

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fluxogramas de condutas de **AIDS AVANÇADA**



Brasília - DF
2026

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites
Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Fluxogramas de condutas de **AIDS AVANÇADA**

Brasília - DF
2026



2026 Ministério da Saúde.



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

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

1ª edição – 2026 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

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

E-mail: aids@aids.gov.br

Organização:

Amanda Ferreira Simões

Ana Paula Moura da Silva

Carlos Alberto de Albuquerque Almeida Junior

Francisco Álisson Paula de França

Isabella Montalvão Vieira

José David Urbaz Brito

Lilian Nobre de Moura

Marcela Vieira Freire

Paulo Roberto Abrão Ferreira

Rodrigo Groisman Sieben

Tayrine Huana de Sousa Nascimento

Colaboração:

Artemir Coelho de Brito

Danielle Letícia da Silva

Farley Liliana Romero Vega

Fernanda Dockhorn Costa Johansen

Gideane Mendes de Oliveira

Lígia Lins Frutuoso

Maria Adelaide Millington

Nicole Menezes de Souza

Nívea Orém de Oliveira Guedes

Sinaida Teixeira Martins

Revisão ortográfica:

Erinaldo Macêdo

Diagramação:

Marcos Cleuton de Oliveira

Fernanda Dias Almeida

Normalização:

Delano de Aquino Silva - Editora MS/CGDI

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Fluxogramas de condutas de aids avançada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2026.

48 p. : il.

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

ISBN 978-85-334-2948-2

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

CDU 616.98:578.828

Catálogo na fonte – Bibliotecário: Delano de Aquino Silva – CRB 1/1993 – Editora MS – OS 2026/0207

Título para indexação:


Flowcharts for the management of advanced AIDS

LISTA DE SIGLAS

3TC	Lamivudina	PCP	Pneumocistose
5-FC	Flucitosina	PCR	Proteína C reativa
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida (<i>acquired immunodeficiency syndrome</i>)	PIC	Pressão intracraniana
APS	Atenção Primária à Saúde	PL	Punção lombar
ARV	Antirretroviral	PrEP	Profilaxia pré-exposição
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	PT	Prova tuberculínica
Au	Antígeno urinário	PTI	Púrpura trombocitopênica idiopática
BAAR	Bacilo álcool-ácido resistente	PVHA	Pessoa vivendo com HIV e/ou aids
CICr	<i>Clearance</i> de creatinina	RNM	Ressonância magnética
CMV	Citomegalovírus	RHZE	R: rifampicina; H: isoniazida; Z: pirazinamida; E: etambutol
Cr	Creatinina	RTV	Ritonavir
CrAg	Antígeno criptocócico	SAE	Serviço de Assistência Especializada
CV-HIV	Carga viral do HIV	Siri	Síndrome inflamatória da reconstituição imune
DFC	Dose fixa combinada	SNC	Sistema nervoso central
DRV/r	Darunavir/ritonavir	SK	Sarcoma de Kaposi
DTG	Dolutegravir	SMX-TMP	Sulfametoxazol-trimetoprima
EFZ	Efavirenz	SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
EV	Via endovenosa	Tarv	Terapia antirretroviral
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (<i>human immunodeficiency virus</i>)	TC	Tomografia computadorizada
IGRA	<i>Interferon Gamma Release Assay</i>	TB	Tuberculose
ILTB	Infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	TDF	Fumarato de tenofovir desoproxila
INR	<i>International normalized ratio</i>	TGO	Transaminase glutâmico-oxalacética
IO	Infecções oportunistas	TRM	Teste rápido molecular
IP	Inibidores da protease	UTI	Unidade de Terapia Intensiva
LCR	Líquido cefalorraquidiano	VO	Via oral
Lemp	Leucoencefalopatia multifocal progressiva		
LF-CrAg	Antígeno criptocócico por fluxo lateral		
LF-LAM	Lipoarabinomanano em urina por fluxo lateral		
T-CD4+	Linfócitos T-CD4+		
MAC	Complexo <i>Mycobacterium avium</i>		
MS	Ministério da Saúde		
OMS	Organização Mundial da Saúde		
PaO ₂	Pressão parcial de oxigênio em sangue arterial		

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
DEFINIÇÃO DE AIDS AVANÇADA	7
ORIENTAÇÕES SOBRE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)	8
TESTES DISPONÍVEIS PARA RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO	9
1 AVALIAÇÃO DE GRAVIDADE	10
2 AVALIAÇÃO INICIAL DE AIDS AVANÇADA	11
3 DOENÇA CRIPTOCÓCICA	12
3.1 MENINGITE CRIPTOCÓCICA	13
3.2 ASPECTO DO LÍQUOR NAS INFECÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.....	14
3.3 TRATAMENTO DA MENINGITE CRIPTOCÓCICA.....	15
3.4 TRATAMENTO PREEMPTIVO DA DOENÇA CRIPTOCÓCICA	16
3.5 REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	16
3.6 INÍCIO DE TARV NA COINFECÇÃO CRIPTOCOCOSE-HIV	17
3.7 SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIRI).....	17
4 TUBERCULOSE	18
4.1 FORMAS DE APRESENTAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	18
4.2 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	19
4.3 TESTAGEM INICIAL E EXAMES COMPLEMENTARES	20
4.4 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	21
4.5 TRATAMENTO PREVENTIVO DA TUBERCULOSE (TPT)	22
4.6 REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	24
4.7 INÍCIO DE TARV NA COINFECÇÃO TB-HIV	25
5 HISTOPLASMOSE	26
5.1 TRATAMENTO DA HISTOPLASMOSE	27
6 PNEUMOCISTOSE (PCP)	28
7 TOXOPLASMOSE CEREBRAL	29
8 SARCOMA DE KAPOSÍ	30



9	DOENÇA CITOMEGÁLICA	31
	9.1 TRATAMENTO DA DOENÇA CITOMEGÁLICA.....	32
10	DOENÇA DE CHAGAS	33
11	PARACOCCIDIOIDOMICOSE	34
12	LEISHMANIOSE VISCERAL	35
13	MPOX	36
14	PROFILAXIA PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS	37
	14.1 PROFILAXIA PRIMÁRIA	37
	14.2 PROFILAXIA SECUNDÁRIA	38
	14.3 REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS RELACIONADAS ÀS PROFILAXIAS	40
15	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE ARV E OUTROS MEDICAMENTOS	41
16	NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM AIDS AVANÇADA	42
	16.1 DIAGNÓSTICO	42
	16.2 TRATAMENTO	43
17	ESTRATÉGIAS DE REVINCULAÇÃO E RETENÇÃO NO CUIDADO	44
18	SISTEMAS PARA ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E MONITORAMENTO	46
	REFERÊNCIAS	48

APRESENTAÇÃO

A redução da morbimortalidade associada ao HIV e à aids no Brasil requer uma resposta abrangente e integrada do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando intervenções clínicas, programáticas, comunitárias, intersetoriais e de apoio social. Apesar dos avanços significativos na resposta nacional — como a ampla cobertura diagnóstica, o acesso universal à terapia antirretroviral (Tarv) e as elevadas taxas de supressão viral — ainda persistem desafios importantes, especialmente relacionados ao diagnóstico tardio, à interrupção do tratamento e à ocorrência de infecções oportunistas (IOs) em estágios avançados da doença.

Como resposta a esse cenário, foi criado o **Circuito Rápido de Aids Avançada**, uma estratégia programática estruturada em eixos que integram a linha de cuidado das pessoas vivendo com HIV e/ou aids (PVHA) em situação de imunossupressão grave.

Objetivos

- **Redução da morbimortalidade associada à aids avançada**, promovendo intervenções precoces, abordagem centrada na pessoa e seguimento clínico intensivo nos primeiros meses de tratamento;
- **Ampliação do conhecimento e reconhecimento clínico da aids avançada** por profissionais de saúde em todas as esferas de cuidado do SUS — incluindo atenção primária, serviços de urgência/emergência, hospitais e serviços ambulatoriais especializados — com foco na atuação oportuna e integrada;
- **Celeridade no diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas (IOs)** com maior impacto na morbimortalidade das PVHA, por meio do uso de testes rápidos (*point of care*), início de profilaxias, quando indicadas, e início ou reintrodução oportuna de Tarv;
- **Fortalecimento da adesão, vinculação, revinculação e retenção no cuidado contínuo**, de forma a garantir a continuidade do tratamento, promoção da supressão viral sustentada e recuperação imunológica a fim de evitar desfechos graves;
- **Integração entre vigilância, assistência e gestão**, com protagonismo local, por meio da utilização de ferramentas de monitoramento e avaliação, incluindo o uso de sistemas interoperáveis e painéis de gestão, tais como o Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids (PIMC), o Painel do Circuito Rápido de Aids Avançada e o Siclom Aids Avançada.

A implementação do **Circuito Rápido de Aids Avançada** está alinhada às metas globais 95-95-95 do UNAIDS e compõe o conjunto de ações voltadas à eliminação de aids como problema de saúde pública até 2030, conforme os compromissos assumidos pelo Brasil na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas.

DEFINIÇÃO DE AIDS AVANÇADA

O termo "aids avançada" refere-se à doença avançada pelo HIV e sua utilização tem como objetivo a não-invisibilização do termo "aids" nas estratégias de cuidado e formulações programáticas, conforme demanda das organizações da sociedade civil.

Essa denominação está associada aos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para imunossupressão grave em adultos com doença avançada pelo HIV, sendo definida por pelo menos um dos seguintes parâmetros:

- Contagem de linfócitos T-CD4+ inferior a 200 células/mm³; e/ou
- Manifestações clínicas característica dos estágios clínicos 3 ou 4 da OMS

Para fins do Circuito Rápido, devido à suspeição de imunossupressão grave, inclui-se PHVA gravemente doentes:

- Frequência respiratória ≥ 30 irpm
- Temperatura $> 37.8^{\circ}\text{C}$
- Frequência cardíaca ≥ 120 bpm
- Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
- Saturação de oxigênio $< 90\%$
- Desidratação (TEC > 3 segundos)
- Incapacidade de deambular sem auxílio
- Alteração do status mental, confusão mental, alteração de comportamento, cefaleia, tontura, crise convulsiva, dificuldade para falar, alteração visual, diplopia, ptose, comprometimento do movimento do olhar, assimetria da contração dos músculos da face, alteração de equilíbrio

Pessoas vivendo com HIV que estejam em estágio de aids avançada apresentam maior risco de mortalidade, tanto por infecções oportunistas (IO) e outras infecções, principalmente bacterianas, quanto por síndrome da reconstituição imune (Siri) após início da terapia antirretroviral (Tarv).

As principais causas de mortalidade são: **tuberculose, infecções bacterianas, meningite criptocócica, toxoplasmose cerebral, pneumocistose, doença pelo citomegalovírus e outras doenças endêmicas em determinadas regiões (ex.: histoplasmose disseminada).**

A identificação de pessoas com aids avançada pode ocorrer tanto no momento do diagnóstico quanto durante o seguimento clínico, em pessoas com falha virológica, interrupção do tratamento ou retorno tardio ao cuidado.

ESTÁGIO CLÍNICO 3

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

ESTÁGIO CLÍNICO 4

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

Fonte: WHO, 2016 e Pinnetti *et al.*, 2024.

Legenda: irpm: incursões respiratórias por minuto; bpm: batidas por minuto; TEC: tempo de enchimento capilar.

ORIENTAÇÕES SOBRE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Sempre que possível, a Tarv deve ser iniciada **no mesmo dia do diagnóstico ou em até 7 (sete) dias**, principalmente em gestantes, pessoas com infecção aguda ou recente, na presença de doença definidora de aids ou com contagem de linfócitos T-CD4+ < 200 células/mm³.

A Tarv deve ser postergada apenas nos casos de suspeita ou diagnóstico de **meningite criptocócica ou meningite tuberculosa**.

Os principais objetivos e benefícios do tratamento são:

- Recuperação da função imune e supressão virológica duradoura;
- Aumento na expectativa de vida e melhora da qualidade de vida
- Redução da morbimortalidade
- Redução de comorbidades (metabólicas, cardiovasculares, renais, dentre outras)
- Redução da progressão da doença
- Prevenção de eventos definidores de aids
- Redução na incidência da tuberculose;
- Prevenção da transmissão ("indetectável = intransmissível = risco zero de transmissão sexual do HIV")

ESQUEMA PREFERENCIAL: TENOFOVIR / LAMIVUDINA (300/300MG) + DOLUTEGRAVIR (50MG)

Esquemas alternativos em caso de contraindicação ao esquema preferencial conforme PCDT ou nota técnica vigente

Para PVHA admitidas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o início da Tarv deve ser discutido com especialistas no manejo de antirretrovirais, se possível, com a Câmara Técnica Estadual.

O TDF é contraindicado em pessoas com doença renal pré-existente, disfunção renal aguda ou taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) inferior a 60 mL/minuto. Deve ser usado com precaução em pessoas com osteoporose ou osteopenia, HAS e/ou diabetes mellitus não controladas.

Exames a serem solicitados no primeiro atendimento após diagnóstico da infecção pelo HIV: carga viral do HIV, contagem de linfócitos T-CD4+, hemograma completo, glicemia de jejum, TGO e TGP, FA, GGT, BT e frações, creatinina, EAS, sorologias para HTLV I e II, toxoplasma, hepatites A, B e C, sorologia para doença de Chagas (se procedentes de áreas endêmicas).

Solicitar genotipagem pré-tratamento para: gestantes, recém-nascidos/crianças, adolescentes, coinfeção tuberculose-HIV, soroconversão durante o uso de profilaxia pré-exposição (PrEP), infecção pelo HIV com parceria em uso de Tarv.

ATENÇÃO! Não se deve aguardar o resultado da carga viral, T-CD4+ ou genotipagem para o início da terapia antirretroviral.

Legenda: BT: bilirrubina total; EAS: elementos anormais e sedimentoscopia (urina tipo 1); FA: fosfatase alcalina; HAS: hipertensão arterial sistêmica; GGT: gama GT; PCDT: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas; TDF: fumarato de tenofovir desoproxila; TGO: transaminase oxalacética; TGP: transaminase pirúvica.

TESTES DISPONÍVEIS PARA RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

TESTE	PARA QUEM	ONDE				POR QUEM
		APS	SAE	Hosp	UE	
Rápido Abbott Pima	<ul style="list-style-type: none"> No momento do diagnóstico da infecção pelo HIV PVHA em retorno após interrupção de tratamento PVHA em estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doentes* 		x	x		Profissionais de laboratório
LF-CrAg	PVHA sem histórico prévio de doença criptocócica e: <ul style="list-style-type: none"> Contagem de linfócitos T-CD4+ < 200 cél/mm³, mesmo assintomático; ou Manifestações do estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doente; ou Com sinais e sintomas sugestivos de meningite criptocócica, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+ 		x	x	x	Profissionais de saúde capacitados. Para emissão do laudo: profissionais de saúde habilitados por seus respectivos conselhos profissionais de classe.
LF-LAM	<ul style="list-style-type: none"> PVHA com contagem de linfócitos T-CD4+ < 200 cél/mm³, mesmo se assintomático; ou Manifestações do estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doente; ou Com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente da contagem de T-CD4 		x	x	x	
Antígeno urinário para histoplasmose	<ul style="list-style-type: none"> PVHA com sinais e sintomas sugestivos de histoplasmose 		x	x	x	
Teste rápido para hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> No momento do diagnóstico de HIV ou aids 	x	x	x	x	
Teste rápido para hepatite C	<ul style="list-style-type: none"> No momento do diagnóstico de HIV ou aids 	x	x	x	x	
Teste rápido para sífilis	<ul style="list-style-type: none"> No momento do diagnóstico de HIV ou aids 	x	x	x	x	

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

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

1 AVALIAÇÃO DE GRAVIDADE

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Sinais de gravidade:

- Frequência respiratória ≥ 30 incursões respiratórias/minuto
- Temperatura $> 37,8^{\circ}\text{C}$ (a depender da avaliação clínica)
- Frequência cardíaca ≥ 120 batimentos/minuto
- Pressão arterial sistólica $< 90\text{mmHg}$
- Saturação de oxigênio $< 90\%$

- Desidratação (tempo de enchimento capilar > 3 segundos)
- Incapacidade de deambular sem auxílio
- Alteração do status mental, confusão mental, alteração de comportamento, cefaleia, tontura, crise convulsiva, dificuldade para falar, alteração visual, diplopia, ptose, comprometimento do movimento do olhar, assimetria da contração dos músculos da face, alteração de equilíbrio

Sinais de gravidade presentes?

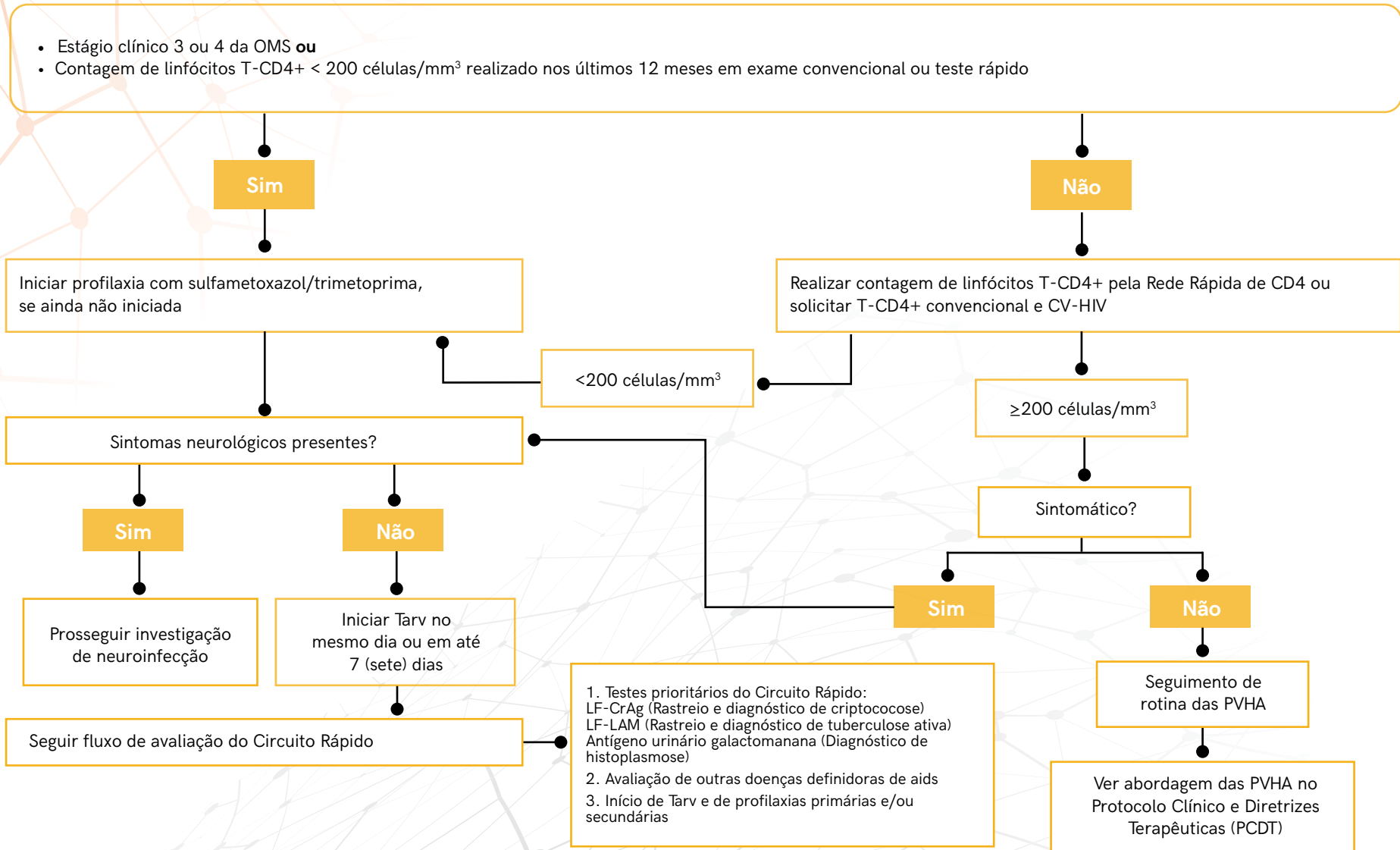
Sim

Estabilizar e encaminhar à urgência/
emergência ou à atenção terciária/
hospitalar
(se PVHA atendidas na APS ou em SAE)

Não

Seguir para AVALIAÇÃO INICIAL
DE AIDS AVANÇADA

2 AVALIAÇÃO INICIAL DE AIDS AVANÇADA



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

3 DOENÇA CRIPTOCÓCICA

Formas pulmonares: febre, tosse, dor no peito, dispneia, expectoração produtiva, perda de peso, sudorese e/ou hemoptise.

Formas neurológicas: cefaleia, febre, náuseas e vômitos, mal-estar, letargia, rigidez de nuca, confusão mental, convulsão, perda visual ou auditiva, diminuição cognitiva, ataxia de marcha e paralisia do nervo craniano, coma.

Outras formas clínicas: forma cutânea - pápulas, pústulas, vesículas, abscesso, úlceras, nódulos subcutâneos, tumores, granulomas superficiais ou placas infiltradas.

Outros sítios de infecção menos frequentes: próstata, olhos, ossos e articulações.

Testagem inicial da doença criptocócica

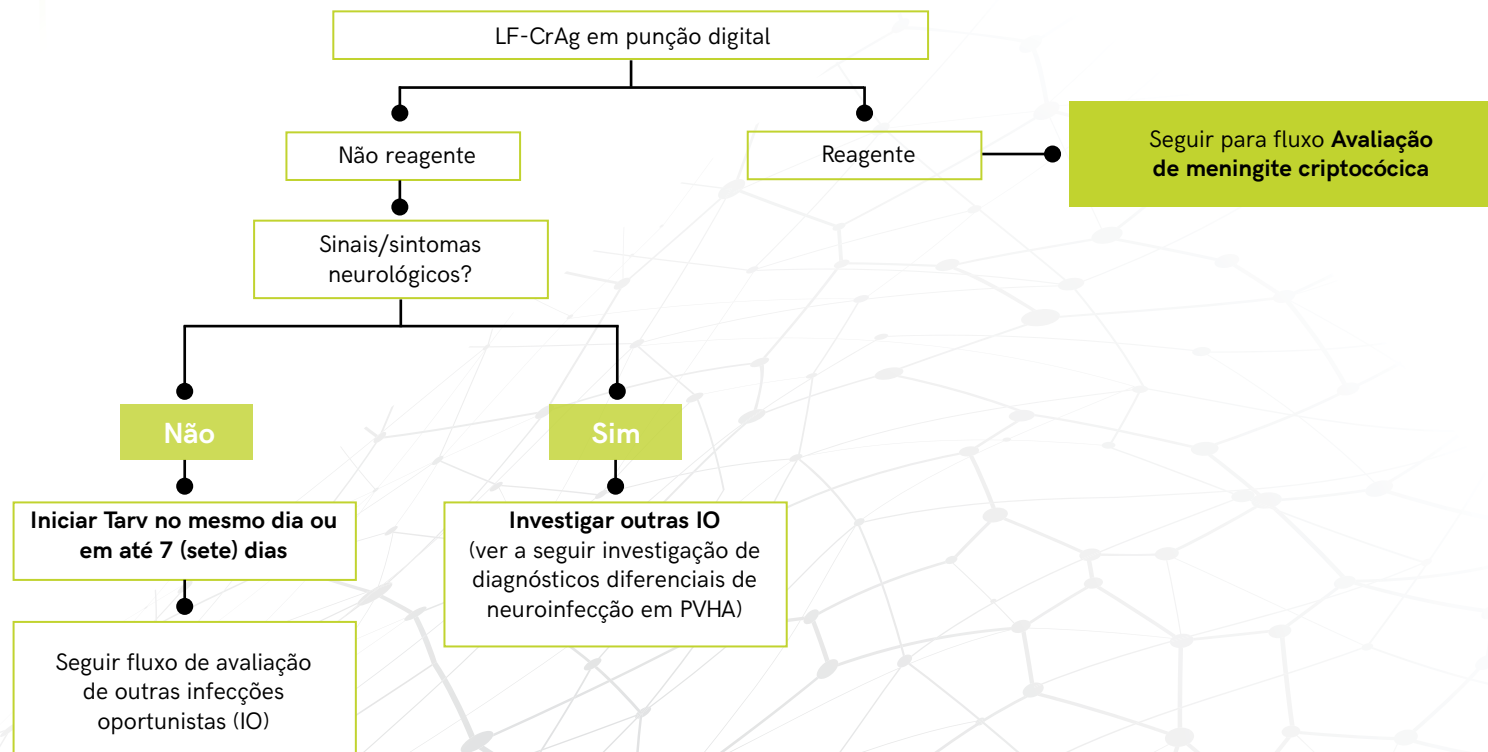
Teste: LF-CrAg

Amostra: sangue periférico ou punção digital.

Indicação:

- PVHA com T-CD4+ < 200 cél/mm³, sem histórico prévio de doença criptocócica, mesmo se assintomático

- PVHA com estágio clínico 3 ou 4 da OMS, sem histórico prévio de doença criptocócica



3.1 MENINGITE CRIPTOCÓCICA

A manifestação mais frequente e grave da doença criptocócica em PVHA é a meningite. Apresenta, usualmente, curso subagudo.

Manifestações neurológicas: cefaleia, náusea e/ou vômito, sinais meníngeos (nem sempre presentes); incapacidade de deambular sem auxílio; alteração do status mental, confusão mental, alteração de comportamento, tontura, crise convulsiva, dificuldade para falar, alteração visual, ptose, comprometimento do movimento do olhar, assimetria da contração dos músculos da face, alteração de equilíbrio, sinais de hipertensão intracraniana (vômitos, diplopia, confusão mental, coma e papiledema).

Outras: pode haver envolvimento pulmonar (consolidação lobar, infiltrados nodulares ou intersticiais) e cutâneo (pápulas umbilicadas semelhantes às lesões de molusco contagioso).

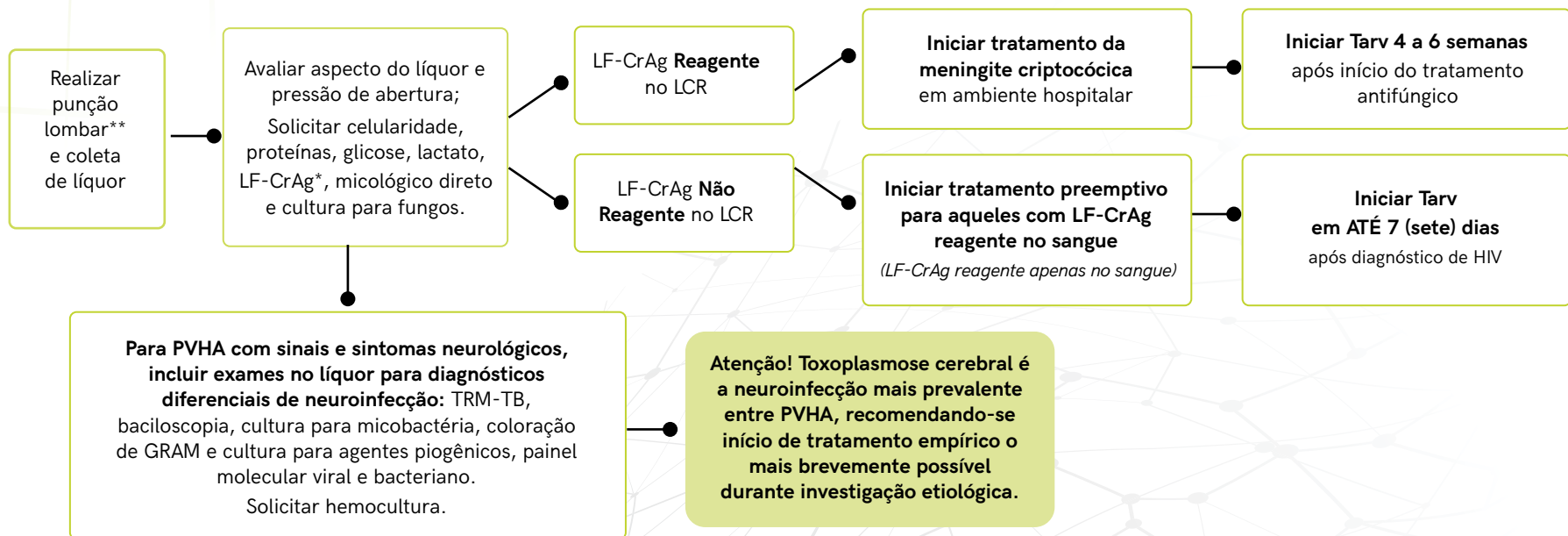
Testagem para meningite criptocócica

Teste: LF-CrAg

Amostra: Líquido cefalorraquidiano.

Indicação:

- PVHA com LF-CrAg positivo em amostra de sangue periférico ou punção digital, mesmo se assintomática
- PVHA **sem histórico prévio de doença criptocócica***, com sinais e sintomas neurológicos, independentemente da contagem de T-CD4+



*Se história prévia de doença criptocócica: **NÃO SOLICITAR LF-CrAg, pois o teste pode persistir positivo por tempo indeterminado.** O diagnóstico de reinfecção ou reativação de meningite criptocócica é realizado pelos demais métodos: micológico direto e cultura para fungos e hemocultura. ** Recomenda-se realização de imagem de crânio antes da punção lombar se: Escala de Coma de Glasgow < 10; papiledema; nova crise convulsiva; déficit neurológico focal e/ou história de doença neurológica grave prévia; se contraindicação imediata à punção lombar e forte suspeição de meningite criptocócica, orienta-se iniciar o tratamento antifúngico de indução e realizar coleta de líquido assim que possível.

3.2 ASPECTO DO LÍQUOR NAS INFECÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

NORMAL

- **Aspecto:**
Límpido
- **Pressão de abertura (cmH₂O):**
<25
- **Celularidade (células/microL):**
0 a 5
(predomínio linfocítico)
- **Proteínas (mg/dL):**
15 a 40mg/dL
- **Glicose (mg/dl):**
2/3 da glicose sérica
- **Outros testes:**
Ausência de microorganismos

MENINGITE CRIPTOCÓCICA*

- **Aspecto:**
Límpido
- **Pressão de abertura (cmH₂O):**
Normal ou elevada
- **Celularidade (células/microL):**
Normal ou aumentada
(predomínio linfocítico)
- **Proteínas:**
Normal ou elevada
- **Glicose (mg/dl):**
Normal ou baixa
- **Outros testes:**
 - Tinta da China
 - Látex
 - LF-CrAg
- **Cultura para fungo**

MENINGITE TUBERCULOSA*

- **Aspecto:**
Límpido ou turvo
- **Pressão de abertura (cmH₂O):**
Normal ou elevada
- **Celularidade (células/microL):**
aumentada
(inicialmente pode haver predomínio de polimorfonucleares)
- **Proteínas (mg/dL):**
Normal ou aumentada
- **Glicose (mg/dl):**
Normal ou aumentada
- **Outros testes:**
 - Pesquisa de BAAR
 - TRM-TB
 - Cultura para micobactéria

MENINGITE BACTERIANA

- **Aspecto:**
Turvo
- **Pressão de abertura (cmH₂O):**
Normal ou elevada
- **Celularidade (células/microL):**
Muito elevada
(predomínio de leucócitos polimorfonucleares)
- **Proteínas (mg/dL):**
aumentada
- **Glicose (mg/dl):**
aumentada
- **Outros testes:**
 - Coloração Gram
 - PCR
 - Cultura

MENINGITE VIRAL

- **Aspecto:**
Límpido
- **Pressão de abertura (cmH₂O):**
Normal a elevada
- **Celularidade (células/microL):**
aumentada
- **Proteínas (mg/dL):**
Normal a aumentada
- **Glicose (mg/dl):**
Normal
- **Outros testes:**
 - PCR específicos, quando disponíveis

Fonte: adaptado de Hrishi e Sethuraman, 2019; Shaman, Choi e Nieves, 2021; Vidal *et al.*, 2017.

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

3.3 TRATAMENTO DA MENINGITE CRIPTOCÓCICA

FASE	ESQUEMA E POSOLOGIA	DURAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Indução	<p>Preferencial: Anfotericina B lipossomal 3 mg/kg/dia OU</p> <p>Alternativo: Anfotericina B complexo lipídico* 5mg/kg/dia OU anfotericina B desoxicolato 0,7-1mg/kg/dia</p> <p>ASSOCIADA A:</p> <p>Flucitosina 100mg/kg/dia (via oral, em 4 tomadas)** OU</p> <p>Fluconazol 800-1200 mg/dia (vira oral, em 2 tomadas)</p>	Pelo menos 2 semanas	<p>O prolongamento da fase de indução deve ser considerado em pacientes comatosos ou com deterioração clínica, pressão intracraniana persistentemente elevada, cultura líquórica positiva após as duas semanas de terapia e/ou achados radiológicos, como lesões em parênquima cerebral (criptocomas e pseudocistos mucinosos).</p> <p>Durante a fase de indução, monitorar função renal (creatinina, ureia, sódio, potássio e magnésio) e hemograma, pelo menos, 3x/semana. A depender do caso, os exames podem ser solicitados com mais frequência.</p>
Consolidação	Fluconazol 400 mg a 800 mg/dia VO ou IV	8 semanas	
Manutenção	Fluconazol 200mg/dia VO	Pelo menos 12 meses	<p>Critério para suspensão do antifúngico após 12 meses da fase de manutenção: T-CD4+ >200 células/mm³ e carga viral do HIV (CV-HIV) indetectável</p>

MANEJO DA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA	FATORES RELACIONADOS AO PIOR PROGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> Se a pressão de abertura líquórica for superior a 25cmH₂O e estiverem presentes sinais de hipertensão intracraniana, realizar punção lombar (PL) de alívio e retirar 20-30mL de líquor. A PL de alívio deve ser repetida diariamente até a estabilização da pressão intracraniana (PIC). Segundo evolução clínica, pode ser necessária mais de uma PL diária. Na presença de PIC normal em duas aferições consecutivas, recomenda-se a PL semanal para monitoramento da resposta terapêutica com cultura para fungos. Se a PIC se mantiver persistentemente elevada após 7-10 dias de PL diária, considerar a abordagem neurocirúrgica para derivação líquórica (usualmente, derivação lombar externa ou lombo-peritoneal). Manitol, acetazolamida e corticosteroides não devem ser utilizados no manejo de hipertensão intracraniana secundária a doença criptocócica. O uso rotineiro de corticoides não é recomendado e pode piorar o prognóstico do caso. 	<ul style="list-style-type: none"> Contagem de leucócitos <20 células/mm³ no líquido cefalorraquidiano (LCR) Rebaixamento do nível de consciência Hipertensão intracraniana não controlada Elevada carga fúngica líquórica Presença de lesões parenquimatosas (ex.: criptocomas e pseudocistos mucinosos no parênquima cerebral).

* O Ministério da Saúde disponibiliza a anfotericina B lipossomal e o complexo lipídico de anfotericina B para tratamento da meningite criptocócica.

** Na indisponibilidade da flucitosina, utilizar o fluconazol.

3.4 TRATAMENTO PREEMPTIVO DA DOENÇA CRIPTOCÓCICA

LF-CrAg REAGENTE no sangue ou punção digital e NÃO REAGENTE no LCR.

FASE	MEDICAMENTO E POSOLOGIA	DURAÇÃO
Indução	Fluconazol 1.200mg/dia, dividido em 2 tomadas	14 dias
Consolidação	Fluconazol 800mg/dia, dividido em 2 tomadas	8 semanas
Manutenção	Fluconazol 200mg/dia	Manter até contagem de linfócitos T-CD4+ > 200 células/mm ³ e carga viral do HIV indetectável.

3.5 REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	EVENTO ADVERSO	ESTRATÉGIA PREVENTIVA/CONDUTA
Anfotericina	Efeitos infusionais (mais comumente associados à anfotericina desoxicolato): febre e calafrio. Outros eventos: flebite, injúria ou insuficiência renal, hipocalcemia e anemia.	<p>Antes da administração de anfotericina: infusão de um litro de solução salina com uma ampola de cloreto de potássio (KCl)* 19,1% em 2-4 horas.</p> <p>Durante a infusão: infusão intravenosa lenta. Utilização de analgésicos.</p> <p>Após a administração da anfotericina: dieta rica em potássio e suplementação com KCl* oral 8mEq 2x/dia. Avaliar a necessidade de reposição de magnésio.</p> <p>*Avaliar possíveis restrições para infusão de volume e reposição de potássio.</p>
	Alteração da função renal.	<p>Em caso de hipocalcemia: duas ampolas de KCL (40mmol) ou 1-2 comprimidos de KCl 8mEq 3x/dia. Monitorar diariamente potássio sérico.</p> <p>Elevação da creatinina (Cr) a valores 2x superiores ao valor basal: avaliar descontinuação da anfotericina ou aumento da hidratação pré-infusão. Avaliar administrar anfotericina em dias alternados. Se a Cr permanecer elevada, suspender anfotericina B e substituir esquema por fluconazol 1.200mg/dia + flucitosina 100mg/kg/dia (via oral, em 4 tomadas).</p> <p>Monitorar a Cr diariamente.</p>
Fluconazol	Pele seca, alopecia, fadiga, náusea, êmese, hepatotoxicidade, prolongamento do intervalo QT.	<p>Fluconazol pode aumentar o nível sérico de medicamentos como fenitoína, varfarina e derivados de sulfa. Monitorar INR nas pessoas em uso de varfarina.</p> <p>Monitorar transaminases em caso de suspeita de toxicidade hepática.</p>
Flucitosina (5-FC)	Alterações na medula óssea (anemia, neutropenia, plaquetopenia), diarreia, náusea, êmese, farmacodermia, hepatotoxicidade. Alteração da função renal e hipocalcemia.	<p>Neutropenia (<1.000 células/mm³): monitorar hemograma. Suspender 5-FC em caso de contagem de neutrófilos <500 células/mm³ ou de complicações relacionadas com a neutropenia.</p> <p>Alteração da função renal: ajustar hidratação. Evitar uso de anti-inflamatórios não esteroidais e aminoglicosídeos. Monitorar eletrólitos.</p> <p>Ajustar dose quando o <i>clearance</i> de creatinina (ClCr) <40mL/min.</p>

3.6 INÍCIO DE TARV NA COINFEÇÃO CRIPTOCOCOSE-HIV

APRESENTAÇÃO CLÍNICA	INÍCIO DA TARV	OBSERVAÇÕES
Meningite criptocócica	4 a 6 semanas após o início do tratamento antifúngico	O início imediato da Tarv não é recomendado pelo risco de síndrome inflamatória da reconstituição imune.
Tratamento preemptivo da doença criptocócica	Em até 7 dias após diagnóstico de HIV	Sempre descartar meningoencefalite criptocócica.

3.7 SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIRI)

- **Forma "paradoxal"**: piora ou aparecimento de novos sinais ou sintomas neurológicos, em pessoas com diagnóstico prévio de doença criptocócica, usualmente, entre 1 e 2 meses após início da Tarv.
- **Forma "desmascarada"**: surgimento de sintomas neurológicos em pessoas sem diagnóstico prévio de doença criptocócica, semanas ou meses após início da Tarv, manifestação da infecção criptocócica latente.

Fatores de risco para SIRI associada à doença crptocócica em PVHA:

- Carga fúngica inicial elevada;
- Reduzido perfil inflamatório inicial (demonstrado pelos parâmetros do líquido);
- Resposta inicial insuficiente;
- Início precoce da Tarv (menos de 2 semanas após a instituição do tratamento para meningite criptocócica);
- Contagem de linfócitos T-CD4+ inferior a 50 células/mm³;
- Resposta imunológica e virológica rápida à Tarv.

4.1 FORMAS DE APRESENTAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

FORMA DE APRESENTAÇÃO	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS
TB pulmonar	Os sintomas clássicos são tosse, febre vespertina, perda ponderal, sudorese noturna	Amostra de escarro: pesquisa de BAAR, TRM-TB, cultura para micobactéria. Amostra de urina: LF-LAM.
TB ganglionar (forma extrapulmonar mais comum nas PVHA)	Linfonodomegalia periférica. Pode haver comprometimento do estado geral	Amostra fragmento de linfonodo ou aspirado por agulha fina: pesquisa de BAAR, cultura para micobactéria, TRM-TB, histopatológico Amostra Urina: LF-LAM Exame de imagem: avaliação de comprometimento sistêmico (hepato/espleno/linfonodomegalias)
TB pleural	Astenia, febre, emagrecimento, dor torácica	Amostra de líquido pleural: pesquisa de BAAR, TRM-TB, cultura para micobactéria, adenosina deaminase (ADA), LDH, glicose, proteína, celularidade. Amostra de urina: LF-LAM.
TB do sistema nervoso central	Meningite subaguda (>5 dias): cefaleia holocraniana, irritabilidade, alteração do comportamento, sonolência, confusão mental, anorexia, vômitos, febre, fotofobia e rigidez de nuca; sinais focais relacionados a síndromes isquêmicas; envolvimento de pares cranianos; hipertensão intracraniana Meningite crônica (>1 mês): usualmente cefaleia, hipertensão intracraniana e graus variáveis de alteração do conteúdo ou nível da consciência Tuberculoma: sinais e sintomas secundários ao efeito de massa ou hipertensão intracraniana	Amostra de líquido cefalorraquidiano: pesquisa de BAAR, TRM-TB, cultura para micobactéria. Amostra de urina: LF-LAM. Pode ser usado o escore de probabilidade de meningite tuberculosa: https://tbmcalc.github.io/tbmcalc/ *
TB laríngea	Disfonia, tosse e presença de estridor	Amostra de escarro e fragmento de lesão: pesquisa de BAAR, TRM-TB, cultura para micobactéria. Amostra de urina: LF-LAM.
TB pericárdica	Dor torácica, tosse seca e dispneia. Pode haver febre, astenia, tontura, edema dos membros inferiores, dor no hipocôndrio direito e aumento do volume abdominal	Amostra de líquido pericárdico: pesquisa de BAAR, TRM-TB, cultura para micobactéria. Amostra de urina: LF-LAM. Exames de imagem (tomografia, ecocardiografia)
TB ocular	Apresentação usualmente unilateral com evolução crônica; a manifestação mais frequente é a uveíte	Avaliação por meio do exame de fundo de olho. Amostra de urina: LF-LAM.
TB disseminada	Envolvimento de, pelo menos, dois locais/órgãos não contíguos ou disseminação hematogênica	Diagnóstico conforme órgão ou sistema acometido ou hemoculturas para micobactérias. Amostra de urina: LF-LAM.

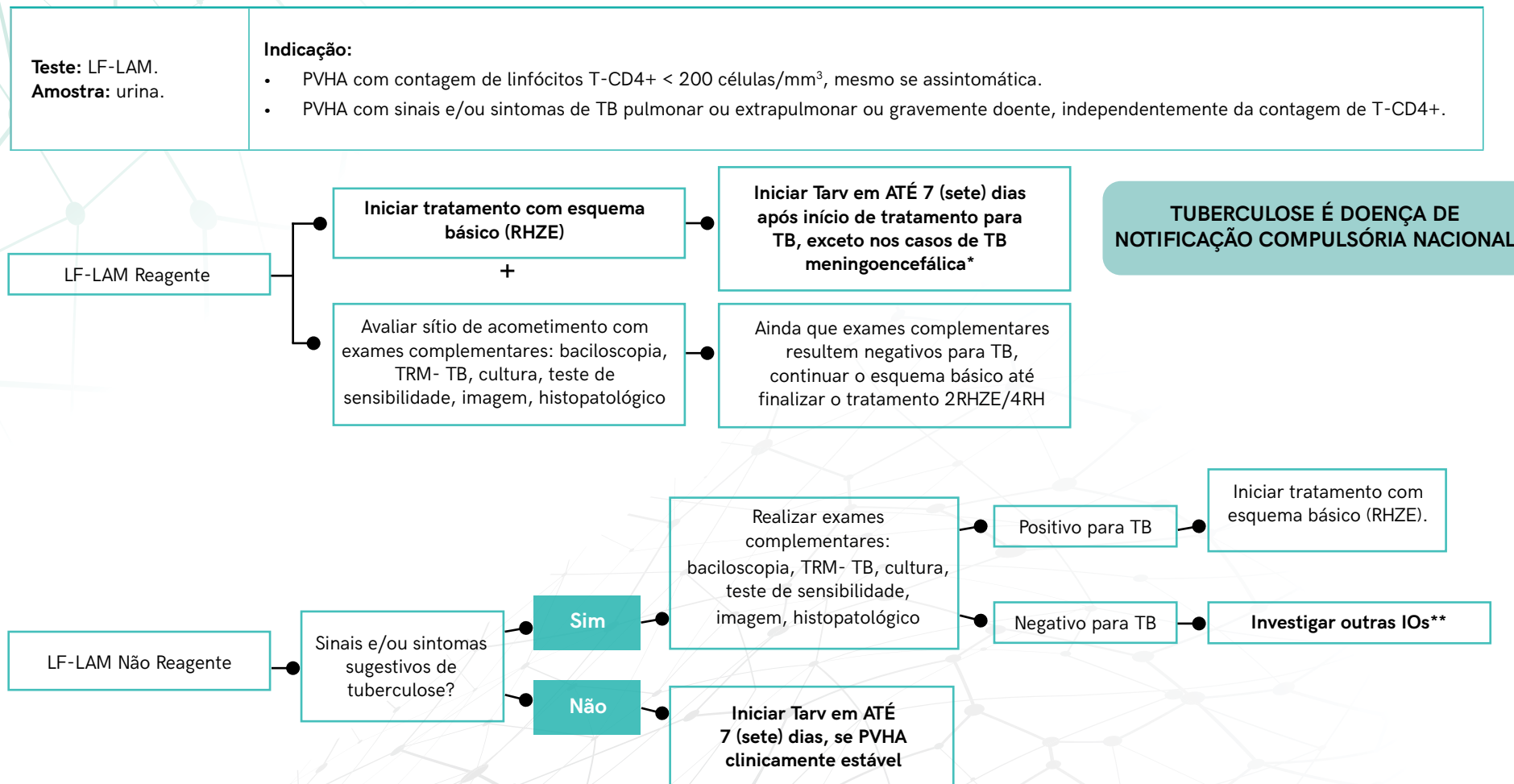
*Stadelman-Behar, 2024.

4.2 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

MÉTODO	INDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
LF-LAM	<ul style="list-style-type: none"> PVHA com contagem de linfócitos T-CD4+ < 200 cél/mm³, mesmo se assintomática; ou Manifestações do estágio clínico 3 ou 4 da OMS ou gravemente doente; ou Com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente da contagem de T-CD4+ 	Também pode ser solicitado para PVHA que apresentem critérios clínicos de gravidade, independentemente do exame de T-CD4+ ou com T-CD4+ desconhecido
Radiografia de tórax	Todas as PVHA em investigação para TB	Apresentações radiológicas atípicas quanto maior a imunodeficiência
TRM-TB	Todas as PVHA em investigação para TB	<p>TB pulmonar: escarro, escarro induzido, lavados broncoalveolar e gástrico.</p> <p>TB extrapulmonar: LCR; linfonodos (punção ou macerado); macerados de tecidos; líquidos sinovial, peritoneal, pericárdico e pleural; urina.</p>
Baciloscopia de escarro	<p>Na indisponibilidade do TRM-TB;</p> <p>Baciloscopia mensal para o monitoramento da efetividade do tratamento (nos casos de TB pulmonar).</p>	Baciloscopia frequentemente negativa
Baciloscopia de tecido	Sintomas de TB extrapulmonar	Frequentemente positiva
Cultura para micobactéria* + teste de sensibilidade	Todas as PVHA em investigação para TB	
Hemocultura	Todas as PVHA em investigação para TB disseminada	
Histopatológico	Sintomas de TB extrapulmonar	A formação de granulomas está associada ao grau de imunocompetência. Sempre enviar material para cultura de micobactérias

*Escarro, tecidos, fluidos de serosas, sangue e urina, quando oportuno.

4.3 TESTAGEM INICIAL E EXAMES COMPLEMENTARES



* Em caso de suspeita ou diagnóstico de TB meningoencefálica, iniciar Tarv preferencialmente entre 4 e 6 semanas após o início do tratamento da tuberculose. ** Se mantiver alta suspeição de TB, considerar repetir exames complementares e/ou realizar diagnóstico por critérios clínicos, radiológicos e epidemiológicos.

4.4 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Esquema básico em dose fixa combinada: RHZE - Rifampicina 150mg (R), Isoniazida 75mg (H), Pirazinamida 400mg (Z), Etambutol 275mg (E)

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

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

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

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

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

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

Associar corticosteroide: Prednisona (1 a 2 mg/kg/dia) por quatro semanas ou, nos casos graves de TB meningoencefálica, dexametasona injetável (0,3 a 0,4 mg/kg/dia), por quatro a oito semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subsequentes.

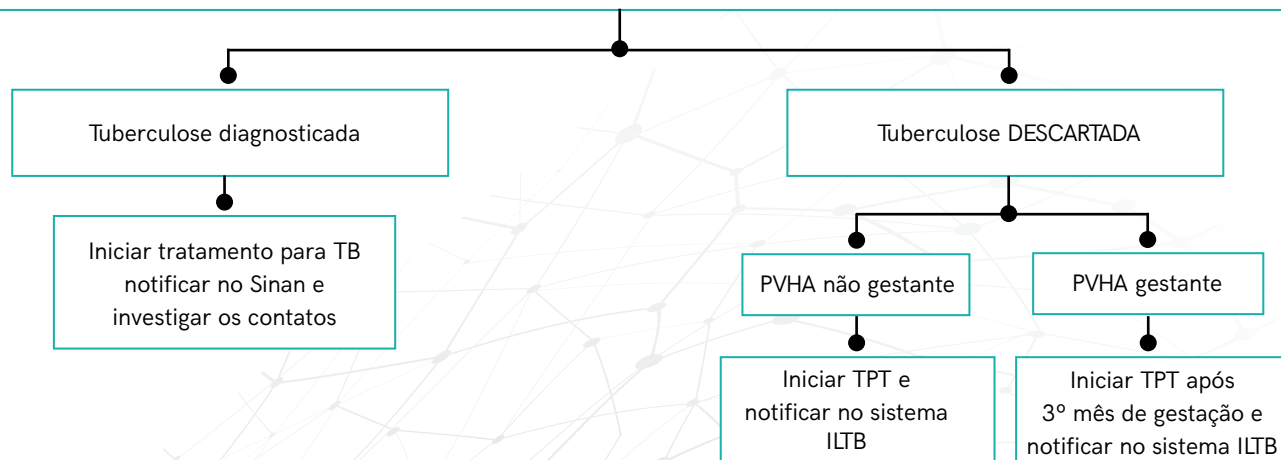
4.5 TRATAMENTO PREVENTIVO DA TUBERCULOSE (TPT)

Indicações de TPT (tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*) para PVHA:

- **Tuberculose ativa descartada E** → T-CD4+ \leq 350 céls/mm³, independentemente da PT ou IGRA; OU
 - T-CD4+ $>$ 350 céls/mm³ com PT \geq 5mm ou IGRA positivo; OU
 - Contato de pacientes com TB pulmonar ou laríngea, independentemente do PT ou IGRA; OU
 - Radiografia de tórax com cicatriz de TB, sem tratamento anterior para TB, independentemente da PT.

Investigação de tuberculose ativa

Avaliação clínica e exames laboratoriais complementares, incluindo TRM-TB ou baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade, conforme indicação, e radiografia de tórax. Em caso de suspeita de TB extrapulmonar, encaminhar para realização de exames específicos no serviço de referência.



Iniciar a Tarv em até 7 (sete) dias após diagnóstico de HIV, mesmo antes da introdução do TPT.

ESQUEMA	TEMPO DE TRATAMENTO/ NÚMERO DE DOSES	CONSIDERAÇÕES	REAÇÕES ADVERSAS
<p>Esquema preferencial em adultos (>14 anos e ≥30kg):</p> <p>Rifapentina 300mg/isoniazida 300 mg (dose fixa combinada) - 3 comprimidos, VO, 1x/semana</p>	1 dose semanal por 12 semanas (3 meses)	Checar interações medicamentosas com ARV	Reações de hipersensibilidade; hepatotoxicidade (menos frequente); plaquetopenia; farmacodermia; náuseas; coloração avermelhada de suor, urina e lágrima; reação semelhante à gripe.
<p>Alternativa:</p> <p>Isoniazida 5-10mg/kg (dose máx. 300mg/dia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 6 meses/180 doses • 9 meses/270 doses 	Isoniazida: comprimidos de 100mg ou 300mg	Hepatotoxicidade, neuropatia periférica, rash cutâneo e náuseas.
<p>Indivíduos > 50 anos, com hepatopatias, contatos de pessoas com TB monorresistente à H ou intolerância à H:</p> <p>Rifampicina 10mg/kg (dose máx. 600mg/dia)</p>	4 meses/120 doses	Rifampicina: comprimidos de 300mg Checar interações medicamentosas com ARV	Reações de hipersensibilidade; hepatotoxicidade (menos frequente); cefaleia; rash cutâneo; náuseas; coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.

4.6 REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	EVENTO ADVERSO	MEDIDAS PREVENTIVAS E MANEJO DAS REAÇÕES ADVERSAS
Isoniazida	<p>Reações adversas menores: náusea, vômito e epigastralgia; prurido e exantema leve; dor articular; neuropatia periférica; cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência); febre.</p> <p>Reações adversas maiores: exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave; psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma; hepatotoxicidade.</p>	<p>ORIENTAÇÕES GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificar a Anvisa, pelo sistema VigiMed (http://portal.anvisa.gov.br/vigimed). • Reações adversas menores com sintomas leves: orientar e prescrever sintomáticos (antitérmico, analgésico, alterar horário do medicamento). Em geral, não há necessidade de alteração da composição do esquema nas reações adversas menores. • Reações adversas maiores requerem a suspensão da medicação e a substituição por esquema especial. Avaliar a necessidade de internação hospitalar e agendar a consulta em unidade de referência secundária/terciária.
Rifampicina	<p>Reações adversas menores: náusea e vômito, epigastralgia, prurido, exantema leve, alteração da coloração da urina.</p> <p>Reações adversas maiores: hepatotoxicidade, alterações hematológicas (trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, vasculite), nefrite intersticial, farmacodermia (hipersensibilidade de moderada a grave).</p>	<p>ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatia periférica: medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução. • Hepatotoxicidade: suspender o tratamento até a resolução da alteração hepática. Reintroduzir os medicamentos, um a um, após a avaliação da função hepática (RE, seguidos de H e por último Z). Avaliar possível substituição do medicamento responsável ou mudança do esquema. • Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave: suspender o tratamento. Nos casos moderados, reintroduzir os medicamentos, um a um, após a resolução do quadro. Substituir o fármaco identificado como alérgeno. Nos casos graves, após a resolução do quadro, iniciar esquema especial alternativo. • Alterações hematológicas: suspender e reiniciar esquema especial sem a referida medicação. • Alteração da função renal (nefrite intersticial, rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal): suspender e reiniciar esquema especial sem o referido medicamento. • Neurite óptica: o medicamento deve ser suspenso e substituído pela melhor opção. Pode ser irreversível, por isso é importante o diagnóstico precoce. Interrogar a respeito da acuidade visual em cada consulta e realizar o monitoramento oftalmológico quando necessário.
Pirazinamida	<p>Reações adversas menores: náusea e vômito, epigastralgia; dor articular, hiperuricemia.</p> <p>Reações adversas maiores: hepatotoxicidade; rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal.</p>	
Etambutol	<p>Reações adversas menores: náusea e vômito, epigastralgia; neuropatia periférica, hiperuricemia.</p> <p>Reações adversas maiores: exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave; neurite óptica.</p>	

4.7 INÍCIO DA TARV NA COINFEÇÃO TB-HIV

SITUAÇÃO DA PVHA COM TB:	RECOMENDAÇÃO	OBSERVAÇÕES
PVHA sem uso prévio ou atual de Tarv, diagnosticada com TB	<p>Iniciar Tarv em até 7 dias após o início do tratamento para TB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TDF* + 3TC + DTG 12/12 horas (preferencial) 2. TDF* + 3TC + EFV (em caso de impossibilidade de uso do DTG e com genotipagem pré-tratamento com sensibilidade ao EFV) 	Exceção: para casos de TB meningoencefálica, iniciar Tarv preferencialmente, entre 4 e 6 semanas após o início do tratamento da TB devido ao risco de síndrome inflamatória de reconstituição imune (Siri).
PVHA já em uso de Tarv, diagnosticada com TB	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adesão e eficácia da Tarv. Se supressão viral, manter Tarv e avaliar interação medicamentosa com RHZE (https://interacoeshiv.huesped.org.ar/) - Se em uso de DTG, ajustar dose para 1cp (50mg) de 12/12h por interação com rifampicina - Em caso de falha virológica, considerar mudança do esquema antirretroviral. 	É contraindicado o uso concomitante de inibidores da protease (IP/r) e rifampicina. Em caso de esquema antirretroviral composto por DRV/r, manter a Tarv e substituir rifampicina por levofloxacino ou rifabutin (ver manual da tuberculose para esquema alternativo: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/@download/file)
Presença de contraindicações ao esquema básico, reações adversas graves, falha ao tratamento para TB ou TB drogarristente	Suspender o tratamento para tuberculose e encaminhar aos serviços de referência em TB, para avaliação por especialista e uso de esquemas alternativos	Encaminhar ou discutir com especialista

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

Legenda: 3TC: lamivudina; DRV/r: darunavir/ritonavir; DTG: dolutegravir; EFV: efavirenz; TDF: fumarato de tenofovir desopoxila; RHZE: rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol.

SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIRI)

- Sintomas: reação inflamatória exacerbada, que leva à formação de granulomas ou aparecimento de novas manifestações clínicas ou achados radiológicos: linfonodomegalias com sinais flogísticos, que podem fistulizar, gerar compressão de outras estruturas ou até perfuração de órgãos.
- Tratamento: prednisona 0,5 a 1,5 mg/kg ao dia, por 14 dias, seguida de uma redução de 0,75mg/kg/dia por mais 2 semanas.
- Não se recomenda suspender a Tarv se esta já tiver sido iniciada.

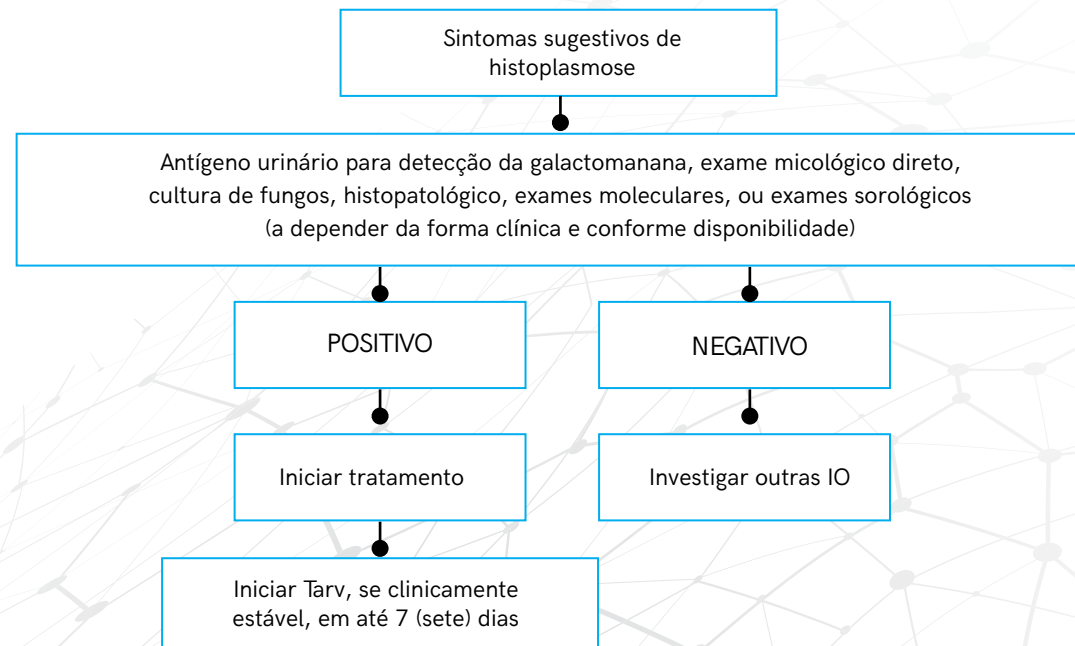
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DEFINIÇÃO DE GRAVIDADE

Manifestações clínicas: febre, perda de peso, sudorese noturna, fadiga, lesões de pele (pápulas, nódulos, ulcerações), tosse, falta de ar, diarreia, náuseas ou vômitos, cefaleia, convulsões, estado mental alterado, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia, choque circulatório, desconforto respiratório agudo, insuficiência hepática e renal, coagulação intravascular disseminada e síndrome hemofagocítica reativa.

Alterações laboratoriais sugestivas: pancitopenia, elevação de desidrogenase láctica (particularmente, acima de 1000 UI/ml), elevação de transaminases, fosfatase alcalina, proteína C reativa e ferritina. Se houver acometimento de sistema nervoso central, o líquido pode apresentar pleocitose linfocítica, consumo de glicose e proteínas elevadas.

Histoplasmoze disseminada: Definida pela presença de foco extrapulmonar e extraganglionar mediastinal.

Definição de gravidade: Define-se como forma moderada a grave a presença de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas envolvendo órgãos vitais: Insuficiência respiratória ou circulatória; Acometimento do SNC; Insuficiência renal; Alteração da coagulação; Status de desempenho da OMS ≥ 2 , no qual a pessoa fica confinada a uma cama ou cadeira por mais da metade das horas de vigília, sendo apenas capaz de autocuidado limitado.



5.1 TRATAMENTO DA HISTOPLASMOSE

FORMA LEVE A MODERADA	
ESQUEMA	DURAÇÃO
Itraconazol 200 mg 3x/dia por 3 dias, seguido da dose de 200 mg 2x/dia por pelo menos 12 meses	12 meses
Terapia supressiva de longo prazo: itraconazol 200mg/dia.	Manter terapia supressiva até ausência de sintomas e T-CD4+ >150 células/mm ³ por no mínimo 6 meses
FORMA MODERADA A GRAVE	
ESQUEMA	DURAÇÃO
Indução: Complexo Lipídico de Anfotericina B 5 mg/kg/dia (EV)	Pelo menos 2 semanas, até melhora clínica
Manutenção: Itraconazol 200 mg 2x/dia	Pelo menos 12 meses
Terapia supressiva de longo prazo: itraconazol 200mg/dia.	Considerar a suspensão após o período mínimo de um ano de tratamento de manutenção, ausência de sintoma e T-CD4+ >150 células/mm ³ por mais de 6 meses, com carga viral indetectável.
DOENÇA EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL	
ESQUEMA	DURAÇÃO
Indução: anfotericina B lipossomal 5 mg/kg/dia	4 a 6 semanas
Manutenção: Itraconazol 200 mg 2x/dia	Pelo menos 12 meses

Atenção! Deve-se atentar para as interações medicamentosas do itraconazol com medicamentos como antiácidos, antagonistas H2, ARV, rifampicina, rifabulina e anticonvulsivantes, entre outros

Início de Tarv na coinfeção: o mais brevemente possível, assim que o paciente esteja clinicamente estável

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

Manifestações clínicas: febre, tosse seca, dispneia progressiva, taquicardia, taquipneia, hipoxemia em repouso ou após esforço.

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

O diagnóstico é geralmente presuntivo, baseado em dados clínicos, laboratoriais e de imagem compatíveis. O diagnóstico definitivo é realizado apenas em centros de referência com identificação do agente por meio das colorações de azul de toluidina, Grocott, Giemsa ou técnica de imunofluorescência.

TRATAMENTO DA PNEUMOCISTOSE

	Medicamentos	Duração	Observação
Pneumonia leve a moderada (PaO ₂ ≥70mmHg, em ar ambiente)	Primeira escolha: SMX-TMP 400 mg/80 mg ou 800 mg/160 mg (na dosagem de 15 a 20 mg/kg/dia de TMP), dividida a cada 6 ou 8 horas	21 dias	Esquemas administrados preferencialmente por VO
	Alternativo (se intolerância à sulfá) Clindamicina 300mg via oral a cada 6 horas + primaquina 15 - 30mg via oral (1 ou 2 cp) - 1x/dia		
Pneumonia moderada a grave (PaO ₂ <70mmHg, em ar ambiente)	Primeira escolha: SMX-TMP 400 mg/80 mg ou 800 mg/160 mg (na dosagem de 15 a 20 mg/kg/dia de TMP), dividida a cada 6 ou 8 horas	21 dias	A associação de corticosteroides ao tratamento de PCP moderada a grave (PaO ₂ < 70 mmHg em ar ambiente ou gradiente alvéolo-capilar >35mmHg) promove redução importante na mortalidade. Suporte ventilatório não-invasivo ou invasivo pode ser necessário em casos de insuficiência respiratória
	Alternativo (se intolerância à sulfá) Clindamicina 600mg IV a cada 6 ou 8 horas + primaquina 15-30mg VO 1x/dia		
USO DE CORTICOIDE			
	Medicamentos	Duração	Observação
	Prednisona 40mg (2cp de 20mg) oral 2x/dia por 5 (cinco) dias, reduzida à metade a cada 5 (cinco) dias, até completar os 21 dias de tratamento.		

RECOMENDA-SE PROFILAXIA SECUNDÁRIA em PVHA com CD4 < 200 cel/mm³

Início de Tarv na coinfeção: o mais brevemente possível, assim que o paciente estiver clinicamente estável.

7 TOXOPLASMOSE CEREBRAL

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

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

Manifestações radiológicas: tomografia computadorizada de crânio com uma ou mais lesões cerebrais, hipodensas, com realce anelar ou nodular após contraste, associadas a edema perilesional. Costumam se localizar, preferencialmente, nos gânglios da base e nos lobos frontal e parietal, mas qualquer topografia é possível.

A toxoplasmose é a causa mais comum de lesões expansivas cerebrais em PVHA

TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE CEREBRAL

Medicamentos	Duração	Observação
Preferencial: SMX-TMP na dose de 25mg/kg/dose de SMX, 2x/dia, VO ou EV	6 SEMANAS	Após esse período de tratamento, deve-se prescrever a profilaxia secundária
Preferencial: Peso <60kg: Sulfadiazina 1.000mg VO, a cada 6 horas + Pirimetamina 200mg VO no primeiro dia, seguida de 50mg/dia + Ácido fólico 10mg/dia VO Peso ≥60kg: Sulfadiazina 1.500mg VO, a cada 6 horas + Pirimetamina 200mg VO no primeiro dia, seguida de 75mg/dia VO + Ácido fólico 10mg/dia VO	6 SEMANAS	
Esquema alternativo (alérgicos à sulfa): Substituir sulfa por clindamicina 600mg VO ou EV, a cada 6 horas Manter pirimetamina e ácido fólico nas mesmas doses descritas acima	6 SEMANAS	

USO DE CORTICOIDE

Indicam-se corticoides nos casos de edema cerebral difuso e/ou intenso efeito de massa (desvio de linha média, compressão de estruturas adjacentes)

INDICAÇÕES DE AVALIAÇÃO NEUROCIRÚRGICA

Paciente com lesão ou lesões expansivas e ausência de melhora clínica e radiológica 10-14 dias depois de tratamento antiparasitário; ou Elevado índice de suspeita de diagnóstico alternativo (ex.: paciente com lesão expansiva única na ressonância magnética e sorologia IgG anti-*T. gondii* não reagente; paciente com lesão ou lesões expansivas, contagem elevada de T-CD4+ e CV-HIV indetectável).

RECOMENDA-SE PROFILAXIA SECUNDÁRIA em PVHA com CD4 < 100 cel/mm³

Início de Tarv: o mais brevemente possível, após o início do tratamento da toxoplasmose cerebral, se paciente clinicamente estável. Individualizar a introdução da Tarv quando houver lesão com efeito de massa e/ou hipertensão intracraniana.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

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

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

Início de Tarv: o mais brevemente possível, em ATÉ 7 dias.

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

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

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

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

Legenda: RNM: ressonância magnética; TC: tomografia computadorizada.
Identificação de DNA do CMV, quando disponível.

9.1 TRATAMENTO DA DOENÇA CITOMEGÁLICA

SÍTIO DE ACOMETIMENTO	MEDICAMENTO	DOSE/TEMPO DE TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
Retina	Preferencial: Ganciclovir	5mg/kg 12/12h, EV, por 14-21 dias	A terapia intraocular adjuvante depende da topografia da lesão retiniana, devendo ser avaliada sua indicação e necessidade por oftalmologista.
	Alternativo: Foscarnet	90mg/kg 2x/dia, EV, por 14-21 dias	
	Alternativo: Valganciclovir	900 mg, VO, de 12/12h, por 14-21 dias	Exclusivo para lesões retinianas periféricas.
Aparelho digestivo	Preferencial: Ganciclovir	5mg/kg 12/12h, EV, por 14-21 dias	Não se recomenda profilaxia secundária.
	Alternativo: Foscarnet	90mg/kg 12/12h, EV, por 14-21 dias	
	Alternativo: Valganciclovir	900mg 2x/dia, VO, por 14-21 dias	
Sistema nervoso central ou periférico	Preferencial: Ganciclovir	5mg/kg 12/12h, EV, até resolução dos sintomas	Quando disponível, avaliar PCR DNA-CMV no líquido e manter tratamento até clareamento do líquido (PCR negativo).
	Alternativo: Foscarnet	90mg/kg 2x/dia, EV, até resolução dos sintomas	
PROFILAXIA SECUNDÁRIA			
Retina	Preferencial: Ganciclovir	5mg/kg, 1x/dia, 5x/semana, EV	Manter até contagem de T-CD4+ >100 células/mm ³ e CV-HIV indetectável (< 50 cópias/mL) por período superior a 3 meses.
	Alternativo: Foscarnet	90-120mg/kg, 1x/dia	
	Alternativo: Valganciclovir	900 mg, VO, ao dia	

Início de Tarv: o mais brevemente possível, em ATÉ 7 dias, assim que o paciente esteja clinicamente estável.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

Fase aguda: febre persistente (por mais de 7 dias), edema de face ou de membros, exantema, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatia aguda (taquicardia, palpitações, dispneia e dor torácica), manifestações hemorrágicas, icterícia, sinal de Romaña, chagoma de inoculação.

Reativação: febre, meningoencefalite (cefaleia, sinais de hipertensão intracraniana, convulsões, localização motora e coma), miocardite (insuficiência cardíaca congestiva, arritmias, bloqueios atrioventriculares, de ramo e fasciculares), acidente vascular cerebral e sintomas como anorexia, mialgia, mal-estar ou diarreia, paniculite (nódulos subcutâneos).

Manifestações radiológicas sugestivas de reativação de doença de Chagas:

SNC: sede das lesões mais frequente na substância branca que na cinzenta, sem descrição nos núcleos da base; hemorragia difusa das áreas necróticas; lesões mielínicas frequentes e de maior intensidade; leptomeninges com acometimento difuso e de intensidade variável; menor frequência e intensidade de vasculite necrosante e trombose.

TRATAMENTO

MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Primeira escolha: Benznidazol	5 mg/kg/dia, 1 a 3x/dia, por 60 dias OU 300 mg/dia, em 2 a 3 tomadas diárias, pelo número de dias equivalente ao peso da pessoa (máximo 80 dias)

Benznidazol (negrito)

DOENÇA DE CHAGAS É DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NACIONAL

No Brasil, a doença de Chagas nas fases aguda e crônica, bem como episódios de reativação, fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. A forma reativada da doença é considerada, no Brasil, como doença indicativa de imunodeficiência grave em indivíduos com 13 anos de idade ou mais para definição de caso de aids desde janeiro de 2004, no contexto de vigilância epidemiológica. Somente são considerados casos de reativação aqueles que apresentarem diagnóstico definitivo de infecção por *T. cruzi* e meningoencefalite e/ou miocardite aguda.

Início da Tarv: em até 7 (sete) dias após diagnóstico de HIV

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

Forma aguda/subaguda: febre, anorexia, emagrecimento, linfadenomegalia, lesões disseminadas na pele, lesões mucosas e icterícia resultante de compressão ganglionar do colédoco ou colestase

Forma crônica: acomete principalmente pulmões, mucosa oral/nasal/laringe, traquéia, linfonodos, adrenal, e, menos frequentemente, tubo digestivo, ossos, sistema nervoso central, olhos, genitourinário.

Classificação de gravidade:

Grave: presença de três ou mais dos seguintes critérios: (i) perda ponderal maior que 10% do peso habitual; (ii) intenso comprometimento pulmonar; (iii) acometimento de outros órgãos, tais como glândulas adrenais, sistema nervoso central e ossos; (iv) presença de linfonodos acometidos em múltiplas cadeias, superficiais ou profundas, supurados ou não; (v) títulos de anticorpos elevados. Casos graves geralmente apresentam instabilidade clínica, devido a insuficiência respiratória, disfunção adrenal, síndrome neurológica ou abdome agudo.

Leves a moderados: perda ponderal abaixo de 5% do peso habitual e envolvimento de um único órgão ou comprometimento restrito de órgãos ou tecidos sem disfunção.

DIAGNÓSTICO

Método padrão-ouro: exame micológico direto (visualização de leveduras de Paracoccidíoides) a partir de amostras clínicas, como escarro, lavado broncoalveolar, secreções ou aspirado de linfonodos ou abscessos, raspados de lesões, fragmentos de tecido obtidos por biópsia, líquido cefalorraquidiano (LCR) e sangue.

Métodos sorológicos: permite confirmação diagnóstica e acompanhamento pós-terapêutico por meio da titulação de anticorpos quantitativas.

Seguir as orientações do Guia de Vigilância em Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>).

TRATAMENTO

APRESENTAÇÃO	MEDICAMENTOS	DURAÇÃO
Leve a moderada	1ª opção: Itraconazol 200 mg (2 cápsulas de 100 mg) 1x/dia VO, ou 200 mg, VO, de 12/12 horas	9 a 18 meses
	2ª opção: SMX-TMP (400 mg + 80 mg), 2 comprimidos de 8/8 horas ou de 12/12 horas	
Grave	Anfotericina B complexo lipídico, 5 mg/kg/dia	2 a 4 semanas (até melhora clínica) ^(a)
Neuroparacoccidiodomicose	1ª opção: anfotericina B lipossomal, 5 mg/kg/dia	2 a 4 semanas (até melhora clínica)
	2ª opção: SMX-TMP 80 mg/mL + 16 mg/mL, IV ^(b) , 2 a 3 ampolas, de 8/8 horas	

(a) Requer tratamento de manutenção com itraconazol ou SMX-TMP. (b) Preferencial para pessoas com quadro de insuficiência respiratória, tratamento empírico para pneumocistose.

Profilaxia secundária é recomendável para todas as pessoas com CD4 < 200 células/mm³

PARACOCCIDIOIDOMICOSE É DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM ALGUNS ESTADOS.

Início da Tarv: em até 7 (sete) dias após diagnóstico de HIV

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Manifestações clínicas sugestivas: Síndrome de hepatoesplenomegalia febril (febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia, hepatoesplenomegalia e anemia).

Manifestações atípicas: comprometimento de pleura pulmonar, esôfago e intestino

DIAGNÓSTICO

Recomenda-se a pesquisa do parasito em amostras de aspirado de medula óssea e cultura, além da realização de técnicas sorológicas, como o teste rápido imunocromatográfico em sangue ou soro. Este último método deve ser interpretado com cautela, pois nessa população o teste pode apresentar baixa sensibilidade. Em casos com resultados parasitológicos e sorológicos negativos ou inconclusivos e presença de sintomas sugestivos, é possível realizar o diagnóstico molecular em laboratórios de referência, utilizando principalmente DNA parasitário extraído a partir do aspirado de medula óssea.

O diagnóstico deve seguir as orientações do "Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar", do "Manual de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento de Pacientes com a Coinfecção Leishmania-HIV" e do "Guia de Vigilância em Saúde".

TRATAMENTO

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	DURAÇÃO	MONITORAMENTO DURANTE O TRATAMENTO
Preferencial Anfotericina B lipossomal EV	4 mg/ kg/d	5 (cinco) dias consecutivos mais dose única semanal por até 5 semanas (dose total de 25 a 40 mg/kg)	Diário
Alternativa Antimoniato de N-metil Glucamina - EV ou IM	20 mg/ kg/d de SbV	30 dias	Mínimo de 2 (duas) vezes por semana com ênfase na avaliação da toxicidade pancreática e cardíaca
Alternativa Desoxicolatode anfotericina B - EV	0,7 mg/ kg/d (dose máx. diária de 50 mg)		Diário

Profilaxia secundária para todas as pessoas com CD4 < 350 células/mm³ por ocasião do diagnóstico de leishmaniose visceral

LEISHMANIOSE VISCERAL É DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NACIONAL

Início da Tarv: em até 7 (sete) dias após diagnóstico de HIV

Manifestações clínicas: sintomas prodrômicos de febre, cefaleia, linfadenopatia, mialgias ou fadiga, seguidos por lesão em mucosas E/OU erupção cutânea aguda, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, rosto, tronco, palmas das mãos e planta dos pés) E/OU proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.

Característica das lesões: lesões bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

Outras manifestações que também podem ser observadas incluem: faringite, dor anal, uretrite, retenção urinária, conjuntivite e uveíte.

TRATAMENTO

Até o momento, não há medicamento antiviral com eficácia comprovada contra a mpox.

Em casos leves, isolamento domiciliar, analgesia, quando necessária, e vigilância de sinais de gravidade são as principais condutas.

Pessoas pertencentes a grupos com maior risco para evolução para a forma grave (gestantes, idosos, crianças, PVHA com T-CD4+ < 200 ml/mm³) devem ser avaliadas quanto à gravidade e necessidade de hospitalização.

CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO

<ul style="list-style-type: none"> • Erupções cutâneas múltiplas com infecção bacteriana secundária • Lesão extensa em mucosa oral, limitando a alimentação e a hidratação via oral • Lesão extensa em mucosa anal/retal, evoluindo com quadro hemorrágico e/ou infeccioso secundário a ulceração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rebaixamento agudo do nível de consciência ou confusão mental • Dispneia aguda • Linfonomegalia cervical com disfagia 	<ul style="list-style-type: none"> • Desidratação • Lesões cutâneas coalescentes afetando mais de 10% da superfície corporal total • Sepses
---	---	--

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

No momento do atendimento de caso suspeito de mpox, deve-se ofertar ao usuário uma máscara cirúrgica. Para os profissionais da saúde recomenda-se utilização de óculos de proteção ou protetor facial, avental, máscara cirúrgica, luvas de procedimento.

Casos de MPX confirmados (ou na alta suspeição e impossibilidade de confirmação) devem manter isolamento domiciliar até a remissão completa das lesões, com epitelização da pele.

VACINAÇÃO

A vacinação contra mpox está indicada, prioritariamente, para PVHA contagem de linfócitos T-CD4+ inferior a 100 células/mm³.

MPOX É DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NACIONAL

Para demais orientações, ver Nota Técnica Nº 202/2025-CGHA/DATHI/SVSA/MS.

14 PROFILAXIAS PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS

14.1 PROFILAXIA PRIMÁRIA

AGENTE	INDICAÇÃO	1ª ESCOLHA	ALTERNATIVAS	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Todas as PVHA com T-CD4+ < 200 células/mm ³	SMX-TMP 800/160mg 3x/semana ou SMX-TMP 400/80 mg (2 cp) 3x/semana	Dapsona 100mg/dia(a)	Boa resposta à Tarv, com manutenção de T-CD4+ >200 células/mm ³ por mais de 3 meses e CV < 50 cópias/mL Reintroduzir profilaxia se T-CD4+ <200 células/mm ³
<i>Toxoplasma gondii</i>	Todas as PVHA com T-CD4+ < 100 células/mm ³	SMX-TMP 800/160mg 1x/dia	Dapsona 50mg/dia + Pirimetamina 50mg/semana + ácido fólico 10mg 3x/semana ou Clindamicina 600mg 3x/dia + pirimetamina 25-50mg/dia + ácido fólico 10mg 3x/semana	Boa resposta à Tarv, com manutenção de T-CD4+ >200 células/mm ³ por mais de 3 meses e CV < 50 cópias/mL Reintroduzir profilaxia se T-CD4+ < 100 células/mm ³
Complexo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)	PVHA com T-CD4+ < 50 células/mm ³ e que ainda não iniciaram Tarv Obs.: excluir doença ativa antes de iniciar a profilaxia	Azitromicina 1.200 a 1.500mg/semana	Claritromicina 500mg 2x/dia	Boa resposta à Tarv, com manutenção de T-CD4+ >100 células/mm ³ por mais de 3 (três) meses e CV < 50 cópias/mL
<i>Histoplasma capsulatum</i>	PVHA com T-CD4+ < 150 células/mm ³ em áreas hiperendêmicas (c)	Itraconazol 200 mg 1x/dia (cápsulas de 100 mg)	Anfotericina B complexo lipídico , 5 mg/kg/dia, ou, no caso de comprometimento do SNC, anfotericina B lipossomal, 3 mg/kg/dia	Boa resposta à Tarv, com manutenção de T-CD4 ≥ 150 células/mm ³ e CV < 50 cópias/mL por 6 (seis) meses Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas ou se expor a fezes de pássaros e morcegos.

Não se indica profilaxia primária para *Cryptococcus sp*, citomegalovirus, *Herpes simplex*.

Fonte: Dathi/SVSA/MS. Legenda: CD4 = contagem de linfócitos T-CD4+; Tarv = terapia antirretroviral; SNC = sistema nervoso central; PVHA = pessoas vivendo com HIV e/ou aids; SMX-TMP: Sulfametoxazol + Trimetoprima (a) Coleta de G6PD antes da prescrição. (b) Disponível apenas na apresentação de 100 mg. Ajustar dose. (c) Área hiperendêmica: mais de 10 casos/100 pessoas anualmente.

14.2 PROFILAXIA SECUNDÁRIA

AGENTE	INDICAÇÃO	1ª ESCOLHA	ALTERNATIVAS	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Diagnóstico prévio de PCP e T-CD4+ < 200 células/mm ³	SMX-TMP 800/160mg 3x/ semana OU SMX-TMP 400/80mg ao dia	Dapsona 100mg/dia*	Boa resposta à Tarv, com manutenção de T-CD4+ >200 células/mm ³ por mais de 3 meses e CV < 50 cópias/mL. Reintroduzir profilaxia se T-CD4+ <200 células/mm ³
<i>Toxoplasma gondii</i>	Diagnóstico prévio de toxoplasmose e T-CD4+ < 100 células/mm ³	SMX-TMP 800 + 160 mg 2x/dia OU - Abaixo de 60 kg: sulfadiazina 500 mg 4x/dia + pirimetamina 25 mg 1x/dia + ácido fólico 10 mg 1x/dia - 60 kg ou mais: sulfadiazina 1.000 mg 4x/dia + pirimetamina 50 mg 1x/dia + ácido fólico 10 mg 1x/dia	Se alergia/intolerância à sulfá: Clindamicina 600 mg 3x/ + pirimetamina 25 a 50 mg 1x/dia + ácido fólico 10 mg 1x/dia (acrescentar cobertura profilática para pneumocistose)	Boa resposta à Tarv, com manutenção de T-CD4+ >200 células/mm ³ por mais de 3 meses e CV < 50 cópias/mL. Reintroduzir profilaxia se T-CD4+ <100 células/mm ³
Complexo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)	Terapia de manutenção após tratamento para MAC disseminada	Claritromicina 500 2x/dia + etambutol 15 mg/kg/dia (máx. 1.200 mg/dia)	Azitromicina 500 mg 1x/dia + Etambutol 15 mg/ kg/dia (máx. 1.200 mg/dia)	Após pelo menos 12 meses de tratamento para MAC, ausência de sinais ou sintomas de MAC e T-CD4 > 100 células/mm ³ por ≥ 6 meses. Reintroduzir se CD4+ < 100 células/mm ³
<i>Cryptococcus sp.</i>	Diagnóstico prévio de doença criptocócica e T-CD4+ < 200 células/mm ³	Fluconazol 200 mg 1x/dia	Itraconazol 200 mg 2x/dia	Término do tratamento de indução e consolidação e pelo menos 1 ano de manutenção, ausência de sintomas e T-CD4 > 200 células/mm ³ por ≥ 6 meses.
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Terapia supressiva de longo prazo para doença disseminada ou infecção do SNC e T-CD4 < 150 células/mm ³	Itraconazol 200 mg 1x/dia		Manutenção por tempo indeterminado, pois não há evidência suficiente para a recomendação de interrupção do itraconazol. Considerar suspensão após período mínimo de 1 ano de tratamento de manutenção, ausência de sintomas e T-CD4 > 150 células/mm ³ por ≥ 6 meses. Reintroduzir em caso de T-CD4 < 150 células/mm ³ .

continua

conclusão

AGENTE	INDICAÇÃO	1ª ESCOLHA	ALTERNATIVAS	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
Citomegalovírus	Indicado apenas para retinite, não indicada rotineiramente para doença gastrointestinal	Ganciclovir IV, 5 mg/ kg/dia 5x/ semana	Foscarnet 90-120mg/kg, 1x/dia Valganciclovir 900 mg, VO, ao dia	Boa resposta à Tarv, com manutenção de T-CD4+ > 100 células/mm ³ por 3 a 6 meses.
Herpes simplex	Infecção recorrente (mais de 6 episódios/ ano)	Aciclovir 400 mg 2x/dia		
Leishmania infantum	Para todas as PVHA com CD4 < 350 células/mm ³ por ocasião do diagnóstico de leishmaniose visceral	Anfotericina B (lipossomal) 3 mg a 5 mg/kg; ou Anfotericina B (desoxicolato): 1 mg/kg (máximo de 50 mg). a cada duas semanas (intervalo mais estudado) ou a cada quatro semanas		Boa resposta à Tarv e T-CD4 > 350/mm ³ . <i>*Em casos de manutenção de T-CD4+ persistentemente < 350 células/mm³, admite-se avaliar a suspensão da profilaxia após 6 a 12 meses de profilaxia secundária se T-CD4+ > 200 células/mm³, especialmente naqueles sem passado de recidiva de LV e cuja contagem de T-CD4+, na ocasião do episódio de LV, era superior a 100 células/mm³.</i>
Paracoccidioides sp	Diagnóstico prévio de paracoccidioidomicose e T-CD4+ < 200 células/mm ³	Itraconazol 100 mg a 200 mg/dia ou SMX-TMP 800 mg + 160 mg a cada 12 horas		Manter até a recuperação imunológica, definida como T-CD4 > 200 células/mm ³ pelo menos 3 meses.

Fonte: Dathi/SVSA/MS. Legenda: CD4 = contagem de linfócitos T-CD4+; Tarv = terapia antirretroviral; SNC = sistema nervoso central; PVHA = pessoas vivendo com HIV e/ou aids. (a) Coleta de G6PD antes da prescrição. (b) Disponível apenas na apresentação de 100 mg. Ajustar dose. (c) Área hiperendêmica: mais de 10 casos/100 pessoas anualmente.

14.3 REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS RELACIONADAS ÀS PROFILAXIAS

Notificar pelo sistema VigiMed

MEDICAMENTO	REAÇÕES ADVERSAS	MEDIDAS PREVENTIVAS E MANEJO DAS REAÇÕES ADVERSAS
Sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP)	<p>Reações de hipersensibilidade: síndrome de Steven Johnson, eritema multiforme, necrólise epidérmica tóxica.</p> <p>Alterações hematológicas: neutropenia, anemia, trombocitopenia.</p> <p>Hepatotoxicidade</p> <p>Alterações renais: nefrite intersticial, cristaluria, hipercalemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Exantema morbiliforme e febre: uso de anti-histamínicos e acompanhamento. Eritema multiforme: suspender o medicamento, pois pode ser precursor de reações graves. Síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, necrólise epidérmica tóxica: checar alterações das enzimas hepáticas (especialmente ALT). Encaminhar para avaliação hospitalar. Suspender o medicamento nos casos de reações graves.
		<p>Contraindicação:</p> <p>Hipersensibilidade a sulfa, gestação, icterícia, lesão em parênquima hepático, insuficiência renal (<i>clearance</i> de creatinina inferior a 15mL/min).</p>
Dapsona	<p>Meta-hemoglobinemia, anemia hemolítica em pessoas com deficiência de G6PD, reações cutâneas, lúpus eritematoso induzido pelo medicamento, neuropatia periférica, síndrome nefrótica. Síndrome da sulfona (febre, dermatite esfoliativa, linfadenomegalia, anemia hemolítica e atipia linfocitária).</p>	<p>Descontinuar o medicamento nos casos de síndrome da sulfona. Encaminhar para avaliação hospitalar.</p>
		<p>Contraindicação:</p> <p>Deficiência de G6PD, hipersensibilidade à dapsona ou a compostos contendo sulfas, gestação, amiloidose renal avançada.</p>

15 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE ARV E OUTROS MEDICAMENTOS

As interações medicamentosas atualizadas podem ser consultadas em plataformas virtuais. Ex.: <https://interacoeshiv.huesped.org.ar/>

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

Fonte: adaptado de EACS Guideline, 2019. Disponível em: <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.0-portuguese.pdf>, a partir da p. 27.

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

16 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM AIDS AVANÇADA

16.1 DIAGNÓSTICO

Atenção primária (APS)

Unidades Básicas de Saúde

Atenção secundária

Serviço de Assistência Especializada (SAE)
Hospital-Dia; Urgência/Emergência

Atenção terciária

Hospitais

Diagnóstico e monitoramento de HIV e/ou aids

Diagnóstico de HIV/aids

Contagem de linfócitos T-CD4+ convencional BD ou Rápido Abbott Pima

Contagem de linfócitos T-CD4+ imunocromatográfico rápido VISITECT

Carga viral do HIV

Diagnóstico de infecções oportunistas (IO)

LF-LAM (tuberculose)

Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) em escarro

Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) em fluidos e tecidos

Baciloscopia, cultura para micobactérias

Radiografia de tórax

Biópsia e histopatológico

LF-CrAg (amostra sanguínea)

LF-CrAg (amostra líquor)

Antígeno urinário para histoplasmose

16.2 TRATAMENTO

Atenção primária (APS)

Unidades Básicas de Saúde

Atenção secundária

Serviço de Assistência Especializada (SAE)
Hospital-Dia; Urgência/Emergência

Atenção terciária

Hospitais

Tratamento

Tratamento HIV e/ou aids*

Profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima**

Tratamento preemptivo de doença criptocócica

Tratamento preventivo da tuberculose**

Tratamento da tuberculose pulmonar ativa**

Tratamento da tuberculose ativa extrapulmonar e/ou

Tratamento da tuberculose drogarresistente

Tratamento da tuberculose
meningoencefálica

Tratamento da meningite criptocócica

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

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

17 ESTRATÉGIAS DE REVINCULAÇÃO E RETENÇÃO NO CUIDADO

A **perda de vínculo com os serviços de saúde** é uma das maiores barreiras para a resposta à epidemia de HIV e aids no Brasil. Para reverter isso, a **gestão da revinculação e retenção** visa identificar rapidamente PVHA com sinais de descontinuidade do cuidado e implementar **estratégias intersetoriais, humanizadas e contextualizadas** que incentivem o retorno e a permanência no acompanhamento clínico.

Reconhecendo que fatores estruturais, sociais e subjetivos — como pobreza, estigma, discriminação, insegurança alimentar e violência — interferem diretamente na adesão, a estratégia deve adotar uma **abordagem integral** que articule saúde, assistência social, comunidade e território, e considerar as especificidades culturais e sociais da população em situação de maior vulnerabilidade.

1. Identificação e monitoramento

- Utilização do **Sistema de Monitoramento Clínico das PVHA (Simc)**, que integra dados laboratoriais e clínicos e sinaliza os casos com potenciais lacunas no cuidado;
- Identificação ativa de PVHA com imunossupressão grave, ausência de exames recentes, interrupção da T_{arv}, carga viral detectável ou sinais de falha terapêutica.

2. Busca ativa comunitária e intersetorial

- Contato telefônico ou por aplicativos de mensagem (WhatsApp, SMS);
- Visitas domiciliares, realizadas por profissionais da equipe de saúde ou em parceria com atenção primária à saúde, consultório na rua, sistema prisional, equipes multiprofissionais ou unidades móveis;
- Ações intersetoriais, com envolvimento da assistência social (CRAS/CREAS), serviços de abordagem social, conselhos tutelares, sistema de justiça e demais políticas públicas.

3. Identificação de fatores determinantes:

- Relacionados à PVHA: contexto social e psicológico, comorbidades, perda de seguimento prévio.
- Relacionados aos medicamentos: eventos adversos, absorção, interações medicamentosas, farmacocinética.
- Relacionados ao sistema de saúde: acesso, disponibilidade de insumos e profissionais, vinculação ao centro de tratamento.

4. Retenção e qualificação do seguimento

- Modelos de cuidado flexíveis e descentralizados, como horários alternativos, dispensação domiciliar ou entrega em farmácia satélite;
- Estratégias de cuidado compartilhado com a Atenção Primária à Saúde (APS), fortalecendo o seguimento longitudinal e a resolutividade no território.
- Educação permanente das equipes, com foco em acolhimento, manejo da aids avançada e enfrentamento do estigma;
- Monitoramento contínuo dos indicadores de adesão e desfecho terapêutico, via Simc, Siclom Aids Avançada e Pimc.

REINTRODUÇÃO DA TARV APÓS INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO

A adesão regular à Tarv é crucial para o sucesso do tratamento do HIV. A má adesão eleva significativamente os riscos de falha virológica, desenvolvimento de resistência aos antirretrovirais (ARV), transmissão de vírus resistentes, progressão da infecção, evolução para a aids e óbito.

A reintrodução da Tarv é uma das prioridades quando a pessoa vivendo com HIV e/ou aids retorna ao serviço de saúde. A escolha dos ARV que farão parte do esquema de reintrodução deve levar em consideração os motivos da interrupção de tratamento, as classes dos medicamentos em uso antes da interrupção e o histórico terapêutico e de testes de resistência.

Ver recomendações sobre esquemas de retomada após interrupção da Tarv no **PCDT Módulo I, capítulo 10**.

CRONOGRAMA DE CONSULTAS PARA PVHA COM AIDS AVANÇADA

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

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

18 SISTEMAS PARA ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E MONITORAMENTO



SIMC

Sistema de Monitoramento Clínico (Simc)

Identifica lacunas no cuidado das pessoas vivendo com HIV e/ou aids (PVHA), permitindo intervenções mais assertivas e precoces para revinculação e retenção. Constantemente aprimorado, o Simc agora incorpora novas bases de dados (SIM e Sinan HIV) e utiliza um método probabilístico para maior precisão na localização do cadastro de pacientes.

<https://simc.aids.gov.br/>



PIMC

Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids

Amplia a capacidade de análise epidemiológica, fortalecendo a tomada de decisão baseada em evidências e alinhada com a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/monitoramento-do-cuidado-do-hiv>



SICLOM Aids Avançada

Gerencia e qualifica registros de casos identificados com aids avançada. Apresenta campos referentes à avaliação clínica, testes rápidos, conduta e investigação complementar. Possibilita o acompanhamento de pessoas com aids avançada e infecções oportunistas no que se refere ao início rápido da terapia antirretroviral, início de profilaxias e condutas relacionadas.

<https://siclom-aids.aids.gov.br/#>



ASPECTOS ÉTICOS E SIGILO

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

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

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 9 abr. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Cuidado Contínuo das Pessoas Vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cuidado_continuos_pessoas_hiv.pdf. Acesso em: 9 abr. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília, DF: MS, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Micoses Sistêmicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 6. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2024. v. 2. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>. Acesso em: 9 abr. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**: Módulo I: Tratamento. Brasília, DF: MS, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf. Acesso em: 9 abr. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**: Módulo II: Coinfecções e Infecções Oportunistas. Brasília, DF: MS, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Modulo_2_2024_eletrnicoISBN.pdf/. Acesso em: 9 abr. 2026.
- EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY. **Linhas Orientadoras**. nov. 2019. EACS Guidelines 10.0. Disponível em: <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.0-portuguese.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2026.
- HRISHI, A. P.; SETHURAMAN, M. Cerebrospinal fluid (CSF) analysis and interpretation in neurocritical care for acute neurological conditions. **Indian Journal of Critical Care Medicine**, Mumbai, v. 23, p. S115-S119, 2019. Suppl. 2.
- PINNETTI, Carmela *et al.* Mpox as AIDS-defining event with a severe and protracted course: clinical, immunological, and virological implications. **The Lancet Infectious Diseases**, London, v. 24, n. 2, p. e127-e135, 2024.
- SHAHAN, B.; CHOI, E. Y.; NIEVES, G. Cerebrospinal fluid analysis. **American Family Physician**, Leawood, v. 103, n. 7, p. 422-428, 2021.
- STADELMAN-BEHAR, A. M. Diagnostic prediction model for tuberculous meningitis: an individual participant data meta-analysis. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, Deerfield, v. 111, n. 3, p. 546-553, 2024. DOI: 10.4269/ajtmh.23-0789.
- VIDAL, J. E. *et al.* Is it possible to differentiate tuberculous and cryptococcal meningitis in HIV-infected patients using only clinical and basic cerebrospinal fluid characteristics? **South African Medical Journal**, Pretoria, v. 107, n. 2, p. 156-159, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: recommendations for a public health approach**. 2. ed. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>. Acesso em: 9 abr. 2026.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. **Clique aqui** e responda à pesquisa.





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal