



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Assistência Médica



AVALIAÇÃO E MANEJO DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO HIV

Caderno de Exercícios Infecções Oportunistas para
Agentes de Medicina e Enfermeiros. Fevereiro 2011

Nome do Formando: _____

Data: ___/___/___

Prefácio

Apesar da rápida expansão do acesso aos cuidados e tratamentos para os doentes com HIV e SIDA observada nos últimos 5 anos, as elevadas e ainda crescentes taxas de infecção fazem desta pandemia o mais grave dos problemas de saúde pública em Moçambique, tornando-a numa das principais causas de morte de crianças, jovens e adultos.

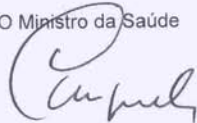
Assim, torna-se importante que todos os profissionais de saúde conheçam o comportamento da infecção pelo vírus do HIV, tanto a nível individual (na pessoa infectada) como a nível da comunidade (transmissão e disseminação da infecção), o que passa necessariamente pela capacitação de todos os profissionais que prestam cuidados de saúde as pessoas seropositivas.

No que concerne à prestação de cuidados de saúde e ao tratamento dos doentes com HIV, o Governo de Moçambique através do Ministério da Saúde, com o apoio dos parceiros de implementação, vem envidando esforços na capacitação de Médicos e Técnicos da Saúde; contudo o número de profissionais qualificados para atender a demanda, continua abaixo do necessário. Isso significa que o acesso aos cuidados de saúde de pessoas com HIV continua a ser limitado devido à falta de diversos tipos de recursos; da distância entre o local de residência dos utentes e a Unidade Sanitária, e de outros factores.

Com vista a ultrapassar estes constrangimentos, foi elaborado o presente Caderno de Exercícios, para permitir que os Agentes de Medicina e os Enfermeiros consolidem as suas habilidades e conhecimentos práticos administrados durante as formações teóricas.

Maputo, Novembro de 2010

O Ministro da Saúde



Dr. Alexandre Lourenço Jaime Manguela

Índice

Introdução ao HIV/ SIDA	
Módulo 1: Virologia e Imunologia	1
Módulo 2: Testagem, Aconselhamento e Adesão	3
Módulo 3: Abordagem do Doente HIV+ (1ª Parte)	
Unidade 3.1 Abordagem Clínica do Doente HIV+: Anamnese e Exame Físico	7
Unidade 3.2 Interpretação de Testes Laboratoriais.....	10
Introdução aos Algoritmos	17
Módulo 3: Abordagem do Doente HIV+ (2ª Parte)	
Unidade 3.3 Emergências no Doente HIV+.....	21
Unidade 3.4 Estadiamento Clínico.....	25
Módulo 4: Malária no Doente HIV+.....	33
Módulo 5: Patologias Constitucionais Associadas ao HIV	
Unidade 5.1 Febre no Doente HIV+.....	39
Unidade 5.2 Emagrecimento no Doente HIV+.....	48
Unidade 5.3 Anemia no Doente HIV+.....	56
Módulo 6: Doenças Respiratórias e Co Infecção HIV/TB	
Unidade 6.1: Doenças Respiratórias no Doente HIV+	61
Unidade 6.2: Infecção HIV/TB.....	64
Módulo 7: Patologias da Pele, Mucosas, Nódulos Linfáticos no Paciente HIV+	
Unidade 7.2 Doenças Dermatológicas no Doente HIV/SIDA.....	69
Unidade 7.3 Linfadenopatias.....	72
Unidade 7.4 Sarcoma de Kaposi.....	75
Módulo 8: Patologia Digestiva Associada ao HIV	
Unidade 8.1 Diarreia no Doente HIV+.....	77
Unidade 8.2 Dor Abdominal no Doente HIV+.....	80
Módulo 9: Manifestações Neurológicas no Doente HIV+	
Unidade 9.1 Problemas do SNC e Cefaleia.....	85
Unidade 9.2 Polineuropatia Periférica no Doente HIV +.....	88
Módulo 10 Tratamento do Doente HIV+	
Unidade 10.1 Prevenção das IOs e Profilaxia com Cotrimoxazol (CTZ).....	91
Unidade 10.2 Introdução ao Tratamento Anti-Retroviral (TARV).....	94
Unidade 10.3 Início do TARV.....	96
Unidade 10.4 Seguimento TARV e Falência Terapêutica.....	104
Unidade 10.5 Reações Adversas à Medicação.....	107
Unidade 10.6 Síndrome de Imuno-Restauração (SIR).....	113
Módulo 12: Cuidados Paliativos e Dor no paciente com HIV/SIDA:	
Unidade 12.1: Cuidados Paliativos geral.....	117
Unidade 12.2: A Dor no Paciente com HIV/SIDA	122
Respostas dos Exercícios.....	125
Anexos.....	155

Módulo 1

Virologia e Imunologia



Folha de Exercício – Dramatização Sobre o Fornecimento de Informação aos Doentes

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de fornecer aos doentes informações básicas sobre o significado de HIV e SIDA e a progressão da doença de forma simples e clara.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- Este exercício deverá ser resolvido em pares. Um membro do par deverá representar o papel do profissional de saúde e o outro, do doente.
- Faça uma representação em que o profissional de saúde explica ao doente um dos tópicos abaixo numa linguagem de fácil entendimento para o doente. Alterne os papéis e represente os próximos tópicos.

Lista de Conceitos:

- O que é o HIV e o SIDA?
- Como o HIV ataca ao organismo (sistema imunológico)?
- Quais são as formas de transmissão do HIV/SIDA e os factores que aumentam o risco de transmissão?
- Quais são os métodos para prevenir a infecção pelo HIV/SIDA?

Módulo 2
Testagem,
Aconselhamento e Adesão



Folha de Exercício – Benefícios e Barreiras para o Aconselhamento e Testagem para o HIV

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de identificar mecanismos para a redução de barreiras de acesso aos serviços de aconselhamento e testagem para o HIV na Unidade Sanitária e na comunidade.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo de quatro pessoas, elabore uma lista de benefícios e barreiras em fazer o teste de HIV. Apresente em plenária e discuta com os outros participantes.

GRUPO 1: Benefícios de fazer o teste para HIV:

GRUPO 2: Barreiras para o aconselhamento e testagem para o HIV:



Folha de Exercício – Atitudes sobre a Confidencialidade

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de reconhecer a importância da confidencialidade.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- Siga as instruções que o docente vai-lhe dar.
- No fim do exercício, discuta com o resto da turma e diga como se sentiu durante o exercício.
- Utilize o espaço abaixo para escrever o que aprendeu neste exercício em relação à confidencialidade.

NOTAS:

Módulo 3
Abordagem do Doente
HIV+

Unidade 3.1
Abordagem Clínica do
Doente HIV+: Anamnese e
Exame Físico



Folha de Exercício – Decisões Clínicas

Objectivo da Actividade: Com base no exercício atribuído, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de tomar decisões clínicas em diversas situações que possam ocorrer no seu dia-a-dia na clínica.

Tempo de Duração: 25 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupos, discuta como deve prosseguir em cada um dos casos abaixo, com base nos seus conhecimentos clínicos.

Caso 1:

Doente seropositiva com perda de peso importante, fraqueza do lado direito da face (começou ontem), e convulsões (começaram esta semana e continuaram no consultório).

Resposta:

Caso 2:

Doente seropositiva com lesões de candidíase oral, não consegue engolir (nem comida nem água) e está tão desidratada que não consegue caminhar.

Resposta:

Caso 3:

Doente com febre, dispneia, tosse, fraqueza, dor torácica, crepítantes, ferveores, tiragem intercostal, dificuldade em caminhar, e lábios cor azul.

Resposta:

Caso 4:

Doente com tosse crónica, suores nocturnos, e perda de peso.

Resposta:

Caso 5:

Doente com febre alta e cefaleia, sem sinais de perigo.

Resposta:

Caso 6:

Mulher de 23 anos, casada, sem menstruação depois de nascer o seu primeiro filho (no ano passado), já com sintomas de gravidez mas sem movimentos fetais.

Resposta:

Caso 7:

Doente com candidíase oral e dor ao engolir. Consegue comer e não apresenta desidratação.

Resposta:

Caso 8:

Doente com herpes Zóster, que apareceu há dois dias.

Resposta:

Unidade 3.2
Interpretação de Testes
Laboratoriais



Folha de Exercício – “Resultado Normal” no Laboratório Provincial

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve conhecer as definições do “resultado normal” usadas ao nível do laboratório provincial e aplicadas para análise e interpretação dos exames dos doentes segundo as suas competências.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- Em pares, preencha a tabela abaixo com base na lista de valores normais das análises do laboratório provincial distribuída pelo docente.
- Calcule os valores que representam os diversos “ALN” (acima dos limites normais). Não se esqueça de indicar as unidades de medição. Veja o exemplo abaixo.

Exemplo

Teste	Limites dos Resultados Normais	Limite superior dos resultados normais	1 – 1,5 x ALN (Grau I)	1,5-3,0 x ALN (Grau II)	3,0 – 6,0 x ALN (Grau III)	>6,0 x ALN (Grau IV)
Creatinina	Resultado: 0,2-1,5 Unidade de medição: mg/dL	1,5 mg/dL	1,5 – 2,25 mg/dL	2,25 – 4,5 mg/dL	4,5 – 9 mg/dL	>9,0 mg/Dl

Exercício:

Tabela para Transaminases:

Teste	Limites dos Resultados Normais	Limite superior dos resultados normais	1,5 – 2,5 x ALN	2,5 – 5,0 x ALN	5,0 – 10,0 x ALN	> 10,0 x ALN
ALT	Resultado: Unidade de Medição:					
AST	Resultado: Unidade de Medição:					

Tabela para Creatinina:

Teste	Limites dos Resultados Normais	Limite superior dos resultados normais	1 – 1,5 x ALN (Grau I)	1,5-3,0 x ALN (Grau II)	3,0 – 6,0 x ALN (Grau III)	>6,0 x ALN (Grau IV)
Creatinina	Resultado: Unidade de Medição:					

Tabela para Amilase ou Lipase:

Teste	Limites dos Resultados Normais	Limite superior dos resultados normais	1 – 1,5 x ALN (Grau I)	1,5-2,0 x ALN (Grau II)	2,0 – 5,0 x ALN (Grau III)	>5,0 x ALN (Grau IV)
Amilase	Resultado: Unidade de Medição					
Lipase	Resultado: Unidade de Medição:					



Folha de Exercício – Unidades de Medição

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de analisar e interpretar os resultados dos exames laboratoriais com base no guião do laboratório.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia os casos, analise e interprete os resultados dos exames laboratoriais.

Caso 1:

Samuel é um homem de 41 anos. Ele iniciou o TARV há 6 meses noutra província, e recentemente voltou para viver na província onde vive a sua família. Na consulta de seguimento, o clínico analisa os resultados da sua bioquímica e os resultados dos testes feitos antes de iniciar o TARV na outra província. Abaixo, são apresentadas três versões diferentes dos seus resultados de laboratório. O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve analisar cada versão e interpretar os resultados:

Pergunta 1: Se o resultado do ALT foi 5 U/L antes de iniciar o TARV, é 5,4 U/L hoje (depois de 6 meses de tratamento), como devemos interpretar este resultado?

Resposta: _____

Pergunta 2: Se o resultado do ALT foi 5 u/L antes de iniciar o TARV, é 5,4 $\mu\text{mol/L}$ hoje (depois de 6 meses de tratamento), como devemos interpretar este resultado?

Resposta: _____



Folha de Exercício – Relação entre Teste, Sistema Orgânico e Doença

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de estabelecer a relação entre Teste, Sistema Orgânico e Doença.

Tempo de Duração: 40 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia os casos abaixo e responda as perguntas.
- Utilize o guião de laboratório, na Unidade 3.2 do Manual de Referência.

Caso 1:

Liliana é uma mulher de 19 anos, seropositiva, que ainda não está a tomar nem Cotrimoxazol nem anti-retrovirais. Apresenta-se hoje no Banco de Socorros porque ultimamente anda muito cansada, com falta de ar (dispneia) que agrava com o exercício. Por exemplo, tem dispneia quando trabalha na machamba. Também tem muitas equimoses na pele (qualquer golpe leve deixa uma equimose) e a menstruação é excessiva. Por vezes sente que vai desmaiar. O clínico avalia o resultado do hemograma completo:

- Hemoglobina: 5,2 g/dl
- Neutrófilos (contagem de glóbulos brancos que são da classe de neutrófilos – lembre-se: não é o mesmo que a contagem de leucócitos): 900 cels/mm³
- Plaquetas: 72.000/ mm³

Pergunta 1: Os resultados do hemograma são normais ou anormais? Se anormais, descreva a(s) anormalidade(s).

Resposta: _____

Pergunta 2: Qual é a relação entre os sintomas do doente e os resultados do hemograma?

Resposta: _____

Pergunta 3: Em que estadio de SIDA está a Liliana?

Resposta: _____

Pergunta 4: Qual deve ser a conduta?

Resposta: _____

Caso 2:

Jorge é um homem de 35 anos, seropositivo, não faz o CTZ e nem está em TARV. Há um mês, começou a fase intensiva do tratamento para tuberculose. Vem à

primeira consulta no serviço de TARV. Tem muito cansaço físico. No exame físico, o clínico detecta icterícia e dor abdominal, principalmente do lado direito, ao nível das últimas costelas. Os resultados das transaminases são:

ALT 211 IU/L

AST 143 IU/L

Pergunta 1: Os resultados das transaminases são normais ou anormais? Se anormais, descreva a(s) anormalidade(s).

Resposta:

Pergunta 2: Qual é a relação entre os sintomas do doente e os resultados das transaminases?

Resposta:

Pergunta 3: Como é que se explicam esses resultados anormais?

Resposta:

Pergunta 4: Qual deverá ser a conduta?

Resposta:

Introdução aos Algoritmos



Folha de Exercício – Jogo de Algoritmos

Objectivo da actividade: Utilizar os algoritmos não clínicos, a título exemplificativo, para mostrar o raciocínio lógico que deve ser seguido para a tomada de decisões clínicas.

Tempo de Duração: 45 minutos

Instruções para o Formando:

- Em pares, leia os casos e responda as perguntas com base no algoritmo do “cheiro de fumo”.
- Consulte o algoritmo na página 18.
- Apresente e discuta as respostas em plenária.

Caso de Celestina 1

Celestina, que mora com quatro filhos e o seu parceiro, sente um cheiro de fumo quando estava a arrumar a casa. Uma das crianças queimou algo que estava por cima da mesinha no quarto. Se a Celestina consulta o algoritmo de “cheiro de fumo”:

- Em que caixa ela deve estar?

- De acordo com o algoritmo, o que fazer?

Caso de Celestina 2

Celestina, que mora com quatro filhos e o seu parceiro, sentiu um cheiro de fumo quando estava a arrumar a casa. Ao reparar no fogão, vê que não tinha limpo bem os restos de chima que tinham caído no dia anterior e que estavam a arder por causa do azeite que se tinha derramado. Se a Celestina consulta o algoritmo de “cheiro de fumo”:

- Em que caixa ela deve estar?

- De acordo com o algoritmo, o que fazer?

Caso de Celestina 3

Celestina, que mora com quatro filhos e o seu parceiro, sente um cheiro de fumo quando estava a arrumar a casa. Procura por toda a casa e não encontra a causa do cheiro. Sai para fora e repara que estão a fazer queimadas no quintal ao lado. O vizinho está ali a controlar o fogo com baldes de água, e tudo está certo. Se Celestina consulta o algoritmo de “cheiro de fumo”:

- Em que caixa ela deve estar?

- De acordo com o algoritmo, o que fazer?

Caso de Celestina 4

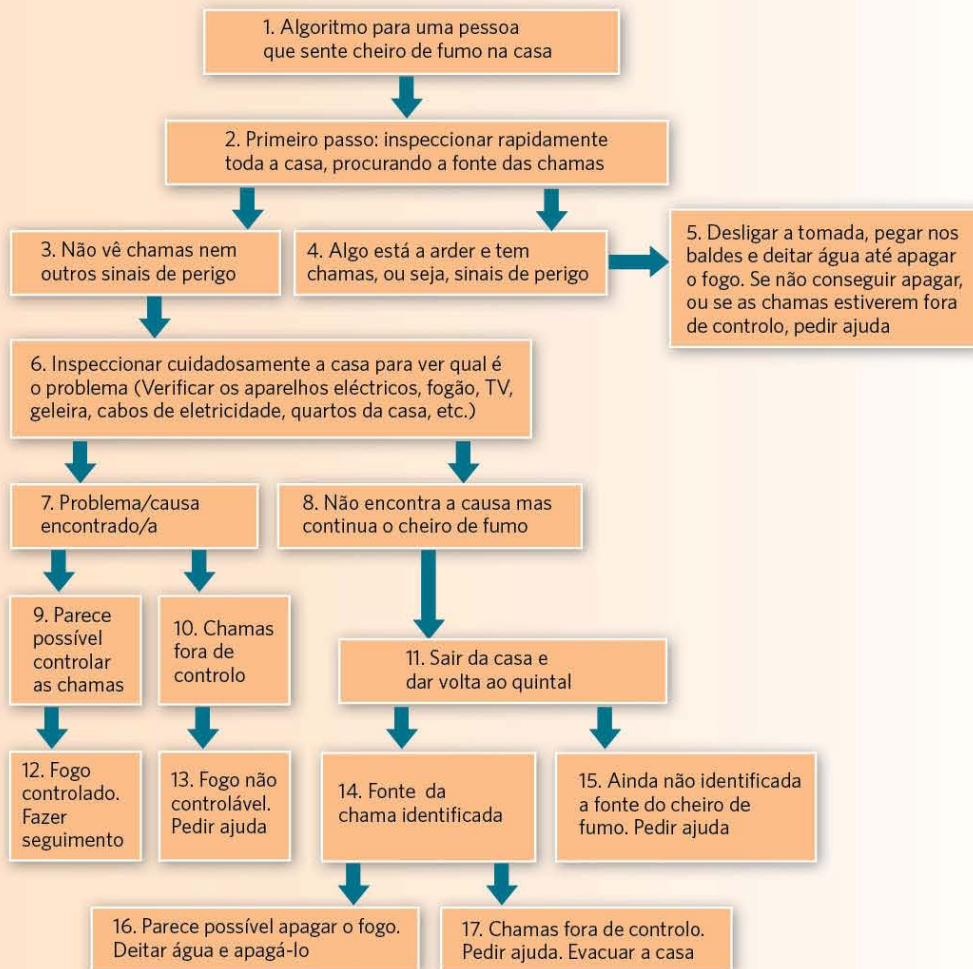
Celestina, que mora com quatro filhos e o seu parceiro, sente um cheiro de fumo quando estava a arrumar a casa. Procura por toda a casa e não encontra a causa do cheiro. Sai para fora e repara que estão a fazer queimadas no quintal ao lado. Os vizinhos não estão e o vento é muito forte, é uma situação perigosa se ninguém controlar o fogo. Se Celestina consulta o algoritmo de “cheiro de fumo”:

- Em que caixa ela deve estar?

- De acordo com o algoritmo, o que fazer?

Fluxograma para o Início do Uso dos Algoritmos: "Uma Pessoa que Sente Cheiro de Fumo"

V. Fevereiro 2011



Unidade 3.3
Emergências no Doente
HIV+



Folha de Exercício – O Que Fazer Perante Sinais de Perigo

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de reflectir sobre o diagnóstico, gestão e princípios gerais de cuidados dos doentes HIV+, através de estudos de caso.

Tempo: 25 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, preencha uma das tabelas abaixo indicando a entidade clínica ou sinal de perigo que identifica o caso clínico e a gestão e princípios gerais dos cuidados dos sinais de perigo, a partir dos casos apresentados.
- Consulte o Manual de Referência para informações sobre os sinais de perigo em doentes HIV+.

Caso 1:

Uma mulher HIV+ chega à Unidade Sanitária com febre de 40°C e com sinais de desidratação. A febre já tinha começado há dois dias. A doente está em TARV tomando a primeira linha há 16 meses, não tem profilaxia com CTZ e os últimos CD4 feitos há um mês eram de 530 cels/mm³. Não tem outros sinais nem sintomas. O plasmódio dá positivo +++.

Entidade Clínica ou Sinal de Perigo	Gestão

Caso 2:

Um doente de 43 anos de idade apresenta-se com emagrecimento significativo, diarreia e febre. Ele fez um teste de HIV há 6 meses e o resultado foi positivo. O doente já tinha sido atendido em consultas de triagem com diarreia persistente, mas ele não voltou para o seguimento. Ele afirma que tem perdido muito peso e que a diarreia nunca desaparece, assim como a febre, não tem vômitos nem tosse, não consegue caminhar devido à fraqueza e não está tomando o CTZ nem está a fazer o TARV. O peso registado na consulta é de 48 kg e a altura de 175 cm.

Entidade Clínica ou Sinal de Perigo	Gestão

Caso 3:

Um doente HIV+ em TARV que chega à Unidade Sanitária com dor torácica no hemitórax direito, dispneia, tosse e febre de 39,5°C há um dia e meio. Na auscultação pulmonar detectam-se ferveores crepitantes na base direita e está conservado o murmúrio vesicular. Observa-se cianose. A FR é de 36 r/min e a FC 138 l/m. Está a fazer a primeira linha de TARV há dois meses e tem tratamento profilático com CTZ. Os CD4 eram de 150 cels/mm³ na altura que começou o tratamento.

Entidade Clínica ou Sinal de Perigo	Gestão

Unidade 3.4

Estadiamento Clínico



Folha de Exercício – É Possível Estadiar?

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar o algoritmo de estadiamento e a tabela de estadiamento da OMS em doentes HIV+.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia os casos abaixo. Utilizando o algoritmo, indique em que caixa chegou e decida se é possível estadiar o doente descrito em cada caso ou se é preciso fazer mais exames para chegar a essa conclusão.
- Utilize o algoritmo de estadiamento e a tabela de estadiamento no Manual de Referência.

Caso 1

Doente seropositivo com tosse há três semanas, sem outros sinais nem sintomas. Nunca foi tratado para TB.

Pergunta 1: Em que caixa do algoritmo de estadiamento está a resposta?

Resposta:

Pergunta 2: É ou não é possível estadiar este doente?

Resposta:

Pergunta 3: São necessários testes, exames, ou provas terapêuticas adicionais? Quais?

Resposta:

Caso 2:

Doente seropositivo com febre e cefaleia severa. O teste rápido para malária é negativo.

Pergunta 1: Em que caixa do algoritmo de estadiamento está a resposta?

Resposta:

Pergunta 2: É ou não possível estadiar este doente?

Resposta:

Caso 3:

Doente com diarreia por 5 semanas. Ainda não foi tratado com nenhum antibiótico nem Metronidazol nem Cotrimoxazol. Não tem outro sinal nem sintoma de SIDA, além da perda de peso, mas não sabe quantos quilos perdeu.

Pergunta 1: Em que caixa do algoritmo de estadiamento está a resposta?

Resposta:

Pergunta 2: É ou não é possível estadiar este doente?

Resposta:



Folha de Exercício – Qual é o Estadio?

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de praticar a utilização do algoritmo de estadiamento e o estadiamento de doentes a partir de casos clínicos.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia os casos abaixo e determine o estadio clínico do doente, e se é possível estadiar com os dados clínicos.
- Consulte o algoritmo e as tabelas de estadiamento com os critérios diagnósticos das condições dos estadios clínicos da OMS no Manual de Referência.
- Resolva os casos a seguir respondendo as seguintes perguntas:
 1. Qual é o estadio do doente?
 2. Em que caixa do algoritmo de estadiamento está a resposta?
- Na resposta, indique a caixa do algoritmo a que chegou para identificar o estadio do doente, e o nome da condição que determina o estadio (usando a tabela).

Caso 1:

Mulher que aparece na consulta com disfagia (dor ao engolir) e presença de candidíase oral. Depois de ter feito o tratamento com Fluconazol por 10 dias, a doente consegue engolir os alimentos sem dor.

Respostas:

Estadio: _____

Número da Caixa: _____

Nome da Condição: _____

Caso 2:

Mulher diagnosticada com tuberculose peritoneal e ganglionar cervical que está a receber tratamento há dois meses, com boa resposta ao mesmo. As adenopatias estão a reduzir, e as moléstias abdominais melhoraram.

Respostas:

Estadio: _____

Número da Caixa: _____

Nome da Condição: _____

Caso 3:

Homem, com Hb 13 g/dl, herpes Zóster no mês passado que motivou a realização de teste HIV, sendo o resultado positivo. Nega outros problemas. No exame físico só destaca a cicatriz do herpes Zóster, sem outras alterações.

Respostas:

Estadio: _____

Número da Caixa : _____

Nome da Condição: _____

Caso 4:

Homem de 27 anos. Hb 12g/dl. Vai à consulta queixando-se de dor abdominal que começou há quatro dias. Nega outras manifestações clínicas. A exploração física tem abdómen mole e ligeiramente doloroso à palpação. Hepatomegalia de 3 cm. Só refere ter recebido o tratamento para tuberculose quando criança.

Respostas:

Estadio: _____

Número da Caixa: _____

Nome da Condição: _____



Folha de Exercício – Qual é o Estadio para as Seguintes Situações Clínicas?

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de utilizar as tabelas de estadiamento em determinadas situações clínicas.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia cada uma das situações clínicas apresentadas abaixo e procure nas tabelas de estadiamento clínico da OMS qual seria o estadio para cada situação clínica dada.

Situação clínica	Estadio (I, II, III, IV ou não corresponde a nenhum estadio clínico)
1. Infecção por herpes simplex genital de 45 dias de duração	
2. Pneumonia bacteriana aguda e severa com resposta aos antibióticos; um só episódio (não repetido)	
3. Anemia de (<8 g/dl) sem explicação por outra doença não relacionada com HIV. Sem resposta à suplementação com ferro e vitaminas, antimaláricos e antiparasitários (segundo protocolos nos guias nacionais e outros).	

4. Doença inflamatória pélvica severa	
5. Diarreia crônica inexplicada de mais de um mês, acompanhada de emagrecimento evidente e com $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$	
6. Febre ou suores noturnos por mais de um mês sem outras causas e sem resposta a antibióticos e antimaláricos sem perda de peso evidente e $IMC > 18,5 \text{ kg/m}^2$	
7. Aumento de linfónodos de 1,5 cm nas duas virilhas por 3 meses, sem dor.	
8. Polineuropatia periférica causada pelo HIV	

Módulo 4

Malária no Doente HIV+



Folha de Exercício – Interações entre Malária e HIV: Pensando nas Possíveis Implicações

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de compreender as interações entre malária e HIV e possíveis implicações no doente HIV+.

Tempo de Duração: 15 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, responda as perguntas abaixo indicadas.
- Use a informação adicional no Manual de Referência no Módulo 4: *Malária no Doente HIV+*.
- Registe as respostas no seu caderno de exercícios para posterior debate.

Aparentemente a carga viral (quantidade de vírus no sangue de uma pessoa infectada) sobe durante um episódio de malária sintomática, e não baixa até semanas depois de tratamento.

Pergunta 1: Quais são as possíveis implicações em relação à transmissão sexual do HIV? O risco de transmissão provavelmente vai subir ou vai baixar durante e após um episódio de malária?

Resposta:

Pergunta 2: Quais são as implicações da interacção entre o HIV/SIDA e malária em Moçambique? A epidemia de malária provavelmente vai crescer ou vai diminuir durante a epidemia de HIV/SIDA?

Resposta:

Pergunta 3: Quais são as possíveis implicações da relação entre o HIV e a malária na gravidez para o padrão de anemia materna e baixo peso ao nascer em Moçambique? Provavelmente, estas complicações da gravidez vão crescer ou diminuir?

Resposta:

Pergunta 4: Se um doente HIV+ tiver malária sintomática quando se apresenta para a consulta de estadiamento, será o momento ideal para fazer o teste da contagem de CD4?

Resposta:



Folha de Exercício – Casos Clínicos sobre o Tratamento da Malária

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar os algoritmos de malária para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 15 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo. Resolva o caso atribuído, com base num determinado algoritmo, rejeitando os caminhos que não se aplicam à situação descrita.
- Indique a caixa a qual chegou.

Caso 1:

Um homem seropositivo, em profilaxia com Cotrimoxazol. Não toma outros medicamentos, como anti-retrovirais e Rifampicina. Actualmente apresenta-se com malária simples, confirmada com o teste rápido. Na farmácia local, as duas opções que tem disponíveis são Fansidar+Artesunato e Coartem.

Pergunta 1: Qual é o antimalárico que deve receber? Qual seria o antimalárico que deveria evitar? Qual é o algoritmo consultado? E em que caixa desse algoritmo está?

Resposta:

Caso 2:

Um homem seropositivo, em profilaxia com Cotrimoxazol. Não toma outros medicamentos, como anti-retrovirais e Rifampicina. Apresenta-se na Unidade Sanitária com febre (temperatura 39,2°C), sem sinais de perigo. O teste rápido é negativo. Na farmácia local, o único antimalárico que tem disponível hoje é Fansidar+Artesunato. Não há outra farmácia no distrito, nem outra fonte de antimaláricos.

Pergunta 1: Deve prescrever Fansidar+Artesunato? Que algoritmo deve ser usado para resolver este caso? E em que caixa desse algoritmo está?

Resposta:

Caso 3:

Uma mulher grávida de 7 meses, seropositiva, com malária simples. Não está a tomar Cotrimoxazol, Rifampicina e nem está a fazer o TARV. Recebeu a última dose de Fansidar preventivo há duas semanas. Na farmácia, tem Fansidar+Amodiaquina e tem Coartem (Artemether+Lumefantrina).

Pergunta 1: Qual é o antimalárico que ela deve receber? Que algoritmo deve ser usado para resolver esse caso? E em que caixa desse algoritmo está?

Resposta:

Caso 4:

Uma senhora, seropositiva, não grávida, com tuberculose e malária severa (edema pulmonar), confirmado com hematozoário e teste rápido. Está a tomar os quatro medicamentos da fase intensiva do tratamento de TB. Não está a tomar anti-retrovirais nem Cotrimoxazol. Na farmácia, há quinino e Coartem.

Pergunta 1: Qual é o antimalárico que deve receber? Em que caixa do algoritmo está?

Resposta:

Caso 5:

Um senhor de 38 anos, seropositivo, no estadio IV da OMS. Acaba de iniciar o TARV com D4T, 3TC, NVP e está a tomar Cotrimoxazol. Actualmente tem malária simples, confirmada com hematozoário. Os dois antimaláricos que existem na farmácia são Coartem e Artesunato+Fansidar. No kit de medicamentos para ITS, há Doxiciclina.

Pergunta 1: Qual é o antimalárico que deve receber? Que algoritmo deve ser usado para resolver esse caso? E em que caixa desse algoritmo está?

Resposta:

Caso 6:

Pedro tem 23 anos, é seropositivo, assintomático, com CD4 de 506 cels/mm³. Não está a fazer o tratamento com CTZ nem TARV nem medicamentos para TB. Começou ontem com cefaleia, febre alta e dores musculares generalizadas. No centro de saúde, o teste rápido de malária foi positivo.

Pergunta 1: Qual é o tratamento a dar para a malária? Em que caixa está?

Resposta:

Pergunta 2: O que deve recomendar o Agente de Medicina ou Enfermeiro para prevenir a malária no futuro?

Resposta:

Caso 7:

Mulher de 25 anos de idade, grávida, seropositiva, estadio IV, testada há um ano e meio após um episódio de malária grave. Está a fazer o TARV há 6 semanas. Não estava a tomar CTZ, nem usa rede mosquiteira. Há 10 dias, teve outro episódio de malária e foi tratada com Coartem e iniciaram o CTZ. Aparece hoje à consulta na Unidade Sanitária por apresentar febre (39,1°C) com vesículas na boca, nos olhos, e nos genitais. Seu teste rápido é positivo, mas o hematozoário é negativo.

Pergunta 1: Qual é o diagnóstico da doente?

Resposta:

Pergunta 2: O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro para tratar da doente?

Resposta:

Pergunta 3: O que deve recomendar à doente para prevenir a malária no futuro?

Resposta:

Pergunta 4: Que algoritmo se trata? E em que caixa desse algoritmo estamos?

Resposta:

Módulo 5
Patologias
Constitucionais
Associadas ao HIV

Unidade 5.1
Febre no Doente HIV+



Folha de Exercício – Febre com ou sem Causa Aparente (Focalização)

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de compreender a diferença entre “febre com causa localizada (focalização)” e “febre sem causa (focalização) aparente”.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para Formando:

- Leia os seguintes casos clínicos e indique em quais é que se pode identificar uma provável causa (ou focalização) da febre e em quais não.
- Justifique a resposta dada para cada caso.

Caso 1:

Homem de 61 anos, HIV+, T 39,1°C, com tosse crónica durante dois meses, suores nocturnos, expectoração BK+, e ferveores crepitantes à auscultação pulmonar.

Pergunta 1: A febre tem uma causa provável?

Resposta:

Pergunta 2: Se sim, qual é a causa provável?

Resposta:

Pergunta 3: Se sim, quais os achados da história médica (anamnese) que indicam a causa provável (se tiver)?

Resposta:

Pergunta 4: Se sim, quais são os achados do exame físico que indicam a causa provável (se tiver)?

Resposta:

Pergunta 5: Se sim, quais são os achados dos testes laboratoriais que indicam a causa provável?

Resposta:

Pergunta 6: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve fazer algo mais para confirmar a causa da febre?

Resposta:

Caso 2:

Mulher de 31 anos, HIV+, T 38,9°C, com dor abdominal e corrimento vaginal verde há três dias depois de um parto complicado.

Pergunta 1: A febre tem uma causa provável?

Resposta:

Pergunta 2: Se sim, qual é a provável causa?

Resposta:

Pergunta 3: Se sim, quais os achados da história médica (anamnese) que indicam a causa provável (se tiver)?

Resposta:

Pergunta 4: Se sim, quais os achados do exame físico que indicam a causa provável (se tiver)?

Resposta:

Pergunta 5: Se sim, quais são os achados dos testes laboratoriais que indicam a causa provável?

Resposta:

Pergunta 6: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve fazer algo mais para confirmar a causa da febre?

Resposta:

Caso 3:

Criança de 8 anos, HIV+, T 39,0°C, com dor e corrimento purulento no ouvido esquerdo.

Pergunta 1: A febre tem uma causa provável?

Resposta:

Pergunta 2: Se sim, qual é a provável causa?

Resposta:

Pergunta 3: Se sim, quais os achados da história médica (anamnese) que indicam a causa provável (se tiver)?

Resposta:

Pergunta 4: Se sim, quais os achados do exame físico que indicam a causa provável (se tiver)?

Resposta:

Pergunta 5: Se sim, quais os achados dos testes laboratoriais que indicam a causa provável?

Resposta:

Pergunta 6: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve fazer algo mais para confirmar a causa da febre?

Resposta:

Caso 4:

Homem de 22 anos, HIV+, T 39,1°C, suores, arrepios de frio, cansaço. Não tem evidência de sinusite, faringite, otite, meningite, pneumonia, infecção gastrointestinal, erupção cutânea, ou ITS. O teste rápido de malária é negativo, a punção lombar é normal, a radiografia dos pulmões é normal, BK negativos em duas amostras.

Pergunta 1: A febre tem uma causa provável?

Resposta:

Pergunta 2: Se sim, qual é o provável foco?

Resposta:

Pergunta 3: Se sim, quais são os achados da história médica (anamnese) que indicam a causa provável (se tiver)?

Resposta:

Pergunta 4: Se sim, quais são os achados do exame físico que indicam a causa provável (se tiver)?

Resposta:

Pergunta 5: Se sim, quais são os achados dos testes laboratoriais que indicam a causa provável?

Resposta:

Pergunta 6: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve fazer algo mais para confirmar a causa da febre?

Resposta:



Folha de Exercício – Casos Clínicos para Trabalhar com Algoritmos de Febre

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar os algoritmos da Febre para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo. Resolva o caso atribuído, com base nos algoritmos, rejeitando os caminhos que não se aplicam à situação descrita.
- Consultar as Tabelas 1 e 2 na Unidade 4.1 no Manual de Referência sobre sinais e sintomas comuns do doente febril.

Caso 1:

Maria é uma mulher de 25 anos, seropositiva, residente na Província de Cabo Delgado. Depois de 8 meses de ausência, aparece na consulta da Unidade Sanitária por ter piorado clinicamente. Refere febre há uns dois meses, com emagrecimento acentuado. No último mês, ela esteve na triagem de adultos e no Banco de Socorros em várias ocasiões, e recebeu tratamento com antimaláricos (Fansidar + Artesunato por duas vezes e Coartem uma vez), porém não registou melhorias. Na última consulta de triagem, o Agente de Medicina ou Enfermeiro solicitou análise de sangue para a pesquisa do plasmódio e o resultado foi negativo.

Pergunta 1: Qual dos dois algoritmos de febre é aplicável, e por quê?

Resposta:

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo seleccionado na Pergunta 1 está a doente, e o que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta:

Caso 2:

Armando é um homem de 42 anos, seropositivo, CD4 112. A sua esposa e o seu irmão vêm com ele à consulta TARV, porque está tão fraco que não consegue caminhar sozinho nem ficar de pé. A sua temperatura axilar é 38,7°C e está com suores. Parece letárgico e quase não responde a perguntas. A família explica que esta doença começou ontem à noite.

Pergunta 1: Qual dos dois algoritmos de febre é aplicável, e por quê?

Resposta:

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo seleccionado na Pergunta 1 está o doente, e que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta:

Pergunta 3: Já podemos identificar a causa desta febre? Se sim, qual é a causa provável? Se não, quais são as outras possibilidades que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve investigar?

Resposta:

Caso 3:

Teresa é uma mulher seropositiva, seu CD4 é 203 cels/mm³, toma Cotrimoxazol diário (iniciou há dois meses) e faz o TARV (iniciou há um mês). Hoje, vem à consulta do serviço de TARV porque tem náuseas, dor abdominal, fadiga, erupção cutânea, e febre. Os sintomas começaram há cinco dias e estão a piorar. Ainda não tomou nada para tratar esta doença nem sabe o que deve tomar. Numa avaliação rápida, o Agente de Medicina ou Enfermeiro confirma que consegue caminhar sem ajuda, não parece letárgica, fala bem, o pescoço é flexível, tem dor abdominal mas aparentemente não tem abdómen cirúrgico, respira sem dificuldade, e nunca teve convulsões.

Pergunta 1: Qual dos dois algoritmos de febre é aplicável, e por quê?

Resposta:

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo seleccionado na Pergunta 1 está a doente, e que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta:

Pergunta 3: Já podemos identificar a causa deste febre? Se sim, qual é a causa provável? Se não, quais são as outras possibilidades que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve investigar?

Resposta:

Caso 4:

Eduardo é um homem de 21 anos, seropositivo, seu CD4 é 341 cels/mm³. Está a tomar CTZ, mas não está a fazer o TARV, porque nunca foi sintomático. Hoje vem a consulta do serviço de TARV porque apresenta sintomas de febre e tosse (seca) pela primeira vez. Os sintomas começaram há dois dias. Não tem sinais de perigo. O Agente de Medicina ou Enfermeiro faz uma avaliação completa. Os achados anormais são: temperatura 38,1°C, tosse seca, ferveores crepitantes da metade inferior do pulmão esquerdo, com frequência respiratória rápida mas sem dispneia importante. Faz o teste rápido para malária, e o resultado é positivo.

Pergunta 1: Qual dos dois algoritmos de febre é aplicável, e por quê?

Resposta:

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo seleccionado na Pergunta 1 está o doente?

Resposta:

Pergunta 3: Já podemos identificar a causa desta febre? Se sim, qual é a causa provável? Se não, quais são as outras possibilidades que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve investigar?

Resposta:

Pergunta 4: O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro, e por quê?

Resposta:

Caso 5:

Jorge é um homem de 35 anos, seropositivo (testado há uma semana), CD4 292 cels/mm³. Não está a tomar o CTZ nem está a fazer o TARV. É a sua primeira consulta depois de ter sido testado. Apresenta-se com febre, arrepios de frio e mal-estar há uma semana. Não tem sinais de perigo. Depois de uma avaliação completa, o Agente de Medicina ou Enfermeiro só encontra as seguintes anormalidades: temperatura 38° C, cicatrizes de herpes Zóster (já sanado) no tórax, e IMC 17,4 kg/m². O teste rápido para malária é negativo. O hematozoário também é negativo. O doente não usa rede mosquiteira. Vive a um quarteirão do centro de saúde.

Pergunta 1: Qual dos dois algoritmos de febre é aplicável, e por quê?

Resposta:

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo seleccionado na Pergunta 1 está o doente?

Resposta:

Pergunta 3: Já podemos identificar a causa desta febre? Se sim, qual é a causa provável? Se não, quais são as outras possibilidades que o Agente ou Enfermeiro deve investigar?

Resposta:

Pergunta 4: O que deve fazer o Agente ou Enfermeiro, e por quê?

Resposta:

Caso 6:

Caso Jorge (continuação). O Agente de Medicina ou Enfermeiro prescreveu Amoxycrav por 10 dias, e Jorge tomou cada dose sem falhar. Também iniciou o Cotrimoxazol, porque o CD4 foi <350 cels/mm³. Uma semana depois de terminar o antibiótico, Jorge voltou para seguimento, ainda com febre. Ainda não tinha sinais de perigo. A radiografia do tórax e os BK saíram negativos (normais). Desta vez, o teste para malária saiu positivo. O Agente de Medicina ou Enfermeiro prescreveu antimaláricos (evitando Fansidar). Jorge tomou todos os antimaláricos correctamente, mas uma semana depois, estava ainda com febre (39,1°C). O teste rápido para malária ainda era positivo, mas a lâmina não revelou parasitemia. O IMC foi 17,0 kg/m².

Pergunta 1: Qual dos dois algoritmos de febre é aplicável, e por quê?

Resposta:

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo seleccionado na Pergunta 1 está o doente?

Resposta:

Pergunta 3: Já podemos identificar a causa desta febre? Se sim, qual é a causa provável? Se não, quais são as outras possibilidades que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve investigar?

Resposta:

Pergunta 4: O que deve fazer o Agente ou Enfermeiro, e por quê?

Resposta:

Unidade 5.2
Emagrecimento no Doente
HIV+



Folha de Exercício – Caquexia ou “Síndrome de Caquexia de SIDA”

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve entender a diferença entre caquexia e “síndrome de caquexia de SIDA.”

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada individualmente.
- A partir do caso atribuído, identifique a causa de baixo peso no doente, e classifique-o como “caquexia” ou “síndrome de caquexia de SIDA” ou as duas condições ao mesmo tempo.

Definição de “caquexia”:

“Estado de extrema fraqueza devido à doença prolongada (câncer, tuberculose, anemia, etc.) ou à grande desnutrição por alimentação deficiente” (Referência: Manuel Freitas e Costa, Dicionário de Termos Médicos)

Caso 1:

Afonso, um homem de 59 anos, sempre fumava cigarros. Tem factores de risco para HIV/SIDA, mas seu teste para HIV foi negativo há pouco tempo. Agora, tem um tumor maligno muito grande no esófago; quase não consegue engolir. Seus médicos dizem que o tumor é tão grande que não há tratamento. Está a perder peso; agora seu IMC é 15,2 kg/m². Sente-se muito fraco.

Pergunta 1: Qual é a causa (ou causas) provável da perda de peso?

Resposta:

Pergunta 2: Tem “caquexia” ou “síndrome de caquexia de SIDA”, ou as duas coisas?

Resposta:

Pergunta 3: Justifique a resposta dada à Pergunta 2.

Resposta:

Caso 2:

Raquel, uma mulher de 28 anos, foi diagnosticada com HIV na sua primeira gravidez, há 9 anos. Nunca fez o TARV. Ultimamente, está a perder peso e a sentir-se fraca. Tem placas brancas na boca, com dor e dificuldade para engolir. Seu IMC é 15,9 kg/m². Tem emagrecimento visível da face e dos membros. O último CD4 foi 41 cels/mm³. Não tem outro sinal nem sintoma de complicações de SIDA (foi feita uma avaliação completa).

Pergunta 1: Qual é a causa (ou causas) provável da perda de peso?

Resposta:

Pergunta 2: Tem “caquexia” ou “síndrome de caquexia de SIDA”, ou as duas coisas?

Resposta:

Pergunta 3: Justifique a resposta dada para a Pergunta 2.

Resposta:

Caso 3:

Pedro, um homem de 30 anos, é seropositivo, seu CD4 é 149 cels/mm³. Há quatro meses foi diagnosticado com Tuberculose Pulmonar, BK +. Começou a fase intensiva. O BK de controlo foi negativo por duas vezes. A radiografia do tórax está a melhorar. Já não tem tosse nem hemoptise nem dor torácica. Porém ainda tem febres repetidas e está ainda a perder peso – já perdeu 14% do seu peso original. Antes da doença actual, era gordo, e seu IMC agora é 23,7 kg/m². Não tem outros sinais nem sintomas. Depois de tomar antibióticos e antimaláricos, continua com febre e ainda está a perder peso.

Pergunta 1: Qual é a causa (ou causas) provável da perda de peso?

Resposta:

Pergunta 2: Tem “caquexia” ou “síndrome de caquexia de SIDA”, ou as duas coisas?

Resposta:

Pergunta 3: Justifique a resposta dada à Pergunta 2.

Resposta:



Folha de Exercício – Cálculo e Interpretação do IMC

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de calcular e interpretar o IMC nos doentes HIV+.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada individualmente.
- Resolva o caso atribuído, calcule o IMC, compare os valores obtidos com os valores da tabela de IMC no MR, preencha a tabela e tire as conclusões.

O **índice de massa corporal (IMC)** é uma medida internacional usada para calcular o peso duma pessoa em relação à sua altura. Este é o método mais prático para avaliar o grau de risco associado tanto à obesidade como ao emagrecimento extremo. A razão é a seguinte: Entre dois adultos com o mesmo peso, um pode ser gordo, e o outro pode ser magro, dependendo da altura. O IMC nos permite avaliar os parâmetros de peso e a altura em simultâneo.

Método de cálculo: A fórmula para descobrir o IMC de um indivíduo é a seguinte:

$$IMC = \frac{Massa}{Altura^2}$$

onde a massa está em quilogramas (kg) e a altura está em metros quadrados (m²).

Ou

IMC = (Peso/Altura)/Altura (peso dividido pela altura, dividido outra vez pela altura

Ou

$$IMC = \frac{Peso}{Altura * Altura}$$

Matematicamente, as três expressões acima são equivalentes.

Exemplos:

Para uma pessoa com 80kg e 2,0m de altura (sabemos que esta pessoa provavelmente não exista, pelas medidas; usamos este exemplo fictício porque os números são fáceis de calcular sem máquina calculadora):

$$IMC = (80kg/2,0m)/2,0m = (80/2)/2 \text{ kg/m}^2 = 40/2 \text{ kg/m}^2 = 20 \text{ kg/m}^2$$

Para uma pessoa com 58 quilos e 1,60 metro de altura:

$$IMC = (58kg /1,60m)/1,60m = (58/1,6)/1,6 \text{ kg/m}^2 = 36,25/1,6 \text{ kg/m}^2 = 22,7 \text{ kg/m}^2$$

O resultado é comparado com uma tabela que indica o grau de obesidade do indivíduo.

Categoria	IMC
Magreza extrema (muitas vezes emergência médica)	menor que 16,0 kg/m ²
Desnutrição importante (avaliar para condições de estadio III ou IV)	de 16,0 a 18,49 kg/m ²
Sem desnutrição importante	de 18,5 a 24,99 kg/m ²
Excesso de peso ou obesidade	25 kg/m ² ou mais

Exercício

Use os dados de peso e a altura apresentados na tabela abaixo para calcular o IMC e, para estimar o resultado, use as tabelas do Manual de Referência. A seguir, responda a pergunta colocada.

Doentes	Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC (kg/m²) calculado pelo AM/Enfer	IMC (kg/m²) da tabela do MR	Categoria nutricional (da tabela acima)
1	42	1,62			
2	54	1,50			
3	63	1,72			
4	81	1,69			
5	49	1,63			
6	38	1,70			

Pergunta 1: Os doentes 3, 4, e 6 têm quase a mesma altura, mas os seus IMC são muito diferentes. Por quê?

Resposta:



Folha de Exercício – Casos Clínicos

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar o algoritmo de emagrecimento/baixo peso para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo
- A partir do caso atribuído, cada grupo deverá responder as perguntas com base nos algoritmos e no Manual de Referência
- Responda as perguntas antes de ler a próxima parte do caso

Caso Clínico 1:

Leda é uma doente de 28 anos. Ela teve parto há 9 meses, e a criança morreu pouco tempo após o parto. Foi uma gravidez de termo, mas a criança nasceu com baixo peso acentuado. A Leda foi testada para o HIV nessa mesma altura e o resultado foi positivo.

A Leda é casada e o seu marido trabalha na fábrica de algodão e na machamba. Tem outros três filhos, todos menores de 5 anos. Desde o último parto ela não se sente bem. Durante a primeira consulta nos Serviços de TARV ela refere perda peso, e que no último mês, a perda foi muito acentuada. Também queixa-se de ter grandes dificuldades para engolir. Sente dor quando tenta engolir alimentos sólidos como chima, pão ou feijão, pelo que só come papinha de milho. Ultimamente, nem consegue engolir a papinha. Não tem febre, diarreia nem suores nocturnos.

Exame Físico:

- Caquexia visível da face
- Peso: 36kg
- Altura: 152cm
- Placas brancas na boca

Perguntas:

Pergunta 1: Calcule o IMC da doente.

Resposta: _____

Pergunta 2: Qual/Quais são os diagnósticos desta doente?

Resposta: _____

Pergunta 3: Qual é o tratamento imediato? E o que fazer a longo prazo?

Resposta: _____

Pergunta 4: Em qual caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Evolução:

Três semanas depois de sair do hospital, a doente volta à consulta e diz ter melhorado. Consegue engolir alimentos sólidos, mas ainda sente-se muito fraca. No hospital, receberam o Cotrimoxazol, mas não os ARVs.

Novo peso: 44 Kg

Pergunta 1: Qual é o IMC desta doente agora?

Resposta: _____

Pergunta 2: Qual é o seu estadio?

Resposta: _____

Pergunta 3: Tem síndrome de caquexia? (Justifique a sua resposta)

Resposta: _____

Pergunta 4: O que vamos fazer agora?

Resposta: _____

Caso 2:

Júlio é um homem de 29 anos. Trabalha como agente de medicina. É seropositivo, anteriormente estava no estadio I. Presentemente, há um surto de cólera no seu distrito. Ele mesmo teve cólera há duas semanas. Estava tão doente que não conseguia comer nem beber, e perdeu 4 kg. Tomou antibióticos e fez a reidratação oral. Já pode comer e não tem diarreia. Hoje o seu peso é 58kg, e a sua altura é de 1,70 m.

Pergunta 1: Em que estadio se encontra actualmente o Júlio? O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro que atende Júlio agora?

Resposta: _____

Pergunta 2: A que caixa do algoritmo chegou?

Resposta: _____

Caso 3:

Sandra é uma mulher de 41 anos. Teve tuberculose com derrame pericárdico há 1 ano e 8 meses, e foi tratada. Foi testada para HIV quando tinha TB, e o resultado foi positivo, com CD4 361 cels/mm³. Sentia-se bem, e voltou a trabalhar numa loja. Não fez seguimento no serviço de TARV porque não queria aceitar seu diagnóstico. Ultimamente, está a perder peso e a roupa fica folgada. Não tem sintomas de TB agora. O Agente de Medicina ou Enfermeiro faz uma avaliação completa. Não há sinal nem sintoma de nenhuma IO ou outra doença, além da perda de peso. A sua altura é de 1,56 m e o peso é 42,5 kg. O CD4 agora é 221 cels/mm³.

Pergunta 1: Qual é o IMC desta doente?

Resposta: _____

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Pergunta 3: Em que estadio está, e por quê?

Resposta: _____

Pergunta 4: Qual é o tratamento indicado?

Resposta: _____

Unidade 5.3
Anemia no Doente HIV+



Folha de Exercício – Causas de Anemia

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar o algoritmo de Anemia para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo. Resolva o caso atribuído com base no algoritmo de Anemia.
- Preencha a tabela com as respostas.
- Escreva o número da caixa a qual chegou.

Caso 1: Fátima

Fátima, mulher de 23 anos, grávida, HIV+, CD4 275 cels/mm³. Antes do início da clínica actual, estava clinicamente estável, no estadio I. Não utiliza rede mosquiteira. Não toma nem Fansidar nem CTZ preventivo. Há dois dias tem febre (39,2° C), arrepios, cefaleia, e falta de ar. A sua hemoglobina hoje é 6,8 g/dl.

Pergunta 1: Qual é a causa provável da anemia?

Resposta: _____

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Pergunta 3: Como manejarias este caso?

Resposta: _____

Caso 2: Ferrão

Doente de 27 anos, homem, HIV+. Ainda não está a tomar CTZ nem TARV. A sua contagem CD4 é de 190 cels/mm³, e a hemoglobina é de 7,7 g/dl. Tem febre, perda de peso, suores nocturnos, tosse há 7 semanas. No hemograma, observa-se uma contagem de plaquetas de 35.000 cels/mm³ e leucócitos de 2.200 cels/mm³. A lâmina para malária e o teste rápido são negativos.

Pergunta 1: Qual é a causa provável da anemia?

Resposta: _____

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Pergunta 3: Como manejaria este caso?

Resposta: _____

Caso 3: Olívio

Doente de 30 anos, HIV+, CD4 17 cels/mm³, com caquexia. Recentemente teve tuberculose abdominal, que foi tratada. Começou o TARV com d4T+3TC+NVP há duas semanas. Já vem tomando Cotrimoxazol há muitos meses. Hoje, diz que se sente fraco, falta-lhe ar, e tem sangramento intestinal há cinco dias. A hemoglobina é 5 g/dl.

Pergunta 1: Qual é a causa provável da anemia?

Resposta: _____

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Pergunta 3: Como manejaria este caso?

Resposta: _____

Caso 4: Lurdes

Doente de 29 anos, começou TARV (ZDV+3TC+NVP) há 4 semanas. Antes de iniciar o TARV, tinha um nível de hemoglobina de 10,0 g/dl e neuropatia periférica. Hoje, a sua hemoglobina é 6,0 g/dl. Não tem febre, dor, suores nocturnos, sangramento, ou outro sintoma além de cansaço (que piora com o exercício). O teste rápido e lâmina para malária são negativos.

Pergunta 1: Qual é a causa provável da anemia?

Resposta: _____

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Pergunta 3: Como manejaria este caso?

Resposta: _____

Caso 5: Martinho

Doente de 44 anos, em TARV e com CTZ profilático sem problemas há dois anos. Sentia-se bem e estava a trabalhar, com CD4 312 cels/mm³ (anteriormente o CD4 era 119 cels/mm³). Há cinco dias, começou com febre (39,1°C), e agora com dispneia (que piora com o exercício). A sua hemoglobina é 8,0 g/dl, e a história clínica e anamnese não revelam a fonte da febre. A lâmina para malária é negativa. Não apresenta sinais de perigo.

Pergunta 1: Qual é a causa provável da anemia?

Resposta:

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta:

Pergunta 3: Como manejaria este caso?

Resposta:

Caso 6: Amina

Mulher de 22 anos, HIV+ diagnosticada na consulta pré-natal. Grávida de 5 meses sem seguimento até agora. Ela teve uma gravidez sem problemas no ano anterior. Teve criança saudável. Agora queixa-se de cansaço intenso há mais de dois meses e que vai aumentando progressivamente. Neste momento, ela diz ter dificuldade em trabalhar por falta de ar que agrava com esforços. Nega febre, tosse, diarreia e está a ganhar peso. Os CD4 são 361 cels/mm³ e Hb de 6,5 g/dl. Não toma Fansidar para a prevenção da malária na gravidez, já que não tinha iniciado o seguimento da gravidez. A lâmina e o teste rápido para malária são negativos. O hemograma confirma a anemia e não mostra outras alterações.

Pergunta 1: Qual é a causa provável da anemia?

Resposta:

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta:

Pergunta 3: Como manejaria este caso?

Resposta:

Módulo 6
Doenças Respiratórias
no Doente HIV
e Co-infecção HIV-TB

Unidade 6.1
Doenças Respiratórias
no doente HIV+



Folha de Exercício – Uso dos Algoritmos para Doença Respiratória

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar os algoritmos para Doença Respiratória para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Resolva o caso atribuído com base nos algoritmos para Doença Respiratória, rejeitando os caminhos que não se aplicam à situação descrita.
- Responda as perguntas indicadas em cada caso e, quando indicado, escreva o número da caixa do algoritmo a que chegou.
- Responda a primeira pergunta ou perguntas antes de ler a próxima parte do texto.

Caso Clínico:

Maria tem 21 anos e é HIV positiva. Ela foi avaliada uma vez no ano passado, mas até hoje não tinha voltado à consulta. A sua última contagem de CD4 de um ano atrás era de 180 cels/mm³.

Ela aparece hoje e queixa-se de falta de ar. Uma avaliação rápida não detecta sinais de perigo.

Perguntas 1: Que outras perguntas deverá fazer à Maria?

Resposta: _____

Maria diz que a sua falta de ar tem sido gradual ao longo das últimas duas ou três semanas. Inicialmente, sentia a falta de ar só quando fazia algum esforço, agora sente o mesmo desconforto também em repouso.

Ela tem tossido um pouco, mas sem expectoração. Não apresenta febres, suores nocturnos e acha que perdeu muito peso. Ela nunca tomou CTZ e nem Isoniazida profiláctica. Não está a tomar qualquer outra medicação.

Pergunta 2: Como irá examiná-la?

Resposta: _____

No exame físico, observa-se que a doente pesa 44 kg (menos 10 kg em relação há 12 meses). A sua frequência respiratória é de 22 resp/min, com dispneia, PA 120/80 mmHg. Ela está sem febre. A auscultação cardiopulmonar é normal e o resto do seu exame revela candidíase oral, e não há nenhum outro sinal significativo. Não apresenta sinais de perigo.

Pergunta 3: Em que algoritmo está e em que caixa? Que exames irá requisitar?

Resposta:

Pergunta 4: Se os resultados dos exames tardarem a chegar, o que deverá fazer a seguir? Em que caixa do algoritmo está? Deve ser iniciado algum tratamento?

Resposta:

Cinco dias após o tratamento, o Agente de Medicina ou Enfermeiro recebe os resultados. A contagem CD4 de Maria é de 36 cels/mm³. Os resultados da baciloscopia da expectoração são negativos (2 de 2). A dispneia piorou e agrava com o exercício. A sua radiografia de tórax demonstra infiltrações bilaterais e simétricas. Ela está ligeiramente anêmica (hemoglobina 9,2 g/dl), o resto do hemograma e a bioquímica são normais. O Agente de medicina/Enfermeiro repete a avaliação clínica. Maria tomou os seus antibióticos e Fluconazol todos os dias, sem falhar. A candidíase oral já melhorou.

Pergunta 5: Em que caixa do algoritmo está agora? O que irá fazer agora? Qual é o diagnóstico mais provável e como irá tratá-la?

Resposta:

Unidade 6.2

Co-Infecção HIV-TB



Folha de Exercício – Casos Clínicos sobre Co-Infecção TB-HIV

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar os casos clínicos para resolver os casos sobre a Co-Infecção TB-HIV.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- A partir do caso clínico, os formandos deverão decidir qual é a conducta a seguir.

Caso Clínico 1:

Paulo é um doente de 34 anos, diagnosticado recentemente com TB pulmonar. Ele apresenta um quadro clínico de febre, tosse e emagrecimento prolongados. Agora o seu peso é de 41kg e sente-se muito fraco. Ele foi internado para tratamento de TB durante a fase intensiva, que iniciou duas semanas atrás. Agora sente-se um pouco melhor, a febre desapareceu e está a recuperar o apetite.

Ele foi testado para HIV e o resultado foi positivo. O resultado da contagem de CD4 hoje é 26 cels/mm³. A hemoglobina é 7 g/dl.

Com estes dados, responda as seguintes perguntas:

Pergunta 1: O Paulo tem critérios para iniciar o TARV?

Resposta: _____

Pergunta 2: Qual deverá ser a linha de tratamento para o Paulo?

Resposta: _____

Caso Clínico 2:

Tininha é uma doente de 38 anos, que faz tratamento para a tuberculose pulmonar há 4 meses. Ela foi testada uns meses atrás para HIV e o resultado foi positivo. Ela chega hoje à consulta dos Serviços de TARV para conhecer o resultado de CD4 que fez uma semana atrás. Sente-se muito bem, tem recuperado o apetite e o peso que perdeu, a febre desapareceu há muitas semanas atrás. O seu peso hoje é 54kg e não refere nenhum problema. A contagem de CD4 é 387 cel/mm³.

Com estes dados, responda as seguintes perguntas:

Pergunta 1: A Tininha tem critérios para iniciar o TARV?

Resposta: _____

Pergunta 2: A Tininha deve iniciar a profilaxia com Cotrimoxazol?

Resposta: _____

Caso Clínico 3:

João é um doente de 28 anos, HIV+ em TARV há um ano. Ele iniciou o TARV quando estava muito doente (foi internado e tratado por candidíase esofágica). Depois de iniciar o TARV, ele melhorou muito (recuperou o peso, as febres e todos os problemas que apresentava desapareceram). Ele faz o TARV com ZDV +3TC + NVP. Sua mulher também é seropositiva, e teve tuberculose há um ano. Ela foi tratada e agora está bem, com o TARV. Há 15 dias, o João começou com um quadro de febre e tosse produtiva, e hoje ele vem à consulta para conhecer o resultado dos exames que fez. A pesquisa para TB é positiva (BK de escarro +++, Rx do tórax com sinais de TB pulmonar). Com estes dados, responda as seguintes perguntas:

Pergunta 1: O João tem TB e faz o TARV (primeira linha). Como devemos agir neste caso?

Resposta:

Pergunta 2: Acham que o caso do João poderia ter sido prevenido de alguma forma?

Resposta:



Folha de Exercício – Elegibilidade para a Profilaxia com Isoniazida (INH)

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar os casos clínicos para resolver os casos sobre a elegibilidade para a profilaxia com Isoniazida (INH).

Tempo de Duração: 15 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- A partir do caso atribuído, decida em que caso está indicada ou não a profilaxia com INH (TPI) e justifique a sua resposta.

Caso 1:

Márcia, uma mulher de 27 anos, HIV positiva, perdeu 12 kg em cinco meses e tem tosse há cinco semanas. É elegível para o tratamento preventivo com Isoniazida?
 Sim Não

Justifique: _____

Caso 2:

Zilda, uma mulher de 27 anos de idade, HIV positiva e está a amamentar. Aparentemente, está saudável. Não tem tosse nem suores nocturnos nem perda de peso. Ela vive com sua mãe, que está a fazer tratamento para a TB há três meses. Nunca teve tuberculose activa. É elegível para o tratamento preventivo com Isoniazida? Sim Não

Justifique: _____

Caso 3:

Clara, de 35 anos, tem HIV/SIDA. Sente fraqueza nas pernas, come pouco e às vezes vomita. Não dorme bem durante a noite. No exame físico, o técnico observa que tem icterícia e hepatomegalia. É elegível para o tratamento preventivo com Isoniazida? Sim Não

Justifique: _____

Módulo 7

**Patologia da Pele,
Mucosas, Nódulos
Linfáticos e Sarcoma de
Kaposi no Paciente
HIV+**

Unidade 7.2

**Doenças Dermatológicas
do Doente HIV/SIDA**



Folha de Exercício – Caso Clínico para Fazer o Diagnóstico Diferencial das Lesões da Pele e Mucosas

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de fazer o diagnóstico diferencial das lesões da pele e mucosas no doente HIV+.

Tempo de Duração: 15 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- A partir do caso atribuído, resolva as questões do caso apresentado.

Caso 1:

José é um jovem de 24 anos que se apresenta na Unidade Sanitária com dores na boca há vários meses e dificuldade na ingestão de alimentos. Ele foi diagnosticado com infecção pelo HIV há duas semanas. Relata que tem observado manchas azuis na sua boca e um material tipo queijo no fundo da boca. Ele conta que durante muitos anos também tem tido feridas que surgem nos seus lábios que são dolorosas, mas que sempre desaparecem.

No **exame físico** da boca, há lesões múltiplas: substância coagulada aderente ao palato leve estendendo-se até o fundo da orofaringe (pode ser aliviado), língua normal, palato duro, lesões azuis escuras. Também é visível a presença de lesões azuis escuras nas pernas. A contagem do seu CD4 é 81 cels/mm³.

Pergunta 1: Qual é a sua opinião em relação às lesões que o doente descreve nos lábios?

Resposta: _____

Pergunta 2: Que opinião tem sobre as lesões de material aderente na boca e orofaringe deste doente?

Resposta: _____

Pergunta 3: Que opinião tem sobre as lesões azuis na boca e nas pernas?

Resposta: _____

Pergunta 4: Que opinião tem sobre a disfagia?

Resposta:

Pergunta 5: Como é que irá gerir o caso?

Resposta:

Pergunta 6: Qual é a sua opinião sobre o estadio do doente?

Que aspectos deveria avaliar nesse doente para o seu seguimento?

Resposta:

Unidade 7.3

Linfadenopatias



Folha de Exercício – Casos Clínicos Curtos para o Diagnóstico Diferencial de Linfadenopatias

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de fazer o diagnóstico diferencial das linfadenopatias no doente HIV+.

Tempo de Duração: 15 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- A partir do caso atribuído, resolva as questões do caso apresentado.
- Consulte o Manual de Referência na Unidade sobre Linfadenopatia para responder as perguntas (Tabela 1: Características da linfadenopatia em função da doença).

Caso 1:

Rosa é uma doente HIV+ que chega a Unidade Sanitária queixando-se de dor na parte esquerda do pescoço e tem um inchaço no mesmo lado há dois dias. Além disso, tem uma ferida na boca, no mesmo lado, que lhe incomoda e dói quando engole os alimentos ou quando bebe, particularmente o sumo de limão e de laranja.

Na exploração, constata-se uma afta oral com borde inflamado e uma adenopatia dolorosa e móvel de pouco mais de 1cm.

Pergunta: Que opinião tem sobre essa adenopatia? Qual deverá ser a atitude do Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta: _____

Caso 2:

Fidel, doente HIV+, vai à consulta do Agente de Medicina ou Enfermeiro queixando-se de um inchaço da parte esquerda do pescoço que apareceu em poucos dias e que não dói. Quando o Agente de Medicina ou Enfermeiro explora, confirma uma massa grande, de cerca 5 cm, de consistência um bocado esponjosa na região lateral esquerda, que não se mobiliza, aderido aos planos profundos. No fim da exploração, descobre um aumento ligeiro do baço (esplenomegalia).

Pergunta: Que opinião tem sobre essa adenopatia? O que deverá fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta: _____

Caso 3:

Augusto, que está a fazer o TARV há um ano, apresenta-se na consulta do Agente de Medicina ou Enfermeiro para seguimento de rotina. Quando o Agente de Medicina ou Enfermeiro o observa, repara que tem três adenopatias no pescoço bilaterais e uma na axila, não dolorosas, de tamanho médio (aproximadamente 2 cm), móveis e de consistência um bocado mole. No exame físico, não há outras alterações.

Pergunta: Que opinião tem sobre essa adenopatia? O que deverá fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta: _____

Unidade 7.4

Sarcoma de Kaposi



Folha de Exercício – Casos Clínicos para Uso do Algoritmo de SK

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar o algoritmo de Sarkoma de Kaposi para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 10 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Resolva o caso atribuído com base nos algoritmos, rejeitando os caminhos que não se aplicam à situação descrita.
- Escreva o número da caixa a que chegou.
- Em caso de dúvida, consulte o Manual de Referência para as regras gerais sobre como utilizar os algoritmos.

Caso 1:

Tomás é um agricultor de 28 anos, seropositivo. O último teste de CD4 foi de 453 cels/mm³, e estava no estadio I. Hoje vem a consulta porque tem lesões escuras na pele, com prurigo. Durante o exame físico, o Agente de Medicina ou Enfermeiro observa a presença de 30 ou 40 lesões negras, principalmente nos braços e nas pernas. Todas são de 1 cm ou menos. Não há ulceração nem infecção aparente. A exploração da boca é normal.

Pergunta 1: O doente tem Sarcoma de Kaposi? Em que caixa do algoritmo está a resposta?

Caso 2:

Samuel é um homem de 41 anos. Seu último CD4 foi de 43 cels/mm³, mas ainda não iniciou o TARV. Há meses apareceu uma lesão cor violácea na boca, que foi aumentando de tamanho gradualmente. No momento está tão grande que Samuel não consegue engolir alimentos sólidos, apenas consegue beber água. Também tem dispneia.

Pergunta 1: Em que caixa do algoritmo está? O doente tem Sarcoma de Kaposi?

Pergunta 2: O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Módulo 8
Patologia Digestiva
Associada ao HIV

Unidade 8.1
Diarreia no Doente HIV+



Folha de Exercício – Pequenos Casos Clínicos para Uso do Algoritmo da Diarreia

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar o algoritmo da diarreia para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 15 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- A partir dos casos atribuídos, decida qual é o tratamento a dar e indique a que caixa no algoritmo da diarreia chegou.

Caso 1:

Manuel é um homem de 29 anos, seropositivo. Não faz o TARV nem CTZ. Trabalha na sua machamba. Não tem água potável em casa. Ontem, começou uma diarreia forte, com sangue e febre.

Pergunta 1: O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro? A que caixa do algoritmo da diarreia chegou?

Resposta: _____

Caso 2:

Doente de 30 anos, homem, seropositivo em seguimento no Serviço de TARV. Está a fazer a profilaxia com CTZ há 1 ano. Refere febre e diarreia há 6 dias, sem dor abdominal ou tosse. No Banco de Socorros, o doente recebeu tratamento com Coartem por três dias, porém o quadro clínico não melhorou. Hoje é o 6º dia com diarreia e com febre, o doente marca uma nova consulta, desta vez no Serviço de TARV. Refere persistência da diarreia com sangue (4 ou 5 dejeções por dia) e da febre, com 4 ou 5 dejeções por dia. O hematozoário e o teste rápido para malária hoje são negativos.

Exame físico:

1. Não há sinais de perigo.
2. Temperatura 38°C.
3. Auscultação pulmonar: normal.
4. Abdómen: mole com dor difusa e leve; sem massas palpáveis nem sinais de alarme.
5. O hematozoário é negativo e você não dispõe de exame de fezes.

Pergunta 1: Qual é o tratamento que este doente deve receber? A que caixa do algoritmo chegou?

Resposta: _____

Pergunta 2: Neste caso, a malária foi a causa da diarreia?

Resposta: _____

Pergunta 3: Se esteve a receber o tratamento acima indicado, por cinco dias e continua com diarreia, qual é o passo seguinte? Em que caixa do algoritmo terá chegado?

Resposta: _____

Caso 3:

Cristina é uma mulher de 32 anos. É seropositiva e iniciou o TARV (Triomune) há 6 semanas. Está a tomar Cotrimoxazol diário. Tomou Albendazol há dois meses. Tem diarreia há duas semanas, sem perda de peso, sangue nem febre. Depois de fazer reidratação oral e depois de tomar Metronidazol e Cotrimoxazol, não registou melhoria, mas ainda não há sinais de perigo. Um exame de fezes não mostra nenhuma anormalidade.

Pergunta 1: O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro? Em que caixa do algoritmo de diarreia chegou?

Resposta: _____

Pergunta 2: Neste caso, qual seria a possível causa da diarreia?

Resposta: _____

Unidade 8.2

Dor Abdominal no Doente
HIV+



Folha de Exercício – Casos Clínicos da Dor Abdominal

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de fazer o diagnóstico diferencial da dor abdominal relacionada com HIV e a não relacionada com o HIV.

Tempo de Duração: 15 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Resolva os casos atribuídos, apresente e discuta as respostas em plenária.

Caso 1:

Inácio é um homem de 29 anos, seropositivo. Seu último CD4 foi de 112 cels/mm³, mas não faz o TARV nem CTZ. Trabalha na sua machamba. Não tem água potável em casa. Ontem, começou uma dor forte no abdómen. Na Unidade Sanitária, o Técnico observa que a temperatura é de 38,1°C, a T/A 108/62 mm Hg, a FR 20 l/min, e a FC 92 l/min. Tem uma desidratação leve a moderada. O abdómen é rígido, sem ruídos hidroaéreos e com dor à apalpação.

Pergunta 1: Como o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá gerir este caso, e por quê?

Resposta: _____

Pergunta 2: A dor abdominal está relacionada ao SIDA ou não?

Resposta: _____

Caso 2:

Cristina é uma mulher de 32 anos. É seropositiva, no estadio IV, com CD4 de 42 cels/mm³. Iniciou o TARV (d4T+3TC+NVP) há 6 semanas. Está a tomar Cotrimoxazol diário. Hoje vem à consulta de seguimento TARV. Tem náuseas, cansaço e dor abdominal. Não tem febre nem erupção cutânea. Ao exame físico, detecta icterícia leve e hepatomegalia, com dor ao apalpar o fígado, mas não tem evidência de abdómen agudo. As transaminases (feitas há dois dias) são 6x ALN. Há dois meses, na avaliação pré-TARV, foram normais.

Pergunta 1: Quais são as possíveis causas da dor abdominal da Cristina?

Resposta: _____

Pergunta 2: Como o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá gerir este caso? Existe algum algoritmo ou tabela relevante?

Resposta: _____

Pergunta 3: Duas semanas depois de tomar a decisão descrita na Pergunta 2, as transaminases subiram para 7x ALN. O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro? Quais são as possíveis causas do problema?

Resposta: _____

Caso 3:

Jacinto é um homem de 42 anos, no estadio III, em TARV (primeira linha) há 8 meses. Toma CTZ diário. A sua resposta ao TARV foi excelente, aumentou de peso (já é gordo), o CD4 aumentou (de 175 cels/mm³ para 251 cels/mm³ e deste para 362 cels/mm³ ontem), e o Jacinto voltou a trabalhar. Hoje vem à Unidade Sanitária com dor abdominal. Também refere náusea, cansaço e dor muscular, e acha que perdeu peso na última semana ou semanas. Não há evidência de abdómen agudo nem sinais de perigo. As transaminases são normais. Numa avaliação completa, o técnico não consegue identificar a causa exacta da dor.

Pergunta 1: O Jacinto pode ter uma falência terapêutica, com nova infecção oportunista do estadio IV?

Resposta: _____

Pergunta 2: O Jacinto pode ter uma reacção adversa a medicamentos? Se sim, qual?

Resposta: _____

Caso 4:

Joana é uma mulher de 40 anos, no estadio IV. Está há um ano em TARV (primeira linha), com boa resposta, o CD4 que era 192 cels/mm³ passou para 304 cels/mm³. Hoje vem à Unidade Sanitária com dor abdominal e febre. No exame físico, o técnico descobre que tem leucorreia (amarela/verde), com dor só na região inferior do abdómen. Não há sinal de perigo.

Pergunta 1: Acha que Joana pode ter uma reacção adversa aos anti-retrovirais?

Resposta: _____

Pergunta 2 : Como o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá gerir este caso?

Resposta: _____



Folha de Exercício – Caso Clínico Usando Vários Algoritmos

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar vários algoritmos para resolver os casos clínicos.

Tempo de Duração: 25 minutos

Instruções para o Formando:

- Esta actividade será resolvida em grupo.
- Distribua o mesmo caso a cada grupo.
- Responda a primeira pergunta ou perguntas antes de ler a próxima parte do texto.
- Use diferentes algoritmos para resolver os casos.

Caso Clínico:

Artur é seropositivo. Tem 27 anos. É pescador. No último ano, ele perdeu 11kg, e tem febres e suores nocturnos há dois meses. Não tem tosse. Ele fez o teste para HIV há dois anos, mas nunca foi à clínica para começar os cuidados de HIV. Agora sente-se muito fraco, quase não consegue pescar, e tem dor abdominal. Ao exame físico, é notável que tem caquexia, está pálido, e tem dor difusa moderada do abdómen. Não há hepatomegalia nem massa abdominal. Os ruídos hidroaéreos são normais (há peristalse). O técnico não examina os pulmões, a boca, a pele, ou outra parte do corpo, e não avalia os sinais vitais.

Pergunta 1: Há emergência abdominal?

Resposta: _____

Pergunta 2: O que deve fazer o AM ou enfermeiro agora?

Resposta: _____

Pergunta 3: Quais são as possíveis explicações para a sua dor?

Resposta: _____

Caso Clínico (Parte 2):

O Agente de Medicina ou Enfermeiro prescreve uma dose única de Albendazol (400 mg), um tratamento com a primeira linha de antimaláricos, e Paracetamol (325 mg), e recomenda uma dieta melhorada. Também pede o teste CD4 e a hemoglobina.

Artur volta na semana seguinte. Sente-se mais fraco; os sintomas são iguais se não piores. Seu CD4 é 91 cels/mm³, a hemoglobina é 7,5 g/dl. O IMC é 16,8 kg/m². A temperatura é de 38°C. O Agente de Medicina ou Enfermeiro prescreve o TARV com Estavudina, Nevirapina, e Lamivudina em doses normais, apesar deste não ter competência de prescrever os ARVs.

Pergunta 4: Existe algum erro cometido pelo Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta: _____

Caso Clínico (Parte 3):

Artur inicia o TARV. Não gosta muito de tomar os comprimidos, mas a família insiste. Depois de cinco semanas (está já com a dose completa de Nevirapina), a sua febre piora, os suores pioram, e a dor de abdómen também piora. Começa a ter ascites e linfadenopatia. Quase não come. O seu peso está ainda mais baixo; porém não tem icterícia nem erupção cutânea. A dor abdominal é difusa. A hemoglobina agora é 7,1 g/dl. Não tem evidência de perfuração ou obstrução. Ainda não há hepatomegalia nem dor no hipocôndrio direito.

Pergunta 5: Acha que pode ser uma reacção adversa aos anti-retrovirais?

Resposta: _____

Pergunta 6: Devemos suspeitar uma IO?

Resposta: _____

Pergunta 7: Agora, o que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta: _____

Pergunta 8: Na realidade, como deveria ter sido avaliado e tratado este doente?

Resposta: _____

Módulo 9
Manifestações
Neurológicas do SNC
no Doente HIV+

Unidade 9.1
Problemas do SNC e
Cefaleia



Folha de Exercício – Cefaleia e Manifestações Neurológicas do SNC no Doente HIV+

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de:

- ✓ Identificar as manifestações neurológicas centrais no doente com HIV e sua possível relação com condições de doença avançada;
- ✓ Manejar a urgência no doente com Cefaleia e Manifestações Neurológicas do SNC.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando

- Em grupo, leia o caso clínico atribuído pelo docente
- Resolva o caso com base nas informações do Manual de Referência
- Discuta os resultados encontrados

Estudo de Caso 1

Maurício é um homem de 36 anos, seropositivo. Ele faz seguimento no Serviço de TARV. A sua última contagem de CD4 foi de 92 cels/mm³. Ainda não está a fazer o TARV, mas está a fazer a profilaxia com Cotrimoxazol.

Vive com sua esposa e os quatro filhos. Antes, trabalhava na construção de prédios na capital provincial, mas agora sente-se fraco demais para fazer o seu trabalho. Hoje, vem ao Serviço de TARV para a consulta de seguimento. O seu irmão e a sua esposa o acompanham, e dizem ao Agente de Medicina ou Enfermeiro que há um mês que o seu comportamento parece anormal. Às vezes sai de casa para procurar água e não consegue voltar sozinho porque não se lembra onde vive. Não se lembra dos nomes dos vizinhos nem dos filhos. Às vezes fala e ri sozinho. Há mais de duas semanas que se queixa de muita dor de cabeça que não cede ao tratamento com Paracetamol, acompanhada de febre persistente.

Pergunta 1: O Maurício tem alterações neurológicas do Sistema nervoso central (nível de consciência, comportamento, memória, atenção, défices motores ou sensitivos)? **Resposta:** Sim Não

Pergunta 2: Há sinais de perigo no Maurício?

Resposta: _____

Pergunta 3: Qual é a probabilidade de o Maurício ter uma condição definitiva do estadio avançado que explique as suas alterações neurológicas?

Resposta: _____

Pergunta 4: O que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá fazer?

Resposta: _____

Estudo de Caso 2:

Rufina é uma mulher de 41 anos, seropositiva. A sua contagem de CD4 foi de 104 cels/mm³ (uma semana atrás). Há semanas que tem febre e suores nocturnos, acompanhados de tosse produtiva por vezes hemoptóica (com sangue). Hoje, a sua família levou-a ao Banco de Socorros porque está sonolenta e a filha não consegue colocá-la sentada. Ontem seu grau de vigília foi normal. Hoje, só responde a estímulos físicos intensos e fala pouco.

Pergunta 1: A Rufina tem alterações neurológicas do Sistema nervoso central (nível de consciência, comportamento, memória, atenção, défices motores ou sensitivos)?

Resposta: Sim Não

Pergunta 2: Há sinais de perigo na Rufina?

Resposta: _____

Pergunta 3: Qual é a probabilidade de a Rufina ter uma condição de estadio avançado que explique as suas alterações neurológicas?

Resposta: _____

Pergunta 4: O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro?

Resposta: _____

Estudo de Caso 3:

Tomás é um homem de 51 anos, seropositivo com CD4 de 93 cels/mm³. Há uma semana está com febre e dores de cabeça e fez o tratamento para malária que lhe deram no Banco de Socorros há cinco dias. Hoje, a sua família leva-o ao Banco de Socorros porque teve convulsões. O doente está consciente e queixa-se de cefaleia. Tem febre de 39°C. O teste rápido de malária é negativo. Na exploração aprecia-se uma perda de força no braço e perna esquerda.

Pergunta 1: O Tomás tem alterações neurológicas do Sistema nervoso central (nível de consciência, comportamento, memória, atenção, défices motores ou sensitivos)? **Resposta:** Sim Não

Pergunta 2: Há sinais de perigo no Tomás?

Resposta: _____

Pergunta 3: O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro? Qual é o tratamento que deverá dar ao Tomás?

Resposta: _____

Unidade 9.2
Neuropatia Periférica no
Doente HIV+



Folha de Exercício - Avaliação do Doente HIV+ com Neuropatia Periférica

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar o algoritmo da diarreia para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 20 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia o caso que o tutor apresenta.
- Resolva cada caso com base no algoritmo, rejeitando os caminhos que não se aplicam.
- Encontre e escreva o número da caixa correspondente.
- Discuta os resultados encontrados.

Estudo de Caso 1:

Mulher, 32 anos, HIV+, CD4 572 cels/mm³, pesa 75 kg, não faz o TARV nem tratamento para a TB. Diz ter ardor da perna esquerda. No exame físico, o Agente de Medicina ou Enfermeiro encontra uma área descorada de 6 x 4 cm na barriga-da-perna. A doente diz que sente formigueiro e não sente a pele na região da mancha (anestesia). Os pés são normais.

Pergunta 1: Cite argumentos a favor e contra a neuropatia periférica (causada pelo HIV, medicamentos ou desnutrição):

Argumentos a favor da neuropatia periférica	Argumentos contra a neuropatia periférica

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo da neuropatia periférica se encontra?

Resposta: _____

Pergunta 3: Que diagnóstico pode ser atribuído a esta doente?

Resposta: _____

Estudo de Caso 2:

Homem de 28 anos de idade, HIV+, CD4 72 cels/mm³. Iniciou o TARV há um mês (d4T+3TC+NVP). Apresenta-se agora na consulta e queixa-se de dores à nível da região lumbo-sacra, que desce pela nádega direita e chega até o calcanhar e que dura aproximadamente duas semanas.

Também diz que tem febre e cansaço e que, ultimamente, perdeu peso. No exame físico, a temperatura é de 38,5°C, perdeu 3 quilos no último mês, e tem suores nocturnos. O Agente de Medicina ou Enfermeiro também detectou dor à nível das últimas vértebras lombares. Os pés são normais (não tem formigueiros, sente-se bem). O resto do exame físico é normal.

Pergunta 1: Cite argumentos a favor e contra a neuropatia periférica (causada pelo HIV, medicamentos ou desnutrição):

Argumentos a favor da neuropatia periférica	Argumentos contra a neuropatia periférica

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo da neuropatia periférica está?

Resposta: _____

Pergunta 3: Qual poderá ser o diagnóstico deste doente?

Resposta: _____

Estudo de Caso 3:

Mulher de 49 anos de idade, CD4 112 cels/mm³. Não faz o TARV, e queixa-se de formigueiro e ardor de ambos os pés, até o tornozelo. Não tem problemas nas mãos. Ela trabalha no mercado e agora não aguenta estar de pé todo o dia. No exame físico, o Agente de Medicina ou Enfermeiro detectou diminuição da sensibilidade dos pés e das pernas, com os reflexos do tornozelo diminuídos. Pode ficar na ponta dos pés (ou de bicos) sem dificuldade, o que significa que a força muscular das pernas e pés está conservada. Os exames complementares (hemograma, bioquímica, RPR) são normais.

Pergunta 1: Cite argumentos a favor e contra a neuropatia periférica (causada pelo HIV, medicamentos ou desnutrição):

Argumentos a favor da neuropatia periférica	Argumentos contra a neuropatia periférica

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo de neuropatia periférica a doente se encontra? **Resposta:** _____

Pergunta 3: Qual poderá ser o diagnóstico desta doente?

Resposta: _____

Módulo 10
Tratamento do Doente
HIV+

Unidade 10.1
Prevenção das IOs e
Profilaxia com
Cotrimoxazol (CTZ)



Folha de Exercício - Casos Clínicos para Usar o Algoritmo sobre Utilização de CTZ Profilático

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar o algoritmo de CTZ para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 25 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Resolva o caso atribuído com base no algoritmo de CTZ, rejeitando os caminhos que não se aplicam à situação descrita.
- Escreva o número da caixa a qual chegou.

Caso 1:

Gilberto tem 27 anos e é seropositivo, testado na UATS. Vem à consulta do Agente de Medicina ou Enfermeiro pela segunda vez com o resultado das CD4 já pronto. O seu CD4 é de 423 cels/mm³. Não tem nenhuma sintomatologia nem alteração no exame físico e nos exames laboratoriais e, por isso, está clinicamente no Estadio I.

Pergunta: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Pergunta: O que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá fazer em relação à profilaxia com CTZ?

Resposta _____

Caso 2:

Abdul, de 36 anos de idade, é um doente seropositivo que vai pela segunda vez às consultas de controlo. Não está a fazer profilaxia com CTZ, TARV nem qualquer outro tratamento. Vem actualmente para mostrar os resultados da baciloscopia, pois na consulta anterior tinha tosse, febre e dor costal. O BK foi positivo. O seu estado geral anterior a este episódio de tosse era bom e o seu CD4 era de 410 cels/mm³. Ele inicia hoje o tratamento para a TB.

Pergunta: Que algoritmo usou para decidir o que fazer em relação à profilaxia com CTZ para este doente? Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Pergunta: O que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá fazer em relação à profilaxia com CTZ?

Resposta: _____

Caso 3:

Helena, uma mulher de 56 anos de idade, vai à consulta de seguimento pela segunda vez. Tem teste HIV+ e o resultado de CD4 é de 110 cels/mm³. Não está grávida e não apresenta alterações na história clínica e nem no exame físico, excepto uma perda de peso que a levou a fazer o teste. O hemograma apresenta uma anemia com Hb de 9 g/dl. Numa outra ocasião, tomou o CTZ para tratar uma infecção e teve uma reacção muco-cutânea muito intensa e, por isso, aconselharam nunca mais voltar a tomar este medicamento.

Pergunta: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Pergunta: O que fazer com CTZ? Deverá voltar a usar?

Resposta: _____

Caso 4:

Orlando, de 36 anos de idade, vai à consulta de seguimento. Está a fazer o TARV e profilaxia com Cotrimoxazol há 18 meses. O resultado de CD4 é de 395 cels/mm³. Na consulta anterior, há seis meses, o valor de CD4 era de 370 cels/mm³.

Pergunta: O que fazer em relação à profilaxia com CTZ neste doente?

Resposta: _____

Pergunta: Que algoritmo usou para decidir o que fazer em relação à profilaxia com CTZ para este doente? Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Unidade 10.2

**Introdução ao Tratamento
Anti-Retroviral (TARV)**



Folha de Exercício – Praticar a Comunicação com os Doentes em Relação ao TARV

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de fornecer informação básica e correcta aos doentes antes de iniciarem o TARV.

Tempo de duração: 40 minutos

Instruções para o Formando:

- Em pares, represente a situação descrita abaixo, onde uma pessoa será o clínico e a outra o doente.
- Os demais formandos deverão avaliar as respostas dadas pelos clínicos e analisá-las em plenária.

Cenário 1:

Doente de 45 anos que abriu processo clínico recentemente no seu Serviço de TARV. Ele fez teste de HIV, já que a sua criança mais nova ficou doente e foi testada, com resultado positivo. Ele e a sua mulher fizeram o teste e os dois tiveram resultado positivo.

Na avaliação inicial, o resultado foi o seguinte:

- Estadio 2 (herpes zóster um ano atrás. Lesões de prurigo em todo o corpo)
- CD4 412 cels/mm³

Com estes resultados, o doente não é elegível para iniciar o CTZ. Também não foi prescrito o TARV.

O doente chega hoje e se mostra confuso. Ele sempre teve problemas de urina por causa da bilharziose, e foi tratado várias vezes com Praziquantel, mas as moléstias continuam. Ele não entende o motivo de não receber tratamento para HIV (TARV), pois tem HIV e não se sente bem.

Pergunta: O que vai explicar a este doente?

Resposta: _____

Cenário 2:

Doente de 21 anos, com infecção pelo HIV. A doente iniciou o TARV no ano passado, mas abandonou o tratamento. Ela voltou para reiniciar o seguimento. A doente nunca teve infecções oportunistas de importância, mas os seus CD4 foram inferiores a 250 cels/mm³ e por isso foi iniciado o TARV. Agora a situação é a mesma. Você quer garantir a adesão da doente ao tratamento.

Pergunta: Como vai falar isso para ela?

Resposta: _____

Unidade 10.3
Início do TARV



Folha de Exercício 1 – Casos Clínicos para Usar a Tabela sobre Elegibilidade para TARV

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar os critérios de elegibilidade para o TARV nos doentes HIV+.

Tempo de duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- Esta actividade será resolvida em grupo.
- Com os dados disponíveis e usando a Tabela 1 na unidade de Início de TARV e as tabelas de estadiamento na unidade correspondente, os formandos devem ser capazes de dizer se os seguintes doentes são elegíveis para o TARV ou não.
- O formando deverá determinar qual é o estadio clínico e avaliar o estado imunológico dos doentes antes de tomar a decisão.

Caso 1:

Doente seropositivo confirmado, testado há um mês durante um internamento por malária. Tem os seguintes resultados: CD4 336 cels/mm³, Hb 10,5 g/dl. Actualmente o doente sente-se bem, apenas apresenta prurido (comichão) generalizado intenso e borbulhas. Nega febre, tosse ou outra clínica respiratória, diarreia ou dor abdominal.

Ao exame físico destacam-se lesões de *prurigo nodularis* generalizadas e candidíase oral que o doente reconhece ter há várias semanas, mas diz que não lhe incomodam. Foi ao hospital onde foi-lhe prescrita Nistatina por mais de 7 dias sem melhoria aparente, pois as lesões não se resolveram. O resto do exame é normal.

Resposta:

Doente	Estadio clínico	CD4 (critério imunológico)	Decisão: É elegível para TARV (critérios clínicos e/ou imunológicos)?
1			

Caso 2:

Doente seropositivo confirmado. Vem transferido duma outra Unidade Sanitária. Aporta análise com CD4 de 199 cels/mm³ (com data de três meses atrás), Hb 11,6 g/dl. O doente está a fazer profilaxia com Cotrimoxazol há três meses. No processo clínico do doente não vem estadio, mas ele diz que teve herpes Zóster ainda este ano.

Nega outros antecedentes e não tem queixas actuais. O exame físico é normal, só destaca cicatriz de herpes Zóster.

Resposta:

Doente	Estadio clínico	CD4 (critério imunológico)	Decisão: É elegível para TARV (critérios clínicos e/ou imunológicos)?
2			

Caso 3:

Uma mulher de 26 anos que inicia as consultas de seguimento TARV após ter sido testada voluntariamente. Fez as análises de CD4 na semana anterior. A doente diz ter recebido tratamento para a TB pulmonar, que completou há dois meses. Refere ter tido considerável melhoria clínica. Os seus valores de CD4 são de 370 cels/mm³. A doente diz que se sente bem, e o Agente de Medicina ou Enfermeiro faz um exame físico completo que é normal.

Resposta:

Doente	Estadio clínico	CD4 (critério imunológico)	Decisão: É elegível para TARV (critérios clínicos e/ou imunológicos)?
3			

Caso 4:

Doente de 22 anos, seropositiva confirmada, CD4 280 cels/mm³. Há quatro meses foi diagnosticada com TB ganglionar e óssea (osteíte num dedo) e neste momento está em fase de manutenção para tuberculose. Ela refere que os abscessos que teve no pescoço já estão a melhorar. Tem recuperado o peso que perdeu e não tem febre.

No exame físico só se destacam as cicatrizes cervicais.

O Rx do tórax não mostra alterações.

Resposta:

Doente	Estadio clínico	CD4 (critério imunológico)	Decisão: É elegível para o TARV (critérios clínicos e/ou imunológicos)?
4			



Folha de Exercício 2 – Casos Clínicos para Usar o Algoritmo “Preparando o Doente para o TARV”

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar o algoritmo “Preparando o Doente para o TARV” no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Com os dados disponíveis e usando o algoritmo de Preparação do doente para o TARV e o Manual de Referência, o formando deve ser capaz de determinar quais são os passos que devem ser seguidos para preparar correctamente os doentes para o início do TARV.

Caso 1:

Doente seropositivo confirmado, testado há um mês durante um internamento por malária. Tem os seguintes resultados: CD4 336 cel/mm³, Hb 10,5 g/dl. Actualmente o doente sente-se bem, apenas apresenta prurido (comichão) generalizado intenso e borbulhas. Nega febre, tosse ou outra clínica respiratória, diarreia ou dor abdominal.

Ao exame físico, destacam-se lesões de *prurigo nodularis* generalizadas e candidíase oral, que o doente reconhece ter há várias semanas, mas diz que não lhe incomodam. Foi ao hospital onde lhe foi prescrita Nistatina por mais de 7 dias sem melhorias aparentes, pois as lesões não se resolveram. O resto do exame é normal. Este doente está no estadio III por apresentar candidíase oral persistente. Tem menos de 350 CD4 e, portanto, é elegível para o TARV.

Pergunta: Quais são os passos a seguir?

Resposta: _____

Caso 2:

Doente de 22 anos, seropositiva confirmada, CD4 280 cels/mm³. Há quatro meses foi diagnosticada com TB ganglionar e óssea (osteíte no dedo) e neste momento está em fase de manutenção para a tuberculose. Ela refere que os abscessos que teve no pescoço já estão a melhorar. Tem recuperado o peso que perdeu e não tem febre. No exame físico só destacam as cicatrizes cervicais. O Rx do tórax sem alterações. Esta doente está no estadio IV por TB extrapulmonar, independentemente do CD4 é elegível para o TARV.

Pergunta: Quais são os passos a seguir?

Respostas (Caso 1 e 2):

Passos	Caso 1	Caso 2



Folha de Exercício 3 – Casos Clínicos sobre Indicações e Contra-Indicações Clínicas para Primeira Linha de TARV

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os casos contra-indicados para a primeira linha de TARV e a necessidade de encaminhar o doente ao médico.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Os casos clínicos abaixo mostram doentes que estão em TARV ou precisam de iniciá-lo.
- Com os dados disponível e usando a Tabela 3 do MR sobre indicações mais comuns para alterar a primeira linha ou primeira linha alternativa, responda as perguntas colocadas.

Caso 1:

Doente, mulher de 24 anos, agora grávida de três meses. Ela faz tratamento com Duovir-N há dois anos (Zidovudina+Lamivudina+Nevirapina). Não tem outros problemas. O seu hemograma é normal (Hb 11,5 g/dl) e a contagem de CD4 agora é de 468 cels/mm³.

Pergunta 1: Qual deve ser a conduta em relação ao TARV neste caso?

Resposta:

Pergunta 2: Por quê?

Resposta:

Caso 2:

Homem de 42 anos, doente. Iniciou o tratamento para a tuberculose abdominal há dois meses e agora está na fase de manutenção. Ele sente-se melhor. O seu hemograma é normal e a contagem de CD4 foi de 310 cels/mm³.

Pergunta 1: Qual deve ser a conduta em relação ao TARV neste caso?

Resposta:

Pergunta 2: Por quê?

Resposta:

Caso 3:

Homem de 34 anos, doente. Teve tuberculose pulmonar no ano passado e completou o tratamento. Agora sente-se bem e a contagem de CD4 é de 175 cels/mm³. A Hb é de 10 g/dl.

Só refere formiguiros e dormência nos pés há muito tempo (já tinha quando fez o tratamento para a TB). Ele agora vai iniciar o TARV.

Perguntas 1: Qual deve ser a conduta em relação à linha de TARV neste caso?

Resposta:

Pergunta 2: Por quê?

Resposta:

Caso 4:

Doente grávida de 6 meses que inicia o seguimento no serviço de TARV com uma contagem de CD4 de 210 cels/mm³. O hemograma mostra hemoglobina de 7,5 g/dl. Ela vai iniciar o TARV.

Pergunta 1: Qual deve ser a conduta em relação à linha de TARV neste caso?

Resposta:

Pergunta 2: Por quê?

Resposta:

Unidade 10.4

**Seguimento do Doente em
TARV e Falência
Terapêutica**



Folha de Exercício – Casos Clínicos para Trabalhar o Algoritmo de Seguimento do Doente em TARV

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de:

- ✓ Identificar os erros frequentes no seguimento dos doentes que iniciam o TARV;
- ✓ Utilizar o algoritmo de seguimento para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 60 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Resolva os casos atribuídos, com base no algoritmo de seguimento do doente em TARV, rejeitando os caminhos que não se aplicam à situação descrita e respondendo as perguntas colocadas.

Caso 1: Justina

Justina é uma doente HIV positiva que faz seguimento na sua Unidade Sanitária. Ela fez CD4 e o resultado foi de 213 cels/mm³. O Agente de Medicina ou Enfermeiro viu o resultado e iniciou o TARV há um mês. Ela veio à consulta de seguimento 12 dias antes do esperado para levantar mais comprimidos. No cartão da doente e também na folha FRIDA, a data do próximo levantamento é clara (ainda faltam 12 dias para que a Justina acabe os comprimidos que levantou da última vez).

Pergunta 1: Quais são as perguntas que deve fazer à Justina?

Resposta:

Pergunta 2: Uma vez detectado o problema, por exemplo, que a doente está a tomar três comprimidos por dia, para onde vai referir a doente?

Resposta:

Pergunta 3: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta:

Caso 2: Doente Gildo

Gildo é um doente HIV+ que faz seguimento na sua consulta. Ele iniciou o TARV (AZT +3TC + NVP) e nas primeiras consultas, não parece ter nenhum problema. Na consulta seguinte, dois meses depois do início do TARV, refere cansaço, falta de apetite e febre de vários dias. Também diz ter náuseas e uma ligeira dor no

abdómen. Você examina o doente e uma hepatomegalia mole chama a sua atenção. No processo clínico do doente não existem dados sobre o exame físico em consultas prévias. O doente recebe multi-vitaminas para o cansaço e Paracetamol para a febre e a dor. Ele é trazido pela família três semanas mais tarde. O doente tem piorado clinicamente. Apresenta icterícia e está em coma desde ontem. O doente é internado, mas falece no dia seguinte.

Pergunta 1: O que pode ter acontecido com este doente?

Resposta: _____

Pergunta 2: O que deveria ter sido feito na consulta anterior?

Resposta: _____

Pergunta 3: Em que caixa do algoritmo chegou?

Resposta: _____

Caso 3: Doente Carlos

Carlos é um doente HIV+ que faz seguimento na sua Unidade Sanitária. Ele abriu processo quando a sua doença estava no estado avançado (foi internado com clínica de esofagite por cândida e emagrecimento severo). Depois de tratar a esofagite, iniciou o TARV (d4T + 3TC + NVP). A sua contagem inicial de CD4 foi de 23 cels/mm³.

Oito meses após início do TARV, o doente refere ganho de peso ligeiro. Ele se sente um pouco melhor, mas explica que as placas brancas da boca voltaram a aparecer. Você repete a contagem de CD4 e agora o Carlos tem 35 cels/mm³. Você fala com o doente. Ele assegura que toma os comprimidos diariamente, e que nunca esquece. A folha FRIDA mostra que Carlos sempre veio na data correcta e ele responde correctamente a todas as perguntas e explica sem problemas como toma o tratamento. O doente é referido para o aconselhamento e depois para a farmácia. O Agente de Medicina ou Enfermeiro e o Técnico de farmácia acham que o Carlos não está a tomar seus comprimidos e insistem para que os tome, mantendo o mesmo tratamento.

Pergunta 1: O que pode estar a acontecer com este doente?

Resposta: _____

Pergunta 2: O que deveria fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro neste caso?

Resposta: _____

Pergunta 3: Em que caixa do algoritmo está?

Resposta: _____

Unidade 10.5
Reacções Adversas à
Medicação



Folha de Exercícios 1 – Uso das tabelas RAM

Objectivos da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de utilizar as tabelas de reacções adversas a medicamentos para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Resolva o caso atribuído com base nas tabelas sobre Reacções adversas.
- As perguntas devem ser respondidas e discutidas em plenária.

Caso:

Um doente que iniciou o TARV (com d4T + 3TC + NVP) chega à consulta (três semanas após início do TARV) e refere os seguintes sintomas: Dor abdominal (desconforto e não dor intensa) e náuseas. O doente já tomava Cotrimoxazol há mais de um ano e nunca teve problemas.

Pergunta 1: Que fármacos podem causar estes sintomas?

Resposta:

Pergunta 2: Qual é a conduta a seguir neste caso?

Resposta:



Folha de Exercício 2 – Casos Clínicos sobre Reações Adversas a Fármacos

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de aplicar as tabelas de reacções adversas a medicamentos para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- A actividade será realizada em grupo.
- Resolva o caso atribuído, com base nas tabelas sobre Reacções adversas.
- As perguntas devem ser respondidas e discutidas em plenária.

Caso 1:

Doente de 45 anos, HIV+, no estadio IV por Sarcoma de Kaposi. Inicia o TARV com d4T+3TC+NVP. O doente toma Cotrimoxazol há três meses, sem nenhum problema. Três semanas após o início do TARV (uma semana com Nevirapina, o que constitui a dose completa), o doente marca consulta com o Agente de Medicina ou Enfermeiro. Ele diz que há alguns dias que não se sente bem. Diz que sente cansaço intenso e a falta de apetite. Nega ter diarreia mas diz que sente náuseas e, quando come, sente-se pesado. Refere também uma ligeira comichão, mas diz que não lhe incomoda e não tem notado erupção ou borbulhas.

No exame físico, constata-se:

- Temperatura: 38°C. Sem icterícia. Sem edemas. Ligeira palidez;
- Auscultação cardíaca e pulmonar sem anomalias;
- Abdómen: mole, dor na apalpação na região do fígado sem massas nem megalias.

Pergunta 1: Quais são os fármacos que o doente toma?

Resposta: _____

Pergunta 2: Quais destes fármacos iniciou recentemente?

Resposta: _____

Pergunta 3: Mencione os sintomas/sinais que o doente apresenta.

Resposta: _____

Pergunta 4: Quais são as possíveis reacções adversas que este doente apresenta?

Resposta: _____

Pergunta 5: Qual é o provável fármaco implicado?

Resposta: _____

Pergunta 6: Quais são os exames que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve solicitar para apoiar o diagnóstico da reacção adversa?

Resposta: _____

Pergunta 7: Como usou as tabelas sobre Reacções Adversas?

Resposta: _____

Caso 2:

Doente de 24 anos, HIV positiva em seguimento. Os últimos CD4 da doente são de 203 cels/mm³. O médico decide iniciar o TARV na doente. Ela queixa-se de dor e dormência em ambos os pés há muitos meses, e por isso que o médico decide iniciar o TARV com AZT+3TC+NVP. A doente tem hemograma e bioquímica normais no início do tratamento. Ela já tomava Cotrimoxazol há mais de um ano sem problemas.

Um mês após o início, a doente chega à consulta referindo cansaço intenso e falta de ar com os esforços físicos (não consegue subir as escadas ou carregar água). Nega febre ou outra clínica associada. No exame físico destaca:

- Temperatura 36,5°C;
- Palidez cutâneo-mucosa intensa. Taquipneia;
- Auscultação cardio-pulmonar: Taquicardia. O resto do exame é normal;
- Abdómen: normal

Pergunta 1: Mencione os fármacos que a doente toma.

Resposta: _____

Pergunta 2: Quais destes fármacos iniciou recentemente?

Resposta: _____

Pergunta 3: Mencione os sintomas/sinais que a doente apresenta.

Resposta: _____

Pergunta 4: Quais são as possíveis reacções adversas que esta doente apresenta?

Resposta: _____

Pergunta 5: Qual é o provável fármaco implicado?

Resposta: _____

Pergunta 6: Quais são os exames que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve solicitar para apoiar o diagnóstico da reacção adversa?

Resposta: _____

Pergunta 7: Como usou as tabelas sobre Reacções Adversas?

Resposta: _____

Caso 3:

Uma doente de 32 anos, HIV+ e em seguimento foi testada num internamento por malária grave, que requereu tratamento com quinina endovenosa. Os seus CD4

iniciais foram de 158 cels/mm³. O TMG decidiu iniciar o TARV. A doente vive longe da Unidade Sanitária e, por isso, o TMG decidiu iniciar no mesmo dia o CTZ e o TARV com d4T+3TC+NVP.

A doente aparece na consulta do Agente de Medicina/Enfermeiro uma semana após o início do tratamento por apresentar uma erupção cutânea em todo o corpo que iniciou há três dias mas que está a piorar cada vez mais. A doente tem febre e grandes vesículas têm aparecido em todo o corpo, bem como na boca e nos órgãos genitais. No exame físico, destaca:

- Temperatura 39°C. Sem icterícia nem palidez. Desidratação moderada;
- Auscultação cardio-pulmonar e abdómen normais;
- Erupção vesiculosa com grandes vesículas no tórax e costas, nos braços e pernas e também na boca e faringe.

Pergunta 1: Mencione os fármacos que a doente toma.

Resposta: _____

Pergunta 2: Quais destes fármacos iniciou recentemente?

Resposta: _____

Pergunta 3: Quais são as possíveis reacções adversas que esta doente apresenta?

Resposta: _____

Pergunta 4: Qual é o provável fármaco implicado?

Resposta: _____

Pergunta 5: Qual foi o erro cometido pelo Técnico de Medicina?

Resposta: _____

Pergunta 6: Como usou as tabelas sobre Reacções Adversas?

Resposta: _____

Caso 4:

Doente de 36 anos HIV+ em seguimento. O doente iniciou o TARV há 7 meses (CD4 de 120 cels/mm³) com Triomune 30 (Estavudina + Lamivudina + Nevirapina). Nos primeiros três meses melhorou das suas queixas, recuperou o peso e sentia-se bem. Há dois meses que se queixa de dor abdominal difusa, debilidade e mal-estar, náusea e vómitos não constantes, dispneia, perda de peso. No exame físico, somente constata-se o seguinte:

- Apirético, corado;
- Perda de peso de 5 kg em dois meses;
- Resto do exame normal.
-

Pergunta 1: Há quanto tempo o doente toma o tratamento anti-retroviral?

Resposta: _____

Pergunta 2: Mencione os sintomas e sinais que o doente apresenta

Resposta: _____

Pergunta 3: Qual é a possível reacção adversa que este doente apresenta?

Resposta: _____

Pergunta 4: Qual é o provável fármaco implicado?

Resposta: _____

Pergunta 5: Quais são os exames que o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve solicitar para apoiar no diagnóstico de reacção adversa?

Resposta: _____

Pergunta 6: Como usou as tabelas sobre Reacções Adversas?

Resposta: _____

Unidade 10.6

**Síndrome de Imuno-
Restauração (SIR)**



Folha de Exercício – Caso Clínico sobre Síndrome de Imuno-Restauração (SIR)

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de utilizar o algoritmo de SIR para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia o caso abaixo.
- Resolva o caso com base no algoritmo de SIR indicando a caixa a que chegou.
- Discuta o resultado do caso e tire conclusões.

Caso 1:

Doente diagnosticada com TB pulmonar e HIV durante um internamento. Ela inicia o tratamento para TB durante o internamento. A sua contagem de CD4 inicial é de 51 cels/mm³. A febre desaparece e ela começa a melhorar. Três semanas após ter iniciado o tratamento para TB, o Agente de Medicina ou Enfermeiro inicia o TARV com d4T+3TC+EFV. A doente chega à consulta um mês depois referindo agravamento clínico, com reaparição da tosse, febre e dor torácica iniciais. Ela assegura que toma bem tanto os comprimidos para a TB como os do TARV. A sua situação é grave, ainda que não mostra sinais de perigo, pelo que o Agente de Medicina ou Enfermeiro interna a doente e solicita nova amostra para CD4. O resultado hoje é de 190 cels/mm³.

Pergunta 1: O que terá acontecido com esta doente?

Resposta: _____

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo de SIR chegou?

Resposta: _____

Pergunta 3: Para evitar o problema, qual poderia ter sido o manejo mais seguro?

Resposta: _____

Caso 2:

Doente diagnosticado com infecção pelo HIV. No momento do diagnóstico, a contagem de CD4 foi de 12 cels/mm³. O doente inicia o TARV imediatamente. Três semanas após o início do tratamento, chega à consulta referindo dor e incapacidade de engolir. No exame físico observam-se grandes placas brancas compatíveis com a candidíase oral. O Agente de Medicina ou Enfermeiro suspeita candidíase esofágica e interna o doente. Ele diz que já tinha tido aquelas manchas brancas na boca, mas nunca tinham-lhe provocado dificuldade para engolir. Ainda que é muito cedo, ele solicita controlo de CD4 e o resultado é de 63 cels/mm³.

Pergunta 1: O que aconteceu com este doente?

Resposta: _____

Pergunta 2: Em que caixa do algoritmo de SIR chegou?

Resposta: _____

Pergunta 3: O que deve fazer o Agente de Medicina ou Enfermeiro com este doente?

Resposta: _____

Módulo 12

Cuidados Paliativos e Dor no paciente HIV/SIDA

Unidade 12.1

Cuidados Paliativos no Paciente HIV+



Folha de Exercício – Caso Clínico: Manuel

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de reconhecer a sintomatologia do doente com SIDA e utilizar os ensinamentos da Unidade 12.1 sobre os Cuidados Paliativos

Tempo de Duração: 10 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia os casos abaixo.
- Resolva os casos com base as informações do ensinado na Unidade 12.1
- Discuta o resultado do caso em plenária e tire conclusões.

Caso 1:

Manuel tem 35 anos, vive com a esposa, filhos e seus pais. Ele sabe que é seropositivo há alguns meses porque teve diarreia e meningite, e o resultado do teste de HIV foi positivo. Há 15 dias que ele aparece cansado, não tem apetite e não dorme bem. Ele disse que acorda de madrugada sem sono e ainda cansado. Diz sentir-se triste desde que soube estar doente. Quando se perguntou o quê lhe preocupava, ele logo respondeu que o futuro de seus filhos, já que ele vai morrer.

Pergunta 1: Qual é a causa do cansaço do Manuel?

Resposta: _____

Pergunta 2: Que recomendação deveria dar ao paciente neste caso?

Resposta: _____



Folha de Exercício – Casos clínicos para praticar os princípios éticos

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de conhecer os princípios éticos a ser usados nos Cuidados paliativos do doente.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia os casos abaixo.
- Resolva os casos com base as informações do Módulo 12.1 no Manual de Referência.
- Discuta o resultado do caso e tire conclusões.

Caso 1:

A **Estrela**, uma mulher de 27 anos, vive com os seus três filhos de 6, 4 e 2 anos. O pessoal de cuidados domiciliários (CD) regularmente a visita. Nos últimos dias, ela tem febre e tosse e dificuldade respiratória, mas não consegue deslocar-se. Quando o pessoal de CD chega em sua casa, ela está a cuidar da criança mais pequena que no momento tem febre. Ela está cansada, emagreceu, tem tosse quase permanente, dispneia, febres, e suores à noite. O pessoal de CD suspeita que ela tenha tuberculose. Há dois anos ela completou o tratamento de tuberculose, o que significa que, para o tratamento da actual doença, deve ser internada no hospital. Ao mesmo tempo, ela não quer deixar os filhos sozinhos

Pergunta 1: O que deve fazer? Por quê?

Resposta: _____

Pergunta 2: Conhece casos em que este princípio não é respeitado? Dê um exemplo.

Caso 2:

A situação da **Ana** é particularmente difícil. Ela abandonou sua família porque apaixonou-se por um homem que a família nunca aceitou. Ela vive na dependência da mãe do marido, mas a sogra não aceita sua presença e recusa-se a cuidar dela, porque ela é a quarta mulher que o filho traz na sua casa. Outro dia, a sogra encontra a Ana sozinha, ela teve diarreia mas não teve força para se limpar. Como o quarto é fechado, o cheiro era forte, Ana não lhe consegue olhar por estar envergonhada com a situação.

Pergunta 1: O que deve fazer? Por quê?

Resposta: _____

Pergunta 2: Conhece casos em que este princípio não é respeitado? Dê um exemplo.

Resposta: _____

Caso 3:

A **Lusana** teve anemia há um mês (9 gr de hemoglobina) e recebeu medicação de sal ferroso e Mebendazol para tomar em casa. Desde que iniciou o tratamento tem problemas de obstipação, mas continua a tomar os medicamentos. Ultimamente ela teve uma distensão abdominal, que lhe incomoda para adormecer. Ela não fez necessidades maior há 7 dias e, quando o pessoal de cuidados domiciliários, composto por enfermeiro e o Agente de Medicina visitam ela em casa, o primeiro que Lusana refere é: “já não aguento mais com a minha barriga”.

Pergunta 1: O que deve fazer? Por quê?

Resposta: _____

Pergunta 2: Conhece casos em que este princípio não é respeitado? Dê um exemplo.

Resposta: _____

Caso 4:

Há dois anos que o pessoal de cuidados domiciliários composto por Agente de Medicina e Enfermeiro seguem o caso de **Eduardo**. Ele ultimamente apresentou uma agravação progressiva e rápida do estado geral e permanece na cama, tem vômitos, diarreias, falta de apetite (anorexia), astenia, e um emagrecimento progressivo e apresenta um estado caquético. Há muito tempo que ele toma a profilaxia com Cotrimoxazol. Quando o pessoal de cuidados domiciliários chega em sua casa, encontra a mulher desesperada porque ele hoje não conseguiu engolir os medicamentos e quando finalmente conseguiu, vomitou-os logo depois.

Pergunta 1: O que deve fazer? Por quê?

Resposta: _____

Pergunta 2: Conhece casos em que este princípio não é respeitado? Dê um exemplo.

Resposta: _____

Caso 5:

O **Victor** tem um Sarcoma de Kaposi que está a evoluir muito rapidamente. O Sarcoma de Kaposi invadiu a zona perineal e impede-lhe de mexer as pernas. Igualmente, há quatro dias que invadiu o pênis, o que está lhe dificultando muito para

urinar. Quando o activista de cuidados domiciliários visita sua casa, ele está deitado e chorando, diz que não aguenta mais e que prefere morrer.

Pergunta 1: O que deve fazer? Por quê?

Resposta: _____

Pergunta 2: Conhece casos em que este princípio não é respeitado? Dê um exemplo.

Resposta: _____

Caso 6:

Há um mês que o activista de cuidados domiciliários não conseguiu visitar o **André**. O activista está muito apreensivo porque, quando se aproxima da casa, está todo muito silencioso. Ao entrar, consegue distinguir o André na sua cama, porém está sozinho. Ele arrasta-se até à porta e explica que a sua mulher há dois dias foi a machamba e ainda não voltou. Ele não comeu porque não consegue preparar comida. Ao seu lado tem arroz numa panela que ele estava a tentar limpar. Ele vive naquele lugar há pouco tempo e não tem família nem amigos. Ele nem conhece a vizinhança.

Pergunta 1: O que deve fazer? Por quê?

Resposta: _____

Pergunta 2: Conhece casos em que este princípio não é respeitado? Dê um exemplo.

Resposta: _____

Unidade 12.2

Dor



Folha de Exercício – Dor

Objectivo da Actividade: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve ser capaz de classificar e abordar o tipo de dor que o doente HIV/SIDA tem para a resolução de casos clínicos no seu dia-a-dia e perceber que a dor está sempre presente em todas patologias e este pode ou não significar sinal de perigo no doente.

Tempo de Duração: 30 minutos

Instruções para o Formando:

- Em grupo, leia o caso abaixo.
- Resolva o caso com base as informações da Unidade 12.2 no Manual de Referência.
- Discuta o resultado do caso e tire conclusões.

Caso 1:

Ana tem 40 anos, fez o teste de HIV e o resultado foi positivo. Ela actualmente se encontra em tratamento anti-retroviral e apresenta muita dor na pele, na região torácica. A dor parece lume e, quando faz calor, esta dor aumenta. Além disso, tem ainda a sensação de ter muitos bichinhos a andarem no local. Ela refere que há dois meses teve muitas bolhas neste lugar, onde agora ficou uma cicatriz. Actualmente se sente incomodada quando a roupa toca neste local.

Pergunta 1: Que tipo de dor tem a Ana? Por quê?

Resposta: _____

Pergunta 2: Acha que podemos dar Paracetamol a ela?

Resposta: _____

Caso 2:

Raquel é uma senhora reformada de 60 anos, mãe de 5 filhos. Tem dores no baixo ventre há 6 meses, que parece um aperto, às vezes puxa, e tem sensação de facada. Refere que já esteve internada na serviço de Ginecologia há um ano porque teve hemorragia vaginal abundante. Nessa altura disseram-lhe que tinha um cancro no colo do útero. Actualmente ja não tem sangramento mas às vezes tem dor, que é muito forte e a impede de fazer trabalhos domésticos. Ao perguntamos à Raquel que nota daria à sua dor numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde à ausência de dor e 10 à dor máxima imaginável, Raquel disse-nos que dava 4/10.

Pergunta 1: Que tipo de dor tem Raquel?

Resposta: _____

Pergunta 2: Que fármaco Raquel pode tomar para aliviar a sua dor?

Resposta: _____

Pergunta 3: Que poderemos fazer se a dor de Raquel não aliviar?

Resposta: _____

Caso Clínico 3

Rui tem 25 anos, vive com os pais, deixou de estudar porque esteve muito doente e foi internado, onde foi diagnosticado HIV positivo com Sarcoma de Kaposi. Rui está acamado há três meses, não consegue andar, as pernas estão muito inchadas, tem sensação de peso, aperto, diz que há uma veia que puxa. Quando se movimenta a dor piora, não consegue dormir nem mudar de posição. Tem picadas nas pernas, elas aquecem, parece que tem bichinhos a andarem em seu corpo. Já iniciou o TARV, fez ainda dois ciclos de quimioterapia. Ao perguntamos que nota dava à sua dor de 0 a 10, em que 0 corresponde à ausência de dor e 10 à dor máxima imaginável, disse-nos que dava 9/10.

Ele está muito triste, não quer comer, diz que a vida dele parou. Não pode estudar, não pode passear, e porque tem SIDA, as pessoas se afastaram dele.

Pergunta 1: Que tipo de dor tem Rui?

Resposta: _____

Pergunta 2: Como podemos tratá-lo?

Resposta: _____

Pergunta 3: Que mais tem Rui para além da sua dor? O que mais podemos fazer por ele?

Resposta: _____

Caso Clínico 4

Esperança é uma jovem de 36 anos seropositiva, mas nunca manifestou doença alguma. Fez o teste de HIV porque queria saber seu estado serológico. Ela refere que, desde que iniciou o TARV há três meses, tem formigueiro nos pés, sensação de aquecimento, picadas. Sente às vezes que anda sob cima do gelo, e quando toca as pernas sente frio que a incomoda quando calça sapatilhas.

Pergunta 1: Que tipo de dor tem Esperança?

Resposta: _____

Pergunta 2: Que tratamento ela precisa?

Resposta: _____

Respostas dos Exercícios

Módulo 1: Virologia e Imunologia

Folha de Exercício – Dramatização Sobre o Fornecimento de Informação aos Doentes:

1. O **HIV** é um vírus que ataca o sistema que defende o corpo humano das infecções e causa uma série de doenças que uma pessoa saudável não apanharia.
2. Atacando um dos tipos das células do sangue que se chamam linfócitos de tipo CD4, que desempenham um papel importante na defesa do organismo, deixando-o desprotegido contra as doenças. Portanto, é através da destruição das células de tipo linfócitos CD4 que o HIV provoca o enfraquecimento do organismo.
3. Através de contacto sexual (relações sexuais não protegidas com uma pessoa infectada), ou pela transmissão vertical que é a que acontece de mãe para o filho, ou ainda pela transmissão dum a pessoa para outras através do sangue contaminado pelo HIV.
4. - Relações sexuais seguras
- A Prevenção da Transmissão Vertical, de mãe para filho, que envolve diferentes métodos que contribuem para que uma mulher grávida não transmita o HIV ao seu filho durante a gravidez, parto e aleitamento.
- Com actividades que têm por objectivo a prevenção ou redução de comportamentos que facilitam a transmissão do vírus de pessoas infectadas para pessoas saudáveis.

Módulo 2: Testagem, Aconselhamento e Adesão

Folha de Exercício – Benefícios e Barreiras para o Aconselhamento e Testagem para o HIV:

Grupo 1. Benefícios de fazer o teste para o HIV:

Entre os benefícios adicionais ao aconselhamento e testagem para o HIV constam:

1. Informação que é dada durante o aconselhamento, que permite tomar decisões acertadas em matérias de prevenção do HIV e de planeamento familiar.
2. Apoio que é dado e ajuda na mudança de estilos de vida para opções mais compatíveis com saúde.
3. A habilidade para realizar mudanças de comportamento e evitar a infecção da parceira ou do parceiro.
4. Opções de tomar decisões sobre a custódia das crianças.

Grupo 2. Barreiras para o aconselhamento e testagem para o HIV

Entre as principais barreiras se incluem:

1. Medo de perder o emprego
2. Medo de perder o apoio dos familiares e ser rejeitado pela comunidade
3. Medo da doença e da morte
4. Negação ter tido alguma vez um comportamento que o colocou em risco de infecção pelo HIV

Módulo 3 - Unidade 3.1: Abordagem Clínica do Doente HIV+

Folha de Exercício – Decisões Clínicas:

Caso 1: Estabilizar o doente com HIV e referir ao clínico de referência.

Caso 2: Estabilizar o doente com HIV e referir ao clínico de referência.

Caso 3: Internamento do doente seropositivo. Estabilizar o doente com HIV e referir ao clínico de referência.

Caso 4: Realizar exame para TB como BK.

Caso 5: Fazer teste de malária; se negativo, ou se não responder ao tratamento antimalárico da 1ª e 2ª linha, pode requerer punção lombar e encaminhamento do doente para o clínico de referência.

Caso 6: . Referir ao clínico de referência para toma de conducta.

Caso 7: O AM ou Enfermeiro devem referir ao clínico de referência pode ser caso de candidíase esofágica

Caso 8: O AM ou Enfermeiro pode iniciar o tratamento para herpes na primeira consulta segundo as competências.

Módulo 3 - Unidade 3.2: Interpretação de Testes Laboratoriais

Folha de Exercício – Unidades de Medição:

Caso 1:

R1: O seu fígado aparentemente está a tolerar bem o TARV, porque os dois resultados são normais.

R2: Neste caso, as unidades de medição são muito diferentes. O primeiro resultado foi normal. O segundo resultado foi anormal – o limite superior do valor normal do ALT no outro sistema é 0,88 $\mu\text{mol/L}$, e o resultado do teste de seguimento é mais de 6 x ALN. Significa que Samuel tem um novo problema do fígado, e que pode precisar de uma mudança de um ou mais medicamentos. (Voltaremos a este assunto na Unidade de Reacções Adversas, e na unidade sobre doenças do sistema gastrointestinal). As duas unidades de medição do ALT são diferentes, mas as duas medem a concentração do ALT no sangue, e é possível consultar as tabelas de valores normais para fazer uma comparação geral dos dois valores (descritos em múltiplos do ALN). Se usarmos a tabela do exercício anterior e dividirmos 0,8 (Limite Superior) por 5,4 micromoles/litro, chegaremos ao grau de elevação.

Folha de Exercícios: Relação entre Teste, Sistema Orgânico e Doença

Caso 1:

R1: Todos os resultados são anormais (demasiadamente baixos). Liliana tem anemia, neutropenia, e trombocitopenia. Isto também chama-se “pancitopenia”.

R2: O cansaço e a dispneia provavelmente são consequências da anemia severa. As equimoses e a menstruação excessiva provavelmente são consequências da trombocitopenia. Ainda não podemos ligar seus sintomas à neutropenia.

R3: Depende da causa da pancitopenia. Pode ser devido a uma infecção oportunista de estadio IV que afecta a medula óssea (por exemplo, tuberculose disseminada), ou pode ser uma condição de estadio III. Precisa de mais investigação.

R4: O AM/Enfermeiro deve fazer uma avaliação completa para procurar sinais e sintomas de infecções oportunistas. Deve pedir o teste de CD4. Deve comparar os resultados do hemograma de hoje aos resultados do hemograma anterior para ver se os resultados estão a melhorar ou a piorar. Também deve referir para internar a Liliana para uma transfusão, porque a anemia é severa e sintomática. Normalmente quando há diminuição de hemoglobina, plaquetas, e neutrófilos (ou leucócitos), o AM/Enfermeiro também deve consultar ao clínico de referência.

Caso 2:

R1: Os dois resultados são anormais. Se o limite superior dos resultados normais do laboratório local for 40 u/L, o ALT é > 5x ALN, e o AST é > 3x ALN. É um aumento considerável nos valores.

R2: O cansaço, a icterícia, e a dor abdominal podem ser consequências de uma doença hepática.

R3: Alguns medicamentos usados no tratamento da tuberculose podem causar toxicidade do fígado. Mas, a pessoa seropositiva também pode ter outras causas de doenças do fígado, por exemplo alcoolismo ou hepatite B.

R4: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve fazer uma avaliação completa, procurando outras causas dos sinais e sintomas do doente, estabilizar e referir o doente ao clínico de referência, para tomar decisões tais como: comparar os resultados dos últimos testes aos resultados dos testes anteriores – os valores das transaminases estão a subir ou estão a baixar? Como o Jorge tem icterícia e elevações significativas das transaminases, o clínico de referência deve suspender todos os medicamentos para tuberculose e consultar o responsável do ELAT e ao médico, conforme as normas do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose e Lepra (PNCTL).

Introdução aos Algoritmos:**Folha de Exercício: Jogo de Algoritmos****Caso de Celestina 1**

R1: Deve estar na Caixa 4

R2: Deve ir a Caixa 5

Caso de Celestina 2

R1: Deve estar na Caixa 4

R2: Deve ir a Caixa 5

Caso de Celestina 3

R1: Deve estar na Caixa 16

R2: Deve ser a decisão final: deixar o vizinho controlar o fogo ou ajudá-lo.

Caso de Celestina 4

R1: Deve estar na Caixa 14

R2: Deve verificar se o fogo é não controlável (Caixa 17)

Módulo 3 - Unidade 3.3: Emergências no Doente HIV+**Folha de Exercício – O que Fazer Perante Sinais de Perigo****Resposta 1:**

Entidade clínica ou sinal de perigo	Gestão
Febre 40°C	Estabilizar (administrar antitérmicos, rehidratação endovenosa) e referir para o clínico de referência (veja algoritmo de febre); Procure sinais e sintomas de tuberculose. Lembre-se: A febre persistente sem fonte pode ser uma condição de estadio III.

Desidratação	Estabilizar (Reidratação endovenosa) e referir para o clínico de referência.
--------------	--

Resposta 2:

Entidade clínica ou sinal de perigo	Gestão
Emagrecimento significativo Peso: 48 Kg Altura: 175 cm IMC 15,6 kg/m²	Se não consegue comer, não estiver clinicamente bem ou não estiver em situação de alerta, deve estabilizar (sonda nasogástrica para reabilitação nutricional em pequenas quantidades, e correcção das perdas dos electrólitos, rehidratação EV, fazer lentamente para evitar falência cardíaca ou sobre hidratação e referir para o clínico de referência.)
Não consegue caminhar devido à fraqueza	Estabilizar (rehidratação endovenosa) e referir para o clínico de referência.

Resposta 3:

Entidade clínica ou sinal de perigo	Gestão
Febre elevada	Estabilizar com antitérmicos (Paracetamol) e referir para o clínico de referência.
Dispneia Cianose FR: 36 R/m FC: 138 l/m	Estabilizar: <ul style="list-style-type: none"> – Oxigénio. – Hidratação endovenosa. – Antibióticos endovenosos (Penicilina ou Gentamicina ou similares) para a pneumonia bacteriana enquanto aguarda pelos resultados do diagnóstico. Referir.

Módulo 3 - Unidade 3.4: Estadiamento Clínico

Folha de Exercício – É Possível Estadiar?

Caso 1

R1: Está na Caixa 6

R 2: Ainda não é possível determinar o estadio (Caixa 7)

R3: Ainda não é possível determinar o estadio clínico. É preciso fazer uma avaliação mais completa. O algoritmo diz que devemos ver o algoritmo da tosse, e usar as normas para rastreio da TB. Segundo elas, para o diagnóstico da TB são necessários dois estudos de BK e radiografia do tórax, se possível.

Caso 2

R1: Na Caixa 6 (febre) e também na Caixa 8 (cefaleia) da primeira página (anamnese) do algoritmo de estadiamento.

R2: Ainda não é possível determinar o estadio clínico.

Caso 3

R1: Está na Caixa 12 (diarreia) e também na Caixa 14 (perda de peso) do algoritmo de Estadiamento Clínico I.

R2: Ainda não é possível determinar o estadio clínico.

Folha de Exercício – Qual é o Estadio?

Caso 1

R: Estadio IV, Caixa 10 do algoritmo de estadiamento clínico I (na anamnese: sintoma de ferida ou problema na boca) e Caixa 23 do algoritmo estadiamento clínico II (no exame físico e seguimento: candidíase oral com sintomas de esofagite, boa resposta a Fluconazol). Na tabela de OMS, candidíase esofágica.

Caso 2

R: Estadio IV. Caixa 5 (TB extrapulmonar); Tuberculose extrapulmonar

Caso 3

R: Estadio II. Caixa 27 “Herpes Zóster”

Caso 4

R: Estadio: é prematuro estadiar. Caixa 33. Nome da condição: Não é possível identificar.

Folha de Exercício – Qual é o estadio para as seguintes situações clínicas?

R:

Situação clínica	Estadio (I, II, III, IV ou não corresponde a nenhum estadio clínico)
1. Infecção por herpes simplex genital de 45 dias de duração	IV
2. Pneumonia bacteriana aguda e severa com resposta aos antibióticos; um só episódio (não repetido)	Se for o único episódio, corresponde ao estadio III (se existisse mais de um episódio, haveria que pensar no estadio IV)
3. Anemia de (<8 g/dl) sem explicação por outra doença não relacionada ao HIV. Sem resposta à suplementação com ferro e vitaminas, antimaláricos e antiparasitários (segundo protocolos nas guias nacionais e outros).	III
4. Doença inflamatória pélvica severa	III
5. Diarreia crônica inexplicada de mais de um mês, acompanhada de emagrecimento evidente e com IMC < 18,5 kg/m ²	IV e um síndrome de caquexia. (Se não fosse acompanhada do IMC baixo, estaria no estadio III)
6. Febre ou suores noturnos por mais de um mês sem outras causas e sem resposta a antibióticos e antimaláricos e sem perda de peso evidente e IMC > 18,5 kg/m ²	III (se tivesse um IMC menor que o valor apresentado, poderia ser um síndrome de caquexia e, portanto, o estadio IV)
7. Aumento de linfónodos de 1,5 cm nas duas virilhas por três meses, sem dor.	Não corresponde a nenhum estadio clínico. As adenopatias inguinais não

	definem LGP
8. Polineuropatia periférica causada pelo HIV	Não corresponde a nenhum estadio clínico.

Módulo 4: Malária no Doente HIV

Folha de Exercício – Interações entre Malária e HIV: Pensando nas Possíveis Implicações:

R1: O risco de transmissão sexual do HIV pode ser elevado durante ou após um episódio de malária, porque há aumento da carga viral. A pessoa infectada pelo HIV é mais contagiosa quando a sua carga viral está alta.

As pessoas infectadas pelo HIV correm mais risco de infectar-se com malária.

R2: A incidência da malária pode subir em Moçambique durante a epidemia de HIV, porque as pessoas com HIV ou SIDA têm maior risco de contrair malária. Mas tudo depende do balanço entre o risco elevado de malária na pessoa seropositiva e o risco diminuído na pessoa que se beneficia das intervenções para a prevenção da malária. Se a implementação dos programas para a prevenção da transmissão da malária funcionarem bem, o país pode observar uma redução na incidência de malária. Sabemos que a malária é mais frequente nas mulheres grávidas seropositivas em Moçambique.

R3: As consequências de malária na gravidez incluem anemia materna e baixo peso ao nascer. Desta forma, a prevalência elevada da malária nas mulheres grávidas seropositivas Moçambicanas pode provocar um aumento na incidência da anemia materna e também do baixo peso ao nascer – além do aumento causado pelo HIV. Mas a gravidade do problema vai depender do sucesso das intervenções para controlar a malária na grávida. Se todas as grávidas seropositivas usassem a rede mosquiteira e fizessem a profilaxia para malária durante a gravidez, poderiam proteger sua própria saúde e a saúde dos seus bebés.

R4: Não, porque a malária pode alterar o valor das CD4 e pode dar um valor mais baixo. Se esperarmos cerca de seis semanas depois de tratar a malária, o CD4 terá tempo para voltar ao seu nível “normal”.

Folha de Exercício – Casos Clínicos sobre o Tratamento da Malária

Caso 1:

R: Deve receber Coartem já que é o tratamento aconselhável para primeira linha na abordagem da malária. Deve evitar Sulfadoxina-Pirimetamina (Fansidar), porque há risco mais elevado de reacção adversa ao CTZ. Está no algoritmo de diagnóstico e tratamento adequado dos casos de malária, está na Caixa 9: Tratar com 1 linha – Artemether- Lumefantrina, baixar febre com Paracetamol.

Caso 2:

R: Não. Ainda não sabemos a causa da febre. O teste rápido foi negativo, e está a tomar Cotrimoxazol. Seu risco de malária é baixo. É preciso procurar a verdadeira causa da febre e tratá-la. Pode ser que precise de antibióticos para pneumonia, ou de tratamento para TB, por exemplo. Estamos no algoritmo de tratamento de malária, está na Caixa 5: pesquisar outras causas de febre, portanto podemos consultar o algoritmo de febre.

Caso 3:

R: Deverá receber Coartem. Neste caso, além de ser a linha proposta pelo PNCM, ela não deve receber SP se existir outra opção, porque a última dose de Fansidar preventivo foi há duas semanas (o intervalo entre doses deve ser de um mês ou mais). Está na **Caixa 10** de segundo e terceiro trimestre de malária não complicada do algoritmo de diagnóstico e tratamento adequado MaláriaII, na Caixa 10.

Caso 4:

R: O AM ou Enfermeiro deve estabilizar com uma dose de Quinina IM ou oral dextrose ou glicose e referir o doente para o clínico de referência, pois trata-se de malária grave. Está na **Caixa 8** da malária grave no algoritmo da malária I.

Caso 5:

R: O AM ou Enfermeiro deve tratar o doente com Coartem, que é a linha de tratamento proposta pelo PNCM. Consultar a **Caixa 9**, que se refere ao tratamento com a 1ª linha (malária não complicada) do algoritmo de Diagnóstico e tratamento adequado dos casos de malária I.

Caso 6:

R1: Tratar com Coartem que é a 1ª linha de tratamento para malária não complicada, na pessoa não grávida. Como não está a tomar outros medicamentos, não há risco de interações medicamentosas. Está no **Caixa 9**, tratar com 1ª linha A-L do algoritmo de diagnóstico e tratamento adequado dos casos de malária I.

R2: Deve recomendar rede mosquiteira. Ainda não há indicação para Cotrimoxazol.

Caso 7:

R1: Aparentemente tem Síndrome Stevens-Johnson, com febre e lesões da mucosa. Pode ter sido causado por CTZ ou por Nevirapina. A febre provavelmente foi causada pelo SSJ, não por malária. Dez dias depois de um episódio de malária, o teste rápido ainda pode ser positivo.

R2: Não deve dar antimaláricos. A doente nunca deve tomar o CTZ nem o Fansidar no futuro. O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve referir o doente para o clínico de referência, que deve tomar decisões de trocar a NVP por Efavirenz se a doente não estiver grávida.

R3: Deve usar rede mosquiteira.

R4: Não se trata de malária, por isso não deve consultar os algoritmos de tratamento da malária. Podemos consultar as tabelas de RAM.

Módulo 5 - Unidade 5.1 Febre no Doente HIV+**Folha de Exercício – Febre com ou sem Causa Aparente (Focalização)****Caso 1**

R1: Sim

R2: Tuberculose pulmonar

R3: Tosse crónica durante dois meses com suores nocturnos

R4: Fervores crepitantes a auscultação pulmonar

R5: Expectoração BK+

R6: Neste caso, sabemos que o doente tem baciloscopia positiva. Não é preciso fazer outros exames se a avaliação clínica não sugere outro foco além da TB, e se o

doente responde bem ao tratamento para a TB. Se não, encaminhar ao clínico de referência para confirmação do estadió.

Caso 2

R1: Sim

R2: Endometrite pós-parto

R3: Três dias depois de um parto complicado

R4: Dor abdominal com corrimento vaginal verde

R5: Não há

R6: Não é preciso fazer outros exames se a avaliação clínica não sugere outra causa além da endometrite, e se a doente responder bem aos antibióticos indicados. A doente deve ser referido ao clínico de referência.

Caso 3

R1: Sim

R2: Otite

R3: Dor do ouvido

R4: Corrimento purulento no ouvido esquerdo; T 39,0°C

R5: Não há

R6: Não é preciso fazer outros exames se a avaliação clínica não sugere outra causa além de otite. Caso haja suspeita de outra causa, ou não melhorar após o tratamento prescrito o doente deve ser referido ao clínico de referência para a toma de decisões.

Caso 4

R1: Ainda não tem causa identificada depois de uma investigação clínica e laboratorial.

R2: Não sabemos

R3: Não tem

R4: Não tem

R5: Não tem

R6: Sim. Vamos falar da abordagem de febre sem foco mais tarde nesta unidade. O AM/Enfermeiro deve fazer uma história médica e exame físico mais completos (há perda de peso? Está a tomar medicamentos? Há quanto tempo começou a febre?). Após o exame se não encontrar nenhum foco sugestivo, deve dar antibióticos para tratar possível bacteriemia. Se o doente não responde a antibióticos (uma resposta indicaria infecção bacteriana), deve ser avaliado para IOs e outras condições de estadió III e IV. O doente deve ser encaminhado para o clínico de referência.

Folha de Exercício – Casos Clínicos para Trabalhar com Algoritmos de Febre

Caso 1:

R1: O algoritmo de Febre 2 (seguimento), porque já recebeu antimaláricos e não respondeu.

R2: Está na Caixa 5. “Repetir a avaliação clínica completa. Pedir hematozoário, hemograma. Repetir as perguntas de rastreio de TB”

Caso 2:

R1: O algoritmo de Febre 1 (primeira), porque é a primeira consulta para este problema.

R2: Está na Caixa 3-4. O doente tem sinais de perigo (fraqueza, letargia). O AM/Enfermeiro deve estabilizar (líquidos endovenosos, antimalárico, antibióticos, glucose/dextrose) e referir para o clínico de referência.

R3: Ainda não podemos identificar a causa, porque o AM/Enfermeiro ainda não fez a avaliação completa. Mas porque tem CD4 baixo, podemos suspeitar IOs de estadió

avançado, além de malária e outras causas comuns de febre. Como tem mudanças do nível de consciência (letargia), devemos suspeitar problemas do sistema nervoso central.

Caso 3:

R1: O algoritmo de Febre 1 (primeira), já que é a primeira consulta por este problema.

R2: Na Caixa 5. A doente não tem sinais de perigo. O AM/Enfermeiro deve fazer o resto da avaliação clínica completa para procurar a causa da febre, e deve fazer a pesquisa de malária.

R3: Ainda não podemos identificar a causa porque o AM/Enfermeiro ainda não fez a avaliação completa. Mas, como tem náuseas, dor abdominal, erupção cutânea, e está a fazer o TARV e a tomar o CTZ, temos que suspeitar reacções adversas a medicamentos, além de malária e outras causas comuns de febre. Referir ao clínico de referência.

Caso 4.

R1: O algoritmo de Febre 1, já que é a primeira consulta por esta doença.

R2: Na Caixa 10. O doente não tem sinais de perigo. Tem teste de malária positivo.

R3: É possível que este doente tenha duas causas para a sua febre. Aparentemente tem malária (febre há dois dias, teste rápido positivo), mas pode ter infecção pulmonar (pneumonia bacteriana, tuberculose, etc.) também.

R4: Deve prescrever antimalárico (usando o algoritmo de malária). Deve iniciar antibióticos para pneumonia também (veja unidade de doenças respiratórias). Se o doente tiver suores nocturnos, perda de peso, hemoptise, ou se for exposto a TB, também deve solicitar baciloscopia.

Caso 5:

R1: O algoritmo de Febre 1 (primeira), já que é a primeira consulta por esta doença.

R2: Na Caixa 9 “Febre sem causa identificada”.

R3: Ainda não sabemos. Pode ter malária com resultado falso negativo dos dois testes (pouco provável!), ou pode ter bacteriemia, ou uma IO como criptococose. Como tem $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, o AM/Enfermeiro também deve suspeitar tuberculose e síndrome de caquexia. (Veja o capítulo de emagrecimento/perda de peso).

R4: Deve iniciar antibióticos para possível bacteriemia. Porque há emagrecimento importante, deve pedir BK e radiografias do tórax, e perguntar por sinais e sintomas de síndrome de caquexia.

Caso 6:

R1: O algoritmo de Febre 2 (seguimento), porque já tomou antibióticos e antimaláricos, sem sucesso.

R2: Na Caixa 5. O doente não tem sinais de perigo. Provavelmente não tem malária resistente. O teste rápido foi positivo porque ocorreu só uma semana depois de tratamento, mas não encontraram plasmódio na lâmina. Estamos ainda investigando a causa da febre.

R3: Não deve ser reacção adversa a Cotrimoxazol, porque a febre começou antes de tomar o CTZ, e não está a fazer o TARV. Pode ser uma IO difícil de diagnosticar, como criptococco ou tuberculose extrapulmonar. Como tem $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, com febre persistente, sem focalização aparente, sem resposta a antibióticos e antimaláricos, o AM/Enfermeiro também deve suspeitar uma condição de estadio III ou IV. Se não, e se houver outra causa aparente da febre após uma avaliação completa, o doente reúne critérios para síndrome de caquexia.

R4: Deve encaminhar o doente ao clínico de referência para confirmação do diagnóstico. Se o médico não encontra outro foco da febre (por exemplo, uma IO de

estadio IV), o doente vai precisar de TARV – por estadio IV com síndrome de caquexia). Alternativamente, pode referir o doente para internamento, e administrar antibióticos endovenosos e fazer mais estudos.

Módulo 5- Unidade 5.2 Emagrecimento no Doente HIV+
Folha de Exercício – Caquexia ou “Síndrome de Caquexia de SIDA”

Caso 1:

R1: O câncer do esófago.

R2: Tem caquexia (desnutrição grave), causada pelo facto de não poder engolir por ter um tumor do esófago. Não tem síndrome de caquexia de SIDA.

R3: Tem caquexia porque o IMC é $<16,0 \text{ kg/m}^2$ e sente-se fraco e a presença do tumor não permite a alimentação adequada. Não pode ter síndrome de caquexia de SIDA, porque é seronegativo, e porque há outra causa identificada da sua desnutrição.

Caso 2:

R1. Aparentemente, tem cândidíase esofágica, que provavelmente interfere com a sua nutrição. Aparentemente está no estadio IV. Como seu CD4 é muito baixo e não está a fazer o TARV, a sua carga viral pode ser muito alta, o que também vai contribuir para a desnutrição. Pode ter também outra causa, mas ainda é desconhecida.

R2. Tem caquexia. Não tem síndrome de caquexia de SIDA.

R3. Tem caquexia, porque o IMC é $< 16,0 \text{ kg/m}^2$, com emagrecimento visível e fraqueza. Como não tem febre, suores nocturnos nem diarreia crónica, não tem síndrome de caquexia de SIDA.

Caso 3:

R1: TB e síndrome de caquexia. A TB produz perda de peso, mas agora já está controlada e mesmo assim o doente ainda continua a perder peso. Agora a perda de peso pode ser causada pelo próprio HIV (Síndrome de caquexia de SIDA).

R2: Não tem caquexia. O doente tem síndrome de caquexia de SIDA.

R3: Aparentemente tem síndrome de caquexia, porque tem perda de peso de mais de 10% com febres persistentes que não responderam a tratamento para a tuberculose (apesar de ter tido uma boa resolução dos sintomas pulmonares com o tratamento para tuberculose pulmonar) nem a antibióticos e antimaláricos. Mas é um caso complicado que precisa referir para clínico de referência.

Folha de Exercício – Cálculo e Interpretação do IMC

Doentes	Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC(kg/m ²) calculado pelo Técnico de Medicina	IMC (kg/ m ²) da tabela 1, Unidade 4.2 do MR	Categoria nutricional (da tabela 1)
1	42	1,62	16,0	<16,2	Desnutrição significativa
2	54	1,50	24,0	<24,4	Sem desnutrição
3	63	1,72	21,3	<21,2	Sem desnutrição
4	81	1,69	28,4	Não aparece	Obesidade
5	49	1,63	18,4	<18,6	Sem desnutrição significativa
6	38	1,70	13,1	<13,8	Desnutrição significativa Magreza extrema

R1. O IMC tem em conta a altura e também o peso. Pessoas com a mesma altura podem ter IMC muito diferentes se o seu peso for diferente. Da mesma maneira, pessoas com o mesmo peso podem ter IMC muito diferentes se sua altura for diferente.

Folha de Exercício – Casos Clínicos

Caso Clínico 1:

R 1: O IMC dela é 15,5 kg/m².

R2: Candidíase oral confirmada. Também é provável que tenha candidíase esofágica. Emagrecimento acentuado (desnutrição severa). Pode ter ainda mais diagnósticos (que expliquem a desnutrição e baixo peso, para além da candidíase esofágica).

R3: Deve ser estabilizada e referida ao clínico de referência para ser internada. Na estabilização, deve receber F-75. A dose para seu peso seria 80cc ou mais cada hora, via oral ou por sonda nasogástrica. Também deve receber vitamina A, antibióticos, e uma avaliação completa. No internamento o doente deve continuar com a terapêutica iniciada durante fase estabilização iniciada pelo agente de medicina ou enfermeiro que amudança desta dependerá da evolução clínica do doente. Deve e receber fluconazol para provável candidíase esofágica. A longo prazo, deve avançar a F-100 e logo a alimentos normais (com cesta básica e/ou Plumpy'nut), e se o diagnóstico de candidíase esofágica (ou outra condição de estadio III ou IV) é confirmado, deve ser avaliado para o TARV e Cotrimoxazol.

R 4: Caixa 3, doente com sinais de perigo.

Evolução:

R1: 19,0 kg/m²

R2: Estadio IV, por candidíase esofágica.

R3: Não. Não tinha suores nocturnos, febre, ou diarreia crónica. O seu IMC subiu sem TARV.

R4: Aconselhamento nutricional. Preparação para o TARV. Continuar com o Cotrimoxazol se não tiver nenhuma reacção adversa.

Caso 2:

R1: O Júlio continua no estadio I (a cólera não define nenhum estadio). O AM/Enfermeiro deve calcular o IMC. Deve procurar emagrecimento visível, sinais e sintomas de TB, e sinais e sintomas de outras causas (além da cólera) da perda de peso.

R2: Até a Caixa 15.

Caso 3:

R1: 17,5 kg/m²

R2: Caixa 11 – IMC baixo que reúne critérios para perda de peso de estadio III.

R3: Como teve TB extrapulmonar no momento de ter sido testada para HIV, estadio IV (sempre, quando há um diagnóstico de estadio IV, com ou sem diagnósticos de estadios mais baixos, o doente fica no estadio IV.)

R4: Aconselhamento nutricional com pacote de apoio nutricional (cesta básica e/ou Plumpy'nut) se disponível. Avaliar e preparar para o início do Cotrimoxazol e para o TARV pelas indicações de perda de peso de estadio III (com CD4 baixo) e história de doença oportunista de estadio IV (TB extrapulmonar). O AM/Enfermeiro deve referir o doente para o clínico de referência.

Módulo 5 - Unidade 5.3 Anemia no Doente HIV+

Folha de Exercício – Causas de Anemia

Caso 1: Fátima

R1: Malária grave com anemia aguda.

R2: Caixa 6. Anemia confirmada, deverá fazer teste de malária.

R3:

R3:

- ✓ Exame físico completo. Estabilizar 1ª dose de QNN IM ou Oral. Corrigir hipertermia, hipoglicemia e dispnea e referir para clínico de referência para: internamento para tratar malária em grávida e/ou para investigar outras causas se o teste não confirmar malária.
- ✓ Iniciar CTZ profilático (esta grávida com CD4<350).
- ✓ Dar rede mosquiteira.

Caso 2: Ferrão

R1: Provável TB pulmonar.

R2: Caixa 14. Pancitopenia

R3:

- ✓ Exame físico completo
- ✓ BK da expectoração,
- ✓ Referir para o clínico de referência por apresentar pancitopenia.

Caso 3: Olívio

R1: Provável IO que provoca sangramento intestinal (pode ser de novo a TB abdominal que já tratou, ou outra infecção)

R2: Caixa 2. Presença de sinais de perigo.

R3:

- ✓ Exame físico completo
- ✓ Avaliar a presença de sinais de perigo: sangramento intestinal.
- ✓ Estabilizar e referir ao doente para o clínico de referência para internar, Avaliar a necessidade de transfusão. Consultar o médico e/ou cirurgião.

Caso 4: Lurdes

R1: Reacção adversa ao AZT, com anemia importante (Grau 4 da reacção adversa).

R2: Caixa 12. Sem malária, a tomar Zidovudina.

R3:

- ✓ Hemograma completo (para procurar neutropenia e trombocitopenia). Exame físico completo.
- ✓ Avaliar necessidade de transfusão (anemia aguda): estabilizar
- ✓ Referir urgentemente para o clínico de referência para suspender o TARV e reportar a reacção ao MISAU.

Caso 5: Martinho

R1: Ainda desconhecida. Pode ser malária ou uma infecção bacteriana ou de micobactéria. É pouco provável uma infecção oportunista (além de TB) já que o doente está em TARV e com CD4 bons. É pouco provável que seja uma reacção adversa (há dois anos que toma TARV e CTZ)

R2: Caixa 11: pouco provável que seja a reacção adversa. Controle hemograma.

R3:

- ✓ Exame físico completo
- ✓ AM/Enfermeiro deve referir o doente para o clínico de referência para internar (a anemia parece aguda) e observar.
- ✓ Pode-se administrar antibiótico para tratar bactérias conforme o algoritmo de febre. Pode se administrar antimaláricos ainda que a lâmina seja negativa (avaliar o risco de malária)

Caso 6: Amina

R1: Grávida com antecedente obstétrico de várias gravidez (multi-gravidez) e sem atenção pré-natal, com anemia que pode ser a causa da anemia

R2: Caixa 13. Anemia confirmada sem pancitopenia

R3:

- ✓ História clínica e exame físico completos.
- ✓ Procurar sinais de perigo e referir a doente para o clínico de referência se ela apresentar algum sinal de perigo.
- ✓ A doente deve iniciar o CTZ. Incentivar o uso de rede mosquiteira para a prevenção da malária na doente HIV grávida.
- ✓ Deve receber sal ferroso e ácido fólico, Mebendazol se ainda não recebeu na consulta pré-natal. Deve ser reavaliada pelo clínico de referência por ser mulher grávida

Módulo 6: Unidade 6.1: Doenças Respiratórias no Doente HIV+

Folha de Exercício – Uso dos Algoritmos para Doença Respiratória

Caso Clínico:

R1: Deverão ser feitas perguntas relativas à duração/gravidade da falta de ar (em movimento, ou em repouso), e se tem tosse (se é com expectoração ou não ou com hemoptises), febre, perda de peso, suores nocturnos, contactos TB. Pergunte sobre a profilaxia com CTZ ou INH. Se tomou quaisquer medicamentos, ou se actualmente está a receber o TARV, ou ainda se está grávida. Pergunte também se tem qualquer doença respiratória crónica, como a asma.

R2: Precisa de exame físico completo.

R3: Está na Caixa 6 do algoritmo doente respiratório crónico. O AM/Enfermeiro deverá pedir baciloscopia, hemoglobina, e CD4. Como o CD4 anterior foi < 250 cels/mm³, deve também pedir estudos pré-TARV também (hemograma e bioquímica).

R4: Inicie o tratamento segundo as competências com Amoxicilina e Doxiciclina (lembre-se, a Doxiciclina é contra-indicada na gravidez), na ausência de resultados laboratoriais. Está na Caixa 8. Pode iniciar o tratamento para a candidíase oral. OTARV não deverá ser iniciado porque ainda não sabemos se a doente tem TB (ou outra doença respiratória que pode ser associada com SIR) ou não.

R5: Estamos na Caixa 13. O seu diagnóstico mais provável será PCP. Ela deverá ser vista pelo clínico de referência para considerar o tratamento com elevadas doses de Cotrimoxazol durante 14 a 21 dias, possivelmente com corticosteróides. Vai precisar de internamento. Esta doente também necessita de TARV e apoio nutricional que podem ser planeados. Aguarde até a doença respiratória estabilizar antes de iniciar o TARV para evitar o SIR.

Módulo 6 - Unidade 6.2: Co-infecção HIV-TB

Folha de Exercício – Casos Clínicos sobre Co-Infecção TB-HIV

Caso Clínico 1:

R1: Sim, seus CD4 são muito baixos (< 350 cels/mm³) e tem TB portanto está estadio III. O AM/Enfermeiro deve referir o doente ao clínico de referência para iniciar o TARV após a estabilização do doente.

R2: O AM/Enfermeiro deve referir o doente ao clínico de referência para iniciar o TARV com Efavirenz + Estavudina + Lamivudina.

A Nevirapina não pode ser dada com Rifampicina.

Ele não deve receber Zidovudina quando a hemoglobina é inferior a 8 g/dl.

Caso Clínico 2:

R1: Ela está no estadio III por TB pulmonar. O AM/Enfermeiro deve referir a doente ao clínico de referência para iniciar o TARV, e apesar de que os seus CD4 são ainda elevados (acima de 350 cels/mm³). Deve iniciar o TARV pelos menos 2 semanas após o início do tratamento para TB.

R2: Sim, todos os doentes com TB activa e HIV devem receber profilaxia com Cotrimoxazol.

Caso Clínico 3:

R1: O AM/Enfermeiro deve referir o doente ao clínico de referência para que o João receba informação sobre o seu diagnóstico. Também deve haver a troca da linha de TARV que ele recebe. A Nevirapina deve ser substituída por Efavirenz. Devemos fazer um bom aconselhamento para a adesão, pois o João vai tomar muitos comprimidos a partir de agora até terminar o tratamento da TB. É importante que o doente compreenda a importância de fazer correctamente os dois tratamentos. Deve-se iniciar o Cotrimoxazol se o doente ainda não toma ou se já o tomou, mas havia suspendido.

Depois de alguns dias, podemos introduzir o tratamento para TB. É importante informar ao João que a sua TB é contagiosa (ele tem BK+++) e que deve proteger a sua tosse para não contagiar aos seus conviventes (mulher, filhos). O João deve ser mantido na fila da consulta o menor tempo possível, já que tem tosse produtiva e BK+. Devemos mostrar a ele como cobrir a boca e o nariz.

R2: O João faz seguimento há mais de um ano. A sua mulher teve tuberculose no passado, e na época ele poderia ter recebido TPI. Talvez assim ele não teria desenvolvido uma TB hoje.

Folha de Exercício – Elegibilidade para a Profilaxia com Isoniazida (INH)

Caso 1:

R: Márcia não é elegível para o TPI. Ela pode ter TB pulmonar. Precisa de fazer BK e avaliação completa dos seus sintomas.

Caso 2:

R: Zilda é elegível para o TPI, desde que não apresente sinais nem sintomas de doença hepática.

Caso 3:

R: Não, não é elegível para o TPI. A doente está muito doente, tem sinais e sintomas de doença hepática, e precisa de uma avaliação completa dos seus sinais e sintomas.

Módulo 7 - Unidade 7.2 Doenças da Pele

Folha de Exercício – Caso Clínico para Fazer o Diagnóstico Diferencial das Lesões da Pele e Mucosas

R1: A história é compatível com herpes oral simples recorrente, apesar de não haver nenhuma marca da lesão no momento actual.

R2: São compatíveis com candidíase oral e que provavelmente esteja também no esófago (já que o José apresenta dificuldade para engolir).

R3: Estas lesões sugerem Sarcoma de Kaposi.

R4: Pode ser causada por candidíase ou por um herpes ou pelas lesões de Sarcoma de Kaposi. É preciso observar bem com espátula e boa iluminação a boca e orofaringe. Referir ao médico para a confirmação do diagnóstico.

R5: As dores das lesões limitam a ingestão de alimentos e, portanto, é um sinal de perigo (Ver tratamento na unidade de emergência do MR). Deverão tratar-se as cândidas e ver evolução nos próximos dias. Se não houver melhoria, deve-se pensar também no herpes porque tem um histórico que sugere fortemente a presença de herpes simplex recorrente. Também é preciso pensar no Sarcoma de Kaposi.

R6: O estadio do doente é provavelmente IV (devido ao sarcoma de Kaposi ou à candidíase esofágica). Este doente deve ser avaliado e preparado para iniciar o TARV. Todos os problemas do doente estão relacionados com o seu estado de imunossupressão, portanto se ele for avaliado cuidadosamente para o TARV, deve iniciar o mais breve possível. O Cotrimoxazol poderia ser iniciado imediatamente se não houver contra-indicações. Deverão ser avaliadas pelo médico as lesões de SK e a sua extensão as vísceras.

Módulo 7 - Unidade 7.3 Linfadenopatias no Doente HIV +

Folha de Exercício – Casos Clínicos Curtos para Diagnóstico Diferencial de Linfadenopatias

Caso 1:

R: O mais provável é que tenha relação com a úlcera aftosa (é uma doença ulcerosa da boca de etiologia desconhecida, associada à estados de imunossupressão), e portanto deverá esperar que se resolva a lesão oral e em princípio a adenopatia deveria desaparecer também.

Caso 2:

R: As características da adenopatia podem sugerir um processo maligno, possivelmente um linfoma. O Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá referir o doente ao médico para o seu estudo.

Caso 3:

R: As características das adenopatias sugerem uma tuberculose ganglionar. O Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá investigar sobre o passado do doente, na procura de antecedentes de TB pulmonar. Deverá fazer perguntas de rastreio de TB ainda que as respostas do doente nem sempre ajudem no diagnóstico e referir ao clínico de referência

Módulo 7 - Unidade 7.4 Sarcoma de Kaposi**Folha de Exercício – Casos Clínicos para Uso do Algoritmo de SK****Caso 1:**

R: Não sabemos se tem Sarcoma de Kaposi ou não. São muitas as condições que podem causar lesões negras na pele. Neste caso, são muitas as lesões que causam prurido, e o doente tem CD4 >200. Estamos na Caixa 6 do algoritmo de Sarcoma de Kaposi. O diagnóstico provável deste doente é *prurigo nodularis*, condição de estadio II.

Caso 2:

R 1: Estamos na Caixa 4, de sinais de perigo. Está lesão é provavelmente Sarcoma de Kaposi, e há interferência com a alimentação. Além disso, o doente tem provável Kaposi oral, e dispneia. O risco de ter Kaposi visceral a nível dos pulmões é alto nos doentes com Kaposi oral.

R2: Este caso é uma emergência médica. O doente deve ser estabilizado e encaminhado a um centro onde possa fazer a quimioterapia, em ambulatório se necessário.

Módulo 8 - Unidade 8.1 Diarreia no Doente HIV+**Folha de Exercício – Pequenos Casos Clínicos para Uso do Algoritmo da Diarreia****Caso 1:**

R: O AM/Enfermeiro deve primeiro procurar sinais de perigo. Se o doente não tiver, deve seguir o algoritmo até a Caixa 10 (dar Cotrimoxazol).

Caso 2:

R1: Deve receber reidratação oral e Albendazol dose única, se não tomou nos últimos 6 meses (Caixa 3). Também deve tomar Cotrimoxazol em doses terapêuticas (Caixa 10). **R2:** Neste caso, a malária provavelmente não foi a causa da diarreia. O doente foi tratado com antimaláricos sem confirmação laboratorial de malária. Uma outra possibilidade é que o doente tenha malária resistente a Coartem, mas é pouco provável, porque o teste rápido para malária é negativo hoje. Três dias depois de tomar o último comprimido de Coartem, o hematozoário também é negativo.

R3: Neste caso, se a diarreia não piorar (com sinais de perigo), deve continuar com o Cotrimoxazol para completar um tratamento de 10 dias. Se não há resposta ao tratamento depois de 10 dias, estaria na Caixa 15 do algoritmo, e deve tomar Metronidazol.

Caso 3:

R1: Está na caixa 18. “Diarreia por mais de um mês sem resposta ao tratamento com Metronidazol, em TARV”: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve referir o caso ao clínico de referência.

R2: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve pensar na possibilidade de RAM ao TARV, que a doente iniciou recentemente, ou pensar em SIR.

Módulo 8 - Unidade 8.2 Dor Abdominal no Doente HIV+

Folha de Exercício – Casos Clínicos da Dor Abdominal

Caso 1:

R1: É um abdómen agudo. Deve ser encaminhado ao clínico de referência urgentemente. Enquanto espera o clínico, o AM/Enfermeiro deve iniciar fluidos endovenosos e antibióticos endovenosos.

Nota: Peça aos formandos para consultarem a tabela sobre emergências gastrointestinais, na Unidade 2.3 do Manual de Referência.

R 2: Ainda não sabemos. Pode ser um problema comum, como apendicite. Mas o doente tem CD4 baixo, que significa que o risco de uma infecção oportunista é alto. Por exemplo, pode ter complicações de tuberculose abdominal. Veja no Manual de referência na secção de “Epidemiologia da dor abdominal no doente HIV+”.

Caso 2:

R1: Aparentemente, tem hepatite. A hepatite pode ser causada por hepatite viral (incluindo hepatite B), por outra IO, por SIR, ou por reacção adversa a Nevirapina (ou Cotrimoxazol, mas é pouco provável). Como os sintomas e sinais começaram seis semanas depois de iniciar o TARV com Nevirapina, a causa mais provável é hepatite causada por NVP. Outras possibilidades incluem colecistite e outras doenças dos ductos biliares (por exemplo, causadas por parasitas oportunistas), tuberculose abdominal (talvez com SIR), e tumores malignos. (Para mais informações, ver a unidade sobre SIR no Manual de Referência).

R2: Por pensarmos que a causa mais provável é reacção adversa, devemos usar as tabelas de RAM. Cristina tem hepatite sintomática sem erupção cutânea. O AM/Enfermeiro deve encaminhar urgentemente ao clínico de referência, porque a NVP deve ser suspensa

R3: As transaminases estão a piorar depois de suspender a Nevirapina. O AM/Enfermeiro deve fazer uma avaliação completa e encaminhar o doente ao clínico de referência para suspender o Cotrimoxazol. Pode ser uma reacção adversa a Cotrimoxazol (pouco comum), uma IO de estadio IV (possivelmente complicada por SIR), ou outro problema não relacionado ao SIDA (por exemplo, colecistite causada por cálculos biliares). A doente precisa de estudos mais avançados, por exemplo ultra-som do abdómen.

Caso 3:

R1: Provavelmente não. O valor de CD4 está ainda a subir, e o peso estava a aumentar até a semana passada. É possível que tenha uma IO no estadio IV, mas não é seguro, e é preciso investigar outras possibilidades.

R2: É possível que tenha uma acidose láctica, causada por d4T. Está em tratamento há mais de 4 semanas, e é gordo. Os sintomas (dor abdominal, náuseas, dor muscular, perda de peso, sem outra causa evidente) são compatíveis com acidose láctica. A informação relativa a RAM vai ser abordada numa outra unidade.

Caso 4:

R1: Provavelmente não. O padrão não é de hepatite nem de dor geral.

R2: Aparentemente tem doença inflamatória pélvica. Deve ser tratada conforme as normas de tratamento de ITS. Se não responde ao tratamento com antibióticos, deve ser encaminhada ao clínico de referência.

Folha de Exercício – Caso Clínico Usando Vários Algoritmos

Caso Clínico:

R1: Não sabemos. A informação não é adequada porque a avaliação não foi completa.

R 2: O AM/Enfermeiro deve fazer uma avaliação mais completa (anamnese e exame físico).

Na avaliação deve procurar sinais de perigo: Tem choque? Há hemorragia gastrointestinal? Consegue comer e beber? Tem diarreia com desidratação severa? Tem lesões de Sarcoma de Kaposi na boca? Deve usar o algoritmo de febre e de perda de peso.

R 3: As explicações são várias. Pode ter infecção oportunista (TB? Sarcoma de Kaposi visceral?) ou pode ter um problema não relacionado com HIV. Pode ter síndrome de caquexia. Pode ser úlcera, parasitas intestinais, câncer, febre tifóide. Não há informação suficiente para explicar a sua dor.

R 4: Sim. Artur tem sinais e sintomas que podem indicar uma infecção oportunista (ou outro problema). Tem febre, suores nocturnos e dor abdominal. O tratamento com antimaláricos não estava indicado (porque a avaliação não foi completa e a história de meses de febre não é compatível com a malária) e, portanto, não o ajudou. É preciso tentar identificar e estabilizar qualquer infecção oportunista antes de começar com os anti-retrovirais. O AM/Enfermeiro não fez o exame físico completo, não prescreveu Cotrimoxazol, não fez hemograma nem testes de transaminases ou função renal, não usou o algoritmo de febre nem de perda de peso, e não fez referência para apoio nutricional. Também não deveria iniciar o TARV porque não está dentro das suas competências.

R5: A dor abdominal começou antes de iniciar os anti-retrovirais, então não é provável que o TARV seja a causa de todos os sintomas. Não tem icterícia nem erupção cutânea, mas tem ascites, que pode indicar um problema hepático. Seria recomendável solicitar transaminases, mas se os níveis estiverem elevados vai ser difícil a sua interpretação, porque não tem outras anteriores ao TARV para poder fazer comparação.

R6: Sim. É muito provável que seja uma infecção oportunista. Sempre que uma pessoa seropositiva tem suores nocturnos, febre, e perda de peso, temos que pensar em TB (e também, síndrome de caquexia de SIDA). Neste caso, temos que pensar na possibilidade de TB abdominal. Além disso, nas pessoas com CD4 baixo, outras IOs (incluindo IOs difíceis de diagnosticar em Moçambique) são causas comuns de dor abdominal.

Existe também a possibilidade do SIR, acompanhando a IO. Uma infecção oportunista não tratada (ou não tratada completamente) pode piorar nas primeiras semanas de TARV. Sempre que um doente tiver febre e linfadenopatia e outros sintomas umas semanas após iniciar o TARV, temos que pensar no SIR. Neste caso, a infecção oportunista pode ser a TB abdominal, que não foi detectada e estabilizada antes de começar o TARV e, portanto, pode ter favorecido a aparição desta patologia.

R7: O AM/Enfermeiro precisa de ajuda, e deve consultar o clínico de referência ou encaminhar o doente.

R8: Na primeira consulta, o Agente de Medicina ou Enfermeiro devia ter feito uma anamnese e exame físico completo. Como o doente tinha perda de peso, febre, e suores nocturnos, além da dor abdominal, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deveria ter feito uma pesquisa de TB (não só por causa dos sintomas que o doente apresentava, mas também porque todos os doentes seropositivos devem ser avaliados na procura de sinais ou sintomas de TB). O Agente de Medicina ou Enfermeiro podia ter usado os algoritmos de febre e perda de peso. Quando recebeu o resultado do CD4, devia ter pedido hemograma completo e bioquímica, por ser óbvio o doente precisar de TARV. Se os sintomas e sinais do doente não foram explicados pelos testes, e não responderam aos tratamentos indicados no algoritmo de febre, o AM/Enfermeiro deveria ter encaminhado o doente ao clínico de referência antes de iniciar o TARV, porque devia ter suspeitado a tuberculose abdominal.

Módulo 9 - Unidade 9.1 Problemas do SNC e Cefaleia

Folha de Exercício – Cefaleia e Manifestações Neurológicas do SNC no doente HIV+

Estudo de Caso 1

R1: Sim. Tem alteração da memória e do comportamento.

R2: O Maurício tem um quadro de cefaleia com alteração do comportamento, ainda que o quadro seja subagudo, representa uma situação de perigo.

R3: É provável. Tem CD4 < 100 cels/mm³, e mudanças da função cognitiva com evolução subaguda (semanas). Pode ser uma infecção oportunista do estadió IV, ou a demência causada pelo HIV.

R4: O AM/Enfermeiro deve tentar fazer uma avaliação mais completa (procurar sinais meníngeos, focalidade neurológica ou sinais focais e fazer exame físico completo)

A cefaleia persistente e o quadro progressivo podem fazer suspeitar um quadro de meningite criptocócica. Gerir a emergência e referir o doente para o clínico de referência..

Estudo de Caso 2:

R1: Sim. Tem alteração do nível de consciência.

R2: Sim, é um quadro de alteração do nível de consciência agudo (ontem ela estava consciente)

R3: É provável, já que ela tem os CD4 baixos (por volta de 100 cels/mm³) e apresenta clínica de Tuberculose pulmonar. Ela pode estar a desenvolver uma meningite tuberculosa.

R4: Quando há sinais de perigo, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve encaminhar o doente ao clínico de referência. Enquanto espera pela transferência ou pela chegada do médico, deve dar dextrose, fluídos endovenosos, Diazepam caso tenha convulsões, antimaláricos e antibióticos.

Estudo de Caso 3:

R1: Sim tem hemiparesia esquerda (défice motor).

R2 : Sim, tem fraqueza unilateral, convulsões e febre alta.

R3: Referir ao clínico de referência, administrar antitérmicos; fazer a reidratação endovenosa. Controlar as convulsões com Diazepam. Administrar glucose ou dextrose. Na ausência de uma causa identificada, iniciar o tratamento para infecção bacteriana (para malária severa não parece necessário porque tem o teste de malária negativo e fez o tratamento para malária na mesma semana).

Como existem convulsões junto com défice neurológico focal sem outro sinal de infecção, pode ser preciso tratar por toxoplasmose e, portanto, referir ao clínico de referência.

Módulo 9 - Unidade 9.2 Neuropatia Periférica no Doente HIV+

Folha de Exercício - Avaliação do Doente HIV+ com Neuropatia Periférica

Estudo de Caso 1:

R1:

Argumentos a favor da neuropatia periférica	Argumentos contra a neuropatia periférica
Tem ardor e formiguelo	CD4 alto
Sintomas da perna	Não toma Estavudina nem Isoniazida

	Unilateral, não afecta os pés (não é padrão ascendente)
	Não há desnutrição

R2: Caixa 7 (sintomas e sinais unilaterais, referir ao clínico de referência; mas se o AM/Enfermeiro reconhece os sinais de lepra, referir ao clínico de referência para avaliação no PNCTL).

R3: Pode ser um caso de lepra.

Estudo de Caso 2:

R1:

Argumentos a favor da neuropatia periférica	Argumentos contra a neuropatia periférica
Faz o TARV (regime com d4T)	Unilateral, não afecta os pés
CD4 baixos	Afecta a coluna vertebral e desce até ao calcanhar (descendente, não ascendente)
Perda de peso pode significar desnutrição	Está associado com a febre, perda de peso, e suores nocturnos

R2: Está na Caixa 3 (sinais de perigo): dor da coluna e sinais/sintomas de TB

R3: Pode ser um caso de tuberculose espinhal (doença de Pott). Pode ser um caso de TB-SIR (síndrome de imuno-restauração, com TB extrapulmonar).

Estudo de Caso 3:

R1:

Argumentos a favor da neuropatia periférica	Argumentos contra a neuropatia periférica
Dor bilateral e simétrica	
Reflexos diminuídos	
Força muscular normal ou conservada	
CD4 baixo	

R2: Caixa 19: provável neuropatia periférica por HIV

R3: A doente provavelmente tem neuropatia periférica causada pelo HIV (já que ela não iniciou o TARV)

Módulo 10 - Unidade 10.1 Prevenção das IOs, Profilaxia com Cotrimoxazol (CTZ)

Folha de Exercício - Casos Clínicos para usar o Algoritmo sobre Utilização de CTZ Profilático

Caso 1:

R1: Foi usado o algoritmo de Elegibilidade para a profilaxia com CTZ. Está na Caixa número 15 (após confirmar que o doente não faz tratamento para a TB)

R2: O AM/Enfermeiro deveria confirmar que o doente não tem TB. Se não tiver, (no presente caso clínico não parece ter, mas pode ser que já seja assintomático porque está já em tratamento para a TB e o tratamento está a funcionar), não precisa da profilaxia com CTZ.

Caso 2:

R1: Foi usado o algoritmo de Elegibilidade para a profilaxia com CTZ. Está na Caixa 9.

R2: Certificar que não existe contra-indicações para o uso de CTZ. Na ausência de contra-indicações, poderá iniciá-lo.

Caso 3:

R1: Foi usado o algoritmo de Elegibilidade para a profilaxia com CTZ. Está na Caixa Número 24: Contra-indicação permanente (reação adversa significativa).

R2: Não iniciar o CTZ. Referir ao clínico de referência para considerar Dapsona.

Caso 4:

R1: Referir para avaliar interrepressão do CTZ se, após duas contagens das CD4, os valores forem superiores a 350 cels /mm³ no intervalo de 6 meses e se o doente estiver em TARV.

R2: Foi usado o algoritmo de Seguimento do paciente HIV+ em Profilaxia com CTZ. Está na Caixa 16.

Módulo 10 - Unidade 10.2 Introdução ao Tratamento Anti-Retroviral (TARV)

Folha de Exercício – Praticar a Comunicação com os Doentes em Relação ao Início do TARV

Cenário 1:

R: Neste caso, é importante que o Agente de Medicina ou Enfermeiro fale com o doente e explique que nem todos os sinais e sintomas estão relacionados ao HIV. O problema da urina não tem relação com o HIV, apesar de ser HIV+ ainda não é elegível para o início do TARV porque o seu CD4 é alto e o nível do estadio clínico é baixo.

Cenário 2:

R: Pode ser mais complicado manter uma boa adesão em doentes que iniciam o TARV sem ter apresentado nunca nenhum problema de saúde ou doença oportunista. Nestes casos, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve reforçar o aconselhamento, falando da importância da adesão para manter a efectividade do tratamento.

O clínico deve explicar aos doentes que é uma sorte ter sido diagnosticado sem apresentar sinais da doença.

Módulo 10 - Unidade 10.3 Início do TARV

Folha de Exercício – Casos Clínicos para usar a Tabela sobre Elegibilidade para o TARV

Caso 1: R:

Doente	Estadio clínico	CD4 (critério imunológico)	Decisão: É elegível para TARV (critérios clínicos e/ou imunológicos)?
1	3 por candidíase oral persistente	336 CD4 (<350)	Sim, elegível (critério clínico e imunológico). Na ausência de contra-indicações, deve ser preparado para iniciar.

Caso 2: R:

Doente	Estadio clínico	CD4 (critério imunológico)	Decisão: é elegível para o TARV (critérios clínicos e/ou imunológicos)?
2	II por herpes zóster	199 CD4 (<350)	Sim, elegível (critério imunológico) Na ausência de contra-indicações, deve ser preparado para iniciar

Caso 3:R:

Doente	Estadio clínico	CD4 (critério imunológico)	Decisão: é elegível para TARV (critérios clínicos e/ou imunológicos)?
3	III por TB pulmonar	370 CD4	Sim é elegível por critério clínico , porque está com TB Pulmonar apesar de o CD4 > 350 cels/mm ³

Caso 4:R

Doente	Estadio clínico	CD4 (critério imunológico)	Decisão: é elegível para o TARV (critérios clínicos e/ou imunológicos)?
4	IV por TB extrapulmonar	280 CD4 (<350)	Sim, é elegível (critério clínico e imunológico). Na ausência de contra-indicações, deve ser preparado para iniciar

Folha de Exercício – Casos Clínicos para Usar o Algoritmo “Preparando o Doente para o TARV”

R: (Caso 1 e 2):

Passos	Caso 1	Caso 2
1. Confirmar o diagnóstico de HIV (O resultado do teste está no processo?)		
2. Confirmar que cumpre critérios clínicos e/ou imunológicos	Estadio 3 e com menos de 350 CD4	Estadio 4 e com menos de 350 CD4
3. Provas de laboratório (verificar se solicitou hemograma e bioquímica e que as provas são normais)	Hemoglobina 10,5 g/dl. Precisa hemograma completo e bioquímica	Precisa hemograma completo e bioquímica
4. Avaliar clinicamente na procura de IOs e tratar ou estabilizar	Tem candidíase oral que devemos tratar ou retratar com Nistatina (ou Fluconazol)	Não apresenta problemas clínicos no momento actual
5. Iniciar Cotrimoxazol. Aguardar pelo menos duas semanas com o tratamento para certificar que não há efeitos secundários	Ainda não toma CTZ. Na ausência de contra-indicações, Iniciar e aguardar no mínimo duas semanas antes de iniciar o TARV	Esta doente já faz CTZ há quatro meses. Continuar com o CTZ
6. Na ausência de tuberculose activa, avalie elegibilidade para Isoniazida preventiva e iniciar se indicado	Fazer as outras perguntas de rastreio para a TB. Se não houver evidência de TB, iniciar a profilaxia	Já recebe tratamento para a TB, não é elegível para a profilaxia com Isoniazida
7. Avaliar adesão: o doente deve ser aconselhado (aconselhamento pre-TARV). O formulário de avaliação do Conselho de Preparação do Candidato ao TARV	Encaminhar ao conselheiro	Avalie adesão ao tratamento da tuberculose e ao Cotrimoxazol; Encaminhar ao conselheiro

Folha de Exercício – Casos Clínicos sobre Indicações e Contra-Indicações Clínicas para a Primeira Linha de TARV

Caso 1:

R1: Referir ao clínico de referência para manter o tratamento actual

R2: A doente já está em TARV. Ela faz primeira linha de TARV e não apresenta problemas.

Caso 2:

R1: Ele deve iniciar o TARV. Está no estadio IV por TB extrapulmonar e com CD4 <350cel/mm³. Já está na fase de manutenção, e por isso devemos iniciar o TARV. A linha de eleição é Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz. O AM/Enfermeiro deve referir o doente ao clínico de referência para confirmação do estadio e tratamento.

R2: Nos doentes que recebem tratamento para a TB, o AM/Enfermeiro deve referir o doente ao clínico de referência para o TARV ser iniciado com Efavirenz e não com Nevirapina (para evitar interacções medicamentosas entre Rifampicina e Nevirapina)

Caso 3:

R1: Deve referir ao clínico de referência para a decisão de iniciar o TARV (CD4 < 350 cels/mm³), sendo Zidovudina+ Lamivudina+ Nevirapina.

R2: Este doente teve TB no ano passado, mas já concluiu o tratamento. Não tem anemia inferior a 8 g/dl. Não tem contra-indicação para a primeira linha. A polineuropatia não contra-indica nenhum dos fármacos da primeira linha, e assim pode-se iniciar com ela.

Caso 4:

R1: O AM/Enfermeiro deve referir o doente ao clínico de referência que será quem vai tomar a decisão para iniciar o TARV com Estavudina+ Lamivudina+ Nevirapina. Também deve-se avaliar a presença da anemia e dar o respectivo tratamento (sal ferroso + ácido fólico se não estiver a tomar Mebendazol)

R2: Ela está grávida, o AM/Enfermeiro deve referir o doente para o clínico de referência para que inicie o tratamento com Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina. Porém, na presença da anemia, a Zidovudina é contra-indicada, só se deve prescrever a Zidovudina depois de estabilizar a anemia, porque esse fármaco também provoca anemia. Nestes casos, a Zidovudina deve ser substituída por Estavudina.

Módulo 10 - Unidade 10.4 Seguimento TARV e Falência Terapêutica

Folha de Exercício – Casos Clínicos para Trabalhar com o Algoritmo de Seguimento do Doente em TARV

Caso 1: Justina

R1: Deve perguntar o seguinte: como é que toma os medicamentos? Quantas doses? Deve rever com a doente a dosagem e horário de cada comprimido. É frequente encontrar doentes que não compreenderam bem e tomam os comprimidos uma vez por dia ou três vezes por dia.

R2: A doente deve ser informada de novo acerca da dosagem dos medicamentos. Devemos encaminhar a doente para o aconselhamento e para farmácia.

R3: Está na Caixa 7.

Caso 2: Gildo

R1: O Gildo pode ter tido uma reacção adversa ao TARV, mais concretamente hepatite por Nevirapina. A hepatite pode produzir febre, dor abdominal, cansaço, anorexia e náuseas.

R2: O AM/Enfermeiro deveria ter solicitado uma bioquímica de controlo (ver calendário de controlo laboratorial na Unidade correspondente do MR). Os doentes que iniciam o TARV devem fazer controlo de transaminases um mês e dois meses após o início do TARV. Para além do controlo de rotina, este doente apresentava sintomas e também sinais (hepatomegalia) de possível reacção adversa. Se o processo clínico tivesse sido preenchido correctamente em cada visita, o Agente de Medicina ou Enfermeiro teria mais dados para suspeitar a reacção.

R3: Está na Caixa 10.

Caso 3: Carlos

R1: Carlos pode apresentar falência terapêutica. Alguns doentes não têm boa resposta ao tratamento, já que o vírus é resistente ao mesmo. Ele não tem melhorado muito clinicamente (o ganho de peso não é completo e apresenta candidíase oral). Para além de falência clínica, a sua contagem de CD4 não tem melhorado (apenas de 23 para 35 cels/mm³ não supõe uma melhoria importante depois de 8 meses de tratamento).

R2: O Agente de Medicina ou Enfermeiro deveria encaminhar o caso ao clínico de referência. É possível que este doente precise mudar para segunda linha por causa de falência terapêutica. A carga viral pode ser solicitada (se disponível) para apoiar no diagnóstico de falência terapêutica.

R3: Está na Caixa 15. Também é possível chegar ao diagnóstico de falência terapêutica através da Caixa 10 (é uma alternativa válida)

Módulo 10 - Unidade 10.5 Reações Adversas à Medicação

Folha de Exercícios – Uso das tabelas RAM

Caso:

R 1: Na Tabela 1, temos que consultar os sintomas de náusea e dor abdominal e listar os medicamentos (todos) que podem produzir os sintomas. Note que o sintoma “hepatite” também inclui náusea e dor abdominal.

O segundo passo consiste em seleccionar da lista aqueles fármacos que o paciente toma (neste caso, são a Nevirapina, Estavudina e Cotrimoxazol). Podemos eliminar o Cotrimoxazol da lista, pois o paciente já o tomava há mais de um ano sem problemas. Portanto ficamos com Nevirapina e Estavudina.

R2: Agora o AM/Enfermeiro deve consultar a Tabela 2 como apoio para a resolução do caso. Esta tabela vai sugerir a reacção adversa responsável pelos sinais e sintomas e a conduta a seguir para fazer o diagnóstico e também vai dar a proposta de tratamento para cada um dos fármacos:

Nevirapina. Hepatotxicidade: Sintomas de hepatite: náuseas, vômitos, fadiga, mal-estar, dor abdominal, icterícia, febre, confusão (se grave).

Estavudina. Pancreatite: Sintomas de pancreatite: Dor abdominal (muitas vezes dor epigástrica com radiação nas costas, náuseas, e vômitos)

Exame físico: Procure icterícia. Examine o abdómen; procure dor e hepatomegalia.

Peça testes de laboratório: transaminases, amilase ou lipase.

- Se for hepatotoxicidade: verificar o grau:
 - Grau 1 e 2; Controlar
 - Grau 3 e 4: referir ao clínico de referência para suspender Nevirapina
- Se for pancreatite, e se for sintomático, suspender d4T e substituir ZDV ou outro (referir ao clínico de referência). Se houver elevação assintomática de amilase ou lipase, suspender d4T (e substituir por outro anti-retroviral) se $\geq 2 \times$ ALN.

Folha de Exercício – Casos Clínicos sobre Reações Adversas a Fármacos

Caso 1:

R1: Cotrimoxazol, Nevirapina, Estavudina, Lamivudina.

R2: Nevirapina, Estavudina, Lamivudina.

R3: Prurido, astenia, anorexia, náuseas, distensão abdominal.

R4: Hepatite, prurido - erupção cutânea.

R5: Nevirapina.

R6: Bioquímica (transaminases).

Resposta 7: Resposta livre.

Caso 2:

R1: Cotrimoxazol, Zidovudina, Lamivudina, Nevirapina.

R2: Zidovudina, Lamivudina, Nevirapina.

R3: Astenia, dispneia de esforços, palidez intensa, taquicardia, taquipneia. Também apresenta dormência e dor em ambos pés.

R4: Anemia. A clínica de neuropatia que apresenta não deve ser considerada uma reacção adversa (já tinha antes de iniciar o TARV).

R5: Zidovudina.

R6: Hemograma ou hemoglobina.

R7: Resposta livre.

Caso 3:

- R1:** Cotrimoxazol, Estavudina, Lamivudina, Nevirapina.
R2: Cotrimoxazol, Estavudina, Lamivudina, Nevirapina.
R3: Síndrome de Stevens-Johnson.
R4: Nevirapina ou Cotrimoxazol. Não podemos saber. Ambos foram iniciados no mesmo dia.
R5: Iniciar em simultâneo dois fármacos que podem produzir o mesmo efeito adverso.
R6: Resposta livre.

Caso 4:

- R1:** Sete meses.
R2: Dor abdominal difusa, debilidade e mal-estar, náusea e vômitos, dispneia, perda de peso.
R3: O paciente pode apresentar acidose láctica.
R4: Estavudina.
R5: Não existem exames complementares para apoiar a suspeita. O Agente de Medicina ou Enfermeiro deve encaminhar o paciente ao clínico de referência.
R6: Resposta livre.

Módulo 10 - Unidade 10.6 Síndrome de Imuno-Restauração (SIR)

Folha de Exercício – Caso Clínico sobre Síndrome de Imuno-Restauração (SIR)

Caso 1:

- R1:** Esta paciente apresenta um quadro clássico de SIR por TB.
R2: Está na Caixa 6-10: SIR provável.
R3: Se o clínico de referência tivesse aguardado até o fim da fase intensiva do tratamento para TB, possivelmente a paciente não teria tido este problema.

Caso 2:

- R1:** Apresenta SIR por provável candidíase esofágica.
R2: Está nas Caixas 7 e 9: provável SIR.
R3: Deve tratar a candidíase esofágica (Fluconazol) e encaminhar o paciente ao clínico de referência se não melhorar (Caixa 11).

Módulo 12- Unidade 12.1

Folha de Exercícios-Caso Clínico- Manuel

- R1:** Manuel está cansado por ter insónia e provável depressão: tristeza, acorda cedo, cansaço, falta de apetite e visão da morte são sinais de depressão (cinco sinais ou mais).
R2: A depressão tem que ser tratada: recomendaria consulta com o clínico de referência para tratamento com antidepressivos. Igualmente tem que procurar quais recursos existem localmente na área da saúde mental: apoio dum psicólogo, dum técnico de Psiquiatria. Procurar outras causas de cansaço associadas à anemia, infecção, toma de outros medicamentos que provocam insónia ingeridos à noite. Como medidas gerais, tentar ter mais actividades durante o dia para privilegiar o sono à noite. Deixar o doente exprimir suas dificuldades mesmo se não tenha respostas. O importante é que ele esteja muito ligado à sua família para facilitar a sua comunicação.

Folha de Exercícios-Caso Clínicos para praticar os princípios éticos

- R1:** Perguntar à Estrela o que ela acha? O que ela quer fazer?(**Princípio de autonomia:** o doente toma suas próprias decisões)

R2: Deve primeiro cumprimentar a Ana e falar com ela (**Princípio de humanidade:** que é de considerar uma pessoa como única, e de lhe manter a sua dignidade e a conceição que esta pessoa tenha da sua dignidade)

R3: Suspender o tratamento com sal ferroso que provoca a obstipação e avaliar o sinal de perigo. Se presente, estabilizar se possível e referir ou encaminhar para o clínico de referência (**Princípio de proporção;** uma terapêutica é justificada se o bem que o doente terá com o tratamento compensa os efeitos indesejáveis.)

R4: Suspender o tratamento com Cotrimoxazol até melhorar o estado geral para que Eduardo possa engolir os comprimidos (**Princípio de futilidade:** uma terapêutica sem objectivo é quando não traz nenhum benefício ao doente.)

R5: Acalmar o doente, dizer--lhe que entende o seu sofrimento e é por isso que está ali com ele para apoiá-lo completamente. (**Negação a priori da eutanásia:** a eutanásia é pôr fim a vida dum doente a seu próprio pedido)

R6: Procurar ajuda dos vizinhos para lhe preparar comida. Estabelecer contacto com grupos de apoio no bairro (qualquer que seja).(**Princípio de justiça.** A OMS insiste para que, no mundo inteiro, todos os doentes no fim da vida recebam os cuidados paliativos ou de suporte que necessitam)

Unidade 12.2- Dor

Folha de Exercícios – Casos Clínicos sobre a Dor

Caso Clínico 1

R1: Ana tem uma dor neuropática, porque ela descreve sinais e sintomas deste tipo de dor, que são: dor que parece lume, que aumenta com a temperatura, que dá a sensação de bichinhos estarem a andar no local, e tem ainda alodinia (dor a um estímulo habitualmente não doloroso, por ex: contacto da roupa sobre a pele). Ela teve um Herpes Zóster dois meses atrás que, na sua fase de cicatrização, dá dor neuropática.

R2: Não, o Paracetamol não é eficaz na dor neuropática. Deve-se referir a Ana para o clínico de referência, porque ela precisa de tomar antidepressivos ou anticonvulsivantes, que são fármacos usados no tratamento da dor neuropática.

Caso Clínico 2

R1: Raquel tem uma dor de tipo nociceptiva, porque apresenta algumas das características desse tipo de dor: dor como se fosse um aperto ou mordedura, que puxa, e se assemelha à facada. Estas dores são causadas pelo cancro do colo do útero que ela tem.

R2: Raquel deve tomar Paracetamol de 500 mg de 4/4 horas e ir aumentando até aliviar a dor, sem ultrapassar 4 gramas por dia.

R3: Se a dor não aliviar, tem que referir Raquel para o clínico de referência para toma de decisões apropriada. Codeína ao seu tratamento, para nível de dor em que Raquel está (4/10), a dor já é considerada moderada, e temos que associar o Paracetamol a um fármaco do Nível 2 da OMS.

Caso Clínico 3

R1: Rui tem Sarcoma de Kaposi, que provocou uma dor de tipo mista, porque tem queixas dos dois tipos: de dor neuropática (picadas, aquecimento e bichinhos a

andarem) e nociceptiva (peso, aperto, puxão, dores que aumentam com a mobilidade).

R2: Devemos dar ao Rui Paracetamol 500mg de 4/4 ou de 6/6 horas e, como ele tem uma dor severa (9/10), temos que referi-lo para clínico de referência para decisão final, porque ele tem que tomar também um analgésico do nível 3 da OMS, tais como a Morfina. Para a dor neuropática, Rui tem que tomar antidepressivos e anticonvulsivantes como Amitriptilina e Carbamazepina.

R3: Para além da dor, Rui está deprimido. Temos que fazer uma abordagem multidisciplinar. Rui precisa de um psicólogo, temos que falar com a família para apoiá-lo mais. Muitas vezes a dor causa uma ruptura do diálogo entre o paciente e as pessoas que o assistem (Agentes de Medicina, Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, etc) e com a própria família. Isto requer o envolvimento desta, que necessita receber orientação sobre a dor, suas causas e como apoiar e dar conforto ao seu familiar, pois os familiares também têm medo, e necessitam ter confiança para o apoiar adequadamente.

Temos que encontrar métodos de o distrair junto com a família, através da música, rádio, televisão, etc.

Rui tem que tomar um antidepressivo, como Amitriptilina.

Caso Clínico 4

R1: Esperança tem uma dor de tipo neuropática, pois tem formigueiro, aquecimento, sensação de gelo, aumento da sensibilidade ao toque (quando toca as pernas sente frio), e alodinia (que a incomoda quando calça sapatilhas.)

R2: Esperança precisa de tomar antidepressivos ou anticonvulsivantes, que são fármacos usados na dor neuropática. Por isso, o Agente de Medicina e Enfermeiro deve referir para o clínico de referência

Anexos

Algoritmos