

Protocolo Clínico

para acompanhamento e tratamento
de pessoas com **HIV/AIDS**
na Atenção Primária à Saúde



Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul – Coordenação Estadual de DST/AIDS
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – TelessaúdeRS/UFRGS



Protocolo Clínico
para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS
na Atenção Primária à Saúde

Porto Alegre



2016

Elaboração e distribuição:

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Coordenação de DST/AIDS

Av. Borges de Medeiros, 1501 – 5º andar

Bairro Praia de Belas

CEP: 90110 – 150 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 32885910/ (51) 32885911/ (51) 32885912

Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS/UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar

Bairro Rio Branco

CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3333-7025

Site: www.telessaunders.ufrgs.br

E-mail: contato@telessaunders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Erno Harzheim

Jaqueline Oliveira Soares

João Gabbardo dos Reis

Organização:

Bianca Bicca Franco

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Thiago Frank

Autores:

Aline Coletto Sortica

Bianca Bicca Franco

Daniela Zilio Larentis

Elise Botteselle de Oliveira

Erno Harzheim

Jaqueline Oliveira Soares

Juliana Keller Brenner

Jussara San Leon

Lívia de Almeida Faller

Marina Gabriela Prado Silvestre

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Thiago Frank

Colaboração:

Carla Adriane Jarczewski

Nêmore Tregnago Barcellos

Revisão:

Ana Célia da Silva Siqueira

Letícia Felipak dos Passos Martins

Rosely de Andrade Vargas

Projeto Gráfico, Design e Capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação:

Carolyne Vasques Cabral

Luiz Felipe Telles

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P967 Protocolo Clínico para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde/ Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Coordenação de DST/AIDS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2016.
25 p.

ISBN 978-85-60517-10-7 (versão eletrônica)

1. Protocolos Clínicos. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. HIV.
5. HIV/AIDS-Tratamento. I. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Coordenação de DST/AIDS.
II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. TelessaúdeRS.

NLM WC 530

Catálogo na fonte – Centro de Informação e Documentação em
Saúde – CEIDS/ESP/ETSUS/SES/RS

Sumário

Apresentação	5
1. Diagnóstico precoce do HIV.....	6
2. Avaliação clínica na primeira consulta	7
3. Avaliação laboratorial na primeira consulta	8
4. Critérios para tratamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada	9
5. Critério para acompanhamento e tratamento do HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde	11
6. Acompanhamento clínico e laboratorial na Atenção Primária à Saúde	12
7. Terapia antirretroviral na Atenção Primária à Saúde	14
8. Critérios para falha terapêutica	15
9. Interações medicamentosas com terapia antirretroviral de primeira linha (Tenofovir+Lamivudina+Efavirenz)	16
10. Eventos adversos da terapia antirretroviral	17
11. Tratamento da infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (ILTB)	19
12. Vacinação	20
13. Anticoncepção	21
14. Risco cardiovascular	23
Referências	24

Apresentação

Para enfrentar a epidemia de AIDS no Rio Grande do Sul é necessário reorganizar a rede de atenção com vistas ao diagnóstico precoce, ao início oportuno do tratamento e à otimização do acesso para serviços especializados.

A Atenção Primária à Saúde (APS), que entre outras características, é reconhecida como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico para ordenar a rede de atenção e efetivar a integralidade da assistência.

Assim como em outras condições de saúde, a APS tem alto potencial para o cuidado dos usuários com HIV, tanto no diagnóstico como no tratamento, conforme a adequada incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e a articulação da APS com os demais pontos da rede de atenção à saúde.

Diante disso, a Coordenação Estadual de DST/AIDS, em parceria com o TelessaúdeRS/UFRGS, elaborou este documento para apoio no acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na APS. Além do protocolo clínico, médicos e enfermeiros que trabalham na APS podem utilizar o canal gratuito **0800 644 6543** para auxílio no manejo de HIV/AIDS e de outros agravos ou condições de saúde dos usuários.

Esperamos que essa estratégia auxilie no enfrentamento dessa epidemia, legitimando o papel da APS na coordenação e cuidado integral dos usuários do SUS que apresentam HIV.

Coordenação Estadual DST/AIDS

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

TelessaúdeRS/UFRGS

Protocolo clínico para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde

Este protocolo é um guia rápido para acompanhamento e tratamento de adultos com HIV na Atenção Primária à Saúde (APS). Para informações não contidas no documento, consulte o “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos” e a “Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras DSTs”.

Se você é médico ou enfermeiro da APS no Rio Grande do Sul e tem dúvidas sobre o manejo do HIV, ligue para o telefone **0800 644 6543** e fale com um dos teleconsultores do **TelessaúdeRS/UFRGS**.

1. Diagnóstico precoce do HIV

Síndrome Retroviral Aguda (SRA)

Entre 50 a 90% dos indivíduos infectados apresentam sintomas da infecção aguda, que geralmente ocorre entre a primeira e a terceira semanas após infecção. Como em outras infecções virais, apresenta manifestações clínicas diversas como: febre, linfadenomegalia (principalmente nas cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar), faringite, exantema, mialgia e cefaleia. Alguns indivíduos apresentam, após o início da febre, exantema de curta duração em face, pescoço ou tórax superior.

A SRA é autolimitada e seus sintomas desaparecem em três a quatro semanas. Manifestações clínicas mais intensas e prolongadas da síndrome podem estar associadas com a progressão rápida da doença. Os sinais e sintomas que caracterizam a SRA são muito semelhantes aos de outras infecções virais. Por isso, diante de um quadro de infecção viral aguda, é muito importante considerar esse diagnóstico diferencial e investigar potenciais fontes recentes de exposição ao vírus HIV.

2. Avaliação clínica na primeira consulta

A primeira consulta médica deve ocorrer tão logo o indivíduo seja informado de que apresenta infecção pelo vírus HIV. A avaliação clínica inicial é fundamental para definir indicação do início da terapia antirretroviral (TARV), bem como conhecer as condições gerais de saúde da pessoa. Estabelecer boa relação e vínculo com a equipe também é fundamental para o sucesso terapêutico.

É muito importante que o usuário conheça as características da doença e entenda o objetivo da terapia antirretroviral e participe da decisão de iniciá-la, compreendendo a importância da tomada continuada e correta do medicamento com o objetivo de atingir supressão da replicação virológica.

Nesse momento também se deve abordar sobre as formas de transmissão, o acompanhamento e o significado dos exames laboratoriais (como contagem de Carga Viral e CD4) e possíveis eventos adversos em curto e longo prazo relacionados à TARV.

Quadro 1 – Pontos importantes na avaliação clínica da primeira consulta	
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV • Tempo provável de soropositividade • Verificar se a contaminação foi por parceiro usuário atual ou prévio de TARV • Uso anterior de antirretrovirais • Compreensão sobre a doença: transmissão, história natural, significado da contagem de CD4 e carga viral • Impacto da terapia antirretroviral combinada (TARV) na diminuição da morbimortalidade
Abordagem do risco	<ul style="list-style-type: none"> • Práticas sexuais, uso de preservativos • Uso de tabaco, álcool e outras drogas
História médica atual e passada	<ul style="list-style-type: none"> • História de doença mental • História de tuberculose • Outras doenças atuais ou pregressas • Imunizações
História reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo de ter filhos • Estado sorológico de parceiro e filhos • Métodos contraceptivos
História psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Reação emocional ao diagnóstico • Rede de apoio e capacidade de autocuidado • Condições de trabalho e domicílio
História familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças cardiovasculares e hipertensão • Dislipidemias • Diabetes Mellitus

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

3. Avaliação laboratorial na primeira consulta

Os seguintes exames ajudam a avaliar comorbidades e indicação de TARV e devem ser solicitados na primeira consulta:

- Contagem de LT-CD4+ e carga viral do HIV,
- Hemograma e plaquetas,
- Glicemia em jejum,
- Perfil lipídico (colesterol total, HDL, triglicerídeos),
- Avaliação hepática (TGO, TGP),
- Avaliação renal (creatinina, ureia, exame qualitativo de urina),
- Eletrólitos (sódio, potássio),
- Exame parasitológico de fezes,
- Teste para hepatites virais: Anti-HCV, HbsAg, Anti-Hbs, Anti-HAV,
- Toxoplasmose IgG,
- Anti-HTLV I e II e sorologia para Chagas (considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas),
- Teste não-treponêmico (VDRL OU RPR),
- Radiografia de tórax,
- Prova tuberculínica intradérmica (PT ou Reação de Mantoux)



O cálculo da taxa de filtração glomerular e o risco cardiovascular podem ser realizados com os aplicativos para sistema android e IOS “Taxa de Filtração Glomerular – CKD-EPI” e “Calculadora de Risco Cardiovascular” disponíveis no site do **TelessaúdeRS/UFRGS**.

Se você tem dúvidas sobre a necessidade do encaminhamento ao SAE, ligue para **0800 644 6543** e discuta o caso clínico com o **TelessaúdeRS/UFRGS**.

4. Critérios para tratamento do HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE)

As seguintes condições clínicas e laboratoriais devem ser avaliadas o mais brevemente possível no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS:

- Imunodeficiência grave ou moderada (**ver quadro 2 e 3**); ou
- Pessoas com $CD4 < 350$ cels/ mm^3 ; ou
- Pessoas com $CD4 \geq 500$ e neoplasia não definidora de AIDS com indicação de quimioterapia ou radioterapia; ou
- Provável indicação de tratamento de segunda linha (por resistência evidenciada em genotipagem, histórico de uso prévio de esquema de segunda ou terceira linha, falha terapêutica, eventos adversos maiores); ou
- Diagnóstico recente com histórico de contaminação por parceiro usuário atual ou prévio de TARV (encaminhar para genotipagem). O usuário permanecerá no SAE apenas se a genotipagem indicar necessidade de medicamentos de 2º ou 3º linha; ou
- Coinfecção com vírus da Hepatite C e/ou B; ou
- Coinfecção com tuberculose; ou
- Coinfecção com sífilis, com suspeita ou diagnóstico de neurosífilis (após avaliação em serviço de emergência para avaliação líquórica) (**ver quadro 4** para recomendação de punção líquórica em pessoas infectadas com sífilis e HIV); ou
- Pessoa com HIV e :
 - Doença Renal Crônica (TFG < 60 ml/min/1,73m² ou proteinúria (1 + ou mais no exame comum de urina); 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
- Gestantes com diagnóstico atual ou prévio de infecção pelo HIV. Caso não haja outras morbidades que sugiram avaliação em pré-natal de alto risco, os cuidados do pré-natal serão mantidos na APS.

Embora o tratamento para o HIV/AIDS seja realizado no SAE, a equipe de saúde deve estar atenta para coordenar o cuidado dos pacientes que estão em acompanhamento no SAE, reforçando adesão farmacológica, orientações sobre eventos adversos, vacinações e demais cuidados integrais para pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Quadro 2 – Manifestações de imunodeficiência avançada (doença definidora 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

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Encefalopatia pelo HIV <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Infecção disseminada por micobactérias não <i>M. tuberculosis</i> <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica (duração > 1 mês) <input type="checkbox"/> Isosporíase intestinal crônica (duração > 1 mês) <input type="checkbox"/> Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidioomicose) <input type="checkbox"/> Septicemia recorrente por <i>Salmonella</i> não <i>thyphi</i> <input type="checkbox"/> Linfoma não-Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central <input type="checkbox"/> Carcinoma cervical invasivo <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e /ou miocardite) <input type="checkbox"/> Leishmaniose atípica disseminada <input type="checkbox"/> Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV
--

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

Quadro 3 – Manifestações de imunodeficiência moderada
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perda de peso inexplicada (> 10% do peso) <input type="checkbox"/> Diarreia crônica por mais de um mês <input type="checkbox"/> Febre persistente inexplicada por mais de um mês (>37,6 °C, intermitente ou constante) <input type="checkbox"/> Candidíase oral persistente <input type="checkbox"/> Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia <input type="checkbox"/> Leucoplasia pilosa oral <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar <input type="checkbox"/> Infecções bacterianas graves (por ex: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave) <input type="checkbox"/> Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante <input type="checkbox"/> Anemia inexplicada (<8 g/dL), neutropenia (<500 células/μL) e/ou trombocitopenia crônica (<50.000 células/ μL) <input type="checkbox"/> Angiomatose bacilar <input type="checkbox"/> Displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical in situ <input type="checkbox"/> Herpes zoster (≥ 2 episódios ou ≥ 2 dermatomas) <input type="checkbox"/> Listeriose <input type="checkbox"/> Neuropatia periférica <input type="checkbox"/> Púrpura trombocitopênica idiopática

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

A prevalência de sífilis é até oito vezes mais elevada em pessoas vivendo com o HIV. Recomenda-se que seja realizada punção líquórica em indivíduos coinfectados com sífilis e HIV que apresentam pelo menos um dos seguintes critérios do quadro 4. Na ausência de critério que sugira avaliação líquórica em serviço de urgência/emergência, o acompanhamento ambulatorial será realizado pelo SAE.

Quadro 4 – Critérios de recomendação de punção líquórica em pessoas com coinfeção por sífilis e HIV
Sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos
Evidência de sífilis terciária ativa (por exemplo, gomas sífilíticas ou aortite)
Sífilis latente tardia ou de duração indeterminada
LT-CD4+<350 células/mm ³
VDRL ≥ 1:32
Queda inadequada ou estabilização sem queda nos títulos de VDRL durante o seguimento

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

5. Critérios para acompanhamento e tratamento do HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde

Pessoas sem comorbidades de maior risco, que vivem com HIV e apresentam imunodeficiência leve, podem ser acompanhadas e tratadas na atenção primária sem prejuízo ao seu cuidado. Essas situações são identificadas no momento do diagnóstico ou em pessoas que recebem alta ambulatorial do SAE.

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 350 cels/ mm³.

Critérios para acompanhamento e tratamento na APS de pessoas com diagnóstico recente de infecção pelo HIV e:

- Pessoas com CD4 \geq 350 cels/mm³ e $<$ 500 cels/mm³; ou
- Pessoas assintomáticas com CD4 \geq 500 cels/mm³ e:
 - doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular pelo escore de risco de Framingham maior que 20% em 10 anos; ou
 - carga viral acima de 100.000 cópias/ml; ou
- Pessoas assintomáticas com CD4 \geq 500 cels/mm³ sem as morbididades acima listadas que desejam iniciar tratamento com TARV.

Existe indicação clara de iniciar terapia antirretroviral em indivíduos assintomáticos com CD4 entre 350 e 500 cels/mm³, pois diminui a morbimortalidade e a transmissão do vírus HIV.

Deve-se também considerar TARV para pessoas assintomáticas com CD4 \geq 500 cels/mm³ que apresentam carga viral acima de 100.000 cópias/ml ou que apresentam doença cardiovascular estabelecida ou alto risco cardiovascular (escore de risco de Frammingham \geq 20%).

As pessoas assintomáticas com CD4 \geq 500 cels/mm³ sem as morbididades acima listadas devem ser orientadas sobre os benefícios e riscos do tratamento com antirretroviral. O tratamento, nesta situação, tem como objetivo reduzir a transmissibilidade do HIV e deve ser estimulado.

6. Acompanhamento clínico e laboratorial na Atenção Primária à Saúde

Avaliação clínica no acompanhamento

Deve-se adequar a periodicidade das consultas médicas conforme a fase do tratamento e as condições clínicas do indivíduo.

Sugere-se retorno em 7 a 15 dias após início da TARV para avaliar eventos adversos e dificuldades que possam comprometer a adesão. Após essa consulta, sugere-se retorno mensal até adaptação da TARV e semestral em pessoas clinicamente estáveis e com boa adesão.

Nos primeiros seis meses espera-se que o indivíduo apresente melhora clínica, imunológica e supressão da carga viral. Entretanto deve-se atentar para:

- infecções oportunistas (ver quadro 2 e 3),
- eventos adversos relacionados à medicação (ver quadro 7),
- Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR): presença de sinais ou sintomas inflamatórios entre 4 a 8 semanas após início da TARV. Pode se apresentar como agravamento de doença já diagnosticada, como a tuberculose, bem como aparecimento de uma doença subclínica preexistente (infecções fúngicas, virais e bacterianas, neoplasias e fenômenos autoimunes). Evento incomum quando a TARV é iniciada precocemente.

A abordagem multiprofissional deve ser reforçada nos períodos entre as consultas médicas para fortalecer adesão e avaliar potenciais eventos adversos ou situações clínicas que sugiram retorno em consulta médica antes do período combinado.

É fundamental que a equipe tenha disponibilidade para atender os usuários com HIV quando eles procuram a unidade de saúde, mesmo em momentos não previstos no cronograma de reavaliações (casos de demanda espontânea). O sucesso do tratamento depende da identificação precoce de quadros agudos (infeciosos ou não), de orientações sobre eventos adversos e adesão à TARV e de um adequado acesso e vinculação aos serviços e às equipes multiprofissionais e sua capacidade de articulação e integração com os demais serviços da rede. Mais informações podem ser obtidas no manual para equipe multiprofissional: Cuidado Integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica.

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58607/cartilha_cuidado_integral_01_2016_pdf_32360.pdf

Avaliação laboratorial no acompanhamento

Sugere-se a seguinte avaliação laboratorial no acompanhamento de pessoas assintomáticas:

Quadro 5 – Avaliação laboratorial no acompanhamento de pessoas com HIV/AIDS		
Exame	Pessoa em uso de TARV	Pessoa sem TARV
Hemograma e plaquetas	Solicitar a cada 3 a 6 meses	Solicitar a cada 3 a 6 meses
Contagem de LT-CD4+	Realizar LT-CD4+ após 6 meses do início da TARV e repetir o exame novamente em 6 meses. Após 2 exames consecutivos com valores $\geq 350 \text{ cel/mm}^3$, somente acompanhar a pessoa com carga viral. Caso a carga viral fique detectável, solicitar novamente o LT-CD4+	Solicitar a cada 6 meses
Carga viral (CV)	Solicitar após 2 meses do início da TARV e repetir após 6 meses do início da TARV. Repetir o exame a cada 6 meses em pessoa com carga viral indetectável.	Solicitar a cada 6 meses
TGO, TGP, creatinina, ureia, sódio, potássio, exame qualitativo de urina.	Solicitar creatinina, ureia e exame qualitativo de urina após 1 mês do início da TARV. Em pessoas assintomáticas, repetir esses exames a cada 3 a 6 meses.	Solicitar anualmente
Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)	Solicitar a cada 6 meses em pessoas sem infecção por sífilis.	
Anti-HCV	Solicitar anualmente enquanto pessoa apresentar sorologia não reagente.	
Glicemia de jejum	Solicitar anualmente	
Dosagem de lipídeos (colesterol total, HDL, triglicérides)	Solicitar a cada 3 meses a 12 meses conforme o risco estabelecido pelo Escore de Frammigham.	
Prova Tuberculínica (PT)	Anual, se exame inicial for $< 5\text{mm}$. Se exame inicial for $\geq 5 \text{ mm}$, indicar tratamento para infecção latente, desde que descartada tuberculose em atividade.	

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

A realização de LT-CD4+ no acompanhamento de pacientes estáveis em uso de TARV, com CV indetectável e contagem de LT-CD4+ $> 350 \text{ cel/mm}^3$ não traz benefício ao monitoramento clínico-laboratorial. Flutuações laboratoriais e fisiológicas não tem relevância clínica e podem levar a erro de conduta. Portanto, quando o exame LT-CD4+ estiver acima de 350 cel/mm^3 após duas coletas consecutivas com intervalo de 6 meses, o exame deve ser solicitado se a carga viral tornar-se detectável.

Os exames de CD4 e carga viral podem ser solicitados pelas unidades de saúde através de formulários específicos conforme fluxo estabelecido e pactuado entre o serviço especializado de referência e unidade de saúde.

7. Terapia antirretroviral na Atenção Primária à Saúde

As pessoas com indicação para iniciar tratamento farmacológico com antirretroviral na APS devem utilizar a primeira linha de tratamento: tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + efavirenz 600 mg. A medicação é composta por um comprimido a ser tomado em dose única diária.

A terapia antirretroviral inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (ITRN/ITRNT) associados a um ITRNN.

Também é importante verificar interações com outros medicamentos que a pessoa já faz uso e orientar sobre eventos adversos (ver quadros 6 e 7 a seguir).

Gestantes com HIV – independente da situação virológica, clínica ou imunológica – iniciarão o mesmo esquema de primeira linha (associação de tenofovir + lamivudina + efavirenz), porém no Serviço de Assistência Especializado (SAE). Oriente, portanto, que as gestantes procurem esse serviço assim que estabelecido o diagnóstico de infecção por HIV. O acompanhamento do Pré-natal, a menos que existam outras condições de risco a gestante, deverá ser feito na APS. Recomenda-se também a manutenção da TARV após o parto independente do nível de LT-CD4+ no início do tratamento.

8. Critérios para falha terapêutica

As seguintes situações caracterizam a falha terapêutica:

- Carga viral plasmática detectável após seis meses do início ou modificação do tratamento antirretroviral; ou
- Detecção da CV nos indivíduos que a mantinham indetectável (<50 cópias/ml), na vigência do tratamento.

Nessas situações, a carga viral plasmática sempre deve ser confirmada em nova coleta com intervalo mínimo de quatro semanas em relação à coleta anterior.

Alguns fatores podem determinar elevação da carga viral, sem, no entanto, representar falha virológica, devendo ser considerados no seu diagnóstico diferencial:

- “Blips”: viremia transitória e isolada entre medidas de carga virável indetectável, abaixo de 500 cópias/ml,
- Carga viral baixa: presença de viremia baixa (50 a 400 cópias/ml) nos primeiros seis meses de tratamento não está associado à seleção de cepas resistentes, em geral pode ser manejada com estímulo a adesão,
- Transmissão heteróloga: processos infecciosos ou vacinação que podem promover viremia transitória (com resolução em aproximadamente 4 semanas).

Na identificação da falha terapêutica, é sempre fundamental avaliar adesão e possíveis dificuldades com tratamento (eventos adversos, crenças sobre a TARV, dificuldade de conseguir a medicação).

Se comprovada falha terapêutica depois de avaliada adesão, a pessoa deverá ser encaminhada para atendimento no SAE.

9. Interações medicamentosas com a TARV de primeira linha (Tenofovir+Lamivudina+Efavirenz)

Todo e qualquer medicamento, bem como os fitoterápicos devem ser avaliados.

Algumas interações medicamentosas mais comuns são exemplificadas no quadro a seguir. Em caso de dúvidas sobre interação com outros medicamentos, ligue para o **0800 644 6543**.

Quadro 6 – interações medicamentosas com TARV de primeira linha (Tenofovir + Lamivudina + Evavirenz)	
Antifúngicos	
Fluconazol	Não necessita de ajuste de doses. Sem impacto significativo.
Itraconazol	Pode apresentar diminuição de sua eficácia. Ajustar dose conforme resposta clínica
Cetoconazol	Não deve ser administrado, considerar outro antifúngico.
Antimicrobianos	
Claritromicina	Risco de falha da claritromicina. Monitorar eficácia ou considerar agente alternativo conforme quadro infeccioso.
Aminoglicosídeos	Se possível, não coadministrar devido risco de nefrotoxicidade. Considerar outro antimicrobiano.
Contraceptivos	
Etinilestradiol, levonogestrel	Efetividade de anticoncepção pode ser reduzida. Sugere-se dupla contracepção com preservativo.
Hipolipemiantes	
Atorvastatina Pravastatina	Menor perfil de eventos adversos. Iniciar em dose baixa e ajustar conforme resposta. Manter medicação na menor dose possível.
Sinvastatina Lovastatina	Sinvastatina e lovastatina são contraindicadas em pessoas que usam TARV devido interação e risco de toxicidade.
Anticonvulsivantes	
Carbamazepina/ Fenobarbital/ Fenitoina	Potencial risco em diminuir níveis séricos de EFZ e dos anticonvulsivantes (considerar alternativas terapêuticas).
Benzodiazepínicos (não utilizar midazolam e triazolam)	
Alprazolam/ Diazepam	Poucos dados. Monitorar eficácia e considerar outros benzodiazepínicos.
Lorazepam	Não precisa de ajuste.
Anticoagulante	
Varfarina	Resposta incerta da varfarina (pode aumentar ou diminuir sua ação). Monitorar INR e ajustar dose quando necessário.
Antidepressivos	
Inibidor seletivo de recaptção da serotonina	Primeira escolha do tratamento para depressão. Sem eventos adversos significativos.
Tricíclicos	Considerados como segunda escolha de tratamento para depressão em pessoas com HIV. Pode apresentar eventos adversos como alterações cognitivas. Usar menor dose possível e monitorar eventos adversos.
Medicamentos utilizados em cardiologia	
Anlodipina/nifedipina	Possível diminuição da eficácia. Ajustar dose conforme resposta clínica.
Verapamil/ Diltiazem	Usar com cautela. Ajustar dose conforme resposta clínica e toxicidade.
Amiodarona	Potencial de interação, risco de maior toxicidade.
AINEs	Associado a aumento de toxicidade renal com o uso de tenofovir. Evitar uso.
Fitoterápicos	
Erva-de-São João	Reduz ação dos antirretrovirais. Não associar.
Inibidores da Fosfodiesterase-5	
Sildenafil	Possível interação. Se disfunção erétil, iniciar com 25 mg a cada 48h (quando necessário) e monitorar eventos adversos. Associação contraindicada para tratamento de hipertensão pulmonar arterial.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

10. Eventos adversos da terapia antirretroviral

Os eventos adversos são mais comuns nos primeiros três meses de tratamento, contudo as manifestações leves não indicam interromper a TARV.

Veja, no quadro 7, os eventos adversos comuns nas primeiras semanas de TARV e condutas sugeridas.

Quadro 7 – Eventos adversos comuns e condutas		
Medicação	Eventos Adversos	Manejo
Lamivudina (3TC)	Mais comumente associada ao cansaço, cefaleia, mialgia, pancreatite, neutropenia ou neuropatia periférica.	Queixas de cansaço, cefaleia e mialgia leve não são indicativas de suspensão da TARV e devem ser manejados sintomaticamente. 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. Pessoas com neuropatia periférica e neutropenia (< 1000 células/ μ L) também devem ser avaliadas no SAE de referência.
Tenofovir (TDF)	Associado à insônia, cefaleia, vertigem, rash cutâneo ou prurido, dor abdominal, náusea, diarreia e vômito. Principal risco de toxicidade renal (redução da taxa de filtração glomerular), risco de disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi) e diabetes insipidus.	Realizar avaliação de função renal 30 dias após início de TDF e encaminhar ao SAE para troca de esquema em caso de TFG < 60 ml/min/1,7 m ² ou queda > 25% da TGF em relação aos valores basais. Outros sintomas leves, como cansaço, cefaleia e mialgia, não são indicativos de suspensão da TARV e devem ser manejados sintomaticamente.
Efavirenz (EFV)	Sintomas associados ao sistema nervoso central, tais como tonturas, “sensação de embriaguez”, sonolência ou insônia, dificuldade de concentração e sonhos vívidos.	Orientar o paciente sobre tais eventos e informar que normalmente desaparecem no final das primeiras semanas de tratamento. Os eventos adversos neurológicos podem ser exacerbados pelo álcool. É necessário que se aborde o uso recreativo de álcool e outras drogas, aconselhando para nunca interromper o uso do medicamento. Se sintomas graves, suspender medicação e encaminhar para SAE.
	Exantema, geralmente maculopapular, podendo se apresentar em formas mais graves como a Síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica.	A maioria dos casos tem manifestações leves, não sendo necessária a suspensão da TARV (considerar anti-histamínico). Formas graves são sugeridas por lesões de mucosa, bolhas e erosões cutâneas. Suspender TARV, encaminhar ao SAE e considerar avaliação na emergência.

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

A **hepatotoxicidade** é um dos eventos adversos graves mais comumente associados aos antirretrovirais. A apresentação clínica pode variar de elevação assintomática de transaminases até falência hepática grave. Os sintomas da pessoa

(anorexia, perda de peso, fadiga, icterícia, dor abdominal, náusea e vômitos) devem ser avaliados para iniciar investigação e suspensão da TARV, quando indicado. Nesses casos sugere-se também fazer diagnóstico diferencial com hepatite viral aguda ou reativação de portador de doença crônica.

Elevação discreta das transaminases geralmente é transitória e não necessita interrupção do tratamento, **porém se houver toxicidade grave (transaminases ≥ 5 vezes o limite superior da normalidade) ou a pessoa apresentar sintomas graves, sugere-se suspender o tratamento** e, conforme o quadro, avaliar em serviço de emergência. Oriente que a pessoa procure o SAE para seguir tratamento para HIV.

11. Tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB)

A prova tuberculínica (PT) é importante para o diagnóstico da infecção latente da tuberculose (ILTB) e constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de tuberculose ativa, devendo ser realizada em todas as pessoas vivendo com HIV e que sejam assintomáticas para tuberculose. Caso a PT seja menor que 5 mm, recomenda-se que seja repetida anualmente.

É importante lembrar que a tuberculose ativa deve sempre ser afastada através do questionamento dos quatro sintomas prioritários: tosse (independentemente do tempo), febre, emagrecimento e sudorese noturna. Na presença de qualquer alteração, considerar a possibilidade de TB ativa e proceder com investigação diagnóstica e tratamento apropriado para tuberculose. Se houver evidência clínica, radiológica ou laboratorial de tuberculose ativa, não iniciar TARV e encaminhar para SAE.

Em caso de prova tuberculínica disponível (PT) tratar ILTB se:

- Pessoa assintomática com radiografia de tórax normal e:
 - contato intradomiciliar ou institucional com pessoas bacilíferas, independentemente da PT; ou
 - PT ≥ 5 mm; ou
 - PT < 5 mm com registro documental de PT ≥ 5 mm anterior, não tendo sido submetido a tratamento ou quimioprofilaxia previamente; ou
- Radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior independentemente do resultado da PT, desde que excluída doença ativa por meio de exames complementares: baciloscopia, cultura para micobactérias, teste de sensibilidade aos fármacos, raio X de tórax e Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), onde disponível.

Em caso de prova tuberculínica (PT) indisponível considerar tratamento para ILTB se:

- Presença de um ou mais dos critérios abaixo:
 - Risco epidemiológico acrescido: locais com alta carga da doença, como presídios ou albergues; ou
 - Pessoas com LT-CD4+ < 350 cel/mm³; ou
 - Pessoas sem TARV ou em pessoas com TARV e carga viral detectável (desde que afastada dificuldade na adesão e elevação transitória da carga viral).

Casos que não se enquadram nas situações descritas acima devem ser individualizados, considerando o risco e o benefício do tratamento.

O tratamento de ILTB é feito com isoniazida 5 mg/kg a 10 mg/kg até a dose máxima de 300 mg/d em tomada diária, no mínimo por 6 meses (180 doses) e idealmente por 9 meses (270 doses). A associação com piridoxina 50 mg/dia pode reduzir o risco de neuropatia periférica.

12. Vacinação em pessoas com HIV/AIDS

Os adultos e adolescentes podem seguir a vacinação conforme o calendário nacional, desde que não apresentem um estado imunológico grave. A medida que a imunodepressão ocorre, aumentam os riscos relacionados às vacinas com agentes vivos atenuados e a resposta imunológica é inconsistente.

A vacinação com imunobiológicos obtidos por bactérias ou vírus vivos atenuados (febre amarela, tríplice viral (sarampo/caxumba/rubéola), tetra viral (sarampo/caxumba/rubéola/varicela), poliomielite oral, BCG, varicela e rotavírus) não deve ser realizada em pessoas sintomáticas ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ < 200 cel/mm³). Após reconstituição imunológica (contagem de LT-CD4+ ≥ 200 cel/mm³), essas vacinas podem ser aplicadas conforme o quadro a seguir:

Considerações:

- A carga viral não deve ser coletada em um período de até quatro semanas após a vacinação;
- Levar em consideração para decisão sobre a vacinação, a contagem dos últimos dois exames de LT- CD4+, preferencialmente no último ano.

Quadro 8 – Parâmetros imunológicos para tomada de decisão em imunizações com vacinas de bactérias ou vírus vivos atenuados em adultos e adolescentes infectados pelo HIV

Contagem de LT CD4+ em cel/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

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

A vacina quadrivalente contra Papilomavírus Humano (HPV6, 11, 16, 18 – vírus inativado) é indicada para mulheres de 9 a 26 anos completos vivendo com HIV e devem receber a vacina com o intervalo recomendado de 0, 2 meses e 6 meses, independentemente de CD4 e preferencialmente em terapia antirretroviral. Neste esquema, o intervalo mínimo entre a 1ª e a 2ª dose é de 1 mês, da 2ª para 3ª dose é de 3 meses, sendo que da 1ª dose para a 3ª dose o intervalo mínimo é de 6 meses.

O quadro 9 a seguir apresenta o esquema vacinal básico para adultos e adolescentes.

Quadro 9 – Esquema Vacinal para pessoas maiores de 13 anos infectados pelo HIV.	
Vacina	Recomendação
Tríplice viral ¹	Uma ou duas doses nos suscetíveis com LT-CD4+ \geq 200 células/mm ³
Varicela ²	Duas doses com intervalo de três meses nos suscetíveis com LT-CD4+ \geq 200 células/mm ³
Febre Amarela ³	Individualizar o risco/benefício conforme a situação imunológica da pessoa e a situação epidemiológica da região e, em caso de exposição, vacinar quando LT-CD4+ \geq 200 células/mm ³
Dupla do tipo adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados
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
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 total negativo, anti-HBs negativo)*
Streptococcus pneumoniae (23-valente)	Uma dose para indivíduos com contagem de LT-CD4+ \geq 200 células/mm ³ . Apenas um reforço após cinco anos
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

¹ 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+ \geq 200 células/mm³.

² Há poucos dados respaldando seu uso de rotina em adultos e adolescentes com HIV suscetíveis a varicela. É contraindicada para gestantes.

³ Contraindicada para gestantes. Em regiões de risco elevado pode ser considerada, a partir do terceiro trimestre, em gestantes com LT-CD4 \geq 200 células/mm³, sempre considerando a relação risco-benefício.

⁴ A imunogenicidade e eficácia da vacina contra hepatite B são inferiores em pessoas imunodeprimidas em relação aos imunocompetentes. Doses maiores e número aumentado de doses são necessários a indução de anticorpos em níveis protetores. Por esse motivo, são recomendadas quatro doses de vacina contra hepatite B, com o dobro da dose habitual.

13. Anticoncepção

O uso de preservativo é sempre recomendado, mesmo se outros métodos anticoncepcionais são utilizados, a fim de evitar transmissão do vírus HIV. Parceiros sorocordantes também devem usar preservativo, pelo risco de infecção com cepas distintas.

A TARV pode diminuir a eficácia dos anticoncepcionais hormonais combinados, diminuindo os níveis séricos de estrogênio. Por isso, sugere-se dupla proteção com preservativo para mulheres que não desejam gestar. Em mulheres que desejam manter uso de anticoncepcional hormonal oral, sugere-se formulação que contenha no mínimo 0,03 mg de etinilestradiol.

O anticoncepcional hormonal injetável trimestral de progestogênio (ex: medroxiprogesterona, 150 mg) é considerado uma boa opção por facilitar adesão e não ter interações clínicas significativas – demonstradas até o momento – com os antirretrovirais disponíveis.

O DIU de cobre em pessoas com HIV assintomáticas é classificado, segundo os critérios de elegibilidade para métodos anticoncepcionais da OMS, como categoria 2 (vantagens do métodos superam os riscos comprovados ou teóricos). Portanto, é uma opção aceitável para inserção ou manutenção do dispositivo. Em pessoas com AIDS, o método é classificado como categoria 3 (riscos comprovados e teórico em geral superam os benefícios do uso) para inserção (não devendo, portanto, ser indicado) e categoria 2 para continuação do uso em mulher estável em uso de TARV.

Os espermicidas à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2% não devem ser usados por mulheres portadoras de HIV ou por parceiras de homens com HIV porque podem provocar irritação e/ou microfissuras na mucosa vaginal, aumentando o risco de infecção e transmissibilidade.

14. Risco cardiovascular



Na abordagem integral de indivíduos com HIV/AIDS, recomenda-se que a avaliação do risco cardiovascular seja feita na avaliação inicial e a cada mudança de TARV, por meio do Escore de Risco de Framingham. O cálculo do risco cardiovascular pode ser realizado com o aplicativo “Calculadora de Risco Cardiovascular”, disponível no site do TelessaúdeRS/UFRGS.

O intervalo de reavaliação do risco cardiovascular varia de acordo com o risco inicial e o esquema de TARV em uso, conforme sugestão a seguir:

- Risco baixo ($\leq 10\%$) e sem uso de IP: reavaliar a cada dois anos;
- Risco moderado (entre 10 e $< 20\%$) independente do uso de IP: reavaliar a cada seis a 12 meses.
- Risco elevado ($\geq 20\%$), independente do uso de IP: reavaliar após um mês e posteriormente a cada três meses

A prevenção das doenças cardiovasculares é semelhante entre as pessoas que apresentam ou não infecção pelo HIV. Deve-se estimular estilo de vida saudável – alimentação equilibrada, prática de atividade física e cessação de tabagismo – e, quando indicado, medicamentos como estatinas e fibratos.

O uso de estatinas está indicado em pessoas com alto risco cardiovascular (escore de Frammingham $\geq 20\%$). Em pessoas com risco moderado, a decisão deve ser individualizada e compartilhada, informando sobre riscos e benefícios relacionados ao tratamento. A presença de história familiar de doença cardiovascular precoce pode auxiliar na tomada de decisão.

Quando necessário utilizar estatinas, deve-se iniciar em baixas doses visando minimizar os eventos adversos. Pessoas em uso de TARV não devem utilizar sinvastatina ou lovastatina, devido interação com a TARV e risco de toxicidade. Nesses casos, optar preferencialmente por pravastatina (20 a 40 mg/dia) ou atorvastatina (10 a 80 mg/dia).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/tags/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas>>. Acesso em: 15 dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe técnico da vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (Recombinante) 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota informativa nº 8, de 2014, CGPNCT/DEVEP/SVS/MS**. Reúne recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/pdfs/Nota_Informativa_8p_MS.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

HIRSCHHORN, L. **HIV and women**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/hiv-and-women>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Memorando Circular nº 07/ DVE/ CEVS**. Estratégia de Vacinação HPV / 2015 para mulheres vivendo com HIV, de 1º de março de 2015. Secretaria Estadual da Saúde: Porto Alegre, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras DST**. Secretaria Estadual da Saúde: Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1424284710_Linha%20Cuidado%20Versao%20Final.pdf>. Acesso em 15 dez. 2015.



Protocolo Clínico

para acompanhamento e tratamento
de pessoas com **HIV/AIDS**
na Atenção Primária à Saúde



Secretária Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE:

0800 644 6543