



GUIA RÁPIDO PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS

Prevenção, diagnóstico e tratamento descentralizado
na Atenção Primária a Saúde



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



GUIA RÁPIDO PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS

**Prevenção, diagnóstico e tratamento descentralizado
na Atenção Primária a Saúde**



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



LISTA DE ABREVIATURAS

3TC – Lamivudina
AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida
ALT – Alanina aminotransferase
APS – Atenção Primária à Saúde
ARV – Antiretrovirais
AST – Aspartato aminotransferase
CD4 – Linfócitos T CD4+
CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
CT – Colesterol total
CV – Carga viral
CV-HIV – Carga viral
DTG – Dolutegravir
FA – Fosfatase alcalina
FRAX – ferramenta para avaliação de risco de fratura
HAV – vírus da hepatite A (hepatitis A vírus)
HBV – vírus da hepatite B (hepatitis B virus)
HCV – vírus da hepatite C (hepatitis C virus)
HDL – lipoproteína de alta densidade (high density lipoprotein)
HIV – Vírus da imunodeficiência humana
HTLV – vírus T linfotrópico humano (human T lymphotropic virus)
ILTB – infecção latente da tuberculose
IMC – índice de massa corpórea
ISTs – Infecções sexualmente transmissíveis

LT-CD4 – Linfócitos T CD4+
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP – Profilaxia pós exposição
PPD – Purified Protein Derivative/ Prova tuberculínica ou Mantoux
PrEP – Profilaxia pré exposição
PVHIV – Pessoas vivendo com HIV
RCV – Risco cardiovascular
SAE – Serviço de Atenção Especializada
SRA – Síndrome retroviral aguda
TARV – Terapia antirretroviral
TB – Tuberculose
TDF – Tenofovir
TFG – Taxa de filtração glomerular
TR1 – Teste rápido 1
TR2 – Teste rápido 2
VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
PROFSAÚDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família
Contato: profsaude@ufcspa.edu.br (51) 3303-8794
Rua Sarmento Leite, 245, Centro, Porto Alegre-RS

Autor

Cesar Augusto da Silva

Orientadora

Daniela Cardoso Tietzmann

Colaboração

Ana Flor Hexel Cornely
Gabriela Tizianel de Carvalho
Gustavo Albino Pinto Magalhães
Maria Letícia Ikeda
Ney Bragança Gyrão
Thiago Cherem Morelli

Projeto gráfico, design, diagramação e capa

Paola Löw Pagliarini

Espaço para ficha catalográfica

SUMÁRIO

Introdução	6
Cuidado Centrado na Pessoa	7
História natural da infecção	8
Promoção e Prevenção	9
Profilaxia pós exposição (PEP)	11
Profilaxia pré exposição (PrEP)	15
Diagnóstico	18
Notificação	21
Comunicação e testagem para HIV	21
Aconselhamento pré-teste	22
Aconselhamento pós-teste	23
Comunicando um resultado positivo	25
Comunicando um resultado negativo	26
Avaliação inicial da PVHIV na APS	26
Avaliação do grau de preparação da pessoa para iniciar TARV	26
Avaliação clínica inicial	29
Exame físico	30
Exames complementares iniciais	32

Investigação de tuberculose	34
Rastreamentos	34
Risco cardiovascular	34
Rastreamento de neoplasias	35
Avaliação de massa óssea	36
Imunizações	36
Profilaxia primária	43
Tratamento da Infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB)	44
Tratamento com antirretrovirais na APS	49
Esquema de primeira linha	49
Situações de exceção ao esquema preferencial	50
Situação de início de tratamento em gestantes e mulheres vivendo com HIV em idade fértil com intenção de engravidar	51
Efeitos adversos	52
Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR)	54
Periodicidade das consultas	54
Monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV utilizando contagem de LT-CD4 e Carga Viral	56
Exames complementares e avaliações de seguimento clínico	57
Falha virológica	59
Critérios para encaminhamento a serviço especializado	61

Situações que exigem brevidade no início de ARV	62
Anexos	64
Referências Bibliográficas	66

INTRODUÇÃO

Este guia de consulta rápida é direcionado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e foi elaborado como parte integrante de projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Seu objetivo é servir como ferramenta de fácil acesso e disponibilidade para o manejo adequado da infecção pelo HIV na APS.

Os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) surgiram na década de 1980 nos Estados Unidos. A síndrome foi descrita em uma série de casos de pessoas que desenvolveram infecções e neoplasias pouco comuns na população em geral, sugerindo um estado de imunossupressão grave. Em 1983 o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi identificado e percebeu-se que sua infecção em estágio tardio levava à imunodeficiência avançada. Isso ocorre, pois, seu principal alvo são os linfócitos T CD4+ (1) (2).

Em 1985 surgiram os testes sorológicos para anticorpos anti-HIV (3) e em 1987 os primeiros medicamentos antirretrovirais (4). A terapia combinada só passou a ser uma realidade a partir de 1996 e resultou em uma melhora expressiva na morbimortalidade (1).

Após décadas o conhecimento sobre HIV e Aids evoluiu muito. Dispomos de ferramentas que permitiram capilarizar o cuidado às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e que vão desde o diagnóstico ao tratamento. Os testes rápidos permitem diagnóstico em poucos minutos com fácil acesso e disponibilidade. Os esquemas medicamentosos modernizaram-se, permitindo simplificações posológicas, facilitando adesão, reduzindo o número de casos de resistência e de efeitos colaterais aos antirretrovirais. Houve também uma ampliação dos critérios para início de tratamento, pois percebeu-se os benefícios individuais e coletivos da terapia antirretroviral (TARV). A recomendação de início da TARV a todas as PVHIV, independentemente do CD4, é uma realidade desde 2013 no Brasil. Essa estratégia permitiu redução na transmissão, com impacto importante sobre morbimortalidade.

Atualmente a infecção pelo HIV é vista como uma condição de saúde crônica, na qual muitas pessoas diagnosticadas vivem com o vírus, em uso de TARV e com qualidade de vida. O aumento na expectativa de vida também

passou a modificar o perfil das pessoas em acompanhamento de saúde, que à medida que envelhecem passam a apresentar outras comorbidades como hipertensão e diabetes.

O papel da APS no cuidado às PVHIV foi se ampliando com o passar dos anos. Inicialmente centrado nas ações de conscientização e prevenção, progressivamente foi incorporando novos elementos, como os testes rápidos para HIV e outras ISTs que passaram a ser disponibilizados em 2012 nas unidades básicas de saúde (5).

Mais recentemente a APS passa a ter papel assistencial, possibilitando o início do tratamento e acompanhamento de pacientes através de um manejo descentralizado. Isso só foi possível graças a construção de protocolos baseados em evidência de fácil entendimento e possíveis de serem aplicados na APS(6).

A Atenção Primária organiza-se em uma lógica amparada em princípios como primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem ampliada e competência cultural (5). Nesse sentido, a APS é capaz de desenvolver papel chave em estratégias de saúde pública que contemplem as PVHIV, pois podem atuar no nível de diagnóstico precoce e permitir início da TARV com retenção da pessoa ao serviço.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

Entender a pessoa como um indivíduo único, complexo e que se insere em um contexto familiar, social, econômico e educacional próprio é de grande importância para se estabelecer um vínculo entre a pessoa e o serviço de saúde. Compreender suas ideias, sentimentos, o impacto do diagnóstico em sua funcionalidade e as expectativas geradas sobre o tratamento e seguimento é importante para a individualização do cuidado (7).

O compartilhamento de decisões deve ser exercido sempre que possível, sendo papel do profissional de saúde disponibilizar informações de qualidade e baseadas em evidências para que a pessoa possa guiar suas decisões (8).

Uma boa comunicação é essencial ao acompanhamento e deve ficar claro à pessoa que seu direito ao sigilo será

respeitado e que esta se encontra em um ambiente seguro para conversar.

HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO

A infecção aguda, denominada Síndrome Retroviral Aguda (SRA), é raramente diagnosticada devido a sua inespecificidade, podendo ser confundida com diversas outras infecções virais. Entre 50 e 90% dos indivíduos infectados apresentarão sintomas agudos e autolimitados, geralmente iniciados entre 5 e 15 dias após a contaminação e com duração de até 4 semanas (9,10).

A SRA apresenta manifestações clínicas inespecíficas como febre, sudorese, linfonodomegalia, esplenomegalia, faringite, astenia, mialgia, exantema e cefaleia. Sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreia podem estar presentes também (9,10).

Após findos os sintomas referentes à SRA, a infecção pelo HIV entra em uma fase de latência clínica, na qual o exame físico costuma não apresentar grandes alterações, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir. Nesta fase algumas alterações laboratoriais podem estar presentes, sendo a plaquetopenia um achado comum. Além disso a anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leve podem ser encontradas (9,10).

Com o passar dos anos a contagem de LT-CD4+ vai declinando e a infecção progredindo, levando a episódios mais frequentes de infecções bacterianas (pneumonias, sinusite, bronquite), lesões orais (leucoplasia oral pilosa), herpes zoster e candidíase oral (9,10).

O surgimento de infecções oportunistas e neoplasias ou a constatação de valores de LT-CD4+ abaixo de 350 céls/mm³, mesmo sem sintomas, é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). A Aids diz respeito a um estado mais avançado de imunossupressão, no qual infecções passam a ser mais prevalentes, como por exemplo a pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica, meningite por criptococo e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comumente observadas são o Sarcoma de Kaposi, o linfoma não

Hodgkin e o câncer de colo uterino (9,10).

Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos (10).

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Prevenção combinada do HIV: É o uso combinado de intervenções biomédicas (por exemplo, PEP e PrEP), comportamentais e estruturais aplicadas a cada indivíduo, considerando as relações, os contextos e os grupos sociais a que estes pertencem, com ações que atendam às suas necessidades e especificidades em relação à prevenção da transmissão do vírus HIV e ao cuidado integral. Cada indivíduo, junto com o profissional de saúde, possui a capacidade de escolher os métodos preventivos mais adequados à sua realidade e às suas necessidades. Nenhum método de prevenção isolado é totalmente eficaz. A combinação de várias estratégias de prevenção, de acordo com as necessidades e estilo de vida de cada um, é a melhor forma de prevenção (11).

As diversas estratégias de prevenção são reunidas na mandala de prevenção combinada, que engloba ações como uso de preservativos, profilaxias, imunizações, testagem e tratamento para ISTs e HIV, bem como medidas de redução de danos voltadas a evitar compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis.

O tratamento para HIV entra como medida de prevenção, pois hoje sabe-se que pessoas aderentes ao tratamento e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitem o vírus a outros, conceito conhecido como indetectável = intransmissível ou I=I (12)

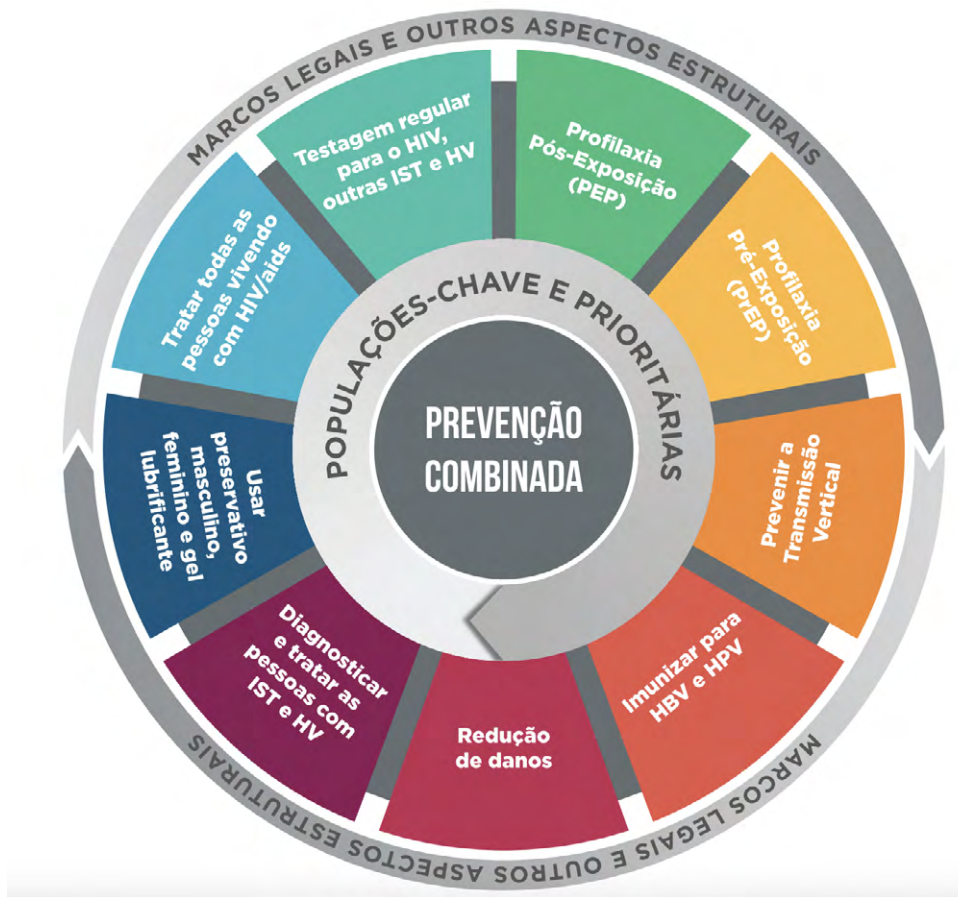


Figura 1: Mandala da prevenção combinada

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO (PEP)

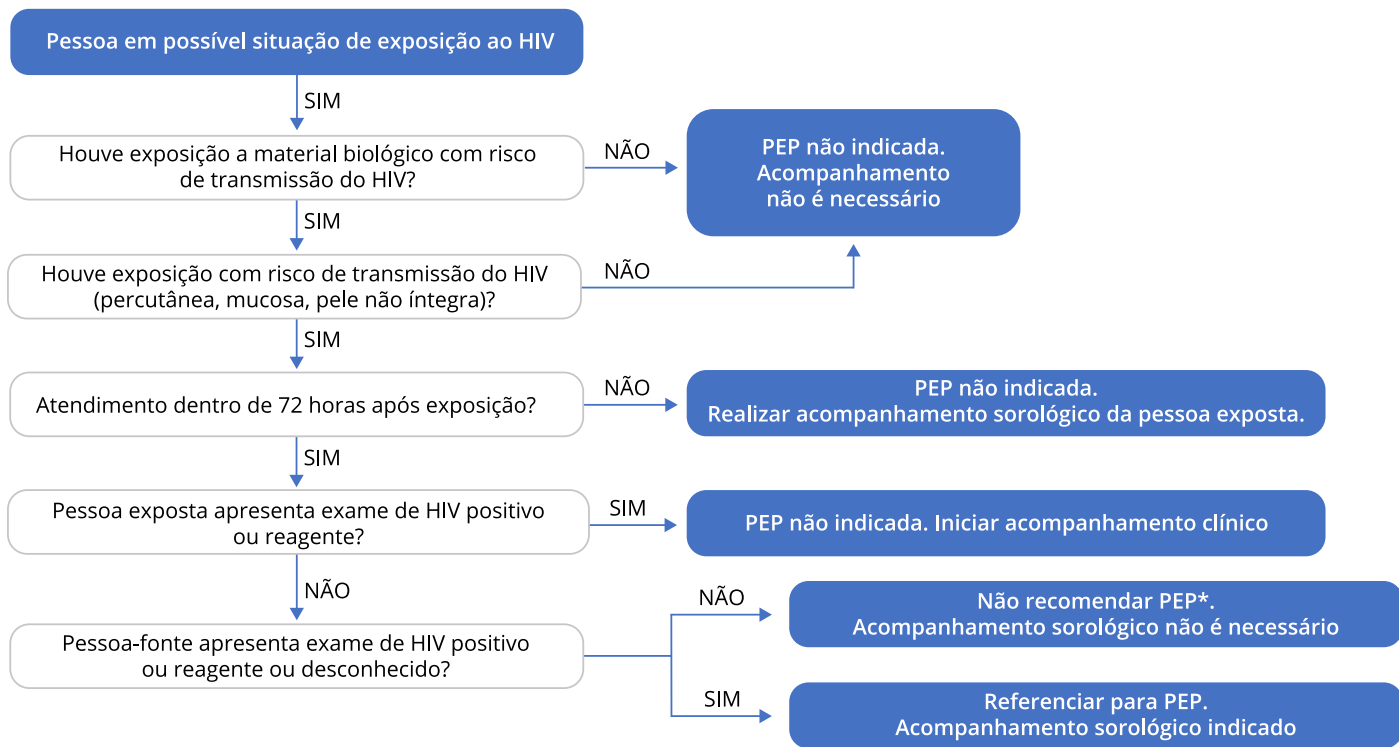
As intervenções biomédicas incluem estratégias que evitem a transmissão do HIV. Dentre essas intervenções temos as profilaxias pré e pós exposição.

A profilaxia pós exposição (PEP) inclui medidas a serem implementadas após exposição sexual consentida, estupro ou acidente perfuro cortante. É importante atentar também ao risco de infecção por outras ISTs como sífilis, clamídia, gonorreia, hepatite B e C, bem como ao risco de gestação indesejada nos casos de exposição sexual (13).

Avaliar indicação de PEP inclui analisar o tipo de material biológico, tipo de exposição, situação sorológica da pessoa exposta e da pessoa fonte e o tempo transcorrido desde a exposição (13).

São considerados materiais biológicos com risco: sangue, sêmen, fluidos vaginais, líquidos de serosas (peritoneal, pleural e pericárdico), líquido amniótico, líquido, líquido sinovial e leite materno (13).

São consideradas com risco as exposições percutâneas (lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurocortantes), envolvendo membranas mucosas (exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca), cutâneas envolvendo pele não íntegra e mordedura com presença de sangue (13).



*PEP poderá ser indicada se a pessoa-fonte tiver exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à janela imunológica.

Figura 2: Fluxograma para PEP. Fonte: PCDT PEP 2021 (13)

A PEP deve ser iniciada em até 72 horas, o mais precocemente possível e é feita com o uso diário de 1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg ao dia por 28 dias (13). Este esquema é o esquema preferencial para pessoas acima de 6 anos.

Em Porto Alegre a avaliação, prescrição e acompanhamento de PEP é feita durante a semana e em horário comercial nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) a seguir:

SAE Centro - Santa Marta

Rua Capitão Montanha, 27 - 5º Andar

Fone: 3289.2926 e 3289.2925

Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

SAE Centro de Saúde Vila dos Comerciantes - Área 11

Rua Moab Caldas, 400

Fone: 3289.4082, 3289.4051 e 3289.4050

Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

SAE Centro de Saúde IAPI - Área 12

Rua Três de Abril, 90

Fone: 3289.3435 e 3289.3414

Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

Para atendimentos fora de horário comercial e em fins de semana o atendimento ocorrerá nos pronto-atendimentos a seguir:

Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro

Estrada João de Oliveira Remião, 5110 - Parada 12

Fone: 3289.8245 e 3289.8243

Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

Rua Professor Manoel Lobato, 151

Fone: 3289.4016

Pronto Atendimento Bom Jesus

Rua Bom Jesus, 410

Fone: 3289.5438 e 3289.5404

UPA - Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar

Rua Jeronimo Velmonovitz, esquina com Av. Assis Brasil

Fone: 3368.1619

Hospital da Restinga

Estrada João de Oliveira Remião, 3700

Fone: 3394.4700

PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO (PrEP)

A PrEP consiste no uso regular e diário de antirretrovirais, diminuindo a chance de transmissão do HIV nas populações de maior risco (9,14). A avaliação dos critérios de elegibilidade deve ser feita e levam em consideração exposição a parcerias com sorologia positiva ou desconhecida e a histórico de ISTs recentes(14).

Para a indicação do uso de PrEP é premente excluir clínica e laboratorialmente, o diagnóstico prévio da infecção pelo HIV. Caso seja confirmada a infecção pelo HIV, a PrEP não está mais indicada (14).

Também é contraindicado o uso da PrEP em pessoas com clearance de creatinina abaixo de 60 mL/min, sendo recomendada a coleta de exame de creatinina no primeiro encontro. Pessoas sem histórico ou fator de risco para doença renal não devem ter o início da PrEP atrasado enquanto se aguarda o resultado do exame (14).

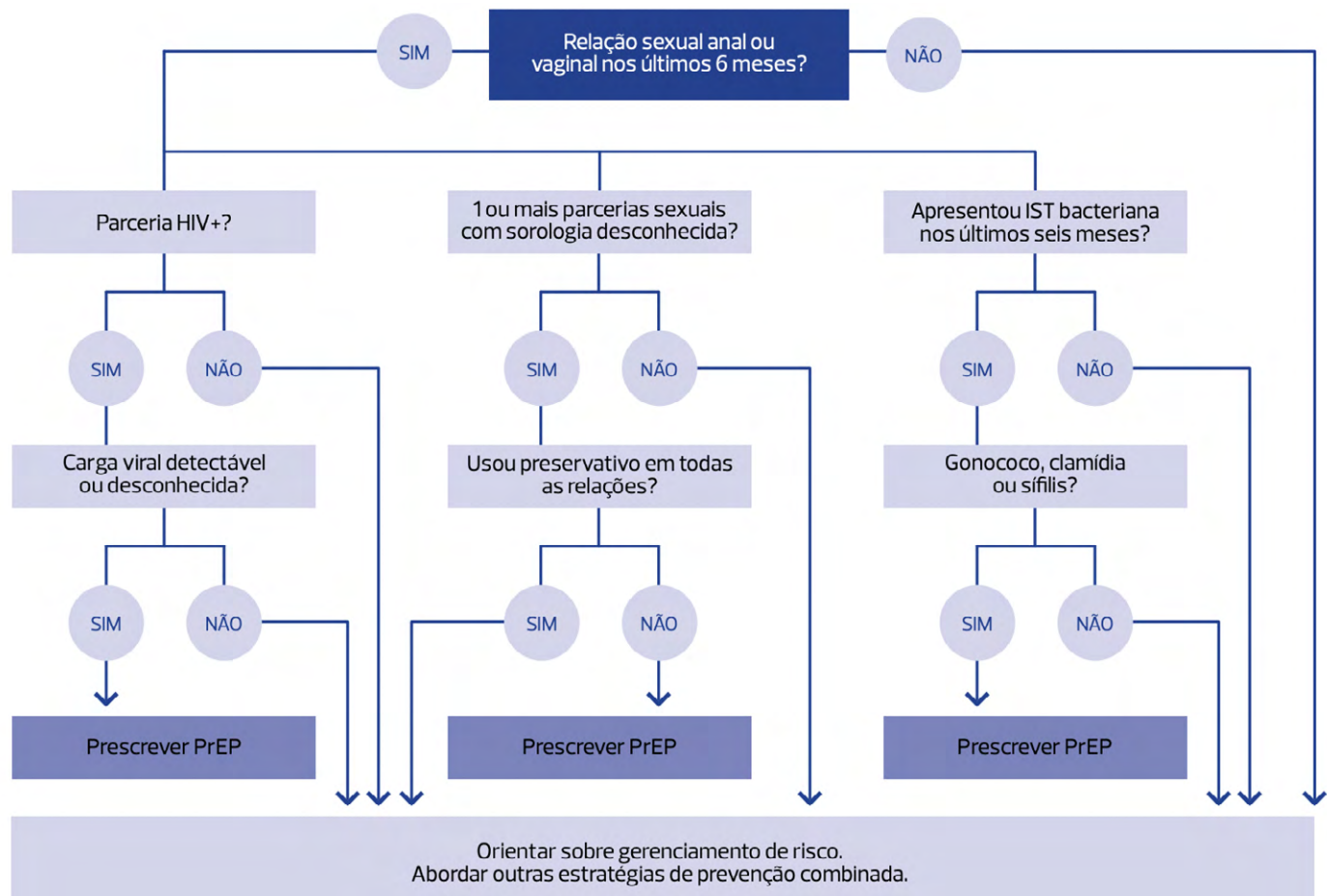


Figura 3: Fluxograma para PrEP. Fonte: DCCI/SVS/MS (14).

O uso diário e regular do medicamento é fundamental para a proteção contra infecção pelo HIV, sendo uma estratégia segura, eficaz e com raros eventos adversos. Entretanto, a PrEP não previne as demais ISTs ou hepatites virais, sendo necessário, portanto, orientar a pessoa sobre o uso de preservativos e outras formas de prevenção (14).

Em Porto Alegre a PrEP é oferecida nos SAEs. O atendimento ocorre somente durante a semana e em horário comercial. O tratamento e acompanhamento laboratorial para usuários de PrEP deve ser realizado nos locais de referência em PrEP, que estão listados a seguir:

SAE Centro - Santa Marta

Rua Capitão Montanha, 27 - 5º Andar

Fone: 3289.2926 e 3289.2925

Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

SAE Centro de Saúde Vila dos Comerciantes - Área 11

Rua Moab Caldas, 400

Fone: 3289.4082, 3289.4051 e 3289.4050

Horário: 8h às 12h - 13h30min às 16h30min

SAE Centro de Saúde IAPI - Área 12

Rua Três de Abril, 90

Fone: 3289.3435 e 3289.3414

Horário: 8h às 12h -13h30min às 16h30min

É importante orientar os usuários que são necessários 7 dias de PrEP para alcançar a eficácia na profilaxia para sexo anal e 20 dias para sexo vaginal (9,14).

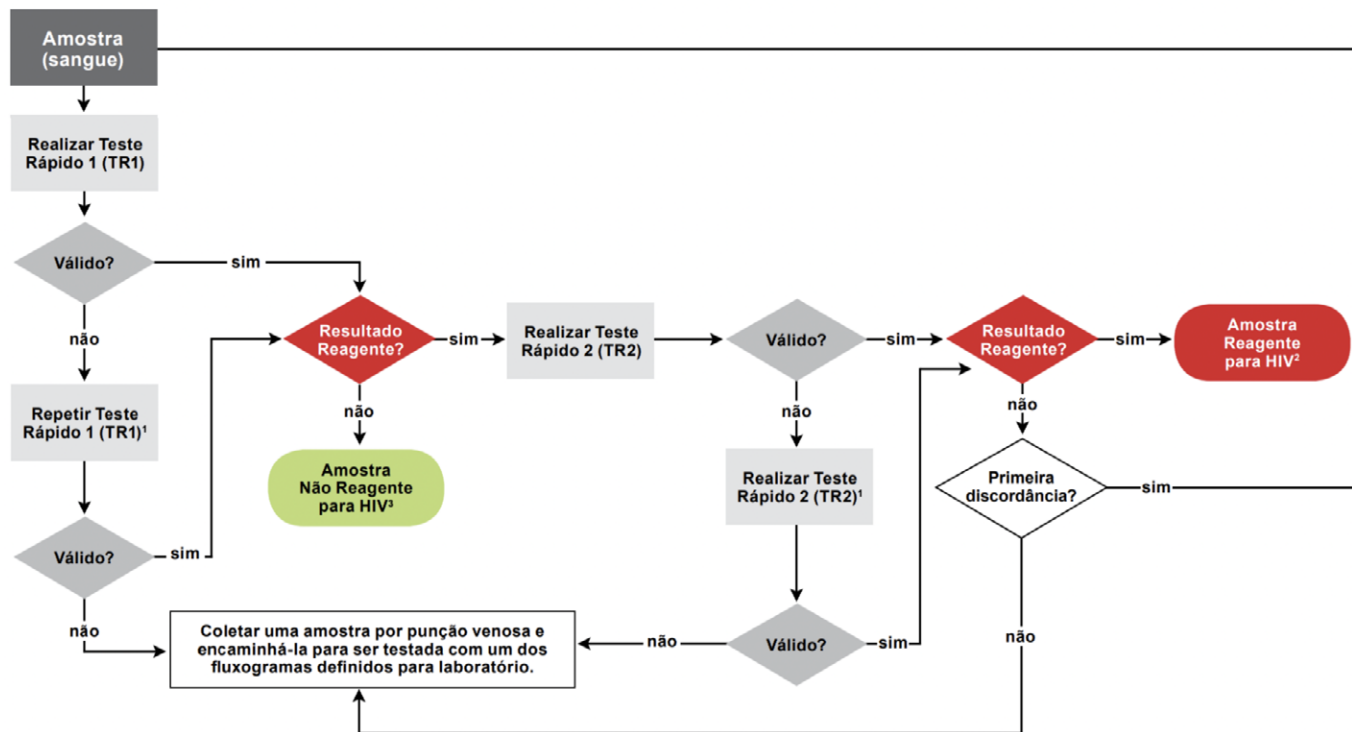
DIAGNÓSTICO

A principal estratégia diagnóstica na APS é através dos testes rápidos (TR) devido a sua facilidade de acesso, agilidade, confiabilidade e praticidade por dispensar estruturas laboratoriais complexas para sua aplicação (10). A oferta de exames para diagnóstico de HIV deve ser feita de forma ampla a todas as pessoas sexualmente ativas, independentemente de sintomas ou queixas (9). Esse acesso precisa ser não burocratizado, priorizando-se a realização de testagem por livre demanda e evitando-se agendamentos.

A infecção pelo HIV é diagnosticada a partir da combinação de dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes e usados em sequência. As amostras de sangue podem ser obtidas por punção da polpa digital ou punção venosa (15).

Todos os indivíduos que apresentarem resultados reagentes em dois testes rápidos devem realizar imediatamente o exame de quantificação da carga viral (HIV-1 RNA), cujo resultado confirma a presença do vírus, e contagem de linfócitos T-CD4+. A carga viral além de descartar a ocorrência de um possível duplo falso-reagente, já consiste no primeiro exame de monitoramento (15).

FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV POR TESTE RÁPIDO 1 (TR1) E TESTE RÁPIDO 2 (TR2)



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

² Encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1).

³ Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

Figura 4: Fluxograma para Diagnóstico da infecção pelo HIV por teste rápido 1 (TR1) e teste rápido 2 (TR2)

CONDUTA MEDIANTE RESULTADO DE TR1 E TR2

TR1	TR2	Resultado	Observações	Desdobramentos
Não reagente	-	Amostra não reagente para HIV		
Reagente	-			Realizar TR2
Reagente	Reagente	Amostra reagente para HIV	A oportunidade de início de terapia antirretroviral imediata, baseada no resultado reagente obtido com dois testes rápidos, deverá ser avaliada por um profissional de saúde habilitado. Ressalta-se a importância da coleta de amostra para a realização do exame de quantificação da carga viral do HIV anterior ao início do tratamento.	Orientar sobre a necessidade de coleta imediata do exame de quantificação da carga viral.
Reagente	Não reagente			Repetir os testes com os mesmos conjuntos diagnósticos utilizados anteriormente, na mesma ordem. Tratando-se de segunda discordância, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e encaminhada para ser testada em laboratório

Tabela 1: Conduta mediante resultados na testagem rápida. Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021)

O diagnóstico também pode ser realizado por meio de coleta de amostra de sangue para análise laboratorial, inicialmente utilizando-se de imunoensaios (Elisa de 4ª geração de preferência) e um teste confirmatório complementar sequencial (Western blot, imunoblot ou teste molecular) (9).

NOTIFICAÇÃO

Mediante a identificação de um caso positivo, tanto de infecção por HIV quanto de Aids, a notificação é compulsória e deve ser realizada através do preenchimento da ficha de notificação. Há também ficha de notificação específica para as gestantes vivendo com HIV que deve ser preenchida mesmo que esta já tenha sido notificada anteriormente à gestação (9).

COMUNICAÇÃO E TESTAGEM PARA HIV

Um aspecto essencial na oferta de testagem para HIV é comunicação adequada, de forma que a pessoa esteja consciente e preparada para receber orientações após o resultado.

O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no paciente, garantindo apoio emocional, educativo, troca de informações e avaliação e gerenciamento de riscos. É necessário conversar com o usuário e perguntar sobre suas práticas sexuais, pesquisando contextos de vulnerabilidade para HIV e ISTs e compartilhando decisões sobre os métodos de prevenção mais adequados para aquele indivíduo.

O processo pode ser dividido em aconselhamento pré e pós-teste, que devem ser realizados em ambiente que permita privacidade, com tempo adequado para sua execução e de forma que a pessoa testada possa sair com suas dúvidas esclarecidas.

ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE

O aconselhamento pré-teste tem como função discutir com o paciente os motivos para a realização do teste, explicar os procedimentos envolvidos, esclarecer dúvidas e obter o consentimento para testagem (8).

O aconselhamento pré-teste em APS não segue obrigatoriamente um padrão, devendo ser individualizado de acordo com as demandas trazidas pela pessoa (7). Porém, não prescinde de alguns aspectos, listados no quadro a seguir:

- Reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem.
- Avaliar com a pessoa a realização ou não do teste.
- Trocar com a pessoa informações sobre os possíveis resultados do teste.
- Reforçar as diferenças entre ser soropositivo e a doença Aids.
- Conversar sobre o sistema de testagem e o significado de “janela imunológica”.
- Verificar história anterior de testagem e riscos.
- Explorar comportamentos de risco.
- Reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras, como o uso de preservativos e o não compartilhamento de seringas nos casos de uso de drogas injetáveis.
- Sondar quais as possibilidades de apoio emocional e social (parentes, amigos, colegas, parceiros).
- Procurar estabelecer sua possível rede de apoio.
- Discutir se a pessoa quer compartilhar o resultado com alguém e com quem.
- Considerar reações emocionais no período de espera do resultado.
- Levar em conta o significado do resultado negativo e atitudes frente a isto.
- Falar sobre o impacto na vida da pessoa diante da possibilidade do teste ser positivo.

- Sondar os medos e fantasias a respeito do HIV/Aids e reações tipo “eu me mataria”.
- Explorar reações passadas em situações de grande estresse.
- Perguntar sobre dúvidas e verificar o que foi compreendido.

Quadro 1: Aconselhamento em DST/Aids (16)

ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE

Esse aconselhamento deve ser direcionado pelas necessidades da pessoa e pelo resultado do teste realizado. Segue abaixo um fluxograma de aconselhamento pós-teste proposto pelo Center of Disease Control de British Columbia, no Canadá (17).

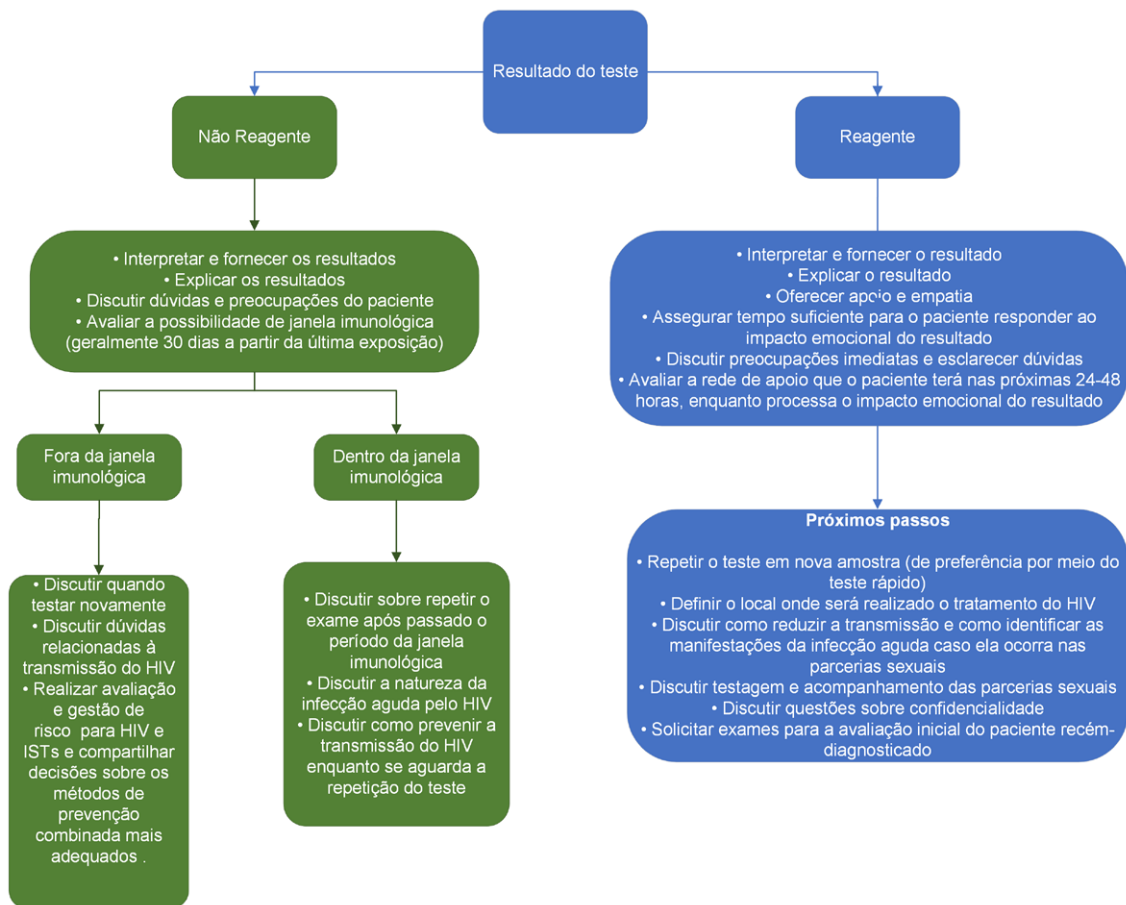


Figura 5: Fluxograma de aconselhamento pós-teste

COMUNICANDO UM RESULTADO POSITIVO

Diante de um teste positivo o profissional de saúde deve buscar o estabelecimento ou reforço do vínculo com a pessoa, pois esse encontro será o primeiro de muitos. O aconselhamento pós-teste positivo deve ser realizado de maneira centrada na pessoa e individualizada. Sugerem-se alguns aspectos a serem abordados (7).

- Fornecer o resultado clara e diretamente.
- Permitir à pessoa o tempo necessário para assimilar o impacto do resultado e expressar seus sentimentos.
- Atentar para o manejo adequado de sentimentos, como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, ideia suicida e outros.
- Desmistificar sentimentos que associam HIV/Aids à culpa, à punição, à degenerescência, à morte iminente e outros.
- Explicar que um resultado positivo significa que a pessoa porta o vírus, podendo ou não estar doente.
- Enfatizar que a pessoa, mesmo sendo portadora assintomática, pode transmitir o vírus.
- Ressaltar a importância do acompanhamento médico regular, ressaltando que a infecção é controlável.
- Reforçar o uso de preservativos e a técnica correta de uso.
- Orientar, nas situações indicadas, o uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis.
- Enfatizar a necessidade de comunicação aos parceiros, oferecendo ajuda, se necessário, orientando sobre a necessidade de essas pessoas realizarem o teste.
- Em casos de gestantes, explicar as formas de transmissão vertical do HIV que podem ocorrer tanto na gestação e no parto como no aleitamento. Esclarecer como reduzir essa

possibilidade com o uso de TARV e não oferecimento de leite materno.

- Orientar a testagem dos filhos já nascidos se houver possibilidade das gestações terem ocorrido após a contaminação.
- Discutir sobre contracepção individualizada e sobre a possibilidade de concepção segura mediante adesão à TARV.

Quadro 2: Abordagem no pós teste positivo

COMUNICANDO UM RESULTADO NEGATIVO

Em caso de um resultado negativo, deve-se trabalhar educação para prevenção de ISTs e estratégias de prevenção combinada, como a PEP, PrEP, uso de preservativos, dentre outras.

AVALIAÇÃO INICIAL DA PVHIV NA APS

AVALIAÇÃO DO GRAU DE PREPARAÇÃO DA PESSOA PARA INICIAR TARV

O início da TARV é recomendado independentemente da contagem de CD4 pois previne a transmissão e impacta em morbimortalidade.

A TARV pode ser prescrita e orientada no dia do diagnóstico para as pessoas que estão prontas e se sentem preparadas para iniciá-la (9). Esse início rápido e precoce da TARV é uma estratégia segura e eficaz para o tratamento e seus benefícios superam qualquer risco. A sua implementação traz impactos positivos na reconstituição imune e na supressão viral (18) (19).

É importante avaliar o grau de preparação da pessoa para o início da TARV para detectar ambivalência ou fatores

dificultadores que possam impactar na adesão (20).

Para avaliação do grau de preparação, sugere-se iniciar a conversa sobre TARV com a frase “Eu gostaria de conversar sobre medicamentos para o HIV. Qual a sua opinião?”. Dependendo da resposta, podemos classificar a pessoa em 5 estágios de preparação (20).

Estágio	Conduta proposta
Pré-contemplação <i>“Eu não preciso, eu me sinto bem”</i> <i>“Não quero pensar sobre isso”</i>	Avaliar se há situação que exija brevidade para início da TARV /Respeitar a atitude da pessoa. / Tentar compreender as suas crenças de saúde e tratamentos. / Estabelecer confiança. / Fornecer informação concisa e personalizada. / Agendar a próxima consulta.
Contemplação <i>“Estou avaliando a situação, mas ainda estou confuso”</i>	Avaliar se há situação que exija brevidade para início da TARV /Permitir ambivalências. / Ajudar as pessoas a ver os prós e os contras. / Avaliar as necessidades de informação e estimular a procura de informação. / Agendar a próxima consulta.
Preparação <i>“Eu quero começar, pois acredito que os medicamentos me permitirão levar uma vida normal”</i>	Reforce a tomada de decisão./ Educar a pessoa sobre adesão, resistência aos medicamentos e efeitos colaterais. / Discutir o impacto da medicação na vida diária. / Envolver outras pessoas para apoio, quando apropriado.
Ação <i>“Quero começar agora”</i>	Orientar e iniciar TARV

<p>Manutenção</p> <p><i>"Eu vou continuar em uso da medicação."</i> ou <i>"Eu tenho dificuldades em manter a medicação."</i></p> <p>**A pessoa pode regredir etapas, passando da "manutenção" para a "precontemplação"</p>	<p>Avaliar adesão a cada 3-6 meses Para as pessoas com boa adesão terapêutica: elogiar o sucesso.</p> <p>Avaliar a autopercepção da capacidade para aderir e continuar o tratamento.</p> <p>Para pessoas com baixa adesão terapêutica: Fazer perguntas abertas para identificar crenças disfuncionais.</p> <p>Avaliar qual etapa de preparação e oferecer apoio de acordo com a etapa</p> <p>Identificar barreiras e facilitadores</p> <p>Agendar a próxima consulta e recomendar o apoio</p>
--	---

Tabela 2: Condutas propostas para cada estágio de preparação para início da TARV. Adaptado de EACSociety (20).

Respeitar a decisão de cada pessoa é importante, mas deve-se evitar postura de inércia diante de indivíduos que se encontrem na pré-contemplação ou contemplação, oportunizando retornos breves nos quais se possa trabalhar automotivação e enfatizar medidas que evitem transmissão dentro da mandala de prevenção combinada.

Algumas situações requerem início breve de TARV (ver página 55) e nesses casos pode ser necessário envolver equipe multiprofissional no cuidado para trabalhar e sensibilizar de maneira mais enfática a pessoa sobre a importância do início precoce do tratamento.

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Todas as PVHIV devem ser acolhidas ao chegarem ao serviço de saúde, garantindo-se uma escuta respeitosa e profissional que garanta a integralidade em seu cuidado. Aspectos importantes que envolvem o contexto de vida da PVHIV, como condições psicossociais, riscos e vulnerabilidades devem ser compreendidos e levados em consideração (10).

Roteiro para abordagem inicial da PVHIV

Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	<ul style="list-style-type: none">• Explicar a doença: transmissão, história natural, significado dos principais exames (LT-CD4+ e carga viral), impacto da terapia antirretroviral (TARV) na morbimortalidade• Fazer revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV• Checar se há contagens de LT-CD4+ e exames de CV-HIV anteriores• Verificar se já fez uso de antirretrovirais no passado e se há relato de eventos adversos
História médica atual e passada	<ul style="list-style-type: none">• História de tuberculose (profilaxia e/ou tratamento prévio)• Histórico de transtornos de saúde mental• Histórico de infecções oportunistas prévias e potencial necessidade de profilaxias• Outras infecções ou comorbidades atuais/ pregressas• Imunizações• Medicamentos de uso contínuo
Riscos e vulnerabilidades	<ul style="list-style-type: none">• Parcerias e práticas sexuais• Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção• História de sífilis e outras ISTs• Uso de álcool, tabaco e outras drogas

História psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Reação emocional ao diagnóstico • Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) • Nível educacional • Condições de trabalho, domicílio e alimentação
Saúde reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo de ter filhos • Métodos contraceptivos • Estado sorológico de parcerias e filhos
História familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, dislipidemia e neoplasias

Tabela 3: Abordagem inicial à PVHIV. Adaptado de Ministério da Saúde (10).

AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

Todas as PVHIV devem ser acolhidas ao chegarem ao serviço de saúde, garantindo-se uma escuta respeitosa e profissional que garanta a integralidade em seu cuidado. Aspectos importantes que envolvem o contexto de vida da PVHIV, como condições psicossociais, riscos e vulnerabilidades devem ser compreendidos e levados em consideração (10).

EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser realizado na avaliação inicial e rotineiramente, pois pode levar a achados importantes. A infecção pelo HIV tem acometimento sistêmico e manifestações múltiplas, sendo recomendado uma avaliação cuidadosa e focada nas principais manifestações da infecção (10) e direcionado pela anamnese.

O exame da pele e oroscopia tem papel relevante, uma vez que diversos sinais e sintomas podem ter relação com

a infecção pelo HIV. A figura abaixo ressalta as principais alterações a serem pesquisadas (10).

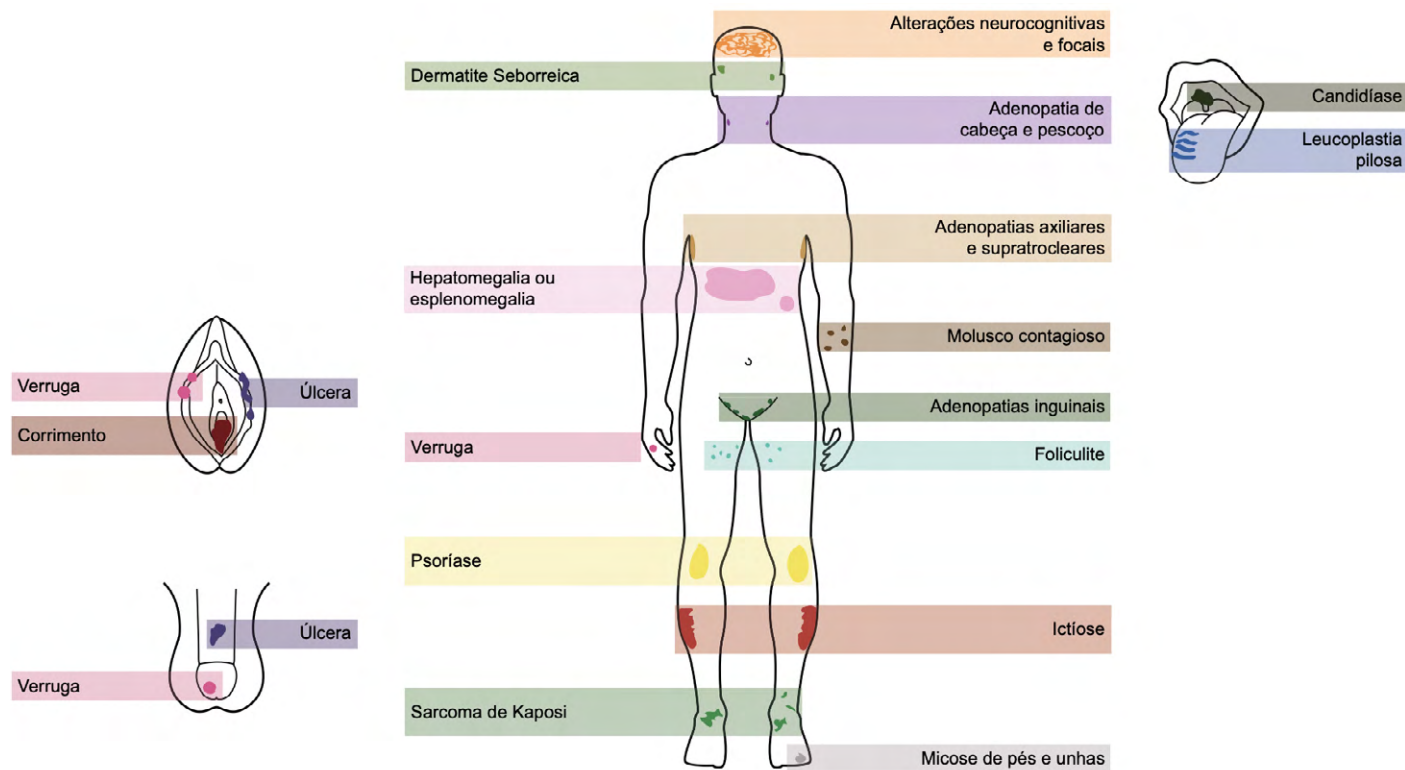


Figura 6: Manifestações clínicas potencialmente relacionadas à infecção pelo HIV.

EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a pesquisa de comorbidades, a presença de coinfeções bem como da necessidade de imunizações ou profilaxias.

Exame	Descrição
Contagem de linfócitos T CD4+	Avaliar grau de imunossupressão. Em pessoas não-infectadas, os valores normais são em torno de 1000 células/mm ³ . Manifestações clínicas, entretanto, podem ocorrer com valores inferiores a 500 células/mm ³ e a maioria das infecções oportunistas e doenças indicativas ocorrem apenas com valores inferiores a 200 células/mm ³ .
Carga viral do HIV	Cargas virais mais elevadas estão associadas a maior transmissibilidade, potencial para progressão mais rápida da doença e doença mais avançada
Genotipagem pré-tratamento	Indicada APENAS para gestantes, casos novos com coinfeção TB-HIV, pessoas que tenham se infectado com parceria em uso de TARV, crianças e adolescentes pré-tratamento com ARV, pessoas com indicação de iniciar TARV com EFZ e soroconversão em vigência de PrEP
Hemograma completo	Avaliar presença de anemia, que pode estar presente em qualquer estágio da doença em especial na doença avançada. Leucopenia, incluindo linfopenia e neutropenia, são frequentes, especialmente na doença avançada. Plaquetopenia é um achado comum na doença avançada.
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, pois o tenofovir é contraindicado na presença de TFG < 60 mL/min/1,73m ² . A espera pelo resultado da

	creatinina não deve postergar o início da TARV em pessoas sem comorbidades ou diagnóstico de doença renal crônica prévios.
Enzimas hepáticas (AST, ALT, FA) e bilirrubinas	São solicitadas na primeira consulta como linha de base para avaliação de possíveis alterações com o uso da TARV
Exame qualitativo de urina (EQU) ou Elementos anormais e sedimentos (EAS) da Urina	Devem ser realizados como linha de base, mas também porque há risco aumentado de alterações, sobretudo em pessoas negras ou com outras morbidades, como hipertensão e diabetes.
Radiografia de tórax*	Para investigação de tuberculose pulmonar ativa
PPD	Solicitar na primeira consulta e anualmente se negativo. Quando há história de contato, a profilaxia prescinde da realização desse exame. Não há necessidade de se solicitar para pacientes que já tiveram tuberculose ativa ou trataram infecção latente por tuberculose (ILTB)
Sorologias (toxoplasmose IgG, anti-HCV, anti-HBs, anti-HBc total, HBsAg, anti-HAV, teste imunológico para sífilis)	Solicitar na primeira consulta
Colesterol total, HDL, triglicerídeos e glicemia de jejum	Solicitar na primeira consulta, pois podem surgir alterações no colesterol e triglicerídeos pelo próprio HIV e por alguns medicamentos da TARV.
HTLV I e II	Pacientes coinfectados pelo HIV-HTLV-1 podem apresentar dissociação entre a contagem de LT-CD4+ e o estadiamento clínico(10).
Chagas	A sorologia para doença de Chagas deve ser realizada apenas em pessoas de áreas endêmicas (10)
Pesquisa para Clamídia e Gono-coco (RT-PCR)	Recomenda-se a solicitação, quando disponível

Tabela 4: Exames complementares iniciais. Adaptado do Guia rápido Rio de Janeiro/ Tratado MFC (7,8)

INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE

Tuberculose é a principal causa de óbito por doença infecciosa em PVHIV e deve ser pesquisada ativamente em todas as consultas. Deve-se questionar sobre sintomas como tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas deve levantar a suspeita de tuberculose e suscita investigação (10).

RASTREAMENTOS

RISCO CARDIOVASCULAR

É recomendada a avaliação do risco cardiovascular (RCV) em todas as PVHIV na abordagem inicial e a cada mudança na TARV através da escala de risco de Framingham. O intervalo para reavaliação do RCV varia de acordo com o risco inicial e o esquema de TARV em uso, conforme esquema a seguir (10):

- Risco < 10% (baixo) e sem uso de IP: reavaliação a cada 2 anos
- Risco entre 10 e 20% (moderado e alto), independentemente da TARV em uso: reavaliação a cada 6 a 12 meses
- Risco \geq 20% (elevado), independentemente da TARV em uso: reavaliar após um mês e, posteriormente, a cada 3 meses.

RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS

Com o aumento da expectativa de vida proporcionado pela TARV mais PVHIV estão envelhecendo e sujeitas a risco de neoplasias. O quadro abaixo resume as principais recomendações de triagem de neoplasias em PVHIV.

RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS EM PVHIV

LOCAL	POPULAÇÃO	PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA
Mama	Mulheres entre 50 e 69 anos	Mamografia	Bianual
Colo uterino	Mulheres	Preventivo do câncer do colo do útero	Semestral no primeiro ano e, se normal, manter seguimento anual Se contagem de LT-CD4+ <200 céls/mm ³ , priorizar correção dos níveis de LT-CD4+ e realizar rastreamento citológico a cada 6 meses até recuperação imunológica Realizar colposcopia na presença de alterações patológicas
Ânus	Relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal	Toque retal e preventivo anal	Anual; realizar anoscopia na presença de alterações patológicas
Fígado	Pacientes cirróticos e portadores de HBsAg positivos	Dosagem de alfa-feto-proteína e realização de ultrassom	Semestral

Tabela 5: Rastreamento de neoplasias. Adaptado do PCDT/2018 (10)

AVALIAÇÃO DE MASSA ÓSSEA

Homens com mais de 40 anos e mulheres com mais de 40 anos (pré-menopausa), devem ter seu risco de fraturas em dez anos determinado mediante o FRAX Brasil, sem necessidade de exames complementares. O FRAX deve ser refeito a cada dois a três anos ou em caso de surgimento de um novo risco clínico.

Quando disponível, recomenda-se proceder à realização de densitometria óssea (DXA) nas seguintes circunstâncias (10):

- Pessoas com risco intermediário de fraturas em dez anos (>10% de risco de fraturas osteoporóticas), determinado pela FRAX;
- Todas as mulheres na pós-menopausa;
- Todos os homens com mais de 50 anos.
- Aqueles com história prévia de fraturas de fragilidade;
- Aqueles que usaram corticoide por mais de três meses (equivalente a >5mg de prednisona/dia);
- Aqueles com alto risco de quedas.

IMUNIZAÇÕES

Adultos e adolescentes vivendo com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante. Graus mais elevados de imunossupressão reduzem a possibilidade de resposta imunológica adequada, bem como aumentam os riscos relacionados à administração de vacinas com agentes vivos.

A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (poliomielite oral, varicela, rubéola, febre amarela, sarampo, caxumba, herpes zoster e dengue) em pacientes com imunodeficiência está condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave.

Contagem de LT CD4 em céls/mm ³	Recomendações para o uso de vacinas com agentes vivos atenuados
≥ 350	Indicar uso
200-350	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para tomada de decisão
<200	Não vacinar

Tabela 6: Recomendações para uso de vacinas conforme contagem de LT-CD4

É importante atentar que algumas das vacinas recomendadas estão podem ser encontradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém outras são disponibilizadas apenas nos Centros de Referência para imunobiológicos Especiais (CRIE).

Segue abaixo o esquema vacinal básico para adultos e adolescentes vivendo com HIV.

VACINA	RECOMENDAÇÃO	DISPONIBILIDADE
Tríplice viral *	Duas doses em suscetíveis até 29 anos, com LT-CD4+ >200 céls/mm ³ Uma dose em suscetíveis entre 30 e 49 anos, com LT-CD4+ >200 céls/mm ³	UBS e CRIE
Varicela	Duas doses com intervalo de três meses em suscetíveis, com LT-CD4+ >200 céls/mm ³	CRIE

Febre amarela **	Dose única. Havendo registro de dose anterior, não é necessário revacinar. Individualizar o risco/benefício conforme a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica da região. Vacinar quando LT-CD4+ >200 céls/mm ³	UBS e CRIE
Dupla do tipo adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos	UBS
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Para não vacinados: duas doses com intervalo de dois meses entre elas. Para maiores de 1 ano vacinados mas que não receberam dose de reforço após os 12 meses de idade: uma dose.	UBS para menores de 5 anos e nos CRIE para demais faixas etárias.
Hepatite A	Duas doses (0 e 6 a 12 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 recomendada pelo fabricante, administrada em quatro doses (0, 1, 2 e 6 a 12 meses) em todos os indivíduos suscetíveis à hepatite B (anti-HBc negativo, anti-HBs negativo) Recomenda-se a realização de sorologia 30 a 60 dias após o término do esquema. Considera-se imunizado se Anti HBs = ou >10 mUI/mL. Se Anti HBs <10 mUI/mL, após primeiro esquema, fazer novo esquema vacinal com quatro doses (com o dobro do volume recomendado para a faixa etária) uma única vez. Repetir sorologia anualmente; se Anti HBs <10 mUI/mL, considerar fazer uma dose de reforço.	UBS e CRIE

Streptococcus pneumoniae (Pneumo-13)	Dose única, a partir de 5 anos de idade. Não está recomendada para aquele que foi imunizado previamente com vacina pneumocócica 10-valente. Para quem já recebeu uma dose de Pneumo 23, deve-se respeitar o intervalo mínimo de 1 ano para a administração da Pneumo 13.	CRIE
Streptococcus pneumoniae (23-valente)	Uma dose e um reforço após 5 anos. Para aqueles não vacinados com Pneumo 10 na infância, administrar preferencialmente após a dose única de Pneumo 13 (com no mínimo 8 semanas de intervalo).	CRIE
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza a partir dos 6 meses de idade.	UBS e CRIE
Vacina papiloma-vírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV quadrivalente	Homens e mulheres entre 9 e 45 anos, desde que tenham contagem de LT-CD4 ≥ 200 céls/mm ³ (21) Vacina administrada em três doses (0, 2 e 6 meses) (22).	CRIE
Meningocócicas conjugadas (MenC ou MenACWY)	Sempre que possível, usar a vacina meningocócica conjugada ACWY. Duas doses com intervalo de dois meses. Reforço a cada cinco anos.	CRIE: MenC, duas doses

Tabela 7: Esquema vacinal básico para PVHIV.

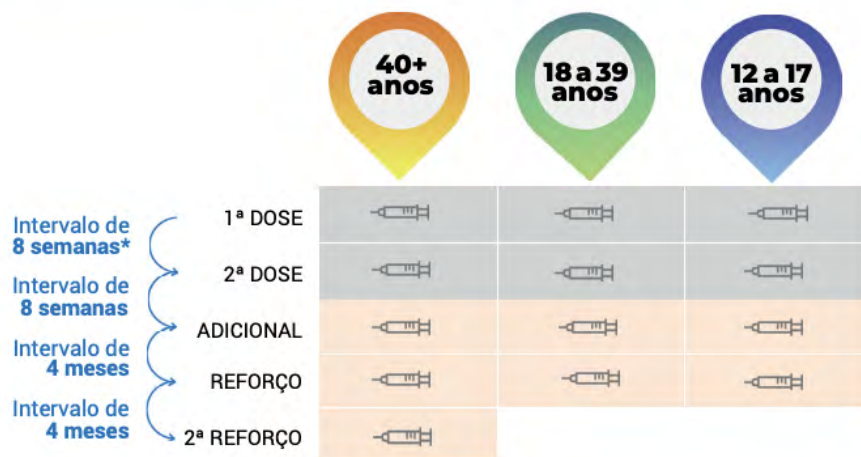
* Considerando os atuais surtos de sarampo na Europa e nos EUA, eventuais viajantes HIV+ que receberam apenas uma dose em seu histórico vacinal devem receber uma segunda dose se estiverem com LT-CD4 ≥ 200 células/mm³

** Contraindicada para gestantes. Em regiões de risco elevado pode ser considerada, a partir do terceiro trimestre, em gestantes com LT-CD4 ≥ 200 células/mm³, sempre considerando a relação risco-benefício.

Esquema vacinal para Covid-19

IMUNOCOMPROMETIDOS

PARA QUEM INICIOU O ESQUEMA COM ASTRAZENECA, PFIZER, CORONAVAC



VACINAS RECOMENDADAS PARA DOSES DE REFORÇO

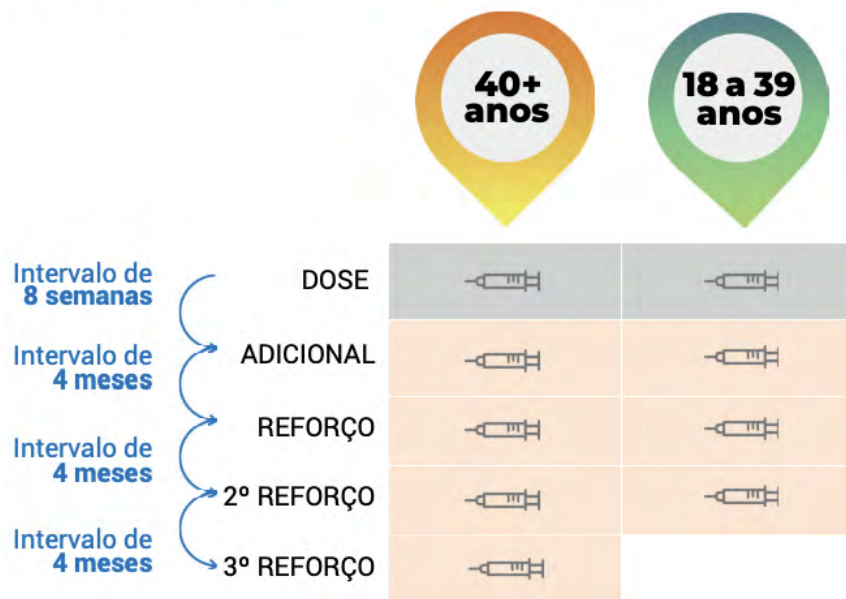
18 anos+:
AstraZeneca OU
Pfizer OU Janssen

12 a 17 anos: Pfizer,
caso não disponível,
utilizar CoronaVac

Gestantes: Pfizer,
caso não disponível,
utilizar CoronaVac

*Intervalo de 4 semanas para CoronaVac.

IMUNOCOMPROMETIDOS
PARA QUEM INICIOU O ESQUEMA COM JANSSEN



**VACINAS
RECOMENDADAS
PARA DOSES DE
REFORÇO**

AstraZeneca OU
Pfizer OU Janssen

Gestantes:
Imunizante NÃO
recomendado para
esse grupo

Figura 7 e 8: Esquema vacinal para Covid-19 em imunocomprometidos. Fonte: Ministério da Saúde (23)

PROFILAXIA PRIMÁRIA

A profilaxia para infecções oportunistas tem impacto importante na morbimortalidade das PVHIV. Na profilaxia primária busca-se prevenir o desenvolvimento de IO comuns em indivíduos com contagem de linfócitos T CD4+ baixas (10).

Pacientes nesta situação apresentam indicação de acompanhamento junto a serviços especializados, mas a instituição da profilaxia pode ser feita na APS.

PROFILAXIAS PRIMÁRIAS PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS

AGENTE	INDICAÇÃO	PRIMEIRA ESCOLHA	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO
Pneumocystis jiroveci	LT-CD4+ <200 céls/mm³ (ou <14%) ou presença de candidíase oral ou febre indeterminada com mais de duas semanas de duração ou doença definidora de aids	SMX-TMP (800/160mg) 3x/semana	Manutenção de LT-CD4+ >200 céls/ mm ³ por mais de 3 meses Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ <200 céls/ mm ³
Toxoplasma gondii	LT-CD4+ <100 céls/mm ³ e toxoplasmoses IgG reagentes	SMX-TMP (800/160mg) 1x/dia	Manutenção de LT-CD4+ >200 céls/ mm ³ por mais de 3 meses Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ <100 céls/ mm ³
Complexo Mycobacterium avium	LT-CD4+ <50 céls/ mm ³	Azitromicina 1.200-1.500mg/ semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ >100 céls/ mm ³ por mais de 3 meses Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ <50céls/ mm ³

Cryptococcus sp.	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
Histoplasma capsulatum	

Tabela 8: Profilaxias primárias para infecções oportunistas. Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021) (9).

TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (ILTB)

Considera-se um caso de ILTB o indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, identificado por meio de prova tuberculínica (PT), desde que adequadamente descartada a tuberculose ativa por meio de anamnese, exame físico, vínculos epidemiológicos, exames complementares e achados radiológicos). Durante a investigação deve-se buscar excluir todas as formas clínicas da doença (pulmonar e extrapulmonar) (24).

Seguem abaixo as indicações de tratamento para iLTB.

Indicações de tratamento para ILTB

- PVHIV contato de TB pulmonar ou laríngea, independentemente do valor da PT.
- PVHIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 células/ μ L, independentemente do valor da PT.
- Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 células/ μ L e PT \geq 5mm
- PVHIV com registro documental de ter tido PT \geq 5mm ou IGRA positivo e não submetidas ao tratamento da ILTB na ocasião
- PVHIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior.

Quadro 3: Indicações para tratamento de ILTB. Adaptado do protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil (24).

Atualmente estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) três esquemas de tratamentos para a ILTB.

- Isoniazida por 6 meses (6H) ou 9 meses (9H) (preferencialmente 9 meses),
- Rifampicina por 4 meses (4R),
- Rifapentina associada à isoniazida por 3 meses (3HP).

Quadro 4: Esquemas de tratamento para ILTB disponibilizados no SUS

O esquema 3HP é considerado o esquema preferencial, pois apresenta a maior comodidade posológica e maior segurança, favorecendo a adesão ao tratamento. Os esquemas de tratamento são descritos na tabela a seguir:

A apresentação dos comprimidos é da seguinte forma:

Fármaco	Apresentação
Isoniazida (H)	Comprimido de 300 mg
Rifapentina (P)	Comprimido de 150 mg
Rifampicina	Cápsula de 300 mg

Tabela 8: Apresentação dos principais fármacos para tratamento da ILTB.

ESQUEMA DE TRATAMENTO

	Isoniazida (6H ou 9H)	Isoniazida + Rifapentina (3HP)	Rifampicina (4R)
Tempo de tratamento/ número de doses	<ul style="list-style-type: none"> • 6 meses/ 180 doses diárias: tomar 180 doses diárias entre 6 a 9 meses. • 9 meses/ 270 doses diárias (preferencial): tomar 270 doses diárias entre 9 a 12 meses 	3 meses/ 12 doses semanais: Tomar 12 doses semanais entre 12 a 15 semanas	4 meses/ 120 doses diárias: Tomar 120 doses diárias entre 4 a 6 meses.
Posologia	5 a 10 mg/kg até a dose máxima de 300 mg/dia, em tomada única diária, preferencialmente em jejum.	Em adultos (> 14 anos ≥ 30kg): <ul style="list-style-type: none"> • Isoniazida: 900mg/semana • Rifapentina: 900mg/semana. Em crianças (2 a 14 anos): <ul style="list-style-type: none"> • Isoniazida: 10 a 15kg: 300mg/semana; 16 a 23 kg: 500mg/semana; 24 a 30kg: 600mg/semana; > 30kg: 700mg/semana. 	Em adultos (≥ 10 anos): 10 mg/kg, até a dose máxima de 600 mg/dia. Em crianças(<10 anos): 15 (10 – 20) mg/kg/dia de peso, até a dose máxima de 600mg/dia.

		<ul style="list-style-type: none"> • Rifapentina 10 a 15kg: 300mg/semana; 16 a 23 kg: 450mg/semana; 24 a 30kg: 600mg/semana; > 30kg: 750mg/semana. 	
Indicações/ contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as indicações da ILTB, exceto efeitos adversos graves com H, contatos de monorresistentes à H, hepatopatas e pessoas acima de 50 anos. • Pode ser usada com segurança na gestação, incluir durante todo o tratamento o uso de piridoxina (Vit B6) entre 50 a 100mg/dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser utilizado em todas as indicações da ILTB, incluindo PVHIV (atentando-se à algumas interações com ARV) • Não utilizar em contatos de pessoas com TB monorresistente à H e intolerância à H. • Não recomendada a sua utilização na gestação por falta de estudos com gestantes. • Contraindicado o uso com inibidores de protease (IP), nevirapina (NVP) e TAF. Pode ser usado com Tenofovir, efavirenz, dolutegravir (DLG) e raltegravir (RAL) sem necessidade de ajuste da dose 	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas, contatos de pessoas com TB monorresistente à H e intolerância à H. • Pode ser usado com segurança na gestação • Contraindicada com IP, NVP e TAF. Pode ser usada com DLG e RAL com ajuste da dose

Reações adversas	Hepatotoxicidade, neuropatia periférica, rash cutâneo e náuseas.	Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade (menos frequente), cefaleia, rash cutâneo, náuseas, coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.	Reações de hipersensibilidade, hepatotoxicidade (menos frequente), plaquetopenia, rash cutâneo, náuseas, coloração avermelhada de suor, urina e lágrima.
------------------	--	---	--

Tabela 9: Esquemas de tratamento para ILTB. Adaptado de Ministério da Saúde (25).

TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS NA APS

ESQUEMA DE PRIMEIRA LINHA

A terapia antirretroviral (TARV) está indicada para todas as PVHIV, incluindo indivíduos assintomáticos, independentemente de seu estado imunológico (9). A TARV deve ser oferecida universalmente a todas as PVHIV, visando à redução da morbimortalidade por eventos relacionados e não relacionados à síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), bem como à redução das taxas de transmissão do HIV (7).

No esquema de primeira linha recomenda-se solicitar os exames iniciais, mas a espera por seus resultados não deve atrasar o início da TARV, especialmente se a PVHIV se encontra motivada para começar seu tratamento. Os exames de CD4 e carga viral, entretanto, devem ser coletados preferencialmente antes do início do tratamento, sendo possível iniciar o uso da TARV logo após a coleta (9).

É importante verificar a presença de interações medicamentosas entre os fármacos de uso crônico da PVHIV e a TARV. Uma fonte confiável para checar essas interações é o site HIV drug interactions da Universidade de Liverpool, disponível em <http://www.hiv-druginteractions.org/>.

A primeira linha de tratamento na APS para pacientes adultos virgens de tratamento inclui a combinação de dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (lamivudina e tenofovir) associados a um inibidor de integrase (dolutegravir) (9).

Tenofovir 300 mg (TDF) + Lamivudina 300 mg (3TC) + Dolutegravir 50 mg (DTG)

Quadro 5 : Esquema de primeira linha para TARV em adultos virgens de tratamento.

Neste esquema inicial, o paciente fará uso de um comprimido contendo Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) e um segundo comprimido contendo Dolutegravir (DTG) que são tomados juntos em dose única diária (9).

Durante a consulta deve-se antecipar os efeitos adversos mais comuns como náuseas, vômitos e diarreia e seu caráter temporário, geralmente cessando após o primeiro mês de uso (9).

SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO AO ESQUEMA PREFERENCIAL

Algumas situações de exceção ao esquema de primeira linha devem ser avaliadas junto à atenção especializada. São elas:

- **coinfecção HIV e TB:** Os casos de coinfecção TB e HIV virgens de tratamento devem ter genotipagem pré-tratamento solicitada. O esquema a ser utilizado dependerá da disponibilidade de genotipagem e da presença ou não de resistência. Quando indicado DTG este deve ser administrado com dose dobrada (50mg de 12/12 horas) por interação com a rifampicina (9).

- **insuficiência renal crônica pré-existente:** Pessoas com TFG < 60 ml/min/1,73m têm contraindicação ao uso de TDF devido a sua nefrotoxicidade; (9).

- **uso de anticonvulsivantes:** PVHIV em uso de carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital e sem possibilidade de troca podem ter a posologia do DTG ajustada para 50 mg de 12/12 horas (26). Pacientes em uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, dofetilida e pilsicainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de substituição dessas medicações, pois não podem ser coadministradas com o DTG (9)(26).

SITUAÇÃO DE INÍCIO DE TRATAMENTO EM GESTANTES E MULHERES VIVENDO COM HIV EM IDADE FÉRTIL COM INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR

O esquema preferencial de terapia antirretroviral para gestantes virgens de tratamento, independentemente da idade gestacional, e mulheres vivendo com HIV em idade fértil e com intenção de engravidar é o mesmo recomendado para as demais PVHIV (27). As gestantes virgens de tratamento deverão ter genotipagem pré-tratamento coletada sem atraso ao início da TARV.

ESQUEMA PREFERENCIAL

Tenofovir 300 mg (TDF) + Lamivudina 300 mg (3TC) + Dolutegravir 50 mg (DTG)

Quadro 6: Esquema preferencial de TARV em adultos gestantes e mulheres com HIV com intenção de engravidar.

Até janeiro de 2022 o Dolutegravir apresentava restrições ao uso em mulheres com potencial reprodutivo e gestantes no primeiro trimestre gestacional. Isso ocorreu pois em maio de 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu um alerta da possível associação do uso de DTG no período periconcepcional com a ocorrência de defeitos do tubo neural, o que não se confirmou em estudos conduzidos posteriormente no Brasil e outros países (28,29).

Diante de uma mulher que deseja gestar ou da gestante no primeiro trimestre, deve-se informar que as últimas evidências científicas não confirmaram associação do uso do DTG aos defeitos de tubo neural. Deve-se fornecer informações de segurança de antirretrovirais na gestação e, após o esclarecimento e discussão, pode-se optar pelo esquema preferencial de TARV a ser iniciado na APS ou esquemas alternativos junto ao SAE (27).

A escolha da TARV deve ser centrada na autonomia das mulheres, incluindo-as como participantes ativas do processo.

EFEITOS ADVERSOS

Os novos esquemas de ARV estão associados a menos efeitos adversos graves ou intoleráveis que os esquemas utilizados no passado, e as descontinuidades do tratamento têm sido menos frequentes (10).

Segue abaixo uma tabela com os efeitos colaterais mais comumente encontrados com o uso do esquema inicial. Efeitos colaterais de ARV fora deste esquema podem ser consultados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.

ARV	EFEITOS ADVERSOS	RECOMENDAÇÃO DE MANEJO
TDF	Insônia (<3%), cefaleia (<2%), náuseas e vômitos (<1%). Risco de toxicidade renal (redução da TFG) e de disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi). Diminuição da densidade mineral óssea. Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose são incomuns	Sintomas leves e autolimitados, como cansaço, cefaleia e mialgia, não indicam a suspensão da TARV e devem ser manejados sintomaticamente. Pacientes com insônia devem utilizar o ARV pela manhã. Realizar avaliação de função renal 30-60 dias após início de TDF e encaminhar ao SAE para troca de esquema em caso de TFG < 60 ml/min/1,73 m ² ou queda > 25% da TGF em relação aos valores basais. Controlar fatores de risco para osteoporose. OBS: Usar com precaução quando hipertensão não controlada, diabetes não tratada, idoso ou baixo peso corporal.

3TC	<p>Cansaço, cefaleia, mialgia.</p> <p>Eventos raros: pancreatite, neutropenia ou neuropatia periférica.</p>	<p>Queixas de cansaço, cefaleia e mialgia leve não indicam a suspensão da TARV e devem ser manejadas sintomaticamente.</p> <p>Em casos de suspeita de pancreatite, deve-se suspender os medicamentos e encaminhar à emergência. Após essa avaliação, a pessoa deve procurar o SAE para reiniciar TARV.</p> <p>Pessoas com neuropatia periférica e neutropenia (< 1000 células/mm³) também devem ser avaliadas no SAE de referência.</p>
DTG	<p>Associado a hiperglicemia e hepatotoxicidade. Menos frequentemente associado a insônia, cefaleia, náuseas, vômitos e rash (raros relatos de hipersensibilidade).</p> <p>O DTG diminui a secreção tubular de creatinina sem afetar a função glomerular, com possível aumento na creatinina sérica observado nas primeiras quatro semanas de tratamento.</p>	<p>Podem ser necessários ajustes na dose de metformina em diabéticos (dose máxima de 1000 mg ao dia em vigência do uso de DTG).</p> <p>Pacientes com insônia em uso de DTG, devem utilizar o ARV pela manhã.</p> <p>Não há necessidade de ajuste de dose em casos de elevação da creatinina sérica. Determinar nova creatinina basal após um a dois meses.</p>

Tabela 10: Efeitos adversos dos principais ARV. Adaptado de Telecondutas HIV - TelessaudeRS (9)

SÍNDROME INFLAMATÓRIA DA RECONSTITUIÇÃO IMUNE (SIR)

Essa síndrome ocorre mais frequentemente em pacientes que iniciam o tratamento com doença avançada e imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ <100 céls/mm³) e é caracterizada por uma piora paradoxal de doenças e condições clínica pré-existentes, levando a um estado inflamatório exacerbado (10). A SIR é um evento incomum quando a TARV é iniciada precocemente (9).

O diagnóstico é clínico e deve ser suscitado na vigência de sinais e sintomas inflamatórios que ocorrem entre 4 a 8 semanas após o início da TARV. Os sintomas são autolimitados e tendem a desaparecer espontaneamente após dias ou algumas semanas (10).

Não existe indicação de interromper a TARV para obter melhora da SIR e o início da TARV não deve ser postergado por receio de sua ocorrência, uma vez que os benefícios da terapia superam enormemente seus riscos (10).

PERIODICIDADE DAS CONSULTAS

A frequência e periodicidade das consultas deve ser ajustada de acordo com as condições clínicas da PVHIV e ao seu estágio de tratamento (10).

Após a introdução ou alteração da TARV, recomenda-se retorno entre sete e 15 dias para avaliar adesão à medicação, bem como possíveis efeitos colaterais. Até total adaptação à TARV, retornos mensais podem ser necessários. PVHIV em uso de TARV e estáveis clinicamente podem ser acompanhadas em retornos semestrais (10).

A adesão também pode ser trabalhada pela equipe multiprofissional, sendo recomendado acompanhamento por outros profissionais de saúde nos intervalos das consultas médicas (10).

RECOMENDAÇÃO DE PERIODICIDADE DE CONSULTAS MÉDICAS

SITUAÇÃO	INTERVALO DE RETORNO	OBJETIVOS PRINCIPAIS
Após introdução ou alteração da TARV	Entre 7 e 15 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e manejar eventos adversos imediatos e dificuldades relacionadas à adesão • Fortalecer vínculo com equipe e serviço de saúde
Até adaptação à TARV	Mensal/bimestral	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e manejar eventos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo • Fortalecer vínculo com equipe e serviço de saúde
PVHIV em TARV com supressão viral e assintomática	Até 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e manejar eventos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo • Avaliar manutenção da supressão viral e eventual falha virológica • Manejar comorbidades
PVHIV em TARV sem supressão viral, sintomática ou com comorbidades não controladas	Individualizar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar falhas na adesão e seus motivos • Verificar possibilidade de resistência(s) viral(is) à TARV e necessidade de troca • Avaliar e investigar sintomas • Manejar comorbidades não controladas

Tabela 11: Periodicidade recomendada para retornos médicos.

MONITORAMENTO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV UTILIZANDO CONTAGEM DE LT-CD4 E CARGA VIRAL

A contagem de CD4 é um marcador importante e determinante para indicação de imunizações e profilaxias para infecções oportunistas. Com esse exame é possível avaliar o comprometimento do sistema imune, bem como a recuperação da resposta imunológica mediante a TARV (10).

PVHIV estáveis, em uso de TARV, com carga viral indetectável e contagem de CD4 acima de 350 céls/mm³ não se beneficiam de monitoramento clínico-laboratorial do CD4. Flutuações fisiológicas nos valores de CD4 ocorrem e não tem relevância clínica, podendo inclusive levar a erros de conduta como mudança precoce de esquemas de antirretrovirais (10).

PVHIV com imunossupressão grave (CD4 menor que 200 céls/mm³) e em seguimento junto à serviço especializado podem demandar monitoramento mais frequente de CD4 para definir manutenção ou suspensão de profilaxias para infecções oportunistas.

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE LT-CD4+ PARA MONITORAMENTO LABORATORIAL DE PVHIV

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTAGEM DE LT-CD4+	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO
PVHIV com: <ul style="list-style-type: none">• Em uso de TARV; e• Assintomática; e• Com carga viral indetectável	CD4 <350 céls/mm ³	A cada 6 meses
	CD4 >350 céls/mm ³ em dois exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de intervalo	Não solicitar

PVHIV <ul style="list-style-type: none"> • Sem uso de TARV; ou • Evento clínico (infecções, toxicidade, neoplasias, uso de interferon ou outras situações que levem a linfopenia); ou • Em falha virológica 	Qualquer valor de LT-CD4+	A cada 6 meses
--	---------------------------	----------------

Tabela 12: Frequência de solicitação de exames LT-CD4. PCDT MS adaptado (10).

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE CARGA VIRAL PARA MONITORAMENTO LABORATORIAL DE PVHIV

SITUAÇÃO CLÍNICA	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO	PRINCIPAIS OBJETIVOS
Início de TARV ou modificação de TARV por falha virológica	Após 8 semanas do início de TARV ou de novo esquema TARV	Confirmar resposta virológica adequada à TARV ou ao novo esquema de TARV e adesão do paciente
PVHIV em seguimento clínico	A cada 6 meses	Confirmar continuidade da supressão viral e adesão do paciente

Tabela 13: Frequência de solicitação de carga viral. PCDT MS adaptado (10).

EXAMES COMPLEMENTARES E AVALIAÇÕES DE SEGUIMENTO CLÍNICO

Alguns parâmetros devem ser monitorados nas PVHIV em uso de TARV. As recomendações a seguir dizem respeito a pacientes assintomáticos, sob tratamento e estáveis. Esse monitoramento deve ser individualizado em caso de queixas ou sintomas (10).

EXAME	SEGUIMENTO	OBSERVAÇÃO
Hemograma completo	6 – 12 meses	Repetir em 2-8 semanas se início ou troca de TARV com AZT Intervalo de 3-6 meses se em uso de AZT ou outras drogas mielotóxicas
Creatinina sérica,Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe) e Exame básico de urina	Anual	Intervalo de 3-6 meses se em uso de TDF ou outras drogas nefrotóxicas, TFGe <60mL/min ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão)
AST, ALT, FA, BT e frações	3-12 meses	Intervalos mais frequentes em caso de uso de drogas hepatotóxicas, doença hepática ou coinfeções com HCV ou HBV
CT, HDL e TGL	Anual	Intervalo de 6 meses em caso de alteração na última análise
Glicemia de jejum	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125mg/dL
PT (prova tuberculínica)	Anual, se exame inicial <5mm	Iniciar tratamento para infecção latente quando PT ≥5mm e excluída TB ativa
Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR) ou teste rápido para sífilis	Semestral/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição

Anti-HCV, HBsAg (ou testes rápidos)	Anual	<p>Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição</p> <p>Solicitar carga viral de HCV se anti-HCV positivo ou em caso de suspeita de infecção aguda</p> <p>Pacientes imunizados (anti-HBs positivos) não necessitam nova triagem para HBV</p>
-------------------------------------	-------	---

Tabela 14: Exames laboratoriais no acompanhamento da PVHIV em TARV. Adaptado do PCDT e TelessaudeRS (9,10).

FALHA VIROLÓGICA

O reconhecimento da falha virológica é fundamental para evitar graves consequências como uma maior progressão de doença, acúmulo de mutações de resistência aos ARV e perda de futuras opções terapêuticas (10).

O principal parâmetro de falha da TARV é a falha virológica, que é caracterizada por:

CV-HIV detectável após 6 meses do início ou modificação da TARV
Ou
CV-HIV detectável em indivíduos em TARVA que mantinham CV-HIV indetectável.

Quadro 7: Critérios para definição de falha virológica.

Nessas situações, a CV-HIV sempre deve ser confirmada em nova coleta com intervalo mínimo de 4 semanas em relação à coleta anterior. Se a nova CV for indetectável na coleta após 4 semanas, repetir CV em 6 meses. Se baixa viremia (CV <200 cópias/mL) for detectada na coleta após 4 semanas, realizar uma nova CV em 12 semanas, com o objetivo de avaliar a permanência de baixa viremia e a necessidade de troca futura da TARV (9).

Alguns fatores podem estar relacionados a elevação da carga viral, sem representar falha virológica e devem ser pesquisados como diagnóstico diferencial, sendo eles (9):

- **Baixa adesão ao tratamento:** A busca ativa por potenciais fatores que contribuam para má adesão é de grande importância e deve ser realizada por toda a equipe multiprofissional continuamente. Deve-se verificar detalhadamente a posologia e forma como a TARV está sendo utilizada, buscar possíveis interações medicamentosas, aspectos subjetivos de cada indivíduo (crenças, medos e mitos), vulnerabilidade social e barreiras de acesso que possam impactar negativamente sobre a adesão.

- **Blips virais:** Detecção esporádica de valores baixos de viremia, inferiores a 200 cópias/mL. Não é uma viremia sustentada, de forma que a CV deve ser indetectável na coleta de confirmação após 4 semanas.

- **Transativação heteróloga:** viremia transitória ocasionada por processos infecciosos ou vacinação.

Caso confirmada falha virológica a TARV deve ser mantida e o paciente encaminhado para o SAE com indicação de genotipagem. A consulta junto ao serviço especializado deverá ser garantida o mais brevemente possível em casos de falha virológica secundária a baixa adesão, pois o risco de abandono nesses casos é maior.

Outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) podem contribuir para estimular adesão e deverão ser acionados conforme a necessidade. O trabalho conjunto, articulado e intersetorial pode ser decisivo nestes casos.

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO A SERVIÇO ESPECIALIZADO

O tratamento e acompanhamento de PVHIV de baixo risco e com imunodeficiência leve pode ocorrer totalmente na Atenção Primária à Saúde. Entretanto, algumas situações requerem acompanhamento e seguimento junto à atenção especializada. As seguintes condições demandam avaliação o mais brevemente junto a serviços especializados (30):

- imunodeficiência avançada ou moderada e/ou $CD4 < 200$ céls/mm³ (inclui pacientes com doenças definidoras de aids e doenças oportunistas, ver quadros A e B);
 - neoplasia não definidora de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia;
 - contraindicação ao esquema antirretroviral de primeira linha (por resistência evidenciada em genotipagem, histórico de uso prévio de esquema de segunda ou terceira linha, comorbidades ou interações medicamentosas);
 - falha terapêutica comprovada após trabalhada a adesão;
 - intolerância ao esquema antirretroviral de primeira linha por efeitos adversos, após tentativa de manejo do efeito adverso;
 - coinfeção com vírus da Hepatite C ou B;
 - coinfeção com tuberculose ou indicação de ILTB com rifampicina (idade > 50 anos; hepatopatas; contato de pessoas com TB monorresistente à isoniazida; intolerância à isoniazida);
 - suspeita ou diagnóstico de neurosífilis (após avaliação em serviço de emergência, se necessário);
- pessoa com HIV e comorbidades graves como:
- doença renal crônica ($TFG < 60$ ml/min/1,73m² ou proteinúria); ou
 - cardiomiopatia (insuficiência cardíaca classe III e IV, cardiomiopatia isquêmica, outras cardiomiopatias);
 - ou
 - alterações neurológicas ou psiquiátricas – quadros demenciais, depressão grave, transtorno de humor bipolar, esquizofrenia, outras condições neurológicas ou psiquiátricas incapacitantes ou de difícil manejo medicamentoso por interações com a TARV;
 - gestantes (cuidado compartilhado entre atenção básica e SAE);
 - mulheres em idade fértil com plano de gestar e que em decisão compartilhada optaram por não utilizar esque-

ma inicial preferencial;

- crianças;
- preocupação do paciente relativa ao sigilo da doença e local de atendimento na APS (após explicado sobre questões éticas e reforçado o ambiente de segurança da unidade de saúde)

Nos casos de PVHIV encaminhadas aos serviços especializados, é importante que o vínculo com a APS não seja perdido, cabendo à equipe desempenhar papel de coordenadora do cuidado. O acompanhamento deve ser compartilhado e a APS passa a ter papel fundamental na orientação e estímulo à adesão ao tratamento.

Nada impede que pacientes que acompanharam na atenção especializada recebam alta e possam ter seguimento junto à APS. Nestes casos a contra-referência deve ser estimulada e as informações advindas do serviço especializado devem ser compartilhadas com a APS.

São critérios para acompanhamento e tratamento na APS de pessoas em uso de TARV com esquema de 1º linha, após alta ambulatorial do SAE:

- morbidades possíveis de serem acompanhadas na APS; e
- 2 cargas virais indetectáveis consecutivas com intervalo de 6 meses; e
- CD4 \geq 200 céls/mm³

SITUAÇÕES QUE EXIGEM BREVIDADE NO INÍCIO DE ARV

O início da TARV precoce traz benefício de redução de morbimortalidade para todas as PVHIV. Algumas situações demandam acesso prioritário ao tratamento, sendo estas listadas a seguir (9):

- PVHIV sintomática;
- LT-CD4 < 350 céls/mm³;
- gestante;

- tuberculose ativa;
- coinfeção HBV;
- coinfeção HCV;
- risco cardiovascular elevado (> 20%).

Muitas dessas situações encaixam-se nos critérios de encaminhamento para serviços especializados, sendo premente o acesso breve dessas pessoas a esses serviços. Em casos nos quais se identifique dificuldade para encaminhamento, o profissional da APS pode se valer de apoio matricial com infectologista conforme fluxo local ou discussão do caso através de ferramentas como o Telessaúde-RS UFRGS pelo telefone 0800 644 6543 (9).

ANEXOS

QUADRO A - Manifestações de imunodeficiência avançada (doença definidora de aids)

- Síndrome consumptiva associada ao HIV (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual) associada a 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 pulmonar e 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 *thyphi*
- Linfoma não-Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central
- Carcinoma cervical invasivo

- Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite ou miocardite)
- Leishmaniose atípica disseminada
- Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV

QUADRO B - 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 (>37,6 °C, intermitente ou constante)
- Candidíase oral persistente
- Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia
- Leucoplasia pilosa oral
- Tuberculose pulmonar
- Infecções bacterianas graves (por ex: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave)
- Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante
- Anemia inexplicada (<8 g/dL), neutropenia (<500 células/ μ L) e/ou trombocitopenia crônica (<50.000 células/ μ L)
- Angiomatose bacilar
- Displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical in situ
- Herpes zoster (≥ 2 episódios ou ≥ 2 dermatômos)
- Listeriose
- Neuropatia periférica
- Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. U.S. Department of Health & Human Services. A Timeline of HIV/AIDS. HIV.gov [Internet]. 2020;1–18. Available from: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline>
2. Schmidt S. The Discovery of HIV-1. Nature [Internet]. 2018;1981(Milestone 1):4. Available from: <https://www.nature.com/articles/d42859-018-00003-x>
3. Roberts BD. HIV antibody testing methods: 1985-1988. [Internet]. Vol. 26, Journal of insurance medicine. New York; 1994. 13–14 p. Available from: <https://aaimedicine.org/journal-of-insurance-medicine/jim/1994/026-01-0013.pdf>
4. Broder S. The development of antiretroviral therapy and its impact on the HIV-1/AIDS pandemic [Internet]. Vol. 85, Antiviral Research. 2010. 1–18 p. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2009.10.002>
5. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018;42:e151. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49508>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST HIV/Aids e Hepatites Virais. 5 Passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica. 2014;8. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>
7. Gusso G, Lopes JMCL, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática. 2nd ed. Artmed, editor. Porto Alegre; 2019.
8. Saúde SM de. Coleção Guia de Referência Rápida - Infecção pelo HIV e AIDS. [Internet]. 1a. SMS/RJ, editor. Rio de Janeiro; 2016. 1–45 p. Available from: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176326/Guia-deReferenciaRepidaemHIV_AIDS_pagsimples_web.pdf

9. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. TeleCondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde: versão digital 2021 [Internet]. versão dig. Porto Alegre; 2021. 59 p. Available from: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/telecondutas_hiv.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos [Internet]. 1a edição. Editora MS, editor. Brasília; 2018. 410 p. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde [Internet]. 1a edição. Vol. 1. Brasília; 2017. 127 p. Available from: [http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-as-e-gestores-as#:~:text=Tamanho-,Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais trabalhadores\(as\) e gestores \(as\) de saúde,](http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-as-e-gestores-as#:~:text=Tamanho-,Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde,)
12. Ministério da Saúde. Nota Informativa no 5/2019 - Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6(seis) meses. 2019;5(9263347):1–4. Available from: http://www.aids.gov.br/pt-br/acesso_a_informacao/legislacao
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais [Internet]. 1a edição. Brasília; 2021. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST HIV/Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília; 2022.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. 4a edição. Brasília; 2018. 148 p.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST e HIV / AIDS - Diretrizes e Procedimentos Básicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1–21 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf
17. BC Centre for Disease Control's. Communicable Disease Control Manual - Chapter 5 page 47 [Internet]. 2016. 1–51 p. Available from: [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter 5 - STI/HIV_Guidelines_Testing_FollowUp_Prevention.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Communicable-Disease-Manual/Chapter%205-STI/HIV_Guidelines_Testing_FollowUp_Prevention.pdf)
18. Le T, Wright EJ, Smith DM, He W, Catano G, Okulicz JF, et al. Enhanced CD4+ T-Cell Recovery with Earlier HIV-1 Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med*. 2013;368(3):218–30.
19. Pilcher CD, Ospina-Norvell C, Dasgupta A, Jones D, Hartogensis W, Torres S, et al. The Effect of Same-Day Observed Initiation of Antiretroviral Therapy on HIV Viral Load and Treatment Outcomes in a US Public Health Setting. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(1):44–51.
20. European AIDS Clinical Society (EACS). Linhas Orientadoras EACS 2019 versão 10.0. 2019;(November):1–123. Available from: <https://www.eacsociety.org/files/guidelines-10.0-portuguese.pdf>
21. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de Vacinação Pacientes Especiais SBIM. 2022; Available from: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Ofício no 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS - Ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos [Internet]. Brasília; 2021. Available from: https://mncp.org.br/wp-content/uploads/2021/03/OFICIO_203.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de operacionalização da vacinação contra Covid-19 [Internet]. 2a edição. Brasília; 2022. 123 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_operacionalizacao_vacinacao_covid19.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil. Ministério da Saúde. 2022. 32 p.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa no 5/2021-CGDR/.DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre atualização das Recomendações do Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* com a disponibilização da Rifapentina [Internet]. Brasília; 2021. Available from: <https://www.saude.go.gov.br/files/sistemas/silt/NOTA-INFORMATIVA-N-5-RIFAPENTINA.pdf>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Ofício circular No 3/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS - Atualizar as recomendações sobre a coadministração de Dolutegravir e medicamentos com potencial interação. 2020;3(0013199025):1–2.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa no 1/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS - Dispõe sobre as recomendações do uso de dolutegravir em gestantes independentemente da idade gestacional e mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar. 2022;1(0024996343):1–7. Available from: [http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA_INFORMATIVA_No_12022-CGIST.DCCI.SVS.MS - uso de DTG em gestantes e MVHIV.pdf](http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA_INFORMATIVA_No_12022-CGIST.DCCI.SVS.MS_-_uso_de_DTG_em_gestantes_e_MVHIV.pdf)
28. Organização Mundial da Saúde. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva, Switzerland:World Health Organization; WHO [Internet]. 2019;(July):3. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/%0Afile:///C:/Users/Harrison/Downloads/WHO-CDS-HIV-19-15-eng.pdf>
29. Pereira GFM, Kim A, Jalil EM, Fernandes Fonseca F, Shepherd BE, Veloso VG, et al. Dolutegravir and pregnancy outcomes in women on antiretroviral therapy in Brazil: a retrospective national cohort study. *Lancet HIV* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Mar 6];8(1):e33–41. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S235230182030268X/fulltext>
30. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Protocolos de Regulação Ambulatorial Infecologia Adulto/ Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. 2017;1–19.



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

