



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública

Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas do Adulto, Adolescente, Grávida e Criança

2016



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública

Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas do Adulto, Adolescente, Grávida e Criança

GUIÃO DE BOLSO

2016



Prefácio

Em Moçambique, a pandemia do HIV/SIDA é assumida como um dos desafios de âmbito multisectorial. No que concerne ao Serviço Nacional de Saúde, múltiplas acções integradas têm sido implementadas nos últimos anos pelo Ministério da Saúde (MISAU) com vista a alargar as medidas de prevenção, diagnóstico e o início atempado dos cuidados e tratamento, sendo que em 2013 foi implementado o Plano de Aceleração de Resposta ao HIV e SIDA, que contempla nos seus objectivos a expansão dos Serviços TARV e a melhoria da qualidade assistencial.

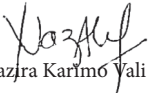
A complexidade do tratamento antiretroviral e das infecções oportunistas, associada aos desafios que a expansão do TARV levanta, sugere que os profissionais da saúde envolvidos no tratamento dos pacientes com o HIV/SIDA tenham cada vez mais competências para lidar com esta patologia e proporcionar aos doentes uma terapêutica racional.

No contexto do parágrafo anterior, foi elaborado o presente Guião de Bolso referente ao *Tratamento antiretroviral e infecções oportunistas do adulto, adolescente e criança*, que é um instrumento de grande utilidade para os provedores saúde, em especial aos envolvidos no tratamento dos pacientes infectados pelo HIV.

Assim, espera-se que este Guião de Bolso contribua para uma abordagem correcta, atempada e padronizada no atendimento aos pacientes com HIV/SIDA, garantindo o uso racional e cientificamente fundamentado dos escassos recursos existentes.

Maputo, 30 de Dezembro de 2015

A Ministra da Saúde


Dra. Nazira Karimó Yali Abdula

Índice

PARTE I: TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL NO ADULTO, ADOLESCENTE, GRAVIDA E CRIANÇA

1.0 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO PACIENTE ADULTO.....	3
1.1 Diagnóstico da infecção por HIV no Paciente Adulto	3
1.2 Estadiamento da OMS para adultos.....	4
1.3 Classes dos fármacos antiretrovirais segundo os mecanismos de acção.....	5
1.4 Critérios para Início de TARV e Esquemas Terapêuticos.....	14
1.5 Profilaxia de Infecções Oportunistas no Paciente Adulto HIV+.....	18
1.6 Manejo de pacientes adultos com co-infecção TB-HIV.....	22
1.7 Avaliação nutricional do paciente adulto com HIV.....	24
1.8 Seguimento Clínico e laboratorial do Paciente HIV+.....	26
1.9 Monitoria dos efeitos adversos dos fármacos antiretrovirais e outros fármacos usados em pacientes com HIV.....	28
1.10 Falência Terapêutica: Monitoria e Avaliação da Adesão	46
1.10.1 Avaliação da Adesão: aconselhamento para reforço de adesão em pacientes com carga viral elevada	49
2.0 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NA CRIANÇA.....	51
2.1 Diagnóstico da infecção por HIV em Crianças	53
2.2 Estadiamento da OMS para Crianças	55
2.3 Critérios para Inicio de TARV em Crianças e Esquemas Terapêuticos	57
2.4 Profilaxia de Infecções Oportunistas na Criança HIV+.....	60
2.5 Manejo de crianças com co-infecção TB-HIV	62
2.6 Avaliação nutricional da criança com HIV.....	64
2.7 Classificação da Criança com Malnutrição.....	65

2.8 Tratamento das crianças HIV+ com Malnutrição	81
2.9 Seguimento clínico e laboratorial da criança HIV+	84
2.10 Falência Terapêutica na Criança HIV+	86
3.0 ABORDAGEM INTEGRAL DA MULHER GRÁVIDA E DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV.....	89
3.1 Seguimento da Mulher Grávida/Lactante HIV+	89
3.2 Seguimento da Criança Exposta (filho de mãe seropositiva)	91
4.0 PREVENÇÃO APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL.....	97
4.1 Prevenção após violência sexual em Adultos	97
4.2 Prevenção após violência sexual em Crianças	99
4.3 Profilaxia pos-exposição ocupacional ao HIV (PPE).....	103
5.0 ABORDAGEM EM APOIO PSICOSSOCIAL E PREVENÇÃO POSITIVA	103
 PARTE II: INFECÇÕES OPORTUNISTAS	
6.0 INFECÇÕES OPORTUNISTAS.....	109
6.1 Infecções Oportunistas Respiratórias no Paciente HIV+	109
6.2 Manifestações Neurológicas no Paciente HIV+	116
6.3 Manifestações Mucocutâneas associadas ao HIV	125
6.4 Manifestações Gastrointestinais no paciente HIV+	135
6.4.1 Diarreia no paciente HIV+	135
6.4.2 Outras Manifestações Gastrointestinais no Paciente HIV+	137
6.5 Alterações Hepáticas em Paciente HIV+	139
6.6 Alterações Renais em Paciente HIV+: Nefropatia por HIV (HIVAN).....	141
6.7 Alterações Cardíacas em Paciente HIV+	142
6.8 Tratamento da Malária no Paciente HIV+	144
6.9 Tuberculose em Paciente HIV+	148
6.10 Abordagem Síndromica das ITS.....	151

TABELAS

1. Classificação do Estadiamento da OMS para os Adultos e Adolescentes	4
2. Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR)	6
3. Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa	7
4. Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR)	8
5. Inibidores da Protease (IP)	9
6. Inibidores da Integrase	13
7. Critérios para o início de TARV em pacientes adultos	14
8. Indicações de profilaxia primária em adultos em Moçambique e Critérios para a Suspensão	18
9. Esquemas de TARV para pacientes adultos recebendo Tratamento para TB com Rifampicina	22
10. Estado nutricional em adultos usando o Índice de massa corporal (IMC)	24
11. Estado nutricional da mulher grávida/lactante a partir do perímetro braquial	24
12. Manejo da desnutrição aguda em pacientes adultos	24
13. Avaliação Nutricional no Paciente Adulto HIV+ (Cálculo do Índice de Massa Corporal)	25
14. Pacote de Cuidados do Paciente Adulto HIV+	26
15. Seguimento Clínico e Laboratorial Pré-TARV em Pacientes Adultos	26
16. Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV em Pacientes Adultos	27
17. Efeitos Adversos aos ARVs e Manejo dos mesmos	29
18. Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para mulheres	44
19. Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para homen	45
20. Roteiro para o Seguimento de Pacientes em TARV e que têm Carga Viral $\geq 1,000$ cópias/ml	49
21. Diagnóstico Presuntivo em Crianças Menores de 18 meses	54
22. Classificação do Estadiamento da OMS Pediátrico	54
23. Critérios para o Início de TARV em Crianças	57
24. Regimes Terapêuticos Seguidos em Moçambique em Crianças	57
25. Posologia dos Esquemas Terapêuticos com Base no Peso	58
26. Tratamento Profilático com CTZ na Criança	60
27. Tratamento profilático com INH na Criança HIV+	60
28. Posologia do Tratamento de TB (caso novo) em Crianças	62

29. Esquemas de TARV em Crianças com TB activa	62
30. Peso para Comprimento para Raparigas dos 0-23 meses de Idade	65
31. Peso para Comprimento para Rapazes dos 0-23 meses de Idade	67
32. Peso para Altura para Raparigas dos 24-60 meses de Idade	69
33. Peso para Altura para Rapazes dos 24-60 meses de Idade	71
34. Cálculo de Índice de MC para Crianças entre 5 e 18 anos (75-99cm)	73
35. Cálculo de Índice de MC para Crianças entre 5 e 18 anos (100-124cm)	74
36. Cálculo de Índice de MC para Crianças entre 5 e 18 anos (125-149cm)	75
37. Cálculo de Índice de MC para Crianças entre 5 e 18 anos (150-175cm)	76
38. Índice de Massa Corporal para Idade para Raparigas dos 5-18 anos de Idade	77
39. Índice de Massa Corporal para Idade para Rapazes dos 5-18 anos de Idade	79
40. Manejo da Desnutrição em Crianças	81
41. Quantidade de ATPU (saquetas) durante a Fase de Reabilitação Nutricional para Crianças (6 meses a 15 anos)	83
42. Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV (Crianças)	84
43. Regimes de 2ª linha, consoante ao regime usado na 1ª linha	87
44. Opções com Fármacos ARVs para Prevenir a Transmissão Vertical em Moçambique	89
45. Esquemas de TARV para a Mulher Grávida e Lactante HIV+	90
46. Calendário de Seguimento da Mulher Grávida/Lactante HIV+	90
47. Profilaxia com ARVs para a Criança Exposta	92
48. Posologia para a Dosagem de Nevirapina Profiláctica (Xarope) em Crianças Expostas	92
49. Tomada de Decisão Sobre o Tratamento Profilático 1	99
50. Tomada de Decisão Sobre o Tratamento Profilático 2	99
51. Profilaxia Para as ITS	100
52. Contraceção de emergência para todas raparigas	101
53. Profilaxia Pos-Exposição para HIV	101
54. Infecção de Vias Respiratórias Superiores (Crianças)	112
55. Infecções das Vias Respiratórias Inferiores	113
56. Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)	114
57. Pneumonias Fúngicas	115
58. Pneumonia Intersticial Linfóide (PIL)	115
58. Toxoplasmose do SNC	117

59. Criptococose Meníngea.....	118
60. Meningites Bacterianas.....	121
61. Meningite Tuberculosa	122
62. Meningites/Encefalites.....	123
63. Neurosífilis.....	124
64. Infecções Bacterianas da Pele	125
65. Infecções Cutâneas por Fungos.....	126
66. Infecções Cutâneas por Vírus	127
67. Escabiose	131
68. Dermatoses Inflamatórias Associadas à Infecção por HIV	132
69. Sarcoma de Kaposi	134
70. Manifestações Orais e Oroesofágicas no Paciente HIV+	137
71. Patologias que envolvem o fígado em paciente HIV+	139
72. Nefropatia por HIV.....	141
73. Patologia Cardíaca Comum no Paciente HIV+	142
74. Posologia do Tratamento de Malária com Artemeter-Lumefantrina (AL).....	146
75. Posologia do Tratamento da Malária com Artesunato-Amodiaquina (AS+AQ).....	146
76. Posologia do Tratamento de Malária com Quinino VO	146
77. Critérios para uso de GeneXpert para diagnóstico de TB em Moçambique.....	148
78. Esquema de Tratamento de TB em Crianças e Duração do Mesmo (segundo a localização da tuberculose)	149
79. Posologia do Tratamento de TB (caso novo) em Crianças	149
80. Tratamento da TB no Adulto (caso novo).....	149

ALGORITMOS

1. Testagem do HIV com Testes Rápidos.....	3
2. Tratamento profilactico com INH para adultos infectados com HIV	20
3. Seguimento de pacientes recebendo TPI.....	21
4. Carga Viral para adultos e crianças maiores de 5 anos	47
5. Carga Viral para mulheres grávidas e Lactantes.....	48
6. Diagnóstico precoce em crianças expostas ao HIV	53
7. Tratamento Profilático com INH para Crianças Infectadas pelo HIV	61
8. Carga Viral de Rotina para Crianças de 2-5 anos de idade	87
9. Algoritmo da Abordagem da Violência Sexual.....	97
10. Apoio psicossocial e Prevenção Positiva	103
11. Manifestações Respiratórias Agudas nos Adultos e Adolescentes.....	109
12. Manifestações respiratórias crónicas no paciente adulto HIV+ (1).....	110
13. Manifestações respiratórias crónicas no paciente adulto HIV+ (2).....	111
14. Abordagem do Paciente Adulto HIV+ com Cefaleis e Imunodepressão Avançada ...	116
15. Abordagem da Diarreia Aguda no Paciente Adulto HIV+	135
16. Abordagem da Diarreia Crónica no Paciente Adulto HIV+	136
17. Diagnóstico e Tratamento da Malária em adultos e crianças (acima de 5 Kg)	144
18. Diagnóstico e Tratamento da Malária na mulher grávida	145
19. Diagnóstico de TB em Crianças menores de 14.....	148
20. Corrimento Uretral.....	151
21. Úlcera Genital no Homem e na Mulher	152
22. Corrimento Vaginal.....	153
23. Dor no Baixo Ventre	155

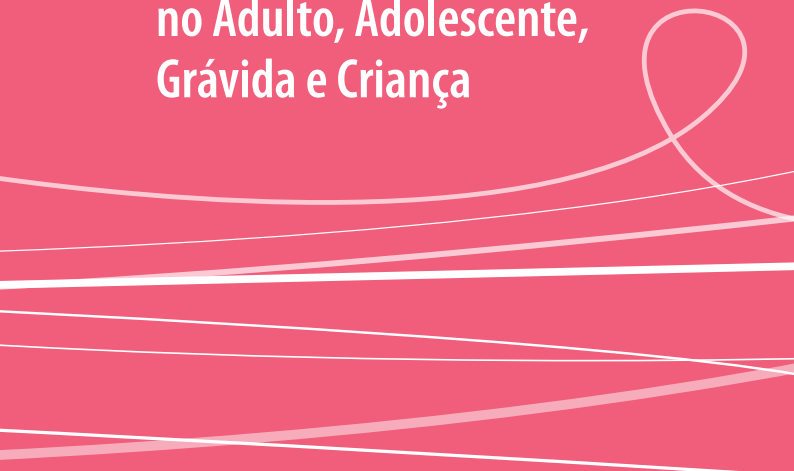
QUADROS

1. Esquemas Terapêuticos Seguidos em Moçambique em Adultos	16
2. Escolha da 2ª Linha em Adultos.....	17
3. Escolha da 3ª Linha.....	17
4. Posologia do Tratamento de Malária com Artesunato Injectável	147
5. Posologia do Tratamento de Malária com Quinino EV.....	147



PARTE I

Tratamento Antiretroviral no Adulto, Adolescente, Grávida e Criança

The background of the page is a solid pink color. Overlaid on this background are several thin, white, abstract lines. These lines are mostly horizontal but have a wavy, fluid quality. One line on the right side forms a large, loose loop that extends upwards and then curves back down. Other lines are more straight but have slight undulations. The overall effect is a modern, minimalist graphic design.

1.0 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO PACIENTE ADULTO

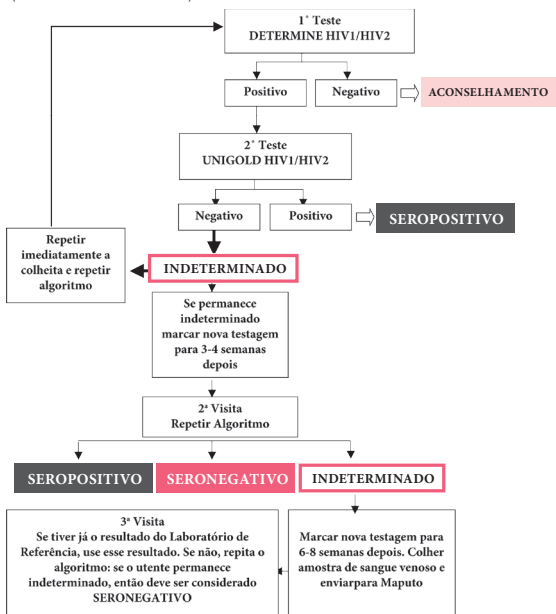
1.1 Diagnóstico da infecção por HIV no Paciente Adulto	3
1.2 Estadiamento da OMS para adultos.....	4
1.3 Classes dos fármacos antiretrovirais segundo os mecanismos de acção	5
1.4 Critérios para Início de TARV e Esquemas Terapêuticos	14
1.5 Profilaxia de Infecções Oportunistas no Paciente Adulto HIV+	18
1.6 Manejo de pacientes adultos com co-infecção TB-HIV	22
1.7 Avaliação nutricional do paciente adulto com HIV	24
1.8 Seguimento Clínico e laboratorial do Paciente HIV+	26
1.9 Monitoria dos efeitos adversos dos fármacos antiretrovirais e outros fármacos usados em pacientes com HIV	28
1.10 Falência Terapêutica: Monitoria e Avaliação da Adesão	46
1.10.1 Avaliação da Adesão: aconselhamento para reforço de adesão em pacientes com carga viral elevada.....	49

1.0 Tratamento Antirretroviral no Paciente Adulto

1.1 Diagnóstico da Infecção por HIV no Paciente Adulto

Algoritmo 1. Testagem do HIV com Testes Rápidos

(acima de 18 meses de idade)



Nota: Na impossibilidade de referir amostras de sangue fresco para o INS (Maputo) poderá ser feito teste PCR e/ou Carga Viral para diagnóstico definitivo de pacientes com teste indeterminado persistente.

1.2 Estadiamento da OMS para Adultos

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

Tabela 1: Classificação do Estadiamento da OMS para os Adultos e Adolescentes (2006) – Resumida

Estadio I:	
Assintomático	
Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	
Estadio II:	
Perda de peso inexplicada e moderada (< 10% do peso corporal total)	Dermatite seborreica
Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores	Infecções fúngicas do leito ungueal
Herpes zóster	Ulcerações orais recorrentes (≥2 episódios em 6 meses)
Queilite angular	Erupção papular prurítica (Prúriga)
Estadio III:	
Perda de peso inexplicada e severa (> 10% do peso corporal total)	Infecções bacterianas severas (por exemplo: pneumonia, meningite, empiema, piomiosite, infecções dos ossos ou articulações, bacteriemia e doença inflamatória pélvica severa)
Diarréia persistente inexplicada (>1 mês)	Gengivite ou estomatite ulcerativa necrotizante aguda, ou periodontite ulcerativa necrotizante aguda
Febre persistente inexplicada, intermitente ou constante (> 1 mês)	Gengivite/estomatite ulcerativa necrotizante aguda ou periodontite necrotizante aguda
Candidíase oral	TB Pulmonar
Leucoplasia oral pilosa	Anemia (<8g/dL) ou neutropenia (< 500/mm ³) ou trombocitopenia crônica (<50.000/mm ³) inexplicadas

Estadio IV:	
Síndrome de caquexia	Toxoplasmose do SNC
Pneumonia por <i>Pneumocystis Jiroveci</i> (PCP)	Encefalopatia pelo HIV (complexo demência-SIDA)
Pneumonia bacteriana severa e recorrente (≥ 2 episódios nos últimos 6 meses)	Infecção crónica por Herpes simples (oral ou cutânea ≥ 1 mês de duração) ou visceral em qualquer sítio
Candidíase esofágica	Linfoma não-Hodgkin
Infecção por micobactéria não tuberculosa disseminada	Criptococose extrapulmonar (incluída meningite)
TB extrapulmonar ou disseminada	Criptosporidiose crónica (com diarreia)
Sarcoma de Kaposi	Carcinoma invasivo do colo uterino (mulheres)
Infecção por CMV	Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP)
Nefropatia sintomática associada ao HIV	Cardiomiopatia sintomática associada ao HIV

1.3 Classes dos Fármacos Antiretrovirais Segundo os Mecanismos de Acção

Associações de Fármacos para adultos em Dose Fixa Combinada (DFC) disponíveis em Moçambique:

- TDF300/3TC300/EFV600
- TDF300/3TC300
- AZT150/3TC150/NVP200
- AZT150/3TC150
- ABC600/3TC300
- LPV/r 200/50
- ATV/r 300/100

Tabela 2: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR)

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras fármacos										
ABACAVIR (ABC)	Comprimido 300mg Em associação estão disponíveis os seguintes comprimidos: ABC600+3TC300	Adulto: 300mg 12/12h ou 600 mg/dia	Não necessita de ajuste na posologia	Administrar com ou sem alimentos Com outros ARVs: não descrita Etanol aumenta em 41% níveis séricos de ABC (significado clínico desconhecido). ABC – clearance de metadona em 22%.										
LAMIVUDINA (3TC)	Comprimido 150mg Em associação: (Veja AZT, TDF, ABC)	Adulto: 150mg 12/12h ou 300mg 1x/dia	<table><thead><tr><th>Dep Cr.(ml/min)</th><th>Dose</th></tr></thead><tbody><tr><td>30-59</td><td>150mg a cada 24h</td></tr><tr><td>10-29</td><td>150mg na 1ª dose e a seguir 100mg 1x/dia</td></tr><tr><td><10</td><td>150mg na 1ª dose e a seguir 50mg 1x/dia</td></tr><tr><td><5</td><td>50mg na 1ª dose e a seguir 25mg 1x/dia</td></tr></tbody></table> Doentes em Hemodiálise: 200mg a cada 96horas (dar a dose após a diálise se estiver no dia da dose)	Dep Cr.(ml/min)	Dose	30-59	150mg a cada 24h	10-29	150mg na 1ª dose e a seguir 100mg 1x/dia	<10	150mg na 1ª dose e a seguir 50mg 1x/dia	<5	50mg na 1ª dose e a seguir 25mg 1x/dia	Administrar com ou sem alimentos. Com outros ARVs: não descrita Cotrimoxazol (3TC). Não há necessidade de ajuste de dose
Dep Cr.(ml/min)	Dose													
30-59	150mg a cada 24h													
10-29	150mg na 1ª dose e a seguir 100mg 1x/dia													
<10	150mg na 1ª dose e a seguir 50mg 1x/dia													
<5	50mg na 1ª dose e a seguir 25mg 1x/dia													
ZIDOVUDINA (AZT)	Cápsula 300mg Em associação estão disponíveis os seguintes comprimidos: - AZT300+3TC150 - AZT300+3TC150+ NVP200	Adulto: 300mg 12/12h	<table><thead><tr><th>Dep Cr.(ml/min)</th><th>Dose</th></tr></thead><tbody><tr><td>30-59</td><td>300mg 12/12h</td></tr><tr><td>10-29</td><td>300mg 12/12h</td></tr><tr><td><10</td><td>300mg 1x/dia</td></tr></tbody></table>	Dep Cr.(ml/min)	Dose	30-59	300mg 12/12h	10-29	300mg 12/12h	<10	300mg 1x/dia	Administrar com ou sem alimentos. Interação com Estavudina: potencial redução da actividade anti-retroviral por antagonismo. Contra-indicado uso concomitante. Risco de toxicidade hematológica: Ganciclovir, Anforterina B, flucitosina, Cotrimoxazol, dapsona, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina e Interferon. Monitorar anemia e neutropenia. Níveis do AZT: Probenecida, fluconazol, paracetamol, metadona, atovaquona, ácido valpróico. Monitorar.		
Dep Cr.(ml/min)	Dose													
30-59	300mg 12/12h													
10-29	300mg 12/12h													
<10	300mg 1x/dia													

Tabela 3: Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras fármacos						
TENOFIVIR (TDF)	Comprimidos 300 mg	Adulto: 300 mg 1x/dia	<table><thead><tr><th>Dep (Cr.(ml/min))</th><th>Dose</th></tr></thead><tbody><tr><td>30-49</td><td>300mg a cada 48h</td></tr><tr><td>10-29*</td><td>300mg 2x semana</td></tr></tbody></table>	Dep (Cr.(ml/min))	Dose	30-49	300mg a cada 48h	10-29*	300mg 2x semana	Administrar com ou sem alimentos
	Dep (Cr.(ml/min))	Dose								
30-49	300mg a cada 48h									
10-29*	300mg 2x semana									
	Em associação: TDF300+ 3TC300+ EFV600 TDF300+3TC300		Sempre que houver sinais de nefrotoxicidade após a introdução do TDF, este deve ser suspenso imediatamente, pois a toxicidade relacionada com o TDF não é reversível. O TDF não é recomendado no caso de Dep. Creatinina <30 ml/min	IP: TDF pode aumentar o nível sérico de alguns IPs, entretanto não há recomendação de ajustar doses. Atazanavir: reduz-se os níveis séricos deste fármaco quando usado com Tenofovir. Usar tenofovir somente com ATV/r (300mg/100mg).						

Tabela 4: Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTs)

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras fármacos
EFVIRENZ (EFV)	Cápsulas de 600mg,	Adulto: 600mg 1x/dia	Não necessita de ajuste (dializável)	Administrar com ou sem alimentos, evitando somente refeições muito gordurosas. Lopinavir/r: ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 3cp 12/12h. INNTs: Potencial interação. Contra-indicada associação Uso concomitante contra-indicado: astemizol, terfenadina, midazolam, triazolam, cisaprida, derivados de ergotamina e claritromicina, Hipérico (fitoterapia) Rifampicina (↓ EFV), mas não se recomenda ajuste da dose do EFV. Rifabutin (↓ Rifabutin). Ajustar a dose de Rifabutin para 450mg /dia. Anticonvulsivantes: podem diminuir níveis do EFV e do fenobarbital, fenitoína e carbamazepina. Considerar alternativas terapêuticas. Metadona (↓ metadona). Considerar ajuste da dose de metadona Etinilestradiol: ↑ níveis séricos.
NEVIRAPINA (NVP)	Comprimido 200mg Em associação - AZT300+ 3TC150+ NVP200	No Adulto: Dose de indução: 200mg/dia (14 dias) Dose de manutenção: 200mg 12/12h Se interrupção > 7 dias, reiniciar com 200mg/dia	Não necessita de ajuste (não dializável)	Administrar com ou sem alimentos Lopinavir/r: ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 12/12h. Ritonavir: ↓ RTV. Na necessidade de ajuste de dose. Uso concomitante contra-indicado: rifampicina, ketoconazol, cápsula de alho, erva de São João, ginseng, echinacea e ginkgo biloba. Metadona: ↓ metadona, considerar ajuste de dose. Atenção: A NVP ↓ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.

Tabela 5: Inibidores da Protease (IP)

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras fármacos
LOPINAVIR/RITONAVIR (LPV/R)	Comprimidos de 200mg/50mg	Adulto: 400/100mg (2comp 12/12h).	Não necessita de ajuste (não dialisável)	Administrar com alimentos Efavirenz ou Nevirapina: ↓ LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 2x/dia. - Uso concomitante contra-indicado: rifampicina, flecainida, propafenona, derivados de ergot, astemizol, terfenadina, cisaprida, triazolam, lovastatina, sinvastatina, midazolam, erva de São João, cápsula de alho, echinacea, ginseng e ginkgo-biloba. - Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital ou dexametasona (diminui LPV). Usar com precaução. - Atorvastatina ou cerivastatina (↑ inibidores da HMG-coA redutase). - Considerar uso de drogas alternativas. - Rifabutina (↑ Rifabutina). Reduzir a dose de Rifabutina a 75% da dose usual recomendada. - Medicamentos com potencial interação que requerem monitoria rigorosa ou ajuste de dose: amiodarona, bepridil, lidocaína (sistêmica), quinidina, ciclosporina, rapamicina, felodipina, nifedipina, nicardipina, metadona, ketoconazol, itraconazol.
		Associado com EFV ou NVP: ajustar a dose do LPV/r para 3 comprimidos 12/12h		Sildenafil (↑ sildenafil). Não exceder a dose de 25mg x48h. Atenção: O RTV ↓ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras fármacos
RITONAVIR (RTV)	Comprimido revestido 100 mg	Adulto: Associado com outro IP: vide IP em questão + RTV 100mg 2x/dia	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste (não dialisável) Insuficiência hepática: evitar uso	Administrar, preferencialmente, com alimento para melhorar a tolerância Nevirapina: ↓ RTV. Não há necessidade de ajuste de doses. Uso concomitante contra-indicado: mepredina, piroxicam, propofeno, amiodarona, encainida, flecainida, propafenona, quinidina, bepridil, derivados do ergot, simvastatina, lovastatina, astemizol, terfenadina, cisaprida, bupropiona, clobapina, pimizida, clorazepato, alprazolam, diazepam, estazolam, flurazepam, midazolam, triazolam, zolpidem, cápsula de alho. Rifampicina (↓ RTV). Não há necessidade de ajuste de dose. Rifabutina (↑ Rifabutina). Ajustar dose de Rifabutina. Ketoconazol (↑ ketoconazol). Não exceder a dose de 200mg/dia. Desipramina (↑ desipramina). Considerar a redução da dose de desipramina. Teofilina (diminui teofilina). Monitorar teofilina Metadona (diminui metadona). Considerar aumento de dose da metadona. Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina: possíveis alterações da AUC das drogas. Monitorar os anticonvulsivantes. Metronidazol, tinidazol, secnidazol e dissulfiram (efeito antabuse com o conteúdo de álcool da preparação de Ritonavir). Suplementos a base de alho aumentam toxicidade do RTV. Evitar o uso. Sildenafil (aumenta sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/48h. Aciclovir (maior risco de nefrolitase). Atenção: O RTV ↓ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional. Atenção: O RTV ↑ etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras fármacos
ATAZANAVIR//RITONAVIR (ATV/R)	Comprimidos de 300/100 mg	Adulto: ATV 300mg 1x/dia + RTV 100mg 1x/dia	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste (mas não recomendado em pacientes a fazer hemodiálise) Insuficiência hepática: usar com precaução em casos ligeiros e não usar em doentes com afeção hepática moderada a grave	Administrar com alimento Efavirenz ou Nevirapina: não é recomendada co-administração. Em combinação com EFV considerar o aumento de ATV para 400mg 1x/dia e RTV 200mg 1x/dia Uso concomitante contra-indicado: sinvastatina ou lovastatina. - Se a utilização de atorvastatina for considerada estritamente necessária, deve ser administrada a menor dose possível com monitorização clínica cuidadosa. Não se recomenda a utilização concomitante com fluticasona ou outros glucocorticoides que são metabolizados pelo CYP3A4 nem com inibidores da bomba de prótons (omeprazol e outros) A utilização concomitante com salmeterol pode resultar no aumento de acontecimentos adversos cardiovasculares associados ao salmeterol.
				Não foi estudada a coadministração com outros contraceptivos hormonais ou com contraceptivos orais contendo outros progestagénios para além do norgestimato, pelo que deve ser evitada. (Se um contraceptivo oral for administrado com ATV/r, recomenda-se que o contraceptivo oral contenha, pelo menos, 30 µg de etinilestradiol e que a doente seja recordada para seguir rigorosamente a posologia deste regime contraceptivo)

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras fármacos
DARUNAVIR (DRV)	Comprimidos revestidos de 300 mg	Adulto: Associado com RTV: DRV/r 600mg 2x/dia + RTV 100mg 2x/dia	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste Insuficiência hepática: usar com precaução em casos ligeiros a moderado e não usar em doentes com afeção hepática grave	Administrar com alimento Lopinavir/r: não se recomenda a co-administração. Tenofovir: Se for utilizada, sugere-se monitorar a toxicidade do tenofovir com mais rigor. Uso concomitante contra-indicado: astemizol ou terfenadina, midazolam ou triazolam, cisaprida, pimozida ou sertindol, amiodarona, bepridil, quinidina, lidocaína sistémica, lovastatina e sinvastatina, rifampicina. Antiácidos: intervalo mínimo de 2 horas entre as drogas. Ketoconazol, Fluconazol, Itraconazol: precaução com uso prolongado e dose > 200mg/dia. Ethinilestradiol: redução da concentração do etinilestradiol em 50% (usar outro método contraceptivo).

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

Nota: Ritonavir é usado como potenciador dos outros IP (LPV, ATV, DRV entre outros), já que este medicamento inibe as enzimas do Citocromo P450A4 e age também na absorção e metabolismo de primeira passagem. Sendo assim, aumenta as concentrações séricas dos outros IPs co-administrados, proporcionando níveis séricos destes mais elevados, estáveis e por tempo mais prolongado, além de proporcionar menor risco de mutações que confinam resistência viral.

Tabela 6: Inibidores da Integrase

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outros fármacos
RALTEGRAVIR (RAL)	Comprimidos revestidos de 400 mg	Adulto: 400 mg 2x/dia	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste Insuficiência hepática: usar com precaução em casos graves	Administrar com ou sem alimentos Com outros ARVs: não descrita A rifampicina reduz os níveis plasmáticos do Raltegravir A coadministração de inibidores da bomba de prótons ou outros medicamentos antiulcerosos pode aumentar os níveis plasmáticos de raltegravir. Não é necessário ajuste posológico para o RAL ou para os contraceptivos hormonais (baseados em estrogénio e/ou progesterona).

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

1.4 Critérios para Início de TARV em Adultos e Esquemas Terapêuticos

Tabela 7: Critérios para o início de TARV em pacientes adultos

CRITÉRIOS PARA O INÍCIO DE TARV		
Estadio Clínico da OMS	CD4 disponível	CD4 não disponível
I	Tratar se $CD4 \leq 500$ cel/mm3	Não tratar
II		
III	Tratar independentemente da contagem de CD4	Tratar
IV		
Grupos Especiais		
Todas as mulheres grávidas e lactantes HIV+ devem iniciar TARV independentemente do estadio clínico e da contagem de CD4		
Todos os pacientes com co-infecção VHB-HIV e HTLV-HIV devem iniciar TARV com independência do estadio clínico e da contagem de CD4		
Todos os pacientes com diagnóstico de HIV e TB em qualquer localização devem iniciar TARV com independência da contagem de CD4		
Todos os pacientes com cancro invasivo (qualquer) e HIV devem iniciar TARV com independência de qualquer outra condição		
Todos os parceiros HIV+ das mulheres grávidas e/ou lactantes seronegativas devem receber TARV com independência do estadio clínico e da contagem de CD4		
E		
Após preparação do doente para garantir a adesão adequada ao TARV		

IMPORTANTE:

1. Na impossibilidade de acesso à contagem de Linfócitos T – CD4+, a terapia antiretroviral e as profilaxias primárias devem ser consideradas para pacientes adultos com menos de 1.200 linfócitos totais/mm³ (ou queda anual maior que 33%), especialmente se Hemoglobina <10g/dl, pela grande probabilidade da contagem de Linfócitos T – CD4+ ser < 200cel/ mm³ (*J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005. 99: 620-625). Pode-se ainda estimar a contagem de linfócitos T CD4+ com a seguinte fórmula:

Linfócitos T= 80% dos linfócitos totais;

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

2. Sempre que possível, o TARV e a profilaxia com CTZ não devem ser iniciados em simultâneo. Em adultos, iniciar CTZ o mais precocemente possível e no mínimo 2 semanas antes do início do TARV, para que, caso ocorra alguma reacção medicamentosa, seja possível melhor definir o fármaco responsável;

3. Boa adesão e prevenção com o uso de preservativo é a associação ideal para o sucesso terapêutico!

Quadro 1: Esquemas Terapêuticos Seguidos em Moçambique em Adultos

1^{as} LINHAS:

TDF¹ + 3TC + EFV

AZT + 3TC + NVP

ALTERNATIVA ÀS 1^{as} LINHAS:

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

- Se Insuficiência Renal ou Diabetes Mellitus ou HTA¹: ABC+3TC+EFV ou AZT+3TC+EFV
- Se antecedentes psiquiátricos graves²:
 - AZT + 3TC + NVP: no caso de pacientes que iniciam TARV com CD4 ≤ 350 cels/mm³
 - TDF + 3TC + LPVr: para pacientes que iniciam TARV com CD4 ainda elevados e que por tanto têm elevado risco de hepatotoxicidade com o uso de NVP

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

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

¹ Insuficiência renal: Depuração de creatinina < 60 ml/min (vide tabela para cálculo de Depuração de Creatinina na unidade sobre Efeitos Adversos, nas páginas 44 e 45)

² HTA: PA > 145/95 mmHg comprovada no mínimo em 3 medições

² DM: Glicemia em jejum ≥ 7.7 mmol/l ou ≥ 140 mg/dl

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

Quadro 2: Escolha da 2ª Linha em Adultos

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

- 1ª opção: AZT + 3TC + LPVr
- 2ª opção: ABC + 3TC + LPVr para situações de intolerância a AZT

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

- 1ª opção: TDF + 3TC + LPV/r
- 2ª opção: ABC + 3TC + LPV/r: para situações de contra-indicação de TDF

Quadro 3: Escolha da 3ª Linha

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

TDF300+3TC300 1 comp/dia ou AZT300+3TC150 1 comp 12/12 horas ou
ABC600+3TC300 1 comp/dia + Raltegravir 400 mg 12/12 horas + Darunavir 600 mg
12/12 horas + Ritonavir 100 mg 12/12 horas

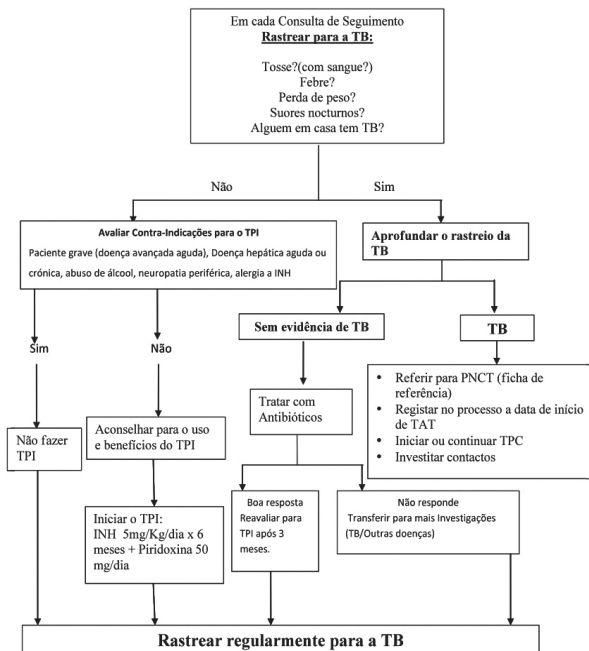
1.5 Profilaxia de Infecções Oportunistas no Paciente Adulto HIV+

Tabela 8: Indicações de profilaxia primária em adultos em Moçambique e Critérios para a Suspensão

Infecção	Critérios de elegibilidade	Profilaxia	Critérios de suspensão
- <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) - Malária - Pneumonias bacterianas; - Síndromes disenteriformes; - Toxoplasmose cerebral	• Adultos em geral - o Baseado no Estado Clínico da OMS (quando o exame de CD4 não estiver disponível): HIV positivo Estados II, III ou IV; - o Baseado no Estado Clínico da OMS e contagem de CD4: CD4 $\leq$ 350 cels/mm³ independentemente do Estado da OMS; - o Estado III e IV independentemente do CD4; • Mulheres grávidas, independentemente da idade gestacional.	TPC: Tratamento Profilático com Cotrimoxazol comp 400/80 mg • 2 comp/dia Alternativa (nos casos de alergia a CTZ) Dapsona 100 mg/dia (só útil para profilaxia de PCP deve iniciar com CD4 $<$ 200 cels/mm³)	• Estar em TARV • Ter no mínimo 2 medições consecutivas de CD4 $\geq$ 350 cels/mm³ (6 meses entre elas) Nota: A mulher grávida não suspende a profilaxia com CTZ
- Tuberculose (TB)	• Doente HIV+ adulto (incluídas as grávidas), sem nenhum sintoma/sinal de TB pulmonar ou extra-pulmonar activa, independentemente do resultado da reacção de Mantoux Contra-indicação /exclusão: • Tuberculose activa (qualquer forma) • Doença hepática aguda ou crónica • Paciente com doença aguda grave, pela dificuldade para excluir TB activa • Neuropatia periférica • Abuso de álcool • Má adesão • Intolerância/ Alergia à isoniazida	TPI: Tratamento Profilático com Isoniazida (INH) • 5 mg/kg/dia (Máximo 300mg/dia) durante 6 meses Associar piridoxina 50mg/dia para prevenir o desenvolvimento da neuropatia periférica	Não se aplica (o TPI é feito por 6 meses)

Infecção	Critérios de elegibilidade	Profilaxia	Critérios de suspensão
-Meningite criptocócica	Doente HIV + adulto (> 15 anos) excluídas as grávidas, com contagem de CD4 ≤ 100 cels/mm³ e com resultado do teste de antígeno para criptococo em soro positivo (CrAg +)	Profilaxia da meningite criptocócica: - Fase indução com Fluconazol 800 mg/dia durante 2 semanas - Fase consolidação com Fluconazol 400mg/dia durante 8 semanas - Fase manutenção com Fluconazol 200 mg/dia ate atingir CD4 > 200 cel/mm³ por, pelo menos 6 meses (2 medidas consecutivas).	- Ter completado a fase de indução e consolidação. - Ter iniciado TARV - Ter contagem de CD4 ≥ 200 cels/mm³ por pelo menos 6 meses (2 medidas consecutivas)

Algoritmo 2: Tratamento profilactico com INH para adultos infectados com HIV

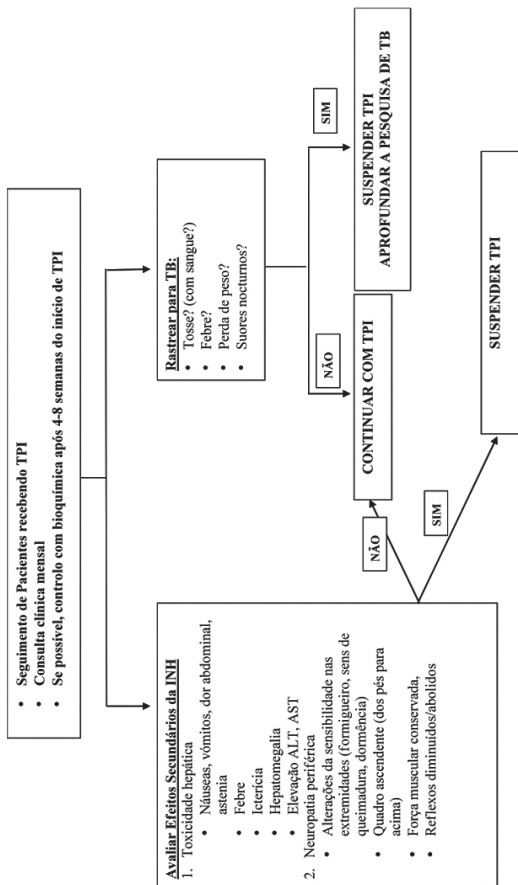


De forma geral não se aconselha o início de TPI na primeira/as consultas de seguimento, pelo risco de existência de TB activa não detectada. Os seguintes são grupos de pacientes nos quais é seguro introduzir TPI:

¹ Pacientes nos primeiros estadios da doença e com contagens de CD4 elevadas (neles é mais fácil detectar TB) com ou sem TARV

² Pacientes que podem ter estadio OMS avançado mas que recebem TARV há algum tempo e apresentam recuperação clínica (actualmente estão assintomáticos).

Algoritmo 3: Seguimento de pacientes recebendo TPI



1.6 Manejo de pacientes adultos com co-infecção TB-HIV

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

Tabela 9: Esquemas de TARV para pacientes adultos recebendo Tratamento para TB com Rifampicina

Situação particular	Esquema	Dose
Esquema de 1ª escolha	TDF+3TC+EFV (DFC)	1 comp/noite
Contra-indicação para uso de TDF	ABC 600 mg+3TC 300 mg (DFC) +	1 comp/noite
	EFV 600 mg	1 comp/noite
	ou	
	AZT 300 mg+3TC 300 mg (DFC) +	1 comp 12/12 horas
	EFV 600 mg	1 comp/noite
Intolerância a EFV ou resistência a 1ª linha	TDF+3TC	1 comp/noite
	LPV/r 200/50 mg +	3 comp 12/12 horas
	Ritonavir cápsula 100 mg	1 caps 12/12 horas

IMPORTANTE:

O tratamento da TB é prioritário em relação ao início do TARV;

Os pacientes que desenvolvem TB e já recebem TARV com NVP devem ser trocados para um regime que não contenha NVP (substituição de NVP por EFV ou por LPV/r hiperpotenciado, dependendo do caso).

- Se houver insuficiência renal deve ser escolhido ABC ou AZT no lugar do TDF.
- Se insuficiência renal e hemoglobina < 8 g/dl deve ser escolhido ABC no lugar do TDF ou AZT.

Associar sempre piridoxina 50mg/dia em todos os pacientes em tratamento para TB para prevenir o risco de neuropatia periférica associado ao uso de isoniazida;

Dever-se-á utilizar o esquema com LPVr em doses maiores durante o período de uso da Rifampicina, nos casos em que o EFV esteja contra-indicado (doente com intolerância ao EFV) ou nos casos de resistência ao EFV (pacientes em segunda linha de TARV). No fim do tratamento da TB o LPVr deverá ser ajustado à dose normal.);

Indicação do uso de corticosteróide no tratamento da Tuberculose:

- TB pericárdica
- TB SNC

1.7 Avaliação Nutricional do Paciente Adulto com HIV

Os pacientes adultos HIV+ devem ser avaliados do ponto de vista nutricional a cada consulta clínica. O cálculo do IMC permite o diagnóstico dos casos de desnutrição e a tomada de conduta mais adequada consoante a cada caso.

Tabela 10: Estado nutricional em adultos usando o Índice de massa corporal (IMC)

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

Este indicador não é recomendado para mulheres grávidas nem naquelas nos 6 meses pós-parto

Tabela 11: Estado nutricional da mulher grávida/lactante a partir do perímetro braquial

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

Mulheres grávidas e aquelas nos 6 meses pós-parto

Tabela 12: Manejo da desnutrição aguda em pacientes adultos

Estado nutricional	Categoria clínica	Conduta	Alta
Pacientes com IMC ≤ 16 Kg/m ² ou PB ≤ 21 cm	Desnutrição aguda grave + complicações médicas	Internar, iniciar reabilitação nutricional, seguimento diário	Após resolução das complicações médicas, iniciando ATPU
Pacientes com IMC ≤ 16 Kg/m ² ou PB ≤ 21 cm	Desnutrição aguda grave sem complicações médicas	Tratamento ambulatorio com ATPU (Plumpy nut ou outros), seguimento a cada 7 dias	Após IMC ≥ 16 Kg/m ² ou PB ≥ 21 cm
Pacientes com IMC ≥ 16 e < 18.5 Kg/m ² ou PB ≥ 21 e < 23 cm	Desnutrição aguda moderada	Tratamento ambulatorio com ATPU (Plumpy nut ou outros) ou CBS, seguimento a cada 15 dias	Após IMC ≥ 18.5 Kg/m ² ou PB ≥ 23 cm

Tabela 13: Avaliação Nutricional no Paciente Adulto HIV+ (Cálculo do Índice de Massa Corporal)

Altura, em metros	Peso, em kilogramas														
	35	37,5	40	42,5	45	47,5	50	52,5	55	57,5	60	62,5	65		
1,5	15,6	16,7	17,8	18,9	20	21,1	22,2	23,4	24,4	25,6	26,7	27,8	28,9		
1,52	15,1	16,2	17,3	18,4	19,5	20,6	21,6	22,7	23,8	24,9	26	27,1	28,1		
1,54	14,8	15,8	16,9	17,9	19	20	21,1	22,1	23,2	24,3	25,3	26,4	27,4		
1,56	14,4	15,4	16,4	17,5	18,5	19,5	20,5	21,6	22,6	23,6	24,7	25,7	26,7		
1,58	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
1,6	13,7	14,6	15,6	16,6	17,6	18,6	19,5	20,4	21,5	22,4	23,4	24,4	25,4		
1,62	13,3	14,3	15,2	16,2	17,1	18,1	19,1	20	21	21,9	22,9	23,8	24,8		
1,64	13	13,9	14,9	15,8	16,7	17,7	18,6	19,5	20,4	21,4	22,3	23,3	24,2		
1,66	12,7	13,6	14,5	15,4	16,3	17,2	18,1	19,1	20	20,9	21,8	22,7	23,6		
1,68	12,4	13,3	14,2	15,1	15,9	16,8	17,7	18,6	19,5	20,4	21,3	22,2	23		
1,7	12,1	13	13,8	14,7	15,6	16,4	17,3	18,2	19	19,9	20,8	21,7	22,5		
1,72	11,8	12,7	13,5	14,4	15,2	16,1	16,9	17,8	18,6	19,5	20,3	21,2	22		
1,74	11,6	12,4	13,2	14	14,9	15,7	16,5	17,4	18,2	19	19,8	20,7	21,5		
1,76	11,3	12,1	12,9	13,7	14,5	15,3	16,1	17	17,8	18,6	19,4	20,2	21		
1,78	11	11,8	12,6	13,4	14,2	15	15,7	16,6	17,4	18,2	18,9	19,8	20,5		
1,8	10,8	11,6	12,3	13,1	13,9	14,7	15,4	16,2	17	17,8	18,5	19,3	20,1		
1,82	10,6	11,3	12,1	12,8	13,6	14,3	15,1	15,9	16,6	17,4	18,1	18,9	19,6		
1,84	10,3	11,1	11,8	12,6	13,3	14	14,7	15,6	16,2	17	17,7	18,5	19,2		
1,86	10,1	10,8	11,6	12,3	13	13,7	14,4	15,2	15,9	16,7	17,3	18,1	18,8		
1,88	9,9	10,6	11,3	12	12,7	13,4	14,1	14,9	15,6	16,3	17	17,7	18,4		
1,9	9,7	10,4	11,1	11,8	12,5	13,2	13,9	14,6	15,2	16	16,6	17,4	18		
IMC=16,0, Internar? Senão e preciso internar, dar Plumpynut e avaliar para condições de estágio III ou IV.															
IMC <18,5. Avalie para condições de estágio III ou IV. Pacote nutricional se disponível.															

1.8 Seguimento clínico e laboratorial do paciente HIV+

Tabela 14: Pacote de Cuidados do Paciente Adulto HIV+

Em todas as consultas clínicas de seguimento de pacientes HIV+ é importante a abordagem dos seguintes pontos:	
Anamnese e exame físico	
Rastreio de infecções oportunistas e outras (TB, ITS)	
Avaliação do estado nutricional	IMC nos adultos Perímetro braquial nas grávidas e lactantes até 6 meses após o parto
Estadiamento clínico da OMS	
Avaliação de critérios para início de profilaxias (INH, CTZ, Fluconazol)	
Avaliação de critérios para início de TARV	
Aconselhamento	Prevenção positiva e revelação do seroestado
	Adesão aos cuidados
	Vida saudável
	Referência para planeamento familiar e rastreio CACUM em mulheres
Para pacientes em TARV também:	Avaliação da toxicidade a MARVs
	Avaliação da adesão ao TARV

Tabela 15: Seguimento Clínico e Laboratorial Pré-TARV em Pacientes Adultos

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

Tabela 16: Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV em Pacientes Adultos

	Meses de tratamento												1º ano de TARV			
	0	1/2¹	1 ou 1/2¹	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	6/6m	12/12m
Atendimento clínico	x	x	x		x			x						x	x	
Aconselhamento	x	x	x					x			x			x	Sempre que necessário	
Farmácia	x	x	x	x	x	x	x	x			x			x	trimestralmente	
Hemograma	x		x					x						x	x	
Contagem de Linfócitos T CD4+²	x							x						x	X	
Carga viral (se for possível)								x								x
ALT	x		x											x		x
Glicemia³	x							x						x	x	
Creatinina⁴	x							x						x	x	
Colesterol total e triglicéridos³	x													x		x
Urina II	x							x						x	x	
Amilase⁵	x							x						x		x

¹ Os pacientes que iniciam TARV com a linha TDF+3TC+EFV são reavaliados 1 mês após o início de tratamento. Os pacientes que iniciam TARV com AZT+3TC+NVP são reavaliados aos 15 dias e aos 45 dias

² A carga viral irá ser introduzida de forma faseada e passará a ser o teste de referência para monitorar a resposta ao TARV. Até a introdução da CV rotineira o CD4 continua a ser o exame de referência para monitorar a resposta ao TARV.

³ Nos esquemas contendo IPs

⁴ Nos esquemas contendo TDF

1.9 Monitoria dos Efeitos Adversos dos Fármacos Antiretrovirais e Outros Fármacos Usados em Pacientes com HIV

Princípios gerais que devem ser observados em caso de aparecimento de um efeito adverso:

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

Centro de Informação sobre Medicamentos (CIMed)

Sector de Farmacovigilância. Departamento Farmacêutico
Av. Salvador Allende/ Agostinho Neto, Maputo, Moçambique
E-mail: farmacovigilanciaticimmocambique@gmail.com

Tabela 17: Efeitos Adversos aos ARVs e Manejo dos mesmos

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

DIARRÉIAS

Todos ARVs, principalmente LPV/r, AZT				
Agente				
Grau	1	2	3	4
Sinais e sintomas	Mal estar leve e transitório: <4 dejeções/dia ou ligeira diarreia há < 1 semana.	Mal estar moderado: > 4 dejeções/dia ou > 1 semana.	Mal estar severo, Hipotensão ortostática Diarréias com sangue ou > 7 dejeções/dia.	Choque hipotensivo.
Conduta	Tranquilizar o doente. Dar mistura oral.	Tranquilizar o doente. Dar mistura oral e loperamida 2cp na 1ª evacuação diarreica e depois 1cp após cada evacuação. Máximo de 6cp/dia.	Referir para internamento.	Suspender os antiretrovirais. Referir para internamento urgente.

NEUROPSIQUIÁTRICO / COMPORTAMENTO

EFV				
Agente				
Grau	1	2	3	4
Sinais e sintomas	Tonturas.	Sonhos vívidos.	Mudanças severas de humor. Sonhos vívidos persistentes, sem febre associada.	Psicose aguda, alucinações, comportamento confuso.
Conduta	Tranquilizar o doente.	Tranquilizar o doente.	Clorpromazina 50 mg à noite.	Suspender os antiretrovirais. Fazer punção lombar para excluir meningite. Referir para internamento.

NEUROPATIA PERIFÉRICA

Agente	Isoniazida (INH)			
Grau	1	2	3	4
Sinais e sintomas: sensação de queimadura, formigues, sobretudo nos membros inferiores	Incomodo leve.	Incomodo moderado.	Mudanças na sensibilidade ou parestesia, causando severo desconforto e impossibilidade de fazer actividades normais.	Desconforto incapacitante, causando impossibilidade de fazer actividades básicas para o auto-sustento.
Conduta	Piridoxina 25-50 mg, 1x dia Suspendir INH, associar: • Piridoxina 25-50 mg, 1x dia • Amitriptilina 25-75 mg, à noite.			

ERUPÇÃO CUTÂNEA / DERMATITE (REACÇÃO ALÉRGICA)

Agente	NVP, EFV, ATV			
Grau	1	2	3	4
Sinais e sintomas	Eritema, prurido.	Erupção máculo-papular difusa ou descamação seca.	Vesiculação, decamação húmida ou ulcerações, urticária generalizada, angioedema.	Dermatite esfoliativa, envolvimento de mucosas com ou sem febre, eritema multiforme, suspeita de Síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica, anafilaxia, doente em choque.
Conduta	Tranquilizar o doente. Clorfeniramina 4mg 2xdia, se necessário. Monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar NVP para EFV (sem suspender o TARV).	Clorfeniramina 4mg 2xdia, se necessário. Monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar NVP para EFV (sem suspender o TARV).	Suspender todos os antiretrovirais até reverter ao Grau 0 ou 1. Clorfeniramina 4mg 3xdia. Após estabilização reiniciar TARV trocando NVP por LPVr. Manter observação contínua do doente.	Suspender todos os antiretrovirais. Referir para internamento urgente (às vezes requer cirurgia). Após estabilização reiniciar TARV trocando NVP por LPVr. Manter observação contínua do doente.

HIPERGlicEMIA	
Agente	Inibidores de Protease (IPs)
Sinais e sintomas	Sinais e sintomas: • Poliúria, nictúria • Polifagia, polidipsia • Perda de peso não explicada Fatores de risco: • pessoas idosas • IMC alto (sobrepeso e obesidade) • História familiar de diabetes
Conduta	Dieta Exercício físico Se glicemia de jejum >140 mg/dl ou 7,7 mmol/l: Metformina

DISLIPIDEMIA	
Agente	Inibidores de Protease (IPs)
Sinais e sintomas	Sinais e sintomas: • não há sintomas clínicos • testes laboratoriais
Conduta	Mudanças de comportamento: • Fazer ginástica ou desporto, pelo menos, 5 vezes por semana durante 30 minutos • Alimentação equilibrada com aumento de peixe (se possível 2 vezes por semana), 200 gramas de verduras ou legumes/dia, 2 frutos por dia, diminuição de gorduras e de sal Controlar outros fatores de risco: • Parar de fumar • Diminuir o uso de álcool até no máximo 2 copos/dia • Tratar diabetes mellitus, se indicado • Tratar hipertensão se indicado • Diminuir o peso até IMC <de 25 kg/mm² Drogas antilipêmicas: • Triglicéride >500-750 mg% : Bezafibrato 400-600mg/dia ou Fenofibrato 160 mg/dia • Colesterol LDL >130-160 mg%: Pravastatina 20-40 mg/dia ou atorvastatina 10-40mg/dia

LIPODISTROFIA

Agente	ITRN (d4T > AZT, ddI, EFV), Inibidores de Protease (IPs), Raltegravir (RAL)
Sinais e sintomas	Partes onde gordura pode acumular: • no abdômen • na região dorso-cervical • nas mamas (também nos homens) • lipomas Partes onde gordura pode diminuir: • na face (nas bochechas, na parte temporal da cabeça) • gordura subcutânea dos membros inferiores e superiores
Conduta	Considerar tratamento estético e exercícios físicos. Substituição do(s) ARV(s) suspeito(s): d4T por outro ITRN e IP por ITRNN

EFEITOS SECUNDÁRIOS SEVEROS

CITOPENIA

Agente	AZT			
Sinais e sintomas	Anemia 1-4% Neutropenia 2-8%			
Grau	1	2	3	4
Hemoglobina	8.0 - 9.4 g/dl	7.0 - 7.9 g/dl	6.5 - 6.9 g/dl	<6.5 g/dl
Neutrófilos	1000 - 1500/mm ³	750 - 999/mm ³	500 - 749/mm ³	<500/mm ³
Conduta (após exclusão de outras causas de anemia/ leucopenia)	Continuar TARV. Dar sal ferroso com ácido fólico.	Trocar para um ARV com baixo risco de toxicidade medular (TDF ou ABC). Dar sal ferroso com ácido fólico.		Trocar para um ARV com baixo risco de toxicidade medular (TDF ou ABC). Transfusão de sangue, ou uso de Eritropoetina (EPO), ou Filgrastima (G-CSF).

EFEITOS SECUNDÁRIOS COM RISCO DE VIDA

HEPATITE				
Agente	NVP, EFV, LPV/r, RTV			
Sinais e sintomas	Os sinais e sintomas variam de acordo com o grau de dano ao fígado e incluem: - Náusea, vômitos, dor abdominal - Perda de apetite - Diarreias - Fraqueza ou fadiga - Icterícia - Hepatomegalia			
Diagnóstico diferencial	Hepatite viral (Hepatite A, B, C) Toma de medicamentos (Tuberculosstáticos, ARVs, Amoxicilina+Ácido Clavulânico, Fluconazol, Paracetamol em alta dosagem, etc.) Uso de álcool Malária Outros (TB, EBV, CMV, sífilis, hepatite auto-imune, etc.)			
Grau	1	2	3	4
Sexo Feminino	43,75 – 87,5 U/L	88 – 175 U/L	175,5 – 350 U/L	> 350 U/L
Sexo Masculino	56,25 – 112,5 U/L	113 – 225 U/L	225,5 – 450 U/L	> 450 U/L
Conduta	Continuar TARV. Repetir os testes 2 semanas mais tarde e reavaliar. É importante sempre excluir outros diagnósticos que podem estar provocando tais alterações. Por exemplo: Anemia – suspeitar de Tuberculose e Malária ALT elevado: suspeitar de hepatite viral. Suspender TARV imediatamente. Repetir as análises semanalmente e reavaliar. Substituir o ARV específico causador do quadro por outro ARV após normalização das análises.			

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON/NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA

Agente	NVP, EFV, ATV, DRV
Sinais e sintomas	Geralmente durante as primeiras semanas do TARV, com febres, mialgia. Dermatite exfoliativa com envolvimento de mucosas.
Diagnóstico diferencial	Suspender todos os antiretrovirais. Referir para internamento urgente (as vezes requer cirurgia). Substituir o ARV específico causador do quadro por outro ARV após a recuperação do paciente (INTR por IP)

HIPERSENSIBILIDADE	
Agente	ABC, RAL
Sinais e sintomas	Sinais e sintomas: - febres altas - erupção da pele - cefaléia - náuseas, dor abdominal, diarreia - artralgia - dispnéia Apresentação inicial pode ser confundida com manifestações clínicas de infecção viral. 90% dos casos aparecem dentro das primeiras 6 semanas de início do uso do ABC.
Conduta	Interromper definitivamente ABC e substituir por outro ARV. Tratamento sintomático. A reexposição pode levar a quadro grave, inclusive fatal.

ACIDOSE LÁCTICA, ESTEATOSE HEPÁTICA COM HIPERLACTEMIA

Agente	ITRN, especialmente d4T, ddI, AZT
Sinais e sintomas	Aparecimento dos sintomas pode variar de 3–4 meses até mais de 1 ano após o início TARV. Sinais e sintomas: • náuseas, vômitos, e dores abdominais persistentes • anorexia e/ou perda de peso não explicada • fadiga não explicada • sintomas respiratórios: taquipnéia, dispnéia Fatores de risco: • Sexo feminino • IMC alta • Gravidez • Uso prolongado de INRTs

Conduta	a) Lactato entre 2 – 5 mmol/l: avaliar o doente. • Se assintomático: continuar os ARVs. • Se sintomático: suspender todo o TARV até normalizar o nível do lactato. Re-introduzir o esquema TARV com ITRN de menor risco: ABC ou TDF no lugar do d4T ou AZT. b) Lactato entre 5 mmol/l e 10 mmol/l: suspender todo o TARV até normalizar o nível do lactato. Tratamento de suporte e monitoração laboratorial. Reintroduzir o esquema TARV com ITRN de menor toxicidade: ABC ou TDF no lugar do d4T ou AZT. c) Lactato acima 10 mmol/l: urgência, risco de morte. Parar imediatamente o TARV. Tratamento de suporte e monitoração laboratorial. Encaminhar o caso para discussão com o Comitê Nacional TARV. A normalização dos níveis do lactato pode levar vários meses até 1 ano. Na prática a avaliação do lactato sérico nem sempre está disponível. Em caso de forte suspeita clínica o TARV deve ser suspenso até melhoria clínica e reintroduzido posteriormente um esquema substituindo o INTR suspeito por TDF ou ABC.
----------------	---

NEFROTOXICIDADE

Agente	TDF
Sinais e sintomas	Sinais e sintomas: • Não há sintomas clínicos • Depuração da Creatinina alterada Fatores de risco: • doente idoso • Hipertensão • Diabético • IMC baixo • CD4 baixo
Conduta	Não é recomendado administrar TDF aos pacientes com depuração de creatinina <60 ml/min É uma contra-indicação absoluta para o uso de TDF uma depuração de creatinina <30 ml/min. Para cada doente em uso de TDF, a depuração estimada de creatinina deve ser calculada, a cada 6 meses. Sempre que houver sinais de nefrotoxicidade após a introdução do TDF, este deve ser suspenso imediatamente, pois a toxicidade relacionada com o TDF não é reversível.

A avaliação da função renal para a introdução e monitoria de Tenofóvir é feita a partir do cálculo da depuração de creatinina (Clearance de Creatinina). Por sua vez, a depuração de creatinina é estimada a partir do valor de creatinina sérica. Nos adultos, pode-se utilizar a fórmula de Cockcroft e Gault para o cálculo manual da depuração de creatinina, com base na idade, peso e creatinina sérica do paciente:

Depuração de creatinina =

Sexo masculino:

$$\frac{(140 - \text{idade em anos}) \times (\text{peso em kg})}{72 \times \text{serum creatinine em mg/dl}}$$

Sexo feminino:

$$\frac{(140 - \text{idade em anos}) \times (\text{peso em kg}) \times 0.85}{72 \times \text{serum creatinine em mg/dl}}$$

Avaliação da toxicidade renal em mulheres grávidas: Devido às alterações fisiológicas características da gravidez, com aumento da taxa de filtração glomerular em 40%, a depuração de creatinina não é uma medição específica para avaliação da toxicidade renal nestas pacientes. Deste modo deve ser usado valor absoluto da creatinina sérica, com ponto de corte de 85µmol/L. As mulheres após o parto devem utilizar os mesmos critérios dos adultos.

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

A depuração de creatinina pode ser encontrada nas tabelas que se seguem, a partir dos valores de creatinina sérica dos pacientes (expressada em $\mu\text{mol/l}$) e da idade. Estas tabelas são aplicáveis a partir dos 15 anos de idade (Adultos).

Tabela 18: Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para mulheres

Idade (anos)	Creatinina ($\mu\text{mol/l}$)																			
	88.4	97.2	106.1	114.9	123.8	132.6	141.4	150.3	159.1	168.0	176.8	185.6	194.5	203.3	212.2	221.0				
15	98.4	86.3	78.1	71.2	65.4	60.4	56.0	52.2	48.9	45.9	43.3	40.8	38.8	36.9	35.1	33.5				
20	90.9	81.4	73.7	67.2	61.7	56.9	52.8	49.3	46.1	43.3	40.9	38.6	36.6	34.8	33.1	31.6				
25	86.9	77.8	70.4	64.2	58.9	54.4	50.5	47.1	44.1	41.4	39.0	36.9	35.0	33.2	31.6	30.2				
30	83.7	75.0	67.8	61.9	56.8	52.4	48.7	45.4	42.5	39.9	37.6	35.6	33.7	32.0	30.5	29.1				
35	81.1	72.7	65.7	59.9	55.0	50.8	47.2	44.0	41.2	38.7	36.5	34.5	32.7	31.0	29.5	28.2				
40	79.0	70.7	64.0	58.3	53.6	49.5	45.9	42.8	40.1	37.7	35.5	33.5	31.8	30.2	28.8	27.4				
42	78.2	70.1	63.4	57.8	53.0	49.0	45.5	42.4	39.7	37.3	35.1	33.2	31.5	29.9	28.5	27.2				
44	77.5	69.4	62.8	57.2	52.5	48.5	45.0	42.0	39.3	36.9	34.8	32.9	31.2	29.6	28.2	26.9				
46	76.8	68.8	62.2	56.7	52.1	48.1	44.6	41.6	39.0	36.6	34.5	32.6	30.9	29.4	28.0	26.7				
48	76.1	68.2	61.7	56.2	51.6	47.7	44.2	41.3	38.6	36.3	34.2	32.3	30.6	29.1	27.7	26.4				
52	74.9	67.1	60.7	55.3	50.8	46.9	43.5	40.6	38.0	35.7	33.6	31.8	30.1	28.6	27.3	26.0				
56	73.8	66.1	59.8	54.5	50.0	46.2	42.9	40.0	37.4	35.2	33.1	31.3	29.7	28.2	26.9	25.6				
58	73.2	65.6	59.3	54.1	49.7	45.9	42.6	39.7	37.2	34.9	32.9	31.1	29.5	28.0	26.7	25.4				
60	72.7	65.2	58.9	53.7	49.3	45.6	42.3	39.4	36.9	34.7	32.7	30.9	29.3	27.8	26.5	25.3				
62	72.3	64.7	58.5	53.4	49.0	45.3	42.0	39.2	36.7	34.4	32.5	30.7	29.1	27.6	26.3	25.1				
64	71.8	64.3	58.2	53.0	48.7	45.0	41.7	38.9	36.4	34.2	32.3	30.5	28.9	27.5	26.1	24.9				
66	71.3	63.9	57.8	52.7	48.4	44.7	41.5	38.7	36.2	34.0	32.1	30.3	28.7	27.3	26.0	24.8				
68	70.9	63.5	57.5	52.4	48.1	44.4	41.2	38.4	36.0	33.8	31.9	30.1	28.5	27.1	25.8	24.6				
70	70.5	63.2	57.1	52.1	47.8	44.2	41.0	38.2	35.8	33.6	31.7	29.9	28.4	27.0	25.7	24.5				
72	70.1	62.8	56.8	51.8	47.5	43.9	40.7	38.0	35.6	33.4	31.5	29.8	28.2	26.8	25.5	24.3				
74	69.7	62.4	56.5	51.5	47.3	43.7	40.5	37.8	35.4	33.2	31.3	29.6	28.1	26.7	25.4	24.2				
76	69.3	62.1	56.2	51.2	47.0	43.4	40.3	37.6	35.2	33.1	31.2	29.4	27.9	26.5	25.2	24.1				
78	69.0	61.8	55.9	50.9	46.8	43.2	40.1	37.4	35.0	32.9	31.0	29.3	27.8	26.4	25.1	24.0				
80	68.6	61.5	55.6	50.7	46.5	43.0	39.9	37.2	34.8	32.7	30.8	29.1	27.6	26.2	25.0	23.8				

Tabela 19: Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para homens

Idade (anos)	Creatinina (mol/l)																			
H	88.4	97.2	106.1	114.9	123.8	132.6	141.4	150.3	159.1	168.0	176.8	185.6	194.5	203.3	212.2	221.0				
15	130	116	105	96	88	81	76	70	66	62	58	55	52	50	47	45				
20	123	110	99	91	83	77	71	66	62	58	55	52	49	47	45	43				
25	117	105	95	87	79	73	68	63	59	56	53	50	47	45	43	41				
30	113	101	91	83	77	71	66	61	57	54	51	48	45	43	41	39				
35	109	98	89	81	74	68	64	59	55	52	48	46	44	42	40	38				
40	106	95	86	79	72	67	62	58	54	51	48	45	43	41	39	37				
42	105	94	85	78	71	66	61	57	53	50	47	45	42	40	38	37				
44	104	94	85	77	71	65	61	57	53	50	47	44	42	40	38	36				
46	103	93	84	76	70	64	60	56	53	49	46	44	42	40	38	36				
48	103	92	83	76	70	64	60	56	52	49	46	44	41	39	37	36				
52	101	90	82	75	68	63	59	55	51	48	45	43	41	39	37	35				
56	99	89	81	73	67	62	58	54	50	47	45	42	40	38	36	35				
58	98	88	80	73	67	62	57	54	50	47	44	42	40	38	36	34				
60	98	88	79	72	66	61	57	53	50	47	44	42	39	37	36	34				
62	94	85	77	70	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33				
64	97	87	78	71	66	61	56	52	49	46	43	41	39	37	35	34				
66	96	86	78	71	65	60	56	52	49	46	43	41	39	37	35	33				
68	96	86	77	71	65	60	56	52	48	46	43	41	38	37	35	33				
70	95	85	77	70	64	60	55	51	48	45	43	40	38	36	35	33				
72	94	85	77	70	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33				
74	94	84	76	69	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33				
76	93	84	76	69	63	59	54	51	47	45	42	40	38	36	34	32				
78	93	83	75	68	63	58	54	50	47	44	42	39	37	36	34	32				
80	92	83	75	68	63	58	54	50	47	44	42	39	37	35	34	32				

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

Exemplo: Um paciente masculino de 42 anos de idade e com uma creatinina sérica de 106 µmol/l terá uma depuração estimada a partir da tabela de 85 ml/min. Se ele for de raça branca, o valor de depuração será de 70.2 ml/min. Lembre-se, podemos introduzir tenofovir nos pacientes com uma depuração de creatinina acima de 60 ml/min. Nos pacientes com Creatinina inferior a 88.4 µmol/l (1 mg/dl), o valor da depuração de creatinina permite sempre a introdução de Tenofovir

1.10 Falência Terapêutica: Monitoria e Avaliação da Adesão

Existem três elementos que podem ser utilizados para caracterizar uma falência terapêutica no paciente adulto, segundo a definição da OMS:

- a) Falência virológica: Carga viral detectável >1000 cópias/ml, confirmado por 2 medidas repetidas (com intervalo de 90 dias), na presença de boa adesão;
- b) Falência imunológica:
 - Queda na contagem de linfócitos T CD4+ a limites inferiores à sua contagem pré-tratamento, ou
 - Contagem de linfócitos T CD4+ persistentemente abaixo de 100 células/mm³ após 12 meses de terapia anti-retroviral.
- b) Falência clínica: Recorrência ou aparecimento de condição que indica imunodepressão severa (condições definidoras de estadio 4 da OMS) após 6 meses de tratamento eficaz

O teste de carga viral permite:

1. A curto prazo (6-12 meses após início de TARV) **avaliar a adesão ao tratamento.**
2. Ao longo prazo, **monitorar a resposta ao TARV.**

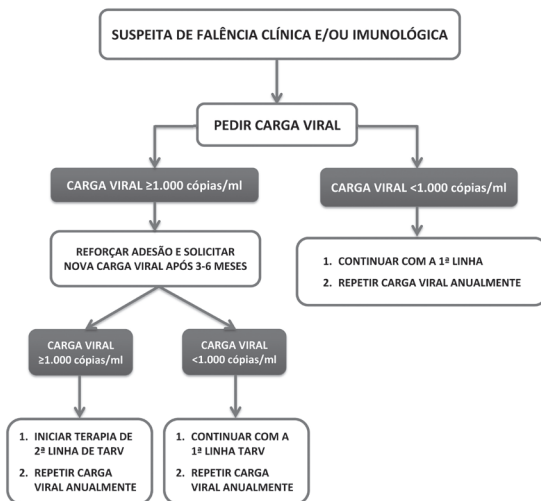
Cargas virais muito elevadas nos meses que seguem à introdução do TARV sugerem a não-toma do tratamento.

A existência de cargas virais persistentemente elevadas ($\geq 1,000$ cópias/ml) num paciente com boa adesão ao TARV, permite concluir que existe resistência ao tratamento.

Carga viral de rotina em mulheres grávidas e lactantes

- As grávidas e lactantes já em TARV no mínimo 3 meses à sua entrada no sector de SMI devem colher a carga viral na primeira consulta Pré-natal.
- As grávidas e lactantes que iniciam TARV no sector de SMI devem colher 1ª carga viral 3 meses após o início do TARV

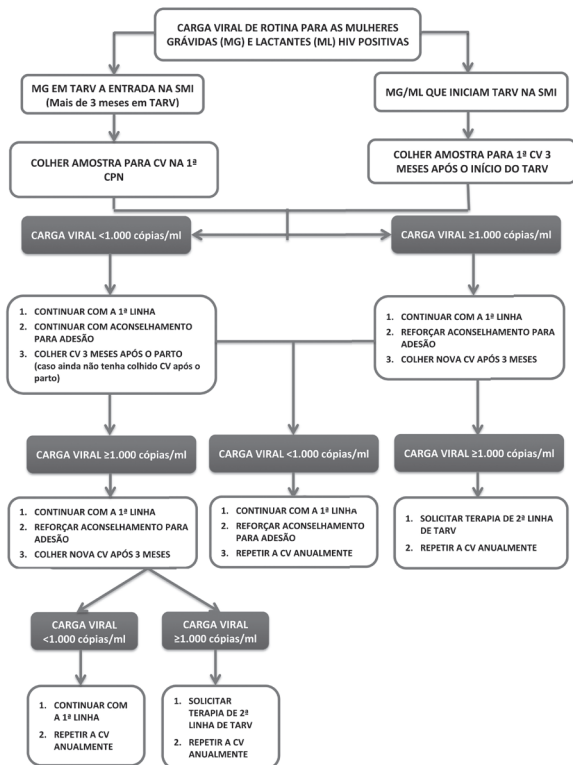
Algoritmo 4: Carga Viral para adultos e crianças maiores de 5 anos



Caso a carga viral seja indetectável, deve-se encorajar a adesão, continuar TARV e seguir o algoritmo dos adultos e crianças maiores de 5 anos.

Caso a carga viral seja detectável, deve-se trabalhar a adesão e colher nova carga viral após 3-6 meses. Se a segunda carga viral for também detectável, e com um valor superior às 1.000 cópias/ml, e após garantir a adesão da paciente, deve ser solicitada a troca para segunda linha terapêutica.

Algoritmo 5. Carga Viral para mulheres grávidas e Lactantes



1.10.1 Avaliação da Adesão: Aconselhamento para Reforço de Adesão em Pacientes com Carga Viral Elevada

Tabela 20: Roteiro para o Seguimento de Pacientes em TARV e que têm Carga Viral $\geq 1,000$ cópias/ml

O paciente recebe TARV por um período mínimo de 6 meses na data da colheita de carga viral? Se sim, reveja com ele todos os seguintes aspectos:	
Informação Chave para o/a Paciente (todos os seguintes conceitos devem ser abordados durante a sessão/consulta)	
Como funciona o TARV?	O TARV não permite ao vírus replicar. Não acaba com ele mas não lhe deixa reproduzir. Os pacientes em TARV bem-sucedido têm poucas chances de adoecer de SIDA
O que é o teste de carga viral?	O teste de carga viral mede a quantidade de vírus que se encontra no sangue de cada paciente
O que significa carga viral detectável?	Para um paciente que recebe TARV, significa que o vírus consegue replicar apesar do tratamento.
Avaliação de Adesão na consulta clínica	
Revisão do documento FILA/FRIDA na procura de atrasos/abandonos	
Pergunte: Na última semana, quantos comprimidos pode ter esquecido?	
Pergunte: No último mês, quantos comprimidos pode ter esquecido?	
Identificação de barreiras para a adesão: se o/a paciente reconhece fraca adesão, procure 1 ou vários dos seguintes motivos:	
Consumo de álcool ou outras substâncias em grandes quantidades?	
Queixas de toxicidade (reais ou percebidas)?	
Depressão, falta de motivação para fazer tratamento/viver?	
Problema social (pobreza, falta de apoio familiar, dinheiro de transporte...)?	
Próximos passos	
Reforçar a adesão (na consulta clínica e no sector de apoio psicossocial)	
Medir a carga viral de novo após 3-6 meses e explicar ao paciente que consoante ao novo resultado serão tomadas decisões sobre o esquema de tratamento mais adequado para ele/ela.	

2.0 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NA CRIANÇA

2.1 Diagnóstico da infecção por HIV em Crianças	53
2.2 Estadiamento da OMS para Crianças	55
2.3 Critérios para Início de TARV em Crianças e Esquemas Terapêuticos	57
2.4 Profilaxia de Infecções Oportunistas na Criança HIV+	60
2.5 Manejo de crianças com co-infecção TB-HIV	62
2.6 Avaliação nutricional da criança com HIV	64
2.7 Classificação da Criança com Malnutrição	65
2.8 Tratamento das crianças HIV+ com Malnutrição	83
2.9 Seguimento clínico e laboratorial da criança HIV+	83
2.10 Falência Terapêutica na Criança HIV+	86

2.0 Tratamento Antirretroviral na Criança

Diagnóstico de HIV nas Crianças Menores de 18 meses (Interpretação do Algoritmo de Diagnóstico Precoce):

- 1) Todos os lactentes com o estado de exposição para o HIV desconhecido têm que fazer o teste rápido de 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 (CE) ao HIV devem fazer o teste virológico (PCR ADN HIV) entre o 1º e o 9º mês de vida. Recomenda-se fazer este teste ao 1º mês de vida ou na primeira oportunidade que se apresenta na Unidade Sanitária.
- 3) Todas as CE com teste PCR ADN HIV positivo devem fazer um 2º teste PCR ADN HIV para confirmar o diagnóstico, que deve ser feito na altura da entrega do resultado do 1º teste.

Nota

A gestão dos casos de suspeita de falência no sector de SMI, devem ser geridos de forma conjunta com o clínico da unidade sanitária, com vista a uma melhor avaliação e conduta dos casos antes das trocas para a segunda linha.

- 4) Todas as CE ao HIV com idade ≥ 9 meses, que não fizeram o PCR ADN HIV antes ou que tiveram o teste PCR ADN HIV negativo, devem fazer o teste rápido aos 9 meses ou logo que aparecerem à consulta.
 - a. Se o resultado for positivo devem fazer o teste PCR ADN HIV para confirmar o diagnóstico

- i. Se a criança é assintomática deve continuar seguimento na CCR até a recepção do resultado da PCR.
 - ii. Se a criança é sintomática, deve.
- b. Se o resultado for negativo e a criança estiver ainda a ser amamentada, deve-se repetir o teste rápido 2 meses após o desmame.
- c. Se o resultado for negativo e a criança já não esta a ser amamentada há mais de 2 meses e nao tem nenhum sintoma sugestivo de HIV, exclue-se a infecção por HIV e, recomenda-se:
 - i. Parar a profilaxia com Cotrimoxazol
 - ii. Dar alta da CCR
- d. Se o resultado for indeterminado deve-se fazer o teste de PCR DNA HIV

Crianças com Resultados de Testes Discordantes

No caso de criança em TARV apresentar teste PCR DNA HIV confirmatório negativo, deve continuar o TARV, manter o seguimento no Serviço de Doenças Crônicas, e colher nova amostra de PCR DNA HIV.

- a. No caso de a terceira amostra de PCR DNA HIV confirmar-se positiva, a criança deve continuar TARV para toda a vida.
- b. No caso de a terceira amostra de PCR DNA HIV confirmar-se negativa, a criança deve ser avaliada individualmente, levando em consideração sua evolução clínica e imunológica:
 - i. Caso a criança tenha se apresentado inicialmente sintomática, com melhora clínica e imunológica após o início do TARV; deve-se avaliar o caso com clínico com mais experiência em TARV.
 - ii. Caso a criança tenha se apresentado inicialmente assintomática, sem evidência de imunodeficiência e evoluído da mesma maneira; o TARV deve ser suspenso e a criança deve ser seguida por mais 6 meses pelo clínico para seguimento clínico e avaliação do surgimento de sinais e sintomas sugestivos de HIV.

2.1 Diagnóstico da Infecção por HIV em Crianças

Algoritmo 6: Diagnóstico precoce em crianças expostas ao HIV

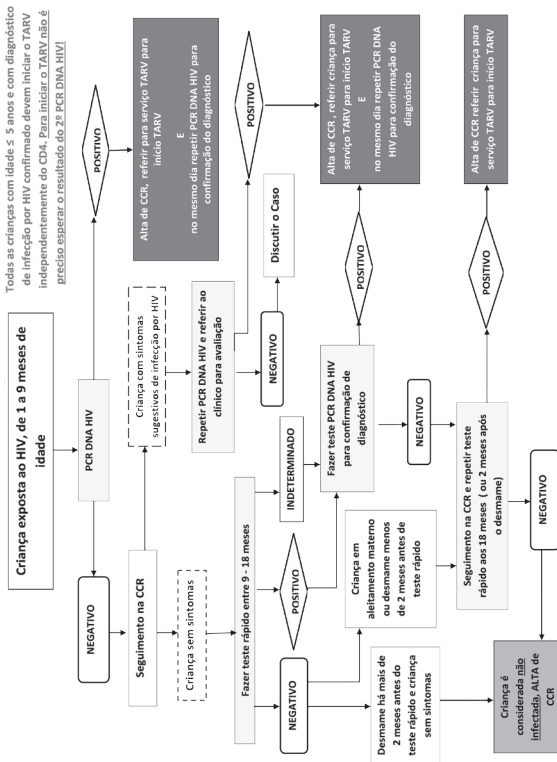


Tabela 21: Diagnóstico Presuntivo em Crianças Menores de 18 meses

Diagnóstico presuntivo da Infecção por HIV em Crianças com idade menor de 18 meses (que não tem acesso a teste PCR ADN HIV)

Criança com Suspeita de Infecção por HIV

A criança tem teste rápido ao HIV positivo

Criança apresenta um ou mais dos seguintes quadros:

Pneumonia grave
Candidíase oro-esofágica
Malnutrição grave
Sarcoma de Kaposi
PCP (Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*)

Outros indicativos que apoiam o diagnóstico de infecção severa por HIV são:

Morte materna recente

Mãe com infecção avançada por HIV

CD4(%) da criança $\leq 25\%$

Nota: Sempre confirmar o seroestado mais cedo possível (teste PCR ADN HIV em crianças menores de 18 meses ou teste rápido a partir dos 18 meses)

**Criança com diagnóstico
presuntivo**



INICIAR TARV

**Sempre confirmar o
seroestado o mais cedo possível
(teste PCR-ADN HIV em crianças
menores de 18 meses ou teste
rápido aos 18 meses)**

2.2 Estadiamento da OMS para Crianças

Tabela 22: Classificação do Estadiamento da OMS Pediátrico (2006) Resumida

Estadio I:	
Assintomático	
Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	
Estadio II:	
Hepatoesplenomegalia persistente inexplicada	Molusco contagioso extenso
Prurigo	Úlceras orais recorrentes (≥ 2 episódios em 6 meses)
Infecções fúngicas do leito ungueal	Aumento das parótidas sem outra causa aparente
Queilite angular	Herpes Zoster
Eritema gengival linear	Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores
Infecção viral verrucosa extensa da pele	
Estádio III:	
Malnutrição moderada inexplicada	Pneumonia bacteriana grave de repetição (≥ 2 episódios nos últimos 6 meses)
Diarréia persistente inexplicada (> 14 dias)	Gengivite ou estomatite ulcerativa necrotizante aguda, ou periodontite ulcerativa necrotizante aguda
Febre persistente inexplicada (> 1 mês)	LIP sintomática
Candidíase oral (após os 1 ^{os} 6 meses de idade)	Doença pulmonar crônica associada ao HIV (inclui bronquiectasia)
Leucoplasia oral pilosa	Anemia ($< 8g/dL$) ou neutropenia ($< 500/mm^3$) ou trombocitopenia crônica ($< 50000/mm^3$) inexplicadas
TB ganglionar e TB Pulmonar	

2.2

Estadiamento da OMS para Crianças

Estádio IV:	
Malnutrição grave, ou perda de peso severa inexplicada	Toxoplasmose do SNC
Pneumonia por <i>Pneumocystis jiroveci</i> (PCP)	Encefalopatia por HIV
Infecções bacterianas graves recorrente - empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite (≥ 2 episódios nos últimos 6 meses)	Infecção crónica por Herpes simples (oral ou cutânea ≥ 1 mês de duração ou visceral em qualquer sítio)
Candidíase esofágica (ou da traquéia, brônquios ou pulmões)	Linfoma não-Hodgkin
Infecção por micobactéria não tuberculosa disseminada	Criptococose extrapulmonar
TB extrapulmonar disseminada	Criptosporidiose crónica (com diarreia)
Sarcoma de Kaposi	Isosporiose crónica
Infecção por CMV	Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)
Nefropatia sintomática associada ao HIV	Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmose, peniciliose)
Cardiomiopatia sintomática associada ao HIV	

2.3 Critérios para Início de TARV em Crianças e Esquemas Terapêuticos

Tabela 23: Critérios para o Início de TARV em Crianças

Critérios para o início do TARV	
Idade <5 anos:	TARV Universal
Idade 5-14anos	CD4 <500 cel/mm ³ independentemente do estadio e/ou Estadio III ou IV da OMS independentemente do CD4

2.3

Critérios para Início de TARV em Crianças

Tabela 24: Regimes Terapêuticos Seguidos em Moçambique em Crianças

Idade	Regime 1ª Linha	
0-4 anos	Regimes de 1ª Escolha	AZT+3TC+NVP AZT+ 3TC + LPV/r*
	Se Hgb ≤8g/dl:	ABC+3TC+NVP ABC+3TC+LPV/r*
*se antecedente de exposição ao PTV		
5-14 anos	Regimes de 1ª Escolha	AZT+3TC+NVP/EFV TDF+3TC+EFV**
	** se peso ≥ 35Kg	
	Se Hgb ≤8g/dl:	ABC+3TC+NVP/EFV
	Se Insuficiência Renal, Diabetes, HTA: não usar TDF	AZT+3TC+EFV/NVP
	Se Transtornos psiquiátricos: não usar EFV	AZT+3TC+NVP TDF+ 3TC + LPVr
Todas as idades	Se intolerância a NVP: não usar NVP nem EFV	AZT+3TC+LPVr

Tabela 25: Posologia dos Esquemas Terapêuticos com Base no Peso

2.3	Critérios para Início de TARV em Crianças	Medicamento e Dosagem comprimidos (mg) e formulações líquidas (mg/ml)	Crianças com idade ≥ 6 semanas											
			Números de comprimidos ou quantidade de ml por faixa de peso: Manhã (M) e Noite (N)											
			3-5.9 Kg		6-9.9Kg		10-13.9Kg		14-19.9Kg		20-24.9Kg		25-34.9Kg	
			M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N
AZT														
60mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3				
300mg	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	1	0,5	1	1		
10mg/ml	6	6	9	9	12	12	-	-	-	-				
ABC														
60mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3				
300mg	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	1	0,5	1	1		
20mg/ml	3	3	4	4	6	6	-	-	-	-				
NVP														
50mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3				
200mg	-	-	-	-	-	-	1	0,5	1	0,5	1	1		
10mg/ml	5	5	8	8	10	10	-	-	-	-				
EFV*														
200 mg	NR	NR	NR	NR	-	1	-	1,5	-	1,5	-	2		
AZT/3TC														
60/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3				
300-150mg	-	-	-	-	-	-	1	0,5	1	0,5	1	1		
AZT/3TC/NVP														
60/30/50mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	-	-		
300/150/200mg	-	-	-	-	-	-	1	0,5	1	0,5	1	1		
ABC/AZT/3TC														
60/60/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	-	-		
300/300/150mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1		
ABC/3TC														
60/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	-	-		
600/300mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1		

Medicamento e Dosagem comprimidos (mg) e formulações líquidas (mg/ml)	Crianças com idade ≥ 6 semanas											
	Números de comprimidos ou quantidade de ml por faixa de peso: manhã (M) e noite (N)											
	3-5.9 Kg		6-9.9Kg		10-13.9Kg		14-19.9Kg		20-24.9Kg		25-34.9Kg	
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N
LPV/RTV												
100/25mg	NR	NR	NR	NR	2	1	2	2	2	2	3	3
200/50mg	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1 (2 se ≥ 30 Kg)
80/20mg/ml	1 ou 1.5**	1 ou 1,5	1,5	1,5	2	2	-	-	-	-	-	-
40/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7/8	7/8
RITONAVIR												
100 mg ***					1	1	2	1	2	1	2 (3 se ≥ 30 Kg)	2 (3 se ≥ 30 Kg)
NR= Não recomendado. *EFV não é recomendado para as crianças <3 anos e peso <10Kg. NVP: durante os 14 dias da fase de indução, só dar a dose da Manhã. No caso que a dose da manhã e da noite forem diferentes, dar a dose maior de manhã e não dar a dose da noite. Se aparecer uma erupção leve durante os primeiros 14 dias, continuar com a dosagem de 1 vês por dia e aumentar somente depois da erupção ter desaparecido e o medicamento ser bem tolerado. Se aparecer uma erupção grave (bolhas, úlceras nas mucosas, +/- febre) suspender e não usar mais, nem o EFV. Toda as formulações líquidas podem ser conservadas a temperatura ambiente entre 15 e 30°C máximo, o LPV/RTV xarope na geladeira ou a uma temperatura máxima de 25°C durante 1 mês. **LPV/r xarope: entre 3 –3.9Kg dar 1ml +1ml; entre 4-5.9 Kg dar 1.5ml+1.5ml ***RITONAVIR: Usar só como booster de LPV/r no uso concomitante de Rifampicina												

2.4 Profilaxia de Infecções Oportunistas na Criança HIV+

Tabela 26: Tratamento Profilactico com CTZ na Criança

Iniciar o CTZ em:

Crianças < 5anos independentemente do estadio clinico ou CD4 crianças ≥ 5 anos se CD4 ≤ 500 ou estadio II, III ou IV

Suspender se:

Em TARV, com idade ≥ 5 anos e CD4 > 500 cel/mm³ em 2 medições consecutivas

	< 7 Kg	7-10Kg	10-15 Kg	15-20 Kg
Xarope (40/200/5ml)	2,5 ml	5 ml	7.5 ml	10 ml
Comprimido (80/400mg)	¼ cp	½ cp	1cp	1cp

Tabela 27: Tratamento profilático com INH na Criança HIV+

Critérios para iniciar INH (duração 6 meses)

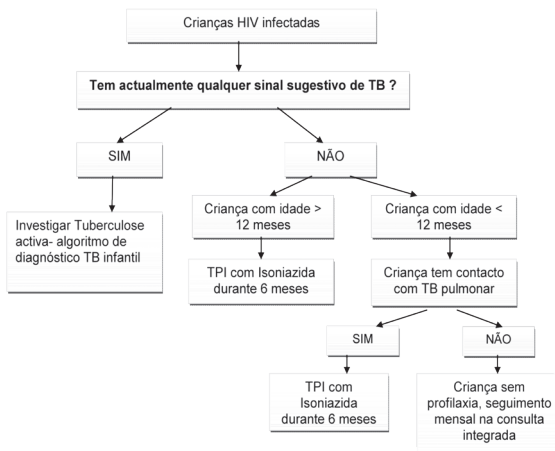
Depois de ter excluído a TB activa, iniciar INH em

- todas as crianças < 1 ano, só em caso de contacto com TB pulmonar
- Todas as crianças ≥ 1 ano

	<5 Kg	5.1-9.9 Kg	10-13.9 Kg	14-19.9 Kg	20-24.9 Kg	>25 Kg
INH cp 100mg	½ cp	1cp	1 e ½ cp	2cp	2 e ½ cp	3 cp (ou 1 comp de 300mg)

Sempre que a criança tiver novo contacto com TB Pulmonar, deve se iniciar a INH independentemente se a criança já fez a profilaxia no passado

Algoritmo 7: Tratamento Profiláctico com INH para Crianças Infectadas pelo HIV



2.5 Manejo de Crianças com Co-infecção TB-HIV

Tabela 28: Posologia do Tratamento de TB (caso novo) em Crianças

2.5 Manejo de Crianças com Co- infecção TB-HIV	Peso	Fase Intensiva		Fase de Manutenção
	Kg	RHZ (60/30/150)	E 100	RH (60/30)
	4-6,9	1	1	1
	7-10,9	2	2	2
	11-14,9	3	2	3
	15-19,9	4	3	4
	20-24,9	5	1 comp de E400mg	5

Crianças com peso ≥ 25 kg: dosagem dos medicamentos igual à dos adultos

TARV em Crianças com Tuberculose Activa

Todas as crianças co-infectadas com TB/HIV, devem iniciar o TARV nas primeiras oito (8) semanas de tratamento da TB, logo que seja tolerado, independentemente da contagem de CD4 e do estágio clínico. Aquelas que já vinham recebendo TARV poderão precisar de um ajuste do tratamento.

Tabela 29: Esquemas de TARV em Crianças com TB activa

Idade e peso	Criança já em TARV	Regime TARV durante o tratamento de TB
<3 anos ou < 10Kg	AZT+3TC+NVP	AZT+3TC+ABC
≥ 3 anos e ≥ 10 Kg	AZT+3TC+NVP	AZT+3TC+EFV
≥ 5 anos e ≥ 35 Kg	TDF+3TC+EFV	TDF+3TC+EFV
Qualquer idade e peso	AZT+3TC+LPV/r*	AZT+3TC+ABC

*As crianças que recebem LPV/r em segunda linha não podem trocar para um esquema com 3 INTR. Elas deverão aumentar a dose de ritonavir na proporção 1:1 em relação a LPV durante o tempo que dura o tratamento para TB contendo rifampicina.

IMPORTANTE:

Uso de Corticosteróides nos casos de Tuberculose

- Tuberculose meníngea
- Tuberculose pericárdica
- Tuberculose pulmonar ou ganglionar complicada (obstrução das vias aéreas)

Dose de prednisolona: 2-4 mg/Kg/dia (dose máxima de 60 mg/dia) durante 4 semanas com redução progressiva ao longo de 2 semanas

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

2.6 Avaliação Nutricional da Criança com HIV

Nas crianças até os 5 anos de idade, a malnutrição aguda é avaliada a partir dos dados de comprimento/altura e peso.

Até os 2 anos de idade ou os 87 cm, a criança deve ser medida em posição de decúbito (comprimento).

A partir dos 2 anos ou 87 cm ela deve ser medida em posição vertical.

Nas crianças até os 5 anos de idade (60 meses) a avaliação nutricional é feita comparando o peso para a altura ou comprimento. Um peso baixo para uma certa altura, define malnutrição aguda (criança magra).

A partir dos 5 anos de idade, a avaliação nutricional é feita com recurso ao IMC (Índice de massa corporal) para a idade. Um IMC baixo para uma certa idade determina malnutrição aguda.

2.7 Classificação da Criança com Malnutrição

Tabela 30: Peso para Comprimento para Raparigas dos 0-23 meses de Idade
(Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
45	$\geq 2,3$	2,1 - 2,2	1,9 - 2	$< 1,9$
46	$\geq 2,4$	2,2 - 2,3	2 - 2,1	< 2
47	$\geq 2,6$	2,4 - 2,5	2,2 - 2,3	$< 2,2$
48	$\geq 2,7$	2,5 - 2,6	2,3 - 2,4	$< 2,3$
49	$\geq 2,9$	2,6 - 2,8	2,4 - 2,5	$< 2,4$
50	$\geq 3,1$	2,8 - 3	2,6 - 2,7	$< 2,6$
51	$\geq 3,3$	3 - 3,2	2,8 - 2,9	$< 2,8$
52	$\geq 3,5$	3,2 - 3,4	2,9 - 3,1	$< 2,9$
53	$\geq 3,7$	3,4 - 3,6	3,1 - 3,3	$< 3,1$
54	$\geq 3,9$	3,6 - 3,8	3,3 - 3,5	$< 3,3$
55	$\geq 4,2$	3,8 - 4,1	3,5 - 3,7	$< 3,5$
56	$\geq 4,4$	4 - 4,3	3,7 - 3,9	$< 3,7$
57	$\geq 4,6$	4,3 - 4,5	3,9 - 4,2	$< 3,9$
58	$\geq 4,9$	4,5 - 4,8	4,1 - 4,4	$< 4,1$
59	$\geq 5,1$	4,7 - 5	4,3 - 4,6	$< 4,3$
60	$\geq 5,4$	4,9 - 5,3	4,5 - 4,8	$< 4,5$
61	$\geq 5,6$	5,1 - 5,5	4,7 - 5	$< 4,7$
62	$\geq 5,8$	5,3 - 5,7	4,9 - 5,2	$< 4,9$
63	≥ 6	5,5 - 5,9	5,1 - 5,4	$< 5,1$
64	$\geq 6,3$	5,7 - 6,2	5,3 - 5,6	$< 5,3$
65	$\geq 6,5$	5,9 - 6,4	5,5 - 5,8	$< 5,5$
66	$\geq 6,7$	6,1 - 6,6	5,6 - 6	$< 5,6$
67	$\geq 6,9$	6,3 - 6,8	5,8 - 6,2	$< 5,8$
68	$\geq 7,1$	6,5 - 7	6 - 6,4	< 6
69	$\geq 7,3$	6,7 - 7,2	6,1 - 6,6	$< 6,1$

2.7

Classificação
da Criança com
Malnutrição

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
70	$\geq 7,5$	6,9 - 7,4	6,3 - 6,8	$< 6,3$
71	$\geq 7,7$	7 - 7,6	6,5 - 6,9	$< 6,5$
72	$\geq 7,8$	7,2 - 7,7	6,6 - 7,1	$< 6,6$
73	≥ 8	7,4 - 7,9	6,8 - 7,3	$< 6,8$
74	$\geq 8,2$	7,5 - 8,1	6,9 - 7,4	$< 6,9$
75	$\geq 8,4$	7,7 - 8,3	7,1 - 7,6	$< 7,1$
76	$\geq 8,5$	7,8 - 8,4	7,2 - 7,7	$< 7,2$
77	$\geq 8,7$	8 - 8,6	7,4 - 7,9	$< 7,4$
78	$\geq 8,9$	8,2 - 8,8	7,5 - 8,1	$< 7,5$
79	$\geq 9,1$	8,3 - 9	7,7 - 8,2	$< 7,7$
80	$\geq 9,2$	8,5 - 9,1	7,8 - 8,4	$< 7,8$
81	$\geq 9,4$	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
82	$\geq 9,6$	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	$< 8,2$
83	$\geq 9,8$	9 - 9,7	8,3 - 8,9	$< 8,3$
84	$\geq 10,1$	9,2 - 10	8,5 - 9,1	$< 8,5$
85	$\geq 10,3$	9,4 - 10,2	8,7 - 9,3	$< 8,7$
86	$\geq 10,5$	9,7 - 10,4	8,9 - 9,6	$< 8,9$
87	$\geq 10,7$	9,9 - 10,6	9,1 - 9,8	$< 9,1$
88	≥ 11	10,1 - 10,9	9,3 - 10	$< 9,3$
89	$\geq 11,2$	10,3 - 11,1	9,5 - 10,2	$< 9,5$
90	$\geq 11,4$	10,5 - 11,3	9,7 - 10,4	$< 9,7$

Como usar a Tabela de P/C - Exemplo:

A Maria tem 2 meses e tem um comprimento igual a 55 cm e pesa 3,6 kg.

1. Procure na tabela das raparigas o comprimento de 55 cm.
2. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal e da esquerda para direita, o peso da Maria.
3. Vai verificar que 3,6 kg está entre 3,5 e 3,7 o que determina desnutrição aguda moderada.

Tabela 31: Peso para Comprimento para Rapazes dos 0-23 meses de Idade
(Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
45	$\geq 2,2$	2 - 2,1	1,9	$< 1,9$
46	$\geq 2,4$	2,2 - 2,3	2 - 2,1	< 2
47	$\geq 2,5$	2,3 - 2,4	2,1 - 2,2	$< 2,1$
48	$\geq 2,7$	2,5 - 2,6	2,3 - 2,4	$< 2,3$
49	$\geq 2,9$	2,6 - 2,8	2,4 - 2,5	$< 2,4$
50	≥ 3	2,8 - 2,9	2,6 - 2,7	$< 2,6$
51	$\geq 3,2$	3 - 3,1	2,7 - 2,9	$< 2,7$
52	$\geq 3,5$	3,2 - 3,4	2,9 - 3,1	$< 2,9$
53	$\geq 3,7$	3,4 - 3,6	3,1 - 3,3	$< 3,1$
54	$\geq 3,9$	3,6 - 3,8	3,3 - 3,5	$< 3,3$
55	$\geq 4,2$	3,8 - 4,1	3,6 - 3,7	$< 3,6$
56	$\geq 4,4$	4,1 - 4,3	3,8 - 4	$< 3,8$
57	$\geq 4,7$	4,3 - 4,6	4 - 4,2	< 4
58	≥ 5	4,6 - 4,9	4,3 - 4,5	$< 4,3$
59	$\geq 5,3$	4,8 - 5,2	4,5 - 4,7	$< 4,5$
60	$\geq 5,5$	5,1 - 5,4	4,7 - 5	$< 4,7$
61	$\geq 5,8$	5,3 - 5,7	4,9 - 5,2	$< 4,9$
62	≥ 6	5,6 - 5,9	5,1 - 5,5	$< 5,1$
63	$\geq 6,2$	5,8 - 6,1	5,3 - 5,7	$< 5,3$
64	$\geq 6,5$	6 - 6,4	5,5 - 5,9	$< 5,5$
65	$\geq 6,7$	6,2 - 6,6	5,7 - 6,1	$< 5,7$
66	$\geq 6,9$	6,4 - 6,8	5,9 - 6,3	$< 5,9$
67	$\geq 7,1$	6,6 - 7	6,1 - 6,5	$< 6,1$
68	$\geq 7,3$	6,8 - 7,2	6,3 - 6,7	$< 6,3$
69	$\geq 7,6$	7 - 7,5	6,5 - 6,9	$< 6,5$

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
70	$\geq 7,8$	7,2 - 7,7	6,6 - 7,1	$< 6,6$
71	≥ 8	7,4 - 7,9	6,8 - 7,3	$< 6,8$
72	$\geq 8,2$	7,6 - 8,1	7 - 7,5	< 7
73	$\geq 8,4$	7,7 - 8,3	7,2 - 7,6	$< 7,2$
74	$\geq 8,6$	7,9 - 8,5	7,3 - 7,8	$< 7,3$
75	$\geq 8,8$	8,1 - 8,7	7,5 - 8	$< 7,5$
76	$\geq 8,9$	8,3 - 8,8	7,6 - 8,2	$< 7,6$
77	$\geq 9,1$	8,4 - 9	7,8 - 8,3	$< 7,8$
78	$\geq 9,3$	8,6 - 9,2	7,9 - 8,5	$< 7,9$
79	$\geq 9,5$	8,7 - 9,4	8,1 - 8,6	$< 8,1$
80	$\geq 9,6$	8,9 - 9,5	8,2 - 8,8	$< 8,2$
81	$\geq 9,8$	9,1 - 9,7	8,4 - 9	$< 8,4$
82	≥ 10	9,2 - 9,9	8,5 - 9,1	$< 8,5$
83	$\geq 10,2$	9,4 - 10,1	8,7 - 9,3	$< 8,7$
84	$\geq 10,4$	9,6 - 10,3	8,9 - 9,5	$< 8,9$
85	$\geq 10,6$	9,8 - 10,5	9,1 - 9,7	$< 9,1$
86	$\geq 10,8$	10 - 10,7	9,3 - 9,9	$< 9,3$
87	$\geq 11,1$	10,2 - 11	9,5 - 10,1	$< 9,5$
88	$\geq 11,3$	10,5 - 11,2	9,7 - 10,4	$< 9,7$
89	$\geq 11,5$	10,7 - 11,4	9,9 - 10,6	$< 9,9$
90	$\geq 11,8$	10,9 - 11,7	10,1 - 10,8	$< 10,1$

Como usar a Tabela de P/C - Exemplo:

O José tem 16 meses, tem um comprimento igual a 75cm e pesa 8,2 kg.

1. Procure na tabela dos rapazes a altura de 75 cm.
2. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal e da esquerda para direita, o peso do José.
3. Vai verificar que 8,2 kg está entre 8,1 e 8, o que determina desnutrição aguda ligeira

Tabela 32: Peso para Altura para Raparigas dos 24-60 meses de Idade
(Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
65	$\geq 6,6$	6,1 - 6,5	5,6 - 6	$< 5,6$
66	$\geq 6,8$	6,3 - 6,7	5,8 - 6,2	$< 5,8$
67	≥ 7	6,4 - 6,9	5,9 - 6,3	$< 5,9$
68	$\geq 7,2$	6,6 - 7,1	6,1 - 6,5	$< 6,1$
69	$\geq 7,4$	6,8 - 7,3	6,3 - 6,7	$< 6,3$
70	$\geq 7,6$	7 - 7,5	6,4 - 6,9	$< 6,4$
71	$\geq 7,8$	7,1 - 7,7	6,6 - 7	$< 6,6$
72	≥ 8	7,3 - 7,9	6,7 - 7,2	$< 6,7$
73	$\geq 8,1$	7,5 - 8	6,9 - 7,4	$< 6,9$
74	$\geq 8,3$	7,6 - 8,2	7 - 7,5	< 7
75	$\geq 8,5$	7,8 - 8,4	7,2 - 7,7	$< 7,2$
76	$\geq 8,7$	8 - 8,6	7,3 - 7,9	$< 7,3$
77	$\geq 8,8$	8,1 - 8,7	7,5 - 8	$< 7,5$
78	≥ 9	8,3 - 8,9	7,6 - 8,2	$< 7,6$
79	$\geq 9,2$	8,4 - 9,1	7,8 - 8,3	$< 7,8$
80	$\geq 9,4$	8,6 - 9,3	7,9 - 8,5	$< 7,9$
81	$\geq 9,6$	8,8 - 9,5	8,1 - 8,7	$< 8,1$
82	$\geq 9,8$	9 - 9,7	8,3 - 8,9	$< 8,3$
83	≥ 10	9,2 - 9,9	8,5 - 9,1	$< 8,5$
84	$\geq 10,2$	9,4 - 10,1	8,6 - 9,3	$< 8,6$
85	$\geq 10,4$	9,6 - 10,3	8,8 - 9,5	$< 8,8$
86	$\geq 10,7$	9,8 - 10,6	9 - 9,7	< 9
87	$\geq 10,9$	10 - 10,8	9,2 - 9,9	$< 9,2$
88	$\geq 11,1$	10,2 - 11	9,4 - 10,1	$< 9,4$
89	$\geq 11,4$	10,4 - 11,3	9,6 - 10,3	$< 9,6$
90	$\geq 11,6$	10,6 - 11,5	9,8 - 10,5	$< 9,8$
91	$\geq 11,8$	10,9 - 11,7	10 - 10,8	< 10

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
92	≥ 12	11,1 - 11,9	10,2 - 11	$< 10,2$
93	$\geq 12,3$	11,3 - 12,2	10,4 - 11,2	$< 10,4$
94	$\geq 12,5$	11,5 - 12,4	10,6 - 11,4	$< 10,6$
95	$\geq 12,7$	11,7 - 12,6	10,8 - 11,6	$< 10,8$
96	$\geq 12,9$	11,9 - 12,8	10,9 - 11,8	$< 10,9$
97	$\geq 13,2$	12,1 - 13,1	11,1 - 12	$< 11,1$
98	$\geq 13,4$	12,3 - 13,3	11,3 - 12,2	$< 11,3$
99	$\geq 13,7$	12,5 - 13,6	11,5 - 12,4	$< 11,5$
100	$\geq 13,9$	12,8 - 13,8	11,7 - 12,7	$< 11,7$
101	$\geq 14,2$	13 - 14,1	12 - 12,9	< 12
102	$\geq 14,5$	13,3 - 14,4	12,2 - 13,2	$< 12,2$
103	$\geq 14,7$	13,5 - 14,6	12,4 - 13,4	$< 12,4$
104	≥ 15	13,8 - 14,9	12,7 - 13,7	$< 12,7$
105	$\geq 15,3$	14 - 15,2	12,9 - 13,9	$< 12,9$
106	$\geq 15,6$	14,3 - 15,5	13,1 - 14,2	$< 13,1$
107	$\geq 15,9$	14,6 - 15,8	13,4 - 14,5	$< 13,4$
108	$\geq 16,3$	14,9 - 16,2	13,7 - 14,8	$< 13,7$
109	$\geq 16,6$	15,2 - 16,5	13,9 - 15,1	$< 13,9$
110	≥ 17	15,5 - 16,9	14,2 - 15,4	$< 14,2$
111	$\geq 17,3$	15,8 - 17,2	14,5 - 15,7	$< 14,5$
112	$\geq 17,7$	16,2 - 17,6	14,8 - 16,1	$< 14,8$
113	≥ 18	16,5 - 17,9	15,1 - 16,4	$< 15,1$
114	$\geq 18,4$	16,8 - 18,3	15,4 - 16,7	$< 15,4$
115	$\geq 18,8$	17,2 - 18,7	15,7 - 17,1	$< 15,7$
116	$\geq 19,2$	17,5 - 19,1	16 - 17,4	< 16
117	$\geq 19,6$	17,8 - 19,5	16,3 - 17,7	$< 16,3$
118	≥ 20	18,2 - 19,9	16,6 - 18,1	$< 16,6$
119	$\geq 20,3$	18,5 - 20,2	16,9 - 18,4	$< 16,9$

2.7

Classificação
da Criança com
Malnutrição

Tabela 33: Peso para Altura para Rapazes dos 24-60 meses de Idade

(Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
65	$\geq 6,9$	6,3 - 6,8	5,9 - 6,2	$< 5,9$
66	$\geq 7,1$	6,5 - 7	6,1 - 6,4	$< 6,1$
67	$\geq 7,3$	6,7 - 7,2	6,2 - 6,6	$< 6,2$
68	$\geq 7,5$	6,9 - 7,4	6,4 - 6,8	$< 6,4$
69	$\geq 7,7$	7,1 - 7,6	6,6 - 7	$< 6,6$
70	$\geq 7,9$	7,3 - 7,8	6,8 - 7,2	$< 6,8$
71	$\geq 8,1$	7,5 - 8	6,9 - 7,4	$< 6,9$
72	$\geq 8,3$	7,7 - 8,2	7,1 - 7,6	$< 7,1$
73	$\geq 8,5$	7,9 - 8,4	7,3 - 7,8	$< 7,3$
74	$\geq 8,7$	8 - 8,6	7,4 - 7,9	$< 7,4$
75	$\geq 8,9$	8,2 - 8,8	7,6 - 8,1	$< 7,6$
76	$\geq 9,1$	8,4 - 9	7,7 - 8,3	$< 7,7$
77	$\geq 9,2$	8,5 - 9,1	7,9 - 8,4	$< 7,9$
78	$\geq 9,4$	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
79	$\geq 9,6$	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	$< 8,2$
80	$\geq 9,7$	9 - 9,6	8,3 - 8,9	$< 8,3$
81	$\geq 9,9$	9,2 - 9,8	8,5 - 9,1	$< 8,5$
82	$\geq 10,1$	9,4 - 10	8,7 - 9,3	$< 8,7$
83	$\geq 10,3$	9,5 - 10,2	8,8 - 9,4	$< 8,8$
84	$\geq 10,5$	9,7 - 10,4	9 - 9,6	< 9
85	$\geq 10,8$	10 - 10,7	9,2 - 9,9	$< 9,2$
86	≥ 11	10,2 - 10,9	9,4 - 10,1	$< 9,4$
87	$\geq 11,2$	10,4 - 11,1	9,6 - 10,3	$< 9,6$
88	$\geq 11,5$	10,6 - 11,4	9,8 - 10,5	$< 9,8$
89	$\geq 11,7$	10,8 - 11,6	10 - 10,7	< 10
90	$\geq 11,9$	11 - 11,8	10,2 - 10,9	$< 10,2$
91	$\geq 12,1$	11,2 - 12	10,4 - 11,1	$< 10,4$

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
92	$\geq 12,3$	11,4 - 12,2	10,6 - 11,3	$< 10,6$
93	$\geq 12,6$	11,6 - 12,5	10,8 - 11,5	$< 10,8$
94	$\geq 12,8$	11,8 - 12,7	11 - 11,7	< 11
95	≥ 13	12 - 12,9	11,1 - 11,9	$< 11,1$
96	$\geq 13,2$	12,2 - 13,1	11,3 - 12,1	$< 11,3$
97	$\geq 13,4$	12,4 - 13,3	11,5 - 12,3	$< 11,5$
98	$\geq 13,7$	12,6 - 13,6	11,7 - 12,5	$< 11,7$
99	$\geq 13,9$	12,9 - 13,8	11,9 - 12,8	$< 11,9$
100	$\geq 14,2$	13,1 - 14,1	12,1 - 13	$< 12,1$
101	$\geq 14,4$	13,3 - 14,3	12,3 - 13,2	$< 12,3$
102	$\geq 14,7$	13,6 - 14,6	12,5 - 13,5	$< 12,5$
103	$\geq 14,9$	13,8 - 14,8	12,8 - 13,7	$< 12,8$
104	$\geq 15,2$	14 - 15,1	13 - 13,9	< 13
105	$\geq 15,5$	14,3 - 15,4	13,2 - 14,2	$< 13,2$
106	$\geq 15,8$	14,5 - 15,7	13,4 - 14,4	$< 13,4$
107	$\geq 16,1$	14,8 - 16	13,7 - 14,7	$< 13,7$
108	$\geq 16,4$	15,1 - 16,3	13,9 - 15	$< 13,9$
109	$\geq 16,7$	15,3 - 16,6	14,1 - 15,2	$< 14,1$
110	≥ 17	15,6 - 16,9	14,4 - 15,5	$< 14,4$
111	$\geq 17,3$	15,9 - 17,2	14,6 - 15,8	$< 14,6$
112	$\geq 17,6$	16,2 - 17,5	14,9 - 16,1	$< 14,9$
113	≥ 18	16,5 - 17,9	15,2 - 16,4	$< 15,2$
114	$\geq 18,3$	16,8 - 18,2	15,4 - 16,7	$< 15,4$
115	$\geq 18,6$	17,1 - 18,5	15,7 - 17	$< 15,7$
116	≥ 19	17,4 - 18,9	16 - 17,3	< 16
117	$\geq 19,3$	17,7 - 19,2	16,2 - 17,6	$< 16,2$
118	$\geq 19,7$	18 - 19,6	16,5 - 17,9	$< 16,5$
119	≥ 20	18,3 - 19,9	16,8 - 18,2	$< 16,8$
120	$\geq 20,4$	18,6 - 20,3	17,1 - 18,5	$< 17,1$

2.7

Classificação
da Criança com
Malnutrição

Tabela 34: Cálculo de Índice de Massa Corporal para Crianças entre 5 e 18 anos

Altura (cm)		Tabela de IMC para Crianças e Adolescentes (5-18 anos, 75-99 cm)																										
99	71	82	92	102	112	122	133	143	153	163	173	184	194	204	214	224	235	245	255	265	275	286	296	306	316	326	336	340
98	74	85	96	106	117	128	138	149	160	170	181	191	202	213	223	234	245	255	266	276	287	298	308	319	330	340	350	360
97	74	85	96	106	117	128	138	149	159	170	181	191	202	213	223	234	245	255	266	276	287	298	308	319	329	340	350	360
96	76	87	98	109	119	130	141	152	163	174	184	195	206	217	228	239	250	260	271	282	293	304	315	326	336	347	357	367
95	78	89	100	111	122	133	144	155	166	177	188	199	211	222	233	244	255	266	277	288	299	310	321	332	343	355	365	375
94	79	91	102	113	124	136	147	158	170	181	192	204	215	226	238	249	260	272	283	294	306	317	328	340	351	362	373	384
93	81	92	104	116	127	139	150	162	173	185	197	208	220	231	243	254	266	277	289	301	312	324	335	347	358	370	381	392
92	83	95	106	118	130	142	154	165	177	189	201	213	224	236	248	260	272	284	295	307	319	331	343	354	366	378	389	400
91	85	97	109	121	133	145	157	169	181	193	205	217	229	242	254	266	278	290	302	314	326	338	350	362	374	386	398	410
90	86	99	111	123	136	148	160	173	185	198	210	222	235	247	259	272	284	296	309	321	333	346	358	370	383	395	407	419
89	88	101	114	126	139	151	164	177	189	202	215	227	240	252	265	278	290	303	316	328	341	353	366	379	391	404	416	428
88	90	103	116	129	142	155	168	181	194	207	220	232	245	258	271	284	297	310	323	336	349	362	374	387	400	413	426	439
87	92	106	119	132	145	159	172	185	198	211	225	238	251	264	277	291	304	317	330	344	357	370	383	396	410	423	436	449
86	95	108	122	135	149	162	176	189	203	216	230	243	257	270	284	297	311	324	338	352	365	379	392	406	419	433	446	459
85	97	111	125	138	152	166	180	194	208	221	235	249	263	277	291	304	318	332	346	360	374	388	401	415	429	443	457	471
84	99	113	128	142	156	170	184	198	213	227	241	255	269	283	298	312	326	340	354	368	383	397	411	425	439	454	468	482
83	102	116	131	145	160	174	189	203	218	232	247	261	276	290	305	319	334	348	363	377	392	406	421	435	450	465	479	494
82	104	119	134	149	164	178	193	208	223	238	253	268	283	297	312	327	342	357	372	387	402	416	431	446	461	476	491	506
81	107	122	137	152	168	183	198	213	229	244	259	274	290	305	320	335	351	366	381	396	412	427	442	457	472	488	503	518
80	109	125	141	156	172	188	203	219	234	250	266	281	297	313	328	344	359	375	391	406	422	438	453	469	484	500	515	530
79	112	128	144	160	176	192	208	224	240	256	272	288	304	320	336	353	369	385	401	417	433	449	465	481	497	513	528	544
78	115	131	148	164	181	197	214	230	247	263	279	296	312	329	345	362	378	394	411	427	444	460	477	493	510	526	542	558
77	118	135	152	169	186	202	219	236	253	270	287	304	321	337	354	371	388	405	422	439	455	472	489	506	523	540	557	574
76	124	142	160	178	196	213	231	249	267	284	302	320	338	356	373	391	409	427	444	462	480	498	516	533	551	569	587	605
75	124	142	160	178	196	213	231	249	267	284	302	320	338	356	373	391	409	427	444	462	480	498	516	533	551	569	587	605
Peso(kg)	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Tabela 35: Cálculo de Índice de Massa Corporal para Crianças entre 5 e 18 anos

Tabela de IMC para Crianças e Adolescentes (5-18 anos, 100-124 cm)																																
Altura (cm)	78	85	91	98	104	111	117	124	130	137	143	150	156	163	169	176	182	189	195	202	208	215	221	228	234	241						
124	78	85	91	98	104	111	117	124	130	137	143	150	156	163	169	176	182	189	195	202	208	215	221	228	234	241						
123	79	86	93	99	106	112	119	126	132	139	145	152	159	165	172	178	185	192	198	205	212	218	225	231	238	245						
122	81	87	94	101	107	114	121	128	134	141	148	155	161	168	175	181	188	195	202	208	215	222	228	235	242	249						
121	82	89	96	102	109	116	123	130	137	143	150	157	164	171	178	184	191	198	205	212	219	225	232	239	246	253						
120	83	90	97	104	111	118	125	132	139	146	153	160	167	174	181	188	194	201	208	215	222	229	236	243	250	257						
119	85	92	99	106	113	120	127	134	141	148	155	162	169	177	184	191	198	205	212	219	226	233	240	247	254	261						
118	86	93	101	108	115	122	129	136	144	151	158	165	172	180	187	194	201	208	215	223	230	237	244	251	259	266						
117	88	95	102	110	117	124	131	139	146	153	161	168	175	183	190	197	205	212	219	226	234	241	248	256	263	270						
116	89	97	104	111	119	126	134	141	149	156	163	171	178	186	193	201	208	216	223	230	238	245	253	260	268	275						
115	91	98	106	113	121	129	136	144	151	159	166	174	181	189	197	204	212	219	227	234	242	250	257	265	272	280						
114	92	100	108	115	123	131	139	146	154	162	169	177	185	192	200	208	215	223	231	239	246	254	262	269	277	285						
113	94	102	110	117	125	133	141	149	157	164	172	180	188	196	204	211	219	227	235	243	251	258	266	274	282	290						
112	96	104	112	120	128	136	143	151	159	167	175	183	191	199	207	215	223	231	239	247	255	263	271	279	287	295						
111	97	106	114	122	130	138	146	154	162	170	179	187	195	203	211	219	227	235	243	252	260	268	276	284	292	300						
110	99	107	116	124	132	140	149	157	165	174	182	190	198	207	215	223	231	240	248	256	264	273	281	289	298	306						
109	101	109	118	126	135	143	152	160	168	177	185	194	202	210	219	227	236	244	253	261	269	278	286	295	303	311						
108	103	111	120	129	137	146	154	163	171	180	189	197	206	214	223	231	240	249	257	266	274	283	291	300	309	317						
107	105	114	122	131	140	148	157	166	175	183	192	201	210	218	227	236	245	253	262	271	280	288	297	306	314	323						
106	107	116	125	133	142	151	160	169	178	187	196	205	214	222	231	240	249	258	267	276	285	294	303	311	320	329						
105	109	118	127	136	145	154	163	172	181	190	200	209	218	227	236	245	254	263	272	281	290	299	308	317	327	336						
104	111	120	129	139	148	157	166	176	185	194	203	213	222	231	240	250	259	268	277	287	296	305	314	324	333	342						
103	113	123	132	141	151	160	170	179	189	198	207	217	226	236	245	255	264	273	283	292	302	311	320	330	339	349						
102	115	125	135	144	154	163	173	183	192	202	211	221	231	240	250	260	269	279	288	298	308	317	327	336	346	356						
101	118	127	137	147	157	167	176	186	196	206	216	225	235	245	255	265	274	284	294	304	314	323	333	343	353	363						
100	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37						
Peso(kg)	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37						

Tabela 36: Cálculo de Índice de Massa Corporal para Crianças entre 5 e 18 anos

Tabela de IMC para Crianças e Adolescentes (5-18 anos, 125-149 cm)																											
Altura (cm)	86	90	95	99	104	108	113	117	122	126	131	135	140	144	149	153	158	162	167	171	176	180	185	189	194	198	
148	8,7	9,1	9,6	10,0	10,5	11,0	11,4	11,9	12,3	12,8	13,2	13,7	14,2	14,6	15,1	15,5	16,0	16,4	16,9	17,3	17,8	18,3	18,7	19,2	19,6	20,1	
147	8,8	9,3	9,7	10,2	10,6	11,1	11,6	12,0	12,5	13,0	13,4	13,9	14,3	14,8	15,3	15,7	16,2	16,7	17,1	17,6	18,0	18,5	19,0	19,4	19,9	20,4	
146	8,9	9,4	9,9	10,3	10,8	11,3	11,7	12,2	12,7	13,1	13,6	14,1	14,5	15,0	15,5	16,0	16,4	16,9	17,4	17,8	18,3	18,8	19,2	19,7	20,2	20,6	
145	9,0	9,5	10,0	10,5	10,9	11,4	11,9	12,4	12,8	13,3	13,8	14,3	14,7	15,2	15,7	16,2	16,6	17,1	17,6	18,1	18,5	19,0	19,5	20,0	20,5	20,9	
144	9,2	9,6	10,1	10,6	11,1	11,6	12,1	12,5	13,0	13,5	14,0	14,5	14,9	15,4	15,9	16,4	16,9	17,4	17,8	18,3	18,8	19,3	19,8	20,3	20,7	21,2	
143	9,3	9,8	10,3	10,8	11,2	11,7	12,2	12,7	13,2	13,7	14,2	14,7	15,2	15,6	16,1	16,6	17,1	17,6	18,1	18,6	19,1	19,6	20,0	20,5	21,0	21,5	
142	9,4	9,9	10,4	10,9	11,4	11,9	12,4	12,9	13,4	13,9	14,4	14,9	15,4	15,9	16,4	16,9	17,4	17,9	18,3	18,8	19,3	19,8	20,3	20,8	21,3	21,8	
141	9,6	10,1	10,6	11,1	11,6	12,1	12,6	13,1	13,6	14,1	14,6	15,1	15,6	16,1	16,6	17,1	17,6	18,1	18,6	19,1	19,6	20,1	20,6	21,1	21,6	22,1	
140	9,7	10,2	10,7	11,2	11,7	12,2	12,8	13,3	13,8	14,3	14,8	15,3	15,8	16,3	16,8	17,3	17,9	18,4	18,9	19,4	19,9	20,4	20,9	21,4	21,9	22,4	
139	9,8	10,4	10,9	11,4	11,9	12,4	12,9	13,5	14,0	14,5	15,0	15,5	16,0	16,6	17,1	17,6	18,1	18,6	19,2	19,7	20,2	20,7	21,2	21,7	22,3	22,8	
138	10,0	10,5	11,0	11,6	12,1	12,6	13,1	13,7	14,2	14,7	15,2	15,8	16,3	16,8	17,3	17,9	18,4	18,9	19,4	20,0	20,5	21,0	21,5	22,1	22,6	23,1	
137	10,1	10,7	11,2	11,7	12,3	12,8	13,3	13,9	14,4	14,9	15,5	16,0	16,5	17,0	17,6	18,1	18,6	19,2	19,7	20,2	20,8	21,3	21,8	22,4	22,9	23,4	
136	10,3	10,8	11,4	11,9	12,4	13,0	13,5	14,1	14,6	15,1	15,7	16,2	16,8	17,3	17,8	18,4	18,9	19,5	20,0	20,5	21,1	21,6	22,2	22,7	23,2	23,8	
135	10,4	11,0	11,5	12,1	12,6	13,2	13,7	14,3	14,8	15,4	15,9	16,5	17,0	17,6	18,1	18,7	19,2	19,8	20,3	20,9	21,4	21,9	22,5	23,0	23,6	24,1	
134	10,6	11,1	11,7	12,3	12,8	13,4	13,9	14,5	15,0	15,6	16,2	16,7	17,3	17,8	18,4	18,9	19,5	20,0	20,6	21,2	21,7	22,3	22,8	23,4	23,9	24,5	
133	10,7	11,3	11,9	12,4	13,0	13,6	14,1	14,7	15,3	15,8	16,4	17,0	17,5	18,1	18,7	19,2	19,8	20,4	20,9	21,5	22,0	22,6	23,2	23,7	24,3	24,9	
132	10,9	11,5	12,1	12,6	13,2	13,8	14,3	14,9	15,5	16,1	16,6	17,2	17,8	18,4	18,9	19,5	20,1	20,7	21,2	21,8	22,4	23,0	23,5	24,1	24,7	25,3	
131	11,1	11,7	12,2	12,8	13,4	14,0	14,6	15,2	15,7	16,3	16,9	17,5	18,1	18,6	19,2	19,8	20,4	21,0	21,6	22,1	22,7	23,3	23,9	24,5	25,1	25,6	
130	11,2	11,8	12,4	13,0	13,6	14,2	14,8	15,4	16,0	16,6	17,2	17,8	18,3	18,9	19,5	20,1	20,7	21,3	21,9	22,5	23,1	23,7	24,3	24,9	25,4	26,0	
129	11,4	12,0	12,6	13,2	13,8	14,4	15,0	15,6	16,2	16,8	17,4	18,0	18,6	19,2	19,8	20,4	21,0	21,6	22,2	22,8	23,4	24,0	24,6	25,2	25,8	26,4	
128	11,6	12,2	12,8	13,4	14,0	14,6	15,3	15,9	16,5	17,1	17,7	18,3	18,9	19,5	20,1	20,8	21,4	22,0	22,6	23,2	23,8	24,4	25,0	25,6	26,2	26,9	
127	11,8	12,4	13,0	13,6	14,3	14,9	15,5	16,1	16,7	17,4	18,0	18,6	19,2	19,8	20,5	21,1	21,7	22,3	22,9	23,6	24,2	24,8	25,4	26,0	26,7	27,3	
126	12,0	12,6	13,2	13,9	14,5	15,1	15,7	16,4	17,0	17,6	18,3	18,9	19,5	20,2	20,8	21,4	22,0	22,7	23,3	23,9	24,6	25,2	25,8	26,5	27,1	27,7	
125	12,2	12,8	13,4	14,1	14,7	15,4	16,0	16,6	17,3	17,9	18,6	19,2	19,8	20,5	21,1	21,8	22,4	23,0	23,7	24,3	25,0	25,6	26,2	26,9	27,5	28,2	
Peso(kg)	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	

Tabela 37: Cálculo de Índice de Massa Corporal para Crianças entre 5 e 18 anos

Altura (cm)		Tabela de IMC para Crianças e Adolescentes (5-18 anos, 150-175 cm)																										
175	88	91	95	98	101	104	108	111	114	118	121	124	127	131	134	137	140	144	147	150	153	157	160	163	167	170		
174	89	92	96	99	102	106	109	112	116	119	122	126	129	132	135	139	142	145	149	152	155	159	162	165	168	172		
173	90	94	97	100	104	107	110	114	117	120	124	127	130	134	137	140	144	147	150	154	157	160	164	167	170	174		
172	91	95	98	101	105	108	112	115	118	122	125	128	132	135	139	142	145	149	152	155	159	162	166	169	172	176		
171	92	96	99	103	106	109	113	116	120	123	127	130	133	137	140	144	147	150	154	157	161	164	168	171	174	178		
170	93	97	100	104	107	111	114	118	121	125	128	131	135	138	142	145	149	152	156	159	163	166	170	173	176	180		
169	95	98	102	105	109	112	116	119	123	126	130	133	137	140	144	147	151	154	158	161	165	168	172	175	179	182		
168	96	99	103	106	110	113	117	120	124	128	131	135	138	142	145	149	152	156	159	163	167	170	174	177	181	184		
167	97	100	104	108	111	115	118	122	125	129	133	136	140	143	147	151	154	158	161	165	169	172	176	179	183	186		
166	98	102	105	109	112	116	120	123	127	131	134	138	142	145	149	152	156	160	163	167	171	174	178	181	185	189		
165	99	103	107	110	114	118	121	125	129	132	136	140	143	147	151	154	158	162	165	169	173	176	180	184	187	191		
164	100	104	108	112	115	119	123	126	130	134	138	141	145	149	152	156	160	164	167	171	175	178	182	186	190	193		
163	102	105	109	113	117	120	124	128	132	135	139	143	147	151	154	158	162	166	169	173	177	181	184	188	192	196		
162	103	107	111	114	118	122	126	130	133	137	141	145	149	152	156	160	164	168	171	175	179	183	187	191	194	198		
161	104	108	111	114	118	122	126	130	133	137	141	145	148	152	156	160	164	168	171	175	179	183	187	191	194	198		
160	105	109	113	117	121	125	129	133	137	141	145	148	152	156	160	164	168	172	176	180	184	188	191	195	199	203		
159	107	111	115	119	123	127	131	134	138	142	146	150	154	158	162	166	170	174	178	182	186	190	194	198	202	206		
158	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	184	188	192	196	200	204	208		
157	110	114	118	122	126	130	134	138	142	146	150	154	158	162	166	170	174	179	183	187	191	195	199	203	207	211		
156	111	115	119	123	127	131	136	140	144	148	152	156	160	164	168	173	177	181	185	189	193	197	201	205	210	214		
155	112	117	121	125	129	133	137	142	146	150	154	158	162	166	171	175	179	183	187	191	196	200	204	208	212	216		
154	114	118	122	126	131	135	139	143	148	152	156	160	164	169	173	177	181	186	190	194	198	202	207	211	215	219		
153	115	120	124	128	132	137	141	145	150	154	158	162	167	171	175	179	184	188	192	197	201	205	209	214	218	222		
152	117	121	126	130	134	139	143	147	151	156	160	164	169	173	177	182	186	190	195	199	203	208	212	216	221	225		
151	118	123	127	132	136	140	145	149	154	158	162	167	171	175	180	184	189	193	197	202	206	211	215	219	224	228		
150	120	124	129	133	138	142	147	151	156	160	164	169	173	178	182	187	191	196	200	204	209	213	218	222	227	231		
Peso	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52		

Tabela 38: Índice de Massa Corporal para Idade para Raparigas dos 5-18 anos de Idade

(Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
5:1	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,8 - 12,6	$< 11,8$
5:6	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	$< 11,7$
6:0	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	$< 11,7$
6:6	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	$< 11,7$
7:0	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,8 - 12,6	$< 11,8$
7:6	≥ 14	12,8 - 13,9	11,8 - 12,7	$< 11,8$
8:0	$\geq 14,1$	12,9 - 14	11,9 - 12,8	$< 11,9$
8:6	$\geq 14,3$	13 - 14,2	12 - 12,9	< 12
9:0	$\geq 14,4$	13,1 - 14,3	12,1 - 13	$< 12,1$
9:6	$\geq 14,6$	13,3 - 14,5	12,2 - 13,2	$< 12,2$
10:0	$\geq 14,8$	13,5 - 14,7	12,4 - 13,4	$< 12,4$
10:6	$\geq 15,1$	13,7 - 15	12,5 - 13,6	$< 12,5$
11:0	$\geq 15,3$	13,9 - 15,2	12,7 - 13,8	$< 12,7$
11:6	$\geq 15,6$	14,1 - 15,5	12,9 - 14	$< 12,9$
12:0	≥ 16	14,4 - 15,9	13,2 - 14,3	$< 13,2$
12:6	$\geq 16,3$	14,7 - 16,2	13,4 - 14,6	$< 13,4$
13:0	$\geq 16,6$	14,9 - 16,5	13,6 - 14,8	$< 13,6$
13:6	$\geq 16,9$	15,2 - 16,8	13,8 - 15,1	$< 13,8$
14:0	$\geq 17,2$	15,4 - 17,1	14 - 15,3	< 14
14:6	$\geq 17,5$	15,7 - 17,4	14,2 - 15,6	$< 14,2$
15:0	$\geq 17,8$	15,9 - 17,7	14,4 - 15,8	$< 14,4$
15:6	≥ 18	16 - 17,9	14,5 - 15,9	$< 14,5$
16:0	$\geq 18,2$	16,2 - 18,1	14,6 - 16,1	$< 14,6$
16:6	$\geq 18,3$	16,3 - 18,2	14,7 - 16,2	$< 14,7$
17:0	$\geq 18,4$	16,4 - 18,3	14,7 - 16,3	$< 14,7$
17:6	$\geq 18,5$	16,4 - 18,4	14,7 - 16,3	$< 14,7$
18:0	$\geq 18,6$	16,4 - 18,5	14,7 - 16,3	$< 14,7$

Como usar a Tabela de IMC/Idade - Exemplo:

A Maria tem 8 anos e 8 meses e tem uma altura igual a 1,1 m e pesa 16,5 kg.

1. Calcule o IMC da doente com recurso à tabelas de IMC (tabela 27) ou com a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso em kg} / (\text{Altura em m})^2$$

$$\text{IMC} = 16,5 / (1,1 \times 1,1) = 16,5 / 1,21$$

$$\text{IMC} = 13,6 \text{ kg/m}^2$$

2. Arredonde a idade de 8 anos e 8 meses para 9 anos e 0 meses (9:0)
3. Procure na tabela das raparigas a linha referente aos 9:0 anos de idade
4. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal e da esquerda para direita, o IMC calculado (13,6)
5. Vai verificar que 13,6 está entre 13,1 - 14,3 sendo classificado o caso como de Desnutrição Ligeira

Tabela 39: Índice de Massa Corporal para Idade para Rapazes dos 5-18 anos de Idade

(Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
5:1	$\geq 14,1$	13,0 - 14,0	12,1 - 12,9	$< 12,1$
5:6	$\geq 14,1$	13 - 14	12,1 - 12,9	$< 12,1$
6:0	$\geq 14,1$	13 - 14	12,1 - 12,9	$< 12,1$
6:6	$\geq 14,1$	13,1 - 14	12,2 - 13	$< 12,2$
7:0	$\geq 14,2$	13,1 - 14,1	12,3 - 13	$< 12,3$
7:6	$\geq 14,3$	13,2 - 14,2	12,3 - 13,1	$< 12,3$
8:0	$\geq 14,4$	13,3 - 14,3	12,4 - 13,2	$< 12,4$
8:6	$\geq 14,5$	13,4 - 14,4	12,5 - 13,3	$< 12,5$
9:0	$\geq 14,6$	13,5 - 14,5	12,6 - 13,4	$< 12,6$
9:6	$\geq 14,8$	13,6 - 14,7	12,7 - 13,5	$< 12,7$
10:0	$\geq 14,9$	13,7 - 14,8	12,8 - 13,6	$< 12,8$
10:6	$\geq 15,1$	13,9 - 15	12,9 - 13,8	$< 12,9$
11:0	$\geq 15,3$	14,1 - 15,2	13,1 - 14	$< 13,1$
11:6	$\geq 15,5$	14,2 - 15,4	13,2 - 14,1	$< 13,2$
12:0	$\geq 15,8$	14,5 - 15,7	13,4 - 14,4	$< 13,4$
12:6	$\geq 16,1$	14,7 - 16	13,6 - 14,6	$< 13,6$
13:0	$\geq 16,4$	14,9 - 16,3	13,8 - 14,8	$< 13,8$
13:6	$\geq 16,7$	15,2 - 16,6	14 - 15,1	< 14
14:0	≥ 17	15,5 - 16,9	14,3 - 15,4	$< 14,3$
14:6	$\geq 17,3$	15,7 - 17,2	14,5 - 15,6	$< 14,5$
15:0	$\geq 17,6$	16 - 17,5	14,7 - 15,9	$< 14,7$
15:6	≥ 18	16,3 - 17,9	14,9 - 16,2	$< 14,9$
16:0	$\geq 18,2$	16,5 - 18,1	15,1 - 16,4	$< 15,1$
16:6	$\geq 18,5$	16,7 - 18,4	15,3 - 16,6	$< 15,3$
17:0	$\geq 18,8$	16,9 - 18,7	15,4 - 16,8	$< 15,4$
17:6	≥ 19	17,1 - 18,9	15,6 - 17	$< 15,6$
18:0	$\geq 19,2$	17,3 - 19,1	15,7 - 17,2	$< 15,7$

2.7

Classificação
da Criança com
Malnutrição

Como usar a Tabela de IMC/Idade - Exemplo:

O José tem 14 anos e 3 meses, tem uma altura igual a 1.5 m e pesa 39.0 kg.

1. Calcule o IMC da doente com recurso à tabelas de IMC (tabela 27) ou com a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso em kg} / (\text{Altura em m})^2$$

$$\text{IMC} = 39,0 / (1,5 \times 1,5) = 39,0 / 2,25$$

$$\text{IMC} = 17,3 \text{ kg/m}^2$$

2. Arredonde a idade de 14 anos e 3 meses para 14 anos e 6 meses (14:6)
3. Procure na tabela dos rapazes a linha referente aos 14:6
4. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal e da esquerda para direita, o IMC calculado (17,3)
5. Vai verificar que 17,3 está na classificação de Normal

2.8 Tratamento das Crianças HIV+ com Malnutrição

Após a avaliação nutricional e classificação do caso, use a seguinte tabela para a tomada de conduta

Tabela 40: Manejo da Desnutrição em Crianças

Avaliação	ACS ou brigada móvel: Observar e Referir – Edema e PB			
	Consulta da Consulta Criança Saida, Consulta Criança de Risco ou Consulta de Doenças Crônicas: Avaliar e Confirmar - PB, P/E, grau de edema bilateral, complicações médicas, teste do apetite			
Critérios de Referência	Desnutrição Aguda GRAVE com complicações médicas	Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas	Desnutrição Aguda MODERADA	
	1	P/E 6-59 meses: < -3 DP ou IMC/Idade 5-18 anos: < -3 DP ou PB 6-59 meses: < 11,5 cm 5-10 anos: < 13,0 cm 11-14 anos: < 16,0 cm 15-18 anos: < 19,0 cm E Um dos seguintes sinais e sintomas: Convulsões, Inconsciência, Letargia, não alerta Hipoglicemia, Hipotermia Desidratação severa, Infecção respiratória baixa, Febre elevada, Anemia severa, Sinais de deficiência de Vitamina A, Vômito intratável, Anorexia ou sem apetite, Descamação da pele	P/E 6-59 meses: < -3 DP ou IMC/Idade 5-18 anos: < -3 DP ou PB 6-59 meses: < 11,5 cm 5-10 anos: < 13,0 cm 11-14 anos: < 16,0 cm 15-18 anos: < 19,0 cm E Sem edema Tem apetite Alerta Clinicamente bem	P/E 6-59meses: ≥ -3e < -2DP ou IMC/Idade 5-18 anos: ≥ -3 e < -2 DP ou PB 6-59 meses: ≥ 11,5 e < 12,5 cm 5-10 anos: ≥ 13,0 e < 14,5 cm 11-14 anos: ≥ 16,0 e < 18,5 cm 15-18 anos: ≥ 19,0 e < 22,0 cm E Sem edema, Tem apetite Alerta, Clinicamente bem
	2			

2.8

Classificação da Criança com Malnutrição

Critérios de Referência	Desnutrição Aguda GRAVE com complicações médicas	Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas	Desnutrição Aguda MODERADA
	3 Crianças < 6 meses e crianças ≥ 6 meses com peso < 4 kg: Edema bilateral ou Emagrecimento acentuado ou Crianças que correm maior risco de DAG devido à ingestão de alimentação inadequada		
Plano de Tratamento	Tratamento no Internamento Dar leite terapêutico Seguimento diário	Tratamento em Ambulatorio Dar ATPU Seguimento cada 7 dias Dar educação nutricional com demonstração culinária	Suplementação Alimentar Dar CSB ou ATPU Seguimento cada 15 dias Dar educação nutricional com demonstração culinária
Critérios de Alta	Crianças > 6 meses: Passar para o Tratamento em Ambulatorio quando a criança: Tem apetite: Consome pelo menos 80% da ração diária de ATPU Não tem edema durante 7 dias Está alerta Está clinicamente bem Para crianças que não passam a TDA, alta com F100 ou ATPU, e continuar seguimento por 3 meses na CCR, quando a criança: Tem P/A ≥ - 1 DP em 2 pesagens sucessivas Não tem edema bilateral durante 7 dias Pode comer a comida da família	Alta com ATPU quando a criança: Tem P/E ou IMC/ Idade ≥ - 1 DP em 2 pesagens sucessivas E Tem apetite Pode comer a comida da família Continuar seguimento, se a criança manter P/E ou IMC/ idade ≥ - 1 DP por 3 meses	Alta com CSB quando a criança: Tem P/E ou IMC/ Idade ≥ - 1 DP em 2 pesagens sucessivas Continuar seguimento, se a criança manter P/E ou IMC/ idade ≥ - 1 DP por 3 meses
	Crianças < 6 meses: Crianças com aleitamento materno: mínimo de 20 g de ganho de peso/dia com o leite materno durante 5 dias • Crianças sem aleitamento materno: aumento de peso em 15% e pode consumir outros alimentos adequados para idade • Não tem edema durante 2 semanas • Está alerta • Está clinicamente bem		

Tabela 41: Quantidade de ATPU (saquetas) durante a Fase de Reabilitação Nutricional para Crianças (6 meses a 15 anos)

Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas	Total saquetas de ATPU para 7 dias	Total saquetas de ATPU para 14 dias
4,0 – 4,9	2	14	28
5,0 – 6,4	2,5	17,5	35
6,5 – 8,0	3	21	42
8,1 – 9,0	3,5	24,5	49
9,1 – 10,0	4	28	56
10,1 – 11,4	4,5	31,5	63
≥11,5	5	35	70

2.8

Classificação da Criança com Malnutrição



2.9 Seguimento Clínico e Laboratorial da Criança HIV+

Tabela 42: Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV (Crianças)

	MESES DE TRATAMENTO															
	0	1/2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2/2m*	6/6m
Atendimento clínico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x ¹	
Aconselhamento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Sempre que necessário	
Levantamento ARVs e outros	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x ¹	
Hemograma	x		x					x						x		x
Contagem de Linfócitos T CD4+	x							x						x		x
Carga viral (se for possível)								x								x (mes 18 e 12/12)
ALT	x		x					x						x		x
Glicemia ²	x							x						x		x
Colesterol total e triglicéridos ²	x													x		x
Creatinina ³	x							x						x		x
Urina II	x							x						x		x

* As crianças ≥ 5 anos que iniciam TARV podem ser submetidas a avaliação clínica de 3/3 meses

¹ Para crianças com boa adesão ao TARV e as consultas e com boa resposta clínica e imunológica

² Nos esquemas com IPs

³ Nos esquemas com TDF

Periodicidade do Seguimento Clínico e Laboratorial em Crianças HIV+ em TARV

Crianças < 5 anos:

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

Crianças ≥ 5 anos, estáveis em TARV, consulta de 3/3 meses depois de 1 ano de tratamento se apresentar os seguintes critérios

- Boa adesão à consulta e às profilaxias
- Estável clínica e imunologicamente/virologicamente

2.10 Falência Terapêutica na Criança HIV+

Existem três elementos que podem ser utilizados para caracterizar uma falência terapêutica na criança em TARV:

- c) Falência virológica: Carga viral detectável >1000 cópias/ml, em 2 medidas repetidas, na presença de boa adesão
- d) Falência imunológica:
 - < 5 anos: CD4 persistentemente abaixo de 200 cels/mm³ ou abaixo de 10%
 - ≥ 5 anos: CD4 persistente abaixo de 100 cels/mm³
- e) Falência clínica: Recorrência ou aparecimento de condições de estadio 3 ou 4 da OMS, com excepção da tuberculose

Critérios para solicitar a Carga viral em crianças

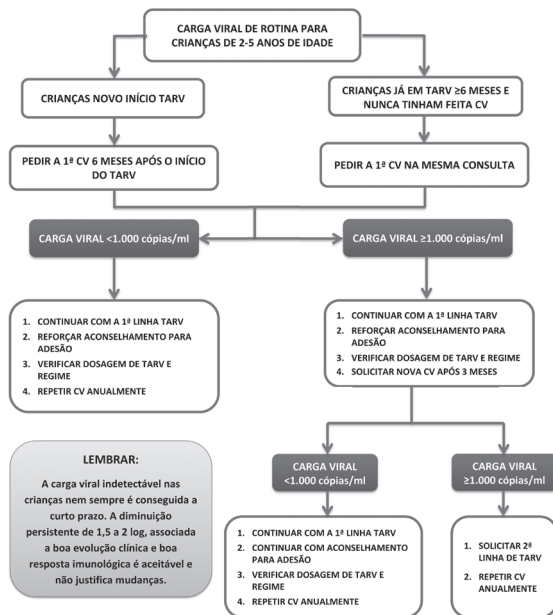
Crianças com idade entre 2-5 anos

- Pedir CV 6 meses após o início do TARV

Crianças >5 anos

- Pedir CV em caso de suspeita de falência terapêutica (veja algoritmo específico na secção de adultos, página 47)

Nota: Contactar o comité nacional/provincial de TARV para receber orientações sobre a interpretação dos resultados de CV e conduta a seguir.

Algoritmo 8: Carga Viral de Rotina para Crianças de 2-5 anos de idade

Tabela 43: Regimes de 2ª linha, consoante ao regime usado na 1ª linha

Idade	1ª Linha em falência	2ª Linha
< 5 anos	AZT/d4T+3TC+NVP/EFV	ABC+3TC+LPV/r
	AZT/d4T+3TC+LPV/r	< 3 anos: ABC + 3TC+NVP ≥3 anos (e ≥10 Kg): ABC+3TC+EFV
	ABC+3TC+NVP	AZT+3TC+LPV/r
5 anos	AZT/d4T+3TC+LPV/r	TDF+3TC+EFV
	AZT/d4T+3TC+NVP	TDF+3TC+LPVr

3.0 ABORDAGEM INTEGRAL DA MULHER GRÁVIDA E DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

3.1 Seguimento da Mulher Grávida/Lactante HIV+	89
3.2 Seguimento da Criança Exposta (filho de mãe seropositiva)	91

3.0 Abordagem Integral da Mulher Grávida e da Criança Exposta ao HIV

3.1 Seguimento da Mulher Grávida/Lactante HIV+

A mulher grávida e lactante HIV positiva deverá ser seguida nos serviços de SMI durante a gravidez (CPN) e após parto (CPP no 1º mês e CCR após do 1º mês) até ter o seroestado definitivo para o HIV de seu bebé.

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

Tabela 44: Opções com Fármacos ARVs para Prevenir a Transmissão Vertical em Moçambique

	Opção A	Opção B+
Mãe	CD4 $\geq$500 cel/mm³ AZT – 14 sem. IG. NVP du – entregue as 14 sem IG para tomar no início do trabalho de parto. AZT +3TC- trabalho de parto, até 7 dias após o parto. CD4 <500 cel/mm³ TARV assim que diagnosticada HIV+, continuar para toda a vida.	TARV início assim que diagnosticada HIV + durante a gravidez, continuar para toda a vida. Independentemente do CD4, estadio clínico ou idade gestacional “TARV para ETV ou TARV universal”
Criança	Mãe em profilaxia ARV Criança amamentada – NVP diária até 1 semana após o fim da amamentação. Criança não amamentada – NVP diária desde o nascimento e durante 6 semanas.	Independente do tipo de aleitamento– NVP 1x/dia do nascimento até 6 semanas de vida.

Tabela 45: Esquemas de TARV para a Mulher Grávida e Lactante HIV+

Situação particular	Esquema	Dose
Nenhuma	TDF+3TC+EFV (DFC)	1 comp/noite
Contra-indicação para TDF	AZT+3TC (DFC)	1 comp 12/12 horas
	EFV 600 mg	1 comp/noite
Contra-indicação para EFV - Antecedentes psiquiátricos - Desenvolvimento de quadro psiquiátrico com EFV - Toxicidade grave por EFV	TDF+3TC (DFC)	1 comp/dia
	LPV/r	2 comp 12/12 horas
Pacientes em segunda linha de TARV		

3.1

Tabela 46: Calendário de Seguimento da Mulher Grávida/Lactante HIV+

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

¹ Nos esquemas contendo IPs

² Nos esquemas contendo TDF

3.2 Seguimento da Criança Exposta (Filha de Mãe Seropositiva)

O seguimento das crianças expostas ao HIV na CCR inicia a partir do primeiro mês de idade. As crianças expostas ao HIV na CCR recebem os devidos cuidados até o diagnóstico definitivo para o HIV:

- Controle do crescimento ponderal
- Avaliação do desenvolvimento psicomotor
- Profilaxia com CTZ e ARVs (Nevirapina)
- Testes diagnósticos para a confirmação ou exclusão da infecção pelo HIV (teste virológico - PCR DBS ADN de HIV e teste rápido para o HIV - Determine e Unigold), segundo o calendário previsto

Avaliação e Conduta:

- História clínica da mãe, incluída a história pré-natal: profilaxia para PTV ou TARV, estadiamento OMS da mãe, tipo de parto, prematuridade, complicações ao nascimento.
- História clínica recente da criança, incluindo informações sobre alimentação infantil, cumprimento do calendário de vacinas, contactos com TB e internamentos recentes.
- Aconselhamento à mãe/cuidador sobre alimentação infantil.
- Exame físico completo com avaliação do peso, estatura, peso para estatura, perímetro craniano, edemas, desenvolvimento psicomotor e reconhecimento de patologias que constituem sinais de alarme (Pneumonia grave, Desnutrição, Candidíase oro-esofágica, Dermatite crónica, Otite crónica, Diarreia persistente, Linfadenopatia persistente e generalizada).
- Esquema de Profilaxia com ARVs segundo o caso específico
- Profilaxia com CTZ a partir de 1 mês de vida (vide tabela 60, profilaxia com CTZ)
- Testagem para a confirmação do estado serológico da criança (Algoritmo de diagnóstico precoce da criança exposta);
- Outras rotinas (Vitamina A de 6/6 meses desde o sexto mês, Mebendazol de 6/6 meses desde o 1º ano de vida)

Tabela 47: Profilaxia com ARVs para a Criança Exposta

Opção da Mãe	Fármaco	Duração
Mãe em TARV na altura do parto (início na maternidade ou antes)	Nevirapina 1 vez/dia (posologia ajustada segundo a tabela 94)	Iniciar até 72 horas do nascimento e continuar por 6 semanas
Mulher lactante que inicia o TARV	Nevirapina 1 vez/dia (posologia ajustada segundo a tabela 94)	Inicia ao mesmo tempo que a mãe e continua por 6 semanas
Mãe a receber profilaxia com ARVs		
Criança amamentada	Nevirapina 1 vez/dia (posologia ajustada segundo a tabela 94)	Desde o nascimento e até 1 semana após o fim do aleitamento
Criança em aleitamento artificial	Nevirapina 1 vez/dia (posologia ajustada segundo a tabela 94)	Iniciar até 72 horas do nascimento e continuar por 6 semanas

Tabela 48: Posologia para a Dosagem de Nevirapina Profiláctica (Xarope) em Crianças Expostas

Dosagem de Nevirapina: DOSE ÚNICA por dia		
Idade	Dosagem em mg	Xarope 10mg / ml
Peso à nascença 2000-2499g	10 mg	1ml
Peso à nascença > 2500g	15 mg	1,5 ml
1-6 meses	20 mg	2 ml
6-9 meses	30 mg	3 ml
>9 meses	40 mg	4 ml

CASOS PARTICULARES

1. No caso da mãe iniciar o TARV durante o aleitamento, a criança deve manter a toma da NVP dose única diária por 6 semanas após a data de início do TARV da mãe.
2. No caso de parto fora da maternidade:
 - Mãe em TARV, bebê em aleitamento materno: iniciar profilaxia até 72h de vida do bebê, caso o bebê chegue após este período a profilaxia não deve ser iniciada.
 - Mãe em TARV, bebê em aleitamento artificial: iniciar profilaxia até 72h de vida do bebê, caso o bebê chegue após este período a profilaxia não deve ser iniciada.
 - Mãe fez profilaxia ARV, bebê em aleitamento artificial: iniciar profilaxia até 72h de vida do bebê, caso o bebê chegue após este período a profilaxia não deve ser iniciada.
 - Mãe fez profilaxia ARV, bebê em aleitamento materno: iniciar profilaxia em qualquer idade no primeiro contacto com a US.
 - Mãe não fez nenhum tipo de profilaxia ARV, bebê em aleitamento materno: iniciar profilaxia em qualquer idade no primeiro contacto com a US. Manter a profilaxia até que a mãe complete 6 semanas de TARV ou até 1 semana após o desmame se a mãe não aceitar o TARV.
3. No caso de interrupção do TARV na mãe por problemas de toxicidade, o xarope de NVP deverá ser reintroduzido na criança, e mantido até a cessação de toda exposição ao leite materno e mais uma semana, ou até 6 semanas após a reintrodução de TARV na mãe.

Periodicidade da Consulta

Mensal até 12 meses de idade e depois bimensal (2 em 2 meses) até ter alta

Crítérios de Alta

- **Alta para o Serviço TARV/ doença crónica**
 - PCR positivo em qualquer idade
 - Teste rápido para HIV positivo em crianças com idade >18 meses de idade
- **Alta para o seguimento na CCS**
 - Teste rápido negativo aos 9 meses em crianças que não estejam em aleitamento materno há mais de 2 meses e não tenha nenhum sintoma sugestivo de infecção por HIV
 - Teste rápido para HIV negativo em crianças com idade >18 meses e/ou 2 meses depois do desmame

Importante:

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

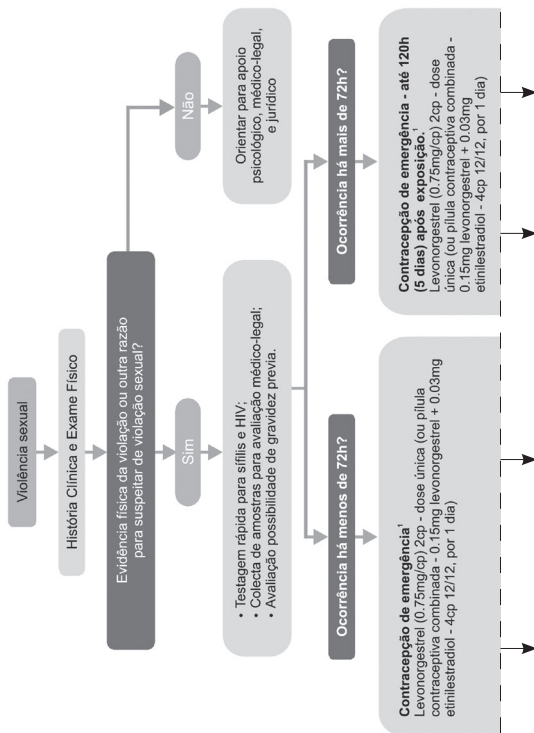
4.0 PREVENÇÃO APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL E PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV

4.1 Prevenção após violência sexual em Adultos	97
4.2 Prevenção após violência sexual em Crianças	99
4.3 Profilaxia pos-exposição ocupacional ao HIV	102

4.0 Prevenção após violência sexual e Profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV

4.1 Prevenção após violência sexual em Adultos

Algoritmo 9: Algoritmo da Abordagem da Violência Sexual



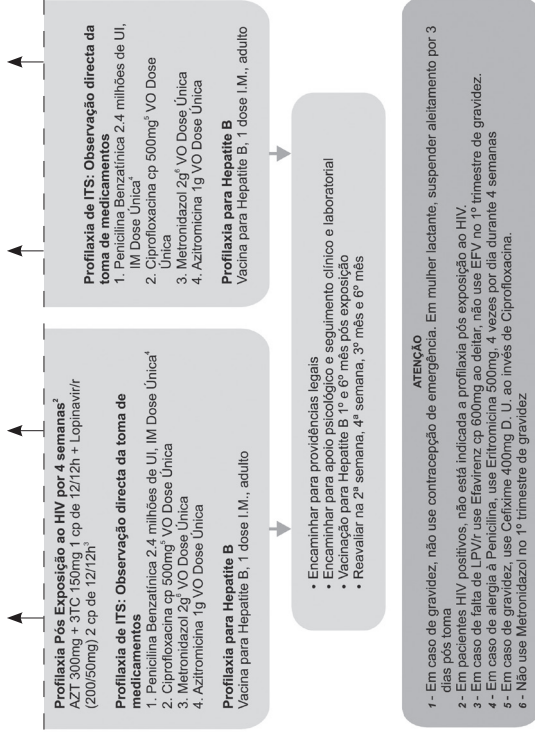


Tabela 49: Tomada de Decisão Sobre o Tratamento Profilático 1

TOMADA DE DECISÃO SOBRE O TRATAMENTO PROFILÁTICO	
NÍVEL EXPOSIÇÃO	TRATAMENTO FORNECIDO
Exposição com risco mínimo: Exposição na: Vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada Por: Urina, saliva, suor, lágrimas quando não contaminadas com sangue	Não inicia PPE
Exposição com alto risco de transmissão do HIV: Exposição na: Vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada Por: Sangue, sêmen, secreções vaginais, rectais ou outro fluido contaminado com sangue De: Pessoa fonte HIV positiva, com ou sem SIDA ou desconhecido	Início Regime Triplo Profilaxia ITS Contracepção de emergência

4.2 Prevenção após violência sexual em Crianças

Tabela 49: Tomada de Decisão Sobre o Tratamento Profilático 2

TOMADA DE DECISÃO SOBRE O TRATAMENTO PROFILÁTICO	
NÍVEL EXPOSIÇÃO	TRATAMENTO FORNECIDO
Exposição com risco mínimo: Exposição na: Vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada Por: Urina, saliva, suor, lágrimas quando não contaminadas com sangue	Não inicia PPE
Exposição com alto risco de transmissão do HIV: Exposição na: Vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada Por: Sangue, semen, secrecoes vaginais, rectais ou outro fluido contaminado com sangue De: Pessoa fonte HIV positiva, com ou sem SIDA ou desconhecido	Iniciar profilaxia com Antiretrovirais Regime Triplo Profilaxia Infecções de Transmissão Sexual (ITS) Considerar contracepção de emergência em raparigas que já atingiram a menarca Vacinação para hepatite B para crianças não vacinadas ou com calendário vacinal incompleto

4.2

Prevenção após
violência sexual
em Crianças

Tabela 51: Profilaxia Para as ITS

PROFILAXIA PARA AS ITS

Penicilina Benzatínica IM em Dose Única:
Menos de 10 kg: 300.000UI
Entre 10 e 27 kg: 600.000UI
Entre 27 kg e 50 kg: 1.2 milhões UI
Mais de 50 kg: 2.4 milhões UI

Ceftriaxona: 80 mg/kg EV/IM Dose Única
ou Ciprofloxacina VO Dose Única:
Menos de 15 kg: 20-30mg/kg;
A partir de 15 kg: 500 mg

Metronidazol 30 mg/kg VO Dose Única

Azitromicina 30mg/kg VO Dose Única



PROFILAXIA PARA HEPATITE B PARA CRIANÇAS (0,06-0,08mg/Kg, IM)		
Estado Imunológico	Conduta	
	Até 11 anos	Maior de 11 anos
Não Vacinado	Aplicar metade da dose (0,5 ml IM)	Aplicar a dose completa (1 ml IM)
Vacinação Incompleta	Completar calendário de vacinação conforme o protocolo	Completar calendário de vacinação conforme o protocolo
Vacinação Completa	Não necessita de vacinação	Não necessita de vacinação

Tabela 52: Contracepção de emergência para todas raparigas

LEVONORGESTREL (0,75 mg/comp) 2 COMP - dose única	OU	PIÍLULA CONTRACEPTIVA COMBINADA (0,15 mg levonorgestrel + 0,02 mg etinilestradiol) 4 COMP 12/12 HORAS POR 1 DIA
--	----	---

Tabela 53: Profilaxia Pos-Exposição para HIV

PROFILAXIA POS EXPOSIÇÃO PARA HIV (durante 4 semanas)						
Peso (kg)	AZT +3TC: comp pediátrico: AZT 60 mg+ 3TC 30mg; comp adulto: AZT 300mg + 3TC 150mg		AZT + 3TC	LPV/r		
3-3.9 Kg	Comp. Pediátrico	Manha	1	80/20mg/ml xarope	1 ml	
		Noite	1		1 ml	
4-5.9 Kg	Comp. Pediátrico	Manha	1	80/20mg/ml xarope	1 ml	
		Noite	1		1 ml	
6-9.9 Kg	Comp. Pediátrico	Manha	1,5	80/20mg/ml xarope	1,5 ml	
		Noite	1,5		1,5 ml	
10-13.9 Kg	Comp. Pediátrico	Manha	2	80/20mg/ml xarope	2 ml	
		Noite	2		2 ml	
14-16.9 Kg	Comp. Adulto	Manha	1	80/20mg/ml xarope	2 ml	comp 200/50 mg 1
		Noite	0,5		2 ml	OU 100/25 mg 2
17-19.9 Kg	Comp. Adulto	Manha	1	80/20mg/ml xarope	2,5 ml	comp 200/50 mg 1
		Noite	0,5		2,5 ml	OU 100/25 mg 2
20-24.9 Kg	Comp. Adulto	Manha	1	80/20mg/ml xarope	3ml	comp 200/50 mg 1
		Noite	0,5		3 ml	OU 100/25 mg 2
25-29.9 Kg	Comp. Adulto	Manha	1	80/20mg/ml xarope	3,5 ml	comp 200/50 mg 1
		Noite	1		3,5 ml	OU 100/25 mg 3

Capítulo 4.3: Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional ao HIV (PPE)

Tratamento de curta duração com medicamentos antiretrovirais (ARVs) com o objectivo de reduzir o risco de infecção pelo HIV após uma exposição ocupacional.

Passo 1: Tratamento da ferida ou local de exposição

Se for uma exposição percutânea	Limpar a ferida imediatamente após o acidente com água e sabão
Se for uma projecção mucosa	Realizar lavagem prolongada da mucosa envolvida com soro fisiológico ou água

Passo 2: Avaliação do Risco de Infecção para a Tomada de Decisão sobre a Necessidade de PPE

Tipo e Severidade da exposição: definido através da avaliação da ferida	Condição do doente-fonte: definido através da história clínica, sintomas e/ou testagem	Recomendações
Exposição Massiva: picada profunda, dispositivo intravascular, agulha perfurada de grande calibre, produto de laboratório concentrado	Seropositivo com ou sem SIDA, ou status serológico desconhecido	Iniciar PPE com regime triplo
Exposição Intermediária: corte com bisturi através das luvas, picada superficial com agulha em bisel	Seropositivo com SIDA Seropositivo sem SIDA, ou status serológico desconhecido	Iniciar PPE regime triplo Iniciar PPE com regime duplo
Exposição Mínima: simples erosão epidérmica com agulha de sutura ou de pequeno calibre	Seropositivo com ou sem SIDA, ou status serológico desconhecido	Não se recomenda o início da PPE

Passo 3: Início da Profilaxia

Após indicada a PPE, seja ela com um regime duplo ou triplo, esta deve ser iniciada o mais rápido possível após o acidente, preferivelmente dentro das primeiras 4 horas, mas podendo ser iniciado até 72 horas após o ocorrido.

- **Regime duplo:** indicada principalmente nos casos onde a exposição é intermediária. É um esquema bem tolerado e com pouca toxicidade. Deverá ser utilizado durante 4 semanas.

AZT + 3TC (DFC): 1cp 12/12h

- **Regime triplo:** recomendado para os casos onde o risco de transmissão do HIV é elevado. Deverá ser utilizado por 4 semanas.

AZT + 3TC (DFC): 1cp 12/12h + Lopinavir/r*
(200mg/50mg): 2cp 12/12h

*Quando o Lopinavir/r não estiver disponível, utilizar o Efavirenz.

4.3

Profilaxia pos-
exposição ocupac-
ional ao HIV (PPE)

Passo 4: Seguimento do Trabalhador de Saúde (TS)

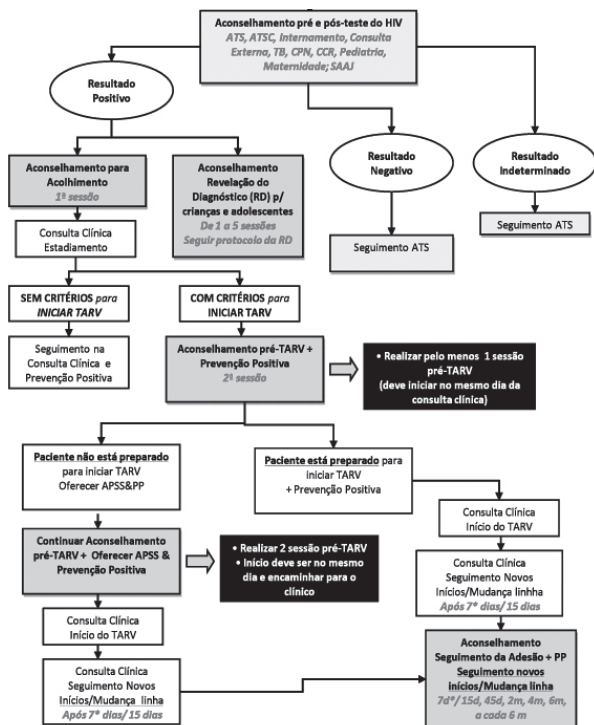
Os Trabalhadores de Saúde que iniciam a PPE deverão ser acompanhados da seguinte forma:

- Depois da serologia inicial para o HIV, repetir a serologia para o HIV na 6ª semana e no 3º e 6º mês após o acidente;
- Hemograma completo e transaminases no Dia 0, 2ª e 4ª semana de tratamento;
- Serologia inicial das hepatites (Hepatite B e Hepatite C) e conforme o risco do acidente, ao 1º, 3º, 6º e 9º mês;

- Aconselhamento adicional, de acordo com a necessidade;
- Os trabalhadores de saúde que não receberam a PPE segundo as recomendações do quadro acima, ou por opção pessoal, deverão ser acompanhados da seguinte forma:
 - Após a serologia inicial para o HIV, repetir na 6ª semana e no 3º e 6º mês;
 - Transaminases e serologia inicial das hepatites e conforme o risco, ao 1º, 3º, 6º e 9º mês;
 - Aconselhamento adicional, de acordo com a necessidade.

5.0 Abordagem em Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva

Algoritmo 10: Apoio psicossocial e Prevenção Positiva



As 7 Mensagens de Prevenção Positiva devem ser Passadas em todas as Consultas Clínicas e Sessões de Aconselhamento, consoante a Necessidade de cada paciente:

- PP1. Comportamento sexual e oferta de preservativos
- PP2. Revelação do seu seroestado e conhecimento/convite para testagem ao (à) parceiro/a
- PP3. Adesão aos Cuidados e Tratamento
- PP4. Infecções de Transmissão Sexual (ITS)
- PP5. Planeamento Familiar (PF) /Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)
- PP6. Consumo de álcool e outras drogas
- PP7. Necessidade de apoio comunitário

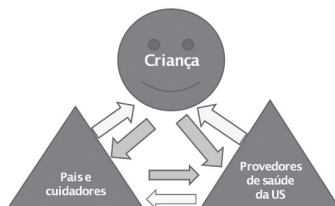
Revelação de Diagnóstico (RD) para Crianças e Adolescentes



5.0

Abordagem em
Apoio Psicossocial e
Prevenção Positiva

Quem deve estar envolvido no Processo de Revelação Diagnóstica?



- O provedor de saúde deve estar devidamente preparado para revelar ou preparar os pais/cuidadores para o processo de RD

Situação Ideal



- Não existe uma idade ideal para a fazer a revelação
- A RD deve iniciar o mais precocemente possível de acordo com a capacidade de compreensão da criança
- Para as crianças menores de 15 anos deve se ter o consentimento dos pais e cuidadores

Casos Especiais:

Pais e cuidadores que recusam a RD

O provedor de saúde deve continuar a sensibilizar os pais/ cuidadores para aceitar a RD

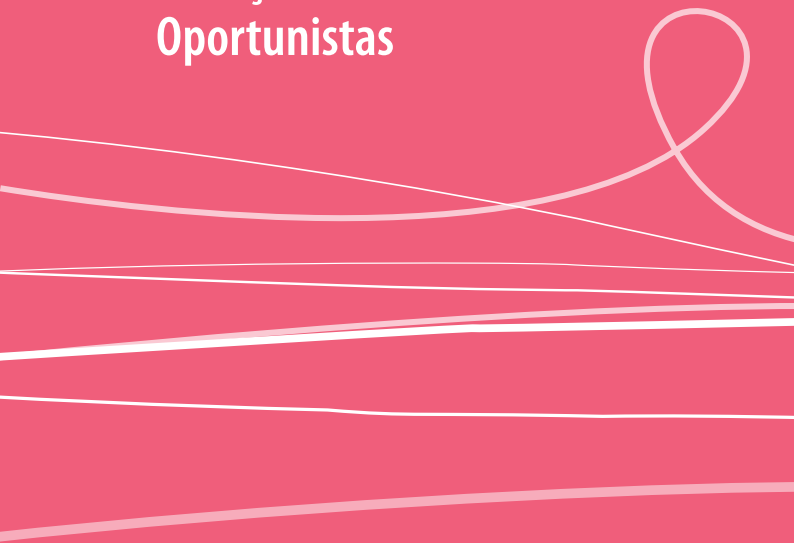
Crianças/Adolescentes sem Cuidadores

- O provedor de Saúde deve propor um cuidador ou confidente (madrinha/padrinho) que pode ser um provedor de Saúde ou membro de uma OCB disponível para acompanhar a Criança/Adolescente
- Preparar a criança/adolescente para a RD



PARTE II

Infecções Oportunistas



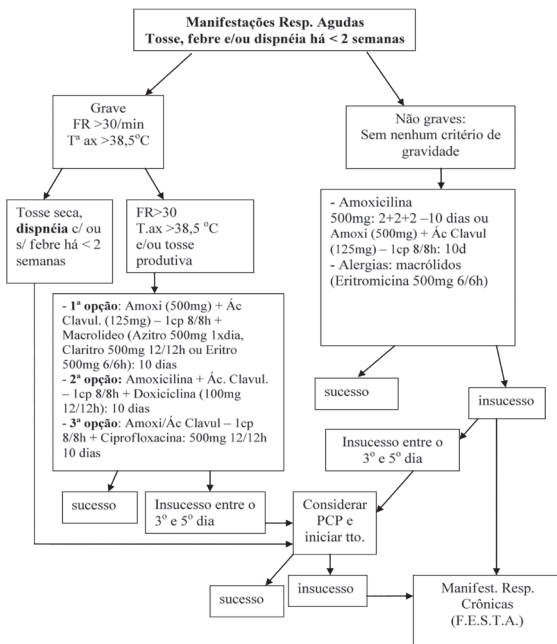
6.0 INFECÇÕES OPORTUNISTAS

6.1 Infecções Oportunistas Respiratórias no Paciente HIV+	109
6.2 Manifestações Neurológicas no Paciente HIV+	116
6.3 Manifestações Mucocutâneas associadas ao HIV	125
6.4 Manifestações Gastrointestinais no paciente HIV+	135
6.4.1 Diarreia no paciente HIV+	135
6.4.2 Outras Manifestações Gastrointestinais no Paciente HIV+	137
6.5 Alterações Hepáticas em Paciente HIV+	139
6.6 Alterações Renais em Paciente HIV+: Nefropatia por HIV (HIVAN)	141
6.7 Alterações Cardíacas em Paciente HIV+	142
6.8 Tratamento da Malária no Paciente HIV+	144
6.9 Tuberculose em Paciente HIV+	148
6.10 Abordagem Síndromica das ITS	151

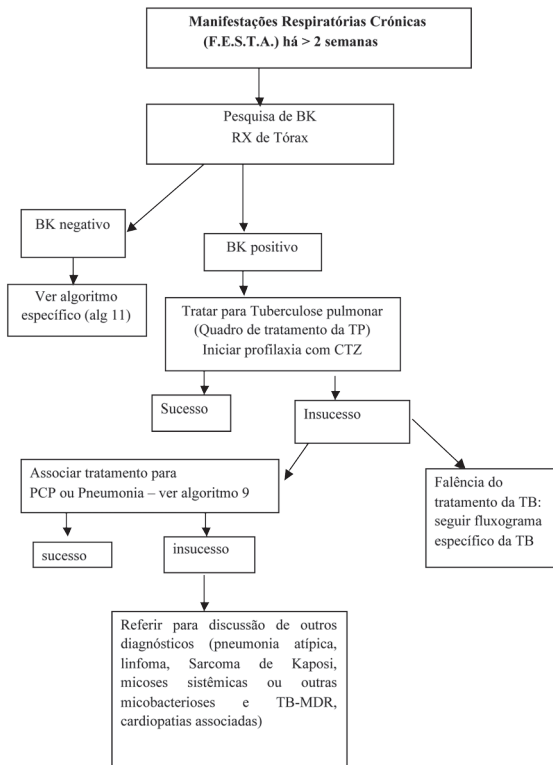
6.0 Infecções Oportunistas

6.1 Infecções Oportunistas Respiratórias no Paciente HIV+

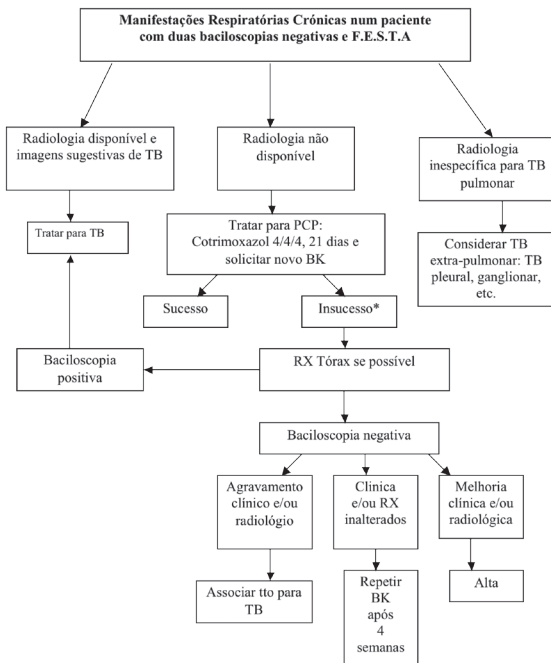
Algoritmo 11: Manifestações Respiratórias Agudas nos Adultos e Adolescentes



Algoritmo 12: Manifestações respiratórias crônicas no paciente adulto HIV+ (1)



Algoritmo 13: Manifestações respiratórias crônicas no paciente adulto HIV+ (2)



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

Tabela 54: Infecção de Vias Respiratórias Superiores (Crianças)

	Otite média aguda (OMA)	Otite média crônica	Sinusite
Diagnóstico A. Clínico	Otalgia, febre ou irritabilidade, Otoscopia: membrana timpânica hiperemiada, opaca, abaulada, otorreia purulenta.	Otorreia serosa, mucóide ou purulenta no ouvido, por mais de 3 meses. Otalgia leve diminuição da acuidade auditiva Otoscopia: membrana timpânica opaca, otorreia purulenta.	Cefaleia e dor nos pontos de projecção dos seios paranasais, tosse seca ou produtiva, rinorreia com secreções purulentas, febre +/- halitose, gotejamento pós-nasal.
Tratamento	10 dias com um dos seguintes: • Amoxicilina, 40-50 mg/kg/dia, 8/8h • Amoxicilina+ác clavulânico, 50mg/kg/dia de 8/8 h • Cefaclor, 40mg/kg/dia de 8/8h, • Azitromicina 10mg/kg/dia	Tratar como OMA durante 14 dias, usando de preferência Amoxicilina+ác clavulânico ou Azitromicina. Se não melhora: aspiração do pús, associada a : Ciprofloxacina, 30mg/kg/dia de 12/12h, ou Claritromicina, 15mg/kg/dia de 12/12h Casos graves, tratar durante 14-21 dias com: Oxacilina, 150-200mg/kg/dia IV, 6/6h, ou Ceftriaxona, 80 -100mg/kg/dia IV, 12/12h	Tratar como a OMA durante 4-8 semanas e manter o tratamento por mais 1 semana após a resolução dos sintomas. Se há suspeita de etiologia fúngica: Fluconazol : 3-6 mg/kg ou Anfotericina B (0,7-1 mg/kg/dia. NB: para sinusite crônica, pesquisar alterações anatômicas

Tabela 55: Infecções das Vias Respiratórias Inferiores: Pneumonia Bacteriana

Pneumonias bacterianas		
	Crianças	Adultos
Diagnóstico Clínico	• Início agudo com febre e tosse • Ao Exame físico: • FR ↑ respeito ao normal por idade • Dispneia com ou sem tiragem, • Macicez, murmúrio vesicular diminuído, fôvres crepitantes, sopro tubárico.	• Início agudo com febre e tosse • Dor torácica • Ao Exame físico: • FR ↑ respeito ao normal • dispneia com ou sem tiragem, • macicez, murmúrio vesicular diminuído, fôvres crepitantes, sopro tubárico
Tratamento: Na criança varia com idade	0 - 2 meses: Duração 10-14 dias Penicilina Cristalina 100 000 UI kg/dia, EV, 6/6 h ou Ampicilina 100 mg kg/dia, EV, 6/6 h, 10 dias + Gentamicina 5mg/kg/dia, 12/12h7 dias	Sem sinais de gravidade • Amoxicilina 500mg: 2+2+2 – 10 dias ou Amoxi (500mg) + Ác Clavul (125mg) – 8/8h: 10d • Alergias: macrólidos (Eritromicina 500mg 6/6h)
	>2 meses: Duração 10-14 dias com um dos seguintes: • Pen Procaína 50 000 UI kg/dia , IM 12/12h • Amoxicilina 40 mg kg/dia , VO , 8/8 h • Amoxi/ác clavulânico, 50mg/kg/dia VO, 8/8 h • Cloranfenicol 100 mg kg/dia, EV, 4/4 h • Oxacilina 150 mg kg/dia, EV, 6/6 h • Eritromicina 50 mg kg/dia, VO, 6/6 h • Ceftriaxona 100 mg, EV kg/dia, IM, 12/12 • Cefalexina 50 mg kg/dia, VO, 6/6 h,	Com sinais de gravidade 1ª opção: Amoxi (500mg) + Ác Clavul. (125mg) – 8/8h + Macrólido (Azitro 500mg 1xdia ou Claritro 500mg 12/12h ou Eritro 500mg 6/6h): 10 dias 2ª opção: Amoxi/Ác Clavulânico. – 1cp 8/8h + Doxiciclina (100mg 12/12h): 10 dias 3ª opção: Amoxi/Ác Clavulânico – 1cp 8/8h + Ciprofloxacina: 500mg 12/12h 10 dias

Tabela 56: Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PCP)

Pneumonia por Pneumocystis jiroveci										
Infecção oportunista comum, de curso rápido, geralmente fatal sem tratamento. Nas crianças a faixa etária de maior risco é entre o 3º a 6º mês de vida. Nelas, pode acontecer com qualquer contagem de CD4. Nos adultos acontece geralmente com contagens de CD4 menores de 200 cels/mm3. O cotrimoxazol profilático protege contra a PCP										
	Criança	Adulto								
Diagn. Clínico	Início agudo com: febre moderada < 38ºc , tosse seca ou produtiva, taquipneia e/ou dispneia moderada a grave, apneia nos lactentes cianose. Auscultaçãopulmonar pouco reveladora.	Geralmente início insidioso, com tosse seca, dispneia progressiva, febre, perda de peso. Auscultação pulmonar pouco reveladora.								
Diagn. Radiológico	Inicialmente infiltrado intersticial peri-hilar, que evolui para infiltrado bilateral difuso e, pode progredir para processo alveolar ou padrão alveolar com broncograma aéreo. Com o evoluir da doença: opacificação completa do pulmão, por derrame pleural ou por condensações lobares ou nódulos parenquimatosos. Pode haver: Pneumotórax, Pneumomediastino. Adenopatias hilares ou mediastínicas									
Tratamento	Tratamento de escolha: - Cotrimoxazol, oral ou EV, 20 mg/kg/dia, do componente TMP, dividido em 4 doses, 14 a 21 dias - Oxigênio, se disponível - Associar Prednisolona nos casos graves: 1mg/kg/dia 12/12h nos primeiros 5 dias, 0,5mg/kg/dia 12/12h do 6º ao 10º dia, 0,25mg/kg/dia 1 vez dia até 21º dia	Tratamento de escolha: Cotrimoxazol (Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprim 80mg): 15mg do componente TMP/kg/dia, dividido em 3 ou 4 doses diárias, duração de 21 dias:								
		<table><tr><th>Peso</th><th>Comp/dia (deve ser dividido)</th></tr><tr><td>30 a 45 kg</td><td>8cp/dia</td></tr><tr><td>45 a 60 kg</td><td>12cp/dia</td></tr><tr><td>>60 kg</td><td>16/dia</td></tr></table>	Peso	Comp/dia (deve ser dividido)	30 a 45 kg	8cp/dia	45 a 60 kg	12cp/dia	>60 kg	16/dia
	Peso	Comp/dia (deve ser dividido)								
30 a 45 kg	8cp/dia									
45 a 60 kg	12cp/dia									
>60 kg	16/dia									
	- Oxigênio se necessário (paO2 < 60 mmHg ou se SO2 for < 92%) O tratamento adjuvante com corticoides: Prednisolona 40mg “per os” 12/12h por 5 dias, seguidos de 40mg 1xdia por 5 dias e após, 20mg 1xdia por 10 dias.									
	Tratamento Alternativo: Dapsona, 1mg/kg/dia + TMP 20 mg/kg/dia, VO, 4xdia, 21 dias ou Pentamidina, 4mg/kg/dia, 1 x dia, EV, por 3 semanas	Tratamento Alternativo: duração de 21 dias Para doença severa: Primaquina 15-30 mg por dia + Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas Para doença moderada: Dapsona 100mg “per os” 1xdia + Trimetoprim 15mg/kg/dia, dividido em 3 a 4 doses								

Tabela 57: Pneumonias Fúngicas

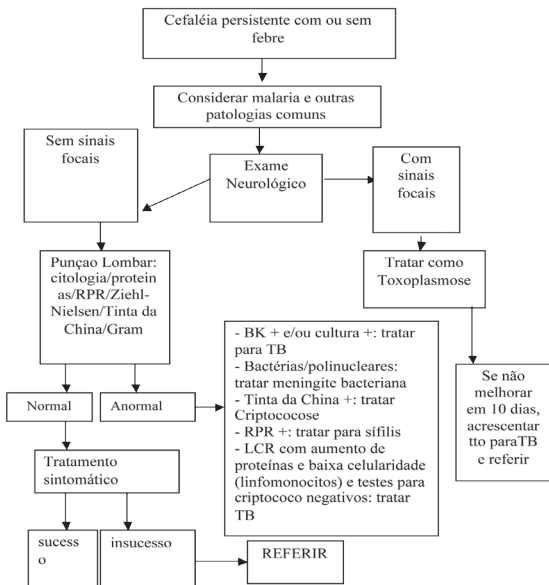
Pneumonias Fúngicas		
Diagnóstico	(Cryptococcus, Histoplasma capsulatum, Cândida, Aspergillus) Em Moçambique o diagnóstico é de exclusão (ausência de resposta a outros tratamentos empíricos)	
A. Clínico	Febre, Tosse produtiva e dispneia de início insidioso, dor torácica, hemoptise, sintomas de infecção disseminada (hepato-esplenomegalia, adenopatias, lesões cutâneo-mucosas)	
B. Radiológico	Padrão radiológico variável dependendo do fungo: Cryptococo, Histoplasma e outras: Infiltrado difuso e/ou nodular com padrão em flocos de algodão. Aspergilose pulmonar: cavitações pulmonares no Rx	
Tratamento	Crianças	Adultos
	Fluconazol, 3 - 6 mg/kg/dia, 6-10 semanas OU Anfotericina B, 0,7- 1mg/kg/dia, EV, 1xdia, 4 - 8 semanas	Fluconazol 400-800 mg/dia 8-10 semanas Anfotericina B, 0,7-1 mg/kg/dia, 8-10 semanas

Tabela 58: Pneumonia Intersticial Linfoide (PIL)

Pneumonia intersticial linfoide	
Doença pulmonar intersticial de progressão lenta, crónica, com períodos de agudização, que é frequente em crianças com infecção pelo HIV com idade superior a 1 ano. Menos frequente no adulto mas também pode acontecer. Suspeitar sempre de PIL na presença de sintomas sugestivos e de um Rx com infiltrado reticulonodular intersticial e bilateral. Deve ser feito o diagnóstico diferencial com TB pulmonar e PCP.	
Diagn. A. Clínico	Tosse crónica seca com ou sem sibilos, dispneia de grau variável, frequente sobreposição de infecção bacteriana Sintomas associados: linfadenopatia generalizada e persistente associada, parotidite geralmente bilateral, hipocratismo digital (dedos em baqueta de tambor), hepatoesplenomegalia,
B. Radiológico	RX do tórax: infiltrado intersticial difuso e/ou micronodular de predomínio nas bases com aumento do mediastino
Tratamento	Se assintomática: nenhum tratamento Tratar a sobreinfecção bacteriana (ver tabela relativa a pneumonia)

6.2 Manifestações Neurológicas no Paciente HIV+

Algoritmo 14: Abordagem do Paciente Adulto HIV+ com Cefaleia e Imunodepressão Avançada



Importante

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

Tabela 58: Toxoplasmose do SNC

Manifestações clínicas	Quadro de instauração aguda/subaguda: confusão mental, cefaléia, febre (50%), convulsões, hemiparesia e hemiplegia. Os sinais de irritação meníngea ou hipertensão intracraniana são raros.	
	Criança	Adulto
Tratamento (6 semanas)	1ª opção: Sulfadiazina, 80-100mg/kg/dia, VO, dividido em 2 a 4 tomas diárias, máximo de 3g/dia, + Primetamina, 1mg/kg/dia, VO, máximo de 25mg/dia com dobro da dose nos primeiros 2 dias, + Ácido fólico, 5-10 mg, VO, 1x dia, a cada 3 dias. O esquema deve ser feito por 4-6 semanas 2ª opção: Cotrimoxazol (20 mg/Kg/dia da componente de Trimetoprim) dividido em 4 tomas diárias, durante 21 dias	1ª opção: Sulfadiazina (100mg/kg/dia, dividido em 4 tomas) + Primetamina (100mg/dia no primeiro dia, e depois 50mg, em toma única diária) + Ácido fólico 15mg, em toma única diária; 2ª opção: Cotrimoxazol (50/10mg/kg/dia dividido em 2 ou 4 doses diárias, por 4 semanas) – pode ser considerada a associação da Primetamina a este esquema. 3ª opção: Para casos de alergia ao Cotrimoxazol, Clindamicina 600 mg 6/6 horas+ Primetamina (100mg/dia no primeiro dia, e depois 50mg/dia) + Ácido fólico 15mg, em toma única diária. Nas grávidas, pela gravidade da doença, recomenda-se manter o mesmo esquema terapêutico. No primeiro trimestre da gestação, considerar a interrupção da gestação
Profilaxia secundária:	Sulfadiazina 75mg/kg/dia VO de 12/12 horas + primetamina 1mg/kg por dia e Ácido fólico 5 – 10 mg VO 3 x por semana OU Cotrimoxazol, 25 mg/Kg/dia da componente de Sulfametoxazol	Sulfadiazina (50mg/kg, dividido em 4 tomas diárias) + Primetamina (25mg/dia) + Ácido fólico (15mg/dia) OU Cotrimoxazol 2 comp/dia
Profilaxia secundária:	Suspender profilaxia secundária quando: - A contagem de Linfócitos T CD4+ for > 200 cels/mm3 durante 6 meses consecutivos, e - O tratamento inicial estiver completo, e - Ausência de sintomas relacionados com a Toxoplasmose aguda	

Tabela 59: Criptococose Meníngea

Manifestações clínicas	Meningite de evolução subaguda: cefaleia intensa, febre, alteração do nível de consciência, confusão mental, convulsões. Sinais de hipertensão intracraniana presentes em mais de 50% dos pacientes.		
Diagnóstico	- Clínica - Punção lombar: pressão de saída do LCR elevada (>200 mm H2O) em mais de 75% dos casos - Visualização do fungo no LCR através da coloração tinta da China (sensibilidade de 75 a 85%) - Antígeno específico para Criptococo (CrAg) no LCR+ (sensibilidade 93%) - Hemocultura e cultura de fungo no LCR		
	Adulto	Criança	
Tratamento:	1ª Opção: a) Tratamento de ataque (2 semanas): Anfotericina B 0,7 mg/kg/dia, EV, diluído em 500ml de soro glicosado ou fisiológico, 1x/dia, administrado em 6 horas + Flucitosina 100mg/kg/dia VO (dividido em 4 doses). Na ausência de Fluctocina, poder-se-á utilizar Anfotericina B + Flucanazol 800 mg/dia b) Manutenção (8- 10 semanas): Fluconazol 400-800mg/dia 2ª Opção (na ausência de Anfotericina ou de capacidade para monitorar toxicidade renal e níveis de K+): a) Tratamento de ataque (2 semanas): Fluconazol 600mg 12/12h, VO ou EV (se doente inconsciente), ± Flucitosina 100mg/kg/dia VO por 2 semanas. Monitorar a função hepática. b) Manutenção (8-10 semanas): Fluconazol 800mg/dia. A 1ª opção de tratamento (Anfotericina B) é superior, pelo que sempre que possível deve ser escolhida	1ª Opção Anfotericina B 0,4 a 1mg/kg/dia EV. Tratamento de ataque (2 semanas): Iniciar com 0,1mg/kg (Max 1mg) em perfusão durante 2 a 4 horas, aumentando 0,25 mg/kg/dia até a dose desejada de 1mg/kg/dia. Manutenção (até 12 semanas depois da normalização do liquor): Fluconazol 6 mg/kg/dia VO ou EV 2ª Opção: Tratamento de ataque (6-10 semanas): Fluconazol 12 mg/kg 1 v/dia VO ou EV Tratamento de manutenção (até 12 semanas depois da normalização do liquor): Fluconazol 6 mg/kg/dia	

Tratamento	Grávidas O tratamento de escolha nesses casos é Anfotericina B, já que os anti-fúngicos azólicos (fluconazol, itraconazol, ketoconazol) são contra-indicados no primeiro trimestre da gestação devido ao risco de teratogenicidade. Considerar a interrupção da gravidez, pela possibilidade de transmissão para o feto, com complicações neurológicas graves pelo uso da medicação. Manejo da Hipertensão Intracraniana na meningite por Criptococo: Nesses casos, é indicado punção lombar terapêutica diária, com cuidados de assépsia, com retirada de 20 a 30 ml de liquor, até resolução da hipertensão intracraniana, ou até melhoria da sintomatologia. A profilaxia secundária da Criptococose neuromeningea é obrigatória; sem esta, a recidiva ocorre em 100% dos casos
Profilaxia secundária	Fluconazol 200mg/dia Deve ser iniciada logo após o tratamento, se a evolução for favorável. Suspender a profilaxia 2ª apenas quando: - A contagem de linfócitos T CD4 + for > 200 cel/mm3 por mais de 6 meses, e - O tratamento inicial estiver completo, e - Ausência de sintomas relacionados a Criptococose. Fluconazol 3 mg/kg/dia. Suspender a profilaxia 2ª apenas quando: - criança > 6 anos e assintomática e tendo recebido profilaxia por mais de 6 meses - contagem de CD4 > 200 cel/mm3 por mais de 6 meses, - em TARV por mais de 6 meses

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

Hidratação prévia à administração de Anfotericina B e suplementação com electrólitos

Adultos e Adolescentes:

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

Crianças menores de 5 anos:

Até 1 litro de soro salino contendo 1 ampola de KCL (20 mmol) a um ritmo de 10- 15 ml/Kg de peso, ao longo de 2-4 horas, antes da infusão de Anfotericina B. Pode ser usado alternativamente soro lactato de Ringer se o soro salino não estiver disponível

Não deve ser administrado potássio aos pacientes com insuficiência renal ou hipercalemia prévias.

Monitoria:

Potássio sérico e creatinina (de base e 2 vezes por semana), especialmente ao longo da segunda semana de tratamento com Anfotericina Hemoglobina (de base e semanalmente)

Monitoria do balanço hídrico e do peso diários

Tratamento da toxicidade por Anfotericina B:

Se hipocalemia importante ($K^+ < 3.3$ mmol/l) aumentar os suplementos de KCL:

- 2 ampolas de KCL (40 mmol) ou 1-2 comprimidos orais (8 mEq) 3 vezes por dia
- Monitoriar o potássio diariamente

Se a creatinina se eleva em ≥ 2 vezes do valor de base, deve-se suspender uma dose de Anfotericina B ou aumentar a hidratação prévia (1 litro de 8/8 horas).

Após a melhoria, reiniciar, considerando a administração a cada 48 horas. Se a creatinina mantém-se elevada, deve-se considerar a interrupção do tratamento para continuar com Fluconazol 1200 mg/dia e monitorar a creatinina diariamente

Tabela 60: Meningites Bacterianas

Manifestações clínicas	Início agudo, febre, cefaleia e presença de sinais meníngeos (rigidez de nuca), podendo evoluir para a forma severa, com coma, convulsão e púrpura. RN e lactentes: semelhante a septicemia, com sinais e sintomas inespecíficos Sintomas derivados dos prováveis focos envolvidos: sinusite, otite, pneumonias, mastoidite, endocardite	
Diagnóstico	Clínico. Confirmação através das alterações do LCR obtido a partir da punção lombar: Pleocitose (PMN), glicose diminuída, proteínas elevadas; bacteriologia (coloração GRAM positiva)	
	Adulto	Criança
Tratamento:	1ª Opção: Ampicilina (3g EV 6/6h) + Cloxacilina (1g EV 6/6h)	0 - 7 Dias: Ampicilina 200mg/kg/dia dividido de 6/6 horas ou Cefotaxima 100mg/kg/dia dividido de 8/8 horas durante 14 a 21 dias + Gentamicina 5mg/kg/dia dividido de 12/12 horas até 7 dias
	2ª Opção: Penicilina G cristalina 4 milhões EV 4/4h + Cloxacilina (1g EV 6/6h)	8-28 dias: Ampicilina 200mg/kg/dia dividido de 6/6 horas ou Cefotaxima 100mg/kg/dia dividido de 8/8 horas durante 14 a 21 dias + Gentamicina 7,5mg/kg/dia dividido de 12/12 horas até 7 dias
	3ª Opção: Ceftriaxona 2g EV 12/12h	29 Dias - 2 Meses: Ampicilina 400mg/kg/dia dividido de 6/6 horas ou Cefotaxima 100mg/kg/dia dividido de 8/8 horas durante 14 a 21 dias + Gentamicina 7,5mg/kg/dia dividido de 12/12 horas até 7 dias
	Gravidez: está indicada a Ceftriaxona 2g EV 12/12h. No caso de não estar disponível, usar Ampicilina (4g EV 6/6h).	2 Meses - 5 Anos: Ampicilina 400 mg/kg/dia dividido de 6/6 horas 14 a 21 dias + Cefotaxima 100mg/kg dividido de 6/6h ou Ceftriaxona a 100mg/kg dividido de 12/12 horas; ≥ 5 anos: Ampicilina 400 mg/kg/dia ou Penicilina cristalina 500.000 UI/kg/dia, EV, dividido de 6/6 h 14 a 21 dias ou + Cloxacilina 100mg/kg/dia, EV, dividido de 6/6h ou Ceftriaxona 150 mg/dia, dividido de 12/12 horas, 10 dias - Se apresentar sinais de hipertensão intracraniana: Manitol 10%, 1ml/kg, EV, 6/6h, ou Furosemina, 1-2 mg/kg/dia + Dexametasona 0,15mg/kg/dose de 6/6h máximo 4 dias

Tabela 61: Meningite Tuberculosa

Manifestações clínicas	Evolução subaguda (2-3 semanas) associada ou não a outros sintomas de tuberculose (febre, sudorese, tosse) Alterações do nível de consciência, sinais neurológicos focais, alterações de comportamento, crises convulsivas, sinais sugestivos de hipertensão intracraniana																												
Tratamento	Nº comp 4DFC* 30-39 kg 40-54 kg 55-70 kg ≥71 kg 2 3 4 5 Nº comp 2DFC** 30-39 kg 40-54 kg 55-70 kg ≥71 kg 2 3 4 5 Fase Intensiva: 2 meses de tratamento diário com dose fixa combinada (4DFC): Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol Fase de Manutenção: 7 meses de tratamento diário com dose fixa combinada (2DFC): Isoniazida e rifampicina Fase Intensiva: 2 meses de tratamento diário com dose fixa combinada (4DFC): Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol Fase de Manutenção: 10 meses de tratamento diário com dose fixa combinada (2DFC): Isoniazida e rifampicina <table><tr><th>Peso</th><th>3DFC Pediátrico</th><th>Fase Intensiva</th><th>Fase de Manutenção</th></tr><tr><th>Kg</th><th>E 100</th><th></th><th>2DFC Pediátrico</th></tr><tr><td>4-6,9</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>7-10,9</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>11-14,9</td><td>3</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>15-19,9</td><td>4</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>20-24,9</td><td>5</td><td>1 cpr de E 400mg</td><td>5</td></tr></table> * 4DFC: Isoniazida (75mg), rifampicina (150mg), pirazinamida (400mg) e etambutol (275mg) ** 2DFC: Isoniazida (75mg), rifampicina (150mg) * 3DFC: Isoniazida (30mg), rifampicina (60mg), pirazinamida (150mg) e etambutol (275mg) ** 2DFC: Isoniazida (30mg), rifampicina (60mg) Tratamento adjuvante com corticóides prednisona 0,5-1 mg/kg/dia ou Dexametasona 0,5-2 mg/kg/dia (Max 24 mg/dia) com desmame progressivo Tratamento adjuvante com corticóides Prednisolona 2 mg/kg/dia durante 4 semanas com desmame progressivo (dose máxima 60 mg/dia)	Peso	3DFC Pediátrico	Fase Intensiva	Fase de Manutenção	Kg	E 100		2DFC Pediátrico	4-6,9	1	1	1	7-10,9	2	2	2	11-14,9	3	2	3	15-19,9	4	3	4	20-24,9	5	1 cpr de E 400mg	5
Peso	3DFC Pediátrico	Fase Intensiva	Fase de Manutenção																										
Kg	E 100		2DFC Pediátrico																										
4-6,9	1	1	1																										
7-10,9	2	2	2																										
11-14,9	3	2	3																										
15-19,9	4	3	4																										
20-24,9	5	1 cpr de E 400mg	5																										

Tabela 62: Meningites/Encefalites Virais

Agentes Etiológicos	HIV (meningite asséptica durante a primo-infecção em 25% dos casos), Herpes simplex 1 e 2 (VHS 1 e 2), Herpes zoster (VWZ), Citomegalovírus (CMV)	
	Adulto	Criança
Tratamento	Encefalite por VHS: Aciclovir 10 mg/kg 8/8h IV por 21 dias Na ausência de aciclovir EV, deve-se administrar por VO na dose de 800 mg, 5 vezes por dia Meningoencefalite por VWZ: 7 a 10 dias Aciclovir 10 mg/kg 8/8h IV. Na ausência de aciclovir EV, deve-se administrar por VO na dose de 800 mg, 5 vezes por dia Encefalite por CMV: Ganciclovir (5 mg/kg 2x/dia IV, 14 dias para continuar com 5mg/kg 1x/dia IV em infusão > 1 hora) + Foscamet (60mg/kg 8/8h IV ou 90mg/kg 12/12h IV por 14 dias para continuar com 90-120mg/kg 1x/dia IV)	Encefalite por VHS: Crianças < 3 meses: Aciclovir 30- 60 mg/kg/dia dividido em 8/8h IV por 21 dias Crianças > dos 3 meses - 14 Anos: 30mg /kg /diadivido em 8/8 horas por 21 dias Encefalite por CMV: Inicial: Ganciclovir: dose de indução - 5mg/kg/dose, EV, 2 x dia, 14- 21 dias, (infusão > 1 hora) Manutenção: Ganciclovir, 6 mg/kg/dia, EV, 1 x dia, 5 dias por semana, diluído em soro fisiológico a 0,9% em 1 hora.
Precaução	Os antivirais como ganciclovir e aciclovir podem produzir toxicidade renal. Para prevenir este efeito adverso deve ser feita uma administração lenta do medicamento, e assegurar uma hidratação adequada.	

Tabela 63: Neurosífilis

Manifestações clínicas	Meningite asséptica (cefaleia, rigidez de nuca e fotofobia), sinais focais como comprometimento de nervos cranianos (VII e VIII), afasia, convulsões e sintomas neuropsiquiátricos		
Diagnóstico	— LCR: leucocitose com linfocitose — VDRL ou RPR no líquor positivo: baixa sensibilidade e alta especificidade		
	Adulto	Criança	
Tratamento	Penicilina G Cristalina 18 – 24 milhões UI/dia, administrado em 3 a 4 milhões de unidades, EV, a cada 4 horas, por 10 a 14 dias.	Penicilina cristalina 50 mil UI/Kg/dose IV 12/12h, por 10 dias ou Penicilina G Procaina 50 mil UI/Kg/dose IM 1 x dia, por 10 dias (Somente usar em crianças com mais de 1 mês de vida)	

6.3 Manifestações Mucocutâneas associadas ao HIV

Tabela 64: Infecções Bacterianas da Pele

Infecções bacterianas da pele		
Manifestações clínicas	Adulto	Criança
<i>Impetigo, Folliculite, Hidrosadenite supurativa, Abscessos subcutâneos, Erisipela, Celulite e Piomiosite.</i> A extensão, evolução rápida e recidivas frequentes são características destes doentes		
Tratamento	Limpeza com água e sabão e desinfecção das lesões com anti-séptico, 2x/dia. Lesões pouco extensas: Aplicação de creme/pomada antibiótica: Bacitracina, Fucidine, Mupirocina 2-3x/dia Infecções complicadas, nomeadamente abscessos, flegmão e piomiosite, considerar drenagem cirúrgica e antibioterapia parenteral.	Eritromicina, ou Azitromicina, ou Amoxicilina + Ácido Clavulânico, ou Doxiciclina, ou Tetraciclina ou Cotrimoxazol, durante 10 dias.
	Eritromicina oral: 30-50 mg/kg/dia divididos em 4 tomas, durante 10 dias, ou Amoxicilina + Ácido Clavulânico 250/125mg: 50mg/kg/dia em 3 tomas durante 10 dias	

Tabela 65: Infecções Cutâneas por Fungos

Dermatofitose ou Tinha		
Tratamento	Adulto	Criança
Desinfecção diária com anti-sépticos e antibioterapia em caso de sobreinfecção bacteriana	Tinha capitis: - Corte de cabelo, - Griseofulvina: 15 – 25 mg/kg/dia durante 8 semanas; se não responder, considere Flucanazol 3-6mg/Kg/dia por 4-6 semanas - Clotrimazol/ketoconazol em creme 2x/dia, durante 4 a 6 semanas	Tinha das unhas: - Flucanazol 200 mg/dia durante 3 a 6 meses nas onicomicoses das mãos e 6 a 12 meses nas onicomicoses dos pés (controle da função hepática) - desgaste metódico da unha com lima ou ureia a 40% em creme - Clotrimazol em solução ou creme, 2 x/ dia até final do tratamento.
	Outras formas clínicas: Se lesões escassas e evolução <2 meses, Clotrimazol, creme: aplicar 2 vezes ao dia por 3 a 4 semanas; Se lesões extensas e evolução >2 meses, acrescentar o tratamento oral com Flucanazol ou Griseofulvina durante 4-6 semanas.	Outras formas clínicas: Se lesões escassas e evolução <2 meses, Clotrimazol, creme: aplicar 2 vezes ao dia por 3 a 4 semanas; Se lesões extensas e evolução >2 meses, acrescentar tratamento oral com Flucanazol 150 mg/dia ou Griseofulvina 500 mg/dia 12/12 horas, durante 4-6 semanas.

Tabela 66: Infecções Cutâneas por Vírus

Herpes Simplex		
Manifestações clínicas	Agrupamento de vesículas —rotura —lesões ulcerosas cutâneo-mucosas extensas, necróticas e persistentes* em qualquer localização, mas, sobretudo herpes labial, herpes nasal, estomatite herpética, querato-conjuntivite herpética, herpes genital e perianal. <i>*O carácter persistente e a propensão para a extensão, acentuada destruição e necrose são característicos do Herpes no indivíduo imunodeprimido..</i>	
Tratamento Específico	- Lavagem regular do local afectado com água e sabão; - Antibioterapia, se infecção secundária: Eritromicina ou Amoxicilina+ Ác Clavulânico ou Cotrimoxazol. No adulto também pode-se utilizar tetraciclina ou doxiciclina. - Analgésicos se necessário.	
	Criança	Criança
	- Gengivostomatite, forma moderada ou grave: Aciclovir EV 5–10 mg/kg 8/8h; passar para o aciclovir oral quando as lesões começam a melhorar e continuar até a cura completa - Gengivostomatite, forma leve: Aciclovir oral 10–15 mg/Kg 6/6h para as lesões na região orolabial - Infecção disseminada: Aciclovir 10mg/Kg EV 8/8h, durante 21 dias - Infecção neonatal: Aciclovir IV 20mg/Kg/dose 8/8h por dia durante 21 dias em caso de doença disseminada e do SNC e durante 14 dias se for interessados somente pele, olhos e boca.	
	Infecção muco-cutânea: Aciclovir 400 mg VO de 8/8 horas, durante 7 a 10 dias, ou até cicatrização das lesões. - Recomendar hidratação oral. Grávida: a presença de herpes genital (lesão activa) no momento do parto constitui uma indicação de cesariana, pelo risco de infecção neonatal	

Varicela

Manifestações clínicas Os **imunodeprimidos** podem desenvolver formas graves, necróticas e extensas com afecção visceral múltipla (pneumonia, encefalite, meningite, hepatite, glomerulonefrite...)

Tratamento

Cuidados Gerais:

Limpeza e desinfecção local com anti-sépticos
Antipiréticos: Paracetamol
Antihistamínicos: Clorfeniramina, Loratadina
Hidratação abundante

Tratamento Específico

Criança

Na ausência de imunodepressão ou moderada:

–Aciclovir oral: 20mg/kg/dose (max 800mg/dose) de 6/6h durante 7–10 dias ou até não aparecerem novas lesões

Em caso de imunodepressão severa:

–Aciclovir IV: 10mg/kg/dose de 8/8 horas, durante 7–10 dias, ou até não aparecerem novas lesões; diluir em 100ml de dextrose 5% durante 1h.

Se as lesões forem muito extensas ou em caso de imunodepressão grave internar. Atenção: Hidratação abundante (nefrotoxicidade do Aciclovir)

Adulto

Aciclovir 800 mg, VO de 4/4 horas (5 vezes ao dia: 6h, 10h, 14h, 18h, 22h) durante 7 a 10 dias.

Herpes zóster ou Zona

Manifestações clínicas

Erupção de vesículas, bolhas e pústulas, normalmente unilateral, linear e seguindo o trajecto de um dermatomo; é acompanhada de dor local, de intensidade variável que pode ser de difícil controlo no doente com imunodepressão avançada. Em paciente com imunodepressão severa as lesões podem ultrapassar a linha média

Complicações: Infecção bacteriana secundária, Ulceração, necrose, Nevralgia pós-herpética. Paralisia facial (síndrome de Ramsey Hunt), oftalmoplegia, paralisias radiculares. Disseminação para o pulmão, SNC, rins ou fígado.

Tratamento

Cuidados Gerais: Limpeza e desinfeção local com água e sabão e anti-sépticos.

Analgésicos:

Paracetamol, associado a Diclofenac ou Ibuprofeno

Se dor intensa e sem alívio com as medidas acima, considerar o uso de Codeína.

Tratamento Específico

Criança

Na ausência de imunodepressão ou moderada:

-Aciclovir oral: 20mg/Kg/dose (max 800mg/dose) de 6/6h durante 7- 10 dias ou até não aparecerem novas lesões

Em caso de imunodepressão severa:

-Aciclovir IV: 10mg/kg/dose de 8/8 horas, durante 7- 10 dias, ou até não aparecerem novas lesões; diluir em 100ml de dextrose 5% durante 1h.

Adulto

Aciclovir 800 mg VO, de 4/4 horas (5 vezes ao dia: 6h, 10h, 14h, 18h, 22h) durante 7 a 10 dias.

Tratamento da nevralgia pós-herpética:

Casos de dor contínua: Amitriptilina no adulto (12,5mg à noite nos primeiros 3 dias, e depois 25mg à noite) até melhoria.

Dor paroxística: Carbamazepina no adulto 400-1200mg/dia (100-200 mg 2x/ dia e aumentar a dose em 100-200 mg / semana até obter resposta clínica ou até dose máxima).

Molusco Contagioso

Manifestações clínicas

Lesões papulosas com umbilicação central (diâmetro 1-2mm), assintomáticas

Localização preferencial: face ao redor dos olhos, tronco, região genital, perianal e membros
Tendência à recidiva.

Tratamento

Nos casos de imunodepressão, o início de TARV melhora o quadro, com remissão das lesões.

Em alguns casos pode ser necessária a eliminação através de:

- Curetagem
- Electrocauterização
- Crioterapia com azoto líquido

Tabela 67: Escabiose

Escabiose ou Sarna		
Manifestações clínicas	Prurido generalizado, de predomínio noturno; Erupção pápulo-vesicular extensa com afecção preferencial das pregas pré-axilares, região peri-umbilical, nádegas, face ântero-interna das coxas, face anterior dos punhos, espaços interdigitais das mãos e pés. Sarna Norueguesa forma generalizada, com afecção também na face, couro cabeludo e regiões palmo-plantares, com lesões pápulo-escamosas, hiperqueratósicas e proliferação parasitária importante.	
Tratamento	Criança – Benzoato de benzilo em todo o corpo ainda húmido, com exceção da face, não usar toalha para secado. 2 a 3 dias de tratamento. Repetir a aplicação 1 semana depois. – Sarna Norueguesa: Associar Ivermectina, dose única de 12 a 16 mg (comprimidos de 3 ou de 6mg), repetindo 1 semana depois. Na falta deste fármaco, recomenda-se a aplicação generalizada de Benzoato de benzilo e durante 5 a 7 dias seguidos. Usar agentes queratolíticos (ácido salicílico 5–10%) nas zonas hiperqueratósicas	Adulto Benzoato de benzilo 20% a 30%: diluir 1/10 no 1º ano de vida e 1/5 depois de 1 ano e aplicar após o banho durante 3 noites. OU Hexacloreto de benzeno: aplicar 3 noites depois do banho (repetir depois de 1 semana)

Tabela 68: Dermatoses Inflamatórias Associadas à Infecção por HIV

Dermatite seborreica					
Manifestações clínicas	Erupção eritematosa descamativa, com prurido ligeiro no couro cabeludo, região retroauricular, canal auditivo, região interescapular, pré-esternal, axilas e virilhas. Frequentemente recidivante.				
Tratamento	Vaselina salicilada a 5% – para remoção das crostas, 2 x dia, 5 dias, <u>ou</u> Champô com enxofre no caso de lesão do couro cabeludo, <u>ou</u> Clotrimazol, Miconazol ou Ketoconazol tópico 2x/dia 10 – 14 dias Se não houver resposta: Associar esteróides tópicos de baixa potência (Hidrocortisona 1%) durante 5 dias. Considerar uso de Fluconazol no adulto, 200mg/dia por 14 a 20 dias. Considerar TARV se ainda não estiver em tratamento.				
Prurigo ou Erupção Papular Prurítica (EPP)					
Manifestações clínicas	Erupção muito pruriginosa de pápulas, centradas por vesícula, ou nódulos, erosão ou crosta, que se localizam simetricamente nos membros, dorso e, por vezes, face. Carácter crónico e recidivante.				
Tratamento	<table> <tr> <th>Adulto</th><th>Criança</th></tr> <tr> <td> - Anti-Histamínicos orais: Clorfeniramina 4mg VO 8/8h, - Corticóide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, até o seu desaparecimento - Loção de Calamina para aplicação na pele. - Se sobreinfecção bacteriana associar antibióterápia. </td><td> - Anti-histamínicos orais. Clorfeniramina: 0,4 mg/kg/dia divididos em 3-4 tomas; 1 a 2 anos: 1 mg (2,5 mL) 4-6 x/dia (máximo 6 mg/dia); 6 a 12 anos: 2 mg (5 mL) 4-6 x/dia (máximo 12mg/dia); - Tratamento tópico: Corticóide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, durante 1 semana. Loção de cânfora e mentol, ou loção de calamina: 3 vezes por dia </td></tr> </table>	Adulto	Criança	- Anti-Histamínicos orais: Clorfeniramina 4mg VO 8/8h, - Corticóide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, até o seu desaparecimento - Loção de Calamina para aplicação na pele. - Se sobreinfecção bacteriana associar antibióterápia.	- Anti-histamínicos orais. Clorfeniramina: 0,4 mg/kg/dia divididos em 3-4 tomas; 1 a 2 anos: 1 mg (2,5 mL) 4-6 x/dia (máximo 6 mg/dia); 6 a 12 anos: 2 mg (5 mL) 4-6 x/dia (máximo 12mg/dia); - Tratamento tópico: Corticóide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, durante 1 semana. Loção de cânfora e mentol, ou loção de calamina: 3 vezes por dia
Adulto	Criança				
- Anti-Histamínicos orais: Clorfeniramina 4mg VO 8/8h, - Corticóide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, até o seu desaparecimento - Loção de Calamina para aplicação na pele. - Se sobreinfecção bacteriana associar antibióterápia.	- Anti-histamínicos orais. Clorfeniramina: 0,4 mg/kg/dia divididos em 3-4 tomas; 1 a 2 anos: 1 mg (2,5 mL) 4-6 x/dia (máximo 6 mg/dia); 6 a 12 anos: 2 mg (5 mL) 4-6 x/dia (máximo 12mg/dia); - Tratamento tópico: Corticóide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, durante 1 semana. Loção de cânfora e mentol, ou loção de calamina: 3 vezes por dia				

Psoríase	
Manifestações clínicas	Placas eritematosdescamativas, mais ou menos circulares, bem delimitadas e simétricas; escamas são esbranquiçadas e espessas, preferencialmente nas superfícies de extensão dos membros, articulações (cotovelos, joelhos), couro cabeludo, região lombo-sacra e unhas. É muitas vezes acompanhada de prurido. Evolui na maior parte dos casos com períodos de exacerbação e épocas de remissão. Nos doentes com imunodepressão, a psoríase apresenta-se frequentemente nas suas formas mais extensas e severas, incluindo a eritrodermia (forma generalizada com afecção de mais 90% do tegumento cutâneo)
Tratamento	- Associação de Ácido Salicílico a 5% + Dipropionato de Betametazona 0,05%, pomada: aplicar na área afectada 1-2 vezes ao dia; ou, - Associação de Ácido Salicílico a 5% pomada, 2 aplicações diárias; ou, - Óleo de Cade - aplicar à noite; - Helioterapia: exposição das lesões ao sol durante 30-45 minutos diários, em período de sol não muito intenso, pelo menos 3 x/ semana; - O TARY melhora o quadro. IMPORTANTE: Evitar a aplicação dos medicamentos tópicos sobre a pele com erosões ou inflamada. As formas mais severas da Psoríase, como a forma eritrodérmica, devem ser referidas a especialista em Hospital Central ou provincial.

Tabela 69: Sarcoma de Kaposi

Sarcoma de Kaposi associado à Infecção por HIV

Manifestações clínicas Lesões únicas ou múltiplas, pápulas, nódulos de cor violácea a negra e que começam, normalmente, nas extremidades dos membros inferiores. Podem ter localização variável. Associam-se com frequência a edema infiltrativo. Podem evoluir com ulceração, necrose e infecção secundária.

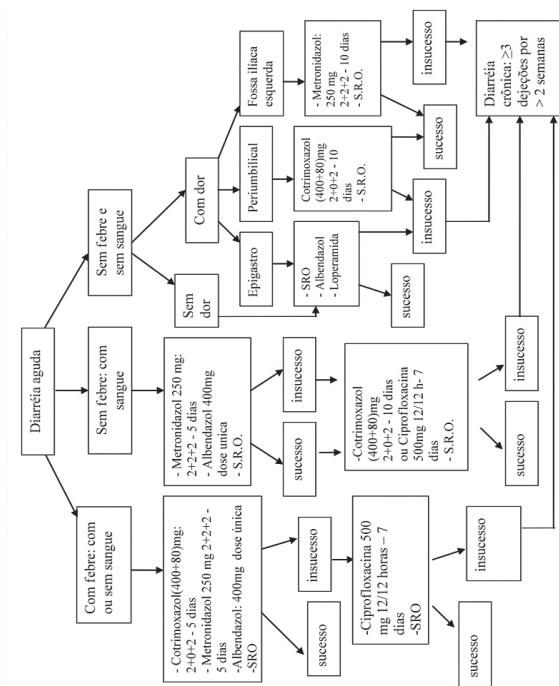
Formas viscerais: acometem pulmões, pleura, intestino, pericárdio, fígado...

Estadiamento	T (extensão do tumor)	S (Sintomas associados)
	T0 (lesões reduzidas) — confinadas à pele, e/ou gânglios linfáticos e/ou doença oral limitada.	S0 (sem sintomas) — Sem história de I.O., sem história de candidíase oral, bom estado geral, sem sintomas "B".
	T1 (lesões extensas) — Com edema ou ulceração, SK oral extensivo, SK gastrointestinal, SK de outras vísceras	S1 (com sintomas "B") — Com história de I.O., com história de candidíase oral, Mau estado geral, outras condições oportunistas relacionadas com HIV presentes.
Tratamento	– TARV: Todo paciente com diagnóstico de sarcoma de Kaposi deve iniciar TARV sem demora (se o paciente está em TARV há mais de 1 ano deve ser excluída falência ao tratamento) – Quimioterapia adjuvante: desde o primeiro momento para todos os pacientes com estadios T1 e/ou S1. Também para pacientes com estadios inferiores e que não apresentam melhoria das lesões após 6 meses em TARV. – Tratamento paliativo dos sintomas: - Analgésicos para controlo da dor - Antisépticos tópicos e antibiótica oral em lesões sobreinfetadas - Creme de metronidazol 0,75% para controlo do mau cheiro das lesões sobreinfetadas	

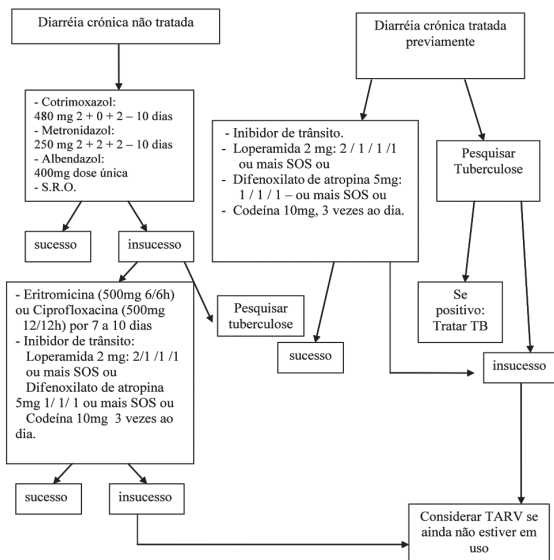
6.4 Manifestações Gastrointestinais no Paciente HIV+

6.4.1 Diarreia no paciente HIV+

Algoritmo 15: Abordagem da Diarreia Aguda no Paciente Adulto HIV+



Algoritmo 16: Abordagem da Diarreia Crônica no Paciente Adulto HIV+



6.4.2 Outras Manifestações Gastrointestinais no Paciente HIV+

Tabela 70: Manifestações Orais e Orosofágicas no Paciente HIV+

Candidíase Orofaríngea		
Manifestações clínicas	Placas esbranquiçadas cobrindo a mucosa orofaríngea, mucosa subjacente eritematosa, húmida, brilhante e hemorrágica, dificuldade na alimentação (dor, desconforto, alteração do sabor dos alimentos); mucosa oral muito hiperemiada, Perda de papilas da língua	
Tratamento	Adulto Nistatina 5ml VO 4 vezes /dia, x 10 – 14 dias; Miconazol gel 2% 1 aplicação 12/12 horas x 10 dias Miconazol mucoadesivo 10 mg 1 vez/dia x 7 dias Se persiste ou recorre: associar Fluconazol 200 mg/dia durante 14 dias	Criança Nistatina 1 ml VO 4 vezes/dia x 10- 14 dias Se persiste ou recorre: Associar Fluconazol 3-6 mg/Kg/dia x 14- 21 dias
Candidíase esofágica		
Manifestações clínicas	Dificuldade para engolir (disfagia) e dor retroesternal ao engolir, anorexia, perda de peso. Pode estar associada ou não a candidíase oral	
Tratamento	Adulto Fluconazol 200 mg: 1cp x 14 dias Anfotericina B 0,5 mg/kg/dia, IV 1x/dia, infusão de 4 a 6 horas, – só para casos resistentes de candidíase esofágica	Criança Fluconazol , 6–12 mg/kg/dia, VO 1x/dia, 14–28 dias. Anfotericina B: 1mg/kg/dia, IV 1x/dia, infusão de 4 a 6 horas, – só para casos graves ou resistentes aos fármacos anteriores.

Afrose oral	
Manifestações Clínicas	Processo inflamatório de causa idiopática e com tendência à recorrência. As lesões são geralmente dolorosas, e podem dificultar a correcta alimentação do paciente.
Tratamento	Em casos severos, Prednisolona 40–60 mg/dia/VO x 4 dias e reavaliação. Se há melhoria, pode-se continuar com tratamento tópico Gel em orabase – 5 vezes/dia. Elixir – 5 vezes/dia em bochechos. Tetraciclina – bochechos – 5 vezes/dia. <i>Uso de Colchicina 0,5 mg/dia de forma prolongada tem-se mostrado eficaz em alguns casos.</i>
Gengivite/estomatite ulcerativa necrotizante aguda	
Manifestações Clínicas	Severo edema, eritema, sangramento espontâneo, com pseudomembrana e necrose. Odor fétido, dor, ausência de fatores locais e evolução rápida.
Tratamento	Irrigação com povidone-iodine a 10%, antisséptico na fase aguda para continuar com gluconato de clorexidina a 0,12% (reforçar higiene oral) Antibioterapia sistêmica com Metronidazol (250 mg, de 8/8 hs.) ou Amoxicilina + Clavulânico (500mg, de 6/6 hs.) ou Clindamicina (300 mg, de 8/8 hs.)

6.5 Alterações Hepáticas em Paciente HIV+

Tabela 71: Patologias que envolvem o fígado em paciente HIV+

Co-infecção HIV/VHB	
Manifestações clínicas	Muitas vezes assintomática Episódios de hepatite aguda (recrudescência) com icterícia, anorexia, astenia, dor abdominal Sintomas de hepatopatia avançada (descompensação ascítica, icterícia mantida, encefalopatia hepática, sangramentos digestivos)
Diagnóstico	HbsAg positivo por mais de 6 meses
Tratamento	- TARV com independência do estadió clínico/contagem de CD4, usando o esquema TDF+3TC+EFV - Duplo reforço de adesão (risco de recrudescência em casos de abandono ou fraca adesão) - Monitoria rigorosa da função hepática e renal (ALT/AST, Bilirrubina, Albumina, tempos de coagulação) - Evitar álcool e medicamentos tradicionais (risco de hepatotoxicidade)
Tuberculose Hepática/hepato-abdominal	
Manifestações clínicas/ Diagnóstico	- Sintomas gerais de Tuberculose (febre, emagrecimento, anorexia, sudorese) + Sintomas de hepatite (icterícia, dor abdominal de predomínio no hipocondrio direito) - Hepatomegalia clínica e ecográfica, sem sinais ecográficos de fibrose hepática ou de hipertensão portal - Elevação moderada de ALT/AST com grande elevação de enzimas GGT/FA. Frequente aumento de Bilirrubina total e conjugada - Outros achados sugestivos (ascite, adenopatias intraabdominais)
Tratamento	- TAT segundo o caso (caso novo, retratamento) - Introdução de TARV 2-8 semanas após o início de TAT - Monitoria rigorosa da função hepática

Schistosomíase hepato-esplénica

Manifestações Clínicas

Geralmente há hepatomegalia com ou sem esplenomegalia
Testes de função hepática minimamente alterados ou até normais (ALT/AST/Bilirrubina, albumina, tempos de coagulação)
Quando presentes, os sintomas são derivados da hipertensão portal (ascite, esplenomegalia gigante, hiperesplenismo com pancitopenia secundária, sangramentos digestivos por varizes esofágicas)

Tratamento

Praziquantel 50-60 mg/Kg de peso, dividido em 2 tomas separadas por 4-6 horas

Toxicidade hepática por fármacos

Manifestações clínicas

Início do quadro após a introdução de fármaco/os com conhecido efeito hepatotóxico. Geralmente 2-12 semanas após a introdução do mesmo (muito tempo depois deste período é pouco provável que se trate de hepatotoxicidade)
Dor no hipocôndrio direito, anorexia, náuseas ± vômitos, icterícia (factor de gravidade e mau prognóstico)
Pode associar sintomas de hipersensibilidade (Nevirapina, Efavirenz) como febre, rash cutâneo, malestar geral, que pode agravar com a toma de cada comprimido
Evolução para a insuficiência hepática (encefalopatia hepática)

Diagnóstico

Introdução recente de fármaco/os com potencial hepatotóxico
Importante elevação de ALT/AST
Sem outra causa mais provável

Tratamento

Suspensão de todos os fármacos hepatotóxicos
Tratamento de suporte até a recuperação

6.6 Alterações Renais em Paciente HIV+:- Nefropatia por HIV (HIVAN)

Tabela 72: Nefropatia por HIV

Nefropatia por HIV (HIVAN)	
Manifestações clínicas	- Mais frequente com doença avançada (pode-se apresentar em paciente com CD4 ainda elevados) - Proteinúria importante ($\geq 3,5$ g/24 horas) que inicialmente não cursa com edemas - Insuficiência renal rapidamente progressiva - Hipertensão arterial associada (menos de 20% dos casos)
Diagnóstico	- Deve ser suspeitado em paciente HIV + ainda sem TARV (ou em TARV e com evidência de falência ao tratamento) e que apresentam: - Rápida deterioração da função renal. - Proteinúria massiva com alteração do sedimento - Ecografia renal: tamanho dos rins normal ou aumentado - Diagnóstico definitivo anatomo-patológico: glomerulonefrite segmentária e focal
Tratamento	- Início imediato de TARV (com independência da contagem de CD4), pode deter a progressão e melhorar parcialmente a insuficiência renal - Evitar uso de TDF - Associar Enalapril 5 mg/dia (nefroprotector) - Monitorar e tratar outros factores de risco (diabetes, hipertensão arterial)

6.7 Alterações Cardíacas em Paciente HIV+

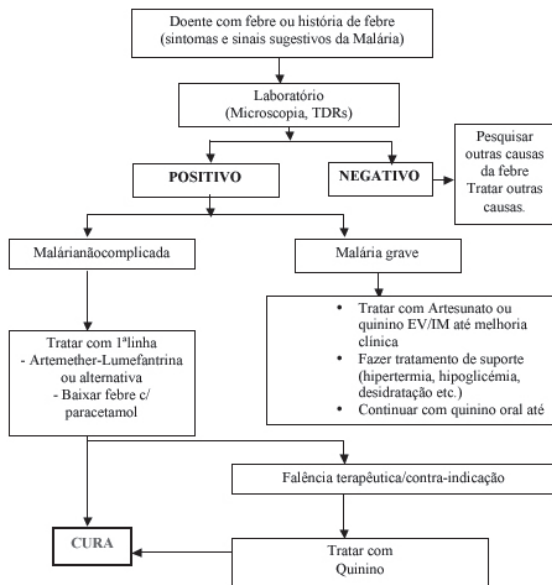
Tabela 73: Patologia Cardíaca Comum no Paciente HIV+

Cardiomiopatia Associada ao HIV	
Manifestações clínicas	- Dispneia não explicada, cianose, síncope - Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (ortopneia, dispneia paroxística noturna) - Auscultação cardíaca-pulmonar: - Sopro cardíaco - Arritmias - Ritmo em galope - Crepitações secundárias à congestão pulmonar
Diagnóstico	- Quadro clínico compatível - Rx tórax: Cardiomegalia (aumento do tamanho cardíaco) e congestão pulmonar - Ecografia cardíaca: diminuição da fracção de ejeção do ventrículo esquerdo, com ou sem dilatação de cavidades cardíacas. Sem outros achados que expliquem o quadro (exemplo, valvulopatia)
Tratamento	- Início de TARV (define estadio 4 da OMS em crianças e adultos) - Correção dos factores agravantes (anemia, HTA) - Tratamento sintomático da insuficiência cardíaca congestiva (digitálicos, diuréticos, nitratos) - Melhoria das condições nutricionais - Uso de anticoagulantes na presença de trombos

Pericardite Tuberculosa	
Manifestações clínicas	- Sintomas gerais de tuberculose (febre, perda de peso, sudorese, astenia) - Dor torácica retroesternal - Sinais de baixo gasto cardíaco (hipotensão arterial, fadiga) - Sinais de congestão cardíaca direita (edemas periféricos, hepatomegalia congestiva, ingurgitamento jugular)
Diagnóstico	- Suspeita clínica + Rx/ecografia cardíac que mostram presença de derrame pericárdico - Pode haver sinais radiológicos de TB pulmonar associada
Tratamento	Tratamento específico para TB segundo o caso (caso novo, recaída) Associar prednisona 1 mg/Kg/dia para prevenir a rigidez pericárdica secundária à inflamação

6.8 Tratamento da Malária no Paciente HIV+

Algoritmo 17: Diagnóstico e Tratamento da Malária em adultos e crianças (acima de 5 Kg)



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

Algoritmo 18: Diagnóstico e Tratamento da Malária na mulher grávida

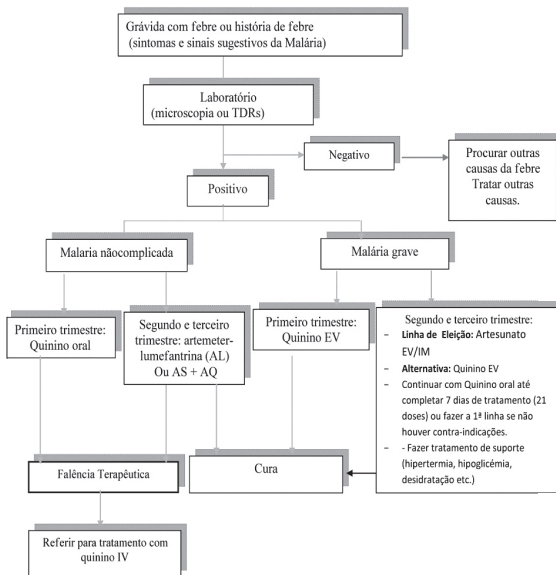


Tabela 74: Posologia do Tratamento de Malária com Artemeter-Lumefantrina (AL)

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

Tabela 75: Posologia do Tratamento da Malária com Artesunato-Amodiaquina (AS+AQ)

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

Tabela 76: Posologia do Tratamento de Malária com Quinino VO

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

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

Quadro 4: Posologia do Tratamento de Malária com Artesunato Injectável

Quinino ev; 10 mg/kg (máximo de 600 mg) diluídos em 10 ml/kg de dextrose a 5% durante 4 horas, e repetida de 8 em 8 horas até o doente poder tomar o medicamento por via oral

Exemplo: para 50 Kg o paciente deve receber Dicloridrato de Quinino 500 mg (1.7 ml) diluídos em 500 ml de dextrose 5% endovenoso lento (em 4 horas), de 8/8 horas

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

Quadro 5: Posologia do Tratamento de Malária com Quinino EV

Artesunato Injectável: Ampola 60 mg de pó + Ampola de Bicarbonato de Sódio 1 ml
Diluir o pó em 1 ml de bicarbonato de sódio. Assim temos 60 mg/ml

Para administração EV Diluir o ml de solução de artesunato em 5 ml de soro dextrose 5%.
Desta forma obtemos uma solução com 10 mg/ml de artesunato injectável

Para administração IM Diluir o ml de solução de artesunato em 2 ml de soro dextrose 5%.
Desta forma obtemos uma solução com 20 mg/ml de artesunato injectável

Administrar 2.4 mg/Kg de peso (EV ou IM). Para calcular a dose final devemos multiplicar o peso do paciente por 2.4.

Exemplo: criança com 8 Kg deve receber $8 \times 2.4 = 19.2$ mg.

- » Para administração EV (a partir da solução de 10 mg/ml) deve-se administrar 2 ml
- » Para administração IM (a partir da solução de 20 mg/ml) deve-se administrar 1 ml

6.9 Tuberculose em Paciente HIV+

Tabela 77: Critérios para uso de GeneXpert para diagnóstico de TB em Moçambique

Grupo	Situação
Pacientes Suspeito de TB Resistente	Retratamentos Caso novos BK+ sem conversão da baciloscopia após o segundo mês de tratamento Contacto com caso TB-MDR Trabalhadores da saúde, mineiros, prisioneiros
Paciente com Imunodepressão	HIV+ Outros (diabetes mellitus, pacientes com cancro)
Crianças	(a partir de amostras de escarro induzido ou aspirado gástrico)

Algoritmo 19: Diagnóstico de TB em Crianças menores de 14 anos

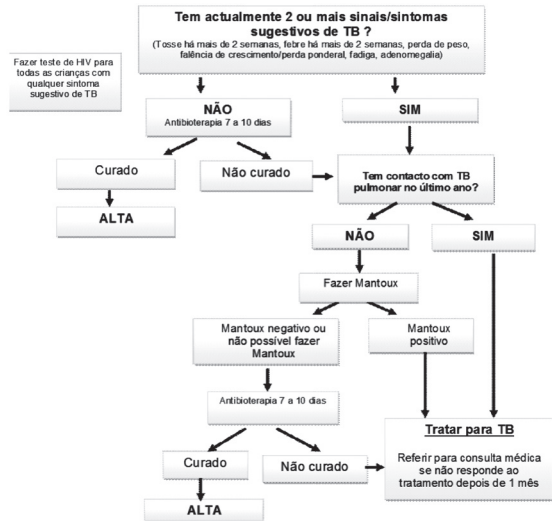


Tabela 78: Esquema de Tratamento de TB em Crianças e Duração do Mesmo (segundo a localização da tuberculose)

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

Tabela 79: Posologia do Tratamento de TB (caso novo) em Crianças

Peso	Fase Intensiva		Fase de Manutenção
Kg	RHZ (60/30/150)	E 100	RH (60/30)
4-6,9	1	1	1
7-10,9	2	2	2
11-14,9	3	2	3
15-19,9	4	3	4
20-24,9	5	1 comp de E400mg	5
A partir de 25 Kg as crianças devem usar os comprimidos dos adultos			

Tabela 80: Tratamento da TB no Adulto (caso novo)

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

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

**2DFC: Isoniazida (75mg), Rifampicina (150mg)

IMPORTANTE:

- **Uso de Corticosteróides nos casos de Tuberculose**

- o Tuberculose meníngea
- o Tuberculose pericárdica
- o Tuberculose pulmonar ou ganglionar complicada (obstrução das vias aéreas por grandes ganglios intratorácicos, característico das crianças)

- **Dose de prednisolona:**

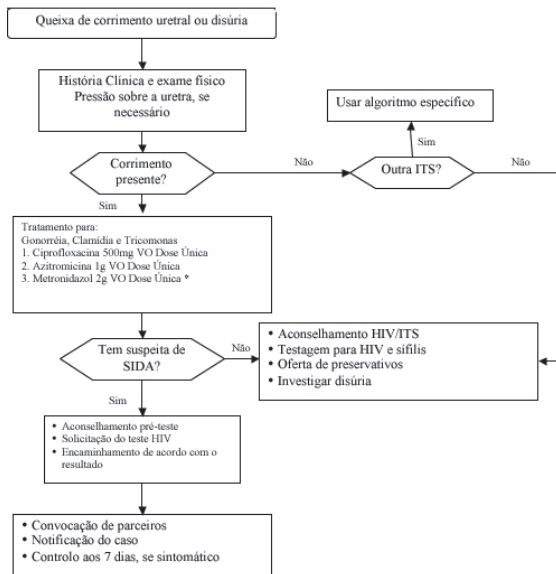
- o Adultos: 0.5- 1 mg/Kg/dia durante 4 semanas, com redução progressiva ao longo de mais 4 semanas
- o Crianças: 2-4 mg/Kg/dia (dose máxima de 60 mg/dia) durante 4 semanas com redução progressiva ao longo de 2 semanas

- **Piridoxina**

Recomenda-se a administração de 5-10 mg/dia de Piridoxina (vitamina B6) às crianças em tratamento para Tuberculose. Para os adultos a dose é fixa (50 mg/dia)

6.10 Abordagem Sindrômica das ITS

Algoritmo 20: Corrimento Uretral



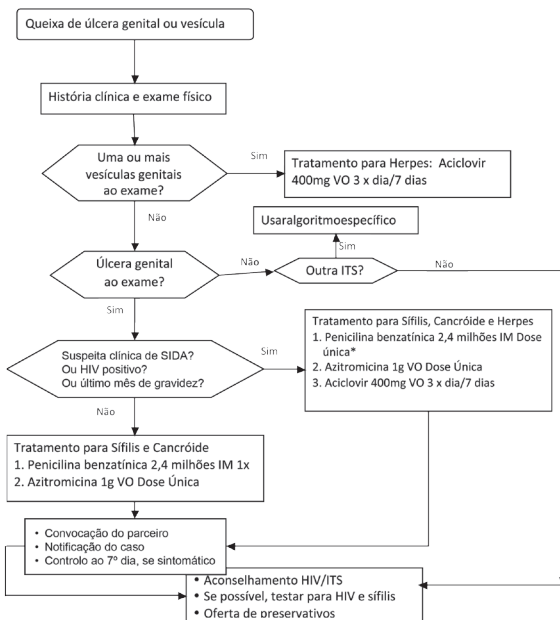
* O metronidazol deve ser tomado ao deitar-se a noite. Não ingerir bebidas alcoólicas nas próximas 24 horas.

No retorno, em caso de persistência das queixas ou recidiva, investigar:

- Se o diagnóstico foi correcto;
- Se usou correctamente a medicação;
- Se os parceiros/as foram tratados/as;
- Não teve novo parceiro sexual;

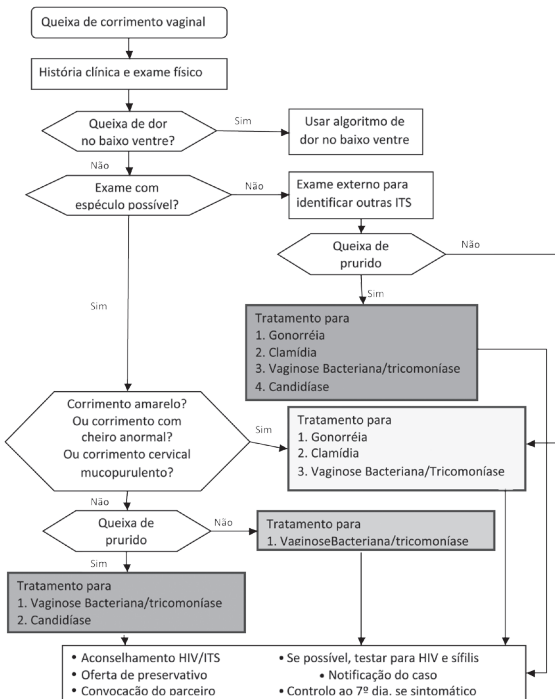
Se alguma das respostas for NÃO, repetir o tratamento. Se todas as respostas forem SIM, é possível que o paciente esteja infectado com gonorreia resistente ao medicamento usado. Sendo assim, tratar o paciente com Cefixime 400 mg via oral em dose Única

Algoritmo 21: Úlcera Genital no Homem e na Mulher



*As gestantes com história comprovada de alergia à Penicilina, devem ser dessensibilizadas. Na impossibilidade, deve ser administrado Eritromicina 500mg VO 4 x dia por 4 semanas

Algoritmo 22: Corrimento Vaginal



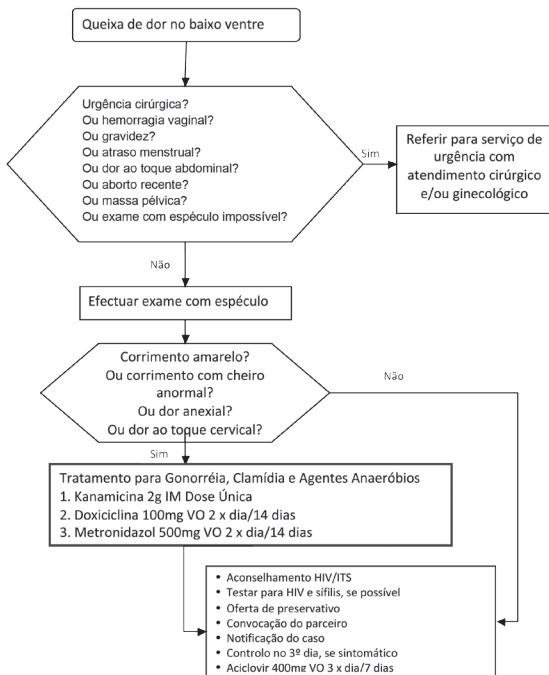
O primeiro passo é excluir a presença de um quadro mais grave (Doença inflamatória pélvica, a través da avaliação da existência de dor no baixo ventre)

A realização de exame **com espéculo** pode vir a reduzir os tratamentos administrados, já que permite excluir ou confirmar a presença de cervicite.

Na **ausência de exame especular** deve ser feito o exame externo dos genitais.

- A primeira causa de corrimento vaginal na mulher é a vaginose bacteriana VB (72% dos casos).
- A VB não é uma infecção de transmissão sexual.
- É frequente a ocorrência em simultâneo de várias infecções, e com base na abordagem sindrómica devemos tratar todas as possíveis causas em simultâneo.
- A avaliação com espéculo permite reduzir o número de tratamentos desnecessários ao permitir avaliar a presença de cervicite (infecção do colo, mais frequentemente associada a infecção por gonorreia e/ou clamídia).
- A prática de *duches vaginais* (lavagens com ou sem produtos diversos do interior da vagina) é muito comum e predispõe ao desenvolvimento da VB. Deve ser avaliada e desaconselhada esta prática entre as pacientes.
- A VB na mulher seropositiva é mais difícil de tratar (mais recorrente e persistente). Nestes casos pode-se considerar a terapia mais prolongada com Metronidazol (500 mg 2 vezes por dia durante 7 dias)

Algoritmo 23: Dor no Baixo Ventre



A porta de entrada no algoritmo é a dor no baixo ventre.

O primeiro passo é excluir uma potencial emergência médica. A doença inflamatória pélvica pode ser um quadro grave, com morbilidade e mortalidade importantes.

Perante suspeita de doença inflamatória pélvica (dor no baixo ventre ou na região lombar, febre que quando presente pode ser intermitente e secreção vaginal anormal, sem outras possíveis causas como a infecção urinária ou a cólica menstrual), deve ser realizada uma avaliação que inclua o toque vaginal, e se possível um exame com espéculo. No caso de dor no baixo ventre com corrimento amarelo, ou corrimento com cheiro anormal, ou dor à mobilização no toque vaginal:

- Tratamento para Gonorréia, Clamídia e Agentes Anaeróbios
 - a. Kanamicina 2g IM Dose Única
 - b. Doxiciclina 100mg VO 2 x dia/14 dias
 - c. Metronidazol 500mg VO 2 x dia/14 dias
- Na ausência dos anteriores, a paciente deverá ser aconselhada para a redução do risco e para a realização de testes como HIV

No retorno, em caso de persistência das queixas ou recidiva, investigar:

- Se o diagnóstico foi correcto;
- Se usou correctamente a medicação;
- Se o parceiro/a foi tratado;
- Não teve novo parceiro sexual;

Se alguma das respostas for NÃO, repetir o tratamento

Se todas as respostas forem SIM, referir a paciente

IMPORTANTE

O que fazer perante o diagnóstico de ITS?

- Informar o paciente do diagnóstico de ITS
- Aconselhamento para redução do risco
- Aconselhamento HIV/ITS e testar para HIV e sífilis
- Tratar sindromicamente segundo o caso
- Oferta de preservativo
- Convocar, avaliar e tratar os parceiros sexuais dos últimos 90 dias
- Notificar o caso
- Abstinência até que o paciente/os parceiros completam o tratamento, e os sintomas desapareçam
- Avaliar de novo se não há melhoria

FICHA TÉCNICA

Título: Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas do Adulto, Adolescente, Grávida e Criança. Guião e Bolso 2016

Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública
Programa Nacional de Controlo de ITS, HIV e SIDA

Layout: Daniela Cristofori
Impressão: Minuteman
Tiragem: 5000 cópias

Esta publicação foi financiada pela I-TECH, através de fundos do Centro para Controlo de Doenças e Prevenção (CDC) no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio do SIDA (PEPFAR). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não reflecte necessariamente a opinião do CDC.



MOÇAMBICANOS E AMERICANOS
JUNTOS NA LUTA CONTRA O HIV/SIDA



I-TECH

International
Training & Education
Center for Health