



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE ITS/HIV E SIDA

Guião de manejo do paciente com doença avançada por HIV

Ficha técnica

Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública - Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV e SIDA.

Guião de manejo do paciente com doença avançada por HIV - 2022

Ministério da Saúde:

Quinhas Fernandes, Director Nacional de Saúde Pública

Benigna Matsinhe, Directora Nacional Adjunta de Saúde Pública

Aleny Couto, Chefe do PNC ITS-HIV/SIDA

Irénio Gaspar

Elisa Adelaide Tembe

Yara Paulo

Orlando Munguambe

Edna Paúnde

Jéssica Seleme

Teresa Beatriz Simione

Guita Amane

Námita Eliseu

Eudóxia Filipe

Kwalila Tibana

Hélder Macul

Morais da Cunha

Hélio Magaia

Orrin Tiberi

Isabel Sathane

Sérgio Correia

Ivandra Libombo (CMAM)

Criménia Mutemba (PNCT)

Domingas Pacala (PNCT)

Eugénia Macassa (HCM)

Saida Khan (SPS Maputo Cidade)

Erika Monteiro (SPS Maputo Cidade)

Parceiros:

Alex Nguimfack (CDC)

Andreas Schindele (I-TECH)

Argentina Wate (USAID)

Christopher Buck (UCLA)

Décio Filimão (USAID)

Eduarda Gusmao (ICAP)

Elsa Taibo (I-TECH)

Florbelá Bata (CCS)

Judite Langa (CDC)

Magdalena Bravo (FGH)

Maria Inês de Deus (PEPFAR)

Maria Lain (ARIEL)

Maria Ruano (I-TECH)

Marilena Urso (CDC)

Mercia Matsinhe (USAID)

Natalia Tamayo (MSF)

Patricia Perez (GT TARV ped)

Rosa Bene (I-TECH)



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE ITS/HIV E SIDA

Guião de manejo do paciente com doença avançada por HIV

Índice

1. INTRODUÇÃO	8
2. DOENÇA AVANÇADA NO PACIENTE ADULTO E NA CRIANÇA COM IDADE ≥ 10 ANOS	10
2.1. Definição de Doença Avançada e outras definições relevantes	10
2.2. Rastreio da doença avançada no paciente HIV+ (adulto e criança ≥ 10 anos)	11
2.3. Rastreio de infecções oportunistas	13
2.3.1. Rastreio da Meningite Criptocócica	13
2.3.2. Rastreio da Tuberculose	14
2.3.3. Rastreio de cancro de colo uterino (CACU) na mulher HIV+ com doença avançada	15
2.4. Profilaxia de infecções oportunistas no paciente HIV+ (crianças ≥ 10 anos e adultos, incluída a mulher grávida/lactante)	17
2.4.1. Opções de profilaxia preconizadas em Moçambique para adultos e crianças ≥ 10 anos	17
2.4.2. Posologia das diferentes opções de tratamento profilático para Tuberculose (TPT)	20
2.5. Tratamento de infecções oportunistas comuns na criança ≥ 10 anos e adulto	21
2.5.1. Avaliação e Manejo do paciente HIV+ com Meningite criptocócica	21
2.5.2. Avaliação e Manejo da Tuberculose no Paciente adulto e criança ≥ 10 anos	25
2.5.3. Ajuste do regime de TARV em pacientes Adultos com TB/HIV	29
2.5.4. Sarcoma de Kaposi	31
2.6. Seguimento clínico e laboratorial do paciente com doença avançada	36
2.6.1. Periodicidade das consultas clínicas e monitoria laboratorial dos pacientes com doença avançada	36
2.7. Apoio Psicossocial no paciente HIV+ com Doença Avançada	39
2.7.1 Características Psicológicas do paciente com doença avançada	39
2.7.2 Seguimento Psicossocial dos pacientes com doença avançada	40
2.7.3 Intervenções Psicoterapêuticas Em Pacientes Com Doença Avançada	41
2.7.4 Intervenções Específicas em pacientes com disfunções cognitivas	43
3. CRIANÇA VIVENDO COM HIV DOS 0 - 9 ANOS	44
3.1. Rastreio de Infeções Oportunistas (Screen)	45
Identificação de casos (ATIP)	45
Rastreio para TB	45
Sarcoma de Kaposi	48
Rastreio de criptococose	48

Rastreio nutricional	48
Rastreio de alterações do desenvolvimento psicomotor (DPM) e encefalopatia por HIV	48
3.2. Tratamento das Infecções Oportunistas (Treat)	49
Tratamento da Tuberculose	49
Tratamento da Pneumonia Severa	50
Tratamento de Outras Infecções Bacterianas Severas	50
Tratamento da Meningite Criptocócica	50
Tratamento da Desnutrição Aguda Grave	51
3.3. Oferta de regimes de TARV otimizados (Optimize)	51
3.4. Prevenção de Infecções (Prevent).	52
Tratamento Preventivo para TB	51
Prevenção de Infecções Bacterianas Severas e da Pneumonia por Pneumocistis Jiroveci (PPJ)	55
Vacinação com BCG	55
Vacina contra VPH	55
Vacina contra Sarampo e contra Pneumococos Conjugado	55
4. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PACOTE DE DOENÇA AVANÇADA	58
4.1 Introdução	59
4.2 Classificação das US de acordo com o tipo de atendimento	53
4.3 Pacote de serviços recomendado para pacientes com doença avançada por HIV	61
Pacote básico de serviços para paciente com doença avançada	62
Pacote intermédio de serviços para doença avançada	62
Pacote completo de serviços para doença avançada	63
4.4 Critérios de entrada no modelo de atendimento para pacientes com doença avançada	64
Adultos e crianças >5 anos	64
Crianças ≤ 5 anos	64
4.5 Critérios de saída do modelo de atendimento para pacientes com doença avançada	65
4.6 Sistema de referência e contra-referência de pacientes entre os diferentes níveis de atendimento	65
Fluxo de encaminhamento de pacientes	65
5. ANEXOS	62

Lista de acrónimos

BCG Bacille Calmette-Guérin

CrAG Antigenio de Criptococo

CTX Cotrimoxazol

CV Carga Viral

DPM Desenvolvimento Psicomotor

DTG Dolutegravir

FT Falência Terapêutica

H Isoniazida

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV Vírus do Papiloma Humano

IMC Índice de Massa Corporal

IP Inibidores de Protéases

LCR Líquido Cefalo-Raquidiano

LPA Line Probe Assay (teste rápido e molecular para diagnóstico de micobacterium tuberculosis e sensibilidade à Rifampicina, Isoniazida e a alguns medicamentos da segunda linha de tratamento)

LPVr Lopinavir e Ritonavir

MAT Medicamento Anti – Tuberculoso

MDS Modelos Diferenciados de Serviços

MG Mulher Grávida

PAV Programa Alargado de Vacinação

PRN Programa de Reabilitação Nutricional

RX Radiografia

TPI Tratamento Profilático com Isoniazida

TPT Tratamento Preventivo de Tuberculose

TB Tuberculose

TPC Tratamento Profilático com Cotrimoxazol

**TB-MR/
TB-XR** Tuberculose Multidroga Resistente / Extremamente Resistente

TB – LAM Teste de reação antígeno (Lipo Arabino Mannan) – anticorpo (IgG) para diagnóstico de TB

**Xpert MTB/
RIF** Teste rápido e molecular para diagnóstico de micobacterium tuberculosis (MTB) e sensibilidade à Rifampicina

Prefácio

A epidemia do HIV continua a representar um mal para a sociedade assim como um peso para o País, devido à sobrecarga que a mesma impõe ao Sistema Nacional de Saúde no que concerne a recursos humanos, financeiros e económicos.

Actualmente, milhões de pessoas são afectadas directa ou indirectamente pela doença e globalmente milhares de pessoas morrem todos dias, devido a doenças oportunistas que surgem com a progressão da mesma. Neste sentido, sistemas inteiros ficam afectados devido a problemas causados pela doença, quer seja por ausências constantes no serviço, dificuldade para o trabalho, ou por questões macro como as perdas económicas para o País e os recursos que devem ser direccionados para o controlo de HIV e SIDA.

Avanços foram alcançados com o advento da terapia antirretroviral, no entanto, uma parte significativa de pacientes ainda se apresenta aos cuidados com doença grave e definidora de estadios avançados da doença, definida como “doença avançada” do HIV.

Moçambique é um dos países que lida todos dias com pacientes que se apresentam doentes por chegada tardia aos cuidados, assim como por desistências do tratamento contínuo da terapia antirretroviral, ou por falha do tratamento definido ligada à história natural da doença.

Estima-se que uma em cada três pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) e que está em seguimento tenha doença avançada e apresenta alto risco de morte por esta doença.

Como País, ratificamos os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável que no seu objectivo número 3 refere-se à “Saúde de qualidade”. Assim sendo, várias são as actividades que concorrem para o alcance destas metas, dentre elas a provisão de cuidados para pacientes que se apresentam aos serviços com doença grave.

É neste âmbito que nos propomos em desenvolver e implementar intervenções para fazer face a esta situação, cientes do seu benefício imensurável para os pacientes, para a economia e por fim para o País.

Maputo, 9 de Agosto de 2021

O Ministro da Saúde



Dr. Armindo Daniel Tiago

1. Introdução

Estima-se que uma em cada três pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e que está em seguimento, tenha doença avançada e apresente alto risco de morte por doença grave (doença aguda definidora de estadios 3 ou 4 da OMS)¹.

A taxa de mortalidade dos pacientes que se apresentam com doença avançada varia entre 25% a 50%. Em um terço destes casos, a mortalidade ocorre dentro das primeiras 48 horas após a admissão hospitalar num serviço de internamento. Outros 20% morrem durante o seguimento nos cuidados em ambulatório após a alta e, cerca de 30% são readmitidos no hospital pouco tempo após a alta por agravamento do quadro ou surgimento de novas condições clínicas graves².

Apesar da rápida expansão do TARV para as PVHIV a nível global desde o início dos anos 2000 e a consequente redução da taxa de mortalidade por HIV no mesmo período, os estudos demonstram a existência de uma proporção constante de pacientes que ainda apresenta imunodepressão avançada.

Embora parte destes pacientes apresentem sintomas de doença avançada na altura em que é feito o diagnóstico de infecção por HIV, outra proporção crescente de indivíduos com doença avançada são pacientes que já vêm recebendo TARV. Muitos deles são pacientes que apresentam histórico de um ou mais episódios de interrupção do tratamento ou de uso de um regime de TARV não eficaz (falência do tratamento e CD4 <200 cel /ml³ na altura em que é diagnosticada a doença avançada).

Para reduzir o risco de morte nestes pacientes, recomenda-se a implementação de um pacote abrangente de cuidados clínicos que inclui: (i) rastreio para diagnóstico das principais infecções oportunistas usando as diversas plataformas de testagem disponíveis, incluindo os testes rápidos (ii) tratamento profilático para as infecções oportunistas mais graves e comuns que podem causar morte (iii) oferta de regimes de TARV otimizados.

A nível hospitalar, as primeiras 6 horas após a admissão do paciente com doença avançada nos serviços de internamento têm sido críticas para identificar infecções oportunistas graves e sinais de perigo, por forma a permitir o tratamento adequado e atempado para essas infecções e ajustar o TARV para regimes otimizados, especialmente se houver suspeita de falência terapêutica³.

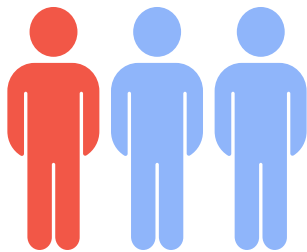
1 World Health Organization. (2019). HIV/AIDS, Key facts. Available on 20th June 2019 from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

2 Médecins Sans Frontières. (2018). MSF HIV/TB clinical guide for primary care. Cape Town: MSF, p. 218.

3 Médecins Sans Frontières. (2017). Waiting isn't an option: Preventing and surviving advanced HIV. Available on 20th June 2019 from: <https://msfaccess.org/waiting-isnt-option-preventing-and-surviving-advanced-hiv>

Por outro lado, os pacotes de cuidados para pacientes com doença avançada devem estar implantados no sistema nacional de saúde em todos os níveis de atendimento, nomeadamente: (i) no nível comunitário, (ii) nos cuidados de saúde primários e (iii) no nível secundário, e com sistemas de referência e contra referência para o nível terciário e quaternário, de acordo com as necessidades do utente, a capacidade da US para a oferta de cuidados em termos de recursos humanos e infraestrutura e, a continuidade do seguimento do paciente ao longo do *continuum* de cuidados.

Paciente com doença avançada por HIV



Estima-se que 1 em cada 3 pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em seguimento, tenha doença avançada e apresente alto risco de morte por doença grave

A taxa de mortalidade dos pacientes que se apresentam com doença avançada varia entre 25% a 50%.

1/3

ocorre dentro das primeiras 48 horas após a admissão hospitalar

20%

morrem durante o seguimento nos cuidados em ambulatório após a alta

30%

são readmitidos no hospital pouco tempo após a alta por agravamento do quadro

2. Doença avançada no paciente adulto e na criança com idade ≥ 10 anos

2.1. Definição de Doença Avançada e outras definições relevantes

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) para adultos, adolescentes e crianças ≥ 10 anos vivendo com HIV, é definida doença avançada por HIV quando o paciente apresenta uma contagem de células CD4 < 200 células/mm³ e/ou uma condição clínica activa e definidora do estadio 3 ou 4 da OMS em qualquer período do *continuum* de cuidados.

Outras definições relevantes:

- **Paciente com imunodepressão severa:** refere-se ao paciente que apresenta uma contagem de células CD4 < 200 células/mm³, independente da presença ou não de sinais ou sintomas de doença oportunista activa.
- **Paciente estável em TARV:** refere-se ao pacientes com idade ≥ 10 anos que está a receber TARV por pelo menos 6 meses e não apresenta condição clínica activa do estadio 3 ou 4 da OMS, não tem reacções adversas ao medicamento que exija monitoria regular, têm uma CV < 1000 cópias/ml (ou uma contagem de células CD4 ≥ 200 células/mm³ na ausência de resultado de CV) e apresenta boa compreensão da importância da adesão aos cuidados e tratamento.
- **Paciente com Falência terapêutica (FT):** refere-se ao paciente que apresenta CV ≥ 1000 cópias /ml, em dois ou mais testes de carga viral consecutivos de acordo com o algoritmo de CV, e depois de excluídos todos os problemas de adesão.
- **Paciente com Supressão Viral:** refere-se ao paciente que apresenta uma carga viral < 1000 cópias/ml.
- **Paciente com Carga Viral Indetectável:** refere-se ao paciente que apresenta uma carga viral que se encontra abaixo do limiar de detecção do equipamento em uso.

2.2. Rastreio da doença avançada no paciente HIV+ (adulto e criança ≥ 10 anos)

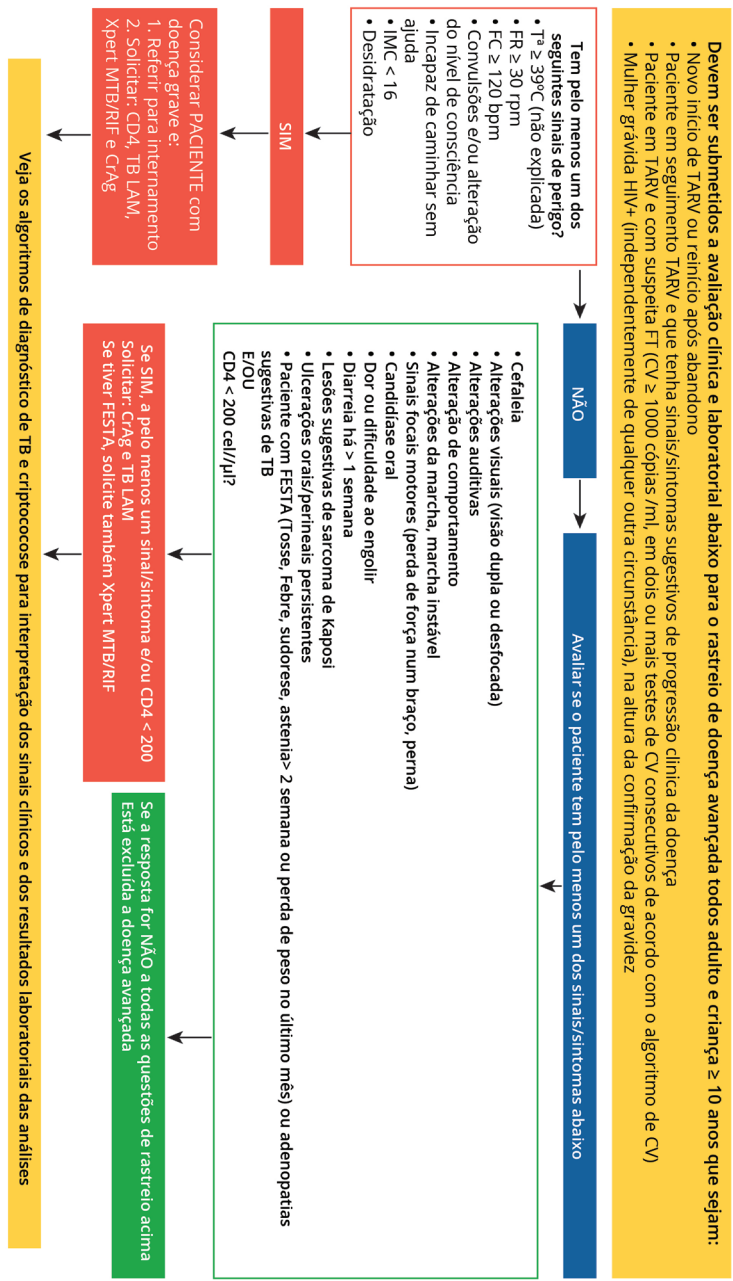
Devem ser submetidos ao rastreio de doença avançada todos os seguintes pacientes:

- Pacientes novos inícios de TARV e reinícios após o abandono ao TARV
- Pacientes em seguimento TARV, que em qualquer período do *continuum* de cuidados apresentam sinais de progressão clínica da doença, isto é, apresentam uma condição clínica definidora do estadio 3 ou 4 da OMS.
- Pacientes que estão em TARV e apresentam falência terapêutica (CV ≥ 1000 cópias / ml, em dois ou mais testes de carga viral consecutivos de acordo com o algoritmo de monitoria do TARV).
- Mulher grávida HIV+ (independentemente de qualquer outra circunstância), na altura da confirmação da gravidez¹

O rastreio de doença avançada é feito através da avaliação clínica detalhada dos pacientes, para a identificação de infecções oportunistas activas graves, e da medição do CD4.

¹ A mulher grávida experimenta frequentemente uma queda transitória na contagem de CD4, o que aconselha o rastreio com este teste nessa altura, mesmo que não preencha outros critérios para tal.

Figura 1: Algoritmo de Rastreio de doença avançada no paciente HIV+ (adulto e criança com idade ≥ 10 anos)



2.3. Rastreio de infecções oportunistas

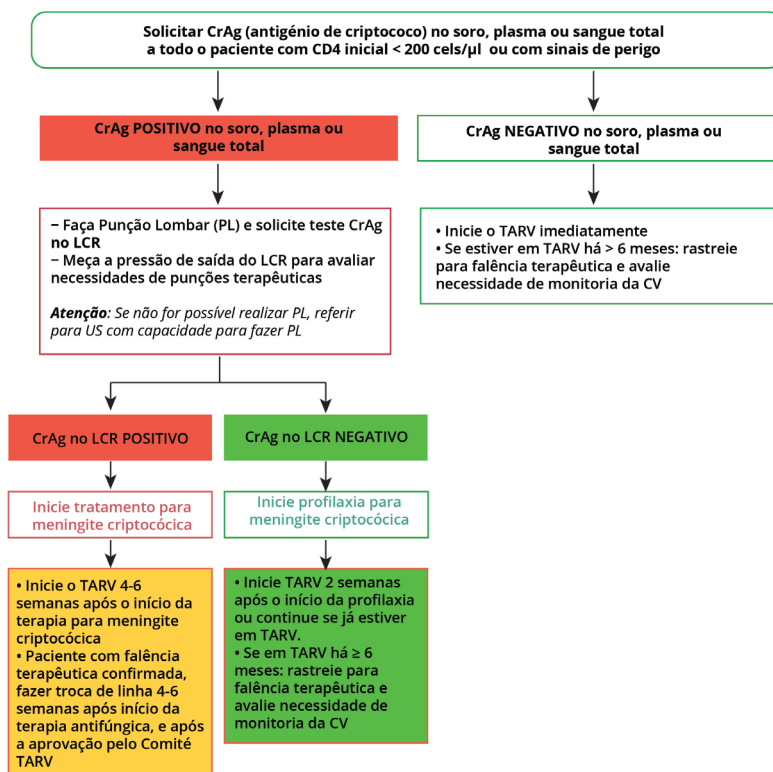
Após o enquadramento dos pacientes no grupo da doença avançada, os seguintes algoritmos devem ser usados para o rastreio de infecções oportunistas:

- **Rastreio da Meningite Criptocócica:** Algoritmo para rastreio da infecção por criptococo (adulto e criança com idade ≥ 10 anos).
- **Rastreio da Tuberculose:** Algoritmo para diagnóstico de TB em adultos e crianças ≥ 10 anos com doença avançada por HIV.

2.3.1 Rastreio da Meningite Criptocócica

O rastreio da meningite criptocócica no adulto e criança com idade ≥ 10 anos é feito com base no algoritmo da figura 2.

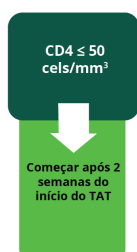
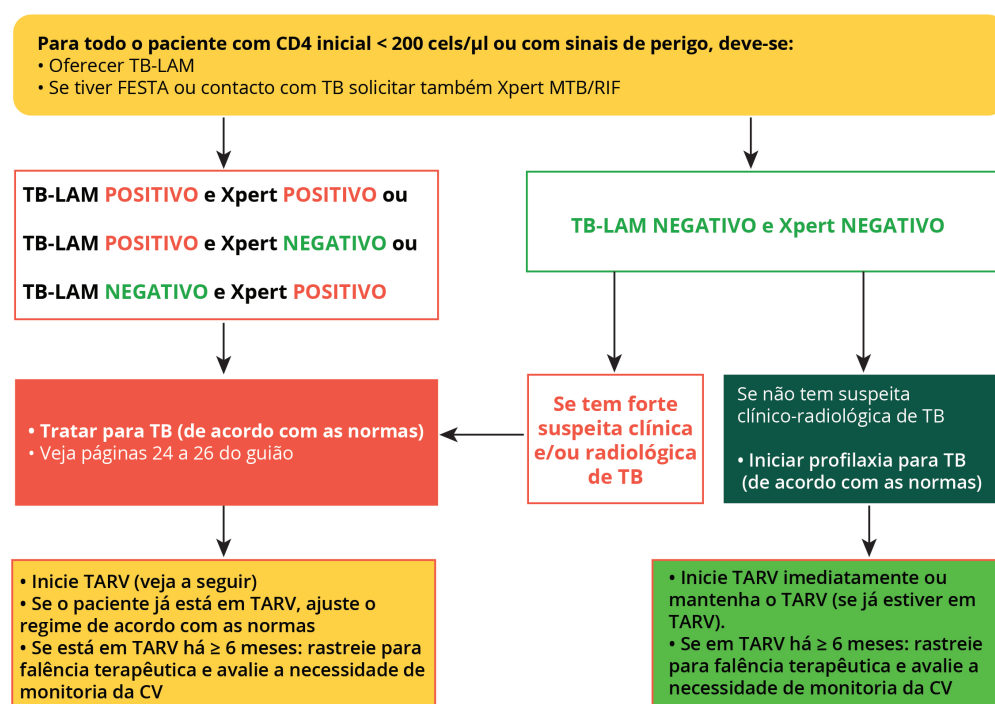
Figura 2. Algoritmo para rastreio da infecção por criptococo (adulto e criança com idade ≥ 10 anos)



2.3.2 Rastreamento da Tuberculose

O rastreamento da tuberculose no adulto e criança com idade ≥ 10 anos é feito com base no algoritmo abaixo:

Figura 3: Algoritmo para rastreamento de TB em adultos e crianças ≥ 10 anos com doença avançada por HIV



INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO DE TB LAM EM CASOS PARTICULARES

O teste TB LAM com resultado positivo de 1 cruz (+) em pacientes assintomáticos deve ser interpretado com cautela. Os pacientes nesta situação deverão ser monitorados clinicamente a cada consulta mensal. Estes pacientes deverão iniciar TARV e o início de profilaxia para TB deverá ser adiado até que seja excluída a TB. Se o paciente desenvolve qualquer sintoma sugestivo de TB, o teste TB LAM poderá ser repetido nessa altura.

INÍCIO DE TRATAMENTO DE TB COM BASE NOS RESULTADOS DE TB-LAM

Um teste TB-LAM positivo permite indicar tratamento para tuberculose. Em pacientes sem suspeita de tuberculose resistente e sem contacto com um caso de TB resistente, o clínico deverá introduzir tratamento com regime de 1ª linha (4DFC). Uma amostra de expectoração deverá ser enviada para Xpert MTB/RIF, por forma a tentar obter informação relativa ao padrão de sensibilidade a Rifampicina.

NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE TB DIAGNOSTICADOS COM RECURSO A TB-LAM

Os casos de TB diagnosticados com recurso a TB-LAM são considerados bacteriologicamente confirmados. Se o paciente tiver clínica respiratória associada, deverá ser notificada como TB pulmonar. Em caso contrário, os casos serão notificados como TB Extrapulmonar (disseminada).

2.3.3 Rastreio de cancro de colo uterino (CACU) na mulher HIV+ com doença avançada

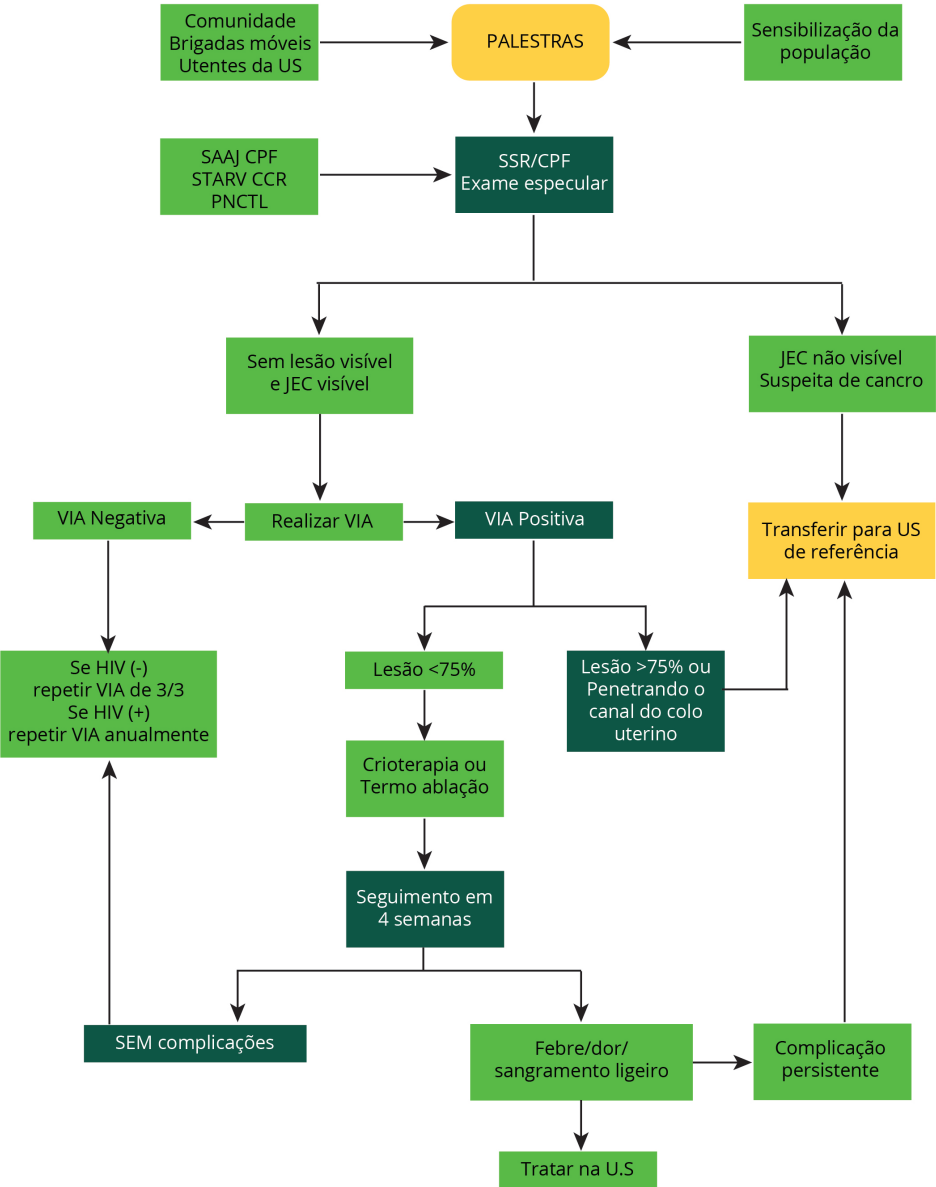
O cancro de colo uterino é a neoplasia mais prevalente na mulher em Moçambique. Estima-se que 1 em cada 4 casos de cancro nas mulheres no país seja um caso de cancro de colo uterino. O cancro de colo esta fortemente associado à infecção pelo vírus do papiloma humano (VPH).

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. Por este motivo, 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:

- 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)

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.

Figura 4: Rastreo de Cancro de colo uterino na US de cuidados primários



2.4. Profilaxia de infecções oportunistas no paciente HIV+ (crianças ≥ 10 anos e adultos, incluída a mulher grávida/lactante)

2.4.1. Opções de profilaxia preconizadas em Moçambique para adultos e crianças ≥10 anos

Tabela 1: Indicações de oferta da profilaxia primária para infecções oportunistas e critérios de suspensão

Infecção a prevenir com a profilaxia	Crítérios de elegibilidade para a profilaxia	Tipo de tratamento profiláctico	Crítérios para suspensão da profilaxia	Contra-indicações ao tratamento profiláctico
Tuberculose (TB)	<ul style="list-style-type: none">Doente HIV+ adulto e criança ≥ 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 um novo contacto com um caso de TB sensível.</p>	<ul style="list-style-type: none">TPI: Isoniazida diária durante 6 meses3HP: Isoniazida + Rifapentina semanal durante 3 meses1HP: Isoniazida + Rifapentina diária durante 1 mês <p>(Veja as dosagens nas tabela 2)</p> <ul style="list-style-type: none">» 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.Má adesão ao TARV.Intolerância/alergia aos fármacos.

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 Se tiver CrAg negativo em LCR, so fazer profilaxia 	Profilaxia para meningite criptocócica*: <ul style="list-style-type: none"> Fase indução com Fluconazol 800 mg/dia durante 2 semanas (10-14 anos: 12 mg/kg/dia) Fase consolidação com Fluconazol 400mg/dia durante 8 semanas (10-14 anos 6-12 mg/kg/dia) Fase manutenção com Fluconazol 200 mg/dia (10-14 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
<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 ≤ 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 ≤ 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 ≥ 10 anos: CTZ 400/80 mg, 2 comp/dia.</p> <p>Alterativa (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 < 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 (≥ 350 cels/ml) após 1 ano de TARV. <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 alergia as 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).

2.4.2. Posologia das diferentes opções de tratamento profilático para Tuberculose (TPT)

O regime profilático preferencial para prevenção da TB nos pacientes com idade ≥ 15 anos é a combinação de rifapentina + isoniazida (3HP). O regime profilático alternativo será feito com isoniazida isolada, em casos de contraindicação para o uso da profilaxia combinada com rifapentina + isoniazida ou, pela indisponibilidade destes medicamentos na US.

Os regimes de TPT e as doses recomendadas são:

- **3HP (Rifapentina + Isoniazida):** 900mg de cada um dos medicamentos (rifapentina + isoniazida), em toma única semanal durante 12 semanas.
- **1HP (Rifapentina + Isoniazida):** 600mg de rifapentina + 300mg de isoniazida em toma única diária durante 30 dias consecutivos (1 mês).
- **Tratamento preventivo com isoniazida (TPI):** 300 mg de isoniazida em toma única diária durante 6 meses.

Tabela 2: Tabela de dosagem dos diferentes regimes para Tratamento preventivo de tuberculose (para adultos e adolescentes ≥ 15 anos e que tenham 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

*Para dosagens de TPT em crianças com peso < 30kg, vide tabela 8 na secção pediátrica - capítulo III.

Nota:

Está contraindicado o uso do regime profilático com rifapentina + isoniazida (3HP) nos pacientes adolescentes e adultos em TARV, com regime contendo inibidores de protease (LPVr, atazanavir e darunavir) devido à interacção entre a rifapentina e inibidores da protease, o que leva a um consequente comprometimento da eficácia do TARV.

Os pacientes em TARV com regimes contendo EFV ou DTG não têm nenhuma contraindicação ao uso do regime com 3HP.

Por falta de dados que demonstrem a segurança na administração do 3HP durante a gravidez, não se recomenda a prescrição deste regime as mulheres grávidas e lactantes. Contudo, o 3HP pode ser administrado seguramente durante o período da lactação.

2.5. Tratamento de infecções oportunistas comuns na criança ≥ 10 anos e adulto

Serão descritas nesta secção algumas infecções oportunistas mais comuns que acometem os pacientes com doença avançada. Contudo, para consulta de abordagem clínica e terapêutica de outras IO não descritas nesta secção, consulte o guião de tratamento antirretroviral e infecções oportunistas para adulto, grávida, adolescente e crianças 2016 (Guião de Bolso) ou a versão actualizada (2022).

2.5.1. Avaliação e Manejo do paciente HIV+ com Meningite criptocócica

O manejo do paciente adulto (e criança ≥ 10 anos) com diagnóstico de meningite criptocócica, deve ser feito com base na informação que aparece na tabela a seguir:

Tabela 3: Manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da meningite criptocócica

Parâmetro	Descrição da abordagem
Manifestações clínicas	<p>Geralmente é meningite de evolução sub-aguda com: cefaleia intensa, febre, confusão mental, convulsões e finalmente alteração do nível de consciência.</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 (>20 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.

	Adulto	Criança (10-14 anos)
Tratamento	<p>1ª Opção:</p> <p>a) Fase de indução (2 semanas):</p> <p>Semana 1: anfotericina B liposomal 3-4 mg/kg/dia ou anfotericina desoxicolato 1mg/kg/dia, EV, diluído em 500ml de soro glicosado (dextrose 5%) ou soro fisiológico (NaCl 0,9%), 1vez/dia, administrado em 4-6 horas.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Flucitosina 100mg/kg/dia VO (6/6h).</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 45 kg: 2 comprimidos a cada 6 horas • 46-65 kg: 3 comprimidos a cada 6 horas • >65 kg: 4 comprimidos a cada 6 horas <p>Semana 2: fluconazol 1200 mg/dia</p> <p>b) Fase de consolidação (8 semanas): fluconazol 800mg/dia</p> <p>c) Fase de manutenção: fluconazol 200 mg/dia.</p> <p>Regimes Alternativos:</p> <p>a) Fase de indução (2 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anfotericina EV + Fluconazol 1200 mg/dia VO ou • Fluconazol 1200 mg/dia VO + Flucitosina 100mg/kg/dia VO (dividido em 4 doses). <p>b) Fase de consolidação (8 semanas): Fluconazol 800mg/dia.</p>	<p>1ª Opção: tratamento com Anfotericina B na dose de 0,4 a 1mg/kg/dia EV.</p> <p>a) Fase de Indução (2 semanas):</p> <p>Iniciar com 0,1mg/kg (máximo 1mg) em perfusão durante 2 a 4 horas, aumentando 0,25 mg/kg/dia até a dose desejada de 1mg/kg/dia. Administra-se uma vez ao dia. Diluir em soro fisiológico na proporção de 0,1mg/ 1ml.</p> <p>Uma vez alcançada a dose desejada, o tratamento continua com Anfotericina B, na dose de 1 a 1,5mg/kg/dia em dias alternados, até completar 2 semanas de tratamento.</p> <p>b) Fase de Consolidação (até 12 semanas depois da normalização do liquor): Fluconazol 6 mg/kg/dia VO ou EV</p> <p>2ª Opção: Tratamento com Fluconazol</p> <p>a) Tratamento de ataque: Fluconazol 10 - 12 mg/kg/dia, uma vez/dia por VO ou EV durante 6-10 semanas.</p> <p>b) Tratamento de manutenção: Fluconazol 6 mg/kg/dia (O tratamento de manutenção deve durar até 12 semanas depois da normalização do liquor)</p>

	<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Anfotericina B liposomal é menos tóxica que a anfotericina B desoxicolato. Portanto, sempre que estiver disponível recomenda-se que se use preferencialmente a anfotericina B lipossomal. A Anfotericina B lipossomal 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 flucitosina 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 liquor por dia, até a resolução da hipertensão intracraniana, ou até o paciente apresentar melhoria da sintomatologia. As PL podem ser suspensas quando o paciente mantém pressões por volta de 30 cm de água e melhoria 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) 	
Profilaxia secundária Quando iniciar a profilaxia secundária? Quando suspender a profilaxia secundária?	<p>Atenção: A profilaxia secundária (fase de manutenção) da meningite criptocócica é obrigatória. Caso não seja feita, a recidiva ocorre em 100% dos casos.</p>	
	<p>Adulto</p> <p>Fluconazol 200mg/dia</p> <p>Deve ser iniciada logo após o término da fase de indução e consolidação.</p>	<p>Criança 10-14 anos</p> <p>Fluconazol 3 mg/kg/dia. Deve ser iniciada logo após o término da fase de indução e consolidação.</p>
	<p>Apenas deve-se suspender a profilaxia secundária com fluconazol quando concorrem todas as seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O paciente tiver completado pelo menos 10 meses de profilaxia. • A contagem de linfócitos T CD4 + for ≥ 100 cel/mm³ (1 única medição durante o período do curso da profilaxia) e • O paciente tiver carga viral indetectável. 	<p>A profilaxia secundária pode deve ser suspensa apenas quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A criança tem idade ≥ 6 anos. • Tiver completado pelo menos 10 meses recebendo profilaxia secundária. • Está assintomática. • Contagem de CD4 >100 cel/ mm³ (1 única medição durante o período do curso da profilaxia) • Estar em TARV com CV indetectável
TARV	<p>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.</p>	

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 electrólitos

Adultos e adolescentes ≥15 anos:

- Antes da infusão de Anfotericina B, hidratar com 1 litro de soro fisiológico a 0,9% (ou lactacto de ringer 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 hipercalémia.

Crianças ≥ 10 anos:

- Antes da infusão de Anfotericina B, adicionar 1 ampola de KCL (20 mmol) a 1l de soro fisiológico a 0,9% (ou lactacto de ringer se soro fisiológico não estiver disponível), e administrar 15ml/kg 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 (antes do início do tratamento e 2 vezes por semana), especialmente ao longo da segunda semana de tratamento com Anfotericina (apenas no protocolo sem Flucitosina)
- Hemoglobina (antes do início do tratamento e 2 vezes/semana).
- Monitoria do balanço hídrico e do peso diáriamente.

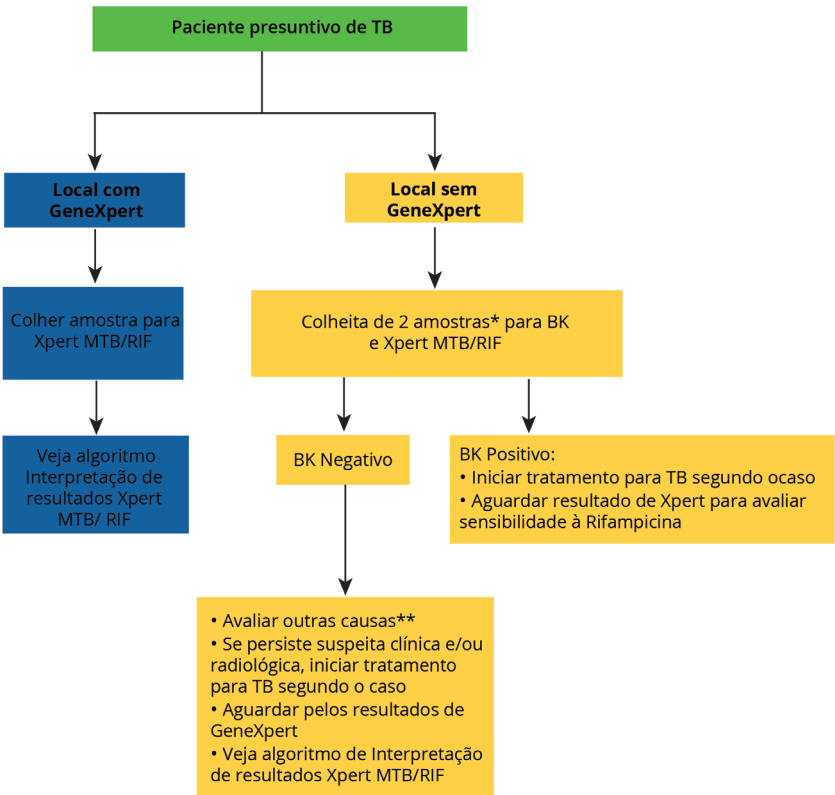
Tratamento da toxicidade por Anfotericina B:

- Se tiver hipocalemia importante ($K^+ < 3.3$ mmol/l) aumentar os suplementos de KCL:
 - » 2 ampolas de KCl (40 mmol) EV no soro prévio à anfotericina ou 1-2 comprimidos de KCl (8 mEq) por via oral 3 vezes/dia
 - » Monitoriar o potássio diariamente
- 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 melhoria, reiniciar, considerando a administração a cada 48 horas. Se a creatinina mantém-se elevada, deve-se considerar a interrupção do tratamento para continuar com Fluconazol 1200 mg/dia junto com Flucitosina, e monitorar a creatinina diariamente.
- Com Anfotericina B desoxicolato é relativamente frequente a ocorrência de tremores/calafrios. Pode-se usar Paracetamol para o manejo

2.5.2. Avaliação e Manejo da Tuberculose no Paciente adulto e criança ≥ 10 anos

Para a Avaliação e Manejo da Tuberculose no Paciente adulto e criança ≥ 10 anos, será descrito neste apartado quando deverá ser solicitado os testes de Xpert MTB/RIF, como deve ser interpretado o resultado do mesmo e quais são os regimes de tratamento consonante a cada caso.

Figura 5: Algoritmo para solicitação de teste Xpert MTB/RIF



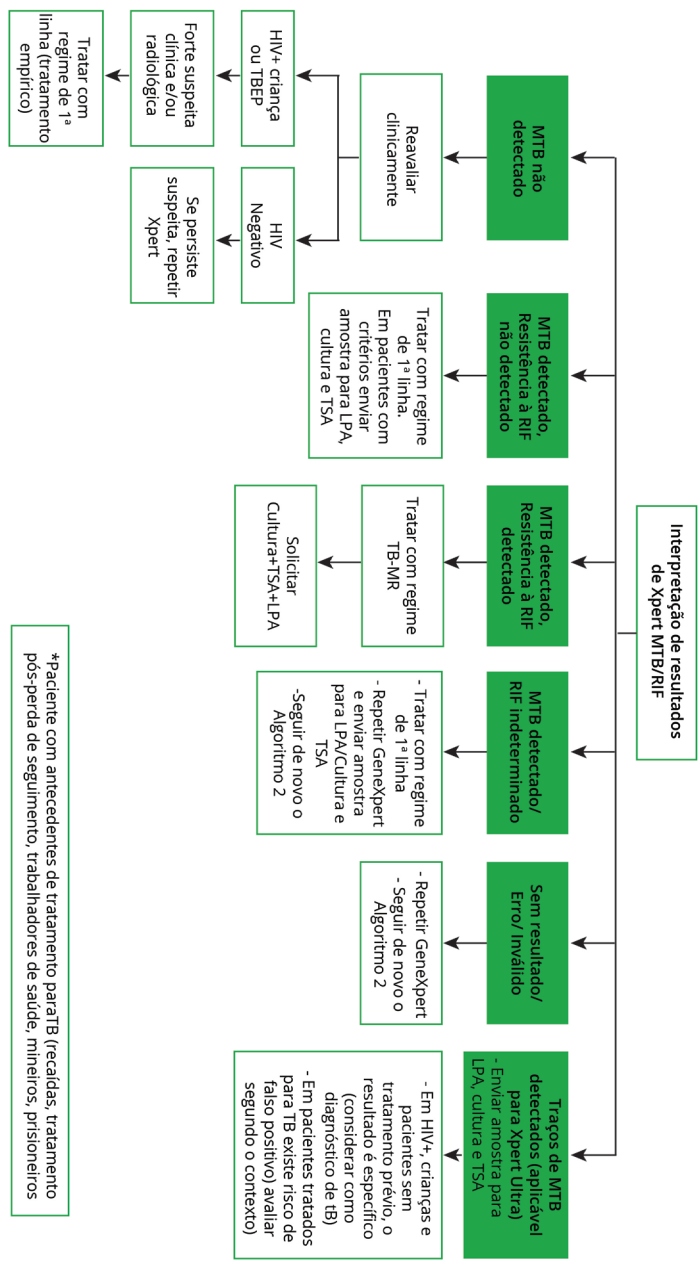
*A 1ª amostra deve ser colhida de imediato e a 2ª amostra no dia seguinte

**Alguns diagnósticos diferenciais de TB:

- Outras causas infecciosas pulmonares (abscesso pulmonar, infecções fúngicas e parasitoses pulmonares)
- Patologia pulmonar crônica (Bronquite crônica, bronquiectasias)
- Cardiopatias
- Outras patologias associadas ao HIV (Sarcoma de Kaposi pulmonar, Pneumonia Intersticial Linfóide, PCP)

Atenção! Os pacientes com HIV e imunodepressão avançada podem ter várias patologias em simultâneo

Figura 6 Algoritmo para interpretação de teste Xpert MTB/RIF



2.5.2.1 Regime de tratamento para Tuberculose sensível

Tabela 4: Regime de 1ª Linha no adulto (e criança ≥25Kg)

Regime de 1ª Linha para adultos (e crianças com peso ≥ 25kg*) sem antecedentes de tratamento prévio para TB, sem contacto com caso de TB-resistente e sem evidência de resistência aos medicamentos anti-tuberculosos.				
Fase intensiva de tratamento, diário durante 2 meses com 4DFC (HRZE) (75mg+150mg+400mg+274mg)	Peso pré-tratamento em Kg			
	25-39	40-54	55-70	≥70
	2	3	4	5
Fase de Manutenção, diário durante 4 meses com 2DFC (HR) (75mg+150mg)	2	3	4	5

*As crianças acima de 10 anos e com peso abaixo de 25kg devem receber tratamento nas doses indicadas na tabela pediátrica.

Tabela 5: 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 (outras formas)	2HRZE	4HR
Tuberculose osteoarticular	2HRZE	7HR (para adultos com idade ≥ 15 anos) 10HR (para crianças dos 10- 15 anos de idade)
Tuberculose meníngea/SNC	2HRZE	10HR

2.5.2.2 Tratamento de pacientes adultos que tenham feito tratamento prévio para TB ou que tem história de contacto com um caso de TB-MR/TB-XR

Todos os pacientes adultos que tenham feito tratamento prévio para TB ou que tem história de contacto com um caso de TB-MR/TB-XR devem ser submetidos a testes de sensibilidade (Xpert MTB/RIF, LPA, Cultura + TSA 1ª e 2ª linha).

Este grupo de pacientes devem ser divididos em três (3) categorias:

- **Categoria 1 - Casos de recaída ou tratamento pós-perda de seguimento:** para estes pacientes 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 deve 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 com a 1ª linha.
 - » Em caso de resistência à Rifampicina (Xpert MTB+/RIF+) o paciente deve ser tratado com regime para TB-MR.
 - » Em caso de Xpert MTB negativo ou indisponibilidade de resultados, o paciente deve iniciar tratamento com regime de 1ª linha e procurar resultados do teste feito ou repetir Xpert MTB
- **Categoria 2: Pacientes com falência de tratamento** (BK+ persistente ao 5º mês): iniciar tratamento TB-MR, independentemente do resultado de Xpert MTB, enquanto aguarda pelos resultados de LPA/Cultura+TSA. Logo que tiver resultados disponível, ajustar o regime ao resultado do TSA.
- **Categoria 3: 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. Logo que tiver resultados disponível, ajustar o regime ao resultado do TSA.

Nota:

O ajuste do regime para tratamento da **TB-MR ou TB-XR** deve ser feito de acordo com os resultados dos testes de sensibilidade.

As US/Províncias devem elaborar um fluxo de referenciamento de amostras e retorno de resultados que permita o acesso atempado dos resultados para tomada de decisão em relação a conduta terapêutica do paciente.

2.5.3. Ajuste do regime de TARV em pacientes Adultos com TB/HIV

Neste bloco serão apresentadas as orientações para novos inícios TARV em pacientes com TB/HIV e também o ajuste de TARV em pacientes adultos que vinham recebendo TARV e desenvolvem Tuberculose.

Tabela 6: Novos inícios TARV em pacientes adultos com TB/HIV

	TB Sensível	TB-Resistente
1ª Linha	TDF+3TC+DTG (com ajuste de dose)	TDF+3TC+DTG
1ª Linha Alternativa	TDF+3TC+EFV	Se insuficiência renal: Substituir TDF por ABC ABC+3TC+DTG
	Se insuficiência renal: Substituir TDF por ABC	
	ABC+3TC+DTG ou ABC+3TC+EFV	

Nota: Na ausência de Rifampicina no regime de TB, não é necessário ajuste de TARV com DTG.

Tabela 7: Ajuste de TARV em pacientes adultos que vinham recebendo TARV e desenvolvem Tuberculose

	TB Sensível		TB Resistente	
	Esquema em uso	Passa para	Esquema em uso	Passa para
Pacientes em 1ª linha	TDF+3TC+EFV	TDF + 3TC + DTG (com ajuste de dose)	TDF+3TC+EFV	TDF+3TC+DTG
Pacientes em 1ª linha alternativa	TDF+3TC+ATV/r		TDF+3TC+ATV/r	
	TDF+3TC+LPV/r			
Pacientes em 2ª linha	2INTR+ATV/r	2INTR+DTG (com ajuste de dose)	2INTR+ATV/r	2INTR+DTG
	2INTR+LPV/r			
Atenção! Todos os pacientes em TARV, há pelo menos 6 meses e que desenvolvem TB, devem ser avaliados a CV perante a possibilidade de falência terapêutica.				

IMPORTANTE

- **Recomendações para uso de corticosteróides nos casos de Tuberculose**
 - » Tuberculose meníngea.
 - » Tuberculose pericárdica.
 - » Tuberculose pulmonar ou ganglionar complicada (obstrução das vias aéreas por grandes ganglios intratorácicos, característico das crianças).
- **Dose de prednisolona:**
 - » Adultos: 0.5- 1 mg/Kg/dia durante 4 semanas, com redução progressiva ao longo de mais 4 semanas.
 - » Crianças >10 anos: 2 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 Piridoxina (vitamina B6) para pacientes HIV+ em tratamento para Tuberculose. Para os adultos e crianças ≥15kg, a dose é 1 comprimido de 50mg/dia.

2.5.4. Sarcoma de Kaposi

Tabela 8: Abordagem do paciente HIV+ com 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	Estadiamento T - quanto à extensão do tumor)	Estadiamento S – quanto à presença de sintomas associados
	<p>T0 (lesões reduzidas) – confinadas à pele, e/ou gânglios linfáticos e/ou doença oral limitada.</p> <p>T1 (lesões extensas) – Com edema ou ulceração. Pode ser SK oral extensivo, SK gastrointestinal, SK de outras vísceras.</p>	<p>S0 (sem sintomas associados)</p> <ul style="list-style-type: none">• Paciente em bom estado geral.• Sem história de infecções oportunistas.• Sem sintomas «B».• Sem candidíase oral. <p>S1 (com presença de sintomas “B”)</p> <ul style="list-style-type: none">• Mau estado geral.• Com sinais e sintomas de infeção oportunista activa.• Com sintomas «B».• Com candidíase oral.
	<p>*SINTOMAS B” febre inexplicável, sudorese nocturna, perda de peso de mais que 10%, diarreia persistente de mais de duas semanas de duração.</p>	
Tratamento (3 componentes)	<ul style="list-style-type: none">• TARV• Quimioterapia• Tratamento para controlo dos sintomas	
Tratamento Antiretroviral	<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 rastreio de 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.	

Indicações para a quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com compromisso vital a curto prazo (lesões que interferem com alimentação/respiração). • Todos os pacientes com estadio T1 e/ou S1 desde o primeiro momento. • Também pacientes com estadio inferior e que não apresentam melhoria das lesões após 3-6 meses em TARV 	
Condições clínico-laboratoriais para realizar a quimioterapia	<u>Condições para realizar quimioterapia – No adulto</u> <ul style="list-style-type: none"> • Já ter iniciado o TARV • Hb \geq 8 g/dl. Se for inferior, deve-se garantir a capacidade de monitorar e fazer transfusão em caso de necessidade • Neutrófilos \geq1000 células/mm³ • Plaquetas > 75.000 • Creatinina < 2 x Limite superior da normalidade • ALT < 2 x Limite superior da normalidade e sem icterícia • Fracção ejeção > que 30% (se o regime de tratamento contém doxorubicina) • Não estar grávida. 	<u>Condições para realizar quimioterapia – Na criança</u> <ul style="list-style-type: none"> • Já ter iniciado o TARV • Hemoglobina \geq 7g/dl • Contagem de Neutrófilos maior que 300 células/mm³ (3×10^3 cel/mm³). • Função renal sem alterações • Fracção de ejeção > que 30% (se o regime de tratamento contém doxorubicina – ter atenção pelo risco de toxicidade cardíaca).
Outros cuidados (incluído o tratamento paliativo dos sintomas)	<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:</p> <p>» Evitar corticosteroides em pacientes com Sarcoma de Kaposi, pelo risco de agravamento das lesões.</p>	
Factores de mau prognóstico:	<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): Doxorrubicina 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 Doxorrubicina 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 citostáticos • 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 UI em 10 ml de Soro fisiológico 0,9% ou em água destilada (nunca em soro glicosado), e administrar por via EV rápida.
Duração da quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Os ciclos de quimioterapia deverão ser efectuados até: <ul style="list-style-type: none"> » 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: <ul style="list-style-type: none"> » Doxorrubicina: 550 mg/m² » Bleomicina 440 Unidades.

Quimioterapia para o Sarcoma de Kaposi na criança dos 0 – 14 anos

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

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

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 corporal (m²)= $\frac{(4 \times \text{peso})+7}{90 + \text{peso}}$**

Exemplo: Uma criança de 20 kg terá uma superfície corporal 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 corporal 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.

1.3 VINCISTINA NA 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>Regimes de tratamento quimioterápico para crianças (0 – 14 anos)</p> <p>(Continuação)</p>	<p><u>2ª Opção de tratamento (regime alternativo): Regime de PACLITAXEL</u></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 calculo 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"> • Ondasentron 0,15mg/kg/dose EV- 3 vezes ao dia – ampola de 4mg/2ml ou 8mg/4ml (existem também comprimidos de 4mg e 8 mg). • Metoclopramida 0.25-0.5 mg/kg/dia, dividido em 2-3 doses diárias. <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).
<p>Efeitos colaterais da quimioterapia (para adultos e crianças)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 paralítico.

2.6. Seguimento clínico e laboratorial do paciente com doença avançada

O paciente com doença avançada pode precisar de ter acesso ao clínico com maior frequência, devido à maior probabilidade de apresentar recaídas, novas patologias associadas ao HIV, efeitos adversos e interações medicamentosas derivada da toma de múltiplos fármacos.

A estes pacientes deve ser facilitado o acesso à US ou ao clínico sempre que necessário.

A **mulher grávida** com patologias graves deve ser internada para tratamento das infeções oportunistas e monitoria da gravidez.

2.6.1. Periodicidade das consultas clínicas e monitoria laboratorial dos pacientes com doença avançada

- **Consultas clínicas:**

- » Enquanto o paciente estiver com alguma sintomatologia de doença oportunista activa, a frequência de retorno à US vai depender da condição clínica do paciente e do tratamento em curso.
- » Após a estabilização da infecção oportunista, o clínico pode marcar consultas mensais durante os 6 primeiros meses de seguimento. A partir do 6^a mês, e sempre que a estabilidade clínica o permita, o paciente poderá entrar em outros modelos diferenciados de atendimento (dispensa trimestral), sempre que se cumpram os critérios para tal.
- » O paciente poderá procurar os cuidados clínicos sempre que necessitar, sem contudo esperar pela data marcada da consulta.

- **Monitoria da carga viral:**

- » A primeira CV deve ser feita 6 meses após o início ou reinício do TARV bem como após a alteração do regime TARV (por transição para novo regime ou mudança de linha de TARV).
- » A periodicidade da CV vai depender do resultado ao 6^o mês, conforme o algoritmo de monitoria do TARV com recurso a CV (a seguir).
- » A mulher grávida com doença avançada segue o algoritmo específico de monitoria de TARV na mulher grávida/lactante.

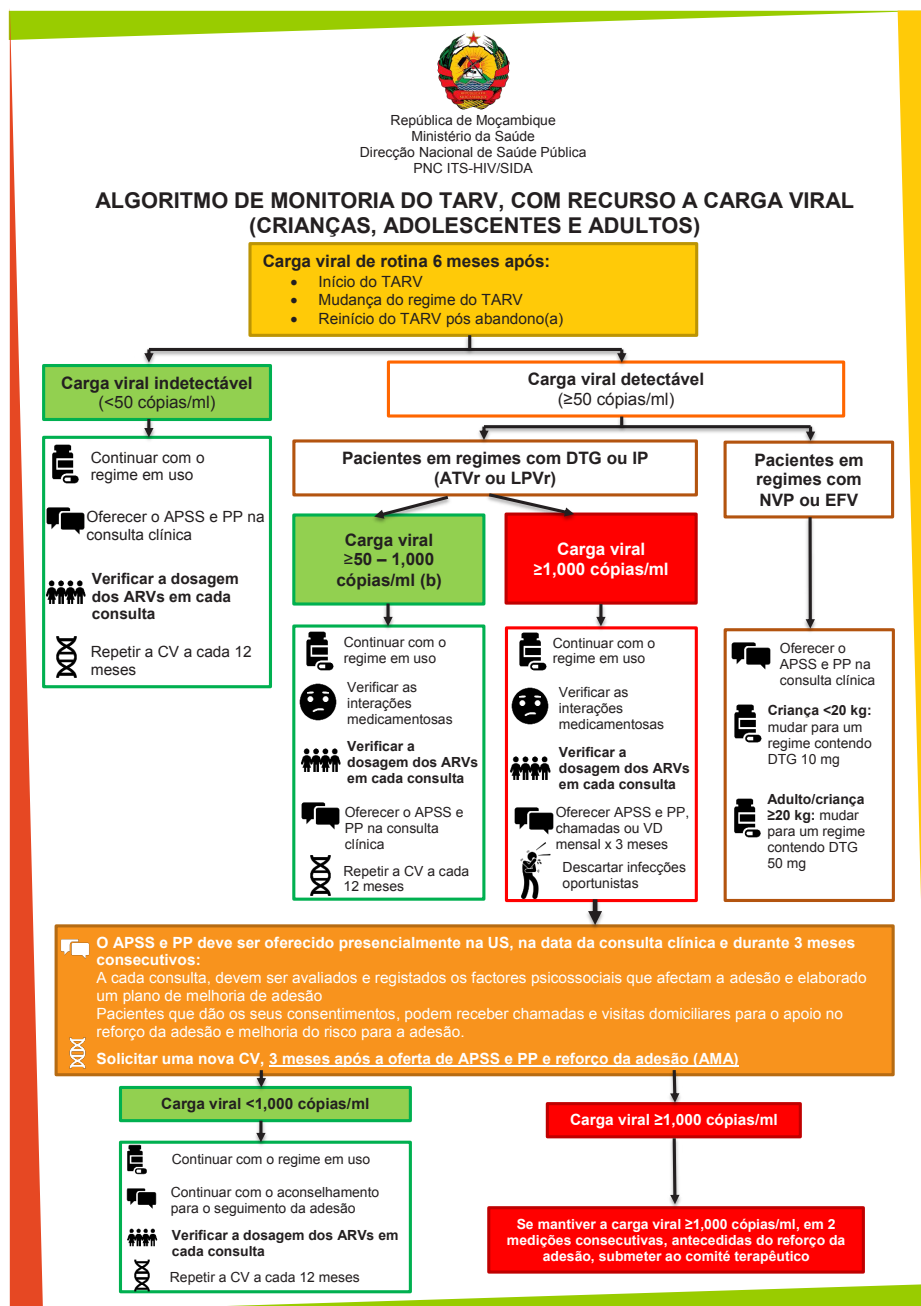
- **Monitoria de CD4:** Após a avaliação inicial do CD4, deve-se solicitar exames de CD4 apenas em pacientes com contagens de CD4 baixas:

- » **Para paciente com CD4 inicial < 100 cels/ml e em profilaxia para infecção por criptococos:** Ao atingir uma contagem de CD4 ≥ 100 cels/ml deverão suspender a profilaxia com Fluconazol sempre que tenham completado 12 meses de tratamento/profilaxia e tenham CV indetectável.

- » **Para paciente com CD4 < 200 cels/ml:** continuar com a monitoria de CD4 anualmente até atingir os valores recomendados para suspensão da profilaxia com CTZ, nomeadamente:
 - ◊ Paciente adulto e criança com ≥ 5 anos: CD4 ≥ 350 cels/ml.

Em todas as consultas com o paciente com doença avançada, o clínico deve ter sempre a ficha mestra e o processo clínico para preenchimento dos aspectos clínicos relevantes ao seguimento do paciente e todas as intercorrências clínicas.

Figura 6: Monitoria do TARV com recurso a CV (adultos e crianças)



2.7. Apoio Psicossocial em pacientes com Doença Avançada

Os pacientes com doença avançada de HIV necessitam de intervenções de apoio psicológico e emocional face aos desafios que a própria doença os apresenta. O peso de uma carga maior de medicação durante o tratamento de infecções oportunistas que podem afectar o sistema nervoso central e a encefalopatia por HIV podem representar um desafio adicional para compreender, lembrar e cumprir com as orientações de seguimento da unidade sanitária como por exemplo a toma regular da medicação.

Portanto, é crucial incluir uma abordagem adaptada para fornecer suporte ao tratamento, incluindo aconselhamento personalizado para garantir adesão aos cuidados e tratamento e visitas domiciliárias para prevenção do surgimento da síndrome da “fadiga da toma da pílula”.

2.7.1 Características Psicológicas do paciente com doença avançada

Os Pacientes Adultos com doença avançada devido ao seu estado clínico debilitado, tornam-se mais frágeis emocionalmente o que o pode levar facilmente que podem contribuir de uma forma negativa para o sucesso do seu tratamento.

Podem desenvolver doenças mentais comuns, tais como sintomas depressivos, estados de ansiedade, dificuldade de memória e concentração, irritabilidade, insónia, fadiga, entre outros devem ter intervenções específicas de apoio.

Intervenção em Internamento para pacientes internados:

Devem ser feitas visitas diárias feitas na enfermaria pelo provedor de APSS ou Saúde Mental, onde será feito o rastreio de doenças mentais incluindo ideação suicida, seguido de um aconselhamento interpessoal breve e avaliação de necessidade de medicação e referencia para os serviços de psiquiatria.

Intervenção em ambulatório (presencial na US, via telefónica ou VD)

Durante as primeiras 4 semanas o seguimento deve ser ajustado ao seguimento clínico e as necessidades do paciente, podendo o mesmo ser semanal ou quinzenal;

Atenção:

É importante estender o suporte e acompanhamento aos familiares (1 a 2 sessões de aconselhamento interpessoal até estabilizar o mesmo).

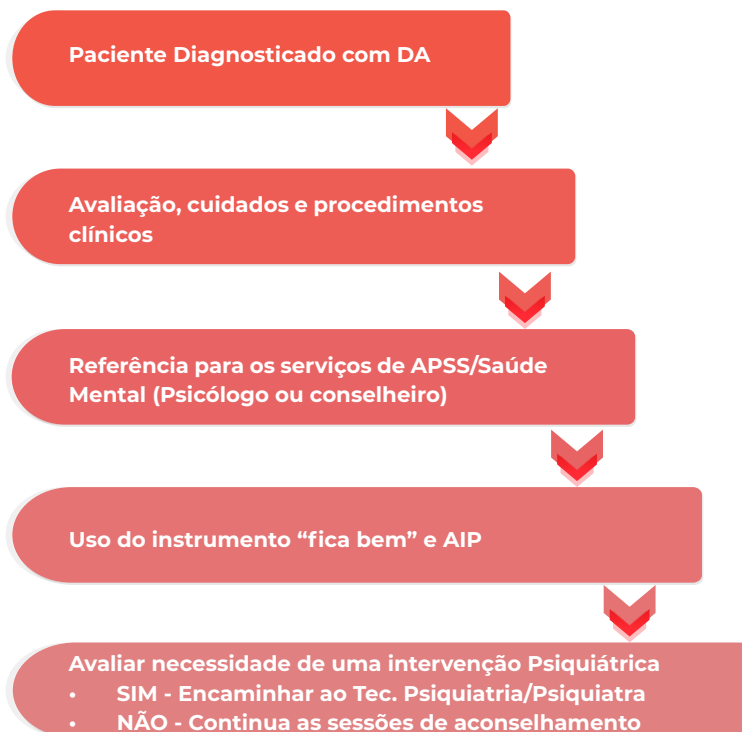
2.7.2 Seguimento Psicossocial dos pacientes com doença avançada

- Logo após diagnóstico pelo clínico o paciente deve ser encaminhado a consulta de APSS e PP/saúde mental para receber o devido atendimento.
- Durante as primeiras 4 semanas o seguimento deve ser consoante a necessidade do Paciente seguindo as consultas clínicas, podendo o mesmo ser semanal ou quinzenal.
- Após este período de 4 semanas, as consultas de seguimento podem ser mensais, mas sempre ajustadas às consultas clínicas assim como às necessidades dos pacientes.

Nota:

Sempre que o paciente vier à US para o seguimento deve ser avaliada a sua adesão, barreiras ao tratamento e reforçada a adesão ao tratamento e cuidados.

Fluxo de Seguimento



2.7.3 Intervenções Psicoterapêuticas Em Pacientes Com Doença Avançada

a. Aconselhamento interpessoal (AIP)

Aconselhamento breve que usa como ferramenta o diálogo para apoiar os pacientes a lidar com sofrimento associado a perturbações de saúde mental comuns, saúde física, dor crónica, ou exposição a eventos adversos;

Geralmente o sofrimento pode aparecer como sintoma físico, emocional, e/ou cognitivo que traz um paciente à unidade sanitária. Nestes casos o AIP orienta para:

- Identificação do início de sintomas actuais para entender problemas interpessoais conectados ao sofrimento;
- Psicoeducação, reduzindo sentimento de culpa, negação e apoiando o paciente na identificação de redes de apoio como o caso de um familiar ou confidente que o pode ajudar com suas preocupações salvaguardando o seu papel activo de doente, mas responsável pela sua própria saúde;
- Dar animo e esperança sobre o tratamento sempre alinhando com a verdade e com a informação médica/ clínica do paciente;
- Identificar junto com o paciente as pessoas que contribuem para o seu problema (como trabalhar de modo a que isso não afecte o tratamento) e aquelas que lhe ajudam a melhorar (explorar de que forma isso lhe pode ajudar actualmente);
- Explicar a possibilidade de resolver problemas causados pelo sofrimento e que causam o sofrimento actual;
- Explicar a associação entre os sintomas e a situação de saúde na qual ele se encontra, explicando que ele está a passar por uma situação delicada de vida, mais que a melhoria dos sintomas depende também da sua vontade de ficar bem, suas habilidades interpessoais de lidar com a doença da sua confiança da sua saúde mental estar bem.

b. Cuidados Paliativos

Pacientes com doenças sem possibilidades de cura experimentam várias perdas ao longo do tratamento, além de estarem expostos aos efeitos colaterais que podem gerar desconfortos e frustrações. E ainda dependendo do momento, podem afectar o humor, a funcionalidade e a capacidade do paciente em lidar adequadamente com a situação.

Seguimento dos pacientes com doença avançada em Cuidados Paliativos

- Em situações ideais deverá ser o psicólogo a efectuar a avaliação prévia e diagnóstico psicológico dos doentes acompanhados pela equipa de cuidados paliativos;
- **Sinais mais comuns nestes pacientes caracterizam-se por** sintomas depressivos, ansiedade, desespero existencial, sofrimento intenso, sentimentos de desesperança, perda de sentido de vida, raiva, expectativas irrealistas e presença de risco de suicídio, presença de conspiração do silêncio, as dificuldades em aceitar a sua condição (perturbação de adaptação) e preocupações relativas ao futuro dos seus entes queridos;
- **No que diz respeito à família**, a razões mais frequente para intervenção psicológica estão relacionadas com exaustão do cuidador, conspiração do silêncio, aconselhamento, gestão de informação e intervenção no luto.
- **Para pessoas com doenças graves ou incuráveis**, em fase avançada e progressiva. Presta apoio social e cuidados de saúde de prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com vista à melhoria do bem-estar do utente.

c. Intervenção Psicológica

- O psicólogo a trabalhar nesta área deve recordar-se que existem muitos momentos em que uma doença grave e avançada pode causar alterações ao funcionamento cognitivo;
- Por este motivo, nem sempre o doente em cuidados paliativos reúne capacidades para estar envolvido no processo terapêutico e, dessa forma, beneficiar do mesmo;
- Por estas razões, devem ser critérios de exclusão para a intervenção do psicólogo a presença de sintomatologia psiquiátrica descompensada, as alterações do raciocínio e as alterações graves da memória, por todas elas diminuírem as capacidades de reflexão, de crítica e de integração das conclusões atingidas durante o acompanhamento psicológico.

7.7.4 Intervenções Específicas em pacientes com disfunções cognitivas

Sintomas	Intervenções Psicológicas	
Delirium	Intervenção com o doente	Intervenção com a família
<ul style="list-style-type: none">• Diminuição do nível de consciência, alteração da actividade psicomotora;• 80% dos pacientes em fase terminal são afectados;	<ul style="list-style-type: none">• Identificar sintomas;• Manter o respeito e dignidade do doente;• Favorecer o contacto com a realidade, promover a autonomia possível, melhorar as formas de comunicação;• Estabelecer uma relação de confiança;• Explorar as expectativas do doente;• Ajudar o Doente a compreender e lembrar informação complexa;• Transmitir informação correcta;• Gerir o impacto emocional da doença;• Diminuir o isolamento do doente e da família e aumentar a sua compreensão do processo;	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducação sobre o delirium, suas características, integração dos sintomas nas diferentes fases da evolução da doença;• Identificar as necessidades de comunicação e proporcionar formas de as colmatar;• Desenvolver estratégias para lidar com as diversas adversidades;• Desenvolver competências para lidar com todas as perdas associadas;• Estar atento e apoiar o cuidador principal;• Recorrer à colaboração de todos elementos da família;• Sempre que possível manter uma certa “normalidade” no ambiente familiar;
	<ul style="list-style-type: none">• Identificar o papel do doente e família no plano de tratamento;• Vincular a família e o doente aos sistemas de apoio social;• Aceitar e respeitar as decisões do doente;• Desenvolver estratégias de sensibilização e apoio em caso de negação ao Tratamento;	

3. Criança vivendo com HIV dos 0 - 9 anos

Abordagem geral da doença avançada em crianças infectadas por HIV

Crianças menores de 5 anos infectadas por HIV frequentemente apresentam viremias altas, níveis avançados de imunossupressão na altura do diagnóstico de HIV ou início do TARV, bem como rápida progressão para a morte. Por estas razões, a definição de doença avançada na criança é feita de acordo com a faixa etária:

- **Crianças com idade <5 anos:** todas são consideradas como tendo doença avançada, contudo:
 - » Crianças menores de 2 anos independentemente do período de TARV são todas consideradas com doença avançada.
 - » Crianças ≥ 2 anos em TARV há mais de um (1) ano e que apresentam-se clinicamente estáveis, não são consideradas com doença avançada. Estas crianças devem ser submetidas ao rastreio da elegibilidade para inclusão nos MDS que permitam a distribuição multi-mensal de ARVs.
- **Crianças ≥ 5 anos e adolescentes** têm os mesmos critérios que o dos adultos, isto é, são considerados com doença avançada se tiverem contagem de células CD4 <200 células/mm³ ou presença de sinais e sintomas de uma condição clínica activa do estadio clínico 3 ou 4 da OMS, na altura do diagnóstico ou em qualquer período durante o curso do *continuum* dos cuidados.

Definição de imunossupressão severa na criança dos 0 aos 9 anos de acordo com os valores de CD4

Categoria Imune	<12 meses		1 - 5 anos		6 - 12 anos	
	nº/ µl	% CD4	nº/ µl	% CD4	nº/ µl	% CD4
Sem Imunodepressão	≥1500	>25%	≥1000	>25%	≥500	>25%
Imunodepressão moderada	750 - 1499	15%-24%	500-999	15% - 24%	200 - 499	15 - 24%
Imunodepressão Severa	<750	<15%	<500	<15%	<200	<15%

Pacote de intervenções para o manejo de doença avançada na criança dos 0 - 9 anos

As principais intervenções reconhecidas para crianças vivendo com HIV que visam à reduzir a morbi-mortalidade relacionada à doença avançada são sumarizadas pela Sigla **STOP AIDS** que significa:

1. Rastreio de Infecções Oportunistas (**S**creen)
2. Tratamento de Infecções Oportunistas (**T**reat)
3. Oferta de regimes TARV otimizados (**O**ptimize)
4. Prevenção de Infecções (**P**revent).

3.1. Rastreio de Infecções Oportunistas (Screen)

Identificação de casos (ATIP)

Para a identificação de casos é importante a implementação do ATIP de forma sistemática.

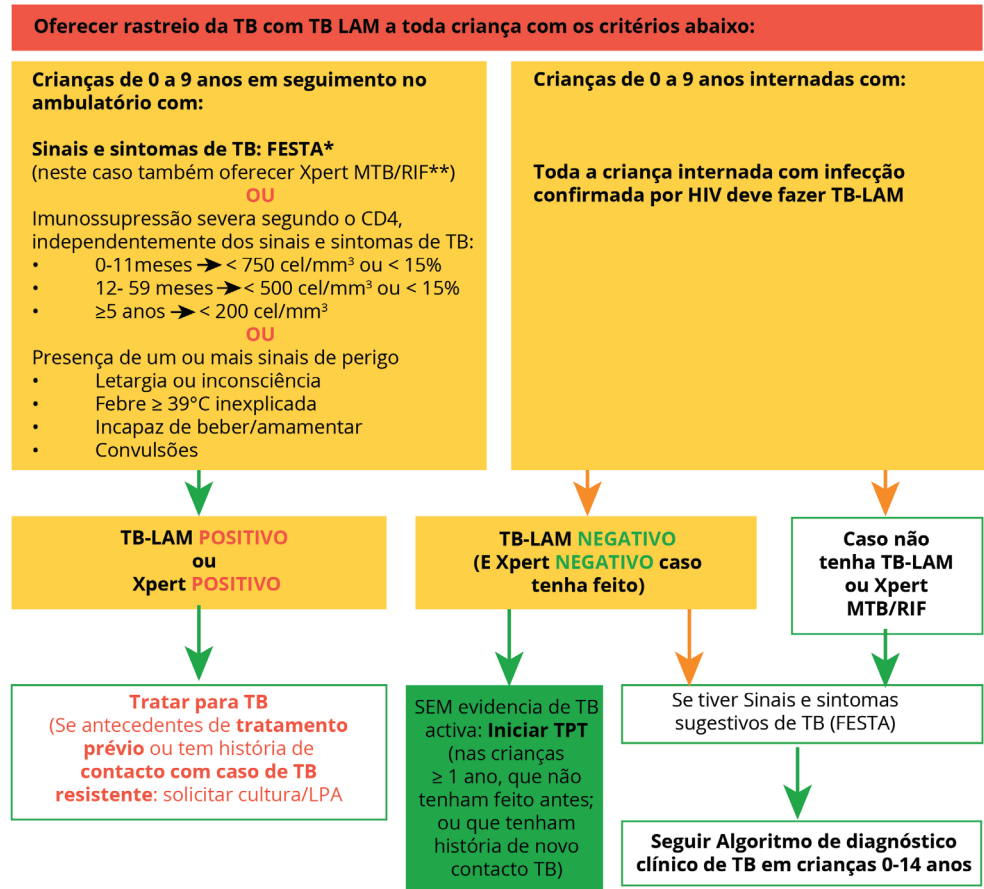
- Testagem das crianças em regime de internamento:
 - » Se estiver em aleitamento oferecer a testagem a mãe,
 - » Se não estiver em aleitamento materno (desmame há mais de 3 meses) oferecer testagem a criança
- Nas outras portas de entrada de pediatria, todas as crianças devem ser rastreadas usando o algoritmo de testagem para crianças dos 0 – 14 anos e todas as elegíveis a testagem deve ser oferecido o teste de HIV recomendado de acordo com a idade (vide anexo 2).

Rastreio para TB

O rastreio para TB deve ser oferecido a todas as crianças infectadas por HIV recém diagnosticadas e sistematicamente em todas as consultas de seguimento durante o continuum de cuidados.

Toda a criança com doença avançada por HIV deve ser rastreada de acordo com o algoritmo da figura 8.

Figura 8: Algoritmo de Rastreio de TB em crianças 0 - 9 anos com doença avançada por HIV



*FESTA: Febre há pelo menos 2 semanas, Emagrecimento: perda de peso/falência de crescimento, Suor nocturno, Tosse há pelo menos 2 semanas, Adenomegalia

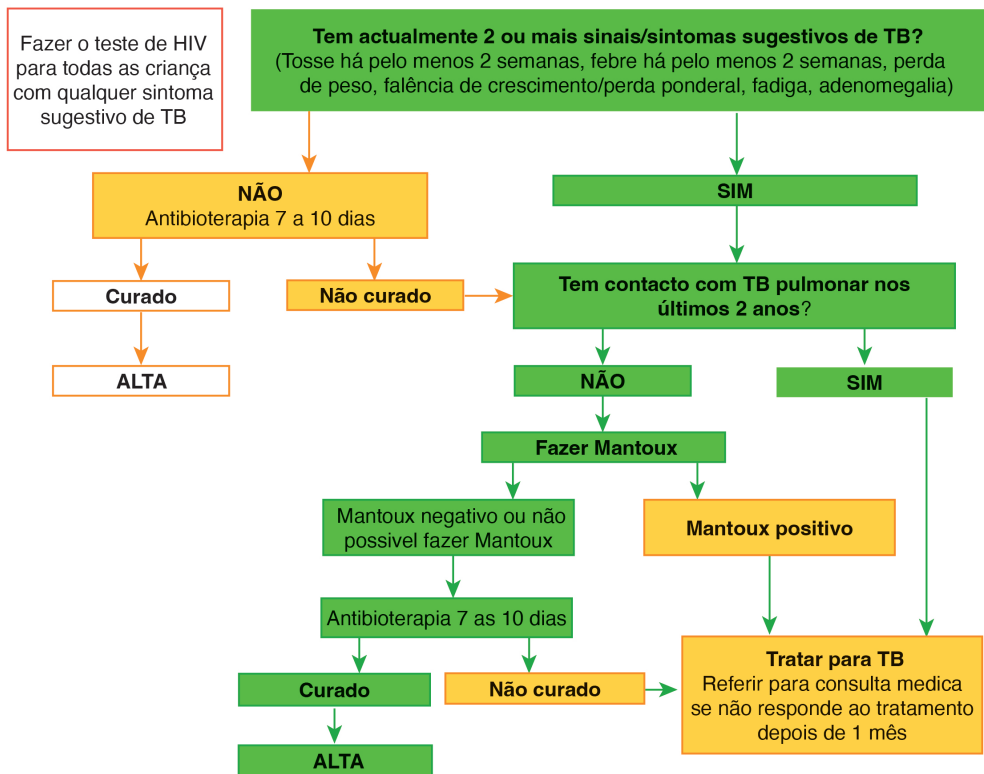
**Nas crianças que não conseguem produzir expectoração deve-se sempre que possível colher amostra através da expectoração induzida, aspirado gástrico, ou amostra de fezes (só depois de aprovado o seu uso pelo MISAU) para análise de Xpert MTB/RIF

*** Definição Doença avançada por HIV (DAH):

- Todas crianças HIV+ < 2 anos de idade são consideradas com DAH;
- Crianças HIV+ ≥ 2 anos e < 5 anos são consideradas com DAH caso estiverem em TARV < 1 ano, estejam clinicamente instáveis, tiverem imunossupressão severa ou tiverem CV não suprimida;
- Pacientes ≥ 5 anos: CD4 < 200 células/mm³ e/ou uma condição ACTIVA do estadio 3 ou 4 da OMS.

Visto que as crianças são pauci-bacilares, principalmente as crianças com doença avançada por HIV, é importante ressaltar que a presença de resultados negativos dos testes (TB LAM, Xpert MTB/RIF e baciloscopia) nas crianças sintomáticas não exclui a infecção por TB. Nestas situações deve-se usar o algoritmo clínico de diagnóstico da TB em crianças dos 0 – 14 anos (vide abaixo).

Figura 9: Algoritmo clínico de diagnóstico da TB em crianças dos 0 – 14 anos



Sarcoma de Kaposi

Vide descrição da sintomatologia, estadiamento e conduta terapêutica no capítulo 2.5.4.

Rastreio de criptococose

Não é recomendado o rastreio rotineiro de criptococose em crianças com idade <10 anos. Se tiver uma criança com sintomas sugestivos, veja o capítulo 2.5.1.

Rastreio nutricional

A desnutrição aguda é muito comum em crianças com doença avançada e está associada à elevada mortalidade. Por isso, é recomendado o rastreio nutricional sistematicamente em todas as consultas clínicas da criança em TARV para o diagnóstico precoce e tratamento nutricional atempado. De acordo com as normas do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), os parâmetros recomendados para o rastreio nutricional são:

- Para todas as crianças a partir de 6 meses de idade: Perímetro braquial (PB)
- Para todas crianças de 6 até 59 meses: Peso/estatura (P/E)
- Para todas crianças a partir de 5 anos: Índice de massa corporal (IMC)/idade
- Avaliação de edemas e todas as crianças

O PB deve sempre ser usado para o rastreio nutricional associado ao P/E ou IMC de acordo com a idade, pois estas avaliam também outras manifestações da desnutrição aguda. As normas para rastreio nutricional estão descritas em detalhe no guião de tratamento antirretroviral e infeções oportunistas no adulto, adolescente, grávida e criança (guião de Bolso), no manual de PRN I ou na tabela nº 4 do guião de manejo de infeção por HIV na criança e adolescente (tríptico de dosagens) no anexo 3.

Rastreio de alterações do desenvolvimento psicomotor (DPM) e encefalopatia por HIV

Muitas crianças com doença avançada apresentam atraso de desenvolvimento psicomotor (ADPM). A presença do ADPM na criança HIV+ deve levar o clínico a fazer o despiste de:

- Complicações neurológicas inerentes à infeção por HIV.
- Encefalopatia por HIV.
- Complicações da desnutrição aguda.

Nesta situação pode ser difícil decidir qual das condições é a raiz do ADPM. O clínico deve reconhecer os sinais clínicos do ADPM e/ou da encefalopatia como sinais de gravidade da infeção por HIV e pode-se oferecer fisioterapia a estas crianças caso disponível.

A encefalopatia por HIV geralmente começa a manifestar-se tipicamente antes dos 12 meses de idade. Os sinais e sintomas mais comuns da encefalopatia são:

- Letargia, falta de vontade de brincar.
- ADPM ou regressão dos marcos de desenvolvimento previamente alcançados pela criança.
 - » Ainda não senta aos 9 meses.
 - » Ainda não anda aos 2 anos.
 - » Ainda não fala palavras aos 2 anos.
 - » Ainda não forma frases simples aos 3 anos
 - » Dificuldade na aprendizagem (geralmente identificado por mau aproveitamento escolar em crianças com idade escolar).
- Hiperactividade.
- Crescimento cerebral diminuído, ou que se pode diagnosticar através da medição do perímetro craniano (microcefalia).
- Alterações motoras, (mono ou poli paresias, reflexos patológicos, dificuldades da marcha ou ataxia, entre outros).

O rastreio do ADPM da criança está descrito com mais detalhe no caderno de mapas para a atenção integrada à criança doente de 1 semana aos 2 meses e dos 2 meses aos 5 anos, no anexo 4.

3.2. Tratamento das Infecções Oportunistas (Treat)

O tratamento deve ser de acordo com as normas em vigor para todas as infecções oportunistas severas, nomeadamente:

Tratamento da Tuberculose

O tratamento da TB sensível e multirresistente na criança HIV positiva é igual ao tratamento na criança sem HIV. Para melhor sucesso do tratamento, o clínico deve estar sempre atento para ajustar o regime e a dosagem dos ARVs em crianças com TB/HIV, devido às interações medicamentosas entre algumas formulações de MARVs e dos MAT. Para reduzir o risco de efeitos colaterais do TAT é recomendado adicionar a Piridoxina ao tratamento da TB (Vide dosagens nas tabela 15 e 17 do guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente - tríptico de dosagens no anexo 3).

Tratamento da Pneumonia Severa

A pneumonia de origem bacteriana era a infecção oportunista mais comum em pacientes HIV positivo antes da era dos antirretrovirais. As bactérias mais predominantes são estreptococos e estafilococos. Em geral o tratamento da pneumonia não difere do tratamento na criança sem HIV (Vide Caderno de mapas do AIDI e guia de tratamento antirretroviral e infecções oportunistas para adulto, grávida adolescente e crianças - guia de Bolso).

Contudo, devido à alta prevalência de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* na criança e no lactente HIV positivo recomenda-se adicionar o cotrimoxazol em doses terapêuticas (20mg/kg/dia de Trimetoprim (TMP) em 4 tomas diárias por via EV ou oral durante 21 dias) e a Prednisolona nos casos com dispneia importante. A pauta de administração de prednisolona é a seguinte:

- Dias 1 - 7: 2mg/kg/dia, 12/12 horas
- Dias 8 - 14: 1 mg/kg/dia, dose única diária
- Dias 15 - 21: 1mg/kg em dias alternados ou 0.5mg/kg/dia, dose única diária

Tratamento de Outras Infecções Bacterianas Severas

As crianças frequentemente apresentam níveis elevados de bacteremia quando iniciam o TARV, sobretudo nos primeiros 3 meses. Os microrganismos mais frequentes em infecções bacterianas adquiridas na comunidade são *Streptococos* e *Estafilococos*. Entre os agentes bacterianos causadores de infecções hospitalares que se apresentam depois de 48 horas após a admissão hospitalar, os mais frequentemente são a *salmonella* ou outras bactérias gram-negativas destas espécies.

Os critérios de tratamento considerando a idade, presença ou não de meningite, resultados da hemocultura e cultura do LCR, incluindo os antibióticos de eleição para o seu tratamento, dosagens e posologia estão descritos no guia de tratamento antirretroviral e infecções oportunistas para adulto, adolescente, grávida e criança - guia de Bolso).

Tratamento da doença criptocócica

A doença criptocócica é pouco frequente nas crianças abaixo de 10 anos. Por este motivo, não está indicado o rastreio de rotina neste grupo. Uma vez que não é realizado um despiste rotineiro de doença criptocócica nas crianças, o diagnóstico desta condição, que é frequentemente assintomática, não acontece. Contudo, as crianças podem desenvolver doença criptocócica, que geralmente será diagnosticada na fase de meningite.

O manejo da meningite criptocócica é feito nas crianças menores de 10 anos de forma semelhante ao das crianças maiores (veja este conteúdo no capítulo 2.5.1 deste guia).

Tratamento da Desnutrição Aguda Grave

O tratamento da desnutrição nas crianças com HIV é semelhante ao tratamento da desnutrição da criança seronegativa (veja anexo 3).

3.3. Oferta de regimes de TARV otimizados (Optimize)

Recomenda-se o início do TARV o mais rápido possível, preferencialmente no mesmo dia do diagnóstico. Os regimes de TARV para crianças encontram-se descritos nas tabelas 18-20 e 22 do guia de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente - tríptico de dosagens no anexo 3. Contudo há que realçar que DTG é o ARV de primeira escolha para todas faixas etárias:

- Crianças com peso < 20kg preferencialmente fazem regime de TARV contendo pDTG
- Crianças com peso ≥ 20kg preferencialmente fazem regime TARV contendo DTG.

Em crianças que apresentam desnutrição aguda grave com complicações médicas, TB ou outras doenças que requerem internamento hospitalar, orienta-se que sejam primeiro estabilizadas clinicamente antes de iniciar o TARV. No entanto, recomenda-se que o início do TARV nestas crianças seja feito preferencialmente dentro de 7 dias durante o internamento (após a estabilização), para evitar a perda de oportunidade e/ou perda de seguimento.

Após a alta, deve-se garantir a referência e ligação à consulta de seguimento. A consulta de seguimento pode acontecer na US periférica ou na consulta clínica externa do hospital de referência onde a criança está internada (conforme os critérios de referência).

É importante a oferta de APSS para início e seguimento de adesão, ajustado aos regimes otimizados de TARV e aos desafios relacionados à idade.

3.4. Prevenção de Infecções (Prevent).

As intervenções preventivas recomendadas têm enfoque na prevenção da Tuberculose (todas as formas de TB), das infecções bacterianas severas e de outras infecções preveníveis através da monitoria do crescimento, desparasitação, profilaxia para malária, vacinação, suplementação com minerais e vitaminas.

Tratamento Preventivo para TB

O tratamento preventivo da TB demonstrou ser eficaz na redução da morbi-mortalidade entre crianças vivendo com HIV. Contudo, antes de oferecer o TPT, deve-se avaliar se a criança não apresenta nenhuma contra-indicação ao tratamento.

a. Indicações para fazer tratamento preventivo para TB

As normas nacionais para o seguimento da criança infectada por HIV orientam para oferecer o TPT a:

- Toda criança infectada por HIV com idade ≥ 12 meses, sem evidência clínica de TB activa, independente de ter ou não história de contacto com um caso de TB activa.
- Toda a criança infectada por HIV com idade inferior a 12 meses, que tenha história conhecida de contacto com caso de TB activa e sem evidência clínica de TB activa.
 - » As crianças HIV+ que não fizeram TPT no 1º ano de vida por não ter tido contacto, tornam-se elegíveis e devem fazer TPT quando atingirem 12 meses de vida.

b. Contra-indicações ao tratamento preventivo para TB:

- Presença de sinais/sintomas de TB activa (sensível ou MR).
- Paciente com doença grave (doença por HIV/SIDA aguda e avançada), e que a condição clínica dificulta a exclusão de TB activa.
- Paciente com doença hepática aguda ou crónica.
- Paciente com neuropatia periférica.
- Alergia a medicamentos do regime preferencial recomendado para idade e tipo de TB.
- Contacto com um caso comprovado de resistência às fluoroquinolonas.

Nota:

Caso a contra-indicação ao TPT (Tratamento Preventivo de Tuberculose) seja a presença de sinais/sintomas de TB (sensível ou MR) ou presença de doença grave (doença por HIV/SIDA aguda e avançada), o TPT deve ser adiado até que seja excluída a presença de TB activa e só depois é que se pode prescrever o TPT.

c. Regimes recomendados para o tratamento preventivo da TB

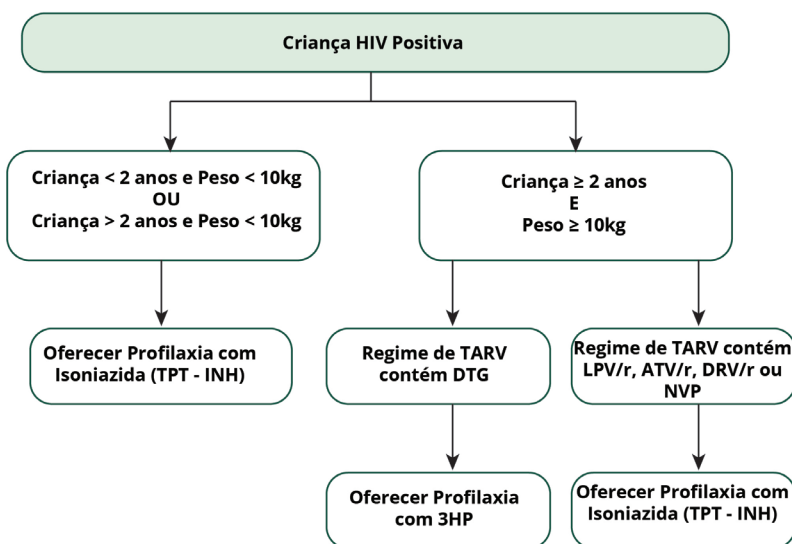
Os regimes de tratamento preventivo da TB recomendados para crianças são:

- **Tratamento preventivo com Isoniazida:** É recomendado para a prevenção da TB sensível. Para dosagem, vide tabela 12 do guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente - tríplico de dosagens no anexo 3).

- **Tratamento preventivo com Isoniazida + Rifapentina durante 3 meses (3HP):** é recomendado para prevenção da TB sensível. Deve ser oferecido apenas para crianças maiores de 2 anos e com peso $\geq 10\text{kg}$ (vide tabela 13 do guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente - tríptico de dosagens)
 - **Tratamento preventivo com Levofloxacina,** é recomendado para prevenção da TB resistente, em todas as crianças que tenham contacto próximo com um caso de TB resistente. A dose é de 15-20 mg/kg/dia durante 6 meses (vide tabela 14 do guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente - tríptico de dosagens no anexo 3).
- d. Critérios de selecção dos regimes de tratamento preventivo para TB (TPT) de acordo com o regime TARV da criança**
- Em crianças abaixo de 2 anos é contraindicado o uso de 3HP (Rifapentina + Isoniazida).
 - Para crianças com idade ≥ 2 anos e peso $\geq 10\text{kg}$ em TARV, a escolha do regime para TPT deve ter em conta o regime TARV em uso, pois estão descritas interações medicamentosas relevantes da Rifapentina com os inibidores de protease e com a Nevirapina.

Para escolha do regime de TPT para crianças, use o algoritmo da figura 10.

Figura 10: Algoritmo de selecção dos regimes de tratamento preventivo para TB (TPT) de acordo com a idade e regime TARV da criança



Este algoritmo só entrará em vigor após a aprovação do uso do 3HP no País.

Tabela 9: Duração e frequência da toma dos medicamentos para o tratamento preventivo para TB

Regime	Periodicidade da toma da medicação	Duração do tratamento
Isoniazida (H)	1 vez/dia	6 meses
3HP: Isoniazida (H) + Rifapentina (P)	1 vez/semana	3 meses
Levofloxacina (Lfx)	1 vez/dia	6 meses

e. Dosagem recomendada para o tratamento profilático de TB sensível e resistente usando o regime com Isoniazida e Rifapentina (3HP)

A dosagem recomendada para o tratamento profilático de TB sensível e resistente usando o regime com Isoniazida e Rifapentina (3HP) está descrita na tabela abaixo:

Tabela 10: Dosagem para 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 (3 meses)				
**Caso tenha apenas comprimidos de INH 300mg disponível, a dosagem é de 1.5 comprimidos por semana				
Toda a criança com contra-indicação ao 3HP deve fazer profilaxia com Isoniazida				

Prevenção de Infecções Bacterianas Severas e da Pneumonia por *Pneumocistis Jiroveci* (PPJ)

O tratamento para prevenção das infecções bacterianas severas e da PPJ é feito com Cotrimoxazol. A dosagem por faixa de peso e a posologia estão descritas na tabela 10 do guião de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente (tríptico de dosagens) no anexo 3.

Vacinação com BCG

O Programa Alargado de Vacinações (PAV) recomenda a vacinação com a BCG à toda criança exposta ao HIV, sem diagnóstico confirmado e sem sintomas sugestivos de HIV, o mais cedo possível, depois do nascimento, visto que em Moçambique ainda não foi implementado o teste de PCR ADN HIV na maternidade para o diagnóstico do recém-nascido. Para informação adicional sobre as contraindicações à administração da vacina de BCG, vide manual de manejo da TB na criança, adolescente e mulher grávida.

Vacina contra VPH

A medida que as crianças atingem a adolescência e se tornam sexualmente activas, elas correm o risco de infecção pelos subtipos de HPV conhecidos com potencial para causar câncer cervical ou anal. Evidências indicam que raparigas adolescentes vivendo com HIV adquirido por via perinatal tem maior probabilidade de contrair HPV e apresentar alterações na análise citológica da mucosa cervical devido à infecção.

O PAV em Moçambique recomenda duas doses (com intervalo de 6 meses entre elas), para raparigas a partir dos 9 anos, incluindo as raparigas vivendo com HIV.

Vacina contra Sarampo e contra Pneumococos Conjugado

Seguir o calendário nacional de vacinação (vide anexo 5).

Tabela 11: Resumo das recomendações para rastreio, diagnóstico e prevenção das condições clínicas na criança com doença avançada por HIV

Intervenção STOP:	Componente	0-4 anos	5-9 anos
Rastreio e diagnóstico (SCREEN)	Rastreio para TB na amostra de urina (TB-LAM)	Sim • Sinais/sintomas de TB: FESTA ou • Imunosupressão severa segundo o CD4 – 0-11 meses: <750 cel/ml ou <15% – 12-59 meses: <500 cel/ml ou <15% – ≥5 anos: <200 cel/ml ou • Presença de sinais de perigo	Sim • Sinais/sintomas de TB: FESTA ou • CD4 <200 cel/ml ou • Presença de sinais de perigo
	Xpert MTB/RIF (ou Xpert-Ultra) na amostra de expectoração (usar amostra de expectoração espontânea ou induzida, aspirado gástrico ou fezes*)	Sim (se tiver sintomas sugestivos de TB - FESTAC)	Sim (se tiver sintomas sugestivos de TB - FESTAC)
	Teste de rastreio do antígeno criptocócico (pacientes assintomáticos)	Não	Não
	Rastreio nutricional	Sim (todas as consultas)	Sim (todas as consultas)
	Rastreio de desenvolvimento psicomotor e para encefalopatia	Sim (todas as consultas)	Sim (todas as consultas)
Tratamento de infecções oportunistas (TREAT)	TB	Sim	Sim
	Sarcoma de Kaposi	Sim	Sim
	Pneumonia severa e infecções bacterianas severas	Sim	Sim
	Desnutrição aguda,	Sim	Sim
	Criptococose	Sim	Sim

Oferta de TARV otimizado (OPTIMIZE)	Início do TARV no dia do diagnóstico ou logo após a estabilização da criança (dentro de 1 semana, excepto em caso de evidência de TB ou meningite criptocócica)	Sim	Sim
Prevenção (PREVENT)	Profilaxia com Cotrimoxazol	Sim (todas crianças)	Sim (CD4 ≤ 500 ou com condição activa OMS III/IV)
	Tratamento preventivo para TB	Sim (INH diária x 6 meses) ou (3HP semanal x 3 meses)	Sim (INH diária x 6 meses) ou (3HP semanal x 3 meses)
	Tratamento preventivo com Fluconazol	Não aplicável	Não aplicável
<p>*Até ao momento ainda não foi aprovado o uso de amostras de fezes para o diagnóstico da TB no país. A sua implementação será condicionada a existência de uma circular do MISAU que orienta o seu uso.</p> <p>** Em Moçambique, a vacinação contra o HPV estará contemplada na estratégia do Programa Alargado de Vacinação ainda em desenvolvimento cuja divulgação está prevista para o ano de 2021.</p>			

4. Organização dos serviços para implementação do pacote de doença avançada

4.1 Introdução

Para a oferta do pacote de serviços de doença avançada por HIV, as Unidades Sanitárias necessitam de serviços organizados em infraestrutura, recursos humanos capacitados, fluxos de pacientes e disponibilidade de consumíveis. Assim como do estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência funcional.

Tendo em consideração as especificidades para o seguimento e tratamento destes pacientes, os pacotes de serviços a serem administrados nas US serão divididos em:

- Pacote básico
- Pacote intermédio
- Pacote completo

Para categorizar as US que devem oferecer cada um dos pacotes definidos deverá ter-se em consideração os seguintes aspectos:

- Classificação das US por nível de atendimento.
- Disponibilidade de recursos humanos qualificados (em número, categoria e capacitação) para acomodar as necessidades do atendimento dos pacientes.
- Recursos materiais, laboratoriais e infraestrutura adequada para acomodar as necessidades de atendimento.
- Disponibilidade de consumíveis para o manejo destes pacientes.

4.2 Classificação das US de acordo com o tipo de atendimento

Tabela 12 Classificação das US de acordo com o tipo de atendimento

Nível de atendimento	Tipo de Unidade Sanitária	Categoria de RH recomendados (capaz de oferecer cuidados de doença avançada)
Cuidados de Saúde Primários	<ul style="list-style-type: none">• CS Urbano tipo B e C• CS tipo II	<ul style="list-style-type: none">• Técnico de medicina• Agente de medicina• ESMI
	<ul style="list-style-type: none">• CS Urbano tipo A	<ul style="list-style-type: none">• Médico• Técnico de medicina, de medicina preventiva e farmácia• Técnico e agente de laboratório• ESMI
	<ul style="list-style-type: none">• CS rural tipo I <p>(tem internamento com uma média de 10 – 18 camas)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Médico (1)• Técnico de medicina• Agente de medicina, medicina preventiva, Laboratório, farmácia,• ESMI (nível médio e básico)

Cuidados de Saúde Secundários	• Hospitais distritais	<ul style="list-style-type: none"> • Médico (entre 1 á 2) • Técnico e agentes de medicina • Técnicos e agentes de medicina preventiva • Técnicos e agentes de farmácia • Técnico e agente de Laboratório • ESMI (nível médio e básico)
	• Hospitais rurais	<ul style="list-style-type: none"> • Médico (entre 3 á 5) • Técnico e agentes de medicina • Técnicos e agentes de medicina preventiva • Técnicos e agentes de farmácia, preventiva, • Técnico e agente de Laboratório • ESMI (nível médio e básico, entre 5 á 8)
	• Hospitais gerais	
Cuidados de Saúde Terciários	• Hospitais provinciais	<ul style="list-style-type: none"> • Todas categorias dos hospitais rurais e gerais + • Serviços especializados de 4 especialidades (medicina interna, cirurgia, pediatria e obstetrícia e ginecologia) realizados por especialistas específicos. • Serviços de urgência com unidade de cuidados intensivos. • Serviço de transfusão de sangue • Outras especialidades
Cuidados de Saúde Quaternários	• Hospitais centrais	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de todas especialidades e mais de um serviço de urgência.

Fonte: Diploma Ministerial nº 127/2002: Caracterização técnica e enunciado de funções das instalações do Serviço Nacional de Saúde.

4.3 Pacote de serviços recomendado para pacientes com doença avançada por HIV

Todas as US do país que oferecem o TARV devem oferecer cuidados clínicos aos pacientes com doença avançada por HIV. De acordo com o nível de atendimento e o tipo de US, os pacotes de serviços recomendados para os pacientes com doença avançada por HIV estão padronizados da seguinte forma:

Tabela 13: Pacote de serviços recomendados de acordo com o tipo de Unidade Sanitária

Nível de atendimento	Tipo de Unidade Sanitaria	Pacote de serviço recomendado
Cuidados de saúde primários	CS Urbano tipo A, B e C CS rural tipo I e II	Pacote básico ou intermédio
Cuidados de saúde secundários	Hospitais distritais Hospitais rurais Hospitais gerais	Pacote intermédio ou completo
Cuidados de saúde terciários	Hospitais provinciais	Pacote completo
Cuidados de saúde quaternários	Hospitais centrais	Pacote completo
Nota: Tendo em conta a capacidade das US para oferta de determinados pacotes de serviços aos pacientes, a disponibilidade de recursos humanos capacitados e ao fluxo de encaminhamento estabelecido, cada província em coordenação com o PNC ITS/HIV/SIDA poderá identificar as US com capacidade de oferecer o pacote mais elevado em relação ao recomendado para o seu nível e desenvolver um plano de acção de melhoria das condições da US para a progressão na categoria do pacote.		

Pacote básico de serviços para paciente com doença avançada

O pacote básico de serviços para o paciente com doença avançada inclui:

Para pacientes identificados nesta US

- Avaliação inicial do paciente (vide algoritmo da figura 1).
 - » Triagem clínica (procura de sinais de perigo).
 - » Medição de CD4 com base nos critérios definidos.
- Início e/ou seguimento TARV.
- Rastreio e testagem para despiste das principais infecções oportunistas de acordo com as recomendações:
 - » CrAg sérico segundo os critérios definidos.
 - » TB LAM em urina conforme critérios definidos.
 - » Xpert MTB/RIF em amostras adequadas de pacientes adultos e crianças com critérios.
- Início de profilaxias (TB, infecção disseminada por criptococo sem meningite, tratamento profilático com cotrimoxazol) segundo os critérios definidos.
- Referência dos pacientes com sinais de perigo ou outras condições que requeiram internamento, e para a realização provas diagnósticas, particularmente punção lombar em caso de CrAg positivo em soro.

Pacote intermédio de serviços para doença avançada

Para além da oferta de todos os cuidados incluídos no pacote básico, o pacote intermédio deverá oferecer também:

Para pacientes referidos de outras US

- Todo qualquer serviço que venha indicado na guia do nível superior de proveniência e outras intervenções necessárias desde que estejam inclusos no pacote de serviços recomendado para esta US, incluindo:
 - » Recepção de pacientes com ou sem sinais de perigo e com resultado de CrAg positivo em soro, para diagnóstico da meningite criptocócica através de punção lombar.

- » Seguimento nas consultas de TARV com clínicos mais diferenciados, dos casos mais complexos ou pacientes clinicamente instáveis.
- » Continuação do tratamento de meningite criptocócica (segunda semana da fase intensiva, fase de consolidação).
- » Contra-referência dos pacientes para US de pacote de serviços de inferior.

Nota:

As US com pacote intermédio poderão receber:

Pacientes clinicamente instáveis e com sinais de perigo provenientes das US menos diferenciadas para estabilização, internamento, provas diagnósticas e tratamento das condições intercorrentes.

Pacientes clinicamente estáveis provenientes das US com cuidados completos para continuidade de tratamento.

Pacote completo de serviços para doença avançada

Para além da oferta de todos os cuidados incluídos nos pacotes básico e intermédio, o pacote completo deverá oferecer as seguintes intervenções:

- Estabilização, internamento, provas diagnósticas e tratamento das condições intercorrentes.
- Diagnóstico e tratamento da meningite criptocócica com anfotericina B (fase de indução) e manejo dos casos com hipertensão intracraniana.
- Diagnóstico clínico de sarcoma de kaposi e tratamento quimioterápico das mesmas (apenas disponível em algumas US do país, dependendo de critérios de acessibilidade e outros).
- Seguimento nas consultas de TARV com clínicos mais diferenciados, dos casos mais complexos/pacientes clinicamente instáveis ou com IOs activas.
- Coordenação e apoio técnico as US de pacote básico e intermédio no seguimento de casos mais complexos.

Nota:

1. **Oferta do TARV: apesar do TARV** não representar uma urgência, sabe-se que os pacientes com doença avançada precisam de iniciar tratamento sem demora após estabilização das condições oportunistas presentes, ou continuar o TARV com o regime mais eficaz. Caso contrário correm risco de novas intercorrências, com alto risco de morbi-mortalidade.

Por este motivo, as US que oferecem pacote completo e intermédio para doença avançada devem garantir a disponibilidade de ARVs para oferta de TARV aos pacientes internados e no ambulatório (caso se aplique).

2. **Ficha mestra e o processo clínico:** todo o paciente em seguimento com doença avançada nos serviços de ambulatório de todas as US devem ter a ficha mestra e o processo clínico abertos (tanto na consulta inicial como nas de consultas de seguimento).

4.4 Critérios de entrada no modelo de atendimento para pacientes com doença avançada

Adultos e Crianças > 5 anos

Todos os seguintes são critérios para entrada no modelo:

- Pacientes novos e que mesmo estando assintomáticos, tem uma contagem de CD4 abaixo de 200 cels/ml
- Pacientes (novos ou em seguimento) que desenvolvem uma condição activa definidora de estadio avançado (3 ou 4).
- Pacientes já em seguimento e que não tem supressão viral em 2 medições consecutivas e tem uma contagem de CD4 abaixo de 200 cels/ml.

Crianças ≤ 5 anos

Todos os seguintes são critérios para entrada no modelo:

- Criança com menos de 2 anos de idade, independentemente de qualquer outra circunstância
- Criança com mais de 2 anos e que apresente condições activas definidoras de estadio 3 ou 4

4.5 Critérios de saída do modelo de atendimento para pacientes com doença avançada

Muitos pacientes adultos e com diagnóstico de doença avançada, irão permanecer nesta situação indefinidamente. Outros, poderão ter um fluxo de atendimento menos apertado, e poderão ser incluídos em modelos diferenciados de atendimento que permitam visitas menos frequentes à Unidade sanitária, sempre que cumpram todos os seguintes critérios:

- Apresentar estabilidade clínica (sem intercorrências)
- Ter carga viral indetectável (2 medições consecutivas)
- Ter uma contagem de CD4 superior a 100 cels/ml
- Não estar recebendo profilaxia para meningite criptocócica com Fluconazol

4.6 Sistema de referência e contra-referência de pacientes entre os diferentes níveis de atendimento

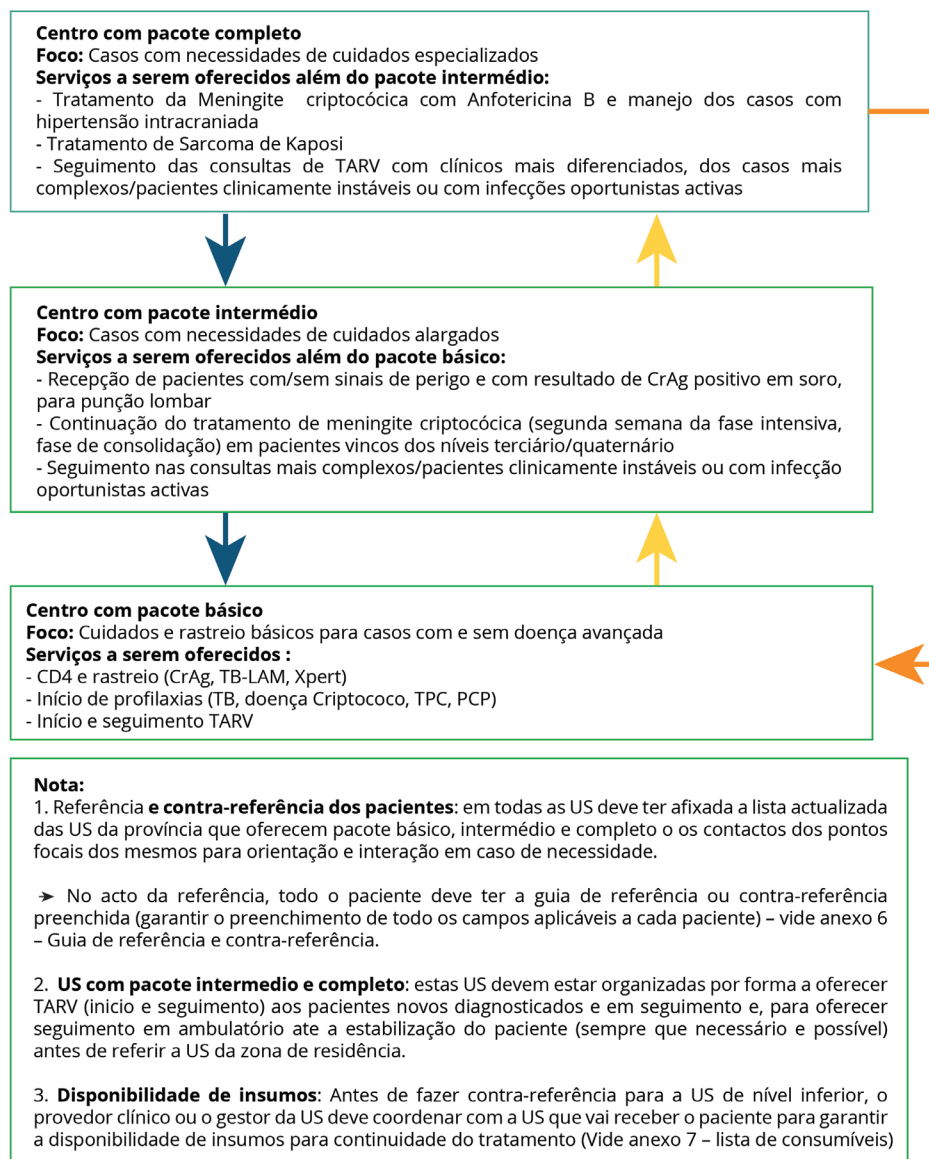
Fluxo de encaminhamento de pacientes

Dependendo da situação clínica de cada paciente e da capacidade de atendimento das US, todas as províncias devem ter um sistema de referência e contra-referência estabelecido dos pacientes, para que cada paciente receba os cuidados recomendados a sua necessidade.

Todas as US devem ter capacidade de identificar pacientes com doença avançada, identificar as condições clínicas mais comuns e oferecer tratamento básico.

- As US com pacote intermédio poderão receber pacientes clinicamente instáveis e com sinais de perigo provenientes das US menos diferenciadas para estabilização, internamento, provas diagnósticas e tratamento das condições intercorrentes, bem como pacientes clinicamente estáveis provenientes das US com cuidados completos para continuidade de tratamento.
- As US com pacote completo: poderão receber pacientes clinicamente instáveis e com sinais de perigo provenientes das US menos diferenciadas para estabilização, internamento, provas diagnósticas e tratamento das condições intercorrentes.
- As US de pacote básico receberão pacientes provenientes do nível superior para continuidade de seguimento.

Figura 11: Fluxograma de encaminhamento dos pacientes com doença avançada



5. ANEXOS

Anexo 1: Índice de kornofsky/lansky

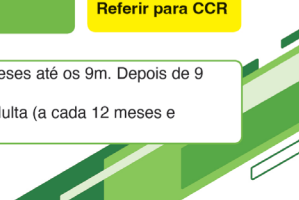
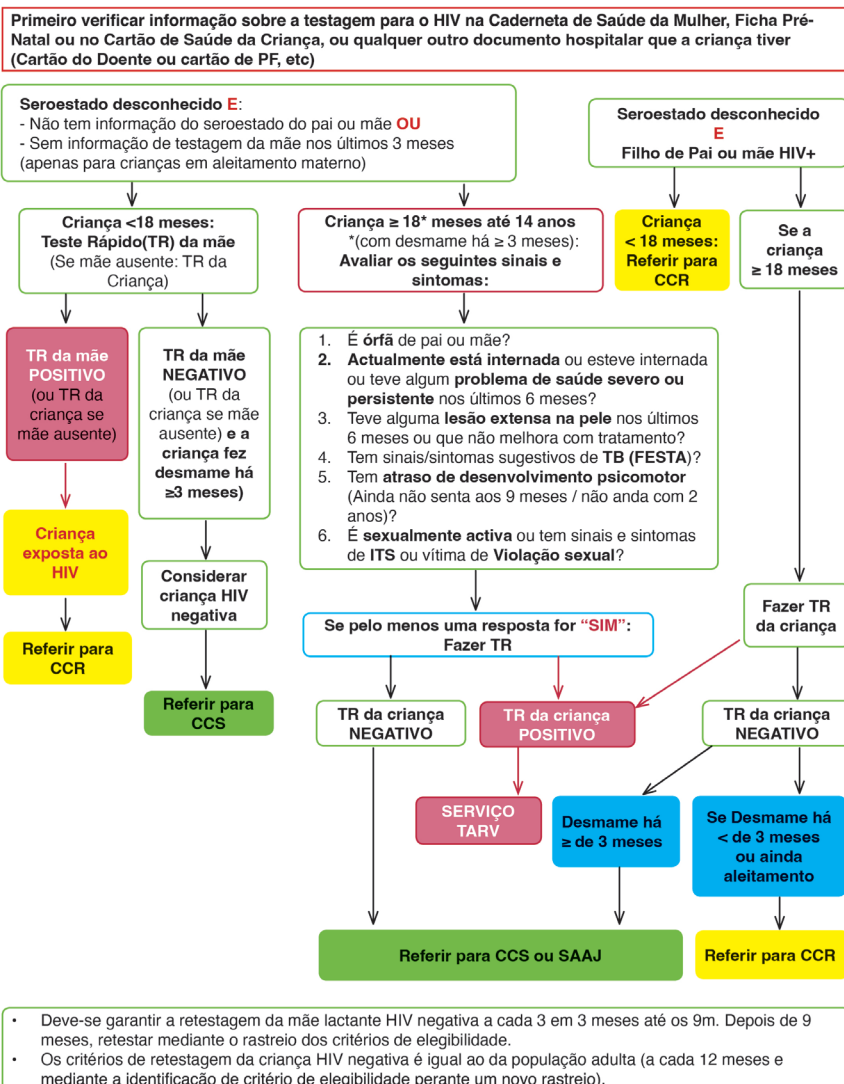
Índice de kornofsky/lansky	
100	Nenhuma evidência de doença
90	Pode fazer actividade normal, sinais ou sintomas menores de doença
80	Actividade normal com esforço, e alguns sinais e sintomas da doença
70	Incapaz de realizar uma actividade de trabalho normal
60	Precisa de assistência ocasional mas pode cuidar de si mesmo para a maior das necessidades
50	Precisa de assistência mas pode cuidar de si mesmo para a maioria das necessidades
40	Incapaz, precisa de cuidados especiais de assistência
30	Severamente incapacitado, precisa de hospitalização
20	Muito doente, hospitalização necessária, tratamento activo de suporte necessário
10	Moribundo
0	Morte

Anexo 2: Algoritmo de testagem para HIV em crianças dos 0 – 14 anos



República de Moçambique
Direcção Nacional de Saúde Pública - Ministério da Saúde
Programa Nacional de Controle das ITS, HIV/SIDA

Algoritmo de testagem para o HIV em crianças dos 0 - 14 anos



Anexo 3: Guia de manejo de infecção por HIV na criança e adolescente (tríptico de dosagens)

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*	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
LPV/r cp 200/50 mg*	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1	2	2
DTG^b														
pDTG 10 mg	0.5	-	1.5	-	2	-	2.5	-	3*	-	-	-	-	-
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 - 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
^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. ^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. ^c Esta dosagem é previsto para uso apenas em ausência de cprs de 50mg. ^d A dosagem de AZT em xarope é terapêutica. Para dosagem profilática consulte a tabela 9. ^e Esta dosagem é prevista para uso apenas na ausência de cprs de DRV de 75 ou 150mg.														

Anexo 4: Parâmetros de desenvolvimento psicomotor na criança






REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

















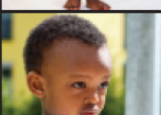







O Nosso Maior Valor é a Vida

ATENÇÃO ÀS FASES DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Verifique como a criança está a crescer

Aos 2 meses	Olha para o cuidador 	Segue o objecto com os olhos 	Reage ao som 	Elevar a cabeça por uns segundos 
Aos 4 meses	Faz sons e sorri em resposta ao cuidador 	Ahahah... Olá, meu doce! 	Segura objecto com uma mão 	Sustenta a cabeça 
Aos 6 meses	Vira a cabeça para o lado do som 	Alcança objecto com a mão 	Leva objectos à boca 	Rebola 
Aos 9 meses	Brinca de esconde-achou 	Senta sem apoio 	Mamama... Balbucia 	Passa objectos de uma mão para a outra 
Aos 12 meses	Imita os gestos do cuidador 	Parece estar a falar em frases Capapa vumm anana... Sim, é um carro! 	Pega objectos com dois dedos 	Anda com apoio 
Aos 15 meses	Mostra o que quer 	Diz 1 palavra que não seja "papá", "mamã", ou o nome de alguém Gato? 	Coloca objectos na caneca 	Anda sem apoio 
Aos 18 meses	Aponta as partes do corpo Onde está o nariz? 	Carro! Rodas! Parou! Diz 3 palavras que não sejam "papá", "mamã", ou o nome de alguém 	Põe um bloco ou copo por cima de outro 	Bebe com o copo 
Aos 24 meses	Aponta 2 desenhos 	Tira a roupa sozinho(a) 	Monta uma torre de 3 blocos ou copos 	Chuta a bola 

Anexo 5: Calendário Nacional de Vacinação

<div>  <h1>Calendário de Vacinação</h1>  </div>			
...Criança Vacinada, Criança Saudável...			
À nascença			Contra a Tuberculose (BCG) Contra a Pólio (VAP)
Aos 2 meses de vida			Contra a Pólio (VAP) Contra a Difteria, Tosse Convulsa, Tétano, Hepatite B e Meningite (DTP/HepB/Hib), 1ª dose Contra a Pneumonia (PVC), 1ª dose Contra a Rotavírus, 1ª dose
Aos 3 meses de vida ou 4 semanas depois da 1ª dose			Contra a Pólio (VAP) Contra a Difteria, Tosse Convulsa, Tétano, Hepatite B e Meningite (DTP/HepB/Hib), 2ª dose Contra a Pneumonia (PVC), 2ª dose Contra a Rotavírus, 2ª dose
Aos 4 meses de vida ou 4 semanas depois da 2ª dose			Contra a Pólio (VAP) Contra a Pólio (vacina injectável) IPV Contra a Difteria, Tosse Convulsa, Tétano, Hepatite B e Meningite (DTP/HepB/Hib), 3ª dose Contra a Pneumonia (PVC), 3ª dose
Aos 6 meses de vida			Vitamina A
Aos 9 meses de vida			Contra o Sarampo e Rubéola (1ª dose)
Aos 12 meses de vida			Vitamina A e Desparasitação
Aos 18 meses de vida			Contra o Sarampo e Rubéola (2ª dose)
Até aos 59 meses de vida			Vitamina A e Desparasitação
O Nosso Maior Valor é a Vida    			

Anexo 6: Guia de referência e contra-referência (frente e verso)



Guia de referência do paciente HIV+ com doença avançada

Nome e apelidos:		Idade:	Sexo:
NID :	Telefone:	Mulher grávida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
US:	Distrito:	Província:	
Motivo da referência:			
<input type="checkbox"/> CrAg positivo para avaliar para Meningite criptocócica <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (para quimioterapia) <input type="checkbox"/> Paciente gravemente doente (sinais de perigo) para estabilização e diagnósticos: <input type="checkbox"/> Outros			
Vai para:		História de TARV	
Regime TARV 1			
Data início TARV:		Regime:	
CD4 inicial			
Regime TARV 2			
Data início:		Regime:	
Motivo alteração			
Regime TARV 3			
Data início:		Regime:	
Motivo alteração			
Carga viral mais recente (se tiver):		Data:	
CD4 mais recente (se tiver):		Data:	
Resumo da história clínica e laboratorial relevante			
Nome do clínico:		Contacto telefónico:	
Serviço:		Data:	



Guia de contra-referência do paciente HIV+ com doença avançada

Nome e apelidos:		Idade:	Sexo:
NID :		Telefone:	
US:	Distrito:	Província:	
Data de internamento e alta (se esteve internado):			
Data da alta (se esteve internado):			
Diagnósticos			
1			
2			
3			
4			
5 Infecção por HIV avançada			
Resumo da história clínica e laboratorial relevante			
Resultados laboratoriais relevantes para o seguimento do paciente			
Creatinina:		Bilirrubina:	
Hemoglobina:		Plaquetas:	
ALT:		Potássio:	
AST:		CD4:	
Tratamento em curso:			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Data da próxima consulta (para seguimento no centro de referência):			
Nome do clínico:		Contacto telefónico:	
Serviço:		Data:	
<input type="checkbox"/> O paciente deve continuar o seguimento TARV na US de origem			
<input type="checkbox"/> O paciente deve continuar o TARV na US de referência (entregar guia de transferência TARV ao paciente)			

Anexo 7: Lista de consumíveis, produtos laboratoriais e medicamentos necessários para a implementação da directriz de doença avançada

	Pacote completo	Pacote intermédio	Pacote básico
Consumíveis			
Cateteres para realizar punção lombar (cateteres endovenosos 20, 22)	x	x	
Sistemas de perfusão (para administração endovenosa de medicamentos e para a medição de Pressão de saída do LCR)	x	x	
Tubos estéreis para transporte LCR	x	x	
Luvas de exame e luvas estereis (para PL)	x	x	
Soros endovenosos diversos (SF, SG5%, Lactato)	x	x	
Máscaras cirúrgicas	x	x	x
Máscaras FPP2		x	x
Produtos laboratoriais			
Reagente para CD4	x	x	x
Teste rápido CrAg	x	x	x
Teste rápido TB-LAM	x	x	x
Capacidade laboratorial para monitorar hemograma, função renal e ionograma	x	x	
Medicamentos			
Fluconazol cp 200mg	x	x	x
Flucitosina cp 500 mg	x		
Anfotericina B Desoxicolato 50 mg vial	x		
Anfotericin B Lipossomal 50 mg vial	x		
KCl ampolas 100 mg/ml	x		
KCl cp 600 mg (8mEq)	x		
Tripla terapia para sarcoma de kaposi	x		
Analgésicos (codeína, tramadol, ibuprofeno) para manejo de sintomas	x	x	x
Cotrimoxazol comprimidos	x	x	x

Cotrimoxazol xarope	x	x	x
RTUF (Plumpy nut, leites terapêuticos)	x	x	x
Isoniazida 100 e 300 mg comp	x	x	x
Vitamina B6 (Piridoxina)	x	x	x
Aciclovir comp 400 mg	x	x	x
Ceftriaxona ampolas 1 gr EV	x	x	
Clavamox 500/125 comp oral	x	x	x
Azitromicina 500 mg comp	x	x	x
Artigos médicos			
Marquesa para procedimentos habituais (punção lombar)	x	x	
Cadeiras hospitalares para administração de quimioterapia	x		
Bomba de perfusão endovenosa (para quimioterapia e anfotericina)	x		
Ecografo para realização de ecografia FASH (orientada para a procura de sinais de TB disseminada/ extrapulmonar em HIV)	x	x	
Retinoscopio	x		

