela, Herpes Zoster ou

Zona, Herpres simples, Toxoplasmose e Citomegalovírus (CMV).

VI.3.1. Escabiose

É uma infecção transmitida por contacto directo. O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 22.

VI.3.2. Prurido

É uma dermatose de origem desconhecida relacionada a picada de insectos e frequente no paciente infectado pelo HIV. O seu diagnóstico e tratamento são apresentados igualmente no Quadro 22.

VI.3.3. Molusco Contagioso

O agente etiológico, seu diagnóstico e tratamento são também apresentados no Quadro 22.

VI.3.4. Dermatite Seborreica

O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 23.

VI.3.5. Varicela

O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados igualmente no Quadro 23.

VI.3.6. Herpes Zoster ou Zona

Resulta da reactivação do vírus da varicela. O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados igualmente no Quadro 23.

VI.3.7. Herpes simples

Resulta da Infecção primária do HVS. O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 24.

Quadro 22: Infecções oportunistas da pele – Escabiose, Prurido e Molusco Contagioso

	Escabiose		Molusco Contagioso	
	- Sarcoptes Scabies	Desconhecido	Prurigo	Vírus Poxvírus
Agente etiológico				
Diagnóstico:				
A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões vesículo-papulosas, escoriativas, cl/ crostas, pruriginosas. - Localização: axilas, periumbilical, pregas interdigitais, punhos, nádegas, genitais, palma e plantas nos lactentes, face e couro cabeludo - Sarna Norueguesa: exacerbação das lesões de uma forma generalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erupção pápulo-eritematosa, pruriginosa, muitas vezes com crostas, - Localização: superfícies extensoras dos membros, tronco, - Carácter crónico e recidivante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões papulosas com umbilicação central, - Localização: face, tronco, região genital, perianal e membros, - Tendência a recidivas. 	
B. Laboratorial	---	---	---	Histopatológico
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene: banho com água e sabão, lavar a roupa pessoal e de cama com água quente e sabão. - Hexacloreto de benzeno, aplicar 3 noites depois do banho (repetir depois de 1 semana). - Monossulfiram, diluir 1/3 de água durante 3 noites. - Benzoato de benzila 20% a 30% diluir 1/10 no 1º ano de vida e 1/5 depois de 1ano. 	<p><u>Sintomático:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anti-histaminicos orais (Clorfeniramina, Dihidralazina), <u>ou</u> - Tópicos de cânfora e mentol, <u>ou</u> - Loção de calamina 	<ul style="list-style-type: none"> - Curetagem, <u>ou</u> - Electrocauterização, <u>ou</u> - Crioterapia com azoto líquido. 	

Quadro 23: Infecções oportunistas da pele – Dermateite seborreica, Varicela e Herpes –Zoster ou Zona

	Dermateite seborreica	Varicela	Zona
A. etiológico	Pityrosporum	Vírus da varicela, Zoster	Herpes-Zoster ou Zona
Diagnóstico: A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Erupção eritematosa descamativa, com prurido ligeiro, - Localização: couro cabeludo, região retroauricular, canal auditivo, região interscapular pré esternal, periumbilical, axilas e virilhas, - Frequentemente recidivante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erupção maculo- vesículo-crostosa, pruriginosa com febre e discretos sinais gerais - Pode cursar com sobre-infecção bacteriana <u>Complicações:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumonia, - Encefalite, - Hepatite, - Glomerulonefrite aguda. - Pancreatite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões vesiculares ao longo de 1 ou mais dermatómos, dolorosas, deixando cicatrizes. <u>Complicações:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Disseminação para o pulmão, SNC, rins ou fígado
B. Laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> - Exame micológico directo - Cultura 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa do vírus nas vesículas, urina e orofaringe, líquido cefalo- raquídeo, <u>Serologia:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Fixação do complemento, ELISA, PCR ou imunofluorescência. 	<ul style="list-style-type: none"> ---
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> - Vaseline salicilada a 5% - para remoção das crostas, 2 x dia, 5 dias. <u>ou</u> - Shampoo com enxofre no caso de lesão do couro cabeludo, <u>ou</u> - Antifúngicos tópicos 2x/dia 10 – 14 dias, ou - Corticóides tópicos nas articulações e como alternativa aos antifúngicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Desinfecção das lesões - Aciclovir: 30mg/kg/dia, 8-8 horas, 7-10 dias, diluir em 100ml de dextrose 5% durante 1h. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza das lesões com água e sabão, - Paracetamol, 15 mg/kg/dose, 8/8 h, - Aciclovir: 30mg/kg/dia cada 8/8h (5-7 dias).

Quadro 24: Infecções oportunistas da pele – Herpes simples

Herpes Simples	
<u>A. etiológico</u>	HSV 1, 2
<u>Diagnóstico:</u> A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Erupções vesiculares ou ulcerativas, periorais, oculares ou genitais - Pode complicar-se com disseminação visceral (esofagite, pneumonia, hepatite, encefalite, choque, insuficiência renal, coagulopatia) - Localização: área perioral, ocular e genital
B. Radiológica	---
C. Laboratorial	- Isolamento do vírus
<u>Tratamento:</u>	<p><u>Gengivostomatite:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir, 250mg/m², IV, 8/8h, 5-7 dias. <p><u>Infecção disseminada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 1500mg/m²/dia, IV, 8/8h, 10 dias <p><u>Infecção mucocutânea recorrente:</u> Aciclovir 1200mg/m²/dia, VO, 6/6h, 5-7 dias</p> <p><u>Herpes neonatal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir, 10mg/kg, 10 a 21 dias

VI.3.8. Toxoplasmose

De transmissão congénita ou através de transfusão sanguínea, transplante de órgãos, carne ou alimentos contaminados com fezes de gato. Esta doença é também causa frequente de lesões neurológicas focais.

A Toxoplasmose congénita no início da gestação leva a abortos ou lesões oftalmológicas e neurológicas graves. A infecção no 2º e 3º trimestre de gestação resulta em doença subclínica. A maioria dos pacientes é assintomática mas podem desenvolver sequelas. O diagnóstico destas formas clínicas, o seu diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 25.

Quadro 25: Infecções oportunistas – Toxoplasmose

Toxoplasmose			
<u>A. etiológico</u>	Toxoplasma gondii		
<u>Diagnóstico:</u> A. Clínico	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <u>Toxoplasmose congénita:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - icterícia, - calcificação intracraniana, - rash maculopapular, - microcefalia. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <u>Toxoplasmose adquirida:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - lesões no cérebro, - linfadenopatia, - erupção cutânea, - coriorretinite. </td> </tr> </table>	<u>Toxoplasmose congénita:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - icterícia, - calcificação intracraniana, - rash maculopapular, - microcefalia.	<u>Toxoplasmose adquirida:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - lesões no cérebro, - linfadenopatia, - erupção cutânea, - coriorretinite.
<u>Toxoplasmose congénita:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - icterícia, - calcificação intracraniana, - rash maculopapular, - microcefalia.	<u>Toxoplasmose adquirida:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - lesões no cérebro, - linfadenopatia, - erupção cutânea, - coriorretinite.		
B. Radiológica	<ul style="list-style-type: none"> - RX do crânio: calcificações dispersas - TAC com lesões nodulares 		
C. Laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> - Serológico: IgG positiva, IgM aumentada na fase aguda, - PCR - Elisa - Imunofluorescência indirecta - LCR xantocromico com eosinofilia 		
<u>Tratamento :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Sulfadiazina, 80-100mg/kg/dia, VO, 2 a 4 x dia, máximo de 3g/dia, - Pirimetamina, 1mg/kg/dia, VO, máximo de 25mg/dia com dobro da dose nos primeiros 2 dias, - Acido Fólico , 5 -10 mg, VO, 1x dia, a cada 3 dias. - O esquema deve ser feito por 4 -6 semanas 		
<u>Quimioprofilaxia:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar a exposição a fezes de gato, carnes mal cozidas, vegetais e frutas mal lavados. - Cotrimoxazol, 5 mg/kg de TMP diário - Alérgicos ao cotrimoxazol: Dapsona 2 mg/kg, dia + Pirimetamina 1 mg/kg/d + Acido folico 5 mg oral/dia 		

VI.3.9. Citomegalovírus (CMV)

É uma patologia comum na fase avançada da doença (Figura 7). A sua transmissão ocorre através dos fluidos corporais, como o sangue, urina, saliva, lágrimas, fezes, leite materno, secreções da orofaringe e genitais. O seu agente etiológico, diagnóstico das patologias associadas e o tratamento são apresentados no Quadro 26.

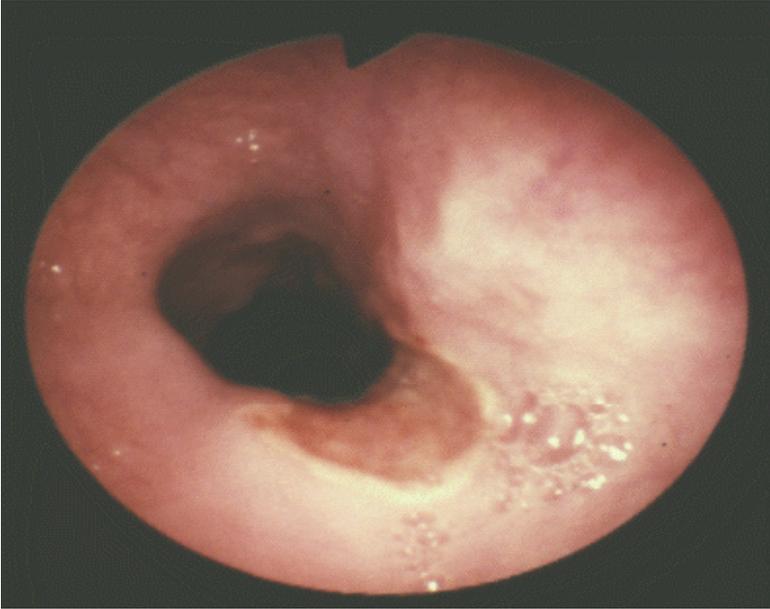


Figura 7: Infecção Citomegalovírus (CMV)

Quadro 26: Infecção oportunista - Citomegalovírus (CMV)

Citomegalovírus (CMV)		
Agente etiológico	Citomegalovírus (CMV)	
Diagnóstico: Patologias associadas:	A. Clínico	B. Laboratorial
Corioretinite:	- infecção intraocular mais comum em crianças portadoras de SIDA. - exame ocular rotineiro a cada 6 meses aos pacientes com SIDA.	- <u>Fundoscopia</u> de exsudato branco- -amarelado, hemorragia, ede-ma, áreas necróticas, descolamento da retina
Doença gastrointestinal:	- astenia, anorexia, febre, perda de peso, dores abdominais, úlceras gastrointestinais, rectorragias. - lesões no esófago, estômago, trato biliar, fígado e cólon.	- Biópsia do local afectado, - Cultura
Doença neurológica:	- encefalite, - mielite, - neuropatia periférica	---
Pneumonia viral:	- processo intersticial difuso, caracterizado por febre, tosse não produtiva e dispneia	- Isolamento do vírus no lavado broncoalveolar e material de biopsia, - testes serológicos
B. Laboratorial e serológico	- Isolamento do vírus no lavado broncoalveolar e material de biopsia, - Testes serológicos.	

<u>C. Tratamento:</u>	<p><u>inicial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganciclovir: dose de indução - 5mg/kg/dose, EV, 2 x dia, 14 - 21 dias, (infusão >1 hora) <p><u>manutenção:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganciclovir, 6 mg/kg/dia, EV, 1 x dia, IV, 5 dias por semana, diluído em soro fisiológico a 0,9% em 1 hora. - Efeitos colaterais: neutropenia, deve ser feita contagem de leucócitos de 3/3 dias nos primeiros 14 dias; doentes com história prévia de leucopénia ou com neutrófilos inferiores a 1000células/ mm³, fazer o leucograma diário, neutrófilos inferiores a 500/mm³ suspender o tratamento. - Outros efeitos colaterais: trombocitopenia, náuseas, diarreia, aumento das transaminases, hipoglicemia. <p><u>alternativo inicial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Foscarnet 60 mg/kg/, EV, de 8/8h. <p><u>alternativo de manutenção:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Foscarnet, 90 a 120 mg/kg/dia, EV, 1x dia. <p>NB: É nefrotóxico, causa náuseas, anorexia, convulsões, hipocalcemia e hipomagnesemia.</p> <p><u>alternativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Clindamicina, 50 mg/kg/dia, 8/8 horas, 4 - 6 semanas
<u>Profilaxia:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Comer carne bem cozida - Lavar bem os alimentos - Quimioprofilaxia com ganciclovir às crianças >6 anos (ainda em estudo)

VI.4. Manifestações neurológicas

As manifestações neurológicas englobam as variantes clínicas da Encefalopatia por HIV e as meningites.

VI.4.1. Encefalopatia por HIV

A Encefalopatia por HIV apresenta um quadro clínico com lesões encefálicas, que pode estar presente no início, mas que aumenta com o progredir da doença.

No Quadro 27 são apresentadas as suas variantes clínicas directamente relacionadas com o HIV (Encefalopatia não progressiva e Encefalopatia progressiva) e as referidas de forma indirecta, ou seja, agentes que podem actuar como causa de manifestações neurológicas no quadro de infecção (Neuropatia periférica, Citomegalovírus, Toxoplasmose, e Infecção por *Cryptococcus*, *Candida* e *Micobactérias*), bem como o seu diagnóstico.

VI.4.2. Meningites

As Meningites relacionadas com o quadro de infecção pelo HIV englobam as Bacterianas, Tuberculosa (característica da fase avançada de imunodepressão) e, a Criptocócica, cujos agentes etiológicos, diagnóstico e tratamento são resumidos no Quadro 28.

As infecções oportunistas do SNC, acidentes vasculares cerebrais, neoplasias do SNC, neuropatia periférica e miopatia por uso de ARV, são outras situações que contribuem para a ocorrência de alterações neurológicas na criança imunodeprimida.

VI.5. Neoplasias

O SIDA está associado a um grande risco de aparecimento de neoplasias, entre as quais os linfomas, sendo o tipo mais comum o Linfoma não Hodgkin.

De salientar que o risco de uma criança seropositiva desenvolver neoplasia é inversamente proporcional à contagem de CD4 e, esse risco é 1.200 vezes maior do que na criança não infectada.

Os factores relacionados ao desenvolvimento de neoplasias são a:

- Deficiência humoral,
- Exposição crónica à infecções virais, por exemplo, EBV ou HBV

Quadro 27: Manifestações neurológicas oportunistas – Encefalopatia por HIV

Encefalopatia por HIV	
<u>Diagnóstico:</u> A. clínico <u>E. Progressiva:</u>	- ADPM - microcefalia - sinais extrapiramidais - distúrbios cognitivos
<u>E. Progressiva:</u>	- quadro anteriormente referido com gravidade, associado - regressão psicomotora
<u>Neuropatia Periférica:</u>	- polineuropatia inflamatória - parestesia progressiva com arreflexia - polineuropatia sensitiva distal - parestesias com dor
<u>Citomegalovírus:</u>	Já referidos anteriormente
<u>Toxoplasmose:</u>	
<u>Infecção por <i>Cryptococcus</i>, <i>Candida</i> e <i>Micobactéria</i>:</u>	
B. Radiológico	- TAC - RMI
C. Laboratorial	- LCR
Rotina de acompanhamento	- exame neurológico, - avaliação de desenvolvimento motor, regularmente na consulta - testes psicométricos
<u>Tratamento</u>	O tratamento da encefalopatia por HIV é o TARV, associado a fisioterapia e reabilitação ortofônica, quando necessário.

Quadro 28: Manifestações neurológicas oportunistas – Meningites

	Meningite Bacteriana	Meningite Tuberculosa	Meningite Criptocócica
Agente etiológico	<ul style="list-style-type: none"> - 0-3 meses: Bactérias entericas Gram negativas, <i>Listeria monocytogenes</i> e <i>Streptococcus</i> do grupo B - 3 meses a 5 anos: <i>Hemofilius B</i>, <i>Pneumococcus</i> e <i>Meningococcus</i> - >5 anos: <i>Meningococcus</i> e <i>Pneumococcus</i> 	Bacilo de Koch	<i>Criptococcus neoformans</i>
Diagnóstico:			
A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - RN e lactentes: semelhante a septicémia, com sinais e sintomas inespecíficos, - início agudo ou insidioso, - recusa em mamar, - sinais neurológicos, - alterações do estado de consciência, abaulamento da fontanela, - sinais meníngeos. 	<ul style="list-style-type: none"> - febre, - anorexia, - perda de peso, - alteração do nível de consciência, - sinais meníngeos, com evolução de 2 a 3 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> - febre, - cefaleia, - alterações do estado mental, - pode haver sinais e sintomas meníngeos, - fotofobia, - convulsões
B. Laboratorial	<p>Exame do LCR - pleocitose (++) PMN, glicose diminuída, proteínas elevadas, bacteriologia +, cultura +.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - LCR opalescente ou amarelo-citrino, proteínas totais aumentadas, Pandy +, glicorquia diminuída e linfocitose - Mantoux: ≥ 7 mm - Leucograma: linfocitose 	<ul style="list-style-type: none"> - Exame directo com tinta da china - Cultura LCR (não específica) - TAC (não específico)
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> - < 2 meses: Ampicilina 200mg/kg/d 6/6h 14 a 21 dias + Gentamicina 5-7mg/kg/d 10 dias - 2 meses a 3 anos: Ampicilina, 400 mg/kg/dia, 4/4h + Cloranfenicol 100 mg/kg/dia, durante 14 dias - > 3 anos: Penicilina cristalina 500.000 UI/ kg/dia, EV, 4/4 h + Cloranfenicol 100mg/kg/dia, EV, 6/6h, ou Ceftriaxona 100 - 150 mg/dia, 2x dia, 10 dias - Se apresentar sinais de hipertensão intracraniana: Manitol 10%, 1ml/kg, EV, 6/6h, ou Furosemina, 1-2 mg/kg/dia 	<p>Fase intensiva: 2 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estreptomina, 40mg/kg/dia - RH, 10-15mg/kg/dia - Z, 25-30 mg/kg/dia - Prednisolona, 1-2 mg/kg/dia (1 mês) <p>Fase de manutenção: 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> - RH, 10-15 mg/kg/dia 	<ul style="list-style-type: none"> - Antipirético, - Antihistamínico - Anfotericina B, 0,7-1,0 mg/kg/dia, EV, 1 x dia, 4-8 semanas - Fluconazol, 3-6 mg/kg/dia, 1 x dia, VO, 6-10 semanas

VI.5.1. Sarcoma de Kaposi

O Sarcoma de Kaposi (Figura 8) acomete raramente crianças, à excepção das infectadas pelo HIV e particularmente em África. É a doença maligna mais frequente nas crianças com SIDA, aparecendo mais no sexo masculino (4:1) e em menores de 5 anos.



Figura 8: Síndrome de Kaposi

No Quadro 29, são descritos o seu agente etiológico, formas clínicas, diagnóstico e tratamento. De salientar que o TARV melhora imenso o quadro clínico, mas com frequência temos que associar a quimioterapia. Na quimioterapia, a droga mais eficaz é o paclitaxel, mas sendo esta cara e de difícil acesso, em Moçambique utilizamos a associação de vincristina e doxorubicina.

VI.5.2. Linfoma de Hodgkin

O Linfoma de Hodgkin é apenas referido no presente manual, devido ao facto de ser raro antes dos 15 anos; há incidência de EBV tipo 2.

VI.5.3. Linfoma não Hodgkin

São linfomas altamente malignos, de células B extranódulares. No Quadro 29, são descritos o seu diagnóstico e tratamento.

VI.5.4. Linfoma não Hodgkin primário do SNC

O Linfoma não Hodgkin primário do SNC é uma neoplasia com um prognóstico pobre. A sobrevida varia entre 5 a 6 anos para maioria dos regimes, dependendo do estado clínico, da contagem CD4 <100 e do envolvimento da medula óssea. No Quadro 29, são igualmente descritos o seu diagnóstico e tratamento.

Quadro 29: Manifestações neoplásicas – Sarcoma de Kaposi, Linfoma não Hodgkin e Linfoma não de Hodgkin primário do SNC

Sarcoma de Kaposi		Linfoma não Hodgkin	Linfoma não de Hodgkin primário do SNC
Agente etiológico	Herpes virus HHV-8	---	---
Diagnóstico:			
A. Clínico			
Mucocutânea:	<ul style="list-style-type: none"> - aparece no estágio inicial, com lesões cutâneas violáceas ou acastanhadas, planas, ou elevadas por vezes nodulares - localização generalizada, incluindo palmas das mãos, plantas dos pés pálpebras, couro cabeludo e canal auditivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - dor pleurítica, - hepatomegalia, - fadiga, - astenia, - sudorese nocturna. 	<ul style="list-style-type: none"> - letargia, - confusão, - perda de memória, - convulsões, - hemiparesia.
Linfadenopática	<ul style="list-style-type: none"> - Predominante em África - Linfadenopatia generalizada, por vezes associada a hepatosplenomegalia, falência de crescimento e infecções de repetição 	<ul style="list-style-type: none"> - localizam-se nos estômago, pulmões, ou glândulas salivares. 	
B. Laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> - Biópsia do nódulo ou do ganglio linfático 	---	<ul style="list-style-type: none"> - LCR- aumento da celularidade mono-nuclear e das proteínas, diminuição da glicose - TAC, RMI, Biópsia
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> - TARV (Remissões tem sido descritas após terapia com TARV) I. - Quimioterapia Taxol, 75 mg/m² II. Vincristina+ doxorubicina+bleomicina - Radioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> - Deve-se ter em conta o estadiamento para efeitos de quimioterapia. 	<p><u>Regimes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - M-BACOD com metotrexato, bleomicina, adriamicina, ciclofosfamida, vincristina e dexametasona. - Citoxan, metotrexato, vincristina e prednisolona

CAPÍTULO VII – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS E APOIO PSICOSSOCIAL

VII.1. Generalidades

Os cuidados domiciliários (CD) são cuidados básicos prestados a um doente no seu domicílio, por um activista ou um profissional de saúde, que pode ser enfermeiro ou médico, ou ainda um trabalhador social.

O objectivo dos CD é o de proporcionar melhor qualidade de vida ao doente grave, confinado ao domicílio, neste caso, um doente infectado pelo HIV. Os pacientes infectados por este vírus merecem uma boa qualidade de vida, protecção e dignidade humana.

Os CD podem ser prestados a todos os doentes, contudo devem ser priorizados:

- Órfãos
- Crianças que vivem em agregados familiares, cujo chefe é um menor
- Crianças que vivem com cuidadores idosos
- Crianças que vivem com mães muito jovens e sem apoio
- Crianças que não podem chegar ao serviço hospitalar
- Crianças que estão em estadio avançado de doença
- Crianças que vivem em condições sociais difíceis
- Crianças que estão em TARV e têm problemas de adesão

Esta actividade visa:

- Melhorar a situação física e moral destes doentes
- Reduzir o medo e o estigma associados á doença
- Aconselhar o doente e a sua família
- Proporcionar ajuda para a solução dos problemas sociais
- Vigiar e ajudar a melhorar as condições de saneamento básico no domicílio
- Aconselhar, vigiar e suplementar o estado nutricional
- Aconselhar e melhorar a aderência ao TARV

A liderança do MISAU e o apoio das Organizações Não Governamentais (ONG) e associações comunitárias são necessários para implementar os CD.

Como o Serviço Nacional de Saúde não dispõe de pessoal em número suficiente para esta actividade, é essencial contar com o apoio de activistas treinados para o

efeito. Estes activistas são treinados usando os materiais do MISAU sobre CD, assim como material sobre apoio psicossocial. Eles devem receber um kit de medicamentos básicos como analgésicos, SRO, violeta de genciana, e outros artigos como luvas, compressas, ligaduras e desinfectantes. É essencial que o activista não trabalhe isoladamente, mas integrado numa equipe de saúde controlado pelo enfermeiro, a quem presta relatório e de quem recebe apoio técnico.

No Anexo 4 é apresentada a Ficha para a Actividade Domiciliária em vigor no País.

VII.2. Actividades dos CD

As actividades ao domicilio consistem em:

- Apoio clínico: dar banho, limpar feridas, fazer pensos, ajudar a tomar medicamentos, avaliar o estado nutricional, ensinar sobre a saúde
- Apoio psicossocial: conversar, ouvir e aconselhar a criança e o núcleo familiar

VII.2.1. Apoio psicossocial

Cada pessoa é um ser complexo e tem necessidades, de modo que é necessário conhecer estas necessidades para poder ajuda-los. Assim, temos que considerar as três esferas: BIO-PSICO-SOCIAL.

1 - Seleccionar o seu pessoal

Não é qualquer pessoa que pode prestar CD a uma criança. Uma má experiência pode ser traumatizante para a criança e sua família. O activista não deve julgar a família nem a criança.

Este deve ser capaz de:

- Estabelecer uma relação de confiança entre o cuidador e a criança, bem como com a família .
- Identificar um responsável em casa para cuidar da criança na ausência da mãe ou cuidador principal.
- Conversar com a criança sobre como ela se sente, o que é que comeu e outros assuntos relacionados.
- Ouvir e entender a percepção da doença por parte da criança.
- Promover a saúde, nutrição e autonomia da criança e da família tanto na prevenção como no tratamento de doenças.
- Conhecer as doenças oportunistas para poder identificá-las e intervir quando necessário.
- Saber pedir ajuda, quando necessário.

- Ajudar a informar a família sobre o diagnóstico de HIV/SIDA para desencorajar a discriminação da criança.
- Respeitar a confidencialidade sobre o estado de saúde da criança.
- Encorajar a criança a brincar e aprender. A criança doente não deve sentir-se diferente dos outros.
- SEMPRE respeitar e defender os direitos da criança.

2- Ligação com a US:

- Os CD são, em alguns casos, uma continuidade dos cuidados hospitalares.
- A US pode referir uma criança ao serviço de CD e vice versa. Existem fichas para preencher indicando os cuidados que o doente precisará em casa.
- O cuidador deve estar familiarizado com as receitas medicas e os tratamentos pediátricos para poder interpretar e intervir se for necessário.
- O pessoal de saúde deve colaborar com os activistas e vice versa, partilhar informação e encorajar o aprendizagem aumentará a autonomia e motivação para ajudar o beneficiário.

3- Avaliar e assegurar um apoio social

- Assegurar o apoio de um familiar ou vizinho. O apoio social ajuda a prevenir a depressão e aumenta a possibilidade de melhorar o estado de saúde.
- Incluir a família da criança nos cuidados desta, diminuindo o medo e aumentando a sua confiança.
- É importante ensinar à família sobre o HIV/SIDA, as infecções, a desnutrição e o TARV.

4- Avaliar o seguinte:

- A criança é registada?
- Está matriculada na escola?
- Recebeu as vacinas necessárias e Vitamina A?
- Está bem nutrida ou não?

5- Utilizar a rede de serviços comunitários para apoiar a criança.

- Referir à **US ou Hospital** quando for necessário (criança muito doente com sintomas agudos: respiratórios/ gastro-intestinal/TP/problemas neurológicos/desnutrição, febre persistente; diarreia com desidratação).
- Pode ser que seja necessário informar um responsável **na escola** se houver discriminação da criança e/ou dos seus irmãos.
- Referir a criança a um **programa de alimentação** (PMA, machambas comunitárias para apoio alimentar às crianças seropositivas, ou outro.)

6 – Apoiar os pais se forem seropositivos

Com frequência os pais destas crianças também são seropositivos. Cuidar de uma criança com HIV/SIDA pode ser **difícil e deprimente**. É importante oferecer também um apoio aos pais e aos outros familiares. Se os pais são doentes, a criança também vai precisar de muito apoio psicológico.

As técnicas de comunicação e de relação de ajuda são muito importantes!

- Com frequência, a preparação da criança para a morte de um pai, familiar ou se estiver grave, a sua própria morte é difícil. Nesta fase, o cuidador precisará de ajuda de uma colega.
- Manter a pessoa limpa e confortável. Respeitar a sua dignidade.
- Ouvir a percepção sobre a morte da pessoa em estado terminal e dos familiares.
- Criar uma caixa de memórias para a pessoa que vai perder o familiar.
- Oferecer apoio durante as últimas horas e, se possível, estar presente.
- Continuar a visitar a família depois da morte. Se for uma criança que perdeu um pai ela vai precisar de uma figura parental. A criança pode isolar-se ou apegar-se a alguém.
- Continua ser importante falar sobre a morte e ouvir a percepção da criança. Visitas diárias são necessárias neste caso.

Os CD e apoio psicossocial dados às crianças podem prolongar e melhorar a qualidade de vida destas. Com ou sem a possibilidade de tomar o TARV, toda criança seropositiva merece uma oportunidade de estar feliz, crescer, e aprender.

CAPÍTULO VIII – NUTRIÇÃO DA CRIANÇA HIV POSITIVA

VIII.1. Considerações gerais

A deficiência do sistema imunológico determina, nas crianças infectadas pelo HIV, maior susceptibilidade a doenças que podem ser, portanto, mais frequentes, múltiplas e graves. A desnutrição ou nutrição deficiente causa um enfraquecimento do sistema imunitário.

Assim, a maior atenção deve ser dada para quebrar o ciclo de HIV/SIDA e a nutrição deficiente, pelo que a avaliação cuidadosa do estado nutricional das crianças com HIV/SIDA, à entrada no hospital é prioritária.

As formas clínicas de desnutrição grave, como o (i) marasmo, (ii) kwashiorkor e (iii) kwashiorkor marasmático devem ser reconhecidas, identificadas as suas complicações e tratadas adequadamente, segundo as normas e com o maior empenho.

Para uma melhor qualidade de vida, é importante controlar diariamente o peso, avaliar as causas dos défices, implementar as soluções possíveis ou aliviar problemas não resolúveis.

VIII.2. Causas de uma nutrição deficiente e o seu manejo

As razões para uma nutrição deficiente estão ligadas com (i) a falta de apetite, (ii) estomatite (dor na boca e dificuldade em comer); (iii) náuseas e vômitos (iv) diarreia, (v) perda de peso, (vi) infecções e febre e (vii) infestações oportunistas.

VIII.2.1. Suporte nutricional

O suporte nutricional deve ser garantia de alimentação equilibrada em qualidade e quantidade para:

- ↳ →repor os nutrientes perdidos;
- ↳ →recuperar das infecções;
- ↳ →prevenir perdas tecidulares;
- ↳ →suportar melhor os tratamentos;
- ↳ →permitir o crescimento e desenvolvimento psicomotor.

A função do sistema imunológico depende do aporte adequado em proteínas, vitaminas e minerais.

VIII.2.2. Outras soluções

O Quadro 30 apresenta outras soluções que podem ajudar as crianças com HIV/SIDA, nomeadamente:

Quadro 30: Causas de uma nutrição deficiente e possíveis soluções

Causas para um solução deficiente	Solução
Falta de apetite	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Proporcionar refeições pequenas mas frequentes; ↳ Tentar novos alimentos para estimular o apetite; ↳ Aumentar a ingestão de energia concentrada (óleos, margarina, manteiga, leite de coco); ↳ Oferecer líquidos entre as refeições e não durante estas; ↳ Manter um ambiente agradável e relaxante; um exercício leve antes das refeições ou actividades como brincar, caminhar e passear podem aumentar o apetite.
Estomatite	<p>A estomatite dificulta a mastigação e a deglutição, pelo que se deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Proporcionar alimentos semi-sólidos, em puré, líquidos; ↳ Evitar alimentos ácidos ou quentes; ↳ Lavar a boca com frequência; ↳ Usar canudo para a sucção; ↳ Alimentar com sonda nasogástrica, se necessário.
Náuseas e vômitos	<p>As náuseas e os vômitos podem ser devidos a infecções, infestações, ou até a própria medicação. <u>Neste caso, deve-se:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Proporcionar alimentos leves, moles, e frios ou à temperatura ambiente; ↳ Ingerir alimentos com baixo teor em gordura; ↳ Evitar alimentos muito doces; ↳ Oferecer líquidos com alto teor em calorias entre as refeições; ↳ Oferecer alimentos antes da toma de medicamentos que possam provocar náuseas; ↳ Repousar uma hora após as refeições; elevar a cabeça com almofadas.

Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Compensar as perdas com SRO e outros líquidos, como por exemplo, água, sumos, água de coco ou sopas; ↳ Administrar refeições pequenas, frequentes, compostas por papas fermentadas, fruta como banana ou vegetais como batata ↳ Se considerada intolerância a dissacáridos, substituir leite por caldos de peixe, frango ou legumes com arroz, se possível; ↳ logurte quando tolerado ↳ Evitar alimentos muito doces
Perda de peso	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Proporcionar alimentos proteicos, como a carne, peixe, ovos, legumes, feijão e amendoim; ↳ Adicionar gordura às refeições (energia concentrada), como por exemplo, óleo, margarina, amendoim (torrado ou pilado); ↳ Acrescentar açúcar, mel ou compotas.

Note que:

- ↳ →As infecções e a febre diminuem o apetite e implicam em perdas catabólicas. Para minimizar esta situação, deve-se insistir em refeições fáceis de digerir e frequentes.
- ↳ →As parasitoses intestinais, principalmente a giardíase e a amebíase cujos agentes etiológicos, expoliam nutrientes, conduzem a lesões da mucosa intestinal, com deficiência de absorção e diarreia consequentes, pelo que se deve efectuar uma pesquisa e tratamento activos das infecções e infestações.

CAPÍTULO IX – OUTROS ASPECTOS

IX.1. Calendário Nacional de Vacinação

Não há contra-indicação em relação às vacinas na criança seropositiva, pelo que se deve seguir o calendário nacional de vacinação em vigor no país, apresentado no Quadro 31.

Quadro 31: Calendário Nacional de Vacinação

Vacina	Idade ideal	Idade mínima	Idade máxima	Dose	Vias de Aplicação
BCG	Nascença	Nascença	23 meses	<1ano - 0,05ml >1 ano - 0,5ml	intradérmica
Polio 0	Nascença	Nascença	5 semanas	2 gotas	oral
DPT 1/HPB/HIB	2meses	6 semanas	23 meses	0,5ml	IM
DPT 2/HPB/HIB	3 meses	4 semanas	23 meses	0,5ml	IM
DPT3/HPB/HIB	4 meses	4 semanas	23 meses	0,5ml	IM
POLIO 1	2 meses	6 semanas	23 meses	0,5ml	oral
POLIO 2	3 meses	4 semanas	23 meses	0,5ml	oral
POLIO	4 meses	4 semanas	23 meses	0,5ml	oral
Sarampo	9 meses	8,5meses	23 meses (4 anos pop deslocada)	0,5ml	IM

IX.2. Consulta de Seguimento

Esta consulta tem como principais objectivos:

- O controle do crescimento estatura-ponderal e desenvolvimento psicomotor da criança;
- O tratamento das infecções agudas;
- O diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas;

- A educação e suplementação nutricionais;
- O controle da vacinação;
- O aconselhamento sobre HIV/SIDA;
- A profilaxia com TPI;
- O tratamento com ARVs;
- O apoio psico-social à família.

Durante a consulta o clínico deve:

(i) Solicitar análises:

- Hemograma completo.
- Bioquímica: função hepática, renal, amilase, LDH, proteinograma;
- Urina II;
- Exame de fezes a fresco;
- RX do tórax.

A criança em TARV deve fazer as seguintes análises:

- **CD4 na inscrição e de 6/6 meses**
- **Carga viral, uma vez por ano**
- **Hemograma e bioquímica na inscrição e de 6/6 meses.**

(ii) Efectuar :

- Um exame físico;
- O despiste e tratamento de infecções oportunistas;
- A profilaxia com Cotrimoxazol a partir do primeiro mês de vida;
- A suplementação com multivitaminas;
- A administração de mebendazol, depois dos 12 meses de idade e, posteriormente, de 3 em 3 meses;
- A suplementação com VIT A de 6/6 meses, com a seguinte dosagem:
 - 6-12 meses 50.000 UI;
 - 12 meses 100.000 UI;
- Prescrever o suplemento nutricional

(iii) A periodicidade das consultas clínicas para crianças infectadas pelo HIV deve seguir as seguintes determinações:

- Criança < 12 meses, independente do seu estágio clínico e CD4 deve ter **consulta mensal**;

- Toda criança **que inicia TARV** deverá seguir a seguinte periodicidade de consultas:

- 1.→ No primeiro mês ter consulta a cada **15 dias**;
- 2.→ A partir do segundo mês até 12 meses após o início do TARV, deve ter **consulta mensal**.

- Para criança ter consulta clínica com intervalo de **2/2 meses** deverá se encaixar em **todos** os seguintes critérios:

1. **Criança em seguimento Pré -TARV**

- Criança > 12 meses de vida,
- Boa adesão à consulta e às profilaxias,
- Estável clínica e imunologicamente;

2. **Criança em TARV**

- Criança > 12 meses de vida,
- Há mais de 12 meses em TARV,
- Boa adesão ao TARV e as consultas,
- Boa resposta clínica e imunológica.

(iv) Definição de Abandono de seguimento:

1. **Criança em TARV:**

- o→ Criança sem retornar a US em um período maior de 60 dias desde a data da consulta marcada; (ex: criança veio a consulta no dia 23 de Maio de 2011, levantou medicamento, deveria retornar para consulta e levantar medicamento em 23 de Junho, se não vier a consulta ou levantar medicamento até o dia 23 de Agosto será considerada faltosa – 61 dias sem vir a consulta/levantar medicamento);

2. **Criança em seguimento Pré -TARV:**

- o→ Criança sem retornar a US em um período maior de 3 meses após a data da consulta marcada;
(ex: criança veio a consulta no dia 23 de Maio de 2011, consulta seguinte marcada para o dia 23 de Julho de 2011, se não retornar, no dia 24 de Outubro de 2011 será considerada abandono);
- o→ Se não houver a data da próxima consulta registrada no processo clínico, define-se como abandono, a criança sem retornar a US em um período maior de 6 meses após a última consulta.
(ex: criança veio a consulta no dia 23 de Maio de 2011, se não retornar, no dia 24 de Novembro de 2011 será considerada abandono).

IX.3. Normas de Profilaxia com o Cotrimoxazol

A profilaxia com Cotrimoxazol consiste na:

- Administração a todos os filhos de mãe HIV +, depois de 1 mês de idade, a quem se suspende, se :
 - Depois dos 18 meses, fôr HIV (-)
 - Em qualquer altura tiver CD4 > 25%
- Administração a todas as crianças HIV + com CD4 <25%
- Administração a todas as crianças HIV+/sintomáticas nas quais não foi possível avaliar o CD4.

X. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Pediatric AIDS, Philip. A Pizzo, Catherine M. Wilfert 3ª edition, 1998
2. Ministério da Saúde do Brasil, guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em criança,
3. USP/AIDS, guidelines for the prevention of oportunic infections in persons infected with human immunodeficiency virus, a summary. annals of int.med, 124,1998
4. Centers for disease control and prevention, 1997 reversed guidelines for prophylaxis against Pneumocystis carinii pneumonia for children infected with or perinatally exposed to human immunodeficiency virus. MMWR 44, 1997
5. Instituto de puericultura e pediatria Martagão Gestira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Manual para o Acompanhamento da criança infectada pelo, 2001
6. Ministério da Saúde do Brasil, guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em criança, 2002/2003
7. Pediatric Human Immunodeficiency virus(HIV), infection, guidelines of pediatric HIV infection, American Academy of Pediatrics, 2000
8. Handbook of pediatric Psychology, Michael C. Roberts, 2003
9. HIV infection in children, Jaqueline J. Q Mok. Mane – Louise Newell, 1995
10. WHO ART Paediatric Guidelines 2010, amended in 2010
11. Update on antiretroviral therapy. Riordan, A; Bugembe, T. Archives of disease in childhood, 94 (1): 70-74 Jan 2009
12. Early Antiretroviral Therapy and Mortality among HIV-Infected Infants
13. Avy Violari, Mark F. Cotton, Diana M. Gibb, Abdel G. Babiker, Jan Steyn, Shabir A. Madhi,
14. Patrick Jean-Philippe, James A. McIntyre, for the CHER Study Team
15. N Engl J Med 2008;359:2233-44.
16. Morbidity in HIV-1-Infected Children Treated or Not Treated with Highly Active

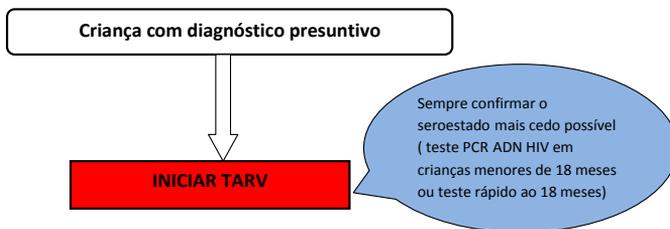
- Antiretroviral Therapy (HAART), Abidjan, Cote d'Ivoire, 2000–04. Carsten Walenda, A Kouakoussui Alain, Rouet Francois, Wemin Louise, Anaky Marie-France and Msellati Philippe. *Journal of Tropical Pediatrics Advance Access published December 9, 2008*
17. Current And Future Antiretroviral Treatment Options In Paediatric HIV Infection. Giaquinto, C; Morelli, E; Fregonese, F; et al. *Clinical Drug Investigation*, 28 (6): 375-397 2008
 18. Potential Impact Of Infant Feeding Recommendations On Mortality And HIV-Infection In Children Born To Hiv-Infected Mothers In Africa: A Simulation. Atashili, J; Kalilani, L; Seksaria, V; et al. *BMC Infectious Diseases*, 8: Art. No. 66 May 16 2008
 19. HIV Care and Treatment For Children In Resource-Limited Settings. Callens, SFJ; Mckellar, MS; Colebunders, R. *Expert Review Of Anti-Infective Therapy*, 6 (2): 181-190 Apr 2008
 20. Making a working clinical diagnosis of HIV infection in infants in Zimbabwe . Peter Iliff, Robert Ntozini, Kusum Nathoo, Ellen Piwoz, Lawrence Moulton, The ZVITAMBO Study Group , Jean Humphrey. *Tropical Medicine and International Health* .volume 13 no 12 pp 1459–1469. December 2008
 21. Differences in Factors Associated With Initial Growth, CD4, and Viral Load Responses to ART in HIV-Infected Children in Kampala, Uganda, and the United Kingdom/Ireland
 22. Addy Kekitiinwa, Katherine J. Lee, A. Sarah Walker, Albert Maganda, Katja Doerholt, Sabrina B. Kitaka, Alice Asimwe, Ali Judd, Philippa Musoke, Diana M. Gibb, on behalf of the Collaborative
 23. HIV Paediatric Study (CHIPS) Steering Committee and the Mulago Cohort Team. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;49:384–392
 24. Diagnostic and Management Challenges for Childhood Tuberculosis in the Era of HIV
 25. B. J. Marais, S. M. Graham, M. F. Cotton, N. Beyers. *The Journal of Infectious Diseases* 2007; 196:S76–85
 26. Nutritional recovery in HIV infected and uninfected children with severe acute malnutrition. Pamela Fergusson, Jobiba Chinkhumba, Carlos Grijalva-Eternod, Theresa Banda, Catherine Mkangama and Andrew

- Tomkins. Arch. Dis. Child. published online 31 Oct 2008;
27. Infant feeding and HIV in Sub-saharan Africa: what lies beneath the dilemma? Fletcher, FE; Ndebele, P; Kelley, MC. Theoretical medicine and bioethics, 29 (5): 307-330 sep 2008
 28. HIV/AIDS In Children: A Disaster In The Making. Coovadia, HM; Schaller, JG. Lancet, 372 (9635): 271-273 Jul-Aug 2008
 29. Association Of Maternal HIV Infection With Increase Of Infant Mortality In Malawi. Hong, R. Journal Of Paediatrics and Child Health, 44 (5): 291-296 May 2008
 30. Ratural testing of HIV exposed infant. Benjamin DK. Pediatrics, 2001
 31. Early Diagnosis and Care of HIV-Exposed Infants: Lessons Learned from Thailand. Ngo-Giang-Huong, JAIDS, 2008
 32. Antiretroviral Therapy for HIV infection in infants and children: Towards Universal Access – Recommendations for a Public Health Approach 2010 revision

ANEXOS

ANEXO 2 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DO HIV NA CRIANÇA < 18 MESES

Diagnóstico presuntivo da infecção por HIV em crianças com idade menor de 18 meses (que não tem acesso ao teste PCR ADN HIV)	
A criança tem teste rápido ao HIV positivo E	Criança apresenta 1 ou mais destes sintomas: Pneumonia grave Candidíase oro-esofágica Malnutrição grave Sarcoma de Kaposi PCP (Pneumonia por Pneumocistis Jiroveci)
Outros indicativos que apoiam o diagnóstico de infecção severa por HIV são: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> avançada <input type="checkbox"/>	A morte materna recente Mãe com infecção por HIV CD4% de criança < 25%
NOTA: Sempre confirmar o seroestado mais cedo possível (teste PCR ADN HIV em crianças menores de 18 meses ou teste rápido ao 18 meses)	



ANEXO 3: FICHA DE MONITORIA DA ADESÃO INICIAL AO TARV



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
 PNC ITS/HIV/SIDA
 FICHA INICIAL DE ADERÊNCIA AO TARV

Data da entrevista _____ Pessoa responsável _____

1. DADOS DO PACIENTE	
Nome:	
NID:	Data de nascimento
TARV Code	Sexo M () F ()
Nome da mãe:	
Status HIV da Mãe: Positivo (); Negativo(); Desconhece (); Recusa o teste()	
Escolaridade da mãe:	Frequenta a escola? Sim () Não()
Ocupação da mãe:	
Nome do pai:	
Status HIV do pai: Positivo (); Negativo(); Desconhece (); Recusa o teste()	
Escolaridade do pai:	Frequenta a escola? Sim () Não()
Ocupação do pai	
Outros cuidadores Sim (); Não()	
Avós (); Vizinho (); Tios (); Irmãos (); Primos (); Outros _____	
Informação sobre o cuidador se não for pai ou mãe:	
Idade:	Rendimento:
2. DIAGNÓSTICO	
Conhece o diagnóstico da criança?	Sim (); não ()
Quando soube?	
Aconselhamento Pre-teste?	Sim (); Não ()
Quando foi feito?	
A criança conhece o seu diagnóstico?	Sim (); Não sabe (); Não ()
Se sim, como soube?	
Fala sobre a doença?	Sim () Não ()
Se não, porquê?	
O que diz à criança quando vem ao Hospital?	

3. ACONSELHAMENTO			
Foi feito aconselhamento Pre-TARV? Não () Sim ()			
Apresentou pessoa de apoio? Sim () Não ()			
Se sim, como escolheu a pessoa de apoio?		É também seropositivo () Foi designado () Outro _____	
Relação com a criança:			
Assiste o doente?	Sim ()	Não ()	
Percebe os conceitos sobre a doença	Sim		
	Não		
Vem regularmente ao HDP? Sim () Não ()			
TARV			
Data de início de TARV			
1ª Linha			
Regime de tratamento			
D4T+3TC+NVP ()		AZT+3TC+ ABC ()	
AZT +3TC+NVP ()		D4T+3TC+EFV ()	
Outro: _____			
2ª Linha			
DDI+ABC+ LOPINAVIR/R ()			
Outro: _____			
4. SUPORTE SOCIAL			
Nome da pessoa que mediará a criança?			
Relação com a criança:			
No caso de doença/ausência quem mediará a criança? _____			
Pensa que a criança terá problemas em tomar a medicação? Sim () Não ()			
O que pensa que acontecerá com a sua criança depois de começar o TARV?			
Melhorar (); Piorar (); Ficar dependente (); Não sabe (); Outro _____			

5. ADERÊNCIA AO TRATAMENTO			
Já teve um tratamento longo antes? Sim (); Não ()			
Teve dificuldades no tratamento?	Não () Sim () _____		
Já teve dificuldades em vir às consultas e análises?	Sim (); Não ()		
A quantas consultas faltou nos 2 últimos meses?	Uma ()	Duas ()	Mais que duas ()
	Abandono ()	Outro _____	

Problemas identificados _____

ANEXO 4: DOSAGEM DIÁRIA DE ARVs PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa

<u>Droga</u>	<u>Dosagem</u>	<u>Observações</u>
Nevirapina Suspensão de 10mg/ml Comprimidos de 200mg	Dose de indução: 4mg/kg/1xdia 14 dias Dose de manutenção: - Crianças > 2meses aos 8 anos: 7mg/kg/dia, 2x dia - Crianças > 8anos: 4mg/kg/dia, 2x dia Dose máxima: 400mg/dia	Administrar só a partir dos 2 meses, armazenar à temperatura ambiente
Efavirenz Comprimidos de 50, 100, 200 mg	Crianças com 10 a <15 kg - 200 mg, 1 x dia Crianças com 15 kg a < 20 kg - 250 mg, 1 x dia Crianças com 20 kg a < 25 kg - 300 mg, 1 x dia Crianças com 25 kg a 32,5 kg - 350 mg, 1 x dia Crianças com 32,5 kg a 40 kg - 400 mg, 1 x dia Crianças com > 40 kg - 600 mg, 1 x dia)	Administrar a crianças a partir dos 3 anos e com >10kg

B. Análogos Nucleosídeos Inibidores da Transcriptase Reversa

<u>Droga</u>	<u>Dosagem</u>	<u>Observações</u>
Abacavir Suspensão de 20mg/ml	<u>De 3 meses aos 16 anos</u> - 8mg/kg, 2 x dia , <u>Dose máxima:</u> 300mg/dia	Tomar c/ ou sem alimento, armazenar a 20-25°C
Lamivudina (3TC) Suspensão de 10mg/ml Comprimidos de 150mg	<u>De 3 meses aos 16 anos</u> - 4mg/kg, 2x dia <u>Dose máxima:</u> 300mg/dia	Tomar c/ ou sem alimento, armazenar a 20- 30°C
Estavudina (D4T) Suspensão de 1mg/ml Comprimidos de 30,40 mg	<u>Crianças com <30 kg</u> - 1mg/kg, 2 x dia <u>Crianças com 30 kg - 50 kg</u> - 30mg, 2 x dia <u>Crianças com >60 kg</u> - 40mg, 2 x dia	Refrigerar após a preparação (2 -8°C). Descartar após 30 dias.
Didanosina (ddi) Suspensão de 10mg/ml Comprimidos mastigáveis de 25 mg, 50mg, 100 mg	<3 meses: 50mg/m2, 12/12h, 3 meses - <13 anos: 90 -120 mg/m2, 12/12h	Refrigerar após a preparação (2-8°C). Descartar após 30 dias. Tomar 30 minutos antes ou 2 horas depois de comer.
Zidovudina Suspensão de 10mg/ml Comprimidos de 100 mg	<u>Dose profiláctica:</u> <u>Recém-nascido de termo:</u> 2 mg/kg, 6/6horas, 12 horas após o nascimento durante 6 semanas. <u>Prematuro <34semanas:</u> 1,5mg/kg, de 12/12horas, 2 semanas depois passar a 2 mg/kg. <u>Dose terapêutica:</u> 180mg/m2 de 6/6 horas. <u>Dose máxima:</u> 200mg/6horas	Xarope com sabor a morango, armazenar 15-25°C

C. Inibidores das Proteases

<u>Droga</u>	<u>Dosagem</u>	<u>Observações</u>
Nelfinavir Suspensão de 50mg/g (1 medida = 50mg)	2-13 anos: 20 - 30 mg/kg, 3 x dia	Misturar o pó c/ água, leite, suplementos dietéticos ou pudins, usar a mistura dentro de 6 horas, não adicionar c/ sumos ácidos, não adicionar água ao frasco de Nelfinavir.
Lopinavir/ritonavir (Lpv/r) Suspensão de 80/20mg/ml	Crianças de 6 meses a 12 anos: 230mg/ Lpv/m2, de 12/12horas	Não refrigerar, armazenar 20 a 25°C

D. Lista de ARVs combinados existentes no mercado:

Intervalo de Peso (kg)	Doses de comprimidos Pediátrico		Doses de comprimidos pra adolescentes/adultos	
	Todas as formulações (D4T, AZT e ABC)		D4T +3TC+NVP/ AZT+3TC+NVP	
De 3 a 5,9	1	1	---	---
De 6 a 9,9	1½	1½	---	---
De 10 a 13,9	2	2	---	---
De 14 a 16,9			1	½
De a 17 24,9	---	---	1	½
De 25 a 29,9	---	---	1	1

Composição de Doses Fixas Combinadas					
	D4T	AZT	ABC	3TC	NVP
3-DFC Pediátrico (Triomune Baby)	6mg	--	--	30mg	50mg
2-DFC Pediátrico (Lamivir S Baby)	6mg	--	--	30mg	--
3-DFC Pediátrico (Zidovudina)	--	60mg	--	30mg	50mg
2-DFC Pediátrico (Zidovudina)	--	60mg	--	30mg	--
3-DFC Pediátrico (Abacavir)	--	--	60mg	30mg	50mg
2-DFC Pediátrico (Abacavir)	--	--	60mg	30mg	--
3-DFC Adulto (Triomune 30)	30mg	--	--	150mg	200mg
2-DFC Adulto (Lamivir S 30)	30mg	--	--	150mg	--
3-DFC Adulto (TREZAV)	--	300mg	--	150mg	200mg
2-DFC Adulto (ZOVILAM)	--	300mg	--	150mg	--

ANEXO 5: FICHA DE ACTIVIDADE DOMICILIÁRIA



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
 DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
 PNC ITS/HIV/SIDA

Ficha de Actividade Domiciliária

DATA ___/___/___

1. Nome do doente: _____ NID _____ Cod TARV _____

Morada _____

2. Chefe do agregado familiar:

Nome _____

Idade _____ anos; Profissão _____

3. N.º pessoas agregado: Adultos _____ Crianças _____

4. Rendimento médio do agregado: _____ MT

5. Tipo habitação (assinalar): alvenaria () ; madeira/zinco () ; palhota () - N.º quartos _____

6. Abastecimento de água (assinalar): torneira () ; fontanário () ; poço () ; torneira do vizinho ()

7. Evacuação excretas (assinalar): sanita () ; latrina simples () ; latrina melhorada () ; sem latrina ou sanitário ()

8. N.º pessoas com HIV no agregado familiar:

Nome do membro do agregado familiar HIV +	Idade (anos/ meses)	TARV	
		Sim	Não

Data em que recebeu cesta básica: ___/___/___

Data em que recebeu outros bens: ___/___/___

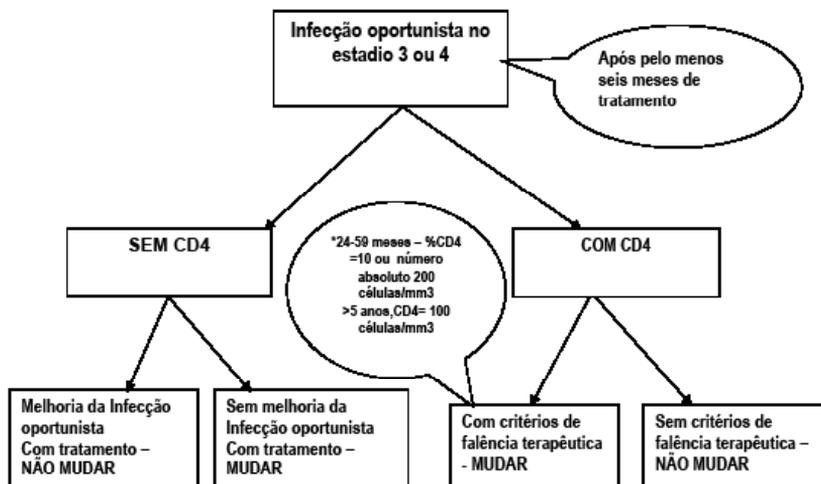
Datas de consulta: ___/___/___; ___/___/___; ___/___/___

Estado de conservação dos medicamentos em casa (assinalar): bom () ; médio () ; mau ()

ANEXO 6: ALGORITMO DE MUDANÇA DE LINHA TERAPÉUTICA EM CASO DE FALÊNCIA

MUDANÇA DE LINHA - 2ª LINHA

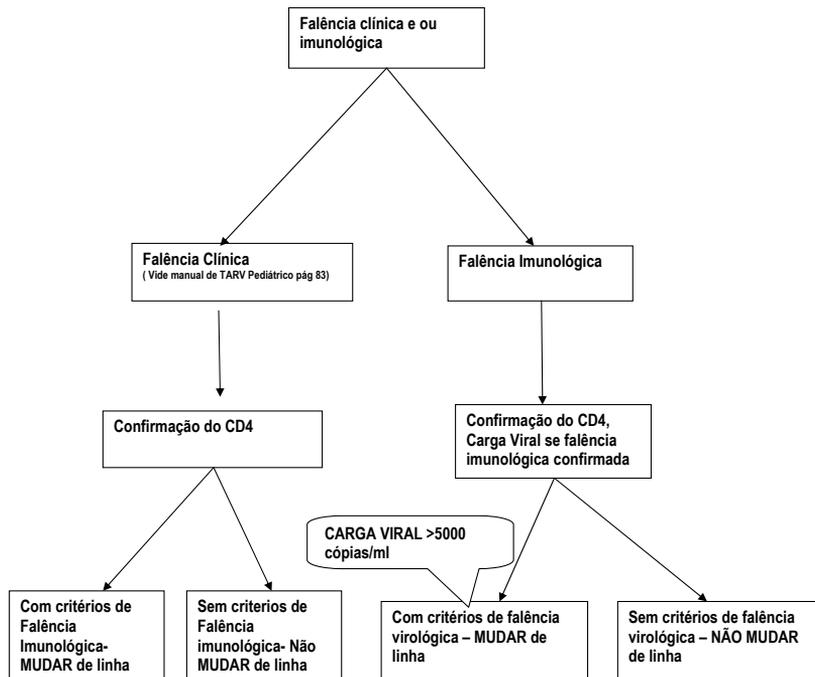
DETERMINAR QUANDO MUDAR COM BASE NA CLÍNICA (CARGA VIRAL NÃO DISPONÍVEL, COM OU SEM CD4 NAS CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS)



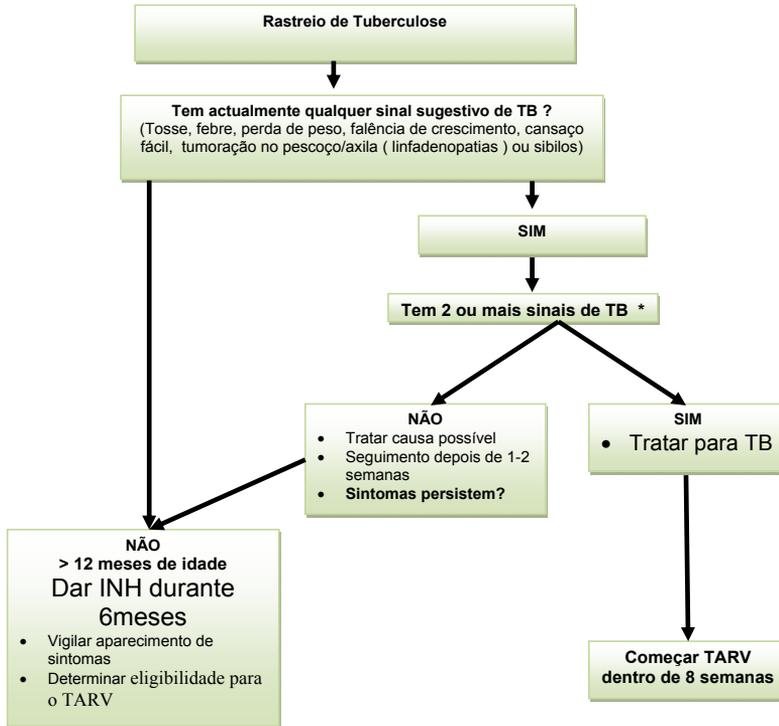
Em relação aos valores de CD4 como critério de falência terapêutica considera –se falência terapêutica nas crianças maiores de 5 anos se o CD4 for menor ou igual a 100 células, e para crianças dos 24 meses aos 59 meses considera –se falência terapêutica se o CD4 percentual for menor ou igual a 10% e o número absoluto menor ou igual a 200 células

Nota: mantém – se as Normas do Comité Terapêutico Nacional para mudança de linha: cada caso clínico deve ser enviado para avaliação pelo Comité Nacional antes de mudança de linha.

DETERMINAR QUANDO MUDAR COM BASE EM DADOS IMUNOLÓGICOS (COM CARGA VIRAL DISPONÍVEL)



ANEXO 7: ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO E CONDUTA PARA TB EM CRIANÇA



@ Define-se contacto estreito aquele que vive na mesma casa ou está em contacto frequente com um doente com Tuberculose pulmonar.

* 2 ou mais dos seguintes: Tosse persistente que não melhora por mais de 21 dias; perda de peso ou falência de crescimento durante os últimos 3 meses; fadiga / falta de vontade de brincar; febre persistente por mais de 14 dias.

O aumento não doloroso dos gânglios (> 2x2 cm) no pescoço, sem causa local visível no couro cabeludo ou sem resposta ao tratamento com antibiótico é altamente sugestivo de Tuberculose ganglionar.

** toda a criança HIV+, independentemente da idade, desde que tenha contacto com TB pulmonar deve fazer profilaxia com isoniazida durante 6 meses.

