



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública

Guião de cuidados do HIV do Adulto, Adolescente Grávida, Lactante e Criança

GUIÃO DE BOLSO

2023



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública

Guião de cuidados do HIV do Adulto, Adolescente Grávida, Lactante e Criança

GUIÃO DE BOLSO

2023



Prefácio

A epidemia do HIV continua a ser um grande desafio de Saúde Pública em Moçambique, com cerca de 2,4 milhões de pessoas vivendo com o vírus e uma prevalência de 12,5% entre os adultos (SPECTRUM 6.26, 2023). O país fez progressos significativos na sua resposta ao longo dos anos, com maior enfoque para a melhoria do acesso ao tratamento antirretroviral (TARV) e serviços de prevenção. No entanto, apesar destes esforços, Moçambique ainda enfrenta barreiras significativas para o controlo desta epidemia.

Esta versão do Guião de TARV de Bolso para Moçambique, visa apoiar os esforços do país para enfrentar a epidemia do HIV, fornecendo orientação sobre a implementação de intervenções eficazes e eficientes de prevenção, cuidados, tratamento e apoio ao HIV. O guião foi concebido para ser um recurso prático para profissionais de saúde, formuladores de políticas e todas as partes interessadas envolvidas na resposta ao HIV no país.

A orientação fornecida neste guião é baseada nas evidências e melhores práticas nacionais e globais mais recentes. É adaptado ao contexto moçambicano, tendo em conta as características únicas epidemiológicas, sociais, culturais e do sistema de saúde do país.

O guião está organizado em várias secções que cobrem os principais aspectos da resposta ao HIV, incluindo o diagnóstico da infeção pelo HIV, início do TARV e seguimento clínico, prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho, manuseio de Infeções Oportunistas, entre outras. Cada secção fornece orientação passo a passo sobre como implementar as intervenções, bem como ferramentas práticas, modelos e recursos para apoiar a implementação.

Este guião de bolso será atualizado regularmente, à medida que surgem novas evidências e melhores práticas. Esperamos que ele contribua para os esforços do país para acabar com a epidemia de HIV até 2030, de acordo com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

O Nosso Maior Valor é a Vida!

Maputo, 3 de Março de 2023

O Ministro da Saúde



Armino Daniel Tiago

Índice

PARTE 1: TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO ADULTO, ADOLESCENTE, GRAVIDA E CRIANÇA	15
1.0 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO PACIENTE ADULTO	17
1.1 Diagnóstico da infecção por HIV	17
1.2 Estadiamento da OMS para adultos	18
1.3 Classes dos fármacos antirretrovirais	20
1.4 Início de TARV em adultos e esquemas terapêuticos	30
1.5 Profilaxia de infecções oportunistas no paciente adulto HIV+	35
1.5.1 Posologia das diferentes opções de tratamento profilático para Tuberculose (TPT) e adultos	41
1.6 Manejo de TARV em pacientes adultos com co-infecção TB-HIV	42
1.7 Avaliação nutricional do paciente adulto com HIV+	43
1.8 Seguimento clínico e laboratorial do paciente HIV+	46
1.9 Efeitos adversos dos fármacos antirretrovirais e outros fármacos usados em pacientes com HIV	48
1.10 Falência terapêutica. Monitoria e avaliação da adesão	66
1.10.1 Avaliação da Adesão: Aconselhamento para Reforço de Adesão em Pacientes com Carga Viral Elevada	69
2.0 ABORDAGEM INTEGRAL DA MULHER GRÁVIDA E DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV	72
2.1 Seguimento da mulher grávida e lactante VHIV	73
2.2 Seguimento da criança exposta ao HIV	79

3.0 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NA CRIANÇA	94
3.1 Diagnóstico da infecção por HIV em Crianças	95
3.2 Estadiamento da OMS para Crianças	98
3.3 Critérios para início de TARV e esquemas terapêuticos	99
3.4 Profilaxia de infecções oportunistas na criança HIV+	105
3.5 Manejo de crianças com co-infecção TB-HIV	109
3.6 Avaliação nutricional da criança com HIV	111
3.6.1 Classificação da Criança com Desnutrição	112
3.6.2 Tratamento das crianças HIV+ com Desnutrição aguda	131
3.6.3 Monitoria da resposta ao Tratamento nutricional (PRN)	136
3.7 Seguimento clínico e laboratorial da criança HIV+	145
3.8 Falência terapêutica na Criança HIV+	147
4.0 A PROFILAXIA DA INFECÇÃO POR HIV	150
4.1 Profilaxia pós-exposição ao HIV (PPE)	151
4.1.1 Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional ao HIV	152
4.1.2 Profilaxia pós-exposição não ocupacional (sexual)	154
4.2 Profilaxia pré-exposição (PrEP)	159
5.0 ABORDAGEM EM APOIO PSICOSSOCIAL E PREVENÇÃO POSITIVA	164
5.1 APSS para crianças, adolescente e adultos VHIV	166
5.2 APSS para a mulher grávida e lactante VHIV	169
5.3 Prevenção positiva	171
5.4 Revelação diagnóstica para crianças	172
5.4.1 Passos para a Revelação de Diagnóstico	173
5.4.2 Condições essenciais da Revelação de Diagnóstico	173
5.4.3 Processo de RD	174
5.4.4 Particularidades da revelação de diagnóstico em Adolescentes	174
5.5 Chamadas e visitas de reintegração para pacientes em TARV	175

PARTE 2: Manejo das principais infecções oportunistas 179**6.0 INFECÇÕES OPORTUNISTAS NO PACIENTE COM HIV 180**

6.1 Abordagem do paciente HIV+ com doença avançada	181
6.2 Infecções oportunistas respiratórias no paciente HIV+	186
6.3 Manifestações neurológicas no paciente HIV+	195
6.4 Manifestações mucocutâneas associadas ao HIV	207
6.5 Manifestações gastrointestinais no paciente HIV+	228
6.5.1 Diarreia no paciente adulto HIV+	228
6.5.2 Diarreia na criança HIV+	230
6.5.3 Outras Manifestações Gastrointestinais no Paciente HIV+	231
6.6 Alterações hepáticas em paciente HIV+	233
6.7 Alterações renais em paciente HIV+: Nefropatia por HIV	235
6.8 Alterações cardíacas em paciente HIV+	236
6.9 Carcinoma de colo de útero (CACU) na mulher HIV+	238
6.10 Tratamento da malária no paciente HIV+	240
6.11 Tuberculose no paciente HIV+	245
6.11.1 Tratamento da TB sensível	249
6.11.2 Tratamento de pacientes adultos com tratamento prévio para TB ou contacto com TB-MR/TB-XR	252
6.11.3 Tratamento para crianças com antecedentes de tratamento prévio para TB ou contacto com TB-MR	253
6.12 Abordagem sindrómica das ITS	254

TABELAS

1. Classificação do Estadiamento da OMS para os Adultos e Adolescentes (2006) – Resumida	18
2. Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR)	21
3. Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa	23
4. Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR)	24
5. Inibidores da Protease (IP)	25
6. Inibidores da Integrase	29
7. Indicações Médicas para adiar o início de TARV	31
8. Indicações de profilaxia em adultos em Moçambique e Critérios para a Suspensão	35
9. Regimes para Tratamento preventivo de tuberculose (para adultos e crianças ≥ 15 anos e peso ≥ 30 kg)	41
10. Novos inícios TARV em pacientes adultos com Tuberculose	42
11. Ajuste de TARV em pacientes adultos que vinham recebendo TARV e desenvolvem TB	42
12. Avaliação Nutricional no Paciente Adulto HIV+ (Cálculo do Índice de Massa Corporal)	44
13. Classificação do Estado Nutricional em Adultos	45
14. Avaliação do Estado Nutricional da Mulher Grávida/Lactante a partir do Perímetro Braquial	45
15. Manejo da Desnutrição Aguda em Pacientes Adultos	45
16. Pacote de Cuidados do Paciente Adulto HIV+	46
17. Seguimento Clínico e Laboratorial de Pacientes Adultos em TARV	47
18. Efeitos Adversos aos ARVs e Manejo dos mesmos	49
19. Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para mulheres	64
20. Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para homens	65
21. Roteiro para o Seguimento de Pacientes em TARV e que têm Carga Viral detectável.	69
22. Calendário de Seguimento clínico e laboratorial da Mulher Grávida/Lactante HIV+	78
23. Diagnóstico presuntivo de HIV na CE menor de 18 meses	89
24. Dosagem de Cotrimoxazol profilático	90
25. Dosagens de AZT e NVP para profilaxia reforçada da CE ao HIV (consoante ao peso e idade gestacional)	91
26. Classificação do Estadiamento da OMS Pediátrico (2006) – Resumida	98

27. Posologia de ARVs em crianças	103
28. Critérios para tratamento Profilático com cotrimoxazol (TPC)	105
29. Critérios para iniciar TPT	105
30. Dosagem de tratamento profilático com Isoniazida	106
31. Dosagem de tratamento profilático com 3HP (Isoniazida+Rifapentina)107	
32. Dosagem de tratamento profilático com Levofloxacina para contactos de TB MR	108
33. Dosagem de tratamento profilático com Piridoxina	108
34. Regime recomendados para o tratamento da TB sensível na criança menor de 14 anos	110
35. Peso para Comprimento para Raparigas dos 0-2 anos de Idade	112
36. Peso para Comprimento para Rapazes dos 0-2 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)	115
37. Peso para Altura para Raparigas dos 2 – 5 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)	118
38. Peso para Altura para Rapazes dos 2 – 5 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)	120
39. Cálculo de Índice de Massa Corporal para Crianças entre 5 e 18 anos	122
40. Índice de Massa Corporal para Idade para Raparigas dos 5-18 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2007)	126
41. Índice de Massa Corporal para Idade para Rapazes dos 5-18 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2007)	128
42. Avaliação do Perímetro Braquial dos 6 meses aos 14 anos de Idade	130
43. Manejo da Desnutrição aguda grave em Crianças e adolescentes	131
44. Classificação da Desnutrição Aguda	134
45. Sumário da Conducta em caso da Desnutrição Aguda	134
46. Quantidade de ATPU para tratamento DAG para Crianças (6 meses a 15 anos)	135
47. Quantidade do ASPU (primeira opção) ou ATPU (2ª opção) para tratamento DAM para Crianças (6 meses a 15 anos)	135
48. Quantidade do MAE para tratamento DAM em crianças ≥ 5 anos	135
49. Peso para Comprimento para Raparigas dos 0-2 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)	136
50. Peso para Comprimento para Rapazes dos 0-23 meses de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)	138
51. Peso para Altura para Raparigas dos 24 – 60 meses de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)	140
52. Peso para Altura para Rapazes dos 24 – 60 meses de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)	142

53. Índice de Massa Corporal para Idade para Rapazes dos 5-18 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2007)	144
54. Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV das crianças < 2 anos de idade	145
55. Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV das crianças entre 2-5 anos de idade	146
56. Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV das crianças ≥5 anos de idade a adultos	146
57. Regimes de 2ª linha de TARV (ou regimes de resgate)	149
58. Regimes de ARV's para Profilaxia pós Exposição em Criança	156
59. Cronograma de avaliação clínica e laboratorial do utente em PrEP	161
60. Infecções das Vias Respiratória Superiores (Crianças)	188
61. Infecções das Vias Respiratórias Inferiores: Pneumonia Bacteriana	189
62. Pneumonia por <i>Pneumocistis jirovecii</i> (PCP)	191
63. Pneumonias Fúngicas	193
64. Pneumonia Intersticial Linfoide (PIL)	194
65. Toxoplasmose do SNC	196
66. Meningite Criptocócica	197
67. Meningite Bacteriana	202
68. Meningite Tuberculosa	203
69. Meningites/Encefalites Virais	205
70. Neurosífilis	206
71. Infecções Bacterianas da Pele	207
72. Infecções Cutâneas por Fungos	208
73. Infecções Cutâneas por Vírus	210
74. Escabiose	214
75. Dermatoses Inflamatórias Associadas à Infecção por HIV	215
76. Sarcoma de Kaposi	218
77. Manifestações Orais e Oro-esofágicas no Paciente HIV+	231
78. Patologias que envolvem o fígado em paciente HIV+	233
79. Nefropatia por HIV	235
80. Patologia Cardíaca Comum no Paciente HIV+	236
81. CACU em mulheres HIV+	238
82. Posologia do Tratamento de Malária com Artemeter-Lumefantrina (AL)242	
83. Posologia do Tratamento da Malária com Artesunato-Amodiaquina (AS+AQ)	242
84. Posologia do Tratamento de Malária com Quinino Oral	243

85. Duração de tratamento de TB em crianças, segundo a localização da Tuberculose (TB sensível)	249
86. Regime de tratamento de 1ª Linha em crianças com peso 4-25kg. Fase intensiva 3DFC (RHZ) (75/50/150) + E100	249
87. Regime de tratamento de 1ª Linha em crianças com peso 4-25kg. Fase de manutenção 2DFC (RH) (75/50)	250
88. Duração de tratamento de TB em adultos, segundo a localização da Tuberculose (TB sensível)	250
89. Posologia do Tratamento de TB sensível no Adulto	251

ALGORITMOS

1. Testagem do HIV com Testes Rápidos (acima de 18 meses de idade)	17
2. Tratamento profilático de Tuberculose (TPT) para adultos HIV+	39
3. Seguimento de pacientes recebendo TPT	40
4. Monitoria de TARV com recurso a Carga Viral para adultos e crianças	67
5. Monitoria do TARV com recurso a Carga Viral (CV) para mulher grávida e lactante	74
6. Seguimento da criança menor de 18 meses com resultados de PCR discordantes (1º PCR positivo e o 2º PCR de confirmação negativo)	84
7. Diagnóstico precoce de HIV na CE	88
8. Testagem para HIV em criança 0-14 anos	96
9. Escolha do regime ideal para Tratamento Profilático de Tuberculose (TPT) para crianças HIV+ (TB sensível)	106
10. Diagnóstico clínico da TB na criança dos 0-14 anos	109
11. Abordagem da Violência Sexual	157
12. Algoritmo de Apoio psicossocial para Crianças, Adolescentes e Adultos Vivendo com HIV	167
13. Algoritmo de Apoio psicossocial Mulher grávida e Lactante Vivendo com HIV	169
14. Algoritmo de Chamadas e Visitas de reintegração Para Pacientes em TARV	176
15. Rastreio de doença avançada no paciente HIV+ (adulto e criança com idade \geq 10 anos)	182
16. Rastreio da infeção por criptococo (adulto e criança com idade \geq 10 anos)	183
17. Diagnóstico de TB em adultos e crianças \geq 10 anos com doença avançada por HIV	184
18. Rastreio de TB em crianças de 0-9 anos com doença avançada por HIV	185
19. Manifestações Respiratórias Agudas no Adulto e Adolescente HIV+	186
20. Manifestações respiratórias crónicas no adulto e adolescente HIV+	187
21. Abordagem do Paciente Adulto HIV+ com Cefaleia e Imunodepressão Severa	195
22. Abordagem da Diarreia Aguda no Paciente Adulto HIV+	228
23. Abordagem da Diarreia Crónica no Paciente Adulto HIV+	229
24. Rastreio de CACU na mulher em Moçambique	239

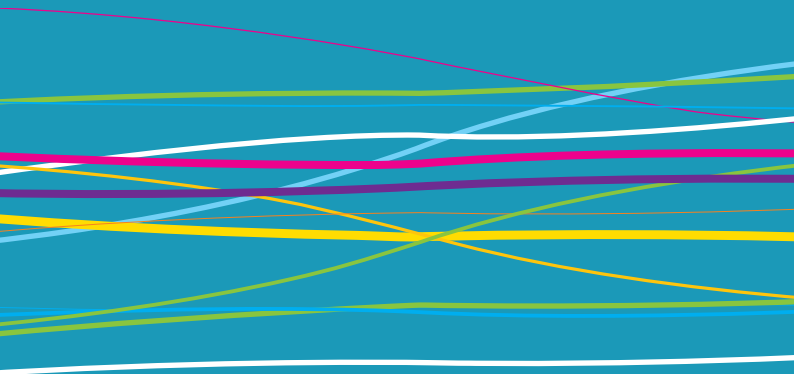
25. Diagnóstico e Tratamento da Malária em adultos e crianças (acima de 5 Kg)	240
26. Diagnóstico e Tratamento da Malária na mulher grávida	241
27. Para solicitação de teste Xpert MTB/RIF	246
28. Para interpretação dos resultados de Xpert MTB/RIF	247
29. Diagnóstico de TB em Crianças de 0 a 14 anos	248
30. Corrimento Uretral	254
31. Úlcera Genital no Homem e na Mulher	255
32. Corrimento Vaginal	256
33. Dor no Baixo Ventre	258

QUADRO

1. Esquemas Terapêuticos Seguidos em Moçambique em Adultos	33
2. Escolha da 2ª Linha em Adultos	34
3. Escolha da 3ª Linha	34
4. Regimes terapêuticos para novos inícios de TARV em Crianças dos 0 – 14 anos, incluindo crianças em TAT com regime contendo Rifampicina	100
5. Regimes de 2ª linha de TARV (ou regimes de resgate)	101
6. Medicamentos alternativos em caso de intolerância aos ARVs	102
7. Posologia de fármacos para prevenção de ITS após um caso de violência sexual	155
8. Profilaxia pós-exposição ao HIV com fármacos ARVs em adultos	156
9. Contraceção de emergência após um episódio de Violência Sexual (para mulheres e raparigas após a menarca)	156
10. Profilaxia para Hepatite B	156
11. Tratamento de Malária grave ou resistente com Quinino EV	243
12. Tratamento de Malária grave com Artesunato Injectável	244

PARTE I

Tratamento Antirretroviral no Adulto, Adolescente, Grávida e Criança



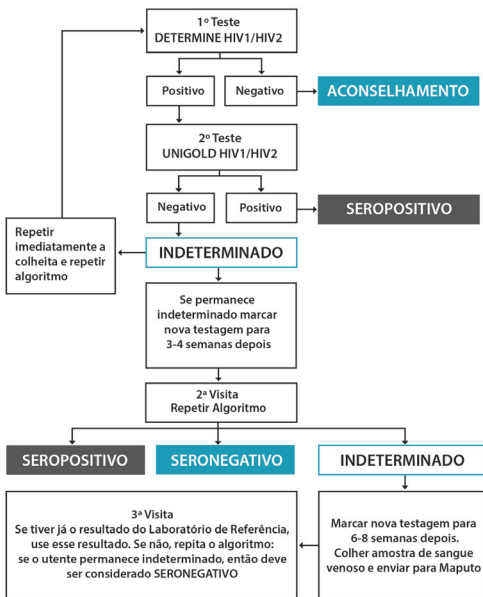
1.0 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NO PACIENTE ADULTO

1.1 Diagnóstico da infecção por HIV no Paciente Adulto	17
1.2 Estadiamento da OMS para adultos	18
1.3 Classes dos fármacos antirretrovirais	19
1.4 Início de TARV em Adultos e Esquemas Terapêuticos	30
1.5 Profilaxia de Infecções Oportunistas no Paciente Adulto HIV+	35
1.6 Manejo de pacientes adultos com co-infecção TB-HIV	42
1.7 Avaliação nutricional do paciente adulto com HIV	43
1.8 Seguimento Clínico e laboratorial do Paciente HIV+	46
1.9 Monitoria dos efeitos adversos dos fármacos antirretrovirais e outros fármacos usados em pacientes com HIV	48
1.10 Falência Terapêutica. Monitoria e Avaliação da Adesão	66

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 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 (Prúrigo)
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)	Candidíase oral
TB Pulmonar	Leucoplasia oral pilosa
Anemia (<8g/dL) ou neutropenia (< 500/mm ³) ou trombocitopenia crónica (<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

Atenção!

Sempre que se depare com um paciente com sinais de gravidade (malnutrição severa, febre elevada, dificuldade respiratória, sinais neurológicos, etc) rastreie para doença avançada com teste CD4 e/ ou refira o paciente para internamento, para estabilização e estudos complementares.

1.3 Classes dos Fármacos Antirretrovirais Segundo os Mecanismos de Acção

Associações de Fármacos para adultos disponíveis em Moçambique

- TDF300/3TC300/DTG50
- TDF300/3TC300
- AZT300/3TC150
- ABC600/3TC300
- ABC60/3TC30
- ABC120/3TC60
- LPV/r 40/10
- LPV/r 80/20
- LPV/r 100/25
- LPV/r 200/50
- ATV/r 300/100
- DTG50
- pDTG10mg

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 Comprimido 60 mg Em associação estão disponíveis os seguintes comprimidos: ABC600+3TC300 ABC60+3TC30 ABC120+3TC60	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 aumenta clearance de metadona em 22%.

Tabela 2: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR) - Continuação

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras farmacos								
ZIDOVUDINA (AZT)	Comprimido 300mg Xarope 10 mg/ml (para PTV)	Adulto: 300mg 12/12h	<table border="1"> <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	<p>Administrar com ou sem alimento.</p> <p>Interação com Estavudina: potencial redução da atividade anti-retroviral por antagonismo. Contra-indicado uso concomitante.</p> <p>- Aumento do risco de toxicidade hematológica: Ganciclovir, Anfotericina B, flucitosina, Cotrimoxazol, dapsona, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina e Interferon. Monitorar anemia e neutropenia.</p> <p>- Aumento dos níveis do AZT: Probenecida, fluconazol, paracetamol, metadona, abvacuona, ácido valprático. Monitorar.</p>
	Dep Cr (ml/min)	Dose										
	30-59	300mg 12/12h										
10-29	300mg 12/12h											
<10	300mg 1x/dia											
Em associação estão disponíveis os seguintes comprimidos:												
- AZT300+3TC150 - AZT60+3TC30												

Tabela 3: Inibidor Nucleotídeo da Transcriptase Reversa

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras farmacos						
<p>TENOFOVIR (TFV)</p>	<p>Comprimidos 300 mg</p> <p>Em associação: TDF300+3TC300+DTG50 TDF300+3TC300</p>	<p>Adulto: 300 mg 1x/dia</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="274 800 357 910">Dep (ml/min)</th> <th data-bbox="274 473 357 800">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="357 800 409 910">30-49</td> <td data-bbox="357 473 409 800">300mg a cada 48h</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 800 455 910">10-29*</td> <td data-bbox="409 473 455 800">300mg 12/12h</td> </tr> </tbody> </table> <p>Sempre que houver sinais de nefrotoxicidade após a introdução do TDF, este deve ser suspenso imediatamente, pois a toxicidade relacionada com o TDF não é reversível. O TDF não é recomendado no caso de Dep. Creatinina <30 ml/min</p>	Dep (ml/min)	Dose	30-49	300mg a cada 48h	10-29*	300mg 12/12h	<p>Administrar com ou sem alimentos</p> <p>IP: TDF pode aumentar o nível sérico de alguns IP, entretanto não há recomendação de ajustar doses.</p> <p>Azatanavir: reduz-se os níveis séricos deste fármaco quando usado com Tenofovir. Usar tenofovir somente com ATV/r (300mg/100mg).</p>
	Dep (ml/min)	Dose								
	30-49	300mg a cada 48h								
10-29*	300mg 12/12h									

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

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras farmacos
NEVIRAPINA (NVP)	Xarope 10 mg/ml	PTV: 0,3 a 2 ml/dia, dependendo do peso e semanas de vida	Não necessita de ajuste (não dialisável)	<p>Administrar com ou sem alimentos</p> <p>Ritonavir: A NVP diminui os níveis de RTV: Não há necessidade de ajuste de dose.</p> <p>Uso concomitante contra-indicado: rifampicina, ketoconazol, cápsula de alho, erva de São João, ginseng, echinacea e gíngio biloba.</p> <p>-Metadona: A NVP diminui os níveis de metadona: Considerar ajuste de dose</p> <p>-Atenção: A NVP diminui os níveis de etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.</p>

Tabela 5: Inibidores da Protease (IP)

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na insuficiência renal ou 'hepática'	Interações com alimentos/outros fármacos
LOPINAVIR/Ritonavir (LPV/r)	Comprimidos 200mg/50mg Comprimidos 100/25mg Granulado 40/10mg Xarope 80/20 mg/ml	Adulto: 400/100mg (2 comp 12/12h). Associado com EFV ou NVP-ajustar a dose do LPV/r para 3 comprimidos 12/12h	Não necessita de ajuste (não dialisável)	Administrar com alimentos Efavirenz e Nevirapina diminuem os níveis de LPV. Aumentar a dose de LPV/r para 533/133mg 2x/dia. - Uso concomitante contra-indicado: rifampicina, flecaicina, propafenona, derivados de ergot, astemizol, terfenadina, cisaprida, triazolam, lovastatina, sinvastatina, midazolam, enfa de São João, cápsula de alho, echinacea, gingseng e ginkgo-biloba. - Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital ou dexametasona (diminui LPV). Usar com precaução. - O LPVr aumenta os níveis de Atovastatina e Genivastatina. Considerar uso de drogas alternativas. - O LPVr aumenta os níveis de 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, lidocaina (sistêmica), quinidina, ciclosporina, rapamicina, felodipina, nifedipina, nifedipina, metadona, ketoconazol, itraconazol. Atenção: O LPVr diminui os níveis de etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional

Tabela 5: Inibidores da Protease (IP) (continuação)

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras fármacos
RITONAVIR (RTV)	Comprimido 100mg Comprimido 25mg	Adulto: Associado com outro IP: vide IP em questão + RTV 100mg	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste (não dialisável) Insuficiência hepática: evitar uso	Administrar, preferencialmente, com alimento para melhorar a tolerância. A Nevirapina reduz os níveis de RTV. Não há necessidade de ajuste de doses. Uso concomitante contra-indicado: meperidina, piroxicam, propoxifeno, amiodarona, encainida, flecainida, propafenona, quinidina, beiperidil, derivados do ergot, simvastatina, lovastatina, astemizol, terfenadina, cisaprida, bupropiona, dósopina, pimozida, clorazepato, alprazolam, diazepam, estazolam, flurazepam, midazolam, triazolam, zolpidem, zolpidem, cápsula de alho. -O RTV diminui os níveis de Rifampicina. Não há necessidade de ajuste de dose. -O RTV aumenta os níveis de Rifabutina. Ajustar dose de Rifabutina. -O RTV aumenta os níveis de Ketoconazol. Não exceder a dose de ketoconazol de 200mg/dia. -Teofilina (diminui teofilina). Monitorar teofilina -Metadona (diminui metadona). Considerar aumento de dose da metadona. -Fenobital, 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. Accioniv (maior risco de nefrolitase). Atenção: O RTV diminui os níveis de etinilestradiol. Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.

Tabela 5: Inibidores da Protease (IP) (continuação)

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras farmacos
ATZANAVIR/Ritonavir (ATV/r)	Comprimidos de 300/100 mg	<p>Adulto: ATV 300mg 1x/dia + RTV 100mg 1x/dia</p>	<p>Insuficiência renal: Não necessita de ajuste (mas não recomendado em pacientes a fazer hemodiálise)</p> <p>Insuficiência hepática: usar com precaução em casos ligeiros e não usar em doentes com afecção hepática moderada a grave</p>	<p>Administrar com alimento</p> <p>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</p> <p>Uso concomitante contra-indicado: simvastatina ou lovastatina.</p> <p>- Se a utilização de atorvastatina for considerada estritamente necessária, deve ser administrada a menor dose possível com monitorização clínica cuidadosa.</p> <p>Não se recomenda a utilização concomitante com fluticasona ou outros glucocorticóides que são metabolizados pelo CYP3A4 nem com inibidores da bomba de prótons (omeprazol e outros)</p> <p>A utilização concomitante com salmeterol pode resultar no aumento de acontecimentos adversos cardiovasculares associados ao salmeterol.</p> <p>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 etinilradiol e que a doente seja recordado para seguir rigorosamente a posologia deste regime contraceptivo)</p>

Tabela 5: Inibidores da Protease (IP) (continuação)

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na Insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras farmacos
DARUNAVIR (DRV)	Comprimidos 400 mg Comprimidos 600 mg Comprimidos 150 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 Lo pinavir/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, lidocaina sistémica, lovastatina e simvastatina, rifampicina. Antiácidos: intervalo mínimo de 2 horas entre as drogas. Keboconazol, 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 Cítocromo P4503A4 e age também na absorção e metabolismo de primeira passagem. Sendo assim, aumenta as concentrações séricas dos outros IPs co-administrados, proporcionando níveis séricos destes mais elevados, estáveis e por tempo mais prolongado, além de proporcionar menor risco de mutações que confirmam resistência viral.

Tabela 6: Inibidores da Integrase

Nome Gen.	Apresentação	Posologia	Posologia na insuficiência renal ou hepática*	Interações com alimentos/outras drogas
DOLUTEGRAVIR	Comprimidos 50mg Comprimidos 10mg (dispersíveis) Em associação: -TDF300+3TC300+DTG50mg	Adulto e criança a partir de 20kg: 50 mg 1x/dia	Insuficiência renal: Não necessita de ajuste Insuficiência hepática: Não necessita de ajuste	<p>Não tem interações com alimentos</p> <p>Rifampicina: Diminuição dos níveis de DTG. Quando co-administrado, deve-se dobrar a dose de DTG (50mg 12/12 horas)</p> <p>Hidróxido de Alumínio: Diminuição dos níveis de DTG. Administrar DTG 2 horas antes ou 6 horas depois</p> <p>Sulfato ferroso e multivitaminas: Diminuição dos níveis de DTG. Administrar DTG 2 horas antes ou 6 horas depois</p> <p>Fenitoína e Fenobarbital: Potencial diminuição dos níveis de DTG. Contraindicado. Evitar a combinação</p> <p>Carbamazepina: Diminuição dos níveis de DTG. Evitar a combinação se possível. Se tiver que ser usada, dobrar a dose de DTG</p> <p>Metformina: Aumento dos níveis de metformina. Em pacientes em uso de DTG e que vão iniciar Metformina iniciar com uma dose baixa e aumentar com precaução. Dose máxima de metformina recomendada neste caso, 1000 mg/dia</p>

1.4 Início de TARV em Adultos e Esquemas Terapêuticos

Estratégia Nacional “Testar e Iniciar”

Abordagem que contempla o início do TARV a todas as pessoas vivendo com o HIV independentemente do estadiu imunológico ou clínico (Crianças, Adolescentes, Grávidas e Adultos).

O TARV deve ser iniciado dentro de 15 dias após o diagnóstico de HIV.

Importante: Deve ser garantida a preparação do paciente para o início de TARV. Testar e tratar não significa tratar no mesmo dia do diagnóstico, sem garantias de retorno dos pacientes. Os pacientes com clínica sugestiva de infecções oportunistas activas (ex, TB) devem ser diagnosticados e iniciado o tratamento antes da introdução do TARV.

O TARV pretende contribuir para atingir melhores resultados de saúde para as pessoas vivendo com o HIV assim como para a redução de novas infecções.

Tabela 7: Indicações Médicas para adiar o início de TARV

Situação clínica	Orientação
Sinais e sintomas de Tuberculose (tosse, febre, perda de peso, sudorese)	Deve ser oferecido o início de TARV rápido a estes pacientes, enquanto se investiga para TB. Deve ser feito um seguimento apertado, com início de tratamento de TB dentro dos 7 dias seguintes ao início de TARV. Em caso de TB excluída, inicie TPT.
Diagnóstico de Tuberculose sensível ou resistente (qualquer forma sem envolvimento do Sistema Nervoso Central)	Adie o início de TARV. Inicie TARV nas 2 semanas que seguem ao início de TAT
Tuberculose do Sistema Nervoso Central (independente do CD4)	Adie o início de TARV até 8 semanas após o início de TAT
Infecção disseminada por criptococo	Adie o início de TARV até 2 semanas após o início de fluconazol
Meningite criptocócica	Adie o início de TARV até ter completado 4-6 semanas de tratamento antifúngico eficaz
Nota: Os pacientes que já recebem TARV não devem interromper o tratamento após o diagnóstico de qualquer das condições acima referidas	

IMPORTANTE:

1. Na impossibilidade de acesso à contagem de Linfócitos T – CD4+, 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. 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**1ª LINHA:**

TDF/3TC/DTG

ALTERNATIVAS À 1ª LINHA:

- Se Insuficiência Renal¹ (Depuração de creatinina \leq 60 ml/min):
ABC/3TC+DTG
- Nos pacientes com intolerância a DTG²: **TDF/3TC+ ATVr**

¹ Insuficiência renal: Depuração de creatinina $<$ 60 ml/min (vide tabela para cálculo de Depuração de Creatinina na unidade sobre Seguimento Clínico e Laboratorial)

² Efeitos adversos pouco comuns mas que podem requerer da substituição de DTG: Insónia, rash cutânea/toxicodermia.

A gravidez não é uma contra-indicação absoluta para o uso de DTG. Os benefícios de iniciar TARV com DTG nas mulheres em idade reprodutiva, ultrapassam os potenciais riscos de teratogenicidade (menor mortalidade nas mulheres, menor transmissão sexual a parceiros e menor transmissão vertical), quando comparado com os resultados do TARV com EFV (*Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO 2021*)

Quadro 2: Escolha da 2ª Linha em Adultos

Se o esquema em falência é TDF/3TC/DTG, muda para:

- AZT/3TC+ATV/r

Quadro 3 : Escolha da 3ª Linha

Para pacientes com falência da 2ª linha com esquemas com Inibidor da protease e que nunca receberam DTG, mudam para:

- TDF300/3TC300 1 comp/dia ou AZT300/3TC300 1 comp/dia + DTG 50mg 1 comp/dia + DRV 600 mg 1 comp 12/12 horas + RIT 100 mg 1 comp 12/12 horas

1.5 Profilaxia de Infecções Oportunistas no Paciente Adulto HIV+

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

Infecção a prevenir com a profilaxia	Critérios de elegibilidade para a profilaxia	Tipo de tratamento profilático	Critérios para suspensão da profilaxia	Contra-indicações ao tratamento profilático
Tuberculose (TB)	<ul style="list-style-type: none"> Doente HIV+ adulto e criança \geq 10 anos, sem nenhum sintoma/sinal de TB pulmonar ou extra-pulmonar activa. Se o doente tiver $CD4 < 200$ cels/mm³, só inicia profilaxia para TB se tiver resultado de TB-LAM negativo. <p>Nota: O paciente HIV+ deve receber TPT de forma rotineira pelo menos uma vez na vida e, a todos os pacientes (independente da idade) só devem repetir o TPT sempre que tiverem contacto com um caso de TB</p>	<ul style="list-style-type: none"> TPI: Isoniazida diária durante 6 meses 3HP: Isoniazida + Rifapentina semanal durante 3 meses 1HP: Isoniazida + Rifapentina diária durante 1 mês — Associar piridoxina para prevenir o desenvolvimento da neuropatia periférica. 	<ul style="list-style-type: none"> Não é recomendada a suspensão do TPT, excepto em casos de reacções adversas graves: <ul style="list-style-type: none"> — Neuropatia periférica de grau 3 e 4 — Hepatotoxicidade de grau 2 a 4 	<p>Está contra-indicado o TPT aos pacientes que tiverem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tuberculose activa (qualquer forma). Doença hepática aguda ou crónica. Doença aguda grave, (pela dificuldade para excluir TB activa). Neuropatia periférica. Abuso de álcool. Mã adesão ao TARV. Intolerância/alegria aos fármacos

Infecção a prevenir com a profilaxia	Critérios de elegibilidade para a profilaxia	Tipo de tratamento profilático	Critérios para suspensão da profilaxia	Contra-indicações ao tratamento profilático
Meningite criptocócica	<ul style="list-style-type: none"> • Doente HIV+ adulto e criança ≥ 10 anos. • Contagem de CD4 < 200 cels./mm³ • CrAg positivo na amostra de soro, plasma ou sangue total • CrAg negativo em LCR. 	Profilaxia para meningite criptocócica*: <ul style="list-style-type: none"> • Fase indução com Fluconazol 800 mg/dia durante 2 semanas (10-15 anos: 12 mg/kg/dia) • Fase consolidação com Fluconazol 400mg/dia durante 8 semanas (10-15 anos 6-12 mg/kg/dia) • Fase manutenção com Fluconazol 200 mg/dia (10-15 anos: 6 mg/kg/dia), no mínimo por 10 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter completado a fase de indução e consolidação. • Ter CV indetectável • Ter contagem de CD4 ≥ 100 cels/mm³ depois de um período de pelo menos 12 meses em uso do fluconazol profilático. 	<ul style="list-style-type: none"> • N/A

Infecção a prevenir com a profilaxia	Critérios de elegibilidade para a profilaxia	Tipo de tratamento profilático	Critérios para suspensão da profilaxia	Contra-indicações ao tratamento profilático
<ul style="list-style-type: none"> • Pneumocistis jiroveci (PCP) • Malária • Pneumonias bacterianas. • Síndromes disenteriformes. • Toxoplasmose cerebral 	<p>Adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> • CD4 \leq 350 cels/mm³ (independentemente do estadio clínico) ou, • Se tiver estadios II, III ou IV da OMS (se CD4 não disponível). <p>Crianças dos 10-14 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se CD4 \leq 500 cels/mm³ (independentemente do estadio clínico) ou • Estadio II, III e IV (se CD4 não disponível). <p>Mulher grávida e lactante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas, independentemente da idade gestacional, CD4 ou estadio clínico 	<p>Tratamento profilático com Cotrimoxazol (TPC) para adultos e crianças \geq 10 anos: CTZ 400/80 mg, 2 comp/dia.</p> <p>Alternativa (nos casos de alergia a CTZ): Dapsona 100 mg/dia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Só é aplicável para profilaxia de PCP e deve ser oferecida apenas aos pacientes com CD4 \leq 200 cels/mm³. • Não deve ser prescrita à mulher grávida 	<p>Adulto (incluída M Lactante)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter recuperado a contagem de CD4 (\geq 350 cels/ml) após 1 ano de TARV. <p>Criança</p> <ul style="list-style-type: none"> • A criança \geq 5 anos suspende TPC se tiver recuperado a contagem de CD4 (\geq 350 cels/ml) após 1 ano de TARV, da mesma forma que os adultos <p>Mulher grávida</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mulher grávida não suspende o cotrimoxazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Não usar o cotrimoxazol caso haja evidência de alergias a sulfamidas. • Evitar administrar Fansidar à MG HIV+ (a prevenção da malária nela é feita com recurso a CTZ)

Informações adicionais referentes ao uso do Fluconazol na mulher grávida:

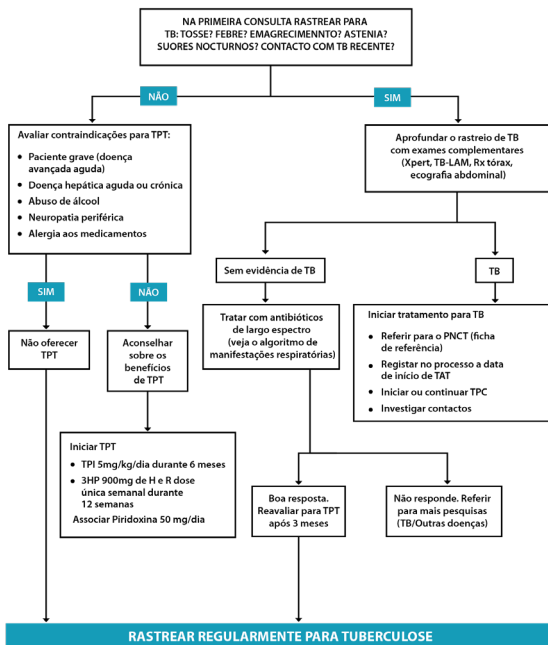
A mulher grávida com doença avançada tem elevado risco de morte por HIV e suas complicações. Apesar da falta de evidências sobre a segurança do uso do fluconazol e outros medicamentos durante a gravidez, os riscos de não fazer o rastreio da meningite criptocócica e tratamento as MG com CrAg positivo é maior comparado com o risco de desenvolvimento de efeitos teratogénicos ao feto. Por este motivo, as mulheres grávidas com estado serológico para CrAg positivo e diagnóstico de infecção por criptococos (incluindo a meningite criptocócica) devem ser tratadas, independentemente da idade gestacional, respeitando os seguintes aspectos:

MG no 1º trimestre de gestação: pelo risco de ocorrência de malformações congénitas no recém-nascido secundárias ao uso do fluconazol e/ou flucitosina e, por outro lado, pelo risco de morte da mulher em caso de não tratamento da infecção disseminada por criptococo, deve-se informar sobre a opção de interrupção da gravidez. Contudo ela deve ser oferecida o tratamento recomendado de acordo com as necessidades clínicas da paciente e ajustado às normas.

MG no 2º e 3º trimestre de gestação: A paciente deve ser referida para a consulta de alto risco obstétrico (ARO), sempre que for possível e preferencialmente deve ter acompanhamento por um médico gineco-obstetra. Um seguimento ecográfico deve ser oferecido (ecografia entre as semanas 16 e 20) se estiver disponível. Também deve ser obtido consentimento informado (verbal) sobre os riscos de ocorrência de malformações congénitas derivadas do uso de fluconazol durante a sua gravidez.

É recomendada uma monitoria activa de malformações congénitas aos recém-nascidos filhos de mulheres grávidas expostas ao fluconazol (segundo a literatura existe um risco aumentado de tetralogia de Fallot nos RN filhos de mães seropositivas tratadas no 1º trimestre com fluconazol na ordem de 7-10%, embora seja passível de correção cirúrgica).

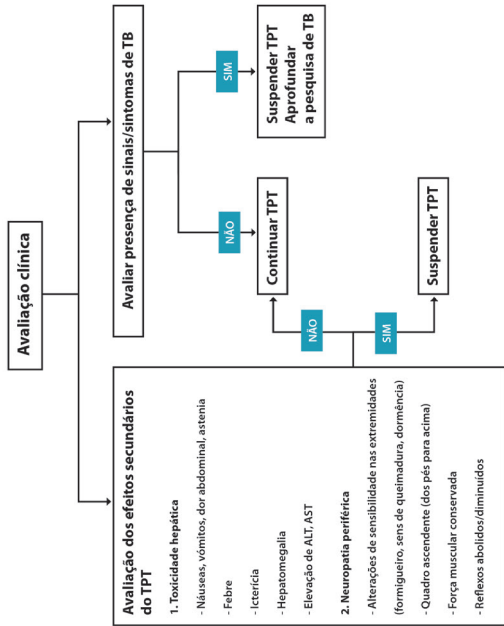
Algoritmo 2. Tratamento profilático de Tuberculose (TPT) para adultos HIV+



Os seguintes são grupos de pacientes nos quais é seguro introduzir TPT:

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 TPT



1.5.1 Posologia das diferentes opções de tratamento profilático para Tuberculose (TPT) em Adultos

A profilaxia preferencial para pacientes adultos é a combinação de Rifapentina + Isoniazida (3HP). Pode também ser usada a profilaxia com Isoniazida, em caso de contraindicação para o uso de 3HP ou na falta de esta opção na Unidade Sanitária.

Nota: Os pacientes adultos em uso de TARV com Atazanavir ou Lopinavir, deverão evitar a profilaxia com Rifapentina, devido à interação entre este medicamento e os inibidores da protease, que pode comprometer a eficácia do TARV. Os pacientes em uso de TARV com DTG podem receber o regime 3HP sem problemas.

Por falta de dados sobre a segurança do 3HP durante a gravidez, não se aconselha a administração do regime na mulher grávida/lactante.

- **3HP (Rifapentina + Isoniazida):** dose de 900mg para cada, em dose única semanal durante 12 semanas
- **TPI (Isoniazida):** 300 mg em toma única diária durante 6 meses

Tabela 9: Regimes para Tratamento preventivo de tuberculose (para adultos e crianças ≥ 15 anos e peso ≥ 30 kg)

Regime de profilaxia	Medicamento		Formulação	Nº comprimidos (>15 anos e >30kg)
TPI ^a	Isoniazida		300 mg	1
1HP ^b	DFC (RPT/INH, 300/300 mg)	DFC	300/300 mg	1
		Rifapentina	150 mg	2
	DFC não disponível	Isoniazida	300 mg	1
		Rifapentina	150 mg	4
3HP ^c	DFC (RPT/INH, 300/300 mg)		300/300 mg	3
	DFC não disponível	Isoniazida	300 mg	3
		Rifapentina	150 mg	6

a. Associar Vitamina B6 50 mg/dia

b. Associar Vitamina B6 25 mg/dia

c. Associar Vitamina B6 25 mg/semana

1.6 Manejo de TARV em 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 10: Novos inícios TARV em pacientes adultos com Tuberculose

	TB Sensível	TB Resistente
1ª Linha	TDF/3TC/DTG (com ajuste de dose)	TDF/3TC/DTG
1ª Linha Alternativa	ABC/3TC+DTG (com ajuste de dose): Em caso de insuficiência renal*	ABC/3TC+DTG: Em caso de insuficiência renal*

* O TDF é substituído pelo ABC em pacientes com insuficiência renal (Depuração de creatinina ≤ 60 ml/min)

Tabela 11: Ajuste de TARV em pacientes adultos que vinham recebendo TARV e desenvolvem TB

	Tuberculose sensível (PNCT)		TB Resistente (PNCT)		Fim do TAT (sensível e resistente)
	Esquema em uso	Passa para	Esquema em uso	Passa para	
Pacientes em 1ª linha	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC/DTG (com ajuste de dose*)	TDF/3TC+DTG	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC/DTG
Pacientes em 2ª linha	2INTR+ATV/r	2INTR+DTG (com ajuste de dose)	2INTR+ATV/r	2INTR+DTG	2INTR+DTG
		2INTR+LPV/r 3/3** (se faliram a DTG)		2INTR+ATV/r (se faliram a DTG)	2INTR+ATV/r

Atenção! Todos os pacientes em TARV, há pelo menos 6 meses e que desenvolvem TB, devem ser avaliados com recurso a CV perante a possibilidade de falência terapêutica

* Os pacientes que recebem Rifampicina devem dobrar a dose de Dolutegravir (50 mg, 12/12 horas) até 2 semanas depois de finalizar o tratamento da tuberculose.

** Os pacientes que estão em 2ª linha com um IP (Atazanavir) após ter falido ao regime com DTG, quando desenvolvem TB e precisam de receber Rifampicina, deverão alterar o ATVr para Lopinavir/ritonavir, pela interação entre ATV e Rifampicina. Neste caso devem receber LPVr 3 comp 12/12 horas. No fim do TAT, deverão voltar para ATVr

IMPORTANTE

- Os pacientes que desenvolvem TB e recebem tratamento com Rifampicina devem ajustar o TARV. O DTG deve ser administrado em dose dupla (50mg 12/12 horas) durante o tempo que dura o tratamento de TB e por mais 2 semanas.
- 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;
- Indicação do uso de corticosteróide no tratamento da Tuberculose nos adultos:
 - 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 cada caso.

Tabela 12: 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	24,2	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	26,6	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	16,2	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 $\leq 16,0$ m²/m²? Sessão 6: 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

1.7.1 Classificação do estado nutricional em Adultos

Tabela 13: Classificação do estado nutricional do adulto usando o índice de massa corporal (IMC)

IMC	Classificação	Este indicador não é recomendado para Mulheres grávidas e naquelas nos 6 meses pós-parto
<16,0 cm	Desnutrição grave	
≥ 16,0 cm a <18,5 cm	Desnutrição moderada	
≥ 18,5 cm a <25,0 cm	Normal	

Tabela 14: Avaliação do Estado Nutricional da Mulher Grávida/Lactante a partir do Perímetro Braquial

PB	Classificação	Mulheres grávidas e aquelas nos 6 meses pós-parto
<21 cm	Desnutrição grave	
≥ 21 cm a <23 cm	Desnutrição moderada	
≥ 23 cm	Normal	

Tabela 15: 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

1.8 Seguimento Clínico e Laboratorial do Paciente HIV+

Tabela 16: 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	
Rastreo 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)	
Relativamente ao TARV	Avaliação da toxicidade aos MARVs
	Avaliação da adesão ao TARV
Aconselhamento	Prevenção positiva e revelação do seroestado
	Adesão aos cuidados
	Vida saudável
	Referência para planeamento familiar e rastreio CACUM em mulheres a cada ano

Tabela 17: Seguimento Clínico e Laboratorial de Pacientes Adultos em TARV

	Meses de tratamento												1º ano de TARV		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	6/6m	12/12m
Atendimento clínico	x	x		x			x							x	x
Aconselhamento	x	x	x	x			x			x				x	Sempre que necessário
Farmácia	x	x	x	x			x			x				x	Trimestralmente
Hemograma	x						x							x	x
Contagem de Linfócitos T CD4+ ¹	x													x	CD4 de rotina apenas para pacientes com critérios
Carga viral							x								x
ALT	x						x								x
Glicemia ²	x						x								x
Creatinina ³	x						x								x
Colesterol total e triglicéridos ²	x														x
Urina II	x						x								x

¹ Um CD4 inicial deve ser feito a todos os pacientes que iniciam/reiniciam TARV. Os pacientes com CD4 inicial < 350 cels/ml devem colher CD4 anualmente.

² Nos esquemas contendo IPs

³ Nos esquemas contendo TDF

Atenção!

Os exames laboratoriais iniciais devem ser colhidos antes de iniciar o TARV. Se não for possível ter os resultados na primeira consulta, o TARV deve ser introduzido e os resultados devem ser avaliados na consulta seguinte.

1.9 Monitoria dos Efeitos Adversos dos Fármacos Antirretrovirais 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;
3. O TARV deve ser mantido se o efeito adverso for Grau 1 ou 2, exceptuando a toxicidade renal por TDF e a acidose láctica por INTR.
4. 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;
5. Os efeitos adversos devem ser registados e de comunicação obrigatória regular usando a *Ficha de Notificação de Reações Adversas* aos Medicamentos para:

Centro de Informação sobre Medicamentos (CIMed)

Sector de Farmacovigilância. Departamento Farmacêutico

Av. Salvador Allende/ Agostinho Neto, Maputo, Moçambique

E-mail: farmacovigilanciamicimocambique@gmail.com

Tabela 18: Efeitos Adversos aos ARVs e Manejo dos mesmos

EFEITOS SECUNDÁRIOS, GERALMENTE NÃO SEVEROS				
NÁUSEAS E/OU DOR ABDOMINAL				
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 lático se possível.	Suspender os antirretrovirais. 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.	Metoprolol 10 mg antes de cada refeição Pedir ALT + amilase, lipase se possível.		

DIARREIAS				
Agente	Todos ARVs, principalmente LPV/r, AZT			
Grau	1	2	3	4
Sinais e sintomas	Mal estar leve e transitório: <4 dejeções/dia ou ligeira diarreia há < 1 semana.	Mal estar moderado: > 4 dejeções/dia ou > 1 semana.	Mal estar severo, Hipotensão ortostática Diarréias com sangue ou > 7 dejeções/dia.	Choque hipotensivo.
Conduta	Tranquilizar o doente. Dar mistura oral.	Tranquilizar o doente. Dar mistura oral e loperamida 2cp na 1ª evacuação diarreica e depois 1cp após cada evacuação. Máximo de 6cp/dia.	Referir para internamento.	Suspender os Antirretrovirais. Referir para internamento urgente.
NEUROLÓGICO / NEUROPSIQUIÁTRICO / COMPORTAMENTO				
Agente	EFV >> DTG, AZT (cefaleia)			
Grau	1	2	3	4
Sinais e sintomas	Tonturas (EFV) Cefaleia	Sonhos vívidos Insónia (DTG > EFV)	Mudanças severas de humor. Sonhos vívidos persistentes, sem febre associada. Insónia persistente	Psicose aguda, alucinações, comportamento confuso, depressão, ideação suicida (EFV, DTG multoramente)
Conduta	Tranquilizar o doente.	Tranquilizar o doente.	Cloprpromazina 50 mg à noite.	Suspender os antirretrovirais. 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	Prídoxina 25-50 mg, 1 x dia		Suspender INH, associar: <ul style="list-style-type: none"> • Prídoxina 50 mg, 1x dia • Amtríptilina 25-75 mg, à noite. 	

ERUPÇÃO CUTÂNEA / DERMATITE (REACÇÃO ALÉRGICA)				
Agente	NVP, EFV, ATV, DRV, DTG			
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 2x/dia, se necessário. Monitorar a evolução do quadro. Se persistir ou piorar ao final de 2 semanas, trocar para EFV.	Clorfeniramina 4mg 2x/dia, 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 antirretrovirais até reverter ao Grau 0 ou 1. Clorfeniramina 4mg 3x/dia. Após estabilização reiniciar TARV trocando NVP por LPV. Manter observação contínua do doente.	Suspender todos os antirretrovirais. Referir para internamento urgente (às vezes requer cirurgia). Após estabilização reiniciar TARV trocando NVP por LPV. Manter observação contínua do doente

HIPERGLICEMIA	
Agente	Inibidores de Protease (IPs)
Sinais e sintomas	<p>Sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliúria, nictúria • Polifagia, polidipsia • Perda de peso não explicada <p>Fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas idosas • IMC alto (sobrepeso e obesidade) • História familiar de diabetes
Conduta	<p>Dieta</p> <p>Exercício físico</p> <p>Se glicemia de jejum > 140 mg/dl ou 7,7 mmol/l: Metformina</p>

DISLIPIDEMIA	
Agente	Inibidores de Protease (IPs)
Sinais e sintomas	<p>Sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há sintomas clínicos • Testes laboratoriais
Conduta	<p>Mudanças de comportamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer ginástica ou desporto, pelo menos, 5 vezes por semana durante 30 minutos • Alimentação equilibrada com aumento de peixe (se possível 2 vezes por semana), 200 gramas de verduras ou legumes/dia, 2 frutos por dia, diminuição de gorduras e de sal <p>Controlar outros fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parar de fumar • Diminuir o uso de álcool até no máximo 2 copos/dia • Tratar diabetes mellitus, se indicado • Tratar hipertensão se indicado • Diminuir o peso até IMC < de 25 kg/mm² <p>Drogas antilipêmicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triglicéride >500-750 mg%: Bezafibrato 400-600mg/dia ou Fenofibrato 160 mg/dia • Colesterol LDL >130-160 mg%: Pravastatina 20-40 mg/dia ou atorvastatina 10-40mg/dia

LIPODISTROFIA	
Agente	ITRN (d4T > AZT, ddI, EFV), Inibidores de Protease (IPs), Raltegravir (RAL)
Sinais e sintomas	<p>Partes onde gordura pode acumular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • no abdômen • na região dorso-cervical • nas mamas (também nos homens) • lipomas <p>Partes onde gordura pode diminuir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • na face (nas bochechas, na parte temporal da cabeça) • gordura subcutânea dos membros inferiores e superiores
Conduta	<p>Considerar tratamento estético e exercícios físicos.</p> <p>Substituição do(s) ARV(s) suspeito(s); d4T por outro ITRN e IP por ITRNN</p>
GINECOMASTIA	
Agente	EFV > AZT, INH
Sinais e Sintomas	Aumento de tamanho da glândula mamária em homens, uni ou bilateral, geralmente indolor ainda que pode ser dolorosa, que ocorre entre os 4 a 15 meses após o início do medicamento
Conduta	<p>Descartar outras possíveis causas (doença hepática crônica, outros fármacos, tumores testiculares, desnutrição..)</p> <p>Suspender o medicamento implicado (geralmente Efavirenz) e substituir por Dolutegravir ou IP</p>

GANHO DE PESO NÃO DESEJADO	
Agente	DTG
O ganho de peso excessivo ou não desejado está descrito com o uso de Dolutegravir. Os pacientes com IMC acima de 25 devem ser aconselhados para mudanças do estilo de vida (exercício regular, dieta hipocalórica).	

EFETOS SECUNDÁRIOS SEVEROS

CITOPENIA

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, ATV/r, DRV		
Sinais e Sintomas	Os sinais e sintomas variam de acordo com o grau de dano ao fígado e incluem: <ul style="list-style-type: none"> • náusea, vômitos, dor abdominal • perda de apetite • diarreias • fraqueza ou fadiga • icterícia • hepatomegalia 		
Diagnóstico diferencial	Hepatite viral (Hepatite A, B, C) Toma de medicamentos (Tuberculostáticos, ARVs, Amoxicilina+Ácido Clavulânico, Fluconazol, Paracetamol em alta dosagem, etc.) Uso de álcool Malária Outros (TB, EBV, CMV, sífilis, hepatite auto-imune, etc.)		
Grau	1	2	3
Sexo Feminino	43.75 – 87.5 U/L	88 – 175 U/L	175.5 – 350 U/L
Sexo Masculino	56.25 – 112.5 U/L	113 – 225 U/L	225.5 – 450 U/L
			4
			> 350 U/L
			> 450 U/L

Conduta	<p>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</p>	<p>Suspender TARV imediatamente. Repetir as análises semanalmente e reavaliar. Substituir o ARV específico causador do quadro por outro ARV após normalização das análises.</p>
<p>Nota: O ATV/r causa frequentemente uma elevação da bilirrubina não conjugada sem elevação das transaminases (hiperbilirrubinemia benigna). Este efeito se manifesta como um quadro de icterícia das conjuntivas, sem outros sintomas de hepatite. Pode afectar até 3% dos pacientes (Considerar a substituição se houver desconforto para o paciente. Geralmente resolve com a suspensão do tratamento. Reporta-se também a colecistite e colelitíase. Conduta: Considerar a substituição de ATV/r por DTG se houver desconforto do paciente (sempre que o paciente não tenha recebido DTG na 1ª linha)</p>		
<p>SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON/NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA</p>		
Agente	<p>NVP, EFV, ATV, DRV</p>	
Sinais e sintomas	<p>Geralmente durante as primeiras semanas do TARV, com febres, mialgia. Dermatite exfoliativa com envolvimento de mucosas.</p>	
Conduta	<p>Suspender todos os antirretrovirais. 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)</p>	

HIPERSENSIBILIDADE	
Agente	ABC >> DTG
Sinais e sintomas	<p>Sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • febres altas • erupção da pele • cefaléia • náuseas, dor abdominal, diarreia • artralgia • dispnéia <p>Apresentação inicial pode ser confundida com manifestações iniciais de infecção viral. 90% dos casos aparecem dentro das primeiras 6 semanas de início do uso do ABC. Os sintomas são mais proeminentes horas após a toma e agravam com cada toma do comprimido. Revolvem após a suspensão do fármaco.</p>
Conduta	<p>Interromper definitivamente ABC e substituir por outro ARV. Tratamento sintomático. A reexposição pode levar a quadro grave, inclusive fatal.</p>

ACIDOSE LÁCTICA, ESTEATOSE HEPÁTICA COM HIPERLACTEMIA	
Agente	ITRN, especialmente d4T, ddI > AZT
Sinais e sintomas	<p>Aparecimento dos sintomas pode variar de 3–4 meses até mais de 1 ano após o início TARV.</p> <p>Sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, vômitos, e dores abdominais persistentes • Anorexia e/ou perda de peso não explicada • Fadiga não explicada • Sintomas respiratórios: taquipnéia, dispnéia <p>Fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino • IMC alta • Gravidez • Uso prolongado de INRTs
Conduta	<p>a. Lactato entre 2 – 5 mmol/l: avaliar o doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se assintomático: continuar os ARVs. • Se sintomático: suspender todo o TARV até normalizar o nível do lactato. Re-introduzir o esquema TARV com ITRN de menor risco: ABC ou TDF no lugar do d4T ou AZT. <p>b. Lactato entre 5 mmol/l e 10 mmol/l: suspender todo o TARV até normalizar o nível do lactato. Tratamento de suporte e monitoração laboratorial. Reintroduzir o esquema TARV com ITRN de menor toxicidade: ABC ou TDF no lugar do d4T ou AZT.</p> <p>c. Lactato acima 10 mmol/l: urgência, risco de morte. Parar imediatamente o TARV. Tratamento de suporte e monitoração laboratorial. Encaminhar o caso para discussão com o Comitê Nacional TARV.</p> <p>A normalização dos níveis do lactato pode levar vários meses até 1 ano.</p> <p>Na prática a avaliação do lactato sérico nem sempre está disponível. Em caso de forte suspeita clínica o TARV deve ser suspenso até melhora clínica e reintroduzido posteriormente um esquema substituindo o INTR suspeito por TDF ou ABC.</p>

NEFROTOXICIDADE	
Agente	TDF, Etambútol
Sinais e sintomas	<p>Sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Não há sintomas clínicos• Depuração da Creatinina diminuída <p>Fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none">• Doente idoso• Hipertensão• Diabético• IMC baixo• CD4 baixo
Conduta	<p>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.</p>
	<p>Nota: O DTG pode produzir uma elevação dos níveis séricos de creatinina nas primeiras 4 semanas de tratamento. Esta elevação é leve (menos de 15%) e permanece estável ao longo do tratamento, não constituindo indicação da suspensão do DTG. A elevação contínua e pronunciada dos níveis de creatinina é um motivo de preocupação e pode indicar toxicidade do TDF ou outra patologia subjacente.</p>

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

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

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

- Avaliação da toxicidade renal em mulheres grávidas

Devido 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 85 $\mu\text{mol/L}$. As mulheres após o parto devem utilizar os mesmos critérios dos adultos.

**Em Moçambique, a unidade de referência da creatinina sérica é $\mu\text{mol/L}$, 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 $\mu\text{mol/L}$) para mg/dl, antes de se aplicar a fórmula acima. Para isso, basta dividir o valor da creatinina sérica do doente (em $\mu\text{mol/L}$) por 88,4. O resultado corresponderá 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 19: Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para mulheres

M	Creatinina (µmol/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	96,4	86,3	78,1	71,2	65,4	60,4	56,0	52,2	48,9	45,9	43,3	40,9	38,8	36,9	35,1	33,5
20	90,9	81,4	73,7	67,2	61,7	56,9	52,8	49,3	46,1	43,3	40,9	38,6	36,6	34,8	33,1	31,6
25	86,9	77,8	70,4	64,2	58,9	54,4	50,5	47,1	44,1	41,4	39,0	36,9	35,0	33,2	31,6	30,2
30	83,7	75,0	67,8	61,9	56,8	52,4	48,7	45,4	42,5	39,9	37,6	35,6	33,7	32,0	30,5	29,1
35	81,1	72,7	65,7	59,9	55,0	50,8	47,2	44,0	41,2	38,7	36,5	34,5	32,7	31,0	29,5	28,2
40	79,0	70,7	64,0	58,3	53,6	49,5	45,9	42,8	40,1	37,7	35,5	33,5	31,8	30,2	28,8	27,4
42	78,2	70,1	63,4	57,8	53,0	49,0	45,5	42,4	39,7	37,3	35,1	33,2	31,5	29,9	28,5	27,2
44	77,5	69,4	62,8	57,2	52,5	48,5	45,0	42,0	39,3	36,9	34,8	32,9	31,2	29,6	28,2	26,9
46	76,8	68,8	62,2	56,7	52,1	48,1	44,6	41,6	39,0	36,6	34,5	32,6	30,9	29,4	28,0	26,7
48	76,1	68,2	61,7	56,2	51,6	47,7	44,2	41,3	38,6	36,3	34,2	32,3	30,6	29,1	27,7	26,4
52	74,9	67,1	60,7	55,3	50,8	46,9	43,5	40,6	38,0	35,7	33,6	31,8	30,1	28,6	27,3	26,0
56	73,8	66,1	59,8	54,5	50,0	46,2	42,9	40,0	37,4	35,2	33,1	31,3	29,7	28,2	26,9	25,6
58	73,2	65,6	59,3	54,1	49,7	45,9	42,6	39,7	37,2	34,9	32,9	31,1	29,5	28,0	26,7	25,4
60	72,7	65,2	58,9	53,7	49,3	45,6	42,3	39,4	36,9	34,7	32,7	30,9	29,3	27,8	26,5	25,3
62	72,3	64,7	58,5	53,4	49,0	45,3	42,0	39,2	36,7	34,4	32,5	30,7	29,1	27,6	26,3	25,1
64	71,8	64,3	58,2	53,0	48,7	45,0	41,7	38,9	36,4	34,2	32,3	30,5	28,9	27,5	26,1	24,9
66	71,3	63,9	57,8	52,7	48,4	44,7	41,5	38,7	36,2	34,0	32,1	30,3	28,7	27,3	26,0	24,8
68	70,9	63,5	57,5	52,4	48,1	44,4	41,2	38,4	36,0	33,8	31,9	30,1	28,5	27,1	25,8	24,6
70	70,5	63,2	57,1	52,1	47,8	44,2	41,0	38,2	35,8	33,6	31,7	29,9	28,4	27,0	25,7	24,5
72	70,1	62,8	56,8	51,8	47,5	43,9	40,7	38,0	35,6	33,4	31,5	29,8	28,2	26,8	25,5	24,3
74	69,7	62,4	56,5	51,5	47,3	43,7	40,5	37,8	35,4	33,2	31,3	29,6	28,1	26,7	25,4	24,2
76	69,3	62,1	56,2	51,2	47,0	43,4	40,3	37,6	35,2	33,1	31,2	29,4	27,9	26,5	25,2	24,1
78	69,0	61,8	55,9	50,9	46,8	43,2	40,1	37,4	35,0	32,9	31,0	29,3	27,8	26,4	25,1	24,0
80	68,6	61,5	55,6	50,7	46,5	43,0	39,9	37,2	34,8	32,7	30,8	29,1	27,6	26,2	25,0	23,8

IDADE (ANOS)

Tabela 20: Depuração de Creatinina segundo a fórmula MDRD para homens

H	Creatinina (µmol/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	130	116	105	96	88	81	76	70	66	62	58	55	52	50	47	45
20	123	110	99	91	83	77	71	66	62	58	55	52	49	47	45	43
25	117	105	95	87	79	73	68	63	59	56	53	50	47	45	43	41
30	113	101	91	83	77	71	66	61	57	54	51	48	45	43	41	39
35	109	98	89	81	74	68	64	59	55	52	49	46	44	42	40	38
40	106	95	86	79	72	67	62	58	54	51	48	45	43	41	39	37
42	105	94	85	78	71	66	61	57	53	50	47	45	42	40	38	37
44	104	94	85	77	71	65	61	57	53	50	47	44	42	40	38	36
46	103	93	84	76	70	65	60	56	53	49	46	44	42	40	38	36
48	103	92	83	76	70	64	60	56	52	49	46	44	41	39	37	36
52	101	90	82	75	68	63	59	55	51	48	45	43	41	39	37	35
56	99	89	81	73	67	62	58	54	50	47	45	42	40	38	36	35
58	99	88	80	73	67	62	57	54	50	47	44	42	40	38	36	34
60	98	88	79	72	66	61	57	53	50	47	44	42	39	37	36	34
62	94	85	77	70	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33
64	97	87	78	71	66	61	56	52	49	46	43	41	39	37	35	34
66	96	86	78	71	65	60	56	52	49	46	43	41	39	37	35	33
68	96	86	77	71	65	60	56	52	48	46	43	41	38	37	35	33
70	95	85	77	70	64	60	55	51	48	45	43	40	38	36	35	33
72	94	85	77	70	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33
74	94	84	76	69	64	59	55	51	48	45	42	40	38	36	34	33
76	93	84	76	69	63	59	54	51	47	45	42	40	38	36	34	32
78	93	83	75	69	63	58	54	50	47	44	42	39	37	36	34	32
80	92	83	75	68	63	58	54	50	47	44	42	39	37	35	34	32

IDADE (ANOS)

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 (fator de correção)

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 seria 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 a falência terapêutica no paciente adulto, segundo a definição da OMS:

- a. **Falência virológica:** Carga viral detectável >1000 cópias/ml, confirmado no mínimo por 2 medidas repetidas (com intervalo de 90 dias), na presença de boa adesão;
- b. **Falência imunológica:**
 - Contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 250 células/mm³ associado a falência clínica;
 - Contagem de linfócitos T CD4+ persistentemente abaixo de 100 células/mm³ após 12 meses de terapia antirretroviral.
- c. **Falência clínica:** Recorrência ou aparecimento de condição que indica imunodepressão severa (condições definidoras de estadio 4 da OMS) após 6 meses de tratamento eficaz

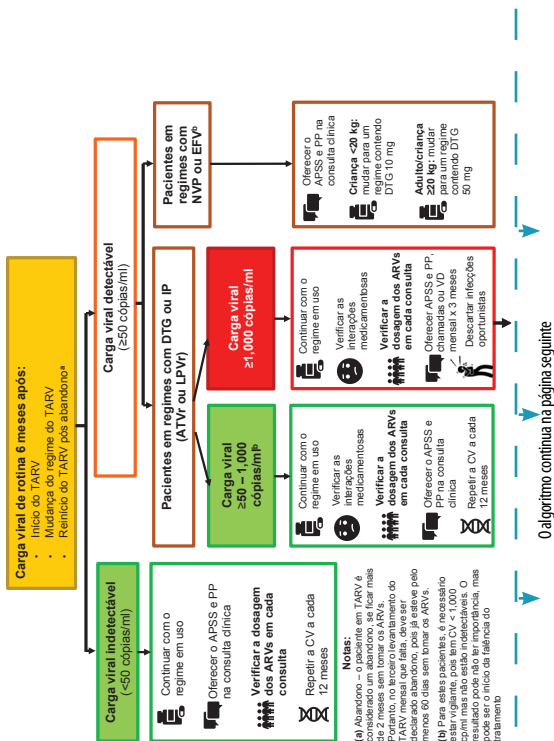
O teste de carga viral permite:

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 e identificar a emergência de resistências aos medicamentos em uso.

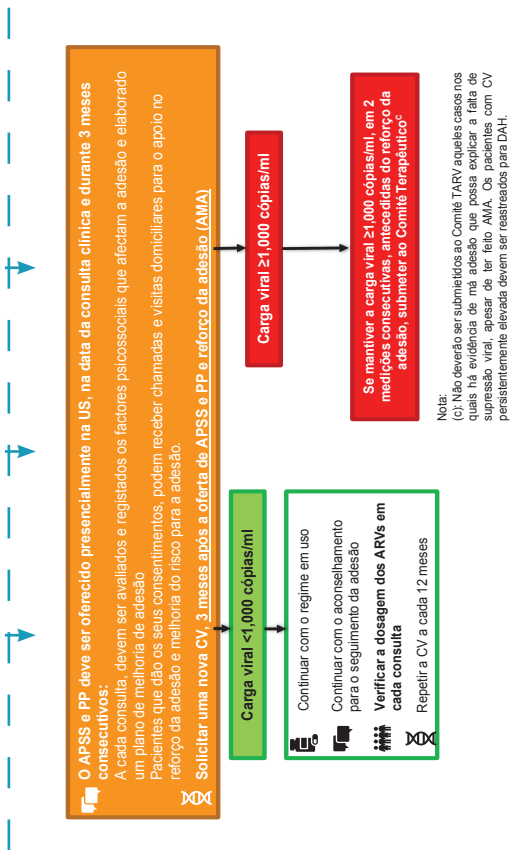
Interpretação dos resultados de Carga Viral:

- Cargas virais muito elevadas (acima de 100.000 cópias/mm³ ou de 5 logaritmos) nos meses que seguem à introdução do TARV sugerem a não-toma do tratamento.
- A existência de cargas virais persistentemente elevadas (≥ 1.000 cópias/ml) num paciente com boa adesão ao TARV, permite concluir que existe resistência ao tratamento.

Algoritmo 4: Monitoria de TARV com recurso a Carga Viral para adultos e crianças



Algoritmo 4: Monitoria de TARV com recurso a Carga Viral para adultos e crianças (continuação)



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

Tabela 21: Roteiro para o Seguimento de Pacientes em TARV e que têm Carga Viral detectável.

O paciente recebe o actual regime de TARV por um período mínimo de 6 meses na data da colheita de carga viral? Se sim, reveja com ele/ela 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 FILA e/ou ficha mestra a procura de atrasos/abandonos	
Informar o paciente dos riscos da adesão intermitente ou da fraca adesão ao TARV (sobre tudo, a selecção de resistências aos medicamentos em uso e a falência do tratamento)	
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?
Falta de revelação do seroestado ao parceiro/a
Queixas de toxicidade (reais ou percebidas)?
Depressão, falta de motivação para fazer tratamento/viver?
Problema social (pobreza, falta de apoio familiar, dinheiro de transporte...)?
Crenças ou explicações “alternativas” do significado da doença e o tratamento
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 ABORDAGEM INTEGRAL DA MULHER GRÁVIDA E LACTANTE VIVENDO COM HIV E DA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

2.1 Seguimento da Mulher Grávida/Lactante HIV+	73
2.2 Seguimento da Criança Exposta ao HIV	78

2.0 Abordagem Integral da Mulher Grávida e Lactante vivendo com HIV e da Criança Exposta ao HIV

2.1 Seguimento da Mulher Grávida e Lactante VHIV

A mulher grávida (MG) e mulher lactante (ML) VHIV deve ser seguida nos serviços de SMI, durante a gravidez (CPN) e após parto (CPP no 1º mês e CCR a partir do 1º mês) até ter o diagnóstico definitivo do HIV de seu bebê.

Como parte da oferta de PTV, o TARV e os cuidados clínicos para HIV para as MG e ML VHIV, são oferecidos pelas ESMI, de forma integrada no sector de SMI (paragem única). Portanto, o aconselhamento e testagem para HIV, assim como o início ou continuação de TARV, TPT, CTZ, dispensa de outros medicamentos, oferta do pacote de APSS e PP, colheita de análises laboratoriais (Hemograma, Bioquímica, CD4, Carga Viral, Urina II), rastreio de ITS e tratamento de Sífilis são oferecidos pela ESMI no sector de SMI.

Regime de TARV

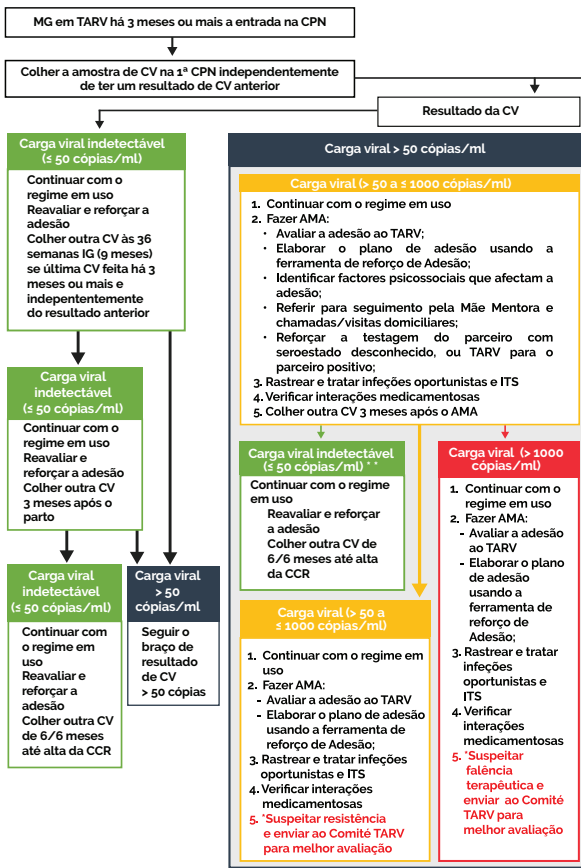
Todas as MG e ML VHIV testadas positivas na CPN ou previamente HIV positivas, mas não em TARV, devem iniciar o TARV para toda a vida com TDF/3TC/DTG independentemente do seu estadió clínico ou imunológico (CD4) e da idade gestacional. As MG/ML VHIV em segunda linha de TARV devem manter o regime em curso.

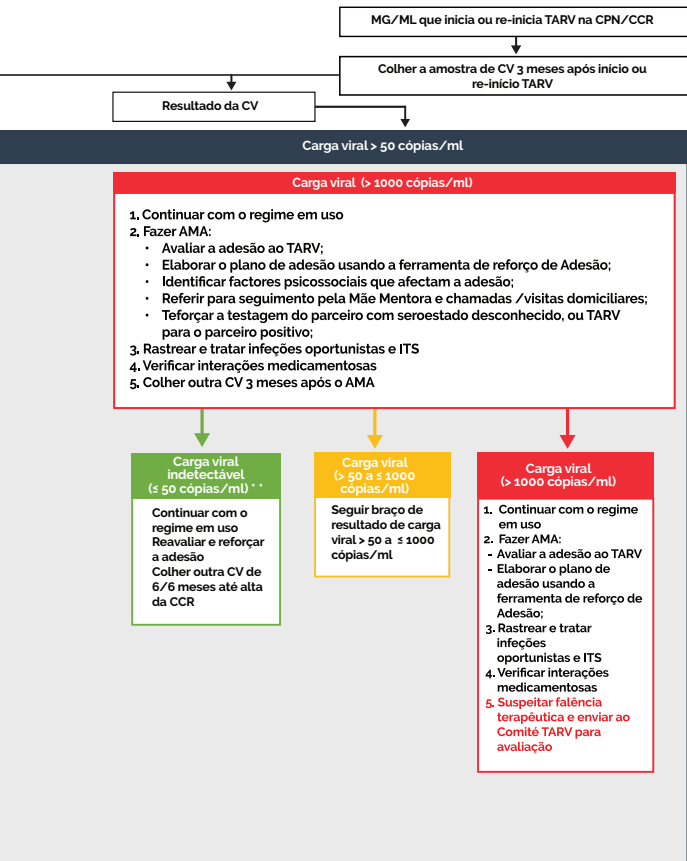
Todas as MG/ML em TARV a entrada na SMI (com qualquer regime TARV) ou que iniciam ou re-iniciam o TARV na SMI, devem fazer monitoria da resposta terapêutica usando a CV, conforme o algoritmo de CV da MG/ML (veja na página seguinte).

A mulher grávida/lactante recebe os mesmos regimes de TARV que qualquer outro paciente adulto (vide página 33-34).

Algoritmo 5: Monitoria do TARV com recurso a Carga Viral (CV) para mulher grávida e lactante

2.1
Seguimento da mulher grávida e lactante HIV+





NOTA IMPORTANTE:

*Perante 2 resultados de CV > 50 a ≤ 1000 cópias/ml (viremia baixa detectável)
Ou a 1ª CV entre > 50 a ≤ 1000 cópias/ml (viremia baixa detectável) e a 2ª CV > 1000 cópias/ml (Viremia alta detectável) na presença de boa adesão e descartadas IO e ITS, a ESMI deve remeter

o caso ao Comité TARV Nacional para avaliação.

** Se a mulher ainda estiver em seguimento na CPN, a ESMI deve seguir o braço de resultado de CV indetectável (≤ 50 cópias/ml).

- Toda Mulher grávida ou lactante em regime com EFV deve trocar a linha para DTG.
- ML que inicia TARV na CCR, deve colher CV 3 meses após o início de TARV, e se a CV for indetectável, passa a colher CV de seguimento de 6/6 meses até alta da CCR

IMPORTANTE:

As MG/ML com falência terapêutica confirmada devem mudar de linha TARV e colher CV três meses após a troca de linha.

Os casos de suspeita de falência terapêutica 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.

Seguimento da MG/ML VHIV na Paragem única de SMI

A MG faz o seguimento clínico dos cuidados para o HIV de forma integrada na CPN mensalmente de acordo com o calendário nacional. Após o parto, como lactante ela fará o seguimento clínico integrado na CPP durante o primeiro mês pós-parto, e a seguir na CCR juntamente com a sua criança exposta a partir de um mês de vida do bebé até o seu diagnóstico definitivo.

- Faz parte dos cuidados a serem oferecidos a MG/ML HIV positiva os seguintes:
 - Anamnese e exame físico completo;
 - Testagem do parceiro sexual e dos filhos menores de 15 anos;
 - Rastreamento e tratamento síndromico de ITS;
 - Testagem e retestagem a sífilis na MG. Tratamento da sífilis na MG e parceiro quando indicado;
 - Rastreamento de Doença avançada e infecções oportunistas e oferta de profilaxias (TPT e TPC);
 - Rastreamento e manejo de malnutrição (DAM, DAG);
 - Rastreamento de Violência baseada no género;
 - Rastreamento e manejo das reações adversas aos medicamentos;
 - Aconselhamento para planeamento familiar;
 - Aconselhamento sobre o aleitamento materno no contexto do HIV
 - Oferta de APSS & PP, referência para grupos de apoio e inscrever na estratégia de MM.

Tabela 22: Calendário de Seguimento clínico e laboratorial da Mulher Grávida/Lactante HIV+

	CPN → CCR														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	6/6m	12/12m
Atendimento clínico	Mensal (CPN)												Mensal ou bimensal dentro do MDS para mulher lactante na CCR (se tiver critérios)		
Atendimento CCR															
Consulta de APSS/PP															
Farmácia															
Seguimento laboratorial	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	6/6m	12/12m
Hemograma	X					X									X
Contagem de Linfócitos T CD4+	X ¹													CD4 de rotina apenas para pacientes com critérios	
CV	X											X			X
ALT	X		X									X			X
Colesterol total e triglicéridos ²	X											X			X
Glicemia ²	X		X									X			
Creatinina ³	X		X									X			X
Urina II	X											X			X
Sífilis ⁴	X														

¹As mulheres grávidas HIV+ devem medir a contagem de CD4 à entrada no sector de SMI (independentemente de se estão iniciando ou já vinham fazendo TARV). Todas elas devem receber profilaxia com CTZ independentemente do valor de CD4. O TPC deve ser mantido até depois do parto, altura em que serão avaliadas com os mesmos critérios que outros adultos para a suspensão da profilaxia.

²Nos esquemas contendo IPs

³Nos esquemas contendo TDF

⁴ Toda MG deve ser testada para sífilis na 1ª CPN. Em caso de resultado negativo, ela deve ser retestada no terceiro trimestre de gravidez.

2.2 Seguimento da Criança Exposta ao HIV

A criança exposta (CE) ao HIV deve ser seguida nas CPP no primeiro mês de vida de acordo com o calendário nacional. Durante este período deve-se fazer a monitoria da toma da profilaxia reforçada e ter atenção ao aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV. Em caso de diagnóstico presuntivo de HIV antes de completar 1 mês de vida, a criança deve ser referida à CCR para fazer o teste virológico (PCR HIV) e ao clínico mais especializado para a conduta clínica apropriada.

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

2.2.1 Avaliação clínica da CE

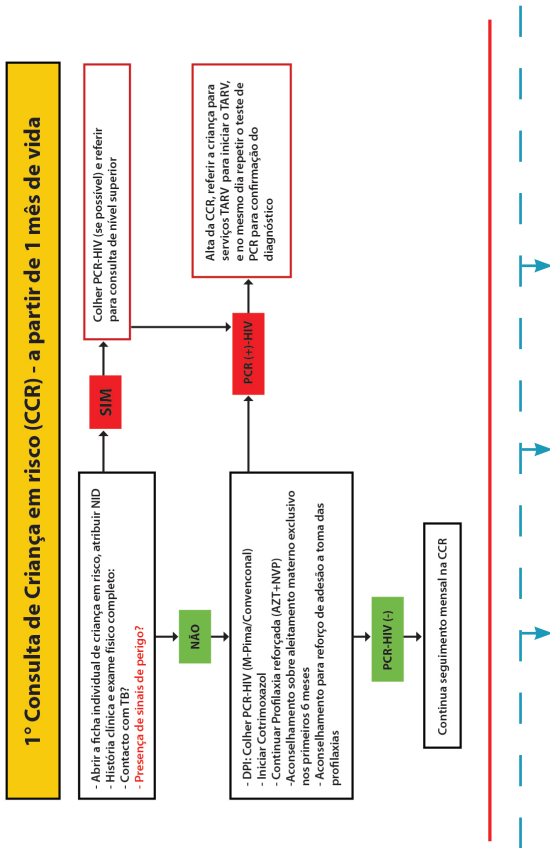
A CE será atendida mensalmente até aos 12 meses, e depois bi-mensal até ter alta, de acordo com as normas.

- A cada consulta, a ESMI deve fazer a avaliação clínica rotineira da CE e realçar os seguintes aspectos relacionado a:
 - História pré-natal;
 - Antecedentes obstétricos;
 - Avaliação nutricional;
 - Avaliação do crescimento (parâmetros antropométricos);
 - Avaliação do desenvolvimento psicomotor;
 - Verificação do calendário vacinal;
 - Desparasitação e suplementação com vitamina A;
 - Oferta de CTZ;
 - Toma da profilaxia reforçada, e ;
 - Testagem do HIV.

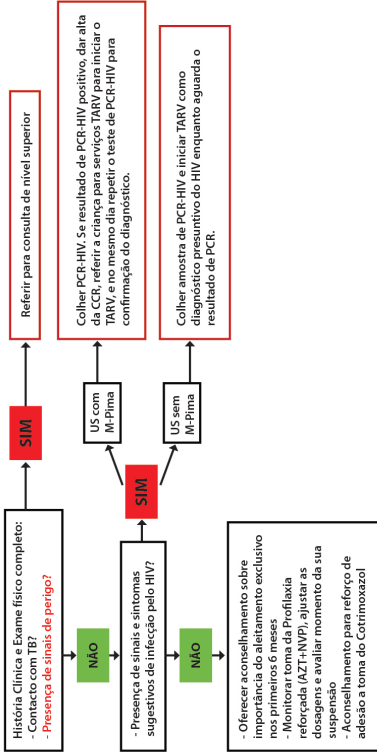
2.2.2 Fluxo de seguimento da CE e Diagnóstico precoce infantil

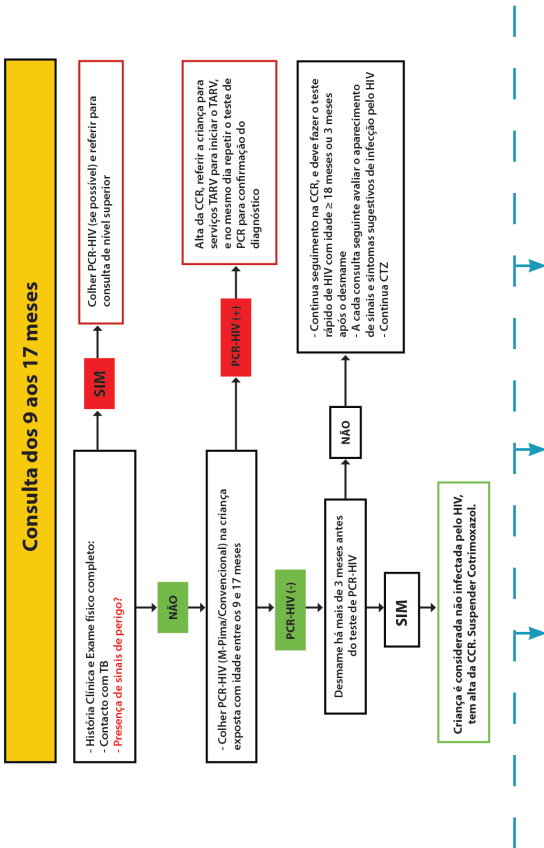
2.2

Seguimento
da criança
exposta ao HIV



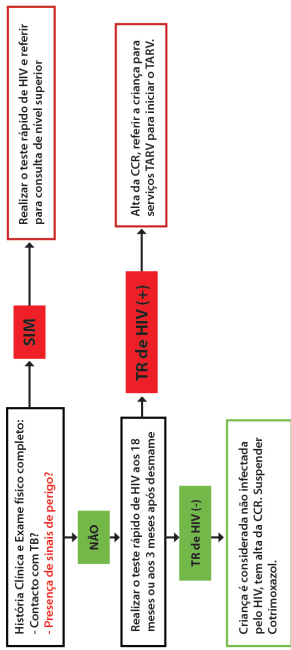
Consultas seguintes de CCR (do 2º ao 8º mês) - mensal







Consulta aos 18 meses ou mais

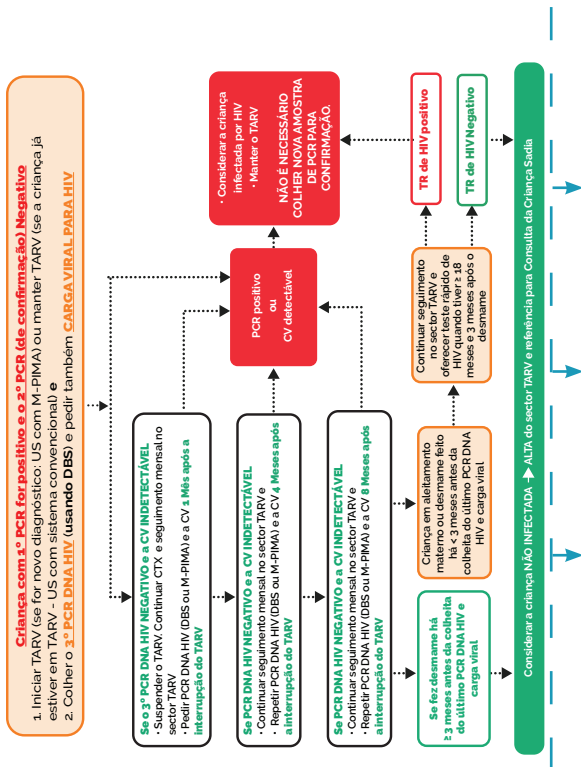


2.2.3 Criança com resultados de testes discordantes

Algoritmo 6: Seguimento da criança menor de 18 meses com resultados de PCR discordantes (1º PCR positivo e 2º PCR de confirmação negativo)

2.2

Seguimento da criança exposta ao HIV





Nota:

1. Após a suspensão do TARV, continuar o seguimento mensal no sector TARV. Caso apresente sinais e sintomas sugestivos de infeção por HIV, reiniciar TARV (diagnóstico presuntivo) e solicitar novo PCR e CV para confirmação e discutir o caso com o comité TARV/linha verde.
2. O clínico deve:
 - Preencher na FM a data e o motivo da suspensão do TARV;
 - Abrir processo clínico para registo dos achados durante as consultas clínicas realizadas após a suspensão do TARV até a decisão final da alta (visto que já não será aplicável o registo na FM).
 - Explicar as razões da suspensão do TARV aos pais/cuidadores e a importância de continuar o seguimento até a alta definitiva do sector TARV.
3. Em relação a interpretação dos resultados das análises de PCR DNA e Carga viral considera-se:
 - **CRIANÇA NÃO INFECTADA:** aquela que apresenta todos os resultados de PCR negativos e CV INDETECTÁVEL ou TR de HIV negativo quando tiver idade ≥ 18 meses e 3 meses após o desmame realizados ao longo do seguimento;
 - **CRIANÇA INFECTADA:** toda a criança que tiver pelo menos um resultado de PCR positivo ou CV DETECTÁVEL em qualquer momento do seguimento após a suspensão do TARV ou TR de HIV positivo quando tiver idade ≥ 18 meses;
 - **CRIANÇA COM CV DETECTÁVEL** se o resultado vem expresso como:
 - a. CV com «xx» nº de cópias, independente do valor numérico ser maior ou menor de 1000 cópias (ex: CV – 875 cópias);
 - b. CV < X, onde o «x» é o limite de deteção do equipamento (ex: CV < 500 cópias);

No caso de criança em TARV apresentar teste PCR ADN HIV confirmatório negativo (1º PCR positivo e o 2º PCR de confirmação Negativo), deve continuar o TARV, manter o seguimento no serviço de Doenças Crónicas, e solicitar uma amostra de 3º PCR ADN HIV para DPI (DBS) e de Carga Viral para HIV (DBS) .

1. No caso da terceira amostra de PCR ADN HIV for POSITIVA ou CV for DETECTÁVEL a criança deve ser considerada infectada por HIV e manter em TARV.
2. No caso da terceira amostra de PCR ADN HIV confirmar-se negativa e a CV for INDETECTÁVEL deve-se:
 - a. Suspende o TARV e manter a profilaxia com CTZ;
 - b. Continuar o seguimento mensal da criança no sector TARV;
 - c. Colher novas amostras de PCR ADN HIV (DBS) e CV para o HIV (DBS) 1 mês após a interrupção do TARV e repetir ao 4º mês e 8º mês após a suspensão, caso o resultado de PCR continue negativo e a CV indetectável.

Em qualquer momento, caso a criança tenha um PCR ADN HIV POSITIVO OU uma CV para o HIV DETECTÁVEL, ela deve reiniciar o TARV imediatamente.

3. Caso a criança tenha todos os resultados de PCR ADN HIV negativos e CV INDETECTÁVEL realizadas ao 1º, 4º e 8º mês após a interrupção do TARV, na consulta em que é entregue o resultado das análises colhidas ao oitavo mês após a interrupção avaliar a situação do aleitamento materno da criança:
 - a. Se tiver feito o desmame há mais de 3 meses desde a data em que fez a última colheita de PCR ADN HIV e CV para HIV, considerar a criança não infectada e dar alta para CCS;
 - b. Se ainda estiver em aleitamento materno ou tiver feito o desmame há menos de 3 meses desde a data em que fez a última colheita de amostra PCR ADN HIV e CV para HIV, a criança deve:
 - i. Continuar em seguimento no sector TARV;
 - ii. Oferecer teste rápido de HIV quando tiver \geq 18 meses e 3 meses após o desmame.

NOTA IMPORTANTE

- » Após a suspensão do TARV a criança deve continuar o seguimento mensal no sector TARV incluindo profilaxia com CTZ;
- » Em cada consulta o clínico deve fazer exame físico completo. E caso a criança apresente sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV:
 - Reiniciar o TARV e considerar a criança HIV positiva (diagnóstico presuntivo);
 - Solicitar novo PCR AND HIV e CV HIV para confirmação
 - Logo que tiver os resultados, discutir o caso no comité TARV

Algoritmo 7: Diagnóstico precoce de HIV na CE

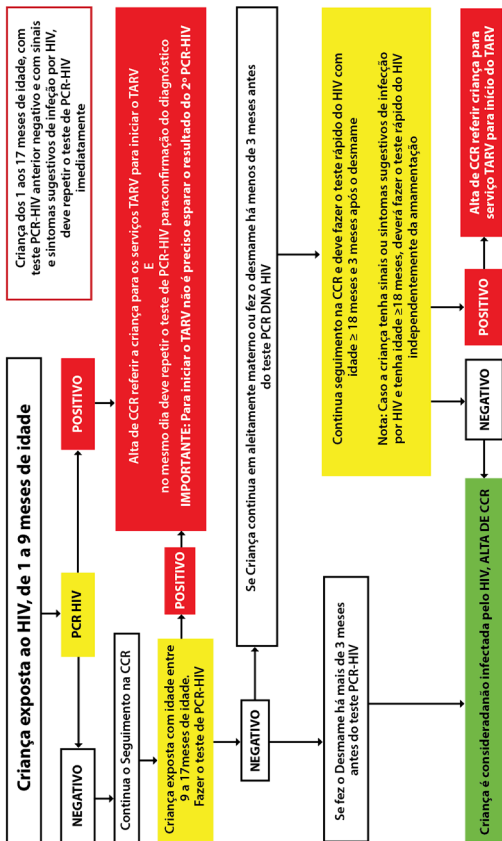



Tabela 23: Diagnóstico presuntivo de HIV na CE menor de 18 meses

Diagnóstico presuntivo da infecção por HIV em crianças com idade menor de 18 meses (que não tem resultado do teste PCR ADN HIV)	
A criança tem teste rápido do HIV positivo	Criança apresenta uma ou mais destes sintomas: <ul style="list-style-type: none">• Pneumonia grave• Candidíase oro-esofágica• Malnutrição grave• Sarcoma de Kaposi• PCP (Pneumonia por Pneumocistis Jiroveci)
Outros indicativos que apoiam o diagnóstico de infecção severa por HIV são: <ul style="list-style-type: none">• A morte materna recente• Mãe com infecção por HIV avançada• CD4 % de criança <20%	
 <pre>graph TD; A[Criança com diagnóstico presuntivo] --> B[INICIAR TARV]; C[Sempre confirmar o seroestado o mais cedo possível (Teste PCR ADN HIV em crianças menores de 18 meses)] -.-> B;</pre>	

2.2.4 Profilaxias para a CE ao HIV

Profilaxia com Cotrimoxazol

A CE ao HIV deve iniciar profilaxia com Cotrimoxazol a partir de 1 mês de vida.

2.2

Seguimento
da criança
exposta ao HIV

Tabela 24: Dosagem de Cotrimoxazol profilático

Dosagem de CTZ: DOSE ÚNICA por dia		
PESO (kg)	Xarope 40mg/200mg para 5ml	Comprimido único para adulto 80mg/400mg
<7	2.5 ml	1/4 comprimido
7 - 9.9	5 ml	1/2 comprimido
10 - 14.9	7.5 ml	1 comprimido
15 - 19.9	10 ml	1 comprimido
≥20	N/A	2 comprimidos

Critérios de suspensão do Cotrimoxazol na CE:

Deve-se suspender o cotrimoxazol quando a CE tem:

- Diagnóstico definitivo negativo de HIV
- Reação adversa ao cotrimoxazol

Profilaxia reforçada com ARVs (AZT e NVP)

As CE ao HIV recebem profilaxia reforçada com ARVs para reduzir o risco de transmissão vertical durante o parto e o período de aleitamento materno. Todas as crianças devem receber xarope de AZT e NVP logo após ao nascimento, ainda na maternidade.

- AZT 12/12h por 6 semanas
- NVP uma vez ao dia por 12 semanas

No caso de mulheres que tiveram parto fora da maternidade, independentemente de estar ou não em TARV, do tipo de aleitamento (materno ou artificial), e do período transcorrido desde a data do parto, devem iniciar profilaxia reforçada com AZT e NVP no primeiro contacto com a US. Deve-se suspender o AZT na sexta semana de vida e a NVP na décima segunda semana de vida.

Tabela 25: Dosagens de AZT e NVP para profilaxia reforçada da CE ao HIV (consoante ao peso e idade gestacional)

Dosagens de AZT e NVP para Profilaxia da criança exposta ao HIV		
Do nascimento até 6a semana de Vida		
Peso ao nascimento (gramas)	Quantidade de AZT (ml) (12/12h)	Quantidade da NVP (ml) (1 vez/dia)
1000 g - 1499 g	0.6 ml	0.3 ml
1500 g - 1999 g	0.8 ml	0.4 ml
2000 g - 2499 g	1 ml	1 ml
≥2500	1.5 ml	1.5 ml
Da 7ª a 12ª semana de vida		
7ª a 12ª semana de Vida	N/A	2 ml

Considerações importantes em relação a profilaxia reforçada das CE de acordo com a situação de TARV da mãe

1. CE cuja mãe inicia TARV durante a lactância (exemplo: ML retestada na CCS com resultado positivo). O par mãe-criança é referido a CCR. Na primeira CCR a ML inicia TARV e a criança deve colher amostra de PCR e seguir o algoritmo de DPI.
 - 1.1. US com M-PIMA:
 - Se PCR positivo – Iniciar TARV e dar alta da CCR
 - Se PCR negativo – iniciar profilaxia com NVP e suspender depois de 12 semanas após o início do TARV da mãe
 - 1.2. US com PCR Convencional: iniciar profilaxia com NVP e colher o PCR no mesmo dia. Quando o resultado retorna:
 - Se PCR positivo – Suspender profilaxia, iniciar TARV e dar alta da CCR
 - Se PCR negativo ou sem resultado de PCR – continuar a profilaxia com NVP e suspender depois de 12 semanas após o início do TARV da mãe
2. Mulher lactante que não inicia o TARV, a profilaxia da CE mantém-se até as 2 semanas após o desmame

3. Mulher que inicia Segunda Linha na Lactância: no caso de uma criança que está em profilaxia reforçada, cuja mãe tem falência terapêutica confirmada e deve trocar para segunda linha TARV, a criança deve prolongar a profilaxia com NVP por 12 semanas pós início de segunda linha da mãe.

Crítérios de Alta da criança exposta da CCR

1. Deve ter alta da CCR e referida para o serviço TARV a toda a criança com diagnóstico definitivo positivo, nomeadamente:
 - Criança com resultado definitivo positivo de HIV
 - Diagnóstico presuntivo de HIV na criança com idade < 18 meses
2. Deve ter alta da CCR e referida para a Consulta da Criança Sadia (CCS) toda a criança com diagnóstico definitivo negativo.

Importante

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

3.0 TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NA CRIANÇA

3.1 Diagnóstico da infecção por HIV em Crianças	94
3.2 Estadiamento da OMS para Crianças	94
3.3 Critérios para início de TARV e esquemas terapêuticos	99
3.4 Profilaxia de infecções oportunistas na criança HIV+	105
3.5 Manejo de crianças com co-infecção TB-HIV	109
3.6 Avaliação nutricional da criança com HIV	111
3.7 Seguimento clínico e laboratorial da criança HIV+	145
3.8 Falência terapêutica na Criança HIV+	147

3.1 Diagnóstico da infecção por HIV em criança

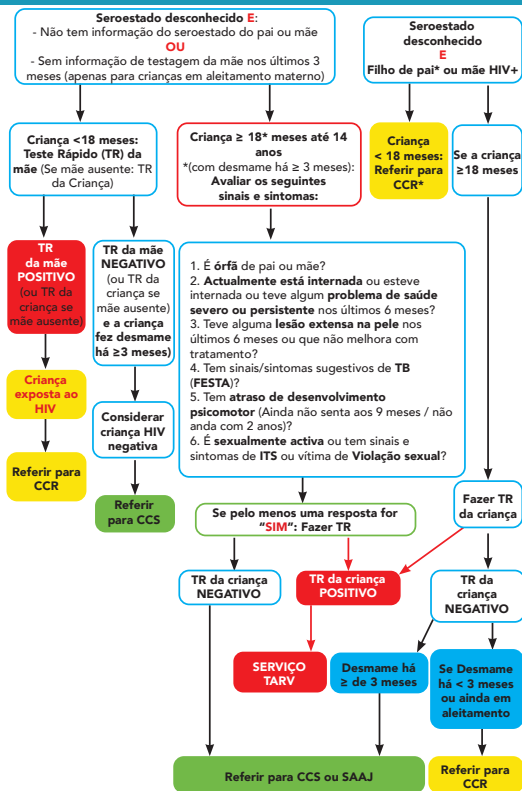
No contexto de saúde em Moçambique considera-se criança aos indivíduos com idade entre os 0 - 14 anos.

O diagnóstico de HIV nesta faixa etária é feito usando os testes sorológicos. O rastreio da elegibilidade para oferta do teste é feito com base no seguinte algoritmo:

Toda a criança dos 0 – 14 anos com seroestado desconhecido para HIV, que procura a US ou que é encontrada na comunidade deve ser rastreada seguindo este algoritmo.

Algoritmo 8: Testagem para HIV em criança 0-14 anos

Primeiro verificar informação sobre testagem para o HIV na Caderneta de Saúde da Mulher, Ficha Pré-Natal ou no Cartão de Saúde da Criança, ou qualquer outro documento hospitalar que a criança tiver (Cartão do Doente ou cartão de PF, etc)



3.1

Diagnóstico da Infecção por HIV em Crianças

Algoritmo 8: Testagem para HIV em criança 0-14 anos (continuação)

* Criança < 18 meses filha de pai HIV+ (mãe ausente ou mãe HIV-) não é considerada logo a primeira exposta ao HIV. Ela deve ser referida á CCR para que seja oferecida o rastreio da exposição ao HIV. O primeiro teste a ser oferecido é o testes rápido de HIV.

- **Se o resultado do TR for positivo**, ela é considerada exposta ao HIV, e deve-se fazer o PCR para confirmação segundo o algoritmo de DPI.
- **Se o TR for negativo**, ainda não é possível excluir a infecção por HIV. Por isso deve-se fazer o PCR mas, não oferecer TARV porque ainda não tem confirmação de exposição ou infecção por HIV.
- Sempre que a criança apresentar sinais de doença grave, a mãe deve ser retestada independente da data do último teste de HIV feito.

* Deve-se garantir a **retestagem da mãe lactante** HIV negativa **de 3 em 3 meses** até os 9 m. Depois de 9 meses pós-parto, retestar mediante o rastreio dos critérios de elegibilidade.

* Os critérios de **retestagem da criança** HIV negativa é igual ao da população adulta (**anualmente** um novo rastreio).

3.2: Estadiamento da OMS para Crianças

Tabela 26: Classificação do Estadiamento da OMS Pediátrico (2006) – Resumida

Estadio I	
Assintomático	Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)
Estadio II	
Herpes Zoster	Molusco contagioso extenso
Prurigo	Ulcerações orais recorrentes (>2 episódios em 6 meses)
Infecções fúngicas do leito ungueal	Aumento das parótidas sem outra causa aparente
Queilite angular	Hepatoesplenomegalia persistente inexplicada
Eritema gengival linear	Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores
Infecção viral verrucosa extensa da pele	
Estadio 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)	Pneumonia intersticial Linfocítica (LIP) sintomática
Candidíase oral (após os primeiros 6 meses de idade)	Doença pulmonar crônica associada ao HIV (inclui bronquiectasias)
Leucoplasia oral Pilosa	TB ganglionar e TB Pulmonar
Anemia (<8g/dL) ou neutropenia (< 500/mm ³) ou trombocitopenia crônica (<50000/mm ³) inexplicadas	

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

3.3: Critérios para Início de TARV em Crianças e Esquemas Terapêuticos

Critérios para o Início de TARV em Crianças

Todos pacientes vivendo com HIV (crianças, adolescentes e adultos), são elegíveis para iniciar o TARV independentemente do estadio clínico ou imunológico.

Quadro 4: Regimes terapêuticos para novos inícios de TARV em Crianças dos 0 – 14 anos, incluindo crianças em TAT com regime contendo Rifampicina

Peso (kg)	Crianças em TARV (incluindo crianças com TB MR)*	Crianças com TB/HIV (em TAT com regime contendo Rifampicina)**	Regime de TARV após terminar o tratamento da TB
3-19.9 kg	ABC/3TC (120/60) + pDTG	ABC/3TC (120/60) + pDTG + Dose adicional de pDTG a noite	Manter o regime e suspender a dose adicional de pDTG ou DTG 50mg, duas semanas após o término do tratamento para TB
20–24.9 kg	ABC/3TC (120/60) + DTG 50mg	ABC/3TC (120/60) + DTG 50mg + Dose adicional de DTG 50mg a noite	
25–29.9 kg	ABC/3TC (600/300) + DTG 50mg	ABC/3TC (600/300) + DTG 50mg + Dose adicional de DTG 50mg a noite	
≥ 30 kg	TDF/3TC/DTG (300/300/50mg)	TDF/3TC/DTG (300/300/50mg) + Dose adicional de DTG 50mg a noite	

* Pacientes co-infectados com TB/HIV em TAT com regime para TB multiresistente (não contendo Rifampicina). Não é necessário oferecer a dose adicional de DTG

** DTG deve ser administrado com intervalo de 12 em 12 horas

Pacientes em regime com Inibidor de protease (IP; =LPV/r ou ATV/r) que não podem mudar para DTG (por causa de intolerância ou porque mudaram para IP de resgate depois falência de DTG) recebem os seguintes regimes:

- <10kg: ABC/3TC 120/60mg + AZT Xarope (10mg/mL)
- ≥10kg e idade ≥ 3 anos: mudar o IP (LPV/r ou ATV/r) para EFV (200mg) ou fazer potênciação/super boosting com LPV/r e RTV (veja tabela de dosagem, tabela 101 e 102)

Quadro 5: Regimes de 2ª linha de TARV (ou regimes de resgate)

Regimes de 2ª linha de TARV (ou regimes de resgate)	
Regime em falha	Regime de resgate preferencial
Regime em falha contendo Dolutegravir	
ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+LPV/r ou ATV/r*
TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+LPV/r ou ATV/r*
AZT/3TC+DTG	TDF/3TC** ou ABC/3TC** + LPV/r ou ATV/r*
Regime em falha contendo Inibidor de Protease (LPV/r ou ATV/r)	
ABC/3TC+IP	AZT/3TC+DTG
TDF/3TC+IP	AZT/3TC+DTG
AZT/3TC+IP	TDF/3TC** ou ABC/3TC** + DTG
* Sempre que tiver que prescrever LPV/r ou ATV/r lembre-se: < 25kg o LPV/r é o IP preferencial; ≥ 25kg o ATV/r é o IP preferencial	
** Para escolha do análogos para os regimes de resgate lembre-se: < 30kg o ABC/3TC é o ARV preferencial; ≥30kg o TDF/3TC é o ARV preferencial	
Nota: A decisão de trocar para o regime de resgate deve ser tomada pelo comitê terapêutico e deve-se ter em consideração o historico dos regimes de TARV previos do paciente.	

3.3

Critérios para início de TARV e esquemas terapêuticos

Quadro 6: Medicamentos alternativos em caso de intolerância aos ARVs

Regimes alternativos em caso de intolerância aos ARVs	
ARV que causa intolerância	Medicamentos de ARV alternativa
AZT/3TC	< 30kg: ABC
	≥ 30kg: ABC ou TDF
ABC/3TC	< 30kg: AZT
	≥ 30kg: TDF ou AZT
TDF/3TC	ABC ou AZT
ATV/r ou LPV/r	DTG (pDTG ou DTG50mg)
pDTG	LPV/r
DTG	< 25kg: LPV/r
	≥ 25kg: ATV/r

Tabela 27: Posologia de ARVs em crianças

Medicamento e apresentação da formulação: comprimidos mg ou em xarope mg/ml	Doses terapêuticas para crianças com idade ≥ 4 semanas de vida (não inclui dosagens para PTV nem para o TARV em neonatos)													
	Números de comprimidos ou quantidade de mL por faixa de peso: manhã (M) e noite (N)													
	3 - 5.9Kg		6 - 9.9Kg		10 - 13.9Kg		14 - 19.9Kg		20 - 24.9Kg		25 - 29.9Kg		≥ 30kg	
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N
ABC/3TC														
120/60 mg	1	-	1.5	-	2	-	2.5	-	3	-	-	-	-	-
600/300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
LPV/r														
LPV/r saquetas 40 mg/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	-	-	-	-	-	-
LPV/r cp 100/25 mg ^a	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
LPV/r cp 200/50 mg ^a	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1	2	2
DTG^b														
pDTG 10 mg	0.5	-	1.5	-	2	-	2.5	-	3 ^c	-	-	-	-	-
DTG 50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-
TDF/3TC/DTG 300/300/50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
AZT em xarope e AZT/3TC														
AZT Xarope 10 mg/mL ^d	6mL	6mL	9mL	9mL	12mL	12mL	-	-	-	-	-	-	-	-
60/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	-	-	-	-
300/150 mg	-	-	-	-	-	-	1	0.5	1	0.5	1	1	1	1
TDF/3TC														
TDF/3TC 300/300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
TDF/3TC/EFV														
TDF/3TC/EFV 300/300/400 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
EFV														
EFV 200 mg	-	-	-	-	-	1	-	1.5	-	1.5	-	2	-	2
ATV/r														
ATV/r 300/100 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-

3.3
Critérios para início de TARV e esquemas terapêuticos

Medicamento e apresentação da formulação: comprimidos mg ou em xarope mg/ml	Doses terapêuticas para crianças com idade ≥ 4 semanas de vida (não inclui dosagens para PTV nem para o TARV em neonatos)													
	Números de comprimidos ou quantidade de mL por faixa de peso: manhã (M) e noite (N)													
	3 - 5.9Kg		6 - 9.9Kg		10 - 13.9Kg		14 - 19.9Kg		20 - 24.9Kg		25 - 29.9Kg		≥ 30kg	
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N
Dosagem do LPV/r e RTV isolado para potenciação (superboosting) durante o tratamento da TB														
LPVr 100/25 mg cp	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
RTV 100 mg cp	-	-	-	-	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2
Dosagem de Darunavir (DRV) e Ritonavir (RTV) para crianças e adolescentes na 3ª Linha														
DRV 75 mg cp	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	-	-	-	-
DRV 150 mg cp	-	-	-	-	-	-	2.5	2.5	2.5	2.5	3	3	-	-
DRV 600 mg cp	-	-	-	-	-	-	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1
RTV 100 mg cp	-	-	-	-	-	-	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1
<p>^a Deve-se engolir inteiro. Este comprimido não se parte, não se esmaga e não se dissolve em líquidos. Caso não consiga engolir inteiro deve tomar as saquetas.</p> <p>^b Não é recomendado tomar o DTG ao mesmo tempo que as vitaminas, sal ferroso, fenitoína ou antiácidos, pois reduzem a concentração plasmática do DTG. Nestes casos, recomenda-se tomar o DTG no mínimo 2 horas antes ou 6 horas depois da toma destes medicamentos.</p> <p>^c Esta dosagem é previsto para uso apenas em ausência de cps de 50mg.</p> <p>^d A dosagem de AZT em xarope é terapêutica. Para dosagem profilática consulte a tabela 9.</p>														

3.3

Critérios para início de TARV e esquemas terapêuticos

3.4: Profilaxia de Infecções Oportunistas na Criança HIV+

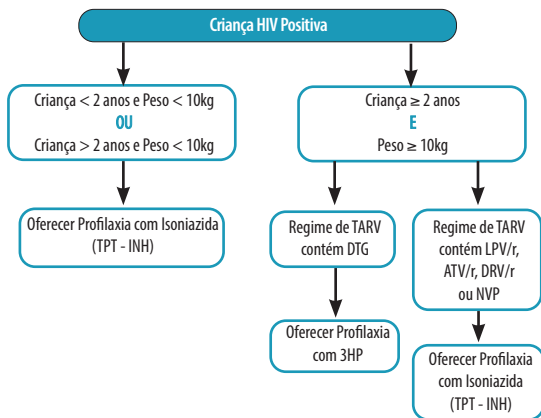
Tabela 28: Critérios para tratamento Profilático com cotrimoxazol (TPC)

Iniciar o TPC a:				
<ul style="list-style-type: none">Crianças < 5 anos independentemente do estadio clínico ou CD4Crianças ≥ 5 anos se CD4 ≤ 350 ou estadio II, III ou IV				
Monitoria do CD4				
<ul style="list-style-type: none">< 5 anos: Não faz monitoria rotineira do CD4≥ 5 anos: Pedir CD4 anualmente até atingir CD4 ≥ 350 cel/mm³				
Suspender se:				
<ul style="list-style-type: none">Idade ≥ 5 anos e CD4 ≥ 350 cel/mm³ após pelo menos 12 meses em TARV				
Peso (kg)	3 – 5.9	6 - 13.9	14 - 24.9	≥ 25
Xarope (40/200/5mL)	2.5 mL	5 mL	10 mL	N/A
Cp (80/400mg)	¼ cp	½ cp	1cp	2cp

Tabela 29: Critérios para iniciar TPT

Critérios para fazer a TPT para crianças HIV+ com INH ou 3HP
Depois de excluir a TB activa, iniciar TPT a:
<ul style="list-style-type: none">Criança com idade ≥ 1 anoToda a crianças < 1 ano, só em caso de contacto com TBCrianças < 1 ano na consulta TARV iniciam TPT quando atingem idade de 12 meses
Após completar a TPT, não é recomendado repetir novo ciclo de TPT se não houver relato ou evidência de uma nova exposição a TB.
Nota: Toda a criança com contra-indicação ao 3HP deve fazer profilaxia com Isoniazida

Algoritmo 9: Escolha do regime ideal para Tratamento Profilático de Tuberculose (TPT) para crianças HIV+ (TB sensível)



3.4

Profilaxia de infecções oportunistas na criança HIV+

Tabela 30: Dosagem de tratamento profilático com Isoniazida

	< 5Kg	5 - 9.9 Kg	10 - 13.9Kg	14 - 19.9Kg	20 - 24.9 kg	≥ 25Kg
Nº de comp. de INH de 100mg	1/2 cp	1 cp	1 + 1/2 cp	2 cp	2 + 1/2 cp	3 cp (ou 1 cp de 300mg)
Nota: O tratamento tem a duração de 6 meses.						

Tabela 31: Dosagem de tratamento profilático com 3HP (Isoniazida+Rifapentina)

Dosagem para crianças < 30kg*				
Tipo de formulação por faixa de peso	Se a formulação disponível for Isoniazida de 100 mg		Se a formulação disponível for Isoniazida de 300 mg	
	Isoniazida (cp 100mg)	Rifapentina (cp 150mg)	Isoniazida (cp 300mg)	Rifapentina (cp 150mg)
10 – 15.9 kg	3 cp/semana	2 cp/semana	1 cp/semana	2 cp/semana
16 – 23.9 kg	5 cp/semana	3 cp/semana	1 cp 300mg + 2 cp 100mg/ semana**	3 cp/semana
24 – 29.9 kg	6 cp/semana	4 cp/semana	2 cp/semana	4 cp/semana
Dosagem para adolescente e adultos ≥ 30kg*				
Tipo de formulação por faixa de peso	Se a formulação disponível for 3HP com Isoniazida/ Rifapentina (300/300mg)	Se a formulação de 3HP em DFC não estiver disponível		
		Isoniazida (cp 300mg)	Rifapentina (cp 150 mg)	
≥ 30kg	3 cp/semana	3 cp/semana	6 cp/semana	

*A profilaxia com 3HP é feita uma vez/semana durante 12 semanas

**Caso tenha apenas comprimidos de INH 300mg disponível, a dosagem é de 1.5 comprimidos por semana

Tabela 32: Dosagem de tratamento profilático com Levofloxacina para contactos de TB MR

Peso (Kg)	Nº de comprimidos dispersíveis de 100mg	Nº de comprimidos de 250mg
< 3 kg	Referir ao médico e consultar Comité terapêutico	
3 - 3.9 kg	0.5	-
4 - 6.9 kg	1	0.5
7 - 9.9 kg	1.5	0.5
10 - 12.9 kg	2	1
13 - 15.9 kg	3	1
16 - 18.9 kg*	3.5*	1.5
19 - 20.9 kg*	4*	1.5
21 - 23.9 kg*	4.5*	2
24 - 25.9 kg	5	2
26 - 44.9 kg	-	3
≥ 45 kg	-	4

* Crianças com peso ≥ 16 kg que consigam engolir comprimidos inteiros, passar para comprimidos de 250 mg.

Nota: Se o caso fonte tiver resistência comprovada a Fluroquinolonas, não deve ser oferecido TPT.

Tabela 33: Dosagem de tratamento profilático com Piridoxina

Peso	< 5 kg	5 - 7.9 kg	8 - 14.9 kg	≥ 15kg
Nº de comprimidos (25mg)	1/2 cp 3x por semana	1/2 cp/dia	1/2 cp/dia	2 cp/dia
Nº de comprimidos (50 mg)	N/A	1/2 cp 3x/semana	1/2 cp 3x/semana	1 cp/dia

3.5: Manejo de Crianças com Co-infecção TB/HIV

TARV em Crianças com Tuberculose Activa

As normas para o tratamento das crianças/adolescentes com co-infecção TB/HIV recomendam:

- Todas as crianças e adolescentes com TB/HIV devem iniciar o TARV;
- O TARV deve ser iniciado o mais precoce possível independente do estadio clínico e imunológico, dentro das 2 semanas que seguem ao início do TAT.
- Todas crianças com peso inferior a 4 kg, que tenham diagnóstico de TB, HIV ou co-infecção com TB/HIV, devem ser referidas para o tratamento em regime de internamento.

Algoritmo 10: Diagnóstico clínico da TB na criança dos 0-14 anos

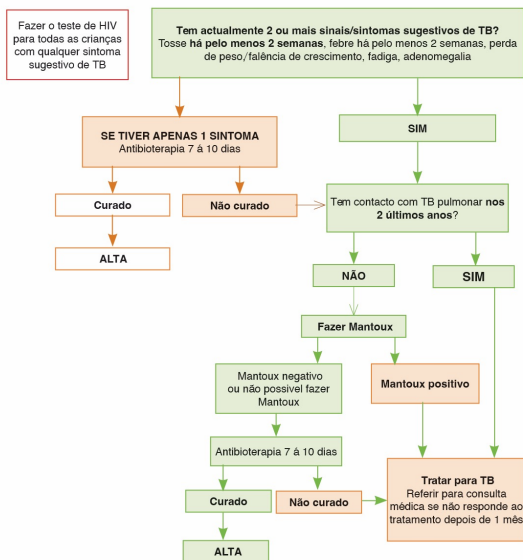


Tabela 34: Regime recomendados para o tratamento da TB sensível na criança menor de 14 anos

Peso (kg)	Fase Intensiva (Dose única diária)			Fase de Manutenção (Dose única diária)	
	RHZ (3DFC) (75/50/150)	Quantidade de água a diluir	Etambutol 100mg	RH (2DFC) (75/50)	Quantidade de água a diluir
<2*	1cp	10mL, dar apenas 2.5mL**	1/4cp	1cp	10mL, dar apenas 2.5mL**
2-2.9*	1cp	10mL, dar apenas 5mL**	1/2cp	1cp	10mL, dar apenas 5mL**
3-3.9*	1cp	10mL, dar apenas 7.5mL**	3/4cp	1cp	10mL, dar apenas 7.5mL**
4-7.9	1cp	10mL	1cp	1cp	10mL
8-11.9	2cp	20mL	2cp	2cp	20mL
12-15.9	3cp	30mL	3cp	3cp	30mL
16-24.9	4cp	40mL	4cp	4cp	40mL
≥ 25	4DFC (Dosagem e formulação de adultos)			2DFC (Dosagem e formulação de adultos)	

*Criança < 4kg deve iniciar tratamento no internamento.
 **Da solução de 10mL, dar apenas o volume indicado para crianças < 4kg

Preparação/administração dos medicamentos

- Dissolver os comprimidos de **3DFC** e **2DFC** de acordo com o peso da criança e a quantidade de água recomendada. Após a dissolução administre todo o medicamento de imediato à criança. Se restar algum medicamento no fundo do copo acrescente um pouco mais de água e administre.
- Os comprimidos de **3DFC** e **2DF** não devem ser engolidos inteiros.
- Os comprimidos de **Etambutol** devem ser esmagados e administrados com água em separado do 3DFC. Para crianças que conseguem engolir, podem tomar inteiros.

Indicações para uso de Corticosteroides e Piridoxina nos pacientes em TAT

- Corticosteroides

O uso dos corticosteroides nos pacientes em TAT é indicado nas seguintes condições:

- Meningite tuberculosa e outras formas de TB intracraniana;
- Pericardite tuberculosa;
- Obstrução das vias aéreas provocada por hipertrofia dos gânglios linfáticos.

⇒ **Dosagem 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.

3.6: Avaliação Nutricional da Criança com HIV

Nas crianças dos 0-5 anos idade a avaliação nutricional é feita de acordo com o sexo, peso, idade, altura/comprimento e verificação do PB e do edema bilateral.

Dos 5 aos 18 anos de idade avaliação nutricional é feita através do Peso/altura e idade (IMC/Idade) e verificação do PB e do edema bilateral.

Nota importante:

- Todas as crianças diagnosticadas com desnutrição aguda grave e moderada sem complicações médicas devem ser referidas para o programa de reabilitação nutricional na CCR;
- Todas com desnutrição aguda grave e moderadas com complicações médicas devem ser referidas para o internamento.

3.6.1 Classificação da Criança com Desnutrição

Tabela 35: Peso para Comprimento para Raparigas dos 0-2 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento	Obesidade > + 3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ + 3 DP	Normal ≥ -2 e ≤ + 2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE <-3 DP
(cm)	Peso (KG)				
45	>3,3	3,1 - 3,3	2,1 - 3,0	1,9 - 2,0	< 1,9
46	>3,5	3,3 - 3,5	2,2 - 3,2	2,0-2,1	<2,0
47	<3,7	3,5 - 3,7	2,4 - 3,4	2,2 - 2,3	< 2,2
48	>4,0	3,7 - 4,0	2,5 - 3,6	2,3 - 2,4	< 2,3
49	>4,2	3,9 - 4,2	2,6 - 3,8	2,4 - 2,5	<2,4
50	>4,5	4,1 - 4,5	2,8 - 4,0	2,6 - 2,7	<2,6
51	>4,8	4,4 - 4,8	3,0 - 4,3	2,8 - 2,9	<2,8
52	>5,1	4,7 - 5,1	3,2 - 4,6	2,9 - 3,1	<2,9
53	>5,4	5,0 - 5,4	3,4 - 4,9	3,1 - 3,3	<3,1
54	>5,7	5,3 - 5,7	3,6 - 5,2	3,3 - 3,5	<3,3
55	>6,1	5,6 - 6,1	3,8 - 5,5	3,5 - 3,7	<3,5
56	>6,4	5,9 - 6,4	4,0 - 5,8	3,7 - 3,9	<3,7
57	>6,8	6,2 - 6,8	4,3 - 6,1	3,9 - 4,2	<3,9
58	>7,1	6,6 - 7,1	4,5 - 6,5	4,1 - 4,4	<4,1
59	>7,5	6,9 - 7,5	4,7 - 6,8	4,3 - 4,6	<4,3
60	>7,8	7,2 - 7,8	4,9 - 7,1	4,5 - 4,8	<4,5
61	>8,2	7,5 - 8,2	5,1 - 7,4	4,7 - 5,0	<4,7
62	>8,5	7,8 - 8,5	5,3 - 7,7	4,9 - 5,2	<4,9
63	>8,8	8,1 - 8,8	5,5 - 8,0	5,1 - 5,4	<5,1
64	>9,1	8,4 - 9,1	5,7 - 8,3	5,3 - 5,6	< 5,3
65	>9,5	8,7 - 9,5	5,9 - 8,6	5,5 - 5,8	< 5,5
66	>9,8	8,9 - 9,8	6,1 - 8,8	5,6 - 6,0	< 5,6
67	>10,0	9,2 - 10,0	6,3 - 9,1	5,8 - 6,2	< 5,8
68	>10,3	9,5 - 10,3	6,5 - 9,4	6,0 - 6,4	< 6,0
69	>10,6	9,7 - 10,6	6,7 - 9,6	6,1 - 6,6	< 6,1
70	>10,9	10,0 - 10,9	6,9 - 9,9	6,3 - 6,8	< 6,3

Comprimento	Obesidade > +3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ + 3 DP	Normal ≥ -2 e ≤ + 2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE <-3 DP
(cm)	Peso (KG)				
71	>11,1	10,2 - 11,1	7,0 - 10,1	6,5 - 6,9	< 6,5
72	>11,4	10,4 - 11,4	7,2 - 10,3	6,6 - 7,1	< 6,6
73	>11,7	10,7 - 11,7	7,4 - 10,6	6,8 - 7,3	< 6,8
74	>11,9	10,9 - 11,9	7,5 - 10,8	6,9 - 7,4	< 6,9
75	>12,2	11,1 - 12,2	7,7 - 11,0	7,1 - 7,6	< 7,1
76	>12,4	11,3 - 12,4	7,8 - 11,2	7,2 - 7,7	< 7,2
77	>12,6	11,6 - 12,6	8,0 - 11,5	7,4 - 7,9	< 7,4
78	>12,9	11,8 - 12,9	8,2 - 11,7	7,5 - 8,1	< 7,5
79	>13,1	12,0 - 13,1	8,1 - 11,9	7,7 - 8,2	< 7,7
80	>13,4	12,2 - 13,4	8,5 - 12,1	7,8 - 8,4	< 7,8
81	>13,7	12,5 - 13,7	8,7 - 12,4	8,0 - 8,6	< 8,0
82	>13,9	12,7 - 13,9	8,8 - 12,6	8,1 - 8,7	< 8,1
83	>14,2	13,0 - 14,2	9,0 - 12,9	8,3 - 8,9	< 8,3
84	>1,4	13,3 - 14,5	9,2 - 13,2	8,5 - 9,1	< 8,5
85	>14,9	13,6 - 14,9	9,4 - 13,5	8,7 - 9,3	< 8,7
86	>15,2	13,9 - 15,2	9,7 - 13,8	8,9 - 9,6	< 8,9
87	>15,5	14,2 - 15,5	9,9 - 14,1	9,1 - 9,8	< 9,1
88	>15,9	14,5 - 15,9	10,1 - 14,4	9,3 - 10,0	< 9,3
89	>16,2	14,8 - 16,2	10,3 - 14,7	9,5 - 10,2	< 9,5
90	>16,5	15,1 - 16,5	10,5 - 15,0	9,7 - 10,4	< 9,7
91	>16,9	15,4 - 16,9	10,7 - 15,3	9,9 - 10,6	< 9,9
92	>17,2	15,7 - 17,2	10,9 - 15,6	10,1 - 10,8	< 10,1
93	>17,5	16,0 - 17,5	11,1 - 15,9	10,2 - 11,0	< 10,2
94	>17,9	16,3 - 17,9	11,3 - 16,2	10,4 - 11,2	< 10,4
95	>18,2	16,6 - 18,2	11,5 - 16,5	10,6 - 11,4	< 10,6
96	>18,6	16,9 - 18,6	11,7 - 16,8	10,8 - 11,6	< 10,8
97	>18,9	17,2 - 18,9	12,0 - 17,1	11,0 - 11,9	< 11,0
98	>19,3	17,6 - 19,3	12,2 - 17,5	11,2 - 12,1	< 11,2
99	>19,6	17,9 - 19,6	12,4 - 17,8	11,4 - 12,3	< 11,4
100	>20,0	18,2 - 20,0	12,6 - 18,1	11,6 - 12,5	< 11,6
101	>20,4	18,6 - 20,4	12,8 - 18,5	11,8 - 12,7	< 11,8

Comprimento	Obesidade > + 3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ + 3 DP	Normal ≥ -2 e ≤ + 2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE <-3 DP
(cm)	Peso (KG)				
102	>20,8	19,0 - 20,8	13,1 - 18,9	12,0 - 13,0	< 12,0
103	>21,3	19,3 - 21,3	13,3 - 19,2	12,3 - 13,2	< 12,3
104	>21,7	19,7 - 21,7	13,6 - 19,6	12,5 - 13,5	< 12,5
105	>22,2	20,1 - 22,2	13,8 - 20,0	12,7 - 13,7	< 12,7
106	>22,6	20,6 - 22,6	14,1 - 20,5	13,0 - 14,0	< 13,0
107	>23,1	21,0 - 23,1	14,4 - 20,9	13,2 - 14,3	< 13,2
108	>23,6	21,4 - 23,6	14,7 - 21,3	13,5 - 14,6	< 13,5
109	>24,2	21,9 - 24,2	15,0 - 21,8	13,7 - 14,9	< 13,7
110	>24,7	22,4 - 24,7	15,3 - 22,3	14,0 - 15,2	< 14,0

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.

Lembre que:

- » Criança < 2 anos de idade ou com menos de 87 cm, deve ser medida o comprimento em posição de decúbito.
- » Criança ≥ 2 anos ou ≥ 87 cm a estatura deve ser medida em posição vertical, excepto em condições especiais que é impossível aferir em pé, devem ser medir deitadas, e subtrair 0.7 cm na medição

Tabela 36: Peso para Comprimento para Rapazes dos 0-2 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento	Obesidade > + 3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ + 3 DP	Normal ≥ -2 e ≤ + 2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE <-3 DP
(cm)	Peso (KG)				
45	>3,3	3,1 - 3,3	2,0 - 3,0	1,9 - 1,9	< 1,9
46	>3,5	3,2 - 3,5	2,2 - 3,1	2,0-2,1	<2,0
47	>3,7	3,4 - 3,7	2,3 - 3,3	2,1 - 2,2	< 2,1
48	>3,9	3,7 - 3,9	2,5 - 3,6	2,3 - 2,4	< 2,3
49	>4,2	3,9 - 4,2	2,6 - 3,8	2,4 - 2,5	<2,4
50	>4,4	4,1 - 4,4	2,8 - 4,0	2,6 - 2,7	<2,6
51	>4,7	4,3 - 4,7	3,0 - 4,2	2,7 - 2,9	<2,7
52	>5,0	4,6 - 5,0	3,2 - 4,5	2,9 - 3,1	<2,9
53	>5,3	4,9 - 5,3	3,4 - 4,8	3,1 - 3,3	<3,1
54	>5,6	5,2 - 5,6	3,6 - 5,1	3,3 - 3,5	<3,3
55	>6,0	5,5 - 6,0	3,8 - 5,4	3,6 - 3,7	<3,6
56	>6,3	5,9 - 6,3	4,1 - 5,8	3,8 - 4,0	<3,8
57	>6,7	6,2 - 6,7	4,3 - 6,1	4,0 - 4,2	<4,0
58	>7,1	6,5 - 7,1	4,6 - 6,4	4,3 - 4,5	<4,3
59	>7,4	6,9 - 7,4	4,8 - 6,8	4,5 - 4,7	<4,5
60	>7,8	7,2 - 7,8	5,1 - 7,1	4,7 - 5,0	<4,7
61	>8,1	7,5 - 8,1	5,3 - 7,4	4,9 - 5,2	<4,9
62	>8,5	7,8 - 8,5	5,6 - 7,7	5,1 - 5,5	<5,1
63	>8,8	8,1 - 8,8	5,8 - 8,0	5,3 - 5,7	< 5,3
64	>9,1	8,4 - 9,1	6,0 - 8,3	5,5 - 5,9	< 5,5
65	>9,4	8,7 - 9,4	6,2 - 8,6	5,7 - 6,1	< 5,7
66	>9,7	9,0 - 9,7	6,4 - 8,9	5,9 - 6,3	< 5,9
67	>10,0	9,3 - 10,0	6,6 - 9,2	6,1 - 6,5	< 6,1
68	>10,3	9,5 - 10,3	6,8 - 9,4	6,3 - 6,7	< 6,3
69	>10,6	9,8 - 10,6	7,0 - 9,7	6,5 - 6,9	< 6,5
70	>10,9	10,1 - 10,9	7,2 - 10,0	6,6 - 7,1	< 6,6
71	>11,2	10,3 - 11,2	7,4 - 10,2	6,8 - 7,3	< 6,8
72	>11,5	10,6 - 11,5	7,6 - 10,5	7,0 - 7,5	< 7,0
73	>11,8	10,9 - 11,8	7,7 - 10,8	7,2 - 7,6	< 7,2
74	>12,1	11,1 - 12,1	7,9 - 11,0	7,3 - 7,8	< 7,3
75	>12,3	11,4 - 12,3	8,1 - 11,3	7,5 - 8,0	< 7,5
76	>12,6	11,6 - 12,6	8,3 - 11,5	7,6 - 8,2	< 7,6
77	>12,8	11,8 - 12,8	8,4 - 11,7	7,8 - 8,3	< 7,8
78	>13,1	12,1 - 13,1	8,6 - 12,0	7,9 - 8,5	< 7,9
79	>13,3	12,3 - 13,3	8,7 - 12,2	8,1 - 8,6	< 8,1
80	>13,6	12,5 - 13,6	8,9 - 12,4	8,2 - 8,8	< 8,2

Comprimento	Obesidade > + 3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ + 3 DP	Normal ≥ -2 e ≤ + 2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	Peso (KG)				
81	>13,8	12,7 - 13,8	9,1 - 12,6	8,4 - 9,0	< 8,4
82	>14,0	12,9 - 14,0	9,2 - 12,8	8,5 - 9,1	< 8,5
83	>14,3	13,2 - 14,3	9,4 - 13,1	8,7 - 9,3	< 8,7
84	>14,6	13,4 - 14,6	9,6 - 13,3	8,9 - 9,5	< 8,9
85	>14,9	13,7 - 14,9	9,8 - 13,6	9,1 - 9,7	< 9,1
86	>15,2	14,0 - 15,2	10,0 - 13,9	9,3 - 9,9	< 9,3
87	>15,5	14,3 - 15,5	10,2 - 14,2	9,5 - 10,1	< 9,5
88	>15,8	14,6 - 15,8	10,5 - 14,5	9,7 - 10,4	< 9,7
89	>16,1	14,8 - 16,1	10,7 - 14,7	9,9 - 10,6	< 9,9
90	>16,4	15,1 - 16,4	10,9 - 15,0	10,1 - 10,8	< 10,1
91	>16,7	15,4 - 16,7	11,1 - 15,3	10,3 - 11,0	< 10,3
92	>17,0	15,7 - 17,0	11,3 - 15,6	10,5 - 11,2	< 10,5
93	>17,3	15,9 - 17,3	11,5 - 15,8	10,7 - 11,4	< 10,7
94	>17,6	16,2 - 17,6	11,7 - 16,1	10,8 - 11,6	< 10,8
95	>17,9	16,5 - 17,9	11,9 - 16,4	11,0 - 11,8	< 11,0
96	>18,2	16,8 - 18,2	12,1 - 16,7	11,2 - 12,0	< 11,2
97	>18,5	17,1 - 18,5	12,3 - 17,0	11,4 - 12,2	< 11,4
98	>18,9	17,4 - 18,9	12,5 - 17,3	11,6 - 12,4	< 11,6
99	>19,2	17,7 - 19,2	12,7 - 17,6	11,8 - 12,6	< 11,8
100	>19,6	18,1 - 19,6	12,9 - 18,0	12,0 - 12,8	< 12,0
101	>20,0	18,4 - 20,0	13,2 - 18,3	12,2 - 13,1	< 12,2
102	>20,4	18,8 - 20,4	13,4 - 18,7	12,4 - 13,3	< 12,4
103	>20,8	19,1 - 20,8	13,6 - 19,0	12,6 - 13,5	< 12,6
104	>21,2	19,5 - 21,2	13,9 - 19,4	12,8 - 13,8	< 12,8
105	>21,7	19,9 - 21,7	14,1 - 19,8	13,0 - 14,0	< 13,0
106	>22,1	20,3 - 22,1	14,4 - 20,2	13,3 - 14,3	< 13,3
107	>22,6	20,7 - 22,6	14,6 - 20,6	13,5 - 14,6	< 13,5
108	>23,1	21,1 - 23,1	14,9 - 21,0	13,7 - 14,8	< 13,7
109	>23,6	21,5 - 23,6	15,1 - 21,4	14,0 - 15,0	< 14,0
110	>24,1	22,0 - 24,1	15,4 - 21,9	14,2 - 15,3	< 14,2

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 37: Peso para Altura para Raparigas dos 2 – 5 anos de Idade
(Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento	Obesidade > +3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ +3 DP	Normal ≥ -2 e ≤ +2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	Peso (KG)				
65	>9,7	8,8 - 9,7	6,1 - 8,7	5,6 - 6	< 5,6
66	>10,0	9,1 - 10,0	6,3 - 9,0	5,8 - 6,2	< 5,8
67	>10,2	9,4 - 10,2	6,4 - 9,3	5,9 - 6,3	< 5,9
68	>10,5	9,6 - 10,5	6,6 - 9,5	6,1 - 6,5	< 6,1
69	>10,8	9,9 - 10,8	6,8 - 9,8	6,3 - 6,7	< 6,3
70	>11,1	10,1 - 11,1	7,0 - 10,0	6,4 - 6,9	< 6,4
71	>11,3	10,4 - 11,3	7,1 - 10,3	6,6 - 7	< 6,6
72	>11,6	10,6 - 11,6	7,3 - 10,5	6,7 - 7,2	< 6,7
73	>11,8	10,8 - 11,8	7,5 - 10,7	6,9 - 7,4	< 6,9
74	>12,1	11,1 - 12,1	7,6 - 11,0	7 - 7,5	< 7
75	>12,3	11,3 - 12,3	7,8 - 11,2	7,2 - 7,7	< 7,2
76	>12,6	11,5 - 12,6	8,1 - 11,6	7,3 - 7,9	< 7,3
77	>12,8	11,7 - 12,8	8,3 - 11,8	7,5 - 8	< 7,5
78	>13,1	11,9 - 13,1	8,4 - 12,1	7,6 - 8,2	< 7,6
79	>13,3	12,2 - 13,3	8,6 - 12,3	7,8 - 8,3	< 7,8
80	>13,6	12,4 - 13,6	8,8 - 12,6	7,9 - 8,5	< 7,9
81	>13,9	12,7 - 13,9	9,0 - 12,8	8,1 - 8,7	< 8,1
82	>14,1	12,9 - 14,1	9,2 - 13,1	8,3 - 8,9	< 8,3
83	>14,5	13,2 - 14,5	9,4 - 13,4	8,5 - 9,1	< 8,5
84	>14,8	13,5 - 14,8	9,6 - 13,7	8,6 - 9,3	< 8,6
85	>15,1	13,8 - 15,1	9,8 - 14,0	8,8 - 9,5	< 8,8
86	>15,4	14,1 - 15,4	10,0 - 14,3	9 - 9,7	< 9
87	>15,8	14,4 - 15,8	10,2 - 14,6	9,2 - 9,9	< 9,2
88	>16,1	14,7 - 16,1	10,4 - 14,9	9,4 - 10,1	< 9,4
89	>16,4	15,0 - 16,4	10,6 - 15,2	9,6 - 10,3	< 9,6
90	>16,8	15,3 - 16,8	10,9 - 15,5	9,8 - 10,5	< 9,8
91	>17,1	15,6 - 17,1	11,1 - 15,8	10 - 10,8	< 10
92	>17,4	15,9 - 17,4	11,3 - 16,1	10,2 - 11	< 10,2
93	>17,8	16,2 - 17,8	11,5 - 16,4	10,4 - 11,2	< 10,4
94	>18,1	16,5 - 18,1	11,7 - 16,7	10,6 - 11,4	< 10,6
95	>18,5	168,8 - 18,5	11,9 - 17,0	10,8 - 11,6	< 10,8

Comprimento	Obesidade > +3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ +3 DP	Normal ≥ -2 e + 2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	Peso (KG)				
96	>18,8	17,1 - 18,8	12,1 - 17,4	10,9 - 11,8	< 10,9
97	>19,2	17,5 - 19,2	12,3 - 17,7	11,1 - 12	< 11,1
98	>19,5	17,8 - 19,5	12,5 - 18,0	11,3 - 12,2	< 11,3
99	>19,9	18,1 - 19,9	12,8 - 18,4	11,5 - 12,4	< 11,5
100	>20,3	18,5 - 20,3	13,0 - 18,7	11,7 - 12,7	< 11,7
101	>20,7	18,8 - 20,7	13,3 - 19,1	12 - 12,9	< 12
102	>21,1	29,2 - 21,1	13,4 - 19,5	12,2 - 13,2	< 12,2
103	>21,6	19,6 - 21,6	13,5 - 19,5	12,4 - 13,4	< 12,4
104	>22,0	20,0 - 22,0	13,8 - 19,9	12,6 - 13,7	< 12,7
105	>22,5	20,4 - 22,5	14,0 - 20,3	12,9 - 13,9	< 12,9
106	>23,0	20,9 - 23,0	14,3 - 20,8	13,1 - 14,2	< 13,1
107	>23,5	21,3 - 23,5	14,6 - 21,2	13,4 - 14,5	< 13,4
108	>24,0	21,8 - 24,0	14,9 - 21,7	13,7 - 14,8	< 13,7
109	>24,5	22,2 - 24,5	15,2 - 22,1	13,9 - 15,1	< 13,9
110	>25,1	22,7 - 25,1	15,5 - 22,6	14,2 - 15,4	< 14,2
111	>25,7	23,2 - 25,7	15,8 - 23,1	14,5 - 15,7	< 14,5
112	>26,2	23,7 - 26,2	16,2 - 23,6	14,8 - 16,1	< 14,8
113	>26,8	24,3 - 26,8	16,5 - 24,2	15,1 - 16,4	< 15,1
114	>27,4	24,8 - 27,4	17,2 - 25,2	15,4 - 16,7	< 15,4
115	>28,1	25,3 - 28,1	17,8 - 26,3	15,7 - 17,1	< 15,7
116	>28,7	25,9 - 28,7	17,5 - 25,8	16,0 - 17,4	< 16
117	>29,3	26,4 - 29,3	17,8 - 26,3	16,3 - 17,7	< 16,3
118	>29,9	27,0 - 29,9	18,2 - 26,9	16,6 - 18,1	< 16,6
119	>30,6	27,5 - 30,6	18,5 - 27,4	16,9 - 18,4	< 16,9
120	>31,2	28,1 - 31,2	18,9 - 28,0	17,3 - 18,8	< 17,3

Tabela 38: Peso para Altura para Rapazes dos 2 – 5 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento	Obesidade > + 3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ + 3 DP	Normal ≥ -2 e ≤ + 2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE <-3 DP
(cm)	Peso (KG)				
65	>9,6	8,9 - 9,6	6,3 - 8,8	5,9 - 6,2	< 5,9
66	>9,9	9,2 - 9,9	6,5 - 9,1	6,1 - 6,4	< 6,1
67	>10,2	9,5 - 10,2	6,7 - 9,4	6,2 - 6,6	< 6,2
68	>10,5	9,7 - 10,5	6,9 - 9,6	6,4 - 6,8	< 6,4
69	>10,8	10,0 - 10,8	7,1 - 9,9	6,6 - 7	< 6,6
70	>11,1	10,3 - 11,1	7,3 10,2	6,8 - 7,2	< 6,8
71	>11,4	10,5 - 11,4	7,5 10,2	6,9 - 7,4	< 6,9
72	>11,7	10,8 - 11,7	7,7 10,7	7,1 - 7,6	< 7,1
73	>12,0	11,1 - 12,0	7,9 11,0	7,3 - 7,8	< 7,3
74	>12,2	11,3 - 12,2	8,0 11,2	7,4 - 7,9	< 7,4
75	>12,5	11,5 - 12,5	8,2 11,4	7,6 - 8,1	< 7,6
76	>12,8	11,8 - 12,8	8,1 11,6	7,7 - 8,3	< 7,7
77	>13,0	12,0 - 13,0	8,4 11,7	7,9 - 8,4	< 7,9
78	>13,3	12,2 - 13,3	8,5 11,9	8 - 8,6	< 8
79	>13,5	12,4 - 13,5	8,7 12,1	8,2 - 8,7	< 8,2
80	>13,7	12,7 - 13,7	8,8 12,3	8,3 - 8,9	< 8,3
81	>14,0	12,9 - 14,0	9,0 12,6	8,5 - 9,1	< 8,5
82	>14,2	13,1 - 14,2	9,2 12,8	8,7 - 9,3	< 8,7
83	>14,5	13,4 - 14,5	9,3 13,0	8,8 - 9,4	< 8,8
84	>14,8	13,6 - 14,8	9,5 13,3	9 - 9,6	< 9
85	>15,1	13,9 - 15,1	9,7 13,5	9,2 - 9,9	< 9,2
86	>15,4	14,2 - 15,4	10,0 13,8	9,4 - 10,1	< 9,4
87	>15,7	14,5 - 15,7	10,2 - 14,1	9,6 - 10,3	< 9,6
88	>16,0	14,8 - 16,0	10,4 - 14,4	9,8 - 10,5	< 9,8
89	>16,3	15,0 - 16,3	10,6 - 14,7	10 - 10,7	< 10
90	>16,6	15,3 - 16,6	10,8 - 14,9	10,2 - 10,9	< 10,2
91	>16,9	15,6 - 16,9	11,0 - 15,2	10,4 - 11,1	< 10,4

Comprimento	Obesidade > +3 DP	Sobrepeso >+2 e ≤ +3 DP	Normal ≥ -2 e ≤ +2 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	Peso (KG)				
92	>17,2	15,9 - 17,2	11,2 - 15,5	10,6 - 11,3	< 10,6
93	>17,5	16,1 - 17,2	11,4 - 15,8	10,8 - 11,5	< 10,8
94	>17,8	16,4 - 17,8	11,6 - 16,0	11 - 11,7	< 11
95	>18,1	16,7 - 18,1	11,8 - 16,3	11,1 - 11,9	< 11,1
96	>18,4	17,0 - 18,4	12,0 - 16,6	11,3 - 12,1	< 11,3
97	>18,8	17,3 - 18,8	12,2 - 16,9	11,5 - 12,3	< 11,5
98	>19,1	17,6 - 19,1	12,4 - 17,2	11,7 - 12,5	< 11,7
99	>19,5	18,0 - 19,6	12,6 - 17,5	11,9 - 12,8	< 11,9
100	>19,9	18,3 - 19,9	12,9 - 17,9	12,1 - 13	< 12,1
101	>20,3	18,6 - 20,3	13,1 - 18,2	12,3 - 13,2	< 12,3
102	>20,7	19,0 - 20,7	13,3 - 18,5	12,5 - 13,5	< 12,5
103	>21,1	19,4 - 21,1	13,6 - 18,9	12,8 - 13,7	< 12,8
104	>21,6	19,8 - 21,6	14,0 - 19,7	13 - 13,9	< 13,0
105	>22,0	20,2 - 22,0	14,3 - 20,1	13,2 - 14,2	< 13,2
106	>22,5	20,6 - 22,5	14,5 - 20,5	13,4 - 14,4	< 13,4
107	>22,9	21,0 - 22,9	14,8 - 20,9	13,7 - 14,7	< 13,7
108	>23,4	21,4 - 23,4	15,1 - 21,3	13,9 - 15	< 13,9
109	>23,9	21,0 - 23,9	15,3 - 21,8	14,1 - 15,2	< 14,1
110	>24,4	22,3 - 24,4	15,6 - 22,2	14,4 - 15,5	< 14,4
111	>25,0	22,8 - 25,0	15,9 - 22,7	14,6 - 15,8	< 14,6
112	>25,5	23,2 - 25,5	16,2 - 23,1	14,9 - 16,1	< 14,9
113	>26,0	23,7 - 26,0	16,5 - 23,6	15,2 - 16,4	< 15,2
114	>26,6	24,2 - 26,6	16,8 - 24,1	15,4 - 16,7	< 15,4
115	>27,2	24,7 - 27,2	17,1 - 24,6	15,7 - 17	< 15,7
116	>27,8	25,2 - 27,8	17,4 - 25,1	16 - 17,3	< 16
117	>28,3	25,7 - 28,3	17,7 - 25,6	16,2 - 17,6	< 16,2
118	>28,9	26,2 - 28,9	18,0 - 26,1	16,5 - 17,9	< 16,5
119	>29,5	26,7 - 29,5	18,3 - 26,6	16,8 - 18,2	< 16,8
120	>30,1	27,3 - 30,1	18,6 - 27,2	17,1 - 18,5	< 17,1

Tabela 39: 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)																											
		7.1	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	27.5	28.6	29.6	30.6	31.6	32.6		
99	7.1	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	27.5	28.6	29.6	30.6	31.6	32.6			
98	7.4	8.5	9.6	10.6	11.7	12.8	13.8	14.9	16.0	17.0	18.1	19.1	20.2	21.3	22.3	23.4	24.5	25.5	26.6	27.6	28.7	29.8	30.8	31.9	33.0	34.0			
97	7.4	8.5	9.6	10.6	11.7	12.8	13.8	14.9	15.9	17.0	18.1	19.1	20.2	21.3	22.3	23.4	24.4	25.5	26.6	27.6	28.7	29.8	30.8	31.9	32.9	34.0			
96	7.6	8.7	9.8	10.9	11.9	13.0	14.1	15.2	16.3	17.4	18.4	19.5	20.6	21.7	22.8	23.9	25.0	26.0	27.1	28.2	29.3	30.4	31.5	32.6	33.6	34.7			
95	7.8	8.9	10.0	11.1	12.2	13.3	14.4	15.5	16.6	17.7	18.8	19.9	21.1	22.2	23.3	24.4	25.5	26.6	27.7	28.8	29.9	31.0	32.1	33.2	34.3	35.5			
94	7.9	9.1	10.2	11.3	12.4	13.6	14.7	15.8	17.0	18.1	19.2	20.4	21.5	22.6	23.8	24.9	26.0	27.2	28.3	29.4	30.6	31.7	32.8	34.0	35.1	36.2			
93	8.1	9.2	10.4	11.6	12.7	13.9	15.0	16.2	17.3	18.5	19.7	20.8	22.0	23.1	24.3	25.4	26.6	27.7	28.9	30.1	31.2	32.4	33.5	34.7	35.8	37.0			
92	8.3	9.5	10.6	11.8	13.0	14.2	15.4	16.5	17.7	18.9	20.1	21.3	22.4	23.6	24.8	26.0	27.2	28.4	29.5	30.7	31.9	33.1	34.3	35.4	36.6	37.8			
91	8.5	9.7	10.9	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.1	19.3	20.5	21.7	22.9	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.2	31.4	32.6	33.8	35.0	36.2	37.4	38.6			
90	8.6	9.9	11.1	12.3	13.6	14.8	16.0	17.3	18.5	19.8	21.0	22.2	23.5	24.7	25.9	27.2	28.4	29.6	30.9	32.1	33.3	34.6	35.8	37.0	38.3	39.5			
89	8.8	10.1	11.4	12.6	13.9	15.1	16.4	17.7	18.9	20.2	21.5	22.7	24.0	25.2	26.5	27.8	29.0	30.3	31.6	32.8	34.1	35.3	36.6	37.9	39.1	40.4			
88	9.0	10.3	11.6	12.9	14.2	15.5	16.8	18.1	19.4	20.7	22.0	23.2	24.5	25.8	27.1	28.4	29.7	31.0	32.3	33.6	34.9	36.2	37.4	38.7	40.0	41.3			
87	9.2	10.6	11.9	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.1	22.5	23.8	25.1	26.4	27.7	29.1	30.4	31.7	33.0	34.4	35.7	37.0	38.3	39.6	41.0	42.3			
86	9.5	10.8	12.2	13.5	14.9	16.2	17.6	18.9	20.3	21.6	23.0	24.3	25.7	27.0	28.4	29.7	31.1	32.4	33.8	35.2	36.5	37.9	39.2	40.6	41.9	43.3			
85	9.7	11.1	12.5	13.8	15.2	16.6	18.0	19.4	20.8	22.1	23.5	24.9	26.3	27.7	29.1	30.4	31.8	33.2	34.6	36.0	37.4	38.8	40.1	41.5	42.9	44.3			
84	9.9	11.3	12.8	14.2	15.6	17.0	18.4	19.8	21.3	22.7	24.1	25.5	26.9	28.3	29.8	31.2	32.6	34.0	35.4	36.8	38.3	39.7	41.1	42.5	43.9	45.4			
83	10.2	11.6	13.1	14.5	16.0	17.4	18.9	20.3	21.8	23.2	24.7	26.1	27.6	29.0	30.5	31.9	33.4	34.8	36.3	37.7	39.2	40.6	42.1	43.5	45.0	46.5			
82	10.4	11.9	13.4	14.9	16.4	17.8	19.3	20.8	22.3	23.8	25.3	26.8	28.3	29.7	31.2	32.7	34.2	35.7	37.2	38.7	40.2	41.6	43.1	44.6	46.1	47.6			
81	10.7	12.2	13.7	15.2	16.8	18.3	19.8	21.3	22.9	24.4	25.9	27.4	29.0	30.5	32.0	33.5	35.1	36.6	38.1	39.6	41.2	42.7	44.2	45.7	47.2	48.8			
80	10.9	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	42.2	43.8	45.3	46.9	48.4	50.0			
79	11.2	12.8	14.4	16.0	17.6	19.2	20.8	22.4	24.0	25.6	27.2	28.8	30.4	32.0	33.6	35.3	36.9	38.5	40.1	41.7	43.3	44.9	46.5	48.1	49.7	51.3			
78	11.5	13.1	14.8	16.4	18.1	19.7	21.4	23.0	24.7	26.3	27.9	29.6	31.2	32.9	34.5	36.2	37.8	39.4	41.1	42.7	44.4	46.0	47.7	49.3	51.0	52.6			
77	11.8	13.5	15.2	16.9	18.6	20.2	21.9	23.6	25.3	27.0	28.7	30.4	32.0	33.7	35.4	37.1	38.8	40.5	42.2	43.9	45.5	47.2	48.9	50.6	52.3	54.0			
76	12.4	14.2	16.0	17.8	19.6	21.3	23.1	24.9	26.7	28.4	30.2	32.0	33.8	35.6	37.3	39.1	40.9	42.7	44.4	46.2	48.0	49.8	51.6	53.3	55.1	56.9			
75	12.4	14.2	16.0	17.8	19.6	21.3	23.1	24.9	26.7	28.4	30.2	32.0	33.8	35.6	37.3	39.1	40.9	42.7	44.4	46.2	48.0	49.8	51.6	53.3	55.1	56.9			
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			

Tabela 39 (Cont): 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)																											
	8.8	8.9	9.1	9.5	9.8	10.1	10.4	10.8	11.1	11.4	11.8	12.1	12.4	12.7	13.1	13.4	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.3	15.7	16.0	16.3	16.7	17.0	
175	8.8	9.1	9.5	9.8	10.1	10.4	10.8	11.1	11.4	11.8	12.1	12.4	12.7	13.1	13.4	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.3	15.7	16.0	16.3	16.7	17.0	17.2	
174	8.9	9.2	9.6	9.9	10.2	10.6	10.9	11.2	11.6	11.9	12.2	12.6	12.9	13.2	13.5	13.9	14.2	14.5	14.9	15.2	15.5	15.9	16.2	16.5	16.8	17.1	17.4	
173	9.0	9.4	9.7	10.0	10.4	10.7	11.0	11.4	11.7	12.0	12.4	12.7	13.0	13.4	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.4	15.7	16.0	16.4	16.7	17.0	17.4	17.4	
172	9.1	9.5	9.8	10.1	10.5	10.8	11.2	11.5	11.8	12.2	12.5	12.8	13.2	13.5	13.9	14.2	14.5	14.9	15.2	15.5	15.9	16.2	16.6	16.9	17.2	17.6	17.6	
171	9.2	9.6	9.9	10.3	10.6	10.9	11.3	11.6	12.0	12.3	12.7	13.0	13.3	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.4	15.7	16.1	16.4	16.8	17.1	17.4	17.8	17.8	
170	9.3	9.7	10.0	10.4	10.7	11.1	11.4	11.8	12.1	12.5	12.8	13.1	13.5	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	15.9	16.3	16.6	17.0	17.3	17.6	18.0	18.0	
169	9.5	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	11.9	12.3	12.6	13.0	13.3	13.7	14.0	14.4	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.8	17.2	17.5	17.9	18.2	18.2	
168	9.6	9.9	10.3	10.6	11.0	11.3	11.7	12.0	12.4	12.8	13.1	13.5	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	15.9	16.3	16.7	17.0	17.4	17.7	18.1	18.4	18.4	
167	9.7	10.0	10.4	10.8	11.1	11.5	11.8	12.2	12.5	12.9	13.3	13.6	14.0	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.9	17.2	17.6	17.9	18.3	18.6	18.6	
166	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	12.0	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.3	16.7	17.1	17.4	17.8	18.1	18.5	18.9	18.9	
165	9.9	10.3	10.7	11.0	11.4	11.8	12.1	12.5	12.9	13.2	13.6	14.0	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.2	16.5	16.9	17.3	17.6	18.0	18.4	18.7	19.1	19.1	
164	10.0	10.4	10.8	11.2	11.5	11.9	12.3	12.6	13.0	13.4	13.8	14.1	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.4	16.7	17.1	17.5	17.8	18.2	18.6	19.0	19.3	19.3	
163	10.2	10.5	10.9	11.3	11.7	12.0	12.4	12.8	13.2	13.5	13.9	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.2	16.6	16.9	17.3	17.7	18.1	18.4	18.8	19.2	19.6	19.6	
162	10.3	10.7	11.1	11.4	11.8	12.2	12.6	13.0	13.3	13.7	14.1	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.1	17.5	17.9	18.3	18.7	19.1	19.4	19.8	19.8	
161	10.4	10.8	11.2	11.6	12.0	12.3	12.7	13.1	13.5	13.9	14.3	14.7	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.7	18.1	18.5	18.9	19.3	19.7	20.1	20.1	
160	10.5	10.9	11.3	11.7	12.1	12.5	12.9	13.3	13.7	14.1	14.5	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.2	17.6	18.0	18.4	18.8	19.1	19.5	19.9	20.3	20.3	
159	10.7	11.1	11.5	11.9	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.8	18.2	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.6	20.6	
158	10.8	11.2	11.6	12.0	12.4	12.8	13.2	13.6	14.0	14.4	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.2	17.6	18.0	18.4	18.8	19.2	19.6	20.0	20.4	20.8	20.8	
157	11.0	11.4	11.8	12.2	12.6	13.0	13.4	13.8	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.9	18.3	18.7	19.1	19.5	19.9	20.3	20.7	21.1	21.1	
156	11.1	11.5	11.9	12.3	12.7	13.1	13.6	14.0	14.4	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.3	17.7	18.1	18.5	18.9	19.3	19.7	20.1	20.5	21.0	21.4	21.4	
155	11.2	11.7	12.1	12.5	12.9	13.3	13.7	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.1	17.5	17.9	18.3	18.7	19.1	19.6	20.0	20.4	20.8	21.2	21.6	21.6	
154	11.4	11.8	12.2	12.6	13.1	13.5	13.9	14.3	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.7	18.1	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.7	21.1	21.5	21.9	21.9	
153	11.5	12.0	12.4	12.8	13.2	13.7	14.1	14.5	15.0	15.4	15.8	16.2	16.7	17.1	17.5	17.9	18.4	18.8	19.2	19.7	20.1	20.5	20.9	21.4	21.8	22.2	22.2	
152	11.7	12.1	12.6	13.0	13.4	13.9	14.3	14.7	15.1	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.7	18.2	18.6	19.0	19.5	19.9	20.3	20.8	21.2	21.6	22.1	22.5	22.5	
151	11.8	12.3	12.7	13.2	13.6	14.0	14.5	14.9	15.4	15.8	16.2	16.7	17.1	17.5	18.0	18.4	18.9	19.3	19.7	20.2	20.6	21.1	21.5	21.9	22.4	22.8	22.8	
150	12.0	12.4	12.9	13.3	13.8	14.2	14.7	15.1	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.8	18.2	18.7	19.1	19.6	20.0	20.4	20.9	21.3	21.8	22.2	22.7	23.1	23.1	
Peso (kg)	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	52	

Tabela 40: Índice de Massa Corporal para Idade para Raparigas dos 5-18 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2007)

Idade	Obesidade > + 2 DP	Sobrepeso >+1 e ≤ +2 DP	Normal ≥ -2 e ≤ +1 DP	Desnutrição aguda moderada ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda grave < -3 DP
(Anos:Meses)	IMC(kg/m ²)				
5:1	> 18,9	17,0 - 18,9	12,7 - 16,9	11,8 - 12,6	< 11,8
5:6	> 19,0	17,0 - 19,0	12,7 - 16,9	11,8 - 12,6	< 11,7
6:0	> 19,2	17,1 - 19,0	12,7 - 17,0	11,8 - 12,6	< 11,7
6:6	> 19,5	17,2 - 19,5	12,7 - 17,1	11,8 - 12,6	< 11,7
7:0	> 19,8	17,4 - 19,8	12,7 - 17,1	11,8 - 12,6	< 11,8
7:6	> 20,1	17,6 - 20,1	12,8 - 17,5	11,9 - 12,7	< 11,8
8:0	> 20,6	17,8 - 20,6	12,9 - 17,7	11,9 - 12,8	< 11,9
8:6	> 21,0	18,1 - 21,0	13,0 - 18,0	12 - 12,9	< 12,0
9:0	> 21,5	18,4 - 21,5	13,1 - 18,3	12,1 - 13	< 12,1
9:6	> 22,0	18,8 - 22,0	13,3 - 18,7	12,2 - 13,2	< 12,2
10:0	> 22,6	19,1 - 22,6	13,5 - 19,0	12,4 - 13,4	< 12,4
10:6	> 23,1	19,5 - 23,1	13,7 - 19,4	12,5 - 13,6	< 12,5
11:0	> 23,7	20,0 - 23,7	13,9 - 19,9	12,7 - 13,8	< 12,7
11:6	> 24,3	20,4 - 24,3	14,1 - 20,3	12,9 - 14	< 12,9
12:0	> 25,0	20,9 - 25,0	14,4 - 20,8	13,2 - 14,3	< 13,2
12:6	> 25,6	21,4 - 25,6	14,7 - 21,3	13,4 - 14,6	< 13,4
13:0	> 26,2	21,9 - 26,2	12,9 - 21,8	13,6 - 14,8	< 13,6
13:6	> 26,8	22,4 - 26,8	15,2 - 22,3	13,8 - 15,1	< 13,8
14:0	> 27,3	22,8 - 27,3	15,2 - 22,7	14,0 - 15,3	< 14,0
14:6	> 27,8	23,2 - 27,8	15,7 - 23,1	14,2 - 15,6	< 14,2
15:0	> 28,2	23,6 - 28,2	15,9 - 23,5	14,4 - 15,8	< 14,4
15:6	> 28,6	23,9 - 28,6	16,0 - 23,8	14,5 - 15,9	< 14,5
16:0	> 28,9	24,2 - 28,9	16,2 - 24,1	14,6 - 16,1	< 14,6
16:6	> 29,1	24,4 - 29,1	16,3 - 24,3	14,7 - 16,3	< 14,7
17:0	> 29,3	24,6 - 29,3	16,4 - 24,5	14,7 - 16,3	< 14,7
17:6	> 29,4	24,7 - 29,4	16,4 - 24,6	14,7 - 16,3	< 14,7
18:0	> 29,5	24,9 - 29,5	16,4 - 24,8	14,7 - 16,3	< 4,7

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 Desnutrição Ligeira

Tabela 41: Índice de Massa Corporal para Idade para Rapazes dos 5-18 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2007)

Idade	Obesidade > + 2 DP	Sobrepeso >+1 e ≤ + 2 DP	Normal ≥ -2 e ≤ + 1 DP	Desnutrição aguda moderada ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda grave < -3 DP
(Anos:Meses)	IMC(kg/m ²)				
5:1	>18,3	16,6 - 18,3	13,0 - 16,6	12,1 - 12,9	< 12,1
5:6	>18,4	16,8 - 18,4	13,0 - 16,7	12,1 - 12,9	< 12,1
6:0	>18,5	16,9 - 18,5	13,0 - 16,8	12,1 - 12,9	< 12,1
6:6	>18,7	17,0 - 18,7	13,1 - 16,9	12,2 - 13,0	< 12,2
7:0	>19,0	17,1 - 19,0	13,1 - 17,0	12,3 - 13,0	< 12,3
7:6	>19,3	17,3 - 19,3	13,2 - 17,2	12,3 - 13,1	< 12,3
8:0	>19,7	17,5 - 19,7	13,3 - 17,4	12,4 - 13,2	< 12,4
8:6	>20,1	17,8 - 20,1	13,4 - 17,7	12,5 - 13,3	< 12,5
9:0	>20,5	18,0 - 20,5	13,5 - 17,9	12,6 - 13,4	< 12,6
9:6	>20,9	18,3 - 20,9	13,6 - 18,2	12,7 - 13,5	< 12,7
10:0	>21,4	18,6 - 21,4	13,7 - 18,5	12,8 - 13,6	< 12,8
10:6	>21,9	18,9 - 21,9	13,9 - 18,8	12,9 - 13,8	< 12,9
11:0	>22,5	19,3 - 22,5	14,1 - 19,2	13,1 - 14,0	< 13,1
11:6	>23,0	19,6 - 23,0	14,2 - 19,5	13,2 - 14,1	< 13,2
12:0	>23,6	20,0 - 23,6	14,5 - 19,9	13,4 - 14,4	< 13,4
12:6	>24,2	20,5 - 24,2	14,7 - 20,4	13,6 - 14,6	< 13,6
13:0	>24,8	20,9 - 24,8	14,9 - 20,8	13,8 - 14,8	< 13,8
13:6	>25,3	21,4 - 25,3	15,2 - 21,3	14,0 - 15,1	< 14,0
14:0	>25,9	21,9 - 25,9	15,5 - 21,8	14,3 - 15,4	< 14,3
14:6	>26,5	22,3 - 26,5	15,7 - 22,2	14,5 - 15,6	< 14,5
15:0	>27,0	22,8 - 27,9	16,0 - 22,7	14,7 - 15,9	< 14,7
15:6	>27,4	23,2 - 27,4	16,3 - 23,1	14,9 - 16,2	< 14,9
16:0	>27,9	23,6 - 27,9	16,5 - 23,5	15,1 - 16,4	< 15,1
16:6	>28,3	24,0 - 28,3	16,7 - 23,9	15,3 - 16,6	< 15,3
17:0	>28,6	24,4 - 28,6	16,9 - 24,3	15,4 - 16,8	< 15,4
17:6	>29,0	24,7 - 29,0	17,1 - 24,6	15,6 - 17,0	< 15,6
18:0	>29,2	25,0 - 29,2	17,3 - 24,9	15,7 - 17,2	< 15,7

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

Tabela 42: Avaliação do Perímetro Braquial dos 6 meses aos 14 anos de Idade

PB	6- 59 meses	5 - 10 anos	11 - 14 anos
5,5 - 6,4	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave
6,5 - 7,4	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave
7,5 - 8,4	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave
8,5 - 9,4	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave
9,5 - 10,4	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave
10,5 - 11,4	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave
11,5 - 12,4	Desnutrição Moderada	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave
12,5 - 12,9	Normal	Desnutrição Grave	Desnutrição Grave
13,0 - 13,4	Normal	Desnutrição Moderada	Desnutrição Grave
13,5 - 13,9	Normal	Desnutrição Moderada	Desnutrição Grave
14,0 - 14,4	Normal	Desnutrição Moderada	Desnutrição Grave
14,5 - 14,9	Normal	Normal	Desnutrição Grave
15,0 - 15,4	Normal	Normal	Desnutrição Grave
15,5 - 15,9	Normal	Normal	Desnutrição Grave
16,0 - 16,4	Normal	Normal	Desnutrição Moderada
16,5 - 16,9	Normal	Normal	Desnutrição Moderada
17,0 - 17,4	Normal	Normal	Desnutrição Moderada
17,5 - 17,9	Normal	Normal	Desnutrição Moderada
18,0 - 18,4	Normal	Normal	Desnutrição Moderada
18,5 - 18,9	Normal	Normal	Normal
19,0 - 19,4	Normal	Normal	Normal
19,5 - 19,9	Normal	Normal	Normal
20,0 - 20,4	Normal	Normal	Normal
20,5 - 20,9	Normal	Normal	Normal
21,0 - 21,4	Normal	Normal	Normal
21,5 - 21,9	Normal	Normal	Normal
22,0 - 22,4	Normal	Normal	Normal
22,5 - 22,9	Normal	Normal	Normal
23,0 - 23,2	Normal	Normal	Normal
23,5 - 23,9	Normal	Normal	Normal
24,0 +	Normal	Normal	Normal

3.6.2 Tratamento das crianças HIV+ com Desnutrição aguda

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

Tabela 43: Manejo da Desnutrição aguda grave em Crianças e adolescentes

Avaliação	APE, ACS ou brigada móvel: Observar, identificar, e referir todos os casos de desnutrição Consulta da Consulta Criança Saída, 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 Edema bilateral(+) ou (++) ou (+++) P/E <u>6-59 meses:</u> < -3 DP ou IMC/Idade <u>5-18 anos:</u> < -3 DP ou PB <u>6-59 meses:</u> < 11,5 cm <u>5-10 anos:</u> < 13,0 cm <u>11-14 anos:</u> < 16,0 cm E Um dos seguintes sinais e sintomas: Convulsões, Inconsciência, Letargia, não alerta, Hipoglicemia, Hipotermia, Desidratação severa, Infecção respiratória baixa, Febre elevada, Anemia severa, Sinais de deficiência de Vitamina A, Vômito persistente com sinais de desidratação, Diarreia aquosa aguda, Anorexia ou sem apetite, Descamação da pele, Incapaz de beber ou amamentar	Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas P/E <u>6-59 meses:</u> < -3 DP ou IMC/Idade <u>5-14 anos:</u> < -3 DP ou PB <u>6-59 meses:</u> < 11,5 cm <u>5-10 anos:</u> < 13,0 cm <u>11-14 anos:</u> < 16,0 cm E • Sem edema • Tem apetite • Alerta • Clinicamente bem	Desnutrição Aguda MODERADA P/E <u>6-59 meses:</u> ≥ -3 e < -2 DP ou IMC/Idade <u>5-14 anos:</u> ≥ -3 e < -2 DP ou PB <u>6-59 meses:</u> ≥ 11,5 e < 12,5 cm <u>5-10 anos:</u> ≥ 13,0 e < 14,5 cm <u>11-14 anos:</u> ≥ 16,0 e < 18,5 cm E • Sem edema • Tem apetite • Alerta • Clinicamente bem
	Desnutrição Aguda GRAVE com complicações médicas	Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas	Desnutrição Aguda MODERADA

3.6

Avaliação nutricional da criança com HIV

Critérios de Referência	<p>Crianças < 6 meses com DAG ou DAM e crianças ≥ 6 meses com peso < 4 kg: P/E < -3 DP ou P/E < ≥ -3 e < -2 DP ou Edema bilateral ou Emagrecimento acentuado Ou Condição clínica grave ou complicação médica ou Perda de peso recente ou falha em ganhar peso ou Problemas na amamentação (pega, posicionamento, e/ou sucção deficiente) ou Problema médico ou social que precisa de uma avaliação mais detalhada ou de um suporte intensivo</p>	
Plano de Tratamento	<p>Tratamento da Desnutrição no Internamento</p> <p>Crianças < 6 meses sem edema: Leite de peito ou F100- diluído</p> <p>Crianças < 6 meses com edema: Leite de peito ou F75</p> <p>Crianças ≥ 6 meses com e sem edema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase de estabilização: F75 • Fase de transição: F75 com a introdução gradual do ATPU (se não disponível ou a criança recusa, usar F100 até que a criança aceite o ATPU) • Fase de reabilitação: ATPU (se não disponível ou a criança recusa, usar F100 até que a criança aceite o ATPU) 	<p>Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (DAG)</p> <p>Crianças de 6 meses a 14 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar ATPU • Controlo a cada 7 dias • Dar educação nutricional com demonstração culinária
		<p>Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (DAM)</p> <p>Crianças 6-50 meses: Dar ASPU ou ATPU</p> <p>Crianças de 5-14 anos: Dar ASPU, MAE ou ATPU</p> <p>Todas as crianças: Controlo a cada 15 dias</p> <p>Dar educação nutricional com demonstração culinária</p>

Critérios de Alta/Critérios de alta	Desnutrição Aguda GRAVE com complicações médicas	Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas	Desnutrição Aguda MODERADA
	<p>Crianças ≥ 6 meses: Passar para o Tratamento em Ambulatório quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem apetite: Consome pelo menos 80% da ração diária de ATPU • Não tem edema durante 7 dias • Está alerta • Está clinicamente bem <p>Para crianças que não passam para o TDA, alta com ATPU quando a criança apresentar os critérios seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem P/E ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas • Tem o seguinte PB em duas avaliações sucessivas: <ul style="list-style-type: none"> 6-59 meses: $\geq 12,5$ cm 5-10 anos: $\geq 14,5$ cm 11-14 anos: $\geq 18,5$ cm • Não tem edema bilateral durante 2 semanas • Pode comer a comida da família <p>Continuar a fazer controlo regular no CCR por mais 3 meses para assegurar que a criança se mantém P/E ou IMC/Idade ≥ -1 DP</p> <p>Crianças <6 meses: Alta e controlo regular durante 3 meses na CCR quando a criança atinge os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/E ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas • Não tem edema durante 2 semanas • Não tem complicações médicas • Está alerta • Está clinicamente bem • Vacinação actualizada 	<p>Alta quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem P/E ou IMC/Idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas • Tem o seguinte PB em duas avaliações sucessivas: <ul style="list-style-type: none"> 6-59 meses: $\geq 12,5$ cm 5-10 anos: $\geq 14,5$ cm 11-14 anos: $\geq 18,5$ cm <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem apetite • Pode comer a comida da família <p>Continuar controlo regular por mais 3 meses para assegurar que a criança mantém P/E ou IMC/ idade ≥ -1 DP.</p>	<p>Alta com ASPU ou ATPU (6-59 meses) ou alta com ASPU, MAE ou ATPU (≥ 5 anos) quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem P/E ou IMC/Idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas • Tem seguimento PB em duas avaliações sucessivas: <ul style="list-style-type: none"> 6-59 meses: $\geq 12,5$ cm 5-10 anos: $\geq 14,5$ cm 11-14 anos: $\geq 18,5$ cm <p>Continuar controlo regular por mais 3 meses para assegurar que a criança mantém P/E ou IMC/ idade ≥ -1 DP</p>

Tabela 44: Classificação da Desnutrição Aguda

Indicadores Nutricionais	P/E ou IMC para idade	Perímetro Braquial
Desnutrição Aguda Grave (DAG)	< - 3 DP	6 - 59 meses < 11,5 cm 5 - 10 anos < 13 cm 11 - 14 anos < 16 cm 15-18 anos: < 21 cm
Desnutrição Aguda Moderada (DAM)	≥ - 3 DP e < -2 DP	6 - 59 meses ≥ 11,5 cm e < 12,5 cm 5 - 10 anos ≥ 13 cm e < 14,5 cm 11 - 14 anos ≥ 16 cm e < 18,5 cm 15-18 anos: ≥ 21,0 e < 23,0 cm

Tabela 45: Sumário da Conduta em caso da Desnutrição Aguda

Conduta em caso de Desnutrição Aguda em crianças		Critérios para Alta
Crianças menos de 6 meses e crianças maior de 6 meses com peso inferior a 4kg deve-se referir para o internamento		P/E ou IMC/Idade ≥ -1DP em 2 pesagens consecuti-vas Ou PB em duas avaliações consecutivas <ul style="list-style-type: none"> • 6 – 59 meses: ≥ 12,5 cm • 5 – 10 anos: ≥ 14,5 cm • 11 – 14 anos: ≥ 18,5 cm • 15 – 18 anos: PB ≥ 23 cm
DAM		
6 – 59 meses com DAM (HIV +/-)	ASPU ou ATPU em ambulatório	
≥ 5 anos com DAM	1. ASPU ou 2. MAE ou 3. ATPU	
DAG		
DAG com Complicações (HIV +/-)	Fase 1: Internamento F75/F100 ou F100 diluído para menores de 6 meses sem edema Fase 2: ATPU em ambulatório	
DAG sem complicações (6 – 59 meses, HIV +/-)	ASPU ou ATPU em ambulatório	
DAG sem complicações ≥ 5 anos (HIV +/-)	1. ASPU ou 2. MAE ou 3. ATPU	
Nota: Após a alta, continuar o controlo regular por mais 3 meses para assegurar que a criança mantém o P/E ou IMC ≥ -1 DP		

Tabela 46: Quantidade de ATPU para tratamento DAG para Crianças (6 meses a 15 anos)

Peso (Kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas
4,0 – 5,4	2
5,5 – 6,9	2,5
7,0 – 7,9	3
8,0 – 9,4	3,5
9,5 – 10,4	4
10,5 – 11,9	4,5
≥ 12,0	5

Tabela 47: Quantidade do ASPU (1ª opção) ou ATPU (2ª opção) para tratamento DAM para Crianças (6 meses a 15 anos)

Quantidade de ASPU para tratamento da DAM/idade		Quantidade de ATPU para tratamento da DAM/idade	
Idade	Nº de Saquetas ASPU/dia	Idade	Nº de Saquetas ATPU/dia
6 - 59 meses	1 saqueta/dia	6 - 11 meses	1 saqueta/dia
≥ 5 anos	2 saquetas/dia	≥ 12 meses	2 saquetas/dia

- O ASPU é a 1ª opção para o tratamento da DAM e deve ser administrado as crianças com idade ≥ 6 meses.
- Em caso de limitação do stock de ASPU, priorizar a prescrição para crianças < 5 anos e, reservar o MAE para crianças ≥ 5 anos, adolescentes e adultos.
- O ATPU só pode ser usado como alternativa somente na ausência do ASPU ou MAE.
- Todas as crianças com DAG sem complicações médicas que são tratadas em ambulatório devem ser seguidas na CCR pela ESMI para a prescrição de medicamentos de rotina: antibióticos e suplementos (vide protocolo PRN)

Tabela 48: Quantidade do MAE para tratamento DAM em crianças ≥ 5 anos

Idade	Total em gramas de MAE /dia
≥ 5 anos	300 (3 chávenas de chá)

3.6.3 Monitoria da resposta ao Tratamento nutricional (PRN)

A monitoria da resposta terapêutica das crianças no programa de reabilitação nutricional é feita usando as tabelas de Reabilitação nutricional, discriminadas por sexo e idade abaixo:

Tabela 49: Peso para Comprimento para Raparigas dos 0-2 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(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

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(kg)			
69	$\geq 7,3$	6,7 - 7,2	6,1 - 6,6	$< 6,1$
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	$< 9,7$

Tabela 50: Peso para Comprimento para Rapazes dos 0-23 meses de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(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	$< 6,5$
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	$\geq 8,4$	8,1 - 8,7	7,5 - 8	$< 7,5$
76	$\geq 8,5$	7,8 - 8,4	7,2 - 7,7	$< 7,2$

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(kg)			
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:

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 8,7, o que determina desnutrição aguda ligeira

**Tabela 51: Peso para Altura para Raparigas dos 24-60 meses de Idade
(Organização Mundial da Saúde, 2006)**

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(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
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	$< 10,9$

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(kg)			
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	$< 16,9$
120	$\geq 20,7$	18,9 - 20,6	17,3 - 18,8	$< 17,3$

**Tabela 52: Peso para Altura para Rapazes dos 24-60 meses de Idade
(Organização Mundial da Saúde, 2006)**

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(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	$< 10,4$
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	$< 10,8$

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(kg)			
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	$< 17,1$

Tabela 53: Índice de Massa Corporal para Idade para Rapazes dos 5-18 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2007)

Comprimento	Normal P/C ≥ -1 DP	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP	Desnutrição aguda GRAVE < -3 DP
(cm)	(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	$< 15,7$

3.7 Seguimento Clínico e Laboratorial da criança HIV+

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

O calendário de seguimento é diferenciado para:

- Crianças < 2 anos de vida em TARV;
- Crianças ≥ 2 anos e até aos 5 anos;
- Crianças ≥ 5 anos: nesta faixa etária seguem o calendário do paciente adulto.

3.7

Tabela 54: Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV das crianças < 2 anos de idade

Calendário de seguimento de crianças com idade < 2 anos													
Serviço\Mês	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Consulta clínica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X*
APSS/PP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X*
Farmácia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X*
Carga Viral							X						
CD4	X												X**

* Crianças abaixo dos 2 anos devem continuar o seguimento mensal até completarem os 2 anos de idade.
** Se aplicável

Tabela 55: Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV das crianças entre 2-5 anos de idade

Calendário de seguimento do 1º ano do tratamento antirretroviral: Crianças com idade entre os 2 e 5 anos													
Serviço\Mês	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Consulta clínica	X	X	X	X			X			X			X*
APSS/PP	X	X	X	X			X			X			X*
Farmácia	X	X	X	X			X			X			X*
Carga Viral							X						
CD4	X												X**
* Crianças entre os 2 e 5 anos devem continuar o seguimento trimestral até completarem os 5 anos de idade ** Se aplicável													

Tabela 56 : Seguimento Clínico e Laboratorial após o Início de TARV das crianças ≥5 anos de idade a adultos

Calendário de seguimento do 1º ano do tratamento antirretroviral: Crianças com idade ≥ a 5 anos													
Serviço\Mês	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Consulta clínica	X	X	X	X			X			X			X*
APSS/PP	X	X	X	X			X			X			X*
Farmácia	X	X	X	X			X			X			X*
Carga Viral							X						
CD4	X												X**
* Se não tiver pendente a CV e o TPI, passa ao seguimento semestral/no MDS ** Se aplicável													

3. 8 Falência Terapêutica na Criança HIV+

Variáveis que definem a falência terapêutica para crianças < 5 anos

Falência virológica:

Carga viral no plasma acima de 1.000 cópias/ml (em 2 medições separadas por um intervalo de 3 meses, com reforço de adesão entre elas)

Falência imunológica:

- Contagem de CD4 < 750 células (onde não estiver disponível CD4 percentual), um ano após o início do TARV;
- ou
- Contagem de CD4 < 15%, um ano após o início do TARV;

Falência clínica:

- Recorrência ou aparecimento de nova condição activa do estadio III ou IV, após 6 meses de tratamento eficaz com exceção da Tuberculose;

Variáveis que definem a falência terapêutica para crianças ≥ 5 anos, adolescentes e adultos

Falência virológica:

- Carga viral no plasma acima de 1.000 cópias/ml (2 resultados separados por ≥ 3 meses, em presença de boa adesão.

Falência imunológica:

- CD4 ≤ 200 cels/mm³ associada recorrência ou aparecimento de nova condição activa do estadio III ou IV, após 6 meses de tratamento eficaz ou
- Contagem de CD4, persistentemente abaixo de 100 células, após 12 meses de TARV

Falência clínica:

- Recorrência ou aparecimento de nova condição activa do estadio III ou IV, após 6 meses de tratamento eficaz.

Critérios para solicitar a Carga viral em crianças

Os critérios para o pedido da carga viral a todos os pacientes em TARV (crianças, adolescentes e adultos) são:

- Seis (6) meses após o início ou reinício de TARV;
- Seis (6) meses após troca de regime de TARV (por transição para um regime optimizado ou mudança de linha de TARV);
- Anualmente para todos os pacientes activos em TARV com CV prévia < 1000 cópias.

Nota: O algoritmo para a monitoria do TARV com recurso a CV na crianças é o mesmo do adulto (página 67 e 68).

Tabela 57: Regimes de 2ª linha de TARV (ou regimes de resgate)

Regimes de 2ª linha de TARV (ou regimes de resgate)	
Regime em falha	Regime de resgate preferencial
Regime em falha contendo Dolutegravir	
ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+LPV/r ou ATV/r*
TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+LPV/r ou ATV/r*
AZT/3TC+DTG	TDF/3TC** ou ABC/3TC** + LPV/r ou ATV/r*
Regime contendo Inibidor de Protease (IP; = LPV/r ou ATV/r)	
ABC/3TC+IP	AZT/3TC+DTG
TDF/3TC+IP	AZT/3TC+DTG
AZT/3TC+IP	TDF/3TC** ou ABC/3TC** + DTG
* <25kg o LPV/r é o IP preferencial; ≥25kg o ATV/r é o IP preferencial	
** <30kg o ABC/3TC é o ARV preferencial; ≥30kg o TDF/3TC é o ARV preferencial	
Nota: A decisão para o regime de resgate deve ser tomada pelo comitê terapêutico e tomar em conta a história TARV completa do paciente	

4.0 PROFILAXIA DA INFECÇÃO POR HIV

4.1 Profilaxia pós-exposição ao HIV (PPE)	151
4.2 Profilaxia pré-exposição(PrEP)	159

A Profilaxia da infecção ao HIV consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV.

Actualmente Moçambique implementa a profilaxia pré e pós exposição, com o objectivo de reduzir a transmissão do HIV e contribuir para o alcance das metas relacionadas ao fim da epidemia.

4.1 Profilaxia Pós-exposição ao HIV (PPE)

A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PPE) é uma das estratégias de prevenção do HIV. Uma vez identificado que a pessoa potencialmente se expôs ao HIV dentro das últimas 72 horas, deve-se recomendar o início imediato da PPE, de acordo com as normas nacionais. Considera-se o uso de profilaxia pós-exposição (PPE) em todos os seguintes casos:

1. **Exposição ocupacional:** profissional de saúde, que sofre acidente no âmbito do trabalho, a partir de paciente fonte HIV+ ou com seroestado desconhecido;
2. **Exposição não ocupacional:** qualquer indivíduo que reporta uma exposição, fundamentalmente sexual, ainda que também de outro tipo como exposições com objectos perfuro-cortantes, mordeduras humanas, exposição a sangue durante o socorro de vítimas de acidente de viação, etc.

4.1.1 Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional ao HIV

Tratamento de curta duração com medicamentos antirretrovirais (ARVs) oferecido a um trabalhador de saúde (TS) com o objectivo de reduzir o risco de infecção pelo HIV após uma exposição ocupacional. A profilaxia é oferecida durante 28 dias consecutivos.

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

Na avaliação inicial, após a exposição ao HIV, o profissional de saúde deve avaliar o risco pós-exposição com base em quatro critérios:

1. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
2. O tipo de material biológico é de risco para a transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
4. A pessoa exposta é seronegativa para o HIV no momento do atendimento?

Se todas as respostas forem SIM, a profilaxia para o HIV está indicada.

Exposição COM risco de transmissão do HIV	Exposição SEM risco de transmissão do HIV
<ul style="list-style-type: none">• Sangue• Sêmen• Fluidos vaginais• Líquidos seroso (peritoneal, pleural, pericárdico)• Líquido amniótico• LCR• Líquido articular• Leite materno• Outros fluidos corporais contendo sangue	<ul style="list-style-type: none">• Suor• Lágrimas• Fezes• Urina• Vômitos• Saliva• Secreções nasais

Passo 3: Início da Profilaxia

As situações de exposição ao HIV, constituem atendimento de urgência, devido à necessidade de início atempado da profilaxia para maior eficácia da intervenção. Quando indicada a PPE, deve ser iniciada o mais rápido possível após o acidente, preferencialmente dentro das primeiras 4 horas, mas podendo ser iniciada até 72 horas após a exposição. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição.

Define-se um único esquema de PPE com 3 medicamentos:

Tenofovir 300mg + Lamivudina 300mg + Dolutegravir 50mg (TDF/3TC/DTG)
1 comp/dia durante 28 dias

Um esquema alternativo pode ser usado na falta do regime para início imediato da profilaxia, ou em caso de intolerância conhecida ao DTG.

Neste caso, o seguinte pode ser um regime alternativo de PPE:

- **TDF/3TC+ATV/r**

Se Insuficiência renal ou Taxa de Depuração de Creatinina < 60 ml/min, substituir o TDF pelo ABC.

O DTG não está recomendado em pessoas em uso de fenitoína, fenobarbital e carbamazepina. Nesses casos, o ATV/r é a medicação alternativa.

Passo 4: Seguimento do Trabalhador de Saúde que recebe PPE

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

- Depois da serologia inicial, repetir a serologia para o HIV na 6ª semana e no 3º e 6º mês após o acidente;
- Hemograma completo, creatinina 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;
- Rastreamento de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV;
- Rastreamento dos efeitos adversos dos ARV's (avaliação da toxicidade);

- Aconselhamento adicional, de acordo com a necessidade;
- Os trabalhadores de saúde que não receberam a PPE por qualquer motivo, 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.

Durante o seguimento, deve ser orientado/a manter medidas de prevenção à infecção pelo HIV, como o uso de preservativos em todas as relações sexuais, a não partilha de seringas e agulhas nos casos de uso de drogas injetáveis, a não doação de sangue e a importância de evitar a gravidez.

Sinais e sintomas de Infecção aguda pelo HIV	
<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Linfadenopatias • Faringite • Exantema • Ulcerações mucocutâneas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mialgias • Artralgias • Fadiga • Hepatoesplenomegalia

Na presença de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV, é recomendado investigação laboratorial para HIV (teste rápidos seriados e PCR ou Carga Viral)

4.1.2 Profilaxia pós-exposição não ocupacional (sexual)

A exposição sexual com indicação para profilaxia da infecção por HIV pode ser de 2 tipos:

- Situações de violência sexual (de caso fonte HIV+ ou de seroestado desconhecido)
- Sexo consentido (com parceiro com seroestado conhecido HIV+)

Quadro 7: Posologia de fármacos para prevenção de ITS após um caso de violência sexual

Adulto	Criança
<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatínica 2.4 milhões UI IM em Dose Única * • Ciprofloxacina 500 mg em Dose Única • Metronidazol 2g VO em Dose Única • Azitromicina 1G VO em Dose Única <p>Nota: Ciprofloxacina é contra-indicada no 1º trimestre de gravidez, deve-se substituir pela Ceftriaxona 1 gr IM em Dose Única</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatínica IM em Dose Única*: <ul style="list-style-type: none"> – < 10kg: 300.000UI – 10 – 27kg: 600.000UI – 27kg-50 kg 1.2 milhões UI – 50 kg : 2.4 milhões UI • Ceftriaxona: 80 mg/kg EV/IM Dose Única ou Ciprofloxacina VO Dose Única: <ul style="list-style-type: none"> – < 15 kg: 20 – 30mg/kg; – ≥ 15 kg: 500 mg • Metronidazol: <ul style="list-style-type: none"> – criança ≤ 45kg 15mg/kg de 12/12h por 7 dias ou 30 mg/kg VO Dose Única – crianças ≥ 45 kg 2g VO dose única • Azitromicina: <ul style="list-style-type: none"> – criança ≤ 45kg 20mg/kg VO Dose Única – criança ≥ 45 1g VO dose única

*Em caso de alergia à Penicilina, use Doxiciclina 100 mg 12/12 h durante 14 dias (Adultos) ou Eritromicina 500mg, 4 vezes por dia durante 4 semanas (Mulher Grávida e Criança)

Quadro 8: Profilaxia pós-exposição ao HIV com fármacos ARVs em adultos

Regime preferencial	TDF/3TC/DTG	1 comp/dia durante 28 dias
Regime alternativo	TDF/3TC+ATVr	2 comp/dia durante 28 dias

Tabela 58: Regimes de ARVs para Profilaxia pós Exposição em Criança:

Peso	Regime preferencial	Regime alternativo
3-19.9Kg	ABC/3TC+pDTG (10mg)*	AZT/3TC+LPVr
20-29.9Kg	ABC/3TC+DTG 50mg	ABC/3TC/LPVr ou ATVr
≥30Kg	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC+ATVr

*Atualmente existem no sistema frascos de pDTG de 90 comprimidos, contudo as crianças devem fazer o tratamento apenas durante 28 dias. Neste caso, recomenda-se para prescrever o frasco inteiro de medicamentos mas, orientar para tomar a dosagem recomendada durante 28 dias e após este período, descartar o saldo de medicamentos remanescentes.

Quadro 9: Contraceção de emergência após um episódio de Violência Sexual (para mulheres e raparigas após a menarca)

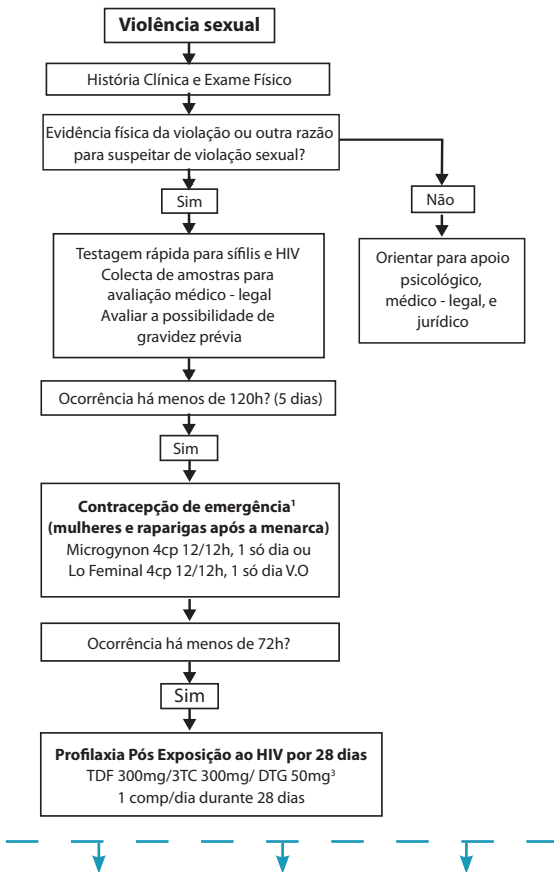
1. Microgynon 4 comp 12/12h, 1 só dia
ou
2. Lo-feminal 4 comp 12/12h, 1 só dia

Quadro 10: Profilaxia para Hepatite B

Deve ser aplicada a primeira dose da vacina de Hepatite B. Se houver disponibilidade de Imunoglobulina, esta também deve ser aplicada (HBIG 0,06-0,08 mg/Kg, IM)

Vacina hepatite B (Engerix) 1 dose IM adulta.
Na criança até a idade de 11 anos, aplicar metade da dose.

Algoritmo 11: Abordagem da Violência Sexual



4.1

Profilaxia
Pós-exposição
ao HIV

Independente do tempo transcorrido desde o episódio de violência sexual.

Profilaxia de ITS: Observação directa da toma de medicamentos

Penicilina Benzatínica 2,4 milhões de UI, IM Dose Única

Ciprofloxacina cp 500mg VO Dose Única

Metronidazol 2g VO Dose Única

Azitromicina 1g VO Dose Única

Profilaxia para Hepatite B

Vacina para Hepatite B, 1 dose I.M., adulto

- Encaminhar para a providências legais
- Encaminhar para apoio psicológico e seguimento clínico e laboratorial
- Vacinação para Hepatite B 1º e 6º mês
- Reavaliar na 2ª e 4ª semana e no 3º e 6º mês

Atenção

1. Em caso de gravidez (TIG positivo) não use contracepção de emergência
2. Em pacientes HIV positivos, não está indicada a profilaxia Pós-exposição ao HIV
3. Em mulheres durante o 1º trimestre da gravidez evite DTG, substitua por EFV ou ATVr
4. Em caso de alergia à Penicilina, use Eritromicina 500mg 4 vezes por dia durante 4 semanas

4.2 Profilaxia pré-exposição (PrEP)

Definição

É o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas HIV negativas em risco substancial de infecção pelo HIV de modo a reduzir a probabilidade de adquirir a infecção.

A PrEP deve ser utilizada como parte da prevenção combinada, associada a outros métodos de prevenção do HIV como a promoção do uso de preservativos, o uso de lubrificantes, circuncisão masculina médica voluntária (CMMV), redução de danos e prevenção da transmissão vertical (PTV).

Grupos Alvos

Podem beneficiar-se da PrEP pessoas com idade igual ou superior a 15 anos pertencentes aos seguintes grupos alvo:

- Parceiro(a) negativo(a) de casal serodiscordante
- Adolescentes e Jovens dos 15-24 anos em risco
- População Chave (HSH, TS, PID, Reclusos, Transgénero)
- Mulheres grávidas e lactantes em risco
- Homens 25+ em risco (camionistas de longo curso, mineiros, militares)

Crítérios de elegibilidade

Pessoas com idade igual ou superior a 15 anos pertencentes ao grupo alvo e que reúnam todos os critérios listados abaixo:

- Ter resultado do teste de HIV negativo*
- Estar em risco substancial de infecção pelo HIV**
- Não ter nenhuma suspeita de infecção aguda pelo HIV (rastreo de sinais e sintomas negativo)***
- O utente deu consentimento informado para fazer a PrEP
- Sem contraindicação a nenhum dos medicamentos usados para a PrEP

Contraindicações da PrEP

- Hipersensibilidade a algum dos medicamentos usados para a PrEP
- Hipertensão arterial não controlada
- Historial de patologia renal ou de diabetes
- Depuração da creatinina estimada: < 60ml/min

Notas:

*O aconselhamento e **testagem para o HIV** deve ser repetido ao início da PrEP e a cada 3 meses, para descartar seroconversão.

A **avaliação de risco para identificar se o utente apresenta ou relata um dos seguintes factores de risco nos últimos 6 meses:

- Relação sexual vaginal ou anal com mais de 1 parceiro sem o uso correcto e consistente do preservativo **OU**
- História de ITS **OU**
- Parceiro sexual HIV positivo que não esteja em TARV ou não tenha CV indetectável **OU**
- Parceiro sexual que seja usuário de drogas injectáveis com estado serológico desconhecido **OU**
- Partilha de seringas com um usuário de drogas injectáveis com estado serológico desconhecido **OU**
- História ou uso recorrente de profilaxia pós-exposição (PPE) por exposição sexual ao HIV

*** Rastreo de sinais e sintomas de **infecção aguda pelo HIV**

Avalie se no dia da consulta ou nas últimas 2 semanas o utente apresenta ou apresentou algum dos seguintes: Febre, fadiga, perda de apetite, manchas vermelhas no corpo com ou sem prurido, dor de garganta, caroço no pescoço ou outra região do corpo, lesões na boca ou pele, alguma doença oportunista.

Se sim, adie o início da PrEP por 4 semanas e repita o teste de HIV nessa altura.

Regime de PrEP

Comprimido combinado de Tenofovir (TDF) 300 mg / Lamivudina (3TC) 300 mg

Tabela 59: Cronograma de avaliação clínica e laboratorial do utente em PrEP

Avaliação clínica e laboratorial	Consulta inicial	Consultas de seguimento (meses)											
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Avaliação da elegibilidade e de factores de risco	x			x			x			x			x
Aconselhamento e testagem para o HIV	x			x			x			x			x
Avaliação da infecção aguda pelo HIV	x			x			x			x			x
Rastreio e tratamento de ITS/Sífilis	x			x			x			x			x
Avaliação para o despiste de doença renal e ou solicitação de creatinina sérica	x			x			x			x			x
Promoção e oferta de preservativos, lubrificantes, rastreio de VBG	x			x			x			x			x
Reforço do aconselhamento para adesão	x			x			x			x			x
Dispensa dos medicamentos (número de comprimidos)	90/180			90			90/180			90			90/180

4.2

Profilaxia
Pre-exposição
(PrEP)



PRETA-----
ERDE-----
MARELO-----
IMELHO-----

5.0 ABORDAGEM EM APOIO PSICOSSOCIAL E PREVENÇÃO POSITIVA

5.1 APSS para crianças, adolescente e adultos VHIV	166
5.2 APSS para a mulher grávida e lactante VHIV	169
5.3 Prevenção Positiva	171
5.4 Revelação de Diagnóstico (RD) para Crianças	172
5.5 Chamadas e Visitas de reintegração para Pacientes em TARV	175

5.0 ABORDAGEM EM APOIO PSICOSSOCIAL E PREVENÇÃO POSITIVA

O Apoio Psicossocial (APSS) nos cuidados e tratamento do HIV surge na perspectiva de padronizar as orientações de atendimento da equipe multidisciplinar da unidade sanitária (US), fornecendo de forma universal e sem discriminação, um pacote de aconselhamento essencial para a preparação, prontidão e seguimento dos pacientes em tratamento antirretroviral.

Neste contexto, o Apoio Psicossocial tem os seguintes objetivos:

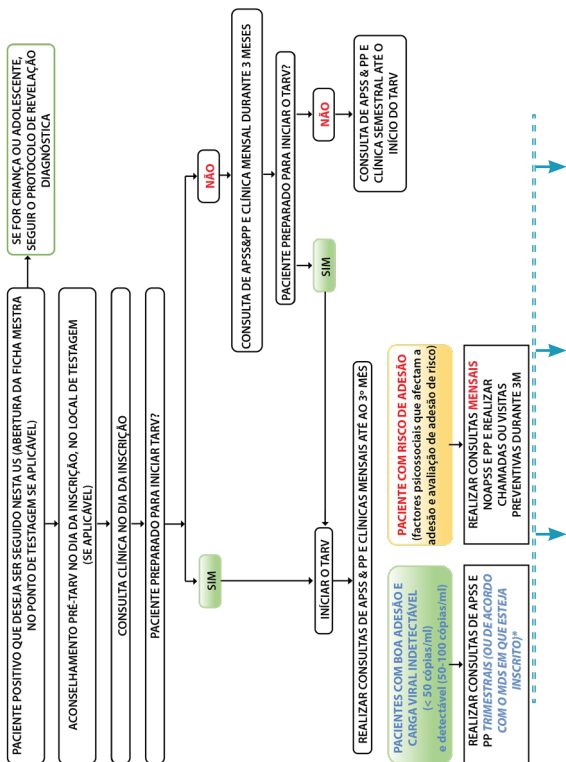
- Melhorar a adesão e retenção dos pacientes em TARV,
- Contribuir para a supressão viral dos pacientes;
- Identificar e rastrear os sinais de depressão, ansiedade e outras psicopatologias,
- Promover comportamentos saudáveis, cuidados de saúde adequados para melhorar a sua qualidade de vida;
- Reduzir o risco de reinfeção pelo HIV;
- Promover ações de apoio entre pares para satisfazerem as suas necessidades de saúde.

5.1 APSS para crianças, adolescente e adultos VHIV

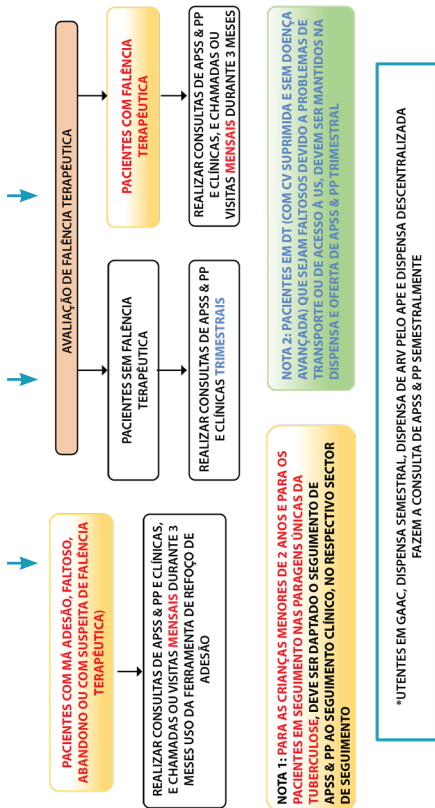
O Algoritmo de APSS e PP crianças, Adolescentes e Adultos, descreve o fluxo de seguimento integrado que deve ser implementado para todos pacientes desde o início de TARV e por todo período de tratamento;

- Embora seja abrangente, aplica-se particularmente aos pacientes com mais de 2 anos, seguidos nos STARV;
- Na paragem única de TB, o seguimento é similar, no entanto deve ser ajustado de acordo com as características do seguimento de Tuberculose;
- Na Paragem única do SAAJ, o algoritmo é aplicável para o seu uso.

Algoritmo 12: Algoritmo de Apoio psicossocial para Crianças, Adolescentes e Adultos Vivendo com HIV

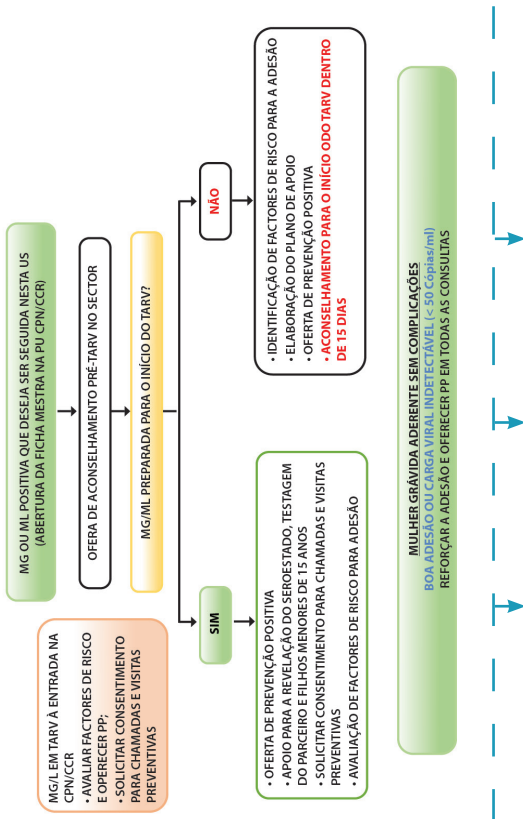


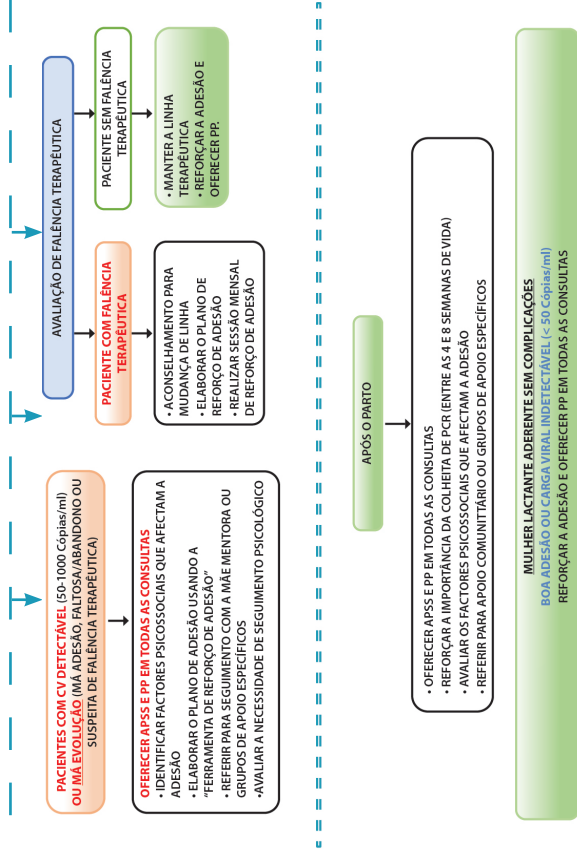
Algoritmo 12: Algoritmo de Apoio psicossocial para Crianças, Adolescentes e Adultos Vivendo com HIV (continuação)



5.2 APSS para a mulher grávida e lactante VIH

Algoritmo 13: Apoio psicossocial Mulher grávida e Lactante Vivendo com HIV





- O Algoritmo de APSS e PP para a Mulher Grávida (MG) e Mulher Lactante (ML) descreve o fluxo de seguimento integrado na paragem única da SMI.
- Descreve as especificidades do seguimento da MG/ML em TARV a entrada e MG/ML diagnosticada na consulta;

5.3 Prevenção Positiva

Prevenção da transmissão do HIV centrada nas pessoas que sabem que são HIV positivas como principais actores, com vista a:

- Prevenir novas infecções pelo HIV;
- Melhorar a saúde e qualidade de vida das PVHIV;
- Promover atitudes de respeito pelas pessoas seropositivas nas unidades sanitárias e na comunidade;

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

5.4 Revelação de Diagnóstico para Crianças

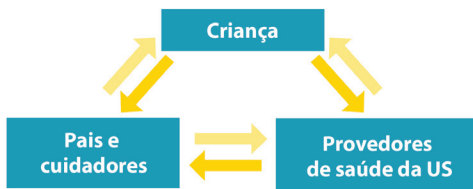
É o processo de informar a criança do seu estado serológico;

Pode envolver a partilha do estado serológico do cuidador e de outros membros da família;

Este é um processo que comporta duas fases:

- ✓ **Revelação Parcial:** Quando se fala da doença sem mencionar o nome;
- ✓ **Revelação Total:** Quando se menciona o nome da doença;

O processo envolve a equipe multidisciplinar de provedores de saúde que atendem crianças, os cuidadores e a própria criança.



O provedor de saúde tem o papel de:

- Facilitar o processo de revelação,
- Trabalhar em coordenação com os pais e cuidadores e garantir o seguimento após a revelação;
- Dar suporte à criança antes, durante e após o conhecimento da criança sobre a doença.

5.4.1 Passos para a Revelação de Diagnóstico

1. Identificação de crianças elegíveis para a RD;
2. Solicitação do envolvimento e consentimento informado dos pais/cuidadores;
3. Preparação individual dos pais ou cuidadores;
4. Início do processo de revelação de forma gradual e cuidadosa;
5. Preparação individual da criança;
6. Sessões individuais e conjuntas com os pais e cuidadores e com a criança;
7. Seguimento após a Revelação Total e inclusão em grupos de apoio ou MDS.

5.4.2 Condições essenciais da Revelação de Diagnóstico

A RD pode ser feita pelos pais e cuidadores (ideal) ou pelo provedor de saúde;

- A revelação de diagnóstico Parcial pode iniciar à partir dos 6 anos de idade, quando a criança inicia a actividade escolar e começa a questionar sobre o tratamento e os cuidados de saúde;
- É importante prestar a atenção às manifestações de curiosidade sobre a doença e às dificuldades de adesão;
- A idade recomendada para a RD Total é a partir dos 8 anos, tendo em conta o desenvolvimento cognitivo, a condição social e preparação da criança para receber o seu diagnóstico;
- É necessário avaliar o estado emocional da criança, uma atenção especial para uma possível depressão e ou ansiedade;
- É necessário marcar logo de imediato as sessões seguintes de apoio;
- É importante garantir que:
 - ✓ Os pais e Cuidadores estejam conscientes do Processo;
 - ✓ Que a Criança esteja preparada para iniciar o Processo;
 - ✓ Os provedores estejam preparados para o acompanhamento da criança durante todo o processo;

5.4.3 Processo de RD

Antes da RD	Durante a RD	Após a RD
<ul style="list-style-type: none">• Assegurar aos pais e cuidadores da confidencialidade do processo• Fale dos múltiplos benefícios da Revelação para a criança/adolescente• Assegure a criança de que você estará disponível para trabalhar com eles como uma equipa para apoio contínuo.	<ul style="list-style-type: none">• Avalie o conhecimento da criança:• Procure saber se a criança sabe porque é que vem à unidade sanitária e o que lhe foi dito• Quando estivermos prontos, sempre encoraje os pais/educadores a iniciarem o processo de revelação com os seus filhos• Esteja preparado para lidar com recusa, distorção, medo, exaltação, dor e lágrimas	<ul style="list-style-type: none">• Discuta os sentimentos dos pacientes após a revelação;• Ofereça o seu apoio e disponibilidade para aconselhamentos regulares• Identifique crianças, pais/educadores que precisam de serviços de saúde mental;• Identifique grupos de apoio de referência• Dê à criança informações actuais sobre o tratamento• Eduque a criança/adolescente sobre vida positiva (higiene pessoal, alimentação, consumo de álcool e outras drogas, hábitos de vida saudável, sexualidade);• Encoraje a criança a fazer perguntas sempre e a discutir as suas preocupações e medos.

5.4.4 Particularidades da revelação de diagnóstico em Adolescentes

A RD é um processo em que o adolescente é informado sobre o seu seroestado de HIV, ou quando ele faz a partilha do seu seroestado com outras pessoas. A RD de adolescente pode ser feita:

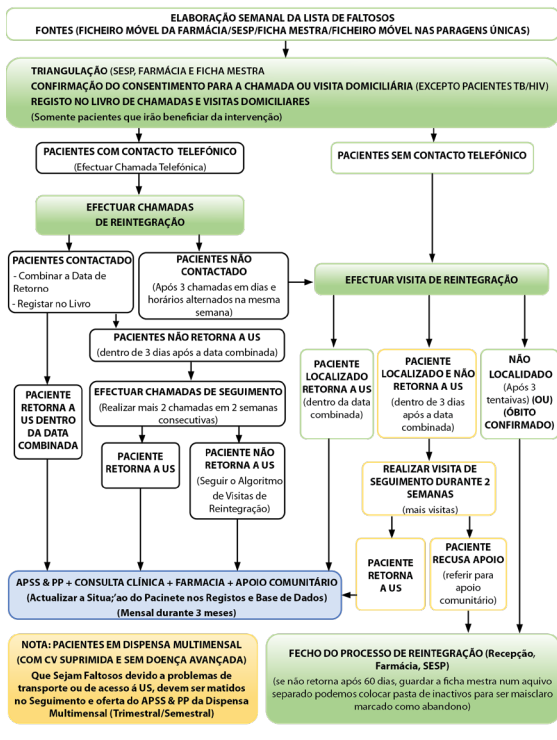
- Do Cuidador para o Adolescente (o provedor pode prestar apoio ou ajudar na preparação do cuidador);
- Do provedor para o adolescente (feita com o envolvimento do cuidador);
- Do adolescente para cuidador, confidente ou familiar;
- Do adolescente para o parceiro sexual;

Na RD do provedor para o adolescente, deve ser seguido o mesmo protocolo para RD a criança.

5.5 Chamadas e Visitas de reintegração Para Pacientes em TARV

- O processo de chamadas e visitas de reintegração enquadra-se no âmbito do seguimento da adesão e retenção dos pacientes aos cuidados e tratamento;
- Os pacientes com falhas de seguimento clínico e levantamento de ARVs são elegíveis a chamadas e ou visitas de reintegração de modo a dar continuidade ao seu processo terapêutico;
- Para o efeito, foi concebido o presente algoritmo como instrumento orientador das intervenções visando a reintegração dos pacientes em situação de falta aos cuidados e tratamento.

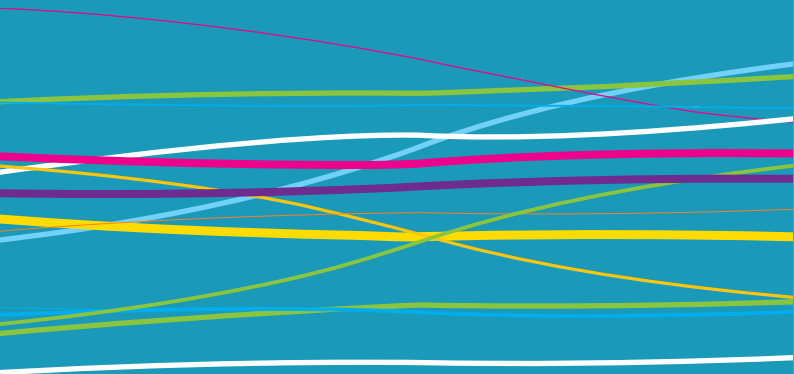
Algoritmo 14: Chamadas e Visitas de reintegração Para Pacientes em TARV





PARTE II

Infecções Oportunistas



6.0 INFECÇÕES OPORTUNISTAS

6.1 Abordagem do paciente HIV+ com doença avançada	181
6.2 Infecções oportunistas respiratórias no paciente HIV+	186
6.3 Manifestações neurológicas no paciente HIV+	195
6.4 Manifestações mucocutâneas associadas ao HIV	207
6.5 Manifestações gastrointestinais no paciente HIV+	228
6.6 Alterações hepáticas em paciente HIV+	233
6.7 Alterações renais em paciente HIV+: Nefropatia por HIV	235
6.8 Alterações cardíacas em paciente HIV+	236
6.9 Carcinoma de colo de útero (CACU) na mulher HIV+	238
6.10 Tratamento da malária no paciente HIV+	240
6.11 Tuberculose no paciente HIV+	245
6.12 Abordagem sindrômica das ITS	254

6.1 Abordagem do paciente HIV+ com doença avançada

Definição

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) para **adultos, adolescentes e crianças** ≥ 10 anos infectados pelo HIV, doença avançada do HIV é definida se o paciente tiver uma contagem de células CD4 < 200 células/mm³ e/ou um estadió clínico da OMS 3 ou 4 à entrada nos cuidados.

Todas as crianças infectadas pelo HIV **com menos de 5 anos de idade** devem ser consideradas como apresentando doença avançada ao início do seguimento.

Manejo do paciente HIV+ com doença avançada

O pacote de intervenções que deve ser oferecido a todos pacientes que se apresentam com doença avançada é descrito a seguir. Inclui o rastreio, tratamento e/ou profilaxia de infecções oportunistas importantes, rápido início do TARV e intensificação das intervenções de apoio à adesão.

Algoritmo 15: Rastreamento de doença avançada no paciente HIV+ (adulto e criança com idade ≥ 10 anos)

Avaliação clínica e laboratorial para rastreamento de DAH em adultos e crianças ≥ 10 anos nos casos seguintes:

- Novo início/reinício TARV
- Em TARV e com progressão clínica
- Em TARV e FT ($CV \geq 1000$ c/ml 2. duas vezes consecutivas)
- Mulher grávida HIV+ ao confirmar a gravidez

Tem pelo menos um dos seguintes sinais de perigo?

- $T^a \geq 39^{\circ}C$
- $FR \geq 30$ rpm
- $FC \geq 120$ bpm
- Convulsões e/ou alterações do nível de consciência
- Desidratação
- Incapaz de caminhar sem ajuda
- $IMC < 16$

Sim

Estabilizar, considerar PACIENTE com doença grave e:

1. Referir para internamento
2. **Solicitar: CD4, TB LAM, Xpert MTB/RIF e CrAg**

Não → Avaliar se o paciente tem pelo menos um dos sinais/sintomas abaixo

- Cefaleia
- Alterações visuais (visão dupla ou desfocada)
- Aterações auditivas
- Alteração de comportamento
- Alterações da marcha, marcha instável
- Sinais focais motores (perda de força num braço, perna)
- Candidíase oral
- Dor ou dificuldade ao engolir
- Diarreia há > 1 semana
- Lesões sugestivas de sarcoma de Kaposi
- Ulcerações orais ou perineais
- Paciente com FESTA (Tosse, Febre, sudorese, astenia > 2 semanas ou perda de peso no último mês) ou adenopatias sugestivas de TB

E/OU

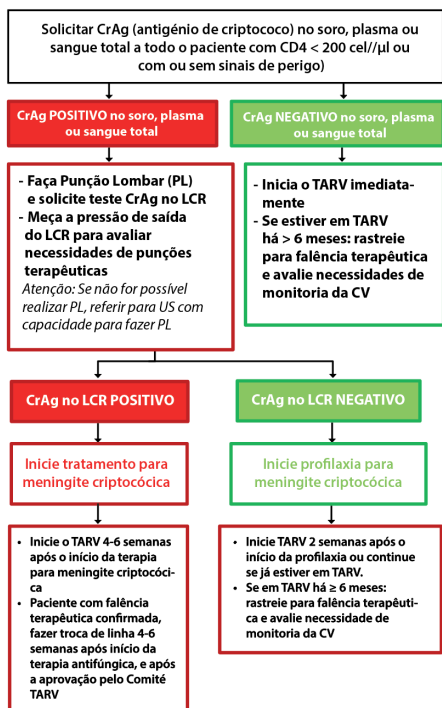
CD4 < 200 cel// μ l?

Se SIM, a pelo menos um sinal/sintoma e/ou $CD4 < 200$
Solicitar: CrAg e TB LAM. Solicitar RPR (sífilis)
Se tiver FESTA, solicite também Xpert MTB/RIF

Se a resposta for **NÃO** a todas as questões de rastreio acima
Está excluída a doença avançada

Veja os algoritmos de diagnóstico de TB e criptococose para interpretação dos sinais clínicos e dos resultados laboratoriais das análises

Algoritmo 16: Rastreamento da infecção por criptococo (adulto e criança com idade ≥ 10 anos)

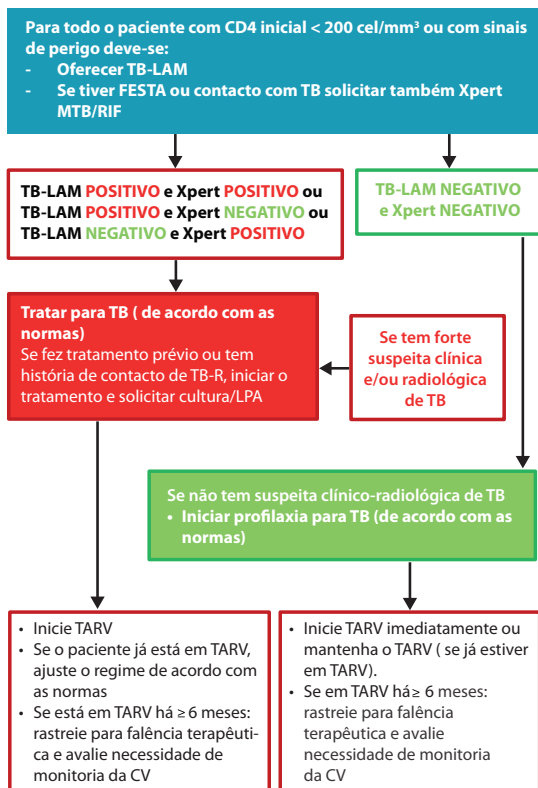


6.1

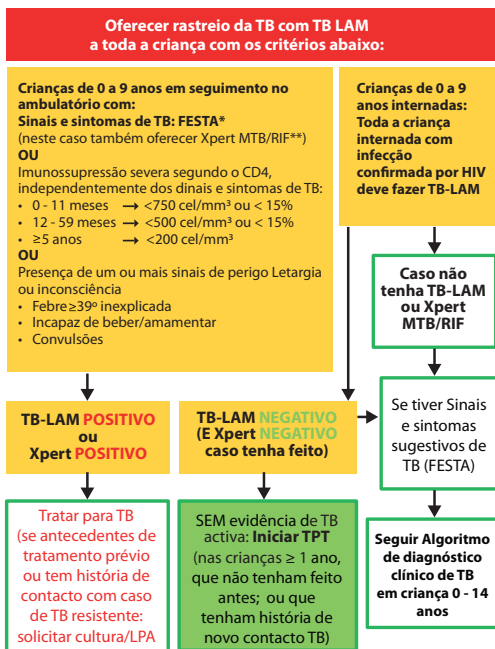
Abordagem do
paciente HIV+ com
doença avançada

Nota: O teste CrAg não deve ser oferecido de forma rotineira abaixo dos 10 anos de idade, devido à baixa prevalência de doença criptocócica nas crianças, mas pode ser usado em caso de suspeita de Meningite criptocócica a qualquer altura.

Algoritmo 17: Diagnóstico de TB em adultos e crianças ≥ 10 anos com doença avançada por HIV



Algoritmo 18: Rastreio de TB em crianças de 0-9 anos com doença avançada por HIV



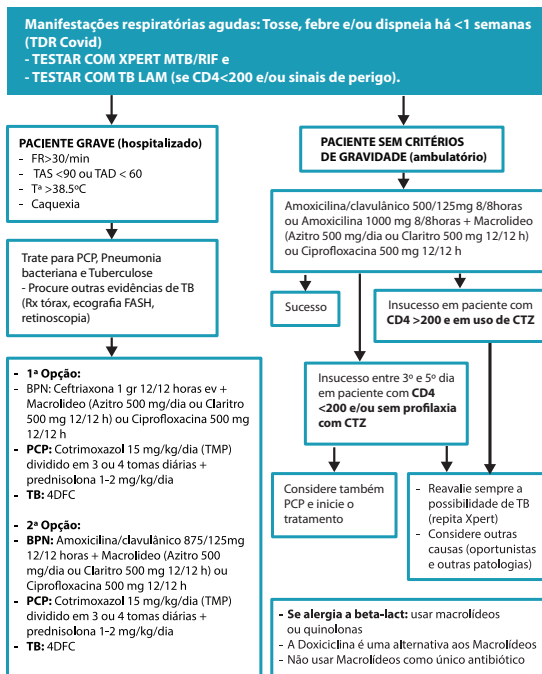
6.1

Abordagem do paciente HIV+ com doença avançada

Nota: O teste TB LAM em crianças é oferecido quando há suspeita de tuberculose, em crianças com sinais de perigo, a todas as crianças HIV+ internadas, ou em casos de imunodepressão severa (CD4 baixo, atendendo à faixa etária para cada criança).

6.2 Infecções Oportunistas Respiratórias no Paciente HIV+

Algoritmo 19: Manifestações Respiratórias Agudas no Adulto e Adolescente HIV



Algoritmo 20 : Manifestações respiratórias crônicas no adulto e adolescente HIV+

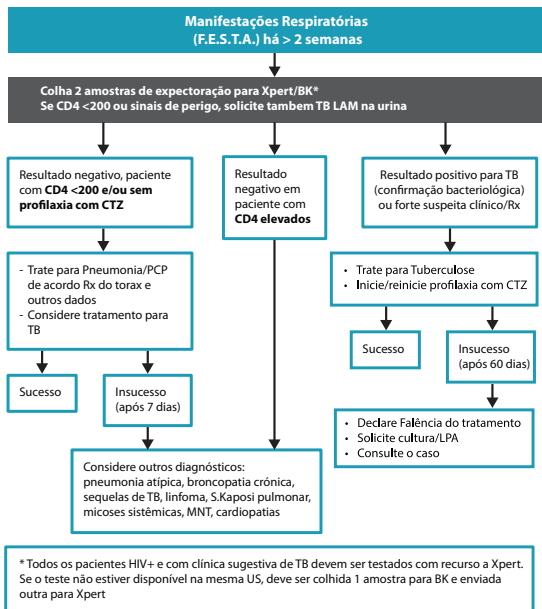


Tabela 60: Infecções das Vias Respiratórias Superiores (Crianças)

	Otite média aguda (OMA)	Otite média crónica	Sinusite
Diagnóstico A. Clínico	Otalgia, Febre ou irritabilidade, Otoscopia: membrana timpânica hiperemiada, opaca, abaulada, otorreia purulenta.	Otorreia serosa, mucoide 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	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Amoxicilina, 90mg/kg/ dia, VO, de 12/12h durante 7 á 10 dias. • 2ª opção Amoxicilina+ác.clavulânico 80-90mg/kg/dia, VO de 12/12 h durante 7 á 10 dias. <p>Casos de alergia á Penicilinas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Azitromicina 10mg/kg/dia, VO 1vez/dia durante 5 dias • 2ª opção Eritromicina 50mg/kg/ dia, VO, de 8/8 horas durante 7 dias. 	<p>Tratar como OMA durante 14 dias, usando de preferência Amoxicilina + ác clavulânico ou Azitromicina.</p> <p>Se não melhora: aspiração do pús, associada a :</p> <p>Ciprofloxacina, 30mg/kg/dia de 12/12h, ou Claritromicina, 15mg/kg/dia de 12/12h</p> <p>Casos graves, tratar durante 14-21 dias com:</p> <p>Oxacilina, 150-200mg/kg/dia IV, 6/6h, ou Ceftriaxona, 80-100mg/kg/dia IV, 12/12h</p>	<p>Tratar como a OMA durante 4-8 semanas e manter o tratamento por mais 1 semana após a resolução dos sintomas.</p> <p>Se há suspeita de etiologia fúngica: Fluconazol : 3-6 mg/kg ou Anfotericina B (0,7-1 mg/kg/dia.</p> <p>NB: para sinusite crónica, pesquisar alterações anatómicas</p>

Tabela 61: Infecções das Vias Respiratórias Inferiores: Pneumonia Bacteriana

	Crianças	Adultos
Diagnóstico Clínico	<ul style="list-style-type: none"> Início agudo com febre e tosse com expectoração Ao Exame físico: <ul style="list-style-type: none"> FR ↑ respeito ao normal por idade Dispneia com ou sem tiragem, Macicez, murmúrio vesicular diminuído, ferveores crepitantes, sopro tubárico. 	<ul style="list-style-type: none"> Início agudo com febre e tosse Dor torácica Ao Exame físico: <ul style="list-style-type: none"> FR ↑ respeito ao normal dispneia com ou sem tiragem, macicez, murmúrio vesicular diminuído, ferveores crepitantes, sopro tubárico
	Crianças	Adultos
Tratamento: Na criança varia com idade	<p>Lactentes de 0 - 2 meses: Tratar em regime de internamento</p> <ul style="list-style-type: none"> 1ª opção Penicilina Cristalina 200.000 UI kg/dia, EV, de 6/6 h durante 7 – 10 dias e Gentamicina 7,5mg/kg/dia 1vez/dia IM/EV ou de 12/12 EV durante 5-7 dias 2ª opção Ampicilina 200 mg kg/dia, EV de 6/6 h, 7 -10 dias e Gentamicina 7,5mg/kg/dia, 1 vez/dia IM/EV ou de 12/12 EV durante 5 - 7 dias 3ª opção Ceftriaxona 100mg/kg/dia, EV de 12/12 durante 7-10 dias <p>Casos de alergia á Penicilinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1ª opção Azitromicina 10mg/kg/dia, VO 1vez/dia durante 5 dias 2ª opção Eritromicina 50mg/kg/dia, VO de 8/8 horas durante 5-7 dias 	<p>Sem sinais de gravidade</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina 500mg: 2+2+2 (7–10) dias ou Amoxi (500mg) + Ác Clavul (125mg) – 8/8h: 7 dias Alergia a betalactamicos: macrólidos (Azitromicina ou Claritromicina associado a uma quinolona- ciprofloxacina). Contraindicado o uso de Claritromicina e Doxiciclina na gravidez

Tabela 61: Infecções das Vias Respiratórias Inferiores: Pneumonia Bacteriana (continuação)

	Crianças	Adultos
Tratamento: Na criança varia com idade	<p>Crianças ≥ 2 meses::</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Amoxicilina 50 mg/kg/dia VO de 8/8 horas ou 90 mg/kg/dia VO de 12/12 horas, durante 5-7 dias • 2ª opção Amoxi/ác.clavulânico, 50mg/kg/dia VO, 8/8h durante 5-7 dias <p>Casos de alergia a Penicilinas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Azitromicina 10 mg kg/dia, VO, 1vez/dia durante 3-5 dias • 2ª opção Eritromicina 50mg/kg/dia, VO de 8/8h durante 5-7 dias <p>Com sinais de gravidade tratar em regime de internamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Penicilina Cristalina 200.000 UI kg/dia, EV, de 6/6 h durante 7 – 10 dias e Gentamicina 7,5mg/kg/dia 1vez/dia IM/EV ou de 12/12 EV durante 5-7 dias • 2ª opção Ceftriaxona 100 mg, EV kg/dia, IM, 12/12 durante 7 dias <p>Para completar o tratamento em internamento ou tratamento em ambulatório</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Amoxicilina 50mg/kg/dia de 8/8h VO durante 5-7 dias ou • 2ª opção Amoxicilina+ ac.clavulânico 50mg/kg/dia de 8/8 VO durante 5-7dias <p>Casos de alergia à Penicilinas</p> <p>Azitromicina 10mg/kg/dia, 1vez/dia, VO durante 3-5 dias</p>	<p>Com sinais de gravidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção: Ceftriaxona 1 gr ev 12/12 horas (passar a regime oral com Clavamox depois de melhoria até completar 10 dias) + Azitromicina 500 mg/dia ou Claritromicina 500mg 12/12 horas ou Ciprofloxacina 500mg 12/12 horas • 2ª opção: Amoxi/Ác. Clavulânico. 875/125mg 12/12 horas ou 500/125mg 8/8 horas + Azitromicina 500 mg/dia ou Claritromicina 500mg 12/12 horas ou Ciprofloxacina: 500mg 12/12h por 10 dias • 3ª opção: Amoxicilina 1g 8/8 horas + Azitromicina 500 mg/dia ou Claritromicina 500mg 12/12 horas ou Ciprofloxacina: 500mg 12/12h por 10 dias <p>Nota: Ciprofloxacina pode substituir os betalactâmicos em caso de alergia Doxiciclina 100 mg 12/12 horas pode ser alternativa a Macrolídeos</p>

Tabela 62: Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PCP)

Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i>		
	Crianças	Adultos
Diagnóstico Clínico	Início agudo com: febre moderada < 38°C, tosse seca ou produtiva, taquipneia e/ou dispneia moderada a grave, apneia nos lactentes cianose. Auscultação pulmonar pouco reveladora.	Geralmente início insidioso, com tosse seca, dispneia progressiva, febre, perda de peso. Auscultação pulmonar pouco reveladora.
Diagnóstico 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	

	Crianças	Adultos e crianças ≥30Kg								
Tratamento	<p>Tratamento de escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazol, oral ou EV, 20 mg/kg/dia, do componente TMP, dividido em 4 doses, durante 21 dias • Oxigénio, se disponível • Associar Prednisolona para todos os casos durante 21 dias com desmame (dose máxima de prednisolona é de 60mg) <ul style="list-style-type: none"> » 2mg/kg/dia de 12/12h nos primeiros 7 dias, » 1mg/kg/dia 12/12h do 8º ao 14º dia, » 1mg/kg/dia em dias alternados ou 0.5mg/kg/dia do dia 15 até ao 21 dias <p>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</p>	<p>Tratamento de escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazol (Sulfametoxazol 400mg + Trimetopim 80mg): 15mg do componente TMP/kg/dia, dividido em 3 ou 4 doses diárias, duração de 21 dias: <table border="1" data-bbox="598 358 845 601"> <thead> <tr> <th>Peso</th> <th>Comp/dia (deve ser dividido)</th> </tr> </thead> <tbody> <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 cp/dia</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigénio 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. <p>Tratamento alternativo: duração de 21 dias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para doença severa: Primaquina 15-30 mg por dia + Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas • Para doença moderada: Dapsona 100mg “per os” 1xdia + Trimetopim 15mg/kg/dia, dividido em 3 a 4 doses 	Peso	Comp/dia (deve ser dividido)	30 a 45 kg	8cp/dia	45 a 60 kg	12cp/dia	>60 kg	16 cp/dia
Peso	Comp/dia (deve ser dividido)									
30 a 45 kg	8cp/dia									
45 a 60 kg	12cp/dia									
>60 kg	16 cp/dia									

Tabela 63: 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: » Criptococo, Histoplasma e outras: Infiltrado difuso e/ou nodular com padrão em flocos de algodão. » Aspergilose pulmonar: cavitações pulmonares no Rx	
	Crianças	Adultos
Tratamento	Fluconazol, 3 - 6 mg/kg/dia, 6-10 semanas OU Anfotericina B, 0,7- 1mg/kg/dia, EV, 1xdia, 4 - 8 semanas	Fluconazol 400-800 mg/dia 8-10 semanas ou Itraconazol 200-400mg/dia Anfotericina B, 0.7-1 mg/kg/dia, 8-10 semanas

Tabela 64: Pneumonia Intersticial Linfoide (PIL)

Pneumonia intersticial linfoide	
<p>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.</p>	
Diagnóstico	
A. Clínico	<p>Tosse crónica seca com ou sem sibilos, dispneia de grau variável, frequente sobreposição de infecção bacteriana</p> <p>Sintomas associados: linfadenopatia generalizada e persistente associada, parotidite geralmente bilateral, hipocratismos digitais (dedos em baqueta de tambor), hepatosplenomegalia</p>
B. Radiológico	<p>RX do tórax: infiltrado intersticial difuso e/ou micronodular de predomínio nas bases com aumento do mediastino</p>
Tratamento	<p>Se assintomática: nenhum tratamento</p> <p>Tratar a sobreinfecção bacteriana (ver tabela relativa a pneumonia)</p>

6.3 Manifestações Neurológicas no Paciente HIV+

Algoritmo 21: Abordagem do Paciente Adulto HIV+ com Cefaleia e Imunodepressão Severa

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.

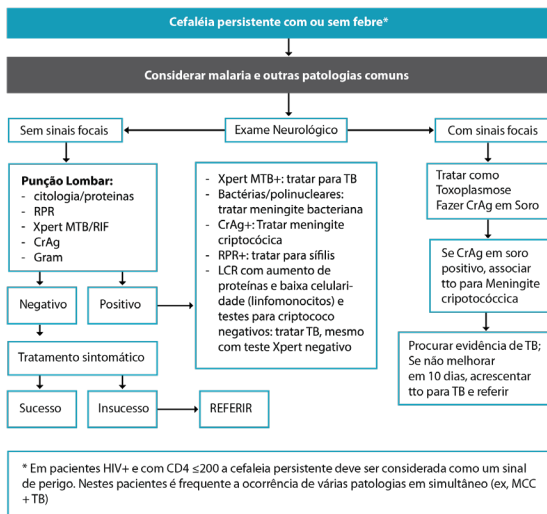


Tabela 65: Toxoplasmose do SNC

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.	Adulto
Tratamento (6 semanas)	<p>1ª Opção: Cotrimoxazol-15 mg/kg/dia da componente de Trimetoprim, EV ou VO de 6/6h, durante 6 semanas.</p> <p>2ª 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, por 4-6 semanas</p>	<p>1ª opção: Cotrimoxazol (50/10mg/kg/dia dividido em 2 a 4 doses diárias, por 6 semanas)</p> <p>2ª opção: Sulfadiazina 1.500 mg VO 6/6h + Ácido fólico 15 mg VO diariamente + Primetamina 200 mg VO como dose de ataque, seguida de dose diária segundo o peso corporal (todo durante 6 semanas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 60kg: pirimetamina 50 mg VO diariamente + sulfadiazina 1000 mg VO 6/6h + Ácido fólico 15 mg diariamente. • 60 kg: pirimetamina 75 mg VO diariamente + Sulfadiazina 1500 mg VO 6/6 horas + Ácido fólico 15 mg diariamente <p>3ª opção: Para casos de alergia ao Cotrimoxazol, Clindamicina 600 mg 6/6 horas+ Primetamina (200 mg/dia no primeiro dia, e depois 50mg/dia) + Ácido fólico 15mg VO diariamente, durante 6 semanas</p> <p>Nas grávidas, pela gravidade da doença, recomenda-se manter o mesmo esquema terapêutico. No primeiro trimestre da gestação, considerar a interrupção da gestação.</p>
Profilaxia secundária	<p>Sulfadiazina 75mg/kg/dia VO de 12/12 horas + pirimetamina 1mg/kg por dia e Ácido fólico 5- 10 mg VO 3 x por semana</p> <p>Cotrimoxazol, 5 mg/kg/dia (componente de Trimetoprim) VO, 1 vez/dia, durante 6 meses ou mais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazol 400/80 mg (2 cp/dia) • Sulfadiazina 2000-4000 mg VO por dia (dividido em 4 tomas) + Primetamina (25-50 mg/dia) + Ácido fólico (15mg/dia). • Clindamicina 600 mg VO 8/8h + (pirimetamina 25-50 mg/dia + Ácido fólico 15 mg VO diariamente)
	<p>Suspender profilaxia secundária quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 66: Meningite criptocócica

Parâmetro	Descrição da abordagem
Manifestações clínicas	<p>Geralmente é meningite de evolução sub-aguda com: cefaleia intensa, alterações visuais e/ou auditivas, com ou sem febre. Mais tarde pode aparecer confusão mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> Os sinais meníngeos clássicos, como rigidez da nuca e fotofobia, ocorrem em apenas um quarto a um terço dos pacientes. Os pacientes com imunodepressão severa podem ter envolvimento meníngeo sem apresentar sinais positivos (sem rigidez da nuca).
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> LCR: <ul style="list-style-type: none"> » Punção lombar: geralmente com pressão de saída do LCR elevada (>30 cm de água) em mais de 75% dos casos. » Solicitar a pesquisa do antígeno específico para criptococo (CrAg) no LCR (tem sensibilidade 93%) ou de fungos através da coloração com tinta-da-china (sensibilidade de 75 a 85%). Hemocultura e cultura de fungos no LCR.

Tratamento	Adulto e Criança
<p>1ª Opção:</p> <p>a) Fase de indução (2 semanas): Dia 1: Anfotericina B lipossômica 10 mg/kg, diluído em 1000ml de soro glicosado (dextrose 5%), administrado em 2 horas + Fludtosina 100mg/kg/dia VO (6/6h) Semana 1 e 2 (dias 2 a 14): Fludtosina 100mg/kg/dia VO (6/6h) + fluconazol 1200 mg/dia (12 mg/kg/dia para crianças, com dose máxima de 800 mg/dia)</p> <p>b) Fase de consolidação (8 semanas): fluconazol 800mg/dia (6-12 mg/kg/dia para crianças)</p> <p>c) Fase de manutenção: fluconazol 200 mg/dia. (6 mg/kg/dia para crianças)</p> <p>2ª Opção:</p> <p>a) Fase de indução (2 semanas): Semana 1: Anfotericina desoxicolato 1mg/kg/dia, EV, diluído em 500ml de soro glicosado (dextrose 5%) 1 vez/dia, administrado em 4-6 horas + Fludtosina 100mg/kg/dia VO (6/6h).</p> <p>Semana 2: fluconazol 1200 mg/dia (12 mg/kg/dia para crianças, com dose máxima de 800 mg/dia)</p> <p>b) Fase de consolidação (8 semanas): fluconazol 800mg/dia (6-12 mg/kg/dia para crianças)</p> <p>c) Fase de manutenção: fluconazol 200 mg/dia. (6 mg/kg/dia para crianças)</p> <p>Regimes alternativos (menos eficaz, em caso de falta de medicamento, intolerância ou falta de capacidade para monitorar toxicidade de Anfotericina):</p> <p>a) Fase de indução (2 semanas): – Anfotericina EV + Fluconazol 1200 mg/dia VO ou – Fluconazol 1200 mg/dia VO + Fludtosina 100mg/kg/dia VO (dividido em 4 doses).</p> <p>b) Fase de consolidação (8 semanas): Fluconazol 800mg/dia.</p> <p>c) Fase de manutenção: fluconazol 200 mg/dia.</p>	

Nota:

- **A Anfotericina B lipossômica** é menos tóxica que a **anfotericina B desoxicolato**. Portanto, sempre que estiver disponível recomenda-se que se use preferencialmente a anfotericina B lipossômica. A Anfotericina B lipossômica pode ser administrada em 2 horas de tempo.
- **Na mulher grávida**, o tratamento de eleição é anfotericina B, pela maior eficácia do regime. Os antifúngicos azólicos tais como (fluconazol, itraconazol, ketoconazol) e a fludiosina têm efeito teratogênico para o feto. No primeiro trimestre de gestação, considerar a interrupção da gravidez, pela possibilidade de transmissão da infecção para o feto, com complicações neurológicas graves e pelos riscos do uso da medicação no feto.
- **Manejo da Hipertensão Intracraniana na meningite criptocócica:** a hipertensão intracraniana mantida nos pacientes com MCC obriga a realizar punções para evacuar LCR de forma regular (diária ou a cada 2 ou 3 dias dependendo do caso). Nesta manobra é indicado fazer a extração de 20 a 30 ml de líquor por dia, até a resolução da hipertensão intracraniana, ou até o paciente apresentar melhora da sintomatologia. As PL podem ser suspensas quando o paciente mantém pressões por volta de 30 cm de água e melhora dos sintomas (cefaleia, vômitos). A punção lombar repetida nestes casos permite melhorar o prognóstico dos pacientes (sobrevivência e redução de sequelas neurológicas derivadas da hipertensão intracraniana).
- **A pressão de saída do LCR** pode ser medida usando uma régua e um sistema de soro conectado à agulha de punção lombar. A pressão de saída é igual à distância percorrida pelo LCR dentro do sistema + 6 cm (PL deve ser feita em decúbito lateral)

	Atenção: A profilaxia secundária (fase de manutenção) da meningite criptocócica é obrigatória. Caso não seja feita, a recidiva ocorre em 100% dos casos.	
Profilaxia secundária	Criança 10-14 anos	Adulto
Quando iniciar a profilaxia secundária?	Fluconazol 3 mg/kg/dia. Deve ser iniciada logo após o término da fase de indução e consolidação.	Fluconazol 600mg/dia Deve ser iniciada logo após o término da fase de indução e consolidação.
Quando suspender a profilaxia secundária?	A profilaxia secundária pode ser suspensa apenas quando: <ul style="list-style-type: none"> • Pelo menos 10 meses de profilaxia com fluconazol • CD4 \geq 200 cels/mm³ • CV indetectável 	Apenas deve-se suspender a profilaxia secundária com fluconazol quando ocorrerem todas as seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> • O paciente tiver completado pelo menos 10 meses de profilaxia. • A contagem de linfócitos T CD4 + for \geq 100 cel/mm³ (1 única medição durante o período do curso da profilaxia) e • O paciente tiver carga viral indetectável
TARV	Para os pacientes com diagnóstico de meningite criptocócica, deve-se adiar o início de TARV (ou a troca para 2ª linha em casos de falência terapêutica) por 4 a 6 semanas, a contar a partir da data do início do tratamento da meningite, devido ao elevado risco de desenvolvimento da síndrome de reconstituição imunológica e consequente risco de morte.	

Pacote mínimo para a prevenção da toxicidade por anfotericina B, monitoria clínica e manejo do paciente

Hidratação prévia à administração de Anfotericina B e suplementação com eletrólitos

Adultos:

- Antes da infusão de Anfotericina B, hidratar com 1 litro de soro fisiológico a 0,9% (ou lactato de ringe se soro fisiológico não estiver disponível) + 1 ampola de KCl (20 mmol) em 2 horas.
- 1 ou 2 comprimidos orais de KCl (8 mEq), duas vezes por dia (na falta de KCl endovenoso)
- Não deve ser administrado potássio aos pacientes com insuficiência renal ou hipercalêmia.

Crianças:

- Antes da infusão de Anfotericina B, hidratar com 15 ml/Kg de peso de soro fisiológico a 0,9% (ou lactato de ringe se soro fisiológico não estiver disponível) + 10 mmol de KCl (20 mmol) em 2 horas.
- Adicionar 1 comp de KCl (8 mEq) L por via oral 2 vezes por dia (na falta de KCl endovenoso)

Monitoria:

- Potássio sérico e creatinina (inicial e no dia 3 de tratamento). Em caso de uso de Anfotericina por mais tempo (anfotericina Desoxicolato e também em caso de uso de qualquer formulação de anfotericina no protocolo sem Fluctosina), monitorar potássio e creatinina a cada 2 dias.
- Hemoglobina (inicial e no dia 7 de tratamento).
- Em caso de uso prolongado de Anfotericina, se o valor da creatinina aumentar (uma elevação ≥ 2 vezes em relação ao valor de base), deve-se suspender uma dose de Anfotericina B ou aumentar a hidratação (1 litro de 8/8 horas). Após a melhora, reiniciar, considerando a administração a cada 48 horas. Se a creatinina mantiver-se elevada, deve-se considerar a interrupção do tratamento para continuar com Fluconazol 1200 mg/dia junto com Fluctosina, e monitorar a creatinina diariamente.

Tratamento da toxicidade por Anfotericina B:

- Se tiver hipocalcemia importante ($K^+ < 3.3$ mmol/l) aumentar os suplementos de KCL:
 - » 2 ampolas de KCL (40 mmol) ou 1-2 comprimidos de KCL (8 mEq) por via oral 3 vezes por dia
 - » Monitorar o potássio diariamente até normalizar
- Com Anfotericina B desoxicolato é relativamente frequente a ocorrência de tremores/galafrios. Pode-se usar Paracetamol para o manejo.

Tabela 67: Meningite Bacteriana

Manifestações clínicas	<p>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 à septicemia, com sinais e sintomas inespecíficos Sintomas derivados dos prováveis focos envolvidos: sinusite, otite, pneumonias, mastoidite, endocardite</p>	
Diagnóstico	<p>Clinico. Confirmação através das alterações do LCR obtido a partir da punção lombar: Pleocitose (PMN), glicose diminuída, proteínas elevadas, bacteriologia (coloração GRAM positiva)</p>	
	Adulto	Criança
Tratamento	<p>1ª Opção: Ceftriaxona 2g EV 12/12h</p> <p>2ª Opção: Ampicilina (3g EV 6/6h) + Cloranfenicol (1g EV 6/6h)</p> <p>3ª Opção: Penicilina G cristalina 4 milhões EV 4/4h + Cloranfenicol (1g EV 6/6h)</p> <p>Gravidez: está indicada a Ceftriaxona 2g EV 12/12h. No caso de não estar disponível, usar Ampicilina (4g EV 6/6h).</p>	<p><u>Lactentes com idade entre 1 a 3 meses de vida:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Ceftriaxona: 100mg/kg/dia (dose max. 4g/dia) de 12/12 EV durante 14-21 dias + Ampicilina 400mg/kg/dia, EV de 6/6h durante 14 – 21 dias. <p><u>Crianças com ≥ 3 meses de vida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Ceftriaxona 100mg/kg/dia, EV de 12/12h durante 21 dias; • 2ª opção Ampicilina 400mg/kg/dia (dose máxima 12g/dia) EV de 6/6 horas + Cloranfenicol 100mg/kg/dia, EV, dividido de 6/6h durante 10 dias • 3ª opção Vancomicina: 60mg/kg de 6/6h EV <p>Tratamento coadjuvante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se apresentar sinais de hipertensão intracraniana: Manitol 10%, 1ml/kg, EV, 6,6h, ou Furosemda, 1-2 mg/kg/dia + Dexametasona 0,15mg/kg/dose de 6 /6h máximo 4 dias - A administração de dexametasona na primeira hora após o antibiótico ou concomitantemente durante 2 dias, deve ser considerada na etiologia pneumocócica ou por H.influenzae.

Tabela 68: Meningite Tuberculosa

Manifestações clínicas	Evolução subaguda (2-3 semanas) cefaleia, mal-estar geral, confusão mental associada ou não a outros sintomas de tuberculose (febre, sudorese, tosse). A evolução dos sintomas pode ser mais rápida em pacientes com HIV. Pode-se observar sinais meníngeos, alteração do nível de consciência, sinais neurológicos focais, alterações de comportamento, crises convulsivas, sinais sugestivos de hipertensão intracraniana. Em pacientes com imunodepressão avançada (CD4 < 200 células/mm3), a TB pode ser uma doença sistêmica grave com rápida progressão, febre alta e sepse (TB disseminada)																																																									
Manifestações clínicas	Paciente com alterações neurológicas características +/- Rx do tórax sugestivo de TB +/- confirmação de TB pulmonar Confirmação através das alterações do LCR obtido a partir da punção lombar: pleocitose (linfocitose), glicose diminuída, proteínas elevadas, bacteriologia (BK, GeneXpert positivos) e ADA aumentada.																																																									
	Adulto	Criança																																																								
Tratamento	<p>Fase Intensiva: 2 meses de tratamento diário com dose fixa combinada (4DFC): Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Peso pré tratamento (em Kg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nº comp 4DFC*</td> <td>25-39 kg</td> <td>40-54 kg</td> <td>55-70 kg</td> <td>≥71 kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fase de Manutenção: 10 meses de tratamento diário com dose fixa combinada (2DFC): Isoniazida e rifampicina</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Peso pré tratamento (em Kg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nº comp 2DFC**</td> <td>25-39 kg</td> <td>40-54 kg</td> <td>55-70 kg</td> <td>≥71 kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Peso pré tratamento (em Kg)					Nº comp 4DFC*	25-39 kg	40-54 kg	55-70 kg	≥71 kg		2	3	4	5	Peso pré tratamento (em Kg)					Nº comp 2DFC**	25-39 kg	40-54 kg	55-70 kg	≥71 kg		2	3	4	5	<p>Fase Intensiva: 2 meses de tratamento diário com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol</p> <p>Fase de Manutenção: 10 meses de tratamento diário com dose fixa combinada (2DFC): Isoniazida e rifampicina</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Peso Kg</th> <th colspan="2">Fase Intensiva</th> <th rowspan="2">Fase de Manutenção 2DFC Pediátrico</th> </tr> <tr> <th>3DFC Pediátrico</th> <th>E 100</th> </tr> </thead> <tbody> <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 cp de 400mg</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Peso Kg	Fase Intensiva		Fase de Manutenção 2DFC Pediátrico	3DFC Pediátrico	E 100	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 cp de 400mg	5
Peso pré tratamento (em Kg)																																																										
Nº comp 4DFC*	25-39 kg	40-54 kg	55-70 kg	≥71 kg																																																						
	2	3	4	5																																																						
Peso pré tratamento (em Kg)																																																										
Nº comp 2DFC**	25-39 kg	40-54 kg	55-70 kg	≥71 kg																																																						
	2	3	4	5																																																						
Peso Kg	Fase Intensiva		Fase de Manutenção 2DFC Pediátrico																																																							
	3DFC Pediátrico	E 100																																																								
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 cp de 400mg	5																																																							
	<p>* 4DFC: Isoniazida (75mg), rifampicina (150mg), pirazinamida (400mg) e etambutol (275mg) ** 2DFC: Isoniazida (75mg), rifampicina (150mg)</p>		<p>* 3DFC: Isoniazida (30mg), rifampicina (60mg), pirazinamida (150mg) ** 2DFC: Isoniazida (30mg), rifampicina (60mg)</p>																																																							

Tratamento adjuvante com corticoides	Prednisolona 0,5- 1mg/kg/dia ou Dexametasona 0, 1,5-0,3 mg/kg/dia (Max 24 mg/dia) com desmame progressivo	Prednisolona 2 mg/kg/dia (dose máxima 60 mg) durante 4 semanas com desmame progressivo; 2mg/kg/dia primeiros 7 dias; 1mg/kg/dia do 8 ao 14, 0,5mg/kg/dia do 14 ao 21 dia e 0,5mg/kg em dias alternados até completar as 4 semanas.
TARV	O início do TARV na meningite tuberculosa deve ser adiado 8 semanas, para prevenir a ocorrência da síndrome de imunorreconstituição (SIR) que pode ser grave quando envolve o SNC.	

Tabela 69: Meningites/Encefalites Virais

Agentes Etiológicos	HIV (meningite asséptica durante a primo-infecção em 25% dos casos), Herpes simplex 1 e 2 (VHS-1/2), Herpes zoster (VWZ), Citomegalovírus (CMV)	
Manifestações clínicas	Cefaleia de localização frontal ou retro orbital associada a fobia, febre e letargia. Sintomas constitucionais podem estar presentes (mal-estar geral, mialgias, anorexia, náuseas e vômitos). A presença de alteração do nível de consciência sugere meningoencefalite	
Diagnóstico	Punção lombar: pleocitose (linfocitose), proteínas normais ou ligeiramente aumentadas e concentração de glicose normal. PCR positiva – VHS, VWZ, CMV, VEB	
	Adultos	Crianças
Tratamento	<p>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</p> <p>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</p> <p>Encefalite por CMV: Ganciclovir (5 mg/kg 2x/dia IV, 14 dias para continuar com 5mg/kg 1x/dia IV em infusão > 1 hora) + Foscarnet (60mg/kg 8/8h IV ou 90mg/kg 1.2/12h IV por 14 dias para continuar com 90-120mg/kg 1x/dia IV)</p>	<p>Encefalite por VHS: Aciclovir 30- 45 mg/kg/dia dividido em 8/8h EV ou oral durante 14-21 dias</p> <p>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.</p>
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 70: Neurossfilis

Manifestações clínicas	Meningite asséptica (cefaléia, rigidez de nuca e fotofobia), sinais focais como comprometimento de nervos cranianos (VII e VIII), afasia, convulsões e sintomas neuropsiquiátricos	
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• LCR leucodotose com linfocitose• VDRL no liquor positivo: baixa sensibilidade e alta especificidade	
Tratamento	Adulto	Criança
	<ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina cristalina 100 – 150 mil UI/Kg/dose IV 12/12h, por 10 diasou• 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)

6.4 Manifestações Mucocutâneas associadas ao HIV

Tabela 71: Infecções Bacterianas da Pele

Infecções bacterianas da pele		
Manifestações clínicas	Impetigo, Foliculite, Hidrosadenite supurativa, Abscessos subcutâneos, Erisipela, Celulite e Promiosite. A extensão, evolução rápida e recidivas frequentes são características destes doentes	
	Criança	Adulto
Tratamento	<p>Limpeza com água e sabão e desinfecção das lesões com anti-séptico, 2x/dia.</p> <p>Lesões pouco extensas: Aplicação de creme/pomada antibiótica: Bacitracina, Fucidine, Mupirocina 2-3x/dia</p> <p>Infecções complicadas, nomeadamente abscessos, fleimão e piomiosite, considerar drenagem cirúrgica e antibioterapia parenteral.</p>	<p>Eritromicina, ou Azitromicina, ou Amoxicilina + Ácido Clavulânico, ou Doxiciclina, ou Tetraciclina ou Cotrimoxazol, durante 10 dias.</p>
	<p>1ª opção Amoxicilina 50mg/kg/dia, VO de 8/8 h durante 7 dias;</p> <p>2ª opção Amoxicilina + Ácido clavulânico 50mg/kg/dia, VO de 8/8 durante 7 dias;</p> <p>3ª opção Ceftriaxona 100mg/kg/dia, EV de 12/12h durante 5-7 dias</p> <p>Casos de alergia a Penicilinas</p> <p>1ª opção Azitromicina 10mg/kg/dia, VO 1vez/dia, durante 5 dias;</p> <p>2ª opção Eritromicina 50mg/kg/dia, VO de 8/8h durante 7 dias.</p>	

Tabela 72: Infecções Cutâneas por Fungos

Dermatofitose ou Tinha					
Tratamento	Desinfecção diária com anti-sépticos e antibio terapia em caso de sobreinfecção bacteriana				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Criança</th> <th>Adulto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Tinea Capitis</p> <p>1ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Griseofulvina 20–25 mg/kg/ dia PO 1 vez/dia, por 6–12 semanas (tomado com leite ou alimentos gordurosos para aumentar absorção). <p>2ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluconazol 6mg/kg/dia 1 vez/dia durante 3 a 8 semanas; <p>Tratamento Tópico</p> <p>1ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Ketoconazol creme- aplicar no couro cabeludo durante 3 a 8 semanas. <p>2ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Clotrimazol creme aplicar no couro 3 a 8 semanas. </td> <td> <p>Tinha das unhas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluconazol 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. <p>Outras formas clínicas:</p> <p>Se lesões escassas e evolução <2 meses, Clotrimazol, creme: aplicar 2 vezes ao dia por 3 a 4 semanas;</p> <p>Se lesões extensas e evolução >2 meses, acrescentar tratamento oral com Fluconazol 150 mg/dia ou Griseofulvina 500 mg/dia 12/12 horas, durante 4–6 semanas.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Criança	Adulto	<p>Tinea Capitis</p> <p>1ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Griseofulvina 20–25 mg/kg/ dia PO 1 vez/dia, por 6–12 semanas (tomado com leite ou alimentos gordurosos para aumentar absorção). <p>2ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluconazol 6mg/kg/dia 1 vez/dia durante 3 a 8 semanas; <p>Tratamento Tópico</p> <p>1ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Ketoconazol creme- aplicar no couro cabeludo durante 3 a 8 semanas. <p>2ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Clotrimazol creme aplicar no couro 3 a 8 semanas. 	<p>Tinha das unhas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluconazol 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. <p>Outras formas clínicas:</p> <p>Se lesões escassas e evolução <2 meses, Clotrimazol, creme: aplicar 2 vezes ao dia por 3 a 4 semanas;</p> <p>Se lesões extensas e evolução >2 meses, acrescentar tratamento oral com Fluconazol 150 mg/dia ou Griseofulvina 500 mg/dia 12/12 horas, durante 4–6 semanas.</p>
Criança	Adulto				
<p>Tinea Capitis</p> <p>1ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Griseofulvina 20–25 mg/kg/ dia PO 1 vez/dia, por 6–12 semanas (tomado com leite ou alimentos gordurosos para aumentar absorção). <p>2ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluconazol 6mg/kg/dia 1 vez/dia durante 3 a 8 semanas; <p>Tratamento Tópico</p> <p>1ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Ketoconazol creme- aplicar no couro cabeludo durante 3 a 8 semanas. <p>2ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> Clotrimazol creme aplicar no couro 3 a 8 semanas. 	<p>Tinha das unhas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluconazol 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. <p>Outras formas clínicas:</p> <p>Se lesões escassas e evolução <2 meses, Clotrimazol, creme: aplicar 2 vezes ao dia por 3 a 4 semanas;</p> <p>Se lesões extensas e evolução >2 meses, acrescentar tratamento oral com Fluconazol 150 mg/dia ou Griseofulvina 500 mg/dia 12/12 horas, durante 4–6 semanas.</p>				

Tabela 72: Infecções Cutâneas por Fungos (Continuação)

Tratamento	Criança
	<p>Tinea Corporis Agentes tópicos: 1ª opção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clotrimazol – aplicar na pele durante 2 a 8 semanas; • 2ª opção • Ketoconazol – aplicar na pele durante 2 a 8 semanas; <p>Onicomicose (Tinea das unhas):</p> <p>Tratamento sistêmico: O tratamento sistêmico é indicado nas lesões extensas. Fluconazol 6mg/kg/dia, VO durante 3 a 6 meses nas onicomicoses das mãos e 6 a 12 meses nas onicomicoses dos pés (controle da função hepática);</p> <p>Tratamento Tópico Clotrimazol em solução ou creme, 2 x/ dia até desaparecimento das lesões, se lesões escassas e evolução < 2 meses aplicar clotrimazol por 3 a 4 meses; Ureia a 40% em creme ou desgate metódico da unha.</p>

Tabela 73: Infecções Cutâneas por Vírus

Herpes Simplex							
Manifestações clínicas	Agrupamento de vesículas → rotura → lesões ulceradas cutâneo-mucosas extensas, necróticas e persistentes* em qualquer localização, mas, sobretudo: herpes labial, herpes nasal, estomatite herpética, querato-conjuntivite herpética, herpes genital e perianal. *O carácter persistente (mais de 1 mês) e a propensão para a extensão, acentuada destruição e necrose são característicos do Herpes no indivíduo imunodeprimido.						
Tratamento geral	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem regular do local afectado com água e sabão; • Antibioterapia, se infecção secundária: Azitromicina ou Amoxicidina+ Ác Clavulânico ou Cotrimoxazol. No adulto também pode-se utilizar tetraciclina ou doxiciclina. • Analgésicos se necessário. 						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Criança</th> <th>Adulto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tratamento específico</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Gengivostomatite, forma moderada ou grave: Aciclovir EV 20 mg/ kg/ dose de 6/6 ou 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 interessado somente pele, olhos e boca. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Infecção muco-cutânea: Aciclovir 400 mg VO de 8/8 horas, durante 7 a 10 dias, ou até cicatrização das lesões. • Recomendar hidratação oral para prevenir nefrototoxicidade <p>Grávida: a presença de herpes genital (lesão activa) no momento do parto constitui uma indicação de cesariana, pelo risco de infecção neonatal</p> </td> </tr> </tbody> </table>		Criança	Adulto	Tratamento específico	<ul style="list-style-type: none"> • Gengivostomatite, forma moderada ou grave: Aciclovir EV 20 mg/ kg/ dose de 6/6 ou 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 interessado somente pele, olhos e boca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção muco-cutânea: Aciclovir 400 mg VO de 8/8 horas, durante 7 a 10 dias, ou até cicatrização das lesões. • Recomendar hidratação oral para prevenir nefrototoxicidade <p>Grávida: a presença de herpes genital (lesão activa) no momento do parto constitui uma indicação de cesariana, pelo risco de infecção neonatal</p>
	Criança	Adulto					
Tratamento específico	<ul style="list-style-type: none"> • Gengivostomatite, forma moderada ou grave: Aciclovir EV 20 mg/ kg/ dose de 6/6 ou 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 interessado somente pele, olhos e boca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção muco-cutânea: Aciclovir 400 mg VO de 8/8 horas, durante 7 a 10 dias, ou até cicatrização das lesões. • Recomendar hidratação oral para prevenir nefrototoxicidade <p>Grávida: a presença de herpes genital (lesão activa) no momento do parto constitui uma indicação de cesariana, pelo risco de infecção neonatal</p>					

Varicela	
Manifestações clínicas	Os imunodeprimidos podem desenvolver formas graves, necróticas e extensas com afecção visceral múltipla (pneumonia, encefalite, meningite, hepatite, glomerulonefrite...)
Tratamento	<p>Cuidados Gerais: Limpeza e desinfecção local com anti-sépticos Antipiréticos: Paracetamol Antihistamínicos: Clorfeniramina, Loratadina Hidratação abundante</p>
	Criança
Tratamento Específico	<p>Na ausência de imunodepressão ou moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aciclovir oral: 20mg/Kg/dose (max 800mg/dose) de 6/6h durante 7-10 dias ou até não aparecerem novas lesões <p>Em caso de imunodepressão severa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aciclovir EV/VO: 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. <p>Se as lesões forem muito extensas ou em caso de imunodepressão grave internar.</p> <p>Atenção: Hidratação abundante (nefrotoxicidade do Aciclovir)</p>
	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	<p>Erupção de vesículas, bolhas e pústulas, normalmente unilateral, linear e seguindo o trajecto de um dermatómo; 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</p> <p>Complicações: Infecção bacteriana secundária, Ulceração, necrose, Neuralgia pós-herpética. Paralisia facial (síndrome de Ramsey Hunt), oftalmoplegia, paralisias radiculares. Disseminação para o pulmão, SNC, rins ou fígado.</p>				
Tratamento	<p>Cuidados Gerais: Limpeza e desinfeção local com água e sabão e anti-sépticos.</p> <p>Analgésicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol, associado a Diclofenac ou Ibuprofeno • Se dor intensa e sem alívio com as medidas acima, considerar o uso de Codeína. 				
Tratamento específico	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Criança</th> <th>Adulto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Na ausência de imunodepressão ou moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir oral: 20mg/kg/dose (max 800mg/dose) de 6/6h durante 7-10 dias ou até não aparecerem novas lesões <p>Crianças com Imunossupressão Grave (envolvimento extenso do dermatómo, nervo trigêmeo ou sacral, ou zóster disseminado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 10 mg/kg/dose ou 500 mg/m², EV/VO de 8/8h, durante 10 a 14 dias; • < 12 anos: Aciclovir EV 20 mg/kg/dose de 8/8h durante 7 a 10 dias • ≥ 12 anos: Aciclovir EV 10 mg/kg/dose de 8/8h durante 7 a 10 dias </td> <td> <p>Aciclovir 800 mg VO, de 4/4 horas (5 vezes ao dia: 6h, 10h, 14h, 18h, 22h) durante 7 a 10 dias.</p> <p>Tratamento da neuralgia pós-herpética:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos de dor contínua: Amitriptilina no adulto (12,5mg à noite nos primeiros 3 dias, e depois 25mg à noite) até melhoria. <p>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).</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Criança	Adulto	<p>Na ausência de imunodepressão ou moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir oral: 20mg/kg/dose (max 800mg/dose) de 6/6h durante 7-10 dias ou até não aparecerem novas lesões <p>Crianças com Imunossupressão Grave (envolvimento extenso do dermatómo, nervo trigêmeo ou sacral, ou zóster disseminado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 10 mg/kg/dose ou 500 mg/m², EV/VO de 8/8h, durante 10 a 14 dias; • < 12 anos: Aciclovir EV 20 mg/kg/dose de 8/8h durante 7 a 10 dias • ≥ 12 anos: Aciclovir EV 10 mg/kg/dose de 8/8h durante 7 a 10 dias 	<p>Aciclovir 800 mg VO, de 4/4 horas (5 vezes ao dia: 6h, 10h, 14h, 18h, 22h) durante 7 a 10 dias.</p> <p>Tratamento da neuralgia pós-herpética:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos de dor contínua: Amitriptilina no adulto (12,5mg à noite nos primeiros 3 dias, e depois 25mg à noite) até melhoria. <p>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).</p>
Criança	Adulto				
<p>Na ausência de imunodepressão ou moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir oral: 20mg/kg/dose (max 800mg/dose) de 6/6h durante 7-10 dias ou até não aparecerem novas lesões <p>Crianças com Imunossupressão Grave (envolvimento extenso do dermatómo, nervo trigêmeo ou sacral, ou zóster disseminado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 10 mg/kg/dose ou 500 mg/m², EV/VO de 8/8h, durante 10 a 14 dias; • < 12 anos: Aciclovir EV 20 mg/kg/dose de 8/8h durante 7 a 10 dias • ≥ 12 anos: Aciclovir EV 10 mg/kg/dose de 8/8h durante 7 a 10 dias 	<p>Aciclovir 800 mg VO, de 4/4 horas (5 vezes ao dia: 6h, 10h, 14h, 18h, 22h) durante 7 a 10 dias.</p> <p>Tratamento da neuralgia pós-herpética:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos de dor contínua: Amitriptilina no adulto (12,5mg à noite nos primeiros 3 dias, e depois 25mg à noite) até melhoria. <p>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).</p>				

Molusco Contagioso	
Manifestações clínicas	<p>Lesões papulosas com umbilicação central (diâmetro 1-2mm), assintomáticas</p> <p>Localização preferencial: face ao redor dos olhos, tronco, região genital, perianal e membros</p> <p>Tendência à recidiva.</p>
Tratamento	<p>Nos casos de imunodepressão, o início de TARV melhora o quadro, com remissão das lesões.</p> <p>Em alguns casos pode ser necessária a eliminação através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curetagem • Electrocauterização • Crioterapia com azoto líquido

Tabela 74: 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-esca-mosas, hiperqueratósicas e proliferação parasitária importante.
Tratamento	Cuidados Gerais: Associar antibioterapia em caso de sobreinfecção bacteriana. Banho com água e sabão. Lavar a roupa pessoal e da cama com água quente e sabão e passar a ferro ou pôr ao sol
	Criança
	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hexadoretto de benzeno: aplicar 3 noites depois do banho (repetir depois de 1 semana)
	Adulto
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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

Tabela 75: Dermatoses Inflamatórias Associadas à Infecção por HIV

Dermatite seborreica	
Manifestações clínicas	<p>Erupção eritematosa descamativa, com prurido ligeiro no couro cabeludo, região retroauricular, canal auditivo, região interscapular, pré-esternal, axilas e virilhas Frequentemente recidivante.</p>
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Vaselina salicilada a 5% - para remoção das crostas, 2 x dia, 5 dias, ou • Clotrimazol, Micconazol ou Ketoconazol tópico 2x/dia 10 – 14 dias • Se não houver resposta: <ul style="list-style-type: none"> » Associar esteróides tópicos de baixa potência (Hidrocortisona 1%) durante 5 dias. » Considerar uso de Fluconazol no adulto, 200mg/dia por 14 a 20 dias. » Iniciar 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, ou nódulos, erosão ou crosta, que se localizam simetricamente nos membros, dorso e, por vezes, face. Carácter crónico e recidivante.				
Tratamento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Adulto</th> <th>Criança</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-histamínicos orais: Clorfeniramina 4mg VO 8/8h, • Corticoide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, até o seu desaparecimento • Loção de Calamina para aplicação na pele. • Se sobreinfecção bacteriana associar antibioterapia. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • 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: Corticoide 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> </tbody> </table>	Adulto	Criança	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-histamínicos orais: Clorfeniramina 4mg VO 8/8h, • Corticoide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, até o seu desaparecimento • Loção de Calamina para aplicação na pele. • Se sobreinfecção bacteriana associar antibioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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: Corticoide 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				
<ul style="list-style-type: none"> • Anti-histamínicos orais: Clorfeniramina 4mg VO 8/8h, • Corticoide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, até o seu desaparecimento • Loção de Calamina para aplicação na pele. • Se sobreinfecção bacteriana associar antibioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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: Corticoide tópico (Betametasona 0,1%), apenas sobre as lesões, durante 1 semana. Loção de cânfora e mentol, ou loção de calamina: 3 vezes por dia 				

<p>Psoríase</p>	<p>Placas eritemato-descamativas, 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)</p>
<p>Tratamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Associação de Ácido Salicílico a 5% + Dipropionato de Betametasona 0,05%, pomada: aplicar na área afectada 1-2 vezes ao dia; ou, • Associação de Ácido Salicílico a 5% pomada, 2 aplicações diárias; ou, • Óleo de Cade - aplicar 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 TARV melhora o quadro. <p>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.</p>

Tabela 76 : Sarcoma de Kaposi

Sarcoma de Kaposi associado à Infecção por HIV							
Manifestações clínicas	<p>A manifestação cutânea ou das mucosas apresenta-se com lesões únicas ou múltiplas do tipo manchas, pápulas ou nódulos de cor violácea a negra e que embora possam ter localização variável, acometem geralmente as extremidades dos membros inferiores ou a mucosa oral. Associam-se com frequência ao edema infiltrativo das regiões afectadas. Podem evoluir com ulceração, necrose e infecção secundária.</p> <p>A forma visceral acomete geralmente os pulmões, pleura, intestino, pericárdio e fígado.</p>						
Estadiamento	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #fce4d6;">T (extensão do tumor)</th> <th style="background-color: #fce4d6;">S (Sintomas associados)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T0 (lesões reduzidas) – confinadas à pele, e/ou gânglios linfáticos e/ou doença oral limitada.</td> <td>S0 (sem sintomas associados) - Paciente em bom estado geral, sem história de infecções oportunistas, sem sintomas «B», sem candidíase oral.</td> </tr> <tr> <td>T1 (lesões extensas) – Com edema ou ulceração. Pode ser SK oral extensivo, SK gastrointestinal, SK de outras vísceras.</td> <td>S1 (com sintomas "B") – Mau estado geral, com sinais e sintomas de infecção oportunista activa, com sintomas «B», com candidíase oral.</td> </tr> </tbody> </table> <p>*SINTOMAS B: febre inexplicável, sudorese nocturna, perda de peso de mais que 10%, diarreia persistente de mais de duas semanas de duração.</p>	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 associados) - Paciente em bom estado geral, sem história de infecções oportunistas, sem sintomas «B», sem candidíase oral.	T1 (lesões extensas) – Com edema ou ulceração. Pode ser SK oral extensivo, SK gastrointestinal, SK de outras vísceras.	S1 (com sintomas "B") – Mau estado geral, com sinais e sintomas de infecção oportunista activa, com sintomas «B», com candidíase oral.
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 associados) - Paciente em bom estado geral, sem história de infecções oportunistas, sem sintomas «B», sem candidíase oral.						
T1 (lesões extensas) – Com edema ou ulceração. Pode ser SK oral extensivo, SK gastrointestinal, SK de outras vísceras.	S1 (com sintomas "B") – Mau estado geral, com sinais e sintomas de infecção oportunista activa, com sintomas «B», com candidíase oral.						
Tratamento (3 componentes)	<ul style="list-style-type: none"> • TARV • Quimioterapia • Tratamento para controlo dos sintomas 						

<p>Tratamento Antirretroviral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todo paciente com diagnóstico de sarcoma de Kaposi deve iniciar TARV sem demora. • Se o paciente já está em TARV há mais de 6 meses, deve ser avaliado com CV para rastrear falência do tratamento. • A síndrome de reconstituição imune com agravamento transitório das lesões de SK é frequente (ocorre em 25% dos casos). Mas, na maioria dos casos a SIR não é grave e permite manter o TARV
<p>Indicações para a quimioterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com compromisso vital a curto prazo (lesões que interferem com alimentação/respiração). • Todos os pacientes com estadios T1 e/ou S1 desde o primeiro momento. • Também pacientes com estadios inferiores e que não apresentam melhoria das lesões após 3-6 meses em TARV

<p>Condições clínicas-laboratoriais para realizar a quimioterapia</p>	<p>Condições para realizar quimioterapia – No adulto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já ter iniciado o TARV • Hb ≥ 8 g/dl. Se for inferior, deve-se garantir a capacidade de monitorar e fazer transfusão em caso de necessidade • Neutrófilos ≥ 1000 células/mm³ • Plaquetas > 75.000 • Creatinina < 2 x Limite superior da normalidade • ALT < 2 x Limite superior da normalidade e sem icterícia • Fração ejeção \leq que 30% (se o regime de tratamento contém doxorubicina) • Não estar grávida. 	<p>Condições para realizar quimioterapia – Na criança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já ter iniciado o TARV • Hemoglobina ≥ 7g/dl • Contagem de Neutrófilos maior que 300 células/mm³ (3×10^3 cel/mm³). • Função renal sem alterações • Fração de ejeção \leq que 30% (se o regime de tratamento contém doxorubicina – teratenção pelo risco de toxicidade cardíaca).
--	---	--

<p>Outros cuidados (incluído o tratamento paliativo dos sintomas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza e desinfecção das lesões. • Massagens para melhorar a drenagem linfática. • Penso local das lesões ulceradas usando água morna com antisséptico (permanganato de potássio ou Hipoclorito de sódio 5%) • Antibioterapia, se tiver infecção secundária (creme de metronidazol 0,75% para controlo do mau cheiro das lesões sobreinfectadas). • Analgésicos eficazes (anti-inflamatórios, morfina e seus derivados quando necessário). • Controlo da dor neuropática em casos de toxicidade por Vincristina (Amitriptilina 10-25 mg à noite, aumentar até máximo de 100 mg/dia) <p>IMPORTANTE: Evitar corticosteroides em pacientes com Sarcoma de Kaposi, pelo risco de agravamento das lesões.</p>
<p>Factores de mau prognóstico:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de lesões de Kaposi disseminadas, edema, lesões orais extensas e no palato ou lesões de Kaposi presentes em outros órgãos (pulmões, intestino, fígado, entre outros). • Contagem de CD4 < 200 cel/mm³ ou CD4 < 15% (em crianças abaixo de 5 anos). • Com sinais de doença sistémica: sem sintomas B*, com doença oportunista activa, com candidíase oral e/ou Índice de kornofsky/lansky <70.

Quimioterapia para o Sarcoma de Kaposi no paciente ≥ 15 anos	
Regimes de tratamento quimioterápico para adultos	<p>1ª Linha de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª Opção (regime preferencial): Doxorubicina liposomal 20 mg/m² cada 3 semanas. Sempre que este medicamento estiver disponível, deve-se optar por esta linha terapêutica pois é mais eficaz e muito melhor tolerada pelo paciente (menos efeitos adversos). • 2ª Opção (regime alternativo): Tripla terapia com regime ABV (Adriamicina ou Doxorubicina convencional 60 mg/m² + Bleomicina 15 Unidades + Vincristina 2 mg) cada 3-4 semanas. <p>2ª Linha de tratamento ou regime de resgate (usado em casos com má resposta terapêutica ou caso de recaídas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paclitaxel. • Etopósido.
Preparação e administração da Quimioterapia no adulto	<p>Para adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se a administração prévia de Hidrocortisona 100 mg/EV e Metoclopramida 1 amp/EV, para minimizar os efeitos colaterais dos citotáticos • Doxorrubicina: Diluir em Soro fisiológico 0,9% ou glicosado 5% para atingir uma concentração de 2mg/ml e administrar em infusão lenta (20 minutos) • Vincristina: Diluir em Soro fisiológico 0,9% ou glicosado 5% para atingir uma concentração de 1 mg/5 ml e administrar por via EV rápida • Bleomicina: Diluir cada frasco com 15 Ul em 10 ml de Soro fisiológico 0,9% ou em água destilada (nunca em soro glicosado), e administrar por via EV rápida.

Quimioterapia para o Sarcoma de Kaposi no paciente \geq 15 anos (continuação)

**Duração da
quimioterapia**

Os ciclos de quimioterapia deverão ser efectuados até:

- Alívio da obstrução e melhoria funcional
- Alívio sintomático, incluindo a dor.
- Regressão das lesões cutâneo-mucosas (geralmente remissão parcial, com alteração da coloração, redução do tamanho, diminuição do infiltrado).

Deve-se evitar ultrapassar a dose cumulativa máxima para os seguintes agentes:

- Doxorubicina: 550 mg/m²
- Bleomicina 440 Unidades.

Regimes de tratamento quimioterápico para crianças (0 – 14 anos)

1ª Opção de tratamento (regime preferencial): REGIME ABV (ADRIAMICINA ou DOXORUBICINA + BLEOMICINA + VINCRIStINA)

1.1 ADRIAMICINA = DOXORUBICINA. 40mg/m² (dose cumulativa 300mg/ m² de SC): Diluir um frasco de Doxorubicina de 50 mg em 25ml de soro fisiológico, desta solução, retirar a quantidade correspondente da dose calculada e rediluir em 75 ml de dextrose 5%. Infundir esta ultima solução em 30 minutos, a um fluxo de 182 ml/hora. A fórmula para o cálculo de superfície corporal em m² é:
Superfície coporal (m²) = (4 x peso) + 71 / 90 + peso.

Exemplo: Uma criança de 20 kg terá uma superfície coporal de 0,79m². A quantidade de Doxorubicina recomendada será 31,6 mg (50 x 0,79 = 31,6 mg). Levar 1 frasco de 50 mg de Doxorubicina e diluir em 25 ml de soro fisiológico o que resulta numa solução de 50mg/25ml. A seguir, usando a regra de três simples vamos calcular a quantidade necessária de doxorubicina a retirar desta solução para administrar a criança, que será: (31,6mg x 25ml)/50mg = 15,8ml ~ 16ml. Desta feita, vamos retirar os 16ml de doxorubicina e rediluir em 75 ml de Dextrose 5% e infundir em 30 minutos.

1.2 BLEOMICINA NA DOSE DE 15 UNIDADES /m² (dose cumulativa = 250mg/ m² de SC)

Diluir um frasco de Bleomicina de 15 unidades em 5ml de soro fisiológico perfazendo uma solução de 15U/5ml. Desta solução retirar a quantidade correspondente da dose calculada e rediluir em 50 ml de soro fisiológico e infundir em 15 minutos ao fluxo de 216 ml/hora.

Exemplo: Uma criança de 20 kg terá uma superfície coporal de 0,79m². a quantidade de Bleomicina será 11.85 mg. Usar 1 frasco de 15 unidades de Bleomicina diluir em 5 ml de soro fisiológico, retirar 4ml (3,9ml), rediluir em 50 ml de soro fisiológico e infundir em 15 minutos.

Regimes de tratamento
quimioterápico para
crianças (0 – 14 anos)

1.3 VINCRISTINA DOSE DE 1.5mg/m² de SC (dose máxima 2mg)

Usar um frasco de Vincristina de 2mg/2ml retirar a quantidade correspondente da dose calculada, diluir em 50 ml de soro fisiológico e infundir em 15 minutos

Exemplo: uma criança de 20 kg terá uma superfície corporal de 0,79m². a quantidade de Vincristina será 1.185mg. Usar 1 frasco de 2mg/2ml, retirar 1.2ml (1.18ml) diluir em 50 ml de soro fisiológico e infundir em 15 minutos num fluxo de 205ml/hora.

Atenção:

- O tratamento completo do regime com ABV consiste na administração de um total de quatro (4) ciclos com intervalo de 21-28 dias entre os ciclos.
- Para criança com menos de 1 ano e com superfície corporal menos de 0.5m², a dose calcula -se com base em kg de peso, isto é, divide-se a dose por metro quadrado por 30. Por exemplo, para vincristina a dose recomendada para crianças menores de 1 ano será 0.05 mg por kg (1.5mg/30m²=0.05 mg/kg de peso).

	<p>2ª Opção de tratamento (regime alternativo): Regime de PACLITAXEL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dose de paclitaxel: 100mg/m² • Usar um frasco de paclitaxel de 6mg/ml retirar a quantidade correspondente da dose calculada, diluir em 750 ml de Dextrose a 5% e infundir EV em 3 horas <p><i>Exemplo: uma criança de 20 kg terá uma superfície corporal de 0,79m². a quantidade de paclitaxel será 79 mg. Usar 3 frascos de 30mg/5ml, retirar 13ml rediluir em 750 ml de Dextrose a 5% EV em 3 horas ao fluxo de 254 ml/hora.</i></p> <p>Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O tratamento completo com o regime alternativo com paclitaxel consiste na administração de um total de quatro (4) ciclos com intervalo de 15-21 dias entre os ciclos. <p><i>Vide acima o cálculo da dosagem para crianças menores de 1 anos e com superfície corporal menor de 0,5m².</i></p>
<p>Tratamento coadjuvante na criança</p>	<p>Para prevenção de vômitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ondasetron 0,15mg/kg/dose EV- 3 vezes ao dia – ampola de 4mg/2ml ou 8mg/4ml (existem também comprimidos de 4mg e 8 mg). <p>Para tratamento da dor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 15mg/kg/d de 6/6h, • Se dor neuropática consultar Pediatra para avaliar indicação do uso de analgésicos potentes (ex: morfina).

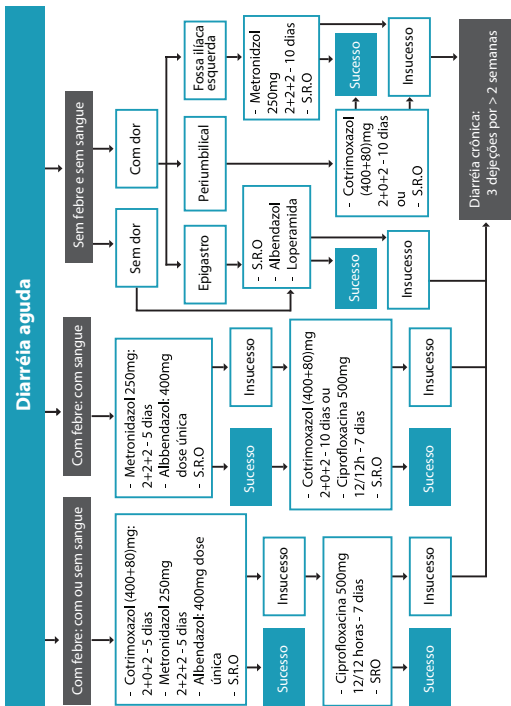
Efeitos colaterais da
quimioterapia (para
adultos e crianças)

- Depressão medular: aparecimento/agravamento de anemia (Hb <10g/dl), leucopenia (Neutrófilos < 1000/mm³), trombopenia (Plaquetas <75.000/mm³), sobre tudo com Doxorubicina.
- Toxicidade cardíaca: dose dependente e cumulativa (Doxorrubicina).
- Toxicidade neurológica (neuropatia sensitivo-motora por Vincristina).
- Alopecia.
- Náuseas e vômitos.
- Hipertermia e tremores.
- Íleo paraltico.

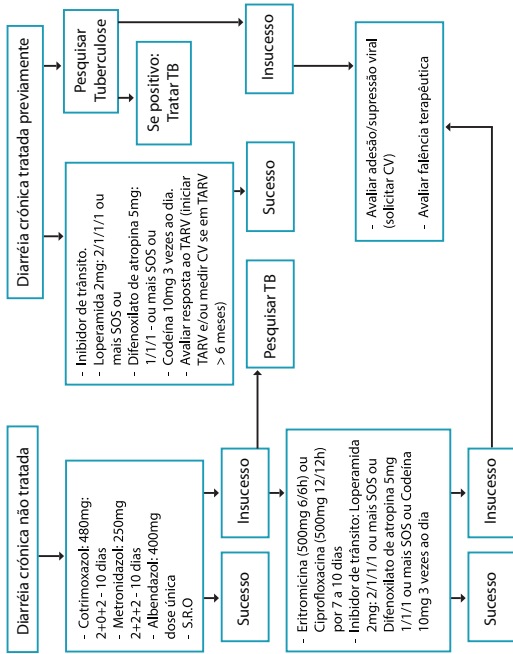
6.5 Manifestações Gastrointestinais no Paciente HIV+

6.5.1 Diarreia no paciente adulto HIV+

Algoritmo 22: Abordagem da Diarreia Aguda no Paciente Adulto HIV+



Algoritmo 23: Abordagem da Diarreia Crônica no Paciente Adulto HIV+



6.5.2 Diarreia na criança HIV+

Diarreia	
Avaliação	<p>Diarreia Aguda</p> <p>Avaliar sinais de desidratação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desidratação grave: iniciar tratamento para desidratação grave (Plano C). Se a criança tiver outras complicações transferir para uma US mais diferenciada; • Desidratação moderada: Dar líquidos e alimentos para casos com sinais de desidratação (Plano B). • Sem desidratação: Dar alimentos e líquidos para tratar a diarreia em casa (Plano A)
Tratamento Diarreia aguda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulfato de Zinco 10mg/dia para menores de 6 meses e 20mg/dia para crianças \geq 6 meses, durante 10 dias 2. SRO 3. Antibioterapia (em casos de disenteria) <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Ciprofloxacina 15mg/kg/dose, VO de 8/8 horas 3 a 5 dias VO • 2ª opção ácido Nalidixico • 3ª opção Azitromicina 10mg/kg/dia, VO durante 5 dias; • 4ª opção Cefixima 8mg/kg/dia, VO 1vez/dia durante 7 dias; <p>Em regime de Internamento</p> <p>Ceftriaxona 100mg/kg/dia de 12/12 EV durante 5-7 dias</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Desparasitação com: <ul style="list-style-type: none"> • Mebendazol, 100 mg 12/12h x 3 dias ou • Albendazol, 12m- 2 anos: 200mg DU ; > 2 anos: 400 mg DU
Tratamento diarreia crónica	<p>Em ambulatório</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção Azitromicina 10mg/kg/dia VO 1vez/dia durante 5 dias; • 2ª opção Metronidazol 30mg/kg/dia VO de 8/8 horas durante 5-7 dias <p>Em internamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª opção 1.Ceftriaxona 100mg/kg/dia, EV de 12/12 horas durante 7 dias; • 2ª opção 2.Metronidazol 10mg/kg/dia, EV ou VO de 8/8 horas durante 5-7 dias

6.5.3 Outras Manifestações Gastrointestinais no Paciente HIV+

Tabela 77: Manifestações Oraís e Oro-esofágicas no Paciente HIV+

Candidíase Orofaringea		
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	Criança	Adulto
	<p>Nistatina 1 ml VO 4 vezes/dia x 10-14 dias</p> <p>Se persiste ou recorre. Associar</p> <p>Fluconazol 3-6 mg/Kg/dia x 14-21 dias</p> <p>Miconazol gel oral 2%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças de 6 meses a 2 anos: aplicar 1.5 ml 6/6h • Crianças > 2anos: aplicar 2.5 ml 6/6h 	<p>Nistatina 5ml VO 4 vezes /dia, x 10 – 14 dias;</p> <p>Miconazol gel 2% 1 aplicação 12/12 horas x 10 dias</p> <p>Miconazol mucoadesivo 10 mg 1 vez/dia x 7 dias</p> <p>Se persiste ou recorre: associar Fluconazol 200 mg/dia durante 14 dias</p>
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	Criança	Adulto
		Fluconazol, 6-12 mg/kg/dia, VO 1x/dia, 14 -28 dias.
Aftose 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, levando em alguns pacientes a anorexia e perda de peso significativa.	
Tratamento	Em casos severos, Prednisolona 40-60 mg/dia/VO x 4 dias e reavaliação. Se há melhoria, pode-se continuar com tratamento tópico <ul style="list-style-type: none"> • Gel em orabase - 5 vezes/dia. • Elixir – 5 vezes/dia em bochechos. • Tetraciclina - bochechos - 5 vezes/dia. O uso de Colchicina 0,5 mg/dia de forma prolongada tem-se mostrado eficaz em alguns casos recorrentes ou graves. A Dapsona pode ser adicionada ao tratamento com Colchicina na ausência de resposta (iniciar com 25 mg/dia e aumentar ao longo de vários dias até 100 mg/dia). O uso de estes medicamentos requer de monitoria da função renal, hepática e hemograma.	
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	<ul style="list-style-type: none"> • Irrigação com povidone-iodine a 10%, antisséptico na fase aguda para continuar com gluconato de clorexidina a 0,12% (reforçar higiene oral) • Analgesia: Paracetamol 10-15mg/kg/dose de 6/6 ou 8/8h ou Ibuprofeno 10mg/kg/dose de 8/8h; • Antibioterapia sistêmica com <ul style="list-style-type: none"> » Metronidazol (250 mg., de 8/8 hs.) ou » Amoxicilina + Clavulânico (500mg, de 6/6 hs.) ou » Clindamicina (300 mg., de 8/8 hs.) 	

6.6 Alterações Hepáticas em Paciente HIV+

Tabela 78: 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	<ul style="list-style-type: none"> • TARV, usando o esquema TDF+3TC+DTG, pois o TDF e 3TC têm ação contra o VHB • Duplo reforço de adesão (risco de recrudescência em casos de abandono ou fraca adesão), • Monitoria rigorosa da função hepática e renal (ALT,AST, Bilirubina, Albumina, tempos de coagulação) • Evitar álcool e medicamentos tradicionais (risco de hepatotoxicidade)
Tuberculose Hepática/hepato-abdominal	
Manifestações clínicas/ Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas gerais de Tuberculose (febre, emagrecimento, anorexia, sudorese com ou sem tosse) + 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 Bilirubina total e conjugada • Outros achados sugestivos (ascite, adenopatias intraabdominais, abscessos esplênicos)
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • TAT segundo o perfil de sensibilidade/Introdução de TARV 2-8 semanas após o início de TAT • Monitoria rigorosa da função hepática

Schistosomiase hepato-esplênica	
Manifestações Clínicas	<p>Geralmente há hepatomegalia com ou sem esplenomegalia</p> <p>Testes de função hepática minimamente alterados ou até normais (ALT/AST/Bilirrubina, albumina, tempos de coagulação)</p> <p>Quando presentes, os sintomas são derivados da hipertensão portal (ascite, esplenomegalia gigante, hiperesplenismo com pancitopenia secundária, sangramentos digestivos por varizes esofágicas)</p>
Tratamento	Praziquantel 50-60 mg/Kg de peso, dividido em 2 tomas separadas por 4-6 horas
Toxicidade hepática por fármacos	
Manifestações clínicas	<p>Início do quadro após a introdução de fármaco/os com conhecido efeito hepatotóxico. Geralmente 2-12 semanas após a introdução do mesmo.</p> <p>Dor no hipocondrio direito, anorexia, náuseas ± vômitos, icterícia (sinal de gravidade e mau prognóstico)</p> <p>Pode associar sintomas de hipersensibilidade (Nevirapina, Efavirenz) como febre, rash cutâneo, mal-estar geral, que pode agravar com a toma de cada comprimido</p> <p>Evolução para a insuficiência hepática (encefalopatia hepática) se o medicamento não for suspenso</p>
Diagnóstico	<p>Introdução recente de fármaco/os com potencial hepatotóxico</p> <p>Importante elevação de ALT/AST</p> <p>Sem outra causa mais provável</p>
Tratamento	<p>Suspensão de todos os fármacos hepatotóxicos</p> <p>Tratamento de suporte até a recuperação</p>

6.7 Alterações Renais em Paciente HIV+: Nefropatia por HIV

Tabela 79: Nefropatia por HIV

Nefropatia por HIV (HIVAN)	
Manifestações clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Mais frequente com doença avançada (pode-se apresentar em paciente com CD4 ainda elevados)• Proteinúria importante (≥ 3.5 g/24 horas) que geralmente não cursa com edemas• Hipoalbuminemia• Insuficiência renal rapidamente progressiva• Hipertensão arterial associada (menos de 20% dos casos)
Diagnóstico	<p>Deve ser suspeitado em paciente HIV+ ainda sem TARV (ou em TARV e com evidência de falência ao tratamento) e que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rápida deterioração da função renal.• Proteinúria massiva com alteração do sedimento (cilindros hialinos, leucocitúria, hematúria e cilindros hemáticos)• Ecografia renal: tamanho dos rins normal ou aumentado e hiperecogenicidade• Diagnóstico definitivo anatomo-patológico: glomeruloesclerose segmentar e focal
Tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Início imediato de TARV, pode deter a progressão e melhorar parcialmente a insuficiência renal• Evitar uso de TDF. Evitar o uso de AZT com Depuração de creatinina < 30ml/min. É preferível a escolha de ABC, pois não precisa de ajuste na insuficiência renal.• Associar IECAs ou ARAll (nefroprotector)• Monitorar e tratar outros factores de risco (diabetes, hipertensão arterial)• Corticoterapia indicada se não há resposta ao tratamento inicial (consultar especialista)

6.8 Alterações Cardíacas em Paciente HIV+

Tabela 80: Patologia Cardíaca Comum no Paciente HIV+

Cardiomiopatia Associada ao HIV	
Manifestações clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Dispneia inexplicada inicialmente de esforço, que evolui para dispneia em repouso, astenia, cianose, síncope• Sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (ortopneia, dispneia paroxística nocturna, edema dos membros inferiores)• Auscultação cardio-pulmonar:<ul style="list-style-type: none">» Sopro cardíaco» Arritmias» Ritmo em galope» Fervores pulmonares de predomínio basal secundário à congestão pulmonar
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Quadro clínico compatível• Rx tórax: Cardiomegalia (aumento do tamanho cardíaco) e congestão pulmonar basal• Ecografia cardíaca: diminuição da fracção de ejeção do ventrículo esquerdo, hipocinesia global, com ou sem dilatação de cavidades cardíacas. Sem outros achados que expliquem o quadro (exemplo, valvulopatia, tamponamento cardíaco)
Tratamento	<ul style="list-style-type: none">• Início de TARV (define estadio 4 da OMS em crianças e adultos)• Correção dos factores agravantes (anemia, HTA)• Tratamento sintomático da insuficiência cardíaca congestiva (diuréticos, IECAs/ARAIL, Nitratos, digitálicos para as arritmias)• Melhoria das condições nutricionais• Uso de anticoagulantes na presença de trombos

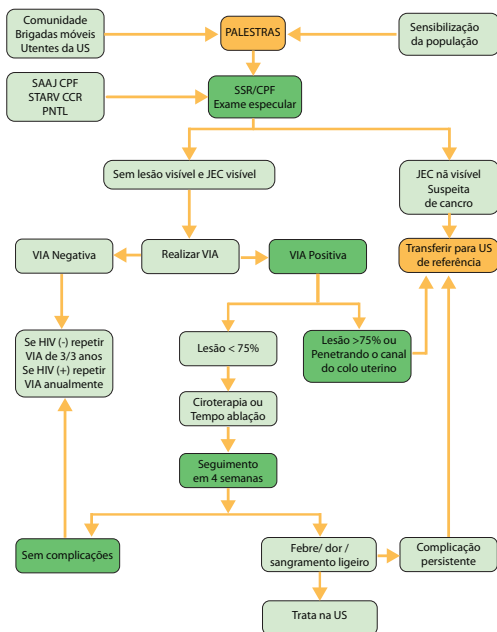
Pericardite Tuberculosa	
Manifestações clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas gerais de tuberculose (febre, perda de peso, sudorese, astenia, com ou sem tosse) • Inicialmente dor torácica retroesternal que melhora com a anteversão (posição inclinada do tronco, sem flexão do mesmo) • Sinais de baixo débito cardíaco (hipotensão arterial, fadiga) • Sinais de congestão cardíaca direita (edemas periféricos, hepatomegalia congestiva, ingurgitamento jugular)
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita clínica + Rx/ecografia cardíaca que mostram presença de derrame pericárdico • Pode haver sinais radiológicos de TB pulmonar (solicitar sempre Xpert de expectoração)
Tratamento	<p>Tratamento específico para TB segundo o perfil de sensibilidade</p> <p>Associar prednisona 1 mg/Kg/dia para prevenir o espessamento do pericárdio secundário à inflamação (pericardite constritiva)</p> <p>Início do TARV 2 - 8 semanas depois do TAT</p>

6.9 Carcinoma de colo de útero (CACU) na mulher HIV+

Tabela 81: CACU em mulheres HIV+

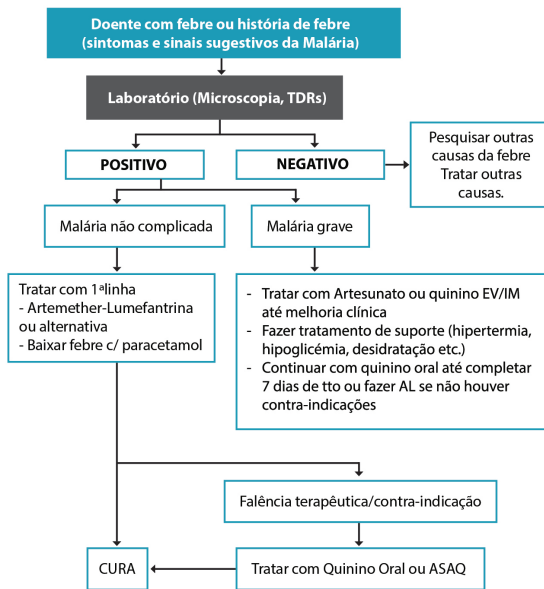
Carcinoma de colo uterino	
Epidemiologia	<p>O cancro de colo uterino é a neoplasia mais prevalente na mulher em Moçambique. O cancro de colo está fortemente associado à infecção pelo vírus do papiloma humano (VPH).</p> <p>Sua incidência é ainda maior na mulher seropositiva, e mais ainda quando a doença por HIV é avançada e/ou não controlada. Uma em cada 5 mulheres portadoras de co-infecção HIV/HPV irá desenvolver cancro de colo nos 3 anos seguintes.</p>
Prevenção secundária	<p>A prevenção secundária através do rastreio rotineiro de CACU é uma prioridade para o sistema de saúde. Para tal, um fluxograma de rastreio de CACU tem sido desenvolvido no nível primário de saúde. Os critérios para rastreio são os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Todas as mulheres HIV negativas entre 25 e 49 anos devem ser rastreadas de 3 em 3 anos• Todas as mulheres HIV positivas e sexualmente activas devem fazer rastreio anualmente (independente da idade) <p>O rastreio é feito com recurso a inspecção visual do colo uterino com ácido acético (VIA). Em caso de lesões presentes, estas devem ser tratadas localmente ou referidas para o nível de atendimento superior, sempre que estiver indicado.</p>
Algoritmo de rastreio	Algoritmo 27: Rastreio de CACU na mulher em Moçambique, na página seguinte.

Algoritmo 24: Rastreio de CACU na mulher em Moçambique



6.10 Tratamento da Malária no Paciente HIV+

Algoritmo 25: Diagnóstico e Tratamento da Malária em adultos e crianças (acima de 5 Kg)



Adaptado das Normas de tratamento da Malária em Moçambique. PNCM 2018

Algoritmo 26: Diagnóstico e Tratamento da Malária na mulher grávida

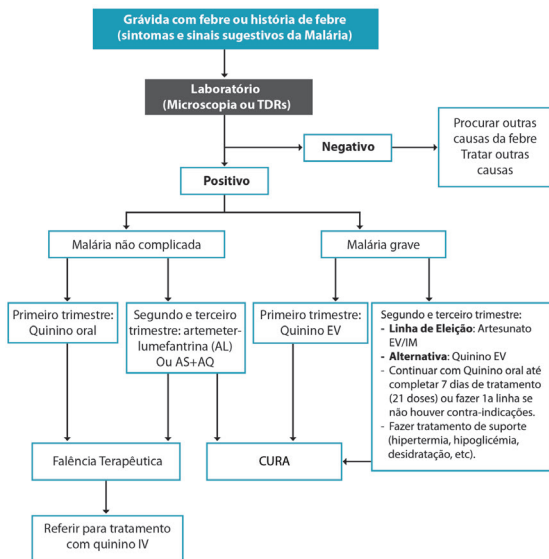


Tabela 82: Posologia do Tratamento de Malária com Artemeter-Lumefantrina (AL)

PESO (Kg)	IDADE (anos)	Número de Comprimidos					
		DIA 1		DIA 2		DIA 3	
		0 horas	12 horas depois	12 horas depois	12 horas depois	12 horas depois	12 horas depois
<5		TRATAR COMO MALÁRIA GRAVE					
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 83: 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			TRATAR COMO MALÁRIA GRAVE		
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 84: Posologia do Tratamento de Malária com Quinino Oral

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

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

Quadro 11: Tratamento de Malária grave ou resistente com Quinino EV

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

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

Quadro 12: Tratamento de Malária grave com Artesunato Injectável

ARTESUNATO INJECTÁVEL: AMPOLA 60 MG DE PÓ + AMPOLA DE BICARBONATO DE SÓDIO 1ml
Diluir o pó em 1ml de bicarbonato de sódio. Assim temos os 60 mg/ml

Para administração EV Diluir o preparado de solução de artesunato em 5ml de NaCl 0.9% ou dextrose 5%.
Desta forma obtemos uma solução com 10 mg/ml de artesunato injectável.

Para administração IM Diluir o preparado de solução de artesunato em 2ml de NaCl 0.9 ou dextrose 5%.
Desta forma obtemos uma solução com 20mg/ml de artesunato injectável.

Administrar 2.4 mg/Kg de peso EV ou IM (Em crianças <20kg administrar 3mg/Kg)

Exemplo: criança com 8kg deve receber $8 \times 3 = 24\text{mg}$.

Para administrar EV dividir a dose cauculada por 10 para obter a dose em ml, no exemplo deve-se administrar 2.4ml.

Para administrar IM dividir a dose calculada por 20 para obter a dose em ml, no exemplo deve-se administrar 1.2 ml.

6.11 Tuberculose no Paciente HIV+

Crítérios para solicitar o teste Xpert MTB/RIF em Moçambique

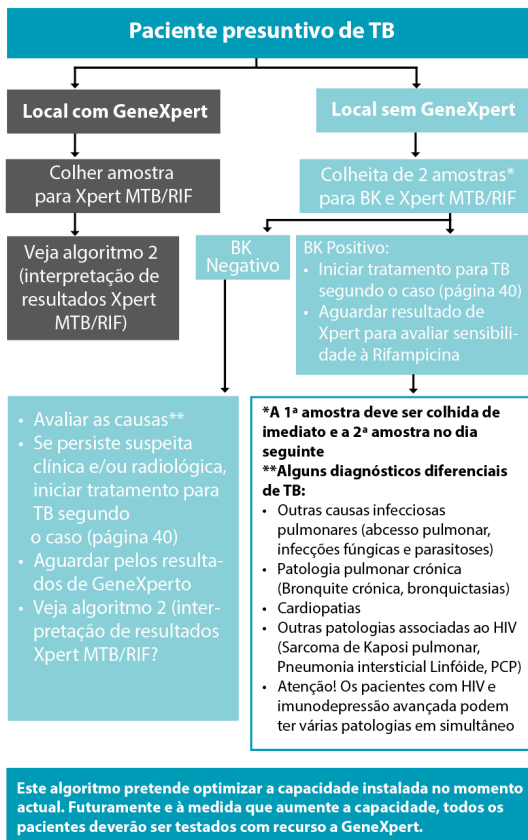
Todos os pacientes presuntivos de TB devem ser testados com recurso a Xpert MTB/RIF.

As US sem capacidade para GeneXpert devem colher 2 amostras, processar BK na US e enviar amostra para Xpert MTB/RIF à US de referência.

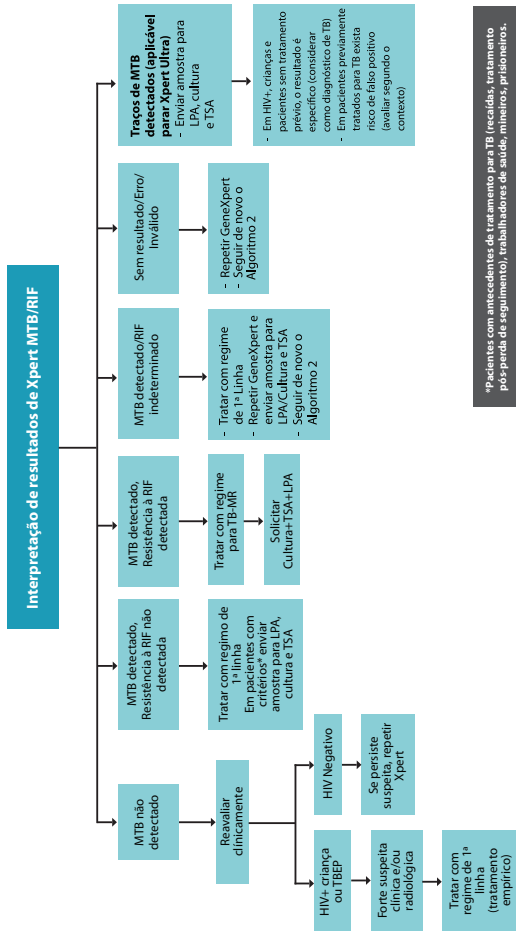
Onde/quando não for possível testar todos os pacientes com GeneXpert, deverão ser priorizados os seguintes casos:

- Pacientes HIV+, diabéticos, mulheres grávidas (pacientes com imunossupressão)
- Crianças com suspeita de TB (para amostras de escarro /aspirado gástrico de qualidade)
- Pacientes suspeitos de TB Resistente
 - Previamente tratados
 - BK+ ao segundo mês de tratamento
 - Contacto próximo com um paciente com TB MR
 - Profissionais de saúde, mineiros, prisioneiros, usuários de drogas

Algoritmo 27: Para solicitação de teste Xpert MTB/RIF

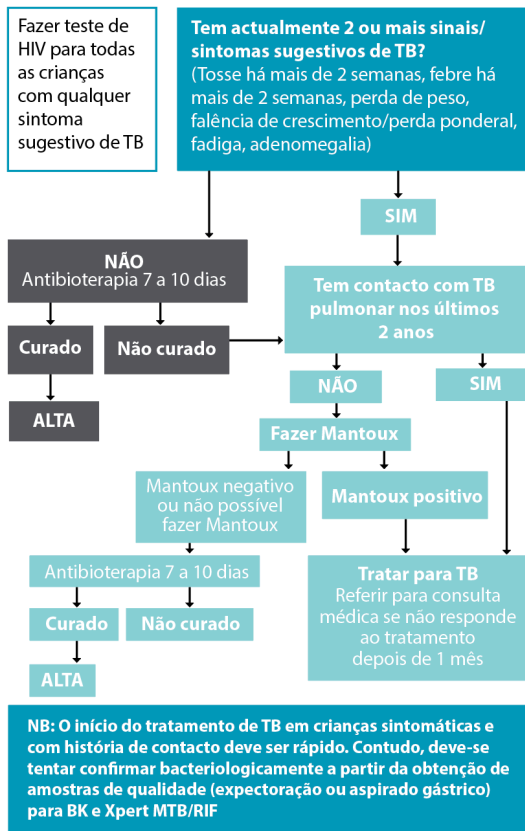


Algoritmo 28 : Para interpretação dos resultados de Xpert MTB/RIF



*Pacientes com antecedentes de tratamento para TB (recaldas, tratamento pós-perda de seguimento), trabalhadores de saúde, mineiros, prisioneiros.

Algoritmo 29: Diagnóstico de TB em Crianças de 0 a 14 anos



6.11.1 Tratamento da TB sensível

Tabela 85: Duração de tratamento de TB em crianças, segundo a localização da Tuberculose (TB sensível)

Definição	Tratamento	
	Fase intensiva	Fase de manutenção
Crianças TB pulmonar ou ganglionar ou qualquer forma de EPTB, com exceção meningea e osteoarticular	2HRZE	4HR
Tuberculose meningea, osteoarticular TB miliar se não é possível excluir meningite	2HRZE	10HR

Tabela 86: Regime de tratamento de 1ª Linha em crianças com peso 4-25kg. Fase intensiva 3DFC (RHZ) (75/50/150) + E100

Peso Kg	Fase Intensiva			Modo de preparação e posologia
	3DFC (RHZ) (75/50/150)	Quantidade de água para diluir	E100	
< 4	Referir para internamento/ Pediatria			
4 - 7.9	1	10 ml	1	1. Dissolver os comprimidos de 3DFC de acordo com o peso da criança e a quantidade de água recomendada. Após a dissolução administre todo o medicamento de imediato à criança. Se restar algum medicamento no fundo do copo acrescente um pouco mais de água, e administre. 2. Os comprimidos de Etambutol devem ser esmagados e administrados com água em separado do 3DFC ou, para os que conseguem engolir, podem tomar sem esmagar.
8 - 11.9	2	20 ml	2	
12 - 15.9	3	30 ml	3	
16 - 24.9	4	40 ml	4	
≥ 25 Kg : Dosagem de adulto				Administrar 4DFC de acordo com o peso, segundo a tabela da página 251

Tabela 87: Regime de tratamento de 1ª Linha em crianças com peso 4-25kg. Fase de manutenção 2DFC (RH) (75/50)

Peso Kg	Fase Manutenção		Modo de preparação e posologia
	2DFC (RH) (75/50)	Quantidade de água para diluir	
< 4	Referir para internamento/ pediatria		
4 - 7.9	1	10 ml	Dissolver os comprimidos de 2DFC de acordo com o peso da criança e a quantidade de água recomendada. Após a dissolução, administre todo à criança. Se restar algum medicamento no fundo do copo, acrescente um pouco mais de água, e administre.
8 - 11.9	2	20 ml	
12 - 15.9	3	30 ml	
16 - 24.9	4	40 ml	
≥ 25 Kg : Dosagem de adulto			Administrar 2DFC de acordo com o peso e a tabela

Tabela 88: Duração de tratamento de TB em adultos, segundo a localização da Tuberculose (TB sensível)

Definição	Tratamento	
	Fase intensiva	Fase de manutenção
Tuberculose pulmonar e TB extrapulmonar	2HRZE	4HR
Tuberculose osteoarticular	2HRZE	7HR
Tuberculose meníngea/SNC	2HRZE	10HR

Tabela 89: Posologia do Tratamento de TB sensível no Adulto

	Peso pré-tratamento em Kg			
	25-39	40-54	55-70	>70
Fase intensiva de tratamento, diário durante 2 meses com 4DFC (HRZE) (75mg+150mg+400mg+274mg)	2	3	4	5
Fase de Manutenção, diário durante 4 meses com 2DFC (HR) (75mg+150mg)	2	3	4	5

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

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

LEMBRE:

O Paciente com HIV pode precisar de ajuste do regime de TARV, quando recebe tratamento para Tuberculose. Consulte a página 42 (ajuste TARV em adultos) e 100 (ajuste TARV em crianças)

IMPORTANTE

Uso de Corticosteróides nos casos de Tuberculose

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

Dose de prednisolona:

- » Adultos: 0.5 - 1mg/Kg/dia durante 4 semanas, com redução progressiva ao longo de mais 4 semanas
- » Crianças: 2-4mg/Kg/dia (dose máxima de 60mg/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 dose é fixa (50mg/dia)

6.11.2 Tratamento de pacientes adultos com tratamento prévio para TB ou contacto com TB-MR/TB-XR

Atenção!

Todos estes pacientes devem ser submetidos a testes de sensibilidade (Xpert MTB/RIF, LPA, Cultura+TSA 1a/2a linha).

Neste grupo podem ser diferenciados 3 sub-grupos de pacientes:

- **Para casos de recaída, tratamento pós-perda de seguimento:** Recomenda-se solicitar um teste que permita determinar rapidamente a existência de TB resistente (Xpert MTB/RIF, LPA), além de cultura e TSA. O tratamento inicial deverá

ser escolhido segundo o resultado do test Xpert MTB/RIF:

- » Se o teste não evidencia resistência à Rifampicina (Xpert MTB+/RIF-), o paciente deve receber tratamento de 1ª linha
- » Em caso de resistência à Rifampicina (Xpert MTB+/RIF+) deverá ser iniciado tratamento para TB-MR
- » Em caso de Xpert MTB negativo ou sem resultados disponíveis deverá ser iniciado tratamento de 1ª linha (repetir Xpert MTB)
- **Pacientes com falência de tratamento** (BK+ persistente ao 5º mês): iniciar tratamento TB-MR, independentemente do resultado de Xpert MTB, e enquanto se aguarda pelos resultados de LPA/Cultura+TSA
- **Pacientes com contacto TB-MR/TB-XR:** iniciar tratamento TB-MR/TB-XR igual ao caso índice, independentemente do resultado de Xpert MTB, e enquanto se aguarda pelos resultados de LPA/Cultura+TSA

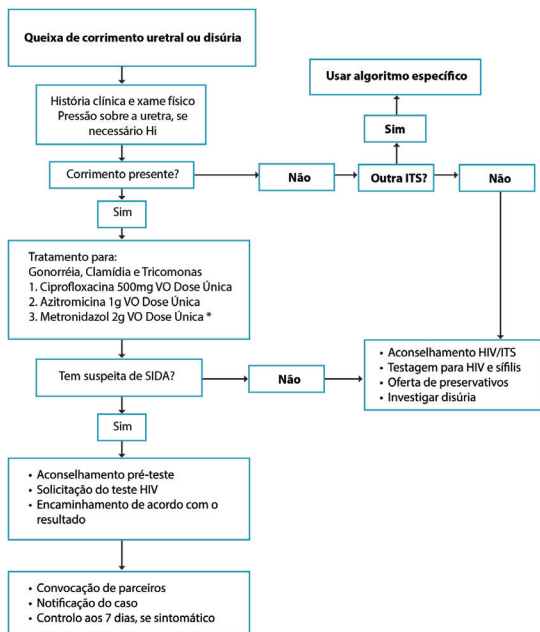
Estes regimes deverão ser ajustados de acordo com os resultados dos testes de sensibilidade. Os resultados de testes de sensibilidade devem ser procurados activamente.

6.11.3 Tratamento para crianças com antecedentes de tratamento prévio para TB ou contacto com TB-MR

- Em caso de TB pediátrica previamente tratada (**recaída, Tratamento pós perda de seguimento**) recomenda-se solicitar um teste que permita determinar rapidamente a existência de TB resistente (Xpert MTB/RIF ou LPA)
 - » Se a resistência for confirmada, consulte as normas de TB-Resistente
 - » Se o teste não evidencia resistência à Rifampicina ou se não for possível realizar algum de estes testes rápidos, o tratamento é feito com o regime de 1ª linha
 - » Em casos de falta de resposta ao tratamento, esta criança deverá ser referida para avaliação clínica e colheita de amostras para avaliar resistências
- **Para casos de tratamento pós-falência** (BK+ persistente ao 5º mês) e **nos pacientes com contacto com TB-MR/TB-XR:** Tratamento para TB-MR/TB-XR igual ao caso índice

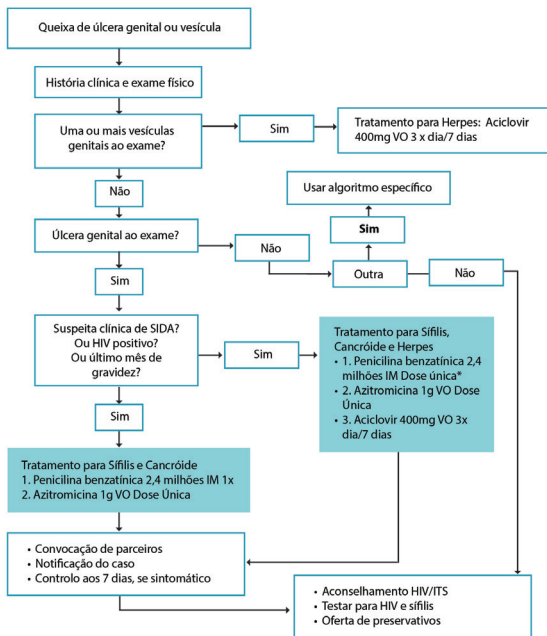
6.12 Abordagem Sindrómica das ITS

Algoritmo 30 : Corrimento Uretral



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

Algoritmo 31: Úlcera Genital no Homem e na Mulher

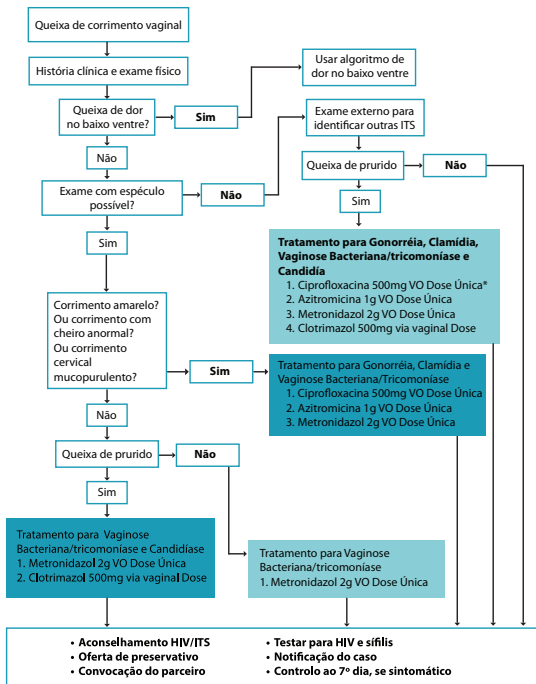


6.12

Abordagem
Sindrômica das ITS

*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 32: Corrimento Vaginal



* Em caso de gravidez, a ciprofloxacina deve ser substituída por Cefixima 400 mg VO Dose única.

IMPORTANTE:

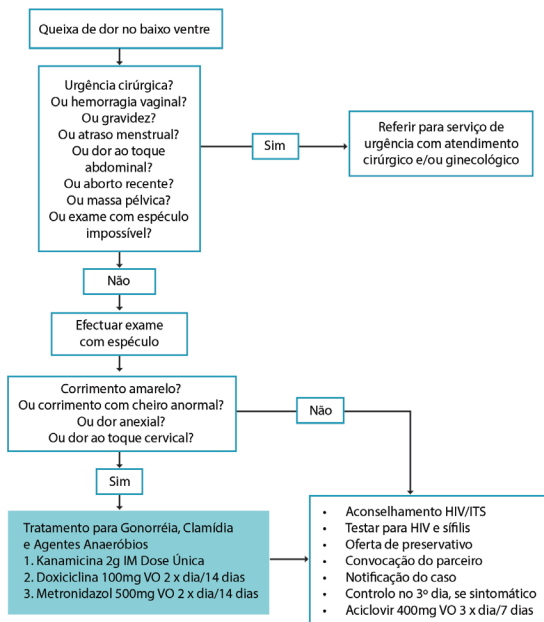
- A primeira causa de corrimento vaginal na mulher é a vaginose bacteriana VB (72% dos casos). A VB não é uma infecção de transmissão sexual.
- É frequente a ocorrência em simultâneo de várias infecções, e com base na abordagem sindrómica devemos tratar todas as possíveis causas em simultâneo.
- Em caso de corrimento, o primeiro passo é excluir a presença de DIP, através da avaliação da presença de dor no baixo ventre. A avaliação com espéculo permite reduzir o número de tratamentos desnecessários ao permitir avaliar a presença de cervicitee (infecção do colo, mais frequentemente associada a infecção por gonorreia e/ou clamídia).
- A prática de duches vaginais (lavagens com ou sem produtos diversos do interior da vagina) é muito comum e predispõe ao desenvolvimento da VB. Deve ser avaliada e 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)

Em caso de persistência das queixas/recidiva de corrimento uretral/vaginal ou úlcera genital, 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 33 : 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 morbidade 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

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: Guião de cuidados do HIV do
Adulto, Adolescente Grávida, Lactante e Criança 2023

Ministério da Saúde

Direção Nacional de Saúde Pública

Programa Nacional de Controlo de ITS, HIV e SIDA

Layout: Reconnect

Impressão: I-TECH

Tiragem: 5.000 cópias

Esta publicação foi financiada pela I-TECH, através de fundos do Health Resources and Services Administration (HRSA) 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 de HRSA.

