

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CIRCUITO RÁPIDO DA AIDS AVANÇADA

Fluxogramas



Brasília – DF
2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infecções Sexualmente Transmissíveis

CIRCUITO RÁPIDO DA AIDS AVANÇADA

Fluxogramas



2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções

Sexualmente Transmissíveis

SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700,

5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <https://www.gov.br/aids>

E-mail: aids@aids.gov.br

Coordenação-geral:

Ana Cristina Garcia Ferreira

Fernanda Dockhorn Costa

Gerson Fernando Mendes Pereira

Organização:

Alessandra Freire da Silva

Ana Francisca Kolling

Beatriz Brittes Kamiensky

Liliana Romero Vega

Maria Adelaide Millington

Nicole Menezes de Souza

Tatianna Meireles Dantas de Alencar

Thiago Cherem Morelli

Colaboração:

Álison Bigolin

Ana Carolina Faria e Silva Santelli

Ana Roberta Pati Pascom

Carla Alves Moura

Filipe de Barros Perini

Francisco Álisson Paula de França

Isabela Ornelas Pereira

José Ernesto Vidal Bermudez

Juliana Monteiro da Cruz

Paulo Abrão Ferreira

Regina Vianna Brizolara

Rodrigo Santos Lima

Sumire Sakabe

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico e diagramação:

Marcos Cleuton de Oliveira

Normalização:

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Circuito Rápido da aids avançada – fluxogramas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

48 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/circuito_rapido_aids_avancada_eletronico.pdf

ISBN 978-65-5993-405-8

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. AIDS. 3. Vigilância em Saúde Pública. I. Título.

CDU 614.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0592

Título para indexação:

Advanced AIDS Fast Track – Flowcharts

LISTA DE SIGLAS

3TC	Lamivudina	LCR	Líquido cefalorraquidiano
5-FC	Flucitosina	LDH	Desidrogenase láctica
ABC	Abacavir	LEMP	Leucoencefalopatia multifocal progressiva
ADA	Adenosina deaminase	LF-CrAg	Antígeno criptocócico por fluxo lateral
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida (<i>acquired immunodeficiency syndrome</i>)	LF-LAM	Lipoarabinomanano em urina por fluxo lateral
APS	Atenção Primária à Saúde	LT-CD4+	Linfócitos T-CD4+
ARV	Antirretroviral	MS	Ministério da Saúde
TGO	Transaminase glutâmico-oxalacética	MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
Au	Antígeno urinário	OMS	Organização Mundial da Saúde
AZT	Zidovudina	PCP	Pneumocistose pulmonar
BAAR	Bacilo álcool-ácido resistente	PCR	Proteína C reativa
ClCr	<i>Clearance</i> de creatinina	PIC	Pressão intracraniana
CMV	Citomegalovírus	PL	Punção lombar
CPAP	<i>Continuous positive airway pressure</i>	PrEP	Profilaxia pré-exposição
Cr	Creatinina	PT	Prova tuberculínica
CrAg	Antígeno criptocócico	PTI	Púrpura trombocitopênica idiopática
CV-HIV	Carga viral do HIV	PVHA	Pessoa vivendo com HIV/aids
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis	RHZE	Esquema básico de tratamento de tuberculose (R: rifampicina; H: isoniazida; Z: pirazinamida; E: etambutol)
DFC	Dose fixa combinada	RTV	Ritonavir
DRV	Darunavir	SAE	Serviço de Assistência Especializada
DTG	Dolutegravir	SIRI	Síndrome inflamatória da reconstituição imune
EFZ	Efavirenz	SNC	Sistema nervoso central
EV	Via endovenosa	SK	Sarcoma de Kaposi
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (<i>human immunodeficiency virus</i>)	SMX-TMP	Sulfametoxazol-trimetoprima
IGRA	<i>Interferon Gamma Release Assay</i>	SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
INI	Inibidores da integrase	TARV	Terapia antirretroviral
INR	<i>International normalized ratio</i>	TB	Tuberculose
IO	Infecções oportunistas	TDF	Tenofovir
IP	Inibidores da protease	TRM	Teste rápido molecular
ITRN	Inibidores de transcriptase reversa nucleos(t)ídeos	UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ITRNN	Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos	VO	Via oral

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
ESTÁGIOS CLÍNICOS DA OMS	7
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)	8
TESTES RÁPIDOS.....	9
1 PVHA NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS OU PVHA EM RETORNO APÓS INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO OU PVHA EM SEGUIMENTO CLÍNICO E COM CONTAGEM DE LT-CD4+ <200 CÉLULAS/MM ³	10
2 AVALIAÇÃO INICIAL DA AIDS AVANÇADA (PVHA NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS OU PVHA EM RETORNO APÓS INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO OU PVHA EM SEGUIMENTO CLÍNICO E COM CONTAGEM DE LT-CD4+ <200 CÉLULAS/MM ³)	11
3 RASTREAMENTO DA DOENÇA CRIPTOCÓCICA	12
3.1 DIAGNÓSTICO DA MENINGITE CRIPTOCÓCICA	13
3.2 TRATAMENTO DA DOENÇA CRIPTOCÓCICA SEM ACOMETIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)	14
3.3 TRATAMENTO DA MENINGITE CRIPTOCÓCICA.....	15
3.3.1 MANEJO DA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA	16
3.3.2 FATORES RELACIONADOS AO PIOR PROGNÓSTICO DA MENINGITE CRIPTOCÓCICA.....	16
3.4 MENINGITE CRIPTOCÓCICA	17
3.4.1 POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS	17
3.5 TARV E DOENÇA CRIPTOCOCICA	18
3.5.1 SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIRI)	18
4 TUBERCULOSE	19
4.1 RASTREAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PVHA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL	19
4.2 RASTREAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PVHA EM ATENDIMENTO HOSPITALAR/INTERNAÇÃO.....	20
4.3 FORMAS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA TUBERCULOSE	21
4.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA TUBERCULOSE.....	22
4.5 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	23
4.6 POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	24
4.7 TARV E TUBERCULOSE	25
4.7.1 SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIRI)	25

5	RASTREIO E DIAGNÓSTICO DA HISTOPLASMOSE	26
	5.1 TRATAMENTO DA HISTOPLASMOSE DISSEMINADA.....	27
6	OUTRAS DOENÇAS DEFINIDORAS DE AIDS	28
	6.1 PNEUMOCISTOSE PULMONAR (PCP)	28
	6.2 TOXOPLASMOSE CEREBRAL	29
	6.3 SARCOMA DE KAPOSÍ (SK)	30
	6.4 DOENÇA CITOMEGÁLICA.....	31
	6.4.1 TRATAMENTO DA DOENÇA CITOMEGÁLICA	32
7	PROFILAXIA PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS.....	33
	7.1 POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PROFILAXIA PRIMÁRIA.....	34
8	INFECÇÃO LATENTE PELA TUBERCULOSE (ILTb)	35
	8.1 TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELA TUBERCULOSE (ILTb)	36
9	INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO.....	37
	9.1 TARV APÓS INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO	37
10	CRONOGRAMA DE CONSULTAS PARA PVHA COM AIDS AVANÇADA.....	38
11	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE ARV E OUTROS MEDICAMENTOS	39
12	ASPECTO DO LÍQUOR NAS INFECÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	40
13	NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA A PVHA COM AIDS AVANÇADA	41
	13.1 DIAGNÓSTICO.....	41
	13.2 TRATAMENTO	42
14	FORMULÁRIO PARA A AIDS AVANÇADA	43
	14.1 PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO.....	44
15	PVHA EM INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO: REALIZAÇÃO DE BUSCA ATIVA/ABORDAGEM CONSENTIDA.....	45
	15.1 ASPECTOS ÉTICOS E SIGILO	46
16	SISTEMAS PARA ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E MONITORAMENTO	47

APRESENTAÇÃO

A evolução da terapia antirretroviral ao longo dos anos proporcionou uma importante queda na mortalidade por aids, redução da morbidade e aumento da expectativa de vida entre as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Apesar dessa evolução, as PVHA com aids mantêm elevadas taxas de morbimortalidade.

A aids avançada é definida, em adultos, mediante a presença de:

- Contagem de linfócitos T-CD4 < 200 células/mm³ ou
- Estágio clínico 3 ou 4 definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (verso da página).

A ocorrência da aids pode ser observada em pacientes no início do tratamento (ocorrência tardia), naqueles em perda de seguimento ou interrupção de tratamento, nos pacientes em falha virológica e nos pacientes com sinais de gravidade. Um adulto gravemente imunossuprimido é aquele que apresenta contagem de linfócitos T-CD4+ < 50 células/mm³.

Um adulto gravemente doente é definido por qualquer um dos seguintes achados:

- Frequência respiratória ≥ 30 respirações/minuto;
- Frequência cardíaca ≥ 120 batimentos/minuto;
- Incapacidade para deambular sem auxílio;
- Temperatura corporal $\geq 39^{\circ}\text{C}$, considerando a epidemiologia local e julgamento clínico.

PVHA com **aids avançada** apresentam maior risco de mortalidade, tanto por infecções oportunistas (IO) e outras infecções, principalmente bacterianas, quanto por síndrome da reconstituição imune (SRI) após início da terapia antirretroviral (TARV). As principais causas de mortalidade são: tuberculose, infecções bacterianas, meningite criptocócica, toxoplasmose, pneumocistose, doença pelo citomegalovírus, sarcoma de Kaposi e outras doenças endêmicas em determinadas regiões (ex.: histoplasmosse disseminada).

Com o objetivo de qualificar a assistência às PVHA com aids avançada, priorizando a redução do tempo entre o diagnóstico, o início de profilaxias e o tratamento do HIV/aids e das possíveis IO, favorecendo, assim, a diminuição da morbimortalidade, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS/MS) propõe os presentes fluxogramas de Circuito Rápido para avaliação e manejo das PVHA com aids avançada.

ESTÁGIOS CLÍNICOS DA OMS¹

ESTÁGIO CLÍNICO 3

- ✓ Perda de peso inexplicada (>10% do peso)
- ✓ Diarreia crônica por mais de 1 mês
- ✓ Febre persistente inexplicada por mais de 1 mês (>37,6°C, intermitente ou constante)
- ✓ Candidíase oral persistente
- ✓ Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia
- ✓ Leucoplasia pilosa oral
- ✓ Infecções bacterianas graves (ex.: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave)
- ✓ Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante
- ✓ Anemia inexplicada (<8g/dL), neutropenia (<500 células/μL) e/ou trombocitopenia crônica (<50.000 células/μL)
- ✓ Angiomatose bacilar
- ✓ Displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical *in situ*
- ✓ Herpes zoster (≥2 episódios ou ≥2 dermatômos)
- ✓ Listeriose
- ✓ Neuropatia periférica
- ✓ Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI)

ESTÁGIO CLÍNICO 4

- ✓ Síndrome consumptiva associada ao HIV/aids (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual), associada a diarreia crônica (2 ou mais episódios por dia, com duração ≥1 mês) ou fadiga crônica e febre ≥1 mês
- ✓ Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*
- ✓ Pneumonia bacteriana recorrente (2 ou mais episódios em 1 ano)
- ✓ Herpes simples com úlceras mucocutâneas (duração >1 mês) ou visceral em qualquer localização
- ✓ Candidíase esofágica ou de traqueia, brônquios ou pulmões
- ✓ Tuberculose pulmonar e extrapulmonar
- ✓ Sarcoma de Kaposi
- ✓ Doença por citomegalovírus - CMV (retinite ou outros órgãos, exceto fígado, baço ou linfonodos)
- ✓ Toxoplasmose cerebral
- ✓ Encefalopatia pelo HIV/aids
- ✓ Criptococose extrapulmonar
- ✓ Infecção disseminada por micobactérias não *M. tuberculosis*
- ✓ Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP)
- ✓ Criptosporidiose intestinal crônica (duração >1 mês)
- ✓ Isosporíase intestinal crônica (duração >1 mês)
- ✓ Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidiomicose)
- ✓ Septicemia recorrente por *Salmonella* não *thyphi*
- ✓ Linfoma não Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central
- ✓ Carcinoma cervical invasivo
- ✓ Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)
- ✓ Leishmaniose atípica disseminada
- ✓ Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV/aids

¹ adaptado de WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43699>. Acesso em: 19 dez. 2022

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Sempre que possível, a TARV deve ser iniciada no mesmo dia do diagnóstico ou em até sete dias depois, principalmente em gestantes, pessoas com infecção aguda ou recente e na presença de doença definidora de aids ou LT-CD4+ <200 células/mm³. A TARV deve ser postergada nos casos com suspeita de meningite criptocócica ou tuberculosa (ver fluxogramas específicos neste material).

Os principais objetivos do tratamento são: prevenção da transmissão ("indetectável = intransmissível"), redução da morbimortalidade, aumento na expectativa de vida, redução da progressão da doença, prevenção de eventos definidores de aids, redução de comorbidades (metabólicas, cardiovasculares, renais), redução na incidência da tuberculose, recuperação da função imune e supressão virológica duradoura.

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais (ARV), sendo dois inibidores de transcriptase reversa núcleos(t)ídeos (ITRN) associados a uma outra classe de antirretrovirais. No Brasil, a escolha preferencial é de inibidores da integrase (INI). As indicações para genotipagem pré-tratamento são abordadas na página 40.

ESQUEMA PREFERENCIAL PARA INÍCIO DE TRATAMENTO: TENOFOVIR (TDF)/LAMIVIDUNA (3TC) + DOLUTEGRAVIR (DTG)

Esquemas alternativos em caso de contraindicação ao esquema preferencial:

Intolerância ou contraindicação a DTG	Substituir DTG por EFZ* ou DRV 800mg + RTV 100mg
Contraindicação a TDF	Substituir TDF por ABC**
	Substituir TDF por AZT
Intolerância a EFZ ou indisponibilidade de genotipagem, na coinfeção TB-HIV	Substituir EFZ por DTG 50mg 12/12h

EFZ = efavirenz; DRV = darunavir; RTV = ritonavir; ABC = abacavir; AZT = zidovudina; TB = tuberculose.

* Realizar exame de genotipagem pré-substituição pelo EFV, de forma a ajustar o esquema terapêutico posteriormente, se houver necessidade. Na indisponibilidade do exame de genotipagem, o antirretroviral de escolha é DRV 800mg + RTV 100mg.

** Se teste HLA-B*5701 negativo.

Para PVHA admitidas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o início da TARV deve ser discutido com especialistas e, se possível, com a Câmara Técnica Assessora no Manejo de Antirretrovirais. Reintrodução da TARV após abandono: consultar página 40.

O usuário deve receber a prescrição de TARV e coletar o exame de carga viral. Não se deve aguardar o resultado do exame para o início da terapia.

O exame de creatinina não é obrigatório para iniciar a TARV com TDF. No entanto, é aconselhável a avaliação prévia em pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal.

TESTES RÁPIDOS

TESTE	PARA QUEM	ONDE	POR QUEM
Rápido Abbott Pima	- No momento do diagnóstico da infecção pelo HIV - PVHA em retorno após interrupção de tratamento - PVHA em estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doentes*	SAE	Profissionais de laboratório
Imunocromatográfico Rápido Visitect	- No momento do diagnóstico da infecção pelo HIV - PVHA em retorno após interrupção de tratamento - PVHA em estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doentes*	APS e SAE Hospital Unidades de Urgência/ Emergência	Profissionais de saúde capacitados. Para emissão do laudo, profissionais de saúde habilitados por seus respectivos conselhos profissionais de classe.
LF-CrAg (sangue periférico)	- PVHA com LT-CD4+ <200 células/mm ³ - PVHA em estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doentes*	SAE Hospital Unidades de Urgência/ Emergência	
LF-LAM: todas as PVHA com CD4 < 200 células/mm ³ em enfermaria ou CD4 <100 células/mm ³ em ambulatório	- PVHA com sinais e sintomas sugestivos de tuberculose - PVHA em estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doentes*	SAE Hospital Unidades de Urgência/ Emergência	
Antígeno urinário para histoplasmose: PVHA com CD4 <200 células/mm ³	- PVHA com sinais e sintomas sugestivos de histoplasmose - PVHA em estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doentes*	SAE Hospital Unidades de Urgência/ Emergência	
Teste rápido para hepatite B	- No momento do diagnóstico do HIV/aids	APS e SAE Hospital Unidades de Urgência/ Emergência	
Teste rápido para hepatite C	- No momento do diagnóstico do HIV/aids	APS e SAE Hospital Unidades de Urgência/ Emergência	
Teste rápido para sífilis	- No momento do diagnóstico do HIV/aids	APS e SAE Hospital Unidades de Urgência/ Emergência	

PVHA: pessoas vivendo com HIV/aids; LF-CrAg = antígeno criptocócico por fluxo lateral; LF-LAM = lipoarabinomanano em urina por fluxo lateral; APS = Atenção Primária à Saúde; SAE = Serviço de Assistência Especializada.

* São consideradas PVHA gravemente doentes: frequência respiratória ≥30 respirações/minuto; frequência cardíaca ≥120 batimentos/minuto; incapacidade para deambular sem auxílio; temperatura corporal ≥39°C, considerando a epidemiologia local e julgamento clínico.

Outros exames a serem considerados no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV: hemograma completo, glicemia de jejum, TGO e TGP, creatinina, exame básico de urina, anti-HAV. Sorologia para HTLV I e II, doença de Chagas e leishmaniose (indivíduos oriundos de áreas endêmicas). Genotipagem pré-tratamento: pessoas sorodiferentes, gestantes, coinfeção HIV-tuberculose, ex-usuários de PrEP.

O exame de creatinina não é obrigatório para iniciar a TARV com TDF. No entanto, é aconselhável a avaliação prévia em pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal.

1 PVHA NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS OU PVHA EM RETORNO APÓS ABANDONO DE TRATAMENTO OU PVHA EM SEGUIMENTO CLÍNICO E COM CONTAGEM DE LT-CD4+ <200 CÉLULAS/MM³

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Sinais de alerta presentes?

Sinais de alerta:

- Frequência respiratória ≥ 30 respirações/min
- Temperatura $> 39^{\circ}\text{C}$ (a depender da avaliação clínica)
- Frequência cardíaca ≥ 120 batimentos/minuto
- Pressão arterial sistólica $< 90\text{mmHg}$
- Saturação de oxigênio $< 90\%$
- Desidratação (tempo de enchimento capilar > 3 segundos)
- Incapacidade de deambular sem auxílio
- Alteração do status mental, confusão mental, alteração de comportamento, cefaleia, tontura, crise convulsiva, dificuldade para falar, alteração visual, diplopia, ptose, comprometimento do movimento do olhar, assimetria da contração dos músculos da face, alteração de equilíbrio

Sim

Encaminhar ao Serviço Especializado ou Urgência/Emergência ou Atenção Terciária/Hospitalar

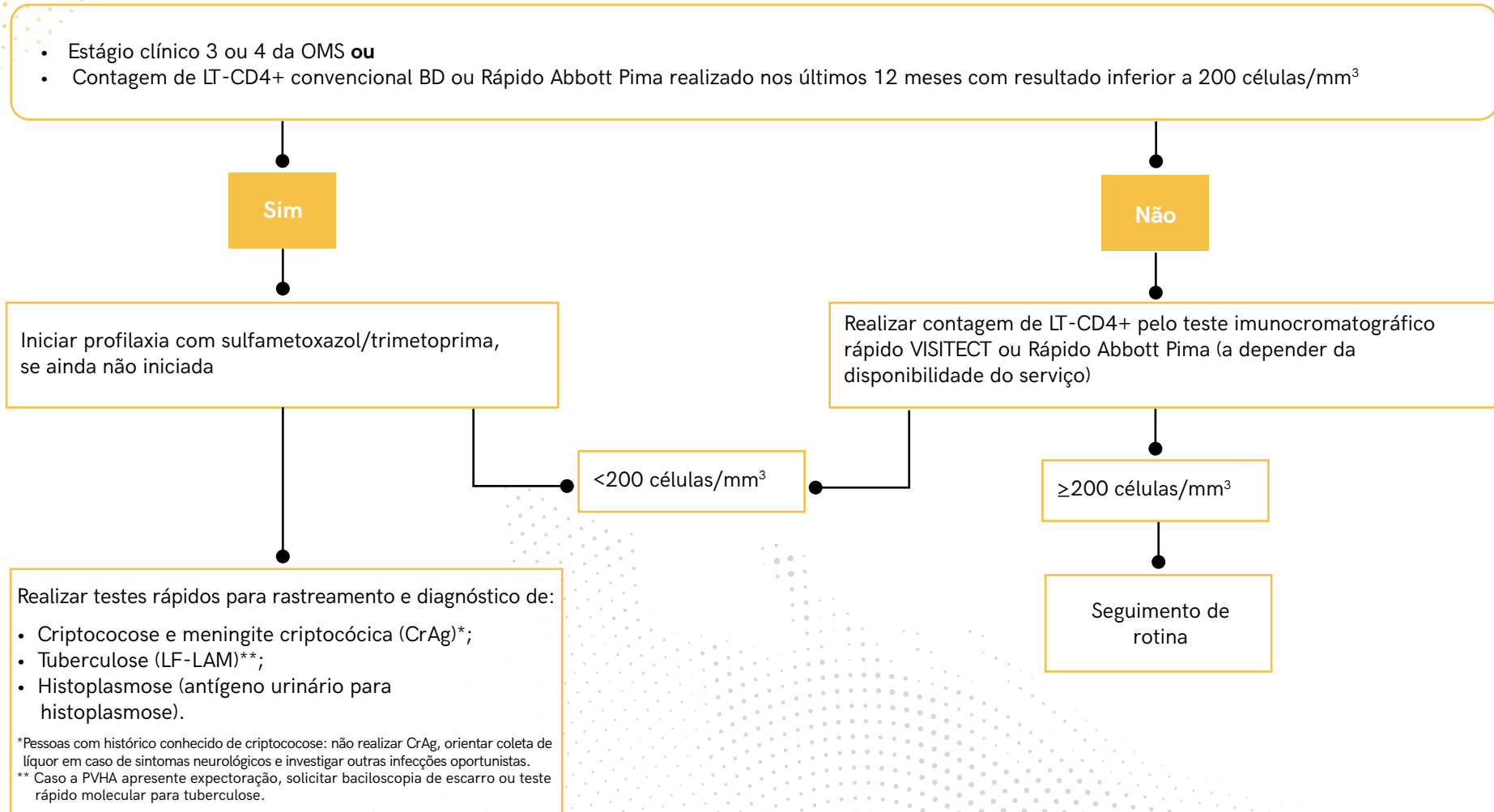
(se PVHA atendida na APS ou em SAE)

* Se possível, coletar CrAg, LF-LAM e antígeno urinário para histoplasmose antes de transferir. Comunicar resultados quando disponíveis

Não

Iniciar avaliação de AIDS AVANÇADA

2 AVALIAÇÃO INICIAL DA AIDS AVANÇADA (PVHA NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS OU PVHA EM RETORNO APÓS ABANDONO DE TRATAMENTO OU PVHA EM SEGUIMENTO CLÍNICO E COM CONTAGEM DE LT-CD4+ <200 CÉLULAS/MM³)

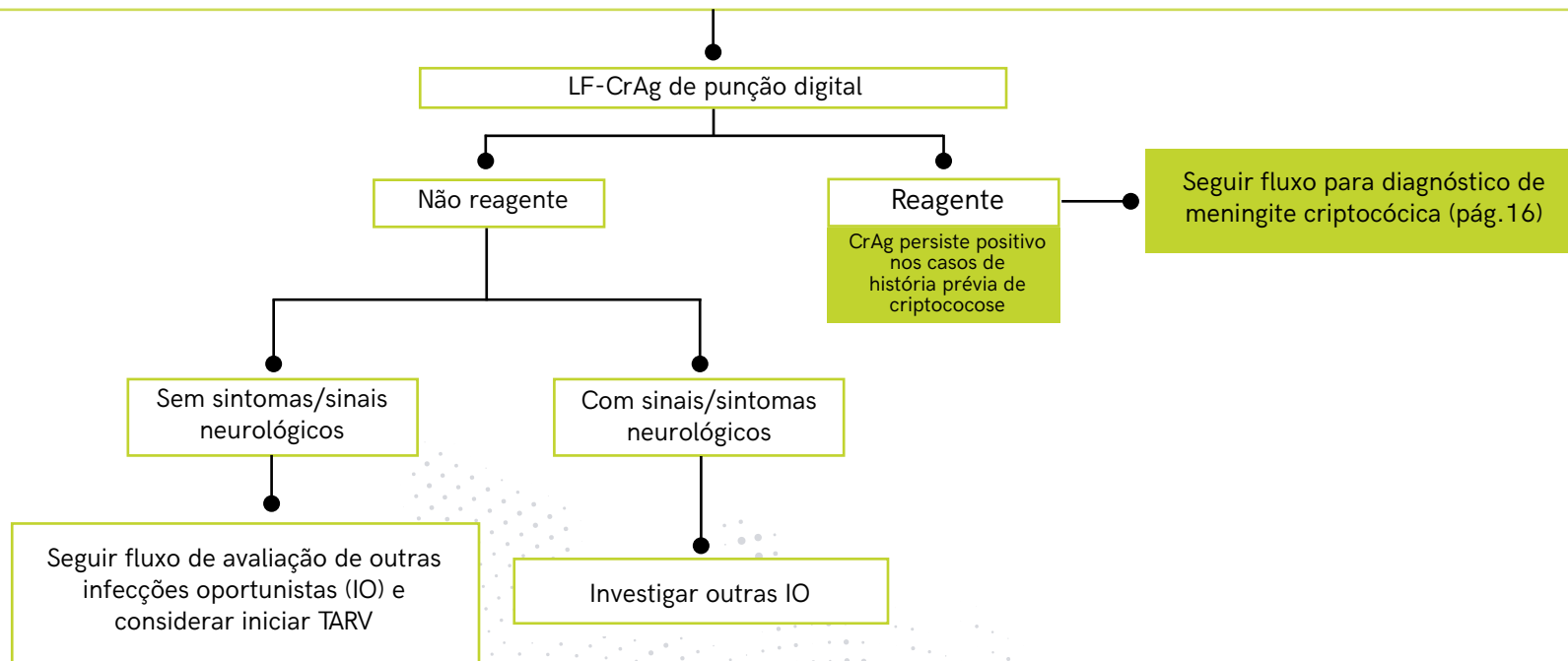


Todas as PVHA com aids avançada devem passar por avaliação que inclua abordagem de infecções bacterianas.

3 RASTREAMENTO DA DOENÇA CRIPTOCÓCICA

ANTÍGENO CRIPTOCÓCICO (CRAG) EM AMOSTRA DE SANGUE PERIFÉRICO OU PUNÇÃO DIGITAL

- LT-CD4+ <200 células/mm³
- Estágio clínico 3 ou 4 da OMS



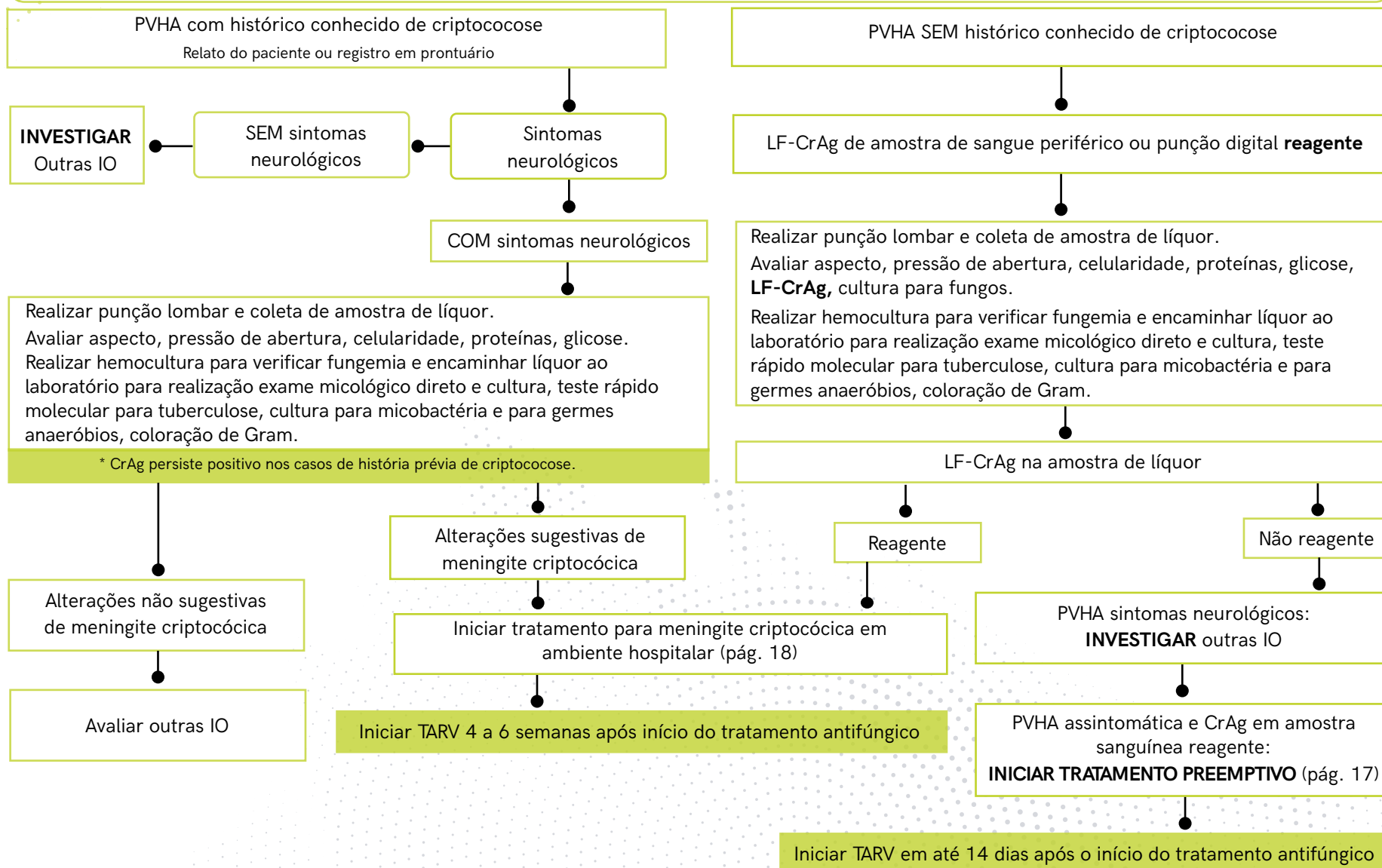
PVHA com sinais ou sintomas neurológicos?

Manifestações neurológicas:

- Cefaleia, náusea e/ou êmese, sinais meníngeos (nem sempre presentes)
- Incapacidade de deambular sem auxílio
- Alteração do status mental, confusão mental, alteração de comportamento, cefaleia, tontura, crise convulsiva, dificuldade para falar, alteração visual, diplopia, ptose, comprometimento do movimento do olhar, assimetria da contração dos músculos da face, alteração de equilíbrio
- Quando há disseminação sistêmica: presença de lesões cutâneas caracterizadas por pápulas umbilicadas semelhantes ao molusco contagioso

3.1 DIAGNÓSTICO DA MENINGITE CRIPTOCÓCICA

- PVHA com LF-CrAg de amostra de sangue periférico ou punção digital **reagente**
- PVHA com histórico conhecido de criptococose (relato do paciente ou registro em prontuário)



3.2 TRATAMENTO PREEMPTIVO DA CRIPTOCOCOSE

FASE	TRATAMENTO PREEMPTIVO	TEMPO DE TRATAMENTO
Indução	Fluconazol 800 a 1.200mg/dia (em duas tomadas)	14 dias
Consolidação	Fluconazol 800mg/dia	8 semanas
Manutenção	Fluconazol 200mg/dia	Até o início da TARV, caso esta não tenha sido iniciada antes

Possíveis eventos adversos relacionados aos medicamentos utilizados estão disponíveis na pág. 18

3.3 TRATAMENTO DA MENINGITE CRIPTOCÓCICA

FASE DO TRATAMENTO	ESQUEMA PARA TRATAMENTO	DURAÇÃO	
Indução*	Anfotericina B lipossomal: 3mg/kg/dia endovenosa (EV) + Flucitosina: 100mg/kg/dia, via oral (VO), de 6/6h OU Fluconazol: 800mg a 1.200mg/dia, (em 2 tomadas)	Pelo menos 2 semanas	O prolongamento da fase de indução deve ser considerado em pacientes comatosos ou com deterioração clínica, hipertensão intracraniana persistentemente elevada, cultura líquórica positiva após as duas semanas de terapia e/ou achados neurorradiológicos atribuídos à presença da criptococose.
Consolidação	Fluconazol: 400mg a 800mg/dia, VO ou EV	8 semanas	
Manutenção	Fluconazol: 200mg/dia, VO	Pelo menos 12 meses	Até obter contagem de LT-CD4+ >200 células/mm ³ e carga viral do HIV (CV-HIV) indetectável

***Observações:**

Alternativas durante a fase de indução

- Se anfotericina B lipossomal não estiver disponível, utilizar o complexo lipídico de anfotericina B: 5 mg/kg/dia, EV.
- Se anfotericina B lipossomal ou complexo lipídico de anfotericina B e flucitosina não estiverem disponíveis: anfotericina B desoxicolato 1 mg/kg/dia mais fluconazol 1.200 mg/dia (usar pelo menos por 2 semanas).
- Em caso de contraindicação e/ou indisponibilidade para uso de anfotericina B desoxicolato, anfotericina B lipossomal e complexo lipídico de anfotericina B: flucitosina 100 mg/kg/dia mais fluconazol 1.200 mg/dia (usar pelo menos por 2 semanas).
- Em caso de indisponibilidade de formulação lipídica de anfotericina B + dificuldade para monitoramento laboratorial de toxicidade medicamentosa: anfotericina B desoxicolato 1 mg/kg/dia mais flucitosina 100 mg/kg/dia, durante uma semana, seguidas de fluconazol 1.200 mg/dia, durante pelo menos mais uma semana (usar pelo menos por 2 semanas).

Monitorar durante tratamento: **função renal** (creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio) e hemograma, pelo menos, **2x/semana**.

A depender do caso, os exames podem ser solicitados com maior frequência.

3.3.1 MANEJO DA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

- Se a pressão de abertura liquórica for superior a 25cmH₂O e estiverem presentes sinais de hipertensão intracraniana, realizar punção lombar (PL) e retirar 20-30mL de líquido. Segundo evolução clínica, pode ser necessária mais de uma PL diária.
- A PL de alívio deve ser repetida diariamente até a estabilização da pressão intracraniana (PIC).
- Na presença de PIC normal em duas aferições consecutivas, recomenda-se a PL semanal para monitoramento da resposta terapêutica com cultura para fungos.
- Se a PIC se mantiver persistentemente elevada após 7-10 dias de PL diária, considerar a abordagem neurocirúrgica para derivação liquórica (usualmente, derivação lombar externa ou lombo-peritoneal).
- Manitol, acetazolamida e furosemida não devem ser utilizados no manejo de hipertensão intracraniana secundária a criptococose.
- O uso rotineiro de corticoides não é recomendado e pode piorar o prognóstico do caso, porém pode ser indicado em casos de SIRS.

3.3.2 FATORES RELACIONADOS AO PIOR PROGNÓSTICO DA MENINGITE CRIPTOCÓCICA

- Contagem de leucócitos <20 células/mm³ no líquido cefalorraquidiano (LCR)
- Rebaixamento do nível de consciência
- Hipertensão intracraniana não controlada
- Elevada carga fúngica liquórica (ex.: titulação de aglutinação com látex superior a 1:1024 ou titulação do ensaio de fluxo lateral igual ou superior a 1:160)
- Presença de lesões parenquimatosas atribuídas à criptococose (ex.: pseudocistos mucinosos no parênquima cerebral).

3.4 MENINGITE CRIPTOCÓCICA

3.4.1 POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS

MEDICAMENTO	EVENTO ADVERSO	ESTRATÉGIA PREVENTIVA/CONDUTA
Anfotericina	Efeitos infusionais*: febre e calafrio. Outros eventos: flebite, injúria ou insuficiência renal, hipocalemia e anemia.	Antes da administração de anfotericina: infusão de um litro de solução salina com uma ampola de cloreto de potássio (KCl)** 19,1% em 2-4 horas. Durante a infusão: infusão intravenosa lenta. Utilização de analgésicos. Após a administração da anfotericina: dieta rica em potássio e suplementação com KCl* oral 8mEq 2x/dia. Avaliar a necessidade de reposição de magnésio.
	Alteração da função renal.	Em caso de hipocalemia (K <3,3mmol/L): duas ampolas de KCl (40mmol) ou 1-2 comprimidos de KCl 8mEq 3x/dia. Monitorar diariamente potássio sérico. Caso a hipocalemia não seja corrigida, dobrar a suplementação oral de magnésio. Elevação da creatinina (Cr) a valores 2x superiores ao valor basal: avaliar descontinuação da anfotericina ou aumento da hidratação pré-infusão. Avaliar anfotericina em dias alternados. Se a Cr permanecer elevada, interromper a anfotericina B e continuar com fluconazol 1.200mg/dia. Monitorar a Cr diariamente.
Fluconazol	Pele seca, alopecia, fadiga, náusea, êmese, hepatotoxicidade, prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma.	Fluconazol pode aumentar o nível sérico de medicamentos (fenitoína, varfarina e derivados de sulfa). Monitorar INR*** nas pessoas em uso de varfarina. Monitorar paciente em caso de suspeita de toxicidade hepática, pelas transaminases.
Flucitosina (5-FC)	Alterações na medula óssea (anemia, neutropenia, plaquetopenia), diarreia, náusea, êmese, rash, hepatotoxicidade. Alteração da função renal e hipocalemia.	Alteração da função renal: ajustar hidratação. Caso não haja redução no valor de Cr, avaliar ajuste da flucitosina. Evitar uso de anti-inflamatórios não esteroidais e aminoglicosídeos. Monitorar eletrólitos. Ajustar dose quando o <i>clearance</i> de creatinina (ClCr) <50mL/min. Neutropenia (<1.000 células/mm³): monitorar hemograma. Suspender 5-FC em caso de contagem de neutrófilos <500 células/mm³ ou de complicações relacionadas com a neutropenia.

* Mais comumente associados à anfotericina desoxicolato.

** Avaliar possíveis restrições para infusão de volume e reposição de potássio.

*** *International normalized ratio.*

3.5 TARV E DOENÇA CRIPTOCÓCICA

APRESENTAÇÃO CLÍNICA	INÍCIO DA TARV	OBSERVAÇÕES
Tratamento preemptivo da criptococose	Em até 14 dias após o início do tratamento antifúngico	Sempre descartar meningoencefalite criptocócica
Meningite criptocócica	4 a 6 semanas após o início do tratamento antifúngico	O início imediato da TARV não é recomendado, pelo risco de SIRS

3.5.1 SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIRS)

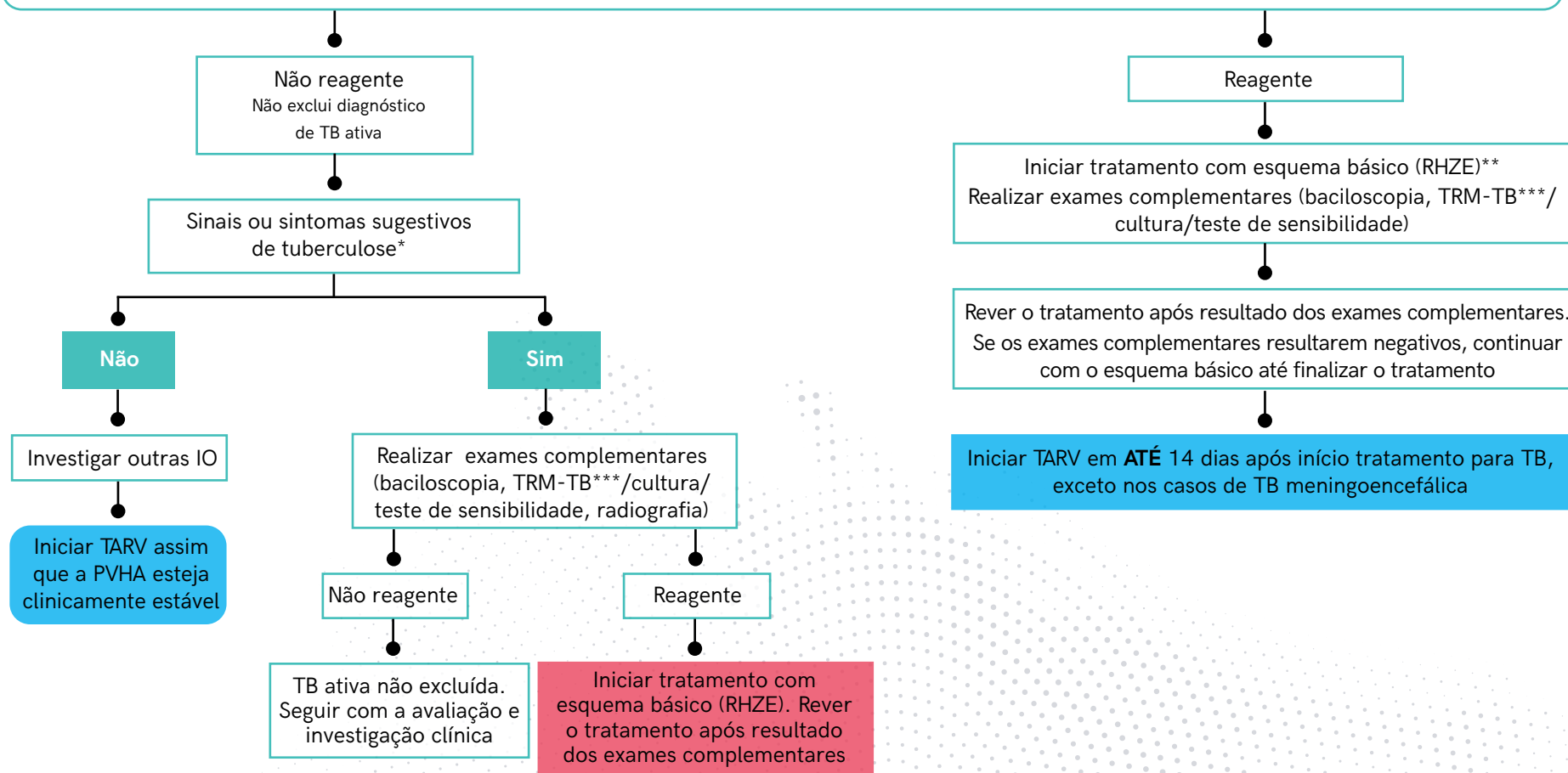
- Forma "paradoxal": piora dos sintomas neurológicos, usualmente, entre 1 e 2 meses após início da TARV.
- Forma "desmascarada": surgimento de sintomas neurológicos sem diagnóstico prévio de criptococose.

Em casos graves, a utilização de corticoide pode ser necessária (prednisona 1,5 mg/kg ou equivalente em com outro corticoide, por duas semanas e redução gradual em mais duas semanas).

4.1 RASTREAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PVHA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL

LF-LAM em amostra urinária

- LT-CD4 ≤ 100 células/mm³, independentemente de sintomas
- Sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente da contagem de LT-CD4
- PVHA gravemente doentes, independentemente da contagem de LT-CD4



* Quatro sintomas prioritários de TB na PVHA: febre e/ou tosse e/ou emagrecimento e/ou sudorese noturna.

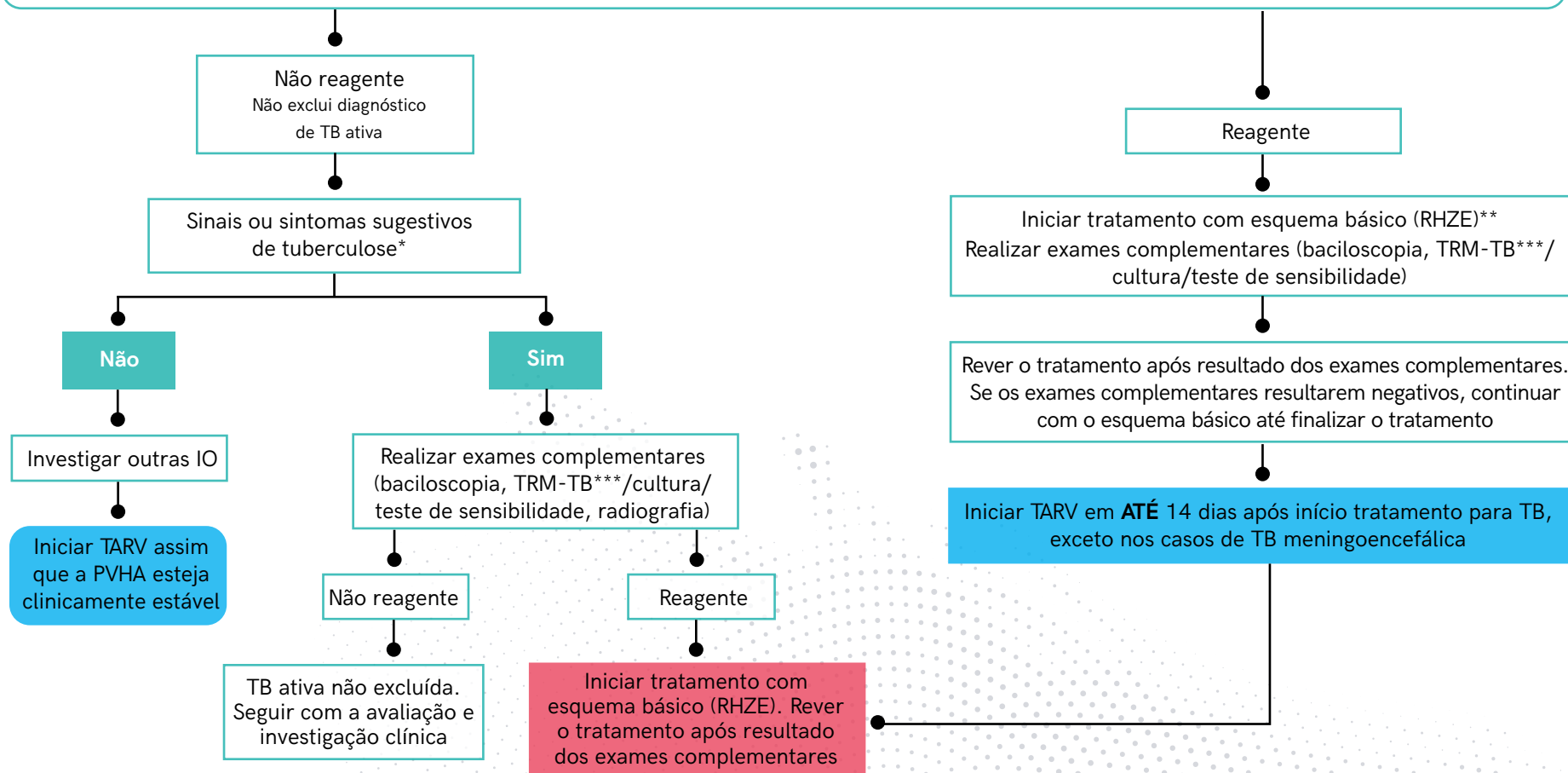
** RHZE: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol.

*** Teste rápido molecular para tuberculose.

4.2 RASTREAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PVHA EM ATENDIMENTO HOSPITALAR/INTERNAÇÃO

LF-LAM em amostra urinária

- LT-CD4 $\leq$ 200 células/mm³, independentemente de sintomas
- Sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente da contagem de LT-CD4
- PVHA gravemente doentes, independentemente da contagem de LT-CD4



* Quatro sintomas prioritários de TB na PVHA: febre e/ou tosse e/ou emagrecimento e/ou sudorese noturna.

** RHZE: R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol.

*** Teste rápido molecular para tuberculose.

4.3 FORMAS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA TUBERCULOSE

FORMA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	DIAGNÓSTICO
TB pulmonar	Os sintomas clássicos são tosse (usualmente por mais de duas semanas), febre vespertina, perda ponderal, sudorese noturna	Sinais e sintomas compatíveis, exame bacteriológico (baciloscopia e cultura para micobactérias), teste rápido de urina para a detecção do antígeno (LF-LAM), exame de imagem e histopatológico Teste rápido para detecção do <i>M. tuberculosis</i> (TRM) no escarro
TB laríngea	Disfonia, tosse e presença de estridor	Baciloscopia Teste rápido de urina para detecção do antígeno (LF-LAM) TRM-TB no escarro
TB pleural	Astenia, febre, emagrecimento, dor torácica	Características do líquido pleural: exsudato, predomínio de linfócitos, níveis elevados de adenosina deaminase (ADA), baixo rendimento da pesquisa de BAAR e da cultura TRM-TB pode ser feito no líquido pleural. Teste rápido de urina para detecção do antígeno (LF-LAM)
TB ganglionar (forma extrapulmonar mais comum nas PVHA)	Linfonomegalia periférica. Pode haver comprometimento do estado geral	Aspirado por agulha e/ou ressecção de linfonodos para bacteriológico e histopatológico TRM-TB no aspirado ganglionar ou na biópsia do gânglio. Teste rápido de urina para detecção do antígeno (LF-LAM) Exame de imagem (ultrassonografia) para avaliação de hepatomegalia, esplenomegalia e linfonomegalia
TB do sistema nervoso central	Meningite subaguda (>5 dias): cefaleia holocraniana, irritabilidade, alteração do comportamento, sonolência, confusão mental, anorexia, vômitos, febre, fotofobia e rigidez de nuca; sinais focais relacionados a síndromes isquêmicas; envolvimento de pares cranianos; hipertensão intracraniana Meningite crônica (>1 mês): usualmente cefaleia, hipertensão intracraniana e graus variáveis de alteração do conteúdo ou nível da consciência Tuberculoma: processo expansivo com sinais e sintomas de secundários ao efeito de massa ou hipertensão intracraniana	Realizado por meio da coleta do líquido: aspecto turvo, celularidade elevada, inicialmente com predomínio de neutrófilos e posteriormente linfócitos; glicose baixa; proteína normal ou aumentada TRM-TB no líquido Teste rápido de urina para detecção do antígeno (LF-LAM)
TB pericárdica	Dor torácica, tosse seca e dispneia. Pode haver febre, astenia, tontura, edema dos membros inferiores, dor no hipocôndrio direito e aumento do volume abdominal	Exames de imagem (tomografia, ecocardiografia), exame do líquido pericárdico para pesquisa de BAAR, TRM-TB, cultura de micobactérias. Teste rápido de urina para detecção do antígeno (LF-LAM)
TB ocular	Apresentação usualmente unilateral com evolução crônica; a manifestação mais frequente é a uveíte	Avaliação por meio do exame de fundo de olho. Teste rápido de urina para detecção do antígeno (LF-LAM)
TB disseminada	Envolvimento de, pelo menos, dois locais/órgãos não contíguos ou disseminação hematogênica	Diagnóstico conforme órgão ou sistema acometido ou hemoculturas para micobactérias. Teste rápido de urina para detecção do antígeno (LF-LAM)

4.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA TUBERCULOSE

MÉTODO DIAGNÓSTICO	INDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
LF-LAM	Todas as PVHA com LT-CD4+ <200 células/mm ³ PVHA com manifestações clínicas de TB PVHA gravemente doente	Também pode ser solicitado para PVHA que apresentem critérios clínicos de gravidade, independentemente do exame de LT-CD4+ ou com LT-CD4+ desconhecido
Radiografia de tórax	Todas as PVHA em investigação para TB	Apresentações radiológicas atípicas quanto maior a imunodeficiência
TRM-TB* (escarro, fluidos de serosas, tecidos, aspirado de linfonodos ou abscesso).	Todas as PVHA em investigação para TB	Em caso de MTB não detectado no resultado, manter a investigação, pois ainda assim pode se tratar de TB
Baciloscopia de escarro	Na indisponibilidade do TRM-TB	Baciloscopia frequentemente negativa
Baciloscopia de tecido	Sintomas de TB extrapulmonar	Frequentemente positiva
Cultura de escarro e outros materiais** + teste de sensibilidade	Todas as PVHA em investigação para TB	
Hemocultura	Todas as PVHA em investigação para TB disseminada	
Histopatológico***	Sintomas de TB extrapulmonar	A formação de granulomas está associada ao grau de imunossupressão. Sempre enviar material para cultura de micobactérias

* Não realizar TRM-TB em amostra de fezes e sangue ou em amostras que contenham sangue.

** Tecidos, fluidos de serosas, sangue e urina, quando oportuno.

*** Ao colher material nobre, como líquido ou biópsia, ampliar investigação, solicitar pesquisa direta e cultura para fungos.

4.5 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Esquema básico em dose fixa combinada: rifampicina 150mg (R), isoniazida 75mg (H), pirazinamida 400mg (Z), etambutol 275mg (E)/RH (300/150mg ou 150/75mg)

Esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos)

FASES DO TRATAMENTO	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	UNIDADE/DOSE	MESES
Intensiva (2RHZE)*	RHZE	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
	150/75/400/275mg	36kg a 50kg	3 comprimidos	
	Comprimido em dose fixa combinada (DPC)	51kg a 70kg	4 comprimidos	
		>70kg	5 comprimidos	
Manutenção (4RH)**	RH 300/150mg ou 150/75mg DFC	20kg a 35kg	1 comprimido de 300/150mg ou 2 comprimidos de 150/75mg	4
		36kg a 50kg	1 comprimido de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 3 comprimidos de 150/75mg	
		51kg a 70kg	2 comprimidos de 300/150mg ou 4 comprimidos de 150/75mg	
		>70kg	2 comprimidos de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 5 comprimidos de 150/75mg	

Esquema para tratamento da TB meningoencefálica e osteoarticular em adultos e adolescentes (≥ 10 anos)

FASES DO TRATAMENTO	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	UNIDADE/DOSE	MESES
Intensiva (2RHZE)*	RHZE 150/75/400/275mg DFC	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		51kg a 70kg	4 comprimidos	
		>70kg	5 comprimidos	
Manutenção (10RH)**	RH 150/75mg DFC	20kg a 35kg	1 comprimido de 300/150mg ou 2 comprimidos de 150/75mg	10
		36kg a 50kg	1 comprimido de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 3 comprimidos de 150/75mg	
		51kg a 70kg	2 comprimidos de 300/150mg ou 4 comprimidos de 150/75mg	
		>70kg	2 comprimidos de 300/150mg + 1 comprimido de 150/75mg ou 5 comprimidos de 150/75mg	

* RHZE: rifampicina 150mg (R), isoniazida 75mg (H), pirazinamida 400mg (Z), etambutol 275mg (E).

** RH: rifampicina (R), isoniazida (H): RH (300/150mg ou 150/75mg).

Nos casos de meningoencefalite:

- Associar corticosteroide: prednisona (1 a 2 mg/kg/dia) por quatro semanas ou, nos casos graves de tuberculose meningoencefálica, dexametasona injetável (0,3 a 0,4 mg/kg/dia), por quatro a oito semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.
- Para evitar sequelas em casos de tuberculose meningoencefálica, recomenda-se aos pacientes iniciar a fisioterapia o mais cedo possível.

4.6 POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

MEDICAMENTO	EVENTO ADVERSO	MEDIDAS PREVENTIVAS E MANEJO DAS REAÇÕES ADVERSAS
Isoniazida	Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia; prurido e exantema leve; dor articular; cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência); febre; exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave; psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma; hepatotoxicidade	- Nos casos de sintomas leves, deve-se orientar e prescrever sintomáticos (antitérmico, analgésico, alterar horário da medicação). - Sintomas psiquiátricos: suspender o medicamento e reiniciar esquema especial. - Hepatotoxicidade: suspender o tratamento até a resolução da alteração hepática. Reintroduzir os medicamentos um a um após a avaliação da função hepática (RE, seguidos de H e por último Z). Avaliar possível substituição do medicamento responsável ou mudança do esquema.
Rifampicina	Hepatotoxicidade, alteração da coloração da urina. Alterações hematológicas: trombocitopenia, anemia hemolítica. Farmacodermia. Náusea, êmese, anorexia, dor abdominal, flatulência, diarreia, alteração da função renal, cefaleia, confusão mental	- Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave: suspender o tratamento. Nos casos moderados, reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do quadro. Substituir o fármaco identificado como alérgeno. Nos casos graves, após a resolução do quadro, iniciar esquema especial alternativo. - Hepatotoxicidade: suspender o tratamento até a resolução da alteração hepática. Reintroduzir os medicamentos um a um após a avaliação da função hepática (RE, seguidos de H e por último Z). Avaliar possível substituição do medicamento responsável ou mudança do esquema. - Alterações hematológicas: suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação. - Alteração da função renal: suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação.
Pirazinamida	Hepatite medicamentosa; artralgia; náuseas e vômitos; reações alérgicas graves/anafilaxia; rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	- Hepatite medicamentosa: suspender o fármaco. Considerar indicação de hospitalização. Monitorar as enzimas hepáticas. - Artralgia: iniciar terapia com anti-inflamatórios não esteroides. Reduzir a dose e, caso não haja controle do sintoma, suspender o medicamento e substituí-lo pela melhor opção. - Reações alérgicas graves: usar corticoides e anti-histamínicos. O medicamento deve ser suspenso e substituído pela melhor opção. - Náuseas e vômitos: avaliar desidratação e, se necessário, iniciar terapia de reposição hídrica e antieméticos. Avaliar a função hepática. Caso não haja controle dos sintomas, suspender o medicamento e substituí-lo pela melhor opção. Os sintomas são comuns no início do uso do medicamento e melhoram com a conduta indicada. Caso os vômitos sejam severos, os eletrólitos devem ser monitorados e repostos. - Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal: suspender a pirazinamida e reiniciar esquema especial sem a referida medicação.
Etambutol	Cefaleia, zumbido e insônia; neurite óptica	- Podem ser usados sintomáticos. Caso haja manutenção do sintoma, reduzir a dose temporariamente. Para que não represente prejuízo ao esquema terapêutico, o retorno da dose inicial deve ser progressivo em 1 a 2 semanas. - Neurite óptica: o medicamento deve ser suspenso e substituído pela melhor opção. Pode ser irreversível, por isso é importante o diagnóstico precoce. Interrogar a respeito da acuidade visual em cada consulta e realizar o monitoramento oftalmológico quando necessário.

4.7 TARV E TUBERCULOSE

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	INÍCIO DA TARV
PVHA com TB, virgem de tratamento para HIV/aids	Iniciar tratamento para TB com RHZE e iniciar TARV, em ordem de prioridade: 1. TDF* + 3TC + EFV (preferencial em caso de genotipagem pré-tratamento com sensibilidade ao EFV) 2. TDF* + 3TC + DTG 12/12 horas (em caso de contraindicação ao EFV ou na impossibilidade de realizar genotipagem)	A TARV deve ser iniciada em até 14 dias após o início do tratamento para TB***
PVHA com TB, em TARV	Iniciar tratamento para TB com RHZE e, caso necessário, adequar TARV individualizando a avaliação Considerar histórico de uso de ARV e genotipagem prévia (se disponível)**	Manter a TARV
Presença de contraindicações ao esquema básico, reações adversas graves, falha ao tratamento para TB ou droga resistente à TB	Suspender o tratamento e encaminhar aos serviços de referência em TB, para avaliação por especialista e uso de esquemas alternativos	Encaminhar ou discutir com especialista

* Em caso de contraindicação ao TDF, discutir ou encaminhar ao especialista.

** Inibidores da protease (IP/r) não são recomendados em PVHA em uso de rifampicina. Nos casos de necessidade de uso de IP + RTV, manter IP + RTV na dose habitual e substituir a rifampicina pela levofloxacina ou rifabutina.

*** Para TB meningoencefálica, recomenda-se introduzir a TARV após 4 a 6 semanas do início do tratamento da TB, devido à possibilidade de SIRS.

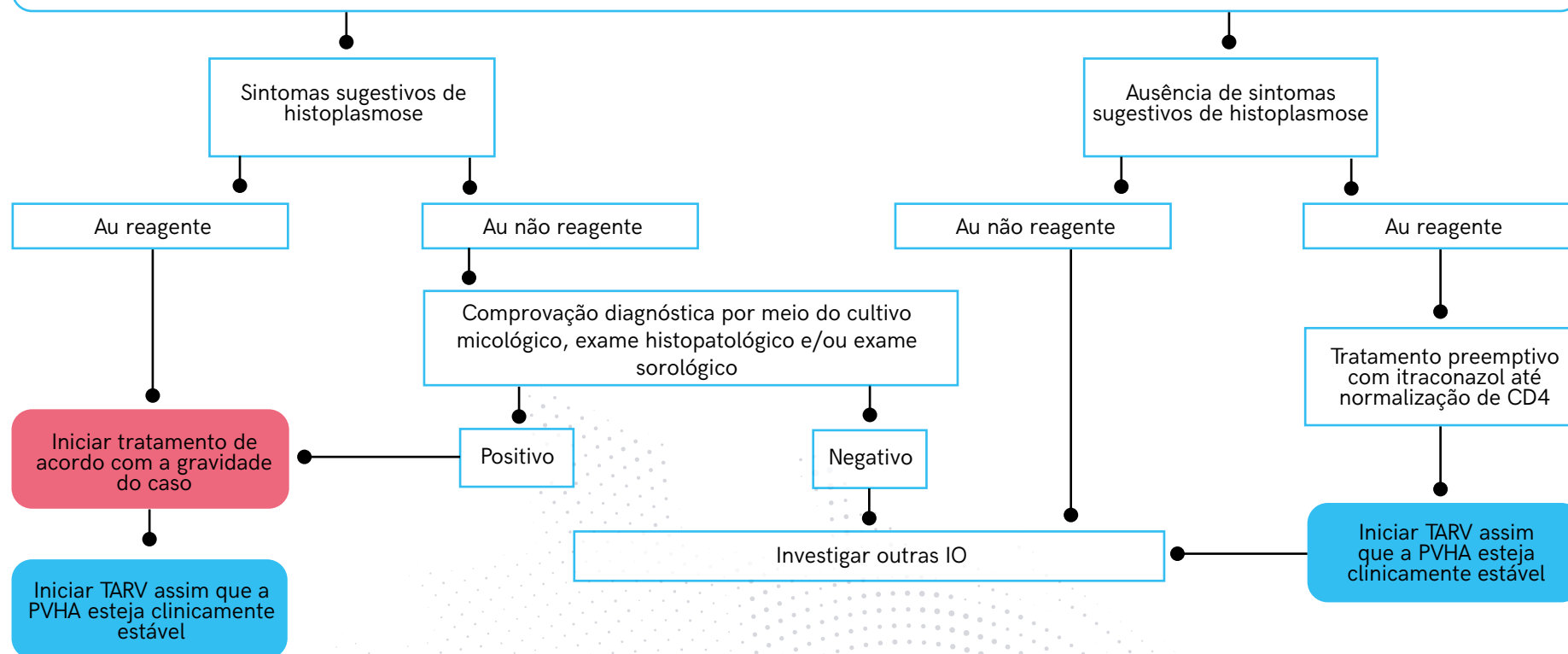
4.7.1 SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIRI)

- Sintomas: reação inflamatória exacerbada, que leva a formação de granulomas ou aparecimento de novas manifestações clínicas ou achados radiológicos; linfonodomegalias com sinais flogísticos, que podem fistulizar, gerar compressão de outras estruturas ou até perfuração de órgãos.
- Tratamento: prednisona 1 a 2 mg/kg ao dia, por 14 dias, seguida de uma redução de 0,75mg/kg/dia por mais 2 semanas.
- Não se recomenda suspender a TARV se já iniciada, exceto em caso de lesão grave no SNC.

5 RASTREIO E DIAGNÓSTICO DA HISTOPLASMOSE

ANTÍGENO URINÁRIO DE HISTOPLASMOSE (AU-HISTOPLASMOSE)

- LT-CD4+ <200 células/mm³
- Estágio clínico 3 ou 4 da OMS



Histoplasmosse disseminada: presença de, pelo menos, um sinal ou sintoma envolvendo: insuficiência respiratória ou circulatória, manifestações ligadas ao SNC, alteração na coagulação e/ou dificuldade para realizar atividades diárias (status de desempenho da OMS superior a 2).

Manifestações clínicas de histoplasmosse: febre por período prolongado, perda ponderal, linfonodomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas (pápulas, nódulos umbilicados, ulcerações), diarreia.

Alterações laboratoriais sugestivas de histoplasmosse: pancitopenia, elevação de transaminase glutâmico-oxalacética (AST/TGO), fosfatase alcalina, desidrogenase láctica (LDH), proteína C reativa e ferritina.

5.1 TRATAMENTO DA HISTOPLASMOSE DISSEMINADA

FORMA LEVE A MODERADA

- 1 Tratamento inicial: itraconazol 200mg 3x/dia, por 3 dias. A partir do 3º dia, itraconazol 200mg VO 2x/dia.
- 2 Manutenção (por pelo menos 12 meses): itraconazol 200mg 2x/dia.
- 3 Terapia supressiva de longo prazo: itraconazol 200mg/dia. Considerar a suspensão após um período mínimo de 1 ano de tratamento de manutenção, ausência de sintomas e LT-CD4+ acima de 150 células/mm³ por mais de 6 meses.

Obs.: medicamentos que reduzem a acidez gástrica (ex.: antagonistas de receptor H2, inibidores da bomba de prótons) prejudicam a absorção do itraconazol. Nesses casos, orienta-se ingeri-lo com alimentos e juntamente com bebida ácida.

FORMA MODERADA A GRAVE

- 1 Tratamento inicial (pelo menos 2 semanas):
 Preferencial: anfotericina B lipossomal 3mg/kg/dia EV ou complexo lipídico de anfotericina B 5mg/kg/dia, EV;
 Alternativo: anfotericina B desoxicolato 0,7mg a 1mg/kg/dia EV (não ultrapassar 50mg/dia), por pelo menos 2 semanas ou até melhora clínica.
 Em pacientes com meningite confirmada, a anfotericina B lipossomal poderá ter a dose aumentada para 5mg/kg/dia EV, mediante não resposta da dose preconizada.
- 2 Manutenção (por pelo menos 12 meses): itraconazol 200mg 2x/dia. Após 12 meses de consolidação, deve-se considerar mudança para a terapia supressiva de longo prazo em pacientes com cura clínica e sem sinais radiológicos e sorológicos de doença ativa.
- 3 Terapia supressiva de longo prazo: itraconazol 200mg/dia. Considerar a suspensão após o período mínimo de um ano de tratamento de manutenção, ausência de sintomas e LT-CD4+ >150 células/mm³ por mais de 6 meses, com carga viral indetectável.

TRATAMENTO PREEMPTIVO

PVHA assintomáticas com antígeno urinário para histoplasmose (Au histoplasmose) **reagente:**

- 1 Itraconazol 200mg, a cada 12 horas. Manter o tratamento após 6 meses da contagem de LT-CD4+ superior a 150 células/mm³ e CV-indetectável.

AVALIAR INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DO ITRACONAZOL.

6 OUTRAS DOENÇAS DEFINIDORAS DE AIDS

6.1 PNEUMOCISTOSE PULMONAR (PCP)

Manifestações clínicas sugestivas de pneumocistose: febre, tosse, seca, dispneia progressiva, taquicardia, taquipneia, hipoxemia em repouso ou após esforço, ausência de uso ou uso irregular de profilaxias.

Manifestações laboratoriais e radiológicas sugestivas de pneumocistose: radiografia de tórax normal ou presença de infiltrado pulmonar difuso, peri-hilar, simétrico; LDH elevada.

O diagnóstico definitivo é realizado pela identificação do agente por meio das colorações de azul de toluidina, Grocott, Giemsa ou técnica de imunofluorescência a partir de espécimes respiratórias. Esses exames são realizados apenas em centros de referência. Na indisponibilidade do exame, o tratamento para PCP está recomendado.

TRATAMENTO

PNEUMONIA LEVE A MODERADA (PaO₂ ≥70mmHg, em ar ambiente)

Os esquemas indicados incluem medicações administradas preferencialmente por VO.

A primeira escolha é a associação sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP), com 15-20mg de TMP/kg/dia oral a cada 6 ou 8 horas, por 21 dias.

O esquema alternativo para casos de intolerância à sulfa é clindamicina 300mg oral a cada 6 horas + primaquina 15-30mg oral 1x/dia, por 21 dias.

PNEUMONIA MODERADA A GRAVE (PaO₂ <70mmHg, em ar ambiente)

Esquemas administrados preferencialmente por via EV.

O esquema de escolha é a associação SMX-TMP (5mg/kg de TMP) EV a cada 6 ou 8 horas. O tempo total de tratamento é de 21 dias. Clindamicina 600mg EV a cada 6 ou 8 horas + primaquina 15-30mg VO 1x/dia é o principal esquema alternativo em caso de intolerância ou toxicidade à sulfa.

USO DE CORTICOSTEROIDE NA PNEUMOCISTOSE

A associação de corticosteroides ao tratamento de PCP moderada a grave promove redução importante na mortalidade.

As PVHA com PaO₂ <70mmHg em ar ambiente ou gradiente alvéolo-capilar >35mmHg têm indicação de corticoide:

- Prednisona 40mg oral 2x/dia por 5 dias, reduzida à metade a cada 5 dias, até completar os 21 dias de tratamento.

Obs.: suporte ventilatório não invasivo (CPAP) ou invasivo por meio de intubação orotraqueal pode ser necessário em casos de insuficiência respiratória.

TARV na PCP: deve ser iniciada o mais brevemente possível, assim que o paciente esteja clinicamente estável.

6.2 TOXOPLASMOSE CEREBRAL

Manifestações clínicas sugestivas de toxoplasmose cerebral: curso agudo ou subagudo. Cefaleia, déficit neurológico focal, febre, confusão mental, convulsão, alteração de comportamento, movimentos involuntários.

Manifestações radiológicas sugestivas de toxoplasmose cerebral: tomografia computadorizada de crânio com uma ou mais lesões cerebrais, hipodensas, com realce anelar ou nodular após contraste, associadas a edema perilesional. A localização mais comum é nos gânglios da base ou na transição córtico-substância branca.

TRATAMENTO
ESQUEMAS DE ESCOLHA
Preferencial: sulfadiazina 1.000mg (peso <60kg) a 1.500mg (peso ≥60kg) VO, a cada 6 horas + pirimetamina 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50mg/dia (peso <60kg) a 75mg/dia (peso ≥60kg) VO + ácido folínico 10mg/dia VO, durante 6 SEMANAS;
Preferencial: SMX-TMP na dose de 25mg/kg de SMX, 2x/dia, VO ou EV, durante 6 SEMANAS. Após esse período de tratamento, deve-se prescrever terapia de manutenção.
Opção para alérgicos à sulfa/esquema alternativo: clindamicina 600mg VO ou EV, a cada 6 horas + pirimetamina + ácido folínico, ambos nas mesmas doses descritas acima, durante seis semanas (esquema alternativo).
USO DE CORTICOIDE
Indicam-se corticoides nos casos de edema cerebral difuso e/ou intenso efeito de massa (desvio de linha média, compressão de estruturas adjacentes).
INDICAÇÕES DE AVALIAÇÃO NEUROCIRÚRGICA
Paciente com lesão ou lesões expansivas e ausência de melhora clínica e radiológica 10-14 dias depois de tratamento antiparasitário; ou Elevado índice de suspeita de diagnóstico alternativo (ex.: paciente com lesão expansiva única na ressonância magnética e sorologia IgG anti- <i>T. gondii</i> não reagente; paciente com lesão ou lesões expansivas, contagem elevada de LT-CD4+ e CV-HIV indetectável).

TARV na toxoplasmose cerebral: deve ser iniciada o mais brevemente possível, assim que o paciente esteja clinicamente estável, usualmente dentro das duas primeiras semanas de tratamento antiparasitário.

6.3 SARCOMA DE KAPOSI (SK)

Manifestações clínicas sugestivas de sarcoma de Kaposi: lesões cutâneas e/ou mucosas caracterizadas por placas violáceas indolentes ou disseminadas, localizadas usualmente nas extremidades (membros inferiores).

SÍTIO DE ACOMETIMENTO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
Lesões cutâneas e/ou mucosas	Biópsia da lesão e avaliação citológica e imuno-histoquímica	Introdução da terapia antirretroviral e tratamento individualizado com avaliação do especialista.
Linfonodos	Biópsia do linfonodo e avaliação citológica e imuno-histoquímica	
Trato gastrointestinal	Exame de imagem (endoscopia, colonoscopia)	
Sistema respiratório	Exame de imagem (radiografia ou tomografia de tórax)	
Na presença de lesões sugestivas de SK, encaminhar para avaliação com especialista.		

TARV e Sarcoma de Kaposi: deve ser iniciada o mais brevemente possível, assim que o paciente esteja clinicamente estável.

Após a introdução da TARV, os pacientes podem apresentar agravamento das lesões devido à síndrome inflamatória da reconstituição imune (SIRI).

As PVHA com sarcoma de Kaposi podem apresentar síndrome inflamatória mediada por citocinas (KICS). O quadro clínico caracteriza-se por febre, perda ponderal, serosites e linfonodomegalia. A avaliação laboratorial costuma evidenciar citopenias, aumento da proteína C reativa (PCR), hipoalbuminemia e hiponatremia.

6.4 DOENÇA CITOMEGÁLICA

SÍTIO DE ACOMETIMENTO	SINTOMAS	DIAGNÓSTICO	OBSERVAÇÕES
Retina	Presença de escotomas, redução da acuidade visual e perda súbita da visão (menos frequente).	Aspecto clínico da lesão retiniana associado a dados clínicos e laboratoriais com evidência de imunossupressão avançada (LT-CD4+ <50 células/mm ³).	Os sintomas dependem da localização e grau de acometimento. O comprometimento se inicia em um dos olhos, podendo se estender ao olho contralateral.
Aparelho digestivo	Úlceras orofaríngeas dolorosas. Esofagite: febre, odinofagia, náusea e dor retroesternal em queimação. Usualmente, múltiplas úlceras no esôfago distal. Enterite: dor abdominal generalizada, diarreia, dispepsia. Raramente, abdome agudo secundário a perfuração ileal. Gastrite: dor retroesternal ou epigástrica em queimação e, raramente, hemorragia digestiva alta. Colite: febre baixa, mal-estar, perda ponderal, anorexia e dor abdominal. Usualmente, evacuação frequente e em pequeno volume, tenesmo e hematoquezia. Hemorragia digestiva baixa e perfuração colônica podem ser complicações da colite citomegálica.	Endoscopia digestiva ou colonoscopia com ulceração da mucosa. Biópsia identificando células com inclusão intranuclear ("olhos de coruja").	A presença de anticorpos para citomegalovírus não é útil no diagnóstico, embora IgG negativo indique pouca probabilidade de ser o CMV o causador da doença investigada.
Sistema nervoso central ou periférico	Encefalite (síndrome demencial ou alteração do nível da consciência), ventriculoencefalite (encefalite mais acometimento de pares cranianos), polirradiculopatia (paraparesia flácida ascendente, imitando a síndrome de Guillan-Barré), mielopatia (paraparesia espástica), neuropatia periférica (parestésias e/ou disestesias distais e simétricas em membros inferiores) ou combinações delas.	Imagem de crânio (tomografia ou ressonância de crânio): apenas atrofia córtico-subcortical nas encefalites; evidência de realce periventricular nas ventrículo-encefalites. Eletroneuromiografia mostrando acometimento pré-ganglionar ou polineuropatias. Líquor: usualmente pouco alterado, mas pode-se observar aumento da celularidade, inclusive com predomínio polimorfonuclear, aumento de proteínas e/ou glicose baixa, particularmente na polirradiculopatia e ventriculoencefalite. Identificação de DNA do CMV, quando disponível.	As complicações neurológicas do CMV são urgências clínicas e requerem rápida intervenção, inclusive, antes da confirmação laboratorial.

6.4.1 TRATAMENTO DA DOENÇA CITOMEGÁLICA

SÍTIO DE ACOMETIMENTO	MEDICAMENTO	DOSE/TEMPO DE TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
Retina	Ganciclovir (preferencial)	5mg/kg 12/12h, EV, por 14-21 dias	A terapia intraocular adjuvante depende da topografia da lesão retiniana, devendo ser avaliada sua indicação e necessidade por oftalmologista.
	Foscarnet (alternativo)	90mg/kg 2x/dia, EV, por 14-21 dias	
Aparelho digestivo	Ganciclovir (preferencial)	5mg/kg 12/12h, EV, por 14-21 dias	Seguir com profilaxia secundária.
	Foscarnet (alternativo)	90mg/kg 12/12h, EV, por 14-21 dias	
	Valganciclovir (alternativo)	900mg 2x/dia, VO, por 14-21 dias	
Sistema nervoso central ou periférico	Ganciclovir (preferencial)	5mg/kg 12/12h, EV, até resolução dos sintomas	Quando disponível, avaliar PCR DNA-CMV no líquido e manter tratamento até clareamento do líquido (PCR negativo).
	Foscarnet (alternativo)	90mg/kg 2x/dia, EV, até resolução dos sintomas	
PROFILAXIA SECUNDÁRIA			
	Ganciclovir (alternativo)	5mg/kg, 1x/dia, 5x/semana, EV	Manter até contagem de LT-CD4+ >100 células/mm³ e CV-HIV indetectável por período superior a 3 meses.
	Foscarnet (alternativo)	90-120mg/kg, 1x/dia	

TARV na doença citomegálica: deve ser iniciada o mais brevemente possível, assim que o paciente esteja clinicamente estável.

O tratamento deve ser realizado, preferencialmente, em ambiente hospitalar. A escolha dos antivirais está condicionada à disponibilidade local.

7 PROFILAXIA PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS

AGENTE	INDICAÇÃO	1ª ESCOLHA	ALTERNATIVAS	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Todas as PVHA com LT-CD4+ <200 células/mm ³	Sulfametoxazol-trimetropima (SMX-TMP) (800/160mg) 3x/semana	Dapsona 100mg/dia Obs.: avaliar deficiência de G6PD	Boa resposta à TARV, com manutenção de LT-CD4+ >200 células/mm ³ por mais de 3 meses Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ <200 células/mm ³
<i>Toxoplasma gondii</i>	Todas as PVHA com LT-CD4+ <100 células/mm ³ e IgG anti- <i>T. gondii</i> reagente	SMX-TMP (800/160mg) 1x/dia	Dapsona 50mg/dia + pirimetamina 50mg/semana + ácido folínico 10mg 3x/semana ou Clindamicina 600mg 3x/dia + pirimetamina 25-50mg/dia + ácido folínico 10mg 3x/semana	Boa resposta à TARV, com manutenção de LT-CD4+ >200 células/mm ³ por mais de 3 meses Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ <100 células/mm ³
Complexo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)	PVHA com LT-CD4+ <50 células/mm ³ e que ainda não iniciaram TARV Obs.: excluir doença ativa antes de iniciar a profilaxia	Azitromicina 1.200 a 1.500mg/semana	Clindamicina 500mg 2x/dia	Após iniciar TARV

7.1 POSSÍVEIS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PROFILAXIA PRIMÁRIA

MEDICAMENTO	EVENTO ADVERSO	MEDIDAS PREVENTIVAS E MANEJO DAS REAÇÕES ADVERSAS
Sulfametoxazol-trimetropima (SMX-TMP)	Reações de hipersensibilidade: síndrome de Steven-Johnson, eritema multiforme, necrólise epidérmica tóxica. Alterações hematológicas: neutropenia, anemia, trombocitopenia. Hepatotoxicidade. Alterações renais: nefrite intersticial, cristaluria, hipercalemia.	- <i>Rash</i> cutâneo morbiliforme e febre: uso de anti-histamínicos e acompanhamento. - Eritema multiforme: suspender o medicamento, pois pode ser precursor de reações graves. - Síndrome de Steven-Johnson, eritema multiforme, necrólise epidérmica tóxica: checar alterações das enzimas hepáticas (especialmente ALT). Encaminhar para avaliação hospitalar. - Suspender o medicamento nos casos de reações severas.
		Contraindicação:
		Hipersensibilidade a sulfa, gestação, icterícia, lesão em parênquima hepático, insuficiência renal (ClCr inferior a 15mL/min).
Dapsona	Meta-hemoglobinemia, anemia hemolítica (pessoas com deficiência de G6PD), reações cutâneas, lúpus eritematoso induzido pelo medicamento, neuropatia periférica, síndrome nefrótica. Síndrome da sulfona (febre, dermatite esfoliativa, linfadenomegalia, anemia hemolítica e atipia linfocitária).	Descontinuar o medicamento nos casos de síndrome da sulfona. Encaminhar para avaliação hospitalar.
		Contraindicação:
		Deficiência de G6PD, hipersensibilidade à dapsona ou compostos contendo sulfas, gestação, amiloidose renal avançada.

8 INFECÇÃO LATENTE PELA TUBERCULOSE (ILTb)

Indicações para tratamento da ILTB em PVHA (pessoas assintomáticas):

- PVHA com LT-CD4+ <350 células/mm³
- Diagnóstico de TB ativa descartado
- Prova tuberculínica (PT) ≥5mm ou IGRA positivo e sem tratamento prévio para ILTB (quando LT-CD4+ ≥350 células/mm³)
- História de contato com paciente bacilífero
- Raio X de tórax com cicatriz de tuberculose sem tratamento prévio para TB

PVHA com aids avançada (CD4 <200 células/mm³)

Investigar TB ativa

Avaliação clínica, exames laboratoriais (TRM-TB ou baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade, quando indicado) e raio X de tórax. Em caso de suspeita de TB extrapulmonar, encaminhar para realização de exames específicos no serviço de referência.

Sintomas de TB em PVHA: tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna.

TB diagnosticada

Tratar TB, notificar no Sinan e investigar os contatos

TB não diagnosticada

PVHA

Tratar ILTB e notificar no Sistema IL-TB

PVHA gestante

Tratar ILTB após o 3º mês de gestação e notificar no Sistema IL-TB

Iniciar TARV

8.1 TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELA TUBERCULOSE (ILTb)

ESQUEMA	TEMPO DE TRATAMENTO/NÚMERO DE DOSES	CONSIDERAÇÕES	REAÇÕES ADVERSAS
Isoniazida 5-10mg/kg (dose máx. 300mg/dia)	- 6 meses/180 doses - 9 meses/270 doses	Isoniazida: comprimidos de 100mg ou 300mg	Hepatotoxicidade, neuropatia periférica, <i>rash</i> cutâneo e náuseas.
Indivíduos >50 anos, com hepatopatias, contatos de pessoas com TB monorresistente à H ou intolerância à H: Rifampicina 10mg/kg (dose máx. 600mg/dia)	4 meses/120 doses	Rifampicina: comprimidos de 300mg Checar interações medicamentosas com ARV	Reações de hipersensibilidade; hepatotoxicidade (menos frequente); cefaleia; <i>rash</i> cutâneo; náuseas; coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.
Esquema preferencial em adultos (>14 anos e ≥30kg): Rifapentina 900mg 1x/semana + Isoniazida 900mg 1x/semana	1 dose semanal por 12 semanas (3 meses)	Rifapentina: comprimidos de 150mg Isoniazida: comprimidos de 100mg ou 300mg Checar interações medicamentosas com ARV	Reações de hipersensibilidade; hepatotoxicidade (menos frequente); plaquetopenia; farmacodermia; náuseas; coloração avermelhada de suor, urina e lágrima, reação semelhante à gripe.

Nos casos de histórico de PT ≥5mm ou IGRA positivo e sem tratamento prévio para ILTB, contato com paciente bacilífero e raio X de tórax com cicatriz de TB sem tratamento prévio para tuberculose, afastar TB ativa e iniciar o tratamento da ILTB.

9 ABANDONO DE TRATAMENTO

ABORDAGEM INICIAL MÍNIMA PARA PVHA QUE RETORNAM APÓS ABANDONO DE TRATAMENTO. AVALIAR:

Fatores relacionados à PVHA: contexto social e psicológico, comorbidades, abandono prévio.

Fatores relacionados aos medicamentos: eventos adversos, absorção, interações medicamentosas, farmacocinética.

Fatores relacionados ao sistema de saúde: acesso, disponibilidade de insumos e profissionais, vinculação ao centro de tratamento.

Presença de infecções bacterianas e/ou oportunistas, coinfeções.

9.1 TARV APÓS ABANDONO DE TRATAMENTO

A escolha do esquema antirretroviral deve ser individualizada e considerar os diversos fatores acima listados. PVHA em uso de inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) como terceiro medicamento não devem reiniciar o tratamento com drogas dessa classe, pelo risco de resistência.

Sempre que possível, adotar estratégias de busca ativa e monitoramento contínuo das PVHA em abandono de tratamento.

10 CRONOGRAMA DE CONSULTAS PARA PVHA COM AIDS AVANÇADA

Avaliação	1ª consulta	2 semanas	1º mês	2º mês	3º mês	6º mês	12º mês
Sinais e sintomas	X	X	X	X	X	X	X
Exame físico	X	X	X	X	X	X	X
Eventos adversos		X	X	X	X	X	X
Adesão		X	X	X	X	X	X

Na presença de coinfeção ativa, este calendário pode ser adequado com maior frequência nas avaliações.

11 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE ARV E OUTROS MEDICAMENTOS

As interações medicamentosas atualizadas podem ser consultadas em plataformas virtuais. Ex.: <https://www.hiv-druginteractions.org/>

Quadro 1 – Medicamentos específicos para tratamento das infecções oportunistas²

Medicamentos específicos para tratamento das infecções oportunistas	ATV	ATV/r	DRV/r	RTV	DTG	DTG+3TC	RAL	ABC	AZT	3TC	TDF	EFZ	ETR	ENF	FTR	MVQ
Anfotericina B																
Clindamicina																
Dexametasona																
Etambutol																
Fluconazol																
Flucitosina																
Foscarnet																
Ganciclovir																
Isoniazida																
Itraconazol																
Levofloxacino																
Metilprednisolona																
Prednisona																
Piridoxina																
Pirimetamina																
Rifampicina																
Rifabutina																
Rifapentina																
Sulfadiazina																
Sulfametoxazol-trimetoprima																

² adaptado de EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY. **Linhas orientadoras EACS 2019**. [S. l.]: EACS, 2029. Disponível em: <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.0-portuguese.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2022.

	Sem interação clinicamente relevante
	Potencial interação, que pode exigir ajuste da dose
	Potencial interação, com baixa intensidade prevista
	Estes medicamentos não devem ser coadministrados

12 ASPECTO DO LÍQUOR NAS INFECÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

NORMAL

- **Aspecto:**
Límpido
- **Pressão de abertura (mmH₂O):**
50-100mmH₂O
- **Celularidade (células/microL):**
0-5
(predomínio linfocítico)
- **Proteínas (mg/dL):**
15-40mg/dL
- **Glicose (mg/dl):**
50-80mg/dL
- **Outros testes:**
Ausência de microorganismos

MENINGITE CRIPTOCÓCICA*

- **Aspecto:**
Límpido
- **Pressão de abertura (mmH₂O):**
Normal ou ↑
- **Celularidade (células/microL):**
Normal ou ↑
(predomínio linfocítico)
- **Proteínas:**
Normal ou elevada
- **Glicose (mg/dl):**
Normal ou baixa
- **Outros testes:**
 - Tinta da China
 - CrAg
 - Cultura para fungo

MENINGITE TUBERCULOSA*

- **Aspecto:**
Límpido ou turvo
- **Pressão de abertura (mmH₂O):**
Normal ou elevada
- **Celularidade (células/microL):**
↑ (inicialmente pode haver predomínio de polimorfonucleares)
- **Proteínas (mg/dL):**
Normal ou ↑
- **Glicose (mg/dl):**
Normal ou ↓
- **Outros testes:**
 - Pesquisa de BAAR
 - TRM-TB
 - Cultura para microbactéria

MENINGITE BACTERIANA

- **Aspecto:**
Turvo
- **Pressão de abertura (mmH₂O):**
Normal ou elevada
- **Celularidade (células/microL):**
Muito elevada
(predomínio de leucócitos polimorfonucleares)
- **Proteínas (mg/dL):**
↑
- **Glicose (mg/dl):**
↓
- **Outros testes:**
 - Coloração Gram
 - PCR
 - Cultura

MENINGITE VIRAL

- **Aspecto:**
Límpido
- **Pressão de abertura (mmH₂O):**
Normal a elevada
- **Celularidade (células/microL):**
↑
- **Proteínas (mg/dL):**
Normal a ↑
- **Glicose (mg/dl):**
Normal
- **Outros testes:**
 - PCR específicos, quando disponíveis

Fonte: adaptado de HRISHI; SETHURAMAN, 2019³; SHAHAN; CHOI; NIEVES, 2021⁴; VIDAL *et al.*, 2017⁵.

*As meningites tuberculosa e criptocócica apresentam características líquóricas similares e, dificilmente, podem ser discriminadas apenas utilizando os resultados de quimiocitológico, sendo necessários testes com elevada acurácia, principalmente, o CrAg.

³ HRISHI, A. P.; SETHURAMAN, M. Cerebrospinal Fluid (CSF) Analysis and Interpretation in Neurocritical Care for Acute Neurological Conditions. *Indian J. Crit. Care. Med.*, v. 23, p. S115-S119, 2019. Suppl. 2.

⁴ SHAHAN, B.; CHOI, E. Y.; NIEVES, G. Cerebrospinal Fluid Analysis. *Am. Fam. Physician*, v. 103, n. 7, p. 422-428, 2021.

⁵ VIDAL, J. E. *et al.* Is it possible to differentiate tuberculous and cryptococcal meningitis in HIV-infected patients using only clinical and basic cerebrospinal fluid characteristics? *S. Afr. Med. J.*, v. 107, n. 2, p. 156-159, 2017.

13 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA A PVHA COM AIDS AVANÇADA

13.1 DIAGNÓSTICO

Atenção primária (APS) Unidades Básicas de Saúde	Atenção secundária Serviço de Assistência Especializada (SAE) Hospital-Dia; Urgência/Emergência	Atenção terciária Hospitais
---	---	--------------------------------

Diagnóstico e monitoramento do HIV/aids	Diagnóstico de HIV/aids
	CD4 convencional BD ou Rápido Abbott Pima
	CD4 imunocromatográfico rápido VISITECT
	Carga viral do HIV

Diagnóstico de infecções oportunistas (IO)	LF-LAM (tuberculose)
	LF-LAM (tuberculose)
	Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) (fluidos e tecidos)
	Baciloscopia, cultura para micobactérias
	Radiografia de tórax
	Biópsia e histopatológico
	LF-CrAg (amostra sanguínea)
	LF-CrAg (amostra líquido) - Hospital-Dia
	Antígeno urinário para histoplasmose

13.2 TRATAMENTO

	Atenção primária (APS) Unidades Básicas de Saúde	Atenção secundária Serviço de Assistência Especializada (SAE) Hospital-Dia; Urgência/Emergência	Atenção terciária Hospitais
Tratamento		Tratamento HIV/aids*	
	Profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima**		
		Tratamento preemptivo de criptococose	
		Tratamento preemptivo de histoplasmose	
	Tratamento da infecção latente pela tuberculose**		
	Tratamento da tuberculose pulmonar ativa**		
		Tratamento da tuberculose ativa extrapulmonar e/ou	
		Tratamento da tuberculose drogarresistente	
			Tratamento da tuberculose meningoencefálica
			Tratamento da meningite criptocócica

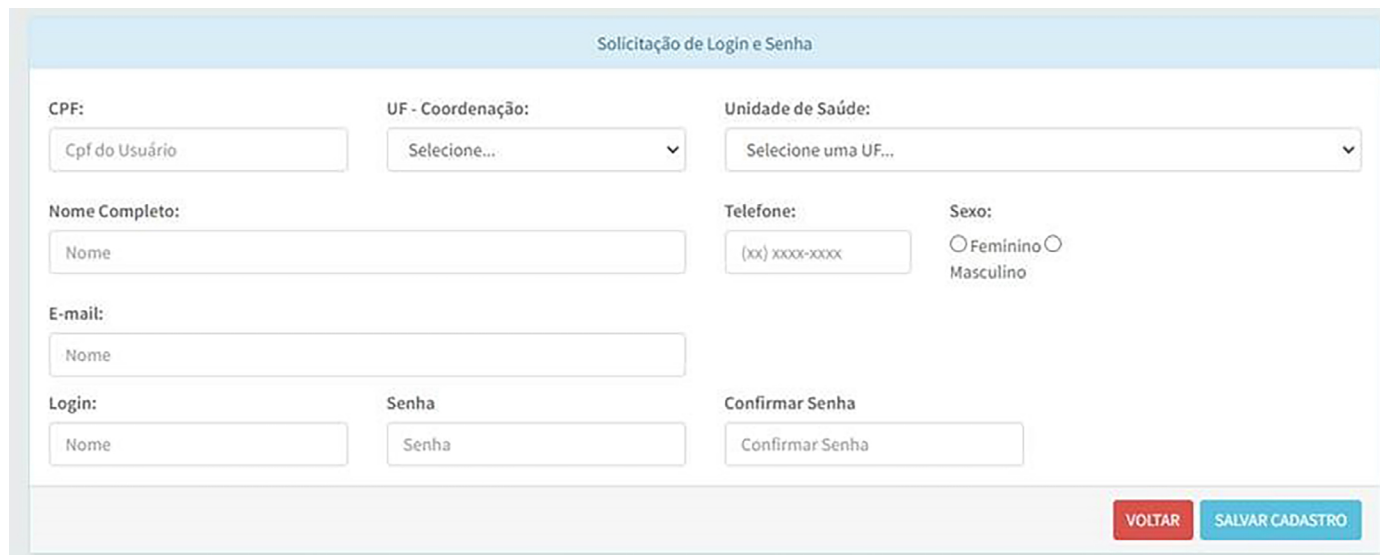
* O acompanhamento das PVHA com aids deve ser realizado, preferencialmente, no SAE.

** O tratamento pode ser iniciado na APS, com posterior encaminhamento para o acompanhamento no SAE.

14 FORMULÁRIO PARA A AIDS AVANÇADA

A solicitação de login e senha para o Siclom-Aids Avançada deverá ser realizada da seguinte maneira:

1. Acessar o endereço de acesso ao Siclom-Aids Avançada;
2. Localizar o link "Cadastre-se aqui";
3. Preencher e enviar o formulário de solicitação de login e senha à coordenação estadual ou municipal.

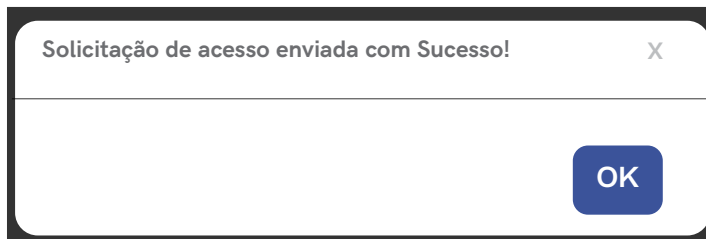


Formulário de Solicitação de Login e Senha. O formulário contém os seguintes campos:

- CPF: Campo de texto com o placeholder "Cpf do Usuário".
- UF - Coordenação: Menu suspenso com o placeholder "Selecione...".
- Unidade de Saúde: Menu suspenso com o placeholder "Selecione uma UF...".
- Nome Completo: Campo de texto com o placeholder "Nome".
- Telefone: Campo de texto com o placeholder "(xx) xxxx-xxxx".
- Sexo: Botões de rádio para "Feminino" e "Masculino".
- E-mail: Campo de texto com o placeholder "Nome".
- Login: Campo de texto com o placeholder "Nome".
- Senha: Campo de texto com o placeholder "Senha".
- Confirmar Senha: Campo de texto com o placeholder "Confirmar Senha".

Na base do formulário, há dois botões: "VOLTAR" (em vermelho) e "SALVAR CADASTRO" (em azul).

4. Após salvar o cadastro, a seguinte mensagem aparecerá:



Mensagem de sucesso: "Solicitação de acesso enviada com Sucesso!". A mensagem é exibida em uma caixa com uma barra de título e um botão "OK" no canto inferior direito.

5. A coordenação local irá autorizar ou não a solicitação de login e senha;
6. O sistema enviará automaticamente um e-mail ao usuário solicitante, informando se o acesso foi liberado ou não.

14.1 PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

O preenchimento do formulário da aids pode ser realizado por profissionais de todos os níveis de atenção à saúde.

Caso o atendimento seja iniciado em um ponto da rede e a PVHA seja encaminhada a outro ponto de atenção, este deverá finalizar o preenchimento com os testes e ou condutas realizadas.

Nos casos de indisponibilidade de acesso à internet, o formulário será preenchido manualmente, devendo ser posteriormente digitado no sistema.

O formulário está dividido em seis partes, que podem ser preenchidas separadamente:

Formulário	Sugestão do profissional a realizar:
Cadastro do usuário	Qualquer profissional
Pré-avaliação	Enfermeiro ou médico
Testagens	Profissionais de saúde capacitados
Avaliação clínica	Enfermeiro ou médico
Conduta	Médico
Investigação complementar	Médico

15 PVHA EM ABANDONO DE TRATAMENTO: REALIZAÇÃO DE BUSCA ATIVA/ABORDAGEM CONSENTIDA

A abordagem consentida/busca ativa visa o (re)estabelecimento e o fortalecimento do vínculo do usuário com o serviço de saúde, além de possibilitar conhecer sua situação atual e os fatores da não adesão ao serviço e/ou à TARV.

Pessoas com CD4 <200 ou gravemente doentes e que interromperam seu tratamento devem ter prioridade nessa busca e acesso ao cuidado.

A abordagem deve ser centrada no sujeito, levando em consideração aspectos éticos relacionados a estigma e discriminação e o direito à manutenção do sigilo acerca do diagnóstico e de dados pessoais.

A equipe deve se organizar para:

- Identificar as pessoas que estejam dentro do critério de interrupção/abandono de TARV com LT-CD4+ <200, **por meio de relatório nominal de pacientes disponibilizados no SIMC.**
- **Realizar o contato com o usuário de forma qualificada: o profissional responsável pelo contato deve estar capacitado para evitar constrangimentos e violação do sigilo.**
- O contato com o usuário pode ser feito pelos seguintes meios, observando alguns cuidados:



Telefone: não informar, a quem atende ao telefone, a origem e o motivo do telefonema; não mencionar nenhum tipo de informação que revele o diagnóstico ou o tratamento realizado.



Mensagem de texto: deve ser curta e impessoal, solicitando o retorno do contato ou comparecimento do usuário ao serviço de saúde para tratar de assunto de seu interesse.



Visita domiciliar: deve ser realizada em veículos SEM identificação institucional e os profissionais devem evitar vestir jalecos e crachás que possam identificar a equipe diante de terceiros.

15.1 ASPECTOS ÉTICOS E SIGILO

O contato com os usuários pressupõe o respeito ao sigilo e à confidencialidade da sua condição de saúde, considerando os seguintes aspectos éticos e legais envolvidos:

- As ações e serviços de saúde são de relevância pública, e compete ao SUS a obrigação constitucional de executar as ações de vigilância epidemiológica (art. 197 e inciso II do art. 200 da Constituição Federal/1988).
- Os profissionais de saúde, no estrito exercício profissional de atividades referentes à execução de políticas públicas e ao controle de agravos/doenças, relacionadas à competência da vigilância epidemiológica prevista na Constituição Federal/1988 e detalhada na Lei 8.080/1990, podem ter acesso às informações sobre as pessoas cuidadas pelo seu serviço de saúde e/ou do território municipal ou estadual, a depender da abrangência de suas responsabilidades.
- A Lei nº 14.289/22 estabelece a obrigatoriedade de preservação do sigilo sobre a condição das pessoas que vivem com infecção pelo HIV e reforça as orientações sobre boas práticas em relação a dados pessoais sensíveis, também estabelecidas pelas Lei nº 12.527/2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI) e Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção aos Dados (LGPD).
- Os códigos de ética profissional que regem o exercício de trabalhadores da saúde também orientam condutas em relação à privacidade e sigilo entre profissional de saúde e paciente.
- Em que pese a necessidade da garantia do sigilo e cuidados necessários em relação aos dados da pessoa, as ações de vigilância e de atenção ao HIV não foram alteradas pela Lei 14.289/2022 e devem ser realizadas dentro dos limites de competência e ação dos serviços de saúde.

16 SISTEMAS PARA ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E MONITORAMENTO

1. Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (SIMC): <https://simc.aids.gov.br/>
2. Sistema LAUDO: <https://laudo.aids.gov.br/login>

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL