



VIH – O que precisa de saber um guia clínico básico

para profissionais de saúde não especialistas e estudantes de medicina

A **JUSTRI** é uma organização sem fins lucrativos localizada no Reino Unido dedicada a fornecer recursos e educação para quem tem e trabalha com VIH, hepatites virais e tuberculose. Veja o nosso trabalho em www.justri.org

justri.
www.justri.org

Poderá encontrar mais informações em www.natap.org; www.aidsmap.com, www.hiv-druginteractions.org e www.i-base.info

Escrito e compilado por Dr Mike Youle

Contribuições adicionais foram feitas por Dr Tristan Barber, Dr Sanjay Bhagani, Dr Fiona Burns, Abhishek Katiyar, Dr Tabitha Mahungu e Leonie Swaden.

Design por Geoff Sheridan www.premonition.co.uk

Imagem de capa por HIV in view, Shutterstock/ViiV

Tradução por Jessica Pinto

Conteúdos

Secção 1: Introdução	5
HIV e Estigma	7
HIV no Século XXI.....	9
Secção 2: VIH para Não Especialistas	
Noções Básicas sobre a Infeção por VIH	11
As três fases da infeção por VIH.....	12
Tratamento para VIH – um Guia Simples.....	16
Polifarmácia e Interações Medicamentosas	23
Testes de Monitorização do VIH.....	31
Comorbidades comuns no VIH.....	32
Secção 3:	
A necessidade de diagnosticar efetivamente o VIH	40
Quem deve ser alvo do teste de VIH?.....	42
Como implementar testagem?.....	43
Apêndices	46
Apêndice 1: Definição de condições indadoras e recomendação para o rastreio de VIH.....	46
Apêndice 2: Condições indadoras por especialidade.....	48

SECÇÃO 1

Introdução

Introdução

Bem vindo ao guia da JUSTRI para profissionais de saúde e estudantes de medicina, que apresenta uma visão geral do que necessita de saber quando encontra um pessoa que vive com VIH na sua área de prática médica.

No passado, a doença por VIH, conducente para a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) e morte, causou grave morbilidade e mortalidade, sendo que a maioria das pessoas diagnosticadas nos anos de 1980 e 1990, morreram nos anos consequentes. No entanto, tratamento antirretroviral eficaz, que controla efetivamente a infeção do VIH, e outros avanços médicos, mudaram este cenário.

A esperança de vida das pessoas que vivem com VIH melhorou significativamente, e em muitos sentidos, aproximou-se a normal. Atualmente, o foco mudou para monitorização, tratamento e cuidado para acomodar a sobreposição entre doenças relacionadas com VIH e patologias associadas a outras causas. A mensagem básica é que a doença por VIH já não é complexa e fatal, e na maioria dos casos é relativamente fácil de gerir.

O objetivo deste guia é providenciar conselhos práticos para profissionais de saúde que cuidam de pessoas que vivem com VIH com outras condições

médicas. Este guia foi escrito com o apoio de profissionais de saúde da área do VIH e outras especialidades médicas, assim como pessoas que vivem com esta infeção crónica.

Desejamos que este guia ajude a tornar a sua compreensão dos problemas mais clara, e por consequência, a partilha de informação com outros profissionais de saúde melhore a qualidade do cuidado de pessoas que vivem com VIH em todos os ambientes de saúde.

Como utilizar este guia

Este guia está dividido em três secções. Após uma inicial introdução aos principais assuntos, a segunda parte abrange o conhecimento básico sobre VIH e providencia informação necessária aos profissionais que atendem pessoas que vivem com VIH. A terceira parte destaca a necessidade de considerar VIH como um potencial diagnóstico em todos os pacientes e discute como facilitar testes e encaminhamento rápido para serviços especialistas em VIH.

O VIH é um campo na saúde bastante recente e dinâmico, onde a informação

encontra-se em constante evolução, e por essa razão, neste guia não referenciamos literatura científica específica. No entanto, existem inúmeras fontes online que providenciam informação rica sobre os avanços nesta área. Existem diversas apresentações sobre todos os aspetos relacionados com VIH, de acesso gratuito, no nosso portal online, www.justrislide.com.

Tal como acontece com toda a informação impressa, verifique se existem atualizações do guia, especialmente se estiver a lê-lo depois de Dezembro de 2025; a versão mais atualizada estará sempre disponível em www.justri.org. Agradecemos comentários, correções, ideias ou sugestões para futuras edições; por favor envie para home@justri.org.

HIV e Estigma

Desde do início da epidemia da SIDA, o VIH tem sido altamente estigmatizado na maioria das comunidades. Inicialmente, sustentado pelo medo de contágio e em grande parte devido ao facto das primeiras pessoas afetadas serem homens homossexuais, consumidores de drogas injetáveis, imigrantes e outros grupos marginalizados.

No entanto, o estigma permaneceu elevado, apesar de existir tratamento eficaz disponível e do facto de ser conhecido que a transmissão é baixa nas pessoas em terapia medicamentosa. Inicialmente, um tom sensacionalista e moralista foi difundido na imprensa, enquanto o medo e a aversão ainda hoje são propagados por múltiplos setores religiosos e conservadores de diversas sociedades. Excepcionalmente, 30 anos depois, o VIH continua hoje, a ser uma infeção altamente estigmatizada em muitos países e comunidades. O VIH não é uma condição que seja discutida abertamente e pode muito bem ser escondida da família, parceiros e até mesmo dos profissionais de saúde não especializados em VIH.

Em 2017, um questionário chamado “Positive Voices” realizado a 4400 pessoas, representando assim cerca de 5% de todas as pessoas que vivem com VIH em Inglaterra e País de Gales, mostrou que para muitas destas pessoas, o estigma experienciado por elas é claramente ainda uma realidade, mesmo nos serviços de saúde no Reino Unido. Uma em doze pessoas (8%) reportaram sentir que foram tratados de maneira diferente quando comparados com outros pacientes, e uma em vinte pessoas (5%) sentiram que lhes foram recusados

cuidados de saúde ou sofreram atrasos em receber tratamento ou na realização de determinado procedimento médico. As perceções de estigma podem também ser nocivas. Um em cada seis (16%) referiu sentir-se preocupado com a possibilidade de ser tratado de forma diferente devido ao seu VIH, enquanto um em cada dez (10%) evitou cuidados de saúde quando necessitavam.

‘O médico de família, gastroenterologista e departamento de endoscopia pareciam culpar o VIH por tudo, mesmo quando o médico especialista em VIH tinha excluído tal enquanto tinha outros problemas médicos’

Muitos exemplos de discriminação sofridas pelos participantes deste inquérito refletem uma compreensão e comunicação pobres por parte dos profissionais de saúde, em vez de discriminação intencional ou maliciosa.

‘Sempre que tive uma operação... todas as vezes fui colocado no fim da lista... para mim não deveria haver diferença na forma como um bloco operatório é limpo, quer seja um paciente VIH positivo, hepatite C positivo ou um paciente perfeitamente saudável sem infeções.’

Uma em cada quatro pessoas com VIH inquiridas reportaram sentir que o seu médico de família não tinha conhecimento suficiente sobre a sua condição de saúde. A falta de conhecimento especializado é compreensível num ambiente onde pouca pessoas com VIH são atendidas, no entanto a maioria dos pacientes que tomam medicação para o VIH devem esperar que outros problemas de saúde sejam tratados nos cuidados de saúde primários ou encaminhados para o serviço ou especialidade apropriados, em vez de serem erroneamente atribuídas ao seu VIH como norma.

'O meu médico de família pergunta-me se eu uso drogas ilegais, se tenho vários parceiros, etc., mesmo quando eu lhe digo que tenho um namorado há 10 anos, que sou monógamo e que nem sequer bebo álcool.'

Todos os anos, ainda fico chocado, mas não surpreendido, ao encontrar pacientes que relatam exemplos claros de discriminação devido ao VIH nos seus cuidados clínicos, mesmo no meu próprio hospital universitário. Isto serve como lembrança de que todos os profissionais de saúde não estão livres de estigmatizar indivíduos, muitas vezes não intencionalmente, e que todos nós devemos confrontar o estigma através de informação e educação.

HIV no Século XXI

Aqui estão alguns pontos importantes:

1. O VIH é uma infeção altamente tratável na maioria das pessoas
2. Um indivíduo com carga viral indetetável (usualmente <50 cópias/mL) não pode transmitir VIH sexualmente (indetetável é intransmissível; I=I)
3. No Reino Unido, 95% das pessoas diagnosticadas com VIH tem uma carga viral indetetável quando em tratamento
4. O risco de transmissão ocupacional de VIH é extremamente baixo
5. Se for exposto a VIH no trabalho (e.g. através de picada de agulha), deve notificar o serviço de saúde ocupacional imediatamente para verificar se profilaxia após exposição é indicada
6. Pacientes com VIH devem receber exatamente o mesmo nível de cuidado e respeito como os pacientes sem infeção
7. Mulheres com VIH grávidas têm um risco insignificante de transmitir o VIH aos seus bebés, se forem apoiadas e as orientações médicas forem seguidas
8. Não assuma que todas as condições médicas estão relacionadas com o VIH. Os indivíduos em tratamento, tem outros problemas de saúde comuns, por isso não referencie para um médico especializado em VIH como padrão, mas considere encaminhar para outra especialidade apropriada juntamente com a contribuição da equipa médica de VIH.
9. A discussão com a equipa de VIH do paciente (enfermeiros, médicos, farmacêuticos – equipa multidisciplinar alargada) pode ser útil e geralmente é fácil contactá-los.
10. As interações medicamentosas adversas entre alguns medicamentos para o VIH e outros medicamentos são um grande problema, mas simples de evitar. É extremamente importante verificar todas as novas medicações antes de prescrever em www.hiv-druginteractions.org

Uma ampla quantidade de recomendações clínicas e informação atualizadas sobre todos os aspetos relacionados com o tratamento e o cuidado do VIH podem ser encontradas nos websites da British HIV Association (BHIVA), www.bhiva.org e da European AIDS Clinical Society, www.eacsociety.org.

SECÇÃO DOIS

VIH para Não Especialistas

Noções Básicas sobre a Infecção por VIH

O VIH entrou nos humanos por volta de 1920 na África Central como uma infecção entre espécies de determinados primatas. Existem dois tipos distintos de vírus: VIH-1, que é responsável por cerca de 95% das infecções e VIH-2, inicialmente encontrado na África Ocidental, que representa uma segunda infecção entre espécies e aparenta ser menos patogénico.

A epidemia da doença clínica da SIDA marcada por severa supressão do sistema imunitário, infeções oportunistas e tumores, que rapidamente resultavam em morte, começou por volta dos anos 70. Os primeiros casos clínicos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e Sarcoma de Kaposi foram reportados em 1981, e dois anos mais tarde o VIH-1 foi identificado. Testes serológicos de anticorpos do VIH foram desenvolvidos pouco tempo depois, enquanto que a medida da atual carga viral, utilizando VIH PCR, foi possível vários anos mais tarde.

O ponto definidor da infeções por VIH é a linfopenia das células CD4+, sendo que a medição deste parâmetro continuou a ser a base da monitorização até os testes de carga viral se tornarem disponíveis em meados da década de 1990.

Estas duas medidas continuam a ser ferramentas essenciais para avaliar a gravidade da doença e o desenvolvimento da infeção.

As três fases da infecção por VIH

1 Infecção Aguda por VIH (seroconversão)

A doença de seroconversão geralmente desenvolve-se entre 2 a 4 semanas após infecção com VIH. Durante este período, alguns indivíduos apresentam sintomas semelhante aos da gripe, como febre, cefaleias e dor de garganta, enquanto outros são assintomáticos. Algumas pessoas podem potencialmente desenvolver inchaço dos gânglios linfáticos e/ou erupções cutâneas; uma pequena proporção, apresenta condições neurológicas que podem ser severas. Nesta fase, o nível de VIH no sangue é extremamente alto, aumentando desta maneira o risco de transmissão de VIH.



Erupção cutânea por seroconversão

2 Infecção crónica por VIH

Durante esta fase, indivíduos podem não apresentar qualquer sintoma relacionado com VIH, no entanto permanecem infecciosos até começarem tratamento.

Sem ARVs, a doença crónica por VIH usualmente progride para SIDA em 5-10 anos, embora em algumas pessoas a progressão pode ser mais rápida. Com o sistema imunitário a deteriorar, condições relacionadas com o VIH, como candidíase oral ou leucoplasia pilosa, herpes zoster, foliculite e infeções fúngicas persistentes podem desenvolver-se e estas apresentações



Foliculite

clínicas devem promover um teste de VIH em todos os indivíduos.



Leucoplasia pilosa oral



Herpes zoster

3 SIDA

A SIDA, fase mais severa da infeção por VIH, é diagnosticada quando o número de linfócitos CD4 é menor do que 200 células/mm³ ou quando determinadas infeções oportunistas e tumores ocorrem. Sem ARVs, pessoas com SIDA sobrevivem cerca de 3 anos.



Sarcoma de Kaposi



Retinite por CMV

Depois da infecção por VIH, um pico inicial na viremia desencadeia uma resposta imune parcialmente eficaz, que eventualmente diminui com o tempo, a um ritmo dependente do nível do vírus durante a fase crónica [Figura 1].

É um equilíbrio simples entre a quantidade de vírus e a velocidade em que os linfócitos CD4 diminuem. Se o RNA do VIH for <10000 cópias/ml, a progressão da doença é lenta, pelo contrário se for >100000 cópias/ml, a progressão é muito mais rápida.

A quantidade de linfócitos CD4 correlaciona-se, embora de forma pouco precisa, com doença clínica relacionada com o VIH. Entre as 500 e 200 células/mm³, estes eventos tornam-se mais comuns e mais severos, onde sérias infeções e tumores relacionados com a SIDA ocorrem, predominantemente

quando o número de células baixa para menos de 200 células/mm³, e rapidamente aumentam em frequência e gravidade quando o número de linfócitos CD4 baixam a 0, estando associado a um aumento marcado na mortalidade.

No entanto, se tratamento ARV eficaz é fornecido e a aderência por parte do indivíduo é boa, a carga viral diminui para indetectável, o número de linfócitos CD4 aumenta, ocorre remissão clínica e, para todos os efeitos, o doente já não se encontra infeccioso.

A próxima secção lida com a terapia para VIH, como é utilizada, os efeitos secundários importantes de cada droga e potenciais interações medicamentosas com outros medicamentos, que podem ser severas e levar a falha dos ARVs ou afetar a eficácia da comedicação.

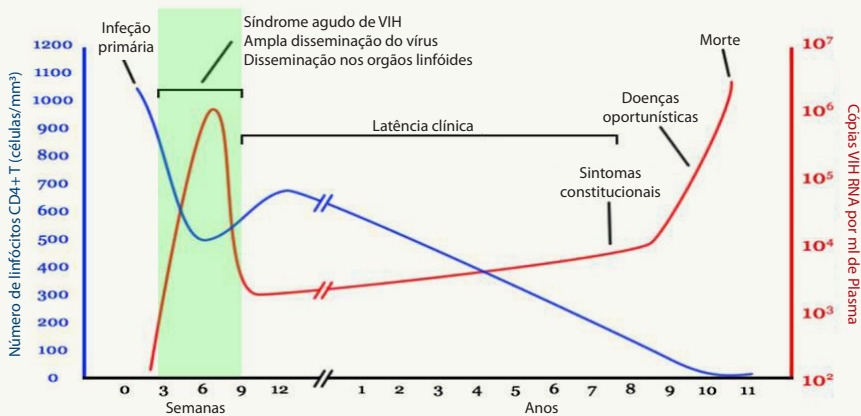


Figura 1 : Fases da infeção por VIH

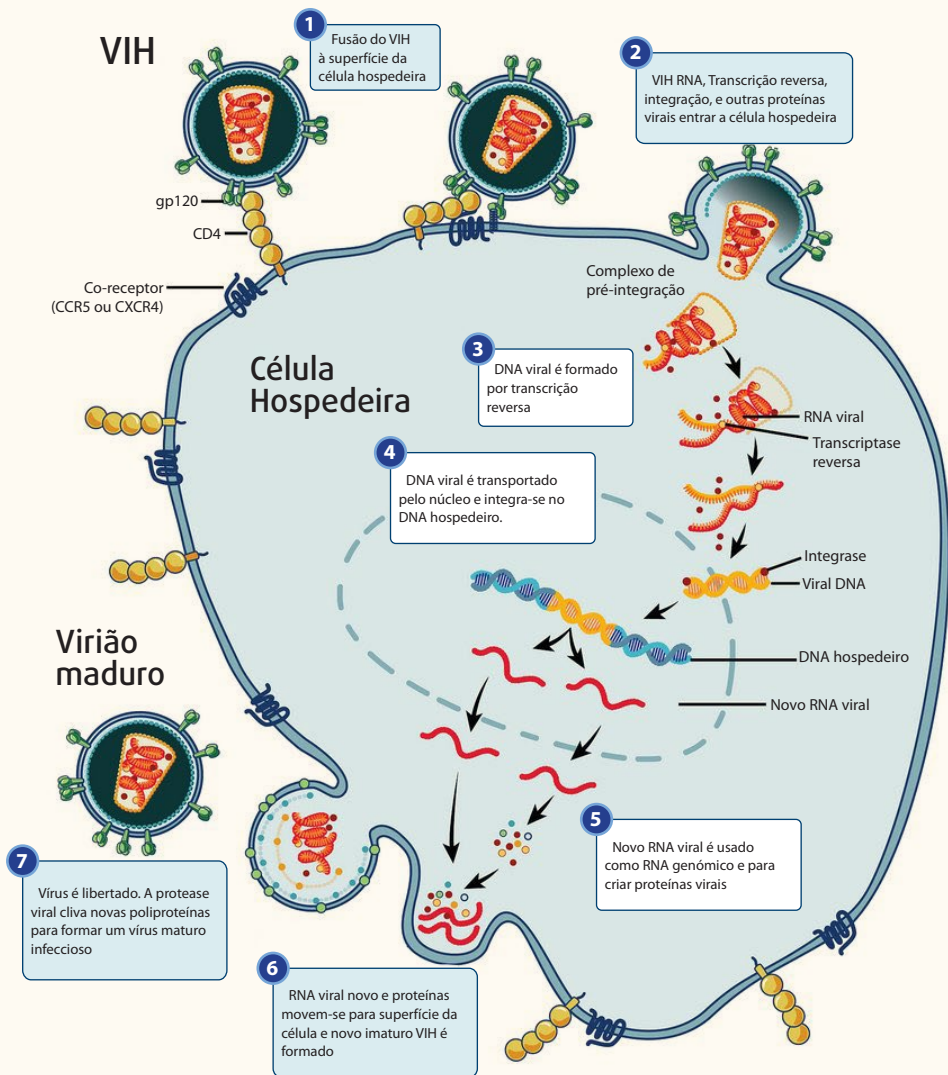


FIGURA 2 : **Ciclo de vida do VIH dentro da célula**

Tratamento para VIH – um Guia Simples

Desde do momento em que o primeiro antirretroviral – zidovudina (AZT) – foi administrado em 1986, o panorama da terapia medicamentosa para o VIH transformou-se, resultando num contínuo aumento da variedade de agentes.

De momento, existem 5 classes de medicamentos, que atuam em diferentes fases do ciclo de vida do VIH na célula [Figura 2]; estas classes incluem, de momento, vinte e cinco agentes, muitos destes combinados em formulações de um comprimido único. A maioria dos regimes consiste na combinação de três medicamentos, no entanto, regimes com combinações de duas drogas são cada vez mais comuns. Alguns pacientes com resistência a medicamentos para o VIH requerem regimes mais complexos.

Atualmente, todas as pessoas diagnosticadas com VIH são rapidamente iniciadas em ARV, embora isto possa ser adiado na presença de determinadas infeções, incluindo meningites tuberculosa e criptocócica, com o objetivo de reduzir o risco de síndrome inflamatória da reconstituição imune.

Quando um paciente se encontra estabelecido em terapia antirretroviral, a sua carga viral diminui para níveis indetectáveis (usualmente menos de 20, 40 ou 50 cópias/mL, dependendo do ensaio utilizado) e o número de células CD4 aumenta, diminuindo assim a possibilidade de desenvolver condições médicas graves relacionadas com o VIH.

Na maioria, mais de 90% dos indivíduos em tratamento têm uma carga viral indetectável, que é mantida através da aderência aos ARVs; uma quantidade reduzida de indivíduos recentemente tratados falham a terapia. Consequentemente, a maioria das mudanças no tratamento são realizadas para reduzir e/ou evitar toxicidade, para minimizar interações entre drogas ou para simplificar os regimes medicamentosos.

Tabela 1 : **Medicações antirretrovirais: uma visão geral**

Antirretrovirais de agente único	
1	Inibidores de Entrada
1A	Inibidor da fusão
Enfuvirtida [Fuzeon, T20]	Raramente utilizado , T20 é um antirretroviral injetável que previne a ligação com o recetor CD4. Os principais efeitos secundários do T20 são reações no local da injeção; pode ser um fator limitador do tratamento. É administrado via injeção subcutânea, sendo a dose 90mg duas vezes por dia.
1B	Inibidores do CCR5
Maraviroc [Celsentri, MVC]	O MVC bloqueia o co-recetor CCR5, responsável por facilitar a entrada do vírus na célula, sendo apenas eficaz contra VIH que utiliza CCR5 (CCR5 trópico). O VIH pode ser de diferentes subtipos, utilizando apenas CCR5 (R5) receptores, apenas CXCR4 (X4) receptores, uma “mistura” (utilizando R5 ou X4) ou “dual” (capaz de utilizar os dois receptores). Considerando isto, antes de utilizar MVC, deve ser realizado um teste de tropismo viral. O principal efeito secundário é hipotensão, no entanto é invulgar. Dependendo nos outros antirretrovirais administrados, as doses utilizadas são 150/300/600mg uma vez por dia ou duas vezes por dia.

Tabela 1 : **Medicações antirretrovirais: uma visão geral**

2	Inibidores da Transcriptase Reversa
2A	Análogos nucleosídeos/nucleótidos inibidores da transcriptase reversa [N(t) RTI]
Lamivudina [Epivir, 3TC]	Um dos agentes antirretrovirais mais utilizados, 3TC é também ativo contra o vírus da hepatite B (VHB). Geralmente, é bem tolerado sendo um dos efeitos secundários menos comum, a neuropatia periférica (NP). A dose é de 300mg uma vez por dia ou 150mg duas vezes por dia.
Abacavir [Ziagen, ABC]	Usualmente, coformulado com 3TC como Kivexa (veja abaixo). Pode causar uma reação de hipersensibilidade em indivíduos susceptíveis e teste genético para o alelo HLA-B5701 é recomendado antes de utilizar este medicamento. Um resultado positivo implica um maior risco de hipersensibilidade e ABC não deve ser administrado. Os efeitos secundários mais comuns do ABC incluem náusea e cefaleias, além disso alguns profissionais evitam esta droga devido a preocupações relacionadas com o risco cardiovascular. Agente único cuja dose é 600mg uma vez por dia ou 300mg duas vezes por dia.
Emtricitabina [Emtriva, FTC]	Embora não seja totalmente igual, este N(t)RTI é clinicamente comparável com 3TC e usualmente é combinado com tenofovir como Truvada ou Descovy (veja abaixo). Geralmente, é bem tolerado e tem como efeitos secundários incomuns neuropatia periférica e pigmentação da pele. Agente único cuja dose é de 200mg uma vez por dia.
Tenofovir	Este ARV é amplamente usado e é eficaz contra VIH e VHB, sendo o principal antiviral utilizado para tratar o último. Está disponível em duas formas moleculares:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenofovir Disoproxil Fumarato [Viread, TDF] 	Usualmente coformulado com FTC como Truvada (veja abaixo). Efeitos secundários são renais (tubulopatia proximal e raramente síndrome de Fanconi) e perda de densidade mineral óssea (DMO). Na prática, toxicidade grave devido a TDF não é comum. Agente único cuja dose é 245mg uma vez por dia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenofovir Alafenamida [TAF] 	Apenas disponível coformulado com FTC como Descovy (veja abaixo), parece resultar em menos toxicidade renal e óssea quando comparado com TDF. A dose é 10mg uma vez por dia quando utilizado com regimes ARV que contêm ritonavir ou cobicistato, e 25mg uma vez por dia com todos os outros regimes.
Zidovudina [Retrovir, AZT]	Este ARV é hoje em dia raramente utilizado devido a uma significativa toxicidade (anemia, náusea e mudanças na forma do corpo). Pode ser utilizado para situações específicas (e.g. gravidez, resistência ou penetração do sistema nervoso central). A dose é 250mg duas vezes por dia.
Estavudina [Zerit, D4T] Didanosina [Videx, DDI]	Estes N(t)RTIs mais antigos não devem ser utilizados devido aos seus efeitos secundários, que incluem neuropatia periférica severa e danos a nível hepático e pancreático.

Tabela 1 : **Medicações antirretrovirais: uma visão geral**

2B	Análogo não-nucleósídeos da transcriptase reversa (NNRTI)
Efavirenz [Sustiva, EFV]	<p>Apesar de ser eficaz, EFV tem múltiplos efeitos secundários que incluem erupções cutâneas (ocasionalmente podendo causar síndrome de Stevens-Johnson), distúrbios de humor, psicose, problemas cognitivos, distúrbios de sono (insónia, sonhos anormais), tonturas, náusea, hipotireoidismo, ginecomastia e deficiência da vitamina D. A maior parte destes sintomas são de curta duração mas podem persistir numa proporção significativa dos pacientes. Alguns deste efeitos secundários podem ser subclínicos que melhoram nas pessoas que param de tomar este medicamento. A dose é de 600mg, uma vez por dia.</p>
Nevirapina [Viramune, NVP]	<p>NVP é eficaz mas pode resultar em toxicidades potencialmente graves nas primeiras semanas de uso. Estas incluem necrólise epidérmica tóxica e insuficiência hepática aguda, mais comum em pessoas com ancestrais africanos e mulheres, especialmente durante a gravidez. Quando os indivíduos encontram-se estáveis com NVP é extremamente bem tolerado. A dose é 200mg duas vezes por dia ou 400mg uma vez por dia formulado como libertação prolongada.</p>
Rilpivirina [Edurant, RPV]	<p>RPV é geralmente bem tolerado. Erupções cutânea e distúrbios do humor são reportados em menor número quando comparado com EFV, mas mesmo assim acontecem. A dose é 25mg uma vez por dia e deve ser tomado durante uma refeição.</p>
Etravirina [Intelence, ETR]	<p>ETR é eficaz contra a maior parte dos vírus resistentes a NNRTI. Embora geralmente bem tolerado, tem uma formulação parecida com giz branco que muitos acham desagradável e o seu uso não é usual. A dose é 200mg duas vezes por dia, embora por vezes é administrada na dose de 400mg uma vez por dia.</p>
Doravirina [Pifeltro, DOR]	<p>DOR é ativa contra a maior parte dos vírus resistentes a NNRTI e é bem tolerada, embora distúrbios do sistema nervoso central possam ocorrer. A dose é 100mg uma vez por dia. É tipicamente coformulado com 3TC e TDF como Delstrigo (veja abaixo)</p>

Tabela 1 : **Medicações antirretrovirais: uma visão geral**

3	Inibidores de Transferência de Cadeia da Integrase (ITI)
Raltegravir [Isentress, RAL]	RAL é uma droga bem tolerada, embora inicialmente possa resultar em transaminases elevadas. Podem também ocorrer distúrbios do sono e humor. A dose pode ser 400mg duas vezes por dia (formulação original), ou mais comum numa nova formulação 1200mg uma vez por dia (divido em dois comprimidos de 600mg).
Elvitegravir [EVG]	EVG não está disponível como agente único e é apenas administrado coformulado com um agente potenciador em regimes de comprimido único (veja abaixo).
Dolutegravir [Tivicay, DTG]	DTG é um agente potente e geralmente bem tolerado, embora possa causar distúrbios do sono, cefaleias e náusea. Distúrbios do humor e efeitos secundários neuropsiquiátricos ocorrem numa minoria dos indivíduos. É também coformulado com 3TC como Dovato, com ABC e 3TC como Triumeq e com rilpivirina como Juluca (veja abaixo). A dose como agente único é 50mg uma vez por dia (50mg duas vezes por dia em indivíduos com resistência a inibidores da integrase).
Bictegravir [BIC]	BIC não está disponível como agente único mas apenas coformulado com Descovy como Biktarvy (veja abaixo). Apresenta um perfil de efeitos secundários semelhantes ao DTG.

Tabela 1 : **Medicações antirretrovirais: uma visão geral**

4	Inibidores da Protease (IP)
Agentes potenciadores	Inibidores da protease do VIH são usualmente coformulados com uma dose baixa de um agente potenciador que bloqueia o citocromo p450, aumentando o nível serológico do IP administrado. Observe que todos os IP potenciados aumentam os níveis séricos dos lípidos a diferentes graus e por consequência podem alterar o risco cardiovascular. Existem disponíveis dois agentes potenciadores:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ritonavir [Norvir, RTV] 	Bem tolerado mas pode causar diarreia e náusea. A dose como potenciador é de 100mg uma vez por dia ou 100mg duas vezes por dia (dependendo no IP) e é representado como '/r'.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobicistat [Tybost, cobi] 	Cobi não é independentemente ativo contra VIH e tem um perfil de efeitos secundários semelhante ao RTV. A dose é 150mg uma vez por dia ou duas vezes por dia e é representado como '/c'.
Atazanavir [Reyataz, ATZ]	ATZ é usualmente bem tolerado, mas resulta na maior parte das pessoas num quadro clínico insignificante de hiperbilirrubinémia não-conjugada. Isto pode apresentar-se como icterícia da pele e esclerótica, que podem causar stress no paciente e preocupar desnecessariamente o profissional de saúde cuja especialidade não é VIH. Mais sério, mas menos comum, é a litíase renal, litíase biliar e lama biliar, tudo devido aos cristais derivados desta droga. A dose é 300mg uma vez por dia potenciado com 100mg de RTV uma vez por dia (comprimidos diferentes) ou Cobi (150mg coformulado, veja abaixo). ATZ pode também ser administrado sem potenciador (menos comum) numa dose de 400mg uma vez por dia.
Darunavir [Prezista, DRV]	DRV é um IP potente e geralmente bem tolerado. Tem como base sulfonamida e por isso erupções cutâneas podem constituir um problema, especialmente se existir alergia conhecida a sulfonamida, também causa diarreia e aumento do peso corporal em alguns indivíduos. A dose é 800mg uma vez por dia ou raramente 600mg duas vezes por dia potenciado com RTV 100mg (diferentes comprimidos em cada dose) ou cobi 150mg coformulado (veja abaixo).
Lopinavir/ritonavir [Kaletra, LPV/r] Fosamprenavir/ritonavir [Telzir, FPV/r] Saquinavir/ritonavir [Invirase, SQV/r] Tipranavir/ritonavir [Aptivus, TPV/r]	Estes IPs mais antigos atualmente são menos utilizados. Todos podem causar diarreia e hiperlipidemia como principais efeitos secundários.

Tabela 1 : **Medicações antirretrovirais: uma visão geral**

Coformulações

1	Regimes de comprimido único	
Estes incluem regimes ARVs completos. Efeitos secundários são previsíveis tendo em conta a lista de componentes individuais acima.		
<p>Atripla: EFV/TDF/FTC</p> <p>Odefsey: RPV/FTC/TAF</p> <p>Eviplera: RPV/TDF/FTC</p> <p>Delstrigo: DOR/TDF/3TC</p> <p>Genvoya: EVG/c/TAF/FTC</p> <p>Symtuza: DRV/c/TAF/FTC</p> <p>Stribild: EVG/c/TDF/FTC</p>	<p>Dovato: DTG/3TC</p> <p>Triumeq: DTG/ABC/3TC</p> <p>Juluca: DTG/RPV</p> <p><i>(pacientes que vão trocar de medicação apenas; não é a primeira opção de tratamento)</i></p> <p>Biktarvy: BIC/TAF/FTC</p>	
2	Combinações de Dose Fixa	
Estes são geralmente administrados com outros ARVs. Efeitos secundários são equivalentes aos componentes individuais listados acima. Todos são administrados uma vez por dia exceto Combivir e Trizir que são utilizados duas vezes por dia e nos dias de hoje raramente são prescritos.		
	N(t)RTI	PI
	<p>Truvada: TDF/FTC</p> <p>Kivexa: ABC/3TC</p> <p>Descovy: TAF/FTC</p> <p>Combivir : AZT / 3TC</p> <p>Trizivir: AZT/3TC/ABC</p>	<p>Evotaz: ATZ/c</p> <p>Rezolsta: DRV/c</p>

Tabela 1 : **Medicações antirretrovirais: uma visão geral**

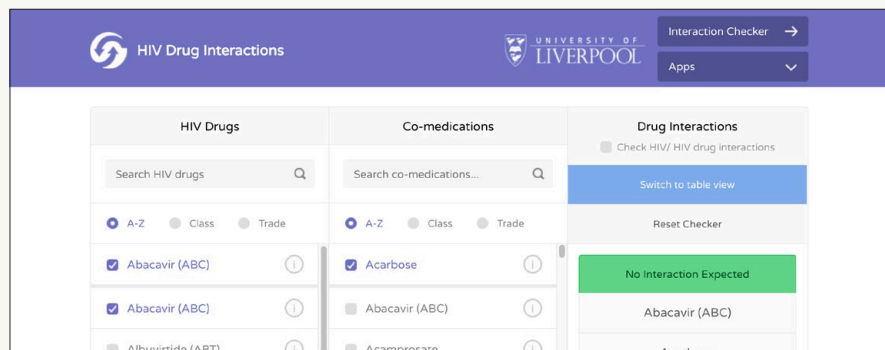
Polifarmácia e Interações Medicamentosas

Polifarmácia no VIH é um problema significativo. Por isso, é fundamental não tratar cegamente cada condição diagnosticada sem considerar as consequências que podem resultar de interações medicamentosas.

É muito importante que haja comunicação constante e clara entre profissionais de saúde relativamente aos medicamentos que são prescritos a uma pessoa que vive com VIH, uma vez que mudanças podem ocorrer frequentemente, aumentando o risco de interações medicamentosas, o que constitui uma grande causa para morbidade e admissão hospitalar.

Checks frequentes com o paciente sobre todas as medicações, indicações e posologia devem ser realizados por todos os profissionais de saúde e, se possível, com o farmacêutico especialista em VIH. Isto garante que as doses são corretas, o que pode resultar na diminuição de possíveis efeitos secundários e evitar potenciais interações entre drogas.

A fonte de informação mais atualizada em interações das medicações VIH é o website da Universidade de Liverpool interações VIH, www.hiv-druginteractions.org.



É simples de utilizar, tanto online ou na app, e é uma ferramenta vital para monitorizar as terapias medicamentosas de pessoas que vivem com VIH. Contêm constantemente atualizados:

- **Gráficos de interações:** providencia uma visão geral das interações entre medicações para o VIH e uma lista extensa de co-medicações incluindo suplementos.
- **Gráficos seletores de tratamento:** demonstra interações entre antirretrovirais essenciais e medicações utilizadas para tratamento de condições médicas comuns (e.g. cancro) ou populações de doentes específicas (e.g. contraceção).
- **Fichas informativas:** contêm informação sobre farmacocinética, metabolismo e disposição de medicações para VIH

Interações medicamentosas importantes no VIH

Embora nenhuma classe de drogas para VIH esteja inteiramente livre de interações medicamentosas significativas, as mais importantes ocorrem com alguns dos NNRTIs e medicações potenciadas com cobicistato e ritonavir, i.e. inibidores de protease potenciados e elvitegravir (Stribild/Genvoya).

As medicações comuns que interagem com alguns antirretrovirais incluem determinadas estatinas, medicações prescritas e sem prescrição médica que diminuem o ácido no estômago, varfarina, anticoagulantes orais diretos (DOACs) e muitas preparações com

esteroides como sprays nasais [Tabela 2]. É essencial verificar potenciais interações antes de prescrever estes agentes, pois algumas destas interações podem resultar em séria morbidade e/ou falha no tratamento devido a redução dos níveis da medicação.

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Observe que a tabela acima não inclui todas as interações medicamentosas.

Mais informação encontra-se disponível nos seguintes websites:

- www.hiv-druginteractions.org
- www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html

Devido ao facto da informação relativamente aos tratamento e terapias de VIH estar em constante mudança, os leitores são aconselhados a verificar novamente a informação contida nesta publicação nos websites citados acima antes de aplicá-la ao cuidado do paciente. Em caso de necessitar de informação adicional sobre interações medicamentosas, por favor procure ajuda de um farmacêutico local especialista em VIH.

Tabela 2 : Potenciais interações medicamentosas com ARVs graves mais comuns

Medicação	IPs com potenciador, Stribild, Genvoya	NNRTIs	Sem potenciador
Antiácidos			
IBPs	Contraindicado com ATZ Sem interação com outros IPs com potenciador	Contraindicado com RPV Sem interação com EFV, NVP, ETR ou DOR	Sem interação
Ranitidina	Use ATZ com 12 horas de intervalo Sem interação com outros IPs	Use RPV 12 com 12 horas de intervalo Sem interação com EFV, NVP, ETR ou DOR	Sem interação
Anticolinérgicos			
Oxibutinina	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Solifenacina	Níveis aumentados Dose máxima 5mg uma vez por dia	Níveis diminuídos com EFV e NVP; aumentados com ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Tolterodina	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR; precaução com RPV pois ambos prolongam o intervalo QTc Sem interação com DOR	Sem interação

CHAVE

Vermelho – interação grave – utilização contraindicada

Laranja – níveis das drogas são afetados, alterações da dose podem ser necessárias

Verde – sem interação clínica significante

ATZ: atazanavir

EFV: efavirenz

RPV: rilpivirina

BIC: bictegravir

ETR: etravirina

RTV: ritonavir

COBI: cobicistato

NVP: nevirapina

DOR: doravirina

DTG: dolutegravir

RAL: raltegravir

Medicação	IPs com potenciador, Stribild, Genvoya	NNRTIs	Sem potenciador
Anticoagulantes/DOACs			
Varfarina	Níveis podem estar aumentados ou diminuídos ; monitorize o INR	Níveis podem estar aumentados ou diminuídos com EFV, NVP ETR; monitorize o INR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Heparinas de baixo peso molecular	Sem interação	Sem interação	Sem interação
Edoxabano	Níveis aumentados	Sem interação	Sem interação
Rivaroxabano	Contraindicado	Níveis aumentados com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Apixabano	Contraindicado	Níveis aumentado com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Dabigatranó	Contraindicado com COBI Pode ser usado com RTV 100mg	Níveis aumentados com ETR e RPV Sem interação com EFV, NVP ou DOR	Sem interação
Antieméticos			
Metoclopramida e ciclizina	Sem interação	Sem interação	Sem interação
Ondansetrom	Sem interação	Precaução com RPV pois ambos prolongam o intervalo QTc Sem interação com EFV, NVP, ETR e DOR	Sem interação
Domperidona* <i>*Domperidona não é recomendada em pacientes com elevado risco cardiovascular</i>	Contraindicado	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR; precaução com RPV pois ambos prolongam o intervalo QTc Sem interação com DOR	Sem interação

Medicação	IPs com potenciador, Stribild, Genvoya	NNRTIs	Sem potenciador
Antiagregantes plaquetários			
Clopidogrel	Contraindicado	Contraindicado com EFV, NVP e ETR Sem interação with RPV ou DOR	Sem interação
Ticagrelor	Contraindicado	Exposição diminuída com EFV, NVP e ETR Sem interação with RPV ou DOR	Sem interação
Prasugrel	Sem interação	Sem interação	Sem interação
Corticosteroides			
Prednisolona e metil-prednisolona	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Fluticasona, triamcinolona e mometasona	Contraindicado	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Dexametasona	Níveis aumentados	Contraindicado com RPV Níveis diminuídos com EFV, NVP, ETR e DOR	Sem interação
Antidiabéticos			
Metformina	Sem interação	Sem interação	Níveis aumentados com DTG e BIC Sem interação com RAL
Gliclazida	Níveis diminuídos com RTV Sem interação com COBI	Níveis aumentados com EFV e ETR Sem interação com NVP, RPV ou DOR	Sem interação
Sitagliptina	Sem interação	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação

Tabela 2 : Potenciais interações medicamentosas com ARVs graves mais comuns

Medicação	IPs com potenciador, Stribild, Genvoya	NNRTIs	Sem potenciador
Antipsicóticos			
Haloperidol	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR; precaução com RPV pois ambos prolongam o intervalo QTc Sem interação com DOR	Sem interação
Olanzapina	Níveis diminuídos com RTV Sem interação com COBI	Níveis diminuídos com EFV Sem interação com NVP, ETR, RPV ou DOR	Sem interação
Quetiapina	Contraíndicado	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR; precaução com RPV pois ambos prolongam o intervalo QTc Sem interação com DOR	Sem interação
Risperidona	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR. Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Disfunção erétil (DE)			
Sildenafil	Contraíndicado para Hipertensão Pulmonar DE – dose máxima 25mg a cada 48 horas	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Tadalafil	DE – dose máxima 10mg a cada 72 horas	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Vardenafil	Contraíndicado	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação

Medicação	IPs com potenciador, Stribild, Genvoya	NNRTIs	Sem potenciador
Anti-inflamatórios não esteroides			
Ibuprofeno	Sem interação	Níveis aumentados com EFV e ETR Sem interação com NVP, RPV ou DOR	Sem interação
Diclofenaco* <i>*Diclofenaco não é recomendado em pacientes com elevado risco cardiovascular</i>	Sem interação	Níveis aumentados com EFV e ETR Sem interação com NVP, RPV ou DOR	Sem interação
Naproxeno	Sem interação	Níveis aumentados com EFV e ETR Sem interação with NVP, RPV ou DOR	Sem interação
Opióides			
Morfina	Níveis aumentados, monitorize para intoxicação por opióides	Níveis aumentados com EFV, ETR, monitorize para intoxicação por opióides Sem interação com NVP, RPV ou DOR	Sem interação
Codeína e dihidrocodeína	Sem interação	Sem interação	Sem interação
Tramadol	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV e NVP Sem interação com ETR, RPV ou DOR	Sem interação
Oxicodona	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação

Tabela 2 : Potenciais interações medicamentosas com ARVs graves mais comuns

Medicação	IPs com potenciador, Stribild, Genvoya	NNRTIs	Sem potenciador
Sedativos			
Diazepam outras benzodiazepinas	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV e NVP; exposição aumentada com ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Temazepam	Sem interação	Sem interação	Sem interação
Zopiclone	Níveis aumentados	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Estatinas			
Sinvastatina	Contraindicado	Contraindicado com EFV, NVP, ETR, e RPV Sem interação com DOR	Sem interação
Rosuvastatina	Níveis aumentados Dose máxima 10mg uma vez por dia	Sem interação	Sem interação
Atorvastatina	Níveis aumentados Dose máxima 20mg uma vez por dia	Níveis diminuídos com EFV, NVP e ETR Sem interação com RPV ou DOR	Sem interação
Suplementos Minerais			
Ferro, Cálcio, Zinco, Magnésio, Alumínio e Selénio	Sem interação	Sem interação	Administração separada com intervalo de pelo menos 6 horas

Tabela 2 : Potenciais interações medicamentosas com ARVs graves mais comuns

Testes de Monitorização do VIH

Todos os pacientes que vivem com VIH devem ser submetidos a testes regulares para monitorizar a sua condição, avaliar falha no tratamento, toxicidade dos medicamentos e potenciais comorbilidades. O tipo e a frequência de testes pode variar dependendo das diretrizes locais:

Testes Semestrais

- Medição da carga viral
- Hemograma completo
- Função hepática e função renal
- Sífilis e outras infeções sexualmente transmissíveis (ISTs)
- Testes relacionados com outras condições que requerem tratamento contínuo
- Relação proteína/creatinina em amostra de urina (RPC) em pessoas que tomam tenofovir diproxil

Testes Anuais

- Contagem das células CD4
- Perfil lipídico
- Teste para Hepatite B e Hepatite C (o último apenas naqueles em risco)
- Rastreio para cancro cervical e anal em mulheres
- Rastreio para cancro anal em homens que têm sexo com homens (HSH)

Comorbidades comuns no VIH

BOCA, PELE E CABELO

A infecção por VIH pode levar a um aumento de condições orais, especialmente se o número de células CD4 for <500. Estas incluem, candidíase oral e queilite angular que respondem a creme de clotrimazole/hidrocortisona, leucoplasia pilosa oral que pode ser tratada com aciclovir 800mg 3 vezes por dia durante 3 semanas e úlceras aftosas. Gengivite, recessão gengival e xerostomia são comuns. Todos os procedimentos dentários, incluindo implantes dentários, são seguros de realizar em pessoas que vivem com VIH. No entanto, se for necessário anestesia geral, é relevante que o dentista esteja consciente dos ARVs, pois podem existir interações medicamentosas importantes.

As condições dermatológicas associadas ao VIH, como foliculite, eczema seborreico, psoríase e infeções bacterianas tendem a melhorar quando a contagem de células CD4 aumenta durante o tratamento antirretroviral,

mas mesmo assim podem necessitar de tratamentos padrão. A herpes zoster (zona) é comum em todas as fases da doença por VIH e deve ser tratada agressivamente. Algumas infeções virais, como verrugas e molusco contagioso, podem piorar à medida que a imunidade retorna. Muitos antirretrovirais podem resultar em erupções cutâneas alérgicas e ocasionalmente a síndrome de Stevens-Johnsons [Tabela 1]. Cancros da pele ocorrem mais frequentemente em pessoas que vivem com VIH e são tratados como a população geral.

Complicações do VIH relacionadas com os pés incluem neuropatia periférica, infeções fúngicas e verrugas, que podem ser bastante resistentes aos tratamentos existentes.

A alopecia ocorre com a perda total ou parcial do cabelo e forma desigual com a sífilis, uma infeção sexualmente transmissível em HSH que vivem com VIH.

CORAÇÃO E VASOS SANGUÍNEOS

A doença cardiovascular na infeção VIH pode ocorrer em idades mais precoces quando comparado com pessoas não-infetadas com VIH. É essencial abordar fatores de risco modificáveis, especialmente hipertensão e tabagismo que são mais comuns naqueles com VIH. Ferramentas de avaliação de risco cardiovascular como Q-Risk 3 e Framingham, podem subestimar o risco

em pacientes com VIH, mas mesmo assim são consideradas importantes.

No momento de prescrever estatinas e anti-agregantes plaquetários, deve-se ter imenso cuidado para não haja interação com os ARVs [Tabela 2], uma vez que estas são umas das interações medicamentosas mais comuns vistas em pessoas com VIH.

A hipertensão arterial está associada à infecção por VIH, especialmente se a carga viral for elevada, a pessoa for de ancestral africano e/ou tenha diabetes.

Tanto a hipertensão e a diabetes devem ser tratadas como a população geral, com referência a possíveis interações medicamentosas [Tabela 2].

PULMÕES

O tratamento para VIH levou a uma redução impressionante em infecções pulmonares graves ou fatais, como pneumonia por *Pneumocystis* (PCP), sendo que a maioria das infecções respiratórias em pessoas que vivem com VIH são adquiridas na comunidade. Indivíduos com uma contagem de células CD4 <200, usualmente são prescritos cotrimoxazole oral ou pentamidina inalatória como profilaxia para a PCP.

Pessoas que vivem com VIH possuem elevadas taxas de doença obstrutiva pulmonar crónica (DPOC). Fatores como a predisposição para infecções respiratórias recorrentes e taxas mais elevadas de tabagismo em indivíduos infetados pelo VIH, assim como ativação imunitária relacionada com o vírus, desempenham um papel importante. Podem ocorrer interações medicamentosas evitáveis e sérias entre vários ARVs e alguns inaladores com esteroides [Tabela 2].

A influenza (gripe) parece causar doença mais grave em pessoas com VIH, especialmente naqueles com baixo número de células CD4. A vacina contra a gripe previne de forma mais eficaz doença e morte quando comparado com qualquer outro grupo. A vacina que deve ser administrada por injeção aos pacientes com VIH é inativada

independentemente da idade e número de células CD4, enquanto que a vacina viva-atenuada administrada por spray nasal não deve ser usada.

Infeções pneumocócicas são mais comuns em pacientes com VIH do que a população geral, especialmente naqueles com reduzido número de células CD4, mesmo que estejam em tratamento com ARVs. Vacinação anti-pneumocócica é recomendada para todos os indivíduos com VIH independentemente da idade; é mais eficaz em pessoas com contagem de CD4 >200. As diretrizes da BHIVA relativas a vacinação podem ser encontradas no website www.bhiva.org/vaccination-guidelines.

A infecção por VIH aumenta a probabilidade de desenvolver tuberculose (TB) e o risco de adoecer é maior naqueles com contagem de células CD4 muito baixa. Os ARVs reduzem imenso o risco de TB ativa, mas continua a ser importante rastrear pessoas provenientes de países onde tuberculose é endémica e naqueles com número reduzido de células CD4. O tratamento é semelhante ao da população geral, no entanto é importante ter precaução relativamente a interações medicamentosas com determinados ARVs [Tabela 2].

O cancro do pulmão é 2-3 vezes mais comum em pessoas que vivem com VIH e as taxas aumentam com a idade. Como o tabagismo é fortemente associado, não é claro se o risco aumentado é devido ao VIH por si só

ou altas taxas de tabagismo. Massas ou sombras pulmonares em pessoas que vivem com VIH podem ser resultado de outras condições além do cancro do pulmão, e devem ser investigadas imediatamente.

RINS

A patologia renal no VIH é semelhante à observada na população geral, com algumas exceções. O VIH não tratado pode apresentar-se com nefropatia associada ao VIH (HIVAN), especialmente em pessoas de herança africana, e deve ser tratada dando início à terapêutica para o VIH. Alguns ARVs causam cálculos renais, constituídos por cristais de medicamentos, outros podem causar

tubulopatia proximal e, por vezes, síndrome de Fanconi [Tabela 1].

Qualquer indivíduo com VIH e doença renal grave deve ser atendida em conjunto com um médico nefrologista. O VIH, quando em tratamento, não constitui um obstáculo para a transplantação.

OSSOS E ARTICULAÇÕES

O VIH pode estar associados tanto à ostopenia como à osteoporose, sendo que fraturas ocorrem numa idade mais precoce do que o habitual. A razão para isto não é clara, mas quanto mais tempo um indivíduo estiver infetado, maior será o risco. As mulheres com VIH podem ter menopausa precoce, aumentando o risco de osteoporose, e os homens com hipogonadismo, frequentemente observado na infeção por VIH, também possuem risco aumentado de perda óssea. O resultado da ferramenta FRAX e a frequência da realização dos exames de densitometria óssea em pessoas com VIH não são claros, embora as orientações dos estudos da população não infetada por VIH sugerem que devem basear-se na gravidade da osteoporose quando medida pela primeira vez. O tratamento é igual ao da população em geral.

Investigações demonstraram que cerca de um terço dos pacientes com VIH têm deficiência de vitamina D, associada ao baixo número de células CD4, assim como a fraca exposição à luz solar e/ou pele mais escura. Certos antirretrovirais podem causar esta deficiência [Tabela 1]. A terapia de suplementação é assim recomendada.

Os problemas articulares da infeção por VIH são comuns e estão relacionados com inflamação e infeção. O diagnóstico e tratamento são iguais ao da população geral. Contudo, é essencial que sejam consideradas potenciais interações medicamentosas com ARVs, quando são prescritos esteroides orais, intraoculares ou injetáveis [Tabela 2].

DISTÚRBIOS SANGUÍNEOS E CANCROS

A anemia e a trombocitopenia são comuns no VIH e podem estar associadas ao uso de cotrimoxazole no tratamento ou prevenção da PCP.

O VIH suprime o sistema imunitário, tornando-o menos capaz de monitorizar e matar células cancerígenas, e conseqüentemente, o risco de desenvolver variados cancros aumenta, sendo que estes ocorrem frequentemente numa idade mais precoce. No passado, as pessoas com infeção por VIH e com um sistema imunitário muito comprometido desenvolviam três tipos de cancro: sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não-Hodgkin e cancro invasivo do colo do útero nas mulheres. Estes são referidos como cancros relacionados com a SIDA e são todos mediados pelo vírus. O SK é frequentemente ignorado ou mal diagnosticado, veja as imagens em www.hiv.va.gov/provider/image-library/ks-hhv-8.asp.

Vários cancros não definidos pela SIDA parecem ser mais comuns no VIH, embora isto possa estar relacionado com taxas mais elevadas de tabagismo e coinfecção com tipos de herpes oncogénicos ou vírus da hepatite. Eles incluem: cancro do pulmão; Linfoma de Hodgkin; cancro anal, tanto em homens como em mulheres, e cancro do fígado (carcinoma hepatocelular), especialmente naqueles coinfectados com hepatite B e/ou hepatite C. Os cancros do rim e da pele, bem como a leucemia e o cancro da cabeça e pescoço, são duas vezes mais comuns naqueles com infeção pelo VIH.

As pessoas que vivem com VIH devem seguir os programas de rastreio do cancro do seu país através do seu médico de família e, se possível, aceder aos serviços de rastreio da neoplasia intraepitelial anal (NIA) através da sua clínica de VIH.

DOENÇA DO FÍGADO E HEPATITE VIRAL

A doença hepática é frequentemente observada em pacientes que vivem com HIV. Infecções virais crônicas devido a hepatite B e C são as causas mais comuns, no entanto, medicamentos (ARVs e não-ARVs, incluindo medicamentos de venda livre e fitomedicamentos), uso excessivo de álcool, uso de drogas recreativas e doença hepática não alcoólica associada à obesidade, são cada vez mais reconhecidas como importantes causas de morbidade hepática. Algumas infecções oportunistas (por exemplo, infecções por micobactérias, leishmaniose visceral e CMV disseminado) e o seu tratamento também podem causar doença hepática.

Qualquer elevação nas enzimas hepáticas deve levar à investigação, em conjunto com a equipa de hepatologia local, para determinar a causa e avaliar a extensão da inflamação e fibrose hepática. Na maioria dos casos, isto pode ser atingido através de um teste não invasivo (elastografia hepática, APRI, FIB-4), mas ocasionalmente pode ser necessária uma biópsia hepática. No caso de lesão hepática induzida por medicamentos, os medicamentos agressores devem ser interrompidos.

- A **hepatite A** (VHA) é comum em HSH infetados pelo HIV; se os anticorpos não estiverem presentes, a vacinação para prevenir infecções futuras é importante.
- Indivíduos infetados com **hepatite B** (VHB) devem ser acompanhados em conjunto com um hepatologista, se possível. Todos os doentes com VHB devem ser testados para o VIH, uma vez que alguns antivirais utilizados para o VHB também têm atividade anti-VIH e a sua utilização isoladamente pode resultar numa supressão abaixo do ideal do VIH [Tabela 1]. A vacinação contra VHB deve ser administrada a quem não possui imunidade.
- **Hepatite C** (VHC): se houver presença de anticorpos, uma carga viral de RNA do VHC deve ser realizada e, se detectável, o indivíduo deverá ser encaminhado para um hepatologista com experiência em VIH para tratamento curativo.

HORMONAS E LIPODISTROFIA

Os distúrbios da tireoide não parecem ser significativamente maiores no VIH, embora o hipotireoidismo tenha sido associado a alguns ARVs [Tabela 1].

As mulheres infectadas pelo VIH podem apresentar irregularidades nos seus ciclos menstruais e correm o risco de menopausa precoce (menos de 45 anos). A investigação sobre a utilização da terapia de substituição hormonal (TSH) em mulheres que vivem com VIH é limitada e as formas habitualmente utilizadas podem interagir com os ARVs; consulte informações em [liverpool-hiv-hep.s3.amazonaws.com/prescribing_resources/pdfs/000/000/028/original/TS_HRT_2019_Oct.pdf?1571043505](https://www.amazonaws.com/prescribing_resources/pdfs/000/000/028/original/TS_HRT_2019_Oct.pdf?1571043505). As mulheres que continuam a ser sexualmente ativas, durante e após a menopausa, devem ser encorajadas a praticar sexo seguro e a testar para infeções sexualmente transmissíveis. Todas as mulheres devem continuar a fazer o rastreio de cancro do colo do útero até os 65 anos de idade e prestar atenção à saúde mamária em todas as idades. O VIH e alguns ARVs podem causar alterações das mamas, tornando-as maiores e mais densas; essas alterações geralmente são cistos benignos do tecido mamário.

Em homens infetados pelo VIH, a deficiência de testosterona ocorre frequentemente numa idade precoce e é mais comum com uma contagem baixa de CD4, ou naqueles que tomaram esteroides androgénicos (suplementos de testosterona); a terapia de reposição funciona na maioria dos casos. A ginecomastia dolorosa pode ocorrer em homens com VIH, causada por alguns ARVs [Tabela 1], uso recreativo de esteroides anabolizantes

ou desequilíbrios hormonais. Uma ultrassonografia deve ser realizada e encaminhamento para um endocrinologista é recomendado.

A frequência e o interesse em sexo diminuem com a idade em variados graus nas diferentes pessoas que vivem com HIV; especificamente, nas mulheres pode ocorrer repentinamente com o início da menopausa. Nos homens, a disfunção erétil (DE), problemas de ejaculação e incapacidade de atingir o orgasmo podem ocorrer, tanto devido ao envelhecimento como à infeção pelo VIH, e está associada a certos medicamentos para o VIH, especialmente inibidores da protease, alguns antidepressivos e medicamentos anti-hipertensores.

Além das alterações na forma corporal relacionadas com a idade, a lipodistrofia associada ao VIH apresenta-se como lipoatrofia (perda de gordura) ou lipohipertrofia (ganho de gordura), por vezes observadas em conjunto no mesmo indivíduo; veja imagens em www.hiv.va.gov/provider/image-library/lipodystrophy.asp. Pensa-se que os fatores contribuintes são: alguns ARVs (incluindo alguns que já não são utilizados), nadir das células CD4, hábitos alimentares pobres, antecedentes familiares e tabagismo. A lipoatrofia facial da gordura das bochechas e da área das têmporas é agora vista, por alguns, como uma marca registrada da infeção pelo VIH e pode levar ao estigma e a problemas de autoestima. A lipoatrofia relacionada com o VIH pode imitar a perda de gordura que ocorre com o envelhecimento nos braços, pernas, pés e nádegas.

A lipohipertrofia é o acúmulo de gordura que ocorre no corpo em redor dos órgãos internos e, mais obviamente, nos seios e no abdômen de homens e mulheres. Pode ser difícil distinguir a lipohipertrofia do simples ganho de peso, e não existe um teste único para determinar isso. Iniciar ARVs leva a um “retorno à saúde” e isso muitas vezes resulta em ganho de peso, nem sempre nos lugares certos. Evidência sobre quais medicamentos são melhores ou piores para a lipodistrofia encontra-

se em constante mudança com nova informação publicada.

Tratamentos cosméticos (preenchimentos cutâneos) para lipoatrofia facial no VIH podem ser usados com sucesso para reduzir os sinais óbvios de perda de gordura facial. A lipoatrofia que envolve as nádegas pode tornar certas posições sentadas desconfortáveis e além disso, dormir e tomar banho de imersão pode ser difícil. O excesso de lipoatrofia em mulheres pode requerer redução mamária.

NERVOS E CÉREBRO

O VIH pode afetar tanto o sistema nervoso central como o periférico, enquanto as infeções oportunistas, como a toxoplasmose cerebral, a encefalite por CMV, a meningite criptocócica ou tuberculosa e o linfoma cerebral primário são frequentemente a apresentação inicial da doença por VIH. A gravidade da doença cerebral é pior e pode ser fatal no VIH não tratado e naqueles com contagens baixas de células CD4.

Desde o advento da terapêutica

antirretroviral, a prevalência da demência por VIH diminuiu. No entanto, algumas perturbações neurocognitivas permanecem naqueles cujo VIH não se encontra controlado ou naqueles com história de doenças cerebrais anteriores.

A neuropatia periférica, comum em pessoas que vivem com VIH, pode ser resultado de alguns ARVs [Tabela 1], outros medicamentos, deficiências de vitaminas, diabetes e consumo excessivo de álcool.

OLHOS

Quando o sistema imunitário encontra-se recuperado com a terapia antirretroviral, não existem condições oculares específicas que estejam associadas ao VIH. O amarelecimento da esclera e/ou da pele pode ser causado por atazanavir e Evtotaz devido

à hiperbilirrubinemia não conjugada, o que não tem consequências graves, embora devam ser consideradas outras razões para o desenvolvimento de icterícia. A monitorização e o tratamento das doenças oculares devem ser iguais aos da população geral.

SECÇÃO TRÊS

Não ignore um novo diagnóstico do VIH

A necessidade de diagnosticar efetivamente o VIH

O teste de VIH é simples e essencial para garantir acesso à prevenção do VIH, tratamento, cuidado e apoio. É vital que percursos assistenciais integrados existam para melhorar o rastreio de VIH e que todos os profissionais de saúde tenham conhecimento de quando o diagnóstico de VIH pode ser uma possibilidade, e dessa forma oferecer um teste.

Na Europa, é estimado que um terço das infeções por VIH está por diagnosticar e que cerca de 50% dos indivíduos com recente diagnóstico de VIH apresentam acesso tardio aos cuidados (i.e. com contagem de células CD4 < 350), muitas vezes resultando em doença clínica grave evitável e aumento do risco de morte.

Esta secção destina-se à utilização prática por médicos e enfermeiros, que prestam cuidados a indivíduos que possam ter uma infeção por VIH não diagnosticada, incluindo médicos e enfermeiros de medicina familiar e geral, departamentos de urgência e de especialidades não relacionadas com o VIH. Assim, providencia a base para o diagnóstico do VIH num vasto número de contextos, pelo que nem todos os aspetos serão relevantes para a sua prática específica.

Independentemente da via de aquisição do VIH, a subutilização dos testes resulta em diagnósticos tardios, no risco de doenças graves, possivelmente

irreversíveis, e de mortes evitáveis. O diagnóstico precoce reduz a transmissão e progressão e melhora os resultados de saúde, diminuindo assim a morbilidade e a mortalidade por doenças associadas ao VIH.

As barreiras à realização do teste incluem: baixa percepção de risco, dificuldade em revelar o risco por medo de estigma ou discriminação e falha dos profissionais de saúde em oferecer testes de VIH como parte dos cuidados de rotina, ou em avaliar ou compreender os fatores de risco ou apresentações clínicas suspeitas de VIH.

Uma proporção significativa das pessoas eventualmente diagnosticadas com VIH apresentou-se frequentemente nos locais de cuidados de saúde, tais como urgências ou centro de saúde, múltiplas vezes, com sintomas ou sinais sugestivos de potencial infeção por VIH. É neste grupo que esta secção do guia se centra especialmente, a fim de melhorar os seus cuidados médicos, oferecendo testes precoces para o VIH.



justri.
www.justri.org

Poderá ser VIH?

Um guia para diagnóstico precoce

Poderá ser VIH?

Um guia para diagnóstico precoce

www.justri.org/could-this-be-hiv

Quem deve ser alvo do teste de VIH?

As taxas de testagem do VIH são mais elevadas em locais onde o teste é apresentado como parte dos cuidados de rotina, tais como clínicas de saúde sexual ou consultas pré-natais. A investigação tem demonstrado consistentemente que, independentemente do local onde é oferecido, as pessoas não se importam que lhes seja oferecido um teste de VIH. Uma oferta proativa e oportunista de um teste de VIH deve ser sempre considerada quando alguém faz um exame de sangue e, definitivamente, quando os pacientes possuem maior risco de contrair o VIH. Esses incluem:

1. Parceiros sexuais ou filhos de pessoas com diagnóstico conhecido de VIH
2. Pessoas com uma infeção sexualmente transmissível
3. Homens que fazem sexo com homens
4. Ser proveniente de um local com elevada prevalência de VIH (>0,1%), como toda a África Subsariana e o sul de Londres
5. Possuir história de uso de drogas injetáveis
6. Possuir história de trabalho sexual
7. Solicitar um teste de HIV
8. Sofrer uma picada de agulha ou exposição a sangue
9. Apresentar uma condição indicadora (veja abaixo)

CONDIÇÕES INDICADORAS

Existe forte evidência de que é benéfico usar condições indicadoras (apêndices 1 e 2) para chegar aos pacientes dos quais devem ser oferecidos testes. Três grupos de condições indicadoras foram identificados pelo HIV in Europe www.hiveurope.eu/Portals/0/Guidance.pdf (apêndice 1) como relevantes para considerar testar indivíduos com:

1. **Condições que definem a SIDA** (não testar é claramente má prática clínica)

2. **Condições associadas a uma prevalência não diagnosticada de >0,1%** (o teste deve ser fortemente recomendado)
3. **Condições em que a não identificação da presença de infeção pelo VIH seria prejudicial** para a gestão do quadro clínico do indivíduo, como o uso de terapia imunossupressora (teste recomendado)

Até recentemente, a necessidade de aconselhamento pré-teste extensivo e consentimento por escrito era uma barreira à vontade de alguns prestadores de saúde de oferecerem testes. A evidência mostra que quanto mais jovem for um médico, maior será a probabilidade de ele oferecer testes. Os enfermeiros estão frequentemente em melhor posição para avaliar as necessidades de informação, fornecer recursos sobre transmissão, prevenção, tratamento, apoio e para discutir o teste

de VIH.

Um benefício significativo da identificação de uma condição indicadora é que esta pode levar o profissional de saúde a recomendar o teste do VIH, ajudando assim a normalizar o processo, embora o teste do VIH deva ser oferecido a todos os pacientes quando observados pela primeira vez em clínicas de medicina geral e de especialidades.

Como implementar testagem?

A forma como realiza o teste de VIH será específica ao seu contexto e aos serviços locais existentes. Abaixo estão algumas questões gerais que devem ser consideradas.

É importante que exista um plano sobre como lidar com um indivíduo que se apresenta no serviço com possível VIH. Se estiver num hospital, pode encaminhar para o serviço interno de VIH ou, no centro de saúde, para os fornecedores locais de testes de HIV ou para um hospital local. No entanto, seja

qual for o plano, deve haver um percurso assistencial para oferecer testes, avaliar os resultados e agir de acordo com estes. É claro que seria melhor se pudesse oferecer testes imediatos no seu serviço e depois contactar imediatamente o seu serviço local de VIH, mas isso nem sempre é possível.

TESTES DE VIH:

O tipo de teste de VIH usado para diagnóstico varia e é melhor discutir

com o laboratório de diagnóstico local quais são os mais apropriados para usar.

EDUCAÇÃO E TREINO

Se oferecer testes no seu serviço, é importante que a equipa responsável por realizá-los seja bem treinada e proficiente na discussão e execução dos testes. Este treino geralmente pode ser

fornecido pelos serviços locais de VIH. Deveria ser da competência de qualquer médico ou enfermeiro oferecer um teste de VIH e quanto mais você testa, mais fácil e rotineiro se torna.

Oferecer um teste de VIH

Planeie com antecedência como oferecer os testes. Estes devem ser realizados em ambiente confidencial. Seja explícito com a linguagem utilizada ao oferecer o teste. Um bom exemplo seria dizer: "Foi-lhe diagnosticado [nome da doença indicadora] e fazemos

rotineiramente alguns testes, que incluem um para o VIH, em todas as pessoas que têm esta doença. Isso é ok consigo? Informações escritas sobre os testes devem estar disponíveis e o paciente deve ter tempo suficiente para fazer perguntas e discutir preocupações.

PERGUNTAS FEITAS FREQUENTEMENTE:

Q *Acha que eu tenho VIH*

R Não sei, mas recomendamos rotineiramente um teste de VIH a todas as pessoas com esta condição.

Q *Quem saberá que fui testado?*

R Tal como acontece com todos os testes que fazemos, o teste de VIH é confidencial e apenas a equipa clínica que cuida de si saberá que foi testado.

Q *Eu não corro risco de contrair VIH – porque é que preciso de um teste?*

R Muitas pessoas correm risco de infeção sem saberem; a menos que tenha feito um teste recentemente, recomendamos que todos com esta condição façam um teste de VIH para descobrir o que há de errado com a sua saúde.

QUANDO UM PACIENTE RECUSA

Se o paciente recusar um teste, devem ser exploradas razões para garantir que isso não se baseia em crenças incorretas sobre o vírus ou nas consequências de ser testado. Os riscos potenciais em termos de complicações para a condição que apresentam devem ser explicados. Os pacientes não devem

ser pressionados a fazer o teste, mas oportunidades de o fazer numa data posterior não devem ser perdidas e/ou encaminhar para os serviços locais de saúde sexual ou de VIH se justificar. Muitas vezes, aqueles que recusam o teste já sabem que são positivos.

DISCUSSÃO PÓS-TESTE:

Isto dependerá no resultado.

Se o teste de VIH for negativo:

...a discussão terá de abranger o período de janela imunológica se houver alta suspeita de VIH, como no caso de uma doença semelhante à seroconversão, onde o encaminhamento imediato para avaliação e carga viral é o mais adequado. Existe uma oportunidade para a promoção da saúde e o nível desta será determinado pelo contexto dos testes. Devem existir planos relativos a referenciamento para apoio e provisão de informação (e.g., websites ou outros profissionais de saúde).

Se o teste de VIH for positivo:

...é essencial que o determinado local de cuidados de saúde tenha diretrizes claras e acordadas sobre como gerir um diagnóstico de VIH positivo. Questões importantes a considerar são: como o resultado do teste deve ser dado, onde e por quem. Como toda a comunicação importante relacionada com saúde, dar um resultado positivo de VIH deve ser tratado com empatia e com um plano claro do que acontecerá a seguir. Um rápido encaminhamento ou transferência para os serviços de VIH apropriados deve ser realizado, como seria o caso de qualquer problema de saúde grave. O indivíduo deve ser informado da necessidade de proteger os atuais e futuros parceiros sexuais e/ou de partilha de seringas e a notificação do parceiro deve ser discutida.

Apêndice 1: Definição de condições indicadoras e recomendação para o rastreio de VIH

TESTE FORTEMENTE RECOMENDADO PARA:

Condições definidoras de SIDA*

Neoplasias:

- Cancro cervical
- Linfoma Não-Hodgkins
- Sarcoma de Kaposi

Infeções virais:

- Retinite por Citomegalovírus
- Outras apresentações de Citomegalovírus (exceto fígado, baço e glândulas)
- Herpes simplex, úlceras com mais de um mês/bronquites/pneumonitis
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva

Infeções parasitárias:

- Toxoplasmose cerebral
- Criptosporidíase superior a um mês
- Isosporíase superior a um mês
- Leishmaniose atípica disseminada
- Reativação de Tripanossomíase Americana (meningoencefalopatia ou miocardite)

Infeções bacteriais:

- Mycobacterium tuberculosis, pulmonar ou extrapulmonar
- Mycobacterium avium complex ou Mycobacterium kansasii, disseminado ou extrapulmonar
- Outras espécies de Mycobacterium, extrapulmonares ou disseminadas
- Pneumonia recorrente (dois ou mais episódios num ano)
- Sépsis recorrente por Salmonella

Infeções fúngicas:

- Pneumocystis carinii pneumonia
- Candidíase esofágica
- Candidíase pulmonar
- Criptococose extrapulmonar
- Histoplasmose disseminada/ extrapulmonar
- Coccidioidomicose disseminada/ extrapulmonar
- Penicilose disseminada

* Baseado no sistema de classificação do CDC (Centro de Controle de Doenças) e OMS

TESTE FORTEMENTE RECOMENDADO PARA:

Condições associadas ou prováveis de um não-diagnóstico Prevalência de VIH >0,1%

- Infecções sexualmente transmissíveis
- Linfoma maligno
- Displasia/cancro anal
- Displasia cervical
- Herpes zoster
- Hepatite B ou C (aguda ou crónica)
- Mononucleose infecciosa
- Leucopénia/trombocitopénia durante mais de um mês, sem causa aparente
- Dermatite/enxantema seborreico
- Doença pneumocócica invasiva
- Febre sem explicação
- Candidíase
- Leishmaniose visceral
- Gravidez (implicações para o feto)
- Cancro pulmonar primário
- Meningite linfocítica
- Leucoplasia pilosa
- Psoríase severa ou atípica
- Síndrome de Guillain–Barré
- Mononeurite
- Demência subcortical
- Esclerose múltipla
- Neuropatia periférica
- Hepatite A
- Sem explicação:
 - » perda de peso
 - » linfadenopatia
 - » candidíase oral
 - » diarreia crónica
 - » doença renal crónica
- Pneumonia adquirida na comunidade

TESTE SUGERIDO PARA:

Condições onde não identificada a presença de VIH poderão ter implicações significativas para a gestão clínica do indivíduo, independentemente da prevalência de VIH ser muito provavelmente inferior a 0,1%

- Condições que requerem terapia imunossupressora agressiva:
 - » Cancro
 - » Transplantes
 - » Doenças autoimunes tratadas com imunossupressores
- Lesão ocupante de espaço cerebral
- Púrpura idiopática/trombótica trombocitopénica

Apêndice 2: Condições indicadoras por especialidade

SIGNIFICADO:

- ➔ Definidor de SIDA
- ⇒ Condições associadas/prováveis não-diagnósticos com prevalência >0,1% - Rastreo fortemente recomendad
- Condições onde a não identificação de VIH pode ter implicações adversas para a gestão clínica do indivíduo

ONCOLOGIA

- ➔ Linfoma Não-Hodgkins
- ➔ Sarcoma de Kaposi
- ⇒ Cancro pulmonar primário
- ⇒ Displasia/cancro anal
- Cancro que requer terapia imunossupressora agressiva

REUMATOLOGIA

- Doenças autoimunes tratadas com terapia imunossupressora agressiva

RESPIRATÓRIO/PNEUMOLOGIA

- ➔ Tuberculose
- ➔ Pneumocystis carinii pneumonia
- ➔ Pneumonia recorrente
- ➔ Doença pulmonar por Mycobacterium avium complex
- ➔ Histoplasmose disseminada/extrapulmonar
- ➔ Herpes simplex - bronquite/pneumonite
- ➔ Candidíase brônquica/pulmonar
- ⇒ Pneumonia adquirida na comunidade

ESTOMATOLOGIA

- ➔ Candidíase, oral e esofágica
- ➔ Sarcoma de Kaposi
- ⇒ Leucoplasia pilosa

OTORRINOLARINGOLOGIA

- ➔ Candidíase traqueal/esofágica
- ⇒ Mononucleose infecciosa

NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

- ➔ Toxoplasmose cerebral
- ➔ Criptococose extrapulmonar
- ➔ Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- ➔ Reativação de Tripanossomíase Americana (meningoencefalopatia ou miocardite)
- ⇒ Síndrome de Guillain-Barré
- ⇒ Mononeurite
- ⇒ Demência subcortical
- ⇒ Esclerose múltipla
- ⇒ Neuropatia periférica
- Lesão ocupante de espaço cerebral

GINECOLOGIA/ OBSTETRÍCIA

- ➔ Cancro cervical
- ⇒ Infecções sexualmente transmissíveis
- ⇒ Hepatite B ou C (aguda ou crónica)
- ⇒ Gravidez (implicações para o feto)
- ⇒ Displasia cervical

DERMATOLOGIA / DERMATOVENEREOLOGIA / UROLOGIA

- ➔ Sarcoma de Kaposi
- ➔ Úlcera(s) por Herpes Simplex
- ➔ Leishmaniose disseminada atípica
- ➔ Penicilose disseminada
- ⇒ Dermatite/exantema seborreico
- ⇒ Herpes zoster
- ⇒ Infecções sexualmente transmissíveis
- ⇒ Hepatite B ou C (aguda ou crónica)
- ⇒ Psoríase severa ou recalcitrante
- ⇒ Candidémia
- ⇒ Candidíase

OFTALMOLOGIA

- ➔ Retinite por Citomegalovírus

NEFROLOGIA

- ⇒ Doença renal crónica sem explicação

GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA

- ➔ Diarreia por *Crisptosporidium* superior a um mês
- ➔ Microsporidiose superior a um mês
- ➔ Isosporíase superior a um mês
- ➔ Candidíase esofágica
- ⇒ Hepatite B ou C (aguda ou crónica)
- ⇒ Diarreia crónica não explicável

HEMATOLOGIA

- ➔ Linfoma Não-Hodgkins
- ⇒ Linfoma maligno
- ⇒ Leucocitopénia/trombocitopénia superior a 4 semanas não explicável
- ⇒ Linfadenopatia não explicável
- Púrpura trombótica trombocitopénica

SAÚDE COMUNITÁRIA & URGÊNCIA

Sintomatologia enquadrada em *qualquer* das condições acima citadas

INFECCIOLOGIA/MEDICINA INTERNA

- ➔ Tuberculose
- ➔ Mycobacterium Tuberculosis, pulmonar ou extrapulmonar
- ➔ Mycobacterium avium complex ou Mycobacterium kansasii, disseminado ou extrapulmonar
- ➔ Outras espécies ou espécies indefinidas de Mycobacterium, disseminado ou extrapulmonar
- ➔ Pneumonia, recorrente (2 ou mais episódios em 12 meses)
- ➔ Pneumocystis carinii pneumonia
- ➔ Criptococose extrapulmonar
- ➔ Sepsis por Salmonella
- ➔ Citomegalovírus, outros (excepto fígado, baço, glândulas)
- ➔ Úlcera(s) de Herpes Simplex superiores a um mês/bronquite/pneumonite
- ➔ Candidíase brônquica/traqueal/pulmonar
- ➔ Candidíase esofágica
- ➔ Leishmaniose disseminada atípica
- ➔ Histoplasmose disseminada/extrapulmonar
- ➔ Coccidioomicose disseminada/extrapulmonar
- ➔ Reativação de Tripanossomíase Americana (meningoencefalopatia ou miocardite)
- ➔ Penicilose disseminada
- ⇒ Infecção sexualmente transmissível
- ⇒ Hepatite B ou C (aguda ou crónica)
- ⇒ Mononucleose infecciosa
- ⇒ Doença pneumocócica invasiva
- ⇒ Herpes zoster
- ⇒ Meningite linfocítica
- ⇒ Leishmaniose visceral
- ⇒ Perda de peso não explicável
- ⇒ Febre não explicável
- ⇒ Diarreia crónica não explicável
- ⇒ Linfadenopatia não explicável
- ⇒ Leucocitopénia/trombocitopénia superior a 4 semanas não explicável

justri.
www.justri.org

com agradecimento aos nosso patrocinadore

