

FICHA TÉCNICA

TÍTULO: MANUAL DE TRATAMENTO DA CRIANÇA COM INFECÇÃO PELO HIV

AUTORES: Paula Vaz
Eugénia Macassa
Paula Santos
Catarina Mboa

CAPA: João Carlos Mavimbe

EDITOR: Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, Programa Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA
2ª edição, 2009

TIRAGEM: 2000 EXEMPLARES

IMPRESSÃO:

Agradecimentos

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

A 2ª edição foi coordenada pela Dra. Paula Vaz. Participaram directamente neste trabalho as Dras. Paula Gonçalves, Isabel Ruas, Maria Helena Ferreira, Beatriz Thomé, Maria Grazia Lain, Orlanda Albuquerque, Lígia Maciel, Tatiana Fonseca, Hélia Catine e aos Drs. Jorge Arroz, João Teixeira, Kenete Mabjaia.

Aos colaboradores directos, em particular às Dras. Pascoa Wate e Ema Chuva e a todos os outros que indirectamente apoiaram com as suas experiências, vai o nosso sincero agradecimento, não deixando de enaltecer o trabalho de revisão da Dra. Lorna Gujral.

O PNC ITS/HIV/SIDA

ÍNDICE

PREFÁCIO.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS	10
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	11
I.1. Plano Estratégico Nacional (PEN) ITS/HIV/SIDA – Sector de SAÚDE.....	14
I.1.2. Tratamento da criança HIV+ dentro do Serviço Nacional de Saúde.....	15
I.2. Experiência de tratamento da criança HIV+ em Moçambique.....	17
I.2.1. Início do TARV pediátrico em Moçambique.....	17
I.2.2. Expansão do TARV no País.....	19
I.3. Actualização do Manual	21
I.4. Objectivos do Manual.....	21
CAPÍTULO II: O SEGUIMENTO DO FILHO DE MÃE SEROPOSITIVA.....	23
II.1. Factores associados à transmissão vertical	23
II.1.1. Factores maternos	23
II.1.2. Factores obstétricos.....	23
II.1.3. Factores associados ao RN.....	24
II.2. Período de infecção	24
II.3. Vias de infecção	24
II.3.1. Intra-uterina	24
II.3.2. Intra-parto.....	24
II.3.3. Pós-parto.....	25
II.4. Estratégias de prevenção da transmissão vertical preconizadas pelo MISAU.....	25
II.5. Utilização dos antiretrovirais na prevenção vertical	25
II.5.1. Considerações gerais	25
II.5.2. Uso de ARV na PTV	26
II.5.3. Manejo do RN de uma mãe seropositiva.....	28
II.5.4. Cuidados a ter com o RN na sala de partos	28
II.5.5. Exame físico do RN.....	29
II.6. Opções para a alimentação do RN d uma mãe seropositiva	29
II.6.1. Considerações gerais	29
II.6.2. Outras opções de utilização do leite materno	31
II.6.3. Aleitamento materno modificado	32
II.6.4. Utilização de uma mãe substituta	32
II.6.5. Alimentação substituta com um copo	33
II.6.6. Alimentação da criança exposta após os 6 meses	33
CAPÍTULO III: ACONSELHAMENTO E TESTAGEM DO HIV..	
III.1. Aspectos gerais	36

III.2 O aconselhamento às crianças	36
III.2.1 Objectivos do aconselhamento para crianças.....	37
III.2.2 Processo de aconselhamento.....	37
III.3 Diagnóstico do HIV em crianças	38
III.3.1 Teste do HIV para as crianças.....	38
III. 3.2 Condições para a testagem de crianças	39
III.4 Disposições técnicas, clínicas e éticas para a testagem em crianças	40
III.4.1 Laboratório	41
III.4.2 Consentimento	42
IV.5. Principios fundamentais para o aconselhamento e testagem	42
III.5.1 Aconselhamento	42
III.5.2 Testagem e tratamento para o HIV	43
III.5.3 Consentimento para o teste	44
III.5.4 Confidencialidade	45
III.6. Revelação diagnóstica às crianças	45
III.6.1 Principais intervenientes no processo de revelação diagnóstica	46
III.6.2 Avaliação da informação que a criança tem sobre a doença	48
III.6.3 Recursos individuais da criança	48
III.6.4 Rede de suporte social	49
III.6.5 Quem deve informar a criança sobre o seu estado	50
III.6.6 Formas de revelação diagnóstica para a criança	51
CAPÍTULO IV - DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV	52
III.1.1. Métodos virológicos	52
III.1.2. Métodos serológicos	54
III.2.1. Classificação do SIDA pediátrico baseada em critérios presuntivos e definitivos	55
III.2.2. Classificação imunológica do SIDA pediátrico	64
CAPÍTULO IV – TARV NA CRIANÇA	68
IV.1. Considerações gerais	68
IV.1.1. Aspectos particulares.....	69
IV.2. Início do TARV.....	71
IV.2.1. Critérios de inclusão	72
IV.3. Esquemas terapêuticos	72
IV.4.TOXICIDADE	74
IV.4.Critérios de falência terapêutica	82
IV.4.1. Critérios clínicos:	83
IV.4.2. Critérios imunológicos:.....	83
IV.4.3. Critérios Viroológicos:.....	83
IV.4.4. Abordagem da falência terapêutica	84
IV.4.Profilaxia post-exposição ao HIV.....	87
IV.4.1. Critérios de inclusão	87

IV.4.2. Manejo dos casos para profilaxia post-exposição	87
CAPÍTULO V - INFECCÕES OPORTUNISTAS EM CRIANÇAS COM HIV/SIDA.....	89
V.1. Infecções respiratórias	89
V.1.1. Pneumonia por Pneumocystis carinii.....	89
V.1.2. Pneumonias Bacterianas.....	89
V.1.3. Tuberculose (TB).....	90
V.1.4. Infecção pelo Complexo (MAC).....	100
V.1.5. Pneumonite intersticial linfoide (LIP).....	101
V.1.6. Doença cardíaca e SIDA.....	102
V.1.7. Outras pneumonias.....	102
V.2. Infecções gastrointestinais	108
V.2.1. Candidíase oral e esofágica.....	108
V.2.2. Diarreia Aguda e Crónica.....	108
V.3. Infecção da pele	112
V.3.1. Escabiose.....	112
V.3.2. Prurido.....	113
V.3.3. Molusco Contagioso.....	113
V.3.4. Dermatite Seborreica.....	113
V.3.5. Varicela	113
V.3.6. Herpes Zoster ou Zona	114
V.3.7. Herpes simples	114
V.3.8. Toxoplasmose	119
V.3.9. Citomegalovírus (CMV).....	120
V.4. Manifestações neurológicas	123
V.4.1. Encefalopatia por HIV.....	123
V.4.2. Meningites	123
IV.5. NEOPLASIAS.....	124
IV.5.1. Sarcoma de Kaposi.....	129
IV.5.2. Linfoma de Hodgkin.....	130
IV.5.3. Linfoma não Hodgkin.....	131
IV.5.4. Linfoma não Hodgkin primário do SNC.....	131
CAPÍTULO V – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS E APOIO PSICOSSOCIAL	134
V.1. Generalidades.....	134
V.2. Actividades dos CD	136
V.2.1. Apoio psicossocial.....	136
CAPÍTULO VI – NUTRIÇÃO DA CRIANÇA HIV POSITIVA	142
VI.1. Considerações gerais	142

VI.2. Causas de uma nutrição deficiente e sua resolução	142
VI.2.1. Suporte nutricional	143
VI.2.2. Outras soluções	144
CAPÍTULO VII – OUTROS ASPECTOS	147
VII.1. Calendário Nacional de Vacinação.....	147
VII.2. Consulta de Seguimento.....	148
VII.2.1. Normas de Profilaxia com o Cotrimoxazol.....	149
VIII. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	150
ANEXO 1: ALGORITMO PARA A TESTAGEM DA CRIANÇA EXPOSTA.....	154
ANEXO 2: FICHA DE ADERÊNCIA INICIAL AO TARV	156
ANEXO 3: DOSAGEM DIÁRIA DE ARVS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	160
ANEXO 4: FICHA DE ACTIVIDADE DOMICILIÁRIA	165

PREFÁCIO

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

Assim, com vista a garantir que o impacto do HIV e SIDA seja reduzido é preocupação do Governo de Moçambique garantir maior acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos antiretrovirais, bem como à mitigação dos seus efeitos.

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

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

A prevenção é a principal arma que temos no combate ao HIV e SIDA. Neste âmbito e considerando que o nosso país é endémico a várias doenças preveníveis, urge incentivar intervenções com impacto na saúde do nosso povo, que passem pelo envolvimento das comunidades, educação e promoção de estilos de vida saudáveis.

Nesta gloriosa batalha de combate à doença, os trabalhadores de saúde que não têm poupado esforços para continuamente melhorarem a prestação de

cuidados de saúde à população, precisam de uma actualização permanente dos seus conhecimentos.

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

Maputo, Maio de 2009

O Ministro da Saúde



Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

LISTA DE ABREVIATURAS

3TC - Lamivudina
ABC - Abacavir
ARV - Antiretrovirais
AZT - Zidovudina
d4T - Estavudina
ddC - Zalcitabina
ddl - Didanosina
EFV - Efavirenz
IP – Inibidores das proteases
LPV/r – Lopinavir
NRTI - Análogos nucleosídicos inibidores da transcriptase reversa
NNRTI – Análogos não nucleosídicos inibidores da transcriptase reversa
NPV - Nevirapina
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAV – Programa alargado de Vacinações
PEN - Plano Estratégico Nacional
PTV - Prevenção da Transmissão Vertical
RH – Rifampicina associada a isoniazida
RN - Recém-nascido
TARV - Tratamento antiretroviral
VPP - Valor Preditivo Positivo
Z - Pirazinamida

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Entre as doenças infecciosas, a pandemia do HIV continua sendo um desafio mais sério para a saúde pública em todo o mundo. Segundo estimativas da ONUSIDA e da OMS de 2007, havia em todo o mundo 33.2 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, das quais 30.8 eram adultos; 15.4 eram mulheres e 2.5 crianças menores de 15 anos.

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

Moçambique, com uma taxa geral de infecção por HIV estimada em 16% (GTM, 2007) está entre os 10 países mais afectados da região. O número total de pessoas vivendo com HIV/SIDA era de 100 mil em 2007.

O sector saúde, constitui um dos principais sectores onde o impacto da epidemia do HIV/SIDA se faz sentir no País. Estimativas indicam que, em 1998, foram notificados em média por hospital, cerca de 1.770 casos de SIDA, com uma taxa de ocupação de 7 casos por cama; como consequência do aumento dos casos de HIV/SIDA e de infecções relacionadas, este número teria aumentado para 2.270 casos em 1999, com uma taxa de ocupação de 10 casos por cama.

Estimativas de 2003, indicavam que cerca de 25% dos infectados eram crianças dos 0 a 4 anos. Destas, a maior parte contraiam a infecção através da transmissão da mãe para o filho, cuja taxa era estimada em 25%. Sem nenhuma intervenção nas diferentes etapas de transmissão do vírus, estimava-se que entre 14% a 45% das mães seropositivas transmitiriam o

vírus HIV aos seus filhos. Ainda, estimativas de 2004, apontavam para 82.000, o número total acumulado de crianças infectadas, em que a transmissão vertical era a principal via de contaminação.

Como o acesso ao tratamento se está a expandir lentamente pelo continente africano, milhões de vidas estão sendo contempladas e a esperança está sendo dada à pessoas que anteriormente não a tinham. Infelizmente e embora a maioria das pessoas que necessitam de tratamento ainda não o esteja recebendo, em alguns países as campanhas para prevenir novas infecções (que devem constituir como um dos focos centrais da luta contra o SIDA) estão muito aquém das reais necessidades.

Desde o primeiro caso de SIDA diagnosticado no País em 1991 até ao primeiro caso tratado com anti-retrovirais em 1999, muito progresso foi feito no mundo, no diagnóstico e tratamento da criança com HIV/SIDA.

Até Dezembro de 2008, estavam em Tratamento anti-retroviral 9393 crianças constituindo 17% das crianças que precisavam desse tratamento no nosso País.

O número de locais providenciando TARV Pediátrico aumentou de 3 em 2003 para 181 em 2008, sendo 19 locais em zonas urbanas e 162 locais em zonas rurais. Apesar de haver mais locais em áreas rurais, a maioria das crianças, cerca de 60%, são tratadas em zonas urbanas. Um esforço maior tem que ser feito para melhoria do diagnóstico na criança pequena, para melhor acompanhamento e integração do tratamento da criança a nível dos Centros de Saúde e Hospitais.

À luz dos conhecimentos actuais, sabe-se que a infecção pelo HIV na criança tem uma evolução bimodal e que varia entre crianças que são progressoras rápidas ou lentas. Sabe-se igualmente que a maior parte das crianças morre antes do segundo ano de vida. No Uganda, cerca de 66% das crianças morrem antes do terceiro ano. Num estudo levado a cabo no Hospital Central de Maputo (HCM) em 1999, verificou-se que a idade média

de morte das crianças infectadas pelo HIV sem tratamento era aos 23 meses.

Múltiplos são os factores que contribuem para os diferentes padrões de progressão da doença em crianças, incluindo a época da infecção, genótipo e fenótipo viral, carga viral, resposta imune e constituição genética individual. Deste modo, um seguimento clínico e uma avaliação imunológica e virológica regulares são fundamentais para orientar as decisões terapêuticas.

Há uma grande semelhança do espectro de doença entre crianças infectadas e crianças não infectadas pelo HIV, com uma predominância de sintomas respiratórios e gastrointestinais, malnutrição e malária. A malnutrição é mais precoce e severa nas crianças infectadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estratégias:

- Iniciar a integração do TARV pediátrico nos cuidados primários, além das Unidades Sanitárias (US) de outros níveis de atenção.

- Iniciar o processo de capacitação dos técnicos de medicina para o início e seguimento do TARV nas crianças.
- Colocar um ponto focal de TARV pediátrico em cada Província que deve participar no Comité Gestão de TARV Provincial.
- Incluir um médico/técnico de medicina formado em TARV pediátrico nos Comités Terapêuticos ao nível provincial e/ou distrital.

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

Estratégias:

- Actualizar normas nacionais de TARV pediátrico e clarificar as competências dos diferentes profissionais de saúde, desde o médico ao técnico de medicina, os agentes e enfermeiros.
- Manter e dinamizar os cursos de formação de médicos, dos técnicos e enfermeiros no manejo de infecções oportunistas e TARV pediátrico.
- Definir, em conjunto com o DRH, as necessidades adicionais de formação contínua dos profissionais envolvidos no TARV pediátrico.
- Implementar um sistema de supervisão regular e periódica dos níveis central e provincial aos distritos, para verificar o TARV pediátrico, incluindo visitas de supervisão dos médicos de unidades de referência a outras US onde se implementa o TARV pediátrico.
- Implementar um sistema de supervisão clínica aos técnicos de medicina e outros profissionais de saúde, de modo a melhorar o manejo das doenças oportunistas e o TARV pediátrico.

I.1.2. Tratamento da criança HIV+ dentro do Serviço Nacional de Saúde

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

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

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

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

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

- ➔ **Nível primário (Centros de Saúde, onde não há médico):**
 - a. Rastreio da criança doente, de acordo com as normas AIDI.
 - b. Seguimento do filho de mãe seropositiva, de acordo com as normas PTV.
 - c. Distribuição de Cotrimoxazol, Mebendazol e Vitamina A, de acordo com as normas de atenção a criança com HIV/SIDA.
 - d. Referência das crianças doentes e das HIV+ maiores de 18 meses para consulta médica ou consulta de SIDA da Área de Saúde.
- ➔ **Centros de Saúde com médico capacitado, H. Distritais e Rurais:**
 - a. Tratamento e profilaxia das infecções oportunistas.
 - b. Iniciar a 1ª linha de TARV.
 - c. Controle regular de Hemograma, Bioquímica e CD4.
 - d. Alteração de ARV's em caso de intolerância.

- e. Referência dos casos graves ao Hospital de Referência da Área de Saúde.
- f. Referência dos casos de Falência Terapêutica.
- g. Ligação aos Cuidados Domiciliários.
- h. Ligação ao Hospital de Referência, onde é feita a gestão, distribuição e controle dos ARV.

➔ **H. Provinciais e Gerais:**

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

➔ **H. Centrais:**

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

I.2. Experiência de tratamento da criança HIV+ em Moçambique

I.2.1. Início do TARV pediátrico em Moçambique

No HCM, a nível do Departamento de Pediatria, existe desde 1994 um Serviço de atendimento à criança com HIV/SIDA.

Neste Serviço são seguidas crianças dos 0-14 anos, referidas dos Departamentos de Pediatria, Medicina, Maternidade e de outros serviços do HCM, bem como crianças referidas de outras US da periferia de Maputo e de outras Províncias do País. Este Serviço tem igualmente uma componente de formação, pois lá estagiam os futuros médicos e especialistas moçambicanos que trabalham no País.

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

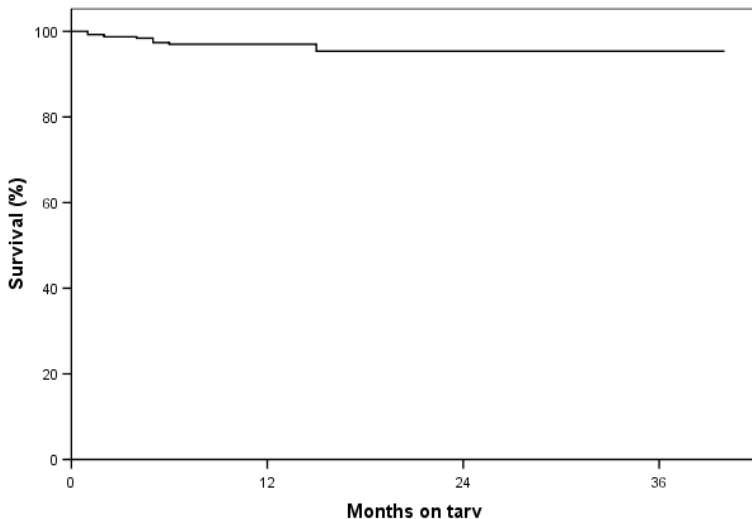


Figura 1: Curva de sobrevivência aos 36 meses de crianças em TARV em Maputo

O envolvimento de uma psicóloga na equipa foi uma mais valia para o manejo de situações sociais complexas e graves, bem como para as

crianças mais crescidas que têm insucesso escolar, depressão e outras consequências da infecção pelo HIV.

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

1.2.2. Expansão do TARV no País

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

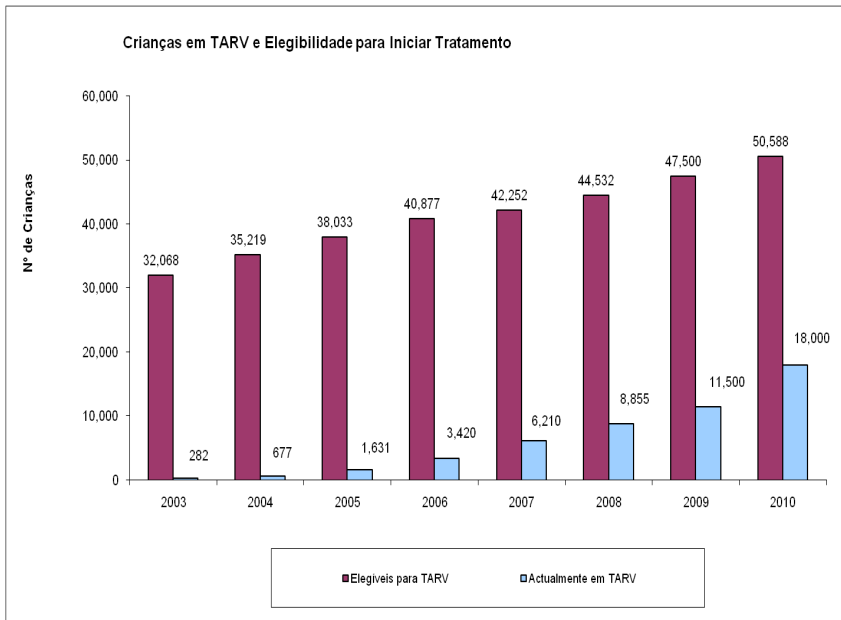


Figura 2: Crianças em TARV e elegibilidade para o início do tratamento, 2003-2007

De salientar que a partir de 2006 verificou-se a ruralização do TARV, com o aumento a passagem de 259 crianças em TARV em Setembro de 2006 para 2.880 em Julho de 2008 (**Figura 3**). Este aumento do número de crianças em TARV foi acompanhado por um aumento do número de US que disponibilizam este serviço.

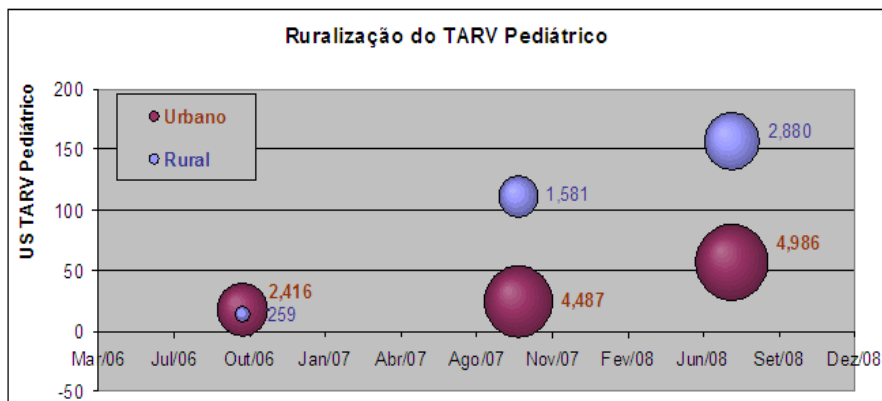


Figura 3: Ruralização do TARV pediátrico entre Setembro de 2006 e Julho de 2008

Dados do Programa ITS/HIV/SIDA indicavam que até 31 de Dezembro de 2008 havia 9.393 crianças em TARV, perfazendo 7,3% do total de doentes em TARV no país. De acordo com as projecções do MISAU, o nº de crianças em TARV deverá aumentar até 36.000 em 2014, o que significará uma cobertura de 58% do total de crianças elegíveis no País (**Tabela 1**).

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Crianças em TARV	9393	13500	17880	22320	26820	31380	36000
% Crianças sobre os pacientes em TARV	7,3%	8,5%	9,5%	10,1%	10,6%	11,0%	11,3%
Cobertura	21%	28%	35%	42%	48%	53%	58,00 %

Fonte: Programa ITS/HIV/SIDA

I.3. Actualização do Manual

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

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

Na presente edição, foram revistos os critérios de diagnóstico, de tratamento antiretroviral, toxicidade medicamentosa, tuberculose na presença de HIV, os cuidados domiciliários, o suporte nutricional e o apoio psicossocial.

Estas novas normas foram amplamente discutidas e debatidas durante a Reunião Nacional sobre TARV Pediátrico realizada no MISAU em Outubro de 2008, onde participantes de todo o País puderam dar a sua contribuição.

I.4. Objectivos do Manual

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

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

No contexto da descentralização do tratamento e integração completa dentro do Serviço Nacional de Saúde, é importante que os profissionais estejam atentos e sigam cuidadosamente a criança, pois o diagnóstico

precoce não é fácil e o tratamento também não, mas da nossa dedicação e zelo profissional depende o futuro destas crianças.



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

CAPÍTULO II: O SEGUIMENTO DO FILHO DE MÃE SEROPOSITIVA

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

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

II.1. Factores associados à transmissão vertical

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

II.1.1. Factores maternos

Os factores maternos relacionam-se da seguinte forma:

- **O estágio da doença materna:** quanto mais avançado for o estado de doença, maior o risco;
- **A carga viral:** quanto maior for a carga viral, maior o risco;
- **Os parâmetros Imunológicos CD4:** CD4 <500 aumenta o risco;
- **O estado nutricional da mãe:** desnutrição materna aumenta o risco;
- **A presença de doenças de transmissão sexual:** as ITS são cofactores que aumentam a transmissão do HIV.

II.1.2. Factores obstétricos

Os factores obstétricos relacionam-se com:

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

II.1.3. Factores associados ao RN

Os factores associados ao RN relacionam-se com:

- A prematuridade;
- O baixo peso ao nascer;
- O aleitamento materno.

II.2. Período de infecção

A transmissão da infecção pode ocorrer em vários períodos, nomeadamente durante a gravidez, parto e aleitamento materno.

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

II.3. Vias de infecção

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

II.3.1. Intra-uterina

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

II.3.2. Intra-parto

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

II.3.3. Pós-parto

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

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

As estratégias de prevenção da transmissão vertical preconizam:

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

II.5. Utilização dos antiretrovirais na prevenção vertical

II.5.1. Considerações gerais

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

A escolha do esquema terapêutico vai depende de variantes como:

- Rede sanitária existente,

- Acesso aos cuidados de saúde,
- Qualidade dos cuidados de saúde,
- Número de partos institucionais,
- Disponibilidade de cuidados pós-parto,
- Comodidade e aceitação pelo doente dos esquemas propostos,
- Custo/eficácia dos ARV.

II.5.2. Uso de ARV na PTV

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

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

CD4	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estádio 4
≤ 250	TARV	TARV	TARV	TARV
>250	Profilaxia ARV	Profilaxia ARV	TARV	TARV

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

Quadro 2: Quimioprofilaxia com ART à mulher grávida HIV positiva e ao RN

Esquema	Mãe			RN
	Durante a gravidez	Trabalho de parto	Pós-Parto	Pós-Parto
TARV	TARV	Continua com TARV	Continua com TARV	AZT* xarope durante 4 semanas
NVP + AZT + 3TC	Inicia AZT* ≥ 28 semanas idade gestacional + Entrega de NVP*	Inicia AZT+ 3TC (Duovir)* + NVP*	Continua AZT+3 TC (Duovir)* durante <u>1 semana</u> (7 dias) pós parto	NVP* + AZT* xarope durante 4 semanas
	Nada	Inicia AZT+3 TC (Duovir)* + NVP*	Continua AZT+ 3TC (Duovir)* durante <u>1 semana</u> (7 dias) pós parto	
	Nada	Nada	Continua AZT+3 TC (Duovir)* durante <u>1 semana</u> (7 dias) pós parto	
	Nada	Nada	Nada	
NVP	Entrega de NVP*	Toma NVP*	Nada	
<p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O esquema profilático para o recém-nascido deve ser feito nas primeiras 72 horas pós-parto - NVP (monoterapia) Só deve ser usada em casos onde ainda não é possível fazer a triterapia intra parto - Trabalho de parto: Começar a dar no início 				

II.5.3. Manejo do RN de uma mãe seropositiva

Existem 2 casos a considerar:

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

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

1. Informar e conversar com a mãe sobre o seu estado serológico;
2. Falar com a mãe sobre as hipóteses do RN poder estar infectado e os cuidados a seguir;
3. Discutir a alimentação do RN com os pais.

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

Logo após o parto, deve-se:

1. Envolver o bebé num campo ou lençol limpo e seco;
2. Limpar as secreções e o sangue da mãe;
3. Se for possível, lavar o bebé com água morna e sabão;
4. Se estiver indicada, efectuar a aspiração de secreções com uma pêra de borracha; A aspiração das secreções com sonda nasogástrica deve ser reservada só para casos de aspiração meconial;
5. Fazer uma desinfecção cuidadosa no local da punção, se houver necessidade de se canalizar uma veia ou de se aplicar uma injeção.
6. Prevenir a hipotermia do RN, envolvendo-o em lençol e cobertor limpos ou pondo-o em contacto pele a pele com a mãe (bebé canguru).
7. Se a mãe se decidiu pelo aleitamento materno, encorajar o início imediato da amamentação.
8. Fazer a profilaxia ocular e administração da Vitamina K.
9. Administrar ARV ao RN de acordo com o esquema previamente definido.

10. Todos RN devem tomar AZT, 4 semanas de 12/12h, xarope de Niverapina (NVP) dose única.

Lembre-se que:

O esquema profilático para o RN é o mesmo para todos, independentemente do esquema profilático que as mães, tenham feito e/ ou estejam a fazer, ou ainda das que não fizeram.

Assim, todos os RN devem tomar AZT, durante 4 semanas, de 12/12h, mais xarope de Niverapina (NVP) dose única.

II.5.5. Exame físico do RN

O exame físico deve ser muito cuidadoso procurando:

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

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

II.6.1. Considerações gerais

Com vista a redução do risco de transmissão vertical do HIV da mãe para o filho, o profissional de saúde deve fornecer aos Pais e aos outros membros da família responsáveis pela criança, informação actualizada sobre as diferentes opções de alimentação infantil, mais concretamente, leite

materno versus substitutos do leite materno realçando as implicações psicossociais, financeiras e de saúde e nutrição da criança e da mãe. Qualquer decisão que a família tome deverá ser apoiada pelos profissionais de saúde.

De acordo com as mais recentes orientações da OMS (2006) sobre HIV e Alimentação Infantil, recomenda-se:

- Informar e dialogar com a mulher sobre as opções de alimentação infantil, vantagens e desvantagens, de modo a que ela faça a opção adequada em relação a alimentação da sua criança;
- Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses, a menos que o uso dos substitutos do leite materno seja *Aceitável, Viável, Acessível, Sustentável e Seguro (AVASS)*, para as mães e suas crianças.

Aleitamento materno exclusivo significa alimentar apenas com o leite do peito e não dar água, medicamentos tradicionais, papas ou qualquer outro alimento sólido ou líquido

- Deve-se recomendar a adopção de boas técnicas de amamentação (*posicionamento e pega adequados*) para prevenir os problemas que possam surgir com o seio, tais como, abcessos, fissuras, mastite, ou candidíase. Caso estes problemas surjam, recomenda-se o contacto com a Unidade Sanitária para que sejam imediatamente tratados. Quando a criança estiver doente deverá continuar a ser amamentada.
- Logo que a utilização dos substitutos do leite materno seja AVASS, as mães HIV positivo devem interromper o aleitamento materno;

- Se, a partir dos 6 meses o uso do substituto do leite materno ainda não é AVASS, recomenda-se a continuação do aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar. **O aleitamento materno deve ser interrompido quando se puder fornecer uma dieta nutricionalmente equilibrada sem o leite materno;**
- As mães cujas crianças já foram diagnosticadas infectadas pelo HIV, devem ser encorajadas a continuar com o aleitamento materno;
- Independentemente da decisão sobre a alimentação, os serviços de saúde devem fazer o seguimento regular das mães HIV positivo e suas crianças, continuar a oferecer apoio e aconselhamento sobre alimentação infantil, particularmente nos períodos chave em que, as decisões sobre alimentação possam ser reconsideradas, tal como nos períodos do diagnóstico precoce da criança e aos 18 meses de idade;
- A mulher grávida e lactante HIV positivo deverá ter uma alimentação equilibrada, de modo a manter um estado nutricional adequado;

II.6.2. Outras opções de utilização do leite materno

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

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

- Aleitamento materno modificado;
- Utilização de uma mãe substituta (outra mãe que possa amamentar e que seja HIV negativo).

II.6.3. Aleitamento materno modificado

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

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

II.6.4. Utilização de uma mãe substituta

Pode-se optar por uma mãe substituta (alguém que se disponibilize a amamentar a criança) desde que seja HIV negativo (confirmado com o teste do HIV). Durante o período em que estiver a amamentar, deve-se aconselhá-la a praticar sexo seguro de modo a prevenir a infecção por HIV. Recomenda-se que a mãe substituta faça o teste de HIV com regularidade (de 3 em 3 meses).

II.6.5. Alimentação substituta com um copo

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

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

II.6.6. Alimentação da criança exposta após os 6 meses

Se após os 6 meses, for possível providenciar uma alimentação substituta de forma AVASS, a amamentação deverá ser completamente substituída. Neste caso:

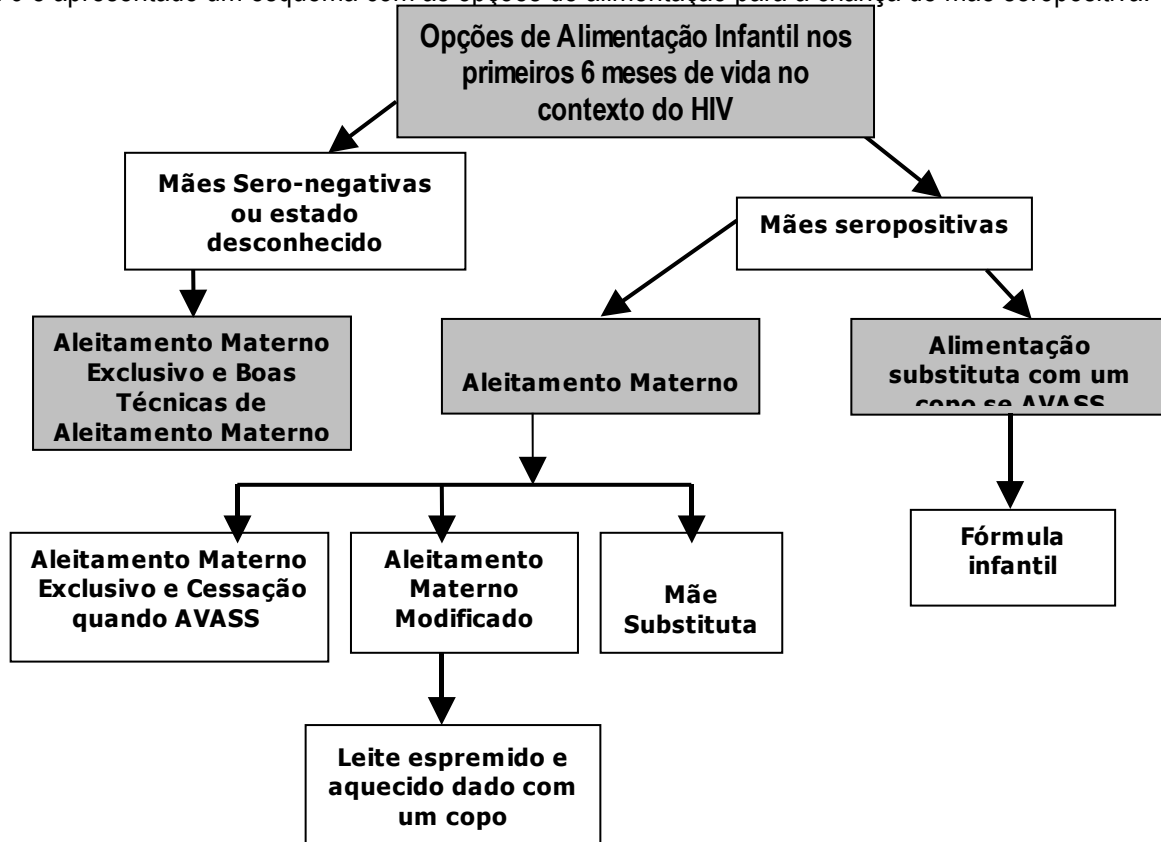
- Aconselha-se a cessar o aleitamento materno de forma gradual durante duas a três semanas, devendo este processo ocorrer até aos 6 meses de vida da criança.
- Como forma de se fazer um desmame gradual recomenda-se às mães que tiverem possibilidades, a utilização do leite materno espremido e aquecido. Este método permite que a criança se habitue à utilização do copo e esteja preparada para o início da alimentação sólida.

- Se, a partir dos 6 meses o substituto do leite materno não é AVASS, recomenda-se a continuação do aleitamento materno, e a introdução de alimentos complementares. Simultaneamente a mãe e o bebé devem receber seguimento regular dos serviços de saúde. O aleitamento materno deverá cessar por completo logo que for possível providenciar à criança uma alimentação segura e nutricionalmente adequada em quantidade e qualidade;
- A alimentação substituta deverá fornecer os nutrientes de que a criança necessita. Sugere-se que esta alimentação seja a base de papas enriquecidas em energia e proteínas, preparadas com base nos alimentos disponíveis localmente, e preferivelmente incluindo alimentos de origem animal. Dever-se-á também dar a criança líquidos como por exemplo: água, leite de vaca ou de cabra, sumos, água de lanho, água de arroz etc.
- Na preparação e administração da comida devem-se considerar os cuidados higiénicos, para prevenção de infecções e diarreias.

Lembre-se que:

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

Na Figura 6 é apresentado um esquema com as opções de alimentação para a criança de mãe seropositiva.



Aos 6 meses de idade, recomenda-se a introdução de uma alimentação complementar adequada juntamente com o Leite Materno ou Substitutos do Leite Materno, para satisfazer as necessidades nutricionais da criança em crescimento.

CAPÍTULO III: ACONSELHAMENTO E TESTAGEM DO HIV

III.1. Aspectos gerais

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

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

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

III.2 O aconselhamento às crianças

O aconselhamento de crianças inclui o estabelecimento de relações de ajuda às crianças para contarem as suas histórias, a tomada de decisões informadas, o reconhecimento e o aumento das suas capacidades e o

desenvolvimento de atitudes positivas perante a vida. Também inclui a escuta atenta e fornecer informações correctas e apropriadas às crianças.

III.2.1 Objectivos do aconselhamento para crianças

O aconselhamento como objectivos ajudar a criança a:

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

III.2.2 Processo de aconselhamento

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

O conselheiro deve usar métodos adequados para ultrapassar as barreiras de comunicação. O conselheiro deve ser capaz de se reunir com as crianças segundo o seu nível, usando métodos criativos como por exemplo, *desenho, contar histórias, drama ou peça teatral, brincadeira*, para explorar

questões sensíveis e ajudar as crianças a expressarem os seus sentimentos,

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

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

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

III.3 Diagnóstico do HIV em crianças

III.3.1 Teste do HIV para as crianças

O teste do HIV levanta muitas questões complexas, tanto para crianças como para as suas famílias. Por esse motivo, é importante considerar

ambas, vantagens e desvantagens envolvidas. Se as crianças souberem que são HIV+, podem:

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

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

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

III. 3.2 Condições para a testagem de crianças

A criança quando decide fazer o teste tem a orientação dos pais ou encarregados de educação. Na prática, são os pais ou os encarregados de

educação que devem decidir pela criança. O teste do HIV deve ser feito após o consentimento dos pais ou cuidadores.

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

- eles próprios forem HIV+ e a sua criança for menor;
- a criança for sexualmente activa, ou existir evidência forte do abuso sexual;
- a criança esteve em risco por causa do sangue não seguro ou agulhas não esterilizadas;

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

III.4 Disposições técnicas, clínicas e éticas para a testagem em crianças

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

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

- Crianças menores de 9 meses (incluindo a criança nascida de mãe HIV+), testam-se através de PCR para ADN do HIV;

- Crianças maiores de 9 meses, testam-se através de um teste rápido (*Determine e Unigold*);

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

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

III.4.1 Laboratório

Como foi acima referido, as técnicas usadas para a testagem do HIV em crianças é feita de acordo com o grupo etário: menores de 9 meses e maiores de 9 meses de idade.

As crianças menores de 9 meses são testadas através da técnica do PCR para ADN do HIV, na medida em que os testes rápidos podem não oferecer um resultado confiável devido à presença dos anticorpos da mãe na circulação sanguínea. Porém, o PCR para ADN do HIV é uma técnica que ainda não está disponível na maioria das unidades sanitárias.

III.4.2 Consentimento

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

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

IV.5. Princípios fundamentais para o aconselhamento e testagem

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

III.5.1 Aconselhamento

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

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

III.5.2 Testagem e tratamento para o HIV

Todas crianças, independentemente do seu estado da saúde, têm direito ao aconselhamento, ao teste voluntário do HIV e ao acesso ao tratamento ARV para casos de HIV+ elegíveis.

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

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

Para identificar crianças infectadas quanto possível e proporcionar-lhes cuidados e tratamento deve-se habitualmente ser oferecidas o teste do HIV a qualquer criança :

- *Paciente internada;*
- *Vítima de abuso de violação sexual;*
- *Grávida*
- *Nascida de pais seropositivos;*
- *Exposta ao HIV por ter sido submetido a “vacinas” na medicina tradicional;*
- *Exposta ao HIV por transfusão de sangue;*

III.5.3 Consentimento para o teste

As crianças precisam do consentimento dos pais ou do cuidador. Para casos em que é necessário o conhecimento do estado do HIV da criança para fins de administração médica, pode se fazer o teste, mesmo se os pais ou cuidadores recusarem consentir para o efeito, de forma a preservar a saúde da criança.

No entanto, ausência dos pais ou cuidador, o clínico pode dar o seu consentimento para testagem de crianças menores de 18 anos de idade, apenas para finalidades de administração médica.

III.5.4 Confidencialidade

As crianças têm direito à confidencialidade. Os estados HIV+ das crianças devem apenas ser compartilhados com os pais ou cuidadores.

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

III.6. Revelação diagnóstica às crianças

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

Não há uma idade estipulada para início da revelação diagnóstica, no entanto existem indicadores comportamentais que podem ser tomados em consideração. É necessário negociar o processo de revelação com os pais ou cuidador da criança, de modo a que todos assumam a responsabilidade de prestar todo o apoio emocional necessário para o bem dela.

III.6.1 Principais intervenientes no processo de revelação diagnóstica

III.6.1.1. Técnico

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

III.6.1.2. Cuidadores

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

Os pais ou cuidadores são geralmente resistentes em informar a criança sobre a sua patologia. Deve-se recomendar que não mintam à criança, que as informações que forem passando à criança sobre a sua doença sejam coerentes com a informação que a criança irá receber quando finalmente souber o que se passa com ela.

Antes de se informar à criança é importante que estes estejam preparados. Os pais/cuidadores são actores importantes e activos no processo de revelação diagnóstica. A forma como estes lidam com a doença irá influenciar sobremaneira no modo como a criança confrontará o seu

diagnóstico. Importa auscultar os seus receios em relação à revelação diagnóstica. Geralmente alegam:

- Medo que a criança sofra ao saber que é seropositiva
- Medo que a criança não consiga manter segredo e exponha o seu sero-status

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

III.6.1.3. Criança

É o principal actor. É importante que se explique à criança o que ela tem. A ignorância do diagnóstico poderá criar na criança dúvidas e medos que poderão causar-lhe sofrimento e assumir contornos patológicos, para além de influenciar negativamente na adesão ao tratamento.

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

a resposta emocional à situação adversa que se apresenta (quando é centrado na emoção).

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

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

III.6.3 Recursos individuais da criança

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

- *Agressividade - pode ser física ou verbal*
- *Acção directa - a criança lida directamente com a situação adversa para eliminar ou modificar.*
- *Reavaliação positiva – o doente esforça-se para modificar a avaliação cognitiva da situação ou problema.*
- *Suporte social – necessidade, desejo ou pedido de ajuda a nível instrumental ou afectivo*

- *Confronto – o doente enfrenta os seus sentimentos*
- *Afastamento – tendência para se isolar do mundo exterior refugiar-se no mundo imaginário para não pensar no problema ou dificuldades para descrever emoções ou sentimentos.*
- *Aceitação da responsabilidade – auto-crítica. A criança submete-se à situação.*
- *Fuga- Esquiva – age como se o problema não existisse.*
- *Auto-Controlo – o doente tenta controlar a situação, dando-se tempo para tomar decisões relacionadas.*
- *Inacção-Bloqueio afectivo e consequente ausência de reacção física e/ou intelectual.*

III.6.4 Rede de suporte social

São as pessoas que cuidam e apoiam a criança. Podem ser os cuidadores, a família alargada, amigos. O suporte social também poderá vir de instituições como a igreja, o hospital, instituições sociais e outras.

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

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

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

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

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

- Há convicção de que a informação do diagnóstico beneficiará a criança.

III.6.6 Formas de revelação diagnóstica para a criança

A revelação pode ser:

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

Tendo em conta que a revelação do resultado do teste do HIV à criança é um processo, recomenda-se que seja de forma parcial, de modo que se prepare a criança para lidar com a situação.

CAPÍTULO IV - DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

A infecção por HIV pode ser diagnosticada na maioria das crianças com 1 mês de vida e, em todas, aos 6 meses de idade. Para tal, devem ser usados métodos de diagnóstico viral.

III.1. Breve descrição dos testes usados para a detecção do HIV

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

III.1.1. Métodos virológicos

Os testes diagnósticos, podem ser feitos às 48 horas de vida para identificar crianças infectadas intra útero; entre o 1º e o 2º mês de vida; e entre o 3º e o 6º mês.

Contudo, estes métodos apesar de altamente fiáveis, comportam elevados custos, motivo pelo qual, em países com escassos recursos, o diagnóstico é feito de acordo com o quadro clínico e eventualmente confirmado pela pesquisa de IgG anti-HIV. No Anexo I são apresentados ao algoritmos para testagem da criança exposta ao HIV.

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

(i) PCR – ADN para HIV: o PCR ADN para HIV é o teste viral (qualitativo) mais apropriado para as crianças menores de 18 meses e é o mais usado no país. **Este teste deve ser feito entre o 1º e 2º mês e confirmado depois do 4º mês.**

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

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

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

A positividade por idade aos dois testes anteriormente (PCR ADN HIV e PCR RNA HIV) é apresentada na Tabela 2. De salientar que apenas por volta das **12 semanas é que o PCR RNA HIV ou carga viral é positivo em 100% das crianças infectadas ao nascimento e depois do 4º mês (o PCR ADN HIV é positivo em 100%).**

Tabela 2: Positividade do PCR para HIV

Idade	DNA-PCR	RNA-PCR (carga viral)
1 semana	16%	32%
2 semanas	38%	63%
3 semanas	50%	100%
4 semanas	71%	100%
6 semanas	88%	100%

Fonte: Stektee RW et al, JID 1997; 175

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

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

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

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

III.1.2. Métodos serológicos

Tendo em conta que a criança filha de mãe seropositiva é portadora de anticorpos maternos (IgG anti-HIV) os testes de pesquisa de anticorpos que são os mais acessíveis.

Como se sabe, os anticorpos maternos para o HIV (IgG) são transferidos passivamente de mãe para filho durante a gravidez e podem persistir até aos 18 meses. Contudo um resultado positivo após os 9 meses numa criança sintomática, é bastante sugestivo de infecção. Assim, se a criança tiver feito o teste, deve repeti-lo depois dos 18 meses para confirmação.

Os testes de detecção de anticorpos (serológicos) são:

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

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

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

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

III.2. Classificações do SIDA pediátrico

Em seguida são apresentadas 2 classificações do SIDA pediátrico.

III.2.1. Classificação do SIDA pediátrico baseada em critérios presuntivos e definitivos

No Quadro 3 é apresentada a classificação do SIDA pediátrico da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) para África, baseada em

critérios presuntivos e definitivos usada para o reconhecimento de eventos relacionados ao HIV em crianças com infecção confirmada pelo HIV.

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

Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Estadio I:		
Assintomático	Sem queixa de sintomas relacionados ao HIV e ausência de sinais clínicos ao exame físico.	Não se aplica
- Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	Aumento de linfonodos (>1 cm) em 2 ou mais cadeias não contíguas (excluída cadeia inguinal) persistente, sem causa conhecida.	Diagnóstico Clínico
Estadio II:		
Hepatoesplenomegalia persistente inexplicada	Aumento de baço e fígado sem causa óbvia.	Diagnóstico Clínico
Prurigo	Lesões pápulo-vesiculares pruriginosas.	Diagnóstico Clínico
Infecções fúngicas do leito ungueal	Paroníquia fúngica (leito ungueal doloroso, eritematoso e edemaciado) ou onicólise (separação não dolorosa da unha do leito ungueal). Onicomiose subungueal proximal de coloração branca é rara na ausência de imunodeficiência.	Diagnóstico Clínico
Queilite angular	Rachaduras no ângulo da boca com despigmentação, que usualmente responde a tratamento antifúngico, mas pode recorrer.	Diagnóstico Clínico
Eritema gengival linear	Linha eritematosa que segue o contorno da linha livre da gengiva (entre a gengiva e os dentes); pode estar associada a	Diagnóstico Clínico

	sangramento espontâneo.	
Infecção viral verrucosa extensa da pele	Lesões dermatológicas verrucosas virais características: pequenas elevações granulosas da pele, geralmente ásperas, planas nas solas dos pés (verruga plantar); faciais, mais de 5% da superfície corpórea ou desfigurantes.	Diagnóstico Clínico
Extensa infecção por molusco contagioso	Lesões características da pele: pequenas elevações de cor da pele, peroláceas ou róseas, em forma de dome ou umbilicadas, podem estar inflamadas ou hiperemiadas; facias, mais de 5% da superfície corpórea ou desfigurantes. Molusco gigante pode indicar imunodeficiência avançada.	Diagnóstico Clínico
Ulcerações orais recorrentes (2 ou mais episódios em 6 meses)	Ulceração aftosa, tipicamente com um halo de inflamação e pseudomembrana amarelo-acinzentada.	Diagnóstico Clínico
Aumento das parótidas sem outra causa aparente	Aumento bilateral das parótidas, assintomático, que pode se resolver espontaneamente e recorrer, na ausência de outra causa conhecida; geralmente indolor.	Diagnóstico Clínico
Herpes Zoster	Rash cutâneo doloroso com vesículas de conteúdo líquido, distribuição por dermatómos; podem ser hemorrágicas sobre base eritematosa, podem se tornar maiores e confluírem. Não ultrapassam a linha média.	Diagnóstico Clínico
Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores (IVRS)	Evento actual com ao menos um episódio nos últimos 6 meses. Complexo de sintomas: febre com dor facial unilateral e	Diagnóstico Clínico

	rinorréia (sinusite) ou membrana timpânica inflamada/dolorosa (otite média), dor de garganta com tosse produtiva (bronquite), dor de garganta (faringite) e tosse crupe (laringotraqueobronquite), otorréia persistente ou recorrente.	
Estádio III:		
Malnutrição moderada sem outra causa aparente	Perda de peso: peso para a idade (P/I) até 2 desvios-padrão (DP), não explicado por ingesta pobre ou inadequada e/ou outras infecções, que não responde adequadamente ao tratamento habitual	Perda de peso documentada de 2 DP, falência de ganho de peso em tratamento habitual sem outra causa identificada durante investigação.
Diarréia persistente sem outra causa aparente	Diarreia (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) persistente (14 ou mais dias) sem outra causa aparente, não responsiva a tratamento habitual.	Observação e documentação das fezes amolecidas. Cultura e microscopia não revelam patógenos.
Febre persistente sem outra causa aparente (intermitente ou constante por > 1 mês)	Queixa de febre ou suores noturnos por mais de 1 mês, intermitente ou constante, não responsiva a antibióticos ou antimaláricos. O exame físico não revela outro foco de doença. Malária deve ser excluída em áreas endêmicas.	Febre documentada superior a 37,5°C com hemocultura negativa, plasmódio negativo ou Rx inalterado, e ausência de outro foco óbvio de doença.
Candidíase oral (após os 1 ^{os} 6 meses de idade)	Placas esbranquiçadas pequenas, cremosas, que podem ser descamadas (pseudo-membranosas), ou manchas vermelhas em língua, palato ou assoalho da boca, geralmente dolorosas ou sensíveis (forma eritematosa)	Microscopia ou cultura.
Leucoplasia oral pilosa	Pequenas lesões lineares nas bordas laterais da língua,	Diagnóstico clínico

	geralmente bilaterais, que não podem ser descamadas.	
TB ganglionar	Aumento “frio”, não agudo dos linfonodos, geralmente confluentes, localizados em uma região. Podem fazer fístulas de drenagem. Resposta a tratamento habitual anti-TB em 1 mês.	Histologia ou aspirado por agulha fina para coloração de Ziehl Nielsen (ZN). Cultura.
TB Pulmonar (história de contato com adulto com escarro positivo para Tb pulmonar)	Sintomas inespecíficos (ex: tosse crônica, febre, suores nocturnos, anorexia e perda de peso. Em crianças maiores, tosse produtiva e hemoptise também.	Isolamento do <i>M. tuberculosis</i> na cultura de escarro, Rx tórax alterado.
Pneumonia bacteriana grave recorrente	Tosse com taquipnéia, retração torácica, adejo nasal, sibilância. Fervores ou consolidação à auscultação. Responde a antibioticoterapia. Episódio actual mais 1 ou mais nos 6 meses anteriores.	Isolamento da bactéria em espécimes clínicos adequados - escarro induzido, lavado bronco-alveolar (LBA), aspirado pulmonar (PAAF).
Gengivite ou estomatite ulcerativa necrotizante aguda, ou periodontite ulcerativa necrotizante aguda	Dor intensa, ulceração das papilas gengivais, perda dos dentes, sangramento espontâneo, mau cheiro, e perda rápida de tecido ósseo e/ou partes moles.	Diagnóstico Clínico
LIP sintomática	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Rx tórax: infiltrado pulmonar intersticial reticulo-nodular presente por mais de 2 meses sem resposta a antibioticoterapia e sem a identificação de outro patógeno. Saturação de oxigénio persistentemente < 90%. Pode se apresentar com <i>cor pulmonale</i> e cursar com

		fadiga induzida pelo exercício aumentada. Histologia característica.
Doença pulmonar crônica associada ao HIV (inclui bronquiectasia)	História de tosse produtiva com grandes quantidades de escarro purulento (bronquiectasia isolada), com ou sem hipocratismo digital, halitose e crepitações e/ou sibilância à auscultação.	Rx tórax: pode mostrar padrão em favo de mel (cistos pequenos) e/ou áreas persistentes de opacificação e/ou destruição pulmonar generalizada, com fibrose e perda de volume.
Anemia sem outra causa aparente ($<8\text{g/dL}$) ou neutropenia ($< 0,5 \times 10^9/\text{L}$) ou trombocitopenia crônica ($<50 \times 10^9/\text{L}$)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Análises laboratoriais, não explicadas por outras condições não associadas ao HIV, ou não responsivas a terapêutica habitual com hematínicos, antimaláricos ou antihelmínticos conforme indicado no AIDI.
Estádio IV:		
Malnutrição aguda ou crônica grave, ou malnutrição grave que não responde a terapêutica habitual.	Perda persistente de peso não explicada por ingestão insuficiente ou inadequada ou outras infecções, sem resposta adequada a duas semanas de tratamento habitual. Caracterizada por perda muscular grave e visível, com ou sem edema dos pés, e/ou P/E < 3 DP, conforme definição do AIDI.	Perda de peso documentada de > 3 DP +/- edema.
Pneumonia por Pneumocistis (PCP)	Tosse seca, dificuldade respiratória progressiva, cianose, taquipnéia e febre; retração torácica ou estridor. (Pneumonia grave ou muito	Rx tórax, infiltrado típico perihilar difuso bilateral; microscopia de escarro induzido ou LBA ou PAAF.

	grave segundo o AIDI). Geralmente de início abrupto especialmente em lactentes <6 meses de idade. Responde a doses altas de cotrimoxazol +/- prednisolona.	
Infecção bacteriana grave recorrente, por exemplo empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite; excluída pneumonia.	Febre acompanhada de sintomas ou sinais específicos que localizam infecção. Responde a antibioticoterapia. Episódio actual mais 1 ou mais nos 6 meses anteriores.	Cultura de espécime clínico adequado.
Infecção crónica por Herpes simples (oral ou cutânea de mais de 1 mês de duração ou visceral em qualquer sítio)	Lesões causadas pela infecção pelo HSV graves e progressivas, dolorosas, orais, genitais ou anorretais por mais de 1 mês.	Cultura e/ou histologia
Candidíase esofágica (ou candidíase da traquéia, brônquios ou pulmões)	Dor torácica e disfagia (dificuldade para engolir), odinofagia (dor para engolir comida ou líquidos) ou dor retroesternal pior à deglutição (comida ou líquidos). Responde a tratamento específico. Em crianças pequenas suspeitar particularmente na presença de candidíase oral e recusa alimentar e/ou dificuldade/choro à alimentação.	Aspecto macroscópico na endoscopia, microscopia de espécime tissular ou aspecto macroscópico na broncoscopia ou histologia.
TB disseminada/ extrapulmonar	Doença sistémica geralmente com febre prolongada, suores nocturnos, perda de peso. Sinais clínicos de envolvimento orgânico, por exemplo, piúria estéril, pericardite, ascite, efusão pleural, meningite, artrite, orquite.	Microscopia positiva para BAAR ou cultura do M. tuberculosis do sangue ou outro espécime clínico relevante com excepção de escarro e LBA. Biópsia e histologia.
Sarcoma de Kaposi	Aspecto típico na pele ou orofaringe de lesões persistentes, inicialmente planas	Aspecto macroscópico ou histologia.

	de coloração rósea ou arroxeadas, que geralmente evoluem para nódulos.	
Retinite por CMV ou infecção por CMV afectando outro órgão, de início em idade superior a 1 mês.	Retinite isolada: pode ser diagnosticada por clínicos experientes: lesões oculares típicas ao exame fundoscópico; áreas esbranquiçadas com bordas definidas na retina, expandindo-se centrifugamente, geralmente seguindo vasos sanguíneos, associadas a vasculites retinianas, hemorragia e necrose.	Histologia ou demonstração do CMV no líquido por cultura ou PCR DNA.
Toxoplasmose em Sistema Nervoso Central com início em idade superior a 1 mês	Febre, dor de cabeça, sinais neurológicos focais, convulsões. Geralmente responde a terapêutica específica em 10 dias.	Sorologia positiva para toxoplasma E lesões de massa únicas/ múltiplas visíveis em Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética
Criptococose extrapulmonar incluindo meningite	Meningite: geralmente subaguda, febre com cefaléia progressivamente mas intensa, meningismo, confusão, alterações de comportamento que respondem a tratamento específico para criptococo.	Isolamento do <i>Cryptococcus neoformans</i> de sítios extrapulmonares ou teste de antígeno criptococo no líquido ou sangue.
Encefalopatia pelo HIV	Ao menos um dos seguintes, progredindo por pelo menos 2 meses na ausência de outra doença: - falência na aquisição, ou perda de aquisições neuropsicomotoras, perda de habilidade intelectual; <i>OU</i> - alteração progressiva do crescimento cerebral demonstrada por estagnação do perímetro cefálico (PC); <i>OU</i>	Neuroimagem demonstrando atrofia e calcificação dos gânglios basais, excluídas outras causas.

	- déficit motor simétrico adquirido acompanhado por 2 ou mais dos seguintes: paresias, reflexos patológicos, ataxia, distúrbios.....	
Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmosse, penicilose)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Histologia: geralmente formação de granulomas Isolamento: detecção de antígeno no tecido afectado; cultura ou microscopia de espécime clínico ou hemocultura.
Infecção por micobactéria não tuberculosa disseminada	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Sintomas clínicos inespecíficos incluindo perda de peso progressiva, febre, anemia, suores nocturnos, fadiga ou diarreia; e cultura de bactérias atípicas nas fezes, sangue, fluidos corporais ou outros tecidos corpóreos, excluindo-se o pulmão.
Criptosporidiose crónica (com diarreia)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cistos identificados em coloração ZN modificada.
Isosporiose crónica	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Identificação de isóspora.
Linfoma não-Hodgkin cerebral ou de células B	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Neuroimagem: ao menos 1 imagem com efeito de massa; histologia de espécime relevante.
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Alteração neurológica progressiva associada a lesões em substância branca na neuroimagem ou PCR

		positivo para poliomavirus JC no líquido.
Nefropatia sintomática associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Biópsia renal
Cardiomiopatia sintomática associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cardiomegalia e evidência de disfunção ventricular esquerda confirmada por ecocardiograma

III.2.2. Classificação imunológica do SIDA pediátrico

Em alguns locais do nosso País, existem já condições laboratoriais que permitem um diagnóstico mais elaborado. Neste contexto, é importante conhecer a classificação imunológica (OMS, 2006) que é baseada na disponibilidade destes recursos (Tabela 3).

Em Moçambique, o teste PCR para ADN é feito entre o 1º mês e 9º mês e aos 18 meses é feito o teste para pesquisa de anticorpos, **altura em que se dá alta às crianças seronegativas.**

Tabela 3: Classificação das categorias imunológicas (CD4) relacionadas com a idade

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

Fonte: OMS (2006)

Assim, considera-se criança **infectada** a que tenha:

- a. resultado positivo em duas amostras de testes virais
- b. Resultado teste viral positivo antes dos 9 meses e teste rápido positivo depois dos 9 meses, confirmado sempre aos 18 meses;
- c. Teste rápido positivo, em duas amostras, depois dos 9 meses e confirmado sempre aos 18 meses;

É importante salientar que a amamentação em qualquer período, é considerada como nova exposição ao HIV e, se ela acontecer, a criança deve ser submetida a nova rotina de diagnóstico da infecção pelo HIV, 6-8 semanas após o término da amamentação.

Nos países desenvolvidos a classificação clínica da criança infectada pelo HIV é feita usando os critérios do CDC (1994), que a seguir se apresenta no Quadro 4. De realçar que de acordo com as normas nacionais, em Moçambique deve-se usar a classificação da OMS

Quadro 4: Categorias clínicas para classificação da criança HIV+ para os países desenvolvidos

Categoria N - <u>Assintomática</u>	Ausência de sinais e/ou sintomas; ou com apenas uma das condições da categoria A.
Categoria A - <u>Sinais e/ou sintomas leves</u>	- Presença de duas ou mais das condições abaixo, porém sem nenhuma das condições das categorias B e C: <ul style="list-style-type: none"> ○ linfadenopatia (>0,5cm em mais de 2 cadeias diferentes); ○ hepatomegalia; ○ esplenomegalia; ○ parotidite; ○ infecção persistente ou recorrente de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite);

<p>Categoria B - <u>Sinais e/ou</u> <u>sintomas</u> <u>moderados</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ anemia (Hb<8g /dl),neutropenia (<1.000/mm³)ou trombocitopenia (<100.000/mm³) por mais 30 dias; ○ meningite bacteriana, pneumonia ou sepsis; ○ candidíase oral persistindo por mais de 2 dias; ○ miocardiopatia; ○ infecção por Citomegalovírus(CMV)antes de 1 mês de vida; ○ diarreia recorrente ou crônica; ○ hepatite; ○ estomatite pelo vírus de Herpes simplex(HSV);recorrente (mais do que dois episódios/ano); ○ pneumonite ou esofagite por HSV, com início antes de 1 mês de vida; ○ herpes zoster,com dois episódios ou mais de um dermatomo; ○ pneumonia intersticial linfocítica (LIP); ○ nefropatia; ○ nocardiose; ○ febre persistente (>1 mês); ○ toxoplasmose antes de 1 mês de vida; ○ varicela disseminada ou complicada.
<p>Categoria C- Sinais e/ou sintomas graves</p>	<p>- Crianças com quaisquer das condições listadas abaixo com exceção de LIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (confirmadas por cultura, dois episódios num intervalo de 1 ano): septicemia, pneumonia, meningite, infecções osteoarticulares, abscessos de órgãos internos; ○ Candidíase 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 pelo HIV (achado que persiste por mais de dois meses) em razão de: <ul style="list-style-type: none"> a. déficit do desenvolvimento neuropsicomotor;

	<ul style="list-style-type: none">b. evidência de déficit do crescimento cerebral ou microcefalia adquirida, identificada por medidas de perímetro craniano ou atrofia cortical mantida em TAC ou RM cerebral;c. déficit motor simétrico com dois ou mais dos seguintes achados: paresia, reflexos patológicos, ataxia e outros;○ Infecção por HSV úlceras mucocutâneas com duração maior do que 1 mês ou pneumonite ou esofagite (crianças >1mês de vida);○ Histoplasmose disseminada;○ Tuberculose disseminada ou extrapulmonar;○ Micobacterioses disseminadas;○ Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>;○ Salmonelose disseminada recorrente;○ Toxoplasmose cerebral com início após o 1º mês de vida;○ Síndrome de caquexia, manifestada por:<ul style="list-style-type: none">a. perda de peso >10% do peso anterior; oub. queda de dois ou mais percentis nas tabelas de peso para a idade;c. peso baixo do percentil 5, em duas medidas sucessivas, ed. diarreia crônica (duração maior que 30 dias), oue. febre > 30 dias;○ Leucoencefalopatia multifocal progressiva;○ Sarcoma de Kaposi○ Linfoma primária do cérebro e outros linfomas.
--	--

Fonte : (Grupo do CDC HIV/SIDA pediátrico, 1994)

O critério imunológico usado nos países desenvolvidos (Grupo do CDC HIV/ SIDA pediátrico, 1994), é apresentado na Tabela 4. para os países de desenvolvidos.

CAPÍTULO IV – TARV NA CRIANÇA

IV.1. Considerações gerais

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

Não existe ainda um consenso sobre o tratamento nos primeiros meses de vida, pois há quem defenda o tratamento precoce e agressivo, como forma de garantir uma melhor reconstituição imune. Por outro lado, não está comprovado que estes pacientes tenham a longo prazo uma melhor evolução clínica, quando comparados com aqueles que iniciaram o tratamento mais tarde. **Os problemas ligados à resistência viral, toxicidade e aderência devem ser sempre considerados na tomada de decisões.**

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

São objectivos do TARV:

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

IV.1.1. Aspectos particulares

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

- ↳ A exposição perinatal;
- ↳ A exposição in útero aos ARV;
- ↳ Uma avaliação diagnóstica, imunológica e virológica diferente;
- ↳ Alterações nos parâmetros farmacocinéticos, medicamentos em formulação por vezes inadequada, e;
- ↳ A aderência ao tratamento.

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

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

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

- a. A disponibilidade e sabor da formulação;
- b. O impacto do tratamento na qualidade de vida ou seja, número de medicamentos;
- c. A frequência de administração e necessidade de ingestão com ou sem alimentos;
- d. A capacidade dos profissionais responsáveis pela administração de esquemas complexos e sua possível interacção com outras drogas.

A aderência deve ser regularmente avaliada (por exemplo, através de questionários), bem como ser parte integrante da avaliação clínica de rotina.

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

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

Outros aspectos são:

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

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

Esta percentagem vai diminuindo à medida que a doença progride.

As determinações quantitativas do RNA HIV expressam a carga viral HIV no sangue periférico. O padrão difere nas crianças infectadas no período perinatal. Níveis altos (>100.000 cópias) persistem nas crianças por longos períodos e decrescem muito lentamente. A interpretação da variação do número de cópias de RNA HIV é difícil e deve ser feita por um especialista. No entanto é necessário salientar que:

- ✦ A medição deve ser feita usando sempre o mesmo método (uma vez que existem diferenças consideráveis entre os diferentes métodos).
- ✦ Normalmente não se altera o tratamento quando se verifica uma alteração importante no número de cópias de RNA HIV a não ser

que essa alteração tenha sido confirmada por uma segunda medição.

A carga viral é de difícil interpretação, mas o mais importante é de facto a tendência que ela mostra assim como os valores e a duração do declínio. **Indetectável**, não significa que o vírus foi eliminado, mas que o nível da virémia está abaixo da sensibilidade do teste. Os valores podem ser muito baixos ao nascimento e depois subirem nos primeiros 2 meses a níveis de até vários milhões, começando depois a declinar lentamente. É sempre necessário ter uma contagem de linfócitos CD4 para se poder avaliar correctamente a situação.

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

IV.2. Início do TARV

O início do TARV depende do CD4 e da idade da criança, como e apresenta no Quadro 5.

Quadro 5: Critérios para iniciar e considerar o TARV, com CD4 disponível

Marcador imunitário	IDADE		
	< 12 meses	1-3 anos	> 3 – 12 anos
-			
CD4 (%)	Tratar TODOS	< 20 %	< 15 %
CD4 abs. (cels/ mm³)		< 750	< 350
LT (cels/mm³)		< 3000	< 2000

IV.2.1. Critérios de inclusão

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

- ✚ Crianças utentes regulares das consultas de SIDA pediátrico;
- ✚ Criança que tenha um mínimo de 4 consultas;
- ✚ Crianças cujos responsáveis conseguem cumprir com a profilaxia regular pelo cotrimoxazol;
- ✚ O responsável pela criança deve ser capaz de compreender e de administrar a medicação proposta;

No Anexo 2 é apresentada a Ficha de Adesão ao TARV.

IV.3. Esquemas terapêuticos

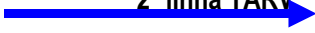
As opções terapêuticas são várias e no Quadro 6 apresentam-se 1ª Linha de tratamento TARV para as crianças.

Quadro 6: 1ª Linha de tratamento TARV nas crianças

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

No Quadro 7 é apresentado o esquema terapêutico, cuja mudança da 1ª para a 2ª linha está indicada em situações de intolerância, toxicidade e falência terapêutica.

Quadro 7: Esquemas terapêuticos e mudança de linha

1ª LINHA TARV = 2 NRTI + 1 NNRTI			
AZT + 3TC + NVP/ EFV			
d4T + 3TC + NVP / EFV			
ABC + 3TC + NVP / EFV			
AZT/ d4T + 3TC + ABC (usar em caso de tratamento concomitante para TP, em menores de 3 anos)			
2ª linha TARV = 2 RTI + 1 IP			
1ª linha TARV em falência	2ª linha TARV 		
	RTI (NRTI / NNRTI)	+	IP
2 NRTI + 1 NNRTI Com AZT ou d4T	ddl + ABC		LPV / r ou SQV / r
Com ABC	ddl + AZT		ou NFV
3 NRTI	ddl + EFV ou NVP		

Observações:

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

No Anexo 3 é apresentada a dosagem diária de ARV para pacientes pediátricos.

IV.4.TOXICIDADE

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

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

No Quadro 8 é apresentada a toxicidade aguda e crónica causadas por ARVs, através do seu o quadro clínico e laboratorial, bem como as implicações no manejo do TARV.

Quadro 8: Manifestações clínicas, laboratoriais e alterações terapêuticas de vido à toxicidade

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

<ul style="list-style-type: none"> • NVP: febre, mialgia, artralgia, hepatite, com ou sem rash. 		
Acidose láctica : (NRTI, em particular d4T)		
<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga e astenia • Sintomas gastro-intestinais : náuseas e vômitos , dor abdominal, hepatomegalia, perda de peso • Pode ter hepatite ou pancreatite • Pode ter dispneia • Pode sintomas neurológicos (neuropatia, fraqueza muscular, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidose láctica • ALT aumentada • CPK aumentada • LDH aumentada 	<ul style="list-style-type: none"> • Parar TARV até controle da sintomatologia • Os sintomas podem persistir ou agravar, mesmo depois de parar o TARV • Depois de controlado o doente, retomar o TARV substituindo a droga envolvida
Reacções adversas agudas e graves		
Rash de graus diversos a S. Stevens-Johnson (NNRTI, em particular Nevirapina , por vezes Efavirenz)		
<ul style="list-style-type: none"> • Rash surge 6-8 semanas após inicio TARV • Ligeiro a moderado: eritema macula-papular, confluyente, corpo e membros, sem sintomas sistémicos • Grave: rash extenso, com descamação, sintomas sistémicos como febre, lesões orais, conjuntivite, edema face • S. Stevens-Johnson ou necrose epidermica toxica 	<ul style="list-style-type: none"> • Transaminases elevadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Se o rash é ligeira-moderada, manter a dose de indução, sob supervisão e aumentar até dose de manutenção se tolerado • Se o rash é grave : Parar TARV até controle da sintomatologia • Parar definitivamente NVP • Depois de controlado o doente, retomar o TARV substituindo a droga envolvida (não dar mais NNRTI)
Anemia grave (AZT)		
<ul style="list-style-type: none"> • Palidez, astenia e taquicardia • Insuficiencia cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina muito baixa 	<ul style="list-style-type: none"> • Se refractaria ao tratamento (incluindo transfusão) parar o AZT e substituir por outro NRTI

Neutropénia grave (AZT)		
<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis • Infecções graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Neutrófilos muito baixos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se refractária ao tratamento (incluindo transfusão) parar o AZT e substituir por outro NRTI
Reacções adversas crónica e graves		
Lipodistrofia/S. metabólico (d4T; inibidores das proteases)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acumulação gordura – abdómen, nuca • Perda de gordura – face, extremidades membros • Resistência à insulina – incluindo diabetes • Risco de aparecimento de doença coronária posterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrigliceridemia • Hipercolesterolemia • Hiperglicémia 	<ul style="list-style-type: none"> • Substituir o d4T por AZT ou ABC • Substituir o IP por um NNRTI
Neuropatia periférica grave (d4T,ddl,por vezes 3TC)		
<ul style="list-style-type: none"> • Dor e parestesias nas mãos e pés • Recusa em andar • Perda distal de sensibilidade • Fraqueza muscular ligeira e arreflexia, por vezes 	<ul style="list-style-type: none"> • nenhuma 	<ul style="list-style-type: none"> • Substituir o NRTI envolvido por outro NRTI (d4T por AZT, por exemplo) • Sintomas levam várias semanas a resolver

No Quadro 9 é apresentada a toxicidade severa em crianças associada ao uso de 1ª linha de TARV e respectiva substituição dos ARV.

Quadro 9: Toxicidade associada ao uso de 1ª linha de TARV e respectivo ARV de substituição.

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

No Quadro 10 é apresentada uma avaliação da gravidade de alguns parâmetros clínicos e laboratoriais das toxicidades mais comuns em crianças.

Quadro 10: Parâmetros clínicos e laboratoriais das toxicidades mais comuns em criança

Parâmetro	ligeiro	moderado	grave	Potencialmente fatal
Estimativa geral da gravidade				
Caracterização do parâmetro	Não interfere com as actividades e funções normais	Interferência mínima. Requer monitorização	Interferência grave. Requer hospitalização	Interferência grave. Requer hospitalização e pode levar a morte ou deficiência
Hematológica				
Neutrófilos absolutos	750-1000 mm ³	500- 749 mm ³	250-499 mm ³	< 250 mm ³
Hemoglobina (> 2 meses idade)	8,5 – 10 g/dl	7,5 – 8,4 g/dl	6,5- 7,4 g/dl	< 6,5 g/dl
Plaquetas	100.000 – 125. 000/ mm ³	50 000 – 99 000/ mm ³	25 000 – 49 000/ mm ³	< 25 000/ mm ³
Outros parâmetros laboratoriais				
Colesterol	4,4 – 5,1 mmol/l	5,2 – 7,7 mmol/l	> 7,7 mmol/l	Não aplicavel
Glicémia normal	6,4 – 8,8 mmol/l	8,9 – 13,8 mmol/l	13,9 – 27,7 mmol/l	> 27,8 mmol/l
Glicémia em jejum	6,1 – 6,8 mmol/l	6,9 – 13,8 mmol/l	13,9 – 27,7 mmol/l	> 27,8 mmol/l
Lactato	< 2 x VN, sem acidose	≥ 2 x VN, sem acidose	≥ 2 x VN + pH<7,3	≥ 2 x VN + pH<7,3 + coma e alterações neurológicas
Triglicéridos	Não aplicável	5,6 – 8,4 mmol/l	8,5 – 13,5 mmol/l	> 13,5 mmol/l
Gastro-intestinal				
Parâmetros Laboratoriais (x VN = x valor normal)				
ALT	1,25 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	5,1 – 10 x VN	> 10 x VN

AST	1,25 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	5,1 – 10 x VN	> 10 x VN
Bilirrubina	1,1 – 1,5 x VN	1,6 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	> 5,0 x VN
Lipase	1,1 – 1,5 x VN	1,6 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	> 5,0 x VN
Amilase	1,1 – 1,5 x VN	1,6 – 2,5 x VN	2,6 – 5,0 x VN	> 5,0 x VN
Parâmetros clínicos				
Diarreia ≥ 1 ano	Fezes moles com aumento de até 3 dejeções/dia	Fezes líquidas com aumento de 4-6 dejeções/dia	Fezes sanguinolentas <u>ou</u> ≥ 7 dejeções/dia <u>ou</u> fluidoterapia IV	Choque hipovolémico
<1 ano	Fezes líquidas sem aumento dejeções	Fezes líquidas com aumento dejeções <u>ou</u> desidratação ligeira	Fezes líquidas com desidratação moderada	Fezes líquidas com desidratação grave <u>ou</u> choque hipovolémico
Náuseas	<24 horas, sem interferência com ingestão	24– 48 horas, com diminuição da ingestão	>48 horas, com diminuição ingestão e necessitando fluidoterapia IV	Náusea persistente, com ingestão mínima, com desidratação grave e fluidoterapia IV
Vómitos	Vómitos sem interferência com ingestão	Vómitos com desidratação ligeira	Vómitos com desidratação grave e fluidoterapia IV	Choque hipovolémico
Pancreatite	Não aplicável	Sintomática, sem hospitalização	Sintomática, com hospitalização	Hemorragia, sepsis, choque
Alérgico / Dermatológico				
Reacção alérgica sistémica	Urticária por algumas horas	Urticária que necessita medicação <u>ou</u> angio-edema leve	Urticária grave <u>ou</u> angio-edema com bronco-espasmo	Reacção anafiláctica <u>ou</u> bronco-espasmo severo <u>ou</u> edema laringeo
Rash cutâneo	Rash macular localizado	Rash macular <u>ou</u> maculopapular	Rash com vesículas <u>ou</u> bolhas <u>ou</u>	Lesões bolhosas extensas <u>ou</u> S. Stevens-Johnson

		generalizado	ulcerações superficiais ou nas mucosas 1 local	ou ulcerações mucosas > 2 locais ou necrolise epidermica toxica
Neurológico				
Alteração personalidade ou do comportamento	Sem interferência actividades e funções habituais	Com interferência mínima nas actividades e funções habituais	Com interferência importante nas actividades e funções habituais e necessitando intervenção	Comportamento perigoso para o próprio ou para os outros
Alteração do estado mental	Sem interferência actividades e funções habituais	Letargia ou sonolência mínima com interferência mínima nas actividades e funções habituais	Confusão e letargia com interferência importante nas actividades e funções habituais e necessitando intervenção	Delírio, obnubilação, coma
Fraqueza muscular inclui miopatia e neuropatia	Diminuição mínima da força muscular; Sem interferência actividades e funções habituais	Diminuição da força muscular; com interferência mínima nas actividades e funções habituais	Diminuição da força muscular; com interferência importante nas actividades e funções habituais	Fraqueza muscular incapacitante; por vezes causando depressão respiratória
Alteração neuro-sensorial, inclui neuropatia dolorosa	Assintomática ou com alteração sensorial mínima ou parestesias mínimas; Sem interferência actividades e	Alteração sensorial mínima ou parestesias mínimas; com interferência mínima nas actividades e funções	Alteração sensorial ou parestesias com interferência importante nas actividades e funções habituais	Alteração sensorial ou parestesias graves e incapacitantes

	funções habituais	habituais		
--	-------------------	-----------	--	--

IV.4. Critérios de falência terapêutica

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

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

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

As causas da falência terapêutica podem ser 3, nomeadamente:

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

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

IV.4.1. Critérios clínicos:

- ✦ Deterioração neurológica
- ✦ Falência de crescimento e/ou do desenvolvimento psicomotor;
- ✦ Mudança de categoria clínica (a mudança de categoria clínica, na presença de estabilidade imunológica e viral, nem sempre implica uma mudança de terapêutica).

IV.4.2. Critérios imunológicos:

- ✦ Mudança de categoria imunológica;
- ✦ Para as crianças que estão na categoria 3 (CD4 <15%), e que uma vez iniciado o tratamento nunca sobem de categoria.

IV.4.3. Critérios Viroológicos:

- ✦ Criança que tenha carga viral >30.000, em duas medições seriadas

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

Considerações a ter em conta na mudança do esquema terapêutico:

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

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

IV.4.4. Abordagem da falência terapêutica

IV.4.4.1. Falência terapêutica clínica:

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

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

No Quadro 11 estão esquematizados os eventos (novos ou recorrentes) a que o doente em TARV com falência terapêutica de causa clínica está sujeito, bem como o seu manejo, incluindo a tomada de decisão sobre a mudança de tratamento para a 2ª linha de TARV.

Quadro 11: Classificação clínica para tomada de decisão sobre a mudança para 2ª linha do TARV por falência terapêutica

Novo ou recorrente evento em doente em TARV	MANEJO
Estadio I	Não há mudança de linha
Estadio II	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar o evento • Avaliar adesão • Avaliar nutrição • Considerar CD4 • Não mudar de linha

Estadio III	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar o evento e verificar se esta em TARV > 6 meses • Avaliar adesão • Avaliar nutrição • Fazer CD4 • Consultas mais frequentes • Considerar mudança de linha
Estadio IV	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar o evento e verificar se esta em TARV > 6 meses • Avaliar adesão • Avaliar nutrição • Considerar CD4 • Mudança de linha

IV.4.4.2. Falência terapêutica de causa imunológica:

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

No Quadro 12 estão esquematizados os eventos (novos ou recorrentes) a que o doente em TARV com falência terapêutica imunológica está sujeito, bem como o seu manejo, incluindo a tomada de decisão sobre a mudança de tratamento para a 2ª linha de TARV.

Quadro 12: Uso de critérios imunológicos para tomar decisões de mudança para 2ª linha TARV por falência terapêutica

Novo ou recorrente evento em doente em TARV	MANEJO
Estadio I	Não há mudança de linha
Estadio II	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações clínicas e de CD4 frequentes, se observar descida de CD4 • Considerar mudança de linha se 2 CD4 em imunossupressão grave
Estadio III	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações clínicas e de CD4 frequentes, se observar descida de CD4 • Considerar mudança de linha se 2 CD4 em imunossupressão grave
Estadio IV	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança de linha necessária e a considerar, mesmo se CD4 não estiver em imunossupressão grave

De recordar que o uso de carga viral não é recomendado pela OMS como critério para mudança de linha. Contudo, este poderia ser usado nos casos em que permaneçam sérias dúvidas após avaliação clínica e imunológica. Nestes casos, o valor recomendado para mudança de linha de **ser >100.000 cópias ARN/ml**.

Os **linfócitos totais** embora substituam os CD4 no critério de início TARV, não podem ser usados como critério de mudança de TARV

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

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

IV.4. Profilaxia post-exposição ao HIV

IV.4.1. Critérios de inclusão

Estão abrangidas por esta medida todas as crianças expostas ao HIV de várias formas desde, nomeadamente:

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

IV.4.2. Manejo dos casos para profilaxia post-exposição

Deve-se ter em conta os seguintes aspectos:

1. A profilaxia post-exposição para o HIV deve iniciar-se logo que possível nas primeiras 6 horas após a exposição ao HIV ou o mais tardar até 48 horas.
2. A profilaxia deve incluir sistematicamente 3 ARV, dos quais :
 - a. AZT + 3 TC
 - ou
 - b. D4T + 3 TCAssociados a Lopinavir/ritonavir que existe em suspensão para menores de 12 kg e comprimidos para maiores de 12 kg.

3. Para o início da terapêutica, ter em conta o peso da criança:
 - a. Peso < 14 kgs - inicia D4T/ ATZ + 3TC (Comprimidos dispersíveis) + Lopinavir/ritonavir
 - b. Peso > 14 kgs – inicia D4T + 3 TC (comprimidos) + Lopinavir/ritonavir

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

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

CAPÍTULO V - INFECÇÕES OPORTUNISTAS EM CRIANÇAS COM HIV/SIDA

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

V.1. Infecções respiratórias

V.1.1. Pneumonia por *Pneumocystis carinii*

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

No Quadro 13 é apresentada de forma resumida, o seu agente etiológico, diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia.

V.1.2. Pneumonias Bacterianas

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

No Quadro 14 é apresentada de forma resumida, o seu agente etiológico, diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia.

V.1.3. Tuberculose (TB)

A infecção por HIV aumenta a susceptibilidade e risco de doença, pelo que se deve considerar sempre o diagnóstico de TB (**Figura 7**) em crianças suspeitas ou infectadas pelo HIV.

A prevalências de HIV em crianças com tuberculose que vivem em Países da região sub-sahariana de Africa varia entre 10 e 60 %. Moçambique, Pais desta região, apresenta igualmente uma alta prevalência e coexistência de SIDA e Tuberculose (TB).

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

O diagnostico da TB em crianças, nem sempre é fácil e constitui um desafio para os clínicos que trabalham em pediatria, sobretudo nos estadios precoces, em que a imunidade está pouco afectada. Na maior parte dos casos o diagnóstico é presuntivo, sobretudo nas crianças mais pequenas. Este baseia-se num quadro clínico sugestivo em criança com contacto intra-domiciliário com adulto infectado BK+, assim como numa boa resposta terapêutica por parte do paciente.

Quadro 13: Infecção respiratória oportunista - Pneumonia por *Pneumocystis carinii*

Pneumonia por *Pneumocystis carinii*

Agente etiológico

Pneumocistis Carinii

Diagnóstico:

A. Clínico

- início agudo
 - febre moderada < 38°C
 - tosse seca ou produtiva
 - taquipneia e/ou dispneia moderada a grave
 - cianose
 - apneia nos lactentes
 - auscultação pulmonar pouco reveladora.
-

B. Radiológico

- Inicialmente infiltrado intersticial peri-hilar, que evolui para infiltrado bilateral difuso e, pode progredir para processo alveolar ou padrão alveolar com broncograma aéreo.
 - Opacificação completa do pulmão com evoluir da doença, por derrame pleural ou por condensações lobares ou nódulos parenquimatosos
 - Pneumotórax
 - Pneumomediastino
 - Adenopatias hilares ou mediastínicas
-

C. Laboratorial

Métodos indirectos:

- Aumento da LDH (320 a 2000 UI)
- PaO₂ <70 mmHg

Métodos directos:

- Isolamento do *P. carinii* em: lavado gástrico, expectoração, aspirado traqueal ou broncoalveolar
 - Biópsia pulmonar
-

Tratamento:

Inicial:

- Cotrimoxazol, oral ou EV, 20 mg TMP/kg/dia, 6/6 h, 14 a 21 dias

- Oxigénio

Alternativo:

- Dapsona, 1mg/kg/dia + TMP 20 mg/kg/dia, VO, 4xdia, 21 dias

- Pentamidina, 4mg/kg/dia, 1 x dia, EV, por 3 semanas

- Prednisolona associada a drogas nos casos graves:

1mg/kg/dia 12/12h nos primeiros 5 dias,

0,5mg/kg/dia 12/12h do 6º ao 10º dia,

0,25mg/kg/dia 1 vez dia até 21º dia

Quimioprofilaxia:

- CTZ 5 mg (TMP) kg/dia, VO, 1 x dia, a partir da 6ª semana de vida

Quadro 14: Infecção respiratória oportunista – Pneumonias bacterianas**Pneumonias bacterianas**

Agente etiológico 0 - 2 meses: Bacilos gram negativos, *Streptococcus* do grupo B, *S. aureus*.

2 meses - 5 anos: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*.

>5 anos: *S pneumoniae*, *S. aureus*.

Diagnóstico:**A. Clínico**

- Início agudo de febre e tosse

Exame físico:

- dispneia com ou sem tiragem,
- expansibilidade diminuída,
- macicez murmúrio vesicular diminuído,
- macicez, ferveores crepitantes,
- sopro tubárico.

B. Radiológico**RX Tórax:**

- pode apresentar padrão lobar, bronco-alveolar ou intersticial.
- derrame pode estar associado.

C. Laboratorial

- Hemograma:

leucocitose com neutrofilia ou leucopenia

aspirado traqueal ou lavado bronco-alveolar para baciloscopia e cultura.

- Hemocultura.

Tratamento:

<u>0 - 2 meses:</u>	<u>Doses/ kg/dia</u>	<u>Duração do</u>
		<u>TTo</u>
- Penicilina Cristalina	100 000 UI, EV, 6/6 h	10-14 dias
<u>ou</u>	100 mg, EV, 6/6 h	
- Ampicilina + Gentamicina	5mg/kg/dia, 12/12h	
<u>>2 meses:</u>		
- Penicilina Procaína,	50 000 UI , IM ,12/12	10 dias

<u>ou</u>	h	14 dias
Amoxicilina, <u>ou</u>	40 mg , VO , 8/8 h	10-14 dias
CAF	100 mg, EV, 4/4 h	14 dias
- Cloxacilina, <u>ou</u>	150 mg, EV, 6/6 h	14 dias
Eritromicina, <u>ou</u>	50 mg, VO, 6/6 h	14 dias
Ceftriaxona, <u>ou</u>	100 mg, EV, IM, 12/12	14 dias
Cefalexina,	h	
	50 mg, VO, 6/6 h	

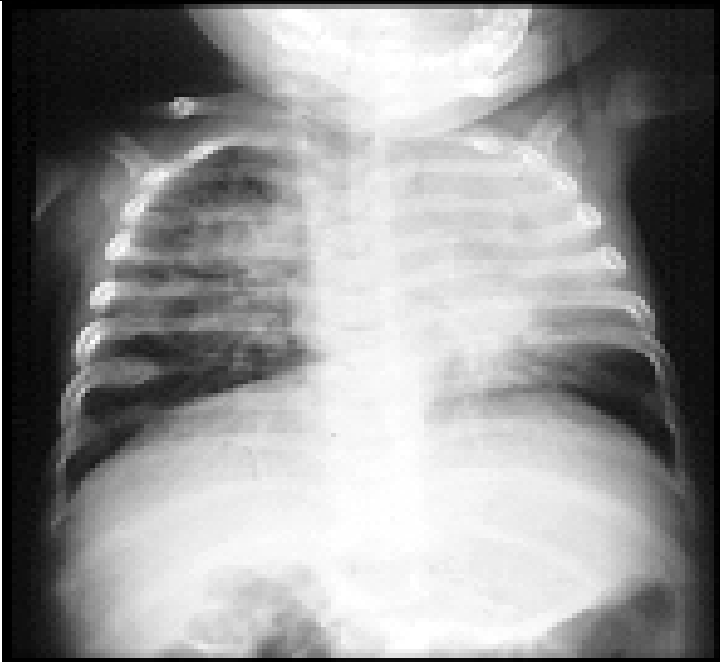


Figura 7: Rx do tórax de uma criança com TB

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

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

O tratamento de ambas as infecções em simultâneo, constitui um desafio devido às interações entre os medicamentos, em particular entre a

rifampicina e os medicamentos das classes NNRTI ou IP. Estas drogas têm vias metabólicas semelhantes e sua administração concomitante leva a níveis sub-terapêuticos dos anti-retrovirais.

Quadro 15: Infecção respiratória oportunista – Tuberculose (TB)**Tuberculose (TB)**

Agente etiológico	Bacilo de Koch.		
Diagnóstico:	Sintomas ou sinais gerais:		
A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - tosse seca ou produtiva, - febre, emagrecimento, - dispneia, - perda de peso, com evolução de 3 a 4 semanas, - alterações radiológicas que não respondem a antibioterapia habitual- 		
4			
	História de contacto com um adulto com TP		
B. Radiológico	RX do tórax:		
	<ul style="list-style-type: none"> - infiltrado difuso peri-hilar, - condensações, - cavernas, - adenopatias perihilares 		
C. Laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirado bronco-alveolar, lavado gástrico para BK. - Baciloscopia e cultura do lavado gástrico em lactentes e crianças pré-escolares - Hemoculturas para micobactérias - Biópsia do gânglio - Mantoux >5 mm, critério a usar em conjunto com outros factores preuintivos 		
D. Tratamento	Estadio Clínico	Início TARV após tratamento TB	Escolha do TARV
	IV	Iniciar TARV 2-8 semanas depois de TTT para TBC	Crianças <3 anos: - D4T ou AZT + 3TC + ABC <u>ou</u> - D4T ou AZT + 3TC + NVP
	III	Iniciar TARV depois do TTT para TB, de acordo com: - boa resposta clínica - contagem CD4 - manter o paciente em cotrimoxazol	Crianças >3 anos: D4T ou AZT + 3TC + ABC <u>ou</u> D4T ou AZT + 3TC + EFV

Em crianças com SIDA e tuberculose, deve-se:

- ✎ priorizar o início do tratamento tuberculostático; se a criança estiver nos estadios clínicos III ou IV; o TARV deve ser iniciado no espaço de 2 a 8 semanas após o início do tratamento de tuberculose;
- ✎ adiar o TARV, se o paciente demonstrar boa resposta terapêutica nas primeiras semanas após o início dos tuberculostáticos. Contudo, se a resposta clínica ao tratamento tuberculostático não for satisfatória, é melhor prosseguir logo com o TARV.
- ✎ ajustar as doses dos ARV, escolhendo a associação mais apropriada, de acordo com a idade do paciente (Quadro 15).
- ✎ prosseguir com o TARV, fazendo os ajustes necessários na terapêutica, quando a criança já está em TARV (**1ª linha**) e Ihe é diagnosticada uma TB (Quadro 16).
- ✎ assegurar que o IP em questão é o Lopinavir com ritonavir, com garantia de cadeia de frio, quando a criança está em 2ª linha de TARV (com IP) e Ihe é diagnosticada TB (Quadro 16).

Quadro 16: Manejo simultâneo de TB e HIV em crianças com diagnóstico de TB já em TARV

Diagnóstico TB no doente em TARV	Tipo de TB	TARV e tratamento TB	Regime TARV
1ª linha TARV	Infecção primária	- Continuar/ajustar TARV	Crianças <3 anos: - D4T ou AZT + 3TC + ABC ou - D4T ou AZT + 3TC + NVP Crianças >3 anos: - D4T ou AZT + 3TC + ABC ou - D4T ou AZT + 3TC + EFV
	S.R.I.		
	TB que aparece em falência terapêutica TARV	- Resposta ao TTT para TB pode ser usada para avaliar mudança TARV.	- 2ª linha TARV
2ª linha TARV	Infecção primária	Resposta ao TTT par TB pode ser usada para avaliar mudança ou paragem TARV	Manter 2ª linha TARV e aumentar doses de Ritonavir (=mg à dose LPV)
	TB que aparece em falência terapêutica TARV		

De recordar que não existem outros IP para uso pediátrico que se ser associados aos tuberculostáticos.

O síndrome de reconstituição imunitária tem sido observado em pacientes que recebem tuberculostáticos e TARV e que apresentam uma contagem inicial muito baixa de CD4. Este é caracterizado por um agravamento do quadro, visto depois de uma boa resposta inicial.

Este agravamento é caracterizado pelo início súbito de febre, linfadenopatia periférica e mediastinal, agravamento da lesão pulmonar, por vezes com

tuberculomas cerebrais. Tal quadro pode ocorrer nos primeiros três meses de TARV, com duração auto-limitante de 10 – 40 dias e pode por vezes necessitar de administração de prednisolona.

V.1.4. Infecção pelo Complexo (MAC)

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

No Quadro 17 é apresentada de forma resumida, o seu agente etiológico, diagnóstico, tratamento e quimioprofilaxia.

Quadro 17: Infecção respiratória oportunista – Infecção pelo Complexo MAC**Infecção pelo Complexo MAC****Agente etiológico** - *Mycobacterium Avium + Mycobacterium Intracellulare***Diagnóstico:****A. Clínico**

- febre prolongada,
- sudorese noturna,
- perda de peso ou dificuldade em ganhar peso,
- sintomas gastrointestinais,
- linfadenopatia,
- hepatoesplenomegalia,
- anemia

B. Laboratorial

- Leucopenia, fosfatase alcalina aumentada,
- Isolamento do MAC por cultura de sangue, aspirado da medula.
- Biópsia hepática, do intestino ou de gânglio.

Tratamento:

- Claritromicina, 15mg/kg/dia, VO, 2 x dia, 500 mg no máximo

E

- Rifabutina, 5mg/kg/dia, VO, 1 x dia, 300 mg no máximo

Quimioprofilaxia:

<u>Idade</u>	<u>CD4</u>	<u>Medicamento</u>
- Menos de 1ano	-750cél/mm ³	- Claritromicina, 7,5mg/kg 2 x dia
- 1 -2 ano	- 500cél/mm ³	ou
- 3 -5 anos	- 75cél/mm ³	- Azitromicina, 20mg/kg/dia,
- 6 -13 anos	-50cél/mm ³	1 x semana

V.1.5. Pneumonite intersticial linfoide (LIP)

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

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

V.1.6. Doença cardíaca e SIDA

Esta associação foi observada em pacientes com sintomas graves grupo C (CDC Atlanta). No Quadro 18 é apresentado o seu diagnóstico clínico incluindo as alterações cardiovasculares, a rotina de acompanhamento e o tratamento.

V.1.7. Outras pneumonias

Neste ponto faz-se referência às Pneumonias por *Citomegalovirus* e fungos. No Quadro 19 apresentam-se os seus agentes etiológicos, diagnósticos e tratamento.

V.1.8. Otites e Sinusites

No Quadro 20, apresentam-se os agentes etiológicos, o diagnóstico e tratamento da Otite Média Aguda (OMA), Otite Média Crónica e da Sinusite.

Quadro 18: Infecção respiratória oportunista – Doença cardíaca e SIDA

Doença cardíaca e SIDA

Diagnóstico:

A. Clínico

- dispneia não explicada,
- cianose,
- sopro cardíaco, ou alterações no sopro pré-existente,
- arritmias,
- ritmo em galope,
- sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva

Principais alterações cardiovasculares relacionadas à SIDA:

- miocardiopatia dilatada,
 - miocardite por HIV ou outros agentes.,
 - cor pulmonale,
 - arritmias,
 - pericardite bacteriana ou tuberculosa,
 - endocardite infecciosa.
-

B. Radiológico

RX do tórax:

- aumento da área cardíaca.
-

Rotina de acompanhamento

1ª consulta:

- avaliação clínica detalhada (RX do tórax PA e Perfil esquerdo, ECG e Ecocardiografia)

Semestralmente:

- repetir, se o paciente estiver no grupo C (CDC Atlanta)

Anualmente:

- repetir, se o paciente estiver no grupo A e B (CDC Atlanta)
-

Tratamento

- **correção dos factores agravantes**
 - **correção da insuficiência cardíaca congestiva:**
 - **digitálicos**
 - **diuréticos**
 - **melhoria das condições nutricionais**
 - **uso de anticoagulantes na presença de trombos.**
 - **drenagem pericárdica ou mesmo janela pericárdica no caso de tamponamento e pericardites purulentas**
 - **antibioterapia ou terapêutica específica conforme a etiologia.**
-

Quadro 19: Infecções respiratórias oportunistas – Outras pneumonias

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

Quadro 20: Infecções respiratórias oportunista – Otites e Sinusites

	Otite média aguda (OMA)	Otite média crônica	Sinusite
<u>Agente etiológico</u>	- <i>Streptococcus pneumoniae</i> , - <i>Haemophilus influenzae</i> , - <i>Moraxella catarrhalis</i> , - <i>Streptococcus pyogenes</i> , - <i>Staphylococcus aureus</i>	- <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , - <i>Staphylococcus aureus</i> , - <i>Proteus sp</i> , - <i>Escherichia coli</i> - <i>Staphylococcus sp.</i> - organismos anaeróbicos,	- <i>Streptococcus pneumoniae</i> , - <i>Hemophilus influenzae</i> , - <i>Moraxella catarrhalis</i>
<u>Diagnóstico:</u>		- Efusão serosa, mucóide ou puru-lenta no ouvido, por mais de 3 meses.	- inflamação dos seios da face,
A. Clínico	- otalgia, - febre ou irritabilidade, - otoscopia: membrana timpânica hiperemiada, opaca, abaulada, otorreia purulenta	- otalgia, - otorreia, - diminuição da acuidade auditiva - otoscopia	- tosse seca ou produtiva, - rinorreia, - febre, - halitose, - cefaleias.
B. Radiológico	---	---	- RX dos seios paranasais - TAC dos seios paranasais
C. Laboratorial	---	---	- Aspiração do seio, colheita para cultura
Tratamento	- Amoxicilina, 40/50 mg/kg/dia, 8/8h 12/12h, <u>ou</u> - Cotrimoxazol, 40 mg/kg/dia de - sulfametoxazol 12/12h, <u>ou</u> - Clavamox, 50mg/kg/dia de 8/8 h, <u>ou</u>	- Tratar como OMA por 14 dias se não melhora: - Aspiração do pús, associada a : - Ciprofloxacina, 30mg/kg/dia de 8/8 h ou 12/12h, <u>ou</u>	- igual ao da OMA, - manter o tratamento por mais 1 semana após a resolução dos sintomas, 4 -8 semanas. - Anfotericina B 1mg/kg/dia

- Cefaclor, 40mg/kg/dia de 8/8h, ou

- Claritromicina, 15mg/kg/dia de 12/12h, ou

- Azitromicina, 10mg/kg/dia

Casos graves:

NB: para sinusite crónica, pesquisar alterações anatómicas

- Duração: de 7 -10 dias

- Oxacilina, 150-200mg/kg/dia de 12/12h, IV, 6/6h, ou

- Ceftriaxona, 80 -100mg/kg/dia IV, 8/8h, 12/12h

- Duração: 14-21 dias

V.2. Infecções gastrointestinais

V.2.1. Candidíase oral e esofágica

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

Em geral caracteriza-se pela presença de placas esbranquiçadas extensas na cavidade oral. As suas variantes clínicas, diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 21.

V.2.2. Diarreia Aguda e Crónica

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

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

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

Note que qualquer enteropatógeno pode causar diarreia prolongada na criança com SIDA e que pode estar presente mais de um agente. Os

principais patógenos, diagnóstico e tratamento das diarreias são apresentados no Quadro 22.

Quadro 21: Infecção gastrointestinal oportunista - Candidíase oral esofágica

Candidíase oral esofágica			
Agente etiológico	<i>Candida</i> sp, sendo a mais comum a <i>Candida albicans</i> .		
Diagnóstico:	A. Clínico	B. Endoscopia	C. Laboratorial
- Estomatite cremosa	- placas brancas cobrindo a mucosa orofaríngea, - mucosa subjacente eritematosa, húmida, brilhante e hemorrágica, - dificuldade na alimentação.	---	-Microscopia directa - Cultura.
- Candidíase Atrófica	- mucosa oral muito hiperemiada, - perda de papilas da língua.	---	---
- Esofagite	- disfagia, - anorexia, - perda de peso, - pode estar associada ou não a candidíase oral	- Esofagoscopia	- Biopsia da mucosa
Tratamento :	- Nistatina (Candidíase oral), Dose - 400.000, UI, 1ml, 4 x dia, de 10 a 14 dias. - Ketoconazol (Candidíase oral e esofágica), Dose: 7 a 10mg/kg/dia, VO, de 10 a 28 dias. - Fluconazol (Candidíase oral e esofagica) em caso de falência terapêutica ao Ketoconazol, Dose - 3 a 6 mg/kg/dia, VO, 1 x dia, de 10 a 28 dias. - Anfotericina B: 1mg/kg/dia, IV, 1 x dia, infusão de 4 a 6 horas, máximo de 30mg/kg - só para casos graves ou resistência a drogas anteriores.		

Quadro 22: Diarreias - principais patógenos, diagnóstico e tratamento

Agen. etiológicos	Bactérias	Vírus	Parasitas	Fungo
	- <i>Campylobacter</i> Sp	-	- <i>C. parvum</i>	-
	- <i>Salmonella</i> Sp	- Citomegalovírus	-	- <i>Histoplasma</i>
	- MAC	- Adenovírus	- Microsporidium	
	- <i>C. difficile</i>	- Rotavírus	- <i>m</i>	
	- <i>E. coli</i>	- Astrovírus	- <i>Isospora</i>	
	- <i>Y. enterocolitica</i>	- Calicivírus	- <i>belli</i>	
	- <i>A. hydrophilia</i>		- <i>G. lamblia</i>	
			- <i>E. histolytica</i>	
			-	
			- <i>Cyclospora</i> ,	
			- <i>S. stercoralis</i>	
Diagnóstico				
A. Clínico	- Caracterizar a diarreia e fazer avaliação nutricional			
B. Endoscopia	- Esofagogastroduodenoscopia:			
(pacientes sem diagnóstico e sem resposta ao tratamento sintomático)	- Biópsia para pesquisa de MAC, <i>Cryptosporidium</i> , <i>Isospora</i>			
	- Aspirado duodenal para pesquisa de <i>Cryptosporidium</i> , <i>Isospora</i> , <i>Giardia</i> , <i>S. stercoralis</i>			
	- Colonoscopia			
C. Laboratorial	- Coprocultura (2 amostras)			
	- ELISA (por exemplo: <i>Rotavírus</i> , <i>Adenovírus</i>)			
	- Microscopia das fezes (pesquisa de leucócitos, sangue, ovos, parasitas)			
	- Hemoculturas			

- Tratamento
- Restaurar e manter o balanço hidroelectrolítico.
 - Cuidados nutricionais- dieta isenta de lactose
 - Tratamento específico segundo o agente:

Bactérias:

Campilobacter jejuni - **eritromicina ou ciprofloxacina, 7 a 10 dias**

C difficile - **metronidazol ou Vancomicina, 7 a 10 dias**

Shigella - **cotrimoxazol, ácido nalidixico, ciprofloxacina, 5 a 7 dias**

Salmonella - **cotrimoxazol, ceftriaxona, ciproflaxina**

Aeromonas - **cotrimoxazol**

E.coli - cotrimoxazol

Colite por Citomegalovírus - Ganciclovir

Parasitas:

Giardia - **metronidazol**

Cryptosporidium - **azitromicina**

Isospora - cotrimoxazol , **cotrimoxazol**

Microsporidium sp –sem tratamento, mas melhora muito com o **TARV**

Se não for identificado o patógeno dar cotrimoxazol e/ ou metronidazol

V.3. Infecção da pele

Neste ponto são abordadas diversas infecções da pele, nomeadamente, a **(i)** Escabiose, **(ii)** Prurido, **(iii)** Molusco Contagioso, **(iv)** Dermatite Seborreica, **(v)** Varicela, **(vi)** Herpres Zoster ou Zona, **(vii)** Herpres simples, **(viii)** Toxoplasmose e **(ix)** Citomegalovírus (CMV).

V.3.1. Escabiose

É uma infecção transmitida por contacto directo. O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 23.

V.3.2. Prurido

É uma dermatose de origem desconhecida relacionada a picada de insectos e frequente no paciente infectado pelo HIV. O seu diagnóstico e tratamento são apresentados igualmente no Quadro 23.

V.3.3. Molusco Contagioso

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

V.3.4. Dermatite Seborreica

O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 24.

V.3.5. Varicela

O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados igualmente no Quadro 24.

V.3.6. Herpes Zoster ou Zona

Resulta da reactivação do vírus da varicela. O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados igualmente no Quadro 24.

V.3.7. Herpes simples

Resulta da Infecção primária do HVS. O seu agente etiológico, diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 25.

Quadro 23: Infecções oportunistas da pele – Escabiose, Prurido e Molusco Contagioso

	Escabiose	Prurigo	Molusco Contagioso
Agente etiológico	- <i>Sarcoptes Scabies</i>	Desconhecido	Vírus <i>Poxvírus</i>
Diagnóstico:			
A. Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões vesiculo-papulosas, escoriativas, c/ crostas, pruriginosas. - Localização: axilas, periumbilical, pregas interdigitais, punhos, nádegas, genitais, palma e plantas nos lactentes, face e couro cabeludo - Sarna Norueguesa: exacerbação das lesões de uma forma generalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erupção pápulo-eritematosa, pruriginosa, muitas vezes com crostas, - Localização: superfícies extensoras dos membros, tronco, - Carácter crónico e recidivante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões papulosas com umbilicação central, - Localização: face, tronco, região genital, perianal e membros, - Tendência a recidivas.
B. Laboratorial	---	---	- Histopatológico
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene: banho com água e sabão, lavar a roupa pessoal e de cama com água quente e 	Sintomático: <ul style="list-style-type: none"> - Anti-histaminicos orais (Clorfeniramina, Dihidralazina), <u>ou</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Curetagem, <u>ou</u> - Electrocauterização, <u>ou</u>

sabão.

- Hexacloroeto de benzeno, aplicar 3 noites depois do banho (repetir depois de 1 semana).

- Monossulfiram, diluir 1/3 de água durante 3 noites.

- Benzoato de benzila 20% a 30% diluir 1/10 no 1º ano de vida e 1/5 depois de 1 ano.

- Tópicos de cânfora e mentol, ou

- Loção de calamina

- Crioterapia com azoto líquido.

Quadro 24: Infecções oportunistas da pele – Dermatite seborreica, Varicela e Herpes – Zoster ou Zona

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

Quadro 25: Infecções oportunistas da pele – Herpes simples

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

V.3.8. Toxoplasmose

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

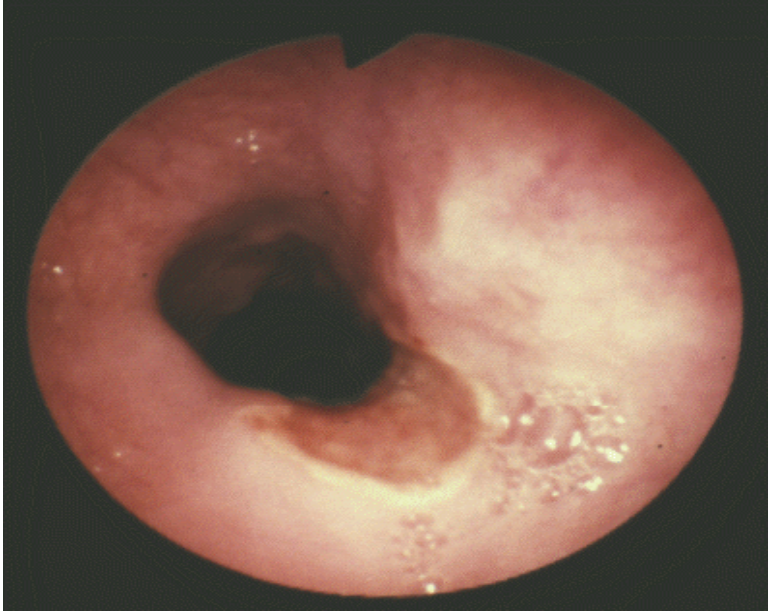
A Toxoplasmose congénita no início da gestação leva a abortos ou lesões oftalmológicas e neurológicas graves. A infecção no 2º e 3º trimestre de gestação resulta em doença subclínica. A maioria dos pacientes é assintomática mas podem desenvolver sequelas. O diagnóstico destas formas clínicas, o seu diagnóstico e tratamento são apresentados no Quadro 26.

Quadro 26: Infecções oportunistas – Toxoplasmose

Toxoplasmose			
A. etiológico	<i>Toxoplasma gondii</i>		
Diagnóstico:			
A. Clínico	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <u>Toxoplasmose congénita:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - icterícia, - calcificação intracraniana, - rash maculopapular, - microcefalia. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <u>Toxoplasmose adquirida:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - lesões no cérebro, - linfadenopatia, - erupção cutânea, - coriorretinite. </td> </tr> </table>	<u>Toxoplasmose congénita:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - icterícia, - calcificação intracraniana, - rash maculopapular, - microcefalia.	<u>Toxoplasmose adquirida:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - lesões no cérebro, - linfadenopatia, - erupção cutânea, - coriorretinite.
<u>Toxoplasmose congénita:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - icterícia, - calcificação intracraniana, - rash maculopapular, - microcefalia.	<u>Toxoplasmose adquirida:</u> - febre, - hepatoesplenomegalia, - lesões no cérebro, - linfadenopatia, - erupção cutânea, - coriorretinite.		
B. Radiológica	- RX do crânio: calcificações dispersas - TAC com lesões nodulares		
C. Laboratorial	- Serológico: IgG positiva, IgM aumentada na fase aguda, - PCR - Elisa - Imunofluorescencia indirecta - LCR xantocromico com eosinofilia		
<u>Tratamento :</u>	- Sulfadiazina, 80-100mg/kg/dia, VO, 2 a 4 x dia, máximo de 3g/dia, - Pirimetamina, 1mg/kg/dia, VO, máximo de 25mg/dia com dobro da dose nos primeiros 2 dias, - Acido Folínico , 5 -10 mg, VO, 1x dia, a cada 3 dias. - O esquema deve ser feito por 4 -6 semanas		
<u>Quimioprofilaxia:</u>	- Evitar a exposição a fezes de gato, carnes mal cozidas, vegetais e frutas mal lavados. - Cotrimoxazol, 5 mg/kg de TMP diário - Alérgicos ao cotrimoxazol: Dapsona 2 mg/kg, dia + Pirimetamina 1 mg/kg/d + Acido folico 5 mg oral/dia		

V.3.9. Citomegalovírus (CMV)

É uma patologia comum na fase avançada da doença (Figura 8). A sua transmissão ocorre através dos fluidos corporais, como o sangue, urina, saliva, lágrimas, fezes, leite materno, secreções da orofaringe e genitais. O seu agente etiológico, diagnóstico das patologias associadas e o tratamento são apresentados no Quadro 27.



Quadro 27: Infecção oportunista - Citomegalovírus (CMV)

Agente etiológico	Citomegalovírus (CMV)	
Diagnóstico:	Citomegalovírus (CMV)	
Patologias associadas:	A. Clínico	B. Laboratorial
Corioretinite:	<ul style="list-style-type: none">- infecção intraocular mais comum em crianças portadoras de SIDA.- exame ocular rotineiro a cada 6 meses aos pacientes com SIDA.	<ul style="list-style-type: none">- Fundoscopia de exsudato branco-amarelado, hemorragia, edema, áreas necróticas, descolamento da retina
Doença gastrointestinal:	<ul style="list-style-type: none">- astenia, anorexia, febre, perda de peso, dores abdominais, úlceras gastrointestinais, rectorragias.- lesões no esófago, estômago, trato biliar, fígado e cólon.	<ul style="list-style-type: none">- Biópsia do local afectado,- Cultura
Doença neurológica:	<ul style="list-style-type: none">- encefalite,- mielite,- neuropatia periférica	---
Pneumonia viral:	<ul style="list-style-type: none">- processo intersticial difuso, caracterizado por febre, tosse não produtiva e dispneia	<ul style="list-style-type: none">- Isolamento do vírus no lavado broncoalveolar e material de biópsia,- testes serológicos
B. Laboratorial e serológico	<ul style="list-style-type: none">- Isolamento do vírus no lavado broncoalveolar e material de biópsia,- Testes serológicos.	
C. Tratamento:	inicial: <ul style="list-style-type: none">- Ganciclovir: dose de indução - 5mg/kg/dose, EV, 2 x dia, 14 - 21 dias, (infusão >1 hora) manutenção: <ul style="list-style-type: none">- Ganciclovir, 6 mg/kg/dia, EV, 1 x dia, IV, 5 dias por semana, diluído em soro fisiológico a 0,9% em 1 hora.- Efeitos colaterais: neutropenia, deve ser feita contagem de leucócitos de 3/3 dias nos primeiros 14 dias; doentes com história prévia de leucopénia ou com neutrófilos inferiores a 1000células/ mm³, fazer o leucograma diário, neutrófilos inferiores a 500/mm³ suspender o tratamento.- Outros efeitos colaterais: trombocitopenia, náuseas, diarreia, aumento das transaminases, hipoglicemia. alternativo inicial: <ul style="list-style-type: none">- Foscarnet 60 mg/kg/, EV, de 8/8h. alternativo de manutenção: <ul style="list-style-type: none">- Foscarnet, 90 a 120 mg/kg/dia, EV, 1x dia.	

NB: É nefrótico, causa náuseas, anorexia, convulsões, hipocalcemia e hipomagnesemia.

alternativo:

- Clindamicina, 50 mg/kg/dia, 8/8 horas, 4 - 6 semanas

Profilaxia:

- Comer carne bem cozida

- Lavar bem os alimentos

- Quimioprofilaxia com ganciclovir às crianças >6 anos (ainda em estudo)

V.4. Manifestações neurológicas

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

V.4.1. Encefalopatia por HIV

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

No Quadro 28 são apresentadas as suas variantes clínicas directamente relacionadas com o HIV (Encefalopatia não progressiva e Encefalopatia progressiva) e as referidas de forma indirecta, ou seja, agentes que podem actuar como causa de manifestações neurológicas no quadro de infecção (Neuropatia periférica, Citomegalovírus, Toxoplasmose, e Infecção por *Cryptococcus*, *Candida* e *Micobactérias*), bem como o seu diagnóstico.

V.4.2. Meningites

As Meningites relacionadas com o quadro de infecção pelo HIV englobam as (i) Bacterianas, (ii) Tuberculosa (característica da fase avançada de imunodepressão) e, a (iii) Criptocócica, cujos agentes etiológicos, diagnóstico e tratamento são resumidos no Quadro 29.

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

IV.5. NEOPLASIAS

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

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

Os factores relacionados ao desenvolvimento de neoplasias são a:

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

Quadro 28: Manifestações neurológicas oportunistas – Encefalopatia por HIV

Encefalopatia por HIV

Diagnóstico:

A. clínico

E. Progressiva:

- ADPM
 - microcefalia
 - sinais extrapiramidais
 - distúrbios cognitivos
-

E. Progressiva:

- quadro anteriormente referido com gravidade, associado
 - regressão psicomotora
-

Neuropatia Periférica:

- polineuropatia inflamatória
 - paresia progressiva com arreflexia
 - polineuropatia sensitiva distal
 - parestesias com dor
-

Citomegalovírus:

Toxoplasmose:

Já referidos

**Infecção por
*Criptococcus, Candida e
Mycobactéria:***

anteriormente

B. Radiológico

- TAC
 - RMI
-

C. Laboratorial

- LCR
-

Rotina de acompanhamento

- exame neurológico,
 - avaliação de desenvolvimento motor, regularmente na consulta
 - testes psicométricos
-

Tratamento

O tratamento da encefalopatia por HIV é o TARV, associado a fisioterapia e reabilitação ortofonica,

quando necessário.

Quadro 29: Manifestações neurológicas oportunistas – Meningites

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

durante 14 dias

- > 3 anos: Penicilina cristalina
500.000 UI/ kg/dia, EV, 4/4 h +
Cloranfenicol 100mg/kg/dia, EV,
6/6h, ou Ceftriaxona 100 - 150
mg/dia, 2x dia, 10 dias

- Se apresentar sinais de
hipertensão intracraniana:
Manitol 10%, 1ml/kg, EV, 6/6h,
ou Furosemida, 1-2 mg/kg/dia

- Prednisolona, 1-2 Fluconazol, 3-6
mg/kg/dia (1 mês) mg/kg/dia, 1 x dia,
VO, 6-10 semanas

Fase de manutenção: 6
meses

- RH, 10-15 mg/kg/dia

IV.5.1. Sarcoma de Kaposi

O Sarcoma de Kaposi (Figura 9) acomete raramente crianças, à exceção das infectadas pelo HIV e particularmente em África. É a doença maligna mais frequente nas crianças com SIDA, aparecendo mais no sexo masculino (4:1) e em menores de 5 anos.



Figura 9: Sarcorma de Kaposi

No Quadro 30, são descritos o seu agente etiológico, formas clínicas, diagnóstico e tratamento. De salientar que o TARV melhora imenso o quadro clínico, mas com frequência temos que associar a quimioterapia. Na quimioterapia, a droga mais eficaz é o paclitaxel, mas sendo esta cara e de difícil acesso, em Moçambique utilizamos a associação de vincristina e doxorubicina.

IV.5.2. Linfoma de Hodgkin

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

IV.5.3. Linfoma não Hodgkin

São linfomas altamente malignos, de células B extranódulares. No Quadro 30, são descritos o seu diagnóstico e tratamento.

IV.5.4. Linfoma não Hodgkin primário do SNC

O Linfoma não Hodgkin primário do SNC é uma neoplasia com um prognóstico pobre. A sobrevida varia entre 5 a 6 anos para maioria dos regimes, dependendo do estado clínico, da contagem CD4 <100 e do envolvimento da medula óssea. No Quadro 30, são igualmente descritos o seu diagnóstico e tratamento.

Quadro 30: Manifestações neoplásicas – Sarcoma de Kaposi, Linfoma não Hodgkin e Linfoma não de Hodgkin primário do SNC

	Sarcoma de Kaposi	Linfoma não Hodgkin	Linfoma não de Hodgkin primário do SNC
Agente etiológico	Herpes vírus HHV-8	---	---
Diagnóstico:	.	.	.
A. clínico		- dor pleurítica,	- letargia,
Mucocutânea:	- aparece no estágio inicial, com lesões cutâneas violáceas ou acastanhadas, planas, ou elevadas por vezes nodulares	- hepatomegalia, - fadiga, - astenia,	- confusão, - perda de memória, - convulsões,
Linfadenopática	- localização generalizada, incluindo palmas das mãos, plantas dos pés pálpebras, couro cabeludo e canal auditivo. - Predominante em África	- localizam-se nos estô-mago, pulmões, ou glân-dulas salivares.	- hemiparesia.
B. Laboratorial	- Biópsia do nódulo ou do ganglio linfático	---	- LCR- aumento da celularidade mononuclear e das proteínas, diminuição da glicose
Tratamento :	- TARV (Remissões tem sido descritas após terapia com TARV) - Quimioterapia local ou sistémica, com vincristina e doxorubicina - Radioterapia	- Deve-se ter em conta o estadiamento para efeitos de quimioterapia.	- TAC, RMI, Biópsia Regimes: - M-BACOD com metotrexato, bleomicina, adriamicina, ciclofosfamida, vincristina e dexametasona. - Citoxan, metotrexato, vincristina e prednisolona

CAPÍTULO V – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS E APOIO PSICOSSOCIAL

V.1. Generalidades

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

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

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

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

- Crianças que estão em TARV e têm problemas de adesão

Esta actividade visa :

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

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

Como o Serviço Nacional de Saúde não dispõe de pessoal em número suficiente para esta actividade, é essencial contar com o apoio de activistas treinados para o efeito. Estes activistas são treinados usando os materiais do MISAU sobre CD, assim como material sobre apoio psicossocial. Eles devem receber um kit de medicamentos básicos como analgésicos, SRO, violeta de genciana, e outros artigos como luvas, compressas, ligaduras e desinfectantes. É essencial que o activista não trabalhe isoladamente, mas

integrado numa equipe de saúde controlado pelo enfermeiro, a quem presta relatório e de quem recebe apoio técnico.

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

V.2. Actividades dos CD

As actividades ao domicilio consistem em :

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

V.2.1. Apoio psicossocial

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

BIO - Biológica, física (por exemplo: sede, fome, fraqueza, dor).

PSICO- Psíquica e espiritual (por exemplo: tristeza, alegria, depressão, stress, crenças, religião).

SOCIAL – Pessoas ao redor, recursos sociais (por exemplo: família, amigos, professores, enfermeiros, líderes comunitários).

1- Seleccionar o seu pessoal

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

Este deve ser capaz de:

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

- Conhecer as doenças oportunistas para poder identificá-las e intervir quando necessário.
- Saber pedir ajuda, quando necessário.
- Ajudar a informar a família sobre o diagnóstico de HIV/SIDA para desencorajar a discriminação da criança.
- Respeitar a confidencialidade sobre o estado de saúde da criança.
- Encorajar a criança a brincar e aprender. A criança doente não deve sentir-se diferente dos outros.
- SEMPRE respeitar e defender os direitos da criança.

2- Ligação com a US:

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

3- Avaliar e assegurar um apoio social

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

4- Avaliar o seguinte:

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

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

- Referir à **US ou Hospital** quando for necessário (criança muito doente com sintomas agudos: respiratórios/ gastro-intestinal/TP/problemas neurológicos/desnutrição, febre persistente; diarreia com desidratação).
- Pode ser que seja necessário informar um responsável **na escola** se houver discriminação da criança e/ou dos seus irmãos.

- Referir a criança a um **programa de alimentação** (PMA, machambas comunitárias para apoio alimentar às crianças seropositivas, ou outro.)

6 – Apoiar os pais se forem seropositivos

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

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

- Com frequência, a preparação da criança para a morte de um pai, familiar ou se estiver grave, a sua própria morte é difícil. Nesta fase, o cuidador precisará de ajuda de uma colega.
- Manter a pessoa limpa e confortável. Respeitar a sua dignidade.
- Ouvir a percepção sobre a morte da pessoa em estado terminal e dos familiares.
- Criar uma caixa de memórias para a pessoa que vai perder o familiar.
- Oferecer apoio durante as últimas horas e, se possível, estar presente.

- Continuar a visitar a família depois da morte. Se for uma criança que perdeu um pai ela vai precisar de uma figura parental. A criança pode isolar-se ou apegar-se a alguém.
- Continua ser importante falar sobre a morte e ouvir a percepção da criança. Visitas diárias são necessárias neste caso.

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

CAPÍTULO VI – NUTRIÇÃO DA CRIANÇA HIV POSITIVA

VI.1. Considerações gerais

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

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

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

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

VI.2. Causas de uma nutrição deficiente e sua resolução

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

VI.2.1. Suporte nutricional

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

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

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

VI.2.2. Outras soluções

O Quadro 33 apresenta outras soluções que podem ajudar as crianças com HIV/SIDA, nomeadamente:

Quadro 33: Causas para uma nutrição deficiente e possíveis soluções

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

	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Oferecer líquidos com alto teor em calorias entre as refeições; ↳ Oferecer alimentos antes da toma de medicamentos que possam provocar náuseas; ↳ Repousar uma hora após as refeições; elevar a cabeça com almofadas.
Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Compensar as perdas com SRO e outros líquidos, como por exemplo, água, sumos, água de coco ou sopas; ↳ Administrar refeições pequenas, frequentes, compostas por papas fermentadas, fruta como banana ou vegetais como batata ↳ Se considerada intolerância a dissacáridos, substituir leite por caldos de peixe, frango ou legumes com arroz, se possível; ↳ logurte quando tolerado ↳ Evitar alimentos muito doces
Perda de peso	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Proporcionar alimentos proteicos, como a carne, peixe, ovo, legumes, feijão e amendoim; ↳ Adicionar gordura às refeições (energia concentrada), como por exemplo, óleo, margarina, amendoim (torrado ou pilado); ↳ Acrescentar açúcar, mel ou compotas.

Note que:

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

CAPÍTULO VII – OUTROS ASPECTOS

VII.1. Calendário Nacional de Vacinação

Não há contra-indicação em relação às vacinas na criança seropositiva, pelo que se deve seguir o calendário nacional de vacinação em vigor no país, apresentado no Quadro 34.

Quadro 34: Calendário Nacional de Vacinação

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

VII.2. Consulta de Seguimento

Esta consulta é de periodicidade mensal e tem como principais objectivos:

- O controle do crescimento estatura-ponderal e desenvolvimento psicomotor da criança;
- O tratamento das infecções agudas;
- O diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas;
- A educação e suplementação nutricionais;
- O controle da vacinação;
- O aconselhamento sobre HIV/SIDA;
- A profilaxia com Cotrimoxazol;
- O tratamento com ARVs;
- O apoio psico-social à família.

Durante a consulta o clínico deve:

(i) Solicitar análises:

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

A criança em TARV deve fazer as seguintes análises:

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

(ii) Efectuar :

- Um exame físico;
- O despiste e tratamento de infecções oportunistas;

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

NB: A criança filha de mãe seropositiva, deve repetir o teste rápido para HIV depois dos 18 meses para confirmar o diagnóstico (e / ou 3 meses apos o desmame)

VII.2.1. Normas de Profilaxia com o Cotrimoxazol

A profilaxia com Cotrimoxazol consiste na:

- Administração a todos os filhos de mãe HIV +, depois de 1 mês de idade , a quem se suspende, se :
 - Depois dos 18 meses, fôr HIV (-)
 - Em qualquer altura tiver CD4 > 20%
- Administração a todas as crianças HIV + com CD4 < 20%
- Administração a todas as crianças HIV+/sintomáticas nas quais não foi possível avaliar o CD4.

VIII. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Pediatric AIDS, Philip. A Pizzo, Catherine M. Wilfert 3^a edition, 1998
2. Ministério da Saúde do Brasil, guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em criança,
3. USP/AIDS, guidelines for the prevention of oportunicistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus, a summary. *annals of int.med*, 124,1998
4. Centers for disease control and prevention, 1997 reversed guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for children infected with or perinatally exposed to human immunodeficiency virus. *MMWR* 44, 1997
5. Instituto de puericultura e pediatria Martagão Gestirra, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Manual para o Acompanhamento da criança infectada pelo, 2001
6. Ministério da Saúde do Brasil, guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em criança, 2002/2003
7. Pediatric Human Immunodeficiency virus(HIV), infection, guidelines of pediatric HIV infection, American Academy of Pediatrics, 2000
8. Handbook of pediatric Psychology, Michael C. Roberts, 2003
9. HIV infection in children, Jaqueline J. Q Mok. Mane – Louise Newell, 1995
10. WHO ART Paediatric Guidelines 2006, amended in 2008.
11. [Update on antiretroviral therapy](#). Riordan, A; Bugembe, T. *Archives of disease in childhood*, 94 (1): 70-74 Jan 2009
12. Early Antiretroviral Therapy and Mortality among HIV-Infected Infants
13. Avy Violari, Mark F. Cotton, Diana M. Gibb, Abdel G. Babiker, Jan Steyn, Shabir A. Madhi,
14. Patrick Jean-Philippe, James A. McIntyre, for the CHER Study Team
15. *N Engl J Med* 2008;359:2233-44.

16. Morbidity in HIV-1-Infected Children Treated or Not Treated with Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), Abidjan, Cote d'Ivoire, 2000–04. Carsten Walenda, Alain Kouakoussui, Alain Rouet Francois, Wemin Louise, Anaky Marie-France and Msellati Philippe. *Journal of Tropical Pediatrics Advance Access published December 9, 2008*
17. [Current And Future Antiretroviral Treatment Options In Paediatric HIV Infection](#). Giaquinto, C; Morelli, E; Fregonese, F; et al. *Clinical Drug Investigation*, 28 (6): 375-397 2008
18. [Potential Impact Of Infant Feeding Recommendations On Mortality And HIV-Infection In Children Born To Hiv-Infected Mothers In Africa: A Simulation](#). Atashili, J; Kalilani, L; Seksaria, V; et al. *BMC Infectious Diseases*, 8: Art. No. 66 May 16 2008
19. [HIV Care and Treatment For Children In Resource-Limited Settings](#). Callens, SFJ; Mckellar, MS; Colebunders, R. *Expert Review Of Anti-Infective Therapy*, 6 (2): 181-190 Apr 2008
20. Making a working clinical diagnosis of HIV infection in infants in Zimbabwe . Peter Iliff, Robert Ntozini, Kusum Nathoo, Ellen Piwoz, Lawrence Moulton, The ZVITAMBO Study Group , Jean Humphrey. *Tropical Medicine and International Health* .volume 13 no 12 pp 1459–1469. December 2008
21. Differences in Factors Associated With Initial Growth, CD4, and Viral Load Responses to ART in HIV-Infected Children in Kampala, Uganda, and the United Kingdom/Ireland
22. Addy Kekitiinwa, Katherine J. Lee, A. Sarah Walker, Albert Maganda, Katja Doerholt, Sabrina B. Kitaka, Alice Asiimwe, Ali Judd, Philippa Musoke, Diana M. Gibb, on behalf of the Collaborative
23. HIV Paediatric Study (CHIPS) Steering Committee and the Mulago Cohort Team. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;49:384–392
24. Diagnostic and Management Challenges for Childhood Tuberculosis in the Era of HIV

25. B. J. Marais, S. M. Graham, M. F. Cotton, N. Beyers. *The Journal of Infectious Diseases* 2007; 196:S76–85
26. Nutritional recovery in HIV infected and uninfected children with severe acute malnutrition. Pamela Fergusson, Jobiba Chinkhumba, Carlos Grijalva-Eternod, Theresa Banda, Catherine Mkangama and Andrew Tomkins. *Arch. Dis. Child. published online 31 Oct 2008*;
27. [Infant feeding and HIV in Sub-saharan Africa: what lies beneath the dilemma?](#)
Fletcher, FE; Ndebele, P; Kelley, MC. *Theoretical medicine and bioethics*, 29 (5): 307-330 sep 2008
28. [HIV/AIDS In Children: A Disaster In The Making](#). Coovadia, HM; Schaller, JG. *Lancet*, 372 (9635): 271-273 Jul-Aug 2008
29. [Association Of Maternal HIV Infection With Increase Of Infant Mortality In Malawi](#). Hong, R. *Journal Of Paediatrics and Child Health*, 44 (5): 291-296 May 2008

ANEXOS

ANEXO 1: ALGORITMO PARA A TESTAGEM DA CRIANÇA EXPOSTA

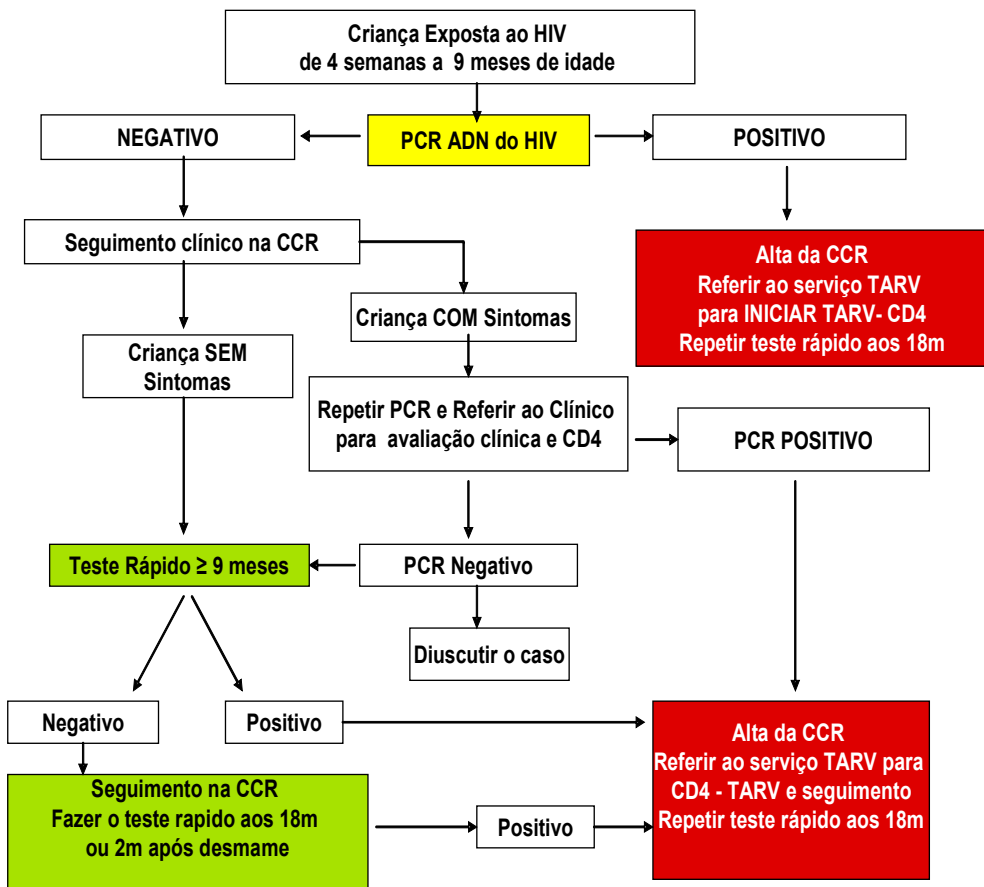


Figura 9: Algoritmo de Diagnóstico no 1º Ano de Vida com PCR ADN para o HIV e conduta para o seguimento da criança exposta

ANEXO 2: FICHA DE ADERÊNCIA INICIAL AO TARV



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

Data da entrevista _____ Pessoa responsável

1. DADOS DO PACIENTE	
Nome:	
NID:	Data de nascimento
TARV Code	Sexo M () F ()
Nome da mãe:	
Status HIV da Mãe: Positivo (); Negativo(); Desconhece (); Recusa o teste()	
Escolaridade da mãe:	Frequenta a escola? Sim () Não()
Ocupação da mãe:	
Nome do pai:	
Status HIV do pai: Positivo (): Negativo(): Desconhece (): Recusa o teste()	
Escolaridade do pai:	Frequenta a escola? Sim () Não()
Ocupação do pai	
Outros cuidadores Sim (); Não() Avós (); Vizinho (); Tios (); Irmãos (); Primos (); Outros	
Informação sobre o cuidador se não for pai ou mãe:	
Idade:	Rendimento:
2. DIAGNÓSTICO	
Conhece o diagnóstico da criança?	Sim (); não ()

Quando soube?	
Aconselhamento Pre-teste?	Sim (); Não ()
Quando foi feito?	
A criança conhece o seu diagnóstico?	Sim (); Não sabe (); Não ()
Se sim, como soube?	
Fala sobre a doença?	Sim () Nao ()
Se não, porquê?	
O que diz à criança quando vem ao Hospital?	

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

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

Problemas identificados _____

ANEXO 3: DOSAGEM DIÁRIA DE ARVs PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. Inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa

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

B. Análogos Nucleosídeos Inibidores da Transcriptase Reversa

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

kg.

Dose terapêutica: 180mg/m² de
6/6 horas.

Dose máxima:200mg/6horas

C. Inibidores das Proteases

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

D. Lista de ARV's combinados existentes no mercado:

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

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

ANEXO 4: FICHA DE ACTIVIDADE DOMICILIÁRIA



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

Ficha de Actividade a Domiciliária

DATA ___ / ___ / ___

1. Nome do doente: _____ NID _____

Cod TARV _____

Morada _____

2. Chefe do agregado familiar:

Nome _____

Idade _____ anos;

Profissão _____

3. N.º pessoas agregado: Adultos _____

Crianças _____

4. Rendimento médio do agregado: _____ MT

5. Tipo habitação (assinalar): alvenaria (); madeira/zinco (); palhota

() - N.º quartos _____

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

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

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

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

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

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

Datas de consulta: ____/____/____; ____/____/____;
____/____/____

Estado de conservação dos medicamentos em casa (assinalar):

bom (); médio (); mau ()

Problemas sociais: _____ _____ _____ _____
