

Atenção Primária à Saúde  
**TRANSMISSÍVEIS**

GUIA RÁPIDO  
**INFECÇÃO PELO  
HIV E AIDS**



**Saúde  
Pública  
Carioca**





Atenção Primária à Saúde

**TRANSMISSÍVEIS**

GUIA RÁPIDO

**INFECÇÃO PELO**

**HIV E AIDS**

Versão Profissional

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

3.<sup>a</sup> Edição

Rio de Janeiro/RJ

2022

© 2022 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

**Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

**Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

**Subsecretário Executivo**

Rodrigo Prado

**Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

Ana Luiza F. R. Caldas

**Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento**

Larissa Cristina Terrezo Machado

**Superintendente de Promoção da Saúde**

Denise Jardim

**Superintendente de Vigilância em Saúde**

Márcio Garcia

**Superintendente de Atenção Primária**

Renato Cony Seródio

**Coordenadora de Doenças Crônicas Transmissíveis**

Emanuelle Corrêa

**Gerente de IST/Aids**

Gustavo Magalhães

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Rio de Janeiro (RJ). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde Atenção primária à saúde transmissíveis : guia rápido : infecção pelo HIV e AIDS : versão profissional / Prefeitura do município do Rio de Janeiro ; coordenação Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa ; [elaboração Gustavo Magalhães, Michael Schmidt Duncan]. -- Rio de Janeiro : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022. -- (Série F. comunicação e educação em saúde)

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-86417-24-1

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. AIDS (Doença) — Prevenção 3. AIDS (Doença) — Tratamento 4. HIV (Vírus) — Prevenção 5. HIV — Infecções 6. Saúde pública 7. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Oliveira, Emanuelle Pereira. II. Magalhães, Gustavo. III. Duncan, Michael Schmidt. IV. Título. V. Série.

23-142607

CDD-362.19697924

**Índices para catálogo sistemático:**

1. HIV-AIDS : Cuidados de saúde : Problemas sociais 362.1969792

Aline Grazielle Benitez — Bibliotecária — CRB-1/3129

**Coordenação Técnica**

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

**Elaboração**

Gustavo Magalhães

Michael Schmidt Duncan

**Colaboração**

Ana Lília Braga Maciel

Ana Paula Ferreira Barbosa

Ana Paula Moura da Silva

Anderson Martins da Rocha

Anna Carolina Fortes Chaves

Camilla Gonçalves de Barros de Azevedo

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

Flávia Willi Sarmiento

Girleide Pereira de Oliveira

Jorge Eduardo Pio

Juliana J. Silva Araujo Cunha

Paulo Santos

**Revisão Técnica**

Ana Cristina Garcia Ferreira (Ministério da Saúde)

Beatriz Brittes Kamiensky (Ministério da Saúde)

Betina Durovni (SMS-Rio e ENSP)

Marcelo Costa Velho Mendes de Azevedo (SMS-Rio e UNIRIO)

Natalia de Campos Carvalho (Ministério da Saúde)

Thiago Cherem Morelli (Ministério da Saúde)

**Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Clarissa Mello

Patricia Avolio

**Capa**

Luciano Freitas

**Projeto Gráfico**

Aluisio Bispo

**Diagramação**

Sandra Araujo

# SUMÁRIO

<b>SOBRE ESTE GUIA</b> .....	<b>8</b>
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	<b>9</b>
A infecção pelo HIV e a aids.....	9
Cenário epidemiológico .....	11
<b>OLHAR AMPLIADO PARA O HIV NO TERRITÓRIO — PREVENÇÃO COMBINADA</b> .....	<b>12</b>
<b>ATENÇÃO DIFERENCIADA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS</b> .....	<b>14</b>
Populações-chave .....	14
Populações prioritárias.....	14
<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV</b> .....	<b>15</b>
Profilaxia Pós-Exposição (PEP).....	16
Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) .....	18
<b>INDETECTÁVEL = INTRANSMISSÍVEL (I = I)</b> .....	<b>24</b>
<b>VISÃO GERAL DO ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA — O EPISÓDIO DE CUIDADO DO HIV</b> .....	<b>24</b>
Etapa 1. Diagnóstico e início do tratamento (até atingir 2 CVs indetectáveis) .....	25
Etapa 2. Monitoramento de pacientes com carga viral indetectável e boa tolerância ao TARV ...	28
Etapa 3. Monitoramento de pacientes em estágios mais avançados da infecção pelo HIV/aids...	30
Pacientes que transferem seu cuidado prévio a uma nova equipe de APS.....	32

<b>DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV.....</b>	<b>33</b>
Rastreamento .....	33
Quando suspeitar da infecção pelo HIV? .....	33
Como diagnosticar a infecção pelo HIV? .....	37
Comunicação com o paciente a respeito do exame do HIV .....	39
Como informar um resultado positivo de infecção pelo HIV.....	44
Abordagem das reações emocionais a um resultado positivo de HIV .....	45
Comunicação de um resultado positivo ao parceiro .....	45
Particularidades ao informar um resultado positivo para um adolescente .....	45
Discussão sobre confidencialidade dentro da equipe.....	46
Notificação dos casos de infecção pelo HIV e aids.....	46
<b>AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV.....</b>	<b>47</b>
Avaliação de preferências e definição do local de acompanhamento .....	48
Elementos importantes na coleta da história e no exame físico.....	48
Revisão de sistemas e exame físico direcionado .....	50
Exames complementares a serem solicitados na primeira avaliação .....	53
<b>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO RELEVANTES PARA O ACOMPANHAMENTO DO HIV NA APS .....</b>	<b>56</b>
<b>CARACTERIZAÇÃO DE QUADROS CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE MAIOR GRAVIDADE RELACIONADOS AO HIV .....</b>	<b>57</b>
Doenças definidoras de aids .....	57
Manifestações de imunodeficiência moderada .....	58

Nefropatia associada ao HIV.....	59
Alterações neurocognitivas associadas ao HIV.....	59
Cardiomiopatia associada ao HIV.....	60
<b>INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA INFECÇÃO ATIVA E DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE...</b>	<b>60</b>
<b>ABORDAGEM TERAPÊUTICA COM ANTIRRETROVIRAIS .....</b>	<b>63</b>
Quando iniciar o tratamento com antirretrovirais?.....	63
Quem deve ter seu tratamento iniciado na APS e quem deve ser encaminhado ao especialista?...	64
Situações em que é necessário solicitar genotipagem pré-tratamento.....	65
Como iniciar o tratamento com TARV na APS? .....	66
Situações especiais que requerem iniciar já com esquema alternativo de TARV .....	69
Síndrome inflamatória de reconstituição imunológica (SIR).....	73
Situações de trocas de ARV .....	74
Situações em que há necessidade de uso de terapia dupla .....	75
Abandono de TARV .....	76
Falha virológica.....	78
<b>ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DO PACIENTE COM INFECÇÃO PELO HIV NA</b>	
<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>78</b>
<b>ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM ESTÁGIOS AVANÇADOS DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS .....</b>	<b>82</b>
Prevenção das infecções oportunistas.....	93

<b>ABORDAGEM INTEGRAL DA PESSOA COM HIV</b> .....	<b>98</b>
Aconselhamento para hábitos de vida saudáveis.....	98
Contracepção .....	99
Plano de gestação.....	100
Avaliação e manejo do risco cardiovascular .....	100
Rastreios oncológicos .....	101
Particularidades relacionadas a PVHA que têm diabetes.....	101
Imunizações .....	101
Aspectos emocionais e transtornos mentais .....	103
Educação em saúde .....	104
Aspectos legais e previdenciários .....	105
<b>ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIV PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL</b> .....	<b>106</b>
Quando no seu manejo clínico o dentista deve suspeitar do HIV?.....	106
Manejo das condições mais comuns associadas ao HIV.....	106
Como o HIV interfere no cuidado odontológico?.....	106
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>107</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>109</b>
Anexo 1. Antirretrovirais disponíveis na rede .....	109
Anexo 2. Interações medicamentosas.....	111

## **SOBRE ESTE GUIA**

Este guia resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP) para a prevenção, o diagnóstico e o manejo clínico da infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde (APS). Tem como objetivo traduzir para o contexto clínico da APS as orientações técnicas do Ministério da Saúde (MS), incluindo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT adultos) (BRASIL, 2018), bem como outros documentos ministeriais relevantes.

A primeira edição deste guia, publicada em 2016, coincidiu com o início da descentralização do acompanhamento clínico do HIV para a APS, processo que foi pioneiro no país e essencial para aumentar o acesso da população ao tratamento antirretroviral. Aquela edição, portanto, dedicou grande ênfase em qualificar o processo diagnóstico (incluindo os aconselhamentos pré e pós-teste) e o início do tratamento com antirretrovirais.

A segunda edição, publicada em 2019, atualizou o conteúdo à luz do PCDT de 2018, que segue sendo a versão mais atual do protocolo do Ministério da Saúde, e trouxe a mudança do esquema básico de TARV para o esquema atual. Desde então, o MS publicou diversas notas técnicas atualizando as condutas preconizadas nesse PCDT.

Esta terceira edição envolveu uma atualização mais ampla do conteúdo, incluindo, além das notas técnicas que modificaram as condutas do PCDT de 2018, a discussão sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que não estava presente nas versões anteriores. Além disso, esta terceira edição trouxe uma visão de episódio de cuidado para o acompanhamento do HIV na atenção primária, reformulou o processo de aconselhamento durante a testagem e explorou em maiores detalhes a coordenação do cuidado nas múltiplas fases da infecção pelo HIV, incluindo os estágios mais avançados. Assim, espera-se que, além de ampliar o diagnóstico, a oferta de tratamento e a eficácia terapêutica, a rede de APS do município do Rio de Janeiro contribua para reduzir a incidência da infecção pelo HIV na sua população adscrita, e que os médicos da APS sintam-se mais aptos a coordenar o cuidado dos pacientes em todo o espectro de manifestações clínicas.

Este documento representa o posicionamento da área técnica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) e objetiva orientar a assistência clínica nas unidades de saúde, com ênfase na atenção primária da cidade do Rio. Em caso de condutas divergentes daquelas preconizadas neste guia, recomenda-se o devido registro no prontuário.

### **CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA**

Tanto o tratamento como o cuidado devem levar em consideração as necessidades individuais dos pacientes e suas preferências. Uma boa comunicação é essencial para permitir que as pessoas tomem decisões sobre o seu cuidado, apoiadas por informações baseadas em evidências. Se a pessoa estiver de acordo, o parceiro deve ter a oportunidade de se envolver nas decisões sobre o tratamento e o cuidado. Deve-se sempre respeitar o sigilo do paciente, para evitar o estigma que essa doença infelizmente ainda possui. Embora os agentes comunitários de saúde (ACS) sejam parte integrante das equipes de atenção primária e tenham muito a contribuir para a promoção da saúde e para a coordenação do cuidado, o acesso desses profissionais ao diagnóstico do paciente poderá ocorrer apenas se o paciente autorizar.

## **CONTEXTUALIZAÇÃO**

### **A INFECÇÃO PELO HIV E A AIDS**

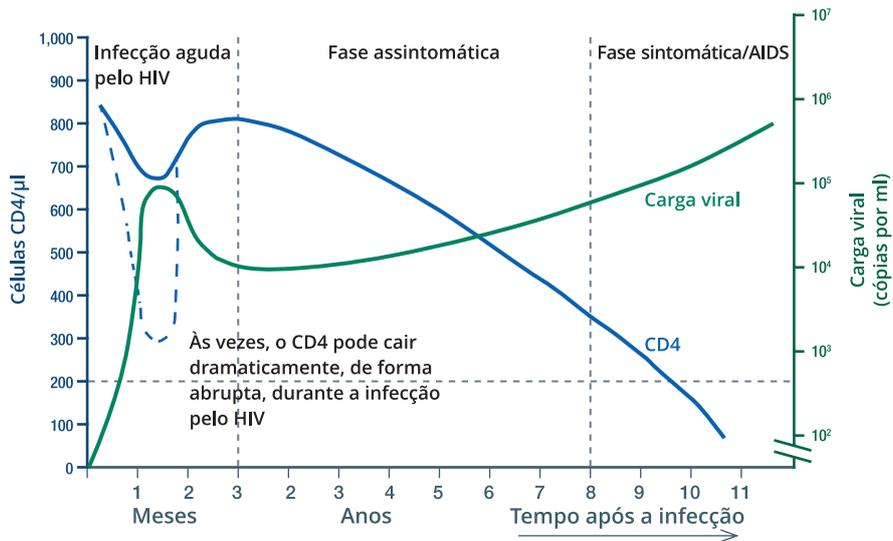
A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi descrita inicialmente em 1981, após uma sucessão de casos de pessoas que desenvolveram infecções pouco comuns e neoplasias raras, só encontradas em estados de imunodeficiência avançada. Posteriormente, descobriu-se que essa síndrome ocorre em um estágio tardio da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), um retrovírus que tem como alvo os linfócitos T com receptores CD4. Ele está presente no sangue de pessoas infectadas, assim como em outros fluidos, como o sêmen, a secreção vaginal e o leite materno. A transmissão ocorre por via predominantemente sexual, mas, também, pelo contato com sangue contaminado, pela via transplacentária ou pelo aleitamento materno.

Na fase aguda, que ocorre semanas após a infecção, o paciente frequentemente apresenta sintomas de uma infecção viral inespecífica e tem elevada carga de vírus se replicando, sendo a probabilidade de transmitir a doença significativamente maior. Após a fase aguda, advém um período assintomático, de duração variável, no qual o vírus segue se replicando, e há diminuição progressiva da imunidade, até um ponto em que o organismo se torna altamente susce-

tível a infecções oportunistas, neoplasias e manifestações autoimunes. Essa última fase é denominada síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). A Figura 1 ilustra a história natural da infecção pelo HIV.

A introdução da terapia antirretroviral, no final da década de 1980, e o advento da terapia antirretroviral combinada, no final da década de 1990, revolucionaram o tratamento da infecção pelo HIV. De uma doença rapidamente letal e com tratamentos indefinidos, a infecção pelo HIV, ao longo das últimas décadas, se transformou em uma doença crônica, aumentando consideravelmente o número de pessoas que vivem com a doença.

**Figura 1. História natural da infecção pelo HIV e sua relação com a carga viral e a contagem de CD4.**



## CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Apesar de todos os avanços das últimas décadas, o HIV permanece sendo um desafio para a saúde pública mundial. Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que, no ano de 2021, 38,4 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV, das quais 1.500.000 haviam sido diagnosticadas naquele ano, e, do total de casos, apenas 75% estavam em uso de Terapia Antirretroviral (TARV). Em 2021, 650.000 pessoas morreram por doenças relacionadas ao HIV (WHO, 2022).

No Brasil, nos últimos anos, vem ocorrendo uma redução de casos novos diagnosticados, sendo a taxa atual, relatada no boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 2021, de 14,1 casos novos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2021a). Parte dessa redução está relacionada à subnotificação dos casos, que foi diretamente afetada pela pandemia de covid-19.

No município do Rio de Janeiro, vem ocorrendo uma redução do número de casos novos notificados ao longo dos últimos 10 anos, sendo que, em 2020, a taxa de detecção foi de 21,4 novos casos por 100.000 habitantes, taxa essa maior no sexo masculino, o que é uma tendência que se repete ao longo dos anos. O coeficiente de mortalidade por HIV no município é de 9,9 a cada 100.000 habitantes, maior que o coeficiente para o Brasil. Em gestantes houve um aumento da detecção de casos novos de HIV ao longo dos últimos cinco anos, estando o município na terceira posição do ranking das capitais nesse indicador. Já o estado do Rio de Janeiro está entre as 11 unidades federativas com o maior número de detecção de HIV em gestantes, apresentando uma taxa de 4,3/1.000 nascidos vivos.

Apesar da diminuição da maioria das taxas, podemos relacionar que o efeito pandemia contribuiu para a baixa detecção de novos casos, podendo se antever um aumento de casos novos diagnosticados nos próximos anos. Diante deste cenário, estão sendo planejadas ações focadas na redução de casos novos, na melhora do acompanhamento e no aumento da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, sendo este guia parte importante da estratégia para implementação dessas ações.

A meta que se espera atingir é que 90% das pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, 90% das diagnosticadas estejam em tratamento, e 90% das em tratamento estejam com carga viral indetectável (Meta 90–90–90).

## **OLHAR AMPLIADO PARA O HIV NO TERRITÓRIO — PREVENÇÃO COMBINADA**

A atuação da equipe de atenção primária sobre o HIV vai muito além de diagnosticar e tratar os casos que procuram atendimento. Deve englobar, também:

- Ações de educação em saúde para a população geral;
- Promoção de práticas sexuais seguras;
- Oferta de preservativos e lubrificantes;
- Fácil acesso à testagem para HIV para a população geral;
- Profilaxia pós-exposição (PEP) sexual de risco ou acidente com material biológico e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) em pessoas com maior vulnerabilidade à infecção.

Em pessoas com infecção já diagnosticada, é fundamental estar atento a elementos como a prevenção da transmissão para parceiros, a prevenção da transmissão vertical por gestantes, a necessidade de imunizações e o cuidado integral à pessoa, considerando o seu contexto biopsicossocial que, muitas vezes, pode necessitar de estratégias de redução de danos.

Esse cuidado deve levar em consideração o direito ao pleno acesso às informações sobre os diversos métodos e formas de prevenção, a capacidade de escolha individual e o direito à autonomia de indivíduos e segmentos sociais para a escolha das melhores formas de prevenção da infecção pelo HIV, respeitando a especificidade de cada caso. Esse olhar ampliado, sob uma ótica preventiva, vem recebendo o nome de Prevenção Combinada, que pode ser ilustrada por meio de uma mandala (Figura 2).

Figura 2. Mandala da Prevenção Combinada.



Fonte: PCDT (BRASIL, 2018).

## **ATENÇÃO DIFERENCIADA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS**

### **POPULAÇÕES-CHAVE**

A epidemia de HIV/Aids no Brasil é concentrada em alguns segmentos populacionais que são historicamente mais vulnerabilizados e apresentam prevalência superior à média nacional (que é de 0,4%). Essas populações são:

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH);
- Pessoas trans e travestis;
- Pessoas que usam drogas;
- Pessoas privadas de liberdade;
- Profissionais do sexo.

### **POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS**

São segmentos populacionais que possuem caráter transversal, e suas vulnerabilidades estão relacionadas às dinâmicas sociais locais e às suas especificidades. Essas populações são:

- População de adolescentes e jovens;
- População negra;
- População indígena;
- População em situação de rua.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

Devem-se promover ações preventivas populacionais e intersectoriais, focando na promoção de práticas sexuais seguras na população geral e na modificação de comportamentos sexuais de risco, bem como em estratégias de redução de danos em usuários de drogas. É função das equipes de atenção primária se engajar nas campanhas educativas e buscar meios de disseminá-las no seu território de atuação, tendo especial importância a participação dos agentes comunitários de saúde.

As estratégias populacionais devem ser complementadas por ações clínicas, nas quais se identificam indivíduos com comportamento associado a maior risco, para oferecer aconselhamento mais intensivo e testagem mais frequente para infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV. Esses comportamentos de risco incluem: relação sexual desprotegida (homo ou heterossexual); compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis; e reutilização de objetos perfurocortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV. Deve-se dar especial atenção aos grupos listados na página 14. Destaca-se que, ao atender uma pessoa com histórico de exposição de risco e com resultado negativo para HIV, deve-se reforçar o aconselhamento para a prevenção de IST e avaliar a indicação e ofertar PEP e PrEP.

O uso de métodos de barreira é uma estratégia essencial para a prevenção do HIV. Uma revisão sistemática, que incluiu estudos até o início dos anos 2000, mostrou que a efetividade do preservativo peniano na redução da transmissão heterossexual do HIV em casais sorodiscordantes é de 80% (WELLER *et al.*, 2002). Para o sexo anal entre homens cis, a efetividade do uso consistente do preservativo na redução da transmissão é de 70% (SMITH *et al.*, 2015). Na conjuntura atual, com amplo uso da TARV, a principal estratégia populacional para prevenir a transmissão é assegurar que a maioria dos pacientes alcancem carga viral indetectável, a partir da qual não há mais transmissão do HIV. Entretanto, mesmo nesses pacientes, o preservativo continua sendo indicado, para a prevenção de outras IST.

**Os preservativos, inclusive o vaginal, devem estar facilmente disponíveis nas unidades de Atenção Primária, não podendo haver burocracias para sua distribuição.**

Para os programas de redução de danos em usuários de drogas injetáveis, nos quais há substituição de seringas, as evidências são menos consistentes, porém também sugerem benefícios (PALMATEER *et al.*, 2010).

## PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)

A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV consiste na profilaxia com antirretrovirais (ARV) que é realizada logo após a exposição para todos os casos com risco significativo de transmissão do HIV. Entende-se como exposição com risco de transmissão o contato com materiais biológicos de risco, como: sangue e derivados do sangue, sêmen, fluido vaginal, líquidos de serosa, líquido amniótico, líquido e líquido articular. A exposição pode ser percutânea, por contato com membranas mucosas (incluindo exposição sexual), por via cutânea (envolvendo pele não íntegra) ou por mordedura com presença de sangue.

Ressalta-se a importância da implementação de fluxo nas unidades de atenção primária para o atendimento de vítimas de violência, e para acidentes com perfurocortantes em profissionais de saúde, visto a relevância do evento.

A PEP é considerada uma situação de urgência, devendo ser iniciada, preferencialmente, nas primeiras duas horas, podendo ser realizada até 72 horas subsequentes à exposição. As pessoas que procuram a PEP após 72 horas devem ser avaliadas, para a definição da necessidade de acompanhamento clínico e laboratorial. O fluxograma da Figura 3 ilustra o processo de tomada de decisão sobre a indicação da PEP.

O seguinte esquema antirretroviral está indicado para realização da profilaxia pós-exposição ao HIV:

**Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg: 1 comprimido ao dia**

+

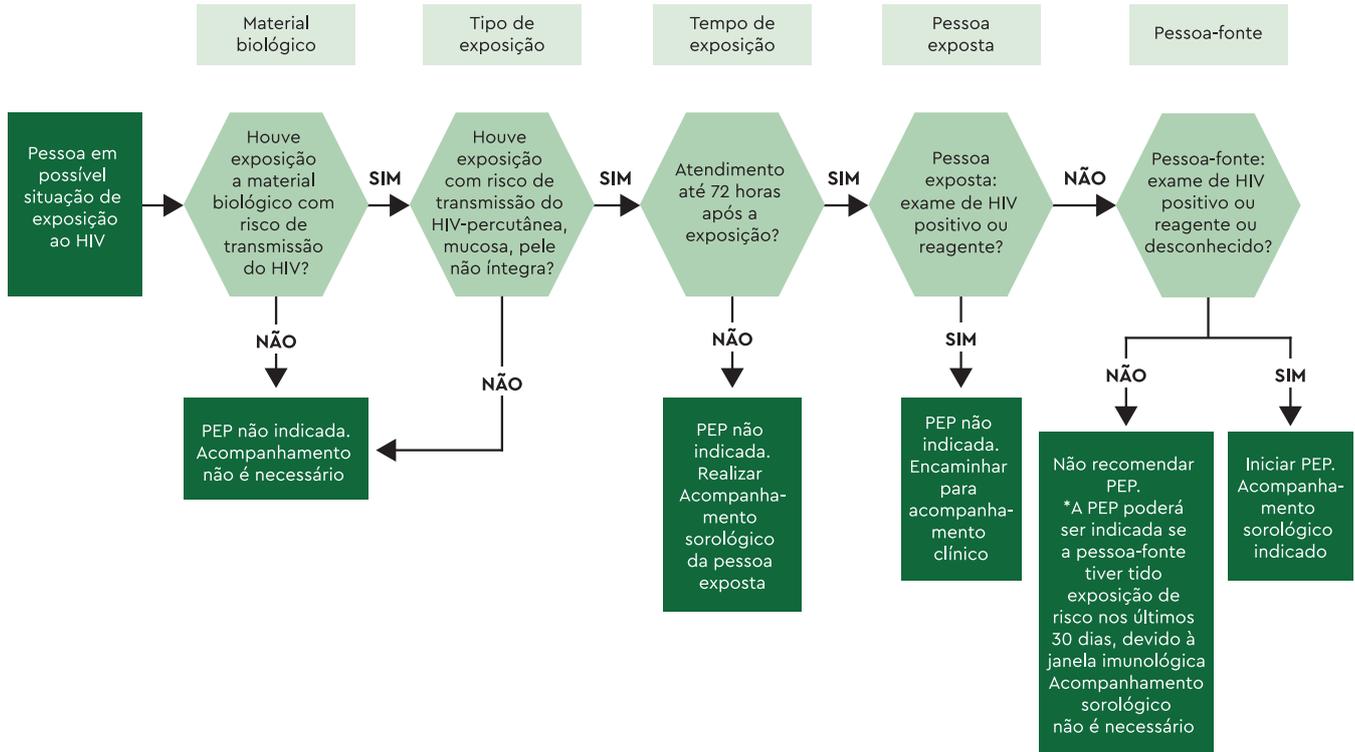
**Dolutegravir (DTG) 50mg: 1 comprimido ao dia**



**A duração da PEP é de 28 dias**

Observações: a) O TDF não está indicado para pessoas com insuficiência renal aguda, nem para crianças abaixo de 6 anos ou com peso inferior a 35kg; b) O DTG está indicado para pessoas com idade > 6 anos e peso > 20kg. Fonte: BRASIL, 2021.

Figura 3. Fluxograma da profilaxia pós-exposição de risco para HIV (PEP).



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Estes medicamentos estão disponíveis em todas as unidades de atenção primária e podem ser prescritos pelo profissional médico e pelo enfermeiro.

- Não há indicação universal de exames de rotina durante a PEP, porém, recomenda-se repetir o teste de HIV 4-6 semanas e 12 semanas após a exposição. Além disso, sugere-se dosar creatinina em pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal, e a glicemia em caso de pessoas com diabetes. Exames adicionais podem ser indicados em caso de efeitos adversos (p.ex.: TGO, TGP, amilase e hemograma). A realização de exames não pode constituir barreira para a prescrição da PEP.
- Os formulários para a prescrição da PEP estão disponíveis no site do SICLOM, podendo ser acessados diretamente pelo link [http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php).
- Mais detalhes sobre a profilaxia pós-exposição ao HIV e outras profilaxias após exposição ocupacional a material biológico estão disponíveis no PCDT — PrEP 2022.

## PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP)

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV consiste na tomada de medicamentos antirretrovirais por pessoas que não têm HIV e apresentam risco importante para adquiri-lo, com histórico de exposições sexuais de risco. Tem como objetivo reduzir o risco de infecção pelo HIV. Em 2021, o município do Rio de Janeiro iniciou a descentralização do atendimento para as unidades de atenção primária, ampliando o acesso dos usuários.

Devido à sua maior vulnerabilidade ao HIV, os grupos listados na página 14 devem receber atenção diferenciada na discussão sobre PrEP, assim como o grupo dos casais sorodiscordantes. Entretanto, pertencer a um desses grupos não é suficiente para caracterizar o indivíduo como tendo exposição frequente ao HIV. Para essa caracterização, é necessário considerar as práticas sexuais, as parcerias sexuais e os contextos específicos associados a um maior risco de infecção. Outros indicativos também podem ser considerados, incluindo a verbalização do risco pelo paciente, tais como:

- Repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo;

- Frequência das relações sexuais com parcerias eventuais;
- Quantidade e diversidade de parcerias sexuais;
- Histórico de episódios de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP);
- Contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc.

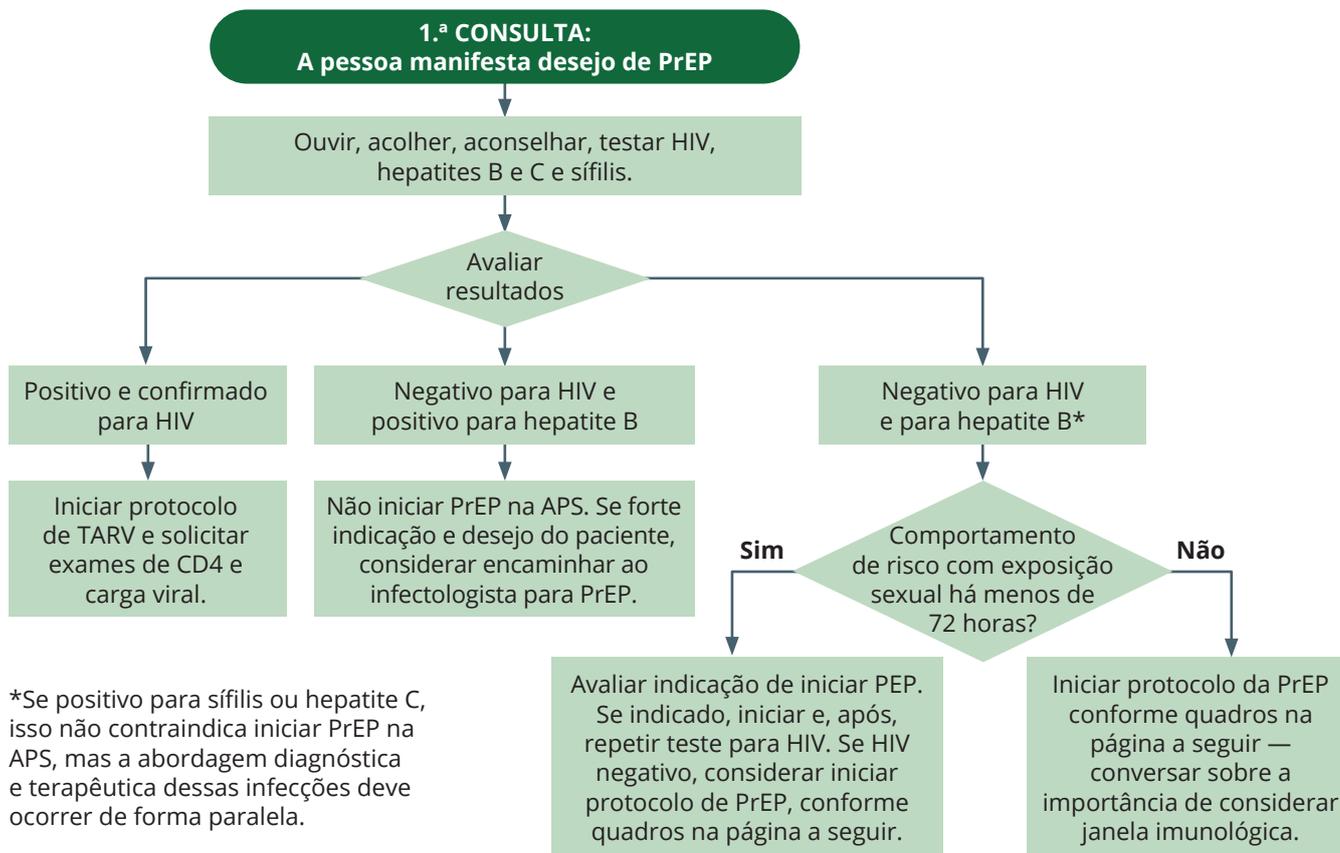
Além disso, no caso de casais sorodiferentes, é importante levar em consideração a carga viral do indivíduo que tem HIV, dado que, quando indetectável, considera-se que a doença é intransmissível (ver página 24).

Atualmente, as únicas contraindicações absolutas para PrEP são idade inferior a 15 anos, peso inferior a 35kg e TFG < 60ml/min. O esquema recomendado para uso na PrEP é a combinação dos antirretrovirais Fumarato de Tenofovir Desoproxila (TDF) e Emtricitabina (FTC), cuja eficácia e segurança foram demonstradas, com poucos eventos adversos associados a seu uso.

**Indica-se para a PrEP a combinação de tenofovir associado a emtricitabina, em dose fixa combinada, TDF/FTC 300/200mg um comprimido por dia, via oral, em uso contínuo. Pode-se considerar, também, o uso sob demanda, em homens cisgênero ou em pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer, desde que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol (ver página 22).**

- Na primeira consulta é necessário preencher o formulário de cadastro no SICLOM específico para a PrEP, bem como a ficha de atendimento. Nas consultas subsequentes, apenas a ficha de atendimento. Ambos os formulários editáveis estão disponíveis no site do SICLOM ([http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php)).
- Mais detalhes sobre a PrEP ao HIV estão no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) 2022 — ISBN 978-65-5993-280-1, complementado pela Nota Técnica n.º 563/2022-CGAHV/DCCI/SVS/MS.
- No município do Rio de Janeiro, profissionais enfermeiros e médicos treinados podem atender e prescrever o esquema padronizado, facilitando o acesso dos usuários com indicação à PrEP, conforme fluxograma a seguir (Figura 4).

Figura 4. Manejo da PrEP na APS.



**Figura 4. Manejo da PrEP na APS. (cont.)****1.º ATENDIMENTO**

**1.** Solicitar creatinina. **2.** Avaliar indicação de teste de gravidez. **3.** Avaliar vacinas (HBV). **4.** Se baixo risco de doença renal crônica, prescrever PrEP já neste primeiro atendimento e orientar sobre os efeitos adversos (primeira receita obrigatoriamente para apenas 30 dias, devido à janela imunológica). **5.** Em homens que fazem sexo com homens, considerar dose de ataque de dois comprimidos já nesse primeiro atendimento. **6.** Em homens cisgênero ou pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer, conversar sobre a possibilidade de uso sob demanda (ver página 22).

**ATENDIMENTOS SUBSEQUENTES (primeiro retorno em 30 dias e, após, quadrimestral)**

**1.** Se PrEP prescrita no primeiro atendimento, avaliar adesão e continuidade do tratamento. **2.** Avaliar creatinina e calcular TFG. **3.** Se PrEP já prescrita e TFG < 60ml/min, suspender PrEP. Se PrEP ainda não iniciada, avaliar indicação e prescrever, seguindo a mesma orientação do primeiro atendimento acima. **4.** Solicitar exames de seguimento: testes rápidos a cada 3-4 meses; creatinina com cálculo da TFG com periodicidade conforme risco de declínio da função renal (orientações abaixo).

**ORIENTAÇÕES PARA TODOS OS ATENDIMENTOS**

- PrEP não é 100% eficaz e não protege contra outras IST, sendo indicado oferecer testes rápidos para hepatite B, hepatite C e sífilis e orientações de medidas de prevenção, como o uso de preservativo.
- Periodicidade para seguimento da creatinina e TFG: fator de risco para declínio da função renal (TFG < 90ml/min, HAS, diabetes, idade > 50 anos): a cada 6 meses // sem fator de risco para declínio da função renal: anual.
- Orientar a respeito do tempo de uso (tanto anterior como posterior à exposição sexual) necessário para atingir a melhor proteção contra o HIV (ver Quadro 1, na página 23). A decisão sobre a prescrição de uso contínuo ou sob demanda deve ser compartilhada, levando em conta as preferências do paciente, seu perfil de exposição e a possibilidade de maior dificuldade de adesão à posologia do uso sob demanda.
- O uso correto da medicação conforme prescrito é fundamental, pois falhas podem aumentar o risco de contaminação.
- Monitorar planejamento reprodutivo, bem como efeitos adversos dos medicamentos.
- Medicamento somente liberado com teste de HIV negativo nos últimos 7 dias.

O uso sob demanda só está indicado nas seguintes situações:

- Homens cisgênero;
- Pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer, desde que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.

Ele é feito no seguinte esquema: dose de ataque de 2 comprimidos 2 a 24 horas antes da relação sexual, 1 comprimido 24 horas após a dose inicial, e 1 comprimido 24 horas após a segunda dose (esquema 2 + 1 + 1). Caso haja relações subsequentes, segue-se um comprimido diário até 48 horas após a última relação. Caso haja interrupção do esquema, ele deve ser reiniciado, incluindo a dose de ataque de 2 comprimidos. Essa orientação permite que o paciente faça transições entre uso diário e sob demanda, conforme sua exposição de risco em um dado momento.

A Figura 5 resume as orientações para o uso sob demanda.

**Figura 5. Esquema de uso de PrEP sob demanda (esquema 2 + 1 + 1).**



Observação: Se manutenção de exposições de risco sem interrupção do esquema, manter doses diárias, conforme esquema do uso contínuo, assegurando, pelo menos, duas doses após a última exposição.

O seguimento clínico e laboratorial das pessoas em uso de PrEP sob demanda é o mesmo daquele do uso diário (página 21). O Quadro 1 orienta sobre o tempo de uso do esquema da PrEP antes e após a exposição de risco para atingir a melhor proteção contra o HIV, tanto nos candidatos ao uso sob demanda, como em mulheres cisgênero, pessoas trans designadas como sexo feminino ao nascer ou pessoas em uso de hormônios à base de estradiol.

**Quadro 1. Resumo com as informações sobre dose inicial, doses subsequentes e interrupção da PrEP oral com segurança.**

<b>POPULAÇÃO</b>	<b>DOSE INICIAL DA PrEP ORAL</b>	<b>DOSES SUBSEQUENTES DA PrEP ORAL</b>	<b>INTERRUPÇÃO SEGURA DA PrEP ORAL</b>
Homens cisgênero e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer que: a) Tenham exposição sexual; E b) Não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 2 comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual.	Tomar 1 comprimido 24 horas após a dose inicial e mais 1 comprimido 24 horas após a segunda dose.	Tomar 1 comprimido por dia por 2 dias, após a última prática sexual.
Mulheres cisgênero, pessoas trans designadas como sexo feminino ao nascer OU homens cisgênero e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer que façam uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 2 comprimidos no primeiro dia, seguidos de 1 comprimido por dia até completar 7 dias, antes da potencial exposição.	Tomar 1 comprimido por dia.	Tomar 1 comprimido por dia por 7 dias, após a última prática sexual.

## **INDETECTÁVEL = INTRANSMISSÍVEL (I = I)**

O termo “Indetectável = Intransmissível” vem sendo amplamente utilizado mundialmente por instituições de referência sobre o HIV.

Segundo Nota Informativa do Ministério da Saúde, as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) em terapia antirretroviral (TARV) e com carga viral indetectável há, pelo menos, seis meses não transmitem o vírus HIV por via sexual. A supressão ininterrupta da carga viral mediante o uso de TARV adequada e com boa adesão é indicadora do sucesso do tratamento.

Não há evidência suficiente, entretanto, para afirmar que “I = I” no contexto da amamentação. Assim, mesmo no quadro da indetecção materna da carga viral do HIV, a amamentação segue contraindicada para as PVHA. O fornecimento de cabergolina para a inibição da lactação e de fórmula láctea para o recém-nascido exposto ao HIV durante a gestação e o parto é assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

## **VISÃO GERAL DO ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA — O EPISÓDIO DE CUIDADO DO HIV**

O acompanhamento do HIV por uma equipe de atenção primária pode ser estruturado sob uma perspectiva de episódio de cuidado, com etapas bem delimitadas, nas quais devem ser cumpridas tarefas e identificadas lacunas, conforme descrito nas próximas páginas. É importante destacar que os componentes listados a seguir podem passar a ideia de que tudo deve ser explorado em uma única consulta, mas trata-se, na verdade, de um somatório de informações que podem ser obtidas ao longo de uma sequência de consultas.

## ETAPA 1. DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO (ATÉ ATINGIR 2 CVs INDETECTÁVEIS).

<p><b>TAREFAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Realizar o diagnóstico;</li> <li>■ Acolher as ideias, preocupações e expectativas;</li> <li>■ Realizar avaliação mais ampla focada no HIV (história, exame físico e exames iniciais, incluindo CD4 e carga viral (CV) — ver páginas 48 a 56);</li> <li>■ Apoiar a comunicação e testagem dos parceiros (e outros contactantes);</li> <li>■ Avaliar a rede de apoio familiar e comunitária;</li> <li>■ Definir o local do acompanhamento;</li> <li>■ Iniciar o tratamento com antirretrovirais, monitorar efeitos adversos e monitorar resposta ao tratamento (aumento do CD4 e supressão da CV);</li> <li>■ Após o início da TARV, solicitar novamente a CV em 2–3 meses e, se indetectável, novamente após 6 meses.</li> <li>■ Definir regras sobre o sigilo na equipe;</li> <li>■ Realizar notificação;</li> <li>■ Se pessoa com possibilidade de gestar, revisar contracepção;</li> <li>■ Se pessoa com colo uterino, colpocitológico semestral no primeiro ano do diagnóstico e, após, anual.</li> </ul>
<p><b>LACUNAS DO CUIDADO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pessoa com diagnóstico de HIV realizado pela equipe sem registro parametrizado sobre o momento do diagnóstico;</li> <li>■ Pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) sem registro sobre TARV no prontuário;</li> <li>■ PVHA sem registro de solicitação ou avaliação do CD4 e da CV;</li> <li>■ PVHA diagnosticado pela equipe, sem registro de solicitação dos exames iniciais;</li> <li>■ PVHA sem registro sobre comunicação/avaliação de parceiros e outros contactantes;</li> <li>■ Ausência de registro de planejamento sexual e reprodutivo ou colpocitológico, quando indicados.</li> </ul>

**ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR\*****SUBJETIVO**

- O que motivou a testagem para o HIV;
- Presença de sintomas (p.ex.: de fase aguda, de imunodeficiência moderada ou doenças definidoras de aids) — a revisão de sistemas indicada na página 52 pode ajudar a explorar os sintomas;
- Evidências da temporalidade da infecção (p.ex.: último teste HIV negativo, episódios compatíveis com exposição de risco e sintomas de infecção aguda pelo HIV);
- Parcerias sexuais atuais e exposições de risco no passado;
- Estratégias preventivas que vinha usando (p.ex.: preservativo) — já fez PrEP ou PEP? Se sim, qual foi a tolerância à TARV?
- Como recebeu o diagnóstico (ajuste emocional);
- Explorar rede de apoio familiar e comunitária;
- Explorar vulnerabilidades socioeconômicas;
- Perspectivas do paciente sobre o sigilo na equipe.

**OBJETIVO**

- Exame físico: busca de manifestações físicas do HIV e de infecções oportunistas, conforme páginas 51 e 52;
- CD4 e CV;
- Exames iniciais (ver quadro das páginas 53 a 56).

<p><b>AValiação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CID-10: Z21;</li> <li>■ CIAP2: B90;</li> <li>■ Descrição na lista de problemas: data do diagnóstico; evidências sobre temporalidade da infecção; presença de sintomas associados ao HIV. CD4 e carga viral iniciais, bem como alterações em exames que tenham implicações sobre o tratamento. Data de início de TARV e esquema prescrito. Tolerância ao TARV, perfil de adesão e evolução do CD4/CV. Situação atual sobre informação à parceria sexual. Combinações sobre sigilo na equipe.</li> </ul>
<p><b>PLANO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Orientar sobre a doença;</li> <li>■ Combinar sobre o sigilo na equipe;</li> <li>■ Solicitar CD4/CV e demais exames iniciais;</li> <li>■ Prescrever TARV (TDF/3TC + DTG) — orientar sobre efeitos adversos e monitorar sua ocorrência;</li> <li>■ Reforçar a importância da adesão, inclusive como forma de reduzir resistência do HIV à TARV;</li> <li>■ Para monitorar resposta ao tratamento, solicitar CD4 e CV em 2–3 meses e novamente após 6 meses;</li> <li>■ Contracepção, quando indicado;</li> <li>■ Colpocitológico, se indicado;</li> <li>■ Orientar sobre direitos;</li> <li>■ Aprazar demais exames de seguimento (ver quadros das páginas 79 a 81);</li> <li>■ Aprazar retorno.</li> </ul>

**\*Observação:** Essas informações e ações não precisam estar todas em uma única consulta, podendo constituir o somatório de uma sequência de consultas.

## ETAPA 2. MONITORAMENTO DE PACIENTES COM CARGA VIRAL INDETECTÁVEL E BOA TOLERÂNCIA AO TARV.

<b>TAREFAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Realizar consulta médica semestral; consultas de enfermagem conforme necessidades do paciente;</li><li>■ Monitorar adesão e efeitos adversos da TARV; monitorar novos medicamentos em uso quanto a interações medicamentosas com TARV;</li><li>■ Revisar esquema vacinal;</li><li>■ Monitorar exames laboratoriais:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Carga viral: a cada 6 meses;</li><li>▪ Avaliação hepática e renal (TGO, TGP, Cr, EAS): a cada 3-6 meses — considerar aumentar o intervalo do EAS para até 12 meses se paciente com baixo risco para lesão renal;</li><li>▪ Teste rápido para sífilis e hepatite C: a cada 6 meses;</li><li>▪ Glicemia de jejum, lipidograma, escore de risco cardiovascular: anual;</li><li>▪ PPD/IGRA: anual se o PPD inicial &lt; 5mm.</li></ul></li><li>■ Se pessoa com possibilidade de gestar: revisar contracepção;</li><li>■ Se pessoa com colo uterino: colpocitológico anual.</li></ul>
<b>LACUNAS DO CUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) sem registro de consulta médica nos últimos seis meses;</li><li>■ PVHA sem registro de TARV no prontuário;</li><li>■ PVHA sem registro do último CD4;</li><li>■ PVHA sem registro de carga viral nos últimos 6 meses;</li><li>■ PVHA sem registro dos exames de rotina (TGO, TGP, Cr, EAS) no prazo definido;</li><li>■ PVHA sem registro do PPD/IGRA (se &gt; 5mm, 1 vez; se &lt; 5mm, anual);</li><li>■ PVHA sem registro de glicemia de jejum, lipidograma e avaliação do risco cardiovascular no último ano;</li><li>■ PVHA sem registro de vacinas em dia.</li></ul>

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR	
<b>SUBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Queixas novas;</li> <li>■ Avaliar efeitos adversos da TARV (quadros nas páginas 67 e 68);</li> <li>■ Se pessoa com possibilidade de gestar ou de ter câncer de colo de útero, avaliar planejamento sexual e reprodutivo, bem como colpocitológico.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Registrar peso, pressão arterial;</li> <li>■ Registrar exames laboratoriais;</li> <li>■ Registrar risco cardiovascular;</li> <li>■ Exame físico focado, se queixas novas.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CID-10: Z21;</li> <li>■ CIAP2: B90;</li> <li>■ Revisar e atualizar o histórico na lista de problemas: data do diagnóstico; evidências sobre temporalidade da infecção; presença de sintomas associados ao HIV. CD4 e carga viral iniciais, bem como alterações em exames que tenham implicações sobre o tratamento. Data de início de TARV e esquema prescrito. Tolerância ao TARV, perfil de adesão e evolução do CD4/CV. Situação atual sobre informação à parceria sexual. Combinações sobre sigilo na equipe. Aprazamento de exames.</li> </ul>
<b>PLANO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aprazamento de exames — considerar já deixar entregue a próxima requisição;</li> <li>■ Preenchimento do novo formulário da TARV;</li> <li>■ Orientações gerais.</li> </ul>

## ETAPA 3. MONITORAMENTO DE PACIENTES EM ESTÁGIOS MAIS AVANÇADOS DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS.

<b>TAREFAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Realizar consulta médica pelo menos trimestral (essa contabilidade inclui as consultas com especialista);</li><li>■ Monitorar:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adesão à TARV e efeitos adversos;</li><li>▪ Presença e temporalidade de sintomas associados ao HIV;</li><li>▪ Novos medicamentos em uso quanto a interações medicamentosas com TARV;</li><li>▪ Acompanhamento com infectologista;</li><li>▪ Profilaxias (ver páginas 94 a 97);</li><li>▪ Exames laboratoriais;</li><li>▪ Se indicado, planejamento sexual e reprodutivo, bem como colpocitológico. O colpocitológico deve ser coletado semestralmente se <math>CD4 &lt; 200</math> células/mm<sup>3</sup> e anualmente se <math>&gt; 200</math> células/mm<sup>3</sup>.</li></ul></li></ul>
<b>LACUNAS DO CUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Ausência de registro sobre acompanhamento especializado;</li><li>■ Ausência de registro sobre profilaxias;</li><li>■ Ausência de registro do CD4 e da CV;</li><li>■ Se pessoa com possibilidade de gestar, ausência do registro sobre planejamento sexual e reprodutivo;</li><li>■ Se pessoa com colo uterino, ausência de registro de colpocitológico realizado no último ano (ou no último semestre, se <math>CD4 &lt; 200</math> células/mm<sup>3</sup>).</li></ul>

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR	
<b>SUBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Queixas novas;</li> <li>■ Como está o acompanhamento especializado (se realizado);</li> <li>■ Adesão à TARV e às profilaxias, bem como efeitos adversos;</li> <li>■ Se sequela do HIV (p.ex.: nefropatia, infecções do SNC, alterações neurocognitivas etc.), monitorar aspectos relacionados à sequela, como sintomas e acompanhamento especializado por elas;</li> <li>■ Se não houver supressão da carga viral, explorar o uso de métodos para prevenir transmissão do HIV;</li> <li>■ Se indicado, avaliar planejamento sexual e reprodutivo, bem como colpocitológico.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Registrar peso, pressão arterial;</li> <li>■ Exame físico mais minucioso, focado nas manifestações possivelmente associadas ao HIV e nas queixas novas, se presentes;</li> <li>■ Registrar exames laboratoriais;</li> <li>■ Registrar risco cardiovascular.</li> </ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CID-10: B24, B20.8 (aids com doença oportunista);</li> <li>■ CIAP2: B90;</li> <li>■ Revisar e atualizar o histórico na lista de problemas: data do diagnóstico; evidências sobre temporalidade da infecção; presença de sintomas associados ao HIV. CD4 e carga viral iniciais, bem como alterações em exames que tenham implicações sobre o tratamento. Data de início de TARV e esquema prescrito. Tolerância ao TARV, perfil de adesão e evolução do CD4/CV. Sequelas do HIV e manejo específico. Profilaxias em uso. Situação atual sobre informação à parceria sexual. Combinações sobre sigilo na equipe. Aprazamento de exames.</li> </ul>

**PLANO**

- Se os exames são solicitados pela APS, aprazá-los e considerar já deixar entregue a próxima requisição;
- Avaliar necessidade de encaminhar para algum novo especialista específico (p.ex.: infectologista, reabilitação neurológica) ou otimizar acompanhamento especializado;
- Preencher um novo formulário da TARV, se prescrito pela APS;
- Orientações gerais.

**PACIENTES QUE TRANSFEREM SEU CUIDADO PRÉVIO A UMA NOVA EQUIPE DE APS****TAREFAS**

- Colher e documentar história do diagnóstico e tratamento prévio do HIV, focando nos itens que serão documentados na lista de problemas (data do diagnóstico, evidências sobre temporalidade da infecção, presença de sintomas associados ao HIV. CD4 e carga viral iniciais, bem como alterações em exames que tenham implicações sobre o tratamento. Data de início de TARV e esquemas prescritos. Tolerância ao TARV, perfil de adesão e evolução do CD4/CV. Situação atual sobre informação à parceria sexual);
- Promover o vínculo com a nova equipe;
- Discutir sobre o sigilo dentro da equipe;
- Tarefa da equipe que transfere o cuidado: fornecer uma descrição adequada do acompanhamento prévio.

**ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**

O registro deve ser adequado à etapa no episódio de cuidado em que o paciente está, porém é importante que ele documente a história da evolução da doença, e que o episódio de cuidado do HIV seja adequadamente registrado na lista de problemas.

## DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

### RASTREAMENTO

O rastreamento para a infecção pelo HIV deve ser feito nas seguintes situações:

- Gestação (primeiro, segundo e terceiro trimestres, parto);
- Presença de outras infecções sexualmente transmissíveis;
- Presença de tuberculose;
- Portadores de hepatites virais B e/ou C;
- Comportamento sexual de risco;
- Uso de drogas injetáveis;
- Pessoas que pedem para realizar o exame.

Se o exame for feito em adolescentes (entre 12 e 18 anos), não é necessária a autorização ou a presença dos pais, desde que o profissional identifique o potencial deste adolescente em receber um diagnóstico positivo. Sempre estimular a presença de um responsável.

### QUANDO SUSPEITAR DA INFECÇÃO PELO HIV?

#### SÍNDROME DA INFECÇÃO AGUDA PELO HIV

Também chamada de Síndrome Retroviral Aguda (SRA), geralmente ocorre entre duas e seis semanas após a infecção, manifestando-se de forma sintomática em mais de 50% a 90% das pessoas infectadas, com sintomas desde leves até proeminentes, necessitando, algumas vezes, de internação hospitalar. Como os sintomas são inespecíficos, frequentemente o diagnóstico de HIV não é suspeitado.

### **MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À INFECÇÃO AGUDA PELO HIV**

O paciente pode estar assintomático ou apresentando um ou mais dos sintomas a seguir:

- Febre (38°C a 40°C);
- Linfadenopatias (cervical anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar) indolores, simétricas e móveis;
- Náusea;
- Diarreia;
- Perda de peso;
- Dor de garganta;
- Síndrome semelhante à mononucleose;
- Rash cutâneo;
- Ulcerações mucocutâneas;
- Mialgia/artralgia;
- Cefaleia;
- Meningite asséptica.

O quadro clínico tem resolução espontânea, normalmente, após uma a quatro semanas.

Nos pacientes sintomáticos, é fundamental estar atento para a possibilidade de infecção aguda pelo HIV, para que não se perca uma oportunidade de diagnosticar precocemente a doença. Deve-se avaliar cuidadosamente a exposição a fatores de risco e considerar a janela imunológica. Se o quadro for altamente sugestivo de infecção aguda pelo HIV ou se a pessoa apresentar fatores de risco, ofereça o teste rápido, reforçando as orientações para práticas sexuais seguras. Se o teste for negativo, repita o exame após 30 dias. Se esse segundo teste for negativo, é improvável que o quadro clínico se deva à infecção aguda pelo HIV.

## OUTRAS SITUAÇÕES CLÍNICAS EM QUE SE DEVE SUSPEITAR DE HIV, INCLUINDO AS DOENÇAS DEFINIDORAS DE AIDS

Passada a infecção aguda pelo HIV, advém um período assintomático, de duração variável. Os sintomas voltam a aparecer quando ocorre queda importante da imunidade, medida pela contagem de CD4. Assim, é importante testar para HIV na presença das condições clínicas listadas no Quadro 2.

**Quadro 2. Formas de manifestação da infecção pelo HIV após a fase aguda.**

TIPO DE CONDIÇÃO	CONDIÇÕES DEFINIDORAS DE AIDS	OUTRAS CONDIÇÕES EM QUE SE DEVE OFERECER TESTAGEM PARA HIV
Respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tuberculose extrapulmonar</li> <li>▪ Pneumocistose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pneumonia bacteriana</li> <li>▪ Aspergilose</li> </ul>
Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toxoplasmose cerebral</li> <li>▪ Linfoma primário do SNC</li> <li>▪ Meningite criptocócica</li> <li>▪ Leucoencefalopatia multifocal progressiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meningite/encefalite asséptica</li> <li>▪ Abscesso cerebral</li> <li>▪ Lesão com efeito de massa de causa desconhecida</li> <li>▪ Síndrome de Guillain-Barré</li> <li>▪ Mielite transversa</li> <li>▪ Neuropatia periférica</li> <li>▪ Demência</li> </ul>
Dermatológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sarcoma de Kaposi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dermatite seborreica grave ou recalcitrante</li> <li>▪ Psoríase grave ou recalcitrante</li> <li>▪ Herpes zoster</li> </ul>
Gastrintestinais	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Criptosporidíase persistente</li> <li>▪ Candidíase esofágica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Candidíase oral</li> <li>▪ Leucoplasia pilosa oral</li> <li>▪ Diarreia crônica de causa desconhecida</li> <li>▪ Perda de peso de causa desconhecida</li> <li>▪ Salmonella, shigella ou campylobacter</li> </ul>

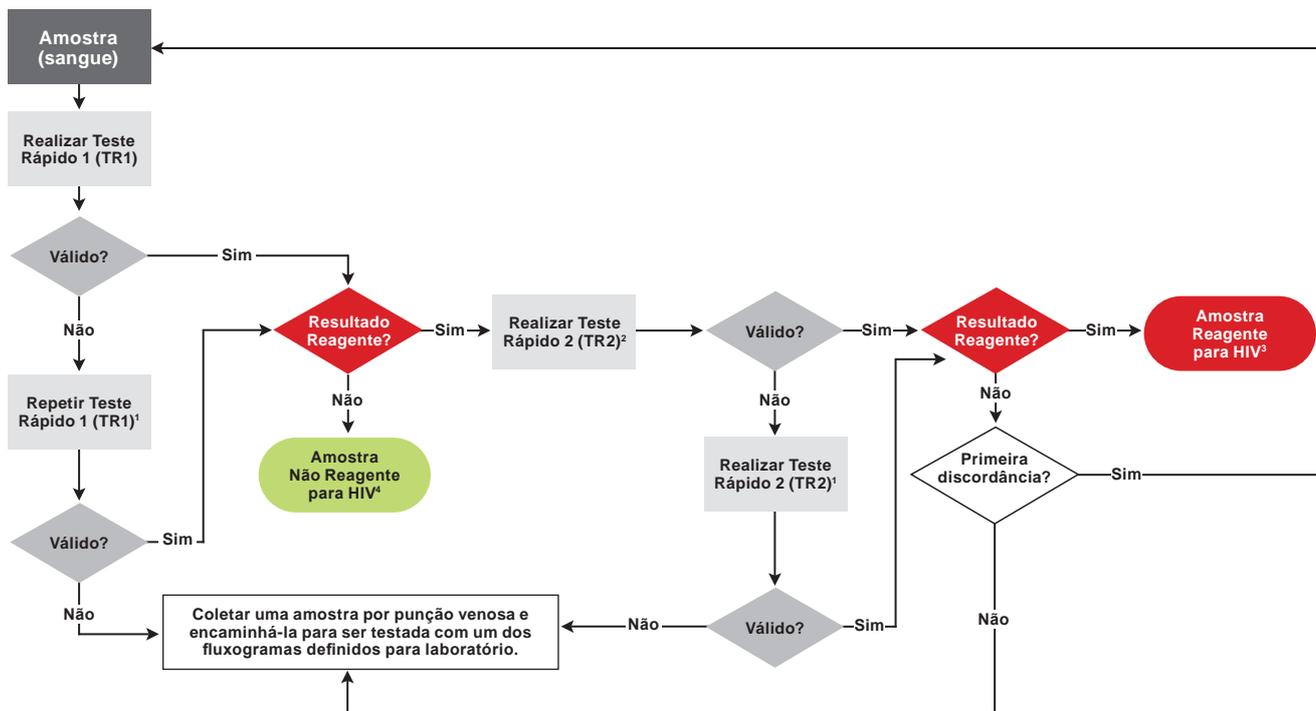
TIPO DE CONDIÇÃO	CONDIÇÕES DEFINIDORAS DE AIDS	OUTRAS CONDIÇÕES EM QUE SE DEVE OFERECER TESTAGEM PARA HIV
Oncológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Linfoma não-Hodgkin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Câncer anal ou displasia intraepitelial anal</li> <li>▪ Câncer de pulmão</li> <li>▪ Seminoma</li> <li>▪ Câncer de cabeça e pescoço</li> <li>▪ Linfoma de Hodgkin</li> <li>▪ Doença de Castleman</li> </ul>
Ginecológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Câncer do colo uterino invasivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neoplasia intraepitelial vaginal</li> <li>▪ Neoplasia intraepitelial cervical grau 2 ou mais</li> </ul>
Hematológicas	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualquer discrasia sanguínea não explicada, incluindo trombocitopenia, neutropenia e linfopenia</li> </ul>
Oftalmológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retinite por citomegalovírus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doenças infecciosas da retina, incluindo herpesvírus e toxoplasmose</li> <li>▪ Qualquer retinopatia não explicada</li> </ul>
Otorrinolaringológicas	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Linfadenopatia de causa desconhecida</li> <li>▪ Parotidite crônica</li> <li>▪ Cistos parotídeos linfoepiteliais</li> </ul>
Outras	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Febre de origem desconhecida</li> <li>▪ Qualquer linfadenopatia de causa desconhecida</li> </ul>

**Observação:** Este quadro lista as condições mais frequentes. Para a listagem completa de condições definidoras de aids, ver a ficha de notificação do SINAN.

## COMO DIAGNOSTICAR A INFECÇÃO PELO HIV?

- A estratégia prioritária para o diagnóstico da infecção pelo HIV na atenção primária é a realização do teste rápido. A oferta do teste rápido é obrigatória no primeiro, segundo e terceiro trimestres do pré-natal e no momento do diagnóstico da tuberculose e das hepatites B e C, porém ele também deve ser oferecido para qualquer pessoa com indicação para o exame e quando o usuário manifesta o desejo de realizá-lo.
- O teste rápido é realizado em sangue capilar, conforme o Manual Técnico para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV. Se positivo, o exame deve ser repetido em nova amostra utilizando um segundo teste de laboratório diferente. O Ministério da Saúde preconiza, atualmente, o treinamento para a realização dos testes rápidos por meio do TELELAB, disponível em <https://telelab.aids.gov.br/>.
- O resultado dos testes rápidos devem ser fornecidos ao paciente em laudo padronizado e assinado, disponível na plataforma SUBPAV, em Laudo de Testes Rápidos.
- Pacientes que chegam às unidades de saúde com teste rápido realizado em fluido oral com resultado positivo devem ser acolhidos, e a unidade de atenção primária deverá realizar todo o fluxograma da página seguinte, com os dois testes rápidos por punção digital. Ressalta-se a importância do acolhimento e da testagem dessas pessoas, que precisam ter a definição diagnóstica para a continuidade do seu cuidado.
- Pacientes que chegam às unidades de saúde com teste sorológico realizado em laboratório sem a confirmação em nova amostra devem ser submetidos a um único teste rápido, para confirmação.
- O fluxograma a seguir (Figura 6) resume o processo do diagnóstico do HIV por meio do teste rápido [10].

Figura 6. Fluxograma para o diagnóstico de HIV com testes rápidos.



1: Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote de fabricação diferente.

2: Utilizar um teste diagnóstico de fabricante diferente do utilizado no primeiro teste.

3: Encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1).

4: Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

## COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE A RESPEITO DO EXAME DO HIV

A realização do exame do HIV deve ser acompanhada de uma comunicação adequada com o paciente, que precisa autorizar verbalmente sua realização. O conteúdo dessa comunicação depende do perfil do paciente e do motivo da realização do teste. Quando o teste do HIV é realizado como parte da rotina de um acompanhamento de outra doença ou do pré-natal, as necessidades de comunicação são bem mais simples do que quando, por exemplo, um adolescente com múltiplas parcerias sexuais procura a unidade com o objetivo específico de realizar o teste, por estar com medo de ter se infectado.

Os protocolos que costumam reger a comunicação relacionada ao teste do HIV, baseados em etapas bem delimitadas de aconselhamentos pré e pós-teste, foram desenvolvidos para serem realizados em centros de testagem e aconselhamento, focados em pessoas com alto risco para a infecção, e também em um contexto em que há um hiato de tempo entre a primeira comunicação e o resultado do teste, o que difere da situação atual baseada no uso dos testes rápidos nas unidades de atenção primária.

Para este guia, está sendo proposto um modelo baseado em etapas e tarefas relacionadas à testagem, que incorpora os elementos do aconselhamento pré e pós-teste, de forma integrada à realização dos testes rápidos. Em situações que divergem da rotina de acompanhamento na atenção primária, como, por exemplo, ocorre em campanhas de testagem, podem ser empregadas outras estratégias, como aconselhamento pré-teste sistematizado em grupo.

### ETAPA 1. DECISÃO DE REALIZAR O EXAME NESTA CONSULTA.

#### Tarefas:

1. Atenção às indicações para o exame (ver páginas 33 a 36);
2. Atenção ao acesso para pessoas com desejo de realizar o exame;
3. Definição de possibilidades para realização do teste de acordo com o tempo disponível.

Idealmente, a definição pela realização do teste rápido de HIV deve ocorrer logo no início da consulta, para permitir tempo hábil, tanto para aguardar o resultado do TR1 como, se necessário, para a realização do TR2. Caso a necessidade

de realização do teste surja em um momento tardio da consulta, ou haja grande número de pacientes aguardando, podem ser necessárias estratégias, como orientar o paciente a aguardar o resultado do exame na sala de espera enquanto se atende o próximo paciente, ou solicitar que o técnico de enfermagem realize o exame.

## **ETAPA 2. PREPARAÇÃO PARA O EXAME.**

### **Tarefas:**

1. Definição da intensidade do aconselhamento, com base no motivo de sua indicação e no perfil de risco do paciente;
2. Explicação sobre o papel do exame;
3. Obtenção do consentimento verbal;
4. Apoio emocional e de educação em saúde a respeito do exame, se necessário.

### **Observações:**

- Quando essa etapa tem maior duração (p.ex.: em pacientes com grande necessidade de apoio emocional e de informações), ela pode ser sobreposta à seguinte.
- Quando o exame é realizado como rotina de acompanhamento de outra condição (p.ex.: pré-natal), pode ser suficiente informar o motivo da solicitação e obter o consentimento. Por exemplo, para uma gestante poderia ser dito: “No início e ao longo do pré-natal fazemos alguns exames, incluindo o do HIV, para identificar infecções que podem ser tratadas ainda no início da gestação, para evitar sua transmissão para o feto. Você tem alguma preocupação em relação à possibilidade de ter alguma dessas infecções? Podemos realizar os exames agora?”
- Caso o paciente solicite espontaneamente para realizar o exame, isso pode se dar por uma cultura de rotina de exames, mas, também, pode indicar receio de ter adquirido a infecção devido a uma exposição de risco. É importante, portanto, explorar as ideias, preocupações e expectativas do paciente em relação ao HIV e à testagem. Para pacientes com maior receio em relação à infecção, uma abordagem nos moldes do aconselhamento pré-teste listado no Quadro 3, a seguir, pode estar indicada.

**Quadro 3. Conteúdo que pode ser incluído no aconselhamento pré-teste.**

ELEMENTOS QUE PODEM SER INCLUÍDOS NA DISCUSSÃO	AÇÃO
<p><b>Benefícios da realização do teste se resultado negativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ O paciente se tranquiliza de que não tem HIV;</li> <li>■ O paciente deve continuar tomando medidas para evitar a infecção;</li> <li>■ Suas eventuais doenças atuais poderão ser tratadas sem serem afetadas pelo HIV.</li> </ul> <p><b>Benefícios da realização do teste se resultado positivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existem tratamentos eficazes que previnem complicações associadas ao HIV;</li> <li>■ É possível tomar medidas para evitar a transmissão da doença para os parceiros sexuais;</li> <li>■ O tratamento para outras doenças pode ser ajustado, se necessário, para acomodar o tratamento do HIV;</li> <li>■ Pessoas com HIV podem ter filhos saudáveis se souberem da infecção já no início da gestação;</li> <li>■ É possível ter maior controle sobre para quem contar e quando contar, do que se a doença for descoberta mais tardiamente, quando há manifestações clínicas da infecção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Obter consentimento para o teste.</li> <li>■ Garantir a confidencialidade sobre o resultado do exame.</li> <li>■ Definir se o paciente estará sozinho ou acompanhado no momento do resultado.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Matthews, P., Madge, S., Singh, S., & Theobald, N. (2016). HIV in primary care. MEDFASH. 3rd edition — ISBN 978-1-68418-279-4.

**ETAPA 3. INÍCIO DA REALIZAÇÃO DO EXAME.**

**Tarefas:**

1. Separação do material;

2. Coleta do sangue capilar;
3. Colocação da amostra e da solução tampão no poço, conforme instruções do fabricante.

**Observações:**

- Essa etapa corresponde à realização do teste propriamente dito, que pode ser feito pelo profissional que indicou o exame ou por um técnico de enfermagem.
- Caso o teste tenha sido realizado pelo médico ou enfermeiro que indicou o exame e não haja tempo disponível para aguardar o resultado em consulta, o profissional pode orientar o paciente a aguardar o resultado na sala de espera, enquanto atende o próximo paciente.

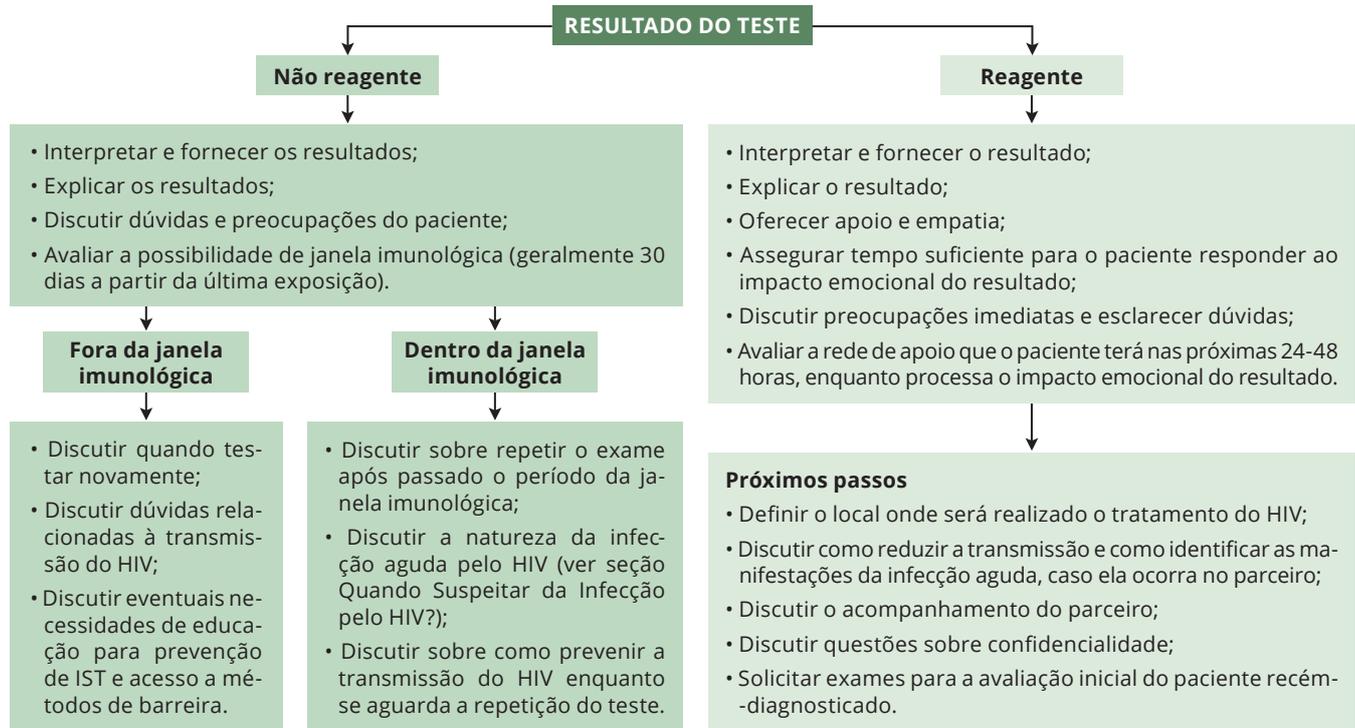
**ETAPA 4. LEITURA DO RESULTADO DO EXAME E ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE.****Tarefas:**

1. Verificação do resultado do teste;
2. Se positivo, repetir utilizando teste de outro fabricante;
3. Realizar aconselhamento pós-teste, conforme resultado.

**Observações:**

- O aconselhamento pós-teste deve ser focado nas necessidades expressas pelo paciente e, obviamente, terá duração maior se o resultado for positivo. Ele pode ser iniciado após o primeiro resultado positivo, enquanto se aguarda o teste confirmatório, desde que se deixe claro para o paciente que o resultado só é definitivo após o teste confirmatório. Se o resultado for negativo e o paciente informou fatores de risco para a infecção, é importante abordar esses fatores de risco. O fluxograma a seguir (Figura 7) apresenta uma proposta de aconselhamento pós-teste adequada à consulta em atenção primária.

Figura 7. Aconselhamento pós-teste.



Fonte: Adaptado de BC Centre for Disease Control (BCCDC), 2016. BCCDC Communicable Disease Control Manual. Chapter 5. APPENDIX H: Key elements of the HIV post-test discussion.

## COMO INFORMAR UM RESULTADO POSITIVO DE INFECÇÃO PELO HIV

A seguir estão alguns exemplos de frases que podem ser usadas em cada fase do processo de informar um resultado positivo para o HIV e realizar o aconselhamento pós-teste:

- Informar o resultado de forma direta e em tom neutro.
  - “O seu resultado foi positivo. Isso significa que, provavelmente, em algum momento você foi exposto ao HIV.” — Nesse momento, faz-se uma pausa para permitir a resposta do paciente.
- Abordar as preocupações do paciente e identificar as fontes de apoio emocional de que ele dispõe.
  - “O que está passando pela sua cabeça agora?”
  - “Quem poderia dar apoio enquanto você lida com essa situação?”
  - “É muito importante cuidar da sua parte emocional ao lidar com essa situação difícil. No passado, como você geralmente lidou com outras situações difíceis?”
- Elaborar um plano a curto prazo.
  - “O que você pretende fazer ao sair desta clínica? Com quem pretende conversar a respeito?”
  - “Agora que você sabe que tem HIV, está preocupado com alguém em especial?”
  - “Tem algo que você precisará fazer de forma diferente agora que sabe que tem HIV?”
- Encerramento da consulta e definição do seguimento.
  - “Conversamos sobre várias coisas hoje. Qual delas será a mais importante para você lidar hoje?”
  - “Antes de marcarmos a próxima consulta, tem algo a mais que você queira conversar?”
  - “Antes da próxima consulta, é possível que você tenha dúvidas e queira conversar. Estou à disposição para conversar sem agendamento prévio nos horários em que eu estiver na clínica.”

## **ABORDAGEM DAS REAÇÕES EMOCIONAIS A UM RESULTADO POSITIVO DE HIV**

O momento do diagnóstico da infecção pelo HIV é particularmente difícil para o paciente. Ele frequentemente apresenta uma sequência de reações emocionais que acompanham cada estágio do entendimento/compreensão do diagnóstico: negação e isolamento, raiva, barganha, sensação de depressão e, por fim, aceitação. Embora essas reações geralmente estejam presentes, a forma como cada paciente irá vivenciar esses estágios é extremamente variável e pessoal. Assuma sempre uma postura empática, respeitando o estágio emocional do paciente ao diagnóstico.

Deve-se sempre ter em mente que a revelação diagnóstica não é um evento único, mas, sim, um processo individualizado, gradual e dinâmico. Temas como o impacto emocional, a revelação para a família e a confidencialidade dentro da equipe provavelmente precisarão ser abordados novamente em consultas futuras.

## **COMUNICAÇÃO DE UM RESULTADO POSITIVO AO PARCEIRO**

Após confirmado o diagnóstico, é fundamental discutir com o paciente, em momento oportuno, sobre a comunicação do resultado ao(s) parceiro(s). A realização dessa discussão deve sempre ser registrada por escrito no prontuário. Nessa discussão, podem ser levantados os seguintes pontos:

- Se confirmado o resultado positivo, o parceiro poderá se beneficiar com o acesso ao tratamento;
- Se o resultado do parceiro for negativo, podem ser tomadas medidas para reduzir o risco de transmissão do HIV;
- O resultado deve ser informado pelo próprio paciente, estando o profissional de saúde à disposição para discutir a melhor forma de fazê-lo e, inclusive, para ajudar a informar o resultado durante a consulta. A revelação não precisa ser imediata, e a preparação para ela pode ocorrer ao longo de algumas consultas.

## **PARTICULARIDADES AO INFORMAR UM RESULTADO POSITIVO PARA UM ADOLESCENTE**

Ao informar o resultado para um adolescente, deve-se conversar sobre a comunicação do resultado aos familiares ou responsáveis. Os seguintes aspectos devem ser levados em consideração:

- O adolescente deve ser incentivado a compartilhar o diagnóstico com seus familiares mais próximos ou responsáveis, que podem ser excelentes fontes de apoio;
- O adolescente tem assegurado o direito à privacidade, não sendo obrigado a informar o diagnóstico a seus familiares e responsáveis, desde que o médico responsável pelo seu cuidado considere que o adolescente tem maturidade suficiente para assumir o cuidado de sua doença;
- Caso o profissional de saúde considere que o adolescente não tem maturidade suficiente para assumir sozinho o cuidado da doença, e o adolescente não quiser informar a família, uma alternativa possível consiste na identificação, pelo adolescente, de outra pessoa maior de idade capaz de acompanhá-lo, ajudando a equipe no manejo do caso;
- Deve-se tomar cuidado para que não sejam realizadas solicitações que impeçam o adolescente de ter acesso aos serviços de saúde do SUS.

## **DISCUSSÃO SOBRE CONFIDENCIALIDADE DENTRO DA EQUIPE**

O sigilo a respeito do diagnóstico do HIV é um direito do paciente, assegurado por lei (Lei n.º 14.289, de 3 janeiro de 2022). Nos casos em que o paciente será acompanhado pela equipe de atenção primária, deve-se definir com o paciente quais profissionais da equipe terão acesso ao diagnóstico e registrar essa informação de forma clara no prontuário, devendo-se registrar, também, como serão feitos os contatos com o paciente a respeito do cuidado com sua doença. Destaca-se que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) somente terá acesso ao diagnóstico quando autorizado pelo paciente; entretanto, o envolvimento desse profissional no cuidado pode facilitar a comunicação com a equipe. Caso ele não seja envolvido, devem-se oferecer outras formas de comunicação do paciente com o médico ou enfermeiro da equipe, como o acesso facilitado em horário com menos movimento. É importante discutir e registrar, de forma clara, no prontuário como será feito o contato com o paciente a respeito do cuidado com sua doença.

## **NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO PELO HIV E AIDS**

A infecção pelo HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública e, portanto, devem ser notificadas.

A notificação dos casos de infecção por HIV e aids às autoridades de saúde deverá ser feita pelos profissionais de saúde de que atuam na assistência ao paciente, a partir da confirmação do diagnóstico, seguindo critérios estabelecidos no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV.

Em resumo, o diagnóstico do HIV é feito conforme orientações do fluxograma da Figura 6 na página 38. Já para o diagnóstico de aids é preciso preencher os critérios do CDC (pelo menos uma condição definidora de aids ou  $CD4 < 350$  células/mm<sup>3</sup>) ou de Caracas/Rio de Janeiro (pontuação  $\geq 10$  no escore específico listado na ficha de notificação).

Aqueles que já tenham sido notificados como portadores de HIV devem ser novamente notificados como casos de aids, quando atenderem aos critérios para esta notificação. As mulheres já notificadas como HIV positivas ou aids devem ser novamente notificadas como gestantes HIV positivas no SINAN RIO a cada nova gravidez. A notificação da infecção pelo HIV/aids seguirá os mesmos critérios de sigilo definidos na Lei de Acesso à Informação n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975.

As fichas de notificação para os casos de HIV e aids para adultos, para menores de 13 anos e crianças expostas ao HIV estão disponíveis no Portal SINAN do Ministério da Saúde (<https://portalsinan.saude.gov.br/>).

## **AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV**

Toda pessoa com HIV deve ser acolhida pela equipe de atenção primária, que deverá coordenar o seu cuidado, independentemente da condição clínica e do local onde fará o tratamento. Os elementos a seguir são importantes para definir o plano terapêutico em pacientes com diagnóstico recente de HIV, porém muitos deles devem ser abordados também quando um paciente com diagnóstico antigo inicia o acompanhamento com uma nova equipe de atenção primária, por serem estruturantes do episódio de cuidado.

## **AVALIAÇÃO DE PREFERÊNCIAS E DEFINIÇÃO DO LOCAL DE ACOMPANHAMENTO**

Considerando o constrangimento provocado pelo conhecimento de seu diagnóstico de portador de HIV por amigos e familiares que frequentam a mesma unidade, as pessoas vivendo com HIV/aids podem ter receio de realizar seu acompanhamento na unidade de atenção primária vinculada ao seu território de moradia. Esses receios devem ser discutidos com o paciente, bem como apresentadas as vantagens de realizar o acompanhamento pelo HIV na APS. Deve-se destacar para o paciente que as pessoas frequentam as unidades de atenção primária pelos mais variados motivos e que, diferentemente do que ocorre nos ambulatórios especializados, frequentar a unidade de atenção primária não indica para os demais usuários que a pessoa tem HIV, o que ajuda a resguardar o sigilo. Além disso, acompanhar na sua unidade de atenção primária do território facilita o acesso.

Se o paciente, mesmo assim, desejar ser acompanhado em outra unidade, deve ser ofertado encaminhamento pelo SISREG para consulta de infectologia. Em casos excepcionais, o paciente pode ser acompanhado por equipe de APS não vinculada ao seu território, devendo esses casos serem discutidos com a CAP vinculada à sua unidade.

Além da escolha sobre o local do acompanhamento, o paciente também pode optar por realizar a coleta de seus exames referentes ao HIV e/ou a retirada dos medicamentos em unidades diferentes daquelas designadas de acordo com o seu local de moradia.

## **ELEMENTOS IMPORTANTES NA COLETA DA HISTÓRIA E NO EXAME FÍSICO**

Quando se inicia o acompanhamento de uma pessoa pelo HIV, seja por diagnóstico recente, seja pela transferência do cuidado a uma nova equipe, é importante uma coleta minuciosa da história (Quadro 4) e um exame físico abrangente, que permitam um diagnóstico ampliado da infecção, de suas complicações e de suas repercussões biopsicossociais. Esses elementos não precisam ser explorados todos em uma mesma consulta, mas devem ser abordados e claramente documentados na etapa inicial do episódio de cuidado pelo HIV.

**Quadro 4. Elementos gerais relacionados à infecção e ao contexto biopsicossocial.**

<b>TÓPICO</b>	<b>ELEMENTOS A SEREM AVALIADOS</b>
Temporalidade da infecção pelo HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exames anti-HIV prévios, especialmente o último negativo;</li> <li>▪ Episódio compatível com infecção aguda pelo HIV.</li> </ul>
Experiência prévia com antirretrovirais (ARV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Investigar experiência prévia com ARV. Se diagnóstico novo, avaliar se já usou PEP ou PrEP. Se diagnóstico antigo, avaliar se vem em uso de ARV, se já usou no passado e se já abandonou tratamento.</li> <li>▪ Se uso prévio de ARV, avaliar história de efeitos adversos.</li> </ul>
Abordagem de risco e vulnerabilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parcerias e práticas sexuais;</li> <li>▪ Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção;</li> <li>▪ História de sífilis e outras IST;</li> <li>▪ Uso de tabaco, álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas;</li> <li>▪ Padrão alimentar e de atividade física;</li> <li>▪ Interesse em reduzir os danos à saúde.</li> </ul>
História médica atual e passada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História de transtorno mental;</li> <li>▪ História de tuberculose: prova tuberculínica e tratamento prévio;</li> <li>▪ Infecções oportunistas prévias ou atuais (profilaxia/tratamento);</li> <li>▪ Outras doenças atuais e/ou pregressas;</li> <li>▪ Imunizações;</li> <li>▪ Uso de outros medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas.</li> </ul>

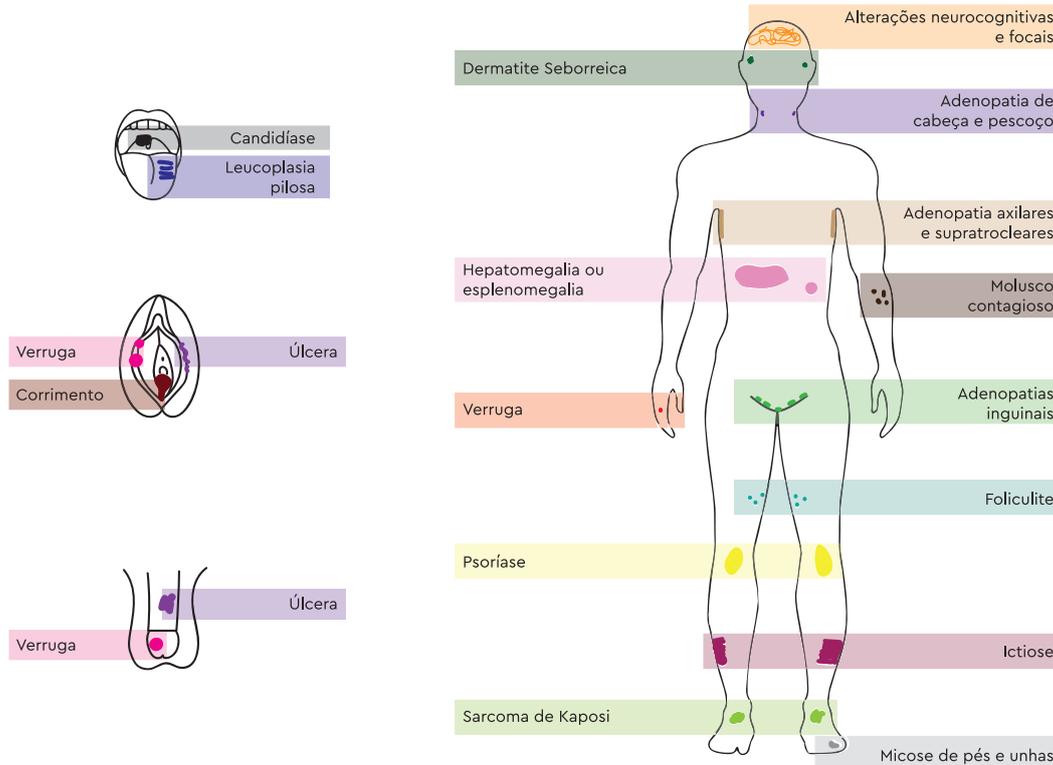
TÓPICO	ELEMENTOS A SEREM AVALIADOS
História reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Histórico de gestações;</li> <li>▪ Desejo de ter filhos;</li> <li>▪ Estado sorológico do parceiro e filho(s);</li> <li>▪ Métodos contraceptivos e avaliação de risco reprodutivo.</li> </ul>
História psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reação emocional ao diagnóstico;</li> <li>▪ Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais);</li> <li>▪ Nível educacional;</li> <li>▪ Condições de trabalho e domicílio.</li> </ul>
História familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doenças cardiovasculares e hipertensão;</li> <li>▪ Dislipidemias;</li> <li>▪ Diabetes;</li> <li>▪ Neoplasias.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde: 2018.

## REVISÃO DE SISTEMAS E EXAME FÍSICO DIRECIONADO

Em se tratando de uma infecção com manifestações e complicações sistêmicas, deve-se, especialmente na primeira avaliação, fazer uma avaliação abrangente, em busca de alterações possivelmente relacionadas à infecção pelo HIV. Essa avaliação deve considerar os elementos ilustrados na Figura 8, a seguir.

Figura 8. Resumo das manifestações clínicas que podem estar relacionadas à infecção pelo HIV, conforme região anatômica.



Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde: 2018.

Dado o caráter multissistêmico e muitas vezes inespecífico das manifestações da infecção pelo HIV, é importante, no início do acompanhamento, investigar ativamente a presença delas, por meio de uma revisão de sistemas abrangente e minuciosa. Os elementos mais importantes dessa revisão de sistemas são:

- Sintomas constitucionais (perda de peso, febre, sudorese noturna, fadiga);
- Alterações visuais;
- Dor ou lesões na boca;
- Sintomas respiratórios (tosse, dispneia);
- Sintomas gastrintestinais (diarreia, dor abdominal, náusea);
- Lesões ou sintomas geniturinários (disúria, corrimento vaginal);
- Neuropatia e outras síndromes dolorosas;
- Alterações neurocognitivas: alterações de memória (“Você tem perda de memória frequente?”, “Costuma esquecer de eventos especiais ou encontros, inclusive os mais recentes?”); lentificação psicomotora (“Você sente que está mais lento quando pensa, planeja atividades ou resolve problemas?”); falhas na atenção (“Você tem dificuldades para prestar atenção, por exemplo, para conversar, ler um jornal ou assistir a um filme?”).

O exame físico deve complementar a revisão de sistemas, focando nos seguintes aspectos:

- Aferição de pressão arterial;
- Peso, altura, cálculo do Índice de Massa Corpórea;
- Medida da circunferência abdominal;
- Ausculta pulmonar;
- Exame da pele e da boca;
- Pesquisa de linfonodos.

Caso a revisão de sistemas identifique alterações neurocognitivas, sugere-se primeiramente avaliar outros fatores que possam estar contribuindo para os sintomas, como depressão, sintomas prolongados pós-covid e alterações neurocognitivas de outras causas (p.ex.: demência de Alzheimer ou vascular). Caso suspeite-se de associação entre as alterações identificadas e a infecção pelo HIV, sugere-se aplicar a Escala Internacional de Demência pelo HIV e a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (ver seção Caracterização de Quadros Clínicos Específicos de Maior Gravidade Relacionados ao HIV).

## EXAMES COMPLEMENTARES A SEREM SOLICITADOS NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO

O Quadro 5, a seguir, apresenta a listagem de exames que devem ser solicitados na primeira avaliação, juntamente com orientações sobre sua interpretação.

### Quadro 5. Exames complementares na primeira avaliação.

EXAME	MOTIVO / ORIENTAÇÕES
Contagem de linfócitos T CD4+*	Avalia o grau de imunossupressão e a necessidade de quimioprofilaxia primária. Em pessoas não infectadas pelo HIV, os valores normais são acima de 500 células/mm <sup>3</sup> . Manifestações clínicas, entretanto, podem ocorrer com valores inferiores a 350 células/mm <sup>3</sup> , e a maioria das infecções oportunistas ocorre apenas com valores inferiores a 200 células/mm <sup>3</sup> .
Carga viral do HIV*	Cargas virais mais elevadas estão associadas a maior transmissibilidade, potencial para progressão mais rápida da doença e doença mais avançada. Atualmente, o limite de detecção da carga viral é de 40 cópias/ml, com a CV considerada indetectável abaixo disso. Carga viral até 5 mil cópias/ml é considerada baixa; entre 5 mil e 30 mil cópias, moderada; de 30 mil a 100 mil, alta; e acima de 100 mil, muito alta. Atualmente, para a realização da genotipagem, o exame precisa ter uma carga viral mínima de 500 cópias.
Creatinina	Doença renal crônica pode ser causada pela própria infecção pelo HIV ou por suas comorbidades, em especial diabetes e hipertensão. É importante determinar o nível sérico de creatinina e calcular a taxa de filtração glomerular, pois o tenofovir deve ser utilizado com cautela na presença de alteração da função renal (contraindicado em TFG < 60ml/min). Para o cálculo da TFG, pode ser utilizada a fórmula de Cockcroft Gault ou o CKD-Epi.

<b>Hemograma completo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anemia pode estar presente em qualquer estágio da doença, mas é mais frequente em estágios mais avançados. Se presente, é importante investigar, também, outras causas, como deficiência de ferro, de vitamina B12 e de ácido fólico.</li> <li>■ Leucopenia, incluindo linfopenia e neutropenia, são frequentes, especialmente em estágios mais avançados.</li> <li>■ Eosinofilia pode ser causada pela própria infecção pelo HIV, por alergia a medicamentos, como sulfonamidas, e pela infestação por parasitas.</li> <li>■ Trombocitopenia pode ser causada pela própria infecção pelo HIV, por infecções oportunistas, ou ser idiopática.</li> </ul>
<b>Enzimas hepáticas (transaminases e fosfatase alcalina) e bilirrubinas</b>	<p>As transaminases podem estar elevadas na infecção aguda pelo HIV, na presença de coinfeções e pelo uso de TARV.</p>
<b>Elementos anormais e sedimentos (EAS) da urina</b>	<p>O EAS permite identificar proteinúria, que pode ser contraindicação para iniciar tenofovir. Pacientes com proteinúria confirmada em novo exame devem ser encaminhados para avaliação com especialista.</p>
<b>Radiografia de tórax**</b>	<p>Para identificação de tuberculose pulmonar ativa.</p>
<b>PPD OU IGRA</b>	<p>Para investigação de infecção latente da tuberculose (ILTb), considerar possibilidade de ILTB, quando PPD <math>\geq</math> 5mm ou IGRA positivo. Conduas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pacientes sem tuberculose ativa, com CD4 <math>&gt;</math> 350 células/mm<sup>3</sup>, PPD <math>\geq</math> 5mm ou IGRA positivo, deve-se realizar tratamento da ILTB com isoniazida na dose de 300mg/dia por 6 a 9 meses ou com o novo esquema 3HP (isoniazida e rifapentina, 1x/semana por 3 meses);</li> <li>■ Pacientes com CD4 <math>\leq</math> 350 células/mm<sup>3</sup>, após exclusão de TB ativa, também devem fazer o uso da isoniazida comp. de 300mg (1 comp./dia), preferencialmente ou 3HP, sem necessidade de realizar o PPD ou IGRA.</li> </ul> <p>Se o IGRA for indeterminado, o exame deve ser repetido.</p>

<p><b>Sorologias</b></p> <p><b>Em teste rápido: hepatite B, hepatite C, sífilis (caso nunca tenha tratado no passado);</b></p> <p><b>Em sangue venoso: anti-HAV, HTLV I e II.</b></p> <p><b>Se TR de hepatite B positivo: anti-HBc total e IgM.</b></p> <p><b>Se TR de hepatite B negativo: anti-HBs.</b></p> <p><b>Se já tratou sífilis no passado ou TR positivo: VDRL.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pacientes com HBsAg positivo e com anti-HBc IgM positivo devem ser encaminhados para acompanhamento de hepatite B aguda***.</li> <li>■ Pacientes com HBsAg e anti-HBc total positivos, mas com anti-HBc IgM negativo devem ser encaminhados para referência em hepatite B crônica.</li> <li>■ Pacientes com TR positivo para hepatite C, solicitar PCR RNA quantitativo para o vírus C (carga viral). Caso carga viral detectável, encaminhar para a referência em tratamento para hepatite C.</li> <li>■ Pacientes com HBsAg e Anti-HBs negativos devem ser vacinados para hepatite B.</li> <li>■ Pacientes com anti-HAV IgG negativo devem ser encaminhados para vacinação.</li> <li>■ Pacientes com HTLV I ou II devem ser orientados a reforçar o uso do preservativo, mesmo se carga viral do HIV indetectável. Além disso, deve-se atentar para a interpretação do CD4, uma vez que ele pode ser falsamente mais elevado em pacientes com coinfeção, dificultando a interpretação de infecções oportunistas.</li> <li>■ Pacientes sem tratamento prévio para sífilis devem fazer teste rápido. Caso tenha tratamento prévio, solicitar VDRL.</li> <li>■ Pacientes com teste rápido para sífilis ou VDRL positivo devem ser tratados para sífilis de acordo com as recomendações para infecções sexualmente transmissíveis, do PCDT IST, do MS.</li> </ul>
<p><b>Colesterol total, HDL, triglicerídeos e glicemia de jejum</b></p>	<p>São solicitados para avaliar o risco cardiovascular, que está aumentado na infecção pelo HIV. Pacientes com infecção pelo HIV têm maior risco de desenvolver resistência à insulina e diabetes.</p>
<p><b>Teste de gravidez (TIG ou <math>\beta</math>-HCG)</b></p>	<p>Deve ser solicitado se houver possibilidade de gestação, para encaminhamento mais precoce, caso a gestação seja confirmada.</p>

\*Os formulários para solicitação de CD4 e Carga Viral estão disponíveis no link [http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php).

\*\*Em pacientes com sintomas respiratórios e/ou alterações na radiografia de tórax, deve ser realizado, também, exame de escarro, com o objetivo de identificar tuberculose ativa.

\*\*\*Linha de cuidado em hepatites virais da SMS-Rio.

Fonte: Elaboração própria a partir dos exames preconizados pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde: 2018.

## **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO RELEVANTES PARA O ACOMPANHAMENTO DO HIV NA APS**

Para além da notificação dos casos de HIV no SINAN, os profissionais da APS precisam conhecer dois outros sistemas de informação relevantes para o acompanhamento clínico da PVHA: o SICLOM e o Sistema Laudo.

Para a prescrição dos antirretrovirais, os pacientes precisam ser cadastrados na plataforma do SICLOM, devendo ser preenchido o formulário de cadastro de usuário SUS, bem como o formulário de solicitação de medicamentos, que deve ser refeito a cada renovação de receita (ver página 63). O acesso direto à plataforma do SICLOM é feito pelo farmacêutico das Unidades Dispensadoras de Medicamentos antirretrovirais (UDM).

A plataforma que deve ser utilizada pelos profissionais que atuam diretamente na assistência e são solicitantes de exames de carga viral, CD4/CD8 e genotipagem do HIV é o Sistema Laudo, por meio da qual podem acompanhar a evolução dos resultados dos exames, bem como o histórico dos medicamentos dispensados. O Sistema Laudo integra as informações de diferentes sistemas relacionados ao acompanhamento do HIV, como o SISCEL e o SISGENO. O acesso à plataforma é feito por meio de senha individual para cada profissional, no site <https://laudo.aids.gov.br/>. Para se cadastrar, o profissional deve preencher formulário online e encaminhar os documentos necessários por meio da própria plataforma.

## CARACTERIZAÇÃO DE QUADROS CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE MAIOR GRAVIDADE RELACIONADOS AO HIV

### DOENÇAS DEFINIDORAS DE AIDS

Como já listado no Quadro 2 nas páginas 35 e 36, as doenças definidoras de aids são:

- Síndrome consumptiva associada ao HIV (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual) associada à diarreia crônica (dois ou mais episódios por dia com duração  $\geq 1$  mês) ou fadiga crônica e febre  $\geq 1$  mês;
- Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*;
- Pneumonia bacteriana recorrente (dois ou mais episódios em um ano);
- Herpes simples com úlceras mucocutâneas (duração  $> 1$  mês) ou visceral em qualquer localização;
- Candidíase esofágica ou de traqueia, brônquios ou pulmões;
- Tuberculose extrapulmonar;
- Sarcoma de Kaposi;
- Doença por citomegalovírus (retinite ou outros órgãos, exceto fígado, baço ou linfonodos);
- Neurotoxoplasmose;
- Encefalopatia pelo HIV;
- Criptococose extrapulmonar;
- Infecção disseminada por micobactérias não *M. tuberculosis*;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Criptosporidiose intestinal crônica (duração  $> 1$  mês);

- Isosporíase intestinal crônica (duração > 1 mês);
- Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidioidomicose);
- Septicemia recorrente por Salmonella não tifoide;
- Linfoma não Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central;
- Carcinoma cervical invasivo;
- Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite);
- Leishmaniose atípica disseminada.

**Destaca-se que, quando o paciente apresentar doença definidora de aids, deve ser feita notificação de aids, mesmo nos pacientes que já tinham notificação prévia de infecção pelo HIV.**

## **MANIFESTAÇÕES DE IMUNODEFICIÊNCIA MODERADA**

- Perda de peso inexplicada (> 10% do peso);
- Diarreia crônica por mais de um mês;
- Febre persistente inexplicada por mais de um mês (> 37,5°C, intermitente ou constante);
- Candidíase oral persistente;
- Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia;
- Leucoplasia pilosa oral;
- Tuberculose pulmonar;

- Infecções bacterianas graves (p.ex.: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave);
- Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante;
- Anemia inexplicada (< 8g/dL), neutropenia (< 500 células/ $\mu$ L) e/ou trombocitopenia crônica (< 50.000 células/ $\mu$ L),
- Angiomatose bacilar;
- Displasia cervical (moderada ou grave) / carcinoma cervical *in situ*;
- Herpes-zóster (> 2 episódios ou > 2 dermatomas);
- Listeriose;
- Neuropatia periférica;
- Púrpura trombocitopênica idiopática.

## NEFROPATIA ASSOCIADA AO HIV

Acometimento glomerular que pode ocorrer com qualquer nível de LT-CD4+. É mais frequente em negros. Manifesta-se por proteinúria intensa e hipoalbuminemia, habitualmente sem sinais clínicos de hipertensão arterial ou edema. Em geral, o sedimento urinário contém cilindros hialinos, tipicamente sem alterações significativas. A ultrassonografia do aparelho urinário demonstra rins aumentados e hiperecogênicos. O diagnóstico definitivo é feito apenas por meio de biópsia renal, que demonstra a variante colapsante da glomeruloesclerose segmentar e focal. O principal tratamento é o controle da infecção pelo HIV, mediante o uso efetivo da TARV.

## ALTERAÇÕES NEUROCOGNITIVAS ASSOCIADAS AO HIV

Inclui alterações neurocognitivas como perda da memória, lentificação psicomotora e déficit de atenção. Em uma fase inicial da demência associada ao HIV, esses sintomas costumam ser leves, evoluindo para déficits mais graves, tais

como distúrbios da marcha, tremor e perda da habilidade motora fina. São fatores de risco: nadir (o CD4 mais baixo realizado) de contagem de linfócitos T CD4+ < 350 células/mm<sup>3</sup> ou T CD4+ atual < 350 células/mm<sup>3</sup>; idade > 50 anos; coinfeção pelo vírus da hepatite C; diabetes ou resistência à insulina; doença cardiovascular; nível de escolaridade baixo. Para pacientes com suspeita de alterações neurocognitivas, recomenda-se administrar a escala mundial para demência associada ao HIV, bem como a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária — ISBN 978-85-334-2640-5.

Em caso de suspeita de alterações neurocognitivas associadas ao HIV, o paciente pode ser encaminhado para reabilitação neurológica, onde terá avaliação com neurologista e acompanhamento multidisciplinar. O componente mais importante do manejo das alterações neurocognitivas associadas ao HIV é que o paciente esteja em uso de TARV, com supressão da carga viral.

## **CARDIOMIOPATIA ASSOCIADA AO HIV**

Evidências substanciais na literatura indicam que o HIV, por si só, pode provocar cardiomiopatia dilatada. Estudos, na era pré-TARV, mostraram que 8% a 12% dos pacientes infectados pelo HIV apresentavam disfunção ventricular esquerda no exame de ecocardiograma. As queixas mais frequentes são fadiga e dispneia aos esforços e, ao exame físico, pode-se observar taquicardia sem estertores crepitantes ou sinais de insuficiência cardíaca congestiva. A radiografia de tórax é normalmente de pouco valor e o ecocardiograma é a principal ferramenta diagnóstica, devendo ser realizado em todos os pacientes com suspeita de cardiomiopatia.

## **INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA INFECÇÃO ATIVA E DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE**

A suscetibilidade à infecção por tuberculose é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após uma infecção e desenvolve alguma imunidade à doença. No entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo. Esta situação de infecção sem adoecimento é chamada tuberculose latente (ILTb). Esses indivíduos não apresentam nenhum sintoma e não transmitem a doença, mas são reconhecidos

por testes que detectam a imunidade contra o bacilo. Antes de se afirmar que um indivíduo tem ILTB, é fundamental excluir a TB ativa, por meio da anamnese, exame clínico e radiografia de tórax. Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento após a ILTB. Entre estes, destaca-se a infecção pelo HIV.

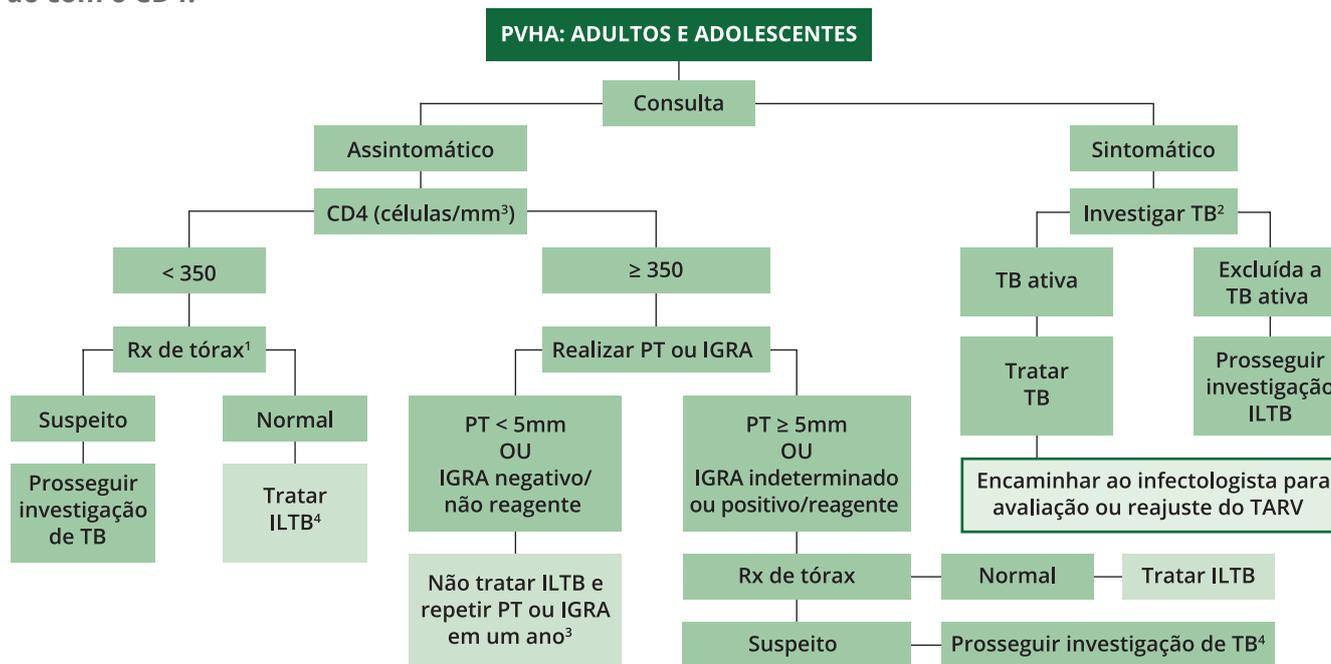
O rastreamento regular da TB ativa e o tratamento da ILTB constituem a medida de maior impacto para reduzir a morbimortalidade por TB nas PVHA. As PVHA devem ter prioridade no tratamento da ILTB e as indicações de tratamento são:

- PVHA com radiografia de tórax normal e:
  - Contagem de LT-CD4+  $\leq$  a 350 células/mm<sup>3</sup>, independentemente da PT ou IGRA, ou quando contagem de CD4 ainda desconhecida;
  - Contagem de LT-CD4+  $>$  350 células/mm<sup>3</sup> com PT  $\geq$  5mm ou IGRA positivo;
  - Contato intradomiciliar ou institucional de pacientes com TB pulmonar ou laríngea, independentemente do resultado da PT ou do IGRA; e
  - Registro documental de ter tido PT  $\geq$  5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião.
- PVHA com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB, independentemente do resultado da PT (desde que afastada a possibilidade de TB ativa).

A investigação e o tratamento da ILTB devem ser feitos apenas em pessoas que nunca trataram tuberculose ou ILTB no passado. Pessoas que já trataram tuberculose ou ILTB devem ser retratadas apenas caso sejam contactantes de caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea. O fluxograma da Figura 9 ilustra o processo de investigação da ILTB.

**Para mais informações, acesse o Guia Rápido de Tuberculose.**

**Figura 9. Fluxograma de avaliação de infecção latente, para adultos e adolescentes, com HIV, de acordo com o CD4.**



**Observação:** Este fluxograma se aplica a pacientes que nunca trataram tuberculose no passado. Se o paciente já tratou, a ILTB só deve ser considerada se o paciente teve nova exposição. Legenda: IGRA — teste de liberação de interferon-gama // ILTB — Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* // PT — Prova Tuberculínica // PVHA — Pessoa Vivendo com HIV/aids // TB — tuberculose. Notas: 1. PVHA com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB: sem tratamento anterior para TB, independentemente do resultado da PT (desde que afastada a possibilidade de TB ativa). 2. Avaliação clínica, exames laboratoriais (TRM-TB ou baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade, quando indicado) e Raio X de tórax. Em caso de suspeita de TB extrapulmonar, encaminhar para realização de exames específicos no serviço de referência. 3. Na PVHA, a PT ou IGRA deverão ser repetidos anualmente, em TCTH repetir a investigação e avaliar anualmente após o transplante enquanto em uso de imunossupressor. 4. Se for gestante PVHA, deve-se tratar ILTB somente após o terceiro mês de gestação. Fonte: Adaptado de Brasil, 2022 — Nota Informativa n.º 2/2022 — CGDR/DCCI/SVS/MS.

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA COM ANTIRRETROVIRAIS

O uso de antirretrovirais revolucionou o tratamento da infecção pelo HIV e vem sendo recomendado de forma cada vez mais precoce, com o objetivo de reduzir a transmissibilidade e aumentar a sobrevivência das PVHA. As associações de antirretrovirais atualmente utilizadas são, em geral, bem toleradas e há boa experiência de uso, permitindo a elaboração de protocolos simples e adequados ao nível da APS. Por esse motivo, em 2016, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) iniciou a descentralização do acompanhamento de parte da população com HIV para as equipes de atenção primária, incluindo a prescrição da terapia antirretroviral, sendo essa atualmente considerada uma ação estratégica dentro da Carteira de Serviços da Atenção Primária (CaSAP).

O seguimento dos pacientes em uso do esquema de Terapia Antirretroviral (TARV) que apresentam carga viral indetectável, sem complicações clínicas e assintomáticos pode permanecer na Atenção Primária, sem a necessidade do acompanhamento com o infectologista.

### QUANDO INICIAR O TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS?

Atualmente, recomenda-se o início mais precoce da Terapia Antirretroviral (TARV), com os objetivos de redução da transmissibilidade e melhora do prognóstico. Não é necessário aguardar o resultado de CD4 e CV para início da medicação. O início da TARV deve partir de uma decisão conjunta por parte do médico e da pessoa vivendo com HIV/aids, levando em conta, por um lado, os benefícios de redução de morbimortalidade e, por outro, a necessidade de uso crônico dos medicamentos, sem interrupções, para que não haja o risco de indução à falha terapêutica. Portanto, antes de iniciar a terapia antirretroviral, deve-se sempre assegurar que o paciente terá boa adesão ao tratamento. Entende-se como boa adesão a tomada diária da TARV.

**A TARV só deve ser iniciada quando a pessoa estiver motivada e comprometida com o tratamento.**

Na primeira prescrição da TARV é necessário preencher o formulário de cadastro no SICLOM, bem como o formulário de solicitação de medicamentos. Nas consultas subsequentes, apenas o formulário de solicitação de medicamentos. Ambos formulários estão disponíveis no site do SICLOM ([http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php)).

## QUEM DEVE TER SEU TRATAMENTO INICIADO NA APS E QUEM DEVE SER ENCAMINHADO AO ESPECIALISTA?

A maior parte dos pacientes com HIV deve ter seu tratamento iniciado na APS. Em se tratando de uma ação estratégica na Carteira de Serviços da APS, haverá apoio da SMS-Rio para treinar os profissionais médicos que ainda não se sintam capacitados para prescrever a TARV.

O perfil de paciente a ter seu tratamento conduzido unicamente na APS é o de pacientes adultos, não gestantes, sem coinfeções com tuberculose ou hepatites, e sem doenças definidoras de aids. A seguir são listados os pacientes que devem obrigatoriamente ser encaminhados ao especialista.

- Crianças e adolescentes até 16 anos incompletos: devem ser acompanhados por equipe multidisciplinar especializada.
- Gestantes em qualquer idade gestacional: a importância do encaminhamento está relacionada principalmente às orientações e cuidados no final da gestação, para a prevenção da transmissão vertical. O encaminhamento não deve retardar o início da TARV quando a paciente ainda não estiver em uso. Assim, pode-se iniciar o pré-natal e a TARV na APS e encaminhar, em tempo oportuno, ao pré-natal de alto risco.

Para os grupos a seguir, sugere-se encaminhamento ao ambulatório especializado, mas caso o profissional da APS sinta-se apto a atendê-los, em especial quando tiver apoio matricial, esses pacientes podem ter seu manejo feito na APS:

- Pessoas que apresentam doenças definidoras de aids (página 57), independentemente da contagem de linfócitos T CD4;
- Coinfeções pelo HBV, HCV, tuberculose (é importante fazer o matriciamento com o especialista de referência).

Manter esses pacientes na APS pode ser considerado caso a equipe tenha bom vínculo com os mesmos e haja dificuldade de adesão ao acompanhamento especializado. Pode-se sempre solicitar matriciamento com profissionais da CAP ou com a Gerência de IST/Aids. Caso seja necessário solicitar genotipagem pré-tratamento (página a seguir), esta pode ser solicitada na APS, mas deve obrigatoriamente ter seu resultado avaliado por infectologista de referência.

## SITUAÇÕES EM QUE É NECESSÁRIO SOLICITAR GENOTIPAGEM PRÉ-TRATAMENTO

A genotipagem é um exame fundamental para orientar a TARV em determinadas situações. Embora sua avaliação deva ser obrigatoriamente pelo infectologista, a solicitação na APS pode otimizar o tempo, uma vez que o paciente já chega ao especialista com o resultado do exame. Atualmente os laboratórios credenciados para a realização da genotipagem só conseguem fazê-la quando o paciente apresenta uma carga viral de, pelo menos, 500 cópias/ml, devido à necessidade de amplificação do RNA.

A seguir são listadas as indicações de genotipagem pré-tratamento conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT 2018) e subsequentes notas técnicas.

O critério para a realização do exame é a carga viral igual ou superior a 500 cópias/ml e, pelo menos, um dos seguintes:

- Pessoas que tenham se infectado com parceiro sabidamente em uso de TARV e com carga viral detectável, ou seja, com adesão confirmada e, mesmo assim, mantendo CV detectável;
- Gestantes infectadas pelo HIV;
- Crianças infectadas pelo HIV;
- Pacientes com diagnóstico de coinfeção tuberculose e HIV;
- Falha de PrEP (paciente que acaba se infectando pelo HIV mesmo em uso da PrEP);
- Paciente que, por alguma situação necessária, vai iniciar TARV com EFV no esquema (como na coinfeção com TB).

O resultado da genotipagem é disponibilizado no Sistema Laudo. Havendo dúvidas referentes ao fluxo do exame de genotipagem de HIV, entre em contato via e-mail: [aidssmsrio@gmail.com](mailto:aidssmsrio@gmail.com).

Os formulários para a genotipagem estão disponíveis em [http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php).

## COMO INICIAR O TRATAMENTO COM TARV NA APS?

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo geralmente dois inibidores da transcriptase reversa análogos do nucleosídeo (ITRN) associados a um inibidor da integrase (INI). A combinação de ITRN recomendada para o início de terapia é tenofovir + lamivudina (TDF + 3TC), também conhecido como 2 em 1, devido ao perfil mais favorável de efeitos adversos hematológicos. O INI recomendado é o dolutegravir (DTG).

**Esquema básico recomendado: (TDF 300mg + 3TC 300mg) + DTG 50mg, ambos 1x/dia.**

Esse esquema costuma ser muito bem tolerado, não sendo comum sua suspensão por efeitos adversos. O componente que está mais associado a efeitos adversos é o dolutegravir, que, por sua vez, é muito melhor tolerado do que o efavirenz, que era o medicamento usado anteriormente no seu lugar no esquema básico. Além disso, os sintomas adversos tendem a diminuir após as primeiras semanas de uso. Há que se atentar, também, para o risco de toxicidade renal e óssea do tenofovir, especialmente considerando uso de longo prazo, e dos efeitos raros, porém potencialmente graves, da lamivudina (pancreatite e neuropatia periférica).

Desde o início de 2022, o dolutegravir, no Brasil, deixou de ser contraindicado para gestantes no primeiro trimestre e mulheres que pretendem engravidar, uma vez que o risco aumentado de defeitos do tubo neural não se confirmou em estudos mais recentes.

O Quadro 6, a seguir, resume os efeitos adversos associados aos antirretrovirais do esquema TDF + 3TC e DTG, bem como o manejo desses efeitos adversos.

**Quadro 6. Eventos adversos associados aos antirretrovirais do esquema inicial (TDF + 3TC e DTG).**

MEDICAÇÃO	EVENTOS ADVERSOS	CONDUTA
<p><b>Tenofovir TDF</b></p>	<p>Risco de toxicidade renal com elevação da creatinina (redução de depuração estimada), disfunção tubular proximal (síndrome de Fanconi) e diabetes insipidus. A disfunção tubular proximal é demonstrada laboratorialmente mediante o aumento da beta-2 microglobulina urinária, glicosúria, fosfatúria, hipouricemia, hiperuricosúria, hipofosfatemia, hipocalcemia e acidose metabólica.</p>	<p>O monitoramento do risco de toxicidade renal deve ser feito por exames laboratoriais. Dosagem de creatinina, com cálculo da taxa de filtração glomerular a cada 6 meses. EAS a cada 6-12 meses, a depender do risco basal de lesão renal.</p>
<p><b>Lamivudina 3TC</b></p>	<p>Eventualmente, pode ocorrer pancreatite ou neuropatia periférica. Está associado também com maior perda de densidade mineral óssea. Deve-se usar com maior cautela em pessoas com risco aumentado para doença renal, como aquelas com diabetes, pessoas idosas, usuários de anti-inflamatórios, entre outros.</p>	<p>Avaliação e acompanhamento.</p>

MEDICAÇÃO	EVENTOS ADVERSOS	CONDUTA
Dolutegravir (DTG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Manifestações neurológicas: cefaleia, tontura, insônia, sonhos anormais, depressão e ideação suicida. Se o paciente relatar insônia, recomenda-se a utilização do DTG pela manhã.</li> <li>■ Manifestações gastrointestinais: náusea, vômito, dor abdominal e diarreia.</li> <li>■ Reação de hipersensibilidade (&lt; 1% dos casos): podem ocorrer mal-estar, febre, exantema, mialgia, artralgia, hepatite, angioedema etc.</li> <li>■ Costuma elevar níveis de creatinina nas primeiras semanas de uso, sem afetar a filtração glomerular. Essa elevação ocorre por conta de o DTG interferir em um transportador renal de cátions orgânicos, o OCT2. Mas logo após algumas semanas iniciais, os valores de creatinina estabilizam. Não há indicação de interromper o uso de dolutegravir por conta disso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inicialmente, para as manifestações leves e moderadas devem-se manejar os sintomas e orientar o paciente quanto à possibilidade do desaparecimento dos sintomas após as primeiras semanas de uso.</li> <li>■ Em casos de manifestações neuropsiquiátricas de grande impacto no tratamento do paciente, pode ser avaliado o início da TARV com o uso do esquema alternativo.</li> <li>■ Para as manifestações graves ou persistentes, deve-se considerar encaminhar ao especialista, para a troca do esquema.</li> <li>■ Estudos têm demonstrado maior ganho de peso (aumento do IMC) em esquemas contendo inibidores de integrase (principalmente com o uso de tenofovir alafenamida, o TAF — esse ainda não disponível no Brasil para o tratamento do HIV). É importante orientar dieta e exercícios regulares. Em casos de IMC elevado e comorbidades, também pode ser avaliado o uso do esquema alternativo.</li> </ul>

## SITUAÇÕES ESPECIAIS QUE REQUEREM INICIAR JÁ COM ESQUEMA ALTERNATIVO DE TARV

A necessidade de esquema alternativo pode se dar por interação medicamentosa com algum fármaco já em uso pelo paciente ou por coinfeção com tuberculose. Em parte dos casos, uma alternativa à utilização de algum fármaco diferente daqueles preconizados no esquema básico é mudar a posologia (p.ex.: aumentar dolutegravir para 50mg 2x/dia se usar com rifampicina na coinfeção com tuberculose). Também há necessidade de dobrar a dose (50mg 2x/dia) do dolutegravir em caso de uso concomitante de carbamazepina, fenitoína e fenobarbital.

Dados brasileiros apontam prevalência elevada de resistência primária (resistência transmitida a pacientes ainda “virgens” de TARV) com os inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos, como o efavirenz (EFV) e a nevirapina (NVP). Se houver a necessidade de iniciar TARV com efavirenz, por exemplo em pacientes coinfectados com tuberculose, deve ser realizada a genotipagem pré-tratamento. Os medicamentos efavirenz e nevirapina têm sido cada vez menos usados e vêm sendo substituídos por novos ARV. Estudos demonstram maior prevalência de eventos adversos com medicamentos como efavirenz (p.ex.: manifestações neuropsiquiátricas, distúrbios do sono, tonteira, maior risco de suicídio).

Em casos pontuais, em que não seja possível iniciar TARV com o esquema preferencial (dolutegravir — DTG), por uso concomitante de medicamentos contraindicados, como dofetilida ou pilsicainida ou nos casos em que, após o início da TARV com DTG, ocorra intolerância (p.ex.: manifestações neuropsiquiátricas importantes, ou ganho de peso excessivo), recomenda-se avaliar a necessidade de troca para o esquema alternativo ou encaminhar para a avaliação do especialista pelo SISREG.

O raltegravir é um Inibidor de integrase de primeira geração, bem tolerado, com melhor interação medicamentosa (não precisa ajustar dose se usado com rifampicina, por exemplo). Seu uso é de 2x/dia (400mg de 12/12h) e está recomendado como alternativo para: mulheres que pretendem engravidar (se não puderem usar dolutegravir ou darunavir); alternativo na gestante em qualquer trimestre (se não puder usar dolutegravir); e na coinfeção com tuberculose (se não puder usar efavirenz ou dolutegravir).

Todos os esquemas para início de TARV são feitos com a dupla tenofovir/lamivudina 300mg/300mg 1 comp./dia + um terceiro ARV, definido de acordo com a sequência de opções do Quadro 7, a seguir.

### Quadro 7. Orientações sobre escolha do terceiro ARV em esquema para início de TARV.

	TODAS AS PVHA	GESTANTES EM QUALQUER TRIMESTRE	HIV-TB
1. <sup>a</sup> opção	DTG	DTG	EFV (após genotipagem)
2. <sup>a</sup> opção	DRVr (800mg)	RAL	DTG 2x/dia
3. <sup>a</sup> opção	RAL (essa categoria é uma opção apenas para as mulheres que pretendem engravidar)	DRVr 600mg 2x/dia	RAL

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8, a seguir, apresenta um resumo geral da prescrição de TARV, com orientações sobre os esquemas alternativos em diferentes situações clínicas.

### Quadro 8. Orientações para a prescrição dos antirretrovirais.

POPULAÇÃO	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÕES
Adultos em início de tratamento (a) (incluindo gestantes e mulheres que pretendem engravidar)	TDF (b)/3TC + DTG (c)	TDF/3TC (300mg/300mg) 1x/dia + DTG 50mg 1x/dia	DTG é contraindicado com uso de dofetilida, pilsicainida, oxcarbazepina; DTG deve ser usado 50mg 12/12h se associado à fenitoína, carbamazepina ou fenobarbital. Em casos de mulheres que planejam engravidar, deve-se iniciar ácido fólico, pelo menos, dois meses antes da gravidez, e manter no primeiro trimestre da gravidez, para prevenção de defeito no tubo neural.

POPULAÇÃO	TERAPIA ANTIRRE-TROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÕES
Esquema alternativo para adultos em início de tratamento, inclusive mulheres que pretendem engravidar (em situações que não se possa usar DTG)	TDF (b)/3TC + DRV (d) + RTV 1x/dia ou, no caso das mulheres que pretendem engravidar, TDF (b)/3TC + RAL	TDF/3TC (300mg/300mg) 1x/dia + DRV 800mg 1x/dia + RTV 100mg 1x/dia ou RAL 400mg 1 comp. 12/12h	Importante sempre rever interações medicamentosas. Em casos de mulheres que pretendem engravidar, há a possibilidade de uma terceira opção com o raltegravir (RAL) 400mg 1 comp. 12/12h.
Esquemas alternativos para gestantes	TDF (b)/3TC + RAL ou TDF (b)/3TC + DRVr 2x/dia	TDF/3TC (300mg/300mg) 1x/dia + RAL 400mg 1 comp. 12/12h ou TDF/3TC (300mg/300mg) 1x/dia + DRV 600mg 1 comp. 12/12h + RTV 100mg 1 comp. 12/12h	As gestantes devem fazer uso de ácido fólico durante o primeiro trimestre de gestação. A genotipagem é indicada pré-tratamento a todas as gestantes. Na impossibilidade de realização, ou se o resultado da genotipagem não for disponibilizado, pode ser iniciado com o esquema contendo DRVr 2x/dia, de forma empírica. Não se recomendam esquemas contendo DTG 2x/dia para gestantes (p.ex.: coinfeção com TB, ou uso de anticonvulsivantes).
Início TARV para pacientes com coinfeção TB-HIV (e)	TDF (b)/3TC/EFV	TDF/3TC/EFV (300mg/300mg/600mg) "3 x 1" 1x/dia	Deve ser realizada a genotipagem pré-tratamento. Na impossibilidade de realização, ou se o resultado da genotipagem não for disponibilizado em até duas semanas, deve ser indicado o esquema alternativo com TDF/3TC (300mg/300mg 1x/dia) + DTG (50mg 2x/dia). Concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feita a mudança ( <i>switch</i> ).

POPULAÇÃO	TERAPIA ANTIRRE- TROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÕES
Coinfecção TB-HIV (esquema alternativo — primeira opção)	TDF (b)/3TC 1x/dia + DTG 50mg 12/12h	TDF/3TC (300mg/300mg) 1x/dia + DTG 50mg 12/12h	Deve-se usar DTG 50mg 2x/dia durante todo o período de tratamento e 15 dias após o término do tratamento da tuberculose. Após esse período, a dose do DTG deve voltar a ser 1x/dia.
Coinfecção TB-HIV (esquema alternativo — segunda opção)	TDF (b)/3TC + RAL	TDF/3TC (300mg /300mg) 1x/dia + RAL 400mg 12/12h	Em casos de contraindicação ao DTG. Pode ser opção em gestantes (não importa a IG), com contraindicações a IPr também.

Fonte: PCDT 2018, atualizado com base em notas técnicas do MS

**(a)** Para informações atualizadas e mais detalhes sobre TARV em gestantes, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

**(b)** TDF é contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente, TFGe < 60ml/min ou insuficiência renal. Uso com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas. Se usado, ajuste de dose deve ser feita quando TFGe < 50ml/min.

**(c)** 1. O DTG não é recomendado em PVHA em uso de dofetilida, pilsicainida, oxcarbazepina. Pacientes devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações, a fim de viabilizar o uso do DTG; 2. Antiácidos contendo cátions polivalentes (p.ex.: alumínio/magnésio) devem ser tomados seis horas antes ou duas horas depois da tomada do DTG; 3. Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados seis horas antes ou duas horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos; 4. O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Para manter o controle glicêmico, um ajuste na dose da metformina pode ser necessário.

**(d)** Usar com cautela nos pacientes que têm maior risco de hepatopatia, como doença hepática prévia, coinfecção com HBV e HCV ou uso de medicamentos hepatotóxicos. Há relatos de reações de hipersensibilidade e cutâneas graves em pacientes com alergia à sulfa.

**(e)** Indicado realizar exame de genotipagem pré-tratamento e iniciar TARV, de forma a ajustar o esquema terapêutico posteriormente, se houver necessidade de mudança deste (não postergar início da TARV pela indisponibilidade imediata do resultado do exame).

No caso de dúvidas sobre os esquemas prescritos, entrar em contato com a Gerência IST/Aids: [aidssmsrio@gmail.com](mailto:aidssmsrio@gmail.com)

## SÍNDROME INFLAMATÓRIA DE RECONSTITUIÇÃO IMUNOLÓGICA (SIR)

- Caracterizada pela piora “paradoxal” do quadro clínico, geralmente até seis meses após o início da terapia antirretroviral, devido ao surgimento de manifestações infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas decorrentes da recuperação da função imunológica.
- Ocorre em 10-30% dos pacientes que iniciam antirretrovirais pela primeira vez, podendo, em alguns casos, assumir formas graves. Normalmente os quadros são autolimitados, não sendo preconizada a suspensão dos antirretrovirais.
- O Quadro 9, a seguir, resume as manifestações mais comuns de acordo com a etiologia.

### Quadro 9. Manifestações mais comuns na reconstituição imunológica.

ETIOLOGIA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Tuberculose	Agravamento dos sintomas pulmonares ou das imagens radiológicas, além de aumento nos linfonodos, ou sintomas meníngeos. Alterações hepáticas, difíceis de diferenciar da hepatotoxicidade induzida pelos medicamentos.
Complexo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)	Linfoadenite localizada, doença pulmonar ou inflamação sistêmica.
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Agravamento dos sintomas de meningite.
Citomegalovírus (CMV)	Surgimento ou agravamento de retinite, vitreíte ou uveíte. A retinite ocorre, na maioria das vezes, no local das inflamações anteriores. SIR devida ao CMV ocular pode levar à rápida e permanente perda de visão. O tempo médio para vitreíte por SIR é de 20 semanas após o início da TARV.
Hepatite B ou C	Elevações transitórias das transaminases, difíceis de distinguir da hepatite induzida por medicamentos.
Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP)	Lesões de LEMP podem aparecer com agravamento ou novos déficits neurológicos focais.

ETIOLOGIA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sarcoma de Kaposi	Agravamento da doença.
Doenças autoimunes	Exacerbação de doenças autoimunes preexistentes, como sarcoidose.
Vírus herpes simples (VHS) e vírus varicela-zóster (VVZ)	Pode haver reativação de VHS e VVZ após o início da TARV.
Complicações dermatológicas inespecíficas	Aparecimento ou piora das manifestações dermatológicas, tais como foliculites, verrugas orais e genitais.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde: 2018.

Nos casos que não sejam claramente autolimitados, sugere-se discutir o caso com especialista ou encaminhar para avaliação especializada.

## SITUAÇÕES DE TROCAS DE ARV

Diversos fatores podem levar à necessidade de trocar um esquema ARV já em uso por um esquema alternativo. Geralmente, orienta-se encaminhar esses pacientes ao especialista, pelo SISREG, ou solicitar o matriciamento.

Uma situação em que esse encaminhamento não é necessário é em pacientes em uso atual de TDF/3TC/EFV (tenofovir/lamivudina/efavirenz — 3 em 1) ou em uso de esquemas ARV contendo o atazanavir com ritonavir (ATVr), que nunca tiveram falha prévia (sempre em seu histórico com carga viral indetectável após iniciar TARV). Nesse caso, esses medicamentos (EFV ou ATVr) podem ser trocados para o esquema ARV preferencial com dolutegravir ou, quando necessário, o esquema alternativo com o DRVr (800mg 1x/dia). A justificativa para a troca do atazanavir é sua maior suscetibilidade a efeitos adversos como icterícia (às custas de bilirrubina indireta), nefrotoxicidade (nefrolitíase), bem como interação com inibidores da bomba de prótons.

A decisão pela troca deve ser avaliada junto com o paciente, levando em consideração, principalmente, a presença de efeitos adversos, pela toxicidade do EFV ou ATVr. O EFV e o ATVr são, também, medicamentos com barreira genética menor, ou seja, é mais fácil o HIV ganhar resistência a eles do que com DTG ou DRVr, que, além de terem maior barreira genética, são mais bem tolerados. Não está indicado trocar para EFV em paciente que já vinha em uso de DTG e tem diagnóstico novo de tuberculose; nesse caso, sugere-se mudar a posologia do DTG para 2x/dia.

Toda troca de esquema antirretroviral deve ser justificada no formulário de solicitação de medicamentos no momento da troca. Há um campo no formulário de ARV do SICLOM solicitando o motivo da troca do ARV. Caso o paciente já tenha tido alguma falha prévia em seu tratamento, é fundamental a avaliação pelo especialista, não sendo permitida a troca na atenção primária sem o suporte do especialista. Para fins de troca de TARV, considera-se ausência de falha prévia nunca ter tido carga viral detectável após o início da terapia antirretroviral.

**Nas situações em que o paciente for encaminhado para especialista, lembrar de solicitar genotipagem quando indicado. Se paciente virgem de tratamento, ver indicações de genotipagem pré-tratamento na página 65. Se paciente já em uso de TARV, a única indicação é a falha virológica.**

## SITUAÇÕES EM QUE HÁ NECESSIDADE DE USO DE TERAPIA DUPLA

A terapia tripla é a principal estratégia de tratamento do HIV, devendo sempre ser recomendada como primeira escolha (p.ex.: 2 ITRN + 1 INI); no entanto, atualmente, dispomos de drogas com mais alta potência e barreira genética, sendo possível usar com segurança a terapia dupla em algumas situações, principalmente quando houver contraindicação clara ao uso de tenofovir ou outro ITRN, mas, também, em situações de estabilidade clínica e virológica, intencionando reduzir o potencial de efeitos adversos da TARV a médio e longo prazos. Esta troca deve ser realizada idealmente pelo especialista ou com o apoio deste. O esquema duplo preferencial é DTG + 3TC, podendo ser usado, também, como esquema alternativo o DRV (800mg 1X/dia) + 3TC.

Para poder realizar a troca, o paciente precisa atender a todos os requisitos a seguir:

- Ausência de qualquer falha prévia;
- Adesão regular a TARV;
- Carga viral indetectável nos últimos 12 meses, sendo a última CV realizada há menos de seis meses;
- Exclusão de coinfeção com HBV ou TB;
- Não é recomendada a dupla terapia com o uso concomitante de medicamentos que tenham interação medicamentosa com DTG (que tem necessidade de reajuste de sua dose para 2x/dia) ou DRV (p.ex.: fenitoína, carbamazepina, rifampicina, fenobarbital);
- Idade maior ou igual a 18 anos;
- Pacientes com estabilidade clínica (sem infecções oportunistas) e com clearance de creatinina > 49ml/min (pois, abaixo disso, há indicação de ajuste de dose de 3TC);
- Não pode estar gestante.

Casos que não atendam a esses critérios devem ser discutidos pelo especialista com a Câmara Técnica de Terapia Antirretroviral.

## ABANDONO DE TARV

Uma boa adesão ao tratamento antirretroviral é um dos aspectos mais importantes para o sucesso do controle do HIV na população, devendo-se dedicar especial atenção à prevenção da interrupção da TARV. Múltiplos fatores contribuem para uma pior adesão, bem como para o abandono do tratamento, como desânimo, depressão, não acreditar no seu próprio diagnóstico, preconceito consigo próprio, uso de drogas, efeitos adversos, polifarmácia, barreiras para o acesso à unidade, estar em situação de rua e falta de compreensão sobre seu estado de saúde. Quando um paciente retorna ao atendimento na atenção primária após um abandono de uso de ARV, é importantíssimo ouvi-lo, com postura acolhedora, sem julgamento, buscando uma compreensão adequada do contexto que levou ao abandono e auxiliando o paciente a identificar caminhos para evitar nova interrupção de tratamento.

Especialmente quando transcorreu um longo intervalo desde o abandono, devem-se avaliar sinais que indiquem piora importante da imunidade, por meio da revisão de sistemas e do exame físico focado na busca de manifestações de estágios mais avançados da infecção pelo HIV/aids (ver páginas 51 e 52). Muitas vezes, a busca pela retomada do tratamento é desencadeada pela própria presença de sintomas constitucionais, como febre, perda de peso e linfadenomegalia, bem como infecções oportunistas, como tuberculose, pneumocistose, candidíase oral e esofágica. Essas manifestações indicam que o CD4 provavelmente está  $< 200$  células/mm<sup>3</sup>, requerendo, além de investigação/tratamento, a instituição de profilaxias (ver páginas 94 a 97).

Deve-se sempre solicitar novo CD4 e carga viral, para posterior comparação dos resultados após retorno da TARV. A genotipagem não deve ser solicitada nesse momento, uma vez que, não havendo a supressão viral pelo tratamento, o vírus HIV selvagem (sem mutações importantes, sensível aos medicamentos) tem maior facilidade de replicação (isto é, melhor *fitness*) do que a população de vírus resistente. Portanto, quando a genotipagem é realizada em contexto de abandono do tratamento, o exame irá detectar, com maior facilidade, a população de vírus sem mutações, podendo não identificar vírus resistente, mesmo quando ele estiver presente.

Quando o esquema previamente utilizado pelo paciente incluía efavirenz ou nevirapina, é muito provável que ele já tenha desenvolvido resistência a esses medicamentos, não sendo adequado reintroduzi-los. Nesses casos, o paciente deve ser prontamente encaminhado ao infectologista pelo SISREG, ou ser solicitado matriciamento da Gerência de IST/Aids ou da CAP.

Quando o tratamento previamente realizado era com TDF/3TC + DTG ou TDF/3TC + DRVr, é muito improvável que o abandono tenha resultado no desenvolvimento de resistência (se esses são os primeiros esquemas ARV utilizados pelo paciente). Assim, quando o abandono não ocorreu por intolerância a esses medicamentos, é possível reintroduzir o mesmo esquema anterior, mas a carga viral deve ser monitorada de perto, a cada três meses, até ser novamente indetectável. Se, mesmo usando o esquema ARV de forma correta, com boa adesão, a carga viral não voltar a ser indetectável no prazo de seis meses, deve ser solicitada genotipagem, nesse caso com obrigatoriedade de avaliação pelo especialista ou matriciamento.

## FALHA VIROLÓGICA

A falha virológica é definida por carga viral do HIV (CV-HIV) detectável após seis meses do início ou da modificação do tratamento, ou quando há um rebote da carga viral em indivíduos que já haviam atingido supressão viral sob tratamento. A abordagem inicial da falha virológica inclui avaliar adesão ao tratamento, eventos adversos, interações medicamentosas, adequação do esquema em uso e a existência de resistência viral. A avaliação da resistência viral se inicia com a revisão do histórico completo antirretroviral (incluindo interrupções, abandono e toxicidades prévias) e de resultados de exames de carga viral desde a primeira prescrição antirretroviral. Além disso, o teste de genotipagem deve ser realizado assim que a falha virológica for detectada, desde que o paciente não esteja em abandono de tratamento e apresente carga viral superior a 500 cópias/ml, tendo decorrido, pelo menos, seis meses de uso de ARV.

A composição do esquema para os casos de primeira falha deve ser idealmente guiada por teste de genotipagem, orientada por um especialista, mas a troca para um esquema de resgate eficaz não deve ser postergada, podendo ser imediatamente avaliada com matriciamento da Gerência. Os esquemas de resgate devem conter ao menos um medicamento antirretroviral com alta barreira genética e que esteja plenamente ativo, isto é, dolutegravir ou darunavir.

## ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DO PACIENTE COM INFECÇÃO PELO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

- A frequência das consultas é variável, dependendo da fase do tratamento e do quadro clínico do paciente. Inicialmente, as consultas devem ser mais frequentes, quinzenais ou mensais, para apoio emocional em relação ao diagnóstico, coleta das informações relevantes, que geralmente não são esgotadas na primeira consulta, e avaliação dos exames laboratoriais.
- Após a introdução da TARV, recomenda-se o retorno em sete dias, a fim de se avaliar a presença de efeitos adversos e a adesão ao tratamento. Em seguida, as consultas podem ser agendadas mensalmente, para observar a adaptação do paciente à TARV. Pacientes com boa adesão à TARV, com carga viral indetectável em, pelo menos, duas aferições consecutivas, podem ser avaliados pelo médico duas vezes por ano.

- O vínculo com o paciente deve ser fortalecido, oferecendo fácil acesso às consultas programadas e em demanda espontânea. Como o surgimento de sintomas agudos pode estar relacionado ao HIV, é importante que o cuidado ocorra sempre na mesma unidade de saúde, evitando fragmentação do cuidado com consultas frequentes em UPAs e outros serviços de emergência.
- Caso o paciente faça uso de antirretrovirais, os efeitos adversos devem ser monitorados (Quadro 6, na página 67), assim como as potenciais interações medicamentosas com novos medicamentos a serem prescritos (quadros do Anexo 2, nas páginas 111 a 113, bem como no site e aplicativo listados nesse anexo). A adesão aos antirretrovirais também deve ser reforçada.
- Se o parceiro também tiver HIV, deve-se questionar sobre seu acompanhamento. Se o casal for sorodiferente, deve-se reforçar o uso regular de preservativo e considerar a prescrição de PrEP. O paciente deve ter fácil acesso ao preservativo em todas as unidades de APS (para orientações sobre preservativos e PrEP, ver seção Promoção da Saúde e Prevenção da Infecção pelo HIV).
- O Quadro 10, a seguir, sumariza os exames laboratoriais a serem solicitados no monitoramento do paciente. Na coluna Seguimento, o prazo indicado corresponde àquele preconizado sem considerar o uso de TARV. Quando a prescrição da TARV altera a periodicidade, isso é indicado na coluna “observações”.

**Quadro 10. Exames de seguimento.**

EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES		
Contagem de LT-CD4+	Sim	Vide “observações”	Pacientes ainda sintomáticos ou com carga viral ainda detectável	Manter solicitação, com frequência variável, conforme situação clínica.	
			Pacientes em uso de TARV com carga viral indetectável	<table border="1"> <tr> <td>CD4 &lt; 350 células/mm<sup>3</sup></td> <td>A cada 6 meses</td> </tr> <tr> <td>CD4 &gt; 350 células/mm<sup>3</sup> em dois exames consecutivos, com, pelo menos, 6 meses de intervalo</td> <td>Não solicitar</td> </tr> </table>	CD4 < 350 células/mm <sup>3</sup>
CD4 < 350 células/mm <sup>3</sup>	A cada 6 meses				
CD4 > 350 células/mm <sup>3</sup> em dois exames consecutivos, com, pelo menos, 6 meses de intervalo	Não solicitar				

EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES
Carga viral (CV)	Sim	6 meses	Repetir 2 a 3 meses após o início de TARV para avaliação da resposta virológica e, se indetectável, repetir a cada 6 meses.
Hemograma	Sim	6-12 meses	Repetir com maior frequência em pacientes sintomáticos ou em uso de medicamentos mielotóxicos.
Avaliação hepática e renal (TGO, TGP, Cr, EAS)	Sim	Anual	Intervalo geralmente de 3 a 6 meses em pacientes em uso de TARV. Considerar ampliar o intervalo do EAS (até 12 meses) em pacientes com baixo risco de lesão renal.
Cálculo do clearance da creatinina ou taxa de filtração glomerular (p.ex.: pelo CKD-Epi)	Sim	Anual, em pacientes com maior risco de insuficiência renal (diabéticos, coinfectados com HCV, negros, hipertensos)	Intervalo geralmente de 3 a 6 meses em pacientes em uso de TARV. Considerar ampliar o intervalo do EAS (até 12 meses) em pacientes com baixo risco de lesão renal.
Avaliação do risco cardiovascular	Sim	Anual	Homens > 40 anos e mulheres > 50 anos, na ausência de riscos cardiovasculares
Prova tuberculínica (PPD) ou IGRA	Sim	Anual, se o PPD inicial for < 5mm ou se o IGRA for negativo	Indicar tratamento da infecção latente quando PT $\geq$ 5mm para pacientes com CD4 > 350 células/mm <sup>3</sup> . Todas as PVHA com contagem de linfócitos T-CD4 + inferior ou igual a 350 células/mm <sup>3</sup> devem receber o tratamento para ILTB, quando a PT não for disponível, desde que afastada tuberculose ativa.
Teste rápido para sífilis e hepatite C	Sim	6 meses	—

EXAME	PRÉ-TARV	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÕES
Dosagem de lipídios	Sim	Anual	—
Glicemia de jejum	Sim	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125mg/dL.
Fundoscopia	—	6 meses, em indivíduos com LT- CD4+ < 50 células/mm <sup>3</sup>	Solicitar sempre que houver queixa de escotomas ou visão turva (principalmente em pacientes com CD4 < 100).
Rastreamento de neoplasias	—	—	Abordar no diagnóstico e conforme a indicação.
Avaliação neuropsiquiátrica	—	—	Abordar no diagnóstico e conforme a indicação.

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Após seis meses do início do uso de antirretrovirais, a carga viral deve se tornar indetectável ou < 40 cópias/ml. Se isso não ocorrer, deve-se verificar a adesão do paciente ao esquema. Se o paciente informar que não está tomando as medicações adequadamente, deve-se reforçar a adesão ao tratamento e repetir o exame em dois meses. Se o paciente referir uma boa adesão ao tratamento e, ainda assim, a carga viral estiver detectável, deve-se encaminhar ao especialista.

Outras situações em que o paciente deve ser encaminhado ao especialista após já estar em acompanhamento pela TARV na APS são:

- Se o paciente, após supressão viral, voltar a apresentar carga viral detectável (> 40 cópias/ml) em, pelo menos, dois exames consecutivos e referir boa adesão. Nesse caso, sugere-se solicitar a genotipagem antes do encaminhamento, desde que a carga viral esteja acima de 500 cópias/ml;

- Quando o médico da equipe de atenção primária tiver dificuldade de manejar os efeitos adversos dos antirretrovirais (considerar nesse caso discutir a conduta com especialista de referência).

## ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM ESTÁGIOS AVANÇADOS DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

Os pacientes com infecção em estágios mais avançados, em geral, estão em acompanhamento especializado. Entretanto, é fundamental a equipe de APS estar inteirada a respeito do tratamento, para que possa organizar, de forma adequada, os cuidados integrais que vão além do HIV (ver seção Abordagem Integral da Pessoa com HIV, na página 98). Além disso, esses pacientes podem procurar atendimento na APS por manifestações clínicas diretamente relacionadas ao HIV, algumas delas potencialmente graves e que requerem manejo imediato ou encaminhamento para serviço de emergência.

Cumpra-se destacar que as manifestações clínicas geralmente ocorrem com  $CD4 < 200$  células/mm<sup>3</sup>, exceto a tuberculose. Além disso, costumam ocorrer de forma concomitante, ou seja, caso se suspeite de que uma queixa física do paciente está associada ao HIV, é útil, do ponto de vista diagnóstico, explorar a presença de outros sintomas de infecção avançada, que costumam estar presentes.

Os Quadros 11 a 19 resumem o manejo das principais manifestações clínicas associadas a estágios mais avançados da infecção pelo HIV/aids.

### Quadro 11. Sintomas constitucionais.

SINTOMA	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Perda de peso involuntária (> 10% do peso)	Excluir causas graves, como neoplasia, infecção crônica e infecção oportunista. Também considerar a possibilidade de efeito gastrointestinal adverso, decorrente do uso de antirretrovirais, e a depressão.	Pode ser necessário aconselhamento nutricional focado em fracionamento da dieta e estímulo ao consumo de alimentos calóricos. Deve-se atentar aos fatores emocionais, que frequentemente se sobrepõem aos demais.

SINTOMA	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Fadiga	Excluir, com base na correlação clínica, causas graves, como neoplasia e infecções oportunistas. Outras causas frequentes a serem investigadas são: anemia, hipotireoidismo, depressão e sofrimento inespecífico. É importante considerar a possibilidade de efeito adverso de antirretrovirais.	Os fatores emocionais frequentemente se sobrepõem aos demais para causar a fadiga, devendo sempre ser considerados e manejados simultaneamente.
Febre	Na maioria dos casos, a febre é acompanhada por outros sintomas que ajudam a definir a causa. Se a febre estiver presente por mais de três dias, sem sinais de gravidade e sem causa definida, sugere-se solicitar hemograma, função renal e enzimas hepáticas. Caso não se identifique causa facilmente tratável na APS, deve-se contatar o serviço de infectologia assistente. Pessoas com febre há mais de três semanas sem causa definida devem ser internadas para investigação diagnóstica.	A febre pode ser, por si só, uma manifestação de doença pelo HIV. Entretanto, uma febre sem causa aparente, inespecífica e persistente está, na maioria das vezes, associada a infecções oportunistas, em especial micobacterioses, que devem ser investigadas. Pode, mais raramente, ocorrer devido também a linfomas.
Sudorese noturna	Excluir causas graves, como linfoma, tuberculose e infecção intestinal crônica. Outras causas relevantes a serem consideradas, que geralmente podem ser facilmente inferidas a partir da história clínica, são hipertireoidismo, fogachos relacionados ao climatério e hiperidrose idiopática (que geralmente não é restrita ao período noturno). Não havendo diagnóstico claro com base na história e no exame físico, sugere-se solicitar hemograma completo, VHS, radiografia de tórax, PPD, TSH e hemocultura.	Excluídas as causas graves e as causas mais frequentes inferidas a partir da anamnese, do exame físico ou dos exames complementares realizados, pode-se inferir que a sudorese noturna provavelmente é decorrente da própria infecção pelo HIV.

## Quadro 12. Problemas de pele.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
<b>Verrugas e molusco contagioso</b>	Pode-se aplicar ácido tricloroacético ou realizar crioterapia ou curetagem. Pacientes com lesões muito extensas devem ser encaminhados ao dermatologista.	São mais comuns na população com HIV e mais difíceis de tratar. Em caso de imunossupressão importante, deve-se fazer diagnóstico diferencial do molusco contagioso com histoplasmose e criptococose cutâneas.
<b>Dermatite seborreica</b>	Tratada com combinação de antifúngico tópico e corticoide tópico.	Prevalência muito superior à da população geral (40%-80% em pessoas com aids sem uso de TARV vs 1%-3% na população geral).
<b>Infeções fúngicas</b>	Geralmente respondem bem a antifúngicos tópicos (p.ex.: cetoconazol ou miconazol), porém a duração do tratamento pode precisar ser maior em caso de imunossupressão importante, sendo orientada utilização até a resolução clínica. Para dermatofitoses extensas, considerar antifúngico oral. Fazer diagnóstico diferencial com psoríase e dermatite seborreica. Para onicomicoses, é necessário uso de antifúngicos orais.	A prevalência de dermatofitose é semelhante à da população geral, mas ela pode se manifestar de formas mais variadas e mais graves. O comprometimento ungueal é mais comum em pessoas com HIV.
<b>Infeções bacterianas cutâneas</b>	Antibióticos orais são mais eficazes e menos associados à resistência, em comparação à antibioticoterapia tópica. Em geral, o tratamento é empírico, porém, na falta de resposta terapêutica, pode ser indicado coletar secreção para cultura com antibiograma.	Os agentes mais frequentes são o estreptococo e o estafilococo, havendo uma maior frequência de MRSA do que na população geral.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Herpes-zóster	O paciente com doença avançada pelo HIV que desenvolve herpes-zóster tem indicação de receber tratamento antiviral, como aciclovir ou valaciclovir. Se herpes-zóster disseminado, visceral, ocular ou acometendo o sistema nervoso central, o paciente deve ser internado, para receber aciclovir EV. Se episódios recorrentes, pode ser necessário uso a longo prazo do antiviral para evitar recorrência.	O herpes-zóster pode ocorrer mesmo com contagens de CD4 relativamente normais.
Herpes simples	Como na população geral, para as PVHA é comum a infecção pelo vírus da herpes simples, havendo maior evidência de recorrência que de primoinfecção. O diagnóstico clínico facilita a instituição do tratamento em até 72 horas a partir do início das lesões, que consiste em aciclovir (disponível no SUS) ou valaciclovir (pró-droga do aciclovir) por via oral. A administração tópica não é efetiva. Ademais, a infecção grave em imunocomprometido exige administração endovenosa de aciclovir.	O herpes simples raramente se dissemina, mesmo em pacientes gravemente imunocomprometidos. Porém, pode haver recorrência que exija tratamento profilático, quando mais de seis episódios ao ano, por até seis meses, também baseado no uso de aciclovir ou valaciclovir via oral. Particularidades específicas do herpes genital são abordadas adiante, no Quadro 19 deste livro, sobre condições genitais.
Psoríase	Tratamento usual, porém pode haver pior resposta. Se a resposta for insatisfatória, encaminhar ao dermatologista.	A prevalência em pessoas com HIV é semelhante à da população geral, porém a resposta ao tratamento é inferior.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Sarcoma de Kaposi	Lesões de Kaposi devem ser biopsiadas para diagnóstico, o que, geralmente, é feito em serviços especializados. Caso haja confirmação em imunossuprimido ( $CD4 < 200$ células/mm <sup>3</sup> ), deve-se investigar, também, com endoscopia digestiva alta, TC de tórax e/ou broncoscopia, para avaliar o acometimento de órgãos internos.	Havendo apenas lesões cutâneas, a TARV pode ser suficiente para sua resolução. Porém, o envolvimento de órgãos dos tratos gastrointestinal e respiratório demanda apoio do oncologista para a quimioterapia.

### Quadro 13. Problemas na boca.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Candidíase oral	Pode ser feita tentativa de tratamento com antifúngicos tópicos, contudo, frequentemente, antifúngicos sistêmicos costumam ser mais efetivos. Episódios recorrentes ou infecções graves e/ou resistentes podem indicar imunossupressão importante e é prudente compartilhar o cuidado com infectologista. O uso a longo prazo de antifúngicos orais pode ser necessário em caso de recorrência consolidada.	Pode causar disfagia e odinofagia muito incômodas para o paciente. Sugere-se o fluconazol como primeira escolha.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
<b>Ulceração aftosa</b>	Corticoides tópicos são os fármacos mais usados e costumam ser eficazes, principalmente, nos estágios iniciais da ulceração.	Deve-se tomar cuidado com o uso prolongado de corticoides tópicos, pois eles podem favorecer o desenvolvimento de candidíase oral. Em casos resistentes, terapia sistêmica com corticoides pode ser necessária.
<b>Leucoplasia pilosa</b>	Geralmente assintomática, não requerendo tratamento.	Os pacientes devem ter a condição acompanhada. Caso ocorra alguma mudança no padrão da leucoplasia como ulcerações, endureções ou linfonodomegalia associada, é recomendada biópsia.
<b>Doença periodontal</b>	Deve ser feita a associação de antibiótico sistêmico com bochechos, usando clorexidina 0,12%, sob supervisão do dentista. A primeira escolha de antibiótico para esse caso é o metronidazol. É importante compartilhar o cuidado com a equipe de Saúde Bucal (eSB). Em fase branda, o dentista da eSB pode realizar o manejo, devendo encaminhar para o periodontista os casos de progressão rápida.	Suspeitar na presença de sangramento gengival, vermelhidão da gengiva e aumento da mobilidade dos dentes. Manter uma boa higiene oral, por meio da escovação e do uso do fio dental diários, é fundamental para evitar a doença periodontal e deve ser um hábito estimulado em todo paciente imunossuprimido. É fundamental um acompanhamento regular com a eSB.
<b>Abscesso dentário endodôntico</b>	Uso de antibióticos sistêmicos e encaminhamento para a odontologia.	Suspeitar quando tiver queixa de aumento de volume em região de gengiva. É necessário diagnóstico diferencial entre abscessos endodôntico e periodontal, o que é feito pelo profissional da eSB, o qual irá acompanhar a evolução do quadro.

### Quadro 14. Problemas no trato gastrointestinal.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Diarreia	A investigação deve ser iniciada com o exame parasitológico de fezes e cultura, focando na causa mais comum de diarreia. Loperamida pode ser usada como sintomático. Salmonella e campylobacter respondem ao ciprofloxacino ou macrolídeos. Giardíase responde ao metronidazol. Organismos menos comuns, como <i>Cryptosporidium sp</i> e <i>Microsporidium sp</i> , podem ser responsáveis pela diarreia em pacientes com CD4 muito baixo. Em casos refratários, considerar encaminhar ao gastroenterologista ou infectologista.	Causas possíveis: efeito colateral de antirretrovirais, insuficiência pancreática, infecção da mucosa intestinal pelo HIV e patógenos intestinais. Doenças infiltrativas, como linfoma e sarcoma de Kaposi, além de outras doenças oportunistas devem ser investigadas em caso de refratariedade da diarreia e presença de outros sintomas constitucionais.
Náusea	É importante avaliar o diagnóstico diferencial, que deve incluir efeitos adversos dos antirretrovirais (especialmente no início do tratamento), bem como infecções oportunistas (p.ex.: esofagite ou gastrite por CMV, ciclosporíase e toxoplasmose gastrointestinal). Para além da investigação diagnóstica, o manejo deve ser feito com sintomáticos, como a metoclopramida.	Pode ser causada pelos antirretrovirais.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
<p><b>Disfagia e odinofagia</b></p>	<p>Deve-se suspeitar de candidíase esofagiana em qualquer paciente imunossuprimido (<math>CD4 &lt; 200</math> células/<math>mm^3</math>) com odinofagia, em especial se houver presença simultânea de candidíase oral. Diante de um caso suspeito, está justificado iniciar tratamento mesmo sem confirmação por endoscopia, devendo-se observar melhora dos sintomas em 5-7 dias. O tratamento deve sempre ser feito com antifúngicos sistêmicos, com preferência para fluconazol. A endoscopia pode ser realizada em caso de falta de resposta ao tratamento, bem como se houver suspeita de outras causas de distúrbios esofágicos (acalasia, espasmos esofágicos difusos, doença refluxo gastroesofágico, hérnia de hiato etc.). Causas menos comuns para sintomas de disfagia incluem: esofagite por herpes ou CMV, sarcoma de Kaposi e a própria infecção pelo HIV.</p>	<p>As esofagites infecciosas (cândida, CMV, herpes) e o sarcoma de Kaposi são indicativos de doença avançada pelo HIV. Para o sarcoma de Kaposi esofágico, pode-se considerar quimioterapia. Para CMV, internação para tratamento com antiviral endovenoso. Esofagite por herpes pode ser tratada com aciclovir ou valaciclovir oral ou, em casos mais graves, aciclovir venoso.</p>

### Quadro 15. Condições respiratórias.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Infecção pulmonar em investigação	Inicialmente, devem-se excluir infecções oportunistas, como pneumocistose e tuberculose. A pneumocistose tem como quadro clínico clássico a presença de febre e tosse arrastada, evoluindo com dispneia progressiva. Pneumonias adquiridas na comunidade (PAC), incluindo pneumonias atípicas como <i>Chlamydia trachomatis</i> e <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , são comuns em pacientes infectados pelo HIV e, geralmente, são causadas pelas mesmas bactérias mais prevalentes na população não infectada. Portanto, respondem bem aos antibióticos usualmente administrados no tratamento da PAC.	Em posse da contagem de linfócitos CD4 é possível inferir qual doença pulmonar é mais provável. PAC e tuberculose podem acontecer com CD4 acima de 500 células/mm <sup>3</sup> , enquanto a pneumocistose ocorre quase sempre quando a contagem de CD4 está abaixo de 200 células/mm <sup>3</sup> .

### Quadro 16. Condições neurológicas.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Neuropatia periférica	Comumente causada pela própria infecção pelo vírus ou pelo uso de antirretrovirais. Contudo, devem-se excluir outras causas de neuropatia periférica. Hepatite C, deficiência de vitaminas do complexo B, hipotireoidismo, diabetes e sífilis são alguns exemplos.	A abordagem farmacológica é a mesma utilizada em outras neuropatias. Gabapentina é a droga de primeira escolha. Podem também ser usados antidepressivos tricíclicos.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Lesões intracranianas	O quadro clínico geralmente envolve cefaleia intensa acompanhada de outros sintomas, como rigidez de nuca, fotofobia, sinais neurológicos focais, confusão mental e crises convulsivas. Na presença desses sintomas, deve-se solicitar Vaga Zero, destacando no encaminhamento que o paciente tem HIV.	As causas podem ser infecciosas (p.ex.: criptococose e toxoplasmose) ou neoplásicas (em especial linfoma).

**Quadro 17. Problemas visuais.**

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Alterações súbitas da visão	É importante atentar-se para os sintomas que podem estar relacionados à retinite por CMV: súbita turvação ou perda da visão e escotomas, geralmente unilaterais. Para o diagnóstico é necessário realizar fundoscopia, que mostra exsudatos brancos e amarelados associados a lesões hemorrágicas, edema e atenuação vascular. Independentemente da fundoscopia, pacientes com alterações súbitas da visão devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica por Vaga Zero. Um diagnóstico diferencial importante é a uveíte por toxoplasmose.	Lembrar que a retinite por citomegalovírus quase sempre só se manifesta quando CD4 abaixo de 200 células/mm <sup>3</sup> e pensar na possibilidade de outras infecções concomitantes.

### Quadro 18. Disfunção sexual.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Disfunção erétil e perda da libido	Inibidores de fosfodiesterase podem ser usados e não interagem com o esquema básico. Em caso de esquemas alternativos, checar interação. A disfunção erétil pode ser subjacente a problemas vasculares e, conseqüentemente, um indicador de maior risco cardiovascular.	Notadamente multifatoriais, estas condições apresentam características psicossomáticas, sofrem influência de comorbidades e podem ser modificadas pelo estilo de vida. Nas PVHA, podem estar associadas aos efeitos do HIV, ao medo de transmitir a infecção, à TARV e a problemas vasculares.

### Quadro 19. Condições genitais.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
Herpes genital	O tratamento de um primeiro episódio de herpes genital em PVHA não difere daquele preconizado para as demais pessoas. Entretanto, destaca-se que o tratamento só deve ser interrompido após a resolução das lesões, o que pode demorar mais para ocorrer em PVHA. Além disso, PVHA têm maior risco de recorrência — se mais de seis episódios por ano, está indicado tratamento de supressão. Em caso de lesões extensas em paciente gravemente imunossuprimido, pode ser indicado tratamento endovenoso.	O herpes simples raramente se dissemina, mesmo em pacientes gravemente imunocomprometidos.

CONDIÇÃO	CONDUTA	OBSERVAÇÕES
<b>Candidíase genital</b>	São usados antifúngicos tópicos (p.ex.: miconazol) ou sistêmicos (p.ex.: fluconazol). O uso prolongado de antifúngicos sistêmicos deve ser considerado em casos recorrentes.	Caso a vulva esteja muito acometida, pode ser usado corticoide tópico por 48 horas, até que o antifúngico faça efeito. Se for pactuado com o paciente o uso de antifúngico tópico, o tratamento deve durar, pelo menos, uma semana, podendo se estender para duas.
<b>Verrugas genitais e perianais</b>	Pacientes imunossuprimidos tendem a desenvolver verrugas maiores e mais resistentes ao tratamento, além de terem uma chance maior de recorrência e de malignização das verrugas. Terapias tópicas, como crioblação e aplicação de ácido tricloroacético, podem ajudar. O encaminhamento para o urologista deve ser feito caso não haja indicação para tratamento ambulatorial, ou caso eles falhem. Em caso de verrugas perianais, considerar avaliação com proctologista, para pesquisar a presença de lesões internas.	Em caso de atipicidade das verrugas no momento da inspeção, avaliar a possibilidade de biópsia, já que neoplasias intraepiteliais e carcinomas de células escamosas anais são muito mais comuns na população imunossuprimida.

Fonte dos quadros 11 a 19: Adaptado de Matthews P, Madge S, Singh S, Theobald N. HIV in primary care. MEDFASH; 2016.

## PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS

As profilaxias são um elemento importante do acompanhamento das pessoas em estágios mais avançados da infecção pelo HIV/aids. A profilaxia primária é voltada à prevenção de um primeiro episódio de uma determinada infecção oportunista, enquanto a profilaxia secundária é voltada à prevenção de recorrências após um primeiro episódio.

Os dois quadros a seguir resumem as indicações para a profilaxia primária, o primeiro deles (Quadro 20) sendo organizado a partir das profilaxias indicadas para cada grupo de contagem de CD4, e o segundo (Quadro 21) sendo organizado a partir do agente etiológico da infecção oportunista que se quer prevenir.

**Quadro 20. Profilaxia primária das infecções oportunistas (para evitar o primeiro episódio de doenças).**

CD4	PRIMEIRA ESCOLHA	INDICAÇÃO	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
CD4 < 350 células/mm <sup>3</sup>	Isoniazida 300mg/dia por 6 a 9 meses, ou há possibilidade de uso do novo esquema contendo rifapentina a ser usado uma vez por semana por 12 semanas (para orientações sobre avaliação diagnóstica nessa situação, ver seção Investigação e Tratamento da Infecção Ativa e da Infecção Latente da Tuberculose, nas páginas 60 a 62).	ILTB	É importante completar 270 doses em um período de no máximo 12 meses.
CD4 < 200 células/mm <sup>3</sup> ou presença de candidíase oral ou febre indeterminada com mais de duas semanas de duração ou doença definidora de AIDS	Sulfametoxazol + trimetoprima (800mg/160mg) três vezes por semana. Se o CD4 < 100 células/mm <sup>3</sup> , pode ser feito diariamente.	Pneumocistose e Neurotoxoplasmose	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4 > 200 células/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 200 células/mm <sup>3</sup> .

CD4	PRIMEIRA ESCOLHA	INDICAÇÃO	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
CD4 < 50 células/mm <sup>3</sup>	Azitromicina 1500mg por semana	Micobacteriose atípica	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4 > 50 células/mm <sup>3</sup> por mais de três meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 50 células/mm <sup>3</sup> .

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde: 2018.

### Quadro 21. Profilaxia primária para cada agente etiológico.

AGENTE	INDICAÇÃO	PRIMEIRA ESCOLHA*	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	LT-CD4 ≤ 200 células/mm <sup>3</sup> (ou < 14%) ou presença de candidíase oral ou febre indeterminada com mais de duas semanas de duração ou doença definidora de AIDS	Sulfametoxazol + trimetoprima (800mg/160mg) três vezes por semana (diário, se facilitar a adesão)	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4 > 200 células/mm <sup>3</sup> por mais de três meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 200 células/mm <sup>3</sup> .
<i>Toxoplasma gondii</i>	Pacientes com IgG positiva para toxoplasma e LT-CD4+ < 100 células/mm <sup>3</sup>	Sulfametoxazol + trimetoprima (800mg/160mg) uma vez por dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4 > 200 células/mm <sup>3</sup> por mais de três meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 100 células/mm <sup>3</sup> .

AGENTE	INDICAÇÃO	PRIMEIRA ESCOLHA*	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (tuberculose latente)	PT > 5mm ou IGRA positivo ou história de contato com paciente bacilífero ou radiografia de tórax com cicatriz de TB sem tratamento prévio. Todas as PVHA com contagem de linfócitos T-CD4+ inferior ou igual a 350 células/mm <sup>3</sup> devem receber o tratamento para ILTB, quando a PT não for disponível, desde que afastada tuberculose ativa.	Isoniazida 5mg/kg/dia (dose máxima 300mg/dia) ou Isoniazida 900mg/semana + rifapentina 900mg/semana (3HP) (duração de 12 semanas) ou rifampizina 10mg/kg (dose máxima 600mg/dia) (duração de 4 meses). A associação com piridoxina 50mg/dia pode reduzir o risco de neuropatia.	Duração de, no mínimo 6 meses.
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	LT-CD4+ < 50 células/mm <sup>3</sup>	Azitromicina 1.200mg/semana — na prática, como o comprimido disponível é de 500mg, geralmente se administra 1500mg (3 comp.) por semana, podendo ser em dose única semanal ou distribuída em 3 dias da semana.	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4 > 100 células/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 50 células/mm <sup>3</sup> .
<i>Cryptococcus SP.</i> <i>Histoplasma capsulatum</i>	Não se indica profilaxia primária para criptococose e histoplasmose. Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas ou se expor a fezes de pássaros e morcegos.		

AGENTE	INDICAÇÃO	PRIMEIRA ESCOLHA*	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
Citomegalovírus	Não se indica profilaxia primária. Recomenda-se diagnóstico precoce de retinopatia mediante fundoscopia rotineira de PVHA com LT-CD4+ < 50 células/mm <sup>3</sup> .		
<i>Herpes simplex</i>	Não se indica profilaxia primária.		

**\*Observação:** Para pacientes com alergia à sulfa, ver PCDT. Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

O Quadro 22, a seguir, resume as orientações a respeito da profilaxia secundária, isto é, prevenção de recorrências, a partir dos agentes etiológicos.

**Quadro 22. Profilaxia secundária das infecções oportunistas (prevenção de recorrência).**

AGENTE	PRIMEIRA ESCOLHA*	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Sulfametoxazol + trimetoprima (800mg/160mg) diariamente	Boa resposta à TARV (CV < 40) e com manutenção de LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses
<i>Toxoplasma gondii</i>	Sulfadiazina 1000mg duas vezes ao dia + pirimetamina 25mg uma vez ao dia + ácido fólico 15mg uma vez ao dia	Boa resposta à TARV (CV < 40) com manutenção de LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup> por mais de 6 meses.
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	Claritomicina 500mg duas vezes por dia + etambunol 15mg/kg/dia (máximo 1200mg/dia)	Duração de, no mínimo, 6 meses.

<i>Cryptococcus SP.</i>	Fluconazol 200mg uma vez ao dia	Término do tratamento da criptococose e boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup> por mais de 6 meses.
<i>Isospora belli</i>	Sulfatometoxazol + trimetoprima (800mg/160mg) três vezes por semana	Não há recomendação específica. No entanto, indica-se a suspensão da profilaxia com LT-CD4+ estável > 200 células/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses.
Retinite por citomegalovírus (não indicada rotineiramente para doença gastrointestinal)	Ganciclovir IV 5mg/kg três a cinco vezes por semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 100-150 células/mm <sup>3</sup> por mais de 3-6 meses.

**\*Observação:** Para pacientes com alergia à sulfá, ver PCDT. Fonte: PCDT 2018.

## ABORDAGEM INTEGRAL DA PESSOA COM HIV

### ACONSELHAMENTO PARA HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Com a introdução da TARV, houve uma mudança no padrão de morbimortalidade nas PVHA, com uma redução das mortes por aids e uma maior proporção de mortes e incapacidade por neoplasias não relacionadas ao HIV, doenças respiratórias crônicas e doenças cardiovasculares. Sabe-se que o HIV, por si só, aumenta o risco de neoplasias, de diabetes e de doenças cardiovasculares. Vários antirretrovirais também estão associados a alterações metabólicas e ao aumento do risco cardiovascular, embora os componentes do esquema básico (TDF/3TC + DTG) tenham um perfil metabólico favorável. Pessoas com HIV também têm uma maior prevalência de hábitos de vida associados a uma maior morbimortalidade, em especial o tabagismo. Por esses motivos, uma parte importante do cuidado a essa população deve se centrar na promoção de hábitos de vida saudáveis.

Em relação à alimentação, não há orientações específicas para o HIV, sendo preconizado o padrão descrito no Guia Alimentar para a População Brasileira. Há que se atentar, entretanto, para sinais de insegurança alimentar e desnutrição, que são frequentes em PVHA e podem estar associadas a outras vulnerabilidades, como uso abusivo de álcool e outras drogas, pobreza e viver na rua. Por outro lado, certos antirretrovirais (incluindo o dolutegravir) podem estar associados ao ganho de peso, devendo ser oferecido suporte para perda e/ou manutenção do peso.

Em relação à atividade física, além dos benefícios compartilhados com a população geral, como bem estar, proteção cardiovascular e melhor controle metabólico, as PVHA se beneficiam de uma melhora transitória do sistema imunológico. Não há orientações específicas para a população vivendo com HIV, devendo-se orientar os padrões de atividade física recomendados para a população geral (pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada) ou aqueles associados às comorbidades.

A prevalência de tabagismo entre PVHA é 2-3 vezes aquela da população geral e, atualmente, o tabagismo está associado a uma maior perda de anos de vida na população vivendo com HIV do que a própria infecção. Isso reforça a importância de ações voltadas à cessação do tabagismo nessa população.

## CONTRACEPÇÃO

Os anticoncepcionais orais combinados ou contendo apenas progestágenos (minipílula) interagem com as combinações de antirretrovirais que incluem efavirenz, nevirapina e ritonavir, tendo reduzida sua eficácia contraceptiva. O mesmo ocorre com implantes hormonais. Neste caso, é importante que o médico da atenção primária discuta com a pessoa estas limitações e ofereça métodos mais eficazes. Na presença de interação, esses métodos contraceptivos devem ser utilizados, de preferência, se associados a método de barreira (preservativo).

Não há contraindicação para uso de contraceptivos orais combinados com o esquema básico (TDF/3TC + DTG). É importante, entretanto, um adequado aconselhamento sexual e reprodutivo, para que se possa tomar decisões informadas. Caso haja desejo de prevenir gestação e a pessoa esteja em uso de esquema que interage com anticoncepcionais, o acetato de medroxiprogesterona em depósito e o dispositivo intrauterino (DIU) são os métodos contraceptivos preferenciais, pois não têm sua eficácia reduzida pelo uso de antirretrovirais.

Para a contracepção de emergência, os métodos de escolha são o levonorgestrel 1,5mg ou o DIU de cobre, se utilizados até cinco dias após a relação desprotegida.

## PLANO DE GESTAÇÃO

- As pessoas com HIV devem ser aconselhadas quanto à possibilidade de gestação futura e à importância de que ela seja planejada, para evitar transmissão do HIV para a parceria e o bebê.
- O profissional de saúde deve acolher o desejo de ter filhos das pessoas vivendo com HIV de forma empática, evitando juízo de valor.
- Idealmente, a pessoa com HIV deve estar em uso de antirretroviral ininterrupto, com carga viral indetectável há, pelo menos, seis meses, CD4 elevado, sem outras infecções sexualmente transmissíveis em atividade. Nessas condições, o risco de transmissão é nulo.
- Para casais sorodiferentes, pode-se considerar usar profilaxia pré-exposição antes da relação sexual desprotegida.

## AVALIAÇÃO E MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR

A infecção pelo HIV e o uso de antirretrovirais estão associados a um aumento no risco cardiovascular. O foco da prevenção de doenças cardiovasculares nesses pacientes deve ser em medidas não farmacológicas e, para pacientes identificados como tendo risco elevado, uso de estatinas.

A sinvastatina interage com diversos antirretrovirais, porém não com aqueles que constam no esquema básico (TDF/3TC + DTG). Caso seja prescrito esquema que interage com a sinvastatina, deve ser utilizada atorvastatina, que é disponibilizada pelo programa de IST/aids.

Um bom controle dos demais fatores de risco cardiovasculares, em especial a hipertensão, é de grande importância. Deve-se atentar para a função renal, uma vez que o tenofovir não deve ser usado em pacientes com perda de função renal. Esquemas contendo efavirenz, nevirapina, lopinavir e darunavir interagem com bloqueadores de canais de cálcio e betabloqueadores, que podem ter seus níveis séricos reduzidos, necessitando de ajuste de dose.

## RASTREIOS ONCOLÓGICOS

O rastreamento para o câncer do colo uterino difere para a população com HIV, uma vez que a imunossupressão acelera a evolução das lesões precursoras para câncer invasivo. Deve ser iniciado após o início da vida sexual, sendo realizado, inicialmente, com intervalo de seis meses no primeiro ano e, após, anual. Se o CD4 estiver abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, o exame deve ser realizado a cada seis meses enquanto se aguarda o aumento do CD4. Destaca-se que essa orientação também se aplica a mulheres lésbicas e bissexuais, bem como a pessoas transmasculinas que mantêm o colo uterino, desde que tenham história prévia de prática sexual penetrativa vaginal. O rastreamento para as demais neoplasias não difere daquele preconizado para a população geral.

## PARTICULARIDADES RELACIONADAS A PVHA QUE TÊM DIABETES

As pessoas vivendo com HIV têm uma maior prevalência de diabetes do que a população geral, seja por uma maior presença de fatores de risco, seja por efeitos diretos da infecção e do seu tratamento com antirretrovirais. Como o diabetes é fator de risco importante para nefropatia, deve-se ter uma atenção ainda maior para a função renal nesses pacientes, uma vez que o tenofovir não deve ser usado em pacientes com perda de função renal. Além disso, o dolutegravir interage com a metformina, aumentando seus níveis séricos; deve-se, portanto, almejar uma dose máxima de 1000mg de metformina por dia.

## IMUNIZAÇÕES

O Quadro 23 resume as orientações sobre vacinas em PVHA.

### Quadro 23. Vacinas indicadas para pessoas vivendo com HIV.

VACINA	RECOMENDAÇÃO	LOCAL DE VACINAÇÃO
Tríplice viral	Uma ou duas doses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup>	Unidades de saúde

VACINA	RECOMENDAÇÃO	LOCAL DE VACINAÇÃO
Varicela	Duas doses com intervalo de três meses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup>	CRIE*
Febre amarela	Individualizar o risco/benefício conforme a situação imunológica do paciente e a situação epidemiológica da região e, em caso de exposição, vacinar quando LT- CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup>	Unidades de saúde
Hepatite A	Duas doses (0 e 6 meses) em indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo), portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C	CRIE
Hepatite B	Dose dobrada, administrada em quatro doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses) em todos os indivíduos suscetíveis à hepatite B (anti-HBc negativo, anti-HBs negativo)	Unidades de saúde
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza	Unidades de saúde
Dupla Adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos	Unidades de saúde
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados	CRIE
<i>Streptococcus pneumoniae</i> conjugada (13-petavalente) Pneumo 13	Uma única dose — idealmente antes de realizar a Pneumo 23 (que é recomendada 8 semanas após Pneumo 13)	CRIE

VACINA	RECOMENDAÇÃO	LOCAL DE VACINAÇÃO
<i>Streptococcus pneumoniae</i> polissacarídica (23-petavalente) Pneumo 23	Uma dose para indivíduos com contagem de LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup> e apenas um reforço após cinco anos	CRIE
HPV	Indivíduos entre 9 e 45 anos de idade — três doses (0, 2, 6 meses)	Unidades de saúde
Covid-19	A depender do fabricante	Unidades de saúde

\*CRIE: Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais. Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018, atualizado com base nas notas técnicas posteriores.

## ASPECTOS EMOCIONAIS E TRANSTORNOS MENTAIS

Problemas de saúde mental tendem a ser mais frequentes em pessoas com HIV do que na população geral. Essa associação pode ser explicada, em parte, pela própria predisposição que pessoas com certos transtornos mentais têm de se exporem a situações de risco para o HIV. Além disso, pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV estão expostas ao estigma, isolamento e discriminação, bem como à necessidade de encarar uma infecção de curso crônico e tratamento a longo prazo, o que predispõe a sintomas de depressão e ansiedade.

Os transtornos mentais mais frequentes associados ao HIV são depressão e transtorno de ansiedade generalizada. Antes de fazer o diagnóstico desses transtornos, é importante avaliar se os sintomas são decorrentes da infecção pelo HIV ou do uso de medicações. Por exemplo, o efavirenz e a zidovudina podem desencadear sintomas depressivos. Vários antirretrovirais estão associados à diminuição do apetite e à perda de peso em decorrência dos efeitos adversos gastrointestinais.

A abordagem da depressão associada ao HIV segue a mesma linha da abordagem da depressão associada à doença crônica e é descrita no Guia de Referência Rápida de Depressão em Adultos. A abordagem do transtorno de ansiedade generalizada é descrita em maiores detalhes no Guia de Referência Rápida de Ansiedade Generalizada e Transtorno do Pânico em Adultos.

Casos com maior dificuldade de abordagem, especialmente quando os problemas emocionais estiverem afetando o manejo da doença ou a funcionalidade do paciente, podem se beneficiar de discussão com a equipe de matriciamento em saúde mental.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Para a prevenção primária da infecção pelo HIV devem-se priorizar atividades em grupo ou ações de promoção da saúde realizadas na comunidade, focando na promoção da sexualidade saudável, em comportamentos de risco e na orientação sobre o uso correto de preservativos. Ao atender pacientes que apresentam comportamentos de risco, essas orientações devem ser enfatizadas. Uma situação especialmente relevante para essas orientações é quando o paciente pede para realizar o exame anti-HIV e o resultado é negativo.

Para pessoas já com diagnóstico de HIV, deve ser feita educação em saúde nas consultas individuais, promovendo o autocuidado e a autonomia. É importante que o paciente compreenda o modo de transmissão da infecção, a importância do acompanhamento regular e da adesão aos antirretrovirais, bem como o significado do CD4 e da carga viral.

O modo como é transmitida a informação é de suma importância. Deve-se sempre partir das necessidades e dúvidas do paciente, evitando longas explanações padronizadas e distantes da sua realidade. Ao final de cada informação nova, deve-se verificar a compreensão por parte do paciente.

O fornecimento de materiais informativos e a indicação de sites na internet (p.ex.: o portal [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), do Ministério da Saúde) são extremamente úteis.

## ASPECTOS LEGAIS E PREVIDENCIÁRIOS

- A exigência de testagem para HIV nos exames de admissão, permanência ou demissão é ilegal e constitui ato de discriminação. No caso de discriminação no trabalho por parte de empresa privada, recomenda-se registrar o ocorrido na Delegacia do Trabalho mais próxima.
- O trabalhador portador do vírus HIV ou o trabalhador que possuir dependente portador do vírus HIV tem direito a realizar o saque do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bastando anexar à documentação o atestado médico contendo o CID da doença.
- O trabalhador portador do vírus HIV e que seja portador da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), levando à incapacitação para o trabalho, tem direito a auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, após avaliação por médico perito. Caso receba aposentadoria por invalidez, deve passar por nova perícia a cada dois anos. O benefício deixa de ser oferecido quando o trabalhador recuperar a capacidade para o trabalho.
- A pessoa com HIV, cuja doença o incapacita para a vida independente e para o trabalho e cuja renda per capita da família não ultrapassa um quarto do salário mínimo, tem direito ao Benefício da Prestação Continuada (BPC/LOAS), que consiste no pagamento de um salário mínimo mensal. Para o reconhecimento do benefício, deve-se agendar atendimento na agência do INSS mais próxima de sua residência pelo telefone 135 ou pela internet ([www.previdencia.gov.br/](http://www.previdencia.gov.br/)). Os formulários a serem preenchidos também estão disponíveis neste site.
- Pessoas com aids, com incapacitação para o trabalho, têm direito à isenção do imposto de renda de seu auxílio doença ou aposentadoria.
- Os portadores do HIV que residem no município do Rio de Janeiro têm direito ao RIOCARD, com oferta de 60 passagens por mês.
- Os profissionais do serviço social que compõem o NASF-AB podem auxiliar na garantia dos direitos das PVHA.
- No Rio de Janeiro existem diversas ONGs que oferecem apoio às pessoas com HIV. Uma listagem dessas ONGs está disponível no site [www.aids.gov](http://www.aids.gov).

## **ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM HIV PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

### **QUANDO NO SEU MANEJO CLÍNICO O DENTISTA DEVE SUSPEITAR DO HIV?**

Pacientes com lesões orais características de imunossupressão devem ser submetidos a teste rápido de HIV, para eliminar a suspeita da infecção. Principais lesões associadas: candidíase oral, sendo mais comum a forma pseudomembranosa, doenças periodontais (gingivite ulcerativa necrosante e periodontite ulcerativa necrosante), herpes simples (gingivoestomatite herpética), sarcoma de Kaposi, leucoplasia pilosa.

### **MANEJO DAS CONDIÇÕES MAIS COMUNS ASSOCIADAS AO HIV**

O dentista da equipe de saúde bucal da unidade de atenção primária deve ser a principal referência para o cuidado em saúde bucal das pessoas com HIV, devendo coordenar o cuidado com os Centros de Especialidade Odontológicas, quando indicado. Para o manejo e orientação sobre encaminhamentos dos principais problemas de saúde bucal em pessoas com HIV (ver Quadro 13, nas páginas 86 e 87).

### **COMO O HIV INTERFERE NO CUIDADO ODONTOLÓGICO?**

Para a realização de procedimentos odontológicos, o paciente deve ser atendido sob os mesmos cuidados dispensados a qualquer outro indivíduo. Quando o paciente apresentar carga viral elevada e CD4 baixo, o caso deve ser discutido com o médico da equipe antes da realização de procedimentos cruentos. Quando possível, deve-se priorizar aguardar a supressão da carga viral.

O tratamento odontológico básico pode ser feito pelo dentista da APS, sendo encaminhado para atenção especializada somente os casos de lesões que precisam ser submetidas à biópsia para confirmação de diagnóstico, como, por exemplo, um sarcoma de Kaposi.

## REFERÊNCIAS

BC Centre for Disease Control (BCCDC). **BCCDC Communicable Disease Control Manual**. Chapter 5. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>. Acesso em: 30 de novembro de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis — IST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo hiv em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria em Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Matthews P, Madge S, Singh S, Theobald N. **HIV in primary care**. MEDFASH; 2016.

Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. **Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews**. *Addiction* 2010;105:844–59.

Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. **Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015;68:337–44.

Weller S, Davis K. **Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission**. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD003255.

World Health Organization (WHO). **Key facts HIV**. July 2022. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/key-facts-hiv-2021-26july2022.pdf?sfvrsn=8f4e7c93\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/key-facts-hiv-2021-26july2022.pdf?sfvrsn=8f4e7c93_5). Acesso em: 16 de novembro de 2022.

## ANEXOS

### ANEXO 1. ANTIRRETROVIRAIS DISPONÍVEIS NA REDE

Os antirretrovirais atuam em diversas etapas da ação do vírus do HIV. O quadro a seguir sumariza os antirretrovirais disponíveis para tratamento, no Brasil.

ANTIRRETROVIRAIS PARA ADOLESCENTES E ADULTOS E SUAS DOSES	
ANTIRRETROVIRAIS	POSOLOGIA
<b>INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA ANÁLOGOS DO NUCLEOSÍDEO (ITRN)</b>	
Zidovudina (AZT)	300mg 12/12h
Lamivudina (3TC)	150mg 12/12h ou 300mg 1x/dia
Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	1 comp. combinado 12/12h
Tenofovir + Lamivudina (TDF + 3TC)	1 comp. combinado 1x/dia
Tenofovir (TDF)	300mg 1x/dia
Abacavir (ABC)	300mg 12/12h ou 600mg 1x/dia

## ANTIRRETROVIRAIS PARA ADOLESCENTES E ADULTOS E SUAS DOSES

ANTIRRETROVIRAIS	POSOLOGIA
<b>INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA NÃO ANÁLOGOS DO NUCLEOSÍDEO (ITRNN)</b>	
Efavirenz (EFZ)	600mg 1x/dia
Nevirapina (NVP)	200mg ao dia por 14 dias — se não aparecer rash, aumentar para 200mg de 12/12h
Etravirina (ETR)	200mg 2x/dia
<b>COMBINAÇÃO 3 EM 1</b>	
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	1 comp. 1x/dia
<b>INIBIDORES DE PROTEASE (IP)</b>	
Atazanavir (ATV)	300mg 1x/dia (se associado com RTV)
Darunavir (DRV)	600mg 12/12h ou 800mg 1x/dia
Ritonavir (RTV)	100mg/d (sempre associado a outro IP) ou 100mg de 12/12h, se associado ao DRV 600mg 2x/dia

ANTIRRETROVIRAIS PARA ADOLESCENTES E ADULTOS E SUAS DOSES	
ANTIRRETROVIRAIS	POSOLOGIA
<b>INIBIDORES DA INTEGRASE</b>	
Raltegravir	400mg 12/12h
Dolutegravir (DTG)	50mg 1x/dia ou 50mg 12/12h (para alguns casos de interação medicamentosa)
<b>INIBIDORES DE ENTRADA</b>	
Maraviroque (MVQ)	Com IP, exceto TPV/r, 150mg 12/12h — com EFZ ou ETR, s/ IP, 600mg 12/12h — com DRV/r+ ETR ou EFZ + IP/r (exceto TPV/r) 150mg 12/12h — TPV/r ou NVP, TDF, Biovir, s/ IP, Raltegravir, 300mg 12/12h
Enfuvirtida (ENF) (T-20)	1 amp 12/12h (SC)

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

## ANEXO 2. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Os quadros a seguir resumem as interações medicamentosas com o dolutegravir e o tenofovir, do esquema básico. Não há interações medicamentosas relevantes com a lamivudina. Para uma avaliação mais completa das interações medicamentosas com antirretrovirais, sugere-se utilizar a ferramenta iChart da Universidade de Liverpool, acessível via aplicativo em *smartphones* e pelo site <https://www.hiv-druginteractions.org/checker>.

## INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DO DOLUTEGRAVIR

MEDICAÇÕES	DOLUTEGRAVIR
Rifampicina	Potencial interação que exige ajuste de dose e monitoramento frequente.
Extrato de óleo de erva de São João	Este medicamento não deve ser coadministrado.
Dofetilida	O dolutegravir aumenta os níveis séricos de dofetilida. Não coadministrar.
Metformina	O dolutegravir aumenta os níveis séricos de metformina. Deve-se considerar o ajuste de dose da metformina ao iniciar ou interromper o uso de dolutegravir.
Fenitoína, fenobarbital, carbamazepina	Diminuem os níveis sérico de dolutegravir, nesse caso usamos 1 comprimido de DTG de 12/12 horas.
Suplementos alimentares que contêm cálcio ou ferro	Quando administrados simultaneamente, os suplementos podem diminuir os níveis séricos de dolutegravir. Deve-se administrar o dolutegravir duas horas antes ou seis horas após a administração dos suplementos.
Rifampicina	Diminui os níveis séricos de dolutegravir — nesse caso, usamos 1 comprimido de DTG de 12/12 horas.
Nevirapina	Coadministração não estudada. Potencialmente, a nevirapina pode diminuir os níveis séricos de dolutegravir. Não coadministrar.

**Observação:** Para consulta detalhada das interações possíveis entre os medicamentos utilizados, consultar a tabela “Interações Medicamentosas entre ARV e outros medicamentos do PCDT 2018 / anexo B”.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DO TENOFOVIR	
MEDICAÇÕES	TENOFOVIR
Ganciclovir / Valganciclovir	A concentração sérica desses e/ou do TDF pode aumentar — monitorar toxicidade.
Raltegravir	AUC RAL ↑ 49%, Cmax ↑ 64%. Não necessita de ajustes de doses.
Atazanavir	AUC ATV ↓ 25% e Cmin ↓ 23%-40% (maior Cmin com RTV) AUC TDF ↑ 24%-37%
Darunavir	Significado clínico desconhecido — monitorar toxicidade do TDF.



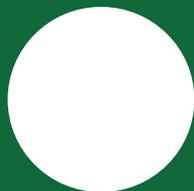


**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**  
**Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)**  
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar, Cidade Nova — Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110  
[www.prefeitura.rio/web/sms](http://www.prefeitura.rio/web/sms)



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

ISBN: 978-65-86417-24-1



**Saúde**  
**Pública**  
Carioca

