

Estadio I		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Assintomático	Sem queixas de sintomas e ausência de sinais clínicos relacionados ao HIV e ao exame físico.	Não se aplica.
Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	Aumento de linfónodos (>1 cm) em 2 ou mais cadeias ganglionares não contíguas (excluída cadeia inguinal) persistente por 3 meses ou mais, sem dor, sem causa conhecida.	Histologia (biópsia).

Estadio II		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Perda de peso inexplicada e moderada (<10% do peso corporal total)	História de perda de peso involuntária e inexplicada. Durante a gravidez, não ganhou de peso.	Perda de peso documentada < 10%.
Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores (episódio actual +1ou mais nos últimos 6 meses)	Diagnóstico sintomático: dor facial unilateral com rinorreia (sinusite); membrana timpânica inflamada e dolorosa (otite media); faringo-amigdalite sem sinais de infecção viral (por exemplo, tosse ou rinorreia).	Estudos de laboratório quando disponíveis, como cultura de amostras de fluidos (normalmente não disponível em Moçambique).
Herpes zóster	Rash cutâneo doloroso com vesículas de conteúdo líquido e distribuição por dermatómos. Não ultrapassam a linha média	Diagnóstico clínico.
Queilite angular	Rachaduras no ângulo da boca com despigmentação, não relacionadas com deficiência de ferro ou vitaminas e que usualmente responde ao tratamento antifúngico.	Diagnóstico clínico.
Ulcerações orais recorrentes (2 ou mais episódios em 6 meses)	Ulceração aftosa, tipicamente dolorosa e com um halo de inflamação e pseudomembrana amarelo-acinzentada.	Diagnóstico clínico.
Erupção papulo-pruriginosa (Prurigo)	Lesões papulo-pruriginosas que geralmente deixam pigmentação posterior.	Diagnóstico clínico.
Dermatite seborreica	Dermatite pruriginosa e descamativa que afecta a zonas pilosas como coro cabeludo, axilas, parte superior do tronco e virilha.	Diagnóstico clínico.
Infecções fúngicas do leito ungueal	Paroníquia fúngica (leito ungueal doloroso, eritematoso e edemaciado) ou onicólise (separação não dolorosa da unha do leito ungueal). Coloração branca na porção proximal das unhas com engrossamento e separação da unha do leito ungueal.	Cultura para fungos de material do leito ungueal (normalmente não disponível em Moçambique)

Estadio III		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Perda de peso severa e inexplicada (> 10% do peso corporal total)	História de perda de peso involuntária e inexplicada, >10% com emagrecimento visível da cara, cintura e membros com caquexia visível ou IMC < 18,5 kg/m ² ; durante a gravidez a perda de peso pode não ser evidente.	Perda documentada de > 10% do peso corporal, sem outra explicação.
Diarreia crónica inexplicada por mais de 1 mês	História de fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia durante mais de 1 mês, sem resposta ao tratamento sintromico com antibióticos.	3 ou mais deposições de consistência reduzida documentadas e dois ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência do patógeno (precisa de culturas de fezes, que geralmente não são disponíveis em Moçambique).
Febre persistente e inexplicada (intermitente ou constante) por mais de 1 mês	Febre ou suores nocturnos (intermitentes ou constantes) por mais de um mês, sem resposta a antibióticos nem a antimaláricos, sem foco de doença evidente no exame físico.	Febre > 37,5°C com hemocultura negativa (exame normalmente não disponível em Moçambique), tenção de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente.
Candidíase oral	Placas esbranquiçadas. Podem ser pequenas, cremosas, que podem ser descamadas (pseudomembranas), ou manchas vermelhas em língua, palato ou assoalho da boca, geralmente dolorosas ou sensíveis (forma eritematosa).	Diagnóstico clínico.
Leucoplasia oral pilosa	Pequenas lesões lineares nas bordas laterais da língua, geralmente bilaterais, que não podem ser descamadas.	Diagnóstico clínico.
Tb Pulmonar	Sintomas crónicos (> 2-3 semanas) como: tosse, hemoptise, dispneia, dor torácica, perda de peso, febre, suores nocturnos, sem evidência de doença extrapulmonar (além de TB ganglionar, que é considerada uma manifestação menos severa de TB extrapulmonar).	Isolamento do M. tuberculosis na tinção de Ziehl-Nielsen (BK) ou na cultura de escarro, e/ou Rx tórax com mudanças típicas de TB.

Estadio III		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Infecções bacterianas severas (por exemplo: pneumonia, meningite, empiema, pio miosite, infecções dos ossos ou articulações, bacteriemia e doença inflamatória pélvica severa).	Febre acompanhada de sinais e sintomas específicos de infecção localizada e que respondem aos antibióticos apropriados.	Isolamento de bactérias de locais específicos (geralmente esterilizados) [teste normalmente não disponível em Moçambique].
Gengivite aguda ulcerativa necrotizante ou periodontite necrotizante	Dor intensa, ulceração das papilas gengivais, perda dos dentes, sangramento espontâneo, mau cheiro e perda rápida de tecido ósseo e/ou partes moles.	Diagnóstico clínico.
Anemia inexplicada (< 8 g/dl), neutropenia (< 500 cels/mm ³) ou plaquetopenia crónica (< 50.000 cels/mm ³) por mais de 1 mês	Sem diagnóstico clínico; é preciso fazer hemograma ou hemoglobina.	Diagnóstico a partir de hemograma. Sem explicação por outra doença não relacionada com HIV. Sem resposta a suplementação com ferro e vitaminas, antimaláricos e antiparasitários (segundo protocolos nas guias nacionais e outros).

Estadio IV		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Síndrome de caquexia	Perda de peso involuntária e inexplicada (> 10% do peso corporal basal) com emagrecimento evidente ou IMC <18,5 kg/m² COM diarreia crónica inexplicada (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) durante mais de 1 mês OU febre ou suores nocturnos por mais de 1 mês sem outras causas e sem resposta a antibióticos e antimaláricos. Nas áreas endémicas, a malária deve ser excluída.	Perda de peso documentada de >10% do peso corporal COM Duas ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência do patógeno OU Febre >37,5°C com hemocultura negativa, tincão de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente.
Pneumonia por Pneumocystis jirovecii (PPJ)	Dispneia com exercício ou tosse seca de início nos últimos 3 meses, taquipnéia e febre COM Rx tórax com infiltrado intersticial bilateral E sem evidência de pneumonia bacteriana; (crepitações bilaterais na auscultação com ou sem diminuição do murmuro vesicular).	Citologia ou imunofluorescência de amostra de escarro induzido ou lavagem bronco alveolar, ou histologia de tecido pulmonar. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Pneumonia bacteriana severa e recorrente	Episódio actual mais um ou mais episódios nos 6 meses anteriores; início agudo (< de 2 semanas) de sintomas severos (como febre, tosse, dispneia ou dor torácica) COM consolidação pulmonar nova no exame físico ou Rx tórax; resposta aos antibióticos.	Cultura positiva ou teste anticorpos positivo para germe compatível (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Infecção crónica por herpes simplex (oro labial, genital ou ano rectal) de >1 mês ou infecção visceral de qualquer duração	Ulceração progressiva e dolorosa oro labial ou ano-genital; lesões causadas por infecção recorrente por herpes presente >1 mês. História de episódios prévios. A infecção visceral por herpes não pode ser diagnosticada clinicamente; requer diagnóstico definitivo.	PCR para DNA de VHS ou citologia/histologia compatíveis. (testes normalmente não disponíveis em Moçambique).

Estadio IV		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Candidíase esofágica	Início recente de dor retro esternal ou dificuldade para engolir (sólidos e líquidos) junto com candidíase oral.	Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia, microscopia de espécime ou histologia. (testes normalmente não disponíveis em Moçambique).
Tuberculose extrapulmonar	Doença sistémica (por exemplo, com febre, suores nocturnas, fraqueza ou astenia, perda de peso); Outra evidência de TB extrapulmonar ou disseminada dependeria do sítio da infecção (pleura, pericárdio, meninges, abdómen). A TB ganglionar (especialmente nos gânglios cervicais) é considerada uma forma menos severa de TB extrapulmonar.	Isolamento de M. tuberculosis ou histologia compatível de amostra correspondente ou evidência radiológica de TB miliar (Rx tórax com infiltrado uniforme e difuso de tipo miliar ou micronódulos).
Sarcoma de Kaposi	Aspecto típico na pele ou orofaringe de lesões persistentes, inicialmente planas de coloração rósea ou arroxeadas que geralmente evoluem para placas ou nódulos.	Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia ou histologia.
Infecção por citomegalovirus (diferente da infecção no fígado, baço ou gânglios linfáticos)	Retinite é a única manifestação de citomegalovirus que pode ser diagnosticada clinicamente: pode ser diagnosticada por clínicos experientes: lesões oculares típicas ao exame fundoscópico; áreas esbranquiçadas com bordas definidas na retina, expandindo-se centrifugamente, geralmente seguindo vasos sanguíneos, associadas a vasculite retiniana, hemorragia e necrose.	Histologia ou demonstração do CMV no líquido por cultura ou PCR-DNA. (teste normalmente não disponível em Moçambique).
Toxoplasmose em Sistema Nervoso Central	Sinais neurológicos focais de início recente ou diminuição do grau de vigília COM resposta a terapêutica específica para toxoplasmose em ≤ 10 dias.	Serologia positiva para toxoplasma E lesões de massas únicas/múltiplas visíveis em Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética (quando disponível) (testes normalmente não disponíveis em Moçambique).

Estadio IV		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Encefalopatia pelo HIV	Perda de habilidades intelectuais e/ou déficit motor que interfere com as actividades diárias; progressivo em semanas ou meses; sem evidência e outra condição que explique a doença.	Diagnóstico de exclusão e (se disponível) Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética
Criptococose extrapulmonar incluindo meningite	Meningite: geralmente subaguda, febre com cefaleia progressivamente mais intensa, meningismo, confusão, alterações de comportamento que respondem a tratamento específico para criptococo.	Isolamento do <i>Cryptococcus neoformans</i> de sítios extrapulmonares (por exemplo, teste de tinta da China do LCR positivo) ou teste de antígeno criptococo no líquido ou sangue.
Infecção disseminada por <i>Mycobacterias</i> não tuberculosas	O diagnóstico clínico não é possível.	Microbiologia por cultura de microbactérias atípicas em amostra de fezes, sangue, fluidos corporais ou outros tecidos corpóreos, excluindo o pulmão. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique).
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Alteração neurológica progressiva (cognitiva, linguagem, modo de andar, debilidade dos membros, perdas visuais e paresias dos nervos cranianos) associada a lesões em substância branca na neuroimagem ou PCR positivo para poliomavirus JC no líquido.
Criptosporidiose crónica (com diarreia por mais de 1 mês)	Sem diagnóstico clínico presuntivo.	Cistos identificados na coloração de Ziehl-Nielsen modificada. (Teste normalmente não disponível em Moçambique).

Estadio IV		
Manifestação Clínica	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Definitivo
Isosporiose crónica	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Identificação de Isospora nas fezes (teste normalmente não disponível em Moçambique)
Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmose peniciliose)	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Histologia; Detecção de antígenos no tecido afectado; cultura ou microscopia de espécime clínico ou hemocultura. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Bacteriemia recorrente por Salmonella não typhi	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Hemocultura
Linfoma não-Hodgkin cerebral ou de células B	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Neuroimagem compatível; histologia; (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)
Carcinoma do colo do útero invasivo	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Citologia ou histologia
Leishmaniose visceral	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Histologia (amastigotes visíveis) ou cultura de amostra correspondente
Nefropatia associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Biópsia renal
Cardiomiopatia associada ao HIV	Sem diagnóstico clínico presuntivo	Cardiomegalia e evidência de disfunção ventricular esquerda confirmada por ecocardiograma
Fístula rectovaginal associada ao HIV	Diagnóstico clínico	Diagnóstico clínico

Em Africa, a Fístula rectovaginal associada ao HIV é considerada pela OMS uma condição do estadio IV