RIO PREFEITURA
SAÚDE

Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Infecção pelo HIV e AIDS

Prevenção, Diagnóstico e Tratamento na Atenção Primária

Versão Profissional

1˚ edição

2015

Prefeito
Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde
Daniel Soranz

Subsecretário Geral de Gestão Estratégica e Integração da Redes de Saúde
José Carlos Prado Junior

Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde
Betina Durovni

Superintendente de Atenção Primária em Saúde
Guilherme Wagner

Coordenação de Linhas de Cuidados de Doenças Transmissíveis
Patrícia Durovni

Gerente da Área Técnica de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS
Luciane Oscar

Coordenação Técnica
Michael Duncan
Revisão Técnica
Débora Teixeira

Colaboração
Luciane Oscar
Patrícia Durovni
Márcia Zattar
Cláudia Ramos
Vinícius Menezes
Germana Perissé
Márcia Vieira
Paulo Santos
Gustavo Magalhães
Fernanda Prudêncio
Jorge Eduardo Pio
Luíza Ilarri
Bernardo Alves
Marcos Vinícius de Oliveira

Diagramação
Assessoria de Comunicação Social da SMS/RJ

Sobre este Guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP) para o diagnóstico e manejo na atenção primária da infecção pelo HIV. Ele foi construído em consonância com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, do Ministério da Saúde do Brasil, porém com foco na prática clínica da atenção primária em saúde (APS). O documento representa o posicionamento da S/SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de atenção primária na cidade do Rio de Janeiro. Em caso de condutas divergentes do que estiver presente neste guia, recomenda-se o devido registro em prontuário.

SUMÁRIO

Introdução **4**

Promoção e prevenção da infecção pelo HIV **7**

Diagnóstico da infecção pelo HIV **10**

- Rastreamento 10
- Quando suspeitar da infecção pelo HIV? 12
- Como diagnosticar a infecção pelo HIV? 18
- Comunicação com o paciente a respeito do exame do HIV 21
- Discussão sobre confidencialidade dentro da equipe 29
- Notificação dos casos de infecção pelo HIV e AIDS 29

Abordagem inicial do paciente com diagnóstico recente de infecção pelo HIV **31**

- Quando iniciar o tratamento com antirretrovirais? 45
- Qual tarv iniciar? 48
- Síndrome inflamatória de reconstituição imunológica 55

Acompanhamento e monitoramento do paciente com infecção pelo HIV na atenção primária **57**

- Prevenção das infecções oportunistas 61
- Abordagem integral da pessoa com HIV 65
- Interações medicamentosas 72
- Imunizações 79

Referências bibliográficas **81**

INTRODUÇÃO

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, se descobriu 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 suscetível a infecções oportunistas, neoplasias e manifestações autoimunes. Essa última fase é denominada síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

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. Isso, somado ao fato de que os critérios para início da terapia antirretroviral estão sendo ampliados, faz com que seja necessário repensar a organização da rede de atenção à saúde da pessoa com HIV. Felizmente, as opções terapêuticas para o manejo do HIV estão cada vez mais acessíveis, simples, protocoladas e baseadas em evidências, criando um ambiente propício para uma maior integração das equipes de atenção primária no manejo dessa doença.

Este guia de referência rápida tem como objetivo estabelecer as diretrizes para o manejo do HIV na atenção primária no município do Rio de Janeiro e os critérios para encaminhamento para acompanhamento compartilhado com equipe especializada em HIV/AIDS.

Cuidados Centrados na Pessoa

Tanto o tratamento quanto 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 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. Além disso, se o paciente preferir fazer o acompanhamento em ambulatório especializado, mesmo se estiver nas situações em que este guia recomenda o manejo na APS, sua vontade deve ser respeitada.

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

■ Devem-se promover ações preventivas populacionais e intersetoriais, 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 (ACS) nessas ações.

■ 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 (ISTs), incluindo o HIV. Esses comportamentos de risco incluem relação sexual (homo ou heterossexual) sem o uso de preservativos; 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 para grupos populacionais com maior frequência desses comportamentos de risco, como profissionais do sexo, jovens com múltiplos parceiros sexuais e pessoas com dependência de drogas como cocaína e crack. Destaca-se que, ao atender uma pessoa com comportamento de risco e com resultado negativo para HIV, deve- se reforçar o aconselhamento para prevenção de ISTs.

■ O uso de métodos de barreira é uma estratégia essencial para a prevenção do HIV. Revisão sistemática mostrou que a efetividade do preservativo masculino na redução da transmissão heterossexual do HIV em casais sorodiscordantes é de 80% [1,2]. Para o sexo anal homossexual, a efetividade do uso consistente do preservativo na redução da transmissão do HIV é de 70%[3]. Os preservativos, inclusive o feminino, 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 benefício[4].

■ PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV): Recomenda-se profilaxia com antirretrovirais (TARV) para todos os casos com risco significativo de transmissão do HIV. Entende-se como exposição com risco de transmissão quando há contato com materiais biológicos de alto risco, tais como: sangue e derivados do sangue, sêmen, fluido vaginal, líquidos de serosa, líquido amniótico, líquor e líquido articular; através de exposição percutânea, por contato com membranas mucosas (incluindo exposição sexual), por via cutânea envolvendo pele não íntegra ou por mordedura com presença de sangue[5]. A PEP é uma emergência médica, devendo ser iniciada, principalmente, nas primeiras 2h após a exposição, mas pode ser realizada até 72h subsequentes à exposição. As pessoas que procuram a PEP após 72h dever avaliadas para definição da necessidade de acompanhamento clínico laboratorial, além da prevenção de outros agravos[5]. O seguinte esquema antirretroviral está indicado

para realização da profilaxia pós-exposição ao HIV[5]:

Tenofovir (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 300 mg: 01 comp. ao dia

+

Atazanavir (ATV) 300mg: 01 comp. ao dia

+

Ritonavir (RTV) 100 mg: 01 comp. ao dia

A duração da PEP é de 28 dias

Estes medicamentos deverão estar disponíveis em todas as unidades de atenção primária.

- Mais detalhes sobre a profilaxia pós-exposição ao HIV estão disponíveis em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58167/_p_pcdt_pep_hiv_versao_para_divulgacao_23julho201_30887.pdf

DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

RASTREAMENTO

- O rastreamento para a infecção pelo HIV deve ser feito nas seguintes situações:
  - − Gestação (primeiro e terceiro trimestres)
  - − Presença de outras doenças sexualmente transmissíveis
  - − Tuberculose
  - - Pessoas que apresentam manifestações clínicas compatíveis com infeção aguda ou tardia pelo HIV
  - − Comportamento sexual de risco
  - − Uso de drogas injetáveis
  - − Pessoas que pedem para realizar o exame
- Se o exame for feito em adolescentes, não é necessária a autorização ou presença dos pais.
- O quadro a seguir apresenta algumas formas de iniciar a discussão sobre o rastreamento para o HIV[6].

> *— "Oferecemos para todas as mulheres grávidas alguns exames, incluindo testes rápidos para sífilis e HIV e aconselhamos fortemente que façam esses exames, pois, quando identificamos essas doenças cedo na gravidez, há formas de evitar que sejam transmitidas para o bebê. Você gostaria de realizar esses exames?"*

— “Recomendamos que todas as pessoas que já se injetaram drogas no passado realizem um exame para HIV, pois essa doença responde bem ao tratamento. Você já considerou a possibilidade de realizar esse teste?”

— Para um paciente com diagnóstico de outra IST, p.ex.: herpes ou condiloma: “Como você apresenta uma doença que foi transmitida sexualmente, é possível que tenha sido exposto a outras doenças também transmitidas sexualmente, como HIV, sífilis e hepatites. Você quer realizar esses exames?”

— “Temos visto um número muito grande de jovens da sua faixa etária com doenças que podem ser transmitidas sexualmente. Posso fazer algumas perguntas para ver se você apresenta risco para essas doenças?”

— “Como você não tem parceiro sexual fixo e nem sempre usa preservativo, é possível que esteja em maior risco para o HIV. Você já considerou realizar um exame para HIV?”

QUANDO SUSPEITAR DA INFECÇÃO PELO HIV?

SÍNDROME DA INFECÇÃO AGUDA PELO HIV

■ Ocorre geralmente entre duas e seis semanas após a infecção, manifestando-se de forma sintomática em mais de 60% 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 a 40°C).
- Linfadenopatias (cervical anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar) indolores, simétricas e móveis.
- Náusea.
- Diarreia.
- Perda de peso.
- Dor de garganta.

- Rash cutâneo.
- Ulcerações mucocutâneas.
- Mialgia/artralgia.
- Cefaleia.
- Meningite asséptica

O quadro clínico tem resolução espontânea, normalmente, após 1 a 4 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.

■ Uma forma de abordar a possibilidade de infecção aguda pelo HIV com o paciente é dizer: *"Esses sintomas que você tem geralmente são causados por um vírus, como o da mononucleose ou da gripe. Existem também alguns vírus menos comuns e que não podemos deixar passar. Um deles, especialmente em pessoas com maior risco, é o vírus do HIV. Posso fazer algumas perguntas para avaliar o seu risco para o HIV?"* Então, avalie os riscos nas últimas 12 semanas[6].

■ Se o quadro for altamente sugestivo de infecção aguda pelo HIV ou se a pessoa apresentar fatores de risco, ofereça o teste rápido, reforçando orientações para práticas sexuais seguras. Se o teste for negativo, repita o exame após 15 dias. Se esse segundo teste for negativo, é improvável que o quadro clínico se deva à infecção aguda pelo HIV.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À INFECÇÃO PELO HIV

	CONDIÇÕES DEFINIDORAS DE AIDS	OUTRAS CONDIÇÕES EM QUE SE DEVE OFERECER TESTAGEM PARA HIV
Respiratórias	Tuberculose extrapulmonar Pneumocistose	Pneumonia bacteriana Aspergilose
Respiratórias	Toxoplasmose cerebral Linfoma primário do SNC Meningite criptocócica Leucoencefalopatia multifocal progressiva	Meningite/encefalite asséptica Abscesso cerebral Lesão com efeito de massa de causa desconhecida Síndrome de Guillain-Barré Mielite transversa Neuropatia periférica Demência Leucoencefalopatia

	CONDIÇÕES DEFINIDORAS DE AIDS	OUTRAS CONDIÇÕES EM QUE SE DEVE OFERECER TESTAGEM PARA HIV
Dermatológicas	Sarcoma de Kaposi	Dermatite seborreica grave ou recalcitrante Psoríase grave ou recalcitrante Herpes zoster em múltiplos dermátomos ou recorrente
Gastrintestinais	Criptosporidíase persistente	Candidíase oral Leucoplasia pilar oral Diarreia crônica de causa desconhecida Perda de peso de causa desconhecida Salmonella, shigella ou campylobacter Hepatite B Hepatite C
Oncológicas	Linfoma não-Hodgkin	Câncer anal ou displasia intraepitelial anal Câncer de pulmão Seminoma Câncer de cabeça e pescoço Linfoma de Hodgkin Doença de Castleman

	CONDIÇÕES DEFINIDORAS DE AIDS	OUTRAS CONDIÇÕES EM QUE SE DEVE OFERECER TESTAGEM PARA HIV
Ginecológicas	Câncer do colo uterino invasivo	Neoplasia intraepitelial vaginal Neoplasia intraepitelial cervical Grau 2 ou mais
Hematológicas		Qualquer discrasia sanguínea não explicada, incluindo: • Trombocitopenia • Neutropenia • Linfopenia
Oftalmológicas	Retinite por citomegalovírus	Doenças infecciosas da retina, incluindo herpesvírus e toxoplasmose Qualquer retinopatia não-explicada

	CONDIÇÕES DEFINIDORAS DE AIDS	OUTRAS CONDIÇÕES EM QUE SE DEVE OFERECER TESTAGEM PARA HIV
Otorrinolaringológicas		Linfadenopatia de causa desconhecida Parotidite crônica Cistos parotídeos linfoepiteliais
Outras		Febre de origem desconhecida Síndrome semelhante à mononucleose (infecção primária pelo HIV) Qualquer linfadenopatia de causa desconhecida Qualquer doença sexualmente transmissível

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 e terceiro trimestres do pré-natal e no momento do diagnóstico da tuberculose, porém ele também deve ser oferecido para qualquer pessoa com indicação para o exame.

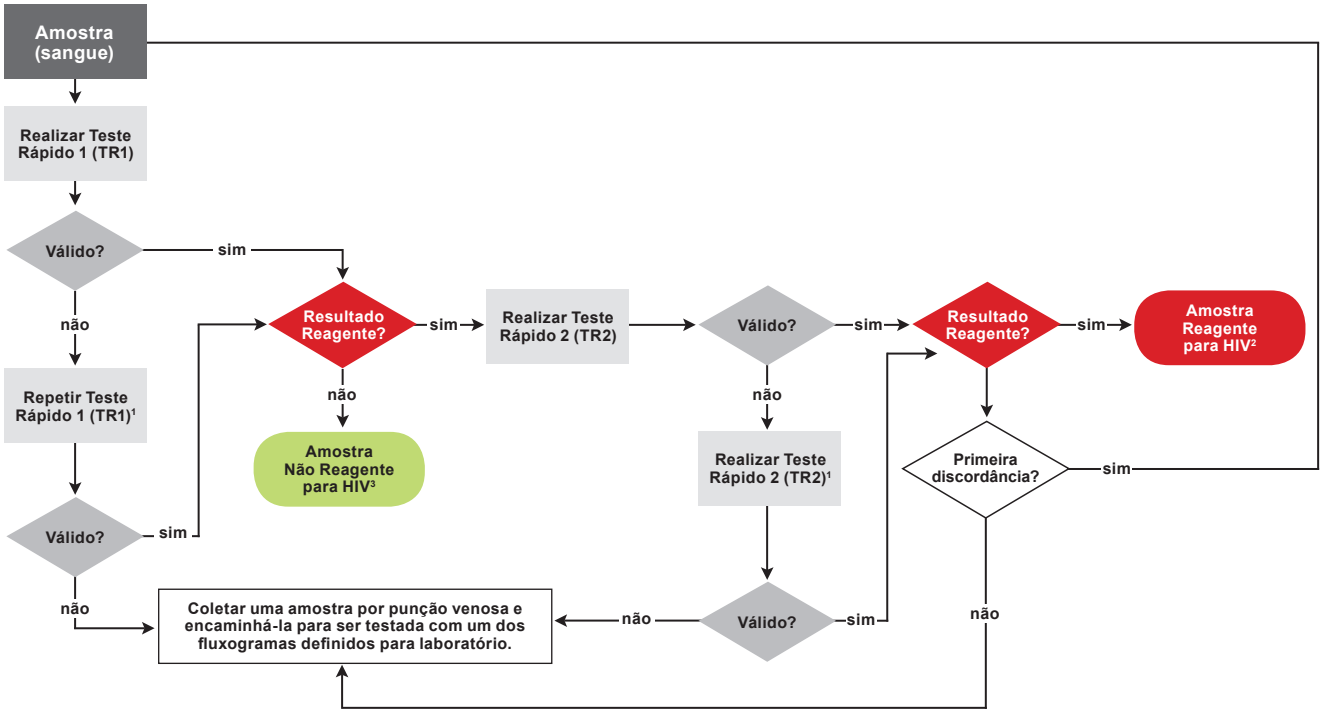
■ Pacientes que chegam às unidades de saúde com teste rápido realizado em fluido oral por Organizações Não Governamentais (ONGs) deverão trazer o laudo com a assinatura e carimbo do profissional que realizou o teste. Ficará à critério do profissional da APS dar continuidade ao procedimento, realizando o segundo teste rápido por punção digital, conforme indicado no fluxograma 2 do Manual Técnico para o diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV[7], ou realizar todo o fluxograma 1, com os dois testes rápidos por punção digital. Ressalta- se a importância do acolhimento e da testagem destas pessoas, que precisam ter a definição diagnóstica para a continuidade do seu cuidado.

■ O teste rápido é realizado em sangue capilar conforme o Manual Técnico para o diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV[7], disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55594/manual_tecnico_para_o_diagnostico_da_infeccao_pelo_17627.pdf. Se positivo, o exame deve ser repetido em nova amostra utilizando teste de outro laboratório. O Ministério da Saúde preconiza atualmente o treinamento

para a realização dos testes rápido através do TELELAB, disponível em: http://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/93-diagnostico-de-hiv

- O resultado do teste rápido deve ser fornecido ao paciente em laudo padronizado, assinado pelo profissional que realizou o exame. Disponível em: http://subpav.org/download/Laudo_resultado_testagem_antiHIV_utilizacao_teste_rapido.1.pdf

- O fluxograma a seguir resume o processo do diagnóstico do HIV por meio do teste rápido.



[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 1: Fluxograma 1- Diagnóstico da infecção pelo HIV por teste rápido 1 (TR1) e teste rápido 2 (TR2).

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. Esse processo é dividido em aconselhamento pré-teste e aconselhamento pós-teste. Os protocolos originais para o aconselhamento são extensos e foram desenvolvidos para serem realizados em Centros de Testagem Anônima (CTAs). Neste guia, apresentamos uma adaptação em um formato mais breve, adequado à consulta em atenção primária. Mesmo que o aconselhamento seja mais breve na APS, ele requer tempo adequado para ser realizado e, inclusive, para repetir o teste rápido em caso de resultado positivo. Para tanto, pode ser necessário resolver antecipadamente demandas que requerem atenção mais imediata.

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.

O conteúdo da discussão depende muito da necessidade de informações expressas pelo paciente. Por exemplo, quando o exame é realizado como parte da rotina do acompanhamento pré-natal, pode ser suficiente informar que o exame faz parte da rotina, com o objetivo de detectar precocemente uma infecção tratável, como ilustrado anteriormente no quadro das páginas 10 e 11; já quando o exame é solicitado devido à presença de

comportamentos de risco ou o paciente apresenta grande ansiedade em relação ao exame, pode ser necessário um aconselhamento mais extenso.

Algumas estratégias que permitem otimizar o tempo são:

- Realizar o aconselhamento pré-teste em grupo e,
- Nas situações em que for utilizado o teste rápido, deve-se obter o consentimento logo no início do aconselhamento, para que o teste seja realizado enquanto se abordam os demais conteúdos.

Quando essa segunda estratégia é utilizada, deve-se estar atento ao tempo de realização do exame (20 minutos), para que não se perca o momento da leitura do resultado. Quando o aconselhamento pré-teste é feito de forma individualizada, a leitura do resultado pode ser feita pelo profissional na frente do paciente. Entretanto, se o paciente aguardar na sala de espera durante o intervalo entre o término do aconselhamento pré-teste e o momento em que é feita a leitura do resultado, pode ser mais fácil para o profissional de saúde se preparar emocionalmente para informar o resultado caso ele seja positivo. Quando o aconselhamento pré-teste é feito de forma coletiva, os pacientes devem obrigatoriamente aguardar o resultado na sala de espera.

O quadro abaixo apresenta uma proposta de aconselhamento pré-teste adequada à consulta em atenção primária[6].

ELEMENTOS QUE PODEM SER INCLUÍDOS NA DISCUSSÃO	AÇÃO
■ Benefícios da realização do teste se resultado negativo: − O paciente se tranquiliza de que não tem HIV − O paciente pode continuar tomando medidas para evitar a infecção − Suas eventuais doenças atuais poderão ser tratadas sem serem afetadas pelo HIV ■ Benefícios da realização do teste se resultado positivo: − Existem tratamentos eficazes que previnem complicações associadas ao HIV − É possível tomar medidas para evitar a transmissão da doença para seus parceiros sexuais − O tratamento para outras doenças pode ser ajustado, se necessário, para acomodar o tratamento do HIV − Pessoas com HIV podem ter filhos saudáveis se souberem da infecção já no início da gestação − 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.	■ Obter consentimento para o teste ■ Garantir a confidencialidade sobre o resultado do exame ■ Definir se o paciente estará sozinho ou acompanhado no momento do resultado ■ Assegurar-se de que o cadastro do paciente está atualizado com as informações corretas para contato posterior, se necessário.

Aconselhamento pós-teste

O aconselhamento pós-teste também deve ser focado nas necessidades expressas pelo paciente. Ele obviamente terá duração maior se o resultado for positivo. O fluxograma a seguir apresenta uma proposta de aconselhamento pós-teste adequada à consulta em atenção primária[8].

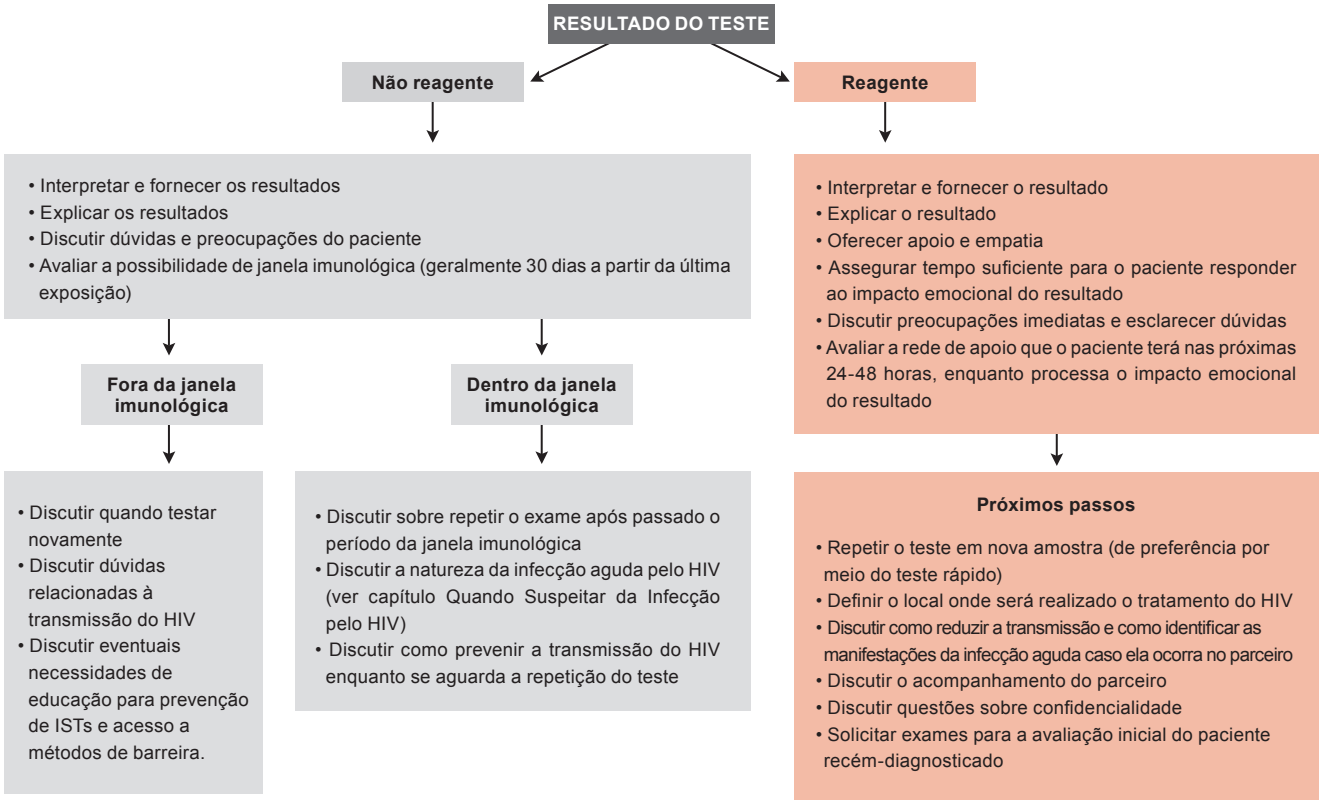


Figura 2: Fluxograma 2- Aconselhamento pós diagnóstico da infecção pelo HIV

Como informar um resultado positivo de infecção pelo HIV

Abaixo estão alguns exemplos de frases que podem ser usadas em cada fase da consulta em que é fornecido o resultado positivo para o HIV e feito o aconselhamento pós-teste[6]:

- Informar o resultado de forma direta e em tom neutro.
  - o "O seu resultado do HIV foi positivo. Isso significa que provavelmente em algum momento você foi exposto ao HIV." Nesse momento, faz-se uma pausa para permitir resposta do paciente. Após assimilada a informação, continua-se da seguinte forma: "Para confirmar que você realmente tem a infecção, precisamos realizar um novo exame, que podemos fazer agora mesmo."
- Abordar as preocupações do paciente e identificar as fontes de apoio emocional de que ele dispõe.
  - o "O que está passando pela sua cabeça agora?"
  - o "Quem poderia dar apoio enquanto você lida com essa situação?"
  - o "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 "O que você pretende fazer ao sair desta clínica? Com quem pretende conversar a respeito?"

- o “Agora que você sabe que tem HIV, está preocupado com alguém em especial?”
- o “Tem algo que você precisará fazer de forma diferente agora que sabe que tem HIV?”

- Encerramento da consulta e definição do seguimento.
  - o “Conversamos sobre várias coisas hoje. Qual delas será a mais importante para você lidar hoje?”
  - o “Antes de marcarmos a próxima consulta, tem algo a mais que você queira conversar?”
  - o “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.”

Deve-se sempre ter em mente que a revelação diagnóstica não é um evento único e 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.

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/compre-

ensão 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 – isto é, o número deles, a sequência e o tempo de cada um deles – é extremamente variável e pessoal. Deve-se assumir sempre uma postura empática, respeitando o estágio emocional do paciente ao diagnóstico.

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 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 fazer isso 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 várias consultas.
- Em último caso, não havendo disposição do paciente em informar o parceiro, após sucessivas tentativas da equipe, a revelação deve ser feita pelo profissional de saúde. Destaca-se que essa medida só deverá ser

tomada após serem esgotadas todas as tentativas possíveis. Nesse caso, o dever ético de proteger a saúde do parceiro suplanta a obrigação quanto ao sigilo[9]. Quando confrontado com essa situação, o profissional de saúde deve, antes de tomar qualquer atitude, discutir o caso com outros profissionais de apoio, como os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os apoiadores da CAP, para definir a melhor forma de fazer essa revelação e obter respaldo institucional. As tentativas de convencer o paciente e a discussão com os profissionais de apoio devem estar registradas no prontuário.

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 consis-

te na identificação, pelo adolescente, de outra pessoa maior de idade capaz de acompanhá-lo, ajudando a equipe no manejo do caso[10].

− 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

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. 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 acesso facilitado em horário com menos movimento, telefone ou e-mail.

Os pacientes devem ser informados de que apenas os profissionais de nível superior tem acesso às informações clínicas do prontuário eletrônico e que o sigilo é mandatório.

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 regularmente pelos médicos e outros profissionais de saúde 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[7]. 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. A notificação da infecção pelo HIV seguirá os mesmos critérios de sigilo definidos na Lei de Acesso à Informação Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

A ficha de notificação para os casos de HIV e AIDS está disponível em:
http://subpav.org/download/sinan/Aids_adulto.pdf

ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO RECENTE 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 do HIV.

■ Os itens listados no quadro abaixo, integrantes da anamnese, são relevantes para ajudar a definir o plano de cuidado para o paciente. Entretanto, nem todos precisam ser questionados na primeira avaliação. Muitos já serão de conhecimento da equipe e outros poderão ser questionados posteriormente, quando o paciente retornar com os resultados dos exames iniciais ou em consulta de acompanhamento de rotina.

Informações específicas sobre a infeção pelo HIV	• Revisar e documentar exames anti-HIV prévios, especialmente o último negativo • Determinar o tempo provável de soropositividade • Determinar a provável rota de exposição • Avaliar a compreensão sobre a doença e sobre o seu tratamento
Abordagem de risco e vulnerabilidades	• Práticas sexuais • Utilização de preservativos • História de sífilis e outras IST • Uso de tabaco, álcool e outras drogas • Interesse em reduzir os danos à saúde

História médica atual e passada	• História de doença mental • História de tuberculose: prova tuberculínica e tratamento prévio • Outras doenças atuais e/ou pregressas • Imunizações • Uso de outros medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas
História reprodutiva	• Desejo de ter filhos • Estado sorológico do parceiro e filho(s) • Métodos contraceptivos e avaliação de risco reprodutivo
História psicossocial	• Reação emocional ao diagnóstico • Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) • Nível educacional • Condições de trabalho e domicílio • Alimentação
História familiar	• Doenças cardiovasculares e hipertensão • Dislipidemias • Diabetes

■ É importante realizar uma revisão de sistemas focando em sintomas que podem estar relacionados à infecção pelo HIV:

- Sintomas constitucionais (perda de peso, febre, sudorese noturna, fadiga)

- Alterações visuais

- Dor ou lesões na boca

- Perda auditiva

- Sintomas respiratórios (tosse, dispneia)

- Sintomas cardíacos (dor torácica, palpitações)

- Sintomas gastrintestinais (diarreia, dor abdominal, náusea)

- Lesões ou sintomas geniturinários (disúria, corrimento vaginal)

- Neuropatia e outras síndromes dolorosas

- Alterações cognitivas

- Sintomas depressivos (alterações no sono e nos padrões alimentares, humor deprimido, perda de interesse, desesperança)

- Atrofia ou fraqueza muscular

■ Recomenda-se também um exame físico cuidadoso focado nas principais manifestações sistêmicas da infecção

pelo HIV. A figura abaixo resume os principais pontos a serem considerados[11].

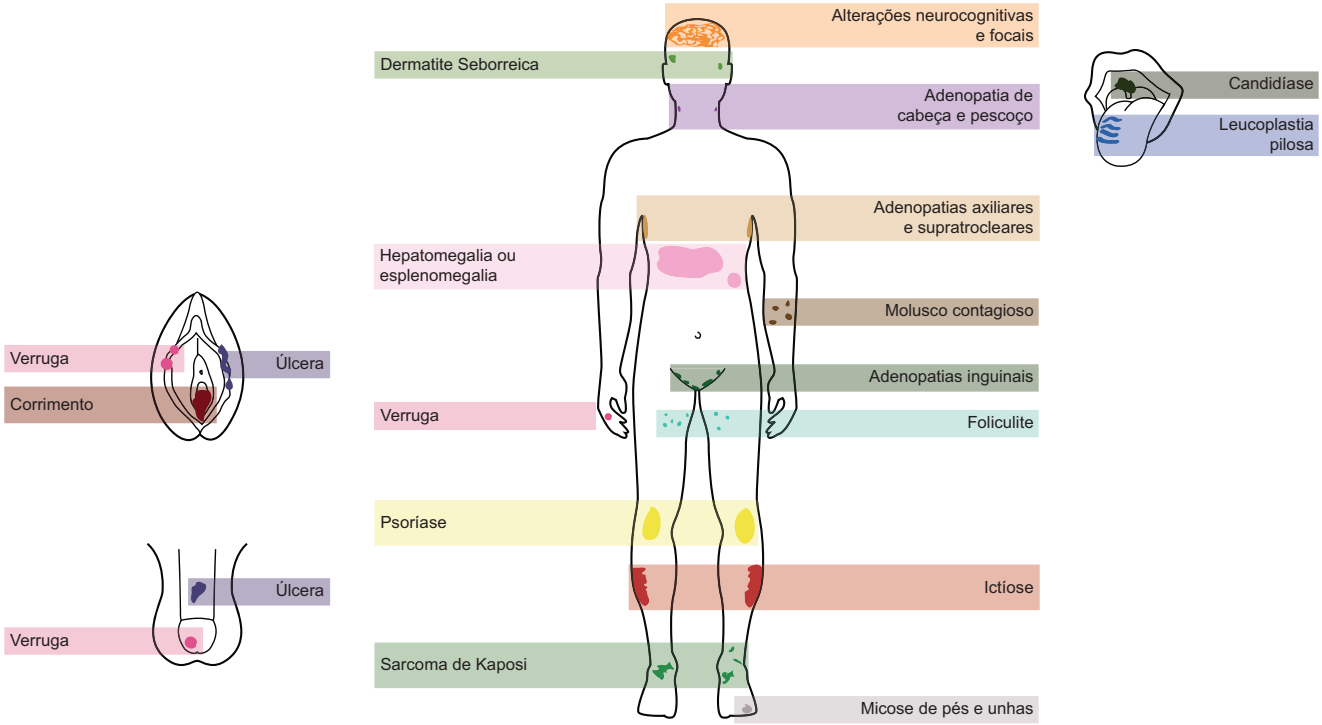


Figura 3: Manifestações clínicas que podem estar relacionadas à infecção pelo HIV.

Exames complementares a serem solicitados na primeira avaliação

EXAME	MOTIVO
Contagem de linfócitos T CD4+	Avalia o grau de imunossupressão, estabelece prioridades para o início de TARV e avalia a necessidade de quimioprofilaxia primária. 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 ocorrem apenas com valores inferiores a 200 células/mm^3, motivo pelo qual esse é o ponto de corte para diagnóstico de AIDS.
Carga viral do HIV	Cargas virais mais elevadas estão associadas a maior transmissibilidade, potencial para progressão mais rápida da doença e doença mais avançada. Carga viral > 100.000 é forte justificativa para iniciar antirretrovirais.

EXAME	MOTIVO
Hemograma completo	- Anemia pode estar presente em qualquer estágio da doença, mas é mais frequente na doença avançada. Se presente, é importante investigar também outras causas, como deficiência de ferro, de vitamina B12 e de ácido fólico. - É importante determinar se há macrocitose previamente ao uso de zidovudina, pois esta aumenta o volume corpuscular médio (VCM). - Leucopenia, incluindo linfopenia e neutropenia, são frequentes, especialmente na doença avançada. - Eosinofilia pode ser causada pela própria infecção pelo HIV, por alergia a medicamentos, como sulfonamidas, e pela infestação por parasitas, como estrongiloides stercoralis. - Trombocitopenia pode ser causada pela própria infecção pelo HIV, por infecções oportunistas ou ser idiopática.
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 antes de iniciar antirretrovirais, pois o tenofovir é contraindicado na presença de alteração da função renal.

EXAME	MOTIVO
Enzimas hepáticas (transaminases, fosfatase alcalina e Desidrogenase Láctica) e bilirrubinas	As transaminases podem estar elevadas na infecção aguda pelo HIV, na presença de coinfecções e pelo uso de TARV. É importante ter níveis basais de fosfatase alcalina antes de iniciar o tenofovir, pois este pode alterar os níveis plasmáticos desta enzima. As bilirrubinas podem estar elevadas por infiltração hepática por doença oportunista, pelo uso de atazanavir.
Elementos anormais e sedimentos (EAS) da Urina	O exame parcial de urina permite identificar proteinúria, que pode ser contraindicação para iniciar tenofovir. Pacientes com proteinúria confirmada em novo exame devem ser encaminhados para avaliação com especialista.
Radiografia de tórax*	Para investigação de tuberculose pulmonar ativa
PPD	Paciente sem tuberculose ativa, com PPD ≥ 5 mm, deve- se realizar profilaxia com Isoniazida 300 mg/d por 6 meses.

EXAME	MOTIVO
Sorologias (toxoplasmose IgG, anti-HCV, anti-HBs, anti-HBc total e IgM, HBsAg, anti-HAV, VDRL)	• A sorologia positiva para toxoplasmose indica (IgG) infecção latente, o que reforça a importância de quimioprofilaxia se CD4 < 100 células/mm^3. • Pacientes com HBsAg e anti-HBC IgM postivos devem ser encaminhados para tratamento de hepatite B Aguda**. • Pacientes com HBsAg e antiHBc total positivos, mas com anti- HBC IgM negativo devem ser encaminhados para referência em hepatite B crônica. • Pacientes com anti- HCV positivo, solicitar PCR RNA quantitativo para o vírus C. Caso o PCR esteja positivo, encaminhar para a referência em tratamento da hepatite C. • Pacientes com HBsAG, anti- HBC total e Anti- Hbs negativos para hepatite B devem ser vacinados. • Pacientes com anti- HAV IgG negativo, devem ser encaminhados para vacinação. • Pacientes com VDRL positivo devem ser tratados para sífilis de acordo com as recomendações do Guia de referência rápida para doenças sexualmente transmissíveis***: http://subpav.org/download/prot/destaque/APS_DST_final_completo.pdf
Colesterol total, HDL, triglicerídeos e glicemia de jejum.	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.

EXAME	MOTIVO
Teste de gravidez (TIG ou β-HCG)	Deve ser solicitado se houver possibilidade de gestação, para encaminhamento mais precoce caso a gestação seja confirmada. Ressalta- se também que a gravidez contra-indica o uso de esquema antirretroviral de 1º linha, o 3 em 1.

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

**Linha de cuidado em hepatites virais. http://subpav.org/download/prot/Linha_de_Cuidado_em_Hepatites_Virais.pdf

Tratamento com antirretrovirais

O uso de antirretrovirais revolucionou o tratamento da infecção pelo HIV e vem sendo recomendado o tratamento cada vez mais precoce, com o objetivo de reduzir a transmissibilidade. As associações de antirretrovirais atualmente utilizadas são em geral bem toleradas e há boa experiência de uso, o que permite manter o manejo de seus efeitos adversos. Por esse motivo, a SUBPAV está reformulando o programa de HIV/AIDS para contemplar a possibilidade de acompanhamento compartilhado entre a atenção primária e a atenção secundária ou terciária. Nesse novo desenho, a prescrição de antirretrovirais de primeira linha pode ser feita também por

médicos de família e comunidade e outros médicos que atuam na atenção primária, desde que devidamente capacitados e com apoio de especialista para esclarecimento de dúvidas.

Nas situações abaixo, o paciente deve ser prontamente encaminhado ao especialista para acompanhamento compartilhado:

- Quando o paciente preferir ser acompanhado em outro serviço;
- Gestantes em qualquer idade gestacional;
- Crianças e adolescentes até 14 anos incompletos;
- Pacientes com contagem de linfócitos T CD4 < 350 cels/ mm^3, independentemente se apresentam sintomas relacionados à infecção pelo HIV/AIDS (Quadros das páginas 42 a 45).
- Pessoas que apresentam doenças relacionadas à infecção pelo HIV (Quadros das páginas 42 a 45), independentemente da contagem de linfócitos T CD4.
- Coinfecções pelo HBV, HCV, tuberculose;
- Contraindicações ao uso do esquema de primeira linha (3 em 1)
- Casos de falha terapêutica ou pacientes com histórico de uso de outros antirretrovirais.

Manifestações relacionadas à infecção pelo HIV[11]

Doenças definidoras de AIDS

- ✓ 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 ≥ 1 mês) ou fadiga crônica e febre ≥ 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, coccidiomicose)

- ✓ 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 e/ou miocardite)
- ✓ Leishmaniose atípica disseminada

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 célulasl/μL) e/ou trombocitopenia crônica (< 50.000 células/μL)
- ✓ Angiomatose bacilar
- ✓ Displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical in situ
- ✓ Herpes zoster (≥ 2 episódios ou ≥ 2 dermátomos)
- ✓ Listeriose
- ✓ Neuropatia periférica
- ✓ Púrpura trombocitopênica idiopática

Nefropatia associada ao HIV (NAHIV)

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 de NAHIV é feito apenas por meio de biopsia renal, que demonstra a variante colapsante da glomeruloesclerose segmentar e focal. O principal tratamento da NAHIV é o controle da infecção pelo HIV, mediante o uso efetivo da TARV.

Alterações neurocognitivas associadas ao HIV

Incluindo alterações neurocognitivas, como perda da memória, lentificação psicomotora e déficit de atenção. Em uma fase inicial da demência associada ao HIV (HAD), 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 para HAD: nadir de contagem de linfócitos T CD4+ < 350 células/mm^3 ou T CD4+ atual < 350 células/mm^3; idade > 50 anos; Coinfecção pelo vírus da hepatite C; diabetes ou resistência à insulina; doença cardiovascular; nível de escolaridade baixo. Recomenda-se que a triagem seja realizada em todos os pacientes com diagnóstico de HIV e repetida anualmente. Para tal, recomenda- se a utilização da escala mundial para HAD (disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf). O diagnóstico é realizado pelo exame neuropsicológico que, no âmbito da atenção primária, pode ser realizado pelos profissionais do NASF.

Cardiomiopatia associada ao HIV

Evidencias substanciais, na literatura, indicam que o HIV, *per si*, 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[12]. As queixas mais frequentes são fadiga e dispneia aos esforços e, ao exame físico, pode- se observar taquicardia sem estertores creptantes ou sinais de insuficiência cardíaca congestiva[12]. 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[12].

Em alguns casos, após avaliação do especialista e pactuação com a equipe de APS, o manejo poderá ser feito na atenção primária com o apoio técnico do especialista.

Na atenção ao pré-natal e à tuberculose, é fundamental que a equipe de APS mantenha a vigilância dos pacientes mesmo quando eles estiverem em acompanhamento em serviço especializado.

QUANDO INICIAR O TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS?

O início da terapia antirretroviral (TARV) deve partir de uma decisão conjunta por parte do médico e da pessoa vivendo com HIV levando em conta, por um lado, os benefícios de redução de morbimortalidade e, por outro, a necessidade de uso crônico dos medicamentos, sem interrupções, levando-se em consideração o risco de induzir falha terapêutica. Portanto, antes de iniciar o TARV, principalmente em pacientes com contagem de linfócitos T CD4 > 500 cels/ mm^3 deve- se sempre assegurar que o paciente terá boa adesão ao tratamento. Entende-se como boa adesão a tomada diária do TARV.

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

Atualmente, recomenda-se o início mais precoce da terapia antirretroviral, com o objetivo de reduzir a transmissibilidade, especialmente no caso de casais sorodiscordantes, nos quais o parceiro com HIV tem alta motivação para o tratamento[11].

O quadro abaixo resume os critérios atualmente recomendados no Brasil para o início da TARV, bem como o profissional que pode iniciar a TARV em cada situação[11].

Grupo	Critérios	Profissional que inicia a TARV
Critério epidemológico		
Todas as pessoas com HIV, independentemente da contagem de CD4	Paciente fortemente motivado, com o objetivo de reduzir transmissibilidade	Médicos de família, médicos generalistas ou especialistas.
Critérios clínicos		
Sintomáticos	Pacientes apresentando sintomas atribuíveis ao HIV, incluindo tuberculose ativa (ver quadro 42 a 45)	Especialistas

Grupo	Critérios	Profissional que inicia a TARV
Critérios clínicos		
Assintomáticos		
CD4 ≤ 500 células/mm3	Todos os pacientes com CD4 ≤ 500 células/mm^3, porém superiores a 350 células/mm^3	Médicos de família, médicos generalistas ou especialistas.
	Pacientes com CD4 ≤ 350 células/mm^3	Especialistas
CD4 > 500 células/mm3	Todos os pacientes com coinfecção HIV-HBV Considerar também nos seguintes casos: - Neoplasias não-definidoras de AIDS com indicação de quimioterapia ou radioterapia - Casais sorodiscordantes. - Doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (escore de Framingham > 20%) - Coinfecção HIV-HCV - Carga viral > 100 mil cópias/mL	- Para os critérios de doença cardiovascular estabelecida, risco cardiovascular elevado ou carga viral > 100 mil cópias/mL: Médicos de família, médico generalista ou Especialista. - Para os demais critérios: Especialista

Grupo	Critérios	Profissional que inicia a TARV
Critérios clínicos		
Gestantes	Todas as gestantes com HIV, o mais precocemente possível na gestação	Especialistas. A gestante também deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.

QUAL TARV INICIAR?

Os antirretrovirais atuam em diversas etapas da ação do vírus do HIV. A tabela abaixo sumariza os antirretrovirais disponíveis para tratamento, no Brasil[11]:

ANTIRRETROVIRAIS PARA ADOLESCENTES E ADULTOS E SUAS DOSES	
Antirretrovirais	**Posologia**
Inibidores da transcriptase reversa análogos do nucleosídeo (ITRN):	
Zidovudina (AZT)	300mg 12/12h
Lamivudina (3TC)	150mg 12/12h ou 300mg 1x/dia

ANTIRRETROVIRAIS PARA ADOLESCENTES E ADULTOS E SUAS DOSES	
Antirretrovirais	**Posologia**
Inibidores da transcriptase reversa análogos do nucleosídeo (ITRN):	
Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	1 cp combinado 12/12h
Tenofovir (TDF)	300mg 1x/dia
Abacavir (ABC)	300mg 12/12h ou 600mh 1x/dia
Didanosina (ddI)	<60kg 250mg, >60kg 400mg, 1x/dia
Inibidores da transcriptase reversa não análogos do nucleosídeo (ITRNN):	
Efavirenz (EFZ)	600mg 1x/dia
Nevirapina (NVP)	200 mg ao dia por 14 dias. Se não aparecer rash, aumentar para 200 mg de 12/12 horas
Etravirina (ETR)	200mg 2x/dia
Combinação 3 em 1	
Tenofovir+ Lamivudina+ Efavirenz	01 comp. ao dia

ANTIRRETROVIRAIS PARA ADOLESCENTES E ADULTOS E SUAS DOSES	
Antirretrovirais	**Posologia**
Inibidores de Protease (IP)	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	2 comp. associados 12/12h
Atazanavir (ATV)	300mg 1x/dia (se associado com RTV) ou 400mg 1x/dia
Fosamprenavir (FPV)	700mg 2x/dia
Darunavir (DRV)	600mg 12/12h
Ritonavir (RTV)	100mg/d (sempre associado a outro IP)
Saquinavir (SQV)	1.000mg 2x/dia
Tipranavir (TPV)	500mg 2x/dia
Inibidores da Integrase	
Raltegravir	400 mg12/12h

ANTIRRETROVIRAIS PARA ADOLESCENTES E ADULTOS E SUAS DOSES	
Antirretrovirais	**Posologia**
Inibidores de Entrada	
Maraviroque (MVQ)	Com IP, exceto TPV/r, 150mg 12/12hs – com EFZ ou ETR, s/ IP, 600mg 12/12hs – com DRV/r + ETR ou EFZ + IP/r (exceto TPV/r) 150mg 12/12hs – TPV/r ou NVP, TDF, Biovir, s/ IP, Raltegravir, 300mg 12/12hs
Enfuvirtida (ENF) (T-20)	1 amp 12/12h (SC)

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo geralmente dois ITRN associados a um ITRNN. A combinação de ITRN recomendada para o início de terapia é tenofovir + lamivudina (TDF + 3TC), devido ao perfil mais favorável de efeitos adversos hematológicos. O ITRNN recomendado é o efavirenz (EFZ). Portanto, o único esquema antirretroviral que poderá ser prescrito na atenção primária é tenofovir + lamivudina + efavirenz, em associação de dose fixa (3 em 1).

TDF 300 mg + 3TC 300 mg + EFVZ 600 mg: 01 comprimido à noite

Situações em que o uso de 3 em 1 deve ser evitado[11]:

- Doença renal (Tenofovir deve ser evitado)
- Osteoporose (Tenofovir deve ser evitado)
- Gravidez (contraindicação absoluta para o efavirenz)
- Hipersensibilidade a qualquer dos componentes do 3 em 1 (contraindicação)
- Alterações psiquiátricas (Efavirenz deve ser evitado).

• Em caso de contraindicação ao uso do 3 em 1, o paciente deve ser encaminhado ao Especialista.

O uso deve ser cauteloso em:

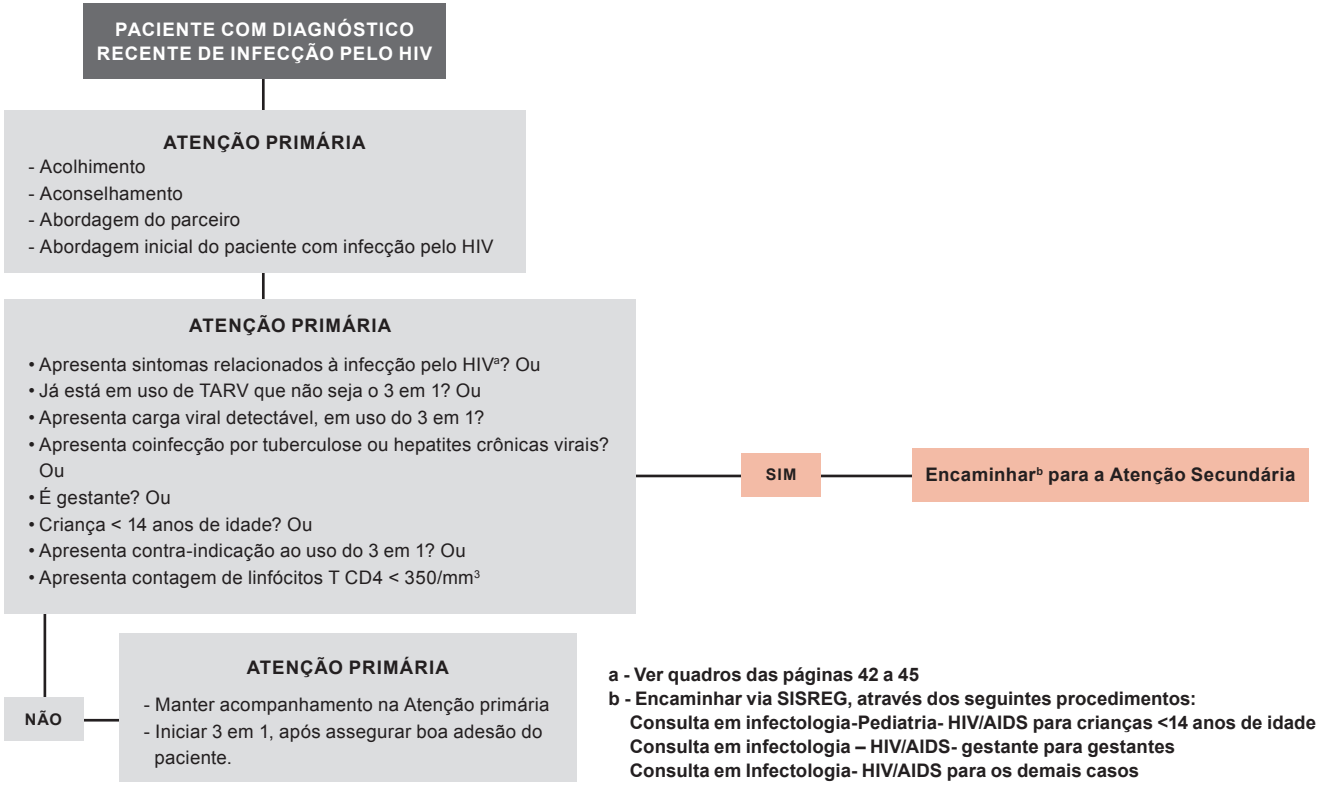
■ Pacientes que exercem atividades com maior risco de acidente devido aos efeitos adversos possíveis no início do tratamento com o efavirenz.

■ Pacientes em maior risco para lesão renal aguda (p.ex., hipertensos, negros, diabéticos, pessoas com mais de 60 anos, usuários crônicos de anti-inflamatórios). Nesses casos, monitorar com maior frequência a função renal.

A Tabela abaixo resume os efeitos adversos associados aos antirretrovirais do esquema 3 em 1, bem como o manejo desses efeitos adversos[11].

Medicação	Eventos adversos	Manejo
TDF	- Risco de toxicidade renal com elevação da ureia e 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, hiperuricuria, hipofosforemia, hipocalemia e acidose metabólica.	- Realizar EAS de urina, ureia, creatinina e Clearance de creatinina a cada 3 meses.
3TC	Eventualmente, pode ocorrer pancreatite ou neuropatia periférica.	- Avaliação e acompanhamento.
EFV	- Sintomas associados ao sistema nervoso central, tais como: tonturas, "sensação de embriaguez", sonolência ou insônia, dificuldade de concentração e sonhos vívidos (sensação forte de realidade). - Exantema, geralmente maculopapular (1,7%), podendo evoluir para formas graves, como a Síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica.	- Orientar o paciente sobre tais eventos e informar que normalmente desaparecem ao final das primeiras semanas de tratamento. - Os efeitos adversos neurológicos podem ser exacerbados com o uso concomitante de álcool. É necessário que se aborde o uso recreativo de álcool e outras drogas, aconselhando o paciente para que o medicamento não seja interrompido.

Figura 4: Fluxograma do atendimento na atenção primária do município do Rio de Janeiro



a - Ver quadros das páginas 42 a 45
b - Encaminhar via SISREG, através dos seguintes procedimentos:
Consulta em infectologia-Pediatria- HIV/AIDS para crianças <14 anos de idade
Consulta em infectologia – HIV/AIDS- gestante para gestantes
Consulta em Infectologia- HIV/AIDS para os demais casos

SÍNDROME INFLAMATÓRIA DE RECONSTITUIÇÃO IMUNOLÓGICA

■ Caracterizada pela piora “paradoxal” do quadro clínico, geralmente até 6 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.

■ A tabela abaixo resume as manifestações mais comuns de acordo com a etiologia[11]

Tuberculose	Agravamento dos sintomas pulmonares ou das imagens radiológicas, além de aumento nos linfonodos ou sintomas meníngeos. Alterações hepáticas, difíceis de diferenciar da hepatotoxidade induzida pelos medicamentos.
Complexo Mycobacterium avium (MAC)	Linfoadenite localizada, doença pulmonar ou inflamação sistêmica.
Cryptococcus	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 a 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.
Sarcoma de Kaposi	Agravamento da doença.
Doenças autoimunes	Exacerbação de doenças autoimunes preexistentes, como sarcoidose.
Vírus herpes simples (VHS) e vírus varicela-zoster (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.

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

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 7 dias a fim de se avaliar a presença de efeitos adversos e a adesão ao tratamento[11].Em seguida, as consultas podem ser agendadas mensalmente para observar a adaptação do paciente ao TARV[11].

■ Pacientes com boa adesão ao TARV, com carga viral indetectável e com contagens de linfócitos T CD4 > 350 cels/ mm^3, em pelo menos 02 aferições consecutivas, podem ser avaliados pelo médico 2 vezes/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 (ver Tabela na página

53 para os efeitos adversos de cada antirretroviral), assim como as potenciais interações medicamentosas com novos medicamentos a serem prescritos (ver quadro das páginas 72 a 78). A adesão aos antirretrovirais também deve ser reforçada.

■ Se o parceiro também tiver HIV, deve-se questionar sobre seu acompanhamento. Se o casal for sorodiscordante, deve-se questionar sobre e reforçar o uso regular de preservativo. O paciente deve ter fácil acesso ao preservativo em todas as unidades de APS.

■ A tabela abaixo sumariza os exames laboratoriais a serem solicitados no monitoramento do paciente[11].

EXAMES DE SEGUIMENTO:			
Exame	**Pré-TARV**	**Seguimento**	**Observação**
Hemograma	Sim	**3-6 meses**	Repetir com maior frequência em pacientes sintomáticos ou em uso de medicamentos mielotóxicos
Contagem de LT-CD4+	Sim	**6 meses**	Intervalo de 6 meses para pacientes em TARV com estabilidade imunológica (LT-CD4+ > 200 em duas aferições)

Exame	Pré-TARV	Seguimento	Observação
Carga viral (CV)	Sim	**6 meses**	Repetir 2 a 3 meses após o início/troca de TARV para avaliação da resposta virológica
Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)	Sim	**Anual**	Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV
Cálculo do clearance da creatinina ou Taxa de filtração glomerular	Sim	**Anual,** em pacientes com maior risco de insuficiência renal (diabéticos, coinfectados com HCV, negros, hipertensos)	Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV
Escore de risco cardiovascular de Framingham	Sim	**Anual**	Homens > 40 anos e mulheres > 50 anos, na ausência de riscos cardiovasculares
Prova tuberculínica (PT)	Sim	**Anual,** caso o exame inicial seja < 5 mm	Indicar tratamento da infecção latente quando PT ≥ 5mm

Exame	Pré-TARV	Seguimento	Observação
Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)	Sim	**6 meses**	
Anti-HCV	Sim	**Anual,** em caso de sorologia não reagente	
Dosagem de lipídios	Sim	**Anual**	
Glicemia de jejum	Sim	**Anual**	Considerar teste de tolerância a glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125 mg/dL
Fundoscopia		**6 meses,** em indivíduos com LT- CD4+ < 50 células/mm^3	

Após 6 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 3 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 são:

  - Se o paciente, após supressão viral, voltar a apresentar carga viral detectável (> 40 cópias/ mm^3) em pelo menos 2 exames consecutivos e referir boa adesão.

  - 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)

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Profilaxiaprimária das infecções oportunistas (evitar o primeiro episódio de doenças)			
Agente	**Indicação**	**1° Escolha**	**Critérios de suspensão**
Pneumocystis jirovecii	LT-CD4= < 200cel/mm^3 (ou < 14%) ou presença de candidiase oral ou febre indeterminada com mais de duas semanas de duração ou doença definidora de aids	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160 mg) três vezes por semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4 > 200 cel/ mm^3 por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 200 cel/ mm^3

Agente	Indicação	1° Escolha	Critérios de suspensão
Toxoplasma gondii	Pacientes com IgG positiva para toxoplasma e LT-CD4+ < 100 cel/ mm³	Sulfatometoxazol + timetroprima (800/160 mg) uma vez por dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4 > 200 cel/ mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 100 cel/mm³
Mycobacterium tuberculosis (tuberculose latente)	PT> 5 mm ou historia de contato com paciente bacilifero ou radiografia de torax com cicatriz de TB sem tratamento prévio.	Isoniazida 5 mg/kg/dia (dose máxima 300 mg/dia). A associação com piridoxina 50 mg/dia pode reduzir o risco de neuropatia	Duração de no mínimo 6 meses
Complexo *Mycobacterium avium*	LT-CD4+ < 50 cel/mm³	Azitromicina 1.200 mg/semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4 > 100 cel/ mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 50 cel/mm³
Cryptococcus SP. Histoplasma capsulatum	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		
Citomegalovírus	Não se indica profilaxia primaria. Recomenda-se diagnóstico precoce de retinopatia mediante fundoscopia rotineira dem PVHA com LT-CD4+ < 50 cel/mm³		

Agente	Indicação	1° Escolha	Critérios de suspensão
Herpes simplex	Não se indica profilaxia primária		

Profilaxia secundária das infecções oportunistas (prevenção de recorrência)		
Agente	**1° Escolha**	**Critérios de suspensão**
Pneumocystis jirovecii	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160 mg) três vezes por semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/ mm³ por mais de 3 meses.
Toxoplasma gondii	Peso < 60 kg:sulfadiazina 500 mg quatro vezes ao dia + primetamina 25 mg uma vez ao dia + acido folinico 10 mg uma vez ao dia Peso < 60 kg:sulfadiazina 1.000 mg quatro vezes ao dia + primetamina 50 mg por dia + acido folínico 10 mg uma vez ao dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/ mm³ por mais de seis meses.

Agente	1° Escolha	Critérios de suspensão
Complexo *Mycobacterium avium*	Claritomicina 500 mg duas vezes por dia + etambunol 15 mg/kg/dia (Maximo 1.200 mg/dia)	Após um ano de tratamento para MAC, na ausência de sintomas e LT--CD4+ > 100 cel/mm³ estáveis por mais de seis meses. Reintroduzir se LT-CD4+ < 100 cel/mm³
Cryptococcus SP.	Fluconazol 200 mg uma vez ao dia	Termino do tratamento da ciptocitococose e boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm³ por mais de seis meses
Isospora belli	Sulfatometoxazol + trimetoprima (800/160 mg) três vezes por semana	Não há recomendação especifica. No entanto indica-se a suspensão da profilaxia com LT-CD4+ estável > 200 cel/mm³ por mais de três meses
Citomegalovirus (Não indicada rotineiramente para doença gestrintestinal)	Ganciclovir EV 5 mg/kg cinco vezes por semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 100-150 cel/mm³ por mais de 3-6 meses

ABORDAGEM INTEGRAL DA PESSOA COM HIV

CONTRACEPÇÃO

Os anticoncepcionais orais combinados ou contendo apenas progestágenos (minipílula) interagem com a maioria das combinações de antirretrovirais, reduzindo sua eficácia contraceptiva. O mesmo ocorre com implantes hormonais. Esses métodos contraceptivos só devem ser utilizados se associados a método de barreira (preservativo). Neste caso, é importante que o médico da atenção primária discuta com a paciente estas limitações e ofereça métodos mais eficazes.

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, o método de escolha eficaz é o uso levonorgestrel.

PLANO DE GESTAÇÃO

■ Os pacientes com HIV devem ser aconselhados quanto à possibilidade de gestação futura e à importância de que ela seja planejada, para evitar transmissão do HIV.

■ O profissional de saúde deve acolher o desejo de gestação da mulher com HIV de forma empática, evitando juízo de valor.

■ Idealmente a pessoa com HIV deve estar em uso de antirretroviral, com carga viral indetectável, CD4 elevado, sem outras doenças sexualmente transmissíveis em atividade e sem vaginose bacteriana. Nessas condições, o risco de transmissão da doença é muito baixo, porém ainda existe, uma vez que em algumas raras situações a carga viral pode ser indetectável no soro porém detectável no sêmen, e também devido ao fato de que a carga viral pode aumentar, muitas vezes de forma transitória, no período entre a realização do exame e o coito.

■ Se houver desejo de gestar, a relação sexual desprotegida deve ocorrer no período fértil da mulher. A maior probabilidade de ocorrer a concepção é entre o 11º e o 15º dia do ciclo menstrual[11].

■ Para casais sorodiscordantes, pode-se considerar usar profilaxia pós-exposição após 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. Para mais detalhes, ver Guia de Referência Rápida de Prevenção Cardiovascular, disponível em: http://subpav.org/download/prot/destaque/APS_cardio_final_completo.pdf. Como a sinvastatina interage com os antirretrovirais, deve ser utilizada atorvastatina, que é disponibilizada pelo programa de IST/AIDS[11].

RASTREIOS ONCOLÓGICOS

O rastreamento para o câncer do colo uterino deve ser feito anualmente em mulheres com HIV, uma vez que a imunossupressão acelera a evolução das lesões precursoras para câncer invasivo. O rastreamento para as demais neoplasias não difere daquele preconizado para a população geral.

ASPECTOS EMOCIONAIS E TRANSTORNOS MENTAIS

- Problemas de saúde mental são mais frequentes em pessoas com HIV do que na população geral. Isso ocorre por dois motivos:

- Pessoas com transtornos mentais têm maior probabilidade de se engajarem em comportamento sexual de risco e de se exporem à infecção pelo HIV
- Pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV estão expostas ao estigma, isolamento e discriminação, bem como à necessidade encarar uma infecção de curso crônico e tratamento a longo prazo, o que predispõe a sintomas depressivos e ansiosos.

■ 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 não podem ser 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 demonstram apresentar 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 auto-cuidado e autonomia. È 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, do Ministério da Saúde) são extremamente úteis.

ASPECTOS LEGAIS E PREVIDENCIÁRIOS

■ A exigência de exame para admissão, permanência ou demissão por razão da sorologia positiva para o HIV 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 (http://www.aids.gov.br/pagina/no-trabalho).

■ 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, 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 2 anos. O benefício deixa de ser oferecido quando o trabalhador recuperar a capacidade para o trabalho13.

■ 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 ¼ do salário mínimo, tem direito ao Benefício da Prestação Continuada (BPC/LOAS), que consiste no pagamento de 1 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.previdenciasocial.gov.br). Os formulários a serem preenchidos encontram-se disponíveis nesse 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 RIO CARD para deslocamento para atendimento de saúde programado. O preenchimento eletrônico da solicitação é feito pelo médico da equipe de atenção primária que acompanha a pessoa.

■ Os profissionais do serviço social que compõem o NASF devem auxiliar neste processo.

■ 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.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS[11]

Interações medicamentosas do Efavirenz

Medicações	Efavirenz
Cetoconazol	Não coadministrar
Itraconazol	AUC, Cmax, e Cmin do itraconazol ↓ 35%-44%. Ajustes de doses podem ser necessários. Monitorar níveis e a resposta clínica.
Voriconazol	AUC voriconazol ↓ 77%. AUC EFV ↑ 44%. Ajustes de doses podem ser necessários
Fluconazol	Não necessita de ajuste de doses. Sem impacto significativo
Rifampicina	↓ níveis de EFZ em 26%, usar dose padrão de 600mg/dia e monitorar. Alguns especialistas sugerem dose de 800 mg/dia EFV para pacientes com mais de 60 kg

Medicações	Efavirenz
Rifabutina	AUC rifabutina ↓ 38%. Dose: rifabutina 450-600 mg 1x/dia ou 600 mg três vezes na semana se EFV não estiver sendo coadministrado com IP
Claritromicina	AUC claritromicina ↓ 39%. Risco de falha. Monitorar eficácia ou considerar agente alternativo, como azitromicina para profilaxia e tratamento de MAC
Contraceptivos hormonais	Etinil estradiol ↔ levonorgestrel AUC ↓ 83% Usar métodos contraceptivos adicionais
Contraceptivos hormonais de emergência	Levonorgestrel AUC ↓ 58%. Efetividade na contracepção pós-coito pode ficar reduzida.
Atorvastatina	AUC atorvastatina ↓ 32%-43%. Ajustar atorvastatina conforme resposta. Não exceder dose máxima recomendada
Pravastatina **Rosuvastatina**	AUC pravastatina ↓ 44%. Rosuvastatina: sem dados. Ajustar estatina conforme resposta. Não exceder dose máxima recomendada

Medicações	Efavirenz
Sinvastatina **Lovastatina**	AUC sinvastatina AUC ↓ 68%. Ajustar dose pela resposta sem exceder dose máxima recomendada. Se associar IP, não usar nem sinvastatina nem lovastatina
Carbamazepina **Fenobarbital** **Fenitoína**	Potencial risco: ↓ níveis séricos de EFZ e dos anticonvulsivantes (considerar alternativas terapêuticas)
Alprazolam/ Diazepam	Poucos dados. Monitorar eficácia
Lorazepam	Lorazepam Cmax ↑ 16%; AUC sem alteração significativa. Não precisa de ajuste
Midazolam	Significativo ↑ midazolam. Não coadministrar com midazolam oral. Midazolam via parenteral (sedação para procedimentos) pode ser usado com cautela numa única dose e sob supervisão
Triazolam	↑significativa EFV. Não coadministrar
Varfarina	↑ ou ↓ varfarina é possível. Monitorar INR e ajustar dose da varfarina

Medicações	Efavirenz
Clopidogrel	Sem dados
Bupropiona	AUC bupropiona ↓ 55%. A dose da bupropiona deve ser baseada na resposta clínica
Paroxetina	Sem efeito significativo. Não precisa de ajustes
Sertralina	↓ 39% AUC da sertralina. Ajustar dose de acordo com resposta clínica
Bloqueadores de canais do cálcio (di-hidropiridina)	↓ níveis é possível; dose baseada na resposta clínica
Diltiazem **Verapamil**	AUC diltiazem ↓ 69%. ↓ verapamil é possível
Amiodarona	Potencial interação. Risco maior de toxicidade
Dexametasona	↓ níveis é possível. Considerar corticosteroide alternativo se usar longo prazo e monitorar resposta viral
Boceprevir	EFV: AUC ↑ 20%. Boceprevir: AUC ↓ 19%, Cmin ↓ 44% Não associar

Medicações	Efavirenz
Telaprevir	EFV: AUC ↔Telaprevir: AUC ↓ 26%, Cmin ↓ 47%. Com TDF: AUC EFV ↓ 15%-18%; AUC telaprevir ↓ 18%-20% Aumentar dose telaprevir para 1125 mg cada 8h
Raltegravir	RAL: AUC ↓ 36%. Dose padrão
Nevirapina	Não coadministrar
Atazanavir (ATV)	Não associar a ATV/r para pacientes experimentados
Darunavir (DRV)	Significado clínico desconhecido. Usar dose padrão de ambos e monitorar eficácia. Considerar monitoramento níveis séricos
Lopinavir	Alguns especialistas recomendam 3 comp LPV/r 12/12h
Tipranavir	12/12h
Fosamprenavir	Dose: FPV 700 mg + RTV 100 mg 2x/dia; EFV dose padrão
Saquinavir	Dose: SQV 1000 mg + RTV 100 mg 12/12h

Medicações	Efavirenz
Etravirina	↓ ETR possível. Não associar
Erva de São João ***Echinacea***	↓ níveis ITRNN é possível. Não associar
Sildenafil	Possível interação. Poucos dados
Tadalafil	Possível interação. Poucos dados
Vardenafil	Possível interação. Poucos dados

Interações medicamentosas do Tenofovir

Medicações	Tenofovir
Ganciclovir **Valganciclovir**	Concentração sérica desses e/ou do TDF pode aumentar Monitorar toxicidade
Boceprevir	Sem efeitos significativos. Não precisa de ajustes de doses
Telaprevir	TDF AUC ↑ 30%, Cmin↑ 6%-41%. Monitorar toxicidade do TDF
Raltegravir	AUC RAL ↑ 49%, Cmax ↑ 64%. Não necessita de ajustes de doses.
Didanosina	ddI-EC AUC e Cmax ↑ 48%–60%. Não coadministrar
Atazanavir	AUC ATV ↓ 25% e Cmin ↓ 23%-40% (maior Cmin com RTV) AUC TDF ↑ 24%-37%
Darunavir	Significado clínico desconhecido. Monitorar toxicidade do TDF
Lopinavir	Significado clínico desconhecido. Monitorar toxicidade do TDF
Tipranavir	Não precisa de ajustes

IMUNIZAÇÕES[11]

Vacina	Recomendação	Local de vacinação
Tríplice viral	Uma ou duas doses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm^3.	Unidades de Saúde
Varicela	Duas doses com intervalo de três meses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm^3.	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^3.	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

Vacina	Recomendação	Local de vacinação
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).	CRIE
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza	CRIE
Dupla Adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos	Unidade de Saúde
Haemophilus influenzae Tipo B (Hib)	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados.	CRIE
Streptococcus pnemoniae (23- petanvalente)	Uma dose para indivíduos com contagem de LT-CD4+ > 200 células/mm^3. Apenas um reforço após cinco anos.	CRIE
HPV	Mulheres de 9 a 26 anos de idade. Três doses (0, 2, 6 meses).	Unidade de Saúde, CRIE

CRIE: Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003255. DOI: 10.1002/14651858.CD003255.

2. Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. Soc Sci Med. 1997;44(9):1303-12.

3. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom efficacy by consistency of use among men who have sex with men (MSM) in the United States. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, EUA, 2013. Disponível em: <http://www.aidsmap.com/Consistent-condom-use-in-anal-sex-stops-70-of-HIV-infections-study-finds-but-intermittent-use-has-no-effect/page/2586976/Accessed>. Acessado em 01 setembro de 2015.

4. 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 (5): 844-59.

5. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria em Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/

publicacao/2015/58167/_p_pcdt_pep_hiv_versao_para_divulgacao_23julho201_30887.pdf>. Acessado em 01 de setembro de 2015.

6. Madge S, Matthews P, Singh S, Theobald N. HIV in Primary Care: An essential guide for GPs, practice nurses and other members of the primary healthcare team. 2ª ed. Medical Foundation for AIDS & Sexual Health, 2011. Disponível em: <http://www.medfash.org.uk/uploads/files/p17abjng1g9t9193h1rsl75uuk53.pdf>. Acessado em 01 de setembro de 2015.

7. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria em Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnostico da infecção pelo HIV. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55594/manual_tecnico_para_o_diagnostico_da_infeccao_pelo_17627.pdf>. Acessado em 01 de setembro de 2015.

8. BC Centre for Disease Control (BCCDC). (2011). Sexually Transmitted Infections HIV Pre and Post Test Guidelines. BCCDC Communicable Disease Manual Chapter 5. Disponível em: <http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/C0486576-7398-4630-B71C-31A0D5EAEBDC/0/STI_HIV_PrePost_Guidelines_20110923.pdf>.

9. Feldmann KMD, Moreira ELS, de Lucena CEM, Melo VH. Como proceder quando uma gestante HIV positivo omite seu status ao parceiro sexual? FEMINA 2012: 40 (6). Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/311.pdf>. Acessado em 01 de setembro de 2015.

10. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria em Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/08_05_2014_protocolo_pediatrico_pdf_36225.pdf>. Acessado em 01 de setembro de 2015.

11. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria em Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf>. Acessado em 01 de setembro de 2015.

12. Sterling TM, Chaisson RE. General clinical manifestation of Human Immunodeficiency Virus Infection (including acute retroviral syndrome and oral, cutaneous, renal, ocular, metabolic, and cardiac disease).In: Mandell, Douglas, and Bennett`s editor Principles and Practice of infectious disease. 8ª ed., Saunders Elsevier, 2015. p1541-1557

13. INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/PRES Nº 45, DE 06 DE AGOSTO DE 2010 - DOU DE 11/08/2010 – Alterada. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/inss-pres/2010/45_2.htm>. Acessado em 01 de setembro de 2015.