



Direção-Nacional de Saúde

Serviço para a Prevenção e Controlo de Doenças Prioritárias

Programa de Luta contra as Doenças de Transmissão Sexual,
incluindo o VIH/Sida

Protocolo de Terapêutica Antirretroviral



Atualização de janeiro de 2019

Ministro da Saúde e da Segurança Social

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário

Diretor Nacional de Saúde

Doutor Artur Jorge Correia

Coordenador do Programa de Prevenção de Doenças de Transmissão Sexual, incluindo VIH/SIDA (PLDTS)

Dr. Jorge Noel de Carvalho Monteiro Barreto

© 2019. Ministério da Saúde e da Segurança Social

Apoio



Equipa Técnica

António Lima Moreira – Médico infeciologista e de saúde pública

Belmira Miranda – Psicóloga clinica, Mestre em Saúde Pública,
Seguimento PVVIH

Carlina Luz – Pediatra, Serviço de Pediatria do HBS

Didier Andrade – Médico clínico geral da Consulta de
imunodepressão da Delegacia de Saúde da Praia

Hélida Djamila Fernandes – Pediatra, Serviço de Pediatria do
HAN

Jorge Noel Barreto – Médico infeciologista e de saúde pública,
Coordenador do PNLTL e do PLDTS

Jacqueline Cid Cruz - Médico clínico geral da Consulta de
imunodepressão da Delegacia de Saúde de S. Vicente

José Rocha – Técnico Responsável do laboratório ELISA, HAN

Risete Inocência Gomes – Médica infeciologista da Consulta de
imunodepressão da Delegacia de Saúde de S. Vicente

OMS

Carolina Leite Gomes – DPC, OMS

ÍNDICE

	Pág.
Introdução	7
1. Objetivos da terapêutica antirretroviral	9
2. Medicamentos ARV	10
3. Princípios da TARV	13
3.1. Critérios para o início da TARV.....	15
3.2. Esquemas propostos (adultos e adolescentes)	17
3.3. Seguimento e acompanhamento dos doentes em TARV.....	21
3.4. Avaliação da resposta ao tratamento.....	22
3.5. Conduta em caso de falha terapêutica	24
4. Recomendações da TARV em crianças	27
5. Recomendações da TARV na gestante com infeção por VIH .	44
6. Profilaxia pós exposição accidental	54
7. Profilaxia pós-abuso sexual e outros tipos de exposição	57
Anexos	
Nº 1: Avaliação inicial do doente com infeção VIH	58
Nº 2: Indicações para a determinação da carga viral	62
Nº 3: ARV. Apresentação e dosagem para adultos	63
Nº 4: Interações medicamentosas entre os ARV	71
Nº 5: Interações medicamentosas entre IP e outros fármacos.	72
Nº 6: Medicamentos com efeitos tóxicos sobreponíveis utilizados em doentes com VIH (Crianças)	73
Nº 7: Efeitos secundários dos ARV	74
Nº 8: Estádios clínicos para o VIH – OMS (crianças)	76
Nº 9: Doenças indicadoras de SIDA nos adultos	77

Siglas e abreviaturas

3TC – Lamivudina

ABC – abacavir

ADN – ácido desoxirribonucleico

ARN – ácido ribonucleico

ARV – antiretroviral(is)

ATV – Atazanavir

ATV/r – atazanavir potenciado com ritonavir

AZT – zidovudina

CD4+ (ou T-CD4+) – recetor de VIH

CV – carga viral

DTG – dolutegravir

EFV – efavirenz

FTC – emtricitabina

IDV – indinavir

II – Inibidor(es) da integrase

IF – Inibidor(es) da fusão

IO – infecção oportunista

IP – inibidor da protease

IP/r – inibidor da protease potenciado com ritonavir

LPV – lopinavir

LPV/r – lopinavir potenciado com Ritonavir

mm³ – milímetro cúbico

NITR – nucleósido inibidor da transcriptase reversa

NtITR – nucleótido inibidor da transcriptase reversa

NNITR – não nucleósido inibidor da transcriptase reversa

NVP – nevirapina

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCR – Reação em cadeia de Polimerase

PTV – Prevenção da transmissão vertical (mãe-filho)

QP – quimioprofilaxia

RN – recém-nascido

RTV – Ritonavir

SIDA – síndrome de imunodeficiência humana adquirida

SIRI – síndrome inflamatório de reconstituição imunitária

SQV – saquinavir
TARV – tratamento antirretroviral
TB – tuberculose
TDF – tenofovir
VHB – vírus da hepatite B
VHC – vírus da hepatite C
VIH – Vírus da imunodeficiência humana

INTRODUÇÃO

A compreensão progressiva da dinâmica vírica e celular, e o melhor conhecimento dos mecanismos de ação farmacológica e da resistência aos antirretrovirais (ARV), têm permitido avanços consideráveis no controlo clínico da imunodeficiência causada por vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Trata-se, contudo, de uma área bastante complexa e dinâmica pelo que convém estabelecer recomendações técnicas consensuais que permitam definir condutas seguras e eficazes para a utilização dos ARV, estabelecer condutas que não devem ser seguidas, prevenir o aparecimento da farmacoresistência, rever periodicamente o protocolo e fazer as correções necessárias, organizar a logística para aquisição e distribuição dos medicamentos e outros consumíveis.

Em Cabo Verde, o primeiro caso de Sida foi declarado em 1986, mas foi em Dezembro de 2004 que o país conseguiu reunir todas as condições para iniciar a terapêutica antirretroviral (TARV), graças a um esforço considerável, tanto do Governo, como dos profissionais de saúde que, na altura, estavam envolvidos nesta área. Desde então, o país tem continuado a enveredar esforços para continuar a disponibilizar esta terapêutica, sempre tentando acompanhar as sistemáticas atualizações das recomendações internacionais (OMS) para tal.

Atualmente, cerca de 1800 pacientes (76,7%) dos inscritos e em seguimento regular nas consultas encontram-se sob TARV, permitindo-lhes, na maioria dos casos, ter melhor qualidade de

vida, em termos de saúde. Outro dos principais ganhos da introdução da TARV em Cabo Verde foi, sem dúvida, a prevenção da transmissão mãe-filho, que atualmente é eficaz em praticamente 100% dos casos.

1. Objetivos da TARV

- Reduzir o máximo e durante o maior tempo possível a carga viral (CV);
- Restaurar e/ou preservar a função imunológica;
- Prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida da pessoa infetada, transformando a infeção por VIH numa doença de carácter evolutivo crónico potencialmente “controlável”;
- Diminuir a morbi-mortalidade relacionadas com a infeção por VIH;
- Reduzir a transmissão viral.

1.1. Estratégias para alcançar os objetivos da TARV

- Maximização das probabilidades de adesão à TARV;
- Uso racional dos medicamentos;
- Minimização da toxicidade e efeitos colaterais dos fármacos;
- Conservação de futuras opções terapêuticas.

2. Medicamentos ARV

Existe um grande número de ARV aprovados para o uso clínico e classificados nas seguintes categorias: nucleósidos inibidores da transcriptase reversa (NITR), nucleótido inibidor da transcriptase reversa (NtITR), não nucleósidos inibidores da transcriptase reversa (NNITR), inibidores da protease (IP), inibidores da integrase (II), antagonistas do coreceptor CCR5 e inibidores de fusão (IF).

Quadro 1 – Categorias de ARV

NITR	NtITR	NNITR de 1 ^a geração	NNITR de 2 ^a geração
Zidovudina (AZT)	Tenofovir	Nevirapina (NVP)	Etravirina (ETV)
Lamivudina (3TC)	Disoproxil	Efavirenz (EFV)	Rilpivirina (RPV)
Abacavir (ABC)	Fumarato	Delavirdina	
Emtricitabina (FTC)	(TDF)	(DLV)*	
Estavudina (d4T)*			
Didanosina (ddI)	Tenofovir		
Zalcitabina (ddC)*	alafenamida (TAF)		

* Não são mais recomendados por terem muitos efeitos tóxicos em comparação com novos ARV aprovados para uso em humanos.

Quadro 1 (cont.) – Categorias de ARV

Inibidores da integrase	Antagonistas do coreceptor CCR5	IF	IP *
Raltegravir (RAL) Elvitegravir (EVG) Dolutegravir (DTG) Bictegravir (BIC)	Maraviroc (MVC) Vicriviroc	Enfuvirtida (T-20)	Lopinavir (LPV) Ritonavir (RTV) Atazanavir (ATV) Darunavir (DRV) Saquinavir (SQV) Indinavir (IDV) Nelfinavir (NFV) Amprenavir (APV) Fosamprenavir (FPV) Tipranavir (TPV)

* Não se recomenda a utilização isolada do RITONAVIR. A prescrição dos outros IP deve ser feita sempre em associação com o RTV.

Outros medicamentos antirretrovirais com efeitos menos tóxicos e suas combinações em um único comprimido estão em estudo no sentido de facilitar a TARV para melhorar cada vez mais a qualidade de vida dos doentes.

De acordo com o quadro 2, os ARV sublinhados são os disponibilizados em Cabo Verde, nas formas isoladas ou combinadas.

Quadro 2 – ARV disponíveis

Designação	Apresentação
Lamivudina (3TC) comprimido	150mg/comprimido
Nevirapina (NVP) (Suspensão oral)	10mg/ml, frs 240 ml
Zidovudina (AZT) (Suspensão oral)	10mg/ml, frs 100 ml
Efavirenz (EFV) 200mg	Cápsula, emb. 30 cps
Tenofovir TDF (300mg)	Comprimido, emb 30 cps
Dolutegravir (DTG) 50mg	Comprimido, emb 30 cps
EFV 600mg	Comprimido, emb 30 cps
NVP 200mg	Comprimido, emb 60 cps
AZT 300mg	Comprimido, emb 60 cps
Ritonavir (RTV) (100mg)	Comprimido, emb.60 cps
Atazanavir (ATV) 200mg	Cápsula, emb. 60 cáps.
(AZT 300mg + 3TC 150mg)	Comprimido, emb 60 cps.
Abacavir (ABV) 600mg + 3TC 300mg	Comprimido, emb 30 cps.
(TDF 300mg + 3TC 300mg)	Comprimido, emb 30 cps.
(AZT 300mg + 3TC 150mg +NVP 200mg)	Comprimido, emb. 60 cps.
(AZT 30mg + 3TC 60mg)	Comprimido, emb 60 cps.
(AZT 60mg + 3TC 30mg +NVP 50mg)	Comprimido, emb. 60 cps.
(TDF 300mg + 3TC 300mg + EFV 400mg)	Comprimido, emb 30 cps.
Lopinavir (LPV) 200mg + RTV 50mg	Comprimido, emb. 120 cps.
(LPV 100mg + RTV 25mg)	Comprimido, emb. 120 cps.
AZT injetável	10mg/ml, ampolas ou frs 20ml
(Emtricitabina (FTC) 200mg + TDF 300mg + EFV 600mg)	Comprimido, emb. 30 cps.
(FTC 200mg + TDF 300mg)	Comprimido, emb. 30 cps.
Atazanavir (ATV) 300mg/RTV 100mg (2ª linha VIH-2; 3ª linha VIH-1)	Comprimido, emb. 30 cps.

3. Princípios da TARV

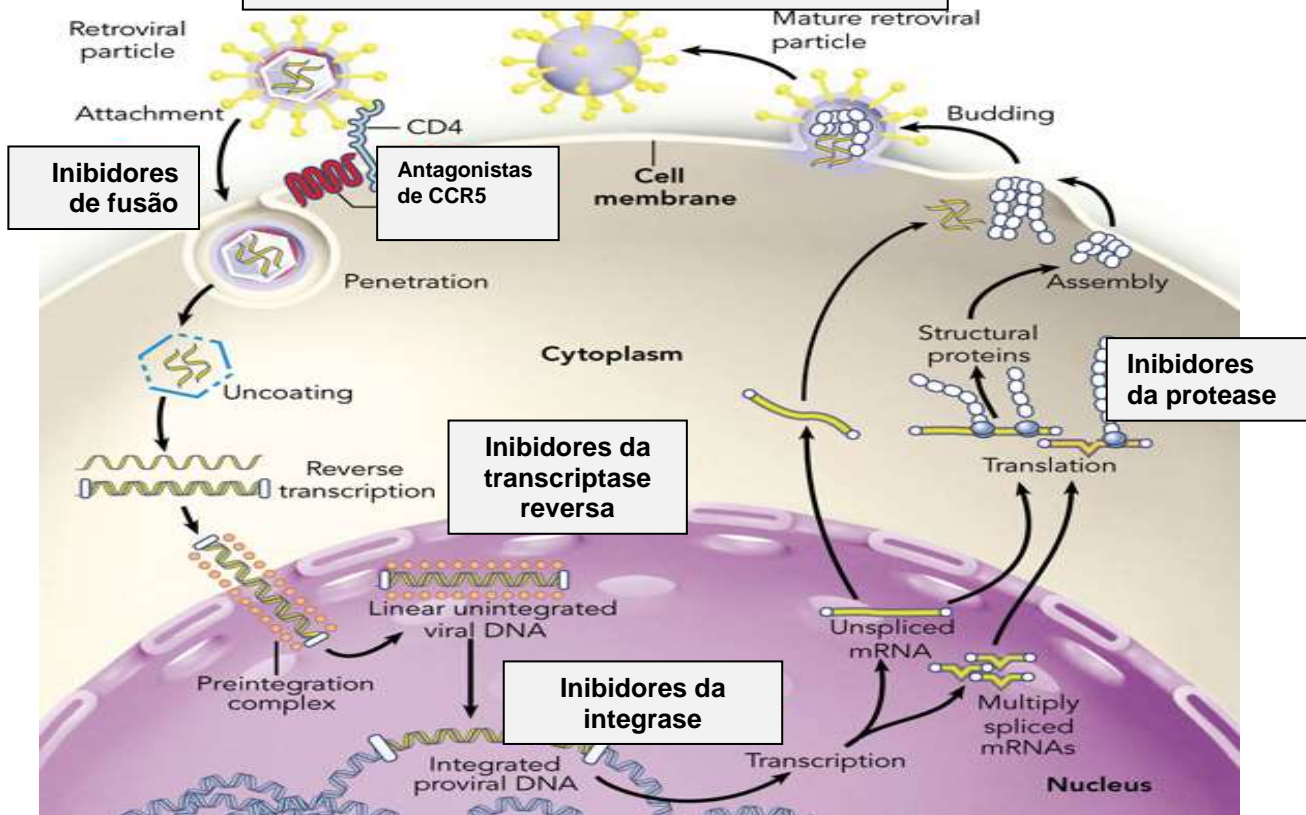
Para o tratamento da infeção por VIH, as classes de medicamentos disponíveis atualmente atuam em diferentes fases do ciclo de vida do vírus, como está representado na figura 1:

- **Inibidores da transcriptase reversa** – bloqueiam a integração do vírus infetante na célula hospedeira;
- **Inibidores de protease** – impedem a formação de viriões infetantes;
- **Inibidores de integrase** – impedem a integração do ADN pró-viral no ADN humano;
- **Inibidores de fusão** – impedem o vírus de se ligar e entrar nas células;
- **Antagonistas de CCR5** – bloqueiam coreceptor de CD4.

Questões pertinentes

- Quando iniciar a TARV?
- Qual o esquema a utilizar?
- Como avaliar a eficácia?
- Quando modificar o esquema?

Figura 1. Ciclo de vida do VIH e ação dos ARV



3.1. Critérios para início da TARV

A instituição da TARV não é uma emergência e não deve ser iniciada antes de avaliações clínica e laboratorial cuidadosas, com exceção dos casos de exposição acidental ao sangue e seus derivados e objetos potencialmente contaminados, abuso sexual (estupro) ou para a prevenção da transmissão de VIH de mãe para filho.

A TARV não deve ser iniciada antes dos objetivos a atingir e da necessidade de adesão plena à terapêutica sejam compreendidos e aceites pelo doente.

Assim, antes de iniciar a TARV, deve-se considerar os seguintes aspetos:

- Anamnese com a identificação dos fatores que poderão condicionar a adesão terapêutica, exame físico e exames complementares (adenda nº 1);
- **Contagem de linfócitos TCD4** – fundamental para estabelecer o grau de imunodepressão, determinar a profilaxia de infeções oportunistas (IO) e monitorizar o efeito do tratamento sobre o sistema imunológico;
- **Determinação da CV plasmática** – fundamental para avaliar a gravidade da doença (quanto maior a CV, maior a gravidade) e a eficácia terapêutica.

A partir de janeiro de 2019, a terapêutica antirretroviral (TARV) está indicada a todas as pessoas que vivem com VIH, independentemente de critérios, seguindo assim a estratégia da OMS “Tratar todos”.

No caso de doentes sintomáticos ou com $T\text{-CD4} \leq 200/\mu\text{l}$ deverá ser também iniciada a quimioprofilaxia para IO tais como a pneumocistose e a toxoplasmose.

- ▶ **Nas mulheres em idade fértil, descartar a gravidez sistematicamente.** Não se recomenda a prescrição de DOLUTEGRAVIR nestas mulheres devido aos efeitos teratogénicos, a não ser que a contraceção esteja salvaguardada.
- ▶ O médico assistente e a sua equipa devem ajudar o doente na decisão final de se tratar, zelando pela compreensão da importância da adesão à TARV como uma das principais condições para obtenção de bons resultados (manter-se assintomático, com supressão sustentada da CV). Todas as questões relacionadas com a terapêutica devem ser sempre esclarecidas nas consultas.

3.2. ESQUEMAS PROPOSTOS (adultos e adolescentes)

- **Preferenciais** – São as combinações de ARV consideradas como melhor opção, por apresentarem alta potência virológica, menor risco de toxicidade e/ou maior comodidade de dosagem.
- **Alternativos** – São as combinações de ARV que, apesar de virológicamente efetivas, podem apresentar menor tolerabilidade e/ou maior risco de toxicidade e de baixa adesão.

Quadro 3 – Regimes de TARV para VIH-1

REGIME PARA VIH 1		Adolescentes (≥ 13 anos) e adultos (ou ≥ 35 Kg de peso corporal)
1ª Linha	1ª opção	Zidovudina (AZT) 300mg + Lamivudina (3TC) 150mg + Nevirapina (NVP) 200mg
	Alternativa	(Tenofovir [TDF]300mg + 3TC 300mg + EFV400mg) ou ([TDF] + Emtricitabina [FTC] + EFV600mg), em caso de anemia pré-TARV (Hb\leq 7,5g/dl) ou anemia secundária a AZT ou alergia a nevirapina ou infecção crónica por vírus da hepatite B

Nos doentes com TB, pode-se seguir os mesmos critérios no quadro acima. Se houver necessidade do uso de ATV/r ou LPV/r nestes doentes, deve-se acrescentar uma dose adicional de ritonavir 200mg PO 12/12 horas.

Não é aconselhável o uso de nevirapina concomitantemente com fármacos anti-TB pelo risco de toxicidade medicamentosa aumentada, mas de acordo com a experiência de Cabo Verde e alguns estudos internacionais, na falta de melhores opções, é possível o seu uso concomitante. Deve-se, no entanto, manter uma vigilância apertada em relação ao surgimento de lesões cutâneas ou alteração da função hepática, que são indicação para troca da NVP para EFV ou Dolutegravir, após normalização das alterações.

Quadro 3 (cont.) – Regimes de TARV para VIH-1

REGIME PARA VIH-1	Adolescentes e adultos (ou ≥ 35 Kg de peso corporal)
<p>2ª Linha (abandono de tratamento ou má resposta terapêutica)</p>	<p>Depende do regime de 1ª linha, mas aconselha-se 2 Inibidores da Transcriptase reversa nucleósido/nucleótido (ITRN) diferentes da 1ª linha + 1 inibidor da integrase (II)</p> <p>Por exemplo: (TDF+3TC) + Dolutegravir (DTG)* ou (TDF+FTC) + Dolutegravir (DTG)*</p>
<p>3ª Linha (abandono da 2ª linha ou intolerância a dolutegravir)</p>	<p>(Abacavir [ABV]+Lamivudina [3TC]) + Atazanavir (ATV)/ritonavir</p>
<p>4ª Linha (abandono da 3ª linha ou intolerância a ATV ou ao ABV)</p>	<p>Genotipagem Deve-se contactar o nível central do Programa para apoio técnico</p>

* Para mulheres em idade reprodutiva, o DTG pode ser utilizado desde que a contraceção esteja garantida. A mulher deve ser informada dos efeitos teratogénicos do DTG.

As combinações fixas destes medicamentos tais como (AZT+3TC), (AZT+3TC+NVP), (FTC+TDF), (TDF+3TC), (FTC+TDF+DTG), (TDF+3TC+EFV_{400mg}) e (FTC+TDF+EFV) favorecem a adesão ao reduzirem o número de comprimidos que o doente deve tomar por dia.

Nos casos de falha terapêutica, recomenda-se a mudança para uma segunda linha com combinações medicamentosas de classes diferentes.

Regimes de TARV para VIH2 e dupla infeção por VIH1+2

Para o VIH-2, várias associações são ineficazes, pois é naturalmente resistente aos INNTR e a alguns IP.

Quadro 5 – Regimes de TARV recomendados para VIH-2

REGIME PARA VIH 2 E DUPLA INFEÇÃO VIH-1+2	Adolescentes e adultos (ou ≥ 35 Kg de peso corporal)
1ª Linha	(Tenofovir TDF + lamivudina 3TC) + Dolutegravir (DTG) *
2ª Linha	Depende do regime de 1ª linha, mas aconselha-se 2 Inibidor da Transcriptase reversa nucleósido/nucleotídeo (ITRN) + 1 inibidor de protease (IP) Por exemplo, (TDF+FTC) + ATV/r

* Para mulheres em idade reprodutiva, o DTG pode ser utilizado desde que a contraceção esteja garantida. A mulher deve ser informada dos efeitos teratogénicos do DTG.

Quadro 5 (cont.) – Regimes de TARV recomendados para VIH 2

REGIME PARA VIH 2 E DUPLA INFEÇÃO VIH1+2	Adolescentes e adultos (ou ≥ 35 Kg de peso corporal)
3ª Linha (resgate)	2 Inibidor da Transcriptase reversa nucleósido/nucleótido (ITRN) + 1 inibidor de protease (IP) Por exemplo, (ABV+3TC) ou (AZT+3TC) + Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
4ª linha	Genotipagem Deve-se contactar o nível central do Programa para apoio técnico

3.3. Seguimento dos doentes sob TARV

O doente deve ser avaliado duas semanas após o início do TARV, mensalmente nos primeiros três meses e, posteriormente, a cada três a quatro meses, conforme a evolução clínica.

O acompanhamento regular é importante, pois permite verificar a eficácia do tratamento, intervir atempadamente quando necessário e reforçar a adesão.

Todas as intercorrências desde o início da TARV, como infecções, hospitalizações, tratamentos associados e gravidez, devem ser avaliadas e anotadas no processo clínico do doente.

O exame físico deve ser minucioso, utilizando os dados anteriores para comparação.

Os exames laboratoriais (ver anexo 1) permitem detetar os potenciais efeitos tóxicos dos medicamentos, diagnosticar IO, realizar mudanças de tratamento de acordo com o protocolo e avaliar a eficácia da terapêutica.

3.4. Avaliação da resposta à TARV

3.4.1. Sucesso terapêutico

É considerado quando a CV torna-se indetetável seis meses após início da TARV, devendo manter-se assim indefinidamente.

Ocasionalmente, pode ocorrer discretos aumentos (picos) da CV, mas **não deve ultrapassar o valor de 500 cópias/ml.**

Deve-se considerar também como sucesso terapêutico a redução da CV ≥ 1 log nas primeiras quatro a seis semanas da TARV.

3.4.2. Falha terapêutica

É definida como a piora clínica e/ou degradação dos parâmetros laboratoriais imunológicos e/ou virológicos.

Os principais parâmetros laboratoriais de insucesso terapêutico são:

- falha de supressão da CV três a seis meses após início da TARV, **ou**
- CV novamente detetável **ou** acima de 500 cópias/ml, **e/ou**

- diminuição persistente de T-CD4 (pelo menos 25%) em dois exames sucessivos.

A progressão da infecção e a ocorrência ou recorrência de IO após o início da TARV (\pm três meses) são, na maioria das vezes, indicador de falha terapêutica.

Habitualmente, as falhas virológicas, imunológicas e clínicas não ocorrem simultaneamente.

O insucesso terapêutico pode ocorrer por diversas causas:

- má adesão do doente ao tratamento;
- efeitos colaterais e toxicidade dos medicamentos;
- distúrbios farmacocinéticos (problemas de absorção, exigências alimentares, interações medicamentosas, etc.);
- potência inadequada do regime antirretroviral;
- resistência viral prévia a um ou mais fármacos;
- hábitos tóxicos;
- outros factores desconhecidos.

3.4.3. Estratégias para melhorar a adesão e a eficácia da TARV

A adesão é uma determinante importante no que se refere a intensidade e a duração da supressão da carga viral.

Alguns fatores relacionados com má adesão podem ser:

- Má relação médica com o doente e vice-versa;
- Uso de drogas lícitas e/ou ilícitas;
- Doenças do foro psiquiátrico mal controladas;
- Nível educacional baixo ou iletrismo;
- Violência doméstica e discriminação;

- Receio ou ocorrência de efeitos adversos da TARV;
- Estado nutricional inadequado;
- Nível socioeconómico desfavorável.

Para melhorar a adesão recomenda-se as seguintes estratégias:

- Negociar um esquema terapêutico que o doente compreenda e aceite;
- Discutir com o doente a hipótese de envolver a família ou amigos próximos no plano de tratamento, apresentando-lhe as vantagens;
- Educar a família e os amigos próximos relativamente à importância da adesão;
- Adiar o início da TARV em doentes em que se identifique o risco de má adesão;
- Escolher um esquema simples, reduzindo o número de comprimidos e a frequência de doses;
- Reforçar a equipa de seguimento com outros técnicos, nomeadamente enfermeiro, psicólogo e assistente social, e formar subgrupos para melhorar a abordagem dos doentes com má adesão.

Ter em mente que o primeiro esquema prescrito aos doentes é considerado como a melhor oportunidade para o controlo a longo prazo da replicação viral.

3.5. Conduta em caso de falha terapêutica

1º - Confirmar a falha.

Não se deve modificar o esquema terapêutico com base num único exame laboratorial, **nem apenas** com base na

clínica. Em doentes na fase avançada de SIDA, durante o período de recuperação imunológica após o início de TARV eficaz, podem tornar-se aparentes as IO latentes e sem expressão clínica, por falta de reconhecimento do sistema imunológico. Esta situação é chamada **síndrome de reconstituição imunitária** e deve-se tratar a IO sem mudar a TARV.

2º - Investigar a causa e corrigi-la quando possível (nova avaliação clínica e laboratorial após oito semanas).

- No caso de intolerância / toxicidade, deve-se substituir o medicamento responsável por outro com igual potência e, se possível, da mesma classe, mas antes tentar viabilizar a sua utilização. Cefaleias, náuseas, vômitos, tontura e dor abdominal, podem ocorrer (geralmente leves) e desaparecem após as primeiras semanas. Pode-se prescrever sintomáticos, se for necessário.
- Considerar o peso do doente, eventual disfunção hepática/renal, interações medicamentosas.

Se a falha é confirmada, considerar/verificar antes da escolha de um novo esquema:

1. A existência de resistências cruzadas entre os ARV;
2. A adesão do doente;

3. A troca completa é o ideal. Caso isso não seja possível, o novo esquema deve conter pelo menos dois ARV novos;
4. Em doentes com duas ou mais falhas, o objetivo, embora difícil de alcançar, continua a ser a redução da viremia a níveis indetetáveis.

4. Recomendações de TARV em crianças

Embora a patogénese do VIH e os princípios da TARV sejam similares nos adultos e nas crianças, existem especificidades fisiológicas, clínicas e sociais que devem ser consideradas quando se pretende tratar crianças com ARV.

As crianças com infeção por VIH diferem dos adultos pelo fato de possuírem altas taxas de replicação viral, traduzidas por CV mais elevada que os adultos.

A eficácia da TARV nos adultos pode ser extrapolada para as crianças, mas elementos da farmacocinética, formas de apresentação e facilidade de administração requerem considerações especiais.

Nos países de recursos limitados, há a considerar dificuldades no diagnóstico precoce da infeção nas crianças nascidas de mães com infeção por VIH, pois até os 12-18 meses, podem persistir os anticorpos maternos, o que implica a necessidade de testes de diagnóstico mais complexos e dispendiosos.

4.1. Diagnóstico

A infeção por VIH pode ser diagnosticada em crianças de cerca de um mês de vida e em todas as crianças aos seis meses, através da identificação do vírus por PCR qualitativo (considerado o melhor) ou por PCR quantitativo (carga viral). Neste momento, é possível fazer o diagnóstico precoce de infeção por VIH-1 através de PCR qualitativo em Cabo Verde.

Os anticorpos IgG maternos atravessam a placenta e podem persistir até aos 18 meses de idade.

No contexto de Cabo Verde, o teste PCR qualitativo, deve ser feito em 3 momentos:

- Até as 48 horas de vida;
- Quando o bebé tiver 6 semanas de vida;
- Aos 6 meses de vida, se os testes iniciais forem negativos.

Qualquer teste positivo deve ser repetido no dia seguinte e, conjuntamente, pedir a carga viral (CV).

De realçar que a CV na criança tem níveis geralmente muito elevados e persistem por muito mais tempo que no adulto, após infeção primária. Ainda não existe um consenso quanto à utilização da quantificação da CV para o início da TARV.

Considera-se:

- Infeção intra-útero, se PCR for positiva até as 48 horas de vida;
- Infeção durante o parto ou no pós-parto, se o teste for negativo nas primeiras 48 horas de vida e positivo depois.

Para crianças a partir dos 18 meses, o diagnóstico é feito com a pesquisa de anticorpos (serologia), segundo as normas nacionais.

4.2. Conceitos

4.2.1. Criança infetada

- a) Criança nascida de mãe com infecção por VIH, que tenha dois resultados (diagnóstico precoce por PCR) positivos em duas determinações separadas feitas até os 6 meses de idade.
- b) Criança > 18 meses de idade nascida de mãe com infecção por VIH ou infetada por produtos sanguíneos ou contato sexual, que tenha anticorpo anti-VIH ou PCR positivo.

4.2.2. Exposição Perinatal

Criança que não tenha os critérios supracitados, mas:

- a) tem presença de anticorpos no plasma (é VIH+) e tem ≤ 18 meses
- b) tem *status* desconhecido, mas é nascida de mãe VIH + e ≤ 18 meses

4.2.3. Criança não infetada por VIH

Criança que tenha dois ou mais testes de pesquisa de VIH negativos (PCR/p24) após 1 mês de idade e um teste negativo após os 4 meses de idade.

4.3. CLASSIFICAÇÃO PEDIÁTRICA PARA VIH (CDC 1994)

Classificação da Infecção por VIH

A classificação da infecção por VIH utiliza um sistema alfa-numérico baseando-se em parâmetros clínicos e imunológicos, respectivamente, proposto pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 1994.

4.3.1. Classificação CDC (1994) por categorias clínicas

I - Categoria N - Assintomática

Ausência de sinais e/ou sintomas; ou com apenas uma das condições da categoria A.

II – Categoria A – Sinais e/ou Sintomas Leves

Presença de 2 ou mais das condições abaixo, porém sem nenhuma das condições das categorias B e C:

- linfadenopatia (> 0, 5 cm em mais de 2 cadeias diferentes);
- hepatomegália;
- esplenomegália;
- parotidite;
- infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite).

III – Categoria B – Sinais e/ou Sintomas Moderados

- anemia (Hb < 8g/dl), neutropénia (<1.000/mm³) ou
- trombocitopénia (< 100.000/mm³), por mais de 30 dias;

- meningite bacteriana, pneumonia ou sepsis;
- candidose oral persistindo por mais de 2 meses;
- miocardiopatia;
- infecção por Citomegalovírus (CMV), antes de 1 mês de vida;
- diarreia recorrente ou crônica;
- Hepatite;
- estomatite pelo vírus Herpes simples (HSV) recorrente (mais do que 2 episódios/ano);
- pneumonite ou esofagite por HSV com início antes de 1 mês de vida;
- herpes zoster, com 2 episódios ou mais de um dermatomo;
- pneumonia intersticial linfocítica (LIP);
- nefropatia por VIH;
- nocardiose;
- febre persistente (> 1 mês);
- toxoplasmose antes de 1 mês de vida; e
- varicela disseminada ou complicada.

IV – Categoria C – Sinais e/ou Sintomas Graves

Criança com qualquer das condições listadas abaixo:

- Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (confirmadas por cultura, 2 episódios em intervalo de 1 ano): septicemia, pneumonia, meningite, infecções osteo-articulares, abscessos de órgãos internos;
- Candidose esofágica ou pulmonar;
- Coccidioidomicose disseminada;
- Criptococose extrapulmonar;
- Criptosporidíase ou isosporíase com diarreia (> 1 mês);

- CMV em locais além do fígado, baço ou linfonodos, a partir de 1 mês de vida;
- Encefalopatia por VIH (achados que persistem por mais de 2 meses), em razão de:
 - a) Défice do desenvolvimento neuropsicomotor;
 - b) Evidência de défice do crescimento cerebral ou microcefalia adquirida identificada por medição do perímetro específico ou atrofia cortical mantida em tomografia computadorizada ou ressonância magnética sucessiva de crânio; e
 - c) Défice motor simétrico com 2 ou mais das seguintes alterações: paresias, reflexos patológicos ataxia e outros;
- Infecção por HSV: úlceras mucocutâneas com duração superior a 1 mês ou pneumonite ou esofagite (crianças > 1 mês de vida);
- Histoplasmose disseminada;
- *Mycobacterium tuberculosis* disseminada ou extrapulmonar;
- *Mycobacterium*, outras espécies, disseminadas: complexo *Mycobacterium avium* ou *M. Kansasii*;
- Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*;
- Salmonelose disseminada recorrente;
- Toxoplasmose cerebral com início após o 1º mês de vida;
- Síndrome da caquexia, manifestada em:
 - a) perda de peso > 10% do peso anterior; **ou**
 - b) queda de dois ou mais percentis nas tabelas de peso para a idade; **ou**
 - c) peso abaixo do percentil 5, em duas medidas sucessivas; **e**
 - d) diarreia crónica (duração superior a 30 dias); **ou**
 - e) febre por 30 dias ou mais, documentada;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP);
- Sarcoma de Kaposi;

- Linfoma primário do cérebro e outros linfomas.

Quadro 6 – Classificação CDC (1994) por categorias clínicas

Categoria Imunológica	Categorias Clínicas			
	N: Sem Sinais/ Sintomas	A: Sinais/ Sintomas ligeiros	B: Sinais/ Sintomas moderados	C: Sinais/ Sintomas graves
1. Sem Supressão	N1	A1	B1	C1
2. Supressão Moderada	N2	A2	B2	C2
3. Supressão Grave	N3	A3	B3	C3

4.3.2. Categorias Imunológicas da classificação da Infecção pelo VIH em crianças e adolescentes menores de 13 anos (baseado na contagem de T-CD₄)

Alteração Imunológica	Idade		
	<12 meses	1 – 5 Anos	6-12 Anos
	CD ₄ (cél/s/μl) %	CD ₄ (cél/s/μl) %	CD ₄ (cél/s/μl) %
Ausente	≥ 1500 ≥ 25	≥ 1000 ≥ 25	≥ 500 ≥ 25
Supressão Moderada	750 – 1499 15-24	500 – 999 15-24	200-499 15-24
Supressão Grave	<750 <15	<500 <15	<200 <15

4.3.3. Classificação da OMS para imunodeficiência associada a VIH em lactentes e crianças (baseado na contagem de CD4, por idade)

	Grupo etário			
	<12 meses	12 – 35 meses	36 - 59 meses	≥ 5 anos
Alteração Imunológica	%	%	%	CD ₄ (céls/μl)
Não significativo	> 35	> 30	> 25	≥ 500
Leve	30-35	25-30	20-25	350-499
Avançada	25-30	20-25	15-20	200-349
Grave	<25	<20	<15	<200

4.4. Terapêutica antirretroviral (TARV) em crianças (< 13 anos)

As decisões para iniciar a TARV baseiam-se em:

- Conhecimento da história natural da infeção por VIH em crianças que têm um espectro amplo, variando de progressores rápidos (cerca de 20%) a não progressores; a maior parte (cerca de 70%) apresenta um padrão de evolução intermediária, em que predominam sintomas/sinais leves nos primeiros 5 anos de vida; cerca de 10 - 15% tem progressão lenta e livre de sintomas até os 8 anos de idade;

- Estudos de combinação terapêutica em crianças com doença avançada;
- Extrapolação de estudos feitos em adultos;
- Recomendações nacionais para início da TARV.

As considerações que pesam na decisão de iniciar TARV precoce são:

- Carga viral elevada em crianças ≥ 5 anos;
- Possibilidade de reconstituição imunológica com o controlo terapêutico da replicação viral;
- Efeitos graves da doença no crescimento e no desenvolvimento neurológico.

O tratamento precoce com regimes completamente supressivos deve ser ponderado, levando em consideração:

- o limitado número de medicamentos com formulação pediátrica;
- o conhecimento limitado sobre a farmacologia e a segurança a longo prazo;
- as dificuldades de adesão aos regimes complicados (especialmente quando existem outras dificuldades no seio da família afetada);
- o risco de emergência de resistências;
- complicações metabólicas e outros efeitos adversos dos medicamentos.

Atualmente, parece haver evidências que há benefício da TARV precoce na ausência de sintomatologia clínica e imunossupressão.

4.4.1. Critérios de Tratamento

A TARV deve ser iniciada a **todas** as crianças infetadas por VIH, independentemente da fase clínica ou da contagem de linfócitos T-CD4

Quadro 7 – Regimes terapêuticos para crianças e adolescentes com infeção por VIH-1

REGIME PARA VIH 1	Crianças < 3 anos	Crianças de 3 a <10 anos (ou < 35 Kg)	Adolescentes (10 a 13 anos) ou ≥ 35 Kg
1ª Linha preferidos	(AZT+ 3TC + NVP)		
1ª linha alternativos	AZT + 3TC + Lopinavir/ritonavir (LPV/r) , em caso de alergia ou reação cutânea a NVP ou EFV; Abacavir (ABV) + 3TC + NVP ou EFV , em caso de anemia ($Hb \leq 7,5g/dl$) ou anemia secundária a AZT	(Tenofovir [TDF]+Emtricitabina [FTC]+ EFV) ou (TDF+FTC)+NVP , em caso de anemia ($Hb \leq 7,5g/dl$) ou anemia secundária a AZT ou coinfeção por HBV; (AZT + 3TC) + Dolutegravir (DTG) , em caso de alergia ou reação cutânea alérgica a Nevirapina ou a Efavirenz	

Quadro 7 – Regimes terapêuticos para crianças e adolescentes com infecção por VIH-1 (cont.)

REGIME PARA VIH 1	Crianças < 3 anos	Crianças de 3 a <10 anos (ou < 35 Kg)	Adolescentes (10 a 13 anos) ou ≥ 35 Kg
2ª Linha (abandono de tratamento ou má resposta terapêutica)	<p>Depende do regime de 1ª linha, mas aconselha-se 2</p> <p>Inibidor da Transcriptase reversa nucleósido/nucleotídeo (ITRN) + 1 inibidor de protease (IP)</p> <p>Por exemplo: (TDF+FTC) + Atazanavir (ATV) /Ritonavir</p> <p>(Pode-se prescrever <u>Lopinavir/ritonavir</u>, se não foi <u>utilizado antes</u>)</p>		
Linha 3 (resgate)	Genotipagem	(TDF+FTC) + ATV/r ou Genotipagem	(TDF+FTC) + DTG ou Genotipagem

Para as crianças que estejam bem controladas e estáveis com regimes com NVP, não há necessidade de substituir NVP pelo EFV.

Quadro 8 – Regimes terapêuticos para crianças e adolescentes com infecção por VIH 2 ou VIH 1+2

REGIME PARA VIH 2 E VIH 1+2	Crianças < 3 anos	Crianças de 3 a <10 anos (ou < 35Kg)	Adolescentes (10 a 13 anos) ou ≥ 35 Kg
1ª Linha preferidos	AZT + 3TC+LPV/r		
1ª linha alternativos	ABC+3TC + LPV/r	(TDF+FTC) + LPV/r, em caso de anemia	(TDF+FTC) + DTG
2ª Linha	Depende do regime de 1ª linha, mas aconselha-se 2 Inibidor da Transcriptase reversa nucleósido/nucleótido (NITR) + 1 inibidor de protease (IP) Por exemplo, (TDF+FTC) + ATV/r		
Linha 3 (resgate)	Genotipagem Contatar o Programa a nível central para apoio técnico		

Quadro 9 – Recomendações de TARV em crianças com infecção por VIH e TB

Regime recomendado para crianças e adolescentes que iniciam TARV enquanto fazem tratamento da TB		
< 3 anos	Dois NITR +LPV/r	
3 anos ou mais	Dois NITR +EFV (se > 6 anos de idade pode tomar DTG)	
Regime recomendado para bebés e crianças sob TARV e que iniciam o tratamento da TB		
Criança em regime padrão a base de NNITR (dois NNITR+ EFV)	< 3 anos	Continuar EFV ou trocar para LPV/r
	≥ 3 anos	Se a criança estiver a tomar EFV, manter o mesmo regime.
Regime recomendado para bebés e crianças que iniciam o tratamento da TB enquanto recebem TARV		
Crianças em regime padrão a base de IP (dois NITR+LPV/r)	< 3 anos	Manter LPV/r; considerar a adição de RTV para obter a dose terapêutica completa
	≥ 3 anos	Se a criança não tiver história de insucesso, num regime a base de NNITR: Substituir com EFV ou NIRT triplo (AZT+3TC+ABC) ou manter LPV/r; considerar a adição de RTV para obter a dose terapêutica completa Se a criança tiver história de insucesso, num regime a base de NNITR: NITR triplo (AZT+3TC+ABC) ou manter LPV/r; considerar a adição de RTV para obter a dose terapêutica completa. Considerar uma consulta com peritos para construir um regime de segunda linha.

4.5. Avaliação do tratamento

O sucesso terapêutico pode ser avaliado por determinação de CV e contagem percentual de CD4 (aumento de 5% para os doentes na categoria 3 e manutenção ou aumento para as categorias 1 ou 2).

Também é de extrema importância o uso de parâmetros clínicos como a melhoria do crescimento estato-ponderal, do desenvolvimento neuro-psicomotor e o controlo das complicações clínicas da infeção.

A eficácia terapêutica deverá ser avaliada entre 8 a 12 semanas.

A **mudança terapêutica** é indicada nas situações de toxicidade, intolerância ou falha terapêutica.

Falha terapêutica

- Critérios clínicos: Evento clínico novo ou recorrente indicando imunodeficiência avançada ou grave (condições da fase clínica 3 e 4 da OMS, à exceção da TB), após 6 meses de tratamento efetivo. A condição deve ser diferenciada da SIRI, que pode ocorrer após o início da TARV.
- Critérios imunológicos (**sem infeção concomitante ou recente** que provoque uma diminuição provisória da contagem de CD4):
 - a) < 5 anos: níveis persistentes de CD4 < 200 céls/ml ou < 10%;
 - b) > 5 anos: níveis persistente de CD4 <100 céls/ml.

- **Crêterios virológicos:** CV plasmática acima de 1000 cópias/ml, com base em duas medi es consecutivas, com intervalo de pelo menos 3 meses, com apoio a adesão. S    possível determinar a falha terapêutica, após 6 meses de TARV.

Quadro 10 – Recomendações de posologia de ARV para crianças e adolescentes (<13 anos)

MEDICAMENTOS	Posologia	Observações
Zidovudina (Suspensão oral, 10mg/ml, frs 100 ml)	135-270 mg/m ² S.C. ou 4mg/kg 12/12h	dose max. diária 600mg
Lamivudina (Solução oral, 10mg/ml, frs 100 ml)	4 mg/kg 12/12h	dose max. diária 300mg
Abacavir (Suspensão oral, 20mg/ml, frs 240 ml)	8 mg/kg 12/12h	dose max. diária 600mg
Nevirapina (Suspensão oral, 10mg/ml, frs 240 ml)	120-200 mg/m ² S.C. 12/12h	dose max. diária 400mg
Emtricitabina (Solução oral, 10mg/ml, frs 100 ml)	6 mg/kg/dia 1x/dia	dose max. diária 200mg
Efavirenz (Solução oral, 30mg/ml, frs 180ml) Cápsula: 200mg Comprimido: 600mg	13-14Kg: 200mg 1x/dia; 15-19Kg: 250 mg 1x/dia; 20-24 Kg: 300 mg 1x/dia; 25-32,5 Kg: 350 mg 1x/dia; 32,5 -39Kg: 400mg 1x/dia; ≥ 40Kg: 600mg 1x/dia;	dose max. diária 600mg
Tenofovir (TDF) 40mg /cada medida Comprimidos de 300mg associado a 200mg de emtricitabina	8mg/kg 1x/dia	dose max. diária 300mg

**Quadro 10 (cont.) – Recomendações de posologia de ARV
para crianças e adolescentes (<13 anos)**

MEDICAMENTOS	Posologia	Observações
<p>(Lopinavir 80mg + ritonavir 20mg/ml) suspensão oral;</p> <p>(Lopinavir 200mg+Ritonavir 50mg) comprimido</p>	<p>230mg Lopinavir/m2 12/12h</p>	<p>Dose máxima diária = LPV 800/RTV 100mg</p>
<p>Atazanavir (comp. de 200mg ou 300 mg); deve ser utilizado com ritonavir</p>	<p>30mg/Kg 1x/dia</p>	<p>Dose máxima diária = ATV 300/RTV 100mg</p>

5. Recomendações de TARV na Gestante com infecção por VIH

O rastreio da infecção por VIH deve ser sistematicamente proposto a todas as grávidas na primeira consulta e último trimestre, durante a sessão de aconselhamento pré-teste colectivo e/ou individual.

A maioria dos casos de transmissão vertical do VIH (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e o parto. Os restantes (35%) ocorrem durante a vida intra-uterina, principalmente nas últimas semanas da gestação. O aleitamento materno representa um risco adicional de transmissão de 7 a 22%.

A implementação de intervenções como a TARV precoce, cesarianas programadas e substituição do aleitamento materno pelo artificial, resultam na redução significativa da incidência (de 20 para 1%) dos casos de SIDA nas crianças nascidas de mães com VIH.

Desde 2013, a OMS recomenda que **todas as grávidas com VIH devem iniciar TARV o mais precocemente possível (de preferência entre 14 e 28 semanas) e deve manter esta terapêutica, mesmo após o parto, para o resto da vida ou até haver outra solução melhor**. Cabo Verde adotou esta recomendação a partir de 2014. Esta medida é no sentido de diminuir o risco de morte precoce da mãe ou de ter doenças oportunistas, evitando que o filho fique órfão.

Na grávida com infecção por VIH preconiza-se a TARV com, no mínimo, três antirretrovirais independentemente dos valores da carga viral e dos CD4₂, com o objetivo de

diminuir o risco de desenvolvimento de resistência, aumentar a adesão e prevenir o aparecimento de novos casos.

Estudos indicam que **Zidovudina**, **Lamivudina** e **Nevirapina** apresentam excelente passagem transplacentária. Os inibidores de protease atingem baixos níveis de concentração no cordão umbilical.

Em Cabo Verde, apesar das campanhas promovendo a importância do planeamento familiar e do início precoce dos cuidados de pré-natal para uma gravidez vigiada, ainda regista-se casos de grávidas que têm o diagnóstico de infeção por VIH no momento do parto **ou** não iniciaram TARV de acordo com as recomendações nacionais **ou** não há informação sobre a carga viral a partir da 34^a semana de gestação.

Por isso, o país decidiu manter a recomendação da utilização de **AZT injetável** nas estruturas de saúde onde acontecem os partos, como uma das soluções para estas situações específicas. A transmissão vertical é reduzida mesmo quando a introdução do AZT é feita tardiamente na gravidez ou apenas no recém-nascido (RN), nas primeiras 2 horas e até 48h após o nascimento.

5.1. Fatores que condicionam a transmissão vertical

- ◆ Carga Viral;
- ◆ Tipo, genótipo e fenótipo viral;
- ◆ Estado clínico e imunológico;
- ◆ Presença ou não de IST e outras infecções;
- ◆ Estado nutricional;

- ◆ Uso de drogas ilícitas;
- ◆ Prática sexual desprotegida;
- ◆ Duração da ruptura das membranas (> 4 horas);
- ◆ Via de parto quando não controlada;
- ◆ Presença de hemorragias intra-parto;
- ◆ Prematuridade;
- ◆ Baixo peso ao nascer;
- ◆ Aleitamento materno;

Quadro 11 – Esquema Terapêuticos recomendados na grávida com infecção por VIH		
Tipo 1	1ª linha	(AZT + 3TC + NVP)
	2ª linha	(TDF + FTC + EFV), se anemia (Hb<7,5g/dl) ou coinfeção crónica por vírus da hepatite B (AZT + 3TC) + ATV/r, se intolerância ou alergia ao NVP ou EFV
Tipo 2, dupla infecção VIH1+2 e situações especiais	1ª linha	(TDF + 3TC) + ATV/r
	2ª linha	(TDF+ FTC) + ATV/r, se anemia (Hb<7,5g/dl) (AZT + 3TC) + (LPV/r), se intolerância ao ATV/r ou evidência de resistência ao ATV/r

Notas importantes

- É necessário monitorizar a grávida com hemograma completo (incluindo plaquetas) e enzimas hepáticas, antes de iniciar a TARV e depois, mensalmente.
- Se houver a necessidade de suspensão temporária da TARV (ex: náuseas e vômitos no 1º trimestre) a mesma deverá ser feita conjuntamente e, quando houver condições, reintroduzir da mesma forma, evitando assim o desenvolvimento de resistência viral.
- **Não se recomenda a utilização de DOLUTEGRAVIR em grávidas ou em mulheres em idade reprodutiva se a contraceção não está garantida.**

5.2. Via do parto

Para o acompanhamento imunológico de grávidas com infecção por VIH deve-se a realizar a determinação de CD4 e da carga viral no início do pré-natal e/ou, pelo menos, nas últimas 6 semanas de gestação (de preferência na 34ª semana), para se definir a via do parto.

Considerando que a maioria dos casos de transmissão vertical (TV), ocorre tardiamente na gravidez, no peri-parto e parto, a **cesariana eletiva é o procedimento recomendado em grávidas com carga viral desconhecida ou maior que 1000 cp/ml a partir da 34ª semana**, mesmo tendo o trabalho de parto iniciado, desde que a dilatação cervical seja menor que

4 cm e as membranas amnióticas estejam íntegras, **como forma de reduzir o tempo de contato do RN com as secreções e com o sangue no momento do parto.**

Em grávidas com CV indetetável ou menor que 1000 cp/ml nas últimas 6 semanas de gestação, o parto pode ser vaginal, exceto se houver contra-indicação obstétrica.

Nos casos de cesariana programada, as seguintes condições devem ser observadas/garantidas:

- Confirmação da idade gestacional para prevenir a prematuridade iatrogénica;
- Programação do parto entre a 38^a e a 39^a semana;
- Disponibilidade de AZT injetável ou em comprimido, caso a grávida não tenha iniciado TARV até o momento do parto, ou se a CV nas últimas 6 semanas durante a gravidez for desconhecida ou > 1000 cp/ml;
- **Para as grávidas que estão sob TARV, continuar a mesma, devendo ser suspensa até 3 horas antes da cesariana (por causa do jejum necessário) e reintroduzido a partir de 8 a 12 horas após o início da cesariana, de acordo com a posologia habitual.**
- Sempre que possível, tentar realizar o parto empelicado (retirada do RN com a bolsa de água íntegra).

5.3. Quimioprofilaxia no momento do parto para grávidas que não iniciaram TARV no pré-natal ou com CV desconhecida ou > 1000 cp/ml nas últimas 6 semanas de gestação

- Administrar **AZT** 2mg/kg IV na 1ª hora, seguido de 1 mg/kg/h, (até o clampeamento do cordão). Deve iniciar TARV assim que possível, de acordo com as recomendações nacionais;
- Não havendo AZT injetável, pode ser utilizado comprimidos de AZT 300 mg, de via oral, 3/3h (até o clampeamento do cordão umbilical);
- Não havendo AZT (injetável ou oral), deve-se iniciar TARV, conforme as recomendações nacionais.

5.4. Recomendações para as grávidas que farão parto normal (VAGINAL)

- Cumprimento das normas de biossegurança internacional;
- Evitar a episiotomia;
- Evitar a permanência de bolsa rota por um período **maior** que 4 horas;
- Evitar toques frequentes;
- Evitar trabalho de parto prolongado;
- Evitar manobras invasivas (fórceps, uso de ventosa, etc);
- Clampagem do cordão, **sem ordenha**, imediatamente após a expulsão do RN.

5.5. Recomendações para as grávidas que farão CESARIANA

- Cumprimento das normas de biossegurança internacional;
- Sempre que possível, proceder ao parto empelicado (retirada do RN com a bolsa de água íntegra);
- Realizar cirurgia com menor sangramento possível;
- Clampar o cordão, **sem ordenha**, imediatamente após a expulsão do RN.

5.6. Cuidados no PUERPÉRIO

- Inibir a lactação Bromocriptina/Cabergolina 0,5 mg dose única via oral;
- Disponibilizar leite artificial;
- Encaminhar ao Centro de referência;
- Notificar os casos novos e os conhecidos.

Todas as puérperas devem manter TARV para toda a vida, independentemente do valor de CD4, CV ou estado clínico.

5.7. Quimioprofilaxia no recém-nascido

O RN de mãe infectada por VIH deve iniciar AZT suspensão oral (4mg/kg, 12/12h) imediatamente após o nascimento, de preferência nas primeiras 2 horas de vida, **durante seis semanas** (sobretudo se a mãe não fez TARV na gestação/parto).

Em caso de **RN pré-termo** < 35 semanas, a profilaxia com AZT deve obedecer a seguinte posologia:

- **30 a 34 semanas** – 2 mg/Kg 12/12h nas 2 primeiras semanas, seguido de 3mg/Kg 12/12h nas 4 semanas seguintes;
- **< 30 semanas** – profilaxia com AZT com a seguinte posologia: 2mg/Kg 12/12h durante 6 semanas.

ATENÇÃO

Nos recém-nascidos expostos ao VIH cujas mães não fizeram TARV durante o pré-natal **ou** têm carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml documentada no último trimestre de gestação **ou** iniciaram TARV após a 34ª semana de gestação, **acrescentar nevirapina** ao esquema da profilaxia, com início nas primeiras 48 horas de vida, da seguinte forma:

Posologia

Se < 2000g → 8 mg/dose, via oral, 24/24h, nos dias 1, 3 e 7 de vida

Se > 2000g → 12 mg/dose, via oral, 24/24h, nos dias 1, 3 e 7 de vida

Nos **RN com intolerância oral**, recomenda-se AZT injetável:

- RN de termo – 1,5mg/Kg 6/6h;
- RN pré-termo – 1,3 mg/Kg 12/12h.

Nestes casos de intolerância oral, não se associa a nevirapina, mesmo quando indicada, pois só está disponível em apresentação oral.

Não há estudos que comprovem o benefício da administração de AZT após as 48 horas de vida.

Recém-nascido com anemia

A nevirapina pode ser uma alternativa para a profilaxia nos RN, principalmente quando têm **anemia** (Hb<7,5g/dl). A duração da profilaxia é a mesma que aquela com AZT. A dose de NVP recomendada varia de acordo com o peso do RN:

Condição	Posologia
• Peso à nascença 2000 a 2499 g	10 mg uma vez por dia
• Peso à nascença \geq 2500 g	15 mg uma vez por dia

5.8. Cuidados com o RECÉM-NASCIDO

- Lavar imediatamente o RN com água e sabão;
- Aspirar delicadamente as vias aéreas, se necessário, evitando traumatismo das mucosas;
- Realizar hemograma completo, devido a possibilidade de ocorrência de anemia (AZT);

- Colher 3 ml de sangue total em tubo EDTA para o diagnóstico precoce de VIH (PCR) e enviar de imediato ao laboratório. Caso não seja possível enviar de imediato ao laboratório, o sangue total armazenado em tubo EDTA, pode ser mantido a 15-30°C por até 8 horas, 15-25°C por até 24 horas ou a 2-8°C por até 3 dias, antes de prepara-lo e testa-lo.;
- Assegurar o acompanhamento por pediatra ou outro médico capacitado, na altura da alta da Maternidade;
- Aconselhar aleitamento artificial, disponibilizando um inibidor da lactação (Cabergolina ou Bromocriptina) para mãe e leite adaptado para o RN.

6. Profilaxia pós-exposição acidental

A MELHOR PROFILAXIA É O RESPEITO PELAS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA

A adoção de cuidados, em função do bom senso, constitui para o profissional de saúde o principal meio de defesa contra toda a contaminação por produtos biológicos.

A tomada de decisão para a profilaxia e o esquema a ser utilizado, depende do tipo de exposição (pele intacta ou não, exposição percutânea, mucosa), do volume de material biológico, picada superficial ou não, calibre da agulha, etc.

Procedimentos recomendados perante exposição acidental a produtos biológicos

- Lavagem exaustiva com água e sabão, no caso de exposição percutânea;
- Se exposição em mucosas, lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica;
- Avisar o responsável do serviço e fazer a notificação do acidente;
- Sempre que possível, fazer a serologia da fonte infetante (**teste rápido**);
- Fazer de imediato a serologia do acidentado e repetir na 6ª semana, 3º e 6º mês;
- Quando indicada, iniciar a quimioprofilaxia, o mais precoce possível (1- 4 horas após exposição), *não devendo ultrapassar 48 horas.*

- **Manter quimioprofilaxia por 30 dias**
- Sexo protegido (ou abstinência) até 6 meses após a exposição acidental.

No caso de mulher exposta em idade fértil, deve-se descartar eventual gravidez, e caso esteja amamentando, deve-se suspender o aleitamento se a serologia da fonte for positiva ou desconhecida.

Esquema recomendado

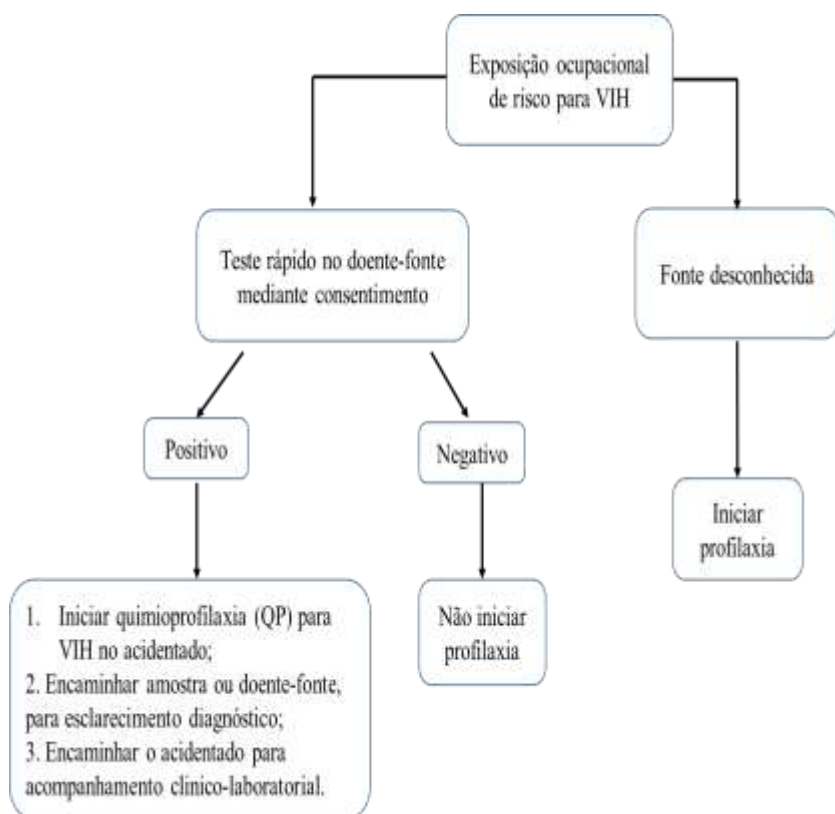
(TDF + 3TC) + Dolutegravir (DTG)

Em caso de anemia a AZT, intolerância ao dolutegravir ou outra contraindicação avaliar utilização de

Emtricitabina + Tenofovir (FTC+ TDF) + ATV/r

Nos casos em que o doente-fonte seja conhecido e tenha infecção por VIH-1, o esquema (TDF+FTC+EFV) pode ser prescrito como quimioprofilaxia, se não houver evidência de resistência a estes ARV no doente-fonte.

Fluxograma – Abordagem da Exposição de risco para VIH



7. Abuso sexual (ESTUPRO) e outras formas de exposição sexual de risco

A eficácia do uso de quimioprofilaxia para VIH em situações de exposição sexual ainda não está bem determinada.

Somente em situações de exposição sexual que envolvem violência, como estupro ou aquelas em que acidentalmente um(a) parceiro(a) sabidamente VIH positivo expõe o(a) outro(a), com serologia negativa, o uso de quimioprofilaxia deve ser considerado.

O esquema profilático recomendado é o mesmo utilizado na exposição acidental.

Esquema recomendado

(TDF + 3TC) + Dolutegravir (DTG)

Em caso de anemia a AZT, intolerância ao dolutegravir ou outra contraindicação avaliar utilização de

Emtricitabina + Tenofovir (FTC+ TDF) + ATV/r

Anexos

Anexo 1

Roteiro da avaliação inicial do doente com infecção por VIH

I - Teste VIH e confirmação

II – História Clínica

- Sinais e sintomas atuais
- História da doença atual
- Comportamentos de risco/vulnerabilidade
- **História patológica pregressa:** doenças, hospitalizações, intervenções cirúrgicas, transfusões, história gineco-obstétrica, doenças psíquicas
- História vacinal
- Medicações em uso
- **História social:** alimentação, hábitos alcoólicos, tabágicos, habitação, profissão
- Revisão de sistemas

III – Exame físico, em particular:

Estado geral, Peso corporal, Orofaringe

Pele e anexos, Gânglios periféricos

Auscultação cardiopulmonar

Exame urogenital

Exame neurológico sumário e *status* mental

IV – Avaliação laboratorial

a) Inicial

- **Serologias:** VIH com confirmação, Hepatites B (AgHbs) e C (anti-HCV), Sífilis (VDRL e TPHA, se VDRL+), Toxoplasmose e vírus citomegálico (CMV)
- **Determinação de linfócitos T-CD4+** (valores percentuais e absolutos)
- **Carga viral** plasmática (em cópias/ml e sua variação em valor logarítmico)
- **Hemograma completo**
- **Bioquímica:** Testes de função hepática (GOT, GPT, F. alcalina), Testes de função renal (Ureia, Creatinina), Perfil lipídico (Colesterol HDL e LDL, Triglicéridos), Glicemia em jejum
- **Teste de Papanicolau** (apenas para mulheres)
- **Radiografia do tórax**

b) Controlos

- Carga viral – confirmada sempre que possível 4 a 6 semanas depois do início do TARV, e depois a cada 6 meses, se estável
- Determinação de T-CD4+ a cada 6 meses no primeiro ano do TARV e depois, apenas se houver IO grave.
- Hemograma completo a cada 6 meses

- Provas bioquímicas (função hepática, renal, perfil lipídico, glicose em jejum) a cada 3 ou 4 meses



- Serologia VIH – Confirmação da infecção por VIH antes do início do TARV.
- Hemograma – Essencial para a deteção de uma possível anemia antes do início de esquemas terapêuticos com AZT. Repetir de 3/3 ou de 6/6 meses ou com maior frequência se registar anemia, neutropenia ou trombocitopenia.
- Determinação de linfócitos T-CD4+ - É fundamental para estabelecer o estado da doença e para determinar a profilaxia de infecções oportunistas. Em indivíduos saudáveis os valores médios dos linfócitos T-CD4+ variam entre 800 – 1050/mm³. Estes valores sofrem variações conforme a técnica utilizada, flutuações diárias, ou por influência de doenças intercorrentes. Os valores percentuais dos linfócitos T-CD4+ estão menos sujeitos a variações.

LINFÓCITOS T-CD4+

Valores absolutos	Valores percentuais
$>500/\text{mm}^3$	29
$200 - 500/\text{mm}^3$	14 – 28

<200/mm ³	<14
----------------------	-----

- Provas bioquímicas – Função hepática, função renal, perfil lipídico e glicose em jejum, permitem a vigilância de alterações decorrentes do uso de ARV.
- Serologia das Hepatites B e C – Para excluir coinfeção HBV e HCV
- Serologia de Sífilis – Rastreio na avaliação inicial e anualmente nos indivíduos com vida sexual activa. Os testes VDRL positivos devem ser confirmados com um teste TPHA.
- Teste de Papanicolau – Recomendado para todas as mulheres na avaliação inicial, seis meses depois e, a seguir anualmente.
- Radiografia do Tórax

V- ACONSELHAMENTO

Anexo 2
Indicações para a determinação da carga viral
(Teste VIH ARN plasmático)

INDICAÇÕES CLÍNICAS	INFORMAÇÃO	UTILIDADE
Síndrome sugestivo de infeção aguda por VIH	Estabelece o diagnóstico quando o teste de anticorpos anti-VIH é negativo ou indeterminado	Diagnóstico
Avaliação inicial dos casos novos de infeção VIH	Estabelecimento de CV de base	Decisão de iniciar ou protelar a TARV
Cada 3 a 4 meses em doentes que não estão em TARV	Alterações da CV	Decisão de iniciar a TARV
Duas a 8 semanas depois do início da TARV	Avaliação inicial da eficácia da TARV	Decisão de manter ou mudar a TARV
3 – 4 meses depois do início do TARV.	Efeito máximo da terapêutica	Decisão de manter ou mudar a terapêutica
Cada 3 – 4 meses nos doentes em tratamento	Durabilidade do efeito antirretroviral.	Decisão de manter ou mudar a terapêutica.
Alterações clínicas ou declínio significativo das células T-CD4+	Associada a CV em alteração ou estável.	Decisão de continuar, iniciar ou mudar a terapêutica.

Anexo 3 – ANTIRRETROVIRAIS

NUCLEÓSIDOS INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA - NITR

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Observações
ABACAVIR	ABC	Comprimido 300 mg	Adultos: 300 mg 2x/dia	1,5h	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar com ou sem alimentos. • Dose máxima =300mg 2x/dia.
EMTRICITABINA	FTC	Comprimido (associado com tenofovir) 200 mg	Adultos (ou > 33kg) – 200 mg 1x/dia	10 h	<p>Administrar com ou sem alimentos.</p> <p style="text-align: center;">Dose máxima=200mg/dia</p>
LAMIVUDINA	3TC	Comprimido 150 mg	150 mg 2x/dia ou 300 mg 1x/dia < 50 kg: 2 mg/kg 2x/dia	3-6 h	Administrar com ou sem alimentos.
		Em associação: comprimido de AZT 300 mg + 3TC 150 mg	1 cp 2x/dia		

NUCLEÓSIDOS INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA – NITR (continuação)

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Observações
ZIDOVUDINA	AZT ou ZDV	Solução oral pediátrica: 10mg/ml Cápsula 100 mg	300 mg 2x/dia	1,1h	Administrar com ou sem alimentos
		Em associação: comprimido de AZT 300 mg +3TC 150 mg	1 cp 2x/dia		

NUCLEÓTIDOS INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA - NtTR

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Observações
TENOFOVIR	TDF	Comprimido 300 mg ou associado com emtricitabina 200mg	300 mg/dia	17 h	Administrar com ou sem alimentos

INIBIDORES NÃO-NUCLEOSÍDEOS DA TRANSCRIPTASE REVERSA - INNTR

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Interação com alimentos
EFAVIRENZ	EFV	Cápsulas de 600 mg	600 mg 1x/dia	40 – 55h	Administrar com ou sem alimentos, evitando somente refeições muito gordurosas.
NEVIRAPINA	NVP	Comprimido 200 mg	200 mg 2x/dia. Iniciar com 200 mg/dia durante 14 dias, e, na ausência de exantema, para dose total. Se interrupção > 7 dias, reiniciar com 200 mg/dia.	25 – 30h	Administrar com ou sem alimentos.

INIBIDORES DA PROTEASE - IP

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Interação com alimentos
AMPRENAVIR	APV	Cápsula 150 mg	APV 600 mg + RTV 100 mg 2x/dia	7 – 10,5h	Administrar com ou sem alimentos, evitando somente refeições muito gordurosas.
ATAZANAVIR	ATV	Comprimidos de 300 mg associado ao RTV 100mg	1comprimido 1x/dia	6,5 – 8,0 h	Administrar com alimentos.
INDINAVIR	IDV	Cápsula 400 mg	IDV 800 mg + RTV 100-200 mg 2x/dia ou IDV 800 mg 3x/dia	1,5 – 2h Administrar = 1 hora antes ou = 2 horas após alimentação quando usado sem RTV. Associado ao RTV: administrar com ou sem alimento.	

INIBIDORES DA PROTEASE – IP (continuação)

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Interação com alimentos
LOPINA VIR/r	LPV/r	Comprimido 200/50 mg	<p>400/100 mg (2 comprimidos) 2x/dia</p> <p><i>Associado com EFV ou NVP:</i> ajustar a dose para 533/133 mg (4 cápsulas) 2x/dia</p> <p><i>Associado com SQV:</i> 400/100 mg (2 comprimidos) + 1.000 mg SQV 2x/dia</p>	5 – 6h	Administrar com alimentos.
DARUNAVIR	DRV	Comprimidos de 300 mg	600 mg (2 comprimidos) + RTV 100 mg 2x/dia	12 – 21 hs	Administrar após a alimentação.

INIBIDORES DA PROTEASE – IP (continuação)

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Interação com alimentos
RITONAVIR	RTV	Cápsula 100 mg	<p><i>Associado com outro IP: vide IP em questão</i></p> <p>RTV isolado (uso raro): 600 mg 2x/dia: iniciar com dose de 300 mg 2x/dia e ? 100 mg 2x/dia, a cada 3 ou 4 dias, até atingir 600 mg, no máximo, em 14 dias.</p>	3 – 5h	Administrar, preferencialmente, com alimento para melhorar a tolerância.

INIBIDORES DA PROTEASE – IP (continuação)

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Interação com alimentos
SAQUINAVIR	SQV	Cápsula 200 mg cápsula “dura” ou “gelatinosa”	<p><i>Associado com RTV:SQV</i> 1.000 mg 2x/dia + RTV 100 mg 2x/dia <i>ou</i> SQV 400 mg 2x/dia + RTV 400 mg 2x/dia</p> <p>Associado com LPV: SQV 1.000 mg 2x/dia + LPV/r 400/100 mg (3 cápsulas) 2x/dia</p>	1 – 2h	Quando associado ao RTV, não é necessário administrar com alimentos gordurosos.

INIBIDORES DA INTEGRASE – II

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Meia-vida plasmática	Interação com alimentos
DOLUTEGRAVIR	DTG	Comprimido revestido por película 10 mg 25 mg 50 mg	Adultos 50mg/dia Crianças de 6 a menos de 12 anos de idade depende do peso corporal: 15 a 19 kg → 20mg/dia 20 a 29 kg → 25mg/dia 30 a 39 kg → 35mg/dia ≥ 40 kg → 50mg/dia	1 – 2h	Quando associado ao RTV, não é necessário administrar com alimentos gordurosos.

Anexo 4
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE ARV

	NVP	EFV	DTG	LPV	SQV	ATV
NVP	--	EFV ↓ 25%	DTG ↓ 57%	Níveis LPV ↓ 55%	Níveis SQV ↓ de 25%	
EFV		--	DTG ↓ 57%	Níveis LVP ↑ EFV	não recomendada	↓ ATV
RTV			--	+++	++	++
DTG			--	Não há	Não há dados	Não há
SQV				↑	--	
ATV						--

Anexo 5 – Interações medicamentosas entre IP e OUTROS FÁRMACOS

FÁRMACOS	Atazanavir	Dolutegravir	Lopinavir
Antifúngicos cetoconazol itraconazol	Não é necessário ajuste de dose	Não é necessário ajuste de dose	LPV↓ 30% ,C ↑ 3
Agentes hipolipemiantes	Evitar uso concomitante de estatinas	Não é necessário ajuste de dose	Apenas usar atorvastatina /pravastatina com precaução
antimicobacterianos Rifampicina Rifabutina	CI Ajustar dose	Ajustar dose (passa para 2x/dia)	Evitar Diminuir dose rifabutina
Contraceptivos orais	Evitar estradiol	Não é necessário ajuste de dose	estradiol↓ usar métodos alternativos ou adicionais
Anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína carbamazepina)	D / Monitorizar níveis	Ajustar dose (passa para 2x/dia)	Desconhecido/monitorizar
Metadona	monitorizar	Não é necessário ajuste de dose	
Vários	Sildenafil não exceder 25 mg/48h	Sildenafil não exceder 25 mg/48h	Sildenafil não exceder 25 mg/48h

Anexo 6 – Medicamentos com efeitos tóxicos sobreponíveis utilizados em doentes com VIH

	Neuropatia periférica	Pancreatite	Toxicidade renal	Toxicidade Hepática	Exantema	Diarreia	Efeitos oculares
Cidofovir	Didanosina	Cotrimoxazol	Adefovir	Efavirenz	Abacavir	Didanosina	Didanosina
Cotrimoxazol	Isoniasida	Didanosina	Aminoglicosidos	Fluconazol	Amprenavir	Clindamicina	Etambutol
Citostáticos	Estavudina	Lamivudina	Anfotericina-B	Isoniazida	Cotrimoxazol	Nelfinavir	Rifabutina
Dapsona	Zalcitabina	(crianças)	Cidofovir	Itraconazol	Dapsona	Ritonavir	Cidofovir
Flucitosina		Pentamidina	Foscarnet	Cetoconazol	NNTR	Lopinavir/r	
Ganciclovir		Ritonavir	Indinavir	Nevirapina	Sulfadiazina		
Hidroxiureia		Estavudina	Pentamidina	NITR			
Interferão α				IP			
Primaquina				Rifabutina			
Primetamina				Rifampicina			
Ribavirina							
Rifabutina							
Sulfadiazina							
Trimetotrexato							
Zidovudina							

Anexo 7
Efeitos secundários dos ARV

ARV	Efeitos secundários
Abacavir (ABC)	Comuns: rash, náuseas, vômitos, diarreia, febre, cefaleia, cansaço, perda de apetite. Raros: reação de hipersensibilidade, acidose láctica
Emtricitabina (FTC)	Comuns: náuseas, diarreia, cefaleia, alteração da função renal, hiperpigmentação cutânea em crianças. Raros: acidose láctica, lesão hepática
Lamivudina (3TC)	Comuns: náuseas, vômitos, diarreia, cefaleia, dor abdominal, queda de cabelo, febre, insônia, rash, cansaço, corrimento nasal, artralgia. Raros: acidose láctica, dano hepático
Tenofovir (TDF)	Comuns: náuseas, vômitos, diarreia, tonturas, níveis baixos de fosfato no sangue, fraqueza, rash, cefaleia, dores de estômago, fadiga, flatulência Raros: alteração da função renal, desgaste ósseo
Zidovudina (AZT)	Comuns: náuseas, vômitos, anemia, unhas azuladas, fadiga, cefaleia, tonturas, fraqueza, mialgia, perda de apetite, febre. Raros: alterações no hemograma, lipoatrofia, acidose láctica.
Efavirenz (EFV)	Comuns: rash cutâneo, tonturas, alterações do sono, sonhos vívidos, dificuldade de concentração, náuseas, vômitos, cefaleia, cansaço, diarreia, ansiedade, depressão. Raros: psicose, rash grave, problemas hepáticos.
Nevirapina (NVP)	Comuns: toxicidade hepática, reações alérgicas, rash cutâneo, náuseas, cefaleia, fadiga, dor de estômago, diarreia. Raros: rash grave (síndrome Stevens Johnson)
Etravirina (ETV)	Comuns: rash cutâneo, neuropatia periférica. Raros: rash grave (síndrome Stevens Johnson)

Anexo 7 (cont.)
Efeitos secundários dos ARV

ARV	Efeitos secundários
Lopinavir /ritonavir (LPV/r)	<p>Comuns (dose completa): aumento do colesterol e enzimas hepáticas, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, cefaleia, fraqueza, secura em redor da boca e mau paladar, lipodistrofia, toxicidade hepática, diabetes</p> <p>Comuns (dose baixa): aumento do colesterol</p> <p>Raros: alterações do ritmo cardíaco</p>
Atazanavir//ritonavir (ATV/r)	<p>Comuns: náuseas, diarreia, rash, dor de estômago, cefaleia, insónia, vômitos, hiperbilirrubinemia, lipodistrofia, toxicidade hepática, diabetes, azia, icterícia, aumento do colesterol e enzimas hepáticas, dor abdominal, secura ao redor da boca e mau paladar, diabetes</p> <p>Raros: litíase urinária, alteração na função hepática, alterações do ritmo cardíaco</p>
Darunavir (DRV)	<p>Comuns: diarreia, náuseas, rash cutâneo, dor de estômago, vômitos, cefaleia, lipodistrofia, toxicidade hepática, diabetes, febre.</p> <p>Raros: alteração na função hepática, alterações do ritmo cardíaco</p>
Raltegravir (RAL) Dolutegravir (DTG)	<p>Comuns: cefaleia, insónia, diarreia, tontura</p> <p>Raros: rash grave, reações de hipersensibilidade</p>

Anexo 8
ESTADIOS CLÍNICOS PARA VIH – OMS (crianças)

ESTADIO CLÍNICO I

- Assintomático
- Linfadenopatia generalizada

ESTADIO CLÍNICO II

- Diarreia crónica inexplicada
- Candidíase grave ou recorrente depois do período neonatal
- Perda de peso ou atraso no desenvolvimento
- Febre persistente
- Infeções bacterianas graves recorrentes

ESTADIO CLÍNICO III

- Infeções oportunistas indicadoras de SIDA
- Atraso grave do desenvolvimento encefalopatia progressiva
- Neoplasias
- Septicemia ou meningite recorrentes

Anexo 9

DOENÇAS INDICADORAS DE SIDA NOS ADULTOS

- Câncer invasivo do colo uterino
- Candidose do esôfago traqueia brônquios ou pulmões
- Citomegalovirose, exceto fígado, baço, gânglios e retina
- Coccidioidomicose extrapulmonar
- Criptococose extrapulmonar
- Criptosporidíase com diarreia > um mês
- Demência associada ao VIH
- Estrongiloidíase extraintestinal
- Herpes simples com úlcera mucocutânea > um mês
- Isosporidose com diarreia > um mês
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP)
- Linfoma de Burkitt – imunoblástico-primário do SNC
- *Mycobacterium avium* disseminado
- *Mycobacterium tuberculosis*, pulmonar ou extrapulmonar
- Nocardiose
- Pneumonia bacteriana recorrente
- Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (ppc)
- Sarcoma de Kaposi
- Septicémia recorrente por salmonela não *typhi*
- Perda ponderal > 10%, diarreia crônica fraqueza crônica e febre de origem indeterminada
- Toxoplasmose cerebral

Ficha técnica (1ª edição)

Equipa técnica:

Dra. Maria do Rosário Rodrigues – Serviço Tisiologia do Hospital Baptista de Sousa (HBS) e Consulta de imunodepressão da Delegacia Saúde S. Vicente (DSSV)

Dra Irenita Figueiredo Soares – Serviço de Medicina do Hospital Agostinho Neto (HAN)

Dra Antonina Gonçalves – Serviço de Pediatria do HBS

Dra Maria Alice Teixeira – Serviço de Gineco-obstetricia do HAN

Dra Elsa Almeida - Consulta de imunodepressão da Delegacia Saúde da Praia (DSP)

Sr. José Rocha - Laboratório ELISA/BLOT do HAN

E ainda

Dr. Carlos Brito – Diretor Geral de Saúde

Dra. Jaqueline Pereira – Programa Nacional de luta contra a SIDA do Ministério da Saúde

Contribuições de:

Dra Regina Timas - Serviço de Pediatria do HAN

Dra Odete Silva - Serviço de Medicina do HBS

Dra. Maloke Efimba – Consultora Banco Mundial

Dr. Jean Paul Ryst – Cooperação Francesa

Dr. Kamal Mansinho – Direção Geral da Saúde (DGS) de Portugal

Rewriter: Dr. João de Deus Lisboa Ramos – DGS, Cabo Verde

Com o patrocínio de:

Secretariado Executivo do CCS-SIDA

OMS

UNICEF

PNUD

Ficha técnica de revisão (2ª edição)

Dra Antonina Gonçalves – Serviço de Pediatria do HBS
Dra Maria da Luz Lima – Consulta de imunodepressão da DSP
Dra Maria Alice Teixeira – Serviço de Gineco-obstetricia do HAN
Dra Elsa Almeida - Consulta de imunodepressão da DSP
Sr. José Rocha - Laboratório ELISA/BLOT do HAN
Dra Regina Timas - Serviço de Pediatria do HAN
Dr Jorge Barreto - Serviço de Medicina do HAN
Dr Didier Andrade - Consulta de imunodepressão da DSP
Dra Elisa Lopes - Centro de Saúde Reprodutiva da Fazenda, Praia
Dr José Manuel Aguiar – Delegacia de Saúde de São Vicente
Dra Belmira Miranda – Atendimento psicológico da DSP
Dra Euridice Lima – Atendimento psicológico da DSSV
Dra Ana Isabel Lima - Serviço Social da DSSV
Dra Helena Sapinho – Serviço Nutrição da DSP
Dra Teresa Mascarenhas – Serviço Social da DSP
Dra Jaqueline Cid – Consulta de imunodepressão da DSSV
Dra Dulce Mascarenhas – Serviço de medicina HBS
Dra Adelaide Miranda – Serviço Centro saúde Reprodutiva da Bela
Vista, S. Vicente
Dra Teresa Martins – Serviço de Gineco-obstetricia do HBS
Dr António Moreira – PLS do Ministério da Saúde
Dra Jaqueline Pereira – Diretora Geral de Saúde

Consultores:

Dr. Demócrito Filho
Dra. Tereza Luiza Mendes
Dr. François Figueiroa

Ficha técnica de revisão (11 de Novembro de 2011)

Dra Antonina Gonçalves – Serviço de Pediatria HBS
Dra Maria Alice Teixeira – Serviço de Gineco-obstetricia HAN
Sr. José Rocha - Laboratório ELISA/BLOT do HAN
Dr Jorge Barreto. - Serviço de Medicina HAN
Dra Elisa Lopes - Centro de Saúde Reprodutiva da Fazenda, Praia
Dra Belmira Miranda – Atendimento psicológico da DSP
Dra Euridice Lima– Atendimento psicológico da DSSV
Dra Ana Isabel Lima - Serviço Social da DSSV
Dra Helena Sapinho – Serviço nutrição da DSP
Dra Teresa Mascarenhas – Serviço Social da DSP
Dra. Jaqueline Cid – Consulta de imunodepressão da DSSV
Dra. Adelaide Miranda – Centro de Saúde Reprodutiva da Bela Vista, S. Vicente
Dr António Moreira – PLS do Ministério da Saúde
Dra Jessica Sousa Dupret – Responsável do Serviço *Procurement*, SE-CSS-SIDA
Sr. José Augusto de Pina - Gestor de dados do PLS
Dra. Ester Delgado Oliveira Gonçalves- Responsável da Farmácia Pública, DGF
Dra Maria Conceição Ramos Pinto – Responsável do Programa Segurança Transfusional
Dra. Ariana M. Mota Monteiro – Delegada de Saúde de São Vicente
Dra. Ana Filomena Soares da Cruz – Diretora do Deposito Regional de Medicamentos, S. Vicente
Dra. Jacira Vera-Cruz Lopes – Deposito Central de Medicamentos, DGF
Dra Eveline Brito – Centro de Saúde de Tira Chapéu, DSP
Dra. Ângela Maria Medina Silvestre – Diretora Geral da Farmácia
Dra. Edith Santos – DGF, MS

Com o patrocínio de:

Secretariado Executivo do CCS-SIDA
Fundo Global

Ficha técnica de revisão (julho 2018)

António Lima Moreira – Médico infeciologista e de saúde pública

Belmira Miranda – Psicóloga clínica, Mestre em Saúde Pública,
Seguimento PVVIH

Didier Andrade – Médico clínico geral da Consulta de imunodepressão
da Delegacia de Saúde da Praia

Dulce Vieira Mascarenhas – Médico clínico geral da Consulta de
imunodepressão da Delegacia de Saúde de S. Vicente

Jorge Noel Barreto – Médico infeciologista e de saúde pública,
Coordenador do PNLTL e do PLDTS

Jacqueline Cid Cruz - Médico clínico geral da Consulta de
imunodepressão da Delegacia de Saúde de S. Vicente

José Rocha – Técnico Responsável do laboratório ELISA, HAN

Maria de Lourdes Monteiro – Médica epidemiologista, Diretora do
SVIRE

Hélida Djamila Fernandes – Pediatra, Serviço de Pediatria do HAN

Regina Timas – Pediatra, Serviço de Pediatria do HAN

OMS

Carolina Leite Gomes – DPC, OMS