Em 1º de dezembro, celebra-se o dia mundial de combate à AIDS. Para reforçar esta luta, a Gazeta de Santa Fé traz uma edição especial sobre o tema, com entrevista e quadros informativos.

Entrevista: Ney Girão

Ney Girão é médico de família e comunidade (MFC) desde 1989. Em 1994, passou a trabalhar em uma vila popular de Porto Alegre-RS onde havia muito uso de drogas, incluindo injetáveis, e muita prostituição masculina e feminina. Logo, começou a atender pacientes com HIV e AIDS. Como bom MFC com orientação comunitária, percebeu que precisava se aprofundar nesse tema e decidiu estudá-lo a fundo para poder acompanhar as pessoas que lhe procuravam.

Em 1998, iniciou o atendimento em ambulatório especializado em HIV e AIDS da Secretaria Estadual de Saúde-RS e em seguida passou a fazer parte da Câmara Técnica para Uso de Terapia Antirretroviral do Rio Grande do Sul. Hoje, representa a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade na Comissão Nacional de DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

> **"Hoje o HIV/AIDS está disseminado pelo país, atinge todos."**

Confira a seguir a entrevista exclusiva da Gazeta de Santa Fé com Dr. Ney Girão.

Vemos hoje uma grande mudança do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV. O Sr. acompanhou essa mudança. Poderia descrevê-la?.

No final da década de 90, o HIV/AIDS ainda era um problema masculino (principalmente de homens que fazem sexo com homens-HSH), de usuários de drogas injetáveis, das capitais, cidades portuárias e universitárias e de pessoas de estratos sociais de maior poder aquisitivo. Houve um movimento triplo: **pauperização, feminilização e interiorização.** Hoje o HIV/AIDS está disseminado pelo país, atinge todos os estratos sociais e a proporção Homem/Mulher está 1,5:1. Outro fator importante é que, com o advento da terapia antirretroviral de alta potência (HAART em inglês) a mortalidade por AIDS caiu muito e o HIV/AIDS vai adquirindo características de problema crônico. Então a estratégia baseada em Serviços de Atenção Especializada e o reforço dos Ambulatórios de Infectologia hospitalar já vem mostrando sinais de esgotamento. O Congresso Brasileiro de DST/AIDS de Salvador realizado em 2013 já apontava a tendência de chamar a Atenção Primária à Saúde (APS) à responsabilidade de assumir um papel bem mais relevante daqui para diante.

Como o Sr. vê o papel da APS no cuidado das pessoas com HIV?

Eu sempre achei que a APS deveria ter mais protagonismo com relação ao HIV/AIDS. Primeiro porque a principal forma de transmissão é através das relações sexuais e esta é uma prática quase universal e cotidiana entre as pessoas. Segundo, porque o HIV/AIDS acomete todos os estratos sociais. Terceiro, porque somos responsáveis pela saúde da população do território ao qual nosso trabalho é vinculado e devemos ser a principal **porta de entrada** para esta. Temos também de **coordenar o cuidado** das pessoas, mesmo quando necessitamos da ajuda dos especialistas focais. Tanto os **aspectos preventivos** como os ligados a **adesão** podem ser melhores e mais proximamente trabalhados pelas equipes de APS. Na atual situação da epidemia, a APS deverá se envolver desde a testagem até o primeiro tratamento. Esta é a grande novidade.

> **"Na atual situação da epidemia, a APS deverá se envolver desde a testagem até o primeiro tratamento."**

Nesse sentido, é muito importante o trabalho coordenado com os outros níveis de atenção, certo?

Certíssimo. A clínica do HIV/AIDS pode ter várias configurações ao longo do tempo, desde casos assintomáticos até casos em que a retaguarda hospitalar e/ou laboratorial se torna imprescindível [*ver quadros*]. Desde pacientes estáveis em uso da medicação até pacientes "multifalhados". O conceito de redes de atenção à saúde sintetizado por Eugenio Vilaça Mendes é o mais adequado para lidar com este problema [*nota da redação: você saberá mais sobre esse autor e esse conceito em casos posteriores*].

De qualquer forma, é na APS que as pessoas descobrem-se portadoras de HIV em boa parte das vezes. O que é mais importante numa primeira consulta de pessoas com esse diagnóstico?

"A comunicação do resultado deve ser **clara e sem rodeios**. Devemos dar o tempo necessário para a absorção do impacto inicial do diagnóstico.

> **"A comunicação do resultado deve ser clara e sem rodeios. Devemos dar o tempo necessário para a absorção do impacto inicial do diagnóstico. É muito importante ajudar a pessoa quanto aos sentimentos de desespero, medo, culpa, e até de morte."**

É muito importante ajudar a pessoa quanto aos sentimentos de desespero, medo, culpa e até de morte. Temos também que avaliar as condições gerais de saúde, doenças prévias, risco cardiovascular, status psicoemocional, rede de apoio. A Medicina Centrada na Pessoa nos ajudará quanto à experiência subjetiva da pessoa em relação ao problema e/ou doença e na avaliação de um plano conjunto de acompanhamento e/ou tratamento. Na medida do possível, é interessante avaliar a capacidade de adesão. No mais solicitamos exames gerais, sorologias para hepatites, VDRL, PPD e os específicos para o HIV que são Carga Viral e Cd4/ Cd8. [ver quadros]

Quais as principais barreiras para a adesão ao acompanhamento? Como superá-las?

As barreiras já foram maiores. Os primeiros esquemas altamente potentes eram compostos por muitos comprimidos e com maior potencial de efeitos colaterais.

As barreiras já foram maiores. Os primeiros esquemas altamente potentes eram compostos por muitos comprimidos e com maior potencial de efeitos colaterais.

Hoje temos alternativas de tratamentos com posologias mais confortáveis e com menos efeitos colaterais. Talvez no ano vindouro tenhamos o "três em um" composto por Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz para uso de 1 comprimido/dia. Das grandes dificuldades, algumas são comuns a todos os tratamentos crônicos com necessidade de uso diário de medicamentos: compreensão precária sobre o problema e suas consequências, como desorganização pessoal, depressão. Outras são relacionadas a alguns grupos mais vulneráveis como os usuários de drogas e populações de rua. O trabalho multiprofissonal pela equipe de APS pode ser fundamental para que consigamos adesão. Deve ser individualizado e ir desde estratégias de educação em saúde até o Tratamento Diretamente Observado (DOT em inglês).

Devemos levar em consideração que o objetivo do tratamento é a supressão da replicação viral. Isto só se consegue e se mantém com adesão ótima (mais de 95% das tomadas). Se não conseguimos, o resultado será a resistência viral.

As indicações para iniciar a terapia antirretroviral (TARV) mudaram recentemente. Quais foram essas mudanças e quais o motivos para que elas ocorressem?

Já tivemos uma mudança importante no início do ano que foi a de iniciar tratamento a todas as pessoas com Cd4 menor que 500 células/mm3, e para os que têm CD4 maior que 500 células/mm3 nas seguintes condições: parceiro positivo do casal sorodiscordante, doença cardiovascular ou de alto risco, tuberculose, neoplasias (mesmo as não indicativas de AIDS), hepatites virais com necessidade de tratamento. Ao longo do tempo fomos nos dando conta que antecipar o início do tratamento reduz muito a morbimortalidade e que pessoas com carga viral suprimida praticamente não transmitem vírus. No protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos lançado em 02 de dezembro de 2013 orienta-se para o oferecimento de TARV para todos os soropositivos com vistas à redução da transmissibilidade.

Antes uma doença rapidamente fatal, a AIDS hoje é considerada uma doença crônica. Comenta-se muito que as doenças cardiovasculares são as complicações esperadas com os avanços do tratamento. Há algum cuidado especial nesse sentido?

De fato: hoje, se houver adesão ao tratamento, podemos dizer que o HIV/AIDS torna-se uma condição crônica e a sobrevida é uma bem vinda incógnita, como a de todos. A condição de infecção crônica, por si, aumenta o risco cardiovascular, e por isso devemos monitorá-lo com mais cuidado. Além disto, os Inibidores de Protease, especialmente o Lopinavir, podem provocar dislipidemia, contribuindo para o risco. Em caso de necessidade de tratamento, o Programa Nacional fornece fibratos e estatinas.

Quadro 1 – Espectro clínico: Acompanhe as diferentes fases clínicas do HIV, desde o momento da infecção até o desenvolvimento da Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS).

Quadro 3 – Exames de seguimento: veja quais exames a solicitar e com que frequência para a pessoa vivendo com HIV/AIDS.

Quadro 2 – Recomendações para início de terapia antirretroviral (TARV): saiba quando indicar a TARV.

Quadro 4 – Profilaxia primária: algumas infecções oportunistas podem ser evitadas se a profilaxia for prescrita no momento apropriado.

Referência: BRASIL.
Ministério da Saúde.
Secretaria de Vigilancia em Saúde.
Departamento de DST, Aids e Hpatites Virais.
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.
Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Quadro 1. Espectro Clínico

	Infecção aguda	Latência clínica	Fase sintomática	AIDS
Quadro clínico	Quadro inespecífico das primeiras quatro semanas de infecção. Pode cursar com febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cafeleia - Síndrome Retroviral Aguda (SRA), presente em até 90% dos casos.	Exame físico costuma ser normal, exceto por linfadenopatia. Anemia, leucopenia e plaquetopenia podem estar presentes, sem repercussão clínica. Episódios mais frequentes de infecções bacterianas, inclusive tuberculose.	Sintomas constitucionais (febre, emagrecimento, fadiga, sudorese) persistentes, diarreia crônica, infecções bacterianas mais frequentes, herpes zoster.	Infecções oportunistas (pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose miliar, meningite criptocócica) e neoplasias (sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin, câncer de colo uterino).
Contagem de CD4 (células/ mm³)	**Acima de 500**	**Acima de 350**	**Entre 200 e 300**	**Abaixo de 200**
Comentário	Diante de um quadro viral inespecífico, considere a infecção pelo HIV entre os diagnósticos possíveis e investigue potenciais fontes de exposição ao vírus. Nessa fase,o anti-HIV, geralmente é negativo.	Com a progressão da doença, infecções atípicas e recorrentes, com resposta tardia aos antibióticos, começam a ser observados.	Candidíase oral, febre de origem indeterminada, diarreia crônica e leucoplasia oral pilosa são preditores de evolução para AIDS.	Instaurar profilaxias conforme recomendado (ver quadro 4).

Quadro 2. Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)	
Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4	
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.	
Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4	
Iniciar TARV	
Assintomáticos	
CD4 ≤ 500 células/mm³	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm³	Iniciar TARV na coinfecção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B Considerar TARV nas seguintes situações: • neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia • doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham) • coinfecção HIV-HCV • carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento
Gestantes	
Iniciar TARV	

Quadro 3. Exames de seguimento – adaptado do *Guidelines DHHS Panel 2011*			
Exame	**Pré-TARV**	**Seguimento**	**Observação**
Hemograma	Sim	**3-6 meses**	Repetir com maior frequência em pacientes sintomáticos ou em uso de medicamentos mielotóxicos
Contagem de LT-CD4+	Sim	**6 meses**	Intervalo de 6 meses para pacientes em TARV com estabilidade imunológica (LT-CD4+ > 200 em duas aferições)
Carga viral (CV)	Sim	**6 meses**	Repetir 2 a 3 meses após o início/troca de TARV para avaliação da resposta virológica
Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)	Sim	**Anual**	Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV
Cálculo do clearance da creatinina ou Taxa de filtração glomerular[1]	Sim	**Anual**, em pacientes com maior risco de insuficiência renal (diabéticos, coinfectados com HCV, negros, hipertensos)	Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV
Escore de risco cardiovascular de Framingham[2]	Sim	**Anual**	Homens > 40 anos e mulheres > 50 anos, na ausência de riscos cardiovasculares
Prova tuberculínica (PT)	Sim	**Anual**, caso o exame inicial seja < 5 mm	Indicar tratamento da infecção latente quando PT ≥ 5mm
Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)	Sim	**6 meses**	
Anti-HCV	Sim	**Anual**, em caso de sorologia não reagente	
Dosagem de lipídios	Sim	**Anual**	
Glicemia de jejum	Sim	**Anual**	Considerar teste de tolerância a glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125 mg/dL
Densitometria óssea		**2-5 anos** (mulheres pós menopausa e homens após 50 anos)	
Fundoscopia		**6 meses**, em indivíduos com LT- CD4+ < 50 células/mm³	

1 http://www.sbn.org.br/equacoes/eq1.htm; http://mdrd.com/
2 http://dab.saude.gov.br/cnhd/score_framingham/framingham.php

Quadro 4. Profilaxia primária das infecções oportunistas (evitar o primeiro episódio de doença)				
Agente	**Indicação**	**1ª escolha**	**Alternativas**	**Critérios de suspensão**
Pneumocystis jirovecii	LT-CD4+ < 200 cel/mm³ (ou < 14%) ou presença de candidíase oral ou febre indeterminada com mais de duas semanas de duração ou doença definidora de aids	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160 mg) três vezes por semana	Dapsona 100 mg/dia ou pentamidina 300 mg aerossol uma vez por mês (respirgard II).	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 200 cel/mm³
Toxoplasma gondii	Pacientes com IgG positiva para toxoplasma e LT-CD4+ < 100 cel/mm³	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160 mg) uma vez por dia	Dapsona 50 mg/dia + pirimetamina 50 mg/semana + ácido folínico 10mg três vezes por semana ou clindamicina 600 mg 3 vezes por dia + pirimetamina 25-50mg/dia + ácido folínico 10mg três vezes por semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 100 cel/mm³
Mycobacterium tuberculosis (tuberculose latente)	PT> 5 mm ou história de contato com paciente bacilífero ou radiografia de tórax com cicatriz de TB sem tratamento prévio	Isoniazida 5 mg/kg/dia (dose máxima 300 mg/dia). A associação com piridoxina 50 mg/dia pode reduzir o risco de neuropatia		Duração de no mínimo 6 meses
Complexo Mycobacterium avium	LT-CD4+ < 50 cel/mm³	Azitromicina 1.200 mg/semana	Claritromicina 500 mg duas vezes por dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 100 cel/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 50 cel/mm³
Cryptococcus sp. Histoplasma capsulatum	Não se indica profilaxia primária para criptococose e histoplasmose. Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas ou se expor a fezes de pássaros e morcegos			
Citomegalovírus	Não se indica profilaxia primária. Recomenda-se diagnóstico precoce de retinopatia mediante fundoscopia rotineira em PVHA com LT-CD4+ < 50 cel/mm³			
Herpes simplex	Não se indica profilaxia primária			