



**Revista Processus de Estudos de  
Gestão, Jurídicos e Financeiros**

**ISSN: 2237-2342 (impresso)**

**L-ISSN: 2178-2008 (on-line)**

**Ano X, Vol. X, n.38, jul./dez., 2019.**

**Tramitação editorial:**

**Data de submissão: 30/04/2019.**

**Data de reformulação: 15/05/2019.**

**Data de aceite definitivo: 30/05/2019.**

**Data de publicação: 20/06/2019.**

## **PROTOS COLS CLÍNICOS E DIRETRIZES DE TRATAMENTO AO PACIENTE PORTADOR DE IMUNODEFICÊNCIA HUMANA – PCDT/HIV<sup>1</sup>**

*Roseli Alvarez do Nascimento<sup>2</sup>  
Francisco das Chagas dos Santos Lima<sup>3</sup>  
Gerdeane da Costa Oliveira<sup>4</sup>  
Rick Hydeioshi Tanizaki Pereira<sup>5</sup>  
Samuel Dias de Oliveira<sup>6</sup>  
Jonas Rodrigo Gonçalves<sup>7</sup>*

<sup>1</sup> Artigo oriundo do projeto integrador como trabalho final da Graduação em Gestão Financeira na faculdade Processus, sob a orientação do professor MSc. Jonas Rodrigo Gonçalves e revisado linguisticamente por Roberta dos Anjos Matos Resende.

<sup>2</sup> Graduada em Gestão Financeira e graduando em Ciências Contábeis pela Faculdade Processus.

<sup>3</sup> Graduado em Gestão Financeira e graduando em Ciências Contábeis pela Faculdade Processus.

<sup>4</sup> Graduada em Gestão Financeira e graduanda em Ciências Contábeis pela Faculdade Processus.

<sup>5</sup> Graduado em Gestão Financeira e graduando em Ciências Contábeis pela Faculdade Processus.

<sup>6</sup> Graduado em Gestão Financeira e graduando em Ciências Contábeis pela Faculdade Processus.

<sup>7</sup> Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Especialista em: Letras: Revisão de texto; Formação em Educação a Distância; Docência no Ensino Superior; Didática no Ensino Superior em EAD. Licenciado em Filosofia e em Letras (Português e Inglês). Escritor, autor de 36 livros didáticos e acadêmicos. Coordenador dos grupos de pesquisa: Direito e Políticas Públicas; Políticas Públicas do Agronegócio e Gestão Ambiental; Português Jurídico; Língua Portuguesa e Carreiras Públicas.

## Resumo

Nas últimas décadas advieram à elevação da expectativa de vida mundial e por sua vez a diminuição dos índices de mortalidade, exceto quando verificados dados estatísticos das infecções sexualmente transmissíveis, especialmente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Diante dessa realidade mundial, diferentes estratégias foram tomadas pelos órgãos internacionais e brasileiros para conscientizar a população e reduzir índices de mortalidade, bem como a propagação do vírus HIV, objetivando a melhoria da assistência de cuidados destinados aos pacientes HIV positivos, norteando a meta de diagnosticar e iniciar a terapia antirretroviral em 90% dessa população até 2020. O presente trabalho objetiva demonstrar políticas públicas dimensionadas para essa população como ferramenta de promoção do debate da temática. É evidente a necessidade de atualizar a temática uma vez que os dados evidenciam o aumento de casos diagnosticados do processo infeccioso, o que poderia demonstrar certa acomodação diante dos avanços alcançados. Em direção a essa demanda o presente objetiva demonstrar através de uma revisão bibliográfica a importância do conhecimento das propostas das políticas públicas como instrumento na promoção de saúde ao portador soro positivo com HIV/AIDS.

**Palavras chaves:** Políticas Públicas. Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV/AIDS.

## Abstract

*In the last decades, there has been an increase in world life expectancy and a decrease in mortality rates, except for statistical data on sexually transmitted infections, especially Acquired Immunodeficiency Syndrome. In view of this global reality, different strategies were taken by international and Brazilian agencies to raise awareness and reduce mortality rates, as well as the spread of the HIV virus, aiming at improving care assistance for HIV positive patients, guiding the goal of diagnosing and initiate antiretroviral therapy in 90% of this population by 2020. The present study aims to demonstrate public policies designed for this population as a tool to promote debate on the subject. It is evident the need to update the issue since the data show the increase in diagnosed cases of the infectious process, which could show some accommodation in the face of the progress achieved. Towards this demand, the present objective is to demonstrate through a bibliographical review the importance of knowledge of the public policy proposals as a tool in promoting health to the HIV positive HIV / AIDS carrier.*

**Keywords:** Public Policies. Sexually Transmitted Infections. HIV / AIDS.

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fórum Econômico Mundial (WEF) salientam a necessidade dos investimentos direcionados para a área de educação em saúde, pois segundo dados apresentados há uma relação direta e proporcional entre

saúde x desenvolvimento. Para essas organizações ao investir em saúde preventiva, investe-se no desenvolvimento de um país, conforme verificado nas últimas cinco décadas houve aumento na expectativa de vida mundial e por sua vez a diminuição dos índices de mortalidade, exceto em países em desenvolvimento quando se verifica dados estatísticos dos processos patológicos que incluem as Infecções sexualmente transmissíveis (IST) especialmente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - HIV/AIDS (WORLD ECONOMIC FORUM, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

No Brasil, na década de 80, verificou-se o início da ocorrência de um processo epidêmico de AIDS, elevando a necessidade de tomada de medidas de combate, prevenção, tratamento e de medidas que proporcionassem a melhoria da qualidade de vida ao portador. Diversas estratégias foram tomadas para conscientizar a população e reduzir índices de mortalidade, bem como a propagação do vírus HIV (TAQUETTE *et al.*, 2011 *apud* RAMOS *et al.*, 2019).

Diante dessa realidade mundial, que não é exclusividade do Brasil, a Organização Pan Americana da Saúde (WHO) propôs um conjunto de medidas objetivando a melhoria da assistência de cuidados destinados aos pacientes HIV positivos norteando pela meta de diagnosticar e iniciar a terapia antirretroviral em 90% dessa população até 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Conforme preconizam as publicações do Ministério da Saúde que tratam da temática, é fundamental o diagnóstico precoce do processo infeccioso e do combate ao vírus, pois a demanda aumenta e muito, quando o mesmo é realizado tardiamente, bem como há uma evidente dificuldade de rastreamento das populações com maior probabilidade da aquisição do processo infeccioso pelo mesmo (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018c; BRASIL, 2018d; BRASIL, 2018e).

Diante das considerações apresentadas, o presente trabalho objetiva demonstrar por meio de cinco políticas públicas (*Profilaxia e pré exposição ao HIV; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV; Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos; Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.*) dimensionadas a população soro positiva com HIV/AIDS como ferramenta de promoção do debate da temática. É evidente a necessidade de

discutir e atualizar a temática uma vez que dados recentes evidenciam aumento de casos diagnosticados do processo infeccioso, o que poderia demonstrar certa acomodação diante dos avanços alcançados.

Em direção a essa demanda o presente objetiva demonstrar a importância do conhecimento das políticas públicas como instrumental na promoção de saúde do portador soro positivo com HIV/AIDS. Adotou-se como pergunta norteadora: Qual é a proposta presente nos protocolos clínicos e diretrizes de tratamento ao paciente portador de imunodeficiência humana, como pressuposto das políticas públicas?

Utilizou-se como metodologia a revisão analítica norteada nas publicações oficiais do Ministério da Saúde a respeito dos protocolos clínicos e diretrizes de tratamento ao paciente portador de imunodeficiência humana – PCDT/HIV. A busca foi feita na base de dados Google Acadêmico e os descritores usados foram: protocolos HIV/AIDS, promoção em saúde, infecções sexualmente transmissíveis. Os protocolos foram selecionados a partir da variável de interesse. A seleção foi realizada a partir da leitura dos documentos que atendia aos critérios de inclusão definidos neste estudo. Os critérios de inclusão foram: materiais de pesquisa em português que respondessem à pergunta do estudo, disponibilidade do texto completo em suportes eletrônicos e publicados no período de 2015 a 2019. Foram encontrados 5 manuais do Ministério da Saúde. Todas as buscas foram realizadas no período de março a maio de 2019.

Após a realização da coleta dos dados e da leitura de todo material, foram compiladas as principais informações. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva objetivando uma compreensão sobre o tema pesquisado para elaboração do referencial teórico. Espera-se com esse estudo discutir e conhecer a importância das políticas públicas destinadas à temática.

### **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV - PCDT PrEP**

A Organização Mundial de Saúde passou a recomendar desde 2012 a oferta da PrEP via oral para os que se encontram em grande risco de contaminação de infecção do vírus HIV, no entanto, apenas no ano de 2017 o Governo brasileiro passou a iniciar sua oferta. A introdução da PrEP acontece gradativamente em todo o país, focando naqueles que apresentam grande risco à infecção, dentre eles os trabalhadores do sexo, gays, trans., bem como os casais sorodiferentes. Sua

implantação compreende duas etapas, sendo a primeira iniciada em dezembro de 2017, em 11 estados, incluindo 36 serviços. Já a segunda, começou no primeiro semestre de 2018, contemplando os demais (BRASIL, 2018e).

A medida preventiva de pré-exposição ao vírus do HIV constitui-se na utilização de antirretrovirais em pessoas que não estão infectadas, mas vulneráveis e em constante exposição. Nesses casos a PrEP oferece vantagens em relação aos demais métodos preventivos uma vez que quem opta por ela obtém sucesso em proteger-se da infecção pelo HIV, sem que haja a necessidade de seus parceiros concordarem com sua decisão ou mesmo participarem dela. (BRASIL, 2018e).

O simples fato de pertencer a um dos grupos citados não é suficiente para identificar indivíduos com grau elevado de exposição ao HIV. Para caracterizar tais indivíduos é preciso observar suas práticas sexuais, seus parceiros e os contextos específicos associados à exposição. Outros indicativos merecem ser considerados, tais como a repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais sem o uso de preservativo; as relações sexuais com parceiros eventuais, com frequência; histórico de infecções sexualmente transmissíveis (IST); busca repetida pela Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e troca de sexo por dinheiro, drogas, etc. (BRASIL, 2018e).

Inicialmente é realizada uma consulta de triagem na qual a equipe de saúde organizará a realização dos procedimentos e exames necessários. Esta realização leva em conta os seguintes critérios: a abordagem sobre o gerenciamento de risco, a avaliação do entendimento e da motivação para o início da PrEP, a avaliação da indicação de uso imediato de PEP, em caso de exposição recente. A exclusão da possibilidade de infecção pelo vírus, a identificação e o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis a testagem para hepatites virais B e C. A vacinação para a hepatite B, a avaliação das funções renal e hepática e a avaliação do histórico de fraturas patológicas (BRASIL, 2018e).

Os exames a serem realizados no processo de triagem consistem nos testes para HIV e Sífilis; identificação de outras IST; teste para hepatite B e C; funções renal e hepática (BRASIL, 2018e).

O esquema proposto para seu uso consiste na combinação dos antirretrovirais Fumarato de Enofovir Desoproxila (TDF) e Entricitabina (FTC), a eficácia e a segurança são evidentes, mesmo em poucos eventos adversos associados. Após o início, devem ser realizados os seguimentos clínico e laboratorial trimestralmente. Lembrando que no primeiro mês o acompanhamento é feito em intervalos mais curtos,

a cada 30 dias nos 3 primeiros meses ou até 90 dias. Isso claro, dependendo da avaliação médica sobre a prescrição da profilaxia. Durante o acompanhamento clínico é importante observar a possibilidade de infecção aguda. Como em toda terapia farmacológica, poderão advir possíveis efeitos colaterais que devem ser informados ao paciente, cabendo ao profissional de saúde esclarecer e sanar dúvidas emergentes. Seus usuários devem ser orientados adequadamente para garantir os melhores resultados da PrEP. Todas as informações são essenciais sobre a profilaxia, o medicamento deve ser utilizado diariamente, independente do horário, caso haja a falha de um ou dois dias, pede-se que continue a terapia (BRASIL, 2018e).

Nos seguintes casos a PrEP deverá ser interrompida: no diagnóstico de infecção pelo HIV, na manifestação do desejo da pessoa de não utilizar mais a medicação e mudança de estilo de vida, diminuindo a frequência de práticas sexuais de risco (BRASIL, 2018e).

Estudos demonstram que mulheres HIV negativas, que buscam engravidar de parceiros soropositivos, podem se beneficiar do uso de PrEP de forma segura, ao longo da gestação e da amamentação, para a sua proteção e do bebê (BRASIL, 2018e).

### **Crítérios para indicação de Municípios e Serviços**

Após conhecer o Protocolo e as Diretrizes Nacionais, há critérios importantes para que seja realizada a escolha de novos serviços pelas coordenações de IST/AIDS, são eles as intervenções mais caras em áreas geográficas, levando em consideração o alto índice de HIV, o mapeamento geográfico no qual se tem maior número de infectados. E é exatamente nesses lugares que os serviços de PrEP devem ser focados e otimizados (BRASIL, 2018e).

### **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV - PCDT PEP**

Dados recentes apontam que em 2017 havia 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo. Diante deste quadro o Brasil adotou algumas medidas para aplacar o mal da AIDS. Concessão de recurso terapêutico para todas as pessoas soropositivas, gratuitamente através do SUS. Oferta à todas as pessoas que tenham recebido possível exposição ao vírus, independentemente de seu estado imunológico (contagem de CD4). Descomplica e descentraliza o tratamento antirretroviral, estendendo a cobertura dos testes de HIV para pessoas chaves e as recebendo como emergência médica (BRASIL, 2018d).

Esta profilaxia baseia-se na ingestão de componentes de medicamento antirretroviral que deverão ter a primeira dose tomada entre as duas primeiras horas até o limite de 72 horas após a exposição ao HIV. Para a eficácia é preciso que a não se interrompa por 28 dias. Nos próximos 90 dias o paciente será acompanhado pela equipe de saúde, nesta oportunidade, testarão a sorologia da pessoa exposta aos 30 e 90 dias após a possível infecção (BRASIL, 2018d).

É necessário informar como e quando aconteceu a exposição e as condições sorológicas dos envolvidos. Importante frisar que não há restrição para o uso do PEP, inclusive para gestantes e a indicação para lactantes, que no caso, devem cessar a amamentação (BRASIL, 2018d).

É importante realizar os testes rápidos que ficam prontos em 30 minutos. O teste é oferecido pelo Ministério da Saúde à população em Unidades Básicas de Saúde e em Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA (BRASIL, 2018d).

O acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização, tem o objetivo de expandir o acesso ao usuário conforme a necessidade, e organizar o processo de trabalho (BRASIL, 2018d).

A pessoa portadora de HIV/AIDS deve ser acolhida em local adequado e ser respeitada em seu direito à privacidade, com empatia e sem julgamentos morais, o tratamento deve ser acessível às populações chaves e prioritárias. A avaliação inicial inclui perguntas objetivas, que abordam as práticas sexuais, o uso de drogas lícitas e ilícitas, a troca de dinheiro por sexo, a situação de violência, entre outras. Em relação à exposição sexual, é importante avaliar se a pessoa tem indicação para PEP (BRASIL, 2018d).

O SUS iniciou a distribuição do PEP em 1999 como precaução à transmissão vertical, ocorrências de estupro, PEP de violência sexual, e acidentes de trabalho, PEP ocupacional. Não havia consenso na distribuição do PEP sexual, assim chamado a profilaxia para relações sexuais. Gestores de cada país decidiram como seria a adoção do tratamento conforme a realidade local. Por pressão política e modificações no campo científico, em 2006 incluíram os casais sorodiscordantes, prática que passou a ser aconselhada em casos de alto risco no ano de 2010 (BRASIL, 2018d).

Um novo protocolo clínico de profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco para infecção pelo HIV foi colocado em prática em 2015, mais simples e acessível. A novidade é que as PEPs para acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida serão distribuídas sem distinção e com urgência. Com essa nova medida

de prevenção combinada, o uso de ARV's somado ao preservativo, gel lubrificante e maior evidência dos dados, houve aumento do uso da PEP no Brasil. É mais uma alternativa de combate à doença (BRASIL, 2018d).

Foram criados aplicativos para auxiliar os profissionais de saúde e pacientes, o **PCDT PEP - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP)** e o **Viva Bem, entre outros**. O PCDT PEP é direcionado aos profissionais de saúde, os aplicativos disponibilizam os PCDTs com os conteúdos completos e mais acessados, por meio de títulos, subtítulos, indicação para favoritos e opções de compartilhamento. É possível verificar os locais nos quais a profilaxia pode ser realizada em território nacional e consultar perguntas referentes ao tema. O Viva Bem é voltado para o paciente e possibilita cadastrar lembretes para o uso de medicamentos, exames e vacinas. É permitido verificar particularidades dos medicamentos, acessar os resultados dos exames realizados, vislumbrar parâmetros da evolução do tratamento e conhecer as novidades no tratamento imediato (<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>).

A PEP é um método de prevenção combinada que tem a finalidade de reduzir o número de novas infecções pelo HIV. Desta forma é essencial aumentar a oferta de PEP no SUS, vislumbrar um horizonte mais duradouro aos pacientes e maior possibilidade de nosso país alcançar a meta global e sair dos níveis epidêmicos de HIV/AIDS até 2030 (<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>).

### **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais – PCDT TV**

O termo “Prevenção Combinada” se refere à ideia da união de diferentes ações de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis, do HIV, das hepatites virais e de seus fatores associados. Portanto, a definição parte do princípio de que diferentes intervenções devam ser combinadas em uma estratégia por meio da conciliação das três formas de intervenção possíveis na criação de estratégias de prevenção, as biomédicas, as comportamentais e as estruturais (BRASIL, 2018c).

A junção dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todas as possibilidades e significados do termo “Prevenção Combinada”. Essa conjunção de ações deve focar nas pessoas, em seus grupos sociais e a sociedade na qual estão inseridas. A ideia inicial básica estabelecida é que as estratégias de prevenção

abrangentes devem observar de forma simultânea diferentes focos, considerando as características dos sujeitos e seu contexto (BRASIL, 2018c).

Os testes que devem ser realizados pela gestante para prevenir a transmissão vertical de infecções estão detalhados a seguir:

- HIV: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto.
- Sífilis: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores.
- Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre). Se o resultado for não reagente e não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação.
- Hepatite C: de acordo com o histórico de comportamento de risco para exposição ao HCV (BRASIL, 2018c).

## **HIV**

No pré-natal deve-se orientar a gestante sobre a importância da testagem I e sobre os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical. A testagem HIV deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta do pré-natal e no início do terceiro trimestre de gestação, podendo ainda ser efetuada em qualquer outro momento caso haja exposição de risco ou violência sexual (BRASIL, 2018c).

Está recomendada a realização de testagem rápida também na admissão da mulher na maternidade, hospital ou casa de parto, devendo ser ofertada nessa ocasião a testagem combinada para HIV, sífilis e hepatite B, se gestante sem esquema vacinal completo (BRASIL, 2018c).

A TARV está indicada para toda gestante que é infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no início do tratamento (BRASIL, 2018c).

O risco de transmissão vertical do HIV é determinado pela CV-HIV materna, pelo uso de TARV durante a gestação e pela relação entre o tempo de uso de TARV efetiva e o parto. A supressão da CV-HIV é um fator determinante na redução da transmissão vertical. O uso de TARV durante a gravidez reduz a taxa de transmissão

vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1%, quando se alcança a supressão da CV-HIV materna próxima ao parto (BRASIL, 2018c).

A TARV universal é um elemento importante da PTV do HIV; porém, para que seja atingida a meta de eliminação de novos casos entre crianças, as ações de PTV de HIV incorporam um pacote de intervenções, que inclui ações de prevenção ao HIV entre mulheres negativas para o HIV, o acesso ao planejamento reprodutivo, a testagem disponível e precoce para HIV no pré-natal e o suporte para que mulheres gestantes vivendo com HIV permaneçam aderentes à TARV e retidas no sistema de saúde. Essas mulheres, assim como suas parcerias sexuais, devem ter acesso à testagem, ao diagnóstico e tratamento adequado para outras IST (BRASIL, 2018c).

### **Sífilis**

A sífilis é uma IST de caráter sistêmico, pode ser curada e é exclusiva do ser humano. É causada por uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905, a *Treponema pallidum* é transmitida por via sexual e vertical, predominantemente. O risco dessa IST está diretamente ligado à presença de lesões sífilíticas muco cutâneas, mais comuns no primeiro ano de infecção, ou seja, nas fases primária e secundária. A transmissão vertical acontece mais frequentemente intraútero, também pode ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto, se houver uma lesão ativa presente (BRASIL, 2018c).

A única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes é a penicilina benzatina. Embora outros antibióticos (como as tetraciclinas orais e os macrolídeos) tenham sido utilizados para tratamento de sífilis em adultos, durante a gestação não são recomendados por sua toxicidade ao feto, ou por não conseguirem atravessar a barreira placentária (BRASIL, 2018c).

### **Hepatite B durante a gestação**

O HBV pode ser transmitido por via parenteral, sexual e vertical (perinatal e intrauterina). Uma das vias mais importantes de transmissão para os recém-nascidos é a via perinatal, no momento do parto. Nesse cenário, a evolução é desfavorável, com maior chance de cronificação. Crianças nascidas de mães infectadas pelo HBV, que são positivas tanto para HBsAg quanto para o HBeAg têm maior risco para a aquisição da infecção, entre 70% e 100% se comparadas àquelas nascidas de mães

HBsAg positivas, com HBeAg negativo (5% a 30% de chance de transmissão vertical). Apesar da introdução da vacina para hepatite B a partir de 1999, e dos esforços progressivos para a prevenção, como a produção nacional autossuficiente de vacinas, no Brasil ainda ocorre a transmissão vertical da hepatite B. A associação da vacina Hepatite B com o fornecimento de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) às crianças expostas, assim como a oferta de profilaxia para gestantes com antivirais, são medidas adotadas para diminuir o risco de transmissão vertical. A maior frequência de transmissão vertical do HBV ocorre no momento do parto, portanto essa temática se reveste de grande importância. Porém, a evidência é conflituosa quanto ao efeito do modo de parto na redução das taxas de transmissão vertical. Não há evidências concretas dos benefícios da realização de cesariana como medida preventiva da transmissão vertical de hepatite B, sendo esse um tema ainda controverso na literatura (BRASIL, 2018c).

### **Hepatite Viral C**

Não há evidências científicas que recomendem uma via de parto preferencial com o propósito de prevenir a transmissão vertical do HCV. Aconselha-se evitar procedimentos invasivos, parto laborioso e tempo de ruptura de membranas maior que seis horas para minimizar a possibilidade de TV. Também não existem evidências de que a TV do HCV possa ser evitada com a contra-indicação à amamentação (BRASIL, 2018c).

### **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos - PCDT ADULTOS**

O *PCDT Adultos* nome dado ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos objetiva atualizar as recomendações sobre a prevenção, o tratamento e a propeidêutica das pessoas que convivem com a realidade do HIV (BRASIL, 2018a).

Este documento traz nova perspectiva ao cuidado das PVHIV e novas orientações para melhorar a organização da rede de assistência em saúde às PVHIV. A rede e o cuidado à pessoa baseiam-se num processo que acontece em cinco etapas, são elas: o diagnóstico, vinculação, retenção e realização de exames periódicos, início da terapia medicamentosa e promoção para boa adesão ao tratamento. Supressão da carga viral e o alcance da qualidade de vida. Essas cinco etapas constituem uma sequência de degraus denominada “Casca de cuidado

contínuo do HIV” cujo objetivo é estabelecer metas e monitorar os avanços relativos ao cuidado das PVHIV (BRASIL, 2018a).

Com os avanços alcançados nas últimas décadas houve melhoria no quadro da epidemiologia de HIV, mudando o cenário de atuação, a redução da morbimortalidade e aumento de processos patológicos associados. Doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, síndrome da descompensação metabólica se tornaram uma preocupação prevalente entre as PVHIV modificando seu status para uma classe de doença crônica o que ocasionou um novo olhar sobre seus portadores e mudança de comportamento na atuação da equipe multidisciplinar buscando preservar a premissa da garantia ao atendimento integral e multiprofissional às PVHIV (BRASIL, 2018a).

Outros aspectos também são importantes, tais como o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio orientado pela Organização das Nações Unidas (ONU) cujo objetivo é combater e reverter a propagação do HIV/aids. Nesse documento os países se comprometem a buscar a meta denominada 90-90-90 até 2020 - 90% das pessoas diagnósticas; 90% estejam em TARV e 90% tenham a carga viral indetectável (BRASIL, 2018a).

Dentre as estratégias de ações foi institucionalizada uma rede de apoio para costurar e estruturar a assistência à saúde prestada ao PVHIV, surgindo uma nova proposta norteada no modelo do matriciamento e no atendimento em rede (BRASIL, 2018a).

Essa proposta concebe o matriciamento como forma especializada da assistência, bem como do suporte técnico-pedagógico e um apoio institucionalizado a seus participantes. O atendimento em rede é a possibilidade criada para o usuário transitar entre os diversos níveis de assistência à saúde (BRASIL, 2018a).

Fatores como a acessibilidade universal, a prevenção e o tratamento de HIV/AIDS, a queda nas taxas de transmissão vertical, a redução da morbimortalidade da infecção e o aumento da expectativa e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e das demais IST's possibilitou a transformação da realidade epidêmica no país, caracterizando o atual perfil crônico da doença (BRASIL, 2018a).

Atualizam-se também as necessidades de uma nova linguagem ao tratar com algumas populações específicas, jovens em idade sexual ativa e mulheres. Aos primeiros, abordagem mais ampla, sem o reducionismo a utilização de preservativos e aconselhamento anticoncepcional. Para as mulheres, intervenções voltadas ao

autocuidado e empoderamento. Vale ressaltar diferenças regionais e algumas vulnerabilidades, como desigualdades de gênero, incluindo as mulheres transexuais e os adolescentes. Nesse sentido, as abordagens que objetivam a redução de condições de vulnerabilidade, a adoção de práticas sexuais seguras, a promoção dos direitos humanos e a eliminação do estigma permanecem estratégias centrais da política brasileira de prevenção às IST's e ao HIV (BRASIL, 2018a).

### **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

As infecções oportunistas merecem ser relacionadas, pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. E as neoplasias, sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. São o marcos definidores da AIDS apresentando contagem de LT-CD4+ abaixo de 200 céls/mm<sup>3</sup>, na maioria das vezes. O HIV pode ocasionar processos patológicos por dano direto a determinados órgãos dentre eles: coração, cérebro, rins; provocando miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV (BRASIL, 2018a).

O teste rápido de detecção do vírus HIV em serviços de saúde não especializados objetivou o fortalecimento das ações que possibilitassem o diagnóstico precoce do HIV e sua subsequente adequação a terapia e melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2018a).

Seu diagnóstico ainda ocorre de forma tardia em estágios avançados da doença no qual há o adoecimento grave e até a morte. Além de não usufruírem dos benefícios da terapia, ainda perpetuam a cadeia de transmissão do vírus, contribuindo para a manutenção da epidemia, elevando indicadores que poderiam não existir (BRASIL, 2018a).

### **Abordagem inicial do adulto infectado pelo HIV**

Acessibilidade, relação de confiança e respeito, diálogo aberto e empatia devem nortear a relação entre o usuário e a equipe multiprofissional abrindo espaço para a compreensão dos aspectos fundamentais do processo patológico, da avaliação clínico-laboratorial, da adesão e da terapêutica (BRASIL, 2018a).

O acolhimento e a escuta atenta são as chaves para o início de uma relação que tente perpetuar por uma longa caminhada e conhecer seus participantes é uma ferramenta fundamental. Compreender as condições biopsicossociais, riscos e as

vulnerabilidades que envolvem o contexto de vida da PVHIV representa uma ferramenta importante para o manejo integral e o consequente sucesso terapêutico. Seu início começa na primeira consulta, mas não poderá ter fim nela, deverá ser complementada e atualizada a cada novo momento de encontro (BRASIL, 2018a).

O exame físico deve ser completo e incluir a aferição da pressão arterial, peso, altura, cálculo do índice de massa corpórea e medida da circunferência abdominal, atentando aos sinais clínicos associados ao processo patológico, uma vez que seu acometimento é sistêmico. (BRASIL, 2018a).

O exame físico completo deve ser realizado regularmente, porque produz achados importantes. O exame da pele e oroscopia são também relevantes, os diversos sinais e sintomas presentes podem estar associados à infecção pelo HIV. Quanto mais baixa a contagem de LT-CD4+, mais frequentemente os pacientes devem ser examinados. A abordagem laboratorial no início do acompanhamento auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a pesquisa de comorbidades, a presença de coinfeções e a urgência da TARV (BRASIL, 2018a).

A periodicidade das consultas médicas deve adequar-se às condições clínicas da PVHIV e à fase do tratamento. Após a introdução ou alteração da TARV, recomenda-se retorno entre sete e 15 dias para avaliar eventos adversos e dificuldades relacionadas à adesão. Em seguida, retornos mensais até a adaptação à TARV (BRASIL, 2018a).

### **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes - PCDT CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

As sugestões do Ministério da Saúde inclusas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manuseio da contaminação pelo HIV em Crianças e Adolescentes mudam a terapia antirretroviral (TARV), desvinculando medicamentos mais tóxicos e vinculando os inibidores da integrase para início de tratamento em crianças maiores de dois anos. Trata-se das atividades e informações que levem em consideração as necessidades e especificidades desses indivíduos e as variadas formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2018b).

O informativo Epidemiológico HIV/AIDS do Setor de Vigilância, Prevenção e Controle das contaminações Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), publicado anualmente, relata o cenário epidemiológico da

contaminação apresentando informações e análises sobre os casos de HIV/AIDS no Brasil, de acordo com os principais indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos (BRASIL, 2018b).

Descrevem-se três padrões distintos da contaminação em crianças. O primeiro é denominado de “progressão rápida” e ocorre em cerca de 20% a 30% das crianças não tratadas, que evoluem com quadros graves no primeiro ano de vida e podem morrer antes dos quatro anos. O segundo padrão é chamado “progressão normal”, mais lento, que abrange a maioria (70% a 80%) dos casos. Nesses indivíduos o desenvolvimento dos sintomas pode iniciar na idade escolar ou mesmo na adolescência, com tempo médio de sobrevida de nove a dez anos. O terceiro padrão ocorre em uma porcentagem menor que 5% das crianças, sendo denominado de “progressão lenta” (BRASIL, 2018b).

As crianças e adolescentes com diagnóstico confirmado permanecem no cuidado compartilhado, ao passo que as expostas ao HIV e não infectadas, poderão ser acompanhadas na Atenção Básica recomendando para isso que realizem acompanhamento periódico anual com especialista até o final da adolescência. As crianças expostas ao HIV e não infectadas tendem a apresentar mais infecções bacterianas e quadros mais graves quando comparadas às crianças não expostas ao HIV (BRASIL, 2018b).

A revelação diagnóstica é um momento de especial importância no cuidado das crianças e adolescentes que vivem com o HIV e requer o envolvimento de todos, cuidadores e profissionais que participam de seu cuidado. A comunicação do diagnóstico deve ser individualizada, considerando as particularidades de cada usuário, como também do cuidador, incluindo nível de compreensão, estágio de desenvolvimento, contexto social e familiar. É importante ressaltar que se considera cuidador qualquer pessoa que se responsabilize pela criança ou adolescente, levando às consultas e auxiliando na tomada de medicamentos, sendo parente ou não, tutor, profissional de abrigo onde mora a criança, etc. O processo de revelação diagnóstica deve ser iniciado o mais precocemente possível e guiado a partir das primeiras manifestações de curiosidade da criança (BRASIL, 2018b).

A adesão ao tratamento para crianças é mais complexa do que as ações destinadas a adultos. Esforços para maximizar a eficácia do tratamento nessa população devem levar em conta as características da criança, do cuidador, da família e do regime terapêutico, além de aspectos socioculturais. Os fatores mais comumente

associados à adesão insuficiente entre crianças e adolescentes são o atraso no desenvolvimento físico e cognitivo, cuidadores com dificuldade de compreensão sobre o tratamento, desafios de relacionamento e comunicação entre pais e filhos, palatabilidade e efeitos adversos dos medicamentos, preconceito nos grupos de socialização, atitudes oposicionistas e de revolta frente a uma revelação de diagnóstico inadequada ou seu desconhecimento (BRASIL, 2018b).

Esses aspectos ilustram a dificuldade em manter níveis adequados de adesão e ressaltam a necessidade de trabalhar em parceria com os cuidadores para garantir que a educação, o apoio e a avaliação sejam constantes no atendimento às crianças e adolescentes (BRASIL, 2018b).

### **Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes vivendo com HIV**

A introdução da TARV combinada com três medicamentos reduziu substancialmente a mortalidade e morbidade de crianças, adolescentes e adultos infectados pelo HIV. Considerando que na população pediátrica as opções de medicamentos são restritas, principalmente, pela falta de formulações específicas, e sendo a infecção pelo HIV uma doença crônica, deve-se ponderar uma abordagem racional para a introdução da TARV, bem como para a escolha dos esquemas ARV iniciais e subsequentes (BRASIL, 2018b).

### **Falha terapêutica em crianças e adolescentes vivendo com HIV**

Falha terapêutica é a falta de resposta sustentada à TARV, mediante critérios virológicos, imunológicos e/ou clínicos. Pode ocorrer como uma resposta incompleta à TARV ou um rebote virológico após a supressão viral ter sido alcançada. Nas crianças pode-se levar mais tempo para alcançar CV indetectável, especialmente em lactentes que apresentem altas cargas virais pré-tratamento (BRASIL, 2018b).

A morbimortalidade relacionada à infecção pelo HIV foi significativamente reduzida com o uso da TARV. Porém, a necessidade de uso continuado dos ARV está associada ao surgimento das alterações que podem ser hepáticas, renais, cardiovasculares, ósseas e metabólicas. Esse quadro requer monitoramento a cada 3/6 meses e após as trocas de esquema ARV (BRASIL, 2018b).

A infecção pelo HIV aumenta a susceptibilidade à infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, micobactéria responsável pela TB. O diagnóstico da TB em crianças é um desafio. Os sintomas costumam ser inespecíficos e é difícil obter amostras válidas de escarro, tornando a confirmação bacteriológica complexa (BRASIL, 2018b).

A imunodeficiência relacionada ao HIV é o maior fator de risco e a prevenção ou a recuperação da imunodeficiência relacionada ao HIV com a TARV, associada à prática de imunizações é de suma importância para prevenção de IO. Estudos apontam que as principais doenças oportunistas são Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Varicella zoster*, *Toxoplasma gondii*, Micobacteriose atípica, Histoplasmose, Citomegalovirose, Leishmaniose visceral, Doença bacteriana invasiva, Herpes vírus e Doença de Chagas (BRASIL, 2018b).

### **Imunizações em crianças e adolescentes com HIV/AIDS**

Os imunobiológicos indicados estão disponíveis nas salas de vacinação na rotina dos serviços de saúde e nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), conforme indicação. O calendário de imunização poderá ser modificado em situações de incorporação ou substituição de imunobiológicos pelo PNI. É necessário levar em consideração a situação clínica e imunológica de cada criança e adolescente ao indicar a vacinação. Observações importantes: o calendário deve ser adaptado às circunstâncias operacionais e epidemiológicas existentes, as crianças expostas verticalmente ao HIV devem receber as vacinas indicadas até os 18 meses de idade. Após essa faixa etária, crianças soronegativas devem seguir o esquema vacinal recomendado pelo PNI (BRASIL, 2018b).

### **Considerações finais**

Da década de 80 para a atual 2011-2019, transcorreram profundas transformações na realidade das pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência humana HIV/AIDS. No início dos anos 80 verificou-se uma verdadeira epidemia infecciosa mundial que levava diversos portadores desse processo patológico à morte, criando por assim dizer, um estigma social. Transcorridos os anos, avanços clínicos e tecnológicos transformaram significativamente a realidade social desses grupos, suscitando um novo olhar sobre esses pacientes e suas especificidades. Alcança a melhoria da assistência de cuidados em saúde e ocorre uma junção de outras comorbidades ao processo infeccioso presente. Não obstante, surge um novo alerta, o aumento da incidência de casos.

Em resposta a essas novas perspectivas, o Ministério da Saúde, através de seu órgão competente, publica diversos protocolos destinados à diferentes públicos e

diferentes propostas frente à mesma temática como forma de planejar a assistência humanizada que abarque todos os nortes possíveis.

É importante salientar que as políticas públicas falem diretamente a essa realidade como forma de evitar nova epidemia infecciosa mundial, que fique apenas registrada na história e possa realmente tornar realidade a qualidade de vida dos seus pacientes, bem como possibilitar sua prevenção diminuindo danos e até excluindo essa realidade, para isso faz-se necessário um olhar empático sobre a demanda e uma intensa discussão como forma de suscitar um diálogo aberto entre a sociedade e seus atores.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico Aids e DST**. Brasília; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília; 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília; 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília; 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV**. Brasília; 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília; 2018e.

RAMOS, Felipe Bittencourt Pires *et al.* **A educação em saúde como ferramenta estratégica no desenvolvimento de ações de prevenção da transmissão do HIV: um relato de experiência**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 19, p. e509-e509, 2019.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Maximizando Anos de Vida Saudável: Investimentos que Pagam**. Fórum Econômico Mundial. Genebra; 2015; 24p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atualização global sobre o tratamento do HIV 2013: resultados, impacto e oportunidades: relatório da OMS em parceria com o UNICEF e UNAIDS**. Catalogação da Biblioteca da OMS na Publicação. Genebra; 2013; 105p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Plano de ação global sobre a resistência às drogas contra o HIV de 2017 a 2021**. Organização Mundial da Saúde. Genebra; 2017; 35p.

<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>. Acessado em: 20 abr. 2019.