

# ATENDIMENTO INICIAL À PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA)

## 1 AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL

- História atual e progressiva
- Data do diagnóstico e contexto (testagem, sintomas, rastreio)
- Histórico de uso de ARV (se houver)
- Infecções oportunistas prévias
- Práticas sexuais (tipo, nº parceiros, uso de preservativo)
- Uso de substâncias (álcool, tabaco, drogas)
- Histórico de IST (sífilis, gonorréia, HPV)
- Contexto social (violência, vulnerabilidade)
- Reação ao diagnóstico (negação, depressão, risco suicida)
- Rede de apoio (família, ONGs, serviços)
- Condições socioeconômicas
- Adesão potencial ao tratamento
- Desejo reprodutivo
- Métodos contraceptivos
- Status sorológico de parceiros e filhos

- ERROS COMUNS**
  - Reduzir anamnese a checklist biomédico
  - Ignorar determinantes sociais -- impacto direto na adesão
- ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS**
  - Subestimar sintomas inespecíficos
  - Não investigar TB em área endêmica
- ALTA COMPLEXIDADE**
  - Integração entre vulnerabilidade social e risco de falha virológica
  - Avaliação preditiva de adesão baseada no contexto psicossocial

## 7 PREVENÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

- U=U (Indetectável = Intransmissível)
- PCP (CD4 <200)
- Toxoplasmose (CD4 <100)
- TB latente (IGRA/PPD -)
- Papanicolaou → 23 valente
- HPV
- Influenza (anual)
- Hepatite A e B
- Uso de preservativo
- Uso de preservativos
- Redução de álcool e drogas
- Acesso à PrEP/PEP

- ERROS COMUNS**
  - Não abordar prevenção sem individualização
- ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS**
  - Não atualizar calendário medicamentos
- ALTA COMPLEXIDADE**
  - Farmacogenética (HLA-B\*57:01)
  - Ajustes em insuficiência renal

- Contraindicações**
  - Renal -- evitar TDF
  - Psiquiátrica -- evitar EFV
  - Cardiovascular -- impacto lipídico
- Interações medicamentosas**
  - Rifamicina + ARV
  - QT prolongada
  - Antifúngicos + DTG
  - Sítio de São João
- Toxicidades**
  - Nefrotoxicidade
  - Hepatotxicidade
  - Alterações metabólicas
  - Neurotoxicidades

## 2 EXAME FÍSICO DIRECIONADO

- Avaliação sistêmica**
  - Estado geral e nutricional (IMC)
  - Sinais vitais (ênfase em PA)
- Focos de imunossupressão**
  - Candidíase oral
  - Lesões cutâneas (Kaposi, molusco)
  - Linfadenopatia generalizada
- Avaliação dirigida**
  - Pulmões (TB, PCP)
  - Abdome (hepatosplenomegalia)
  - Genital (se indicado)
- ERROS COMUNS**
  - Exame físico superficial
- ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS**
  - Linfadenomegalia interpretada como banal
- ALTA COMPLEXIDADE**
  - Correlação entre achados físicos e grau de imunossupressão (CD4 implícito)

## 3 INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL INICIAL

- Avaliação do HIV**
  - CD4 (estratificação imunológica)
  - Carga viral (baseline)
  - Genotipagem (indicações específicas)
- Avaliação metabólica**
  - Hemograma
  - Glicemia / HbA1c
  - Perfil lipídico
  - Função renal/hepática
- Coinfecções e IST**
  - Sífilis
  - Hepatites (A, B, C)
  - TB (PT/IGRA + RX)
  - Criptococo (CD4 <200)
  - Toxoplasmose

- ERROS COMUNS**
  - Não solicitar rastreio completo de coinfeções
- ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS**
  - Falta senso de urgência com CD4 isolado
- ALTA COMPLEXIDADE**
  - Indicação refinada de genotipagem pré-tratamento

## 4 ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE

- Parâmetros imunológicos**
  - CD4 <200: alto risco de IO
  - CD4 <50: risco extremo
- Estadiamento clínico (OMS)**
  - Estágio 1: assintomático
  - Estágio 2: sintomas leves
  - Estágio 3: sintomas graves
  - Estágio 4: AIDS

- ERROS COMUNS**
  - Basear decisão apenas no CD4
- ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS**
  - Ignorar quadro clínico ativo com CD4 relativamente alto
- ALTA COMPLEXIDADE**
  - Discordância CD4 vs carga viral (fenótipos não respondedores)

## 8 SEGUIMENTO INICIAL PÓS-DIAGNÓSTICO

- Falha virológica inicial**
  - Carga viral (8 semanas)
  - CD4 (6 meses)
  - Função renal/hepática periódica
- Avaliação ativa**
  - Barreiras comportamentais
  - Educação em saúde contínua
- ERROS COMUNS**
  - Não monitorar precocemente resposta à TARV
- ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS**
  - Interpretar falha como baixa adesão
- ALTA COMPLEXIDADE**
  - Manejo de falha com baixa viremia (200-500 cópias)

## 5 INÍCIO DA TARV

- Timing**
  - Imediato (<7 dias)
  - Exceções:
    - TB emergentes
    - Criptococose
- Esquema inicial preferencial**
  - TDF + 3TC + DTG (preferência atual)
- Situações especiais**
  - TB: ajuste de esquema (rifampicina → DTG)
  - Gestação: ácido fólico, evitar EFV 1º trimestre
  - Interações medicamentosas

- ERROS COMUNS**
  - Postergar TARV sem justificativa clínica
- ARMADILHAS DIAGNÓSTICAS**
  - Não reconhecer IRIS (síndrome inflamatória de reconstrução imune)
- ALTA COMPLEXIDADE**
  - Balançamento entre risco infeccioso e inflamatório (IRIS)

- EIXOS TRANSVERSAIS (em todo o atendimento)**
  - Comunicação empática e não estigmatizante
  - Sigilo e confidencialidade
  - Cuidado centrado na pessoa
  - Trabalho multiprofissional e interdisciplinar

- EVIDÊNCIAS E DIRETRIZES**
  - ✓ PCDT HIV/AIDS - Ministério da Saúde (Brasil)
  - ✓ Diretrizes da OMS / WHO HIV Guidelines
  - ✓ Consensos Internacionais: IAS-USA, DHHS
  - ✓ Literatura revisada por pares (PubMed)

**OBJETIVO CENTRAL:** Diagnosticar, estratificar risco, iniciar e monitorar TARV precocemente, prevenindo complicações, promovendo qualidade de vida e reduzindo transmissão de HIV.

- LEGENDA**
  - 1 Avaliação Clínica
  - 2 Exame Físico
  - 3 Laboratorial
  - 4 Individualização
  - 5 Início da TARV
  - 6 Prevenção e Saúde Pública
  - 7 Seguimento

**U=U** Indetectável = Intransmissível