

O Manual Clínico MTCT-Plus

O Manual Clínico MTCT-Plus

Janeiro de 2003

Miriam Rabkin, Wafaa El-Sadr e Elaine Abrams

The MTCT-Plus Initiative
Mailman School of Public Health
Columbia University
722 West 168th Street
New York, NY 10032, USA
Tel: 212-342-0505
Fax: 212-342-1824

Colaboradores:

Alan Berkman, Pamela Collins, Robert Sember e Sai Subhasree Raghavan

Introdução à iniciativa MTCT-Plus	página 5
1. Coordenação dos cuidados prestados à família	página 6
2. Avaliação da aderência e o apoio a ela	página 9
3. Avaliação e apoio psicossociais	página 18
4. Avaliação e apoio nutricionais	página 23
5. Assistência clínica aos adultos	página 29
6. Assistência clínica a bebês e crianças	página 61
7. Educação dos pacientes e prevenção secundária	página 96
8. Acção e mobilização comunitárias	página 99
9. A assistência aos prestadores de cuidados	página 103
10. Recursos e informações adicionais	página 105

Introdução à iniciativa MTCT-Plus



A iniciativa MTCT-Plus destina-se a promover o bem-estar e a melhorar a assistência médica prestada às mães infectadas com o vírus HIV e às suas famílias. Ao oferecer uma série de serviços, desde a educação das pacientes até ao tratamento específico contra o HIV, a iniciativa MTCT-Plus apoia-se em programas de prevenção da transmissão de mãe para filho(a) bem sucedidos para criar um tratamento de alta qualidade para o HIV.

Além das acções de prevenção da transmissão de mãe para filho(a) já implantadas, as pacientes do programa MTCT-Plus terão acesso a assistência nutricional, testes diagnósticos, profilaxia de infecções oportunistas e tratamento anti-retrovírico. Equipas multidisciplinares prestarão assistência psicossocial, educação das pacientes e aconselhamento, sendo estes serviços adaptados aos diversos locais para satisfazer as necessidades de ambientes culturais específicos. O programa MTCT-Plus irá também apoiar a prestação de serviços de assistência e de educação comunitária, e procurará ainda estabelecer elos de ligação com organizações e recursos locais.

Os locais de implantação do programa MTCT-Plus estão inseridos numa grande variedade de meios, urbanos e rurais, abrangendo muitos países e culturas – e os elementos específicos do programa poderão variar de acordo com eles. No entanto, todos os locais irão oferecer um conjunto básico de serviços clínicos delineado neste manual. Protocolos clínicos normalizados permitirão o aprovisionamento de medicamentos e outros artigos, o desenvolvimento das acções de educação e formação, e a recolha de dados sobre os resultados e relativos à garantia da qualidade. Os protocolos partilhados permitirão também que os locais prestem uma assistência uniformemente excelente.

O Manual Clínico oferece uma visão geral dos serviços MTCT-Plus essenciais, recomendações para a sua implementação, directrizes clínicas e algoritmos para o tratamento. Estes elementos destinam-se a aperfeiçoar, e não a substituir, os juízos e a perícia do pessoal médico-sanitário.

Pre vemos que os protocolos MTCT-Plus irão evoluir com o decorrer do tempo. O Manual Clínico será actualizado regularmente e está estruturado de maneira a acomodar alterações frequentes. Receberemos com agrado e incentivamos a apresentação de sugestões, comentários e correcções.

Coordenação dos cuidados prestados à família:

O que é a coordenação dos cuidados prestados à família?

A coordenação dos cuidados prestados à família é um método de tratamento de pacientes com necessidades complexas, para quem a coordenação dos serviços médicos e de apoio é de importância crítica. A avaliação, a comunicação e a promoção dos interesses dos pacientes são elementos salientes dos cuidados prestados à família, permitindo que tanto os pacientes como os prestadores de cuidados assegurem que os cuidados prestados sejam da mais alta qualidade. A coordenação dos cuidados prestados à família também estimula os prestadores de cuidados a considerar as necessidades de todos os membros da família, com o entendimento de que as necessidades do indivíduo estão interligadas com as dos seus parentes mais próximos e de outros membros da comunidade.

Por que é importante a coordenação dos cuidados prestados à família?



A experiência adquirida no tratamento de pacientes com HIV/SIDA tem revelado que a coordenação dos serviços médico-sanitários e de apoio e a comunicação entre os prestadores de cuidados otimiza a saúde e o bem-estar dos pacientes. Elementos diferentes da equipa encarregada dos cuidados médico-sanitários e dos serviços de apoio podem possuir peças diferentes do “quebra-cabeças” – um médico, por exemplo, pode saber que a paciente não está a reagir bem ao tratamento; uma conselheira pode saber que a paciente está a ter problemas conjugais; uma assistente social pode saber que a paciente não dispõe de meios para alimentar a sua família; e uma gerente da clínica local pode saber que a paciente tem estado a faltar às consultas. A comunicação regular e organizada entre os prestadores de assistência médico-sanitária e de serviços de apoio pode juntar e combinar as peças do quebra-cabeças de modo a identificar obstáculos ao bem-estar e formular um plano de acção centrado na paciente e na sua família.

Quem deve participar na coordenação dos cuidados prestados à família?

Existem muitos modelos bem sucedidos para a coordenação dos cuidados, mas todos eles envolvem a cooperação multidisciplinar dos prestadores de serviços clínicos e de apoio. Recomenda-se o uso de uma abordagem centrada no trabalho em equipa, mediante a qual os elementos do pessoal que prestam serviços médicos, aconselhamento, serviços de acção comunitária e sociais se reúnam

periodicamente para discutir pacientes específicas. Convém identificar um elemento do pessoal a quem caberá a coordenação central. Este(a) coordenador(a) deverá orientar as reuniões de coordenação dos cuidados prestados à família descritas abaixo.

Como deve ser feita a coordenação dos cuidados prestados à família?

Fundamentalmente, a coordenação dos cuidados prestados à família é uma abordagem voltada para a paciente e focalizada na família. Quando é bem feita, é abrangente, colaborante e eficiente. A coordenação dos cuidados prestados à família inclui:

- Avaliação inicial das necessidades de uma paciente, com cuidadosa atenção à estrutura familiar, aos apoios sociais e a potenciais obstáculos aos cuidados de assistência
- Elaboração de um plano de assistência para a paciente e a sua família
 - Se vários membros da família estiverem a receber assistência médica, comunicação regular entre os prestadores dos cuidados de assistência (com a autorização dos pacientes)
- Coordenação dos serviços necessários para a implementação do plano
- Acompanhamento da paciente para avaliação da eficácia do plano
- Reavaliação e revisão periódicas do plano, conforme for necessário

Reuniões da equipa:

Reuniões semanais multidisciplinares da equipa são uma forma ideal de comunicar, trocar informações e desenvolver e acompanhar um plano de cuidados de assistência. É importante que tanto o pessoal clínico (médicos, enfermeiras e supervisores clínicos) como o pessoal não clínico (assistentes comunitárias, conselheiras e educadoras sanitárias) participem nestas reuniões. Estes grupos são mais eficazes quando um(a) chefe de equipa, muitas vezes uma enfermeira, uma conselheira ou uma assistente social, planeia a lista de pacientes e a agenda para a reunião semanal e as distribui antecipadamente à equipa, orientando depois a reunião.

Uma estratégia vulgar consiste em discutir cada semana um subgrupo de pacientes (um quarto das existentes, por exemplo), bem como outras pacientes com problemas urgentes ou novos. Cada uma das pacientes incluídas na lista é discutida, é apresentada uma breve actualização da sua situação e são destacadas questões importantes. São solicitados pareceres aos membros da equipa e o(a) chefe da equipa confirma e anota as medidas que devem ser tomadas durante a semana. São tomadas notas que passam a fazer parte da ficha da paciente. Esta estrutura permite o acompanhamento e a avaliação

contínuos dos planos de cuidados de assistência, permite que os membros da equipa partilhem eficientemente informações sobre os pacientes e fortalece a colaboração e a camaradagem multidisciplinares.

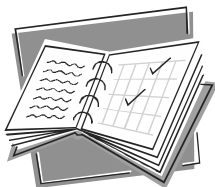
Avaliação da aderência e o apoio a ela:

O que é a 'aderência'?

A aderência é a participação activa e precisa de uma paciente esclarecida num plano de tratamento. É um termo mais amplo do que 'cumprimento do tratamento' – a medida em que as pacientes obedecem às instruções dos seus prestadores de cuidados médicos – e implica compreensão, consentimento e parceria. A aderência inclui a adopção e a continuação de um programa ou plano de tratamento, a ida às consultas e às análises tal como elas foram marcadas, a toma dos medicamentos tal como eles foram receitados, a alteração do estilo de vida conforme for preciso, e o acto de evitar comportamentos de risco. Inclui a *aderência aos cuidados de assistência* e a *aderência aos medicamentos*, mas é geralmente considerada como um termo com um sentido mais amplo do que a soma dos seus elementos.

Para pacientes que estejam a receber tratamento anti-retrovírico (ARV), a aderência aos medicamentos é de importância crítica para o êxito do tratamento. Uma toma quase perfeita dos comprimidos é necessária para a obtenção da supressão viral e para evitar a ocorrência de resistência viral. Quando as pacientes deixam de tomar algumas doses e não tomam regularmente os seus medicamentos ARV, desenvolve-se uma resistência viral e os remédios podem deixar de funcionar. A omissão de algumas doses é um problema vulgar e todas as pacientes precisam de ajuda para tomarem 100% dos seus medicamentos de acordo com a receita médica. Os riscos da falta de aderência são tão claros e tão grandes que a avaliação da aderência e o apoio a ela são partes integrantes dos programas de tratamento do HIV em todo o mundo. As directrizes para o tratamento salientam que o tratamento anti-retrovírico não deve ser receitado se não houver meios de apoio à aderência ao mesmo.

Por que é importante a avaliação da aderência?



Os estudos tem mostrado que os prestadores de cuidados médicos não são capazes de dizer quais dos pacientes estão a aderir ao tratamento e quais não o fazem. Sem uma avaliação formal, é pouco provável que os prestadores de cuidados identifiquem os pacientes aderentes e não aderentes, perdendo assim uma oportunidade para o reforço das suas orientações e para intervenções construtivas.

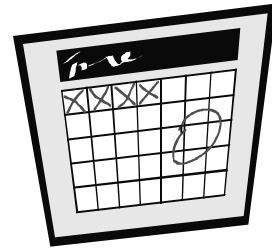
Quem deve efectuar a avaliação da aderência?

A resposta simples é “toda a gente”. Uma avaliação bem sucedida envolve muitas vezes diversos prestadores de cuidados. A não ser que eles perguntem, um médico pode não saber que uma paciente faltou a uma consulta de aconselhamento e uma conselheira pode não saber que uma paciente faltou a uma consulta clínica. Uma paciente pode ter relutância em informar a pessoa que receitou os medicamentos de que não tem estado a tomar os seus comprimidos, mas pode estar disposta a falar sobre isso com outro(a) prestador(a) de cuidados de assistência. Uma abordagem multidisciplinar, em que uma pessoa que não seja o(a) médico(a) realize uma avaliação formal da aderência, será provavelmente o meio de esclarecer informações acerca da aderência aos medicamentos com mais êxito.

Aderência ao tratamento

Como deve ser avaliada a aderência ao tratamento?

A avaliação da aderência ao tratamento deve começar pelas coisas básicas. A paciente comparece a todas as suas consultas? Vai às reuniões do grupo de apoio? Foi buscar os medicamentos à farmácia, conforme lhe tinha sido dito? Efectuou todas as análises que foram pedidas? Estas perguntas são simples, mas recolher e interpretar estas informações, e agir de acordo com elas, exige uma infra-estrutura administrativa robusta. O sistema funcionará melhor se houver uma pessoa claramente designada para supervisionar a aderência ao tratamento, tal como o administrador da clínica ou a enfermeira-chefe. Uma lista das pacientes esperadas em cada período de funcionamento da clínica deve ser mantida na área de registo – e os nomes das pacientes que não comparecerem são então identificados e transmitidos a esse(a) supervisor(a) de acordo com um protocolo específico. Da mesma forma, no caso de se esperar que uma paciente venha à farmácia para levantar os seus medicamentos e ela não venha, o pessoal da farmácia deve notificar o(a) supervisor(a).



Como é que a aderência ao tratamento deve ser apoiada?

O método para a manutenção das pacientes dentro do programa de tratamento variará obviamente de uma paciente para outra, tendo em conta as respectivas circunstâncias. Contudo, existem alguns métodos que são comprovadamente muito eficazes:

Ambiente dos cuidados: Um ambiente acolhedor e confortável é uma motivação importante para que as pacientes continuem no programa de tratamento. Nem todas as pacientes têm experiência

de participação nas decisões referentes aos seus cuidados médicos. Ajudar as pacientes a envolverem-se pessoalmente no seu tratamento pode ajudá-las a aderir ao seu programa de tratamento. Serviços acessíveis e localizados nos mesmos lugares, horários convenientes e o reembolso das despesas de transporte são tudo coisas que servem para induzir as pacientes a voltarem.

Comunicação: O estabelecimento de uma boa comunicação com as pacientes cria confiança e é essencial para o tratamento eficaz das pacientes. Uma boa comunicação ajuda a identificar os problemas, as necessidades e os obstáculos ao tratamento das pacientes. Os prestadores de cuidados de assistência devem verificar, para assegurar que as pacientes compreendem as suas explicações e instruções, e devem dar instruções orais e escritas. Devem encorajar as pacientes a partilhar informações e dar-lhes a entender que o que elas dizem é escutado. Para as pacientes, pode ser difícil dizer o que estão a pensar ou com o que é que estão preocupadas. Fazer perguntas específicas que promovam a divulgação de informações e não possam ser respondidas por um simples “sim” ou “não” pode tornar isto mais fácil. A repetição das respostas usando outras palavras pode assegurar que as pacientes foram compreendidas. E, seja o que for que as pacientes revelarem, o pessoal deve procurar mostrar interesse e respeito – através daquilo que disser e da forma como o disser.

Relações paciente-prestadores de cuidados de assistência: É mais provável que as pacientes continuem o programa de tratamento se elas confiarem nos seus prestadores de cuidados de assistência, participarem na tomada de decisões e compreenderem o seu programa de tratamento. Se bem que a coordenação da assistência, a regularidade do tratamento dispensado pelo pessoal e o fornecimento de programas de educação das pacientes sejam tudo coisas importantes, um ambiente respeitoso e acolhedor contribuirá muito para estimular a aderência ao tratamento.

Confidencialidade: A confidencialidade deve ser explicada a todas as pacientes no momento da inscrição no programa MTCT-Plus. Elas precisam de compreender que a sua participação no programa será mantida confidencial e que o facto de estarem infectadas com o vírus HIV não será divulgado sem a sua aprovação. Contudo, elas devem estar cientes de que poderão encontrar indivíduos da sua comunidade que frequentam o programa e que poderão inferir que elas estão infectadas com o HIV. As pacientes devem estar preparadas para esta eventualidade e devem ser aconselhadas a respeito da importância da discrição relativamente às pessoas que encontrarem no programa MTCT-Plus.

Educação das pacientes e apoio de colegas:

- A educação das pacientes tem muitas vantagens e é abordada de forma mais pormenorizada no Capítulo 7. Para os fins deste capítulo, queremos salientar que uma paciente que compreende a sua doença tem mais probabilidades de aderir aos cuidados de assistência e ao tratamento, e que todas as pacientes devem dispor de acesso a informações orais, escritas e/ou visuais a respeito do HIV/SIDA em cada visita.
- Os grupos de apoio de pessoas em circunstâncias semelhantes e a educação individual por uma pessoa com a mesma doença são instrumentos potentes para a promoção da saúde e o apoio à aderência.

Serviços de assistência e acompanhamento: Conforme já foi referido, é necessária uma infra-estrutura administrativa robusta para identificar rapidamente as pacientes que faltam às suas consultas marcadas. O planeamento antecipado para esta eventualidade é uma abordagem prudente e é importante recolher, na altura da inscrição, o maior número possível de informações sobre meios de contacto que a paciente estiver disposta a fornecer.

- Que informações para contacto devem ser obtidas?
 - Nome completo, morada completa (com um mapa, se a rua não tiver números)
 - Caso disponível: número de telefone (telefone de casa e/ou telemóvel) da paciente (ou de pessoas amigas ou vizinhas)
 - Nome, morada e telefone de membros da família mais chegada e/ou de amigos
 - Morada e telefone de lugares onde a paciente passa tempo (trabalho, recreação)
 - Meio de contacto da assistente sanitária comunitária da paciente, caso haja uma
 - Documentar o modo como a paciente deseja ser contactada. Deu autorização para que lhe telefonem para casa? Para ser visitada em casa? Para que os prestadores de cuidados de assistência contactem a família e os amigos?
 - O Impresso de Localização de Paciente MTCT-Plus pode ser usado para registar estas informações, que devem ser mantidas num lugar fechado e seguro.
- O que deve acontecer se uma paciente faltar a uma consulta?
 - Se uma paciente faltar a uma consulta marcada e não tiver contactado o pessoal ou voltado para receber cuidados

dentro de uma semana, deve-se efectuar uma reconvocação

- Se não houver qualquer resposta, deve-se efectuar uma visita a casa
- Nunca desista de pacientes que faltaram a consultas e relativamente aos quais os contactos para acompanhamento não tenham dado resultado. Elas podem regressar à área a seguir a uma viagem ou restabelecer o contacto com os serviços de assistência por outro meio. Devem ser feitas tentativas periódicas para contactar as pacientes, mesmo que as tentativas iniciais para restabelecer o contacto tenham falhado.
- A falta de comparência às consultas ou a alteração do padrão das visitas deve ser discutida durante as reuniões de coordenação dos cuidados prestados à família (ver o Capítulo 1).

Aderência aos medicamentos

Como deve ser avaliada a aderência aos medicamentos?

É de importância crítica que os prestadores de cuidados de assistência conheçam as informações seguintes a respeito de cada paciente:

- As pacientes estão a tomar os medicamentos tal como eles foram receitados? Se não for esse o caso, quantas doses não são tomadas?
- O que é que torna difícil às pacientes tomar os remédios? Alguns problemas vulgares incluem os efeitos secundários, os receios a respeito dos medicamentos, a falta de acesso a alimentos e a dificuldade em ir à clínica.
- O que é que ajuda as pacientes a tomar os medicamentos?

Quando se trata de avaliar a aderência aos medicamentos, é essencial que se use uma abordagem compreensiva e não crítica. Nas discussões com os seus pacientes, os prestadores de assistência devem reconhecer que a aderência aos medicamentos é difícil, que existem muitas barreiras à toma de comprimidos com êxito e que é habitual os pacientes precisarem de assistência e encorajamento. Conforme foi indicada acima, uma abordagem multidisciplinar é muitas vezes a que mais êxito tem. Embora não haja nenhum padrão para a avaliação da aderência aos medicamentos, muitos peritos preconizam uma abordagem combinada.



Todas as pacientes que estejam a tomar medicamentos (de qualquer

espécie) devem ser indagadas quanto à aderência em cada consulta. Uma avaliação mais rigorosa (por exemplo, uma revisão dos registros e das contagens de comprimidos da farmácia) é recomendada durante o início do tratamento com anti-retrovíricos (ARVs).

As entrevistas às pacientes e os relatórios de auto-avaliação exageram muitas vezes o nível da aderência, mas há maneiras de os prestadores melhorarem a precisão deste método simples de avaliação. As pacientes devem ser informadas de que os seus prestadores querem que elas digam a verdade, mesmo que tenham deixado de tomar medicamentos. Da mesma maneira, as pacientes que estiverem a tomar medicamentos ARVs devem saber que, se forem deixar de tomar medicamentos, devem parar de tomar todos os seus ARVs, conforme as instruções recebidas dos seus prestadores de assistência. O uso de uma linguagem respeitosa e não crítica é vital.

Alguns exemplos das perguntas que podem ser feitas para avaliar doses não tomadas incluem:

- “Muitos pacientes que tomam estes medicamentos têm às vezes dificuldade em fazê-lo. Alguma vez tem dificuldade em tomar os comprimidos?”
- “É difícil tomar os medicamentos todos os dias, e muitos pacientes esquecem-se de tomar uma dose de vez em quando. Quando foi a última vez que deixou de tomar uma dose dos seus medicamentos?”
- “Quantas doses não tomou ontem? Nos últimos dois dias? Na última semana?”
- “Numa semana *média*, com que frequência é que deixa de tomar os seus medicamentos?”

Alguns exemplos de perguntas para avaliar obstáculos ou estratégias de apoio incluem:

- “Quando é que é mais difícil lembrar-se dos seus medicamentos?”
- “Não é fácil tomar medicamentos todos os dias. Que tipos de problemas lhe tornam difícil tomar os seus comprimidos?” Poderá ter de estimular as respostas das pacientes com perguntas sobre problemas específicos, tais como efeitos secundários, esquecimento, deslocações, etc.
- “Não é fácil tomar medicamentos todos os dias. Que coisas ajudam-na a tomar os seus comprimidos?”

Quando é que a aderência aos medicamentos deve ser avaliada?

Para pacientes que estejam a tomar tratamento ARV, a aderência deve ser avaliada em cada consulta, conforme indicado nos impressos

de encontro clínico MTCT-Plus. Também é prudente avaliar rotineiramente a aderência à medicação naquelas pacientes que estão a tomar tratamento profilático para infecções oportunistas ou quaisquer outros medicamentos.

Quais são os obstáculos à aderência aos medicamentos?

Há muitos factores que podem criar obstáculos à boa aderência, afectando a disponibilidade ou capacidade das pacientes para tomarem os medicamentos da forma como foram receitados. Alguns exemplos incluem:

- Crenças culturais/receios a respeito dos medicamentos
- O secretismo e o estigma associados ao diagnóstico
- Efeitos secundários
- Dificuldade em engolir os medicamentos
- Compreensão deficiente do regime medicamentoso
- Concorrência das prioridades quotidianas relacionadas com o trabalho, o cuidado das crianças, o acesso a alimentos, etc.
- Esquecimento/falta de apoio para a lembrança dos medicamentos
- Deslocações/estadias fora de casa

Como é que se pode apoiar a aderência aos medicamentos?

A experiência no tratamento do HIV tem posto em evidência que o apoio à aderência é essencial. Intervenções bem sucedidas incluem:

- Educação e aconselhamento prático da paciente;
 - Personalização da educação e dos conselhos de acordo com aspectos específicos do estilo de vida da paciente
 - Instrução cuidadosa sobre o modo de tomar os medicamentos (ocasiões, restrições alimentares, interações de outros medicamentos)
 - Dicas sobre como a pessoa se pode lembrar dos medicamentos (meios de sugestão diária, lembranças, companheiros)
 - Informação sobre a toxicidade – que efeitos adversos devem as pacientes esperar e o que devem fazer se eles ocorrerem?
- Fácil acesso a uma quantidade ininterrupta de medicamentos
 - Assegurar que as pacientes sabem onde, quando e como podem obter os medicamentos
 - Estabelecimento de farmácias no local, nos casos possíveis
 - Prevenção do esgotamento dos stocks
 - Ajudar as pacientes a fazerem planos para salvaguardar os medicamentos
- Regimes racionalizados, minimizando o número de comprimidos e o número de doses/dia



- Caixas de comprimidos antecipadamente cheias, verificadas rotineiramente pelo pessoal clínico
- “Lembranças” dos medicamentos, associadas a actividades diárias, relógios, cronómetros, relógios despertadores com alarme sonoro
- Encaminhamentos para grupos de apoio
 - Acesso a uma comunidade de pessoas nas mesmas circunstâncias, que podem auxiliar na aderência à medicação com apoio prático e emocional
- Parceiras/companheiras de medicação
 - Dar às pacientes uma parceira de medicação – uma pessoa nas mesmas circunstâncias, um membro da família ou uma assistente que tome conhecimento dos medicamentos juntamente com a paciente e que assuma a responsabilidade por ajudar a paciente. Nalguns casos, esta companheira de medicação pode comprometer-se a fazer cumprir o tratamento, noutros a oferecer lembranças e/ou a ajudar no reabastecimento dos medicamentos.
- Tratamento modificado directamente observado
 - Observação de algumas doses em casa ou na clínica. A observação da medicação diária na clínica pode ser incómoda, mas o uso de uma parceira de medicação na comunidade para observar pelo menos uma dose diária tem tido bastante êxito em certos meios.
- Abordagem dos obstáculos à aderência
 - Os prestadores de cuidados médico-sanitários podem apoiar a aderência mediante a identificação dos obstáculos e através de intervenções que vão ao seu encontro. Os obstáculos à aderência devem ser discutidos durante as reuniões de Coordenação dos Cuidados Prestados à Família, tal como as crises actuais ou iminentes na vida da paciente.

A aderência nas crianças

Para as crianças, a aderência aos medicamentos pode ser particularmente difícil. As formulas pediátricas têm muitas vezes um sabor pouco agradável e as fórmulas nem sempre são apropriadas para administração a crianças de pouca idade. Além disso, muitas crianças estão confiadas a mais de uma prestadora de cuidados, algumas das quais podem não conhecer o diagnóstico da criança. Neste ambiente, a

administração dos medicamentos às crianças pode sofrer falhas. A avaliação da aderência também pode ser difícil. Muitas vezes, a pessoa que traz a criança à clínica não é a pessoa responsável pela administração dos remédios. À medida que as crianças vão crescendo, é-lhes muitas vezes atribuída a responsabilidade pela toma dos seus medicamentos e elas podem não ser capazes de falar com precisão a respeito da sua aderência.



As prestadoras de cuidados a crianças que estão a receber tratamento devem ser interrogadas a respeito de doses omitidas, dos problemas verificados na administração dos medicamentos e dos efeitos secundários potenciais. Se a criança já tiver uma idade suficiente, poderá valer a pena incluí-la na discussão sobre os seus medicamentos, bem como na discussão a respeito da aderência. Os meios de apoio à aderência listados acima são geralmente tão úteis para as crianças como para os adultos, mas podem ter de ser modificados para atender a fórmulas líquidas e para abordar as necessidades da criança que recebe os medicamentos bem como as da pessoa adulta que administra os medicamentos.

Outras estratégias para ajudar a apoiar a aderência aos medicamentos nas crianças:

- Preparar a família a respeito de medicamentos com sabor desagradável e o modo de ocultar o seu gosto.
- Preparar a família para os efeitos secundários vulgares e para o que deve ser feito se eles ocorrerem. Muitas famílias suspendem os medicamentos quando são confrontadas com efeitos secundários inesperados.
- Ensinar as famílias a respeito da necessidade de as crianças pequenas terem um ritual, regularidade e supervisão ao tomarem medicamentos.

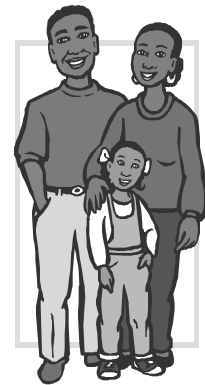
O que é apoio psicossocial?

O HIV/SIDA tem profundos efeitos no bem-estar físico, emocional, social e económico dos indivíduos infectados e afectados e das suas famílias. Assim, a abordagem destas dimensões das vidas das pessoas infectadas e das suas famílias é uma parte integrante dos cuidados de assistência para o HIV. A prestação de cuidados e apoio psicossociais completos a pessoas que vivem com o HIV/SIDA tem de ter em conta uma ampla gama de questões, tais como a avaliação e o tratamento de problemas de saúde mental relacionados com o HIV, a gestão do estigma, a manutenção da estabilidade económica e a mobilização de apoios comunitários, sociais e espirituais.

As intervenções psicossociais podem consistir numa gama de actividades, tais como (entre outras) aconselhamento individual, familiar e de grupo, aconselhamento baseado no lar, grupos de educação familiar, revezamento para pais e prestadores de cuidados, actividades comunitárias e recreativas para crianças apropriadas para o seu desenvolvimento, colocação de crianças em escolas ou creches, aconselhamento vocacional, ligações com serviços de apoio para planeamento de situações permanentes, ou encaminhamento para aconselhamento jurídico.

Por que é que o apoio psicossocial é importante?

Ao se enfrentar uma doença crónica e grave como o HIV/SIDA, o medo da invalidez, da dependência ou da morte, do estigma, do isolamento social e da falta de acesso a recursos médicos e educacionais pode ser uma grande fonte de sofrimento para alguns indivíduos. As pessoas que sofrem do HIV/SIDA, assim como as que têm outras doenças crónicas, sentem frequentemente sintomas de depressão e de ansiedade, enquanto lutam por normalizar as suas vidas, requerendo muitas vezes a coordenação de numerosos apoios e serviços. Em muitas regiões, a pandemia da SIDA tem um efeito em múltiplas gerações das famílias – na sua capacidade de se sustentarem economicamente e nos seus recursos emocionais. Prestadores de cuidados de assistência equipados de modo a permitir que os pacientes e as suas famílias expressem as suas preocupações e encontrem soluções para os problemas que apresentam são um recurso crítico. A falta de atenção a sistemas de apoio psicossocial, a sintomas psiquiátricos, a preocupações económicas, ao estigma e/ou à



necessidade de fazer planos para o futuro dos dependentes pode levar a uma maior perturbação emocional, que pode potencialmente servir de distração dos cuidados clínicos e do progresso da paciente.

Quem deve efectuar a avaliação psicossocial?

A avaliação psicossocial para famílias afectadas pelo HIV requer a avaliação dos pontos fortes, dos recursos e das necessidades individuais, do lar e da família alargada. Para satisfazer estas necessidades, deve também ser realizada uma avaliação dos recursos espirituais/religiosos, de serviços sociais e jurídicos existentes na comunidade.

Qualquer prestador(a) de cuidados de assistência treinado(a) pode realizar a avaliação psicossocial. Em muitos meios, a avaliação pode ser multidisciplinar, com cada tipo de clínico a focar a sua área de especialidade. Questões específicas, tais como sintomas psiquiátricos, podem prestar-se a avaliação por clínicos treinados. Outras, tais como questões económicas, podem suscitar uma avaliação por outros membros da equipa encarregada da assistência. Todos os prestadores de cuidados devem estar familiarizados com as questões psicossociais associadas à doença do HIV e com os recursos locais disponíveis para satisfazer as necessidades das famílias.

Quando é que a necessidade de apoio psicossocial deve ser avaliada?

Uma avaliação abrangente das necessidades psicossociais deve ser efectuada durante as consultas iniciais. Em cada consulta seguinte deve ser efectuada uma avaliação mais focalizada, orientada pelas áreas de necessidade identificadas nas sessões de referência. Visto que a avaliação psicossocial faz parte do programa completo de cuidados de assistência, é essencial que o(a) prestador(a) que realiza esta avaliação esteja plenamente ciente de todos os aspectos do tratamento da paciente, incluindo a fase da doença e a disponibilidade para a medicação anti-retrovírica, ou a aderência à mesma. A falta de comparência a consultas ou novos sintomas/problemas deve suscitar uma reavaliação, e todas as questões devem ser discutidas e ordenadas Segundo uma ordem de prioridades nas reuniões normais da equipa (ver o capítulo 1).

Como devem ser avaliadas as necessidades psicossociais?

Os prestadores de cuidados e as pacientes devem desenvolver relações respeitadas que facilitem uma aliança colaborante. As directrizes seguintes auxiliarão este processo.¹

- Manter uma abordagem apoiante e evitar fazer críticas.

¹ McDaniel JS, Chung JT, Brown L et al. Practice guidelines for the treatment of patients with HIV/AIDS. Am J Psychiatry 2000; 157:11.

- Indagar sobre a situação familiar da paciente, a sua situação financeira, as suas relações e os seus sistemas de apoio.
- Avaliar a compreensão pelo indivíduo do modo de transmissão do HIV/SIDA, das opções de tratamento e do estado da doença. Ao trabalhar com casais e famílias será preciso lidar com ambos os parceiros a respeito da sua situação em termos da doença, bem como com as suas preocupações a respeito de filhos infectados e afectados.
- Avaliar como a paciente está a lidar com o diagnóstico de HIV/SIDA. Note que a paciente pode ter reacções de aflição ao receber o diagnóstico e pode já ter sofrido várias perdas devido ao HIV/SIDA.
- Explorar crenças culturais relacionadas com a doença do HIV. Em muitos meios, o HIV/SIDA continua envolto em mistério e abundam os mitos sobre a doença. A paciente e a sua família podem ter ideias culturalmente específicas sobre a forma como o HIV/SIDA é contraído, o significado da infecção ou a forma como se “cura” o HIV/SIDA. O(a) prestador(a) de cuidados deve procurar trazer à superfície estas crenças e examiná-las com a paciente. Se a paciente tem crenças que são potencialmente nocivas, elas devem ser exploradas sem a articulação de juízos e corrigidas.
- Explorar outros serviços usados pela paciente (por exemplo, curandeiros tradicionais, prestadores de cuidados de saúde mental e outros serviços de apoio) e o papel que essas pessoas podem desempenhar no processo de assistência.
- Assegurar que a paciente compreende o plano de tratamento, sabe quem contactar com perguntas ou problemas e o que fazer em caso de emergências.

Como deve ser apoiado o bem-estar psicossocial?

Os prestadores de cuidados devem procurar maximizar a função psicológica:

- Identificar serviços sociais e comunitários locais. Desenvolver uma rede de prestadores de serviços sociais.
- Avaliar os apoios sociais da paciente, incluindo a família, amigos chegados, a comunidade, recursos religiosos e espirituais e agências de serviços sociais.
- Avaliar a disponibilidade e o desejo de revelar a infecção com o HIV a membros da rede de apoio.
- Fazer encaminhamentos para grupos de apoio (se não existir nenhum, deve ser estabelecido um).
- O diagnóstico de distúrbios psiquiátricos, tais como a depressão e a ansiedade, é importante e a sua gestão dependerá bastante dos recursos de tratamento locais. Sempre que possível, os prestadores de cuidados devem familiarizar-se

com o diagnóstico e o tratamento de distúrbios do humor. Podem ser feitos encaminhamentos para serviços de saúde mental no local, serviços situados fora, tais como os de um hospital ou programa comunitário próximo, e para outros serviços locais, conforme for apropriado.

- Rever a história psiquiátrica.
 - Fazer uma triagem quanto à depressão, tendo em conta que algumas pacientes apresentarão queixas somáticas que podem ser indicativas de um estado depressivo. Indagar sobre a esperança quanto ao futuro e a capacidade de obter prazer de actividades pode ajudar a esclarecer o quadro clínico.
 - Fazer uma triagem quanto à ansiedade.
 - Fazer uma triagem quanto a ideias de suicídio.
 - Fazer uma triagem quanto ao consumo de drogas e álcool.
- Quando houver uma história de intervenção psiquiátrica, recolher informações sobre os prestadores de cuidados, os serviços e os sistemas de apoio utilizados.

Os prestadores de cuidados devem explorar o papel da religião/espiritualidade:

- Indagar sobre crenças espirituais e fé religiosa.
- Avaliar o uso de sistemas de saúde tradicionais/complementares e explorar isto como uma possível fonte de apoio.

Os prestadores de cuidados devem explorar as preocupações relativas ao estigma e ao isolamento. O HIV/SIDA continua a ser altamente estigmatizado e o medo da rejeição pode influenciar a decisão de uma pessoa de revelar o seu estado de saúde, de procurar tratamento ou de participar em estratégias para a redução dos riscos. A discriminação contra as pessoas com o HIV/SIDA pode comprometer a segurança no emprego bem como a segurança no lar.

- Permitir às pacientes que enumerem os receios e que descrevam quaisquer experiências efectivas de discriminação.
- Permitir às pacientes identificar fontes de apoio em que confiam na família ou na comunidade.
- Auxiliar na prestação de recursos emocionais e sociais às que experimentaram discriminação.
- Os prestadores de cuidados devem também explorar as suas próprias ideias e os seus próprios receios que podem contribuir para a experiência de estigma da paciente. Alguns prestadores de cuidados estarão também infectados pelo vírus HIV e podem partilhar as preocupações das suas pacientes. Outros podem ter crenças e atitudes da sociedade em geral que contribuem

para uma rejeição subtil das pacientes. A educação continua a respeito do HIV/SIDA e o exame metódico das atitudes estigmatizantes podem ajudar os prestadores de cuidados a desenvolver e fortalecer uma abordagem compadecida para o cuidado das pacientes.

Os prestadores de cuidados devem avaliar a situação relativa à divulgação do estado de doença. As questões variarão consoante se trate de pais a revelarem a sua doença a companheiro(a)s, filhos ou outros membros da família e amigos:

- Perguntar às pacientes se revelaram o seu diagnóstico a alguém. Tomar conhecimento das reacções do seu sistema de apoio.
- Determinar as preocupações acerca da revelação
 - Ao companheiro
 - Aos filhos
 - À família e aos amigos
- Avaliar a disponibilidade de divulgação e a quem.
- Elaborar um plano de divulgação que seja apropriado para o nível de preparação da paciente.
- Avaliar os apoios e as necessidades sociais. Avaliar quaisquer alterações do nível de actividade social desde o diagnóstico e as preocupações a respeito do estigma.
- Consultar os grupos de apoio, conforme for apropriado.

Os prestadores de cuidados de assistência devem estar preparados para gerir questões de invalidez e morte:

- Avaliar planos permanentes para os filhos. Explorar normas da família e da comunidade para o acolhimento ou a adopção de filhos órfãos. Auxiliar no desenvolvimento de planos de custódia para os filhos, conforme necessários.
- Prestar aconselhamento, apoio e assistência em caso de aflicção emocional.
- Caso disponíveis, fazer encaminhamentos para cuidados domiciliários e cuidados paliativos, conforme necessários.

Quando for apropriado, os prestadores de cuidados devem dar conselhos à família da paciente a respeito de fontes de assistência e apoio

- Com o consentimento da paciente, convidar a família a colaborar nos cuidados.
- Encaminhar familiares para grupos de apoio, conforme necessário.

O que é a avaliação nutricional?

A subnutrição é vulgar no HIV/SIDA, ocorrendo tanto sob a forma de subnutrição de energia proteica (PEM) como de subnutrição de micronutrientes. A subnutrição de energia proteica é geralmente medida em termos das dimensões do corpo, tais como peso, altura, gordura corporal e massa muscular. A subnutrição de micronutrientes – tal como as faltas de ferro, vitamina A e iodo – é mais difícil de medir. Tem sido chamada “a fome oculta” porque é difícil de reconhecer até se tornar grave. Embora a subnutrição seja fácil de detectar nalgumas pacientes, noutras é mais subtil. A avaliação nutricional, uma avaliação sistemática da situação nutricional actual e da adequação do regime alimentar, é um elemento importante dos cuidados.

Por que é importante a avaliação nutricional?



O HIV e a subnutrição criam um ciclo vicioso em ue o HIV compromete a situação nutricional de uma paciente e a subnutrição exacerba os efeitos do HIV. O HIV e as infecções oportunistas podem prejudicar a absorção e aumentar o catabolismo. Os especialistas sugerem que os adultos infectados com o HIV podem estar num estado hipermetabólico, exigindo mais calorias e consideravelmente mais proteínas do que os que não tem o HIV. As necessidades nutricionais das mulheres infectadas com o HIV que estão grávidas ou amamentam são ainda mais elevadas, assim como as de crianças infectadas com o HIV. A identificação e o tratamento da subnutrição podem ajudar a fortalecer o sistema imunitário, evitar ou inverter a perda de peso e atrasar a progressão do HIV, melhorando drasticamente a saúde e o bem-estar. A avaliação pode identificar sintomas tratáveis específicos que contribuem para a subnutrição, tais como as náuseas, a dificuldade em engolir ou a diarreia. O aconselhamento nutricional pode também evitar doenças transmitidas pelos alimentos mediante a promoção da higiene e da segurança dos alimentos e da água.

Quem deve efectuar a avaliação nutricional?

Idealmente, a avaliação nutricional é realizada por um(a) nutricionista ou dietista clínico(a) treinado(a). Na falta de pessoal especializado em nutrição, outros membros do pessoal clínico e de assistência podem ser treinados para efectuar este tipo de avaliação. Perguntas simples, tais como “tem perdido peso?”, “diga-me o que comeu ontem” ou “tem fome?” podem evocar informações extremamente úteis. Cada membro

da equipa MTCT-Plus pode contribuir para esta avaliação. Os prestadores de cuidados clínicos podem fazer triagens relativamente a doenças agudas, deglutição dolorosa, anorexia e outros obstáculos à nutrição. As assistentes sociais podem perguntar se há comida em casa. As assistentes comunitárias podem avaliar se há acesso a alimentos e a produtos para cozinhar durante as visitas domiciliárias. As informações devem ser partilhadas nas reuniões de coordenação dos cuidados prestados à família (ver o capítulo 1).

Como deve ser avaliada a nutrição?

A avaliação nutricional subjectiva é realizada através da entrevista da paciente num ambiente acolhedor e privado. O acesso aos alimentos deve ser cuidadosamente explorado, assim como a presença de sintomas que impeçam a ingestão ou a absorção (náuseas, vômitos, diarreia, prisão de ventre, falta de apetite, dificuldade em mastigar ou em engolir, dores abdominais e/ou saciedade precoce). As pacientes devem também ser interrogadas a respeito da segurança e da higiene dos alimentos e da água.

As informações objectivas incluem o peso e a altura, que devem ser registados em cada visita à clínica. O índice de massa corporal (BMI), calculado a partir da altura e do peso, é também uma medida útil (ver as tabelas do índice de massa corporal de pessoas adultas não grávidas no Apêndice 4-1). A circunferência das cabeças dos bebés, e o seu peso e altura, devem ser seguidos atentamente, assim como o peso, a altura e o índice de massa corporal das crianças; estes dados devem ser traçados rotineiramente em curvas de crescimento. As curvas de crescimento infantil dos Centros para o Controlo e a Prevenção de Doenças dos E.U.A. estão incluídas no Apêndice 4-2; elas podem não ser apropriadas em todos os meios. Análises laboratoriais básicas que podem ser usadas para confirmar suspeitas de subnutrição incluem as da albumina, do colesterol, da glicose, dos electrólitos e da hemoglobina. Exames da função renal e hepática também podem ser úteis.

Em todas as fases da avaliação nutricional, a comunicação constante com a equipa prestadora de cuidados é essencial. Caso disponível, o(a) nutricionista/dietista deve assistir a todas as reuniões da equipa e trabalhar em estreita colaboração com os prestadores de serviços de apoio.

Com que frequência deve ser feita a avaliação nutricional?

Todos os pacientes infectados com o HIV devem receber uma avaliação nutricional de referência e aconselhamento nutricional específico. O peso deve ser medido em cada visita à clínica, e a perda de peso (ou, no caso das crianças, a incapacidade de ganhar peso) deve ser encarada como um “sinal vermelho” que desencadeia uma

avaliação nutricional em profundidade. Mesmos os pacientes cujo peso se apresente estável podem beneficiar de uma reavaliação periódica de rotina.

Como pode a nutrição ser apoiada?

A *educação e o aconselhamento nutricional* são uma parte integrante da assistência e do apoio aos indivíduos infectados com o HIV e devem ser prestados a cada paciente participante no programa MTCT-Plus. O aconselhamento pode ser suplementado por panfletos com informações escritas e ilustrações. Às vezes, o apoio de pessoas em circunstâncias semelhantes se uma paciente particularmente hábil na preparação de alimentos estiver disposta a partilhar ideias. As demonstrações em ambientes comunitários e ou no lar da paciente são também uma forma excelente de comunicar informações sobre os alimentos. Por exemplo, se um certo alimento, como um feijão assado, for identificado como estando disponível e sendo apropriado, uma demonstração da preparação de uma refeição poderia mostrar como o feijão pode ser triturado e incluído nos pratos que estão a ser preparados. As pacientes devem aprender a importância da nutrição adequada, os elementos básicos da segurança dos alimentos e da água, as medidas de higiene que reduzem o risco de infecções (particularmente da diarreia infecciosa), e como tratar de sintomas vulgares como a diarreia e as náuseas. Podem ser dados exemplos específicos de alimentos que ajudam a dar consistência às fezes ou resolvem a diarreia. A actividade físico e os exercícios de sustentação de pesos, nos casos apropriados e quando as necessidades energéticas puderem ser satisfeitas, podem aumentar a energia, estimular o apetite e preservar ou aumentar a massa muscular do corpo.

Tabela 4-1: Interações entre medicamentos e alimentos

ARV	Conselhos dietéticos
Zidovudine (ZDV)	Nenhumas restrições alimentares
Lamivudine (3TC)	Nenhumas restrições alimentares
Didanosine (ddl)	Tomar com o estômago vazio, pelo menos 1 hora antes ou 2 horas depois da comida.
Stavudine (d4T)	Nenhumas restrições alimentares
Abacavir (ABC)	Nenhumas restrições alimentares
Nevirapine (NVP)	Nenhumas restrições alimentares
Efavirenz (EFV)	Não tomar com refeições com muita gordura.
Nelfinavir (NLF)	Tomar com comida (refeição normal ou algum alimento).

As pacientes devem também estar familiarizadas com quaisquer *restrições alimentares* impostas pela sua medicação – tais como a necessidade de tomar didanosine (ddl, Videx) com o estômago vazio. Embora os agentes farmacológicos de primeira linha usados no programa MTCT-Plus não tenham regras dietéticas rigorosas, as

pacientes que tomam alguns medicamentos de segunda linha precisarão de seguir directrizes específicas no tocante a quando tomam os medicamentos e os alimentos. Mais pormenores podem ser encontrados na Tabela 4-1 e no Capítulo 10.

A suplementação nutricional pode ser tão simples como a ingestão de multivitaminas, que serão fornecidas a todos os pacientes inscritos no programa MTCT-Plus. Contudo, também pode ser necessário apoio suplementar, sob a forma de assistência alimentar, e as ligações com organizações comunitárias que fornecem alimentos, doam sementes de vegetais/frutos, ensinam técnicas de jardinagem e cultivo ou promovem projectos para a geração de receitas serão muito importantes. Assegurar a alimentação apropriada dos bebés é um elemento essencial da assistência, e cada programa de prevenção da transmissão de mãe para filho no âmbito do MTCT-Plus dispõe de directrizes antecipadas a respeito da alimentação dos bebés.

Appendix 4-1:

Calculated Body Mass Index (abbreviated table): Adults and adolescents

Height		Weight Kg Lb	(round to the closest number in the table)														
			35	37.5	40	42.5	45	47.5	50	51	52	53	54	55	56	57	58
Cm	In	77	82.5	88	93.5	99	104.5	110	112.2	114.4	116.6	118.8	121	123.2	125.4	127.6	129.8
150	59	15.6	16.7	17.8	18.9	20	21.1	22.2	22.7	23.1	23.6	24	24.4	24.9	25.3	25.8	26.2
152	59.8	15.1	16.2	17.3	18.4	19.5	20.6	21.6	22.1	22.5	22.9	23.4	23.8	24.2	24.7	25.1	25.5
154	60.6	14.8	15.8	16.9	17.9	19	20	21.1	21.5	21.9	22.3	22.8	23.2	23.6	24	24.5	24.9
156	61.4	14.4	15.4	16.4	17.5	18.5	19.5	20.5	21	21.4	21.8	22.2	22.6	23	23.4	23.8	24.2
158	62.2	14	15	16	17	18	19	20	20.4	20.8	21.2	21.6	22	22.4	22.8	23.2	23.6
160	63	13.7	14.6	15.6	16.6	17.6	18.6	19.5	19.9	20.3	20.7	21.1	21.5	21.9	22.3	22.7	23
162	63.8	13.3	14.3	15.2	16.2	17.1	18.1	19.1	19.4	19.8	20.2	20.6	21	21.3	21.7	22.1	22.5
164	64.6	13	13.9	14.9	15.8	16.7	17.7	18.6	19	19.3	19.7	20.1	20.4	20.8	21.2	21.6	21.9
166	65.4	12.7	13.6	14.5	15.4	16.3	17.2	18.1	18.5	18.9	19.2	19.6	20	20.3	20.7	21	21.4
168	66.1	12.4	13.3	14.2	15.1	15.9	16.8	17.7	18.1	18.4	18.8	19.1	19.5	19.8	20.2	20.5	20.9
170	66.9	12.1	13	13.8	14.7	15.6	16.4	17.3	17.6	18	18.3	18.7	19	19.4	19.7	20.1	20.4
172	67.7	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.2	17.6	17.9	18.3	18.6	18.9	19.3	19.6	19.9
174	68.5	11.6	12.4	13.2	14	14.9	15.7	16.5	16.8	17.2	17.5	17.8	18.2	18.5	18.8	19.2	19.5
176	69.3	11.3	12.1	12.9	13.7	14.5	15.3	16.1	16.5	16.8	17.1	17.4	17.8	18.1	18.4	18.7	19
178	70.1	11	11.8	12.6	13.4	14.2	15	15.8	16.1	16.4	16.7	17	17.4	17.7	18	18.3	18.6
180	70.9	10.8	11.6	12.3	13.1	13.9	14.7	15.4	15.7	16	16.4	16.7	17	17.3	17.6	17.9	18.2
182	71.6	10.6	11.3	12.1	12.8	13.6	14.3	15.1	15.4	15.7	16	16.3	16.6	16.9	17.2	17.5	17.8
184	72.4	10.3	11.1	11.8	12.6	13.3	14	14.8	15.1	15.4	15.7	15.9	16.2	16.5	16.8	17.1	17.4
186	73.2	10.1	10.8	11.6	12.3	13	13.7	14.5	14.7	15	15.3	15.6	15.9	16.2	16.5	16.8	17.1
188	74	9.9	10.6	11.3	12	12.7	13.4	14.1	14.4	14.7	15	15.3	15.6	15.8	16.1	16.4	16.7
190	74.8	9.7	10.4	11.1	11.8	12.5	13.2	13.9	14.1	14.4	14.7	15	15.2	15.5	15.8	16.1	16.3

Calculated Body Mass Index (abbreviated table): Adults and adolescents page 2

		Weight (round to the closest number in the table)																
		Kg	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	72.5	75	77.5	80	82.5
Height		Lb	132	134.2	136.4	138.6	140.8	143	145.2	147.4	149.6	151.8	154	159.5	165	170.5	176	181.5
Cm	In																	
150	59	26.7	27.1	27.6	28	28.4	28.9	29.3	29.8	30.2	30.7	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	
152	59.8	26	26.4	26.8	27.3	27.7	28.1	28.6	29	29.4	29.9	30.3	31.4	32.5	33.5	34.6	35.7	
154	60.6	25.3	25.7	26.1	26.6	27	27.4	27.8	28.3	28.7	29.1	29.5	30.6	31.6	32.7	33.7	34.8	
156	61.4	24.7	25.1	25.5	25.9	26.3	26.7	27.1	27.5	27.9	28.4	28.8	29.8	30.8	31.8	32.9	33.9	
158	62.2	24	24.4	24.8	25.2	25.6	26	26.4	26.8	27.2	27.6	28	29	30	31	32	33	
160	63	23.4	23.8	24.2	24.6	25	25.4	25.8	26.2	26.6	27	27.3	28.3	29.3	30.3	31.2	32.2	
162	63.8	22.9	23.2	23.6	24	24.4	24.8	25.1	25.5	25.9	26.3	26.7	27.6	28.6	29.5	30.5	31.4	
164	64.6	22.3	22.7	23.1	23.4	23.8	24.2	24.5	24.9	25.3	25.7	26	27	27.9	28.8	29.7	30.7	
166	65.4	21.8	22.1	22.5	22.9	23.2	23.6	24	24.3	24.7	25	25.4	26.3	27.2	28.1	29	29.9	
168	66.1	21.3	21.6	22	22.3	22.7	23	23.4	23.7	24.1	24.4	24.8	25.7	26.6	27.5	28.3	29.2	
170	66.9	20.8	21.1	21.5	21.8	22.1	22.5	22.8	23.2	23.5	23.9	24.2	25.1	26	26.8	27.7	28.5	
172	67.7	20.3	20.6	21	21.3	21.6	22	22.3	22.6	23	23.3	23.7	24.5	25.4	26.2	27	27.9	
174	68.5	19.8	20.1	20.5	20.8	21.1	21.5	21.8	22.1	22.5	22.8	23.1	23.9	24.8	25.6	26.4	27.2	
176	69.3	19.4	19.7	20	20.3	20.7	21	21.3	21.6	22	22.3	22.6	23.4	24.2	25	25.8	26.6	
178	70.1	18.9	19.3	19.6	19.9	20.2	20.5	20.8	21.1	21.5	21.8	22.1	22.9	23.7	24.5	25.2	26	
180	70.9	18.5	18.8	19.1	19.4	19.8	20.1	20.4	20.7	21	21.3	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	
182	71.6	18.1	18.4	18.7	19	19.3	19.6	19.9	20.2	20.5	20.8	21.1	21.9	22.6	23.4	24.2	24.9	
184	72.4	17.7	18	18.3	18.6	18.9	19.2	19.5	19.8	20.1	20.4	20.7	21.4	22.2	22.9	23.6	24.4	
186	73.2	17.3	17.6	17.9	18.2	18.5	18.8	19.1	19.4	19.7	19.9	20.2	21	21.7	22.4	23.1	23.8	
188	74	17	17.3	17.5	17.8	18.1	18.4	18.7	19	19.2	19.5	19.8	20.5	21.2	21.9	22.6	23.3	
190	74.8	16.6	16.9	17.2	17.5	17.7	18	18.3	18.6	18.8	19.1	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	

Assistência clínica aos adultos:

O objectivo do programa MTCT-Plus é promover a saúde e evitar doenças em pacientes com o HIV/SIDA. Os serviços de aconselhamento e de apoio descritos noutros capítulos são componentes essenciais dos cuidados de assistência e são necessários para assegurar que os pacientes possam utilizar os serviços clínicos disponíveis. Este capítulo focará as questões clínicas, incluindo o calendário e os tipos de avaliações recomendados, as directrizes clínicas para a prevenção de infecções oportunistas e outras infecções, e a prestação de tratamento ARV. Conforme foi notado, estas destinam-se a auxiliar os locais para a prestação de elementos essenciais da assistência, e não a suplantarem os pareceres e a perícia dos clínicos que estão a tratar os pacientes. Os locais do programa devem utilizar os seus procedimentos habituais para prestarem cuidados clínicos e para as ligações aos seus recursos locais:

- *Gestão de doenças agudas:* Os padrões de doença aguda variarão de um lugar para outro e os locais continuarão a seguir directrizes locais e nacionais para o seu diagnóstico e a sua gestão. Os procedimentos de encaminhamento devem ser explícitos – quando é que os pacientes são encaminhados para o hospital local? Como é que as informações médicas são transferidas? Como é que se trata do acompanhamento? Como é que são recolhidas informações pormenorizadas sobre as hospitalizações? Para pacientes que recebem medicamentos preventivos ou ARVs, será importante distinguir entre uma doença intercorrente e um efeito adverso dos medicamentos; um acompanhamento e uma documentação cuidadosos e sistemáticos serão necessários. Uma comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados do programa MTCT-Plus e os responsáveis pelo cuidado dos pacientes internados será essencial.
- *Ligações a recursos locais:* Os recursos para a assistência e o apoio aos pacientes variarão de um local para outro, influenciando os protocolos de diagnóstico, gestão e encaminhamento. Um exemplo é o dos serviços de saúde mental, os quais, caso disponíveis, serão um recurso importante para os pacientes do programa MTCT-Plus. Um inventário periódico de serviços de assistência locais é altamente recomendado.

Avaliação

No momento da inscrição, cada paciente MTCT-Plus será submetida a uma avaliação abrangente, incluindo uma avaliação clínica, laboratorial e psicossocial. As avaliações não clínicas são descritas noutros capítulos

deste manual e incluem as informações sociodemográficas necessárias para o preenchimento dos impressos de inscrição no programa MTCT-Plus. As informações colhidas da avaliação completa de referência orientarão o plano de cuidados individuais/familiares da paciente (ver o capítulo 1), o qual será modificado com o decorrer do tempo com base nas avaliações periódicas.

Avaliação de referência: As informações colhidas durante a avaliação de referência ditarão a frequência e a intensidade do acompanhamento, bem como a prestação de serviços médicos e de apoio específicos. As informações clínicas e laboratoriais, particularmente a história médica, o exame físico e a contagem CD4, ajudarão os prestadores de cuidados a colocar os pacientes numa de três categorias:

- *Assintomático(a), contagem CD4 > 500:* A assistência a estes pacientes concentrar-se-á no aconselhamento, na educação do(a) paciente e noutros serviços de apoio para o indivíduo e a sua família. Serão fornecidas multivitaminas, o tratamento profilático com INH está assegurado (caso indicado), e os pacientes regressarão para avaliação periódica. A aderência aos cuidados e a retenção no programa serão um foco importante de atenção para estes pacientes.
- *Assintomático(a), CD4 de 201-500:* Além dos serviços mencionados acima, estes pacientes podem receber tratamento preventivo com cotrimoxazole em alguns locais. Eles necessitarão de mais visitas às clínicas e de reavaliação.
- *Sintomático(a) e/ou contagem CD4 \leq 200:* Além dos serviços e dos medicamentos mencionados acima, estes pacientes estão habilitados a receber tratamento anti-retrovírico (ARV). Serão vistos semanalmente quando os ARVs forem iniciados e mensalmente posteriormente.

Vigilância clínica: Todos os pacientes devem regressar para visitas clínicas de rotina Segundo um calendário determinado pela fase da doença e delineado nos Apêndices 5-1 e 5-2. Em cada consulta será efectuada uma avaliação estruturada através de uma lista de verificação de sintomas (Apêndice 5-5) e de um exame físico dirigido. Os sintomas incluem os associados com complicações vulgares associadas à doença do HIV (por exemplo, tuberculose) e às que podem indicar reacções adversas a medicamentos que a paciente está a tomar. As pacientes devem ser informadas dos sintomas precoces de doença e ser encorajadas a obter cuidados no intervalo entre as consultas marcadas, caso necessário.

Vigilância laboratorial: A frequência da vigilância laboratorial será determinada pela fase clínica (ver o Apêndice 5-2). Análises suplementares serão realizadas a critério do(a) prestador(a) de cuidados.

Profilaxia

Cotrimoxazole:

A profilaxia da pneumonia *Pneumocystis carinii* (PCP) é altamente recomendada em meios ricos em recursos, onde tem um benefício comprovado contra a mortalidade. Embora a PCP não seja conhecida como uma causa principal de doença relacionada com o HIV em África, a maioria das directrizes elaboradas pelos países e as desenvolvidas pela OMS recomendam o seu uso. Isto deve-se em parte à suspeita de que a PCP possa estar a ser subdiagnosticada em meios com poucos recursos, e em parte ao facto de que o cotrimoxazole possa ter outros benefícios além da prevenção da PCP. Com base em estudos realizados na Costa do Marfim, existe considerável interesse no uso do cotrimoxazole para evitar as infecções bacterianas. A OMS adoptou provisoriamente recomendações para o emprego da profilaxia com o cotrimoxazole em todos os pacientes infectados com o HIV que apresentem uma contagem de CD4 < 500 (ou uma contagem total de linfócitos <1200) e as directrizes de diversos países também endossam esta abordagem. Contudo, alguns especialistas questionam estas recomendações, observando que existem provas insuficientes de benefícios.

O MTCT-Plus apoiará a administração de cotrimoxazole (ou de Dapsone, em caso de alergia) a todos os pacientes com um estado avançado da doença, e subordinar-se-á às directrizes nacionais quanto ao uso de cotrimoxazole em pacientes com mais de 200 células CD4, prestando profilaxia a esses pacientes à discrição do(a) director(a) médico(a) do local.

Recomendação:

Comprimidos de cotrimoxazole administrados diariamente ou três vezes por semana (ou 100 mg de Dapsone diariamente para pacientes com intolerância ao cotrimoxazole) para todas as pacientes adultas com:

- Doença de HIV sintomática (fase 3 ou 4 da OMS)
- PCP previamente diagnosticada
- Doença de HIV assintomática e CD4 \leq 200
- Pacientes assintomáticas com CD4 de 201-500, à discrição do(a) director(a) médico(a).

Isoniazid:

A tuberculose é uma causa principal da morbidade e da mortalidade entre os pacientes infectados com HIV e as directrizes da OMS/UNAIDS² apoiam o tratamento da infecção latente com a tuberculose (LTBI) para pessoas duplamente infectadas com o HIV e *M. tuberculosis*. O tratamento da infecção latente com a tuberculose só deve ser administrado depois da tuberculose activa ter sido excluída por meio da lista de verificação dos sintomas e, caso necessário, do exame da expectoração ou de um exame radiológico.

Recomendação:

Na maioria das circunstâncias, os protocolos locais governarão a triagem e o tratamento da LTBI e os directores médicos do local tomarão a decisão final a respeito disto. Recomendamos uma análise dérmica de referência e anual da tuberculina (TST), utilizando o teste PPD (5 unidades) em pacientes infectados com o HIV para identificar os que estão habilitados a tratamento da LTBI com isoniazid (INH). Em áreas com índices elevados de infecção latente com a tuberculose, os locais poderão decidir administrar tratamento com INH para a LTBI em todos os pacientes infectados com o HIV. O INH não deve ser dado a pacientes que anteriormente receberam profilaxia com INH, que foram anteriormente tratados para a tuberculose, que apresentem contra-indicações ao INH ou relativamente aos quais haja a suspeita de possuírem tuberculose activa.

- Análise cutânea da tuberculina, de referência e anual (salvo se tiver sido tratado(a) anteriormente contra a tuberculose)
- Tratamento da LTBI nos casos seguintes:
 - Se a análise for positiva ($\geq 5\text{mm}$), excluir a tuberculose activa de acordo com as directrizes locais e nacionais, depois:
 - 5 mg/kg/dia de INH (máximo de 300 mg/dia), mais 50 mg/dia de pyridoxine durante 6 meses
 - Ou: 5 mg/kg/dia de INH (máx. de 300 mg/dia), mais 50 mg/dia de pyridoxine durante 6 meses para todos os adultos infectados com HIV, à discrição do(a) director(a) médico(a).

² OMS 1999. Tratamento preventivo contra a tuberculose em pessoas que vivem com o HIV. Weekly Epidemiological Report 1999;74:385-400.

Tabela 5-1: Profilaxia

Intervenção	Porquê	Para quem	Dose
Cotrimoxazole	Profilaxia da PCP	Altamente recomendado para: - Pacientes com CD4 \leq 200 - Pacientes com doença de HIV sintomática (fase 3 ou 4)	Um comprimido de DS diariamente ou Um comprimido de DS três vezes por semana
	e Prevenção de infecção bacteriana	Pode ser administrada a pacientes com CD4 de 201–500 à discricção do(a) director(a) médico(a) do local	
Dapsone	Profilaxia da PCP	Em caso de intolerância ao cotrimoxazole, recomendado para: - Pacientes com CD4 \leq 200 - Pacientes com doença de HIV sintomática (fase 3 ou 4)	100 mg diariamente
INH	Prevenção da tuberculose	Pacientes com TST positiva (\geq 5mm) ou todos os adultos infectados com o HIV em áreas de alta prevalência. Excepto os com: - Profilaxia prévia pelo INH - Tratamento prévio da tuberculose - Contra-indicação ao INH - Suspeita de tuberculose activa	5 mg/kg de INH (máx. de 300 mg) diariamente x 6 meses <i>mais</i> 50 mg diárias de Pyridoxine x 6 meses
Fluconazole	Prevenção da meningite criptocócica	Caso indicado pelas directrizes do país	
Redes mosquiteiras das camas tratadas com insecticida	Prevenção da malária	De acordo com as directrizes do país	
Tratamento intermitente da malária		Para pacientes grávidas, de acordo com as directrizes do país	

Tratamento da malária:

A co-infecção com a malária e o HIV é de particular preocupação em áreas onde ambas as doenças são endémicas. Estudos preliminares sugerem que o HIV pode aumentar a vulnerabilidade à malária, especialmente entre as mulheres grávidas. Embora não haja directrizes específicas do programa MTCT-Plus para a prevenção ou o tratamento da malária, notamos a abordagem por vários meios recomendada pela OMS e encorajamos os locais a formalizarem directrizes específicas.

Recomendação:

De acordo com as directrizes da OMS,³ em áreas de grande prevalência convém recorrer a:

- Mosquiteiros nas camas tratados com insecticida,
- Tratamento intermitente durante a gravidez

Tratamento anti-retrovírico**Princípios básicos do uso de anti-retrovíricos**

A introdução de tratamentos anti-retrovíricos altamente activos (HAART) transformou a epidemia do HIV/SIDA. Em todos os meios em que a terapia HAART tem sido usada, os índices de mortalidade têm diminuído, assim como as hospitalizações e a incidência de infecções oportunistas. No entanto, apesar do seu imenso benefício para pacientes com fases avançadas da doença, os medicamentos não são desprovidos de riscos, incluindo a toxicidade das drogas e a resistência viral. Anos de experiência com a terapia HAART ensinaram aos prestadores de cuidados médicos o papel central da participação de pacientes bem informados, a necessidade de uma aderência meticulosa à medicação, a complexidade das interacções dos medicamentos e a importância de um acompanhamento regular.

- **Preparação dos pacientes:** As directrizes médicas determinam quais são os pacientes habilitados a receber tratamento ARV. Contudo, para que o tratamento tenha êxito, os pacientes têm que estar também dispostos a tomar os medicamentos todos os dias durante o resto da sua vida. Nalguns casos, isto requer pouca preparação. Noutros, uma quantidade significativa de apoio aos pacientes é necessária antes de a terapia com ARV poder ser receitada. Não existe substituto para a participação dos pacientes neste tipo de tomada de decisões e a educação dos pacientes e os programas de aderência devem fazer parte de qualquer iniciativa de tratamento do HIV/SIDA.
- **Minimização da resistência viral:** Os prestadores de cuidados podem desempenhar um papel no adiamento da ocorrência da resistência ao HIV, ajudando os pacientes a alcançarem a aderência (ver o capítulo 2) e através de boas práticas de prescrição. Estas últimas incluem:
 - Nunca receitar um medicamento ARV na falta de aconselhamento e apoio para a aderência.
 - Trabalhar com os pacientes para minimizar os obstáculos à aderência à medicação.

³ OMS Expert Committee on Malaria, Twentieth Report. Technical report series, No. 872. Geneva, Switzerland, 2000.

- Dedicar uma atenção meticulosa a outros medicamentos e tratamentos e ao seu potencial de interacção com ARVs.
 - Nunca receitar uma monoterapia ou uma dupla terapia para o tratamento de uma infecção crónica com o HIV (estas podem ser usadas para a prevenção da transmissão de mãe para filho(a) ou para profilaxia após a exposição).
 - Nunca adicionar um só medicamento a um regime medicamentoso que não está a dar resultado.
 - Se os medicamentos ARVs tiverem de ser suspensos, suspender todo o regime medicamentoso.
- **Interacções entre vários medicamentos:** Os agentes ARVs, especialmente os inibidores da protease têm múltiplas interacções com outros medicamentos e não devem ser receitados sem uma revisão cuidadosa do regime de cada paciente, incluindo agentes herbais e tradicionais. (Ver o capítulo 10.)
 - **Interacções entre medicamentos e alimento:** Embora os agentes de primeira linha usados no programa MTCT-Plus não tenham regras dietéticas rigorosas, os pacientes que estiverem a tomar alguns medicamentos de segunda linha terão de seguir directrizes específicas no tocante ao momento da ingestão dos medicamentos e dos alimentos. (Ver o Apêndice 5-4.)
 - **Considerações especiais em pacientes com tuberculose:** Na maioria dos locais do programa MTCT-Plus, o programa local para a tuberculose tratará a tuberculose activa de acordo com os protocolos locais e nacionais. A comunicação entre os prestadores de cuidados contra a tuberculose e os prestadores de cuidados para o HIV é crítica, tanto para evitar interacções entre medicamentos que possam ameaçar a terapia bem sucedida como para aumentar a consciência do potencial de síndromes de reconstituição imunitária.
 - Interacções entre medicamentos: Conforme foi mencionado acima, os inibidores da protease e o inibidor não nucleosido da transcriptase inversa nevirapine interagem com o rifampin e a administração conjunta destes medicamentos está contra-indicada. Uma alternativa é modificar o regime ARV para um que evite inibidores da protease e nevirapine, tal como uma combinação que contenha um nucleosido triplo ou efavirenz. Outra opção é usar terapia contra a tuberculose não à base de rifamycin, ou rifabutin ajustado à dose. Recomendamos o estabelecimento de protocolos de tratamento específicos para pacientes co-infectados, bem como ligações formais para prestadores de tratamento contra a tuberculose. Nos casos em que um regime ARV compatível com o tratamento contra a tuberculose não possa ser administrado, os

ARVs devem ser iniciados logo que a terapia contra a tuberculose esteja concluída.

- **Reconstituição imunitária:** Com uma vigorosa reconstituição imunitária devido à terapia ARV, alguns pacientes infectados com o HIV podem desenvolver complicações relacionadas com o HIV durante os primeiros meses seguintes ao início dos ARVs. Assim, os pacientes têm de ser acompanhados atentamente depois de se iniciarem os ARVs, não só para assegurar a aderência como para determinar a ocorrência de reacções adversas, assim como estas complicações precoces.

Os pacientes com tuberculose que estejam a receber ARVs podem ter um agravamento transitório e paradoxal dos sintomas da tuberculose neste contexto. Estas reacções são difíceis de diferenciar das que possam estar associadas aos sintomas da tuberculose ou ao fracasso do tratamento contra a tuberculose. Assim, é prudente avaliar cuidadosamente os pacientes por meio de uma reavaliação clínica e de análises repetidas da expectoração. Na maioria dos casos, a terapia de apoio, utilizando agentes anti-inflamatórios não esteróides, por exemplo, é suficiente, embora os esteróides de curso curto sejam ocasionalmente indicados. Os prestadores de cuidados devem estar familiarizados com esta “síndrome de reconstituição imunitária” e as pacientes devem ser aconselhadas a comunicar os primeiros sintomas

- ***Considerações especiais para as pacientes grávidas que estão a tomar ARVs:***

Diversos medicamentos do formulário MTCT-Plus são agentes teratogénos conhecidos, muito em especial o efavirenz (EFV, Sustiva), que nunca deve ser receitado a uma mulher grávida. A combinação de didanosine (ddI, Videx) e stavudine (d4t, Zerit) não é teratogénica, mas só deve ser usada em mulheres grávidas quando for absolutamente necessária devido ao maior risco de acidose láctica – e mesmo nesses casos só com aconselhamento e acompanhamento suplementares. Ao se receitarem estes medicamentos a pacientes que possam *ficar* grávidas, é necessária uma atenção meticulosa ao aconselhamento e à documentação; no mínimo, deve-se perguntar às mulheres em cada visita à clínica se estão possivelmente grávidas e se estão a usar meios contraceptivos. As directrizes da OMS dizem que o EFV não deve ser usado em mulheres a quem não se possa garantir uma contracepção eficaz. Os clínicos que decidirem receitar o efavirenz a mulheres em idade de conceber são vivamente encorajados a receitarem também contraceptivos injectáveis, bem como preservativos, a indagarem regularmente a respeito da possibilidade de uma gravidez, e a considerarem testes de gravidez

de rotina (pois os efeitos teratógenos ocorrem durante o primeiro trimestre antes de muitas pacientes saberem que estão grávidas).

Quando iniciar os ARVs

Conforme já foi referido acima, a educação das pacientes e o aconselhamento para a aderência são elementos essenciais do tratamento com ARVs. Os medicamentos ARVs nunca devem ser receitados a pacientes que não tenham tomado a decisão, baseada num bom esclarecimento, de tomá-los regular e correctamente, ou em meios em que o fornecimento contínuo dos medicamentos não esteja garantido; o uso irregular dos ARVs acarreta mais riscos do que benefícios.

Seguindo as directrizes da OMS, o programa MTCT-Plus fornecerá ARVs a pacientes adultas com:

- doença do HIV de fase IV da OMS (SIDA clínica), independentemente da contagem de células CD4
- doença do HIV de fase II ou III da OMS e CD4 de 350 ou menos
- doença de fase I, II ou III da OMS com CD4 de 200 ou menos

Regimes ARVs iniciais

Os regimes ARVs seleccionados pelo MTCT-Plus são todos altamente activos e todos eles têm demonstrado ser eficazes em múltiplos estudos. O programa sugere os regimes de primeira linha e as alternativas apresentadas abaixo, todos eles compatíveis com as directrizes da OMS. Damos prioridade ao uso do zidovudine/lamivudine e da nevirapine, um regime altamente activo com um baixo número de comprimidos, um perfil de efeitos secundários tolerável e uma falta de provas de teratogenicidade. Em circunstâncias especiais, e com base em discussões entre o(a) director(a) do local e o pessoal do secretariado, podem ser seleccionados regimes alternativos. Informações específicas sobre cada medicamento podem ser encontradas no Capítulo 10.

Regime inicial recomendado: zidovudine/lamivudine + nevirapine

Zidovudine (ZDV, Retrovir)/lamivudine (3TC, Epivir) (Combivir) + nevirapine (NVP, Viramune)

Regimes alternativos:

Lamivudine + stavudine + nevirapine

Lamivudine (3TC, Epivir) + stavudine (d4T, Zerit) + nevirapine (NVP, Viramune)

Zidovudine/lamivudine + abacavir

Zidovudine (ZDV, Retrovir)/lamivudine (3TC, Epivir)/abacavir (ABC, Ziagen) (Trizivir)

Zidovudine/lamivudine + nelfinavir

Zidovudine (ZDV, Retrovir)/lamivudine (3TC, Epivir) (Combivir) + nelfinavir (NLF, Viracept)

Algoritmos detalhados para o início do regime ARV podem ser encontrados no Apêndice 5-3. Em geral, os prestadores devem colocar-se as perguntas seguintes:

- **O(a) paciente tem uma indicação médica para tratamento anti-retrovírico?**

Conforme foi indicado acima, isto inclui a doença na fase IV da OMS (independentemente da contagem CD4), as fases II ou III da OMS e uma contagem de células CD4 ≤ 350 , ou a fase I da OMS e CD4 ≤ 200 .

- **Existe uma contra-indicação médica para o regime de primeira linha planeado?**

A medida seguinte após a identificação de um(a) paciente habilitado(a) a tratamento anti-retrovírico consiste em excluir as contra-indicações médicas para o regime de primeira linha específico seleccionado pelo(a) director(a) médico(a) do local. Estas contra-indicações estão definidas na tabela 5-2. Em geral, uma neutropenia, anemia e/ou trombocitopenia graves impedirão o uso do zidovudine. Insuficiências renal e hepática graves podem impedir completamente o uso de agentes anti-retrovíricos, embora a avaliação diagnóstica possa revelar uma etiologia reversível e deva ser considerada de acordo com as directrizes locais. O uso anterior de tratamento anti-retrovírico (fora do âmbito do pMCTCT) ou a intolerância a ARVs podem requerer uma consulta com um(a) especialista, assim como o uso actual de medicação contra a tuberculose.

- **A paciente está grávida?**

Conforme foi notado, o uso do efavirenz (EFV) é absolutamente contra-indicado durante a gravidez. A combinação de didanosine (ddl) e stavudine (D4T) é desencorajada. Existem dados mínimos a respeito do uso do abacavir (ABC) durante a gravidez.

- **Existe uma contra-indicação não médica para o uso de anti-retrovíricos?**

Nem todos os pacientes com uma indicação médica para tratamento anti-retrovírico estão prontos a iniciar imediatamente o tratamento. Uma finalidade das avaliações multidisciplinar, psicossocial e de aderência é excluir contra-indicações “não-médicas” para o uso de ARVs, e confirmar que um(a) paciente está preparado(a) e capacitado para tomar os ARVs de forma uniforme e correcta. Embora muitos pacientes estejam prontos a iniciar o tratamento, a identificação de obstáculos modificáveis à aderência, como o abuso regular de substâncias químicas (o álcool, por exemplo), uma doença psiquiátrica grave ou uma situação social instável, permitirá aos prestadores de cuidados intervir, adiando os ARVs até que o obstáculo seja superado.

? O(a) paciente tem uma indicação médica para tratamento anti-retrovírico?

=

Fase IV (OMS) da doença ou
Fases II ou III (OMS) e $CD4 \leq 350$ ou
Fase I (OMS) e $CD4 \leq 200$

=

- ✓ Anemia grave
- ✓ Neutropenia grave
- ✓ Trombocitopenia grave
- ✓ Insuficiência renal
- ✓ Insuficiência hepática
- ✓ História de uso anterior de ARVs (fora do pMTCT)
- ✓ História de intolerância anterior aos ARVs
- ✓ Uso actual de medicação contra a tuberculose

? A paciente está grávida?



O uso de efavirenz está contra-indicado
Evitar a combinação didanosine + stavudine se possível

=

- ✓ História recente de falta de aderência ao programa ou à medicação
- ✓ Situação social instável que muito provavelmente impedirá a aderência
- ✓ Doença psiquiátrica grave
- ✓ Abuso de substâncias (p.ex., alcoolismo)
- ✓ Falta de interesse ou ambivalência a respeito do início do tratamento com ARVs

Tabela 5-2: Contra-indicações médicas para o início do regime ARV de primeira linha

Contra-indicação	Definição	Comentários	Recomendação
Anemia grave	Hemoglobina \leq 6.9 g/dL	Contra-indicação para o uso de zidovudine	Usar regime de primeira linha alternativo: Lamivudine/stavudine/nevirapine
Trombocitopenia grave	plaquetas \leq 49,999 mm ³	Contra-indicação para o uso de zidovudine	Usar regime de primeira linha alternativa: Lamivudine/stavudine/nevirapine
Neutropenia grave	Contagem absoluta de neutrófilos \leq 749 mm ³	Contra-indicação para o uso de zidovudine	Usar regime de primeira linha alternativo: Lamivudine/stavudine/nevirapine
Insuficiência renal grave	Creatinina > 3 vezes o normal	Contra-indicação para o uso de ARVs	Paciente não habilitado(a) actualmente a ARVs. Efectuar uma avaliação diagnóstica de acordo com as directrizes locais e reavaliar a habilitação ao ARV se a função renal melhorar.
Insuficiência hepática grave	LFTs > 5 vezes o normal	Contra-indicação para o uso de ARVs	Paciente não habilitado(a) actualmente a ARVs. Efectuar uma avaliação diagnóstica de acordo com as directrizes locais e reavaliar a habilitação ao ARV se a função hepática melhorar.
História de intolerância anterior a ARVs	Se intolerante do zidovudine, usar lamivudine + stavudine + nevirapine. Se intolerante do nevirapine, considerar zidovudine + lamivudine + efavirenz.* Outras substituições podem exigir o conselho de especialistas.		
História de uso anterior de ARVs (excluindo a prevenção da transmissão de mãe para filho(a))	Uso de qualquer ARV durante mais de quatro semanas	Potencial de resistência a ARVs	Gestão especializada necessária. Consultar um(a) especialista local ou o secretariado para aconselhamento para casos específicos.
Uso actual de medicamentos contra a tuberculose	Uso de rifampin	Interacções entre medicamentos com o nevirapine	Ver o texto. Se a contagem CD4 for alta, considerar adiar o uso de ARVs até se concluir o tratamento contra a tuberculose. Se não for, considerar o uso de um regime de primeira linha alternativo, p. ex., zidovudine/lamivudine/efavirenz.*

*Nota: O efavirenz é um teratógeno potente e não deve ser usado durante a gravidez ou se o acesso a meios contraceptivos eficazes não puder ser garantido.

Tabela 5-3:
Dosagem específica dos medicamentos para adultos e adolescentes

Tipo de medicamento/medicamento	Dose
Inibidores nucleosídeos da transcriptase inversa	
Zidovudine (ZDV)	300 mg duas vezes por dia
Stavudine (d4T)	40 mg duas vezes por dia (30 mg duas vezes por dia se <60 kg)
Lamivudine (3TC)	150 mg duas vezes por dia
Didanosine (ddl)	400 mg uma vez ao dia (250 mg uma vez ao dia se <60 kg)
Abacavir (ABC)	300 mg duas vezes por dia
Inibidores não nucleosídeos da transcriptase inversa	
Efavirenz (EFV)	600 mg uma vez ao dia
Nevirapine (NVP)	200 mg uma vez ao dia durante 14 days, depois 200 mg duas vezes por dia
Inibidores da protease	
Nelfinavir (NLF)	1250 mg duas vezes por dia

Como acompanhar os pacientes que estão a tomar ARVs

Além do acompanhamento clínico e laboratorial levado a efeito para todos os participantes no programa MTCT-Plus (ver acima), é necessário um acompanhamento suplementar para os que estão a tomar ARVs. O acompanhamento cuidadoso é um componente essencial do uso eficaz dos ARVs, permitindo a detecção rápida de efeitos adversos, o reforço contínuo da aderência pelos pacientes e a avaliação periódica da eficácia do tratamento. O tipo e a frequência do acompanhamento estarão algo dependentes dos recursos locais. As recomendações seguintes destinam-se ao acompanhamento de pacientes que estão a receber ARVs no programa MTCT-Plus; elas representam requisitos *mínimos* de acompanhamento e devem ser modificadas para pacientes individuais à discricção dos seus médicos.

- ***Acompanhamento clínico específico para ARVs:***

À medida que os pacientes iniciam o tratamento com ARVs, são recomendadas visitas semanais durante as primeiras 8 semanas. Um esquema alternativo consiste em alternar as visitas quinzenais à clínica com visitas domiciliárias de duas em duas semanas. Estas visitas de “iniciação” devem concentrar-se na avaliação e no apoio à aderência, e na avaliação de eventos adversos ou de toxicidade aos ARVs através de uma lista de verificação de sintomas estruturada (Apêndice 5-5). Sintomas precoces vulgares de toxicidade dependem do regime ARV usado e podem incluir erupções cutâneas, náuseas, diarreia, dores de cabeça e fadiga; ver os detalhes no capítulo 10. Diversos destes sintomas – as dores de cabeça e a fadiga, por

exemplo – são sanados muitas vezes com o tempo. Além disso, alguns pacientes podem desenvolver sintomas pouco depois do início dos ARVs (por exemplo, tosse, febre, linfadenopatia proeminente), o que pode indicar um processo infeccioso subjacente que se tornou evidente devido a uma reconstituição imunológica vigorosa. A gestão apropriada destes sintomas e estados deve ser instituída de acordo com os procedimentos habituais do local.

Depois do começo do período inicial de 8 semanas, os pacientes devem ser vistos mensalmente para acompanhamento clínico. Em cada consulta, uma história médica e uma lista de verificação de sintomas relativas ao período de intervalo devem ser revistas. As mulheres devem ser interrogadas sobre o uso de contraceptivos e sobre a possibilidade de estarem grávidas. Um exame físico dirigido deve ser efectuado, os pacientes assintomáticos devem ser submetidos, pelo menos, à medição da temperatura e do peso e ao exame da orofaringe, dos pulmões e do abdómen. A avaliação e o apoio à aderência devem ser um elemento de cada consulta e os pacientes devem ser encaminhados para serviços de avaliação psicossocial e de apoio conforme for apropriado.

- ***Acompanhamento laboratorial específico para ARVs:***
 - No mínimo, as análises laboratoriais de referência para os pacientes que iniciam tratamento com ARVs no programa MTCT-Plus devem incluir a medição da função renal (nível da creatinina sérica e do azoto na ureia do sangue) e da função hepática (nível da alanina sérica e/ou da aspartase aminotransferase), uma análise ao sangue completa e a contagem das células CD4.
 - Análises laboratoriais de referência: contagens de **CBC**, função renal, função hepática, células CD4
 - Análises laboratoriais a cada 6 meses: contagem de células CD4
 - Análises intercalares conforme indicadas pelos sintomas e sinais e à discricção do(a) médico(a) assistente

Quando substituir os ARVs

O primeiro regime ARV deve ser tanto potente como duradouro. Se a aderência for adequada, os benefícios clínicos e imunológicos devem durar muito tempo. A substituição de medicamentos ARVs deve ser feita com cautela. A resistência e a resistência cruzada são considerações importantes e a sequência dos ARVs pode ter um efeito terapêutico importante. Além disso, as substituições prematuras arriscam-se a esgotar futuras opções de ARVs à disposição do(a) paciente. Há duas circunstâncias em que os ARVs devem ser mudados. Em caso de **toxicidade**, a substituição de um só medicamento pode ser indicada

(Tabela 5-4). Em caso de **fracasso terapêutico**, o regime inteiro deve ser substituído (Tabela 5-7).

Substituição dos ARVs devido à toxicidade:

Os eventos adversos associados aos ARVs podem ser detectados através dos sintomas ou por meio de investigação laboratorial. Alguns sintomas são ligeiros e/ou transitórios, enquanto que outros exigem tratamento de apoio (como agentes anti-eméticos ou antimotilidade) ou um acompanhamento clínico mais frequente. Efeitos secundários graves podem requerer a interrupção do tratamento HAART. Quando a toxicidade grave parecer ser causadas por um ARV específico, o regime inteiro terá de ser mudado. As Tabelas 5-4 e 5-5 apresentam os critérios pormenorizados para a substituição de ARVs devido à toxicidade e a Tabela 5-6 indica quais os medicamentos que os devem substituir.

O zidovudine é geralmente bem tolerado, embora possam ocorrer dores de cabeça, náuseas e fadiga em até cinco por cento dos pacientes. Estes sintomas são muitas vezes transitórios e o ZDV não deve ser suspenso a não ser que eles sejam graves (ver a Tabela 5-5). A supressão da medula também pode ocorrer, a anemia ocorre geralmente dentro de quatro a seis semanas e observa-se frequentemente neutropenia dentro dos primeiros seis meses. Assim, a anemia deve ser considerada em pacientes que apresentem fadiga, respiração ofegante ou fraqueza durante o tratamento com o zidovudine, embora não haja necessidade de uma avaliação de rotina das contagens sanguíneas em pacientes assintomáticos. A macrocitose é quase universal e não é uma indicação para a substituição de agentes ou para a realização de uma avaliação diagnóstica suplementar. Toxicidades menos comuns incluem a hepatite, a miopatia e a acidose láctica.

O lamivudine é um agente extremamente bem tolerado com uma toxicidade mínima.

A toxicidade mais vulgar nos adultos que tomam o nevirapine são as erupções cutâneas, que são mais frequentes nas mulheres do que nos homens e que podem ocorrer em até 20 por cento dos pacientes que tomam o medicamento, muitas vezes passadas entre duas e oito semanas após o início do tratamento. As manifestações cutâneas são geralmente ligeiras a moderadas, mas cinco a sete por cento dos pacientes deixam de tomar o medicamento devido a este efeito secundário. As erupções cutâneas podem ser minimizadas através do início do tratamento com uma dose reduzida durante os primeiros 14 dias e o seu aumento subsequente até à dose integral; esta “escalada da dose” é a norma do tratamento no MTCT-Plus. A receita vulgar é para um comprimido de 200 mg uma vez ao dia durante 14 dias, que passa depois para um comprimido de 200 mg duas vezes por dia se não forem

observados efeitos secundários. Uma vez atingida a dose inteira, o tratamento com nevirapine deve ser prosseguido para toxicidades de grau 1 e 2, mas suspenso em caso de toxicidade de grau 3 ou superior (ou no caso de sintomas de erupção cutânea e sistémicos).⁴

O tratamento com nevirapine também pode produzir hepatotoxicidade, a qual, tal como as erupções cutâneas, é mais frequente nas primeiras semanas ou nos primeiros meses a seguir ao início do tratamento. Tem sido referida insuficiência hepática fatal. A função hepática será vigiada à discrição do(a) médico(a) assistente; pacientes cujas análises de referência da função hepática sejam anormais poderão beneficiar de uma reavaliação periódica, ainda que se apresentem assintomáticos. Se a disfunção hepática for detectada depois do nevirapine ter sido iniciado, a avaliação diagnóstica deve seguir as directrizes locais; o nevirapine deverá ser suspenso permanentemente se ocorrer uma toxicidade de Grau 3 ou superior (transaminases ≥ 5 vezes mais altas que o limite superior do valor normal). O efavirenz tem sido usado com êxito como substituto quando o nevirapine tem estado associado à disfunção hepática, embora esta substituição deve ser feita com cautela e no contexto de um acompanhamento clínico e laboratorial cuidadoso..

É de notar que o nevirapine interage com contraceptivos orais que contenham estrogénio, reduzindo substancialmente a sua eficácia; meios contraceptivos alternativos devem ser usados. Outras interações entre medicamentos estão delineadas no capítulo 10.

Hipersensibilidade ao abacavir:

Febre	Tosse
Erupção cutânea	Respiração ofegante/dispneia com esforço
Dor de cabeça	Diarreia
Mal-estar	Dores abdominais
Fadiga	Mialgia
Náuseas/vómitos	Artralgia

Se bem que o abacavir seja geralmente bem tolerado, os clínicos devem estar familiarizados com a síndrome de hipersensibilidade que é observada em três a cinco por cento dos pacientes que tomam o medicamento, geralmente dentro de seis semanas após o início do tratamento. Caracterizada por febre, erupção cutânea eritematosa generalizada, dores de cabeça, náuseas, fadiga e o envolvimento de vários órgãos, a síndrome requer a suspensão imediata e permanente do abacavir. Os sintomas são geralmente reversíveis depois de o abacavir ter sido suspenso, mas a continuação do tratamento com este medicamento ou a sua reintrodução pode ser fatal. Não existe nenhum

⁴ Grau 1 = erythema, prurido. Grau 2 = erupção cutânea maculopapular difusa ou descamação seca. Grau 3 = vesiculação ou descamação húmida ou ulceração. Grau 4 = qualquer: envolvimento da membrana mucosa, suspeita de Stevens-Johnson (TEN), eritema multiforme, necrose ou dermatite exfoliativa.

teste diagnóstico para esta síndrome de hipersensibilidade; se for suspeitada com base nos sintomas do(a) paciente, o abacavir deve ser retirado imediatamente e NUNCA readministrado.

A toxicidade mais vulgar observada com o nelfinavir é a diarreia ou as fezes soltas, observadas em até 30 por cento dos pacientes. Embora estes sintomas sejam muitas vezes ligeiros, dois por cento dos pacientes podem ter de pôr fim ao tratamento e muitos mais necessitam de agentes contra a motilidade; alguns clínicos receitam rotineiramente tais agentes para todos os pacientes que iniciam o tratamento com nelfinavir. A hiperglicemia, a hiperlipidemia e a hepatite podem ser observadas com o nelfinavir, tal como com todos os inibidores da protease.

A acidose láctica pode ser observada com qualquer dos agentes anti-retrovíricos não nucleosidos, embora possa ser mais vulgar em pacientes tratados com stavudine (D4T). A acidose láctica sintomática é rara (ocorrendo em menos de 0,1%), mas até cinco por cento dos pacientes assintomáticos a tomar inibidores da transcriptase inversa não nucleosidos podem ter níveis elevados de ácido láctico. Ainda que seja pouco vulgar, a síndrome deve ser conhecida dos prestadores de cuidados médicos devido à sua gravidade potencial. Os sintomas incluem fadiga, dores abdominais, náuseas/vômitos e perda de peso, e a investigação laboratorial revela um nível de lactato sérico elevado com ou sem acidose metabólica. Uma elevada falta de aniões, creatinina fosfocinase (CPK), transaminases e deidrogenase de lactato também podem ser observadas. A resposta mais importante é suspender o agente anti-retrovírico ofensivo; a acidemia láctica resolve-se muitas vezes ao longo de um período de três a seis meses. O reinício dos ARVs exigirá frequentemente uma consulta com especialistas, visto que a segurança da reintrodução dos inibidores da transcriptase inversa não nucleosidos neste ambiente não foi firmemente determinada.

Tabela 5-4:
Indicações laboratoriais para mudar os ARVs devido à toxicidade

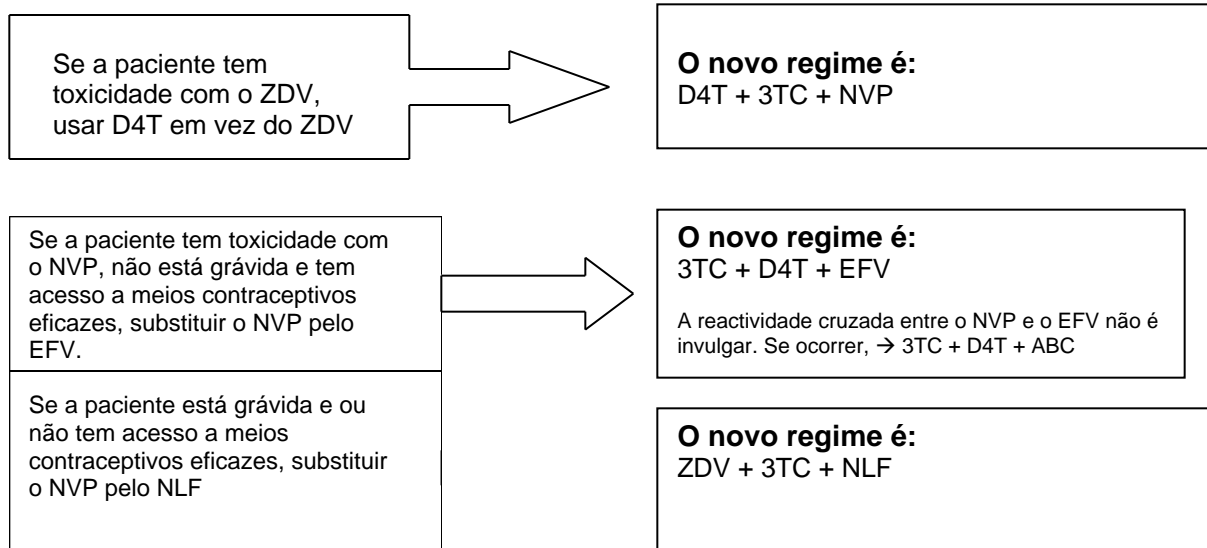
Parâmetro	Toxicidade de grau 3
Hematologia	
Hemoglobina	< 6.9 g/dl
Contagem absoluta dos neutrófilos	≤ 749 mm ³
Plaquetas	≤ 49,999 mm ³
Análises químicas	
Sódio	< 122 meq/l ou ≥ 159 meq/l
Potássio	< 2.4 meq/l ou ≥ 6.6 meq/l
Bilirrubina	≥ 2.5 x limites superiores do valor normal
Creatinina	> 3 x limites superiores do valor normal
Glicose	< 39 mg/dl ou > 251 mg/dl (jejum em não diabéticos)
Análises da função hepática	
AST (SGOT)	≥ 5x os limites superiores do valor normal
ALT (SGPT)	≥ 5x os limites superiores do valor normal
Fosfatase alcalina	≥ 5x os limites superiores do valor normal
Enzimas pancreáticas	
Amilase, lipase	≥ 2x os limites superiores do valor normal

Tabela 5-5: Indicações clínicas para mudar os ARVs devido à toxicidade

Sintoma	
Náuseas	Desconforto grave ou ingestão mínima durante ≥ 3 dias
Vômitos	Vômitos graves com todos os alimentos em 24 horas, ou hipotensão ortostática, ou necessidade de terapia intravenosa
Diarreia	Hipotensão ortostática ou necessidade de terapia intravenosa
Febre	Febre inexplicada de ≥ 39,6° C (103° F)
Dores de cabeça	Graves ou que requeiram terapia com narcóticos
Erupção cutânea	Descamação húmida, ulceração ou envolvimento da membrana mucosa, suspeita de Stevens-Johnson (TEN), eritema multiforme, dermatite exfoliativa ou necrose que exija cirurgia
Reacção alérgica	Urticária generalizada, angioedema ou anafilaxia
Neuropatia periférica	Desconforto grave, fraqueza objectiva, perda de 2-3 reflexos anteriormente presentes ou ausência de 2-3 dermatomas sensoriais anteriormente presentes
Fadiga	Actividade normal reduzida ≥ 50%

Tabela 5-6a:
Substituições de ARVs recomendadas para pacientes com toxicidade precoce

Se o regime inicial é zidovudine (**ZDV**) + lamivudine (**3TC**) + nevirapine (**NVP**):



Se o regime inicial é lamivudine (**3TC**) + stavudine (**D4T**) + nevirapine (**NVP**):

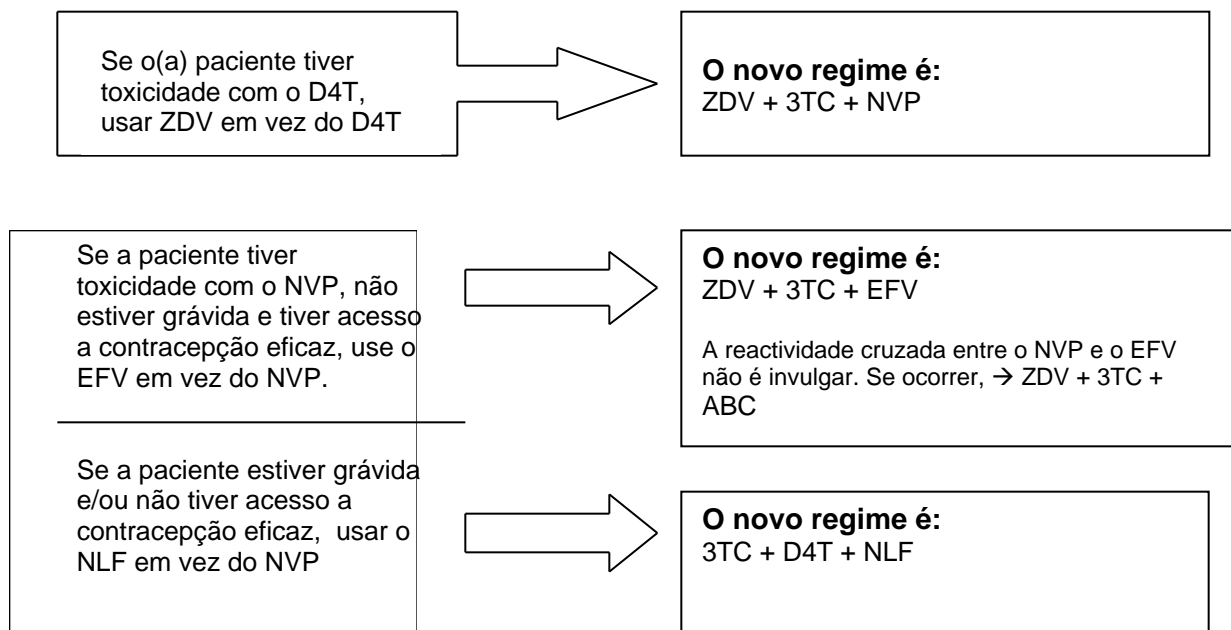


Tabela 5-6b: Substituições de medicamentos individuais devido a toxicidade precoce (continuação)

Regime primário:	Substituição de medicamentos individuais devido a toxicidade
ZDV+3TC+NVP	<i>Em caso de toxicidade com o ZDV: D4T + 3TC + NVP</i>
	<i>Em caso de toxicidade com o NVP: ZDV + 3TC + EFV</i>
	<i>Se houver toxicidade posterior com o EFV: ZDV+3TC+ABC</i>
Regime primário:	Substituição de medicamentos individuais devido a toxicidade
D4t+3TC+NVP	<i>Em caso de toxicidade com o D4T: ZDV + 3TC + NVP</i>
	<i>Em caso de toxicidade com o NVP: D4T + 3TC + EFV</i>
	<i>Se houver toxicidade posterior com o EFV: D4T+3TC+ABC</i>

Substituição de ARVs devido ao fracasso terapêutico:

O tratamento bem sucedido com ARVs produz melhoras clínicas e imunológicas com a supressão associada da replicação do HIV. É razoável esperar que uma paciente sintomática apresente melhoras clínicas passados três meses do início dos ARVs. Dentro de seis meses, as contagens de células CD4 aumentam geralmente pelo menos 50 células/mm³, embora a magnitude do aumento da contagem das células CD4+ esteja dependente do valor de referência. O fracasso terapêutico está mais vulgarmente associado à falta de aderência (ver os capítulos sobre a Aderência e a Gestão de Casos) e é de importância crítica avaliar-se a aderência com os ARVs antes de se substituírem os medicamentos. O regime ARV completo deve ser modificado se se determinar que o tratamento tem falhado com base no seguinte:

- Inexistência de melhoras clínicas ou agravamento (alteração na fase da doença, segundo a OMS) passados 3 meses com os ARVs
- Inexistência de melhoria das CD4 (em ~ 50 células/mm³) ou agravamento passados 6 meses. Se um(a) paciente tiver registado melhoras clínicas, o regime ARV inicial deve ser prosseguido apesar de um aumento de < 50 CD4 células/mm³

- o Uma queda subsequente de 30% ou mais da contagem das células CD4, a partir do seu valor máximo, ou um regresso ao valor de referência pré-tratamento ou uma queda para um nível inferior.

Regimes ARVs secundários:

Conforme foi sublinhado, os agentes ARVs não devem ser alterados de ânimo leve. Os regimes ARVs secundários só devem ser usados em caso de fracasso terapêutico, conforme definido acima. A escolha baseia-se em padrões de resistência esperados que ocorrem com agentes específicos e leva em conta a necessidade de substituição de um regime específico por outro com um potencial mínimo de resistência cruzada. As sugestões de sequência seguintes baseiam-se em meios em que os prestadores de cuidados e os pacientes não disponham de acesso fácil a análises de carga viral ou de resistência viral.

Tabela 5-7: Regimes ARVs secundários

Se o regime fracassado for...	Então, mudar para ...	A não ser que...
ZDV + 3TC + NVP	ddl + D4T* + NLF	Se o(a) paciente já tiver tomado D4T e tenha mudado devido à toxicidade, mudar para: ddl + ABC + NLF
D4T + 3TC + NVP	ddl + ZDV + NLF	Se o(a) paciente já tiver tomado ZDV e tiver mudado devido à toxicidade, mudar para: ddl + ABC + NLF
ZDV + 3TC + EFV	ddl + D4T* + NLF	Se um(a) paciente já tiver tomado D4T e tiver mudado devido à toxicidade, mudar para: ddl + ABC + NLF
ZDV + 3TC + ABC	ddl + D4T* + NLF	
D4T + 3TC + ABC	ZDV + ddl + NLF	
* Conforme foi notado no texto, a combinação de ddl e d4T durante a gravidez só deve ser usada quando for absolutamente necessária e apenas no contexto de um acompanhamento laboratorial e clínico suplementar		

Apoio à aderência

O apoio à aderência é um componente essencial do uso de ARVs, e as directrizes dos especialistas sublinham que os ARVs não devem ser receitados sem ela. Sugestões para a avaliação e o apoio à aderência são apresentadas no capítulo 2.

Assistência a pacientes grávidas

A maioria dos participantes no programa MTCT-Plus serão mulheres que estão, estiveram ou podem ficar grávidas. Em geral, os cuidados de assistência serão ditados por directrizes comunitárias e as mulheres devem ser encorajadas a aderir ao calendário local de cuidados de saúde materno-infantis. Considerações adicionais para mulheres grávidas infectadas com o HIV incluem:

Nutrição: As mulheres grávidas e a amamentar têm maiores necessidades de calorias e proteínas, e a atenção cuidadosa à nutrição é ainda mais importante em mulheres grávidas infectadas com o HIV. O fornecimento de multivitaminas e o encaminhamento para serviços de apoio locais (caso necessário) são vivamente recomendados.

Teratogenicidade: Conforme foi referido, o efavirenz (EFV, Sustiva) é um teratígeno conhecido e nunca deve ser receitado a pacientes grávidas; deve também ser evitado em mulheres que possam ficar grávidas e que não disponham de acesso a meios contraceptivos eficazes. O nelfinavir, que pode ser usado durante a gravidez, pode causar hiperglicemia e é prudente o acompanhamento suplementar dos níveis de glicose no sangue durante a gravidez.

Outras questões: A combinação de didanosine (ddl, Videx) e stavudine (d4t, Zerit) só deve ser usada em mulheres grávidas quando for absolutamente necessária devido ao maior risco potencial de acidose láctica. Se for preciso usar este regime durante a gravidez, justifica-se um aconselhamento e um acompanhamento laboratorial suplementares. Existem dados mínimos a respeito do uso do abacavir (ABC) durante a gravidez.

Prevenção da transmissão de mãe para filho(a): Todos os locais têm programas robustos para a prevenção da transmissão entre a mãe e o(a) filho(a), e às mulheres grávidas devem ser oferecidos cuidados de acordo com as directrizes do local. Contudo, algumas mulheres grávidas satisfarão as exigências para tratamento ARV, com base em critérios clínicos e laboratoriais, e algumas mulheres que receberem tratamento ARV provavelmente ficarão grávidas durante o tratamento. A maioria dos

médicos recomendam o adiamento do início do tratamento até depois do primeiro trimestre, a não ser que a necessidade clínica do tratamento seja urgente. Para as mulheres que ficam grávidas durante o tratamento, pode-se pensar em suspender o tratamento durante o primeiro trimestre. Isto reduzirá o risco de teratogenicidade precoce, mas pode potencialmente aumentar o risco de transmissão entre a mãe e o feto. Estas decisões devem ser tomadas em colaboração com o(a) obstetra, o(a) prestador(a) de cuidados do MTCT-Plus, a mulher e a sua família.

As mulheres que estiverem a receber tratamento ARV durante a gravidez terão provavelmente uma situação clínica e imunitária melhor, bem como controlo virológico, e o risco de transmissão da mãe para o(a) filho(a) deve ser menor. Contudo, a não ser que se alcance um controlo virológico completo, o risco de transmissão perinatal provavelmente persistirá. Por conseguinte, pode ser necessário recorrer a tratamentos suplementares durante o período intraparto e neonatal. Isto será especialmente importante para mulheres que estejam a receber um tratamento crónico com nevirapine.

Tratamento contra a malária: Conforme foi referido acima, a infecção simultânea com a malária colocará provavelmente um risco maior para as mulheres grávidas infectadas com o HIV. Dados preliminares sugerem que a infecção com o HIV pode aumentar a susceptibilidade de uma paciente grávida à malária, enquanto que a malária pode acelerar a progressão do HIV. Em áreas onde ambas as doenças são endémicas, as directrizes da OMS recomendam o uso de mosquiteiros para camas tratados com insecticida, tratamento preventivo intermitente (IPT) durante a gravidez e a gestão dos casos de malária.

Assistência a adolescentes

Espera-se que adolescentes se inscrevam no programa MTCT-Plus. As jovens serão provavelmente encaminhadas através de programas de prevenção da transmissão de mãe para filho(a), enquanto que outros poderão ser identificados como membros do lar infectados com o HIV. É apropriado que as adolescentes grávidas e que deram recentemente à luz recebam cuidados juntamente com outros adultos de acordo com as directrizes para os adultos. Para os jovens identificados como membros do lar, a idade e o grau de crescimento poderão determinar melhor o local da assistência. Para adolescentes jovens, a dosagem dos medicamentos deve obedecer às directrizes pediátricas até se atingir a fase V de Tanner⁵, altura em que as directrizes de dosagem para adultos podem ser usadas. Independentemente do meio, a assistência aos adolescentes

⁵ Fase V de Tanner: distribuição adulta dos pêlos púbicos, pénis/testículos de tamanho adulto ou seios maduros (mamilo elevado, contorno da auréola contínuo com o seio).

requer muitas vezes uma perícia especial e uma consideração cuidadosa das necessidades complexas dos jovens à medida que eles se aproximam do estado adulto. Uma compreensão das necessidades de desenvolvimento, da sexualidade emergente, do papel do indivíduo no lar, da existência de relações de apoio e das considerações especiais relativas à manutenção da aderência facilitarão o envolvimento bem sucedido dos adolescentes numa relação terapêutica forte.

Apêndice 5-1:

Sistema de fases da OMS para a infecção com o HIV e a doença em adultos e adolescentes

Fase clínica I:

1. Assintomática
2. Linfadenopatia generalizada persistente (PGL)

Escala de actividade 1: Actividade assintomática e normal

Fase clínica II:

3. Perda de peso, $\leq 10\%$ do peso corporal
4. Pequenas manifestação mucocutâneas (dermatite seborreica, prurido, infecções micóticas nas unhas, ulcerações orais recorrentes, chelite angular)
5. Herpes zoster nos últimos 5 anos
6. Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores (isto é, sinusite bacteriana)

E/ou escala de actividade 2: Actividade sintomática e normal

Fase clínica III:

7. Perda de peso $> 10\%$ do peso corporal
8. Diarreia crónica inexplicada > 1 mês
9. Febre prolongada inexplicada (intermitente ou constante) > 1 mês
10. Candidíase oral
11. Leucoplaquia oral pilosa
12. Tuberculose pulmonar no último ano
13. Infecção bacteriana grave (isto é, pneumonia, piomiosite)

E/ou escala de actividade 3: de cama $< 50\%$ do dia durante o último mês

Fase clínica IV:

14. Síndrome de definhamento do HIV⁶
15. Pneumonia *Pneumocystis carinii*
16. Toxoplasmose CNS
17. Criptosporidiose com diarreia > 1 mês
18. Criptococose extrapulmonar
19. Doença citomegalovírica (CMV) de um órgão, excepto o fígado, o baço ou os gânglios linfáticos
20. Infecção com o vírus herpes simplex (HSV), mucocutânea > 1 mês, ou visceral de qualquer duração
21. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (PML)
22. Qualquer micose endémica disseminada (isto é, histoplasmose, coccidioidomicose)
23. Candidíase do esófago, da traqueia, dos brônquios ou dos pulmões
24. Micobacteriose atípica disseminada
25. Septicemia por salmonella não tifóide
26. Tuberculose extrapulmonar
27. Linfoma
28. Sarcoma de Kaposi(KS)
29. Encefalopatia do HIV⁷

E/ou escala de actividade: de cama $> 50\%$ do dia durante o último mês

⁶ Síndrome de definhamento do HIV: perda de peso de $> 10\%$ do peso corporal, e ainda ou diarreia crónica inexplicada (> 1 mês) ou fraqueza crónica e febre prolongada inexplicada (> 1 mês).

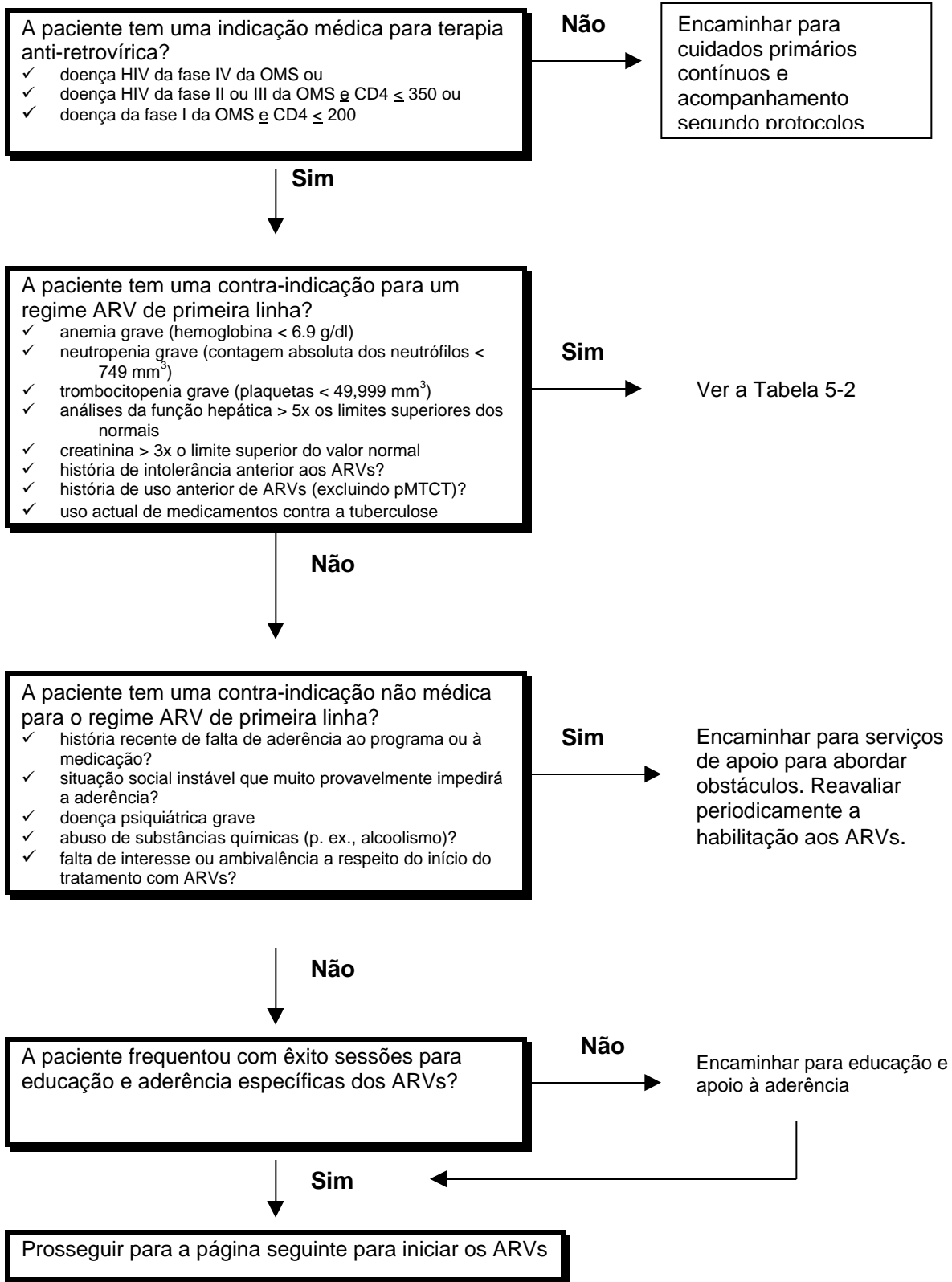
⁷ Encefalopatia do HIV: observações clínicas de disfunção cognitiva e/ou motora incapacitante que interfere com as actividades da vida diária e progride ao longo das semanas e dos meses, na ausência de uma doença concomitante, além do HIV, que possa explicar os factos observados.

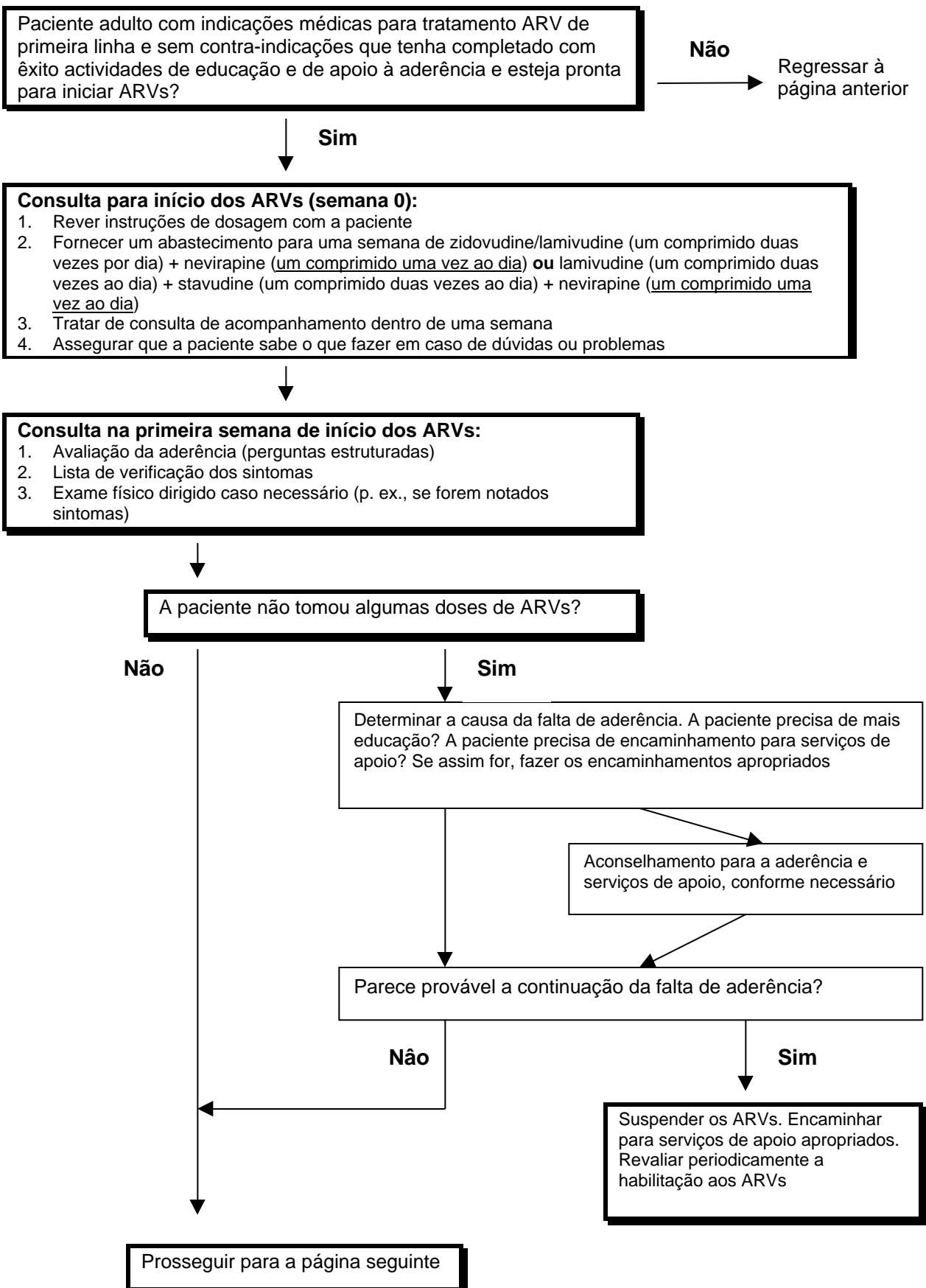
Apêndice 5-2: Consultas de acompanhamento para adultos assintomáticos

Mês	CD4 <200	CD4 201–500	CD4 > 500
1	História médica (doença aguda) Verificação pós-parto Serviços de apoio conforme necessários Profilaxia com cotrimoxazole Se o PPD for positivo, assegurar INH Outro tratamento profilático, conforme necessário Multivitaminas	História médica (doença aguda) Verificação pós-parto Serviços de apoio, conforme necessários Cotrimoxazole (de acordo com o local) Se o PPD for positivo, assegurar INH Multivitaminas	História médica (doença aguda) Verificação pós-parto Serviços de apoio, conforme necessários Se o PPD for positivo, assegurar INH Multivitaminas
	Visita para início dos anti-retrovíricos: - Aconselhamento para aderência - Receitação dos medicamentos - Visitas semanais		
2	Continuação das visitas semanais se estiver a tomar ARVs (mínimo de 8 semanas) - Avaliação/apoio à aderência - Avaliação psicossocial - Serviços de apoio, conforme necessários - Lista de verificação de sintomas	- História (doença aguda) - Lista de verificação de sintomas - Exame físico dirigido - Avaliação psicossocial - Serviços de apoio - Se o PPD for positivo, assegurar INH - Cotrimoxazole (de acordo com o local) - Multivitaminas	
3	Consultas mensais para pacientes a tomar ARVs - História (doença aguda) - Lista de verificação de sintomas - Exame físico dirigido - Avaliação/apoio à aderência - Avaliação psicossocial - Serviços de apoio, conforme necessários - Cotrimoxazole - Se o PPD for positivo, assegurar INH - Multivitaminas		Consulta dos 3 meses - História (doença aguda) - Lista de verificação de sintomas - Exame físico dirigido - Avaliação psicossocial - Serviços de apoio - Se o PPD for positivo, assegurar INH - Multivitaminas
4	Consultas mensais para pacientes a tomar ARVs - História (doença aguda) - Lista de verificação de sintomas - Exame físico dirigido - Avaliação/apoio à aderência - Avaliação psicossocial - Serviços de apoio, conforme necessários - Cotrimoxazole - Se o PPD for positivo, assegurar INH Multivitaminas	Consulta dos 4 meses - História (doença aguda) - Lista de verificação dos sintomas - Exame físico dirigido - Avaliação psicossocial - Serviços de apoio - Se ppd+, assegurar INH - Cotrimoxazole (de acordo com o local) - Multivitaminas	
5	Consultas mensais para pacientes a tomar ARVs - História (doença aguda) - Lista de verificação de sintomas - Exame físico dirigido - Avaliação/apoio à aderência - Avaliação psicossocial - Serviços de apoio, conforme necessários - Cotrimoxazole - Se o PPD for positivo, assegurar INH - Multivitaminas		
6	Consultas mensais para pacientes a tomar ARVs - Avaliação/apoio à aderência - Lista de verificação de sintomas - Exame físico dirigido	Consulta dos 6 meses - História (doença aguda) - Lista de verificação de sintomas - Exame físico dirigido - Avaliação psicossocial	Consulta dos 6 meses - História (doença aguda) - Lista de verificação de sintomas - Exame físico dirigido - Avaliação psicossocial

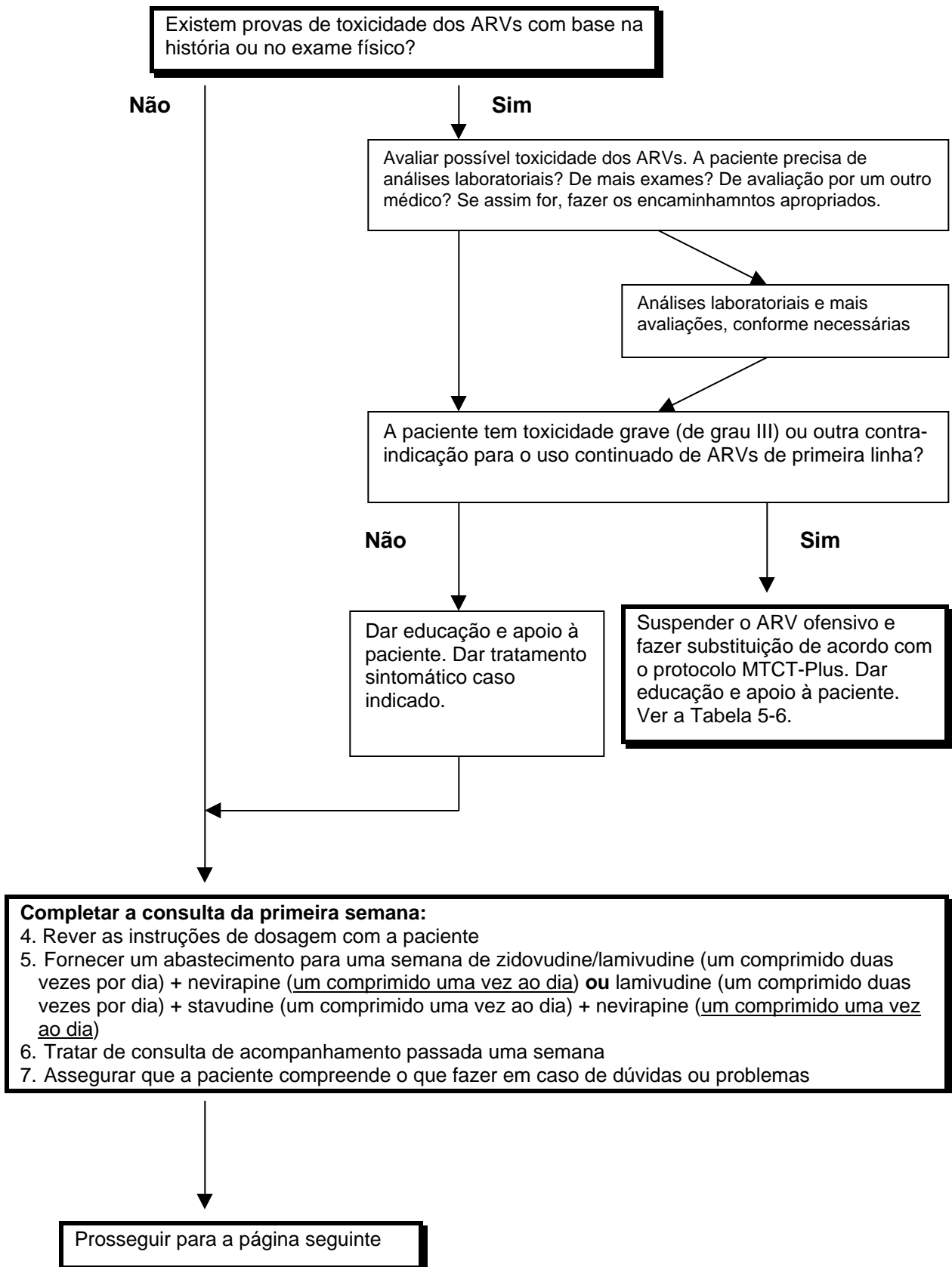
	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação psicossocial - Serviços de apoio, conforme necessários - Cotrimoxazole - Se o PPD for positivo, assegurar INH - Multivitaminas - Repetir contagem de CD4 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços de apoio - Se o PPD for positivo, assegurar INH - Cotrimoxazole (de acordo com o local) - Multivitaminas - Repetir a contagem de CD4 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços de apoio - Se o PPD for positivo, assegurar INH - Multivitaminas - Repetir a contagem de CD4
depois	CONSULTAS MENSAS (serviços de apoio mais frequentes se forem necessários)	CONSULTAS A CADA 3 MESES (serviços de apoio mais frequentes se forem necessários)	CONSULTAS A CADA 6 MESES (serviços de apoio mais frequentes se forem necessários)

Apêndice 5-3: Fluxograma do início dos anti-retrovíricos nos adultos





Consulta da primeira semana (continuação)



Consulta da segunda semana de início dos ARVs:

1. Avaliação da aderência (perguntas estruturadas)
2. Lista de verificação de sintomas
3. Exame físico dirigido se for necessário (p. ex., se forem notados sintomas)

Avaliar e gerir a falta de aderência e/ou a toxicidade dos medicamentos conforme delineadas acima na “primeira semana”. Se não houver problemas de aderência ou toxicidade e nenhuma contra-indicações para a continuação do tratamento com os ARVs:

4. **Aumentar a dose de nevirapine para um comprimido de 200 mg duas vezes por dia.**
5. Rever as novas instruções de dosagem com a paciente.
6. Fornecer um abastecimento para uma semana de zidovudine/lamivudine (um comprimido duas vezes por dia) + nevirapine (um comprimido duas vezes por dia) **ou** lamivudine (um comprimido duas vezes por dia) + stavudine (um comprimido duas vezes por dia) + nevirapine (um comprimido duas vezes por dia)
7. Tratar de consulta de acompanhamento dentro de uma semana
8. Assegurar que a paciente sabe o que fazer em caso de dúvidas ou problemas

Consulta da terceira semana de início dos ARVs:

1. Avaliação da aderência (perguntas estruturadas)
2. Lista de verificação de sintomas
3. Exame físico dirigido se for necessário (p. ex., se forem notados sintomas)

Avaliar e gerir a falta de aderência e/ou a toxicidade dos medicamentos conforme delineadas acima na “primeira semana”. Se não houver problemas de aderência ou toxicidade e nenhuma contra-indicações para a continuação do tratamento com os ARVs:

4. Rever as instruções de dosagem com a paciente.
5. Fornecer um abastecimento para uma semana de zidovudine/lamivudine (um comprimido duas vezes por dia) + nevirapine (um comprimido duas vezes por dia) **ou** lamivudine (um comprimido duas vezes por dia) + stavudine (um comprimido duas vezes por dia) + nevirapine (um comprimido duas vezes por dia)
6. Tratar da consulta de acompanhamento dentro de uma semana
7. Assegurar que a paciente sabe o que fazer em caso de dúvidas ou problemas

Consulta da quarta semana de início dos ARVs:

1. Avaliação da aderência (perguntas estruturadas)
2. Lista de verificação de sintomas
3. Exame físico dirigido

Avaliar e gerir a falta de aderência e/ou a toxicidade dos medicamentos conforme delineadas acima na “primeira semana”. Se não houver problemas de aderência ou toxicidade e nenhuma contra-indicações para a continuação do tratamento com os ARVs:

4. Rever as instruções de dosagem com a paciente.
5. Fornecer um abastecimento para duas semanas de zidovudine/lamivudine + nevirapine **ou** lamivudine + stavudine + nevirapine
6. Tratar da visita de acompanhamento dentro de uma semana.
7. Assegurar que a paciente sabe o que fazer em caso de dúvidas ou problemas

Apêndice 5-4: Interações entre os medicamentos e os alimentos

ARV	Conselho dietético
Zidovudine (ZDV)	Nenhumas restrições alimentares
Lamivudine (3TC)	Nenhumas restrições alimentares
Didanosine (ddl)	Tomar com o estômago vazio pelo menos _ hora antes ou 2 horas depois de comer.
Stavudine (d4T)	Nenhumas restrições alimentares
Abacavir (ABC)	Nenhumas restrições alimentares
Nevirapine (NVP)	Nenhumas restrições alimentares
Efavirenz (EFV)	Não tomar com comida muito gordurosa
Nelfinavir (NLF)	Ingerir com comida (refeição ou alimento leve)

Apêndice 5-5: Lista de verificação de sintomas para consultas de rotina para acompanhamento de adultos

Desde a última consulta, a paciente apresentou algum dos sinais ou sintomas seguintes?

✓ Tosse	✓ Náuseas e/ou vômitos	✓ Erupção cutânea
✓ Depressão	✓ Suores noturnos	✓ Dificuldade em respirar
✓ Diarreia	✓ Insensibilidade ou formigueiros nas pernas e/ou nos pés	Infecção oral por <i>Candida albicans</i>
✓ Fadiga	✓ Dores – abdominais	✓ Novos problemas visuais
✓ Febre	✓ Dores – musculares	✓ Fraqueza
✓ Dores de cabeça	✓ Dores – nas pernas/pés	✓ Ganho de peso
✓ Problemas de memória	✓ Falta de apetite	✓ Perda de peso
✓ Outros problemas novos?		

Assistência clínica a bebês e crianças:

A assistência às crianças expostas ao HIV e infectadas por ele requer uma perícia especial. Além disso, o aconselhamento e os serviços de apoio descritos noutros capítulos são componentes essenciais dos cuidados e são necessários para assegurar que os pacientes possam utilizar os serviços clínicos disponíveis. Este capítulo incidirá sobre questões clínicas, incluindo o calendário recomendado e os tipos de avaliações, as directrizes para a profilaxia de infecções oportunistas e a administração de tratamento ARV às crianças. Conforme já foi referido, isto não se destina a substituir os juízos e a perícia dos médicos assistentes.

Os prestadores de cuidados médico-sanitários têm de estar familiarizados com as questões que distinguem a assistência aos bebês e às crianças da assistência aos adultos:

- O diagnóstico do HIV nos bebês é complicado pela presença dos anticorpos maternos transmitidos de modo passivo. Os testes virológicos (em vez dos testes de anticorpos) são necessários para identificar a infecção com o HIV durante os primeiros meses de vida. Conforme se descreve abaixo, o programa MTCT-Plus fornecerá apoio para um número limitado de análises virológicas destinadas a identificar os bebês que estão infectados e apresentam maior risco de progressão da doença. Os prestadores de cuidados médico-sanitários precisarão de manter-se atentos aos sinais e sintomas de doença, pois a progressão pode ocorrer rapidamente durante os primeiros meses de vida.
- Ao contrário dos adultos, a quem são receitadas doses fixas da maior parte dos medicamentos, os requisitos de dosagem para as crianças variam consoante o tamanho e a idade. A puberdade é outro ponto de modificação das necessidades metabólicas, quando os requisitos de dosagem mudam das recomendações pediátricas para as destinadas aos adultos. Os prestadores de cuidados terão de calcular novas doses em cada consulta, tendo em conta as alterações do peso e da altura. Serão fornecidas tabelas para os medicamentos vulgarmente usados de modo a facilitar o cálculo da dosagem apropriada.
- Embora a aderência rigorosa ao tratamento ARV seja difícil em todas as circunstâncias, assegurar que as crianças recebam um tratamento diário crónico pode ser uma tarefa particularmente complexa. A mãe ou o pai, ou um(a) prestador(a) de cuidados adulto(a) tem de ser diligente a respeito da dosagem precisa e regular dos medicamentos. Outras responsabilidades dentro e fora de casa podem estar em

conflito ou chocar com a necessidade de a pessoa estar disponível duas vezes por dia de modo a garantir a administração dos medicamentos. Muitos medicamentos têm um sabor pouco agradável e não são bem tolerados por crianças pequenas, e a capacidade de uma criança tomar medicamentos pode variar com a sua fase de desenvolvimento. O tratamento das crianças mais velhas é complicado muitas vezes por questões relacionadas com a revelação da doença, especialmente quando os membros adultos da família não estão dispostos a dizer à criança por que é que ela tem de tomar os medicamentos. Os prestadores de cuidados médico-sanitários têm de permanecer sensíveis a estas questões complicadas e de colaborar estreitamente com as famílias para identificar e abordar os obstáculos à aderência a fim de assegurar o êxito do tratamento.

Os locais do programa MTCT-Plus utilizarão os seus procedimentos habituais para a prestação de cuidados médicos agudos e para o internamento de pacientes, bem como para pôr os pacientes em contacto com os recursos locais.

- *Gestão da doença aguda:* Os padrões de doença aguda variarão de um lugar para outro, e os locais continuarão a seguir as directrizes locais e nacionais quanto ao diagnóstico e à gestão da doença. Os procedimentos de encaminhamento devem ser explícitos: quando é que os pacientes são encaminhados para o hospital local? Como é que a informação médica é transferida? Como é que se trata do encaminhamento? Para os pacientes que estão a receber medicamentos profilácticos ou anti-retrovíricos, será importante distinguir entre uma doença intercorrente e um efeito adverso da medicação; um acompanhamento e uma documentação cuidadosos e sistemáticos serão exigidos. A comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados do programa MTCT-Plus e os responsáveis pela assistência aos pacientes internados será essencial.
- *Articulações com recursos locais:* Os recursos para a assistência aos pacientes e o apoio às famílias variarão de local para local, influenciando os protocolos de diagnóstico, gestão da doença e encaminhamento. Um exemplo disto são os serviços de saúde mental, que, caso disponíveis, serão um recurso importante para os pacientes do programa MTCT-Plus. Recomenda-se vivamente um inventário periódico dos serviços de assistência locais.

Bebés e crianças pequenas (0–18 meses)

Embora o nascimento de um bebé seja normalmente uma ocasião feliz, a descoberta de que o bebé está infectado com o HIV pode suscitar medo e ansiedade. As famílias beneficiarão muito de apoio psicossocial durante

este período. O aconselhamento a respeito das opções para a alimentação dos bebês é complexo, específico do local e extremamente importante. A mortalidade do HIV é elevada durante os primeiros anos de vida e é essencial um acompanhamento médico estreito dos bebês e das crianças pequenas.

Diagnóstico:

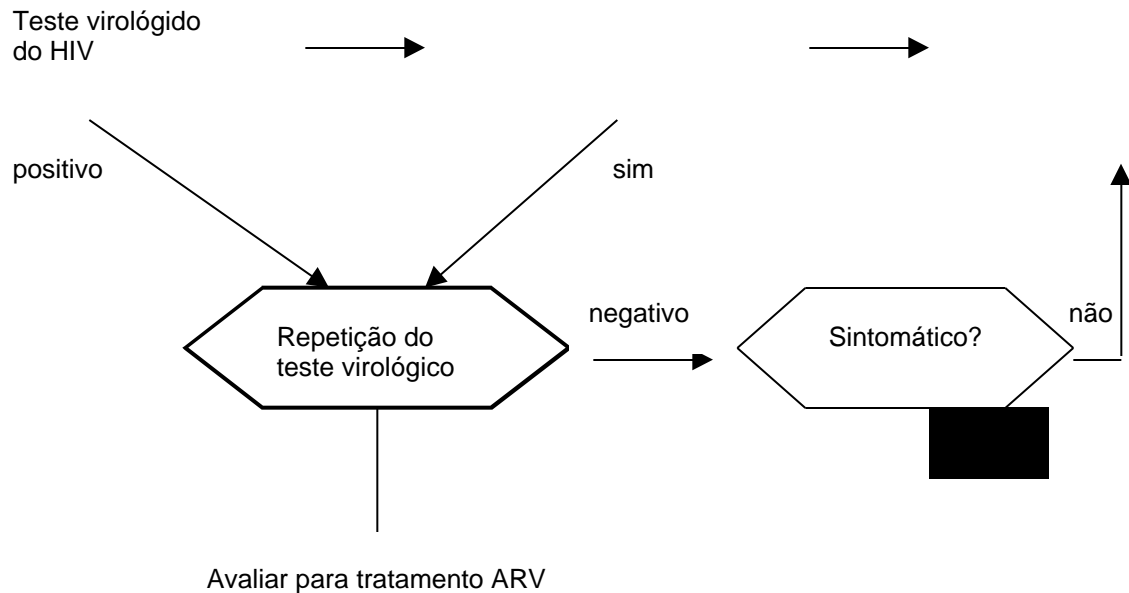
O teste para detecção do HIV deve ser efectuado entre as 6 e as 12 semanas de idade. O teste HI DNA PCR é o preferido para a detecção da doença nos bebês, mas o HIV RNA PCR também pode ser usado. Prevê-se que o teste do antígeno I.D. p24 antigen estará disponível nos próximos meses para o teste precoce em bebês, podendo substituir as análises PCR em alguns locais. O programa MTCT-Plus colaborará com os locais para determinar o método de teste mais apropriado e para aumentar a capacidade de realização de testes se isso for necessário.

- Se o teste virológico for negativo e o bebê estiver bem clinicamente, o próximo teste do HIV deve ser um teste de anticorpos do HIV aos 18 meses (ou, se a criança estiver a ser amamentada, 3 meses depois de ser desmamada).
- Se o teste virológico for negativo, mas o bebê apresentar sintomas condizentes com os de uma infecção pelo HIV (Apêndices 6-1 e 6-2), o teste deverá ser repetido. Devem ser procuradas etiologias alternativas para os sintomas também.
- Se o teste virológico for positivo, deve ser confirmado com uma repetição do teste e os cuidados de assistência devem obedecer aos protocolos delineados abaixo.
 - Se a repetição do teste virológico der resultados negativos e o bebê estiver bem clinicamente, o próximo teste do HIV deverá ser um teste de anticorpos ao HIV aos 18 meses (ou 3 meses depois do desmame)
 - Se a repetição do teste der resultados negativos mas o bebê apresentar sintomas compatíveis com uma infecção pelo HIV (Apêndice 6-1 e 6-2), o teste virológico pode ser repetido.

Se a repetição do teste virológico der resultados positivos, o bebê está infectado com o HIV. Ele deve ser avaliado para tratamento ARV e acompanhado de acordo com o calendário de consultas para crianças infectadas com o HIV (Apêndice 6-3).

Algoritmo de teste do HIV em bebês:

HIV DNA PCR ou antígeno I.D. p24 ou HIV RNA PCR. O programa MTCT-Plus colaborará com os locais para determinar o método mais apropriado de teste e para reforçar a capacidade de teste, caso necessário.



Os bebés inscritos entre as 12 semanas e os 18 meses devem ser submetidos a um teste virológico do HIV na altura da inscrição e seguir o algoritmo delineado acima. Em geral, o tratamento ARV não deve ser iniciado em crianças com menos de 18 meses de idade sem dois testes virológicos. Contudo, se uma criança estiver gravemente doente e o teste virológico estiver pendente, pode considerar-se um tratamento ARV enquanto se aguarda o teste de confirmação.

Se uma criança que já não estiver a ser amamentada for inscrita depois dos nove meses de idade, um anticorpo para triagem pode ser efectuado em vez do teste virológico. Em caso de serem negativos, os resultados devem ser confirmados por um Segundo teste de anticorpos. Se o resultado for positivo, deve ser realizado um teste virológico de acordo com o algoritmo acima apresentado para esclarecer o estado da infecção. Crianças inscritas depois dos 18 meses de idade (e que já não estejam a ser amamentadas) devem ser submetidas a um teste de *anticorpos* do HIV.

Avaliação inicial de bebés < 18 meses

Uma avaliação multidisciplinar inicial será a primeira medida após a inscrição no programa MTCT-Plus e poderá ser realizada ao longo de diversas consultas. Prevemos que a maioria dos bebés serão recém-

nascidos e que a avaliação de referência será iniciada durante os primeiros meses de vida, embora bebês e crianças mais velhos também estejam habilitados a participar no programa MTCT-Plus.

A avaliação de referência deve incluir a recolha de informações de rotina pertinentes para o cuidado de um bebê, bem como informações necessárias para avaliar o risco de infecção com o HIV e de progressão da doença. A história materna deve incluir o estado de saúde da mãe durante a gravidez, os cuidados pré-natais, os medicamentos e as circunstâncias do parto. Devem ser notados os tratamentos específicos dados à mãe e à criança para a prevenção perinatal.

A determinação da situação do bebê em relação ao HIV exige testes virológicos durante o primeiro ano de vida. Contudo, a progressão da doença pode ser rápida e ela muitas vezes pode manifestar-se durante os primeiros meses de vida antes do estado de infecção poder ser confirmado. Por conseguinte, a avaliação inicial deve produzir sinais e sintomas passados e actuais que sejam compatíveis com a doença do HIV. O crescimento débil é frequentemente a primeira manifestação da infecção com o HIV. O peso, a altura e a circunferência da cabeça devem ser medidos e traçados em curvas de crescimento como as apresentadas no capítulo 4. A avaliação nutricional, incluindo o método de alimentação e quaisquer problemas encontrados, será importante. Há multivitaminas disponíveis para todas as crianças inscritas no programa MTCT-Plus.

A avaliação inicial deve incluir uma análise dos sintomas agudos, bem como uma avaliação do desenvolvimento do bebê. O desenvolvimento lento e/ou o retrocesso de marcos previamente atingidos podem ser sinais precoces da infecção com o HIV. Um exame médico completo durante a avaliação inicial servirá tanto para identificar resultados relacionados com o HIV como para estabelecer um padrão de referência para consultas futuras.

O programa MTCT-Plus apoia a coordenação de cuidados específicos para o HIV e de cuidados pediátricos de rotina. Este modelo melhora o acompanhamento, reduzindo o fardo de consultas suplementares com outros prestadores de assistência pediátrica para cuidados de rotina e aumentando a familiaridade da mãe com o programa durante as visitas pediátricas. As vacinas podem ser administradas tanto durante a consulta inicial como durante as consultas de acompanhamento, de acordo com as directrizes nacionais.

A assistência a um bebê exige sempre uma compreensão do contexto familiar e social. Visto que uma grande parte das informações sociais serão abordadas dentro do contexto dos cuidados médicos da sua mãe, a coordenação destes dados diminuirá a duplicação. A comunicação

contínua entre os prestadores de cuidados médico-sanitários para adultos e pediátricos será particularmente útil (ver o capítulo 1).

Acompanhamento para bebês < 18 meses

Assistência pediátrica completa para crianças saudáveis será fornecida a todos os bebês inscritos, incluindo o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, a garantia de uma nutrição adequada e o fornecimento vacinas, multivitaminas e profilaxia da PCP. Uma avaliação de sinais e sintomas relacionados com o HIV será efectuada em cada consulta e será fornecido tratamento para doenças agudas. As consultas iniciais incidirão no estabelecimento do estado de infecção com o HIV do bebé. Depois do teste inicial do HIV, o conteúdo e a intensidade das visitas de acompanhamento serão ditados pelo facto de os resultados serem positivos ou negativos.

- Os bebês cujo teste virológico inicial seja negativo continuarão a receber cuidados completos até se obter um teste de anticorpos do HIV negativo aos 18 meses de idade (ou três meses depois de terminar a amamentação, no caso de tal ocorrer depois dos 18 meses). Um teste inicial negativo não exclui a infecção com o HIV, especialmente no contexto da amamentação, e os médicos devem permanecer atentos a sinais e sintomas compatíveis com a doença do HIV (aumento de peso inadequado, perda de peso, sintomas da fase B/C dos CDC ou da fase 3 da OMS [Apêndices 6-1 e 6-2]) e à necessidade de testes virológicos suplementares. **Os bebês de estado indeterminado devem ser examinados mensalmente durante os primeiros seis meses de vida e posteriormente de três em três meses** (Apêndice 6-3). Algumas crianças poderão precisar de consultas menos frequentes na sequência de uma análise viral inicial negativa se houver assistência de rotina disponível noutra lugar e se a prevenção da PCP puder ser assegurada. Aos 18 meses de idade (ou três meses depois do fim da amamentação, se esta terminar depois dessa idade), deve ser feito um teste de anticorpos ao HIV a todas as crianças que não estão já identificadas como infectadas com o HIV. Se o teste de anticorpos ao HIV for negativo, a criança será encaminhada para prestadores locais de cuidados pediátricos e excluída do programa MTCT-Plus.
- Se os testes do HIV iniciais forem positivos, a gestão dos sintomas e a determinação da habilitação aos ARVs serão de extrema importância. Uma vez que o HIV tenha sido diagnosticado, será feito o teste dos subconjuntos de linfócitos (número de células CD4 e percentagem) e a criança será classificada de acordo com os sistemas de classificação dos CDC e da OMS (Apêndice 6-1); o estado clínico e do sistema imunitário determinarão a habilitação aos ARVs. **Bebês infectados**

com o HIV devem ser examinados mensalmente durante os primeiros seis meses de vida e, depois, de três em três meses até aos 18 meses de idade, a não ser que iniciem um tratamento, o qual determinará independentemente o calendário de acompanhamento (Apêndice 6-3). Todas as consultas (independentemente da situação de tratamento) devem incluir uma avaliação da nutrição, do crescimento e do desenvolvimento, uma análise de doenças intercorrentes e dos sinais e sintomas relacionados com o HIV, uma actualização das vacinas, um exame físico dirigido, e a determinação da categoria clínica do HIV. Também será fornecido um tratamento profiláctico para a PCP, suplementos multivitamínicos e vacinas. Para as crianças que não tenham ainda precisado de ARVs, será efectuado semestralmente um teste das células CD4 para acompanhar a situação do sistema imunitário e a habilitação aos ARVs.

Crianças >18 meses de idade

Embora a maioria das crianças inscritas no programa MTCT-Plus seja provavelmente constituída por bebés, as crianças mais velhas também estarão habilitadas aos serviços ministrados. Aos filhos mais velhos das mulheres inscritas no programa, bem como a outras crianças que vivam nas suas casas, serão oferecidos testes do HIV e inscrição no programa se os resultados forem positivos. Por conseguinte, presume-se que todas as crianças com mais de 18 meses de idade que entrem para o programa já terão visto confirmada a sua situação de infecção com o HIV.

Avaliação inicial de crianças > 18 meses

Uma avaliação multidisciplinar será o primeiro passo a dar após a inscrição no MTCT-Plus e poderá ser realizada ao longo de várias consultas. Embora seja desejável uma história médica e social completa, reconhece-se que nem todas as informações estarão disponíveis a respeito de todas as crianças. As crianças podem não estar a viver com os seus pais naturais e as suas famílias actuais podem não conhecer a história anterior da criança. Contudo, no âmbito da avaliação inicial, todas as informações disponíveis devem ser recolhidas e registadas. A história do nascimento deve incluir o peso à nascença, a idade de gestação, caso conhecida, e quaisquer complicações ocorridas durante o parto. Além disso, deve ser revisto o estado de saúde da mãe durante a gravidez, os cuidados pré-natais, os medicamentos e os tratamentos específicos dados à mãe e à criança para prevenção perinatal.

A avaliação inicial deve procurar determinar o nível de doença que a criança sofreu. Uma história médica completa, com atenção a doenças

anteriores definidoras da SIDA, infecções ou doenças recorrentes e internamentos hospitalares, permitirá ao prestador da assistência classificar a gravidade da doença. Caso disponíveis, os dados anteriores sobre o crescimento, bem como os registos de vacinas, devem ser examinados e registados.

Uma avaliação do estado de desenvolvimento actual da criança e, quando apropriado, do seu aproveitamento escolar, deve ser efectuada durante a avaliação inicial. Manifestações neurológicas do HIV, bem como as circunstâncias psicossociais, podem influenciar o alcance de marcos normais do desenvolvimento. Uma história psiquiátrica também pode ser pertinente para crianças mais velhas, muito especialmente para os adolescentes.

Deve ser feito um exame físico completo, com especial atenção às marcas físicas do HIV, no âmbito da avaliação inicial. A altura, o peso e a circunferência da cabeça (em crianças com menos de dois anos) devem ser medidos e traçados para comparação com as curvas de crescimento apropriadas para a idade (ver o Apêndice 4-2). O estado nutricional deve ser avaliado, incluindo a disponibilidade de comida e os hábitos dietéticos da criança. O teste de contagem das células CD4 (número e percentagem) será usado para avaliar a necessidade de tratamento profiláctico contra a PCP, para determinar a habilitação aos ARVs e para facilitar a classificação da gravidade da doença.

O cuidado de uma criança requer sempre uma compreensão do contexto familiar e social. Visto que uma grande parte das informações sociais serão abordadas dentro do contexto dos cuidados prestados pela sua mãe, será necessária uma abordagem da recolha e das organização destes dados centrada na família para diminuir a duplicação e aumentar a sua coordenação. A comunicação continua entre os prestadores de cuidados a adultos e pediátricos será especialmente útil (ver o capítulo 1).

No fim da avaliação inicial, deve estar concluído um perfil completo da criança e da sua família. Cada criança deve ser classificada segundo o sistema de classificação dos CDC ou da OMS (Apêndices 6-1 e 6-2), com base na história médica passada, no exame físico e nas contagens de subconjuntos de linfócitos recolhidas durante a avaliação inicial. O estado da criança determinará a sua habilitação a tratamento ARV, bem como a frequência das visitas de acompanhamento (Apêndice 6-3).

Acompanhamento de crianças > 18 meses

A progressão da doença pode ocorrer muito rapidamente nas crianças. Portanto, as crianças devem ser vistas frequentemente para se acompanhar a progressão da doença, a doença intercorrente e a deterioração do sistema imunitário.

- Crianças > 6 meses de idade que não estejam a receber tratamento ARV devem ser vistas de três em três meses.
- Crianças com a doença em estado avançado estarão habilitadas a tratamento ARV e serão geralmente examinadas mensalmente depois de um período de oito semanas com consultas semanais a seguir ao início do tratamento.
- Para o subconjunto de crianças de mais de 2 anos infectadas com o HIV que se apresentam assintomáticas e tenham uma função imunitária normal, pode ser marcada uma consulta pelo menos de seis em seis meses.

As consultas de acompanhamento incluem uma avaliação de doenças intercorrentes e de novos sinais e sintomas, e um exame físico dirigido. A altura e o peso devem ser medidos e traçados relativamente a curvas de crescimento apropriadas para a idade. O estado nutricional deve ser avaliado, incluindo a disponibilidade de comida e os hábitos alimentares. A avaliação deve incluir uma avaliação dos níveis de desenvolvimento e/ou do progresso escolar. Devem ser feitas análises dos subconjuntos dos linfócitos de seis em seis meses. Deve ser oferecido aconselhamento em cada consulta. A necessidade de serviços de apoio adicionais deve ser avaliada rotineiramente. À medida que as famílias ficam a conhecer melhor a equipa médica, podem estar mais dispostas a recorrer a serviços suplementares.

Uma avaliação da habilitação a tratamento ARV deve ser feita no fim de cada consulta de acompanhamento para crianças que não estejam a receber tratamento. A criança tem novos critérios clínicos ou laboratoriais que a habilitaria ao tratamento? Se tal não for o caso, poderá ser marcada à criança uma nova consulta de acompanhamento. Em caso afirmativo, à criança e à família poderá ser marcada uma consulta para falar do interesse no tratamento ARV e na disposição de iniciar a terapia.

Questões especiais para crianças mais velhas:

Diversas questões que dizem particularmente respeito às necessidades das crianças mais velhas devem ser abordadas quer durante a avaliação inicial, quer durante as consultas de acompanhamento. Muitos prestadores de cuidados descobrem que a complexidade destas questões exige muitas vezes que haja já uma relação bem estabelecida com a criança e com os seus pais ou tutores antes da discussão poder ser iniciada.

- **Divulgação da doença**

Muitas famílias têm relutância em falar no HIV ou em deixar que um seu filho ou uma sua filha saiba que eles têm a doença do HIV (que a criança está infectada com o HIV e que um ou ambos os pais estão infectados com o HIV). Algumas famílias preferem dar outro nome à doença (anemia, etc.), enquanto que outras podem negar que a criança esteja doente. Muitos adultos temem que a criança fique deprimida e perca a vontade de viver ao tomar conhecimento do diagnóstico. Muitos preocupam-se com a possibilidade de a criança vir a contar essas informações a outras crianças ou outros adultos e de a criança e a família virem a ter de sofrer discriminação no seio da comunidade. Outras pessoas ainda, especialmente as mães, sentem-se responsáveis e culpadas pela situação do seu filho ou da sua filha.

Se bem que a experiência varie com cada criança e cada família, a experiência com a infecção com o HIV, bem como com outras doenças crónicas e fatais, sugere que contar às crianças o seu diagnóstico é uma parte importante da assistência que recebem. A maioria das crianças sabe que está doente e muitas já conhecem o seu diagnóstico. Contudo, elas são capazes de preservar o sigilo estabelecido pelos seus pais ou tutores adultos. Os adolescentes que tomam conhecimento do seu estado queixam-se muitas vezes do facto de não terem sido informados mais cedo.

A divulgação da doença a uma criança deve ser encarada como um processo contínuo que pode levar vários anos. Os pais devem ser encorajados a falar com os seus filhos a respeito da doença deles e dos seus cuidados médicos a partir de uma tenra idade, usando linguagem apropriada ao nível de desenvolvimento. Muitas crianças farão perguntas sobre as idas aos médicos, a toma de medicamentos e a realização de análises ao sangue. Os pais devem ser encorajados a discutir estas perguntas e a dar respostas simples mas honestas. [“Tens um problema no sangue e os remédios vão ajudar a manter-te saudável.” “O médico verifica o teu sangue para garantir que os remédios estão a funcionar bem.”] Os prestadores de cuidados pediátricos também devem responder directamente às perguntas de crianças pequenas.

À medida que as crianças vão crescendo, é provável que as perguntas se tornem mais sofisticadas, e as famílias devem pensar em iniciar uma discussão da doença do HIV. Em última análise, a família tomará a decisão sobre quando revelar à criança o seu diagnóstico, mas o pessoal do programa pode encorajar a família a iniciar o diálogo. Além disso, muitos pais precisarão de orientação sobre o que devem dizer e como devem dizê-lo. É muitas vezes útil para um membro do

programa participar na discussão com a criança e, por vezes, ser a pessoa que revela a informação.

O processo de divulgação não termina depois de a criança ter ficado a saber o diagnóstico. A família deve estar preparada para continuar a abordar a questão repetidamente no futuro. A maioria das crianças precisa de ouvir a informação diversas vezes, de diversas maneiras. É importante para a família conservar uma atitude aberta, que permita à criança apresentar dúvidas e preocupações. Muitas famílias podem não estar preparadas para auxiliar a criança desta forma. Neste caso, a equipa de assistência médico-sanitária pode oferecer um lugar seguro para que a criança explore mais as questões relacionadas com o HIV. Mais informações sobre a avaliação e o apoio psicossociais podem ser encontradas no capítulo 3.

- **A adolescência, a sexualidade e a prevenção secundária**

A maioria das crianças inscritas no programa MTCT-Plus serão bebés e crianças pequenas. No entanto, crianças mais velhas e adolescentes novos poderão ser identificados dentro das famílias e dos lares e, assim, ser inscritos no programa. Além disso, no decorrer do programa, com cuidados de assistência e um tratamento bem sucedidos, muitas crianças atingirão a adolescência.

Ao entrarem na adolescência, as crianças começarão naturalmente a interessar-se por relações de natureza sexual. O desafio para os prestadores de cuidados médico-sanitários, em parceria com as famílias, será o de possibilitar que estes jovens desenvolvam vidas sexuais saudáveis dando-lhes simultaneamente os meios para evitar a transmissão do HIV aos seus parceiros e filhos.

Os jovens podem ter relutância em discutir tópicos relacionados com a sexualidade e a puberdade com os seus pais ou tutores presentes. Os prestadores de cuidados médico-sanitários devem começar a desenvolver relações independentes com os seus pacientes adolescentes. Os adolescentes estão muitas vezes ansiosos por obter respostas para as suas perguntas e de ver abordadas as suas preocupações, e reagem bem a uma abordagem franca e não crítica. Além disso, a disponibilidade de conselheiros da mesma faixa etária e de grupos de apoio pode ser especialmente valiosa.

Para os jovens sexualmente activos, as avaliações de rotina devem incluir perguntas sobre sintomas geniturinários. Uma história menstrual deve ser recolhida para as jovens, incluindo o último período menstrual e a possibilidade de gravidez. Todos os adolescentes devem receber informações sobre as relações sexuais seguras e a prevenção da transmissão secundária. Mais uma vez, a educação por outras pessoas da mesma faixa etária que se

encontrem nas mesmas circunstâncias pode ser a forma mais eficaz de comunicar com êxito as mensagens sobre a prevenção. O planeamento familiar e contraceptivos também devem ser disponibilizados, ou no local ou através de encaminhamento apropriados. Os prestadores de cuidados médico-sanitários precisarão de considerar cuidadosamente questões de confidencialidade para o adolescente e a forma de contrabalançar as necessidades e os interesses dos pais ou dos tutores com os do seu filho ou da sua filha.

A grande maioria das crianças inscritas no MTCT-Plus terá nascido de uma mãe infectada com o HIV. Contudo, não é improvável que algumas crianças, particularmente adolescentes jovens, tenham tido contactos sexuais com um adulto infectado com o HIV. Embora a via de transmissão não altere a gestão e o tratamento da doença do HIV, as crianças com uma infecção transmitida por via sexual, especialmente as que foram violadas, terão necessidades psicológicas e sociais especiais. Além disso, a informação a respeito da via de transmissão pode não ser revelada até se estabelecer uma relação entre a equipa prestadora da assistência e a família. Os prestadores de cuidados médico-sanitários devem permanecer sensíveis às questões complexas existentes dentro das famílias e oferecer acesso a serviços de apoio para a criança, bem como para a família, quando os mesmos forem indicados.

Profilaxia

Profilaxia da pneumonia *Pneumocystis carinii*

A pneumonia *Pneumocystis carinii* (PCP) pode ocorrer durante os primeiros meses de vida e é muitas vezes fatal para os bebés. Não poucas vezes, o diagnóstico da PCP é feito antes de se determinar o estado de infecção do bebé exposto ao HIV. Em meios com muitos recursos, a profilaxia de todos os bebés expostos ao HIV com cotrimoxazole tem produzido uma redução drástica da PCP nos bebés. O programa MTCT-Plus fornecerá cotrimoxazole a todos os bebés a partir das 4 semanas de idade. O tratamento deve ser continuado para todos os bebés até ao seu primeiro ano de vida.

- Para bebés a que não tenha sido imediatamente determinado que estão infectados com o HIV, o cotrimoxazole deve continuar a ser administrado até pelo menos aos 12 meses, ou até que a infecção com o HIV tenha sido definitivamente excluída.
- Para bebés e crianças infectados com o HIV, a continuação do tratamento profilático contra a PCP para além do primeiro ano de vida baseia-se na idade da criança e no seu estado imunológico. As

crianças devem tomar o cotrimoxazole se satisfizerem os critérios seguintes:

- ✓ Todas as crianças < 12 meses
- ✓ 1–5 anos de idade: %CD4 <15 ou CD4+ <500
- ✓ 6–11 anos de idade: %CD4 <15 ou CD4+ <200
- ✓ Todas as crianças diagnosticadas previamente com a PCP. Se o tratamento ARV produzir reconstituição imunitária, a suspensão do tratamento profilático poderá ser considerado se a função imunitária normal for sustentada.

O cotrimoxazole (trimethoprim sulfamethoxazole), 150mg/m²/dia pode ser administrado em duas doses divididas em três dias consecutivos em cada semana. As alternativas incluem a administração do medicamento em duas doses divididas em três dias alternados em cada semana ou como uma dose única uma vez ao dia.

O dapsons pode ser dado a crianças (>1 mês de idade) intolerantes ao cotrimoxazole. A dose apropriada é de 2mg/kg/dia com um máximo de 100mg/dia.

Profilaxia da tuberculose

Na maioria das circunstâncias, os protocolos locais governarão a triagem e o tratamento da infecção latente com a tuberculose (LTBI), e os directores médicos do local tomarão as decisões finais a respeito disto. Recomendamos o teste cutâneo anual da tuberculina (TST), usando o teste PPD (5 unidades) em crianças infectadas com o HIV para identificar as habilitadas ao tratamento da infecção latente com a tuberculose com isoniazid (INH). As crianças que tenham recebido a vacina BCG podem apresentar um resultado falso positivo ao teste TST. Contudo, à luz da alta prevalência da tuberculose, recomenda-se que todas as crianças com um teste TST positivo recebam tratamento.

- O teste deve ser efectuado anualmente a partir dos 24 meses de idade em todas as crianças infectadas com o HIV. Se for positivo (\geq 5mm):
 - Excluir a tuberculose activa, de acordo com as directrizes locais e nacionais, e depois
 - Fornecer INH (10–15mg/kg, até um máximo de 300mg) diariamente durante nove meses (com pyridoxine, de acordo com as directrizes locais).
- O INH também deve ser dado a todas as crianças com menos de três anos que estejam em contacto com uma pessoa adulta a quem tenha sido diagnosticada tuberculose.
- Além disso, deve ser considerada a profilaxia com INH para qualquer criança que tenha estado em contacto com um caso activo de tuberculose.

- O INH não deve ser dado a pacientes que tenham anteriormente recebido tratamento profilático com o INH, que tenham sido anteriormente tratados contra a tuberculose, que tenham contra-indicações para o INH ou que sejam suspeitos de ter tuberculose activa.

Vacinação

A assistência completa aos bebés e às crianças inclui a administração de vacinas. As crianças infectadas com o HIV podem ter reacções limitadas às vacinas, especialmente se houver uma deterioração significativa do seu sistema imunitário. No entanto, a maioria das vacinas é dada rotineiramente a crianças com o HIV e têm sido divulgadas poucas complicações. As crianças inscritas no programa MTCT-Plus devem ser vacinadas de acordo com as directrizes locais/nacionais. As vacinas podem ser dadas durante as consultas de acompanhamento para bebés e crianças pequenas. Deve-se procurar obter documentação sobre as vacinas para as crianças mais velhas, e as vacinas que faltarem ou que não estejam documentadas deverão ser administradas.

Tratamento anti-retrovírico

Princípios básicos do uso dos anti-retrovíricos

O uso da terapia ARV altamente activa (HAART) tem reduzido drasticamente a mortalidade e a morbidez associadas ao HIV entre as crianças e os adolescentes em meios ricos em recursos. Contudo, apesar dos seus imensos benefícios para os pacientes com a doença num estado avançado, os medicamentos não são desprovidos de riscos, incluindo a toxicidade dos medicamentos e a resistência viral. Além disso, continuam a aparecer novas informações sobre os efeitos secundários a longo prazo do tratamento HAART crónico. Anos de experiência com o tratamento HAART têm ensinado aos prestados de cuidados médicos a importância central da participação de pacientes devidamente esclarecidos no seu tratamento, a necessidade de uma meticulosa aderência aos medicamentos, a complexidade das interacções medicamentosas e a importância do acompanhamento regular.

- *Preparação dos pacientes:* A preparação para os ARVs é especialmente complexa no caso das crianças, para quem o tratamento bem sucedido requer a colaboração da criança e da pessoa que trata dela. Um adulto tem de administrar ou de supervisionar a administração dos medicamentos. A criança tem de concordar em tomar os medicamentos e o adulto tem de comprometer-se a estar disponível duas vezes por dia para assegurar que os medicamentos sejam tomados. Nalguns casos, isto exige pouca preparação. Noutros, uma quantidade significativa de apoio

ao(à) paciente é necessária antes do tratamento ARV poder ser receitado.

Um dos pais ou o(a) principal prestador(a) de cuidados nem sempre supervisiona directamente a criança. Algumas frequentam a escola, participam em actividades laborais ou passam o tempo com outros membros da família ou com pessoas que olham por elas. Estas circunstâncias normais da educação das crianças suscitam questões particulares para o tratamento HAART. Os medicamentos têm de ser administrados diariamente de acordo com um horário regular, sem omitir doses. A não ser que a família esteja disposta a revelar a infecção com o HIV a outros adultos envolvidos no cuidado da criança, a administração dos medicamentos não pode ser garantida. A equipa de assistência médico-sanitária deve analisar estas questões com delicadeza e de forma rigorosa antes de receitar o tratamento.

Não existe substituto para a participação esclarecida do paciente neste tipo de decisões, e os programas de educação do paciente e de aderência devem fazer parte de qualquer iniciativa de assistência a pacientes com HIV/SIDA. Os programas de educação do paciente e de aderência também têm de estar centrados nas necessidades de desenvolvimento específicas da criança, bem como nas dos adultos responsáveis pelo seu cuidado.

- *Minimização da resistência viral:* Os prestadores de cuidados podem desempenhar um papel importante no adiamento da ocorrência de resistência do HIV através de boas práticas de prescrição e do auxílio prestado aos pacientes para que estes consigam a aderência (ver o capítulo 2). Estes princípios incluem:
 - Nunca receitar ARVs na falta de aconselhamento e apoio à aderência.
 - Colaborar com as famílias para minimizar os obstáculos à aderência aos medicamentos.
 - Dar uma atenção meticulosa a outros medicamentos e tratamentos e ao seu potencial de interacção com as terapias ARVs.
 - Nunca receitar uma monoterapia ou uma terapia dupla para o tratamento da infecção crónica com o HIV (estas podem ser usadas para a prevenção da transmissão de mãe para filho(a) ou para profilaxia após a exposição).
 - Nunca acrescentar um só medicamento a um regime que está a fracassar.
 - Se os medicamentos ARVs tiverem que ser suspensos, parar todos os tratamentos conforme as instruções.

- *Interacções entre medicamentos:* Os agentes ARVs, particularmente os inibidores da protease, têm múltiplas interacções com outros

medicamentos e não devem ser receitados sem uma análise cuidadosa do regime que está a ser seguido por cada paciente, incluindo agentes herbáceos e medicamentos tradicionais.

- *Interações entre os medicamentos e os alimentos:* Embora os agentes de primeira linha usados no programa MTCT-Plus não tenham regras dietéticas rigorosas, os pacientes que estiverem a tomar certos medicamentos de segunda linha terão de seguir directrizes específicas quanto à hora a que tomam os medicamentos e a comida. Isto pode ser extremamente complexo no caso de um bebé que requer alimentação frequente com leite do peito ou leite em pó próprio.
- *Fórmulas dos medicamentos:* Muitos dos agentes ARVs mais potentes não estão disponíveis com fórmulas apropriadas para crianças pequenas. Outros têm um sabor desagradável e tornam extremamente difícil uma aderência rigorosa. As equipas de cuidados de saúde precisarão de trabalhar estreitamente com a criança para assegurar que as fórmulas receitadas têm um gosto adequado. Elas devem notar também que a facilidade de administração e a aceitabilidade do tratamento podem variar conforme a criança for crescendo. Os bebés que toleram uma fórmula podem rejeitá-la quando forem mais velhos. Será também importante oferecer maneiras de melhorar o sabor dos medicamentos mediante a sua mistura com comida ou bebidas.
- *Considerações especiais para pacientes com tuberculose que estão a tomar ARVs:*

Na maioria dos locais do programa MTCT-Plus, o programa local para a tuberculose tratará a tuberculose activa de acordo com os protocolos locais e nacionais. A comunicação entre os prestadores de tratamento contra a tuberculose e os prestadores de cuidados para o HIV é crítica, tanto para evitar as interações entre medicamentos que podem prejudicar o êxito da terapia como para aumentar a consciência do potencial de síndromes de reconstituição imunitária.

 - Conforme foi referido no capítulo 5, os inibidores da protease e o nevirapine interagem com o rifampin, e a administração conjunta destes medicamentos está contra-indicada. Uma alternativa consiste em alterar o regime ARV para uma combinação com um nucleosido triplo ou uma combinação que contenha efavirenz. Estes regimes são ainda mais complicados durante a infância, quando nem o efavirenz nem o abacavir é receitado rotineiramente. Outra opção é o uso de uma terapia contra a tuberculose não à base de rifamicin, ou rifabutin com a dose ajustada. Nos casos em que um regime ARV compatível com o tratamento contra a tuberculose não possa ser fornecido, os ARVs

não devem ser iniciados ou devem ser suspensos temporariamente até que o tratamento contra a tuberculose esteja concluído.

- Com uma reconstituição imunitária vigorosa devido ao tratamento ARV, alguns pacientes infectados com o HIV podem desenvolver complicações nos primeiros meses após o início dos ARVs. Este fenômeno tem sido descrito principalmente nos adultos, mas também tem sido observado nas crianças, e todos os pacientes devem ser acompanhados cuidadosamente após o início dos ARVs. Os pacientes com tuberculose que estejam a receber ARVs podem sofrer um agravamento transitório paradoxal dos sintomas da tuberculose neste contexto. Estas reacções são difíceis de distinguir das que podem estar associadas aos sintomas da tuberculose ou ao fracasso do tratamento contra a tuberculose. Os prestadores de cuidados devem estar familiarizados com esta “síndrome de reconstituição imunitária” e os pacientes devem ser aconselhados a relatar os sintomas precoces.

Quando iniciar os ARVs

A educação e o aconselhamento para a aderência são elementos essenciais do tratamento ARV. Os medicamentos ARVs nunca devem ser receitados antes de a família ter tomado uma decisão esclarecida para assegurar a administração apropriada. O uso intermitente e irregular dos ARVs acarreta mais riscos do que benefícios.

Para fins da determinação da habilitação ao tratamento anti-retrovírico, as crianças devem ser classificadas de acordo com os sistemas de classificação dos CDC ou da OMS (Apêndices 6-1 e 6-2). Existe uma sobreposição significativa dos dois. O dos CDC permite um maior grau de especificidade no diagnóstico, enquanto que os critérios da OMS permitem uma classificação fácil no ambiente clínico. A categoria I da OMS correlaciona-se com a categoria N dos CDC. A categoria II da OMS correlaciona-se com a categoria B dos CDC. A categoria III da OMS correlaciona-se com a categoria C dos CDC. A excepção são as infecções bacterianas. Se uma criança tiver infecções bacterianas recorrentes durante um período de dois anos, ela satisfaz os critérios para a categoria C dos CDC, mas para a categoria II da OMS (a não ser que lhe seja diagnosticada uma septicemia ou uma meningite recorrentes/OMS III).

O programa MTCT-Plus fornecerá ARVs a crianças que satisfaçam os critérios seguintes:

Bebés (de 1–12 meses, com dois testes virológicos de HIV positivos):

- Desenvolvimento nulo (nenhum aumento de peso ou perda de peso ou classificação $z < -2$) OU
- doença definidora da SIDA (categoria C dos CDC/III da OMS) OU
- Assintomáticos, com %CD4 <20 (categoria 2/3 dos CDC)

Crianças (1–5 anos):

- Desenvolvimento nulo (nenhum aumento de peso ou perda de peso ou classificação $z < -2$) OU
- doença definidora da SIDA (categoria C dos CDC/III da OMS) OU
- Pacientes assintomáticos com %CD4 <15 (categoria 3 dos CDC)

Crianças (> 6 anos):

- Desenvolvimento nulo (nenhum aumento de peso ou perda de peso ou classificação $z < -2$) OU
- doença definidora da SIDA (categoria C dos CDC) OU
- Assintomática e %CD4 $<15^*$ (categoria 3 dos CDC)

**Numa criança assintomática com 6 ou mais anos de idade, o médico pode considerar esperar até que a %CD4 atinja 10, ou até que haja provas de deterioração imunitária rápida. Na falta de dados, alguns argumentam que a dificuldade de manter a aderência numa criança assintomática e a toxicidade potencial do uso de anti-retrovíricos excedem os benefícios de um tratamento mais precoce. Se o tratamento for adiado nestas circunstâncias, recomendamos um acompanhamento mais frequente das contagens/% das células CD4 (em cada três ou quatro meses).*

É possível que uma criança tenha manifestações clínicas graves da infecção com o HIV sem desenvolver um diagnóstico definidor da SIDA ou apresentar provas laboratoriais de supressão imunitária avançada. Uma tal criança não satisfaria os critérios apontados acima, embora pudesse beneficiar de tratamento anti-retrovírico. Uma vez que outras causas dos sintomas não relacionadas com o HIV tenham sido excluídas, o tratamento destas crianças pode ser discutido individualmente com o secretariado do programa MTCT-Plus.

Regimes ARVs iniciais:

Os regimes ARVs seleccionados pelo programa MTCT-Plus são todos altamente activos e oferecem um equilíbrio de factores como a eficácia, a toxicidade, o sabor tolerável, a sequência lógica dos tratamentos para preservar opções futuras e o custo. O programa sugere as alternativas de primeira linha relacionadas abaixo, todas elas compatíveis com as directrizes da OMS. Temos atribuído prioridade ao uso do zidovudine, do lamivudine e do nevirapine, um regime altamente activo que é potente, de gosto agradável e tem um perfil de efeitos secundários bem estabelecido

e tolerável. Em circunstâncias especiais e com base nas conversas entre o(a) director(a) do local e o pessoal do secretariado, podem ser escolhidos regimes alternativos par uso num determinado local. Informações específicas sobre cada medicamento podem ser encontradas no capítulo 10.

Regime inicial recomendado: Zidovudine + lamivudine + nevirapine

Zidovudine (ZDV, Retrovir) + lamivudine (3TC, Epivir) + nevirapine (NVP, Viramune)

Regimes alternativos:

Zidovudine + lamivudine + nelfinavir

Zidovudine (ZDV, Retrovir) + lamivudine (3TC, Epivir) + nelfinavir (NLF, Viracept)

Stavudine + lamivudine + nevirapine

stavudine (d4T, Zerit) + lamivudine (3TC, Epivir) + nevirapine (NVP, Viramune)

Stavudine + lamivudine + nelfinavir

stavudine (d4T, Zerit) + lamivudine (3TC, Epivir) + nelfinavir (NLF, Viracept)

Zidovudine + lamivudine + abacavir

Zidovudine (ZDV, Retrovir) + lamivudine (3TC, Epivir) + abacavir (ABC, Ziagen)

Antes de receitar um tratamento anti-retrovírico, o(a) médico(a) deve colocar-se as perguntas seguintes:

- **O paciente tem uma indicação médica para tratamento anti-retrovírico?** Elas estão delineadas acima.

- **Existe uma contra-indicação médica para o regime de primeira linha planeado?** A medida seguinte consiste em excluir as contra-indicações médicas para o regime de primeira linha específico seleccionado pelo(a) director(a) médico(a) do local (Tabela 6-1). A investigação laboratorial mínima inclui a avaliação da função renal e da função hepática e uma contagem completa do sangue.

- **Existe uma contra-indicação não médica para o uso de anti-retrovíricos?**
Nem todos os pacientes com uma indicação médica para tratamento anti-retrovírico estão prontos para iniciar o tratamento. Uma das finalidades das avaliações multidisciplinar, psicossocial e da aderência é excluir contra-indicações “de natureza não médica” para o uso de ARVs, e de confirmar que uma criança e a sua família estão preparadas para tomar os medicamentos de forma regular e correcta. Embora muitos pacientes estejam prontos para iniciar o tratamento, a identificação dos obstáculos à aderência modificáveis permitirá que os prestadores de cuidados médico-sanitários intervenham antes do início do tratamento com os ARVs.

- **A aderência foi abordada formalmente?** É necessária uma grande preparação antes de se iniciar o tratamento nas crianças. É crucial ensinar aos pais ou aos seus tutores o modo de preparar e administrar os ARVs. Uma “prova de sabor” deve ser feita na clínica antes do fornecimento dos medicamentos. Muitas crianças mais velhas recusarão ou cuspirão medicamentos que saibam mal, e é melhor descobrir isto na clínica do que em casa. O pessoal clínico deve demonstrar a administração dos ARVs e pode ter de ajudar as famílias a descobrirem maneiras inteligentes de camuflar o seu sabor. Em geral, o tratamento anti-retrovírico não é uma medida de emergência e pode ser adiado até a família estar preparada.

Tabela 6-1: Contra-indicações médicas para o início do tratamento com ARVs de primeira linha

Contra-indicação	Definição	Comentários	Recomendação
Anemia grave	Hemoglobina \leq 7.0 g/dl	O uso do zidovudine requer um acompanhamento laboratorial metuculoso.	Pode-se iniciar o regime de primeira linha, mas a medição da hemoglobina deve ser repetida dentro de duas semanas do início (ou se surgirem sintomas). Se as análises laboratoriais repetidas mostrarem que a hemoglobina diminuiu, fazer uma substituição de um só medicamento como alternativa ao regime de primeira linha: Lamivudine/stavudine/nevirapine
Trombocitopenia grave	Plaquetas $<$ 49.000 mm^3	O uso do zidovudine requer um acompanhamento laboratorial metuculoso.	Pode-se iniciar o regime de primeira linha, mas a medição das plaquetas deve ser repetida dentro de duas semanas do início (ou se surgirem sintomas). Se as análises laboratoriais repetidas mostrarem que as plaquetas diminuíram, fazer uma substituição de um só medicamento como alternativa ao regime de primeira linha: Lamivudine/stavudine/nevirapine
Neutropenia grave	Contagem absoluta dos neutrófilos $<$ 250 mm^3	O uso do zidovudine requer um acompanhamento laboratorial metuculoso.	Pode-se iniciar o regime de primeira linha, mas a medição da contagem absoluta dos neutrófilos deve ser repetida dentro de duas semanas do início (ou se surgirem sintomas). Se as análises laboratoriais repetidas mostrarem que a contagem absoluta dos neutrófilos diminuiu, fazer uma substituição de um só medicamento como alternativa ao regime de primeira linha: Lamivudine/stavudine/nevirapine

Insuficiência renal	Crianças < 2 anos: Cr > 1.2 Crianças < 2 anos: Cr > 1.7	Contra-indicação para o uso de anti-retrovíricos	Paciente não habilitado actualmente a ARVs. Efectuar avaliação diagnóstica de acordo com as directrizes locais e reavaliar a habilitação ao tratamento ARV se a função renal melhorar.
Insuficiência hepática	> 10x os limites superiores do valor normal	Contra-indicação para o uso de anti-retrovíricos	Paciente não habilitado actualmente a ARVs. Efectuar avaliação diagnóstica de acordo com as directrizes locais e reavaliar a habilitação ao tratamento ARV se a função hepática melhorar.
História de uso anterior de ARVs (além da prevenção da transmissão de mãe para filho(a))	Uso de qualquer ARV durante mais de quatro semanas	Potencial de resistências aos ARVs	Necessidade de gestão especializada. Consultar um(a) especialista local ou o secretariado para aconselhamento sobre cada caso individual.
História de intolerância anterior aos ARVs	Em caso de intolerância ao ZDV, usar 3TC+ D4T + NVP. Em caso de intolerância ao nevirapine, considerar o EFV em crianças com 2 anos de idade ou mais. Outras substituições podem exigir os conselhos de especialistas.		
Uso actual de medicamentos contra a tuberculose	Uso do rifampin	Interações medicamentosas com o nevirapine	Necessidade de gestão especializada. Consultar um(a) especialista local ou o secretariado para aconselhamento sobre cada caso individual.

Como acompanhar os pacientes que estão a tomar ARVs:

O acompanhamento cuidadoso é um elemento essencial do uso eficaz dos ARVs, permitindo detectar cedo os efeitos adversos, reforçar continuamente a aderência do paciente e avaliar periodicamente a eficácia do tratamento. O tipo e a frequência do acompanhamento estarão de certa forma dependentes dos recursos locais. As recomendações seguintes quanto ao acompanhamento destinam-se a crianças que recebem tratamento ARV no programa MTCT-Plus; estas constituem requisitos de acompanhamento *mínimos* e devem ser modificadas para pacientes individuais à discrição dos seus médicos.

Acompanhamento clínico para crianças que recebem tratamento ARV:

Quando os pacientes iniciam o tratamento ARV, são recomendadas consultas semanais durante as primeiras 8 semanas. Estas consultas “de iniciação” devem concentrar-se na avaliação e no apoio à aderência, bem como na avaliação dos eventos adversos ou da toxicidade dos ARVs através da lista de verificação estruturada dos sintomas. Sintomas precoces e vulgares de toxicidade dependem do regime de tratamento usado e podem incluir erupção cutânea, náuseas, diarreia, dores de cabeça, fadiga, irritabilidade, diminuição do apetite. Vários destes sintomas – as dores de cabeça e a fadiga – desaparecem frequentemente com o tempo. Outros podem ser tratados sintomaticamente (diarreia e náuseas). Nos bebés, estes sintomas podem ser subtis e difíceis de distinguir de sinais de doença aguda. Alguns resultados podem exigir alterações da dosagem dos medicamentos ou do regime medicamentoso.

Algumas crianças podem desenvolver sintomas pouco tempo depois do início do tratamento ARV (por exemplo, tosse, febre, linfadenopatia) que podem indicar um processo infeccioso subjacente que se tornou evidente devido a uma reconstituição imunitária vigorosa. Têm-se observado vários casos de tais síndromes de reconstituição imunitária em crianças, principalmente em crianças mais velhas e em adolescentes. A gestão apropriada destes sintomas e destes estados deve ser instituída de acordo com os procedimentos habituais do local.

Depois do período inicial de 8 semanas, as crianças podem ser vistas mensalmente para acompanhamento clínico. Em cada consulta, deve-se rever a aderência com um dos pais ou o tutor e também com a criança. A consulta deve incluir também a história médica durante o intervalo que se seguiu à consulta anterior, a lista de verificação dos sintomas, um exame físico dirigido, o acompanhamento do crescimento e uma avaliação nutricional. Os pacientes devem ser encaminhados para uma avaliação psicossocial e para serviços de apoio, conforme forem indicados.

Dosagem:

A dosagem para as crianças é calculada com base no peso ou na área de superfície. À medida que as crianças crescem, as doses dos seus medicamentos têm de ser ajustadas em conformidade com isso. Isto é especialmente importante no caso de uma criança com um desenvolvimento nulo que reage ao tratamento ARV com um aumento de peso robusto. Em tais casos, a dosagem irá provavelmente aumentar frequentemente e, muitas vezes, de forma drástica. As doses dos ARVs devem ser recalculadas em cada consulta com base no peso e na altura actuais da criança. Isto é complexo e, muitas vezes, um caso melindroso para as famílias, que precisam de ser aconselhadas a respeito das alterações das doses e asseguradas de que essas alterações se devem ao crescimento e não a uma indicação de que o tratamento não está a surtir efeito.

Os bebés e as crianças novas muitas vezes metabolizam os medicamentos mais rapidamente. No caso de alguns medicamentos, a dose diária é maior para as crianças do que para os adultos. Depois de uma criança ultrapassar a puberdade pode-lhe ser dada a dose normal para adultos. Recomenda-se em geral que as crianças continuem a receber doses pediátricas até ao fim do seu desenvolvimento púbere.

Acompanhamento laboratorial das crianças que recebem tratamento ARV:

A contagem e a percentagem das células CD4 devem ser acompanhadas semestralmente nas crianças que estão a receber tratamento. O programa MTCT-Plus apoia um modelo de acompanhamento clínico para

crianças que recebem tratamento anti-retrovírico. As análises laboratoriais só devem ser feitas se tal for indicado pelos sintomas e sinais; esta decisão cabe ao médico assistente. Se forem feitas análises laboratoriais, o médico precisará de distinguir entre as toxicidades causadas pelos medicamentos, as doenças intercorrentes e a evolução da doença do HIV. Trabalho adicional será ditado pelas directrizes locais para os cuidados e o tratamento. Contudo, se as anormalidades relacionadas na Tabela 6-1 tiverem sido identificadas, poderá ser preciso parar ou modificar o tratamento ARV, conforme se explica na secção seguinte.

Quando substituir os ARVs:

O primeiro regime ARV deve ser tanto potente como duradouro. Se a aderência for adequada, os benefícios clínicos e imunológicos devem ser de longa duração. A alteração da medicação ARV deve ser feita com cautela. A resistência e a resistência cruzada são factores importantes, e a sequência dos ARVs pode ter um impacto terapêutico importante. Além disso, alterações precoces dos ARVs suscitam o risco de esgotar as opções ARVs disponíveis para esse paciente no futuro. Contudo, antevê-se que algumas crianças terão de alterar o tratamento devido à toxicidade ou ao fracasso terapêutico. Em caso de **toxicidade**, pode ser indicada a substituição de um só medicamento (ver as Tabelas 6-2, 6-3 e 6-4). Em caso de **fracasso terapêutico**, o regime completo deve ser modificado (ver a Tabela 6-5).

Substituição de ARVs devido à toxicidade:

Os efeitos adversos associados aos ARVs podem ser detectados por sintomas ou por investigação laboratorial. Alguns sintomas são ligeiros e/ou passageiros, enquanto que outros exigem terapia de apoio (como anti-eméticos ou agentes antimotilidade) ou um acompanhamento clínico mais frequente. Efeitos secundários graves podem exigir a interrupção do tratamento HAART. O nevirapine, por exemplo, pode estar associado a uma erupção cutânea de gravidade variável. O nelfinavir pode causar uma diarreia que não reage a alterações da dieta ou a agentes antimotilidade. De forma semelhante, as anormalidades laboratoriais devidas aos ARVs podem ser ligeiras ou graves. Embora os medicamentos individuais possam estar associados a efeitos secundários ou toxicidades específicos, nem sempre é possível identificar o medicamento responsável. Quando um evento adverso grave parece ser causado por um ARV específico, pode ser feita uma substituição de um só medicamento. Nalguns casos, porém, o regime completo terá de ser alterado. As Tabelas 6-2 e 6-3 relacionam pormenorizadamente os critérios para a substituição dos ARVs devido à Toxicidade e a Tabela 6-4 indica quais são os medicamentos substitutos.

A toxicidade mais comum nos adultos e nas crianças que tomam nevirapine é o aparecimento de erupções cutâneas, que podem ocorrer em até 20 por cento dos que tomam o medicamento. As manifestações cutâneas são geralmente ligeiras ou moderadas, mas de dois a cinco por cento dos pacientes podem ter de suspender o tratamento devido a este efeito secundário. As manifestações cutâneas ocorrem geralmente dentro das primeiras 2–6 semanas de tratamento. A erupção cutânea pode ser minimizada pela introdução do medicamento com uma dose reduzida durante 14 dias e pela sua elevação subsequente à dose integral, e esta “escalada da dose” é a norma nos cuidados prestados no programa MTCT-Plus. O tratamento com nevirapine deve prosseguir no caso de toxicidades de grau 1 e 2, mas deve ser suspenso se a toxicidade for de grau 3 ou superior.⁸

O tratamento com nevirapine também pode produzir hepatotoxicidade. O colapso hepático fatal tem sido relatado em alguns pacientes adultos tratados com nevirapine. As funções hepáticas serão acompanhadas à discrição do médico assistente. No caso de se detectar disfunção hepática, deve ser efectuada uma avaliação da etiologia. O nevirapine deve ser suspenso permanentemente se ocorrerem toxicidades de grau 3 ou superiores. Em pacientes adultos, o efavirenz tem-no substituído com êxito quando o nevirapine tem estado associado à disfunção hepática. Contudo, como não há dados disponíveis sobre crianças, esta substituição medicamentosa deve ser feita com grande cautela e consultando o secretariado.

O tratamento com o abacavir é geralmente bem tolerado. As náuseas, os vômitos, o mal-estar e a fadiga são os efeitos secundários mais vulgarmente relatados. Em três a cinco por cento dos indivíduos tratados com o abacavir tem sido descrita uma reacção de hipersensibilidade, caracterizada por erupção cutânea eritematosa generalizada, febre, sintomas semelhantes aos da gripe e a afecção de múltiplos órgãos. Os sintomas são geralmente reversíveis com a interrupção do tratamento e cuidados de apoio, mas **o tratamento continuado ou a reintrodução do abacavir podem ser fatais**. Se se suspeitar de uma reacção de hipersensibilidade, o abacavir deverá ser suspenso imediatamente e NUNCA deve ser tomado outra vez.

As alterações da medicação baseadas nos valores laboratoriais devem ser consideradas cuidadosamente, orientadas pela experiência e pelo juízo do médico, e devem ser encaradas no contexto clínico da assistência ao paciente. Não devem ser feitas alterações com base num só teste. A doença intercorrente pode criar valores laboratoriais

⁸ Grau 1 = eritema, prurido. Grau 2 = erupção cutânea maculopapular difusa ou descamação seca. Grau 3 = vesiculação ou descamação húmida ou ulceração. Grau 4 = qualquer uma: afecção da membrana mucosa, suspeita de Stevens-Johnson (TEN), eritema multiforme, necrose ou dermatite exfoliativa.

transitoriamente anormais. Devem ser efectuados e avaliados testes repetidos, de forma a detectar tendências ao longo do tempo.

Tabela 6-2:

Indicações laboratoriais para substituir ARVs devido a toxicidade/efeito adverso

Parâmetro	Toxicidade de grau 3
Hematologia	
Hemoglobina	≤ 7,0 g/dl
Contagem absoluta dos neutrófilos	≤ 250 mm ³
Plaquetas	≤ 49.000/mm ³
Valores químicos	
Bilirrubina	≥ 3,0–7,5 x os limites superiores do valor normal
Creatinina	≥ 1,2–1,5 (<2 anos), 1,7–2,0 (>2 anos)
Análises da função hep	
AST (SGOT)	≥ 10 x os limites superiores do valor normal
ALT (SGPT)	≥ 10 x os limites superiores do valor normal
Enzimas pancreáticas	
Amilase, lipase	≥ 2–3 x os limites superiores do valor normal

Tabela 6-3: Indicações clínicas para substituir ARVs devido à toxicidade

Náuseas	Desconforto grave ou ingestão mínima durante ≥ 3 dias
Vómitos	Vómitos graves com todos os alimentos/líquidos em 24 horas, ou hipotensão ortostática ou necessidade de tratamento intravenoso
Diarreia	Diarreia com sangue ou hipotensão ortostática ou necessidade de tratamento intravenoso
Febre	Febre inexplicada de ≥ 39,6° C (103° F)
Dores de cabeça	Graves ou que exijam tratamento com narcóticos
Reacção alérgica	Urticária generalizada, angioedema or anafilaxia
Neuropatia periférica	Desconforto grave, fraqueza objectiva, perda de 2–3 reflexos anteriormente presentes ou ausência de 2–3 dermatomas sensoriais anteriormente presentes
Fadiga	Actividade normal reduzida ≥ 50%

Tabela 6-4: Substituições de ARVs recomendadas para crianças devido a toxicidade precoce

Regime primário	Substituição de um só medicamento devido à toxicidade
ZDV + 3TC + NVP	<i>Se houver toxicidade com o ZDV: ABC+3TC+NVP</i>

	<i>Se houver toxicidade com o NVP:</i> ZDV+3TC+NLF para crianças < 12 meses ZDV+3TC+ABC para crianças ≥ 12 meses
D4T + 3TC + NVP	<i>Se houver toxicidade com o D4T:</i> ZDV+3TC+NVP
	<i>Se houver toxicidade com o NVP:</i> D4T+3TC+NLF para crianças < 12 meses D4T+3TC+ABC para crianças ≥ 12 meses
ZDV + 3TC + NLF	<i>Se houver toxicidade com o ZDV:</i> ABC+3TC+NVP
	<i>Se houver toxicidade com o NLF:</i> ZDV+3TC+NVP para crianças < 12 meses ZDV+3TC+ABC para crianças ≥ 12 meses
ZDV + 3TC + ABC	<i>Se houver toxicidade com o ZDV:</i> D4T + 3TC + ABC
	<i>Se houver toxicidade com o ABC:</i> ZDV + 3TC + NVP para crianças < 24 meses ZDV + 3TC + EFV para crianças ≥ 24 meses
D4T + 3TC + NLF	<i>Se houver toxicidade com o D4T:</i> ABC+3TC+NLF
	<i>Se houver toxicidade com o NLF:</i> D4T+3TC+NVP para crianças < 12 meses D4T+3TC+ABC para crianças ≥ 12 meses

Substituição de ARVs devido ao fracasso terapêutico:

O tratamento bem sucedido com ARVs produz melhoras clínicas e imunológicas com a supressão associada da replicação do HIV. É razoável esperar que um paciente sintomático apresente melhoras clínicas significativas passados dentro de três meses a seguir ao início dos ARVs. Dentro de seis meses, as contagens CD4 aumentam geralmente pelo menos em 50 células/mm³, embora a magnitude do aumento do número de células CD4 dependa do valor de referência. Em geral, pode-se esperar um aumento significativamente maior do número e da porcentagem das células CD4 em crianças com supressão viral adequada.

O motivo mais comum do fracasso do tratamento é a aderência inadequada. Antes de qualquer regime ser alterado, deve-se avaliar cuidadosamente a aderência. Se não se puder garantir a aderência, a decisão de mudar o tratamento poderá ter de ser adiada até a criança e a família estarem prontas para abordar os obstáculos ao tratamento. Contudo, se a aderência deficiente estiver relacionada com a fórmula ou o sabor do medicamento, uma alteração do regime poderá produzir uma melhor aderência. Devem ser feitos esforços para assegurar que a criança será capaz de tolerar o novo regime antes de ele ser fornecido. Isto poderá exigir uma “prova do sabor” e sessões de ensaio para familiarizar a criança com os novos tratamentos e assegurar ao pessoal que a família pode administrar os medicamentos. É absolutamente essencial que estas questões sejam discutidas abertamente com a

criança, se isso for apropriado, e com a sua família, num ambiente acolhedor e não crítico (capítulos 1 & 2).

Os bebês que ficarem infectados com o HIV apesar do tratamento profilático com o nevirapine podem correr o risco de desenvolver mutações de resistência ao nevirapine. Quando estas ocorrem, as mutações parecem desvanecer-se com o tempo. Contudo, a introdução do nevirapine pode exercer pressão selectiva suficiente para que as mutações voltem a surgir. Nesse caso, é provável que a eficácia deste tratamento seja limitada. O significado clínico destas mutações não foi estudado e o seu efeito na escolha do nevirapine como parte integrante do regime de tratamento continua a ser pouco claro neste momento. Esta questão é provavelmente especialmente pertinente para bebês que iniciem o tratamento com um regime à base de nevirapine, e ela merece um acompanhamento cuidadoso.

O regime ARV completo deve ser alterado se se determinar o fracasso do tratamento com base no seguinte:

- Nenhuma melhoria ou um agravamento do estado clínico depois de 3 meses a receber ARVs (nenhuma melhoria do crescimento ou da perda de peso, nova doença definidora da SIDA*)
- Nenhuma melhoria das células CD4 (em ~ 50 células/mm³ ou 3 por cento), ou um agravamento por volta dos 6 meses. Se um paciente tiver registado melhoras clínicas significativas, o regime ARV inicial deve ser prosseguido apesar de um aumento de < 50 células CD4/mm³.
- Um retorno subsequente da % de CD4 ao valor de referência antes do início do tratamento ou a um nível inferior. Em crianças > 8 anos, uma queda de 30 por cento ou mais do número de células CD4 ou da sua percentagem, relativamente aos seus valores máximos, passados seis meses a tomar ARVs.

*Excluindo a síndrome de reconstituição imunitária

Regimes ARVs secundários:

Conforme foi referido, os agentes ARVs não devem ser alterados de ânimo leve. A escolha baseia-se nos padrões de resistência esperados que ocorrem com agentes específicos e levam em conta a necessidade de substituição de um regime específico por outro com um potencial mínimo de resistência cruzada. As sugestões de sequência seguintes baseiam-se em meios onde os prestadores de cuidados e os pacientes não dispõem de acesso fácil a análises de carga viral ou de resistência viral.

Tabela 6-5: Regimes ARVs secundários

Se o regime deficiente é...	Então substituí-lo por...
ZDV + 3TC + NVP	ddl + D4T + NLF
D4T + 3TC + NVP	ZDV + ddl + NLF
ZDV + 3TC + NLF	D4T + ddl + NVP (para crianças < 24 meses)
	D4T + ddl + EFV (para crianças ≥ 24 meses)
D4T + 3TC + NLF	ZDV + ddl + NVP (para crianças < 24 meses)
	ZDV + ddl + EFV (para crianças ≥ 24 meses)
ZDV + 3TC + ABC	D4T+ ddl + NLF(para crianças < 24 meses)
	D4T + ddl + EFV (para crianças ≥ 24 meses)
D4T + 3TC + ABC	ZDV + ddl + NVP (para crianças ≤ 24 meses)
	ZDV + ddl + EFV (para crianças ≥ 24 meses)

A escolha dos regimes secundários continua a contrabalançar a potência, a toxicidade, a formulação e o custo. À medida que houver novos dados disponíveis, é provável que as recomendações para os regimes de segunda linha sofram alterações. Também antevemos que o efavirenz líquido passe a estar disponível para crianças pequenas, aumentando as opções quanto aos regimes terapêuticos.

Apoio à aderência

O apoio à aderência é um elemento essencial do uso de ARVs e as directrizes dos especialistas sublinham que os ARVs não devem ser receitados sem isso. Sugestões para a avaliação e o apoio à aderência encontram-se apresentadas mais acima e também no capítulo 2.

Apêndice 6-1: Fases dos CDC para bebês e crianças

Categorias imunológicas dos CDC com base em contagens CD4+ e percentagens dos linfócitos totais específicas relacionadas com a idade

	<12 meses	1-5 anos	6-12 anos
Categoria imunológicas	uL (%)	uL (%)	uL (%)
1: Nenhum sinal de supressão	≥ 1500 (≥ 25)	≥1000 (≥ 25)	≥ 500 (≥ 25)
2: Sinais de supressão moderada	750-1499 (15-24)	500-999 (15-24)	200-499 (15-24)
3: Supressão grave	< 750 (<15)	< 500 (<15)	< 200 (<15)

Categorias clínicas dos CDC para crianças infectadas com o HIV

CATEGORIA N: NÃO SINTOMÁTICA

As crianças que não apresentem sinais ou sintomas considerados como resultantes da infecção com o HIV ou que só tenham uma das afecções relacionadas na Categoria A.

CATEGORIA A: LIGEIRAMENTE SINTOMÁTICA

Crianças com duas ou mais das afecções relacionadas abaixo, mas nenhuma das afecções relacionadas nas Categorias B e C.

- Linfadenopatia (≥ 0,5 cm em mais de dois lugares; bilateral = um lugar)
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatite
- Parotite
- Infecção recorrente ou persistente das vias respiratórias superiores, sinusite ou otite média

CATEGORIA B: MODERADAMENTE SINTOMÁTICA

Crianças que têm afecções sintomáticas, excluindo as relacionadas nas Categorias A ou C, que são atribuídas à infecção com o HIV. Exemplos das afecções abrangidas pela Categoria clínica B incluem, entre outras:

- Anemia (<8 gm/dL), neutropenia (<1000/mm³), ou trombocitopenia (<100,000/mm³) que persista ≥ 30 dias
- Meningite bacteriana, pneumonia ou *sepsis* (um só episódio)
- Candidíase orofaríngea persistente (>2 meses) em crianças >6 meses de idade
- Cardiomiopatia
- Infecção por citomegalovírus verificada antes do 1º mês de idade
- Diarreia, recorrente ou crônica
- Hepatite
- Estomate pelo vírus herpes simplex (HSV) recorrente (mais de dois episódios no espaço de 1 ano)
- Bronquite HSV, pneumonite ou esofagite verificada antes do 1º mês de idade
- Herpes zoster, envolvendo pelo menos dois episódios distintos ou mais de um dermatoma
- Leiomiossarcoma
- Pneumonia intersticial linfóide (LIP) ou complexo de hiperplasia linfóide pulmonar
- Nefropatia
- Nocardiose
- Febre persistente (com duração de >1 mês)
- Toxoplasmose, verificada antes do 1º mês de idade
- Varicela disseminada (varicela complicada)

CATEGORIA C: ALTAMENTE SINTOMÁTICA

Afecções incluídas na Categoria clínica C para crianças infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)

- Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (isto é, qualquer combinação de pelo menos duas infecções confirmadas por culturas durante um período de 2 anos), dos tipos seguintes: septicemia, pneumonia, meningite, infecção dos ossos ou das articulações, ou abscesso de um órgão interno ou de uma cavidade do corpo (excluindo otite média, abscessos da pele superficial ou das mucosas, e infecções relacionadas com catéteres implantados)
- Candidíase, esofágica ou pulmonar (brônquios, traqueia, pulmões)
- Coccidioidomicose disseminada (num lugar diferente dos pulmões ou dos gânglios linfáticos cervicais ou hilares, ou para além de num destes lugares)
- Criptococose extrapulmonar
- Criptosporidiose ou isosporíase com diarreia persistente durante >1 mês
- Doença por citomegalovírus com início dos sintomas depois de 1 mês de idade (num lugar diferente do fígado, baço ou dos gânglios linfáticos)
- Encefalopatia (pelo menos um dos seguintes factos progressivos presentes durante pelo menos 2 meses na falta de uma doença concomitante além da infecção com o HIV que possa explicá-los): a) incapacidade de atingir marcos do desenvolvimento ou retrocesso deles, ou perda de capacidade intelectual, comprovada pela escala do desenvolvimento normal ou por testes neuropsicológicos; b) crescimento cerebral afectado ou microcefalia adquirida demonstrada por medições da circunferência da cabeça ou atrofia cerebral demonstrada por tomografia computadorizada ou ressonância magnética (são exigidas imagens em série para crianças <2 anos de idade; c) défice motor simétrico adquirido manifestado por duas ou mais dos factos seguintes: paresia, reflexos patológicos, ataxia ou perturbação do andar
- Infecção viral por herpes simplex que cause uma úlcera mucocutânea que persista o >1 mês; ou bronquite, pneumonite ou esofagite de qualquer duração que afecte uma criança de >1 mês de idade
- Histoplasmose disseminada (num lugar diferente dos pulmões ou dos gânglios linfáticos cervicais ou hilares, ou além de em qualquer destes lugares)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma primário no cérebro
- Linfoma pequeno de células não clivadas (Burkitt's), ou linfoma imunoblástico ou de células grandes de fenotipo de células B ou de fenotipo imunológico desconhecido
- Tuberculose micobacteriana, disseminada ou extrapulmonar
- Micobactérias, outras espécies ou espécies não identificadas, disseminadas (num lugar diferente dos pulmões, da pele ou dos gânglios linfáticos cervicais ou hilares, ou além de num destes lugares)
- Complexo *Mycobacterium avium* ou *Mycobacterium kansasii*, disseminado (num lugar diferente dos pulmões, da pele ou dos gânglios linfáticos cervicais ou hilares, ou além de num destes lugares)
- Pneumonia *Pneumocystis carinii*
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Septicemia por *salmonella* (não tifóide), recorrente
- Toxoplasmose do cérebro com início >1 mês de idade
- Síndrome de definhamento na ausência de uma doença concomitante além da infecção com o HIV que possa explicar os dados seguintes: a) perda de peso persistente >10% do valor de referência OU b) travessia descendente de pelo menos duas das linhas percentuais seguintes no gráfico do peso correspondente à idade (p. ex., 95th, 75th, 50th, 25th, 5th) numa criança com ≥ 1 ano de idade OU c) <5^o percentil no gráfico do peso correspondente à altura em duas medições

consecutivas, \geq intervalo de 30 dias, MAIS a) diarreia crónica (isto é, pelo menos duas evacuações diárias com fezes soltas durante >30 dias) OU b) febre documentada (durante ≥ 30 dias, intermitente ou constante)

Apêndice 6-2: Fases da OMS para bebês e crianças

<i>Fase clínica I</i> Assintomática Linfadenopatia generalizada	
	<i>Fase clínica II</i> Diarreia crónica inexplicada Candidíase grave persistente ou recorrente fora do período neonatal Perda de peso ou incapacidade de crescer Febre persistente Infecções bacterianas graves recorrentes
	<i>Fase clínica III</i> Infecção oportunista definidora da SIDA Grave incapacidade de crescer Encefalopatia progressiva Doença maligna Septicemia ou meningite recorrente

APÊNDICE 6-3a: Consultas de acompanhamento para bebês com HIV num estado indeterminado (0–18 meses)

1 mês	História médica (doença aguda) História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas) Lista de verificação dos sintomas Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental Exame físico dirigido Tratamento profilático com cotrimoxazole Assegurar vacinas apropriadas Aconselhamento, incluindo sobre a alimentação do bebê	
2 meses	História médica (doença aguda) História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas?) Lista de verificação dos sintomas Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental Exame físico dirigido Tratamento profilático com cotrimoxazole Assegurar vacinas apropriadas Aconselhamento, incluindo sobre a alimentação do bebê Teste do HIV * (6-12 semanas)	
3 meses	História médica (doença aguda) História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas?) Lista de verificação dos sintomas Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental Exame físico dirigido Tratamento profilático com cotrimoxazole Assegurar vacinas apropriadas Aconselhamento, incluindo sobre a alimentação do bebê Teste do HIV * (6-12 semanas)	Se o teste do HIV* for positivo, repetir o teste e avaliar quanto a tratamento ARV Se o teste do HIV for negativo, mas o(a) paciente estiver sintomático(a), repetir o teste do HIV*
4 meses	If HIV antigen testing negative História médica (doença aguda) História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas?) Lista de verificação dos sintomas Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental Exame físico dirigido Tratamento profilático com cotrimoxazole Assegurar vacinas apropriadas Aconselhamento, incluindo sobre a alimentação do bebê	Se o teste do HIV* for positivo, repetir o teste e avaliar quanto a tratamento ARV Se o teste do HIV for negativo, mas o(a) paciente estiver sintomático(a), repetir o teste do HIV*
5 meses	História médica (doença aguda) História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas?) Lista de verificação dos sintomas Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental Exame físico dirigido Tratamento profilático com cotrimoxazole Assegurar vacinas apropriadas Aconselhamento, incluindo sobre a alimentação do bebê	Se o teste do HIV* for positivo, repetir o teste e avaliar quanto a tratamento ARV Se o teste do HIV for negativo, mas o(a) paciente estiver sintomático(a), repetir o teste do HIV*
6 meses	História médica (doença aguda)	Se o(a) paciente estiver sintomático(a),

9 meses 12 meses 15 meses	História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas?) Lista de verificação dos sintomas Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental Exame físico dirigido Tratamento profilático com cotrimoxazole Assegurar vacinas apropriadas Teste TST (9-12 meses) Aconselhamento, incluindo sobre a alimentação do bebé	efectuar o teste do HIV* Se o teste do HIV* for positivo, repetir o teste e avaliar quanto a tratamento ARV
18 meses	Como acima, mais o teste de anticorpos do HIV ou repetição do teste de anticorpos do HIV 3 meses depois de terminar a amamentação	

HIV DNA PCR ou antigénio I.D. p24, ou HIV RNA PCR. O programa MTCT-Plus trabalhará com os locais para determinar o método de teste mais apropriado e/ou para melhorar a capacidade de realização de testes.

Apêndice 6-3b: Visitas de acompanhamento para bebês e crianças com o HIV que não estão a tomar ARVs

0–24 meses	> 24 meses, estado assintomático	> 24 meses, estado sintomático
Consultas mensais durante 6 meses	Consultas de 6 em 6 meses	Consultas de 3 em 3 meses
Depois consultas de 3 em 3 meses		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ História médica (doença aguda) ✓ História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas) ✓ Lista de verificação dos sintomas ✓ Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental ✓ Exame físico dirigido ✓ Tratamento profilático com cotrimoxazole ✓ Assegurar vacinas apropriadas ✓ Aconselhamento, incluindo sobre a alimentação do bebê ✓ Teste das células CD4 de 6 em 6 meses ✓ Repetir a avaliação clínica e imunológica, avaliar quanto à necessidade de ARVs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ História médica (doença aguda) ✓ História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas) ✓ Lista de verificação dos sintomas ✓ Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental ✓ Exame físico dirigido ✓ Tratamento profilático com cotrimoxazole ✓ Assegurar vacinas apropriadas ✓ Aconselhamento ✓ Teste TST anual se o PPD for negativo ✓ Teste das células CD4 de 6 em 6 meses ✓ Repetir a avaliação clínica e imunológica, avaliar quanto à necessidade de ARVs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ História médica (doença aguda) ✓ História dietética/avaliação nutricional (multivitaminas) ✓ Lista de verificação dos sintomas ✓ Marcos de desenvolvimento/lista de verificação comportamental ✓ Exame físico dirigido ✓ Tratamento profilático com cotrimoxazole ✓ Assegurar vacinas apropriadas ✓ Aconselhamento ✓ Teste TST anual se o PPD for negativo ✓ Teste das células CD4 de 6 em 6 meses ✓ Repetir a avaliação clínica e imunológica, avaliar quanto à necessidade de ARVs
	<p>Para pacientes adolescentes, incluir uma história sexual, uma lista de verificação dos sintomas alargada (incluindo os genitourinários), fornecimento de meios contraceptivos/planeamento familiar, caso indicado, e teste da sífilis RPR se tal for indicado.</p>	

Apêndice 6-3c: Consultas de acompanhamento para bebês e crianças que estejam a tomar ARVs

		Para adolescentes, acrescentar
Consulta de início do tratamento HAART	Aconselhamento para a aderência Calculadora da dose e instruções Receita para os ARVs (fornecimento para 1 semana) Consulta seguinte dentro de 1 semana	
Consultas semanais x 8 semanas	Avaliação/apoio à aderência Avaliação psicossocial Serviços de apoio, conforme necessários História intercorrente (lista de verificação dos sintomas) Tolerância (lista de verificação dos sintomas) Toxicidade (exame físico dirigido se tal for indicado pela lista de verificação dos sintomas) Receita para os ARVs (fornecimento para 1 semana) Consulta seguinte dentro de 1 semana (ou dentro de 1 mês se for a 8ª consulta)	
Consultas mensais	História médica (doença aguda) História dietética, multivitaminas se tal for indicado Avaliação psicossocial Lista de verificação dos sintomas Exame físico dirigido Avaliação do desenvolvimento Assegurar as vacinas apropriadas Aconselhamento e serviços de apoio Receita para cotrimoxazole* Receita para os ARVs (fornecimento para 1 semana) Repetir o teste CD4 de 6 em 6 meses Teste TST anual se o PPD for negativo	História sexual Lista de sintomas alargada Meios contraceptivos /planeamento familiar, caso indicados Teste RPR, caso indicado

** O cotrimoxazole pode ser suspenso se as células CD4 continuarem acima das recomendações profiláticas durante duas medições consecutivas.

Educação dos pacientes:

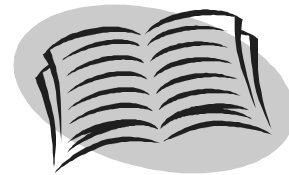
O que é a educação dos pacientes?

A educação dos pacientes consiste na informação, nas recomendações e nos conselhos personalizados que são dados aos pacientes. Alguns dos muitos objectivos da educação dos pacientes que vivem com o HIV/SIDA são:

- Gerir a doença
 - Compreender o HIV e as suas complicações principais
 - Saber como aceder ao sistema de cuidados de saúde e como usá-lo
 - Compreender os benefícios dos cuidados para pacientes assintomáticos
 - Compreender os objectivos dos programa MTCT-Plus e o empenho necessário para que o tratamento tenha êxito
 - Saber o que fazer em caso de novos sintomas ou de uma doença aguda
 - Saber o que fazer em caso de uma emergência
 - Aderir ao plano de cuidados (ver o capítulo 2)

- Manter boa saúde e evitar complicações evitáveis (prevenção secundária)
 - Saber a importância dos cuidados preventivos, tais como a profilaxia das infecções oportunistas
 - Compreender as infecções entéricas e as doenças infecciosas (água, alimentos crus, desperdícios animais, higiene pessoal)
 - Seguir recomendações nutricionais gerais e recomendações dietéticas específicas
 - Manter a saúde sexual

- Educação para a prevenção
 - Precauções no manuseamento de sangue e fluidos corporais
 - Compreender a transmissão sexual e as relações sexuais mais seguras
 - Compreender a transmissão vertical (opções de prevenção da transmissão de mãe para filho e de planeamento familiar)



Por que é importante a educação dos pacientes?

O HIV/SIDA é uma doença assustadora, complicada e confusa. Muitos pacientes já terão assistido à morte de membros da família e de amigos devido à SIDA e sentirão uma certa combinação de medo, negação e esperança a respeito do facto de estarem a ser tratados

Muitos pacientes têm noções erradas sobre a doença do HIV, bem como sobre o tratamento, e a educação provavelmente dissipará muitos mitos e mal-entendidos. A educação é também um instrumento-chave para ajudar os indivíduos infectados com o HIV a adquirirem controlo sobre as suas vidas, ajudando-os a compreender a sua doença e o que eles podem fazer para se manterem saudáveis. Um paciente que compreende a sua doença tem mais probabilidades de permanecer no tratamento e de aderir a tratamentos complicados. A educação apropriada pode também ajudar a reduzir a transmissão do HIV a outros.

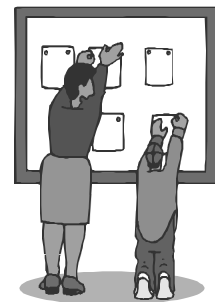
Como deve ser feita a educação dos pacientes e quem deve fazê-la?

A educação eficaz dos pacientes ocorre a muitos níveis e abrangerá a maioria dos membros da equipa de cuidados de saúde, se não todos eles. A gama de tópicos a ser coberta e as muitas abordagens diferentes para a educação dos pacientes são frequentemente mais bem coordenadas por uma enfermeira ou assistente social que assume responsabilidade geral por esta área.

Os pacientes precisam de ter uma compreensão básica do HIV e das suas complicações. Algumas destas informações podem ser comunicadas através de panfletos escritos, posters ou vídeos disponíveis na sala de espera. Há muito para compreender e os pacientes muitas vezes apreciam ter materiais escritos que possam levar para casa. Folhas informativas escritas simples sobre o HIV, os medicamentos ou o que deve ser feito em caso de emergência são também úteis.

O(a) prestador(a) de cuidados primário(a) pode ser um(a) educador(a) poderoso(a), mas pode só dispor de tempo limitado. Decerto, os prestadores de cuidados devem educar cuidadosamente os pacientes a respeito de quaisquer novos medicamentos. Aos pacientes deve sempre ser dito por que é que um medicamento está a ser receitado, como deve ser tomado e quais os efeitos secundários a que se deve estar atento.

O papel do(a) prestador(a) de cuidados primário(a) pode ser complementado por uma enfermeira educadora, um(a) educador(a) pertencente ao grupo de pessoas em circunstâncias semelhantes ou grupos de apoio “Viver com o HIV” dirigidos por outro membro da equipa de cuidados. Visitas domiciliárias frequentes podem ser úteis, quando os pacientes se sentirem mais à vontade para fazerem perguntas em casa. Informações básicas sobre o HIV e o seu tratamento podem ser reforçadas e informações mais pormenorizadas e



personalizadas sobre a dieta, a higiene e a prevenção podem ser discutidas de forma mais detalhada. Quanto mais específicos e personalizados forem os conselhos a respeito de um estilo de vida saudável, mais provável é que os conselhos sejam eficazes.

Com que frequência se deve fazer a educação dos pacientes?

Informações escritas e visuais devem estar sempre à disposição dos pacientes e ser-lhes oferecidas. Se o(a) paciente souber ler, deve-lhe ser dado(a) uma folha escrita a respeito de qualquer novo medicamento quando este for receitado. Se ele(a) não souber ler, diagramas e desenhos podem ser úteis.

Todos os pacientes recém-diagnosticados devem ser submetidos a uma avaliação preliminar pelo membro da equipa responsável pela educação sanitária. Esta sessão deve revelar lacunas na compreensão do HIV pelo(a) paciente ou ideias erradas a respeito do vírus que ele(a) possa ter. Deve haver também uma discussão sobre como manter boa saúde e evitar complicações.

Muitos pacientes podem ter dificuldade em reter as informações sobre o HIV, pelo que a sua repetição é absolutamente crítica. Os pacientes podem sentir-se pouco à vontade a fazer perguntas ao pessoal médico e podem reagir melhor a grupos “Viver com o HIV” dirigidos por educadores que se encontram em circunstâncias semelhantes às suas. Estes grupos complementam outras formas de apoio psicossocial e à aderência e devem organizar reuniões frequentes para que os pacientes tenham a oportunidade de rever as informações que lhes foram dadas e de fazer perguntas sobre questões não abordadas.

A educação continua dos pacientes deve ser adaptada à fase da doença e às necessidades individuais.

Acção e mobilização comunitárias:

O que são a acção e a mobilização comunitárias?

Intervenções sanitárias complexas isoladas das suas comunidades e dos seus contextos não têm êxito. O tratamento do HIV/SIDA não constitui uma excepção, na medida em que envolve novos paradigmas de assistência, uma dinâmica familiar complexa, o comportamento sexual, a modificação do comportamento e o estigma social. Os programas de tratamento do HIV/SIDA irão sempre beneficiar da participação e do apoio de comunidades bem informadas. A acção comunitária é uma tentativa formal de aumentar o grau de consciência do público e o apoio aos programas de assistência; a mobilização comunitária apoia as contribuições e a participação activas dos interessados e a criação de uma visão compartilhada. A acção comunitária pode também ter o objectivo de trazer educação sanitária especificamente adaptada com o fim de modificar os conhecimentos ou os comportamentos.

Por que é que a acção e a mobilização comunitárias são importantes?

A acção e a mobilização comunitárias permite que os agentes sanitários:

- Maximizar o êxito da intervenção mediante o estabelecimento de um ambiente de sustentação que permita que os participantes no programa estejam plenamente envolvidos no programa e consigam um máximo de aderência.
- Mobilizar recursos de apoio dentro da comunidade (por exemplo, prestadores de assistência e serviços).
- Ampliar o âmbito da intervenção através da educação de outras pessoas não directamente envolvidas no programa.
- Desenvolver um fórum para a resolução de disputas mediante a manutenção de linhas de comunicação abertas com membros interessados da comunidade.
- Identificar crenças, ideias e novas tendências dentro da comunidade que podem afectar o comportamento individual dos pacientes.
- Educar a comunidade acerca do programa e aumentar o número de pacientes inscritos.

- Reforçar as mensagens de educação sanitária transmitidas dentro do ambiente da clínica.
- Reduzir o índice de desistências de paciente e encorajar a sua retenção e o seu interesse nos serviços.
- Obter mais informações sobre a percepção comunitária do projecto e sugerir maneiras de melhorar o programa e aumentar o número de aderentes.

Quem deve participar na acção e na mobilização comunitárias?

Todos os membros do programa MTCT-Plus podem contribuir para a acção e a mobilização comunitárias. O apoio dos dirigentes administrativos e clínicos é necessário, mas a participação dos educadores sanitários, das conselheiras e das próprias pacientes será essencial.

É provável que a participação da comunidade local varie de um meio para outro. Nalguns lugares, organizações bem estabelecidas podem estar preparadas para colaborar com o programa MTCT-Plus. Noutros, o programa poderá ter de facilitar o desenvolvimento de actividades baseadas na comunidade, e nos laços com a comunidade local e com grupos religiosos, bem como com associações nacionais de maiores dimensões. O programa de projectos de acção comunitária deve empregar pessoal que a população visada considere como dos seus.

Como devem ser feitas a acção e a mobilização comunitárias?

- As ONGs locais são críticas para o êxito e a expansão do programa. Os laços com estas partes interessadas importantes são uma prioridade e podem ser criados e/ou mantidos através da participação em reuniões relevantes, da garantia de que informações precisas e oportunas são transmitidas e do empenho na comunicação contínua e em relações colegiais.
- Os prestadores de cuidados de saúde tradicionais desempenham um papel proeminente na vida da maioria dos pacientes e devem ser incluídos em qualquer estratégia de acção comunitária.
- As Juntas Consultivas Comunitárias providenciam um fórum indispensável e um meio crítico de ligação com a comunidade; recomendamos vivamente a criação de Juntas Consultivas Comunitárias no caso de nenhuma existir. Embora cada uma delas seja diferente, as estratégias bem sucedidas incluem:
 - Participantes diversificados. Especialistas em tratamento, especialistas em programas, pacientes, promotores dos direitos

dos pacientes e interessados da comunidade (por exemplo, ONGs, dirigentes comunitários, líderes religiosos, curandeiros tradicionais, e professores) devem todos participar.

- Seleção cuidadosa dos participantes: Os participantes devem ser partes interessadas, mas também “embaixadores” junto da comunidade e analistas vigilantes do programa;
 - Tamanho limitado: As juntas que produzem bons resultados são frequentemente constituídas por oito a doze membros.
 - Organização: Tal como no caso de qualquer comité, as reuniões regularmente programadas, as agendas de trabalhos e as actas são extremamente valiosas.
-
- Descrições simples e precisas do programa na(s) língua(s) locais, apresentadas em panfletos ou outras publicações, devem estar disponíveis e acessíveis.
 - Visitas domiciliárias para os pacientes permitem a interacção com a família, os membros do lar e a comunidade em geral.
 - A educação dos pacientes e o apoio de pessoas em circunstâncias semelhantes são formas de habilitar os próprios pacientes a alargarem a sua intervenção enquanto discutem o que aprenderam com membros da comunidade.
 - Visitas periódicas de membros do pessoal do programa a reuniões comunitárias locais, embora não sejam apropriadas em todos os meios, permitem criar laços adicionais. Quando o pessoal do programa frequenta reuniões de grupos sociais, igrejas, escolas ou reuniões profissionais e informa depois a equipa do programa a respeito desses contactos, essas visitas “diplomáticas” proporcionam bons canais de comunicação.
 - A comunicação constante com os interessados deve ser óptima. A comunidade deve estar informada das actualizações, das alterações e dos progressos, e deve ser-lhe dada a oportunidade de oferecer comentários à medida que o programa incorporar sugestões e alterar procedimentos.

Exemplos de programas de acção e de mobilização

- *Acções que visam as pessoas envolvidas directa ou indirectamente na implementação do projecto.* Isto pode incluir pessoal das organizações que albergam o projecto MTCT-Plus, bem como pessoal das organizações da área envolvidas nos cuidados e nos serviços usados por pessoas com o HIV. As populações visadas também podem incluir clubes sociais, grupos de apoio, curandeiros tradicionais, dirigentes locais da aldeia/vila/cidade e igrejas locais.

O objectivo destas acções é aumentar o grau de consciência da comunidade relativamente ao projecto e o seu apoio a este.

- *Acções dirigidas a pessoas com o HIV ou que correm o risco de contrair o vírus que ainda não estão inscritas no programa.* A disponibilidade de tratamento pode encorajar um aumento dos testes voluntários e dos serviços de aconselhamento, dos serviços de prevenção da transmissão da mãe para o(a) filho(a) e dos pedidos de assistência. Quanto mais membros da comunidade local compreenderem o projecto, mais provável é que eles o apreciem e apoiem. A familiaridade também ajudará a neutralizar quaisquer percepções incorrectas sobre o projecto.
- *Acções dirigidas a pessoas com o HIV inscritas no programa.* A finalidade deste tipo de acções é o reforço das mensagens de educação sanitária comunicadas no ambiente da clínica. As acções dirigidas a pacientes inscritos no programa são vitais para o apoio à aderência, para a assiduidade e para a continuidade dos cuidados. Dado que os pessoal encarregado deste tipo de acções comunitárias pode em breve ser identificados como “pessoal da SIDA”, pelo que se depreenderá que as pessoas que eles visitam estão infectadas com o HIV, é importante assegurar que as questões relacionadas com a confidencialidade sejam consideradas cuidadosamente e que os pacientes autorizam antecipadamente as visitas de acção comunitária.

A assistência aos prestadores de cuidados

O apoio aos prestadores de cuidados é um elemento vital de programas de tratamento do HIV/SIDA como o MTCT-Plus. Noutros capítulos referiu-se a importância do apoio aos membros da família mais próxima dos pacientes e aos trabalhadores leigos que tratam dos pacientes com o HIV/SIDA. Este capítulo irá focar o pessoal do programa MTCT-Plus.

Apoio psicossocial:

É difícil quantificar a tensão sentida pelo pessoal sanitário durante epidemias. Tal como os restantes membros da sociedade, eles estão rodeados pela morte e por perdas incalculáveis. A exaustão, o medo e o colapso psíquico são riscos constantes, e a possibilidade de exposição ocupacional à doença cria o risco de surgirem conflitos pessoais, profissionais e éticos.

Numa narrativa de uma praga fictícia sem tratamento ou cura, Camus descreve o seu efeito nos médicos:

“Não lhe restava outro recurso senão controlar os seus sentimentos e endurecer o seu coração num impulso de protecção. Porque ele sabia que esta era a única maneira de continuar...

... e o médico descobriu um consolo nesta sensação de que o seu coração se tinha fechado lentamente sobre si mesmo, o seu único consolo para a opressão quase insuportável dos seus dias...”⁹

A introdução de cuidados e tratamento para as famílias com o HIV/SIDA dará esperança tanto aos médicos como aos pacientes, dando-lhes os meios para combater a doença e habilitando-os a agir. Pode também introduzir elementos de tensão adicionais, quando surgirem questões relacionadas com o racionamento, a triagem e o acesso a tratamento anti-retrovírico.

O apoio psicossocial é tão importante para o pessoal dos locais de prestação da assistência como para os pacientes, e pode assumir muitas formas diferentes. É difícil exagerar a importância de um sentido de trabalho em equipa, camaradagem e respeito mútuo entre os prestadores de cuidados. O reconhecimento das dificuldades enfrentadas, a incorporação de sugestões apresentadas pelos membros da equipa e os comentários periódicos a respeito dos progressos são intervenções simples, mas valiosas.

⁹ Camus, Albert. *La Peste*. Librairie Gallimard, Paris, 1947.

As reuniões regulares da equipa descritas no capítulo 1 podem ser ocasiões valiosas para partilhar pontos de vista a respeito de pacientes e programas. Elas são ainda uma oportunidade para reforçar os resultados alcançados pelos membros da equipa, para manifestar apoio e simpatia, e para trocar sugestões e estratégias de apoio ao bem-estar psíquico.

A educação contínua e o treino de aptidões contribuem para o fortalecimento da capacidade de acção dos prestadores de cuidados, oferecem oportunidades para o estabelecimento de relações mutuamente benéficas e para o fomento da equipa, e podem proporcionar algum tempo de afastamento valioso do meio clínico.

O pessoal dos locais de prestação dos cuidados pode beneficiar ocasionalmente de apoio psicossocial mais formal, incluindo aconselhamento e apoio psiquiátrico, tal como o tratamento da depressão. A disponibilidade de tais cuidados variará, com certeza, de um lugar para outro; a manutenção e a disseminação de uma lista de recursos locais para o pessoal são vivamente recomendadas.

Precauções universais:

Cada membro dos locais do programa MTCT-Plus, desde os médicos aos empregados de limpeza, deve estar ciente da importância das precauções “universais” ou “normais” para impedir a transmissão de patógenos transmitidos pelo sangue como o HIV. Estas directrizes, endossadas pelos CDC e pela OMS, recomendam que todos os indivíduos nos locais de prestação dos cuidados devem ser tratados como se fossem infecciosos. A limitação das exposições através do uso de práticas seguras – usando barreiras como as luvas (e batas, quando forem apropriadas), evitando a reutilização ou a reposição de tampas nas agulhas e noutros objectos agudos – e a educação do pessoal sobre o que fazer em caso de uma exposição são elementos críticos de qualquer programa de cuidados para o HIV.

Tratamento profiláctico pós-exposição:

Cada membro da equipa MTCT-Plus deve estar familiarizado com a gestão de exposições a materiais potencialmente infecciosos. Embora os procedimentos possam ser ligeiramente diferentes de local para local, cada um deles deve possuir protocolos formais para a exposição ao HIV que incluam:

- Comunicação da exposição
- Gestão do local da exposição
- Avaliação e testes
- Aconselhamento
- Tratamento profiláctico pós exposição, caso indicado
- Acompanhamento e vigilância

Cuidados para membros do pessoal do local infectados com HIV:

Em lugares onde o HIV seja muito comum entre adultos jovens, há todos os motivos para presumir que os membros do pessoal de assistência sanitária apresentem um risco igual de infecção com o HIV. Assim, é provável que pessoas portadoras do HIV estejam empregadas em cada local de funcionamento do programa MTCT-Plus, e é política do programa apoiar a assistência e o tratamento desses indivíduos. Os critérios de habilitação e os protocolos de tratamento específicos serão determinados pelos directores dos locais.

Capítulo Dez

Recursos adicionais

