



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Coordenação de Atenção Primária à Saúde
Diretoria da Estratégia Saúde da Família

Nota Técnica N.º 1/2024 - SES/SAIS/COAPS/DESF

Brasília-DF, 04 de janeiro de 2024.

À COAPS,

Com vistas à SAIS, SVS e SULOG

Assunto: Prevenção, Diagnóstico e Cuidado às Pessoas Vivendo com HIV na Atenção Primária à Saúde: Guia Prático para os Profissionais de Saúde da SES-DF - Versão 1.2.

1. OBJETIVO

Esta Nota Técnica tem por objetivo apresentar um guia prático que sumariza as recomendações da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) para a prevenção, o diagnóstico e o manejo clínico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na Atenção Primária à Saúde (APS).

Além de adequar ao contexto da APS os documentos técnicos vigentes do Ministério da Saúde (MS), este guia orienta os profissionais e gestores quanto aos fluxos organizacionais para a abordagem do HIV na APS do Distrito Federal (DF), no âmbito da SES-DF.

A [Central de Conteúdos do Departamento de HIV/aids do MS](#) reúne os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a [Profilaxia Pré-Exposição ao HIV \(PrEP\)](#), para a [Profilaxia Pós-Exposição \(PEP\)](#) ao HIV e para o [Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos](#) (atualizado em 2023), além de outros materiais como o [Manual Técnico para o Diagnóstico](#).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A INFECÇÃO PELO HIV E A AIDS

A epidemia mundial de infecção pelo HIV e síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) demanda discussão e planejamento para o seu enfrentamento, com a inclusão de todas as esferas da atenção à saúde e com a participação da comunidade. Ainda que tenham ocorrido avanços importantes nos últimos anos, é necessário ampliar ações direcionadas para alcançar as metas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/aids (Unaids), que propõe que a aids pode ser eliminada como problema de saúde pública até 2030.

Sendo uma enfermidade de grande multiplicidade biológica e causal, com desdobramentos sociais, culturais e psicológicos evidentes, perfaz um desafio importante para a comunidade científica e os governos globalmente.

Para o enfrentamento adequado do HIV/aids e a elaboração de uma resposta governamental bem-sucedida, espera-se a integração de diferentes ações como:

- Coletar e utilizar dados confiáveis, detalhados e oportunos;
- Construir e manter um forte compromisso político;
- Eliminar as desigualdades sociais e estruturais nos serviços, recursos e ferramentas relacionados ao HIV/aids;
- Envolver as comunidades afetadas;
- Adaptar abordagens inovadoras com base nos últimos avanços científicos e tecnológicos;
- Priorizar abordagens que reconheçam e protejam os direitos humanos;
- **Fornecer serviços acessíveis de prevenção e tratamento do HIV/aids** para proteger a saúde e o bem-estar das pessoas;
- **Garantir acesso equitativo a medicamentos e outras tecnologias de saúde;**
- Financiar integralmente sistemas de saúde pública e comunitária resilientes, integrados e acessíveis.

Neste sentido, há que se reconhecer que as desigualdades de gênero, de classe social, de raça e de orientação sexual, juntamente com a violência, o estigma, a discriminação e leis e práticas abusivas prejudicam a capacidade das pessoas de se proteger do HIV. Essas desigualdades precisam ser consideradas na formulação de políticas de saúde que almejem efetividade.

O acesso à terapia antirretroviral (TARV) reduz morbidade e mortalidade associadas à aids, tem impacto na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e estabelece seu status de condição crônica. Entretanto, o acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento ainda são muito desiguais no Brasil, o que se reflete no diagnóstico tardio, na cobertura de tratamento, na retenção ao cuidado, na perda de seguimento, na supressão viral e na sobrevida (Ministério da Saúde, 2023).

Neste contexto, **faz-se necessário repensar a organização da rede de atenção à saúde das PVHA**. Felizmente, **as opções terapêuticas para a prevenção e o tratamento do HIV estão cada vez mais acessíveis, simples, protocoladas e baseadas em evidências científicas, criando um ambiente propício para uma maior integração das equipes de APS no manejo dessa infecção**.

2.2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

[Dados do Unaids](#) mostram que, atualmente, das 39 milhões [33,1 milhões a 45,7 milhões] de PVHA em todo o mundo, apenas 29,8 milhões estão recebendo TARV.

O [Brasil](#) acumula, desde 1980 até junho de 2023, 1.124.063 casos de aids. Em 2022 foram notificados 36.753 casos de aids e 43.403 casos de infecção pelo HIV. Nos últimos dez anos a taxa de detecção de aids reduziu em 20,8%, passando de 21,6 casos por 100.000/hab em 2012 para 17,1 casos por 100.000/hab em 2022. Foram notificadas 7.943 gestantes com HIV em 2022, representando uma taxa de detecção de 3,1 gestantes/1000 nascidos vivos, representando uma estabilidade desde 2018. A redução dos casos de aids em crianças menores de 5 anos de 2019 a 2022 foi de 16,7%, passando de 1,8 para 1,5 casos/100.000 crianças nesta faixa etária, expressando a eficácia das medidas e a possibilidade efetiva de controle da transmissão vertical (TV) do HIV no país (Ministério da Saúde, 2023).

A taxa de mortalidade apresentou uma redução de 8,9% nos últimos cinco anos, chegando a 4,1 óbitos por 100.000/hab. No entanto, **mais de 52 mil jovens com HIV, na faixa etária de 15 a 24 anos, evoluíram para aids nos últimos dez anos, o que reforça a importância de ampliar os esforços para a vinculação**

aos serviços de saúde e a adesão à TARV nesta faixa etária (Ministério da Saúde, 2023).

Já no Distrito Federal foram notificados, de 2018 a 2022, 3.684 casos de infecção pelo HIV e 1.333 casos de aids. Nesse período observou-se uma tendência de redução do coeficiente de detecção de aids por 100 mil habitantes, de 9,8 no ano de 2018 para 7,3 no ano de 2022. Já a infecção pelo HIV manteve-se estável no período, apesar de apresentar queda em 2022.

A erradicação da aids como problema de saúde pública até 2030 representa um importante desafio, para o qual o Unids propõe as metas 95/95/95, isto é: diagnosticar no mínimo 95% das PVHA, garantir que ao menos 95% das PVHA diagnosticadas estejam em TARV, e manter pelo menos 95% das PVHA em TARV em supressão viral.

Apesar do perfil epidemiológico do HIV/aids no Brasil mostrar uma epidemia concentrada principalmente entre os homens (com uma razão de 25 casos masculinos para cada 10 casos femininos em 2022), é importante considerar as várias sub-epidemias relacionadas a diferentes realidades, decorrentes de perfis econômicos, grau de escolaridade da população e capacidade de investimentos na saúde e, em especial, associados ao grau de preconceito que determinados segmentos populacionais estão sujeitos, principalmente gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, transsexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. Esta condição acrescenta camadas de vulnerabilidade nestes segmentos, com taxa de prevalência para o HIV em gays e outros HSH em torno de 9,4% (2016), até 36,7% em mulheres trans e travestis (2016) e de 5,3% em mulheres trabalhadoras do sexo (2016), muito superiores à taxa da população em geral, que é de 0,4%.

A transição demográfica e epidemiológica brasileira apresenta o desafio de superar o estereótipo de que idosos não são sexualmente ativos, de lidar com os adultos jovens que nasceram numa época em que o HIV já não é uma sentença de morte e acabam por se distanciar dos discursos preventivos e não racionalizar suas práticas sexuais; e, principalmente, das imensas barreiras de acesso à saúde, geradas pelo estigma e a discriminação relacionadas à sexualidade humana.

3. PREVENÇÃO

A promoção da saúde e a prevenção da infecção pelo HIV são imprescindíveis para o controle da epidemia. Para isso, é necessário estabelecer um marco conceitual teórico adequado às necessidades e condizentes com as atribuições e responsabilidades da saúde pública.

3.1. PREVENÇÃO COMBINADA

A Prevenção Combinada é uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e estrutural), aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV.

A epidemia de HIV/aids no Brasil é concentrada em alguns segmentos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV e à aids e que apresentam prevalência superior à média nacional, que é de 0,4%. São consideradas **populações-chave** para o HIV: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; pessoas que usam álcool e outras drogas; pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) do sexo. Outros segmentos populacionais também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids, e por isso são considerados como **populações prioritárias**: população jovem, população negra, população indígena e população em situação de rua. **A concentração de esforços de prevenção nesses segmentos mais afetados pela epidemia é fundamental** para as estratégias de prevenção combinada do HIV.

As diferentes abordagens da Prevenção Combinada, ilustrada pela figura abaixo (Figura 1), permitem um elenco variado de medidas, de acordo com as necessidades e possibilidades dos indivíduos afetados.

FIGURA 1: MANDALA DA PREVENÇÃO COMBINADA



Fonte: [DATHI/SVSA/MS](https://dathi/svsa/ms).

A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias ofertadas pelos profissionais de saúde nos atendimentos. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos e de discriminações, possibilitando que a pessoa encontre soluções para suas questões.

Considerando essa percepção e preceito, faz-se necessária a abordagem do cuidado sexual, em que a oferta exclusiva de preservativos não é a única alternativa para garantir segurança e proteção nos diversos aspectos da saúde sexual. Assim, torna-se fundamental a ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, para além das possibilidades que compõem a Prevenção Combinada.

3.2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Para a prevenção primária da infecção pelo HIV devem-se priorizar atividades em grupo ou ações de promoção da saúde realizadas na comunidade, focando na promoção da sexualidade saudável, na prevenção de exposições de risco e na orientação sobre o uso correto de preservativos. Ao atender pacientes que demonstram apresentar exposições de risco, essas orientações devem ser enfatizadas. Uma situação especialmente relevante para essas orientações é quando a pessoa pede para realizar o teste de HIV e o resultado é negativo, conforme abordado no item 4.5.1 abaixo.

Para pessoas já com diagnóstico de HIV, deve ser feita educação em saúde nas consultas individuais, promovendo o autocuidado e autonomia. É importante que o paciente compreenda o modo de transmissão da infecção, a importância do acompanhamento regular e da adesão à TARV, bem como o significado da carga viral do HIV (CV-HIV) e da contagem de linfócitos T CD4 (LT-CD4+).

O modo como é transmitida é informação de suma importância. Deve-se sempre partir das necessidades e dúvidas da pessoa, evitando longas explanações padronizadas e distantes da sua realidade. Ao final de cada informação nova, deve-se verificar a compreensão por parte da pessoa. O fornecimento de materiais informativos e a indicação de sites na internet é extremamente útil (p.ex.: o portal www.aids.gov.br do Ministério da Saúde e o portal www.saude.df.gov.br/ist da SES-DF).

3.3. PRESERVATIVOS E LUBRIFICANTES

Os preservativos, quando usados consistente e corretamente, são altamente efetivos na prevenção da transmissão sexual do HIV. Pesquisas entre casais sorodiscordantes demonstram que o uso consistente de preservativo reduz significativamente o risco de transmissão sexual do HIV. O uso consistente e correto do preservativo também reduz o risco de contrair outras IST e condições associadas, incluindo verrugas genitais e câncer cervical. Com um índice de Pearl de cerca de 2% quando usados de forma consistente e correta, os preservativos são muito efetivos na prevenção da gravidez indesejada.

Atenção: Os preservativos, assim como o gel lubrificante, devem estar facilmente disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), não podendo haver barreiras de acesso para sua distribuição.

3.4. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COMO PREVENÇÃO

INDETECTÁVEL = INTRANSMISSÍVEL (I = I)
INDETECTÁVEL = ZERO RISCO DE TRANSMISSÃO (I = 0)

A TARV representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. As evidências científicas disponíveis demonstram que o risco de transmissão sexual quando a carga viral é inferior a 200 cópias/mL é zero, e quando a carga viral é inferior a 1.000 cópias/ml esse risco é “quase” zero. Por isso, a OMS enfatiza que as PVHA que mantêm carga viral indetectável têm risco zero de transmitir o HIV pela via sexual. A [Nota Técnica Nº 376/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS](#) publicada em 26/12/2023 pelo Ministério da Saúde estimula as equipes de saúde a incorporar o conceito “I=I” e de “risco zero” de transmissão sexual, e apresenta as evidências científicas utilizadas.

O “I = I” e o “I = 0” reforçam a importância de se diagnosticar as PVHA, de as PVHA diagnosticadas realizarem TARV e de as PVHA em TARV alcançarem e manterem supressão viral, conforme as metas 95/95/95 citadas no item 2.2.

3.5. PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV (PREP)

A profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV consiste no uso de antirretrovirais (ARV) orais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Essa estratégia se mostrou eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de adquirir a infecção.

O [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição \(PrEP\) de Risco à Infecção pelo HIV](#) foi atualizado em 22/09/2022 pelo Ministério da Saúde e orienta as indicações, as contraindicações, a prescrição e o acompanhamento da PrEP no Sistema Único de Saúde (SUS). Há ainda uma [versão resumida do PCDT de PrEP](#), de apenas duas páginas, também disponível no site do MS e no Anexo 1.

Considerando: (i) a prioridade da PrEP como estratégia de prevenção contra o HIV/aids, que se mostrou eficaz e segura para as pessoas que são elegíveis para usá-la, (ii) a simplificação de sua prescrição e (iii) a necessidade de ampliar e capilarizar a sua oferta, faz-se necessário ampliar a prescrição e o acompanhamento da PrEP para a APS no DF, a exemplo de outros municípios brasileiros que obtiveram resultados positivos com essa estratégia.

Seguindo as recomendações do Ministério da Saúde no [PCDT de PrEP](#), a prescrição e o acompanhamento da PrEP ao HIV na SES-DF podem ser realizados por médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

3.5.1. INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES E PRESCRIÇÃO

O Quadro 1 abaixo resume os critérios para indicação, os critérios para exclusão (as contraindicações) e como prescrever a PrEP.

QUADRO 1: RESUMO PrEP (Anexo 2)

Critérios de Indicação	Idade ≥ 15 anos e peso ≥ 35 kg, com vida sexual ativa; E Relações sexuais anais ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; E/OU Relações sexuais com parcerias eventuais; E/OU Quantidade e diversidade de parcerias sexuais; E/OU Histórico de episódios de IST; E/OU Busca repetida por PEP; E/OU Contextos de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia etc.; E/OU Chemsex: prática sexual sob a influência de drogas psicoativas com a finalidade de melhorar ou facilitar as experiências sexuais.
Critérios de Exclusão	HIV/aids Insuficiência Renal com ClCr < 60 mL/min (calcule o ClCr aqui)
Exames necessários no atendimento inicial	Teste rápido de HIV Testes rápidos de hepatites B e C e sífilis Creatinina para cálculo do ClCr no retorno em 30 dias (calcule o ClCr aqui) Avaliar histórico e risco de fratura patológica* Teste de gravidez (se potencial reprodutivo)
Profissionais prescritores	Na APS e na AAE da SES-DF: médicos, enfermeiros e farmacêuticos**. No sistema privado: médicos.
Prescrição	Apresentação: - Tenofovir + Entricitabina (TDF/FTC) 300 + 200 mg Posologia: - Uso diário: Iniciar com “dose de ataque” de 2 comprimidos no 1º dia, seguidos de 1 comprimido 1x/dia em uso contínuo.

22/02/2024, 22:00

SEI/GDF - 130568915 - Nota Técnica

	• Uso sob demanda***: 2 + 1 + 1 (2 comprimidos de 24h a 2h antes da relação sexual + 1 comprimido 24h e 48h depois dos 2 primeiros comprimidos). Como/onde prescrever: SICLOM • Formulário (editável) de cadastramento de usuário de PrEP • Ficha (editável) de atendimento para PrEP Validade: • No atendimento inicial a prescrição deve ser realizada para apenas 30 dias. No retorno em até 30 dias avaliam-se a ocorrência de efeitos adversos, a adesão e o ClCr e repetem-se os testes rápidos. A partir de então recomenda-se o acompanhamento trimestral, podendo a prescrição ser emitida para até 120 dias.
--	---

*Embora o Tenofovir seja conhecido por diminuir a massa óssea quando usado para o tratamento ou prevenção da infecção pelo HIV, tal significado clínico é incerto. Não está indicada a realização rotineira de densitometria óssea ou outra avaliação de massa óssea antes do início de PrEP ou seu monitoramento. Entretanto, recomenda-se que os candidatos à PrEP com histórico de fratura óssea por fragilidade patológica ou fatores de risco significativos para osteoporose sejam encaminhados para avaliação e acompanhamento médico e laboratorial específico, não sendo este um motivo para atrasar o início da PrEP.

**A Nota Técnica Nº 3/2023 SES/SULOG/DIASF/GCBAF (129771262) e o [Ofício Circular Nº 11/2022/CGAHV/DCCI/SVS/MS](#) normatizam o atendimento para avaliação, prescrição e seguimento de PrEP e PEP por profissionais farmacêuticos.

***A modalidade sob demanda é contraindicada para mulheres cisgênero, bem como para homens transgênero ou pessoas não binárias em uso de terapia hormonal contendo estradiol, devido à interação desse hormônio com a PrEP, que retarda o início da efetividade da PrEP. Por esse mesmo motivo, a proteção da PrEP de uso diário nessas pessoas só começa 7 dias após seu início.

3.5.2. **ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS PESSOAS EM USO DE PrEP**

As avaliações de eventos adversos, adesão e interrupção da PrEP (item 4.4 abaixo) devem fazer parte de todas as consultas de seguimento. Após o primeiro retorno em 30 dias, recomenda-se que as próximas consultas sejam trimestrais. O Quadro 2 abaixo resume o acompanhamento clínico e laboratorial das pessoas em uso de PrEP.

QUADRO 2: ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS EM USO DE PrEP

TESTE	MÉTODO	PRIMEIRA CONSULTA	RETORNO 30 DIAS	RETORNO TRIMESTRAL	OUTRA FREQUÊNCIA
Teste de HIV e avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda	Teste rápido ou sorologia	SIM	SIM	SIM	NÃO
Avaliação de eventos adversos		NÃO	SIM	SIM	NÃO
Sorologia e vacinação hepatite B	Teste rápido (HBsAg) e AntiHBs	SIM	NÃO	NÃO	SIM Caso o usuário receba vacina na primeira consulta, avaliar anti-HBs 1 mês após a última dose
Sorologia hepatite C	Teste rápido (antiHCV)	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex.: teste rápido ou ELISA) ou não treponêmico (ex.: VDRL ou RPR ou TRUST)	SIM	SIM	SIM	SIM Sempre que apresentar sintomas
Identificação de outras IST (clamídia e gonococo)	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. Ex.: biologia molecular)	SIM	NÃO	NÃO	SIM A cada 6 meses ou sempre que o usuário apresentar sintomas
Monitoramento da função renal	Dosagem de creatinina sérica e cálculo do ClCr	SIM	NÃO	NÃO	SIM A cada 12 meses, ou a cada 6 meses em caso de usuário > 50 anos, OU que apresente fatores de risco para doença renal, como HAS ou DM, OU que tenha estimativa inicial do ClCr < 90 mL/min.
Teste de gravidez (se potencial reprodutivo)		SIM	SIM	SIM	NÃO

Fonte: [PCDT PrEP](#), página 51.

3.5.3. **DISPENSÇÃO DA PrEP**

As unidades dispensadoras de PrEP encontram-se listadas e atualizadas neste [link](#).
Para retirar a PrEP em qualquer uma das [unidades dispensadoras](#), a pessoa precisa apresentar:

- Documento de identificação;
- [Formulário \(editável\) de cadastramento de usuário de PrEP](#) (apenas para a primeira retirada);
- Prescrição na [Ficha \(editável\) de atendimento para PrEP](#) (em toda retirada);
- Laudo de teste rápido* de HIV realizado no mesmo dia, com resultado não reagente, ou laudo de sorologia para o HIV realizado nos últimos 7 dias, com resultado não reagente.

*O laudo de teste rápido de HIV pode ser emitido e impresso no e-SUS, preenchido em formulário pré-pronto (vide modelo 127930700, da GEVIST) ou confeccionado à mão, com data, assinatura e carimbo do profissional que laudou o exame.

Observação: A [Nota Técnica Nº 26/2024-CGAHV/DATHI/SVSA/MS](#), de 08/02/2024, autoriza o uso do autoteste de fluido oral de HIV para início e seguimento de PrEP em situações de teleatendimento.

3.5.4. INTERRUPÇÃO DA PrEP

A PrEP deverá ser interrompida nos seguintes casos:

- Diagnóstico de infecção pelo HIV;
- Desejo da pessoa de não mais utilizar o medicamento;
- Mudança no contexto de vida, com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção;
- Persistência ou ocorrência de eventos adversos relevantes;
- Baixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão.

3.5.5. SOROCONVERSÃO EM USO DE PrEP

O usuário de PrEP que apresentar soroconversão para o HIV durante o uso da profilaxia, mesmo que o uso tenha sido incorreto ou irregular, **deverá ser encaminhado à Infectologia** para avaliação, conforme item 8.2 abaixo.

Deve-se preferencialmente já solicitar CV-HIV, LT-CD4+ e genotipagem do HIV e prescrever a TARV (esquema básico descrito no item 8.3 abaixo), enquanto a PVHA aguarda a consulta em Infectologia.

3.5.6. PrEP EM GESTANTES E LACTANTES

Estudos demonstram que mulheres HIV negativas, com desejo de engravidar de parceiro soropositivo ou com frequentes situações de potencial exposição ao HIV podem se beneficiar do uso de PrEP de forma segura, ao longo da gravidez e amamentação, para se proteger e proteger o bebê. Sabe-se que o risco de aquisição do HIV aumenta durante a gestação, assim como também é maior o risco de transmissão vertical do HIV quando a gestante é infectada durante a gravidez ou aleitamento. Portanto, é importante discutir individualmente os riscos e benefícios dessa estratégia para gestantes sob alto risco para infecção pelo HIV. Recomenda-se também que o parceiro soropositivo esteja em tratamento e com CV-HIV indetectável, durante o período de planejamento reprodutivo (vide item 11.1.2 deste guia).

Para mais informações, consultar o PCDT para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais ([PCDT TV](#)), que também aborda HTLV e Zika.

3.6. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV

A profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções, após uma exposição com risco de transmissão. A pessoa a ser atendida pode ter sido exposta por meio de prática sexual consentida, violência sexual ou acidente com material biológico, este último mais comum entre profissionais de saúde.

A PEP é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, ilustrada na Figura 1 do item 3.1 acima e **é considerada uma situação de urgência**, devendo ser **iniciada preferencialmente nas primeiras 2 horas, podendo ser iniciada até 72 horas após a exposição**. O primeiro atendimento de PEP, independente do nível assistencial, é uma urgência e por isso os pronto-atendimentos hospitalares e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) também devem acolher a condição (SES-DF, 2022).

As pessoas que procuram a PEP após 72 horas da exposição devem ser avaliadas para a definição da necessidade de acompanhamento clínico e laboratorial. O fluxograma da Figura 2 abaixo ilustra o processo de tomada de decisão sobre a indicação da PEP ao HIV.

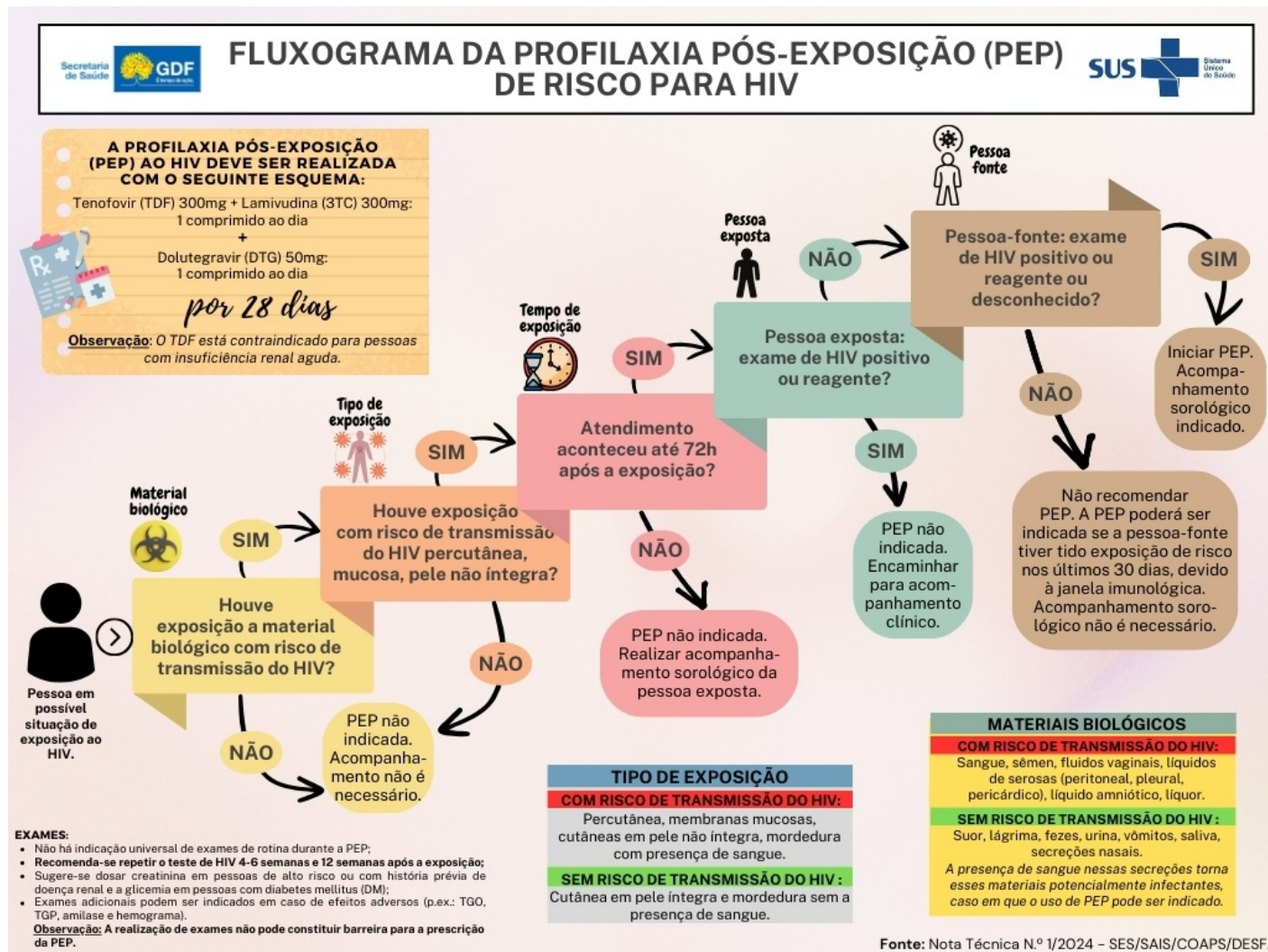
4 PASSOS DA AVALIAÇÃO PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV:

1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
4. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

Se todas as respostas forem “Sim”, a PEP para HIV está indicada.

A Figura 2 abaixo orienta quais são os tipos de material biológico e de exposição de risco para transmissão do HIV. É preciso que **ambos** sejam de risco para transmissão do HIV para que se indique a PEP ao HIV, caso a exposição tenha ocorrido há menos de 72h e a pessoa exposta apresente teste rápido de HIV não reagente no momento do atendimento.

FIGURA 2: FLUXOGRAMA DE DECISÃO PARA A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV (Anexo 3)



Fonte: elaboração própria.

A Nota Técnica N.º 12/2022 - SES/SAIS/COASIS/DASIS, “[Organização da rede de saúde do DF para a PEP ao HIV, hepatites virais e outras IST](#)” (94286410) e o [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição \(PEP\) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais](#), atualizado em 2021 pelo Ministério da Saúde orientam técnica e organizacionalmente a PEP nas unidades de saúde do Distrito Federal. Há ainda uma [versão resumida do PCDT de PEP](#), também disponível no site do MS e no Anexo 4 deste guia.

A [Nota Técnica N.º 12/2022 - SES/SAIS/COASIS/DASIS](#) aborda todos os aspectos envolvidos nas diferentes situações nas quais pode haver indicação de PEP, como acidente de trabalho com exposição a material biológico e violência sexual.

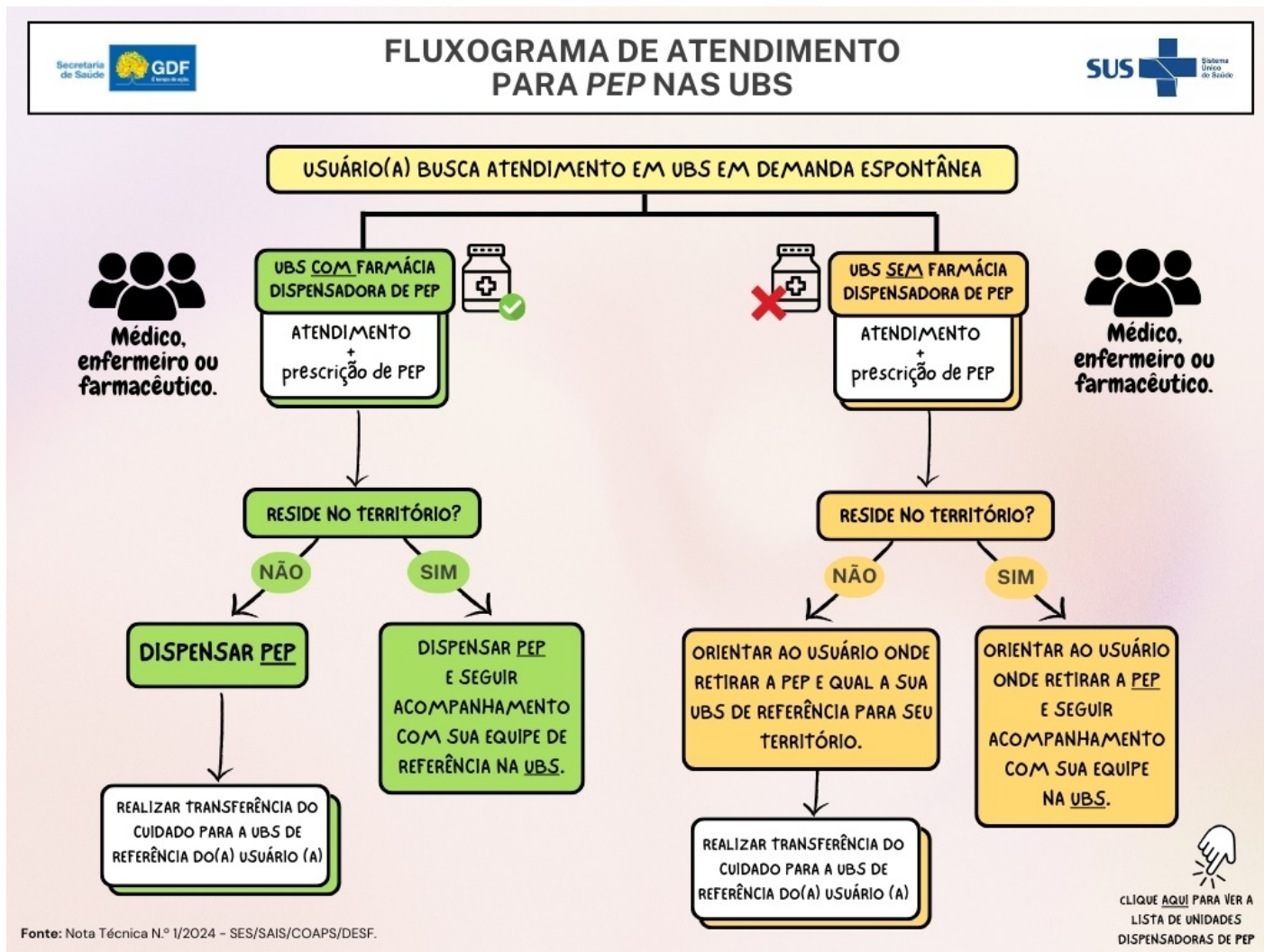
É importante ressaltar que “Todos os usuários vítimas de violência sexual deverão ser acompanhados pelos CEPAV (Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica). O CEPAV oferta atendimento e acompanhamento biopsicossocial de saúde às pessoas em situação de violência e suas famílias enquanto assistência integral, a fim de contribuir para o tratamento de agravos relacionados à situação de violência sexual, familiar ou doméstica crônica ou aguda, bem como para o rompimento da cadeia de violência”.

Atenção:

- Na APS e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) da SES-DF a PEP pode ser prescrita por **médicos, enfermeiros e farmacêuticos**.
- O [Formulário de Dispensação de ARV - PROFILAXIA - PEP - DIGITÁVEL](#) está disponível no [SICLOM](#).
- A PEP é dispensada nas unidades de pronto-socorro hospitalares, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), policlínicas e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência, todas listadas neste [link](#), em consonância com a [Nota Técnica de PEP](#) da SES-DF.
- Considerando que a PEP é uma situação de urgência, a ausência de documento de identificação não pode ser utilizada como barreira de acesso para a prescrição ou dispensação dos medicamentos nas unidades.
- É importante destacar que **o início da PEP deve ocorrer preferencialmente em até 2 horas e no máximo até 72 horas após a exposição de risco e**, por isso, a organização do sistema contempla a disponibilidade de atendimentos para prescrição e dispensação dos medicamentos 24 horas por dia.

O Fluxograma de Atendimento para PEP na APS (Figura 3 abaixo) esquematiza o atendimento, a dispensação e o acompanhamento da PEP nas UBS, complementado pelo [link](#) que lista as unidades dispensadoras:

FIGURA 3: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PEP NA UBS



As unidades dispensadoras de PEP estão listadas neste [link](#).

3.6.1. PEP EM GESTANTES E CRIANÇAS

A PEP em gestantes e crianças está orientada nas páginas 33 a 37 do [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição \(PEP\) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais](#), publicado em 2021 pelo Ministério da Saúde.

Em 2022, a [Nota Informativa Nº 1/2022 CGIST/DCCI/SVS/MS](#) atualizou as recomendações do uso de dolutegravir (DTG) em gestantes independentemente da idade gestacional e em mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar.

★ O esquema “básico” de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV em gestantes também consiste em TDF/3TC + DTG, independentemente da idade gestacional.

★ Pessoas que estejam amamentando e que tenham exposição de risco ao HIV devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão vertical do HIV pelo leite materno. Em tais situações, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação, até a definição diagnóstica. Durante o período de janela imunológica, deve-se realizar orientação quanto ao cuidado das mamas e extração e descarte do leite ordenhado. O exame de controle (12ª semana após o início da PEP) com resultado HIV não reagente autoriza a reintrodução do aleitamento materno.

★ Crianças e adolescentes com idade ≥ 6 anos e peso ≥ 35 kg que forem atendidas na APS com indicação de PEP devem ter a profilaxia iniciada imediatamente com o esquema básico TDF/3TC + DTG, e então encaminhadas aos serviços de referência.

4. DIAGNÓSTICO

4.1. RASTREAMENTO

O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas para estabelecer o diagnóstico precoce, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado (prevenção secundária). Diferentemente de outros rastreamentos, o rastreamento das IST não identifica apenas uma pessoa; ao contrário, estará sempre ligado a uma rede de transmissão.

Recomenda-se a oferta de testagem para HIV e demais IST a todas as pessoas sexualmente ativas, independentemente de sintomas ou queixas (Ministério da Saúde, 2018), conforme o Quadro 3 abaixo.

Se o teste for realizado em adolescentes (idade ≥ 12 anos), não é obrigatória a autorização ou presença dos pais. Nesses casos a realização do teste “fica restrita à vontade desse adolescente, e uma avaliação de suas condições de discernimento deve ser realizada pelo profissional ou trabalhador da saúde que o atender nesse momento” ([Ministério da Saúde](#)).

QUADRO 3: RASTREAMENTO DE HIV

Quem	Quando (frequência <u>mínima</u>)
------	------------------------------------

Adolescentes e jovens (≤ 30 anos)	Anual
Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	Semestral
Travestis e transexuais	Semestral
Trabalhadores(as) do sexo	Semestral
Pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas	Semestral
Pessoas com diagnóstico de outra infecção sexualmente transmissível (IST)	No momento do diagnóstico e 4-6 semanas após o diagnóstico de IST
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral
Pessoas privadas de liberdade	Anual
Violência sexual	No atendimento inicial, 4-6 semanas após a exposição e 12 semanas após a exposição
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial, 4-6 semanas após a exposição e 12 semanas após a exposição

Adaptado de DCCI/SVS/MS ([PCDT-IST](#) 2022).

Além disso, faz-se necessário testar para o HIV se:

- Gestante (1ª consulta*, 2º e 3º trimestres, parto)
- Uso irregular de preservativos
- Múltiplas parcerias sexuais
- Episódio de relação sexual desprotegida, violência sexual ou exposição mucosa ou percutânea
- Suspeita clínica de HIV**
- Pessoa que solicita realizar o exame

*A 1ª consulta de Pré-Natal deve ser realizada o mais brevemente possível após a identificação da gravidez, preferencialmente até a 12ª semana de idade gestacional.

**Suspeita clínica de HIV: Vide item 6.2 abaixo.

Atenção: A realização do teste de HIV deve ser acompanhada de uma comunicação adequada com o usuário, que precisa autorizar verbalmente sua realização. Para informações sobre Aconselhamento Pré-Teste, Diagnóstico e Aconselhamento Pós-Teste, consulte os itens 6.3, 6.4 e 6.5 deste guia.

4.2. QUANDO SUSPEITAR DA INFECÇÃO PELO HIV?

4.2.1. SÍNDROME DA INFECÇÃO AGUDA PELO HIV

Também chamada de Síndrome Retroviral Aguda (SRA), geralmente ocorre 2-6 semanas após a infecção, manifestando-se de forma sintomática em 50% a 90% das pessoas infectadas, com sintomas desde leves até proeminentes, necessitando, algumas vezes, de internação hospitalar. Como os sintomas são inespecíficos, frequentemente o diagnóstico de HIV não é suspeitado.

QUADRO 4: INFECÇÃO AGUDA PELO HIV

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS À INFECÇÃO AGUDA PELO HIV

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

- Febre (38-40°C)
- Linfadenopatias (cervical anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar) indolores, simétricas e móveis
- Náusea
- Diarreia
- Perda de peso
- Dor de garganta
- Síndrome Mononucleose-símile (mono-like)
- Rash cutâneo
- Ulcerações mucocutâneas

- Mialgia/artralgia
 - Cefaleia
 - Meningite asséptica

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

Nos pacientes sintomáticos, é fundamental estar atento para a possibilidade de infecção aguda pelo HIV, para que não se perca uma oportunidade de diagnosticar precocemente a doença. Deve-se avaliar cuidadosamente possíveis exposições de risco e considerar a janela imunológica.

4.2.2. OUTRAS SITUAÇÕES CLÍNICAS SUSPEITAS DE HIV, INCLUINDO AS DOENÇAS DEFINIDORAS DE AIDS

Passada a infecção aguda pelo HIV, advém um período assintomático, de duração variável. Os sintomas voltam a aparecer quando ocorre queda importante da imunidade, medida pela contagem LT-CD4+. Assim, é importante testar para HIV na presença das condições clínicas listadas no Quadro 5 abaixo.

QUADRO 5: FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DO HIV APÓS A FASE AGUDA

TIPO DE CONDIÇÃO	CONDIÇÕES DEFINIDORAS DE AIDS*	OUTRAS CONDIÇÕES EM QUE SE DEVE OFERECER TESTAGEM PARA HIV
Respiratórias	Tuberculose extrapulmonar Pneumocistose	Pneumonia bacteriana Aspergilose
Neurológicas	Toxoplasmose cerebral Linfoma primário do SNC Meningite criptocócica Leucoencefalopatia multifocal progressiva	Meningite/encefalite asséptica Abscesso cerebral Lesão com efeito de massa de causa desconhecida Síndrome de Guillain-Barré Mielite transversa Neuropatia periférica Demência
Dermatológicas	Sarcoma de Kaposi	Dermatite seborreica grave ou recalcitrante Psoríase grave ou recalcitrante Herpes zoster
Gastrintestinais	Criptosporidíase persistente Candidíase esofágica	Candidíase oral Leucoplasia pilosa oral Diarreia crônica de causa desconhecida Perda de peso de causa desconhecida Salmonella, shigella ou campylobacter
Oncológicas	Linfoma não-Hodgkin	Câncer anal ou displasia intraepitelial anal Câncer de pulmão Seminoma Câncer de cabeça e pescoço Linfoma de Hodgkin Doença de Castleman
Ginecológicas	Câncer do colo uterino invasivo	Neoplasia intraepitelial vaginal Neoplasia intraepitelial cervical grau 2 ou mais
Hematológicas	-	Qualquer discrasia sanguínea não explicada, incluindo trombocitopenia, neutropenia e linfopenia
Oftalmológicas	Retinite por citomegalovírus	Doenças infecciosas da retina, incluindo herpesvírus e toxoplasmose Qualquer retinopatia não explicada
Otorrinolaringológicas	-	Linfadenopatia de causa desconhecida Parotidite crônica Cistos parotídeos linfoepiteliais
Outras	-	Febre de origem desconhecida Qualquer linfadenopatia de causa desconhecida

*Contagem de LT-CD4+ < 350 cópias/ml também define aids.

4.3. ACOLHIMENTO E ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE

O diagnóstico de HIV é feito a partir da realização de testagem específica, sendo que os testes rápidos estão amplamente distribuídos em toda a APS - não sendo necessário, para sua realização, uma sala específica para coleta de exames laboratoriais.

Considerando as indicações para o rastreamento do HIV dispostas no item 6.1, que incluem a pessoa solicitar realizar o teste, as UBS devem estar preparadas para o atendimento para a testagem do HIV, inclusive em demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento ou agendamento prévio. Além disso, a realização da testagem para o HIV precisa ser acompanhada de informações precisas sobre os possíveis resultados e sua implicação nos cuidados de saúde do usuário, sendo o resultado reagente ou não reagente.

Desta forma, o profissional de saúde deve oferecer acolhimento adequado, independente das características e necessidades dos usuários, devendo estar familiarizado com a diversidade relacionada à orientação sexual, à identidade/expressão de gênero e outros fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade e de risco à infecção (práticas sexuais, uso abusivo de drogas, situações de violência, desigualdade de gênero, racismo, homofobia, entre outros).

Por isso, o atendimento a quaisquer demandas de testagem (pelo usuário ou pelo profissional) deve ser acompanhado de aconselhamento pré-testagem. As unidades e os profissionais de saúde devem considerar os recursos disponíveis (materiais instrucionais, cartazes, intervenções em sala de espera, escuta ativa no momento da consulta individual, entre outros) para repassar as informações básicas, necessárias para que a população usuária do serviço tenha percepção do risco de exposição ao HIV e decida realizar a testagem.

Conteúdos mínimos devem estar contidos em uma abordagem pré-teste para o HIV:

- Formas de transmissão e de prevenção do HIV e da aids;
- A diferença entre a infecção pelo HIV e a aids;
- A possibilidade de outras IST: dos danos à saúde e do risco acrescido para transmissão do HIV; com oferta de testagem para hepatites B e C e sífilis;
- Ênfase no diagnóstico precoce e tratamento oportuno da infecção pelo HIV para se evitar a aids, configurando-se atualmente como condição crônica, podendo a pessoa viver com o vírus e nunca adoecer ou morrer de aids;
- O que é testagem rápida: como se realiza, o tempo para apresentar o resultado, os limites da metodologia (risco de falso negativo pela janela imunológica ou risco de falso positivo pela infecção cruzada, entre outros) e a conduta em caso de resultado reagente;
- Ênfase, mesmo com resultado não reagente, nas medidas de prevenção combinada e ofertar as diversas possibilidades disponíveis - preservativos internos e externos, gel lubrificante, PEP (se indicada), PrEP (se usuário elegível), diagnóstico e tratamento das outras IST, parceiros sexuais com HIV tratados adequadamente e com carga viral indetectável, redução dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas, entre outros.

A Figura 4 abaixo auxilia no entendimento dos termos sexo, identidade de gênero e orientação sexual.

FIGURA 4: IDENTIDADE DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

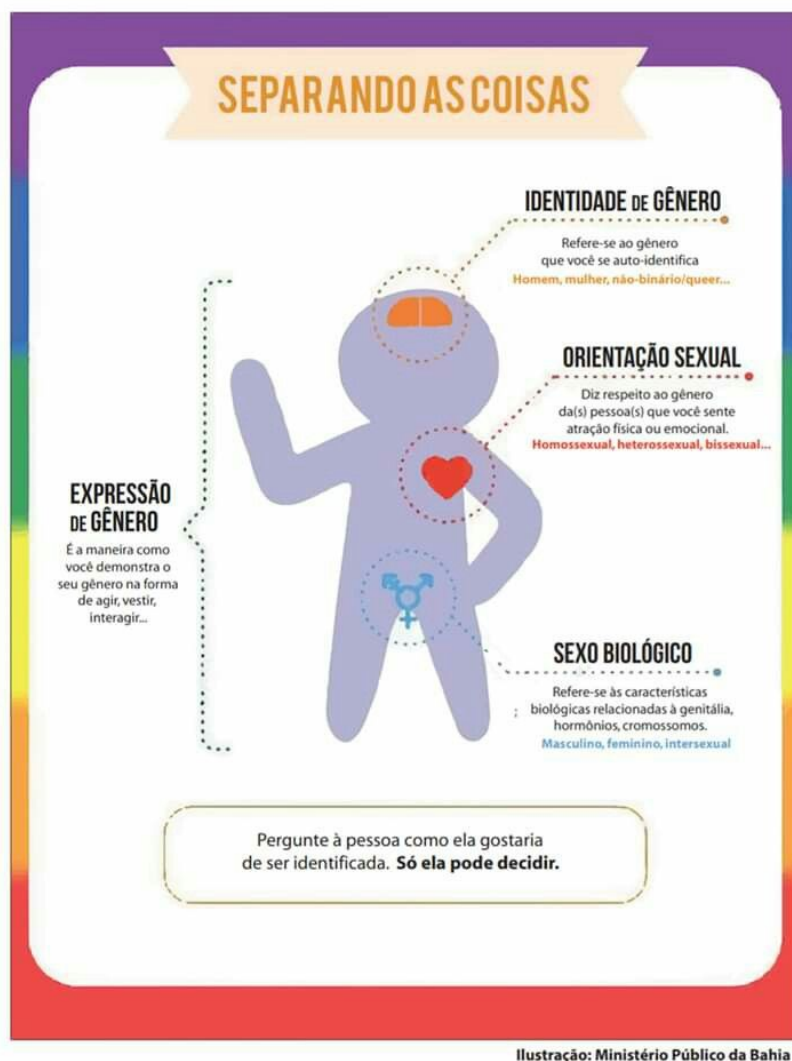


Ilustração: Ministério Público da Bahia

Fonte: Ministério Público da Bahia

4.4. TESTAGEM RÁPIDA PARA O HIV

A estratégia prioritária para o diagnóstico da infecção pelo HIV na APS é a realização do teste rápido. O teste rápido é realizado em sangue capilar, conforme orienta o [Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV](#). Se reagente, o exame deve ser repetido em nova amostra utilizando um segundo teste de laboratório diferente, conforme ilustra o Fluxograma 2 abaixo.

O Ministério da Saúde preconiza, atualmente, o treinamento para a realização dos testes rápidos por meio do TELELAB ou da Fiocruz, disponíveis em <https://telelab.aids.gov.br/> e <https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/utrdiag/inscreva-se/6633>, respectivamente.

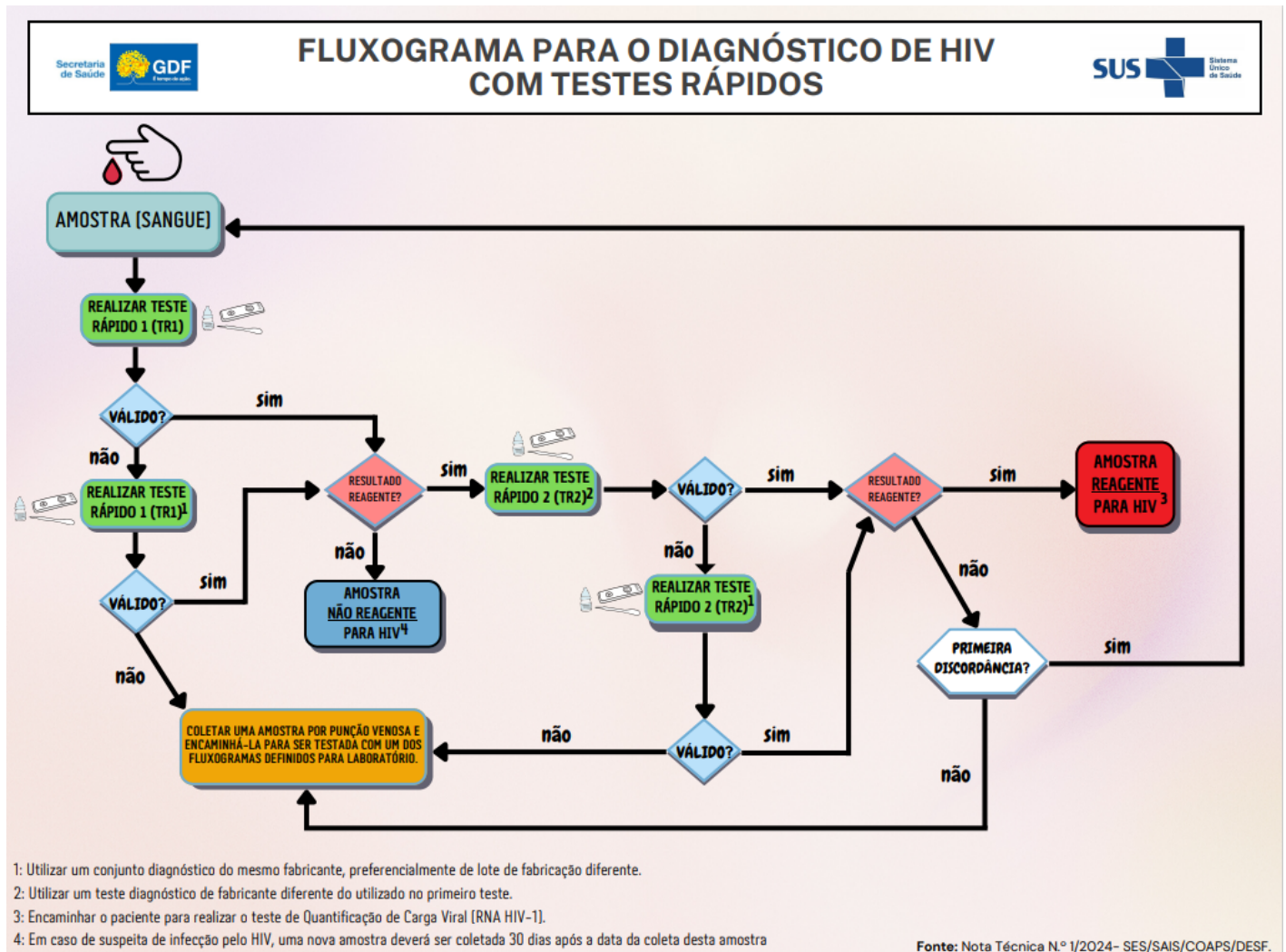
Atenção:

- Médicos, enfermeiros e farmacêuticos* podem realizar o aconselhamento pré-teste, solicitar o teste rápido, executar o teste rápido, interpretar o resultado do teste rápido, laudar o teste rápido, informar o resultado do teste rápido e realizar o aconselhamento pós-teste. **Técnicos de enfermagem podem executar o teste**, conforme orienta a [Decisão COFEN Nº 244/2016](#), que aprova o [Parecer de Conselheiros COFEN Nº 259/2016](#) e revoga o Parecer Normativo COFEN Nº 001/2013.
- Usuários que buscam as unidades de saúde com teste sorológico realizado em laboratório sem a confirmação em nova amostra devem realizar um único teste rápido confirmatório.
- Usuários que buscam as unidades de saúde com resultado reagente de autoteste** de fluido oral devem ser acolhidos e testados conforme o Fluxograma 2 abaixo.

*Qualquer profissional de saúde devidamente capacitado pode realizar testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C. A exceção é o assistente social que teve a realização de TR não autorizada pelo seu conselho profissional. São os conselhos profissionais regionais que habilitam os profissionais para a realização dos testes e assinatura do laudo. Apenas profissionais de saúde de nível superior, conforme [RDC nº 302](#), laudar de testes rápidos.

**A Nota Técnica N.º 5/2023 - SES/SVS/DIVP/GEVIST (128936699) orienta a utilização de autoteste (de fluido oral) HIV na rede de serviços da SES-DF.

FIGURA 5: FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO DE HIV COM TESTES RÁPIDOS



Fonte: elaboração própria.

4.5. ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE

O aconselhamento pós-teste é fundamental não só para adesão ao tratamento, em caso de resultado reagente, mas também para que a pessoa perceba as situações de exposição e como poderá realizar o gerenciamento dos riscos, identificando formas de prevenção e reconhecendo o serviço como aliado nos cuidados à sua saúde.

Por isso, a abordagem deve proporcionar um conjunto de informações necessárias à continuidade do cuidado e deve utilizar estratégias de comunicação adequadas às características de cada pessoa. Portanto, é necessário evitar o uso de termos técnicos complexos, verificar se houve compreensão adequada das informações e orientações prestadas (p.ex. pedir que a pessoa repita a informação/orientação) e apresentar a disponibilidade do serviço para esclarecimentos de quaisquer dúvidas posteriores ao atendimento.

4.5.1. CONDUTA PARA O TESTE NÃO REAGENTE

- Interprete, forneça e explique o resultado;
- Avalie a possibilidade de janela imunológica e, nesse caso, oriente/apraze nova testagem (4-6 semanas e 12 semanas após a última exposição);
- Oriente sobre as medidas de prevenção da infecção pelo HIV e outras IST;
- Avalie se há indicação de PEP. A PEP está orientada no item 5 deste guia;
- Avalie se há indicação e desejo de PrEP. A PrEP está orientada no item 4 deste guia;
- Oriente sobre a testagem rápida de sífilis e hepatites B e C;
- Verifique a imunização contra hepatite B;
- Oriente sobre as estratégias de redução de danos associados ao uso de drogas;
- Ofereça e disponibilize insumos de prevenção (preservativos internos e externos, gel lubrificante), orientando sobre as formas de uso correto e destacando a importância das diferentes estratégias disponíveis.

4.5.2. CONDUTA PARA O TESTE REAGENTE

- Interprete, forneça e explique o resultado;
- Tranquileze que há tratamento seguro e eficaz, oriente sobre os próximos passos, estimulando e oferecendo apoio à adesão ao início do tratamento;
- Ofereça apoio e empatia;
- Identifique parcerias sexuais com risco de infecção e incentive a testagem;
- Ofereça apoio para informar o diagnóstico para parcerias/familiares;
- Discuta questões sobre confidencialidade do diagnóstico;
- Avalie a indicação de imunização* para hepatite B e HPV.

*Orientações sobre imunizações em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) estão dispostas no item 13 deste guia.

Seguem abaixo exemplos de frases que podem ajudar na comunicação clínica para este momento:

- "O resultado do teste de HIV foi positivo. Isso significa que provavelmente em algum momento você foi exposto ao HIV.". Faça uma pausa para permitir a resposta do paciente. Após assimilada a informação, continua-se da seguinte forma: "Para confirmar que você realmente tem a infecção, precisamos realizar um novo exame, que podemos fazer agora mesmo."
- "O que está passando pela sua cabeça agora?", "Quem poderia dar apoio enquanto você lida com essa situação?", "É muito importante cuidar da sua parte emocional ao lidar com essa situação.", abordando as preocupações do paciente e identificando as fontes de apoio emocional de que ele dispõe.
- "O que você pretende fazer ao sair desta UBS? Com quem pretende conversar a respeito?*", elaborando um plano a curto prazo.

4.5.2.1. COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV ÀS PARCERIAS SEXUAIS

Após confirmado o diagnóstico, é fundamental discutir com o paciente, em momento oportuno, sobre a comunicação do resultado à(s) sua(s) parceria(s). Registre essa discussão no prontuário. Nessa discussão, podem ser levantados os seguintes pontos:

- Se confirmado o resultado positivo, a(s) parceria(s) poderá se beneficiar com o acesso ao tratamento;
- Se o resultado da(s) parceria(s) for negativo, podem ser tomadas medidas para reduzir o risco de transmissão do HIV.

O resultado deve ser informado pelo próprio paciente, estando o profissional de saúde à disposição para discutir a melhor forma de fazer isso e inclusive para ajudar a informar o resultado durante a consulta.

4.5.2.2. DISCUSSÃO SOBRE CONFIDENCIALIDADE DENTRO DA EQUIPE

Após a confirmação da infecção pelo HIV, um dos próximos passos é definir com o paciente quais profissionais da equipe terão acesso ao diagnóstico. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) somente terá acesso ao diagnóstico quando autorizado pelo paciente; entretanto, o envolvimento desse profissional no cuidado pode facilitar a comunicação com a equipe. Caso ele não seja envolvido, deve-se oferecer outras formas de comunicação do paciente com o médico ou enfermeiro da equipe, como acesso facilitado em horário com menos movimento, telefone ou *e-mail*. Os pacientes devem ser informados de que apenas os profissionais de nível superior e os técnicos de enfermagem têm acesso aos registros de consultas no PEC e-SUS APS e que **o sigilo profissional-paciente é mandatório a TODOS os profissionais de saúde**.

Deve-se tomar cautela extra quanto a discussões do caso com outros profissionais de saúde e a entrega de papéis que identifiquem o diagnóstico de infecção pelo HIV (p.ex.: solicitações no SISREG), para que seja preservado o direito à confidencialidade do diagnóstico à PVHA.

A [Nota Técnica Nº 355/2023 CGAHV/DATHI/SVSA/MS](#), publicada em 05/12/2023 pelo Ministério da Saúde, orienta gestores e profissionais de saúde sobre a garantia de sigilo quanto ao diagnóstico de HIV.

5. NOTIFICAÇÃO

A notificação compulsória é obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o artigo 8º da Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975.

Estão na [Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública](#) os casos de infecção pelo HIV, de aids e de gestantes/parturientes/puérperas com HIV e de crianças expostas ao HIV. A [Portaria Nº 508 de 26 de dezembro de 2023](#) atualiza a Lista de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública para fins de vigilância epidemiológica no Distrito Federal.

A notificação do HIV/Aids deverá ser feita nos seguintes eventos:

1. Infecção pelo HIV: quando a pessoa é diagnosticada com HIV e não preenche os critérios de caso de aids;
2. Aids: quando a pessoa porta HIV e preenche pelo menos 1 (um) dos critérios de caso de aids;
3. Gestante HIV+: quando a pessoa já portava HIV/aids e engravida ou quando a gestante é diagnosticada com HIV/aids.
4. Criança exposta ao HIV: toda criança nascida de gestante infectada pelo HIV e/ou que tenha sido amamentada por puérpera infectada pelo HIV (inclui aleitamento cruzado).

A notificação é registrada no [Sistema de Informação de Agravos de Notificação \(Sinan\)](#), mediante o preenchimento das seguintes fichas, que também encontram-se disponíveis na [Intranet](#) da SES-DF:

- [Ficha de Notificação/Investigação de aids adulto](#), utilizada para notificar casos de HIV/aids em pessoas com idade ≥ 13 anos.
- [Ficha de Notificação/Investigação de aids criança](#), utilizada para notificar casos de HIV/aids em pessoas com idade < 13 anos.
- [Ficha de Investigação de gestante HIV+](#), utilizada para notificar casos de HIV/aids em gestantes, parturientes e puérperas.
- [Ficha de Notificação Individual](#), utilizada para notificar casos de crianças expostas ao HIV, como recém-nascidos de puérperas vivendo com HIV e/ou lactentes amamentados por lactantes vivendo com o HIV. A investigação de infecção pelo HIV em crianças até 18 meses de idade deve ser realizada por meio de testes moleculares (TM), como a quantificação do RNA viral (CV-HIV) e a detecção de DNA pró-viral. A passagem transplacentária de anticorpos maternos do tipo IgG anti-HIV, principalmente no terceiro trimestre de gestação, interfere no diagnóstico imunológico da infecção por transmissão vertical. Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de idade e, em raros casos, até 24 meses.

Atenção:

- A pessoa vivendo com HIV que venha a apresentar critérios de definição de caso de aids no futuro deverá ser novamente notificada, a fim de registrar essa mudança de *status*;
- Como se trata de um evento na vida da mulher, cada nova gestação deverá ser notificada (como gestante HIV+).

Orientações detalhadas sobre a notificação da exposição ao HIV por gestantes, parturientes, puérperas e crianças estão disponíveis na Nota Informativa N.º 4/2023 - SES/SVS/DIVP/GEVIST (114016446).

Os instrutivos de preenchimento das fichas de notificação de HIV/aids em [adultos \(\$\geq 13\$ anos\)](#), [crianças \(\$< 13\$ anos\)](#) e [gestantes/parturientes/puérperas](#) encontram-se disponíveis no Sinan.

6. CUIDADO

6.1. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O início precoce da terapia antirretroviral (TARV) está recomendado a todas as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), independentemente de seu estágio clínico e/ou epidemiológico, com o objetivo de diminuir a transmissão do vírus e a morbimortalidade das PVHA, melhorando seu prognóstico. Por isso, esforços devem ser empregados para reduzir o tempo entre o diagnóstico de HIV/aids e o início da TARV (Ministério da Saúde, 2018).

Considerando que a APS é a principal e preferencial porta de entrada do usuário no SUS, ordena a Rede de Atenção à Saúde e realiza o cuidado integral e longitudinal do usuário, este guia fornece as orientações técnicas para a realização da TARV na APS, descritas nos itens seguintes.

A TARV deve ser iniciada no mesmo dia ou em até 7 dias após o diagnóstico (Ministério da Saúde, 2023). Não é necessário aguardar o resultado da CV-HIV ou da LT-CD4+ para iniciar a TARV.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

O cuidado deve levar em consideração as necessidades individuais da pessoa e suas preferências. Uma boa comunicação é essencial para permitir que a pessoa tome decisões sobre o seu cuidado, apoiada por informações baseadas em evidências científicas.

Deve-se sempre respeitar o sigilo profissional-usuário para evitar o estigma que a infecção pelo HIV infelizmente ainda possui.

Embora os ACS sejam parte integrante das equipes de Saúde da Família e tenham muito a contribuir para a promoção da saúde e para a coordenação do cuidado, o acesso desses profissionais ao diagnóstico da PVHA somente poderá ocorrer se ela o autorizar.

Além disso, se a PVHA preferir fazer o tratamento na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), mesmo nas situações em que este guia recomenda o manejo na Atenção Primária à Saúde (APS), sua vontade deve ser respeitada.

6.1.1. QUAIS PESSOAS VIVENDO COM O HIV PODEM REALIZAR A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

A maior parte das PVHA pode iniciar e manter sua TARV na APS. Em se tratando de uma ação nova na APS do DF, que segue as recomendações do MS e as experiências exitosas de outros municípios, a SES-DF treinará os médicos da APS para prescrever a TARV, além de promover o diálogo entre a APS e Atenção Secundária, com a institucionalização de canais de comunicação, matriciamentos e outras formas de capacitação. Não obstante, a iniciativa será incorporada à Carteira de Serviços da APS do DF como ação estratégica.

As pessoas vivendo com HIV que podem iniciar e manter o tratamento antirretroviral TARV na APS do DF são:

Pessoas adultas, não gestantes, sem coinfeções com tuberculose ou hepatites B ou C, sem condições definidoras de aids* e sem contraindicações ao esquema básico (TDF+3TC) + DTG**.

*As condições definidoras de aids estão listadas no Quadro 5 do item 6.2.2.

**O esquema básico está orientado no item 8.3.

★ Em **gestantes**, o início da prescrição da TARV deve ser realizada o mais rapidamente possível após o diagnóstico, inclusive na APS, com vistas à prevenção da transmissão vertical. Em seguida, o profissional deve compartilhar o cuidado da gestante com a Infectologia e com o Pré-Natal de Alto Risco pelo SISREG, com prioridade “Vermelha”.

★ **Crianças e adolescentes** até 17 anos 11 meses e 29 dias de idade com HIV/aids devem ser encaminhadas à Infectologia Pediátrica - HIV/aids. Até o momento, este encaminhamento não está regulado no SISREG e deve ser realizado encaminhando-se a criança/adolescente ao Centro Especializado em Doenças Infecciosas (CEDIN), localizado na EQ 508/509 da Asa Sul, portando encaminhamento impresso ou por escrito relatando o quadro. Caso este encaminhamento passe a ser regulado via SISREG, a SES-DF o informará via SEI e demais canais oficiais a toda a rede de atenção à saúde do DF. **O PCDT para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes também foi atualizado em 2023** e é dividido em 2 módulos: [Módulo 1 - Diagnóstico, manejo e](#)

6.1.2. QUAIS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NECESSITAM SER ENCAMINHADAS À INFECTOLOGIA PARA TRATAMENTO DE HIV/AIDS?

- Crianças e adolescentes até 17 anos 11 meses e 29 dias (devem ser encaminhados à Infectologia Pediátrica - HIV/aids, conforme descrito no item 8.1);
- Coinfecções por Tuberculose, HBV e/ou HCV;
- Presença de condições definidoras de aids (descritas no Quadro 5 no item 6.2.2), independentemente da contagem de LT-CD4+;
- Contagem de LT-CD4+ < 350 cópias/ml;
- Soroconversão durante o uso de PrEP (vide item 3.5.5);
- Falha virológica*;
- Intolerância ou presença de eventos adversos ao esquema básico da TARV;
- Qualquer outra contraindicação ao esquema básico descrito no item 8.3.

*Falha virológica: Carga viral detectável (> 200 cópias/mL) confirmada após 6 meses do início da TARV ou após um período de supressão viral.

6.1.3. COMO PRESCREVER A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

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

TARV

Esquema básico recomendado:

(TDF 300 mg + 3TC 300 mg) + DTG 50 mg, 1x/dia.

Esse esquema costuma ser muito bem tolerado, não sendo comum sua suspensão por efeitos adversos. O componente que está mais associado a efeitos adversos é o dolutegravir, que, por sua vez, é muito melhor tolerado do que o efavirenz (EFV), que era o medicamento usado anteriormente no seu lugar no esquema básico.

Efeitos adversos gastrointestinais como náuseas e/ou diarreia que ocorrem durante as primeiras semanas de TARV muitas vezes melhoram espontaneamente ou podem ser tratados sintomaticamente. O mesmo se aplica a algumas reações alérgicas e a sintomas neuropsiquiátricos. Comunicar-se com o paciente, aconselhando-o sobre como tolerar ou diminuir certos sintomas e informando que estes não continuarão indefinidamente, geralmente ajuda.

Há que se atentar, também, para o risco de toxicidade renal e óssea do tenofovir, especialmente considerando uso de longo prazo, e dos efeitos raros, porém potencialmente graves, da lamivudina (pancreatite e neuropatia periférica).

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

O item 6.1.4 a seguir resume os efeitos adversos associados aos antirretrovirais do esquema TDF + 3TC e DTG, bem como o manejo desses efeitos adversos.

Atenção: Em 09/01/2024 foi [divulgada pelo Ministério da Saúde](#) a incorporação do medicamento "2 em 1" (dolutegravir 50 mg + lamivudina 300 mg), que possibilita o tratamento do HIV com um **comprimido único**. No entanto, **não se trata de esquema atualmente indicado para início de terapia antirretroviral**. Devido à atual disponibilidade do medicamento, a migração de uso da terapia com dois comprimidos para apenas um deve acontecer de forma gradual e contínua, obedecendo aos seguintes critérios:

- Idade ≥ 50 anos;
- Adesão regular;
- Carga viral < 50 cópias no último exame;
- Ter iniciado a terapia dupla até 30/11/2023.

Os critérios para ampliar o público contemplado no novo modelo de tratamento poderão ser revistos em seis meses, observando, por exemplo, a tendência de crescimento das prescrições e a disponibilidade do medicamento em estoque na rede.

6.1.4. EFEITOS ADVERSOS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Os quadros 6 e 7 abaixo resumem os principais efeitos adversos e interações medicamentosas associados aos medicamentos do esquema básico (TDF+3TC) + DTG.

QUADRO 6: RESUMO DOS PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS AO ESQUEMA (TDF+3TC) + DTG

ARV	Efeitos adversos	Manejo dos efeitos adversos, <u>se houver</u>
Tenofovir (TDF)	Risco de toxicidade renal com elevação da Cr e Ur (redução de depuração estimada), disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi) e diabetes insipidus. A disfunção tubular proximal é demonstrada laboratorialmente mediante o aumento da beta-2 microglobulina urinária, glicosúria, fosfatúria, hipouricemia, hiperuricúria, hipofosforemia, hipocalcemia e acidose metabólica.	Realizar EAS, Cr, Ur e Clearance de creatinina de 3/3 meses.

Lamivudina (3TC)	Eventualmente, pode ocorrer pancreatite ou neuropatia periférica.	Avaliação e acompanhamento.
Dolutegravir (DTG)	Manifestações neurológicas: cefaleia, tontura, insônia, sonhos anormais, depressão e ideação suicida. Manifestações gastrointestinais: náusea, vômito, dor abdominal e diarreia. Reação de hipersensibilidade (< 1% dos casos): podem ocorrer mal estar, febre, exantema, mialgia, artralgia, hepatite, angioedema, entre outros menos comuns.	Inicialmente, para as manifestações leves e moderadas deve-se manejar os sintomas e orientar o paciente quanto à possibilidade do desaparecimento dos sintomas após as primeiras semanas de uso. Para as manifestações graves ou persistentes, deve-se encaminhar o paciente à Infectologia para avaliação e troca do esquema.

Fonte: Adaptado de Infecção pelo HIV e AIDS: prevenção, diagnóstico e tratamento na Atenção Primária - versão 1.2, SMS-Rio, 2018.

QUADRO 7: PRINCIPAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM O ESQUEMA (TDF+3TC) + DTG

ARV	Medicamento	Interação
Tenofovir	Ganciclovir e Valganciclovir	Concentração sérica desses e/ou do TDF pode aumentar → Monitorar toxicidade.
Dolutegravir	Antiácidos	Deve-se administrá-los 2h antes ou 6h após a administração do Dolutegravir.
	Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital e Oxicarbamazepina	Não coadministrar.
	Suplementos alimentares que contém cálcio, ferro, zinco, magnésio ou selênio	Deve-se administrá-los 2h antes ou 6h após a administração do Dolutegravir.
	Metformina	O Dolutegravir aumenta os níveis séricos de Metformina → Ajustar a dose de Metformina para a dose máxima de 1000 mg/dia.
	Rifampicina	Não coadministrar.

Fonte: Adaptado de Infecção pelo HIV e AIDS: prevenção, diagnóstico e tratamento na Atenção Primária - versão 1.2, SMS-Rio, 2018.

Atenção: Conforme abordado ao longo deste guia, nas situações em que houver uma ou mais contraindicações ao uso do esquema básico (TDF+3TC) + DTG a pessoa deve ser encaminhada à Infectologia para avaliação do caso e prescrição ou troca de TARV.

6.2. ABORDAGEM INICIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV NA APS

A abordagem inicial da PVHA tem como principais objetivos:

- identificar o estágio clínico da infecção pelo HIV;
- avaliar a presença de coinfeções ou comorbidades;
- conhecer as vulnerabilidades socioculturais do usuário;
- estabelecer uma relação de confiança e respeito com a equipe multiprofissional do serviço de saúde, facilitando o vínculo da pessoa com a equipe/serviço.

Para isso, a avaliação inicial de uma pessoa com diagnóstico de infecção pelo HIV deve incluir história médica atual e pregressa, exame físico completo, exames complementares e conhecimento de seus contextos de vida. O uso de uma linguagem acessível é fundamental para a compreensão dos aspectos essenciais da infecção, da avaliação clínico-laboratorial, da adesão, do tratamento e sua retenção. Esse diálogo propõe-se a esclarecer eventuais dúvidas e abrir caminho para a superação das dificuldades.

O acolhimento à PVHA é atribuição de todos os profissionais da equipe e deve iniciar assim que a pessoa chegar ao serviço de saúde, garantindo uma escuta respeitosa e profissional, independentemente do motivo que a levou a buscar ajuda.

Lembrete: Deve-se garantir confidencialidade à PVHA. A infecção pelo HIV/aids ainda produz estigma e discriminação. Assim, **todos os profissionais de saúde envolvidos devem destacar seu compromisso com o sigilo profissional-paciente** durante o acolhimento.

6.2.1. ANAMNESE

Conhecer e compreender as condições psicossociais, riscos e vulnerabilidades que envolvem o contexto de vida da PVHA representa uma ferramenta importante para o cuidado integral e o consequente sucesso terapêutico. A investigação não deve se esgotar na primeira consulta, mas precisa ser complementada e atualizada nos atendimentos subsequentes. Esses aspectos podem ser abordados tanto pelo médico como por outro membro da equipe de saúde, conforme as particularidades de cada serviço.

O Quadro 8 abaixo fornece um roteiro inicial, que pode ser adaptado conforme a necessidade de cada pessoa.

Observação: Os itens listados abaixo são relevantes para ajudar a definir o plano de cuidado da PVHA. Entretanto, nem todos precisam ser questionados na primeira avaliação. Muitos já serão de conhecimento da equipe e outros poderão ser questionados posteriormente, nas consultas subsequentes.

QUADRO 8: ROTEIRO PARA ABORDAGEM INICIAL

Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Explicar a doença: transmissão, história natural, significado da contagem de LT-CD4+ e do exame de carga viral, impacto da terapia antirretroviral (TARV) na morbimortalidade Revisar e documentar o primeiro exame anti-HIV
---	---

	Verificar se há contagens de LT-CD4+ e exames de CV-HIV anteriores Discutir o uso de ARV e a ocorrência de eventos adversos prévios (ex.: com uso de profilaxia pós-exposição - PEP – e profilaxia pré-exposição - PrEP)
História médica atual e passada	Avaliar: Presença de sinais e/ou sintomas História de alergias, hipersensibilidade ou intolerância a medicamentos História de tuberculose, prova tuberculínica ou IGRA (interferon gamma release assay), profilaxia e/ou tratamento prévio história de doença mental familiar e/ou pessoal Infecção oportunista (IO) prévia ou atual e necessidade de profilaxia para IO Outras infecções ou comorbidades atuais e/ou pregressas, incluindo histórico de internações hospitalares Histórico de imunizações Uso de medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas
Riscos e vulnerabilidades	Avaliar: Parcerias e práticas sexuais Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção História de sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) Uso de tabaco, álcool e outras drogas Interesse em reduzir os danos à saúde
História psicossocial	Avaliar: Reação emocional ao diagnóstico Rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais, acesso a Rede de Atenção Psicossocial) Nível educacional Condições de trabalho, domicílio e alimentação
Saúde reprodutiva	Discutir/avaliar: Desejo de ter filhos Métodos contraceptivos Estado sorológico da(s) parceria(s) e filho(s)
História familiar	Revisar histórico de: Doenças cardiovasculares e hipertensão Dislipidemias Diabetes Neoplasias

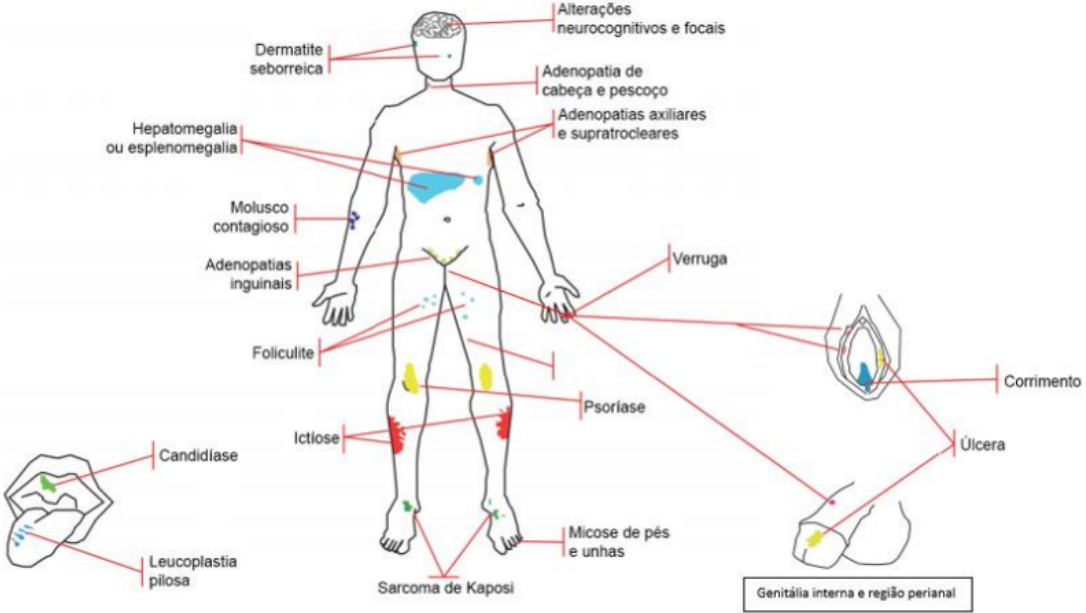
Fonte: DATHI/SVSA/MS.

Pessoas com diagnóstico recente de infecção pelo HIV podem apresentar expectativas e dúvidas que podem dificultar a plena compreensão de todas as informações disponibilizadas. Compreender tal situação, esclarecer os questionamentos e fornecer informações atualizadas fortalece o vínculo do paciente com o profissional de saúde e o serviço de saúde, favorece a retenção e consequentemente o sucesso terapêutico. Desse modo, a primeira consulta deverá ter duração superior às demais consultas de rotina. Sugere-se duração de, ao menos, 45 minutos para a primeira avaliação, e consultas subsequentes com duração variável, a depender da demanda da PVHA e da abordagem profissional.

6.2.2. EXAME FÍSICO

A infecção pelo HIV apresenta acometimento sistêmico e, porquanto, é necessário atentar-se para sinais clínicos comumente associados a ela (Figura 6 abaixo). O exame físico deve ser completo, incluir a aferição da pressão arterial (PA), peso, altura, cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e medida da circunferência abdominal e ser realizado regularmente. O exame da pele e a oroscopia são também relevantes, uma vez que diversos sinais e sintomas presentes podem estar associados à infecção pelo HIV. Quanto mais baixa a contagem de linfócitos T CD4, mais frequentemente os pacientes devem ser examinados.

FIGURA 6: SINAIS CLÍNICOS QUE PODEM ESTAR RELACIONADO À INFECÇÃO PELO HIV E QUE DEVEM SER INVESTIGADOS NO EXAME FÍSICO INICIAL



Fonte: [PCDT HIV](#), página 22.

6.2.3. EXAMES COMPLEMENTARES

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a pesquisa de comorbidades, a presença de coinfeções e a urgência no início da TARV. Também fornece informações laboratoriais basais pré-tratamento, bem como orienta sobre a necessidade de imunizações e profilaxias.

O Quadro 9 abaixo indica os exames que devem ser solicitados na primeira consulta:

QUADRO 9: EXAMES COMPLEMENTARES PARA ABORDAGEM INICIAL

Exames relacionados ao HIV	Contagem de LT-CD4+ e exame de carga viral do HIV (CV-HIV) Genotipagem pré-tratamento(a)*
Exames laboratoriais	Hemograma completo Glicemia de jejum Dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicerídeos) Avaliação hepática e renal (AST/TGO, ALT/TGP, FAL, BT e frações, Cr, EAS)
Avaliação de coinfeções, IST e comorbidades	Teste imunológico para sífilis Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs para verificação de imunização) IgG para toxoplasmose Sorologia para HTLV I e II, Leishmaniose e Chagas** Prova tuberculínica (PT) ou IGRA Radiografia de tórax

Fonte: DATHI/SVSA/MS.

*Indicada APENAS para gestantes, casos novos com coinfeção TB/HIV, pessoas que tenham se infectado com parceria em uso de TARV, crianças e adolescentes e soroconversão durante o uso de PrEP - casos que necessitam ser encaminhados à Infectologia.

**Triagem para indivíduos oriundos de áreas endêmicas.

6.3. MONITORAMENTO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV

6.3.1. PERIODICIDADE DAS CONSULTAS

A periodicidade das consultas médicas deve ser individualizada e adequada às condições clínicas da PVHA. No geral, os intervalos recomendados são descritos no Quadro 10 abaixo.

QUADRO 10: RECOMENDAÇÃO DE PERIODICIDADE DE CONSULTAS MÉDICAS DAS PVHA

SITUAÇÃO	INTERVALO DE RETORNO*	OBJETIVOS PRINCIPAIS
Após introdução ou alteração da TARV	Entre 7 e 15 dias	Observar e manejar eventos adversos imediatos e dificuldades relacionadas à adesão. Fortalecer vínculo com equipe e serviço de saúde. Esse atendimento também pode ser realizado por enfermeiros, farmacêuticos ou outras abordagens ofertadas pelo serviço*.

Até adaptação à TARV	Mensal/bimestral	Observar e manejar eventos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo. Fortalecer vínculo com equipe e serviço de saúde.
PVHA em TARV com supressão viral e assintomática Supressão viral = CV-HIV < 50 cópias/ml e LT-CD4+ > 350 cels/mm³ em pelo menos 2 exames consecutivos.	Até 6 meses	Observar e manejar eventos adversos tardios e dificuldades relacionadas à adesão em longo prazo. Avaliar manutenção da supressão viral e eventual falha virológica. Manejar comorbidades.
PVHA em TARV sem supressão viral**, sintomática ou com comorbidades não controladas	Individualizar	Avaliar falhas na adesão e seus motivos. Verificar possibilidade de resistência(s) viral(is) à TARV e necessidade de troca. Avaliar e investigar sintomas. Manejar comorbidades não controladas. Compartilhar o cuidado com a Infectologia.

Adaptado de DATHI/SVSA/MS.

*Nos intervalos entre as consultas médicas, a adesão poderá ser trabalhada por outros profissionais da equipe multiprofissional.

**Destaca-se que o avanço das plataformas diagnósticas a detecção de baixas viremias se tornou mais comum, sem que isso represente evento clínico relevante, conforme orientado pela [Nota Técnica Nº 283/2023 CGAHV/DATHI/SVSA/MS](#).

6.3.2. MONITORAMENTO LABORATORIAL

Os quadros 10, 11 e 12 abaixo orientam a frequência de solicitação dos exames de LT-CD4+, CV-HIV e demais exames complementares durante o cuidado às PVHA.

QUADRO 11: RECOMENDAÇÃO DE PERIODICIDADE PARA MONITORAMENTO DE LT-CD4+ NAS PVHA

EXAME	SITUAÇÃO CLÍNICA DA PVHA	CONTAGEM DE LT-CD4+	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE
LT-CD4+	Em uso de TARV; e Assintomática; e Com CV-HIV indetectável	< 350 células/mm³	6/6 meses
		350-500 células/mm³	Anualmente
		> 500 células/mm³ em 2 exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de intervalo	Não solicitar mais
	Sem uso de TARV; ou Evento clínico*; ou Em falha virológica**	Qualquer valor	6/6 meses
	Profilaxia ou presença de Infecção Oportunista (IO)	Qualquer valor	3/3 meses

Adaptado de DATHI/MS.

Legenda:

Nas situações em cinza a PVHA necessita estar em acompanhamento compartilhado com a Infectologia, no âmbito da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

*Toxicidade e possíveis causas de linfopenias (neoplasias, uso de interferon etc).

**Falha virológica: Carga viral detectável (> 200 cópias/mL) confirmada:

- após seis meses do início da TARV; ou
- após um período de supressão viral.

QUADRO 11: RECOMENDAÇÃO DE PERIODICIDADE PARA MONITORAMENTO DE CV-HIV

EXAME	SITUAÇÃO CLÍNICA DA PVHA	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO	PRINCIPAIS OBJETIVOS
CV-HIV	PVHA em supressão viral e estabilidade clínica e imunológica	6/6 meses	Confirmar continuidade da supressão viral e adesão do paciente
	Início de TARV ou modificação de TARV por falha virológica	8 semanas após início de TARV ou de novo esquema TARV	Confirmar resposta virológica adequada à TARV ou ao novo esquema de TARV e adesão do paciente
	Confirmação de falha virológica	4 semanas após 1ª CV-HIV detectável	Confirmar falha virológica e necessidade de solicitação de exame de genotipagem

Adaptado de DATHI/MS.

Legenda:

Na situação em cinza a PVHA necessita estar em acompanhamento compartilhado com a Infectologia, no âmbito da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

QUADRO 12: RECOMENDAÇÃO DE PERIODICIDADE DE EXAMES E AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES NO SEGUIMENTO CLÍNICO

EXAME	PERIODICIDADE	OBSERVAÇÕES
Hemograma completo	6-12 meses	Repetir em 2 a 8 semanas se início ou troca de TARV com zidovudina Intervalo de 3 a 6 meses se em uso de zidovudina ou outros medicamentos mielotóxicos.
Creatinina sérica e Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFGe)*	Anual	Intervalo de 3 a 6 meses se em uso de tenofovir ou outros medicamentos nefrotóxicos, TFGe abaixo de 60 mL/minuto ou risco aumentado para doença renal (ex.: DM, HAS).
EAS	Anual	Intervalo de 3 a 6 meses se em uso de tenofovir ou outros medicamentos nefrotóxicos, TFGe abaixo de 60 mL/minuto, proteinúria ou risco aumentado para doença renal (ex.: DM, HAS).
TGO, TGP, FAL, BT e frações	3-12 meses	Intervalos mais frequentes em caso de uso de medicamentos hepatotóxicos, doença hepática ou coinfeções com HCV ou HBV.
Lipidograma	Anual	Intervalo de 6 meses em caso de alteração na última análise.
Glicemia de jejum	Anual	Caso GJ 100-125mg/dL (Pré-DM), orientar MEV e repetir em 6 meses. Se 100-125 novamente, solicitar TOTG (a dosagem de Hb1Ac não deve ser utilizada como parâmetro para diagnóstico de DM em PVHA).
Anti-HCV	Anual/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem em caso de risco ou exposição. Solicitar carga viral de HCV se anti-HCV positivo ou em caso de suspeita de infecção aguda.
Estratificação de risco cardiovascular (RCV)	Anual	Recomenda-se que seja reavaliado a cada mudança de TARV e de forma mais frequente de acordo com o risco inicial.
FRAX para avaliação do risco de fraturas Ao usar a calculadora FRAX , deve-se clicar na caixa de causa secundária de osteoporose (campo “10. Osteoporose secundária”), já que o HIV e seu tratamento são considerados risco para baixa massa óssea.	Anual	Homens com mais de 40 anos e mulheres com mais de 40 anos; PVHA com alto risco de fratura de fragilidade.

Adaptado de DATI/MS.

6.4. ABORDAGEM INTEGRAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV

6.4.1. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

As PVHA devem ser aconselhadas para o planejamento reprodutivo - que inclui, para as mulheres cisgênero e os homens transgênero com útero, o aconselhamento sobre o desejo de gestar ou não.

6.4.1.1. CONTRACEPÇÃO

Nas PVHA que se encontram na fase aguda da infecção pelo HIV ou que apresentam infecção assintomática pelo HIV, sem aids, em TARV ou não, a infecção pelo HIV não representa contraindicação absoluta a nenhum dos métodos contraceptivos (OMS, 2022).

O Quadro 13 abaixo, traduzido e adaptado do *Medical eligibility criteria for contraceptive use - 5th edition*, atualizado pela OMS em 2022, orienta a elegibilidade a diferentes métodos contraceptivos para as PVHA, considerando estágio clínico e TARV em uso.

“A dupla proteção é fortemente recomendada para proteção contra o HIV e outras IST. A dupla proteção pode ser conseguida por meio do uso simultâneo de preservativos com outros métodos, ou apenas do uso consistente e correto de preservativos em todas as relações sexuais.” - OMS, 2022.

QUADRO 13: ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PARA PVHA

	CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE CONTRACEPTIVOS	
---	--	---

CONDIÇÃO	ACO/ P/ CVR	CIC	PSPs	DMPA NET-EN	LNG/ ETG Implantes	DIU-Cu		DIU-LNG	
						I	C	I	C
HIV/AIDS									
Alto risco de HIV (evidências atualizadas em 2019) bit.ly/HIV-HC-2019	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Doença clínica assintomática ou leve por HIV (estágio 1 ou 2 da OMS)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Doença clínica grave ou avançada do HIV (estágio 3 ou 4 da OMS)	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Terapia antirretroviral									
a) Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (INTRs)						I	C	I	C
Abacavir (ABC)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Tenofovir (TDF)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Zidovudina (AZT)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Lamivudina (3TC)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Didanosina (DDI)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Entricitabina (FTC)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Estavudina (d4T)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
b) Inibidores de Transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo (ITRNN)									
Efavirenz (EFV)	2	2	2	1 = DMPA; 2 = NET-EN	2	2/3	2	2/3	2
Etravirina (ETR)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Nevirapina (NVP)	2	2	2	1 = DMPA; 2 = NET-EN	2	2/3	2	2/3	2
Rilpivirina (RPV)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
c) Inibidores de proteases (IPs)									
Atazanavir reforçado com ritonavir (ATV/r)	2	2	2	1 = DMPA; 2 = NET-EN	2	2/3	2	2/3	2
Lopinavir reforçado com ritonavir (LPV/r)	2	2	2	1 = DMPA; 2 = NET-EN	2	2/3	2	2/3	2
Darunavir reforçado com ritonavir (DRV/r)	2	2	2	1 = DMPA; 2 = NET-EN	2	2/3	2	2/3	2
Ritonavir (RTV)	2	2	2	1 = DMPA; 2 = NET-EN	2	2/3	2	2/3	2
d) Inibidores da integrase									
Raltegravir (RAL)	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2

IMC: Índice de massa corporal; **ACO:** contraceptivos orais combinados; **CIL:** anticoncepcionais injetáveis combinados; **RCV:** anel vaginal combinado; **DIU-Cu:** DIU de cobre; **DMPA:** medroxiprogesterona de depósito (injetável); **ETG:** etonogestrel; **LNG:** levonorgestrel; **DIU-LNG:** dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; **NET-EN:** anticoncepcional injetável enantato de noretisterona; **P:** adesivo combinado; **PSPs:** pílulas somente de progestágenos; **IST:** infecção sexualmente transmissível; **TEV:** tromboembolismo venoso.

Adaptado e traduzido livremente do Medical eligibility criteria for contraceptive use - 5th edition, OMS, 2022.

Legenda:

- Categorias de elegibilidade para os métodos contraceptivos:

- Categoria 1: Condição para a qual não há restrição de uso do método.
- Categoria 2: Condição para a qual geralmente os benefícios de se usar o método superam os riscos (teóricos e comprovados).
- Categoria 3: Condição para a qual os riscos (teóricos e comprovados) de se usar o método geralmente superam os benefícios
- Categoria 4: Condição que representa risco de saúde inaceitável para o uso do método.

- Estágios clínicos da infecção pelo HIV de acordo com a OMS:

- Estágio 1: Infecção aguda (vide item 5.2.1 deste guia)
- Estágio 2: Infecção assintomática
- Estágio 3: Infecção sintomática inicial/precoce
- Estágio 4: aids

6.4.1.2. **GESTAÇÃO**

As PVHA com útero devem ser aconselhadas quanto à possibilidade de gestação futura e à importância de que ela seja planejada, para evitar transmissão vertical. O profissional de saúde deve acolher o desejo de gestação da PVHA de forma empática, evitando juízo de valor. A PVHA deve estar em TARV, com CV-HIV indetectável, LT-CD4+ elevado (> 500 céls/mm³), sem outras IST em atividade e sem vaginose bacteriana. Se houver desejo de gestar, a relação sexual desprotegida deve ocorrer no período fértil da mulher. Para casais sorodiscordantes, pode-se considerar usar a PrEP sob demanda para o planejamento dessa relação sexual desprotegida.

6.4.1.3. **AMAMENTAÇÃO**

A amamentação é **contraindicada** por mulheres vivendo com HIV, mesmo naquelas com CV-HIV indetectável e em uso regular de antirretrovirais (Ministério da Saúde, 2023).

Recomenda-se que toda lactante vivendo com HIV/aids seja orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil.

A Nota Técnica N.º 14/2020 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST (48118824) orienta a “Dispensação da fórmula infantil para criança exposta ao HIV e HTLV”.

A criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber a fórmula láctea infantil, pelo menos, até completar seis meses de idade. Esse prazo pode ser estendido conforme avaliação de casos específicos.

A prática já demonstrou que uma das intervenções mais efetivas para evitar a amamentação natural é começar a orientação para o aleitamento artificial já durante o pré-natal. A decisão e a comunicação à puérpera sobre a necessidade de suprimir a lactação apenas após o parto é considerada tardia, com resultados insatisfatórios.

No pós-parto imediato, na maternidade, a equipe assistencial do Centro-Obstétrico já inicia a inibição da lactação na puérpera vivendo com HIV, que pode ser realizada com medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas. Mais informações sobre isso podem ser consultadas no Quadro 19 da página 105 do [PCDT TV](#), na [Biblioteca Virtual em Saúde](#) e no [site da FEBRASGO](#). A cabergolina é contraindicada na presença de HAS não controlada, hipersensibilidade à droga, doença hipertensiva específica da gestação, insuficiência hepática ou renal grave, úlcera péptica e distúrbios psicóticos.

O aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar são contraindicados.

Para mais informações, consultar o PCDT para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais ([PCDT TV](#)), que também aborda HTLV e Zika.

6.4.2. **AVALIAÇÃO E MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR**

A infecção pelo HIV e o uso de ARV estão associados a um aumento no risco cardiovascular (RCV). Apesar disto, os benefícios da TARV superam o pequeno risco observado com seu uso (Ministério da Saúde, 2018).

Conforme citado no Quadro 11 do item 10.2 deste guia, recomenda-se que o RCV seja avaliado em todas as PVHA na abordagem inicial e a cada mudança na TARV.

O foco da prevenção de doenças cardiovasculares nesses pacientes deve ser em medidas não farmacológicas e, para PVHA com RCV elevado, uso de estatinas. Entretanto, algumas particularidades em PVHA devem ser levadas em consideração, em especial as interações medicamentosas com os ARV (Quadro 14 abaixo). Como a sinvastatina interage com os antirretrovirais, nos casos em que houver a indicação de estatina deve ser utilizada a atorvastatina ou a pravastatina. Neste caso, pode-se emitir a prescrição e preencher o LME (Laudo de Medicamento Especializado) para o pessoa adquirir o medicamento no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), mais conhecido como “Alto Custo”.

QUADRO 14: USO DE ESTATINAS EM PVHA EM USO DE TARV

	ARV	EFEITO NO ARV OU NA ESTATINA	DOSE E RECOMENDAÇÕES
LOVASTATINA	Todos os IP	Aumento significativo dos níveis de lovastatina	Não usar – CONTRAINDICADO
SINVASTATINA	Todos os IP	Aumento significativo dos níveis de lovastatina	Não usar – CONTRAINDICADO
ATORVASTATINA	ATV e ATV/r	↑possível atorvastatina	Iniciar com dose baixa (10mg)
	DRV/r	DRV/r com atorvastatina 10mg similar a 40mg de atorvastatina administrada isoladamente	Iniciar com dose baixa (10mg) e não exceder 20mg/dia
	LPV/r	LPV/r ↑atorvastatina	Uso com cautela e menor dose possível (não exceder 20mg/dia)
	TPV/r	↑atorvastatina	Não usar – CONTRAINDICADO
PRAVASTATINA	ATV/r	Ausência de dados	Uso com cautela, menor dose possível. Monitorar eficácia e eventos adversos
	DRV/r	↑pravastatina após única dose de pravastatina	Uso com cautela, menor dose possível. Monitorar eficácia e eventos adversos
	LPV/r	↑pravastatina 33%	Não é necessário ajuste de dose
Todos os IP/r: contraindicado o uso com lovastatina ou sinvastatina. ITRNN (EFV, ETR, NVP): uso com cautela com sinvastatina, pravastatina ou lovastatina. DTG, RAL: ausência de interações com hipolipemiantes.			

Fonte: DATI/SVSA/MS, 2018.

Assim como na população em geral, faz parte da avaliação integral da saúde e da avaliação do RCV da PVHA a pesquisa de condições de risco como obesidade, tabagismo, sedentarismo e dieta inadequada, que guiam as mudanças de estilo de vida (MEV) recomendadas, individualizadas para cada pessoa.

Na APS as ações de promoção da saúde, educação em saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento (que inclui medidas não farmacológicas) e reabilitação de condições associadas ao aumento do RCV devem ser realizadas em equipe multiprofissional - equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes multidisciplinares (eMulti) -, por meio de atendimentos individuais, atividades coletivas, intervenções em salas de espera, uso de materiais educativos e ações na comunidade/território.

6.4.3. RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS

O Quadro 15 abaixo resume as principais recomendações para rastreio e detecção precoce de neoplasias nas PVHA, visto que algumas delas diferem da população geral.

QUADRO 15: RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS EM PVHA

LOCAL	PACIENTES	EXAME	FREQUÊNCIA
Mamas	Mulheres 50-69 anos	Mamografia	Bianual
Colo uterino	Mulheres cisgênero e homens transgênero com útero	Citopatológico de colo uterino	Logo após início da atividade sexual; 6/6 meses nos 2 primeiros exames; Anual após 2 exames semestrais consecutivos com resultado normal; Encaminhar à colposcopia se resultado alterado
Ânus	Relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal	Toque retal	Anual; Encaminhar à coloproctologia para anoscopia na presença de alterações patológicas
Fígado	Pacientes cirróticos e portadores de HBsAg positivos	Dosagem de alfafetoproteína; USG	Semestral

Adaptado de DATHI/SVSA/MS.

6.4.4. ASPECTOS EMOCIONAIS E TRANSTORNOS MENTAIS

Problemas de saúde mental são mais frequentes em PVHA do que na população geral. Isso pode ocorrer tanto porque pessoas com transtornos mentais podem apresentar maior vulnerabilidade e maior probabilidade de se exporem à infecção pelo HIV, quanto porque as PVHA estão expostas ao estigma, isolamento e discriminação, bem como à necessidade de encarar uma infecção de curso crônico e tratamento a longo prazo, o que predispõe a sintomas depressivos e ansiosos.

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

“O manejo de condições que podem afetar a adesão ao tratamento, como depressão e uso de álcool ou substâncias psicoativas, é essencial para o sucesso do tratamento e a redução da transmissão.” - Ministério da Saúde, 2023.

A Nota Técnica Nº 2/2019 SES/SAIS/COASIS/DISSAM, “[Critérios para encaminhamento de Adultos para os Serviços de Saúde Mental da Atenção Secundária](#)” (33503781) orienta quais quadros devem ser manejados pela APS e quais devem ser encaminhados à Atenção Ambulatorial Especializada - e como. Na [página da Diretoria de Serviços de Saúde Mental \(DISSAM\) no site da SES-DF](#) estão disponíveis também outras notas técnicas, linhas de cuidado e outros documentos sobre a rede de atenção à saúde mental no SUS-DF.

ENTRE OUTRAS AÇÕES, CABE AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AO LONGO DO CUIDADO À PVHA:

- Oferecer apoio e buscar compreender o contexto da pessoa;
- Ouvir e responder aos questionamentos, combatendo o estigma e a discriminação;
- Incentivar a busca por suporte familiar, comunitário e/ou social;
- Informar sobre os benefícios do tratamento antirretroviral para evitar o desenvolvimento de doenças oportunistas e preservar a qualidade de vida;
- Fornecer informações sobre as formas de transmissão do HIV e a importância de manter a carga viral suprimida para prevenir a transmissão;
- Fornecer informações sobre outras estratégias de Prevenção Combinada, incluindo o uso dos preservativos externos e internos, gel lubrificante, profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP), ações de redução de danos;
- Apoiar o incentivo à oferta da testagem do HIV às parcerias sexuais e a opção de ter acesso a autotestes de HIV para seus pares e parcerias.

7. DISPENSAÇÃO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NO DISTRITO FEDERAL

As unidades dispensadoras de terapia antirretroviral (TARV) no Distrito Federal estão listadas neste [link](#).

Para retirar os medicamentos, o usuário precisa apresentar:

- Documento de Identificação com foto

- Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- [Formulário de Dispensação de ARV - TRATAMENTO \(Adolescente, Gestante e Adulto\) - DIGITÁVEL.](#)

8. **IMUNIZAÇÕES RECOMENDADAS ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Adultos e adolescentes vivendo com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante. À medida que aumenta a imunodepressão, eleva-se também o risco relacionado à administração de vacinas de agentes vivos, bem como se reduz a possibilidade de resposta imunológica consistente. Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm³), até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de TARV, o que proporciona melhora na resposta vacinal e redução do risco de complicações pós-vacinais.

A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (varicela, rubéola, febre amarela, sarampo e caxumba) em pessoas com imunodeficiência está condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave. Em PVHA com LT-CD4+ > 200 células/mm³ há pelo menos 6 meses, pode ser considerado o uso de vacinas vivas, de acordo com a recomendação do Quadro 16 abaixo.

QUADRO 16: CATEGORIAS IMUNOLÓGICAS EM PVHA

CONTAGEM DE LT-CD4+ (PERCENTUAL) *	RECOMENDAÇÃO PARA USO DE VACINAS COM AGENTES VIVOS ATENUADOS
Maior ou igual a 350 células/mm ³	Indicar o uso
200 a 350 células/mm ³ (15%-19%)	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão
Abaixo de 200 células/mm ³ (<15%)	Não vacinar

Fonte: DATHI/SVSA/MS.
*A ser avaliada nas vacinas com microorganismos vivos.

O [Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais \(CRIE\) - 6ª edição](#), em suas páginas 60 a 62, orienta a vacinação em PVHA adultas.

QUADRO 17: ESQUEMA VACINAL PARA ADULTOS VIVENDO COM HIV

VACINA	ESQUEMA
VPC13	Uma dose. Após intervalo de dois meses, aplicar Pneumo 23. No caso de vacinação anterior com Pneumo 23, aplicar uma dose de Pneumo 13 com intervalo de 12 meses entre as vacinas.
VPP23	Duas doses com intervalo de cinco anos, independentemente da idade. Observar um ano de intervalo entre a Pneumo 23 e a Pneumo 13.
Hib	Duas doses com intervalo de 8 a 12 semanas, independentemente da idade.
HB	Quatro doses, aos 0, 1, 2, 6 a 12 meses com o dobro da dose.
SCR	Aplicar duas doses para qualquer idade, observando a categoria imunológica (Quadro 16 acima).
VZ	Aplicar duas doses, se susceptível. Observar a categoria imunológica (Quadro 16 acima).
FA	Avaliar risco/benefício* individual conforme situação imunológica e epidemiologia da região.
INF3	Aplicar anualmente.
HA	Se susceptível, aplicar duas doses com intervalo de 6 a 12 meses.
dT	• Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada dez anos. • Gestantes: uma ou duas doses, em qualquer momento de gestação, se vacinação incompleta para tétano e difteria.
dTpa	Gestantes: aplicar uma dose de dTpa a cada gestação a partir da 20ª semana, independentemente de vacinação anterior.
HPV4	Três doses (0, 2 e 6 meses): • Homens: 9 a 45 anos de idade. • Mulheres: 9 a 45 anos de idade.
MenACWY	Duas doses com intervalo de 8 a 12 semanas, e revacinar a cada 5 anos.

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

*A vacina contra a febre amarela não tem eficácia e segurança estabelecidas para PVHA. Pode ser recomendada levando-se em consideração a categoria imunológica (Quadro 16 acima) do paciente e a situação epidemiológica local. Para fins de vacinação, poderá ser utilizado o último exame de LT-CD4+ (independentemente da data), desde que a CV-HIV atual (de até 6 meses atrás) mantenha-se indetectável. Nos casos em que não seja possível vacinar, deve-se orientar sobre os métodos alternativos para diminuir os riscos de exposição ao mosquito; a mesma orientação deve ser dada aos responsáveis no caso de crianças com alteração imunológica grave. Lembrar que, além do risco de evento adverso grave, em pacientes imunodeprimidos a resposta à vacina poderá não ser satisfatória. Mais detalhes encontram-se disponíveis na Tabela 13 da página 62 do [Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais \(CRIE\) - 6ª edição](#).

9. **DIREITO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Pela Constituição brasileira, as pessoas vivendo com HIV ou aids, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos; entre eles, estão a dignidade humana e o acesso à saúde pública e, por isso, são amparadas pela lei. O Brasil possui legislação específica quanto aos grupos mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação, como homossexuais, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas infecciosas e de deficiência.

9.1. DECLARAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA PORTADORA DO VÍRUS DA AIDS

Em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids. O documento foi aprovado no Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG), em Porto Alegre (RS):

1. Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
2. Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
3. Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
4. Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
5. Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
6. Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
7. Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
8. Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
9. Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
10. Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
11. Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

9.2. LEI ANTIDISCRIMINAÇÃO

Em 2014 foi publicada a [Lei nº 12.984](#), de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.

9.3. AUXÍLIO DOENÇA E APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

A [Lei nº 7.670](#), de 8 de setembro de 1988, estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS benefícios previdenciários, estabelecendo a concessão de auxílio-doença ou aposentadoria, 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 e o levantamento dos valores correspondentes ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, independentemente de rescisão do contrato individual de trabalho ou de qualquer outro tipo de pecúlio a que o paciente tenha direito.

O direito ao auxílio doença e a aposentadoria por invalidez também estão previstos na Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 6 de agosto de 2010, revogada pela Instrução Normativa INSS Nº 77 DE 21/01/2015, que foi alterada pela Instrução Normativa INSS nº 117/2021.

9.4. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32120879/do1-2015-01-22-instrucao-normativa-n-77-de-21-de-janeiro-de-2015-32120750

9.5. AUXÍLIO-DOENÇA

Esse benefício é concedido a qualquer cidadão brasileiro que seja segurado (pague o seguro em dia) e que não possa trabalhar em razão de doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. A pessoa que vive com Aids ou com hepatopatia grave terá direito ao benefício sem a necessidade de cumprir o prazo mínimo de contribuição e desde que tenha qualidade de segurado, conforme o artigo 26, II, e artigo 151, ambos da [Lei nº 8.213](#), de 24/07/1991, e Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 6 de agosto de 2010, revogada pela Instrução Normativa INSS Nº 77 DE 21/01/2015, sendo esta alterada pela Instrução Normativa INSS nº 117/2021.

Todo o procedimento administrativo relativo ao benefício está regulado pelos artigos 300 a 317 da Instrução Normativa INSS Nº 77 DE 21/01/2015, alterada pela Instrução Normativa INSS nº 117/2021.

9.6. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

As pessoas que vivem com HIV/aids têm direito à aposentadoria por invalidez. A Lei de Benefícios da Previdência Social ([Lei nº 8.213](#)) permite que o segurado aposentado por invalidez seja convocado para avaliação das condições que motivaram a aposentadoria, concedida judicial ou administrativamente. Porém, a Lei nº 13.847, de 19 de junho de 2019, dispensa de reavaliação pericial a pessoa com HIV/aids aposentada por invalidez, alterando a Lei nº 8.213.

9.7. SIGILO NO TRABALHO E SIGILO MÉDICO

A PVHA tem o direito de manter em sigilo a sua condição sorológica no ambiente de trabalho. Isso inclui testes de admissão, testes periódicos ou de demissão. O médico tem a obrigação de somente averiguar a capacidade laborativa do trabalhador nos exames legais (Art.168 da CLT), sem referência a seu

estado sorológico. Em caso de violação, deve-se registrar o ocorrido na Delegacia do Trabalho mais próxima.

A testagem obrigatória é vedada por meio de dispositivos infraconstitucionais, trabalhistas, administrativos e éticos profissionais, além de instrumentos internacionais da Organização Mundial de Saúde e da Organização Internacional do Trabalho.

A Portaria nº 1.246/2010 do então Ministério do Trabalho e Emprego, hoje Ministério do Trabalho e Previdência, em seu art. 2º estabelece: “Não será permitida, de forma direta ou indireta, nos exames médicos por ocasião da admissão, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou outros ligados à relação de emprego, a testagem do trabalhador quanto ao HIV.

Além disso, a Lei nº 14.289 de 3 de janeiro de 2022, que torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14289.htm

9.8. IMPOSTO DE RENDA

Pessoas com HIV têm assegurado o direito à isenção do Imposto de Renda e, inclusive, o ressarcimento de valores retroativos a 5 anos a partir da comprovação da infecção. Tal previsão está prevista no artigo 6º, inciso XIV, da [Lei nº 7.713](#), de 22 de dezembro de 1988.

9.9. BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

É a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho, bem como ao idoso com 65 anos ou mais, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família. Esse benefício independe de contribuições para a Previdência Social. Para recebê-lo, a pessoa deve dirigir-se ao posto do INSS mais próximo e comprovar sua situação. Essa comprovação pode ser feita com apresentação de Laudo de Avaliação (perícia médica do INSS ou equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde). A renda familiar e o não exercício de atividade remunerada deverão ser declarados pela pessoa que requer o benefício. Disponível em: [Lei 8.742/1993](#) e [Decreto 3.048/1999](#).

9.10. PASSE-LIVRE

As leis do DF asseguram gratuidade no transporte público coletivo para as PVHA, devendo estas solicitarem o Cartão Especial, conforme legislação do Passe Livre Especial.

Toda violação de direitos ou crimes praticados pode ser denunciada pelos canais de comunicação da SES-DF e GDF (Ouvidoria - canal telefônico 162 ou site - www.participa.gov.df.br), bem como junto aos órgãos policiais ou judiciários (Ministério Público, Defensoria Pública, registro de ocorrência policial, entre outros).

10. REFERÊNCIAS

1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos - Módulo 1: Tratamento, Ministério da Saúde, 2023, disponível em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/relatorio-tecnico-pcdt-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos-modulo-1>.
2. Atualização do Caderno de Atenção Básica 18: HIV/Aids, Hepatites Virais, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2022.
3. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição de Risco a Infecção pelo HIV, Ministério da Saúde, 2022, disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep-versao-eletronica-22_09_2022.pdf/view. Versão resumida disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/pcdt_resumido_profilaxia_pre-exposicao_de_risco_a_infeccao_pelo_hiv.pdf/view.
4. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, 2022, disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/view. Versão Resumida disponível em [20230208_PCDT_Resumido_PEP_final.pdf \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/view).
5. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2022, disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.
6. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, 2020, disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf.
7. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, Ministério da Saúde, 2018. .
8. Nota Técnica Nº 12/2022 SES/SAIS/COASIS/DASIS (94286410), Organização da rede de saúde do Distrito Federal (DF) para a profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), disponível no processo SEI 00060-00407446/2022-61.
9. Nota Informativa n.º 4/2021 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST (67727459), Dispensação da Profilaxia Pré Exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP) prescrita pelos serviços de saúde privados/suplementar no Distrito Federal, disponível no processo SEI 00060-00361767/2021-21.
10. Guia Rápido Infecção pelo HIV e aids, 3ª edição, SMS-Rio, 2022, disponível em [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_GuiaRapido-HIV_PDFDigital_20230123_\(1\)_1.pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_GuiaRapido-HIV_PDFDigital_20230123_(1)_1.pdf).
11. O caminho que põe fim à AIDS: Relatório Global do UNAIDS 2023. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2023.
12. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023, Ministério da Saúde, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>.
13. Informativo epidemiológico de HIV/Aids no Distrito Federal de 2018 a 2023, SES-DF, 2023, disponível em https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico_HIV_AIDS_2023+finall_Bia2.pdf/8c64e515-c1c2-0cf9-7fcc-da8031f77a85?t=1701274695216.
14. Magnabosco, GT; Lopes, LM; Andrade, RLP; Brunello, MEF; Monroe, AA; Villa, TCS. Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. Esc Anna Nery 22, 2018.
15. Leung Soo C, Pant Pai N, Bartlett SJ, et al. Socioeconomic factors impact the risk of HIV acquisition in the township population of South Africa: a Bayesian analysis. PLOS Glob Public Health. 2023;3(1):e0001502.
16. Campayn, L. N. da S., Amaral, D. M., & Santos, R. N. de O. L. dos .. (2021). HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. Revista Bioética, 29(2), 374–383. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292475>
17. Leite, D. S. (2020). A AIDS no Brasil: mudanças no perfil da epidemia e perspectivas / AIDS in Brazil: changes in the epidemic profile and perspectives. Brazilian Journal of Development, 6(8), 57382–57395. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-228>.
18. Lei Nº 14.289, de 03 de janeiro de 2022 - Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.
19. Comunicado CGICI/DIDI/SVSA/MS, de 23/10/2023, sobre “Eslarecimento quanto ao esquema vacinal das novas orientações/indicações da MenACWY na 6ª edição do Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE”.
20. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, 6ª Edição, acessível em [manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/cric/pt-br/manuais-manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf).
21. Medical eligibility criteria for contraceptive use - 5th edition, OMS, 2022.

22. Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo, Ministério da Saúde, 2021.

11. ANEXOS

1. PCDT resumido de PrEP HIV.
2. Resumo PrEP HIV.
3. Resumo PEP HIV.
4. PCDT resumido de PEP HIV, ISTs e Hepatites Virais.
5. PCDT HIV Adulto - Módulo 1: Tratamento.

Elaboração e coordenação técnica:

Camila Monteiro Damasceno

Colaboração:

Arthur Fernandes da Silva

Beatriz Maciel Luz

José Ramos da Costa Júnior

Revisão:

Referência Técnica Distrital em Infectologia (DASIS/COASIS/SAIS/SES)

Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF/SULOG/SES)

Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária (DAEAP/COAPS/SAIS/SES)

Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Primária e Secundária (GENFAPS/DIENF/COASIS/SAIS/SES)



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA MONTEIRO DAMASCENO - Matr.1687639-3**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Família e Comunidade**, em 16/02/2024, às 09:52, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ARTHUR FERNANDES DA SILVA - Matr.1696926-X**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Família e Comunidade**, em 16/02/2024, às 09:58, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JOSE RAMOS COSTA JUNIOR - Matr.1687557-5**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Família e Comunidade**, em 16/02/2024, às 10:01, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA - Matr.1681160-7**, **Diretor(a) da Estratégia Saúde da Família**, em 16/02/2024, às 10:07, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **BEATRIZ MACIEL LUZ - Matr.1665092-1**, **Gerente de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 16/02/2024, às 10:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **SANDRA ARAUJO DE FRANCA - Matr.0173976-X**, **Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 16/02/2024, às 10:24, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LARA NUNES DE FREITAS CORREA - Matr.1675286-4**, **Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 16/02/2024, às 14:19, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0verificador=130568915 código CRC= **6FC44FB6**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF

Telefone(s):

Sítio - www.saude.df.gov.br