



Coinfecções e infecções oportunistas em PVHA

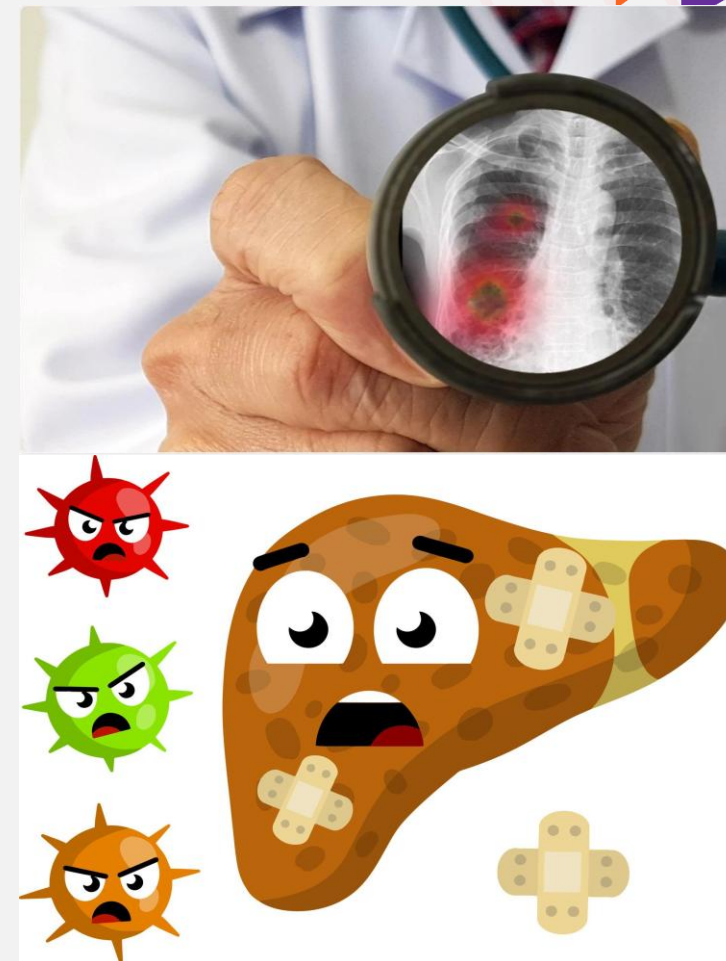
Investigação, manejo e profilaxia



Coinfecções

Infecções simultâneas por mais de um patógeno

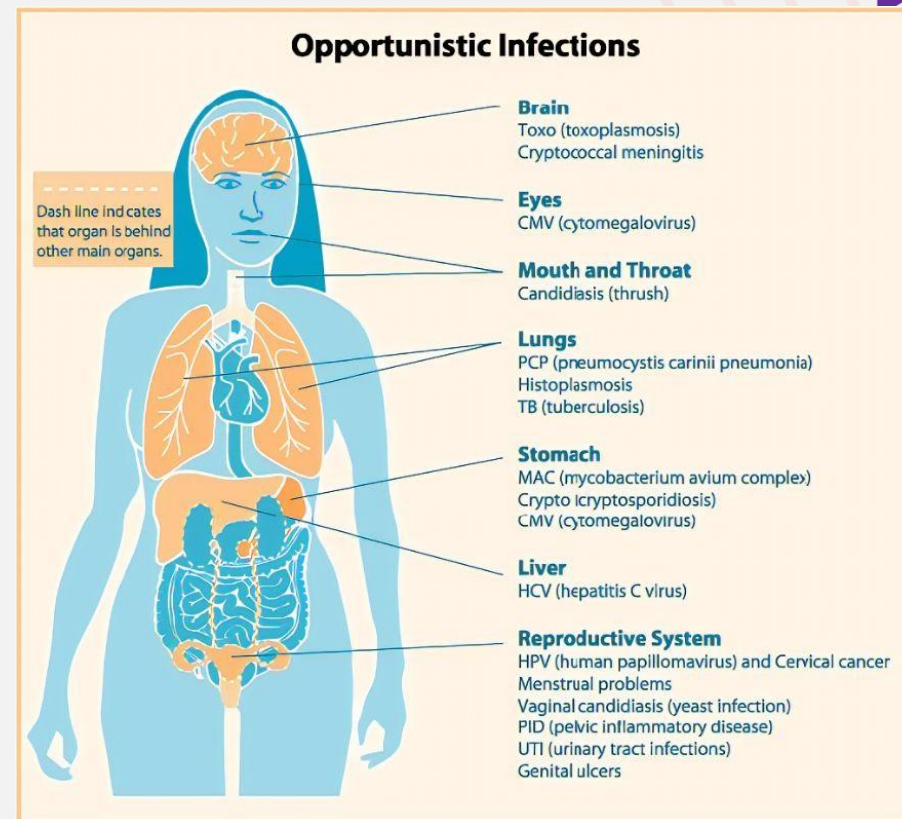
Podem acelerar a evolução, agravar o curso e facilitar a aquisição de novas infecções



Infecções oportunistas

Infecções oportunistas (IOs) são infecções que ocorrem mais frequentemente e de forma mais severa em pessoas imunossupressas, incluindo as com HIV.

Muitas são consideradas condições definidoras de AIDS.



Avaliação inicial



História médica atual e passada

Avaliar:

- Presença de sinais e/ou sintomas
- › História de alergias, hipersensibilidade ou intolerância a medicamentos
- História de tuberculose, prova tuberculínica ou IGRA, profilaxia e/ou tratamento prévio
- › História de doença mental familiar e/ou pessoal
- Infecção oportunista prévia ou atual e necessidade de profilaxia para infecções oportunistas
- Outras infecções ou comorbidades atuais e/ou pregressas, incluindo histórico de internações hospitalares
- Histórico de imunizações
- › Uso de medicamentos e práticas complementares e/ou alternativas

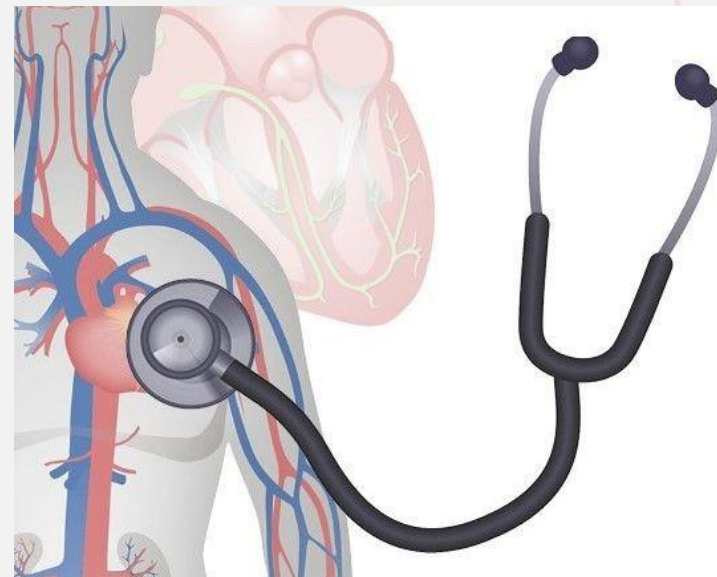
Riscos e vulnerabilidades

Avaliar:

- Parcerias e práticas sexuais
- Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção
- História de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis
- › Uso de tabaco, álcool e outras drogas
- Interesse em reduzir os danos à saúde

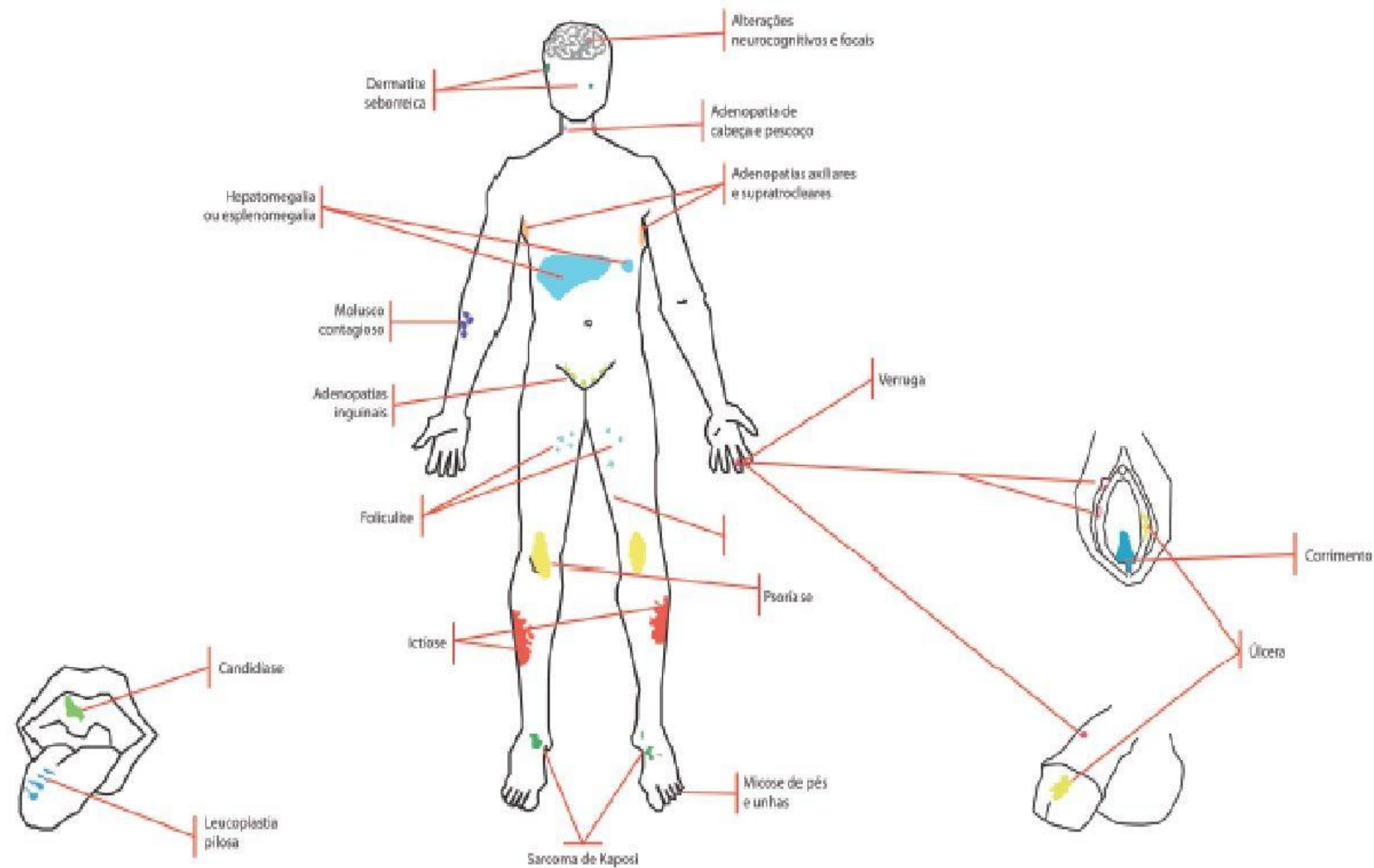
Avaliação inicial - exame físico

- Exame neurocognitivo com pesquisa de sinais focais
- Atenção a lesões de pele e oroscopia
- Linfadenomegalias (cervicais, axilares, inguinais) e hepatoesplenomegalia
- Ausculta respiratória
- Exame genital e perianal



Quanto mais baixa a contagem de LT-CD4, mais frequentes precisam ser os exames físicos





Avaliação de coinfeções, infecções sexualmente transmissíveis e comorbidades:

- › Teste imunológico para sífilis^(b)
- › LF-LAM – teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano em urina^(c)
- › LF-CrAg – teste de fluxo lateral para detecção de antígeno criptocócico^(d)
- › Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs para verificação de imunização)
- › IgG para toxoplasmose
- › Sorologia para HTLV 1 e 2, leishmaniose^(e) e doença de Chagas^(f)
- › Prova tuberculínica ou IGRA – teste de liberação de interferon-gama^(g)
- › Radiografia de tórax

TUBERCULOSE

- Infecção de alta prevalência na população geral
- DEVEMOS Investigar sua presença em todas as oportunidades de atendimento a este grupo
- Realizar teste de HIV em todas as pessoas com tuberculose e vice versa



Figura 2 – Sinais e sintomas para rastreio da tuberculose



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

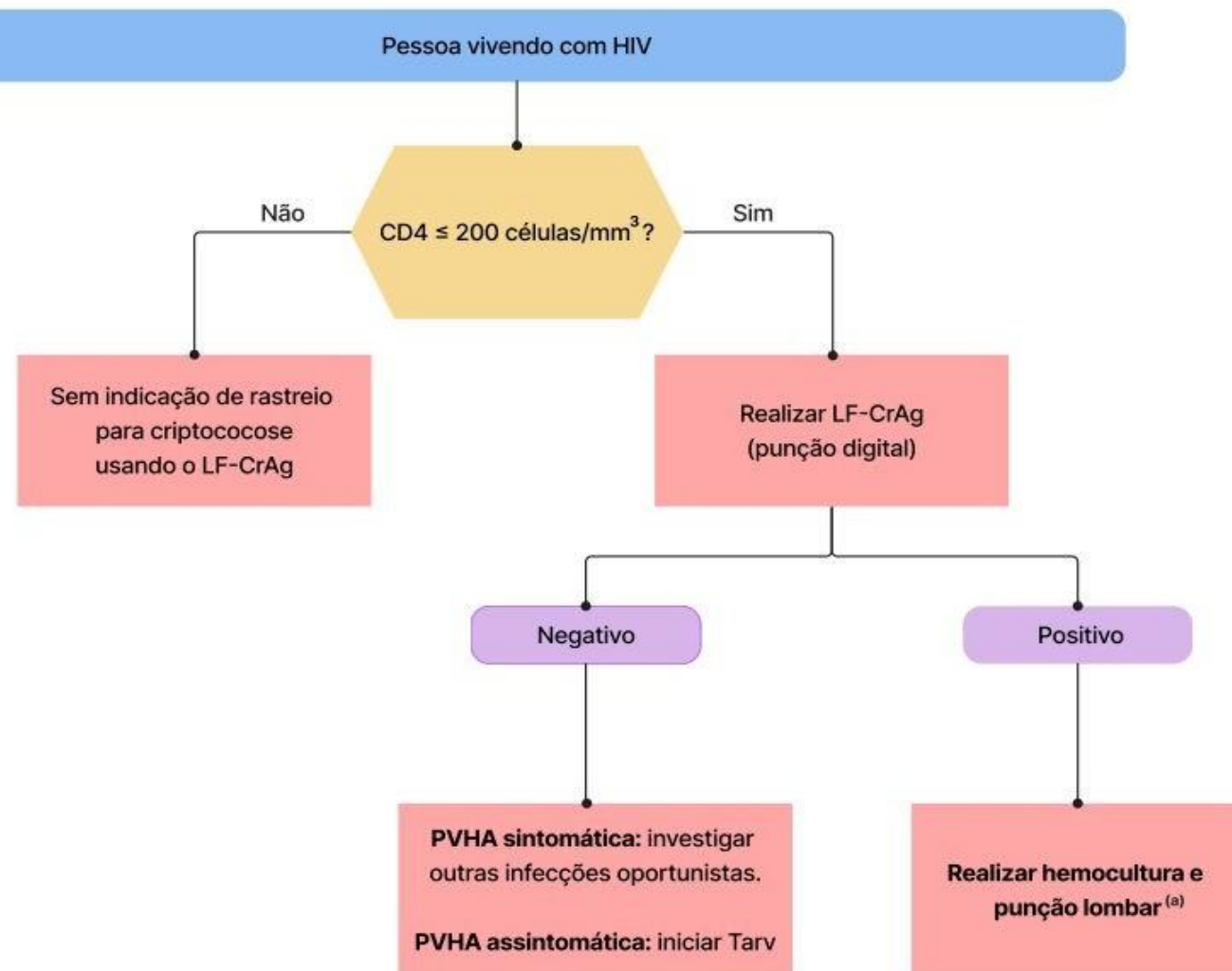
a. Indicações para uso do LF-LAM em PVHA no atendimento ambulatorial:

- › PVHA assintomáticas (**rastreio**) com CD4 igual ou inferior a 100 células/mm³.
- › PVHA com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente do CD4.
- › PVHA gravemente doentes, independentemente do CD4.

b. Indicações para uso do LF-LAM em PVHA no atendimento hospitalar/internação:

- › PVHA assintomáticas (**rastreio**) com CD4 igual ou inferior a 200 células/mm³.
- › PVHA com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente do CD4.
- › PVHA gravemente doentes, independentemente do CD4.

Figura 3 – Fluxo para rastreio de doença criptocócica



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

E o CMV?

- Alta prevalência
- Não possui profilaxia primária
- Screening em situações específicas - transfusões, transplantes



Coinfecções e Infecções Oportunistas (IOs)



COINFECÇÕES

HEPATITE B E C

SÍFILIS

HTLV 1 E 2

TUBERCULOSE

DOENÇA DE CHAGAS

HANSENÍASE

LEISHMANIOSE

PARACOCCIDIOIDOMICOSE

HEPATITE B

Coinfecção impacta profundamente:

- Evolução mais rápida para cirrose e CHC
- Maior mortalidade
- Pior resposta ao tratamento

Manejo:

- Triagem no diagnóstico: Aghbs, anti Hbs, Anti HbcT
- Vacinar os susceptíveis
- Evitar uso de álcool e substâncias hepatotóxicas
- Vacinar para HAV

Tratamento:

- PCDT - HBV
 - Tenofovir
 - TAF ou entecavir
 - Se falha virológica a TARV, manter TDF/TAF associado a outras drogas plenamente ativas
 - HBV "oculto" - aghbs NR, baixa CV: monitorar semestralmente HBV-CV
 - Encaminhar para acompanhamento no CEDAP
- 2 - unidade de fígado



HEPATITE C

Transmissão:

- Parenteral (UDIV, transfusões)
- Sexual desprotegida (+ HSH)

Rastreio: (Anti HCV)

- No diagnóstico do HIV
- Anualmente no seguimento
- Em intervalos menores se exposições de risco

Manejo:

- PCDT 2019
- Tratamento indicado para todas as PVHA independente de contagem de CD4 e grau de fibrose hepática
- Iniciar primeiro TARV -> supressão virológica (especialmente se CD4 <200)
- Vacinar para HAV / HBV
- Encaminhar para acompanhamento no CEDAP 2 - unidade de fígado



SÍFILIS

Transmissão: Sexual / Vertical

Tendência de crescimento

Confirma vulnerabilidade (má adesão à prevenção)

Clínica variada

Acelera evolução para SIDA

Pode causar aumento de HIV-CV e queda de CD4

Pesquisa de sinais e sintomas neurológicos



Quadro 15 – Tratamento e monitoramento de sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^c Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18–24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3–4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10–14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

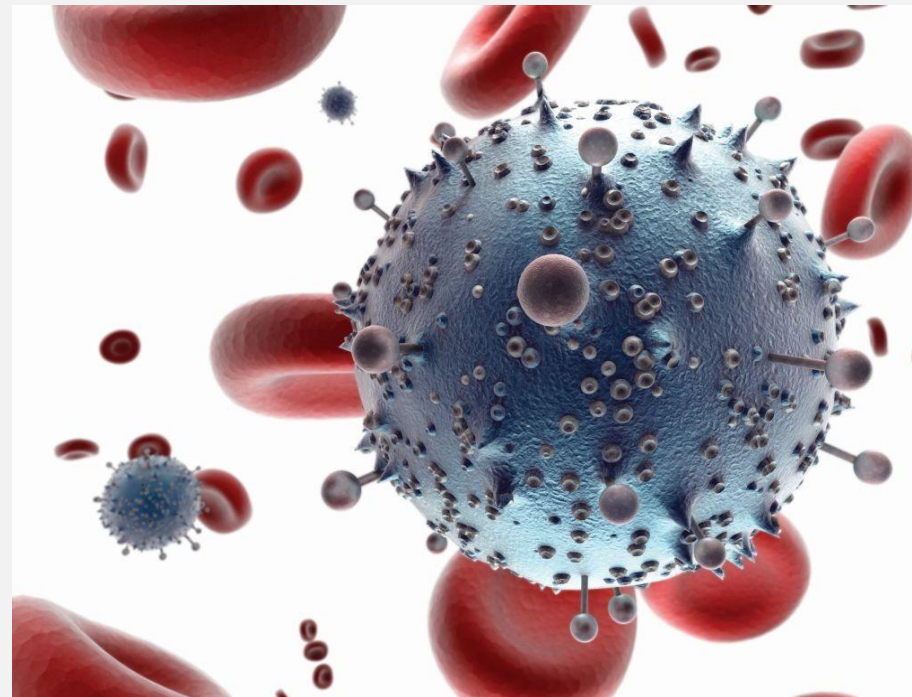
^b No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose⁴⁶.

^c Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁷. Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado⁴⁶.

HTLV 1 E 2

- Bahia é uma das regiões com maior prevalência de HTLV
- 5% dos infectados apresentam risco de ATL ou PTE (maior risco em PVHA?)
- Infecta células linfoides periféricas - proliferação de LTCD4 / LTCD8
- Linfócitos "altos" porém disfuncionais

- Testar toda PVHA para HTLV-1/2, em especial se sintomas clínicos sugestivos e/ou **IOs com linfócito CD4 elevado.**



INFECÇÕES OPORTUNISTAS

CRIPTOCOCOSE

TOXOPLASMOSE CEREBRAL

PNEUMOCISTOSE

DOENÇA CITOMEGÁLICA

CANDIDÍASE OROESOFÁGICA

HISTOPLASMOSE

DIARREIA

ESCABIOSE

ZOSTER

HSV

Mean CD4 count (x 10 ⁶ /l)	Illness
250 - 500	Oral candidiasis Tuberculosis
150 - 200	Kaposi's sarcoma Lymphoma Cryptosporidiosis
75 - 125	<i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia Toxoplasmosis Cryptococcal meningitis <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> (disseminated) Recurrent herpes simplex ulceration Oesophageal candidiasis
< 50	Cytomegalovirus retinitis

CD4 count	Opportunistic infection
<500	Tuberculosis, Bacterial pneumonia, Herpes zoster, Oropharyngeal, Candidiasis, Non Typhoid Salmonellosis, Kaposy sarcoma, Non Hodgkin lymphoma
<200	Pneumocystic Jirovecy Pneumonia, Chronic Herpes Simplex Ulcer, Oesophageal Candidiasis, Isospora Belli Diarrhea, HIV wasting syndrome, HIV Associated dementia
<100	Cerebral Toxoplasmosis, Cryptococcal meningitis, Cryptosporidiosis, Microsporidiosis, Cytomegalovirus infection and disseminated <i>Mycobacterium avium</i> complex Progressive multifocal leucoencephalopathy
<50	Cytomegalovirus infection, <i>Mycobacterium avium</i> complex (mac), Toxoplasmodium gondi

CANDIDÍASE OROESOFÁGICA

- Comum em PVHA, CD4 < 200
- C. albicans mais comum
- Oral: Placas esbranquiçadas removíveis, queilite angular, pápulas eritematosas na mucosa
- Esofágica: dor retroesternal, disfagia, odinofagia, tosse seca irritativa, CD4 < 100, candidíase oral associada é comum



TRATAMENTO

OROFARÍNGEA

Leves e moderadas:

Fluconazol 100mg dia por 7 a 14 dias

Tópico: nistatina suspensão, 5ml, gargarejar
e deglutir 4 a 5 x dia

*Fluconazol é melhor em formas mais
acentuadas, reduz recidiva

ESOFÁGICA

Escolha: Fluconazol 200 a 400mg dia,
oral, ou 400mg IV se disfagia importante

Alternativo (refratário): anidulafungina
200mg IV ao dia por 7 a 14 dias

DIARREIA

- Diarreia é comum em PVHA, e pode ser multifatorial
- Impactos na nutrição e absorção dos tratamentos orais
- Oportunista é normalmente crônica (> 4 semanas)
- CD4 < 100
- *Cryptosporidium*, MAC, CMV, *Isospora*, or *Microsporidium*

Causes of diarrhea in patients with AIDS

Protozoal	Bacterial
<i>Microsporidium</i> *	<i>Salmonella</i> *
<i>Cryptosporidium</i> *	<i>Campylobacter</i> *
<i>Isospora belli</i>	<i>Mycobacterium avium</i> complex
<i>Giardia lamblia</i>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
<i>Entamoeba histolytica</i>	Clostridioides (formerly <i>Clostridium</i>) <i>difficile</i>
<i>Leishmania donovani</i>	<i>Shigella</i>
<i>Blastocystis hominis</i>	Small bowel bacterial overgrowth
<i>Cyclospora</i> sp	<i>Vibrio</i> sp
Viral	Fungal
Cytomegalovirus*	Histoplasmosis
Herpes simplex	Coccidiomycosis
Adenovirus	Idiopathic
Rotavirus	"AIDS enteropathy"
Norwalk	
HIV	
Gut neoplasms	
Lymphoma	
Kaposi's sarcoma	
Pancreatic insufficiency	

* More frequent.

TRATAMENTO

- TARV
- Hidratação, dieta obstipante
- Suporte nutricional
- Loperamida? individualizar
- Isospora: SMX + TMP - 800 + 160mg (02 CP) 2x dia por 7 a 10 dias, pode ser necessário aumentar a dose e o tempo até 4x dia por 4 semanas
- Metronidazol 500mg VO de 8/8h - cobertura de clostridium, amebas
- O uso de probióticos em pacientes imunossuprimidos possui riscos de disseminação hematogênica dos microorganismos e não está bem estabelecido em diarreias crônicas em PVHA

ESCABIOSE

- *Sarcoptes scabiei*
- Pápulas disseminadas
- Prurido intenso, pior à noite
- Pode envolver o corpo todo e evoluir para escabiose crostosa mimetizando psoríase (Norueguesa)
- Ivermectina 200mg/kg/dose com alimentos +tópico
- Dose única, 3 doses (1, 2 e 8), 5 doses (1, 2, 8, 9, 15)



HERPES ZOSTER

- Reativação do vírus Varicella-Zoster (VZV)
- Rash eritemato-vesicular /pustular, pruriginoso, doloroso, acompanhando um ou mais dermatômos
- 8% ou mais podem desenvolver neuralgia pós herpética
- Em PVHA tratar independente do tempo de evolução



TRATAMENTO

- Aciclovir - 800mg, oral, 5x dia por 7 dias (estender se necessário)
- Valaciclovir 1000mg, oral, 3x dia por 7 dias

*Se doença disseminada, ou com acometimento ocular / neurológico, internar para tratamento venoso

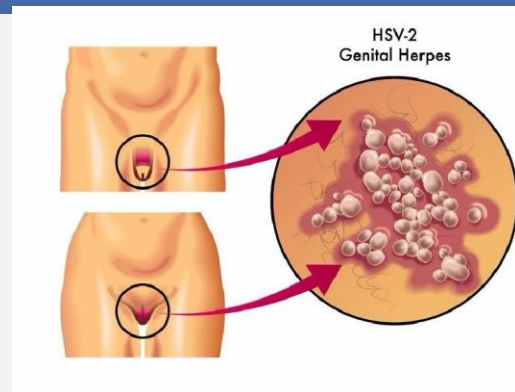
Manejo de dor intensa: opióides fracos (tramadol, paracetamol + codeína)

Dor aguda <1 m / NPH >3m

Neuralgia pós herpética:

- Gabapentina até 600mg 3x dia ou pregabalina 75mg de 12/12h até 300mg de 12/12h
- Nortriptilina 10 -> 150mg > amitriptilina 10 -> 50mg

HSV



Recorrência:

Isolada:

- HSV 1 - predomínio orolabial, pescoço, MMSS, tronco
- HSV - predomínio genital, perianal, nádegas
- Infecção crônica recorrência
- Fatores de risco de reativação - hormonais, traumas, exposição solar / frio, stress

- aciclovir 400mg 3x dia por 5-10 dias
- valaciclovir 01gr oral, 2x dia por 5-10 dias

PROFILAXIAS PRIMÁRIAS

- **Pneumocystis jirovecii** - CD4 < 200 (ou 14%) ou candidíase oral ou febre indeterminada > 2 semanas ou doença definidora de AIDS.

- SMX+TMP 800+160mg 3x semana até boa resposta à TARV e CD4 > 200 mais de 3 meses.
Reintroduzir se CD4 < 200

- **Toxoplasma gondii** - CD4 < 100 + IGG Toxo +

- SMX+TMP - 800+160mg (02 CP dia) até boa resposta à TARV com CD4 > 200 mais de 3 meses.
Reintroduzir se CD4 < 100.

- **Micobactérias não tuberculosas (MAC/MAI)** - CD4 < 50, sem TARV

- Azitromicina 1250 a 1500mg (até 3 cápsulas de 500mg/semana), suspender após supressão viral ou cd4 > 50

HSV, CMV, Cryptococcus não possuem profilaxia primária. Histoplasma: considerar em áreas hiperendêmicas.

CD4 < 50: fundoscopia de rotina para diagnóstico precoce de retinopatia por CMV

PROFILAXIAS SECUNDÁRIAS - RECORRÊNCIA

- **Pneumocystis jiroveci** - igual à primária

- **Toxoplasma gondii**

< 60kg: Sulfadiazina 500mg de 6/6h + Pirimetamina 25mg 1x dia + ácido folínico 10mg 1x dia

> 60kg: Sulfadiazina 1000gr de 6/6h + Pirimetamina 50mg 1x dia + ácido folínico 10mg 1x dia

Alternativa: SMX+TPM 800+160mg (02 CP) 2x dia

*Se alergia a sulfa, clindamicina substitui sulfadiazina e dapsona substitui SMX/TMP para PCP

- **Micobactérias não tuberculosas (MAC/MAI)**

Claritromicina 500mg 2x dia + etambutol 15mg/kg/dia (máx 1.200mg - 3 cp dia)

Suspender após 1 ano de tratamento para MAC, paciente sem sintomas, CD4 > 100 por mais de 6 meses.

- **Cryptococcus sp** -

Fluconazol 200mg dia ou Itraconazol 2x dia

*Checar interações medicamentosas

Suspender após mínimo 1 ano de manutenção, CD4 > 200 por 6 meses, paciente assintomático

PROFILAXIAS SECUNDÁRIAS - RECORRÊNCIA

- **Isospora belli** - - SMX+TMP 800+160mg (02 CP) 3X semana

Suspender após CD4 > 200 por mais de 3 meses

- **CMV (retinite)** - ganciclovir 5mg/kg/dia IV 5x semana

Suspender se boa resposta à TARV com CD4 > 100 por mais de 3 a 6m

- Individualizar: gravidade da imunossupressão e recorrências prévias.

- **Histoplasmose (disseminada ou SNC)** - Itraconazol 200mg 1x dia

* Por tempo indeterminado

* Considerar após mínimo de um ano de tratamento de manutenção, ausência de sintomas e CD4 > 150 por mais de 6 meses, reintroduzir se CD4 < 150

- **HSV (> 6 episódios/ano)** - Aciclovir 400mg 2x dia

Imunizações



VACINAÇÃO DE ADULTOS E IDOSOS VIVENDO COM HIV/AIDS

TODO INDIVÍDUO DEVE ESTAR EM DIA COM AS VACINAS RECOMENDADAS, de acordo com o calendário vacinal para sua faixa etária.

VACINAS COVID-19 – Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados pelo PNI em: sbim.org.br/covid-19



VACINAS	ESQUEMAS/RECOMENDAÇÕES	DISPONIBILIDADE NOS CRIE* e/ou UBS**
VACINAS ESPECIALMENTE RECOMENDADAS		
Influenza	- A partir de 60 anos é preferencial a vacina quadrivalente de altas concentrações (high dose, HD4V). - Desde que disponíveis, as vacinas influenza quadrivalentes (4V e HD4V) são preferíveis à vacina influenza trivalente (3V), por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V e HD4V, utilizar a vacina 3V. - Em idosos e/ou imunodeprimidos em situação epidemiológica de risco, pode ser considerada uma segunda dose das vacinas 3V ou 4V, a partir de três meses após a dose anual. - Se a composição da vacina disponível for concordante com os vírus circulantes, poderá ser recomendada aos viajantes internacionais para o hemisfério norte e/ou brasileiros residentes nos estados do norte do país no período pré-temporada de influenza.	SIM – nas UBS e nos CRIE: Vacina 3V. NÃO – Vacina 4V e HD4V.
Pneumocócicas conjugadas VPC13 ou VPC15	Uma dose, preferencialmente antes da VPP23 (ver esquema sequencial abaixo).	SIM – nos CRIE VPC13 NÃO – VPC15
Pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23)	Duas doses com intervalo de cinco anos entre elas. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes de 60 anos de idade, uma terceira dose está recomendada após essa idade, com intervalo mínimo de cinco anos da última dose.	SIM – nos CRIE: duas doses
Observações para esquema sequencial VPC13 ou VPC15 e VPP23 1. Sempre iniciar esquema com a vacina conjugada (VPC13 ou VPC15), seguida pela aplicação da vacina VPP23, respeitando o intervalo mínimo de dois meses entre elas. 2. Para indivíduos que já receberam a VPP23 e não anteriormente vacinados com VPC13 ou VPC15, recomenda-se um intervalo de 12 meses para a aplicação de VPC13 ou VPC15 e de cinco anos para a aplicação da segunda dose da VPP23, com intervalo mínimo de dois meses entre as vacinas conjugadas e polissacarídica.		
Haemophilus influenzae b	Para não vacinados: duas doses com intervalo de dois meses entre elas.	SIM – nos CRIE
Hepatite B	- Quatro doses: 0 - 1 - 2 - 6 meses, com o dobro do volume recomendado. - Recomenda-se a realização de sorologia 30 a 60 dias após o término do esquema. Considera-se imunizado se Anti HBs = ou >10 mIU/mL. Se Anti HBs <10 mIU/mL, após primeiro esquema, fazer novo esquema vacinal com quatro doses (com o dobro do volume recomendado para a faixa etária) uma única vez. Repetir sorologia anualmente; se Anti HBs <10 mIU/mL, considerar fazer uma dose de reforço.	SIM – nas UBS e nos CRIE
Hepatite A	Adultos e idosos não vacinados anteriormente: duas doses, com intervalo de seis meses.	SIM – nos CRIE: duas doses
HPV	- Duas vacinas estão disponíveis no Brasil, HPV4 e HPV9. A SBIm recomenda, sempre que possível, o uso preferencial da vacina HPV9 e a revacinação daqueles anteriormente vacinados com HPV2 ou HPV4, com o intuito de ampliar a proteção para os tipos adicionais. - Três doses: 0 - 1 a 2 - 6 meses.	SIM – nas UBS e nos CRIE: HPV4 três doses para ambos os sexos de 9 a 45 anos. NÃO – HPV9.
Meningocócicas conjugadas (MenC ou MenACWY)	- Sempre que possível, usar a vacina meningocócica conjugada ACWY. - Duas doses com intervalo de dois meses. Reforço a cada cinco anos.	SIM – nos CRIE: MenACWY, em duas doses, com intervalo mínimo de 8 semanas. Reforços a cada 5 anos

22

Calendário de vacinação SBIm pacientes especiais – 2023-2024

FESFSUS
Fundação Estatal Saúde da Família



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA

SECRETARIA
DA SAÚDE

Meningocócica B	Duas doses com intervalo de um a dois meses entre elas, até 50 anos de idade. Acima desta faixa etária o uso é <i>off label</i> .	NÃO
Herpes zóster inativada (VZR)	- Recomendada para pessoas a partir de 18 anos de idade: duas doses com intervalo de dois meses (0-2 meses). - A vacinação está recomendada mesmo para aqueles que já desenvolveram a doença. - Intervalo entre quadro de HZ e vacinação: seis meses ou após resolução do quadro, considerando a perda de oportunidade vacinal.	NÃO
CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE OUTRAS VACINAS RECOMENDADAS NOS CALENDÁRIOS PARA CADA FAIXA ETÁRIA		
Tríplice bacteriana do tipo adulto (dTpa e dTpa-VIP) OU dupla adulto (dT)	Recomendar de acordo com os calendários SBIm para cada faixa etária.	SIM – nas UBS: dT SIM – nas UBS: dTpa para gestantes e puérperas
SCR***	Se paciente não imunocomprometido (ver tabela abaixo) – Recomendar de acordo com os calendários SBIm para cada faixa etária.	SIM – nas UBS e nos CRIE
Varicela	Se paciente não imunocomprometido (ver tabela abaixo) – Recomendar de acordo com os calendários SBIm para cada faixa etária.	SIM – nos CRIE
Febre amarela	Se paciente não imunocomprometido (ver tabela abaixo) – Recomendar de acordo com os calendários SBIm para cada faixa etária.	SIM – nas UBS e nos CRIE
VACINAS CONTRAINDICADAS		
Em vigência de imunossupressão grave, as vacinas vivas atenuadas estão contraindicadas: BCG, rotavírus, pólio oral (VOP), febre amarela, SCR, varicela, SCR-V e dengue. Se paciente moderadamente imunocomprometido, avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para tomada de decisão para a recomendação das vacinas febre amarela, SCR, SCR-V e varicela.		
VACINAÇÃO DE CONVIVENTES DOMICILIARES		
É altamente recomendada e deve seguir os calendários de vacinação para cada faixa etária. Os CRIE disponibilizam as vacinas influenza, varicela e SCR para conviventes suscetíveis de pacientes imunodeprimidos. A vacina pólio oral (VOP) está contraindicada para conviventes de pessoas imunodeprimidas – quando recomendada proteção para essa doença, deve ser substituída pela vacina polio inativada (VIP).		

NÍVEIS DE IMUNOCOMPROMETIMENTO A PARTIR DE 13 ANOS DE IDADE	
Alteração imunológica	Contagem de LT CD4+ em células por mm³
Pequena ou ausente (1)	≥ 350
Moderada (2)	Entre 200 e 350
Grave (3)	< 200

24/11/2023

*A disponibilidade segue as normas contidas no Manual dos CRIE (Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais), disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/manuais/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf/view

** Unidade Básica de Saúde

*** SCR (sarampo, caxumba e rubéola) e SCR-V (sarampo, caxumba, rubéola e varicela)

Calendário de vacinação SBIm pacientes agudos – 2023-2024

23



OBRIGADA!





NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

