



**Manejo dos casos de infecção pelo vírus da
imunodeficiência humana na atenção primária à
saúde: Elaboração de um guia de referência rápida**

Campo Grande

2022

Ana Luiza Guilhermino Pereira

Manejo dos casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana na atenção primária à saúde: Elaboração de um guia de referência rápida

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientadora: Marcia Gizele Ornelas - Médica de Família e Comunidade e especialista em Preceptoría Médica na área de Saúde da Família e Comunidade – UNASUS/UFCSPA

Campo Grande

2022

RESUMO

PEREIRA, Ana Luiza Guilhermino. **Manejo dos casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana na atenção primária à saúde: Elaboração de um guia de referência rápida.** Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/FIOCRUZ de Campo Grande.

O acesso à terapia antirretroviral foi um grande avanço no combate à epidemia de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e ao desenvolvimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A redução da mortalidade desses pacientes estabeleceu um novo perfil de doença crônica. O cuidado à Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) até então era centralizado em serviços especializados, sendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) uma nova perspectiva neste cuidado. **Objetivos:** Compreender as características fisiopatológicas, diagnósticas e de tratamento para manejo de HIV e AIDS na APS e com a síntese dos resultados desenvolver um Guia de Referência Rápida para o município de Campo Grande. **Métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura incluindo textos, publicações, periódicos, livros e revistas contemplando aspectos da infecção por HIV/AIDS e o papel da APS no seu manejo. **Resultados:** O investimento em ações de educação permanente das equipes de saúde poderia favorecer a produção de práticas profissionais e a organização dos serviços de saúde necessários à gestão do sigilo no território e à potencialização da APS no cuidado das PVHIV. Foi elaborado um Guia de Referência Rápida de 39 páginas. **Conclusões:** O processo de descentralização da atenção em HIV/AIDS é um processo complexo e multifacetado. A disponibilização de ferramentas práticas e informativas possibilita a otimização do tempo de consulta, padronizando e trazendo melhorias ao cuidado da PVHIV e possibilitando a educação permanente dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: HIV; AIDS; Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA	7
HIPÓTESE	7
OBJETIVO PRIMÁRIO	7
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	7
MÉTODOS	8
Critérios de inclusão	8
Critérios de exclusão	8
Riscos	8
Benefícios	9
Análise de dados	9
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	11
A infecção pelo HIV e suas manifestações clínicas	11
Diagnóstico e abordagem inicial ao paciente portador de HIV	13
Falha da terapia antirretroviral	19
Coinfecção tuberculose-HIV	22
Prevenção à infecção por HIV/AIDS	23
Profilaxia pré-exposição	26
Profilaxia pós-exposição	28
Planejamento reprodutivo	29
Os direitos da pessoa vivendo com HIV/AIDS	33
Recomendações de imunização	35
Rastreamento de neoplasias	39
Avaliação do risco cardiovascular	40
Saúde mental e manejo de transtornos psiquiátricos	41
Profilaxia de infecções oportunistas	42
Critérios de encaminhamento à atenção especializada	45
CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram identificados no início da década de 1980 e atingiam, especificamente, as áreas metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro com predomínio de homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, pessoas de alto nível socioeconômico e hemofílicos. A categoria de transmissão predominante era de relações homossexuais/bissexuais, além dos casos de transfusão sanguínea (BRITO; et al, 2000).

A partir de 1990, com a progressão da epidemia, observou-se uma transição no perfil epidemiológico da aids, resultando em uma heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização do perfil epidemiológico. Este processo foi caracterizado como complexo, dinâmico e instável, sofrendo a influência de determinantes comportamentais individuais e coletivos que são fortemente impactados pelas características socioeconômicas locais (BRITO; et al, 2000).

No Brasil, de 2007 até junho de 2021, foram notificados 381.793 casos de infecção pelo HIV, dentre os quais 29.545 (7,7%) eram provenientes da região Centro-Oeste. A taxa de detecção de aids foi de cerca de 14,1 a cada 100 mil habitantes no período de 1980 a junho de 2021, totalizando 1.045.355 casos detectados em todo o território nacional. Desde o ano de 2012, foi observada uma diminuição progressiva desta taxa, que anteriormente era de 22 a cada 100 mil habitantes, configurando uma redução de 35,7% (BRASIL, 2021a).

Embora se observe uma diminuição dos casos de detecção de HIV e aids desde 2020 em quase todo o país, cabe ressaltar que parte dessa redução pode ser devido à subnotificação de casos em virtude da mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 (BRASIL, 2021a).

A disponibilização dos testes rápidos para HIV é considerada um dos marcos que possibilitaram a inserção do diagnóstico na Atenção Primária à Saúde (APS). A sua oferta foi estabelecida pela Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009, reconfigurando o diagnóstico para o HIV na medida em que possibilita o diagnóstico e intervenção precoce. Outro aspecto que favoreceu a descentralização no Brasil foi a capilarização da rede básica devido ao seu desenvolvimento e expansão nas últimas décadas (BRASIL, 2009).

No município de Campo Grande, pôde-se observar um aumento expressivo do diagnóstico da infecção pelo HIV nos últimos anos, fato que foi atribuído à descentralização da testagem a centros não especializados. Em 2017, o Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis/Aids determinou a descentralização dos exames diagnósticos, facilitando o acesso e o diagnóstico de pessoas infectadas que desconheciam sua condição sorológica. Até 2016, apenas duas unidades da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) efetuavam a testagem. Após a ampliação do acesso ao diagnóstico, houve um aumento superior a 40% na incidência de diagnósticos de HIV em 2017, em relação ao ano anterior (SESAU, 2018).

Ao longo do seu curso, a epidemia de aids passou por várias fases. No início, as medicações existentes não tinham impacto na sobrevida do paciente e traziam eventos adversos que dificultavam a sua adesão (FURTADO, 2005). Posteriormente, avanços no tratamento da infecção pelo HIV com terapia antirretroviral combinada levaram a reduções significativas na ocorrência de doenças oportunistas e morte. A partir de então, houve uma nova transição epidemiológica que hoje permite a visão da aids como uma doença crônica associada a diversas outras comorbidades (BRASIL, 2005; PALELLA, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) vem garantindo, desde 1996, ano da publicação da Lei 9.313, a distribuição gratuita da terapia antirretroviral a todas as Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), conforme as recomendações terapêuticas vigentes atualmente (BRASIL, 2008a).

A adoção dessa estratégia possibilitou a redução dos índices de morbimortalidade e a melhora da qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento para o HIV, contribuindo para o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença na atualidade. Esta transição gerou a necessidade de reorganização e reestruturação da rede ambulatorial de modo a ofertar atendimento de forma multidisciplinar e integrada e garantir uma melhor qualidade de vida a PVHIV (BRITES, 2007).

A partir desta nova visão, em 1994 o MS iniciou a implementação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) com o objetivo de prestar assistência clínica e psicossocial às PVHIV e de disponibilizar tratamento precoce, garantindo acesso adequado aos serviços de saúde. Estes serviços ambulatoriais foram disponibilizados em policlínicas e ambientes hospitalares e se mantêm ativos até hoje. (SANDERS, 2005).

A introdução dos SAE no início da epidemia de HIV/Aids acabou por centralizar o cuidado desses indivíduos em centros especializados. Com a expansão da APS e os avanços no cuidado à PVHIV que simplificaram o tratamento destes pacientes, o modelo centrado unicamente nos serviços especializados passou a apresentar deficiências. A implantação de um novo modelo descentralizado de cuidado compartilhado da PVHIV possibilitou a estruturação de estratégias de saúde com base na realidade local, passando a desenvolver diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2017a).

A inclusão da APS no cuidado compartilhado à PVHIV favorece a vinculação do paciente ao serviço de saúde e proporciona a promoção de um estilo de vida saudável, além da identificação de fatores de risco para outros agravos crônico-degenerativos que agora fazem parte do panorama atual da infecção pelo HIV. Ainda, este processo reduz a sobrecarga sobre os SAE e otimiza a disponibilidade de atendimento especializado a casos de maior gravidade (BRASIL, 2017a).

A realidade da descentralização e os aspectos de diagnóstico, seguimento e tratamento da PVHIV seguem em constante atualização, tornando necessária a educação permanente dos profissionais de saúde em atuação na APS em relação a este tema. No município de Campo Grande, o processo de descentralização foi fortemente impactado pela pandemia de COVID-19, o que atrasou a execução das estratégias programadas para a capacitação dos profissionais de saúde da APS e contrarreferência de pacientes provenientes de serviços especializados.

2 QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como melhorar o cuidado à pessoa vivendo com HIV na Atenção Primária à Saúde no município de Campo Grande, MS frente ao processo de descentralização do cuidado?

3 HIPÓTESE

As informações a respeito do diagnóstico e seguimento da PVHIV estão em constante atualização, o que dificulta a sintetização e busca rápida de aspectos teóricos essenciais para o cuidado destes pacientes. A elaboração de uma rotina pré-estabelecida com indicações precisas de condutas é fundamental para a educação continuada dos profissionais de saúde, proporcionando maior segurança e praticidade no manejo destes pacientes na APS. O desenvolvimento de um Guia de Referência Rápida é uma ferramenta útil que garante o rápido acesso a estes conhecimentos.

4 OBJETIVO PRIMÁRIO

Compreender através de revisão da literatura o papel dos profissionais de saúde inseridos na Atenção Primária à Saúde no cuidado à pessoa vivendo com HIV e as características relevantes dos aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e de tratamento para o seguimento e manejo de HIV e aids neste cenário.

5 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Avaliar as questões mais importantes da pesquisa feita no objetivo primário e com a síntese dos resultados desenvolver um Guia de Referência Rápida para as equipes de profissionais de saúde na APS, englobando aspectos da abordagem inicial, diagnóstico, seguimento, tratamento e prevenção de HIV e aids, voltadas para o município de Campo Grande, MS.

6 MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma revisão da literatura que engloba aspectos da abordagem inicial, diagnóstico, seguimento, tratamento e prevenção da infecção por HIV e o papel dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde no cuidado destes pacientes. Foram consultados textos, publicações, periódicos, livros e revistas para a elaboração de uma revisão expositiva e narrativa. Foram também levados em consideração protocolos e diretrizes vigentes publicados pelo Ministério da Saúde, bem como atualizações de portarias, notas informativas e ofícios publicados até o período de janeiro de 2022.

Artigos científicos publicados no período de 1980 até 2022 foram identificados através das bases de dados PUBMED/MEDLINE, SCIELO e LILACS, com pesquisa por meio dos descritores HIV, aids, Atenção Primária à Saúde e imunodeficiência adquirida.

6.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos artigos científicos originais que abordassem o tema da infecção pelo HIV e a sua relação a equipes de saúde multidisciplinares/interdisciplinares, publicados em inglês, português e espanhol.

Foram inclusos também Ofícios, Portarias, Protocolos e Diretrizes oficiais elaborados pelo Ministério da Saúde e que estão atualmente em vigência em território nacional.

6.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram as publicações que não se enquadraram na classificação do nível de evidências utilizadas, estudos realizados em animais, editoriais, carta ao editor, dissertações, teses, revisões de literatura expositivas.

6.3 Riscos

Esta revisão de literatura fez uso apenas de dados disponíveis para acesso em domínio público, não oferecendo riscos diretos ou indiretos à população.

6.4 Benefícios

A maioria dos fatores de risco à exposição ao HIV/Aids podem ser evitados, detectados e tratados com sucesso, por meio da aplicação de procedimentos padronizados de atendimento, entre os quais destacam-se o uso da abordagem de redução de risco, o desempenho de atividades eminentemente preventivas e a eliminação ou racionalização de algumas práticas que são realizadas rotineiramente.

As ações propostas tendem a favorecer o desenvolvimento adequado de cada uma das etapas do processo do tratamento, prevenir a ocorrência de complicações, melhorar a sobrevida e a qualidade de vida e, adicionalmente, contribuir para um melhor cuidado aos portadores de HIV e aids.

6.5 Análise de dados

Tendo em vista o caráter expositivo da metodologia apontada, não foi realizada análise estatística ou sistematização dos dados encontrados. A revisão narrativa tem por objetivo o mapeamento do conhecimento a respeito de uma questão ampla através da análise da literatura disponível. Não há critérios explícitos ou sistematização para a busca ou análise crítica destas evidências. Em sua elaboração, foram levadas em consideração as recomendações vigentes publicadas pelo Ministério da Saúde até janeiro de 2022.

7 RESULTADOS

Foram reunidos um total de 150 publicações, dentre as quais 132 foram selecionadas para a realização da revisão da literatura expositiva. Dos documentos revisados, 47 constituem publicações oficiais realizadas pelo Ministério da Saúde referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da pessoa vivendo com HIV e aids em diversas situações clínicas. Dentre estes, 11 representam atualizações realizadas à parte de protocolos oficiais de recomendação, sendo a última publicada em janeiro de 2022, referente ao uso de Dolutegravir (DTG) em gestantes.

A partir da estruturação e condensação das informações obtidas, foi elaborado um Guia de Referência Rápida de 39 páginas, com o objetivo de amparar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo de pacientes vivendo com HIV e aids com enfoque na atuação no município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. Neste guia, foram sintetizadas as recomendações pertinentes à atuação do profissional de saúde da APS, delineando um roteiro prático que engloba desde a identificação de casos suspeitos de HIV até o seu diagnóstico e seguimento clínico. Tendo em vista o foco prático e regional deste guia, para sua melhor aplicabilidade algumas recomendações foram adaptadas conforme os protocolos regionais vigentes e os serviços de saúde disponíveis para sua concretização.

8 DISCUSSÃO

8.1 A infecção pelo HIV e suas manifestações clínicas

O HIV é um lentivírus, de ácido ribonucleico (RNA), que pode ser agrupado em duas grandes famílias, o HIV-1 e o HIV-2. Ele estabelece infecções crônicas persistentes, com replicações constantes, porém algumas células podem abrigar o HIV que não está em fase de replicação por anos, na ausência de tratamento (GREENE; PETERLIN, 2002; FLEXNER, 2013).

Os hospedeiros naturais são os homens e os primatas não humanos, sendo o HIV-1 o responsável pela maioria das epidemias, com, pelo menos, cinco subfamílias distintas. O HIV-2, concentrado na África Ocidental, está relacionado ao vírus da imunodeficiência de símios (SIV) (FLEXNER, 2013).

O genoma do HIV contém três principais genes, que codificam os componentes estruturais e funcionais do vírus. O grupo antigênico codifica uma lipoproteína processada, para liberar as principais proteínas estruturais: uma polimerase (pol) codifica três atividades enzimáticas; a transcriptase reversa; uma protease; e a integrase viral. O envelope (env) codifica uma proteína transmembrana (FLEXNER, 2013).

Outros genes, uma proteína transativadora (tat), um regulador da transcrição do gene viral (ver), fator negativo (nef) e proteína viral R (vpr) codificam proteínas reguladoras que combatem as defesas do hospedeiro e aumentam a produção do vírus (GREENE; PETERLIN, 2002).

Algumas partículas virais infecciosas, após contato com o hospedeiro, são direcionadas pela proteína do envelope gp160 para o seu principal alvo, o receptor CD4+ presente nos linfócitos e macrófagos. Para a entrada do HIV na célula, faz-se necessária a presença do correceptor CCR5 (principal responsável pela infecção adquirida naturalmente), ou CXCR4, que está associado à progressão da doença, permitindo a infecção dos linfócitos T (BERGER; MURPHY; FARBER, 1999).

Em termos fisiopatológicos, a Síndrome Retroviral Aguda corresponde a uma fase de replicação viral exuberante que se inicia em média 10 dias após a infecção inicial. Ao longo de vários dias ocorre disseminação generalizada das partículas infecciosas para os tecidos linfoides e sistema nervoso central, os principais reservatórios virais. Conforme o surgimento de linfócitos T citotóxicos específicos

contra o HIV, a taxa de replicação viral diminui até um nível de *plateau* (o *set point* viral), que pode variar de pessoa para pessoa (FAUCI; et al, 1996).

Cerca de 50-90% dos indivíduos infectados apresentam infecção aguda sintomática. Após a infecção por partículas virais ocorre um rápido surto de replicação no período de duas a quatro semanas, levando a um declínio progressivo dos linfócitos T CD4+ (LT-CD4+) periféricos. A fase aguda, conhecida como Síndrome Retroviral Aguda (SRA), apresenta sinais e sintomas inespecíficos, que incluem febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia. A SRA é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparecem em três ou quatro semanas de evolução, o que reflete a interação entre a imunidade do hospedeiro e a patogenicidade do vírus (COFFIN, 1995).

Segue-se um período de latência clínica, cuja duração varia de doente para doente, e só termina numa fase mais avançada da doença com queixas constitucionais, como febre, astenia e perda ponderal, e manifestações de infecções/doenças oportunistas. O exame físico costuma ser normal na fase de latência clínica e os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos, enquanto a contagem de LT-CD4+ permanecer acima de 350 células/mm³. A candidíase oral, a diarreia crônica e febre de origem indeterminada são indicadores de evolução para a AIDS (BRASIL, 2018b).

Ao longo do tempo, o HIV destrói os linfócitos T CD4 +, processo que pode ter o curso variável, dependendo do subtipo de vírus envolvido. Em média, verifica-se um decréscimo de 50 células/mm³ por ano, logo, estima-se que são necessários cerca de 10 anos para se atingir um valor de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³, fase em que se estabelece a imunodeficiência grave (FAUCI; et al, 1996).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é estabelecida quando houver o surgimento de infecções oportunistas (pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose, meningite criptocócica, retinite por citomegalovírus) e neoplasias (sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin, câncer de colo uterino). As manifestações de imunodeficiência estão expostas no quadro 1.

QUADRO 1 - MANIFESTAÇÕES DE IMUNODEFICIÊNCIA

Manifestações de Imunodeficiência Moderada

<ul style="list-style-type: none"> ● 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; ● Infecções bacterianas graves (por exemplo: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave); ● Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante; ● Anemia inexplicada (<8 g/dL), neutropenia (<500 células/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 dermatomas); ● Listeriose; ● Neuropatia periférica; ● Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI).
Manifestações de Imunodeficiência Avançada
<ul style="list-style-type: none"> ● Síndrome consumptiva associada ao HIV (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual), associada a diarreia crônica (dois ou mais episódios por dia com duração ≥ 1 mês) ou fadiga crônica e febre ≥ 1 mês; ● Pneumonia por Pneumocystis jiroveci; ● 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; ● TB pulmonar e extrapulmonar; ● Sarcoma de Kaposi; ● Doença por CMV (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 (LEMP); ● 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; ● Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV,

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Manejo da Infecção pelo HIV em adultos (2018).

8.2 Diagnóstico e abordagem inicial ao paciente portador de HIV

Os protocolos de diagnóstico e testagem para a detecção do HIV sofreram diversas mudanças ao longo dos anos. As estratégias atuais de testagem foram elaboradas com o intuito de facilitar o acesso e possibilitar o diagnóstico da forma mais precocemente possível. A disponibilização de testes rápidos (TR) em serviços de

saúde não especializados foi uma ferramenta importante para atingir este marco (BRASIL, 2018b).

Os testes rápidos são imunoenaios simples que são realizados através da análise de sangue obtido por punção digital ou de amostra de fluido oral e ficam prontos em até 30 minutos. A maioria consiste em dispositivos de imunocromatografia de fluxo lateral ou de duplo percurso, permitindo sua aplicação em ambientes não laboratoriais e uso em larga escala, desde que realizados por profissional capacitado. O uso deste tipo de testagem é o padrão recomendado nos serviços de Atenção Primária à Saúde para diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2018a).

Fatores tais como doenças autoimunes, hepatopatias, hemodiálise, múltiplas transfusões sanguíneas e a aquisição passiva de anticorpos anti-HIV de mãe para filho podem propiciar resultados falso-reagentes, devendo ser levados em consideração na avaliação do resultado obtido (BRASIL, 2018a).

Ainda, a infecção aguda pelo HIV, indivíduos com sistema imunológico comprometido e a realização do teste anteriormente à soroconversão podem levar a um resultado falso-não reagente, devendo ser considerada a sua repetição em 30 dias para confirmação do resultado caso a suspeita de HIV seja alta (BRASIL, 2018a).

A infecção pelo HIV é definida na presença de dois resultados reagentes utilizando dois testes rápidos contendo antígenos diferentes. A quantificação da carga viral (CV) deve ser sempre solicitada para a confirmação final do diagnóstico, juntamente à contagem de linfócitos T-CD4+ (LT-CD4+) (BRASIL, 2018a). A confirmação da infecção deve ser sempre notificada (BRASIL, 2017a).

Caso o paciente com dois testes rápidos positivos apresente CV inferior a 5.000 cópias/mL, deve-se considerar a ocorrência de um duplo resultado falso-reagente. Nestes casos, é indicada a realização de algum teste com coleta de sangue periférico (Western Blot, Imunoblot e Imunoblot Rápido) para esclarecimento (BRASIL, 2018a).

Na vigência de discordância entre o resultado dos testes rápidos, com TR1 reagente e TR2 não reagente, o processo de testagem deve ser reiniciado pelo TR1. Na persistência de discordância, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa para elucidação do diagnóstico (BRASIL, 2018a).

A oferta de testagem para o HIV e outras ISTs deve ser feita de forma rotineira a todos os pacientes sexualmente ativos, mesmo na ausência de sintomas ou exposição de risco. Sabe-se que a presença de outra IST (sífilis recente, herpes genital e gonorreia) aumenta a probabilidade de transmissão e aquisição de HIV,

mediante ruptura da barreira mucosa, inflamação local e aumento da carga viral genital de HIV. Logo, a população portadora de outras ISTs também deve ser submetida ao rastreio de HIV (CUNHA; et al, 2005).

A partir de 23 de setembro de 2019, o município de Campo Grande – MS passou a fazer parte do projeto “A Hora é Agora – Testar Nos Deixa Mais Fortes”, que garante o acesso a *kits* de autotestagem para o HIV que podem ser entregues através de correio ou retirados no espaço físico do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e no Shopping Pátio Central. As modalidades de autoteste incluem a Punção Digital Sure Check, Fluído Oral HIV Detect e Fluído Oral Oraquick, com instruções de realização disponíveis no endereço eletrônico do projeto. A iniciativa possibilita a triagem da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com outros homens e mulheres transexuais e travestis maiores de 15 anos. Em caso de teste reagente é necessário realizar um teste laboratorial confirmatório, que pode ser realizado no CTA do município.

É importante que na abordagem inicial de uma pessoa com diagnóstico recente de infecção pelo HIV seja realizada a vinculação deste indivíduo ao serviço de saúde e se estabeleça uma sólida relação médico-paciente. O uso de linguagem acessível é fundamental para explicar ao paciente seu diagnóstico e seus aspectos principais, devendo ressaltar a importância da avaliação clínico-laboratorial e do tratamento (SILVA, 2012).

A abordagem inicial destes pacientes deve incluir informações específicas sobre a infecção pelo HIV, incluindo explicações acerca da doença. Para aqueles pacientes que já apresentavam diagnóstico prévio, deve ser discutido o tempo provável de soropositividade, verificadas contagens de CV-HIV e LT-CD4+ anteriores. A avaliação do uso de antirretroviral (ARV) prévio e a ocorrência de eventos adversos deve ser registrada em prontuário. Devem ser abordados aspectos de riscos e vulnerabilidades, histórico psicossocial e familiar, bem como sua saúde reprodutiva (BRASIL, 2018b).

Além da contagem de LT-CD4+ e o exame de CV-HIV, devem ser solicitados também: hemograma completo, glicemia de jejum, perfil lipídico, AST, ALT, fosfatase alcalina, bilirrubinas totais e frações, creatinina sérica, urina tipo 1, testes para hepatites virais e sífilis, IgG para toxoplasmose, prova tuberculínica e radiografia de tórax. Se o paciente for morador de área endêmica para Chagas e HTLV, devem ser

solicitadas sorologias para estas também. Estes exames devem ser repetidos anualmente ou conforme a indicação individual (BRASIL, 2018b).

O tratamento da infecção pelo HIV apresenta grande complexidade em seu manejo clínico e na abordagem de suas peculiaridades sociais e psicológicas, uma vez que há grande variação na apresentação clínica da doença (SILVA, 2012).

O manejo da aids exige abordagem específica e rápida incorporação de novos saberes e práticas. Para melhorar a assistência à PVHIV, é necessária a presença de profissionais com boa formação técnica e ética, além de atitude afetiva principalmente para com os pacientes (BRASIL, 2008b).

A TARV pode ajudar a impedir que as pessoas que vivem com o HIV morram de aids, desenvolvam a tuberculose, adoeçam e transmitam o HIV (WILSON; et al., 2008; COHEN; et al., 2011). Portanto, a recomendação atual é de início imediato da TARV para todas as PVHIV, independente de comorbidades, condições clínicas ou estado imunológico (BRASIL, 2018b).

A introdução precoce e combinada da terapia antirretroviral deu às pessoas com HIV/Aids uma nova perspectiva, sobretudo a partir da implementação do conceito de HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy - Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz), que consiste na combinação de diferentes ARV, possibilitando o melhor controle da carga viral e aumento da sobrevida destes pacientes (PASCHOAL; et al, 2014).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2018b) recomendam, para início da TARV, a associação de dois Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (ITRN/ITRNt) associados a uma outra classe de antirretrovirais, tais como os Inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), Inibidores de protease reforçados com ritonavir (IP/r) ou Inibidores de Integrase (INI). Deve-se considerar, para a escolha do esquema, a eficácia e toxicidade imediata e a longo prazo dos ARV, a presença de coinfeções e comorbidades, as possíveis interações medicamentosas, o potencial de adesão e adequação à rotina de vida do paciente e a disponibilidade dos medicamentos na rede (BRASIL, 2018b).

Em adultos em início de tratamento, a dupla de ITRN/ITRNt recomendada para compor o esquema de TARV inicial é a associação de Tenofovir (TDF) e Lamivudina (3TC), também conhecido como “dois em um” (300mg/300mg), disponível em uma coformulação que permite sua tomada única diária. A terceira medicação que integra

o esquema preferencial é o Dolutegravir (DTG) na dose de 50 mg diários, se não houver contraindicação ao uso do mesmo (BRASIL, 2018b).

O TDF é um ITRNt e apresenta como principal evento adverso a nefrotoxicidade, que ocorre com maior risco em pacientes que já possuem comorbidades predisponentes para doença renal. Na presença de doença renal prévia, taxa de filtração glomerular inferior a 60 mL/min ou insuficiência renal, o TDF não deverá compor o esquema inicial de TARV. Caso haja contraindicação ao uso, deve ser avaliada a sua substituição por Abacavir (ABC) ou Zidovudina (AZT) em serviço especializado (BRASIL, 2018b).

Ainda, pode haver diminuição da densidade mineral óssea relacionada ao uso do TDF a longo prazo. Para indivíduos vivendo com HIV e idade superior a 40 anos, o risco de fraturas deve ser avaliado através do questionário FRAX a cada 2 a 3 anos ou a partir do surgimento de novo risco clínico. Indivíduos com risco intermediário, pós-menopausa e homens a partir de 50 anos de idade devem ser avaliados através da densitometria óssea (BRASIL, 2018b).

O DTG pertence à classe dos INI. É dotado de alta potência e um baixo perfil de eventos adversos, o que acarreta maior tolerância ao uso e melhor adesão à TARV. Seus principais eventos adversos consistem em insônia, náuseas, vômitos e cefaleia, que ainda assim são pouco frequentes. O DTG é responsável pelo aumento na concentração plasmática de metformina, limitando a dose máxima da mesma para 1g/dia com maior risco de efeitos adversos (BRASIL, 2018b).

Em pacientes com uso de anticonvulsivantes como fenitoína, fenobarbital e carbamazepina que não possam substituir ou interromper estas medicações, a dose diária de DTG pode ser dobrada (50 mg duas vezes ao dia). Se uso de oxycarbamazepina, dofetilida ou pilsicainida, deve ser avaliada a possibilidade de troca destas medicações, pois não podem ser administradas junto ao DTG (BRASIL, 2020b). Na presença de intolerância ou toxicidade ao DTG, deve ser avaliada sua substituição pelo Efavirenz (EFV) (BRASIL, 2018b).

Na PVHIV em uso de TARV, o foco do acompanhamento laboratorial deve ser a dosagem de CV-HIV, que auxilia na avaliação da eficácia do tratamento e da supressão virológica. Após o esquema inicial de TARV ou troca de esquemas a CV-HIV deve ser solicitada em 8 semanas para avaliação da resposta virológica. Até que haja adaptação à TARV, o retorno pode ser feito mensalmente ou bimestralmente.

Posteriormente, na presença de boa adesão e quadro clínico estável, o acompanhamento pode ser feito semestralmente (BRASIL, 2018b).

Pacientes em uso regular de TARV, assintomáticos e com carga viral indetectável, mantendo contagem de LT-CD4+ maior que 350 céls/mm³ em dois exames consecutivos com pelo menos 6 meses de intervalo podem manter acompanhamento apenas com solicitação de CV-HIV, sem necessidade de nova contagem de LT-CD4+. Caso não preencha os critérios citados, a solicitação de contagem de LT-CD4+ deve ser feita a cada 6 meses (BRASIL, 2018b).

Pacientes com adesão regular à TARV e mantendo CV-HIV indetectável em seus últimos dois exames, desde que a última CV-HIV tenha sido realizada há menos de 6 meses, são candidatos à simplificação da TARV. Considerando a eficácia e a segurança na manutenção da supressão virológica no esquema de terapia dupla e a possibilidade de redução da toxicidade relacionada ao uso dos ARV, a simplificação pode ser indicada em determinados grupos de PVHIV (BRASIL, 2021f).

Para indicação da terapia dupla deve ser excluída a coinfeção com hepatite B ou Tuberculose, além de evidenciada estabilidade clínica, ausência de infecções oportunistas e Clearance de Creatinina superior a 49 mL/min. Ainda, o indivíduo não pode estar em período gestacional e deve apresentar idade maior ou igual a 18 anos. PVHIV com histórico de falha virológica prévia a qualquer esquema de TARV não devem realizar adaptação com terapia dupla (BRASIL, 2021g).

O esquema recomendado para terapia dupla é a associação de 3TC com DTG. Pode ser utilizado como esquema alternativo a combinação de 3TC com DRV/r (800mg/100mg uma vez ao dia). Se uso concomitante de outros medicamentos que interajam com DTG ou DRV ou, ainda, requeiram ajuste na dose dos medicamentos, não é recomendada a simplificação (BRASIL, 2021g).

A resolução SESAU n. 614, de 7 de julho de 2021, estabeleceu as unidades referência da APS para o compartilhamento do cuidado da PVHIV no território de Campo Grande – MS. De acordo com esta publicação, as unidades de referência para a coleta de CV-HIV e contagem de LT-CD4+ e dispensação de antirretrovirais estão expostas no quadro 2.

QUADRO 2: UNIDADES REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE – MS.

Unidades Referência para Coleta de Carga Viral e contagem de LT-CD4+	
Unidade de Referência	Distrito Sanitário
UBS Carlota – UBS Dr. Astrogildo Carmona	Distrito Bandeira

UBS Jockey Club – UBS Dr. Jorge David Nasser	Distrito Anhanduizinho
USF Lar do Trabalhador – UBS Dr. Nicolau Fragelli	Distrito Imbirussu
UBS Caiçara – UBS Dr. Alberto Neder	Distrito Lagoa
UBS 26 de Agosto – UBS Jair Garcia de Freitas	Distrito Centro
Unidades Referência para o Compartilhamento do Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV na Atenção Primária à Saúde	
Unidade de Saúde	Distrito Sanitário
USF Macaúbas – USF Dr. Soni Lydia Souza Wolf	Distrito Anhanduizinho
UBS Jockey Club – UBS Dr. Jorge David Nasser	Distrito Anhanduizinho
USF Iracy Coelho	Distrito Anhanduizinho
USF Parque do Sol – USF Dr Benjamim Asato	Distrito Anhanduizinho
UBS 26 de Agosto – UBS Jair Garcia de Freitas	Distrito Centro
UBS Buriti – UBS Dr. Ivan Hidelbrand da Costa	Distrito Lagoa
USF Tarumã – USF Dr. Emílio Garbeloti Neto	Distrito Lagoa
USF Portal Caiobá – USF Sr. Maria de Lourdes dos Santos	Distrito Lagoa
UBS Caiçara – UBS Dr. Alberto Neder	Distrito Lagoa
USF Aero Italia – USF Herberto Calado Rebelo	Distrito Imbirussu
USF Santa Carmelia – USF Dr. Albino Coimbra	Distrito Imbirussu
USF Lar do Trabalhador – UBS Dr. Nicolau Fragelli	Distrito Imbirussu
USF Mata do Jacinto – USF Dr. Ademar Guedes de Souza	Distrito Prosa
USF Estrela Dalva – USF Dr. João Miguel Basmage	Distrito Prosa
USF Jardim Noroeste	Distrito Prosa
USF José Tavares do Couto – USF Dr. Fernando de Arruda Torres	Distrito Segredo
USF Vila Nasser – USF Dr. Milton Kojo Chinen	Distrito Segredo
USF Nova Lima – USF Dra. Márcia de Sá Earp	Distrito Segredo
USF Jardim Itamaracá – USF Edson Quintino Mendes	Distrito Bandeira
USF Moreninha III – USF Dr. Judson Tadeu Ribas	Distrito Bandeira
USF Tiradentes – USF Dr. Antônio Pereira	Distrito Bandeira
UBS Carlota – UBS Dr. Astrogildo Carmona	Distrito Bandeira

Fonte: SESAU, 2021a.

8.3 Falha da terapia antirretroviral

A falha virológica é caracterizada pela CV-HIV detectável após seis meses do início ou da modificação da TARV, ou, ainda, rebote da CV-HIV em indivíduos que haviam atingido CV indetectável. Na suspeita de falha virológica, a CV-HIV deve ser solicitada após 4 semanas da primeira CV-HIV detectável para confirmação da falha terapêutica (BRASIL, 2018b).

As organizações oficiais têm procurado promover o uso adequado dos ARV com a finalidade terapêutica e de prevenção à transmissão do vírus da

imunodeficiência humana (HIV) (ORTEGA, 2014). O sucesso da TARV está relacionado a diversos aspectos, dentre os quais o acesso ao medicamento e serviços de saúde e o adequado cumprimento da farmacoterapia parecem ser os de maior impacto (PATERSON; et al., 2000; BERG; ARNSTEN, 2006; DE SOÁREZ; et al., 2009).

Existe uma forte associação entre a adesão subótima, falha da farmacoterapia e resistência aos fármacos, o que pode comprometer futuras opções de farmacoterapia para esses indivíduos, contribuindo para a disseminação de cepas multirresistentes de HIV (EKSTRAND; et al, 2011).

A probabilidade de fracasso aumenta em aproximadamente três vezes em indivíduos com a adesão inferior a 90%, e apenas um terço dos usuários de TARV consegue atingir uma adesão contínua (FORD; et al., 2010; NCACA; KRANZER; ORRELL, 2011). Ainda, estima-se que quase a metade possui interrupções da farmacoterapia em algum momento do tratamento (KNOBEL; et al., 2009).

A adesão inadequada é a causa mais frequente para a falha do tratamento, pois o uso dos medicamentos de forma irregular acaba por acelerar o processo de seleção de cepas virais resistentes. Este acontecimento ameaça a efetividade do tratamento no plano individual e leva à disseminação do vírus resistente à TARV, no plano coletivo (BRASIL, 2006).

A não adesão é considerada um evento influenciado por diversos determinantes principalmente de cunho social, englobando fatores individuais da pessoa em tratamento, aspectos da doença, efeitos colaterais relacionados ao tratamento e organização dos serviços de saúde e do suporte social (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

Dessa forma, a adesão à TARV se estabelece como um processo complexo, apontando a necessidade de se compreender os fatores subjetivos intrínsecos à pessoa e ao grupo social ao qual esta pertence, a fim de proporcionar a formação de um real vínculo entre paciente e cuidador (PASCHOAL; et al, 2014).

Por ser pouco compreendida, a adesão é interpretada como um processo árduo e desgastante para o profissional de saúde e para a pessoa a ser cuidada, que muitas vezes opta por abandonar o tratamento devido ao estigma social e dificuldades envolvidas nesta caminhada. O estudo do processo de adesão levando em consideração as representações sociais das pessoas que convivem com HIV/Aids tornou possível identificar a forma como a TARV é gerida em seu cotidiano e, assim,

apontar possíveis fatores que influenciam na vulnerabilidade atrelada a este percurso (PASCHOAL; et al, 2014).

Além de efeitos colaterais como vômito, diarreia, cefaleia e sonolência, o uso da TARV também implica em modificações corporais, tais como a lipodistrofia. Esses agentes dificultadores do processo de adesão interferem principalmente na autoestima das PVHIV e alguns indivíduos atribuem sua ocorrência à quantidade de medicamentos que devem ser ingeridos, o que torna a forma de apresentação das medicações também um fator dificultador de adesão (PASCHOAL; et al, 2014).

A lipodistrofia contribui para uma dimensão imagética da representação da PVHIV em uso de TARV e traz um novo estigma em relação à doença na medida em que facilita a descoberta da soropositividade por terceiros e impacta não apenas na auto imagem, mas também na sexualidade da PVHIV, o que pode influenciar a qualidade da adesão e levar ao abandono do tratamento (BRASIL, 2008b).

Ainda, o ato de tomada da medicação pode implicar na autopercepção de ser um indivíduo doente, o que leva a duas adversidades: o fato de o paciente apenas buscar assistência quando adoece e que, após sentir melhora dos sintomas apresentados, abandona o tratamento novamente. Outro fator social e individual que dificulta a adesão é a sensação de obrigação para a tomada da medicação, o que pode decorrer de uma associação de dependência aos medicamentos para a manutenção da vida (PASCHOAL; et al, 2014).

Tendo em vista os aspectos discutidos, percebe-se que a TARV está fortemente associada ao medo e a solidão, pois torna real a percepção do diagnóstico de infecção pelo HIV, visto que em muitos casos os medicamentos são a única evidência de que a pessoa é de fato soropositiva. A retirada de rótulos ou o descarte dos frascos de medicamentos é um recurso utilizado pelos usuários com o intuito de impedir a revelação de seu estado sorológico para terceiros, sendo também prejudicial à adesão (BRASIL, 2008b).

Outro fator de importância na adesão ao tratamento é a relação ao uso de drogas ilícitas. O uso de substâncias psicoativas é um fator expressivo associado à baixa adesão. Os estereótipos associados ao uso de drogas configuram um obstáculo na abordagem aos usuários, não levando em consideração suas peculiaridades e impedindo a assistência adequada a estes pacientes (LASTA; BORDIGNON; WEILLER, 2011).

8.4 Coinfecção tuberculose-HIV

A tuberculose é uma doença infecciosa, de caráter crônico, cujo agente etiológico é uma micobactéria que acomete principalmente os pulmões, mas que também pode afetar outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges. Na ausência de tratamento adequado, a doença evolui para sua forma ativa e pode apresentar como desfecho a morte. A principal forma de transmissão se dá pela inoculação de bacilos em uma pessoa já sensibilizada por uma infecção prévia. Neste milênio, a tuberculose ainda permanece como a doença infecciosa que mais mata no mundo, o que torna a convergência das epidemias de tuberculose e HIV um dos maiores desafios para a saúde pública (LASTA; BORDIGNON; WEILLER, 2011).

A tuberculose (TB) é uma das principais doenças associadas à infecção pelo HIV, sendo este considerado um dos principais fatores de risco na progressão de infecção latente pelo bacilo da tuberculose para doença ativa (LASTA; BORDIGNON; WEILLER, 2011).

Por isto, a PVHIV deve ser questionada em todas as consultas quanto a presença de tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas, independente do tempo de evolução, pode indicar TB ativa e requer investigação adicional (BRASIL, 2018b).

A prova tuberculínica (PT) e radiografia de tórax devem ser sempre solicitados ao diagnóstico de HIV. Caso a PT seja inferior a 5mm, esta deve ser repetida anualmente e também após a reconstituição imunológica do paciente (BRASIL, 2018b).

O diagnóstico da tuberculose na coinfecção assemelha-se ao que é feito na população em geral, com investigação através do Teste Rápido Molecular para Tuberculose ou Baciloscopia, ambos utilizando escarro para análise e complementados pela radiografia de tórax. O diagnóstico bacteriológico é indispensável quando na situação de coinfecção a fim de confirmar a presença de tuberculose ativa e tornando possível o conhecimento do perfil de sensibilidade aos tuberculostáticos (BRASIL, 2008c).

Nas pessoas infectadas pelo HIV, a apresentação clínica difere daquela observada na população geral: observa-se uma maior frequência de formas extrapulmonares e disseminadas, decorrente do estado de imunodeficiência destes pacientes. Sendo assim, a investigação adequada pode requerer a realização de

procedimentos invasivos para o diagnóstico bacteriológico (LASTA; BORDIGNON; WEILLER, 2011).

De acordo com Melchior; et al (2007), o tratamento da tuberculose na coinfecção HIV/TB na maioria dos casos é o mesmo que na população infectada apenas pela tuberculose. No entanto, há uma elevada taxa de falência na terapêutica e recidiva de doença nos coinfetados. Há uma contradição em estudos clínicos no que diz respeito à prevalência de efeitos colaterais da medicação nos pacientes coinfetados, não sendo esclarecido ainda se a pessoa também infectada pelo HIV apresentaria com maior frequência as consequências do uso da medicação (LASTA; BORDIGNON; WEILLER, 2011).

Caso haja diagnóstico concomitante de HIV e TB ativa, recomenda-se que o tratamento para tuberculose seja iniciado imediatamente. A genotipagem pré-tratamento está indicada em PVHIV virgens de TARV nesta situação. Não é recomendado o início simultâneo do tratamento de HIV e TB a fim de se evitar a somatória de eventos adversos e reduzir a ocorrência e gravidade da síndrome de reconstituição imune (BRASIL, 2019b).

Em pacientes com contagem de LT-CD4+ abaixo de 50 céls/mm³ ou com sinais de imunodeficiência avançada, a TARV deve ser iniciada dentro de duas semanas após o início do tratamento para TB. Caso não preencha esses critérios, a TARV pode ser iniciada oito semanas após o início do tratamento da TB, no início da fase de manutenção (BRASIL, 2019b).

Nestes pacientes, o esquema preferencial de TARV é TDF, 3TC e EFV. O uso concomitante de DTG com Rifampicina leva a redução dos níveis séricos do INI, reduzindo sua eficácia. Em pacientes em uso de esquema prévio contendo DTG, a partir do diagnóstico de TB sua posologia pode ser ajustada para administração duas doses ao dia, o que deve ser mantido até 15 dias após o término do tratamento para TB. Na impossibilidade de realizar a pré-genotipagem ou o resultado não for disponibilizado em até 2 semanas, isto não deve adiar o início da TARV e, nestes casos, pode-se utilizar o esquema alternativo TDF/3TC + DTG (50mg de 12 em 12 horas) (BRASIL, 2019e).

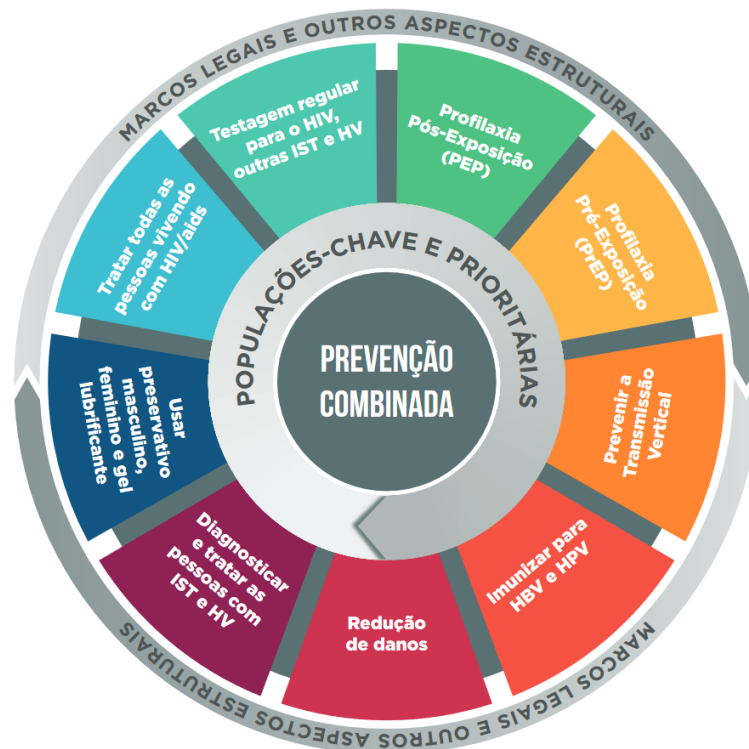
8.5 Prevenção à infecção por HIV/Aids

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que a abordagem ao sujeito deve ser orientada por princípios tais como a integralidade, levando em consideração a complexidade sociocultural e a autonomia das pessoas (MATTOS, 2004).

Em consonância com esta reflexão, Ayres; et al (2012) destacam que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, equidade e integralidade, viabilizam o trabalho em saúde na perspectiva das vulnerabilidades, à medida que geram ações baseadas em “totalidades compreensivas”, em que os aspectos individuais, sociais e programáticos implicados na exposição à infecção sejam sempre mutuamente referidos.

Levando em consideração esta perspectiva, o Ministério da Saúde adotou a Prevenção Combinada como a estratégia norteadora para a prevenção de HIV/Aids e outras ISTs (BRASIL, 2010). As diferentes medidas e intervenções de prevenção foram dispostas em uma figura representativa que constitui a "Mandala da Prevenção Combinada", exposta na figura 1.

FIGURA 1: MANDALA DA PREVENÇÃO COMBINADA.



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Este conjunto de ações preventivas são baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais a fim de aplicá-las ao nível de indivíduos, suas relações e seus grupos sociais (BRASIL, 2020c).

A abordagem combinada tem o intuito de otimizar a prevenção de novos casos de HIV na medida em que a combinação destas ações reduz as lacunas de adesão aos métodos tradicionais, além de oportunizar o diagnóstico e tratamento precoce, melhorando a qualidade de vida das PVHIV (BRASIL, 2017b).

É recomendado que toda a população em atendimento na Atenção Primária tenha acesso às ações de prevenção combinada e que as indicações sejam feitas de forma individualizada, respeitando as especificidades de cada paciente (BRASIL, 2017b).

Castiel; et al (2010) sinalizam que o conceito de risco é usado em epidemiologia como uma forma de compreender e medir a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde. Já na visão pautada pelas ciências sociais, o risco é entendido como algo construído socialmente e influenciado por fatores subjetivos, éticos, morais e culturais. A noção de risco apresenta uma grande variação em sua definição e interpretação, assim como as concepções de saúde, sociedade e ciência a ela relacionadas (LUIZ; COHN, 2006).

Determinados segmentos populacionais considerados de maior risco para a infecção pelo HIV apresentam taxa de prevalência e incidência de HIV superior a nacional. Estes grupos são denominados populações-chave para uma resposta efetiva à prevenção ao HIV. São estes os profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, gays, homens que fazem sexo com homens, pessoas transexuais e pessoas em privação de liberdade (BRASIL, 2017e).

Contudo, a avaliação da dinâmica local deve ser considerada na identificação das populações prioritárias em cada município, região ou estado. O diagnóstico local deve ser o primeiro passo para a implementação da prevenção combinada na APS, pois dá início à organização e ao conhecimento das ferramentas disponíveis para esta abordagem (BRASIL, 2017b).

As intervenções de cunho biomédico são voltadas à redução do risco de exposição e constituem as medidas biomédicas clássicas, como o uso de preservativos, e as intervenções baseadas no uso do ARV, que englobam as profilaxias pré e pós-exposição (BRASIL, 2017f).

O uso de preservativos internos e externos deve ser incentivado como ação de prevenção nas Unidades de Saúde da Família (USF), com oferta gratuita, ilimitada e de fácil acesso. O seu uso é recomendado mesmo na vigência de outros métodos de prevenção devido à sua segurança, baixo custo, ausência de efeitos colaterais e eficácia na prevenção de outras ISTs. O uso de géis lubrificantes impacta na redução de atrito durante a relação sexual e, conseqüentemente, reduz a criação de portas de entrada para a infecção pelo HIV. Além disso, o lubrificante associado ao uso do preservativo ajuda a evitar o seu rompimento (BRASIL, 2017b).

As intervenções comportamentais contribuem para a educação continuada da população e a percepção do risco à exposição ao HIV, o que inclui o aconselhamento e o incentivo aos métodos preventivos e testagem. A oferta de ampla testagem para HIV e outras ISTs foi facilitada a partir da implementação dos testes rápidos, possibilitando o seu diagnóstico precoce e início de tratamento oportuno. O acesso destes usuários viabilizado pela testagem rápida também oportuniza situações para a abordagem dos outros meios de prevenção (BRASIL, 2017e).

Em pacientes usuários de álcool e outras drogas é importante realizar a abordagem de redução de danos, com intuito de reduzir a possibilidade de transmissão parenteral do HIV que pode ocorrer devido ao compartilhamento de drogas ou materiais infectados. Neste contexto, a oferta de seringas e agulhas descartáveis e disponibilização de meio adequado para sua deposição são ações que evitam o compartilhamento de objetos e a ocorrência de acidentes com perfurocortantes (BRASIL, 2017e).

No uso de drogas inaladas ou fumadas o compartilhamento de objetos também deve ser desencorajado. Frequentemente, estes usuários podem apresentar lesões em região de mucosa oral ou nasal, o que representa uma porta de entrada para a infecção (BRASIL, 2017b).

Por último, as intervenções estruturais dizem respeito às estratégias e ações de combate a fatores socioculturais que perpetuam o risco e a vulnerabilidade ao HIV, tais como o racismo, sexismo, homofobia e a transfobia (BRASIL, 2017b).

8.6 Profilaxia pré-exposição

A profilaxia pré-exposição (PrEP) corresponde ao uso de ARV para a redução do risco de infecção pelo HIV em pessoas com risco elevado de infecção. Sua

indicação engloba as populações-chave descritas acima e parcerias sexuais sorodiscordantes para o HIV. Alguns indicativos também podem ser levados em consideração na indicação da PrEP, tais como a prática sexual sem uso de preservativo de forma repetida, relações sexuais com parceria não fixa, quantidade e diversidade das parcerias, histórico prévio de ISTs e busca repetida por testagem rápida e/ou profilaxia pós-exposição (BRASIL, 2018c).

A PrEP possui alta eficácia se utilizada da forma correta. Após a avaliação inicial do risco e vulnerabilidade do usuário, bem como seu entendimento e motivação para início da PrEP, devem ser solicitados exames de triagem que incluem testes para HIV, sífilis (treponêmico ou não treponêmico), hepatite B e C, pesquisa de outras ISTs em urina ou secreção genital, avaliação de função hepática e renal. Mediante a testagem negativa para HIV e avaliação de exames de triagem sem alterações, a PrEP poderá ser iniciada. Pacientes com histórico de fratura patológica progressiva devem ser avaliadas por médico especialista antes de iniciar a PrEP (BRASIL, 2018c).

No primeiro retorno para a prescrição da PrEP, o teste rápido de HIV deve ser repetido novamente para exclusão de infecção. O esquema preferencial utiliza um comprimido por dia do Truvada®, associação de 200 mg de Entricitabina (FTC) e 300 mg de Fumarato de Tenofovir Desoproxila (TDF), em uma combinação de práticas sexuais mais seguras para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV-1, adquirido sexualmente em adultos de alto risco (Bula Truvada® - ANVISA, 2017).

Em julho de 2012, após uma série de estudos clínicos, o Truvada® foi aprovado pela FDA com a indicação de prevenção da infecção por HIV, sexualmente adquirido, em adultos e crianças maiores de 12 anos, se tornando o primeiro medicamento aprovado para essa finalidade (BRASIL, 2018c).

No estudo clínico internacional *Preexposure Prophylaxis Initiative* (iPrEx), que avaliou a PrEP oral diária em homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais, foi evidenciada uma redução de 44% no risco de transmissão de HIV com o uso adequado da medicação. A eficácia da profilaxia foi fortemente relacionada à boa adesão ao esquema profilático. Em participantes com níveis sanguíneos detectáveis da medicação e com adequação ao uso da medicação, a redução da incidência do HIV foi de 95% (GRANT, 2010).

Em condições mais distantes da realidade da pesquisa clínica, a PrEP também vem se mostrando efetiva para a prevenção do HIV. No estudo clínico PROUD, que

avaliou o uso aberto de PrEP em HSH com risco de infecção por HIV, observou-se uma eficácia de 86% da intervenção (MCCORMACK, 2016).

O período necessário de uso para se alcançar a proteção é de aproximadamente sete dias para relações anais e vinte dias para relações vaginais, devendo ser mantido de forma ininterrupta. Os testes para HIV devem ser repetidos trimestralmente. No município de Campo Grande, a PrEP é fornecida pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que realiza também o seguimento destes pacientes (BRASIL, 2018c).

Caso o usuário opte pela interrupção da profilaxia, a testagem para HIV deve ser repetida no período de quatro semanas após a parada de tomada da medicação. No contexto de relações sexuais com risco potencial para infecção, é recomendado que o usuário mantenha o uso da PrEP por no mínimo 30 dias após a situação de risco (BRASIL, 2018c).

8.7 Profilaxia pós-exposição

A profilaxia pós-exposição (PEP) é uma medida de prevenção que utiliza de ARV para evitar a multiplicação e sobrevivência do HIV no organismo de usuários expostos à infecção. Ainda segundo o Ministério da Saúde, a PEP é um atendimento de urgência. Para ser efetiva, deve ser iniciada idealmente nas duas primeiras horas após a exposição e no máximo em até 72 horas, os antirretrovirais devendo ser usados de maneira ininterrupta por 28 dias seguidos (BRASIL, 2010).

Ela é indicada em situações de violência sexual, relação sexual desprotegida e/ou acidentes ocupacionais e o acolhimento à pessoa exposta visa ampliar o acesso e a resolução à demanda do indivíduo. Deve ser realizado em local com boa ambientação e com direito à privacidade (BRASIL, 2017b).

A avaliação inicial deve levar em consideração se o tipo de material biológico de contato e a forma de exposição fornecem risco para transmissão do HIV. Lesões percutâneas, contato com membranas mucosas ou pele não íntegra, bem como a mordedura com presença de sangue configuram exposições de risco. Materiais como suor, lágrimas, fezes, urina, vômitos, saliva e secreções nasais não oferecem risco de transmissão, a não ser que haja presença de sangue (BRASIL, 2021e).

O status sorológico para HIV da pessoa exposta deve ser elucidado antes da prescrição da PEP, visto que esta é apenas indicada em casos de amostra não

reagente no momento da testagem pós-exposição. Nas amostras com resultado reagente para HIV, a infecção já ocorreu antes da exposição atual, não havendo indicação para profilaxia (BRASIL, 2017b).

Se houver a possibilidade de conhecimento do status sorológico da pessoa-fonte, a confirmação de amostra não-reagente contraindica o uso da PEP, a não ser que a pessoa-fonte também tenha história de exposição de risco nos últimos 30 dias devido ao período de janela imunológica (BRASIL, 2021e).

O esquema preferencial para a PEP é constituído por um comprimido combinado de TDF 300mg + 3TC 300mg e um comprimido de DTG 50 mg uma vez ao dia, durante 28 dias ininterruptos e a testagem para HIV deve ser repetida de quatro a seis semanas e doze semanas após a exposição, mesmo com esquema de profilaxia completo (BRASIL, 2021e). No município de Campo Grande, a PEP está disponível em todas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e em USFs que realizam dispensação de TARV.

Em gestantes o esquema alternativo substitui o uso de DTG por ATV/r (300mg/100mg) um comprimido, via oral, uma vez ao dia, mantendo a duração do tratamento. Na presença de contraindicação ou intolerância ao uso de TDF, este pode ser substituído pela combinação de AZT 300 mg + 3TC 150 mg, um comprimido duas vezes ao dia (BRASIL, 2021e).

Os resultados expressam o quanto decisões sobre o uso da PEP, tanto na procura por parte dos usuários quanto na indicação pelos profissionais, são baseadas em fatores técnicos, como também sociais e morais que, muitas vezes, atuam como barreiras à vivência da sexualidade como um exercício de direitos. Neste aspecto, consideramos que a consolidação dos princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, são fundamentais no enfrentamento dessas barreiras à medida que pressupõem ações implicadas com a cidadania de todos e todas (BRASIL, 2012).

8.8 Planejamento reprodutivo

Em razão da feminização da epidemia de HIV e conseqüente aumento da incidência deste diagnóstico em mulheres em idade fértil, as crianças passaram a constituir um grupo de risco também crescente para a infecção pelo HIV devido à possibilidade de transmissão vertical (TV). No Brasil, nos anos de 1983 a 2004, a TV

demonstrou ser a principal via de infecção pelo HIV em crianças, sendo considerada responsável por cerca de 83% do total de casos em menores de 13 anos (BRASIL, 2004b).

Estima-se que com o uso adequado de TARV durante a gestação é possível a redução de aproximadamente 70% no risco da TV na gestação, trabalho de parto e parto e em recém-nascidos alimentados exclusivamente com fórmula infantil (BRASIL, 2000). Gestantes que preenchem critérios para uma boa adesão ao tratamento tem uma queda da chance de transmissão vertical para algo em torno de 2%. O tratamento antirretroviral no recém-nascido também é um recurso adotado para diminuir a probabilidade de TV (BRASIL, 2021h).

As intervenções profiláticas quando executadas somente durante o parto e puerpério, sem uso adequado da TARV no decorrer da gestação, podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de TV do HIV, ressaltando a importância da combinação dessas medidas ao invés de seu uso isolado. O Ministério da Saúde recomenda informar as puérperas infectadas pelo HIV sobre os riscos da transmissão via amamentação, o que implica em orientações para obtenção e preparo da fórmula infantil e outros alimentos. Logo após o parto, a lactação deve ser contraindicada de forma absoluta e contraposta com medidas clínicas e farmacológicas e essa criança deve ter seu seguimento realizado até a definição sorológica (BRASIL, 2002).

É recomendado o uso de inibidores da lactação e a utilização de fórmula infantil como substituto do leite materno até pelo menos o 6º mês de vida da criança. O aleitamento cruzado, alimentação mista e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar são contraindicados. A inibição da lactação deve ser iniciada no pós-parto imediato, com uso de Cabergolina 0,5 mg, 02 comprimidos, via oral, dose única antes da alta hospitalar. Na ocorrência de lactação rebote, pode-se realizar uma nova dose do inibidor (BRASIL, 2021h).

No que tange às limitações à assistência materno-puerperal destas pacientes, a garantia de qualidade do atendimento para gestantes surgiu com o Projeto Nascer-Maternidades, instituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002, cuja meta principal era impedir a transmissão vertical para o bebê por meio de medidas profiláticas e do seguimento especializado para todas as gestantes com HIV e seus recém-nascidos (BRASIL, 2004b).

O planejamento reprodutivo na vigência da infecção pelo HIV deve ser voltado para a otimização do cenário clínico para que a redução do risco de transmissão

vertical e sexual seja viável. No planejamento gestacional de casais sorodiscordantes, é recomendado que o parceiro vivendo com HIV esteja em uso de TARV e com carga viral indetectável por no mínimo seis meses, para que esteja estabelecida maior segurança na indicação de relação sexual sem preservativo na tentativa de concepção (BRASIL, 2020c).

Neste contexto, a mulher não infectada pelo HIV e com desejo de engravidar pode fazer uso da PrEP de forma segura, durante o período pré-gestacional, ao longo da gravidez e na amamentação para reduzir o risco de infecção (BRASIL, 2018c).

Quanto às mulheres vivendo com HIV, seu esquema de TARV deve ser adaptado conforme o desejo de gestar (BRASIL, 2020a). Em 2018, a OMS alertou sobre uma possível relação do uso de DTG no período periconcepcional com defeitos de fechamento do tubo neural. Desde então, foram feitas restrições ao uso deste ARV em mulheres vivendo com HIV (MVHIV) que apresentassem desejo reprodutivo e também no período gestacional. Contudo, as últimas evidências científicas não confirmaram esta associação (BRASIL, 2022).

A Nota Informativa nº 1, publicada em 26 de janeiro de 2022, modificou todo o panorama de tratamento do HIV no período periconcepcional e gestacional, reconhecendo a ausência de evidências proibitivas do uso de DTG nestes períodos da vida da MVHIV. Conforme as novas recomendações, MVHIV que expressam desejo de engravidar e gestantes vivendo com HIV independentemente da idade gestacional passam a ter como esquema preferencial o uso de DTG 50 mg uma vez ao dia como 3º ARV, mantendo também a dupla clássica de ITRN (TDF/3TC).

É recomendado que o profissional de saúde ofereça informações a respeito das evidências atuais e que a decisão da TARV seja feita em conjunto com a gestante, que pode optar por esquemas alternativos (BRASIL, 2022).

No período periconcepcional, pode ser optada a troca de DTG por Raltegravir (RAL) na dose de 400 mg de 12 em 12 horas, medicação também pertencente à classe dos INI e com boa tolerância e eficácia no tratamento do HIV. Apresenta boa segurança e efetividade para uso durante a gestação (BRASIL, 2022).

Outra opção é o uso de Atazanavir (ATV) 300mg reforçado com booster de Ritonavir (RTV) 100 mg, compondo o ATV/r, que deve ser utilizado uma vez ao dia. Esta medicação faz parte da classe dos IPs e também mostram segurança e eficácia no período periconcepcional. Outra medicação da mesma classe que pode ser utilizada é o Darunavir com booster de ritonavir (DRV/r). No período periconcepcional

pode ser utilizado na dose de 800mg/100mg porém a partir da confirmação de gestação sua dose deve ser ajustada para 600mg/100mg duas vezes ao dia (BRASIL, 2022).

Se houver contraindicação aos esquemas alternativos, pode ser avaliado o uso de EFV como 3º ARV, a depender também do perfil obtido através da genotipagem pré-tratamento. Em situações de abandono de TARV, o esquema inicial recomendado é de TDF/3TC e DRV/r (600mg/100mg 12/12h). Se ocorrer o diagnóstico tardio com idade gestacional superior a 28 semanas, pode-se dar preferência a esquema contendo DTG devido a maior eficácia em suprimir a CV-HIV. Após quatro a seis semanas do uso da TARV com boa adesão, deve-se repetir a CV-HIV e caso esta permaneça detectável a genotipagem deverá ser realizada (BRASIL, 2022).

Gestantes que já fazem uso de TARV e com CV-HIV indetectável podem manter o seu esquema prévio de TARV desde que este não contenha medicamentos contraindicados na gestação. Caso a gestante apresente CV-HIV detectável, devem ser avaliados aspectos de adesão, interação medicamentosa e solicitada genotipagem imediatamente para adequação da TARV em uso, caso a CV-HIV seja superior ou igual a 500 cópias/mL (BRASIL, 2020a).

É importante ressaltar que mudanças na TARV podem estar associadas a escapes virais, especialmente em pessoas vivendo com HIV que já apresentaram falha virológica prévia, aumentando conseqüentemente o risco de TV do HIV (ATTA; et al, 2019; WHO, 2019).

Para gestantes vivendo com HIV, é recomendada a suplementação rotineira de ferro (40 mg de ferro elementar diariamente), que deve ser mantida por pelo menos três meses após o parto. A suplementação de ácido fólico deve-se idealmente iniciar três meses antes da concepção, na dose de 5 mg diários e ser mantida nos dois primeiros meses da gestação (BRASIL, 2020a).

As recomendações de contracepção para a PVHIV possuem algumas ressalvas em relação àquelas da população geral. O uso de espermicidas e de diafragma têm contraindicação absoluta devido ao risco de provocar micro lesões na parede vaginal, aumentando o risco de infecção (BRASIL, 2020c).

O uso de contraceptivos hormonais ou de dispositivos intrauterinos (DIU) não interferem no risco de transmissão do HIV. Os métodos hormonais combinados podem apresentar interação e alteração de sua eficácia se uso concomitante com alguns ARV, principalmente o Efavirenz. Nestes casos, é recomendado o uso de

injetáveis trimestrais contendo apenas progestágeno, associado ao uso de preservativo para otimizar a eficácia da contracepção (BRASIL, 2020c).

Na presença de imunodeficiência grave ou doença definidora de aids, a inserção de DIU de cobre ou hormonal se torna categoria 3, devendo ser postergada até a resolução ou melhora do quadro imunológico atual. Para a contracepção de emergência, o esquema indicado é o mesmo da população geral, com preferência pela dose única de Levonorgestrel 1,5 mg (BRASIL, 2020c).

8.9 Os direitos da pessoa vivendo com HIV/Aids

O estigma social pode ser definido como uma característica intrínseca ao sujeito que foi transformada socialmente em um atributo de caráter negativo, colaborando para a sua desqualificação em ambientes sociais e criando obstáculos para o seu acesso a bens e materiais simbólicos (GOFFMAN, 1980).

Tendo em vista o contexto da epidemia de HIV/Aids e levando em consideração dimensões políticas, econômicas e históricas, o estigma é percebido não apenas como uma marca negativa, pontual, mas sim um processo socialmente construído (PARKER, 2003).

As PVHIV tendem a ser invisibilizadas e estigmatizadas, por isso muitas não compartilham o diagnóstico nem com seus familiares (PARKER; AGGLETON, 2003; PARKER, 1992). O estigma acaba por gerar sentimentos de menos valia e comprometimento da autoestima, na medida em que distancia socialmente o indivíduo de sua comunidade (ANDRÉ, 2006).

Os processos de estigmatização de muitas doenças foram construídos a partir da percepção da sociedade acerca do comportamento das pessoas afetadas, julgando este incorreto ou inadequado. No caso da epidemia de HIV e aids, o estigma deriva de processos históricos referentes à homofobia, rejeição social ao uso de drogas ilícitas e à prática de sexo por dinheiro (SONTAG, 2007).

Apesar de avanços nos últimos anos, principalmente referentes à abordagem biomédica, a discriminação e o preconceito ainda fazem parte da realidade da PVHIV. Acreditava-se que com a melhora dos esquemas antirretrovirais e redução da mortalidade pelo HIV o estigma desapareceria, porém isso não aconteceu (PARKER, 1992). As noções de ordem moral que predominavam na eclosão da epidemia ainda marcam a epidemia e prejudicam a vida social das pessoas afetadas, levando estas

peessoas a manter sua condição em sigilo nos dias de hoje. Isso também se sobrepõe a outras desigualdades frequentemente presentes na PVHIV, como a racial, de gênero e de classe (PARKER; AGGLETON, 2003).

Tendo em vista a descentralização do cuidado das PVHIV para a APS, o principal fator dificultador para o acesso destes usuários às Unidades de Saúde da Família (USF) envolvem o temor da exposição de sua condição sorológica a membros da comunidade em que estão inseridos, fazendo com que os usuários prefiram ser acompanhados em unidades distantes de sua moradia. Há situações relacionadas ao modo de organização da APS e funcionamento das equipes de saúde da família que podem romper com o sigilo do diagnóstico de HIV. Por instância, a solicitação de busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou o resultado de exames pode levar a PVHIV a necessitar de atendimento imediato (SCIAROTTA, 2021).

O acesso universal à saúde para a PVHIV engloba medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV. O estigma e a discriminação atreladas a infecção pelo HIV constituíram barreiras importantes na garantia deste direito no início da epidemia. O apoio social disponibilizado por instituições públicas atua no sentido de fortalecer a autonomia dos pacientes, proporcionando assistência à saúde e dignidade humana (BRASIL, 2008a).

Em 1989 foi aprovada a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, que afirma que todos os portadores do vírus têm direito a informações sobre sua condição, à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição para garantia de melhor qualidade de vida (BRASIL, 2008a).

Ainda, a declaração assegura a privacidade da PVHIV em relação ao seu diagnóstico e resultados de testes, inclusive em serviços médicos e assistenciais. A Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) também reafirma que a PVHIV tem o direito de manter em sigilo sua condição sorológica em ambiente de trabalho, sem necessidade de referência ao estado sorológico do paciente em documentos médicos conforme os preceitos éticos (BRASIL, 2017a).

Em 2014, foi publicada a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, conhecida como "Lei antidiscriminação", que criminaliza condutas discriminatórias contra a PVHIV e a pessoa com aids em virtude de sua condição de saúde e doença (BRASIL, 2017a).

O direito a benefícios assistenciais e previdenciários engloba pessoas que possuem algum nível de incapacidade para trabalhar de forma temporária ou permanente. O auxílio-doença é concedido desde que o paciente seja segurado e não

possa trabalhar em razão de doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. A aposentadoria por invalidez pode ser concedida ao trabalhador que contribuir para a previdência social por no mínimo 12 meses se incapacidade total e permanente para o trabalho (BRASIL, 2008b).

A Lei nº 7.670/1988 estende aos portadores da aids estes benefícios previdenciários, considerando a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida como causa justa para a concessão destes benefícios independentemente do período de carência, para o segurado que, após filiação à Previdência Social, vier a manifestá-la, bem como a pensão por morte aos seus dependentes (BRASIL, 2017a).

A Lei nº 7.713/1988 prevê o direito à isenção do Imposto de Renda à PVHIV e ao ressarcimento de valores retroativos a 5 anos a partir da comprovação da infecção. Desde 2012, a Receita Federal confere prioridade ao pagamento de restituições do Imposto de Renda para portadores de HIV (BRASIL, 2008a).

A PVHIV também tem direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), que garante um salário mínimo mensal à pessoa que estiver incapacitada para a vida independente e para o trabalho, ou, ainda, ao idoso com 65 anos ou mais que comprove que não possui meios de prover sua própria manutenção (BRASIL, 2008b).

No município de Campo Grande - MS, conforme a Portaria nº 32 de 15 de maio de 2017, publicada pela Agência Municipal de Transporte e Trânsito, o indivíduo portador de HIV tem direito a isenção tarifária e aquisição de passe gratuito para uso de transporte coletivo urbano (BRASIL, 2017d).

8.10 Recomendações de imunização

No Brasil são fornecidas técnicas de imunização desde 1804, sendo consolidadas de forma planejada e sistemática por meio do PNI (BRASIL, 2003). Os Centros de Referências para Imunobiológicos Especiais (CRIES) seguem a Portaria Nº 48, de 28 de julho de 2004, que institui diretrizes gerais para o seu funcionamento com o propósito de possibilitar o acesso da população aos imunobiológicos especiais, sobretudo os portadores de imunodeficiência (BRASIL, 2013; MUNIZ; *et al.*, 2014).

Adultos e jovens que vivem com HIV/Aids podem receber todas as vacinas disponíveis no calendário nacional, caso não apresentem imunodepressão severa, mediante orientação médica (RIGHETTO *et al.*, 2014; BRASIL, 2018b).

As recomendações de imunização nos indivíduos com HIV variam de acordo com o seu nível de imunodeficiência. Para isto, deve ser avaliada a contagem de LT-CD4+ dos últimos dois exames realizados, preferencialmente no último ano, sendo que para imunização com vacinas de vírus vivo atenuado é necessário assegurar boa adesão à TARV, ausência de sintomas e carga viral indetectável para que a última contagem de LT-CD4+ seja considerada na tomada de decisão (SBIM; SBI, 2016; BRASIL, 2018b).

Aos pacientes expostos ao HIV com certo grau de imunodepressão, pode ser concebida uma menor resposta de imunização ou até mesmo complicações graves pós-vacinais (SBIM; SBI, 2016).

Pacientes com imunodeficiência grave, ou seja, contagem de LT-CD4+ abaixo de 200 células/mm³, possuem um maior risco na administração de vacinas de agentes vivos, além de ter sua resposta imunológica reduzida, diminuindo conseqüentemente a eficácia do esquema vacinal. Nestes casos, a vacinação deve ser adiada até que haja melhora do grau de imunodeficiência (SBIM; SBI, 2016; BRASIL, 2018b).

Em pacientes cuja contagem de LT-CD4+ se encontra entre 200 a 350 células/mm³ a decisão de imunização deve ser avaliada pelo médico, levando em consideração o risco epidemiológico e situação clínica do paciente em questão. Para pacientes com contagem de LT-CD4+ acima de 350 células/mm³ a vacinação é indicada, devendo ser avaliadas as demais contra indicações referentes a cada vacina específica (BRASIL, 2018b).

Levando em consideração a alteração na resposta imune às vacinas e o impacto da vacinação na redução da morbimortalidade destes pacientes, a monitoração da soroconversão deve ser realizada sempre que possível e algumas recomendações implicam em esquemas com maior número de doses de vacina ou intervalos mais curtos entre elas (SBIM; SBI, 2016).

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018) e a Sociedade Brasileira de Imunizações (2021/2022) em seu último calendário de vacinação publicado para PVHIV, as vacinas recomendadas para adolescentes com mais de 12 anos e adultos que vivem com HIV/Aids, a partir da avaliação individual, estão expostas no quadro 3.

QUADRO 3 - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DE ADULTOS E IDOSOS VIVENDO COM HIV.

Vacinas	Esquemas/recomendações	Disponibilidade no CRIE e/ou UBS
---------	------------------------	----------------------------------

Influenza	Dose única anual. A vacina quadrivalente (4V) é preferível à trivalente (3V). Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.	Vacina 3V: UBS e CRIE Vacina 4V: rede privada
Pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13)	Uma dose, preferencialmente antes da VPP23, com intervalo mínimo de 8 semanas entre elas.	CRIE, para os não vacinados anteriormente com vacina conjugada
Pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23)	Duas doses com intervalo de cinco anos entre elas. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes de 60 anos de idade, uma terceira dose está recomendada após essa idade, com intervalo mínimo de cinco anos da última dose	CRIE
<i>Haemophilus influenzae b</i>	Para não vacinados: duas doses com intervalos de dois meses entre elas.	CRIE
Hepatite B	Quatro doses: 0, 1, 2, 6 meses, com o dobro do volume recomendado.	UBS e CRIE
Hepatite A	Adultos e idosos não vacinados anteriormente: duas doses, com intervalo de seis meses.	CRIE
HPV	Três doses: 0,1 a 2, 6 meses. Indicada para mulheres de 9 a 45 anos e homens de 9 a 26 anos.	CRIE:
Meningocócicas conjugadas (MenC ou ACWY)	Dar preferência à ACWY. Duas doses com intervalo de dois meses. Reforço a cada cinco anos.	CRIE
Meningocócica B	Duas doses com intervalo de um a dois meses entre elas, até 50 anos de idade.	Rede privada
Tríplice bacteriana do tipo adulto (dTpa e dTpa-VIP) ou dupla adulto (dT)	Três doses: 0, 2, 4 a 8 meses e reforço a cada 10 anos.	UBS
Tríplice viral	Duas doses em suscetíveis até 29 anos, com LT-CD4+ >200 céls/mm ³ Uma dose em suscetíveis entre 30 e 59 anos, com LT-CD4+ >200 céls/mm ³	UBS e CRIE
Varicela	Para suscetíveis: duas doses com intervalo de um a dois meses.	CRIE
Febre amarela	Dose única. Não há consenso sobre a duração da proteção conferida pela vacina. De acordo com o risco epidemiológico, uma segunda dose pode ser considerada pela possibilidade de falha vacinal	UBS e CRIE

Herpes zóster	Uma dose. Licenciada a partir dos 50 anos, ficando a critério médico sua recomendação a partir dessa idade.	Rede privada
---------------	---	--------------

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Manejo da Infecção pelo HIV em adultos (2018) e Calendário de Vacinação para portadores de HIV da Sociedade Brasileira de Imunizações (2021/2022).

Após 30 a 60 dias do término do esquema de vacinação contra a hepatite B, é recomendada a realização de sorologia com dosagem de Anti-HBs. Considera-se imunizado o paciente que apresentar valores iguais ou superiores a 10 mUI/mL. Caso apresente valores inferiores, o esquema completo deve ser repetido com as quatro doses. Na persistência de níveis de Anti-HBs inferiores ao indicado, é indicada uma dose adicional de reforço, sem necessidade de repetir o esquema por completo novamente (SBIM, 2021).

Conforme a Nota Técnica nº 282/2021, que dispõe sobre a vacinação contra COVID-19 em PVHIV e suas atualizações, é incluída a recomendação de vacinação de todos os indivíduos vivendo com HIV entre 18 e 59 anos de idade no grupo de comorbidades que possuem prioridade para vacinação contra COVID-19, independentemente da contagem de LT-CD4+. Ainda, é ressaltado que aqueles pacientes com idade superior a 60 anos já se encontram priorizados através do grupo de faixa etária (BRASIL, 2021c).

Posteriormente, foi determinada dose adicional através da Nota Técnica nº 65/2021, com reforço estipulado a partir de 4 meses após a última dose do esquema vacinal (segunda dose), independente do imunizante aplicado. A vacina a ser utilizada para a dose adicional deverá ser, preferencialmente, da plataforma de RNA mensageiro (Pfizer/Wyeth) ou de vetor viral (Janssen ou AstraZeneca) (BRASIL, 2021b).

Ainda, uma dose adicional de reforço é recomendada para todos os indivíduos imunocomprometidos, o que inclui pessoas vivendo com HIV/Aids, acima de 18 anos de idade, que receberam três doses no esquema primário (duas doses e uma dose adicional), que deverá ser administrada a partir de 4 meses da última dose. Aqueles que receberam a vacina Janssen COVID-19 e têm 18 anos ou mais devem receber uma dose de reforço pelo menos 2 meses após receber o esquema primário de vacinação com uma dose (BRASIL, 2021b).

8.11 Rastreamento de neoplasias

A infecção pelo HIV aumenta o risco de infecção pelo papilomavírus humano (HPV), de desenvolvimento de displasia cervical e de câncer de colo uterino. A história natural da doença pode ser equiparada à da população geral se tratadas adequadamente com terapia antirretroviral de alta atividade, mantendo um nível adequado de imunocompetência (NTEKIM; CAMPBELL; ROTHENBACHER, 2015; CHAPMAN; HARRIS, 2016).

Com isto, as recomendações de rastreio de câncer de colo uterino nos indivíduos vivendo com HIV difere da população geral. O rastreio com exame citopatológico de colo uterino deve ser feito de forma mais frequente com coleta anual da citologia após duas citologias semestrais normais em mulheres sexualmente ativas, independente da sua faixa etária. Na vigência de contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³ o rastreio deve ser mantido de forma semestral até a sua recuperação imunológica. Ainda, deve-se atentar para exame minucioso da vulva, região perineal e vagina (BRASIL, 2016).

Mesmo na presença de alterações como células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) a colposcopia deve ser indicada. Para as demais alterações citopatológicas, as recomendações seguem aquelas da população geral (BRASIL, 2016).

O câncer anal possui relação com a infecção crônica pelo HPV e, portanto, também tem seu risco aumentado na vigência de imunossupressão. A infecção pelo HIV e a conseqüente redução do número de LT-CD4+ facilitam a multiplicação viral, permitindo o surgimento de lesões potencialmente mais graves que podem evoluir para câncer anal. As manifestações clínicas variam desde a presença de condilomas acuminados até quadros assintomáticos sem a presença de lesões macroscópicas detectáveis (NAGAS et al, 2011; COSTA et al, 2020).

Contudo, ainda não há consenso bem estabelecido a respeito da indicação de rastreio deste tipo de neoplasia na população geral. Devido a maior prevalência deste tipo de câncer na PVHIV em relação à população HIV negativa, a recomendação atual conforme o PCDT (2018) é de rastreio com toque retal e preventivo anal anualmente naqueles que participam em relação receptiva anal ou que possuem histórico de antecedente de HPV ou histologia vulvar ou cervical anormais (BRASIL, 2018b).

O rastreio de câncer de mama é indicado em mulheres de 50 a 69 anos, com intervalo bienal após dois exames consecutivos com intervalo anual sem alterações, sem a necessidade de alteração da frequência de exames ou da faixa etária preconizada em relação à população geral (BRASIL, 2015).

O rastreio de carcinoma hepatocelular é indicado naqueles doentes com cirrose hepática ou na presença de HBsAg reagente, indicando doença hepática potencialmente crônica pelo vírus da hepatite B. Deve ser realizada dosagem de alfa-fetoproteína e ultrassonografia abdominal de forma semestral nestes pacientes (BRASIL, 2018b).

8.12 Avaliação do risco cardiovascular

A introdução da terapia antirretroviral foi um marco importante no tratamento das PVHIV, reduzindo significativamente sua morbimortalidade. Contudo, com a cronificação e aumento da expectativa de vida destes pacientes, a dislipidemia e o risco cardiovascular têm se tornado temas mais relevantes e que geram dúvidas no acompanhamento destes pacientes. (BRASIL, 2018b)

A infecção pelo HIV gera um quadro de inflamação crônica e lesão endotelial que predispõe a aterosclerose e aumento do risco cardiovascular. Pacientes infectados pelo HIV apresentam alterações do metabolismo lipídico prévios à introdução da TARV, caracterizadas principalmente por redução do HDL e aumento dos triglicerídeos, o que tende a piorar após a introdução dos antirretrovirais, com aumento do colesterol total com ou sem elevação do LDL (NGUYEN et al, 2016; SCHULTE-HERMANN et al; MAGGI et al, 2017).

Outras manifestações importantes são a resistência periférica à insulina e alteração da distribuição da gordura corporal, caracterizada pela perda de gordura periférica e acúmulo de gordura central, também associadas à introdução dos ARV (NETO et al, 2013).

Os Inibidores de Protease (IP), por exemplo Ritonavir ou Lopinavir, são os mais associados a alterações do perfil lipídico, (SCHULTE-HERMANN et al, 2016; AMBERBIR et al, 2019). Entretanto, em pacientes com uso dessa classe medicamentosa o uso de Sinvastatina e Lovastatina é contraindicado devido ao efeito de aumento do nível plasmático destas estatinas e consequente aumento do risco de miopatia e toxicidade hepática (PISCITELLI; GALLICANO, 2001; FANTONI; BORGIO;

AUTORE, 2003). Atualmente, a droga de primeira escolha nestes pacientes é a Pravastatina, porém a Atorvastatina e Rosuvastatina podem ser utilizadas com cautela nestes pacientes e são mais acessíveis em território nacional, o que deve ser levado em consideração na escolha. (ESTRADA; PORTILLA, 2011; PALELLA; PHAIR, 2011; GUIMARÃES e tal, 2013; BRASIL, 2018b).

O uso de fibratos é indicado na presença de hipertrigliceridemia com valores acima de 500 mg/dL, com preferência ao uso de Fenofibrato devido ao melhor perfil de interações medicamentosas. Em casos refratários, pode ser considerada a associação do ômega-3 e niacina (SAMINENI; FICHTENBAUM, 2010).

No contexto da APS, a abordagem de medidas não farmacológicas e farmacológicas é fundamental no atendimento à PVHIV. O estímulo à cessação do tabagismo, adoção de um estilo de vida saudável englobando atividade física regular e alimentação saudável são pilares essenciais para reduzir o impacto destes fatores sobre o risco cardiovascular, visto que estes pacientes não devem interromper o uso dos ARV. (TEERAANANCHAI et al, 2017; BRASIL, 2018b)

É recomendada a avaliação do risco cardiovascular destes pacientes periodicamente através do Escore de Framingham. Contudo, alguns estudos apontam que o risco cardiovascular tende a ser subestimado nestes pacientes e há carência de dados de sua aplicação em pacientes com HIV. Segundo o PCDT (2018), o risco deve ser calculado em situações de abordagem inicial e mudança da TARV, devendo ser repetido periodicamente conforme sua classificação de risco. Pacientes que apresentem risco cardiovascular baixo (<10%) devem ter o risco recalculado em 3 a 5 anos, enquanto que aqueles de moderado a grave (10 a 20%) devem ter o risco reavaliado em 12 meses. Naqueles em que o risco é elevado (igual ou superior a 20%), o risco deve ser reavaliado após um mês e, posteriormente, a cada três meses (BRASIL, 2018b).

8.13 Saúde mental e manejo de transtornos psiquiátricos

A prevalência de transtornos psiquiátricos é maior nos indivíduos vivendo com HIV em relação à população geral. Dentre estes, os transtornos depressivos e ansiosos são os mais observados nesta população. O tratamento psiquiátrico nestes pacientes deve levar em consideração o perfil de interações medicamentosas e a

manutenção de doses mais baixas com ajuste gradual, a fim de minimizar efeitos colaterais (BENTON, 2008; BHATIA et al, 2011).

Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) são os medicamentos de primeira escolha no tratamento devido a maior segurança e menor interação medicamentosa com os ARV, enquanto que os antidepressivos tricíclicos são resguardados como segunda opção, tendo em vista seus efeitos anticolinérgicos mais intensos (alterações cognitivas, sedação e tontura) e a maior sensibilidade das PVHIV aos seus efeitos colaterais (MALBERGIER; SCHOFFEL, 2001).

Dentre os ISRS, estudos com Fluoxetina, Sertralina e Paroxetina demonstraram eficácia superior ao placebo e melhor tolerância aos efeitos colaterais (ELLIOT; ULDALL; BERGMAN, 1998; CABALLERO; MALBERGIER; SCHOFFEL, 2001; NAHATA, 2005). O uso de Citalopram e Escitalopram está relacionado a alterações pouco significativas em sua farmacocinética quando associado ao uso de Ritonavir e outros inibidores de proteases, sendo preferível seu uso nestes casos (MALBERGIER; SCHOFFEL, 2001; COURLET et al, 2019).

Em estudos realizados com antidepressivos tricíclicos a maioria avalia o uso da Imipramina, demonstrando uma maior taxa de abandono em relação aos ISRS, o que foi atribuído à intolerância aos efeitos colaterais da medicação. O uso da Nortriptilina é apontado como melhor opção devido ao seu menor efeito anticolinérgico quando comparado aos demais antidepressivos da mesma classe. Durante a revisão, não foram encontrados ensaios clínicos utilizando Amitriptilina para tratamento de transtorno depressivo, apenas neuropatia periférica (THOMPSON; SILVERMAN; DZENG, 2006).

O uso de benzodiazepínicos pode ser considerado em terapias ansiolíticas para o manejo de crises agudas de ansiedade. O Ritonavir e outros IPs com elevada potência em inibir a enzima CYP 3A4 reduzem a eliminação de benzodiazepínicos cujo metabolismo depende desta enzima, tais como Midazolam, Triazolam e Alprazolam, potencializando de forma alarmante o seu efeito sedativo. Clonazepam e Diazepam possuem perfil mais seguro, porém devem ser utilizados com cautela no uso simultâneo de Efavirenz (THOMPSON; SILVERMAN; DZENG, 2006).

8.14 Profilaxia de infecções oportunistas

A profilaxia de infecções oportunistas é um tema importante no seguimento dos pacientes vivendo com HIV, proporcionando redução da morbimortalidade em pacientes com imunodeficiência. A estratégia de profilaxia primária varia conforme a contagem de LT-CD4+ (BRASIL, 2018b). Logo, é importante o reconhecimento da necessidade de introdução da profilaxia pelos profissionais de saúde da atenção primária, até que estes pacientes consigam acompanhamento em serviço especializado. A necessidade de encaminhamento não deve atrasar o início da profilaxia primária para estes pacientes, que é indicada conforme exposto no quadro 4.

QUADRO 4 - PROFILAXIA PRIMÁRIA DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS.

Agente	Indicação	1ª escolha	Critérios de Suspensão
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	LT-CD4+ < 200 céls/mm ³ (ou <14%) ou presença de candidíase oral ou febre indeterminada (> 2 semanas) ou doença definidora de aids	Sulfametoxazol-Trimetoprima (800/160 mg) três vezes por semana	Boa resposta à TARV + manutenção de LT-CD4+ > 200 céls/mm ³ por mais de 3 meses
<i>Toxoplasma gondii</i>	LT-CD4+ < 100 céls/mm ³ e IgG anti-Toxoplasma gondii reagente	Sulfametoxazol-Trimetoprima (800/160 mg) uma vez ao dia	Boa resposta à TARV + manutenção de LT-CD4+ > 200 céls/mm ³ por mais de 3 meses
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	LT-CD4+ < 50 céls/mm ³	Azitromicina 1.200 a 1.500 mg por semana	Boa resposta à TARV + manutenção de LT-CD4+ > 100 céls/mm ³ por mais de 3 meses
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	PT > 5 mm ou; História de contato com paciente bacilífero ou; Radiografia de tórax com cicatriz de TB sem tratamento prévio.	Isoniazida 5mg/kg/dia (dose máxima 300 mg/dia) ou Rifampicina 10 mg/kg/dia (dose máxima de 600 mg/dia)	Isoniazida: duração de 6 a 9 meses. Recomenda-se concluir esquema com 270 doses em 9 a 12 meses. Rifampicina: 120 doses em 4 meses.
Herpes simplex	Não há indicação de profilaxia primária.		
<i>Cryptococcus sp. e Histoplasma capsulatum</i>	Não há indicação de profilaxia primária. Evitar situações de risco: entrar em cavernas ou se expor a fezes de pássaros e morcegos.		
Citomegalovírus	Não há indicação de profilaxia primária. Recomendação: fundoscopia rotineira para rastreio se LT-CD4+ < 50 céls/mm ³		

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Manejo da Infecção pelo HIV em adultos (2018).

Na profilaxia da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, a indicação de Rifampicina é feita para pacientes acima de 50 anos, menores de 10 anos, hepatopatas, contatos de monorresistentes à Isoniazida ou na presença de

intolerância à Isoniazida. Se o paciente fizer uso de IP ou DTG, é contraindicado o uso da Rifampicina (BRASIL, 2019d).

A profilaxia secundária é indicada para evitar a recidiva de infecções oportunistas anteriores que já tenham sido tratadas (BRASIL, 2018b). Suas indicações e primeira opção para tratamentos estão representados no quadro 5.

QUADRO 5 - PROFILAXIA SECUNDÁRIA DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS.

Agente	1ª escolha	Crítérios de Suspensão
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Sulfametoxazol-Trimetoprima (800/160 mg) três vezes por semana	Boa resposta à TARV + manutenção de LT-CD4+ > 200 céls/mm ³ por mais de 3 meses
<i>Toxoplasma gondii</i>	Peso <60kg: Sulfadiazina 500 mg 4x/dia + Pirimetamina 25 mg 1x/dia + Ácido Folínico 10 mg 1x/dia Peso >60kg: Sulfadiazina 1.000 mg 4x/dia + Pirimetamina 50 mg 1x/dia + Ácido Folínico 10 mg 1x/dia	Boa resposta à TARV + manutenção de LT-CD4+ > 200 céls/mm ³ por mais de 6 meses
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	Claritromicina 500 mg 2x/dia + Etambutol 15 mg/kg/dia (máx. 1.200 mg/dia)	Após um ano de tratamento para MAC, na ausência de sintomas e LT-CD4+ >100 céls/mm ³ por mais de 6 meses
<i>Cryptococcus sp.</i>	Fluconazol 200 mg uma vez ao dia	Término do tratamento de indução e consolidação e pelo menos 1 ano de manutenção, assintomático e LT-CD4+ >200 céls/mm ³ por mais de 6 meses
<i>Isospora belli</i>	Sulfametoxazol-Trimetoprima (800/160 mg) três vezes por semana	Indica-se a suspensão da profilaxia com LT-CD4+ >200 céls/mm ³ por mais de 3 meses
Citomegalovírus (retinite)	Ganciclovir EV 5mg/ kg/dia 5x/semana	Boa resposta à TARV + manutenção de LT-CD4+ > 100 céls/mm ³ por mais de 3-6 meses
Histoplasmose (disseminada ou infecção do sistema nervoso central)	Itraconazol 200 mg uma vez ao dia	Manutenção por tempo indeterminado, pois não há evidência suficiente para a recomendação de interrupção do itraconazol. Considerar suspensão após período mínimo de um ano de tratamento de manutenção, ausência de sintomas e LT-CD4+ >150 céls/mm ³ por mais de 6 meses
Herpes simplex	Infecção recorrente (> 6 episódios por ano): Aciclovir 400 mg duas vezes ao dia	
Candidíase esofágica	Não há indicação de profilaxia secundária	

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Manejo da Infecção pelo HIV em adultos (2018).

8.15 Critérios de encaminhamento à atenção especializada

Em conformidade com o desenho assistencial do SUS, a APS deve ter distribuição ampla em seu território e constituir a base das redes de atenção à saúde (RAS), formadas também por outras modalidades de ações e serviços organizados em regiões de saúde (MAGALHÃES, 2014). A implementação dos serviços de Atenção Primária foi realizada com o intuito de que estes estabeleçam o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e que realizem a coordenação do cuidado destes pacientes. A assistência prestada deve levar em consideração não apenas a dimensão individual dos usuários, mas também aqueles referentes à família e à comunidade (STARFIELD, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que disciplina a organização da APS no Brasil, prevê que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem organizar suas práticas de atenção individual e coletiva a partir de uma base territorial definida, com a adscrição de clientela. As equipes multiprofissionais que compõem a APS devem incluir além de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a figura de um membro da comunidade que tem como uma das suas funções o elo entre a instituição e os sujeitos: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No que diz respeito à atuação da APS no atendimento à PVHIV, têm-se que o cuidado para com estes pacientes se consolidou como responsabilidade dos serviços especializados, com a testagem vinculada aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e a prevenção realizada em parceria com organizações não governamentais (ONG). Gradativamente, a APS foi aumentando sua participação nesse cuidado, que teve início com atividades preventivas e a ampliação da testagem rápida (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2015).

Na segunda década dos anos 2000, diversos avanços foram incorporados ao SUS, otimizando o manejo da infecção pelo HIV, dentre estes a terapia combinada, a recomendação de tratamento antirretroviral a todas as pessoas vivendo com HIV, o uso da TARV como método de prevenção e a PrEP (GRANICH; et al, 2016).

A partir destas inovações, o Ministério da Saúde passou a incentivar modelos descentralizados, em que, através de uma estratificação de risco, a assistência às PVHIV fosse realizada também na APS, levando em consideração a sua proximidade aos usuários possibilitando a vinculação destes e facilitando o acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 2014c; BRASIL, 2014d).

A cidade do Rio de Janeiro foi uma das primeiras a adotar essa iniciativa em 2013, a partir de um protocolo provisório adotado pela gestão municipal (BRASIL, 2013). O acompanhamento pela APS não foi definido como obrigatório, respeitando a autonomia dos pacientes, porém a partir do incentivo à descentralização aproximadamente 50% das PVHIV em acompanhamento passaram a realizar o acompanhamento na APS (SILVA, 2020).

A descentralização apresenta muitas potencialidades que são destacadas pela ampliação ao acesso e a vinculação dos usuários às Equipes de Saúde da Família, porém também traz consigo desafios importantes que implicam na gestão do cuidado e principalmente na manutenção do sigilo da condição sorológica individual (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Os usuários que optam pelo seguimento na APS geralmente apontam sua escolha em função da relação com os profissionais de saúde, do modelo de cuidado, da abordagem mais ampliada de saúde, do vínculo e da confiança local (ODENY; et al, 2013). O encaminhamento aos SAE tende a ocorrer em situação clínica de maior risco, como por exemplo a presença de infecções oportunistas ou gestantes com HIV. Outro fator que impacta na escolha pelos SAE é a preferência de ser acompanhado num local com menos risco de seu diagnóstico ser conhecido por familiares ou vizinhos, o que em alguns casos pode gerar, inclusive, situações de violência (ZAMBENEDETTI, 2015; GONDIM; MONKEN, 2018).

Alguns pacientes apresentam também insegurança em manter o acompanhamento na APS no que tange a sua capacidade resolutiva e técnica, por não ser caracterizado como um serviço especializado em HIV. O vínculo do usuário com os profissionais é importante para o acompanhamento e adesão ao tratamento, mas as implicações territoriais podem gerar a sensação de insegurança pelo risco de discriminação e estigma ao morar e ser acompanhado na mesma localidade em que conhecidos e familiares frequentam. A dinâmica social do território deve ser compreendida para que se possa otimizar a adesão e vinculação destes pacientes (ZAMBENEDETTI, 2015; GONDIM; MONKEN, 2018).

O cuidado de pessoas vivendo com HIV, além de influenciar a discussão e a avaliação de aspectos assistenciais na APS, proporciona mudanças que beneficiam a organização do cuidado inclusive de pacientes não portadores de HIV (MELO; et al, 2021). Historicamente, a Atenção Primária mostrou-se resistente a questões relacionadas às DST-Aids. A inserção do diagnóstico no cenário da APS configurou

uma estratégia para o debate sobre a atenção à PVHIV nesse nível de atenção. Esse processo envolve uma reconfiguração do que é considerado concernente à Atenção Primária ou especializada (ZAMBENEDETTI, G; SILVA, 2016).

Conforme a publicação da edição de nº 5.916 do Diário Oficial de Campo Grande, do dia 29 de abril de 2020, no qual consta as atualizações dos fluxogramas de assistência de enfermagem nos ciclos de vida, os critérios estabelecidos para o encaminhamento da PVHIV para os serviços de referência são PVHIV já inseridos no serviço de referência, gestantes, crianças, contagem de linfócitos T-CD4+ menor que 350 células/mm³, presença de comorbidades associadas à imunodeficiência, coinfeção com hepatite B, coinfeção com hepatite C, coinfeção com Tuberculose Pulmonar ou Extrapulmonar, candidíase esofagiana, diarreia crônica, perda de peso, diagnóstico de herpes zóster, dermatite persistente, linfadenopatia, além de outras condições que se enquadrem como oportunistas na vigência de imunodeficiência (SESAU, 2020).

O Protocolo de Acesso para consultas, exames e procedimentos formulado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, publicado em 27 de dezembro de 2021, define como critérios para encaminhamento ao serviço especializado a presença de coinfeção com vírus da hepatite C, hepatite B, tuberculose ou suspeita de neurosífilis, presença de doença definidora de aids e presença de imunossupressão moderada, crianças e gestantes. Ainda, o protocolo estabelece que todos os novos diagnósticos de HIV devem ser atendidos pela APS, que ficará responsável pelo atendimento de pacientes com contagem de LT-CD4+ acima de 350 céls/mm³ e ausência de coinfeções (SESAU, 2021b).

9 CONCLUSÕES

É importante que na avaliação inicial de uma pessoa com diagnóstico recente de infecção pelo HIV se estabeleça um vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. O uso de linguagem acessível neste momento é fundamental para elucidar dúvidas e explicar os aspectos essenciais da doença.

Com a reestruturação da abordagem inicial ao adulto infectado pelo HIV, espera-se conhecer o perfil dos pacientes que chegam pela primeira vez à USF para proporcionar dados que possam direcionar ações estratégicas que visem melhorar os indicadores de morbimortalidade através de um atendimento interdisciplinar buscando a integralidade da assistência prestada às PVHIV acompanhadas.

A dificuldade na revelação do estado de soropositividade para a família torna o processo de adesão mais difícil, pois a pessoa com HIV/Aids deixa de aderir à terapêutica adequada com medo de que haja exposição da sua soropositividade. O conhecimento dos fatores associado à adesão ao tratamento é de extrema importância, pois a partir desse conhecimento, será possível a criação e redirecionamento de estratégias que guiem as ações de saúde, a fim de potencializar as medidas de cuidado à PVHIV e reduzir o risco de transmissão, também contribuindo na qualidade de vida dos pacientes infectados pelo HIV.

Apesar do otimismo sobre a eficácia dos ARVs, grandes desafios são encontrados para a manutenção da adesão. A dificuldade de se desenvolverem estratégias individuais e coletivas, tendo em vista avaliar e atender as necessidades dos pacientes e nutrir a aliança terapêutica é a principal barreira para garantir o sucesso da terapia medicamentosa.

A TARV tem reduzido, de forma significativa, a morbimortalidade associada à infecção por HIV, podendo diminuir a transmissão do HIV. As evidências comprovam que a ocorrência de interações medicamentosas é frequente em pacientes com diagnóstico de HIV/Aids. Logo, o conhecimento destas circunstâncias possibilita a atuação do profissional de saúde da APS no sentido de aprimorar a adesão e reduzir fatores que dificultam a adesão à TARV.

Ainda, as medidas de prevenção combinada representam uma importante ferramenta para o profissional de saúde atuante na APS. O desenvolvimento de competências nos serviços de saúde e acesso à informação é de suma importância para potencializar as ações de prevenção à transmissão do HIV e outras ISTs.

O investimento em ações de educação permanente das equipes de saúde que abarque a abordagem dos direitos humanos, incluindo direitos sexuais, a compreensão do território na sua dimensão existencial, assim como os processos de vulnerabilização nele existentes, poderiam favorecer a produção de práticas profissionais e a organização dos serviços de saúde necessários à gestão do sigilo no território e à potencialização da APS no cuidado das PVHIV.

O processo de descentralização da atenção em HIV/Aids é um fenômeno complexo e multifacetado. Entre as dificuldades, destacam-se a presença de equipes incompletas, a alta rotatividade dos profissionais da equipe, a confiabilidade na manutenção do sigilo e a capacitação para testagem, percepção de sobrecarga de trabalho, aconselhamento e comunicação do diagnóstico e rotinas do processo de trabalho.

Por outro lado, entre as suas potencialidades, destaca-se a percepção acerca da ampliação do acesso e a vinculação do paciente aos profissionais de saúde. O modelo assistencial orientado pelos princípios do SUS associado a educação permanente, capacitações, apoio matricial e participação da comunidade também constituem pontos chave na organização do cuidado à PVHIV.

REFERÊNCIAS

AMBERBIR, A. et al. Effect of cardio-metabolic risk factors on all-cause mortality among HIV patients on antiretroviral therapy in Malawi: A prospective cohort study. **PLoS One**, v. 14, n. 1, e0210629. 2019.

ANDRÉ, C. Questão de autoestima. **Rev Mente Cerebro**. v. 14, n. 164, p. 48-53. 2006.

AYRES, J.R; et al. **Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde: Uma Introdução**. apud PAIVA, V.; AYRES, J. R; BUCHALA, C. M. (orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde: da doença à cidadania**. Livro I. Curitiba: Ed Juruá, 2012. 320p.

ANVISA. **Bula Truvada**. 2017. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=23640482017&pIdAnexo=10330540. Acesso em: 20 de janeiro de 2022.

ATTA, C.A.M; et al. Global birth prevalence of spina bifida by folic acid fortification status: A systematic review and meta-analysis. **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 1, p. e24–e34. 2016.

BACCHETTI, P; MOSS, A. R. Incubation period of AIDS in San Francisco. **Nature**. v. 16, n. 338, p. 251–253. 1989.

BENTON, T. D. Depression and HIV/AIDS. **Curr Psychiatry Rep**, v. 10, n. 3, p. 280-5. 2008.

BERGER, E. A; MURPHY, P. M; FARBER, J. M. Chemokine receptors as HIV-1 coreceptors: roles in viral entry, tropism, and disease. **Annual Review of Immunology**, v. 17, p. 657-700. 1999.

BERG, K. M; ARNSTEN, J. H. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 43, Suppl 1, p. S79-87, 2006.

BHATIA, R. et al. Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: results from the Steps Study. **AIDS Behav**, v. 15, n. 6, p. 1161-70. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Manual técnico: gestação de alto risco**. Brasília (DF), 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Portaria Técnica Ministerial No 2.104, de 19 de novembro de 2002. Regulamenta Projeto-Nascer Maternidades. **Diário Oficial da União**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades da iniciativa Hospital Amigo da Criança: referência para mulheres HIV positivas e outras que não podem amamentar**. Brasília (DF): MS; 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico: Programa Nacional de DST e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Guia de tratamento: recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília (DF): MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília (DF): MS; 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **COINFEÇÃO HIV / TUBERCULOSE**, Páginas retiradas do documento: Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV Documento preliminar Ministério da Saúde–Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e Aids, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html>. Acesso em 20 jan. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – Suplemento III – Tratamento e Prevenção**. Brasília – DF, outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL, Programa das Doenças Infecciosas Sexualmente Transmissíveis, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Protocolo para introdução do atendimento ao HIV/Aids na Rede Primária de Saúde do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2013.

BRASIL. Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. **Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS**. Diário Oficial da União. 2014a.

BRASIL, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas em HIV/ AIDS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica, guia para gestores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** 2. ed. rev. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em 15 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. AGETTRAN. Agência Municipal de Transporte e Trânsito de Campo Grande - MS. **Portaria nº 32, de 15 de maio de 2017.** Campo Grande, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância. **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores de saúde.** Brasília – DF, 2017f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ofício circular nº 2/2019 DCCI/SVS/MS – **Atualização da nota informativa 10/2018 – DCCI/SVS/MS – recomendações sobre o uso do dolutegravir em mulheres vivendo com HIV**. 2018d. disponível em: https://siclom.aids.gov.br/informativo/Informe%20n%C2%BA%2001_20%20-%20Of%C3%ADcio%20circular%2002_19%20%20DTG%20para%20MVHIV.pdf; Acesso em 22 dez. 2021.

BRASIL. **Relatório de Monitoramento Clínico das Gestantes Vivendo com HIV**. disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/relatorio-demonitoramento-linico-das-gestantes-vivendo-com-hiv>, 2019a. Acesso em 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no brasil**. Brasília: Ministério da saúde, 2019b. 364 p.

BRASIL. Ofício circular nº 61/ CGIST/DCCI/SVS/MS. **Melhorias no Sistema de Monitoramento Clínico do HIV (SIMC) para prevenção da transmissão vertical do HIV**. Brasília, 2019c. Disponível em: https://siclom.aids.gov.br/informativo/Informe%2029%20-%20Of.%20Circular%20%20aprimoramento%20SIMC_prevenção%20da%20TV%20HIV.pdf. Acesso em 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da saúde, 2019d.

BRASIL. Ofício circular nº 47/2019/CGAHV/.DCCI/SVS/MS – Substituição do ofício circular nº 46/2019/CGAHV/DCCI/SVS/MS - **Ampliação do uso de dolutegravir (DTG) 50mg 2X/dia para paciente com coinfeção tuberculose e HIV em uso de rifampicina**. 2019e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-47>. Acesso em 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ofício circular 11/2020/CGIST/DCCI/SVS/MS - **Atualização das recomendações de terapia antirretroviral (TARV) em gestantes vivendo com HIV.** Brasília; 2020a. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/Informe%20n%C2%BA%2013_20%20-%20Of._Circular%2011_20%20-%20atualiz.%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%20TARV%20em%20gestantes.pdf. Acesso em 22 dez. 2021.

BRASIL. Ofício circular nº 3/2020/CGAHV/. DCCI/SVS/MS - **Atualizar as recomendações sobre a coadministração de dolutegravir (DTG) e medicamentos com potencial interação.** Brasília, 2020b. disponível em: <https://siclom.aids.gov.br>. Acesso em 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. Relatório de recomendação. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids 2021.** Brasília, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. Nota Técnica nº 65/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS. **Assunto: Antecipação do intervalo para dose de reforço de vacinas contra a COVID-19 em pessoas com mais de 18 anos e imunossuprimidos.** Brasília, DF, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19/notas-tecnicas/2021/sei_ms-0024429242-nota-tecnica-65-antecipacao-da-dose-de-reforco.pdf/view. Acesso em 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 282/2021 - **Atualização das recomendações da vacinação contra a covid-19 em Pessoas vivendo com HIV.** Brasília; 2021c. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/sei-25000-046576-2021-87-nt-28221-cgpni-deidt-svs-ms.pdf>. Acesso em 10 jan. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.** 10. ed. Brasília, DF, 14 set. 2021d. 118 f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view>. Acesso em 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2021e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 22/2021-CGAHV/.DCCI/SVS/MS - **Dispõe sobre as recomendações para utilização de terapia dupla para Pessoas**

Vivendo com HIV (>18 anos). Brasília, 2021f. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Nota%20Informativa%20N%C2%BA%2022_2021-CGAHV_DCCI_SVS_MS.pdf. Acesso em 30 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 28/2021-CGAHV/.DCCI/SVS/MS - **Dispõe sobre correções da NOTA INFORMATIVA Nº 22/2021-CGAHV/.DCCI/SVS/MS.** Brasília, 2021g. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-282021-cgahvdccisvms-0>. Acesso em 30 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 4/2021-CGIST/.DCCI/SVS/MS. Assunto: **Dispõe sobre a recomendação do medicamento cabergolina 0,5mg e da fórmula láctea infantil na prevenção da transmissão vertical do HIV e do HTLV.** Brasília, DF, 2021h. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-42021-cgistdcccisvms>. Acesso em 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 1/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS - **Dispõe sobre as recomendações do uso de dolutegravir em gestantes independentemente da idade gestacional e mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar.** Brasília, 2022. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-12022-cgistdcccisvms>. Acesso em 30 jan. 2022.

BRAWLEY, L.R; CULOS-REED, S.N. Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. **Control Clin Trials.** V. 21, n. 5 Suppl, p. 156-63. 2000.

BRITES, C. **A importância de tratar o paciente como um todo.** São Paulo: Elsevier, 2007.

BRITO, A.M; et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,** n. 34, p.207-217. 2000.

CABALLERO, J.; NAHATA, M. C.. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of depression in adults with HIV. **Annals of Pharmacotherapy,** v. 39, n. 1, p. 141-5. 2005.

CASTIEL, L.D; et al. **Correndo o Risco. Uma introdução aos riscos em saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2010. 134 p.

CHAPMAN, C.L.; HARRRIS, A. L. Cervical Cancer Screening for Women Living with HIV. **Nurs Womens Health.,** v. 20, n.4, p. 392-398. 2016.

COFFIN, J.M. HIV population dynamics in vivo: implications for genetic variation, pathogenesis, and therapy. **Science.** V. 267, n. 5197, p. 483-489. 1995.

COHEN, M. S; et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **N Engl J Med.,** v. 365, n. 6, p. 493-505. 2011.

COSTA, L. D. L. N. et al. Risco de Câncer em Pacientes que Vivem com HIV/Aids: Revisão Sistemática. **Rev. bras. cancerol**, v. 66, n. 4, e-041053, 2020.

COURLET, P. et al. Escitalopram population pharmacokinetics in people living with human immunodeficiency virus and in the psychiatric population: Drug-drug interactions and probability of target attainment. **Br J Clin Pharmacol**, v. 85, n. 9, p. 2022-2032. 2019.

CUNHA, A; et al. Doenças de transmissão sexual como diagnóstico inicial de infecção VIH. **Rev Soc Port Dermatol Venereol**. v. 63, p. 355-8. 2005.

DE SOÁREZ, P. C; et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 1, p. 69-76. 2009.

DINIZ, A; et al. **Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.

EKSTRAND, M. L; et al. Suboptimal adherence associated with virological failure and resistance mutations to first-line highly active anti retroviral therapy (HAART) in Bangalore, India. **Int Health.**, v. 3, n. 1, p. 27-34. 2011.

ELLIOT, A. J.; ULDALL, K. K.; BERGMAN, K. Randomized placebo-controlled trial of paroxetine versus imipramine in depressed HIV-positive outpatients. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 3, p. 367–372. 1998.

ESTRADA, V.; PORTILLA, J. Dyslipidemia related to antiretroviral therapy. **Aids Rev**, v. 13, p. 49-56. 2011.

FANTONI, M.; DEL BORGIO, C.; AUTORE, C. Evaluation and management of metabolic and coagulative disorders in HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy. **AIDS**, v. 17, suppl. 1, p. S162-S169. 2003.

FAUCI, A.S; et al. Immunopathogenic Mechanisms of HIV Infection. **Ann Intern Med**. V. 124, n. 7, p. 654-663. 1996.

FLEXNER, C. HIV- protease inhibitors. **N Engl J Med.**, v. 338, n. 18, p. 1281-.2, 1998.

FORD, N; et al. Early initiation of antiretroviral therapy and associated reduction in mortality, morbidity and defaulting in a nurse-managed, community cohort in Lesotho. **Aids**, v. 24, n. 17, p. 2645-2650, 2010.

FURTADO, J.J.D. Prefácio. apud: Sociedade Brasileira de Infectologia. **Manual Boas Práticas de Adesão HIV/Aids**. SBI. Prefácio, São Paulo, 2005. Ano IV, n. 14, p. 5-6, abril/maio/junho, 2006. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/anexos/Boletim%20SBI%2014.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2021.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GRANT, R.M; et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 363, n. 27, p. 2587-2599. 2010.

GRANICH, R; et al. **90-90-90 and ending AIDS: necessary and feasible**. *Lancet*, v. 390, n. 10092, p. 341-343. 2017.

GREENE, W. C; PETERLIN, B.M. Charting HIV's remarkable voyage through the cell: Basic science as a passport to future therapy. **Nat Med.**, v. 8, n. 7, p. 673-80. 2002.

GONDIM, G.M.M; MONKEN, M. **O uso do território na APS. O uso do território na atenção primária à saúde**. apud: MENDONÇA, M.M; MATTA, G, C; GONDIM, R; GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 143-75. 2018.

GUIMARÃES, M. M. M. et al. Doença cardiovascular aterosclerótica e a infecção pelo HIV: uma atualização. **Rev Med Minas Gerais**, v. 23, n. 4., p. 479-489. 2013.

GUTIÉRREZ, A.C; GUERRERO, A.V.P; CUNHA, G.T. **Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família**. apud Campos, G.W.S; Guerrero, A.V.P. **Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec Editora; p. 132-254. 2008.

KNOBEL, H; et al. Impact of different patterns of nonadherence on the outcome of highly active antiretroviral therapy in patients with long-term follow-up. **HIV medicine**, v. 10, n. 6, p. 364-369. 2009.

LASTA, L.D; BORDIGNON, J.S; WEILLER, T.H. A importância da adesão ao tratamento em pacientes com a coinfeção HIV/TB. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, Jan./jun. 2011.

LUIZ, O.C; COHN, A. "Sociedade de risco e risco epidemiológico". **Cad. Saúde Pública**. Vol. 22, n. 11, p. 2339-2348. 2006.

MAGALHÃES, Jr. H.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg Saúde Debate*; v. 52, p. 15-37. 2014.

MAGGI, P. et al. Cardiovascular risk and dyslipidemia among persons living with HIV: a review. **BMC Infect Dis**, v. 17, n. 1, p. 551. 2017.

MALBERGIER, A.; SCHOFFEL, A. C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n. 3, p. 160-7. 2001.

MATTOS, R.A. "A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)". **Cad. Saúde Pública**. Vol. 20, n. 5, p. 1411-1416, Set.-out. 2004

MCCORMACK, S; et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic openlabel randomized trial. **Lancet**, [S.l.], v. 387, n. 10013, p. 53-60. 2016.

MELCHIOR, R; et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev Saúde Pública.**, v. 41, Supl. 2, p. 87-93. 2007.

MELO, E.A; et al. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 12. 2021.

MELO, E.A; et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate.**, v. 42(spe1), p. 38-51. 2018.

MELO, E.A; MAKSUD, I; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/ Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Pública.** 42:e151, 2018.

MUNIZ, G.C; et al. Maranhão special immunobiology reference center: service profile description from 2002 to 2012. **Journal of Health Research**, v. 15, n. 3, p. 340-345. 2014.

NAGAS, C. S. R. et al. Rastreamento de lesões precursoras do carcinoma espinocelular anal em indivíduos portadores do HIV. ABCD. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva** (São Paulo), v. 24, n. 2. 2011.

NCACA, L.-N.; KRANZER, K.; ORRELL, C. Treatment interruption and variation in tablet taking behaviour result in viral failure: a case-control study from cape town, South Africa. **PloS one**, v. 6, n. 8, p. e23088; 2011.

NETO, A. I. S. et al. Dislipidemia e Risco Cardiovascular na Terapia Antirretroviral: o manejo dos fatores modificáveis. **Rev Bras Cardiol**, v. 26, n. 1, p. 26-32. 2013.

NEVES, L.A.S.; et al. Adesão ao tratamento por indivíduos com a coinfeção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. 4, p. 1129-1134. 2010.

NGUYEN et al. A Meta-Analysis of the Metabolic Syndrome Prevalence in the Global HIV-Infected Population. **PLoS One**, v. 11, n. 3, e0150970. 2016.

NTEKIM, A.; CAMPBELL, O.; ROTHENBACHER, D. Optimal management of cervical cancer in HIV-positive patients: a systematic review. **Cancer Med.**, v. 4, n. 9, p. 1381-1393. 2015.

ODENY, T.A; et al. Integration of HIV Care with primary health care services: effect on patient satisfaction and stigma in rural Kenya. **AIDS Res Treat**, 2013:485715, 2013.

ORTEGA, L.N. **Intervenção farmacêutica em pacientes portadores de HIV com falha na terapia antirretroviral.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de Pesquisa e Desenvolvimento de Fármacos e Medicamentos, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP, Araraquara, 2014.

PALELLA, F. J; et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 43, n. 1, p. 27-32. 2006.

PALELLA, F.J. JR.; PHAIR, J. P. Cardiovascular disease in HIV infection. **Curr Opin HIV AIDS**, v. 6, n. 4, p. 266-271. 2011.

PARKER, R; AGGLETON, P. HIV and Aids-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc Sci Med.**, v. 57, n. 1, p. 13-24. Doi: [https:// doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0), 2003.

PARKER, R. Estigmas do HIV/Aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. **ICIT - RECIIS**. V.13, n. 3, p. 618-33, 2019.

PASCHOAL, E.P; et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, Jan-Mar. 2014.

PATERSON, D. L; et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Annals of Internal Medicine**, v. 133, p. 21–30. 2000.

PISCITELLI, S. C.; GALLICANO, K. D. Interactions among drugs for HIV and opportunistic infections. **N Engl J Med**, v. 344, p. 984-996. 2001.

RIGHETTO, R.C. et al. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Rene**, v. 15, n. 6, p. 942-948, 2014.

SAMINENI, D.; FICHTENBAUM, C. J. Fenofibrate in the treatment of dyslipidemia associated with HIV infection. **Expert Opin Drug Metab Toxicol.**, v. 6, n. 8, p. 995-1004. 2010.

SANDERS, G.D; et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. **N Engl J Med**, n. 352, p. 570-585, 2005.

SBIM. SBI. Sociedade Brasileira de Imunizações. Sociedade Brasileira de Infectologia. **HIV/AIDS: Guia de imunização SBIm/SBI**. 1ª edição. São Paulo, 2016.

SBIM. Sociedade Brasileira de Imunizações. **Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais - 2021-2022**. São Paulo; 2021.

SESAU. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS. **Série histórica HIV/AIDS desde 1990**. Campo Grande, 2018.

SESAU. DIOGRANDE. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS. Diário Oficial de Campo Grande - MS. **Fluxograma para o Manejo Clínico dos Casos Novos de HIV na Rede Municipal de Saúde de Campo Grande**. Registro n. 26.965, Livro A-48, Protocolo n. 244.286, Livro A-10. Publicação n. 5.916, p. 58-59. Campo Grande, 2020.

SESAU. DIOGRANDE. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS. Diário Oficial de Campo Grande - MS. **Resolução SESAU n. 614, de 07 de julho de 2021.** Registro n. 26.965, Livro A-48, Protocolo n. 244.286, Livro A-10. Publicação n. 6.345. Campo Grande, 2021a.

SESAU. DIOGRANDE. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS. Diário Oficial de Campo Grande - MS. **Resolução SESAU n. 637, de 27 de dezembro de 2021. Protocolo de Acesso: para Consultas, exames e Procedimentos.** Registro n. 26.965, Livro A-48, Protocolo n. 244.286, Livro A-10. Publicação n. 6.504. Campo Grande, 2021b.

SCIAROTTA, D. **O segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde.** Interface (Botucatu). 25: e200878, 2021.

SCHULTE-HERMANN, K. et al. Impaired lipid profile and insulin resistance in a cohort of Austrian HIV patients. **J Infect Chemother**, v. 22, n. 4, p. 248-53. 2016.

SILVA, Â.K.Q. **Reestruturação da abordagem ambulatorial inicial do adulto infectado pelo HIV no Hospital Correia Picanço. – Monografia apresentada para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SILVA, G. **Situação da linha de cuidado à pessoa vivendo com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro.** apud MAKSD, I, et al. **Anais do Seminário Coro de Vozes numa teia de significados: sobre o cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na Rede de Atenção à Saúde.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro/Fundação casa de Rui Barbosa; p. 13-9, 2020.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, Aids e suas metáforas.** São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TEERAANANCHAI, S. et al. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta analysis. **HIV Med**, v. 18, n. 4, p. 256-66. 2017.

THOMPSON, A., SILVERMAN, B., DZENG, L. Psychotropic Medications and HIV. **Clinical Infectious Diseases**, v. 42, n. 9, p. 1305–1310. 2006.

WILSON, D. P; et al. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. **Lancet**, v, 372, p. 314–20, 2008.

WHO. World Health Organization. **Update of recommendations on first-and second-line antiretroviral regimens.** 2019.15 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325892>. Acesso em 10 jan. 2022.

ZAMBENEDETTI, G; SILVA, R.A.N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estud Psicol** (Natal), v. 20, n. 4, p. 229-240. 2015.

ZAMBENEDETTI, G; SILVA, R.A.N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806. 2016.