

## HIV / AIDS

CID-10: B20; B20.0; B20.1; B20.2; B20.3; B20.4; B20.5; B20.6; B20.7; B20.8; B20.9  
B21; B21.0; B21.1; B21.2; B21.3; B21.7; B21.8; B21.9  
B22; B22.0; B22.1; B22.2; B22.7  
B23; B23.0; B23.1; B23.2; B23.8  
B24; Z20; Z20.6; Z21; R75

Esta diretriz tem como objetivo fornecer subsídios à perícia médica do INSS, de forma global e concisa, para avaliação da incapacidade laborativa de pessoas vivendo com HIV/AIDS, com vistas à obtenção de benefícios.

Desde 1996, a partir da publicação da Lei 9.313/96, o Ministério da Saúde vem garantindo o tratamento antirretroviral a todas as pessoas com HIV/AIDS, que se enquadram em recomendações terapêuticas atualizadas, revistas e publicadas periodicamente.

Considerando não ser competência da perícia médica do INSS efetuar investigação diagnóstica, assim como prestar assistência clínico-terapêutica, a análise de cada caso quanto à situação clínico-laboratorial e prognóstica, cotejada com a atividade laboral, objetiva essencialmente contribuir para a avaliação da (in)capacidade para o trabalho, com conseqüente concessão ou indeferimento do benefício requerido.

O perfil epidemiológico da epidemia de AIDS se modificou após o advento da terapia antirretroviral - TARV, com melhoria dos indicadores de morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela síndrome. Por outro lado, a característica crônico-degenerativa assumida pela doença tem levado parte das pessoas, em uso de TARV há mais tempo, a conviver com efeitos adversos pelo uso prolongado desses medicamentos e de outros prescritos para as comorbidades.

Neste sentido, a plena interação entre a equipe técnica do INSS (peritos médicos e orientadores profissionais) e a dos Programas Municipais de DST/AIDS (profissionais envolvidos com a TARV) é uma condição a ser buscada, tendo em vista a ampla capilarização de ambos os serviços em todo o país, o que pode contribuir para decisões mais justas frente a cada caso.

Se a evolução desfavorável de outrora implicava inexoravelmente no reconhecimento de invalidez, o novo perfil evolutivo da síndrome passou a permitir o resgate da capacidade laborativa, gerando como demanda o acesso ao mercado de trabalho, muitas vezes dificultado pelo preconceito e discriminação, ainda presentes, e pelas limitações que, em certos casos, a TARV pode acarretar, temporária ou definitivamente.

O acesso ao mercado de trabalho é uma resposta que governo e sociedade civil organizada devem buscar. A garantia ao emprego, por limitação legal, não é uma atribuição do INSS/MPS, porém, mais do que nunca, a estruturação do programa de reabilitação profissional e o estabelecimento de parcerias para sua efetivação são e serão demandas às quais, cada vez mais, nos caberá responder.

Esta diretriz está dividida em duas partes. A primeira objetiva uniformizar o entendimento da perícia médica do INSS sobre conceitos e informações importantes em HIV/AIDS, a serem considerados na análise da capacidade laborativa. Serão sistematizados preferencialmente na forma de quadros e tabelas, de modo a facilitar o acesso e compreensão. A segunda parte se refere às considerações médico-periciais, com base na legislação pertinente aos benefícios, cuja análise está sob responsabilidade da perícia médica.

## **PARTE I - PRINCIPAIS CONCEITOS E ASPECTOS CLÍNICO-TERAPÊUTICOS EM HIV/AIDS**

### **1. AGENTE ETIOLÓGICO**

O HIV é um retrovírus com genoma RNA. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que, para se multiplicarem, necessitam de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral em DNA. Esse DNA viral (pró-vírus) incorpora-se ao genoma da célula, a partir do qual inicia a produção de novas partículas virais (virions) que, após a ação de outra enzima específica (protease viral), permite sua maturação e posterior liberação no citoplasma. <sup>(INSS, 2002)</sup>

### **2. FORMAS DE TRANSMISSÃO**

#### **2.1. SEXUAL**

Sexo sem proteção, qualquer que seja a orientação sexual do indivíduo, sendo bastante aumentado o risco nas relações receptivas com exposição ao sêmen, seja ela por via anal, vaginal ou oral. Há de se ressaltar também o papel do fluido vaginal, sobretudo na presença de processos inflamatórios, do sangue menstrual e o papel facilitador de outras doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as ulcerativas.

#### **2.2. SANGUE E HEMODERIVADOS**

Compartilhamento de agulhas e seringas no consumo de drogas injetáveis (em declínio, em razão do Programa de Redução de Danos do Ministério da Saúde).

Transusão de sangue/hemoderivados e transplante de órgãos (mais raro hoje em dia em razão da introdução obrigatória da testagem do RNA viral em doadores, além da pesquisa de anticorpos).

#### **2.3. VERTICAL**

Intra-útero, durante o parto e pelo aleitamento materno (pode-se ter o risco diminuído com a profilaxia antirretroviral no atendimento à gestante, ao recém-nato e oferta de fórmula láctea infantil ou, em situações especiais, leite materno pasteurizado em bancos de leite credenciados pelo Ministério da Saúde). <sup>(MS, SVS, DDAHV, 2010)</sup>

#### **2.4. OCUPACIONAL**

Envolve acidentes com material biológico. Há redução do risco a partir da adoção de práticas universais de biossegurança e profilaxia antirretroviral pós-acidente. <sup>(HALLAL et al, 2010; MS,SAS,DAPE, 2006)</sup>

Comparativamente, o risco é muito inferior ao dos acidentes envolvendo os vírus das hepatites B (HBV) e C (HCV). (HALLAL et al, 2010; MS,SAS,DAPE, 2006)

Além do sêmen e sangue, são também potencialmente infectantes o líquor, líquidos pleural, peritoneal, pericárdico e secreções. (HALLAL et al, 2010; MS,SAS,DAPE, 2006)

Saliva, lágrima, suor, urina e fezes, desde que não contaminados por sangue e/ou secreções, não oferecem risco de transmissão do HIV. (HALLAL et al, 2010; MS,SAS,DAPE, 2006)

Até o momento não foi possível evidenciar qualquer caso de infecção por HIV adquirida pelo convívio social ou profissional, contato interpessoal não-sexual e não-percutâneo, vetores artrópodes, fontes ambientais (aerossóis, por exemplo), instalações sanitárias e piscinas. Conclui-se, portanto, que formas alternativas de transmissão são absolutamente improváveis e que a experiência cumulativa é suficientemente ampla para assegurar, enfaticamente, não haver qualquer justificativa para restringir a participação de indivíduos infectados em suas atividades domésticas, escolares ou profissionais. (INSS, 2002)

### 3. HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV (BARTLETT, GALLANT, PHAM et al 2009; MS, SVS, PN-DST/AIDS, 2008)

Cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, da fase aguda até a fase avançada, com manifestações definidoras de AIDS, em um tempo médio de 10 anos entre o contágio e o adoecimento.

#### 3.1. FASE AGUDA

Pode ser assintomática, oligossintomática ou se manifestar como síndrome retroviral aguda.

##### 3.1.1. Síndrome Retroviral Aguda

Doença transitória sintomática, com 2 a 4 semanas de duração. Tem início 2 a 4 semanas após a exposição, embora já tenha sido descrita em até 10 meses após a infecção primária. Pode ser detectada em 50 a 90% dos indivíduos e seu espectro clínico assemelha-se ao da mononucleose infecciosa, conforme apresentado no quadro 1. Na dependência da intensidade dos sinais e sintomas, pode passar despercebida ou ser confundida com outra virose.

**QUADRO 1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS À INFECÇÃO AGUDA PELO HIV (SÍNDROME RETROVIRAL AGUDA)**

FREQUÊNCIA DOS SINAIS E SINTOMAS					
Febre	96 %	Trombocitopenia	45 %	Hepatoesplenomegalia	14 %
Linfadenopatia	74 %	Linfopenia	40 %	Candidíase oral	12 %
Fadiga	70-90 %	Leucopenia	38 %	Meningite asséptica	10-20 %
Exantema maculopapular	70 %	Diarréia	32 %	Úlceras orais	10-20 %
Faringite	70 %	Cefaléia	32 %	Emagrecimento	10-15 %
Mialgia e/ou artralgia	54 %	Náusea e vômitos	27 %	Úlceras genitais	5-15 %
Suores noturnos	50 %	Aumento de transaminases	21 %		

Fonte: Adaptado de Bartlett, Gallant, Pham, et al 2009 e Niu, 1993, IN: MS, SVS, PN-DST/AIDS, 2008.

A Síndrome retroviral aguda cursa com elevada carga viral (viremia plasmática) e queda transitória, porém significativa, do Linfócito T Auxiliar – CD4 (indicativa do estado imunológico do indivíduo). Esses dois parâmetros serão melhor discutidos no tópico relativo ao diagnóstico.

### 3.2. FASE ASSINTOMÁTICA

Conhecida também como latência clínica, segue-se à fase aguda, autolimitada. Caracteriza-se por um período assintomático de duração variável, no qual 50 a 70% dos indivíduos podem apresentar apenas uma linfadenopatia generalizada persistente e indolor.

Em geral, na fase assintomática, a carga viral mantém-se controlada e o CD4 permanece em níveis normais ou pouco reduzidos. Este quadro estável pode perdurar por anos, variando de indivíduo para indivíduo, requerendo monitoramento clínico laboratorial periódico, com vistas a determinar o momento adequado para iniciar a TARV.

### 3.3. FASE SINTOMÁTICA INICIAL OU PRECOCE

Observam-se manifestações relacionadas à presença de imunodeficiência pelo HIV, em grau variável, mas que não preenchem os critérios diagnósticos para AIDS.

Na história natural primeiro ocorre elevação da carga viral plasmática, seguida da queda de CD4 (em geral abaixo de 350), denotando desequilíbrio do sistema imunológico.

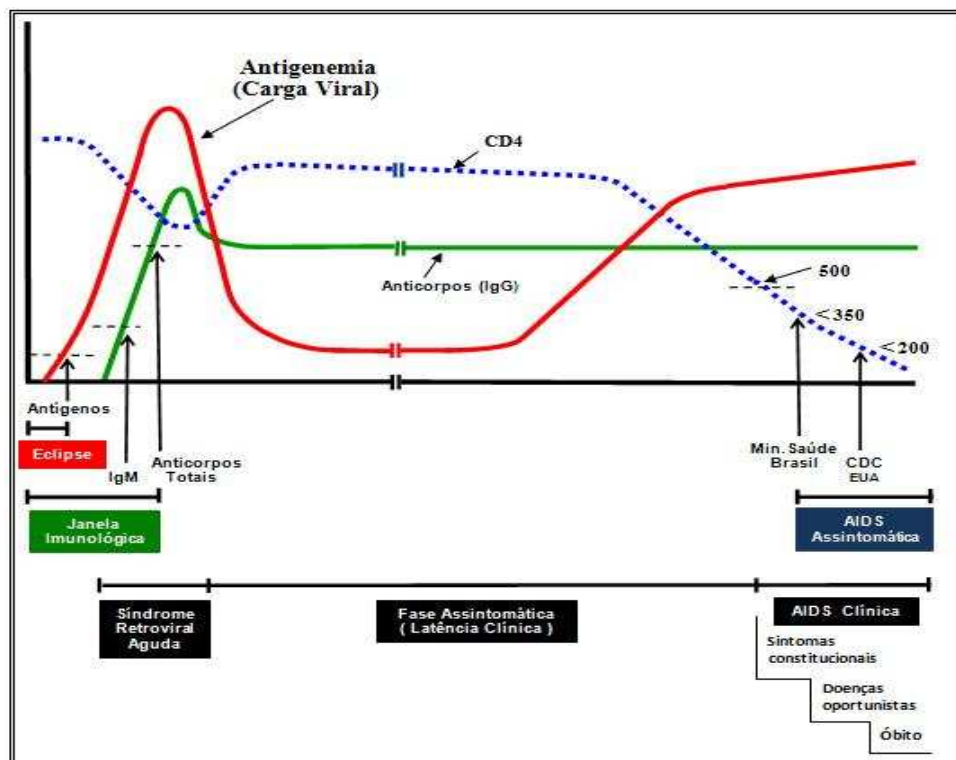
As principais manifestações observadas nesta fase são: sudorese noturna, fadiga, emagrecimento, diarreia, sinusopatias, candidíase oral e/ou vaginal, leucoplasia pilosa oral (espessamento epitelial benigno mais frequente em margens laterais da língua), gengivite, úlceras aftosas (extensas e de caráter recorrente), herpes simples recorrente (duração mais prolongada que o observado em indivíduos imunocompetentes), herpes zoster e trombocitopenia. Algumas dessas manifestações, de fácil diagnóstico clínico, como a candidíase oral, leucoplasia pilosa oral, diarreia crônica e/ou febre de origem indeterminada, são preditoras de progressão para a AIDS.

### 3.4. FASE DE IMUNODEFICIÊNCIA AVANÇADA OU AIDS

É a fase mais tardia da imunodeficiência, caracterizada pela ocorrência de doenças oportunistas graves.

O gráfico 1 representa, de forma esquemática, a história natural da infecção pelo HIV e a evolução temporal do CD4, carga viral e anticorpos circulantes.

## GRÁFICO 1 - HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HIV



Fonte: adaptado de Fauci et al, 1996; MS,CN-DST/AIDS,1997; MS,SVS,PN-DST/AIDS,2008 e Bartlett et al, 2009; IN: Marcelino, 2011.

### 3.4.1. Definição de Caso de AIDS (MS,CN-DST/AIDS, 1997; MS,SVS,PN-DST/AIDS,2004)

A definição atualmente utilizada no Brasil para fins de notificação e vigilância epidemiológica (Critério Rio de Janeiro / Caracas) considera como caso clínico de AIDS, para indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos, aquele que apresenta evidência laboratorial de infecção pelo HIV (sorológica ou virológica) e um somatório de, no mínimo, 10 pontos de acordo com a escala de sinais, sintomas ou doenças, apresentados no quadro 2.

### QUADRO 2 - CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS RIO DE JANEIRO / CARACAS (MS, 1992)

SINAIS / SINTOMAS / DOENÇAS	Pontos
Sarcoma de Kaposi	10
Tuberculose disseminada/extrapulmonar/pulmonar não cavitária	10
Candidíase oral ou leucoplasia pilosa	5
Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada	5
Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	5
Disfunção do sistema nervoso central	5
Diarréia por um período igual ou superior a 1 mês	2
Febre igual ou superior a 38° C, por um período igual ou superior a 1 mês	2
Caquexia ou perda de peso corporal superior a 10%	2
Astenia por um período igual ou superior a 1 mês	2
Dermatite persistente	2
Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia	2
Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose)	2
Linfadenopatia maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a 1 mês	2

Fonte: MS,CN-DST/AIDS, 1997; MS, SVS, PN-DST/AIDS, 2004

O Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC-EUA) possui uma categorização de HIV/AIDS baseada na menor quantificação de CD4 documentada e na presença de condições relacionadas ao HIV previamente diagnosticadas, conforme ilustrado no Quadro 3. Esta classificação pode ser bastante útil para a caracterização do início da doença. Indivíduos classificados nas categorias A3, B3, C1, C2 e C3 são considerados como tendo AIDS.

### QUADRO 3 - DEFINIÇÃO DE CASO PARA A VIGILÂNCIA DA AIDS EM ADOLESCENTES E ADULTOS - 1993.

CD4	Categorias Clínicas		
	A Assintomático ou Infecção Aguda pelo HIV ou Linfadenopatia Generalizada Persistente	B Condições Sintomáticas (* não A ou não C	C Condições Indicativas de AIDS (**)
(1) ≥ 500	A1	B1	C1
(2) 200 a 499	A2	B2	C2
(3) < 200	A3	B3	C3

(\*) **Categorias B** → definidas como condições sintomáticas ocorrendo em adulto ou adolescente infectado pelo HIV que apresente pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) sejam atribuídas à infecção pelo HIV ou indiquem um defeito na imunidade celular;
- b) tenham o curso clínico complicado pela infecção pelo HIV.

Alguns exemplos (entre outros):

- Angiomatose bacilar
- Candidíase orofaríngea
- Candidíase vulvovaginal persistente ou resistente
- Doença inflamatória pélvica
- Displasia cervical (moderada ou severa) / carcinoma cervical *in situ*
- Leucoplasia pilosa oral
- Púrpura trombocitopênica idiopática
- Sintomas constitucionais, tais como febre (> 38,5° C) ou diarreia com duração maior que 1 mês
- Neuropatia periférica
- Herpes zoster, envolvendo 2 ou mais episódios ou 1 ou mais dermatomas

(\*\*) **Categorias C** → Condições indicativas de AIDS :

- Pneumonia bacteriana recorrente (2 ou mais episódios em 12 meses)
- Candidíase de brônquios, traquéia ou pulmões
- Candidíase esofageana
- Carcinoma cervical invasivo, confirmado por biópsia
- Coccidioidomicose disseminada ou extrapulmonar
- Criptococose extrapulmonar
- Criptosporidiose crônica intestinal (duração > 1 mês)
- Doença por citomegalovírus (outra além de fígado, baço ou gânglios)
- Encefalopatia relacionada ao HIV
- Herpes simples: úlceras crônicas (duração > 1 mês), ou bronquite, pneumonite ou esofagite
- Histoplasmose disseminada ou extrapulmonar
- Isosporíase intestinal crônica (duração > 1 mês)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário do SNC
- Micobacteriose (*M. avium* ou *M. Kansasii*) disseminada ou extrapulmonar
- Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar
- Outras espécies de Micobactérias ou espécies não identificadas, disseminadas ou extrapulmonares
- Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (*P. carinii*)
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Septicemia recorrente por *Salmonella* (não-tifóide)
- Toxoplasmose cerebral
- Síndrome consumitíva devida ao HIV (perda de peso involuntária > 10%), associada com diarreia crônica (2 ou mais evacuações por dia, por 1 mês ou mais) ou fraqueza crônica e febre documentada por 1 mês ou mais.

Fonte: Adaptado de Castro et al, 1992 e Rachid & Schechter, 2008.

## QUADRO 4 - PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM HIV/AIDS

MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS			
Pneumocistose	Pneumonia por citomegalovírus	Pneumonia bacteriana	Sarcoma de Kaposi
Pneumonia fúngica	Tuberculose	Pneumonia linfocítica intersticial	
MANIFESTAÇÕES DIGESTIVAS			
<b>Boca e/ou Esôfago</b>			
Candidíase oral	Leucoplasia pilosa oral	Hiperpigmentação oral	Mucosite pós-radio ou quimioterapia
Candidíase esofageana	Tricoleucoplasia	Hemorragias bucais espontâneas	Úlceras aftosas
Citomegalovírus (lesões ulceradas)	Linfomas não-Hodgkin	Herpes simplex (HSV)	Sarcoma de Kaposi.
	Verrugas (HPV);	Varicela zoster	
<b>Estômago</b>			
Gastrite medicamentosa	Infecções (principalmente CMV)	Neoplasias (Sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin)	
<b>Afecções hepatobiliares</b>			
Esteatose hepática	Leishmaniose	Adenovirose	Hepatites medicamentosas
Hepatites B e/ou C e/ou A	Histoplasmose	Vírus de Epstein-Barr	Hepatocarcinoma
Infecção por CMV	Criptococose	Vírus Herpes simplex	Sarcoma de Kaposi
<b>Pancreatite</b>			
Medicamentosa → pentamidina, ddl, ddC, estavudina e, raramente em crianças, lamivudina	Infeciosa → CMV, tuberculose, micobacteriose atípica, pneumocistose, candidíase, criptococose, toxoplasmose e, possivelmente, o próprio HIV	Outras → Hipertrigliceridemia (causa); álcool e colelitíase (agravantes)	
<b>Afecções intestinais</b>			
Enterite aguda → Shigella sp, Salmonella sp, Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, Entamoeba histolytica, Giardia intestinalis, Cryptosporidium sp, Citomegalovírus, Clostridium difficile e Herpes simples.	Enterite crônica → Entamoeba histolytica, Giardia intestinalis, Cryptosporidium sp, Microsporidiose, Cyclospora sp, Isospora sp Strongyloides stercoralis, tuberculose e outras micobacterioses, Clostridium difficile, Citomegalovírus, o próprio HIV, Adenovírus, Vírus de Epstein-Barr, HPV, Candidíase e outros fungos, Sarcoma de Kaposi, Linfoma não Hodgkin e outros tumores.		
<b>Afecções do cólon, reto e ânus</b>			
Proctites ou proctocolites → Entamoeba hystolitica, Giardia intestinalis, Cryptosporidium sp, Neisseria gonorrhoease, Treponema pallidum, Chlamydia trachomatis, herpes simples, HPV, Citomegalovírus, etc.	Fissuras, fístulas e ulcerações	Sarcoma de Kaposi, linfomas, carcinoma epidermóide	
MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS			
Neurotoxoplasmose	Encefalopatia pelo HIV	Mielite aguda pelo HIV	
Encefalite herpética	Acidentes vasculares isquêmicos e hemorrágicos	Radiculites → herpes zoster, herpes simplex, citomegalovírus.	
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	Mielopatia vacuolar → pelo HIV		
Meningite criptocócica	Mielite transversa → herpes simplex, herpes zoster, citomegalovírus)		
Meningite bacteriana	Outras mielopatias → sífilis, tuberculose, toxoplasmose, hemorragia e infarto medular.		
Encefalopatia por CMV			
Linfoma primário do SNC			
<b>Neuropatias periféricas</b>			
Neuropatias desmielinizantes, predominantemente motoras (mais comuns na soroconversão)	Neuropatias sensitivas (mais comuns nos estágios mais avançados de imunodepressão)	Mononeurite múltipla, sensitiva e motora	Deficiências vitamínicas (B e E) e neuropatias compressivas (ulnar, peroneal ou em túnel do tarso).
<b>Neuropatias induzidas por drogas</b>			
Isoniazida	Dapsona	Metronidazol	Vincristina
Etionamida	Sulfonamidas	Cloranfenicol	Vimblastina
			Piridoxina
			Fenitoína
			Amitríptilina
			Talidomida
			ARV (estavudina, didanosina, lamivudina, esta última raramente)
<b>Neuropatias cranianas</b>			
Paralisia facial em vigência de:	- meningite pelo HIV	- Síndrome de Guillain-Barré (investigar sífilis, criptococose e leptomeingopatia linfomatosas).	
	- mononeuropatias múltiplas		
MANIFESTAÇÕES MUSCULARES			
Polimiosite imunoalérgica pelo HIV (com mialgias, fraqueza muscular proximal e elevação moderada de enzimas)	Miopatia pelo uso prolongado do AZT → muito dolorosa, requerendo suspensão da droga definitiva ou temporariamente)	Perda importante de massa muscular	

MANIFESTAÇÕES PSIQUIÁTRICAS			(continuação)
Depressão	Insônia	Transtorno do pânico	Complicações neuropsiquiátricas relacionadas aos anti-retrovirais (AZT, Abacavir, Efavirenz)
Ansiedade	Mania	Uso abusivo de substâncias psicoativas	
Delírios	Demência	Reações psicológicas às circunstâncias da vida	
MANIFESTAÇÕES GENITAIS			
<b>Ginecológicas</b>			
Candidíase vaginal	Gonorréia	Úlceras genitais idiopáticas	Infecção por papilomavírus humano (HPV)
Vaginoses	Infecção por Chlamydia sp	Doença inflamatória pélvica	
Trichomoníase	Herpes simplex (HSV)		
MANIFESTAÇÕES URINÁRIAS E DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS			
Hiponatremia	Insuficiência renal	Acidose láctica relacionada ao uso de anti-retrovirais (acidose metabólica e altos níveis de lactato sérico).	
Hipercalemia	Infecções urinárias		
MANIFESTAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS			
Afecções de boca → já descritas anteriormente.	Pelo HIV Por <i>Toxoplasma gondii</i>	Afecções da laringe → candidíase, epiglote, sarcoma de Kaposi, etc.	Perda auditiva neurossensorial → medicamentosa, infecciosa ou neoplásica);
Sarcoma de Kaposi	Neoplásicas → linfomas, idiopáticas.	Afecções das glândulas salivares → hipertrofias, sobretudo de parótidas.	
Rinopatia alérgica	Sinusopatias → sinusite ou pan-sinusite bacteriana, fúngica, etc.	Paralisia facial → infecciosa	Otite externa bacteriana e otomíase
Proliferação do tecido linfóide do anel de Waldeyer → pode requerer remoção cirúrgica)	Lesões herpéticas		Otite média aguda Otite média serosa
MANIFESTAÇÕES OFTALMOLÓGICAS			
<b>Externas:</b>			
Olho seco		Conjuntivite bacteriana	Herpes zoster oftálmico
Blefarite		Microvasculopatia conjuntival	Úlcera corneana micótica
Meibomite (disfunção da glândula palpebral)		Molusco contagioso	Sarcoma de Kaposi.
<b>Posteriores:</b>			
Retinopatia não infecciosa → hemorragias → oclusões arteriolares	Retinopatia infecciosa → por CMV (a mais freqüente) → por herpes simplex e por varicella zoster (grave necrose retiniana aguda ou necrose progressiva da retina externa) → por infecções oportunistas não virais (toxoplasmose ocular, tuberculose, coroidopatia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> ).		
<b>Alterações neurooftalmológicas:</b>			
Alterações compressivas do campo visual → por toxoplasmose e linfoma primário do cérebro)	Oftalmoplegia externa, nistagmo e cegueira (pela meningite criptocócica)	Necrose retiniana extensa ou papilites (CMV ou outros patógenos)	Neurite óptica tipicamente unilateral (CMV, toxoplasmose, herpes simplex, sífilis e tuberculose)
			Uveíte ou papilite inexplicada, coriorretinite (sífilis)
<b>Uveíte anterior:</b>			
Relacionada ao próprio HIV	Decorrente da regeneração imunológica pós instituição dos anti-retrovirais em pacientes anteriormente com retinite por CMV.		
Secundária ao uso de Rifabutina			
<b>Neoplasias:</b>			
Sarcoma de Kaposi, linfoma ocular primário (raro).			
MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS			
Candidíase oral → vide manifestações digestivas descritas anteriormente.	Molusco contagioso → principalmente em face, tórax e membros superiores.		Angiomatose bacilar (pápulas vasculares friáveis, placas e nódulos subcutâneos, lesões verrucosas e/ou ulcerativas, geralmente dolorosas) Infecção por HPV (pápulas e placas da cor da pele, lesões vegetantes com projeções na superfície ou lesões planas).
Herpes simplex → bastante comum em região perianal.	Erupções papulopruríticas → principalmente face, membros superiores e inferiores		
Herpes zoster → pode atingir mais de um dermatomo, diferentemente do habitual.	Sarcoma de Kaposi → pápulas eritemato-violáceas, que evoluem para placas arroxeadas, com halo amarelo-acastanhado ao redor.		
Dermatite seborreica → couro cabeludo, retroauricular, tórax, região interescapular, axilas e região pubiana.	Relativamente incomum após o advento da terapia anti-retroviral.		



<b>MANIFESTAÇÕES CARDÍACAS</b>		
Miocardite	Endocardite não-bacteriana,	Sarcoma de Kaposi e Linfoma
Cardiopatía idiopática	trombótica (marfântica)	Doença coronariana, hipertensão arterial e aterosclerose
Cardiomiopatia associada a drogas (principalmente Zidovudina-AZT e Didanosina-ddl)	Endocardite infecciosa; Doença pericárdica	
<b>MANIFESTAÇÕES HEMATOLÓGICAS</b>		
Anemia normocítica e normocrômica → maioria dos pacientes.	Leucopenias → linfocitopenia progressiva, eosinofilia, granulocitopenias por granulocitopenia ineficaz, neutopenias medicamentosas, em especial pelo AZT, sulfas, dapsona e ganciclovir.	
Anemia macrocítica → pacientes em uso de Zidovudina-AZT ou Estavudina-d4T.	Coagulopatias → trombozes venosas profundas	
Anemia hemolítica induzida por drogas → principalmente quando em uso de Dapsona e Sulfas.	Trombocitopenias → Púrpura trombocitopênica; Púrpura trombocitopênica trombótica.	
<b>MANIFESTAÇÕES ENDÓCRINAS</b>		
Insuficiência supra-renal → na maioria das vezes sem exteriorização clínica.	Lipodistrofia → alterações na distribuição da gordura corporal (lipoatrofia facial, com perda da gordura malar, perda dos coxins gordurosos pré-auriculares e das têmporas, perda da gordura glútea, de braços e pernas) ou lipo-hipertrofia, com acúmulo de gordura abdominal e dorsocervical (giba).	
Insuficiência tireoidiana → raras vezes com exteriorização clínica.	Síndrome metabólica → hiperglicemia por aumento de resistência à insulina; dislipidemia (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia).	
Hipogonadismo → ocorre em 50% dos homens, levando a impotência progressiva e diminuição da libido.	Síndrome consumptiva → perda involuntária de 10% ou mais do peso corporal basal, acompanhada por diarreia crônica, fadiga ou febre, na ausência de condição ou doença que justifique o quadro.	
Afecções pancreáticas → processos inflamatórios inespecíficos, infecção por citomegalovírus, neoplasias, pancreatite aguda medicamentosa, resistência insulínica, diabetes, pancreatite por hipertrigliceridemia, etc.		
<b>MANIFESTAÇÕES REUMÁTICAS, ARTICULARES E ÓSSEAS</b>		
Síndrome linfocítica infiltrativa difusa (acompanhada muitas vezes de aumento de parótidas, olhos secos, com ou sem xerostomia e sem presença de auto-anticorpos associados à Síndrome de Sjögren, podendo cursar com hepatomegalia, infiltração linfocítica da mucosa gástrica, elevação de enzimas hepáticas, nefrite intersticial linfocítica, insuficiência renal, meningite linfocítica e neuropatias periféricas, além de maior risco de desenvolver linfomas de células B de glândula salivar de alto grau)	Síndrome articular dolorosa (dor intensa, de curta duração, acometendo menos de quatro articulações)	Vasculites sistêmicas ou limitadas a determinados órgãos (vasculites por hipersensibilidade em pequenos vasos, poliarterite nodosa, processo granulomatoso sistêmico, angeíte primária isolada do sistema nervoso central, etc);
Artralgia (sobretudo em ombros e joelhos)	Espondiloartropatias soronegativas (artrites reativas, artrites psoriásicas e espondiloartropatias indiferenciadas, mediadas imunologicamente)	Piomiosites (especialmente do quadriceps e na maioria das vezes por S.aureus);
	Artrites infecciosas e osteomielite por germes convencionais ou oportunistas, mais freqüentes em usuários de drogas injetáveis;	Perda acelerada de massa óssea, levando à osteopenia, osteoporose e osteonecrose;
	Poliomiosites (com mialgia intensa, fraqueza muscular, com aumento de LDH, CK e Aldolase);	
	Atrofias musculares; Fibromialgia; Miopatia associada ao AZT (pode ser incapacitante);	

Fonte: Adaptado de Rachid, M & Schechter, M, 2008.

Em geral, observa-se uma nítida correlação entre o espectro de gravidade das doenças oportunistas e a contagem de linfócitos T-CD4+. O quadro 5 esquematiza as principais implicações prognósticas das diferentes quantificações de linfócitos T-CD4+, o que pode auxiliar a avaliação médico-pericial para fins de constatação da incapacidade laborativa.

**QUADRO 5 - RELAÇÃO ENTRE CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4, IMPLICAÇÕES PROGNÓSTICAS E DOENÇAS OPORTUNISTAS**

CD4/mm <sup>3</sup> (*)	Implicações prognósticas	Doenças infecciosas	Doenças não-infecciosas (#)
> 500 Células/mm <sup>3</sup>	Baixo risco de doença. Boa resposta às vacinas de rotina. Boa confiabilidade nos testes cutâneos de hipersensibilidade tardia (ex. PPD)	Síndrome de infecção retroviral aguda, Candidíase vaginal.	Linfadenopatia generalizada persistente, Síndrome de Guillain Barré, Miopatia, Meningite asséptica.
200 a 500 Células/mm <sup>3</sup>	Estágio frequentemente caracterizado pelo surgimento de sinais e sintomas menores ou alterações constitucionais, embora um contingente significativo de indivíduos possa se manter assintomático. Risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas.  Enquanto a contagem de CD4 permanece acima de 350 células/mm <sup>3</sup> , os episódios infecciosos geralmente são bacterianos. Com a progressão da infecção pelo HIV, começam a ser observadas apresentações atípicas das infecções, resposta tardia à antibioticoterapia e/ou reativação de infecções antigas.	Pneumonia bacteriana, Tuberculose pulmonar, Herpes simples recorrente Herpes zoster, Candidíase orofaríngea, Criptosporidiose (auto-limitada), Leucoplasia pilosa oral.	Carcinoma cervical <i>in situ</i> , Carcinoma cervical invasivo, Sarcoma de Kaposi, Linfomas de células B, Linfoma de Hodgkin, Anemia, Mononeurite múltipla, Púrpura trombocitopênica idiopática, Pneumonia intersticial linfóide.
< 200 Células/mm <sup>3</sup>	Alta probabilidade de surgimento de doenças oportunistas indicativas de imunodeficiência, de moderada a grave.	Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (ex- <i>P.carinii</i> ), Coccidioidomicose ou Histoplasmose disseminada, Leucoencefalopatia multifocal progressiva, Tuberculose extrapulmonar ou disseminada.	Síndrome da emaciação pelo HIV, Neuropatia periférica, Demência associada ao HIV, Mielopatia vacuolar, Cardiomiopatia, Linfoma não-Hodgkin, Poliradiculopatia progressiva.
< 100 Células/mm <sup>3</sup>		Herpes simples crônico ou disseminado, Toxoplasmose, Critpococose, Criptosporidiose crônica, Microsporidiose, Candidíase esofágica.	
< 50 Células/mm <sup>3</sup>	Grave comprometimento da resposta imunitária. Alto risco de surgimento de doenças oportunistas mais graves. Alto risco de vida, com baixa sobrevida.	CMV disseminado, Micobacteriose atípica disseminada.	Linfoma do SNC.

(\*). A maioria das complicações são registradas em indivíduos com baixas contagens de células CD4.

(#) Algumas das condições classificadas como não-infecciosas provavelmente estão associadas a agentes microbianos transmissíveis, tais como a relação de EBV com linfomas e HPV com câncer cervical e anal.

Fonte: Adaptado de Bartlett et al, 2009; MS, SVS, PN-DST/AIDS, 2008 e INSS, 2002.

#### 4. TESTES DIAGNÓSTICOS (MS, SVS, 2009; INSS, 2002; MS, CN-DST/AIDS, 1999)

Duas definições são fundamentais para a correta interpretação dos resultados dos testes diagnósticos:

- Soroconversão = é a positividade da sorologia para o HIV, seguindo-se à fase aguda da infecção (sintomática ou assintomática). Anticorpos específicos contra o HIV começam a ser produzidos logo após o contágio, mas o tempo exato para seu aparecimento depende de vários fatores, relacionados ao hospedeiro, ao agente viral e, sobretudo, à recuperação da resposta imune.
- Janela imunológica = compreende o período de eclipse (aproximadamente 1 semana), no qual todos os marcadores virais ainda são indetectáveis, somado ao tempo que cada teste leva para se positiva

O diagnóstico da infecção pelo HIV em indivíduos acima de 18 (dezoito meses) de idade se baseia no fluxo definido pela Portaria SVS/MS nº 151, de 14.10.2009 (MS, SVS, 2009).

Os testes disponíveis na prática diária estão divididos basicamente em quatro grupos:

- 4.1. TESTES DE DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV1 E ANTI-HIV2 (Etapa I = Triagem, com testes mais sensíveis): Ensaio Imunoenzimático – ELISA; Ensaio Imunoenzimático de Micropartículas – MEIA, Ensaio Imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações – EQL, Ensaio Imunológico Fluorescente ligado a Enzima – ELFA, Ensaio Imunológico Quimioluminescente Magnético – CMIA, Testes Rápidos, tais como, Imunocromatografia, Aglutinação de Partículas em Látex ou Imunoconcentração.
- 4.2. TESTES DE DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV1 E ANTI-HIV2 (Etapa II = Complementar, com testes mais específicos): Imunofluorescência Indireta – IFI, Imunoblot – IB, Imunoblot Rápido – IBR e Western-Blot – WB.

Testes que identificam anticorpos da classe IgM se positivam em torno de 22 dias após o “eclipse” viral.

Os demais grupos de testes detectam diretamente os vírus ou suas partículas. Estão indicados em situações específicas, como: • exames sorológicos indeterminados ou duvidosos; • avaliação diagnóstica em crianças com menos de 18 meses de idade; • acompanhamento laboratorial de indivíduos com HIV/AIDS; • aferição de carga viral, etc.

- 4.3. TESTES PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO VIRAL: Pesquisa do Antígeno p24 (se positiva em torno de 17 dias após o período de “eclipse” viral) e a Cultura de células mononucleares de sangue periférico para isolamento do HIV.
- 4.4. TESTES DE AMPLIFICAÇÃO DO GENOMA DO VÍRUS (CARGA VIRAL): Reação de polimerase em cadeia (PCR) quantitativa, Amplificação de DNA em cadeia ramificada (branched-chain DNA ou bDNA) e Amplificação sequencial de ácidos nucleicos (nucleic acid sequence-based amplification ou

NASBA/Nuclisens). São testes de pesquisa antigênica, que se positivam em torno de 12 dias após o “eclipse” viral.

Seu monitoramento deve ser feito a cada 4-6 meses. Em caso de início ou mudança de terapia antirretroviral, recomenda-se dosagem após 2-3 meses de tratamento, para avaliação da resposta ao esquema em uso. Interpretação dos resultados:

- < 10.000 cópias de RNA /ml → baixo risco de progressão ou piora da doença;
- de 10.000 a 100.000 cópias de RNA/ml → risco moderado de progressão ou piora da doença;
- > 100.000 cópias de RNA/ml → alto risco de progressão ou piora da doença.

**4.5. CONTAGEM DE LINFÓCITOS T-CD4+ EM SANGUE PERIFÉRICO:** Representa a avaliação laboratorial direta do sistema imune, ou seja, quanto menor a contagem dessas células no sangue periférico, mais avançada é a imunodeficiência. Além de estimar o prognóstico, é o indicador laboratorial mais importante para definir o momento de iniciar o tratamento em indivíduos assintomáticos. Seus valores sofrem variações na dependência de eventos que provocam estímulo antigênico (ex. vacinações; síndrome gripal), ou mesmo por oscilação fisiológica da produção desses linfócitos. Por esta razão, em caso de algum evento clínico, a contagem de LT-CD4+ deve ser realizada cerca de 4 semanas após seu controle.

Hoje, para estimar o prognóstico e avaliar a indicação de início de terapia antirretroviral (TARV), utilizam-se primordialmente dois parâmetros laboratoriais:

- monitoramento da evolução da contagem de linfócitos T auxiliares (CD4) – indica a condição imunológica dos indivíduos com HIV/AIDS.
- quantificação plasmática da carga viral do HIV – utilizada como marcador do risco de queda subsequente da contagem de CD4, ou seja, quanto maior for a carga viral, mais rapidamente ocorrerá a queda do CD4, com conseqüente déficit imunológico.

## **5. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)**

Baseia-se na associação de três ou mais drogas de classes diferentes, no intuito de reduzir a emergência de cepas multirresistentes.

Sua instituição reduziu significativamente a mortalidade e incidência de eventos definidores de AIDS, assim como aumentou e qualificou a sobrevivência dos indivíduos acometidos.

O quadro 6 ilustra as recomendações para início da terapia antirretroviral frente a diferentes situações clínico-laboratoriais.

**QUADRO 6 - RECOMENDAÇÕES PARA INÍCIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

STATUS CLÍNICO E IMUNOLÓGICO	RECOMENDAÇÃO
Assintomáticos sem contagem de CD4 disponível ou CD4 > 500	Não tratar <sup>(a)</sup>
Assintomáticos com CD4 entre 500 e 350 células/mm <sup>3</sup>	Considerar tratamento para determinados subgrupos <sup>(b)</sup>
Assintomáticos com CD4 < 350 células/mm <sup>3</sup>	Tratamento + Quimioprofilaxia para infecções oportunistas, de acordo com o CD4 <sup>(c)</sup>
Sintomáticos	Tratamento + Quimioprofilaxia para infecções oportunistas, de acordo com o CD4 <sup>(c)</sup>

- (a) Na impossibilidade de acesso à contagem de linfócitos T-CD4+, a terapia antirretroviral e as profilaxias primárias devem ser consideradas para indivíduos com menos de 1.200 linfócitos totais/mm<sup>3</sup> (ou queda anual maior que 33%), especialmente se hemoglobina < 10g/dl (ou queda anual maior que 11,6%), pela grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ ser < 200/mm<sup>3</sup>.
- (b) O tratamento deve ser considerado para subgrupos que apresentem as seguintes situações: nefropatia do HIV; idade > 55 anos; co-infecção HBV e/ou HCV; risco cardiovascular elevado, neoplasia, carga viral > 100 mil cópias/ml.
- (c) Infecções oportunistas: pneumonia por *P. jirovecii* (*P. carinii*) quando CD4 < 200 células/mm<sup>3</sup> e toxoplasmose quando CD4 < 100 células/mm<sup>3</sup> e presença de IgG antitoxoplasma.

Fonte: Adaptado de Hallal (org) et al, 2010.

O sinergismo dos medicamentos, com ação em diferentes pontos do ciclo de replicação do HIV, reduz a carga viral e eleva a concentração de Linfócitos T- CD4+.

Os benefícios acima citados podem, no entanto, ser acompanhados de efeitos colaterais de curto e longo prazos e interações medicamentosas potencialmente graves, podendo levar à baixa adesão ao tratamento, com conseqüente risco de resistência viral.

Atualmente, no Brasil, encontram-se disponíveis quatro classes de potentes antirretrovirais, menos tóxicos e com posologia confortável.

## 5.1. CLASSES DE ANTIRRETROVIRAIS DISPONÍVEIS NO BRASIL

### 5.1.1. Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRN)

Atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza.

Distribuídos pelo Ministério da Saúde: Abacavir (ABC), Didanosina de absorção entérica (ddI EC), Estavudina\* (d4T), Lamivudina (3TC), Tenofovir (TDF), Zidovudina (AZT).

\* Não mais utilizada em função dos efeitos colaterais.

### 5.1.2. Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRNN)

Bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus.

Distribuídos pelo Ministério da Saúde: Efavirenz (EFZ), Nevirapina (NVP) e Etravirina (ETR).

### 5.1.3. Inibidores da Protease (IP)

Atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.

Distribuídos pelo Ministério da Saúde: Amprenavir (APV), Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV), Fosamprenavir (FPV), Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Lopinavir (LPV), Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV) e Tipranavir (TPV). Todos são indicados em associação com o Ritonavir (RTV), em menor dosagem, acrescentando-se “/r” às respectivas siglas (Ex. LPV/r, ATV/r).

### 5.1.4. Inibidores de Fusão

Peptídeo sintético apresentado sob a forma de pó liofilizado branco ou acinzentado, para ser aplicado por via subcutânea. Indicado exclusivamente para terapia de resgate fazendo parte de esquema contendo, no mínimo, uma ou duas outras drogas ativas. Sua utilização foi suspensa em indivíduos com falha virológica.

Distribuído pelo Ministério da Saúde: Enfuvirtida (T20)

### 5.1.5. Inibidores da Integrase

Bloqueia a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV no DNA da célula receptora, inibindo assim a replicação viral e sua capacidade de infectar novas células.

Distribuído pelo Ministério da Saúde: Raltegravir (RAL).

Vale lembrar que a terapia antirretroviral é uma área complexa, sujeita a constantes mudanças em razão dos efeitos de longo prazo dos medicamentos. Por esta razão, as recomendações técnicas têm sido revistas periodicamente, com o objetivo de incorporar novos conhecimentos às condutas terapêuticas.

No quadro 7 encontram-se todos antirretrovirais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, com as respectivas formas de apresentação e principais efeitos adversos, alguns dos quais com potencialmente incapacitantes, temporária ou definitivamente.

**Quadro 7**

#### Formas de apresentação e efeitos adversos dos principais antirretrovirais

INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA ANÁLOGOS DE NUCLEOSÍDEO - ITRN			
ABACAVIR (ABC)		= Comprimido 300 mg	
Febre	Exantema	Reação de hipersensibilidade com sintomas sistêmicos	O surgimento de dois ou mais sintomas referidos requer a interrupção imediata da medicação e busca de auxílio médico. Em caso de reações, nunca fazer reexposição ao medicamento, pelo risco de morte.
Náusea	Prurido	respiratórios e/ou	
Vômito	Apresentação inicial pode ser	gastrintestinais, em geral com	
Astenia	confundida com	febre e sem acometimento	
Dor no corpo	“virose”.	de mucosas.	
Mal estar geral			

<b>DIDANOSINA (ddI)</b>		= Comp. tamponados 25 e 100mg = Cáps. revestidas para liberação entérica 250 e 400 mg (EC = "enteric coated")		
Pancreatite (fatal em 6% dos casos) Lipoatrofia Acidose láctica Acidose láctica, com esteatose hepática, grave e até mesmo fatal, especialmente quando associado à estavudina	Neuropatia periférica, normalmente caracterizada por dormência bilateral simétrica distal, formigamento, dor nos pés e, com menor frequência, nas mãos. Alterações da retina e neurite óptica	Intolerância gastrointestinal (náusea e diarreia) Aumento de transaminases Outros efeitos: rash cutâneo, supressão medular, hiperuricemia, hipocalcemia, hipomagnesemia		
<b>ESTAVUDINA (d4T)</b>		= Cápsula 30 e 40mg		
↓ Toxicidade mitocondrial ↓		<u>Outros efeitos:</u>		
Acidose láctica com esteatose hepática (grave ou fatal, especialmente quando associada à didanosina) Lipoatrofia ↑ Triglicerídeos; ↑ Colesterol)	Neuropatia periférica Sínd. de fraqueza muscular associada ao HIV (polineuropatia sensitivomotora com arreflexia e fraqueza neuromuscular ascendente)	Cefaléia Intolerância gastrointestinal com diarreia Úlcera esofageana Macrocitose		
<b>LAMIVUDINA (3TC)</b>		= Comprimido 150mg ; Comprimido AZT+3TC 300+150mg		
Raramente associado a efeitos adversos	Enxaqueca Fadiga Calafrios Diarreia	Náusea Vômito Febre Dor abdominal	Hipo ou anorexia Insônia Exantema Dor musculoesquelética	Neuropatia periférica Distúrbios depressivos
<b>TENOFOVIR (TDF)</b>		= Comprimidos 300 mg		
Bem tolerado e pouco associado a efeitos adversos				
Sínd. de Fanconi: - Fosfatúria, Uricosúria, Proteinúria - Glicosúria normoglicêmica - Insuf. Renal aguda (alguns casos)	Náusea Diarreia Vômito	Flatulência Astenia Cefaléia	Dores abdominais Anorexia Neutropenia	↑ Triglicerídeos ↑ CPK ↑ Amilase ↑ Transaminases
<b>ZIDOVUDINA (AZT OU ZDV)</b>		= Cápsulas 100 mg ou 250 mg ; Comprimido AZT+3TC 300+150mg		
Mielossupressão, particularmente anemia (após 4 a 6 semanas) e neutropenia (após 12 a 24 semanas) Macrocitose Plaquetopenia Palidez Astenia	Prostração Mal estar Cefaléia Desconforto abdominal Náusea e vômito Hiporexia Mialgia (miopatia com elevação de LDH e CK)	Atrofia muscular Lipodistrofia (menos frequente que com outros ARV) Insônia Confusão mental Manias Hiperpigmentação cutânea, ungueal e de mucosas	Descoloração das unhas Alterações na percepção do sabor (disgeusia) Edema dos lábios e língua Lesões orais	

<b>INIBIDORES DA TRANSCRIPTASE REVERSA NÃO ANÁLOGOS DE NUCLEOSÍDEO - ITRNN</b>				
<b>EFAVIRENZ (EFZ)</b> = Comprimidos de 600 mg				
Exantema	Ataxia	Irritabilidade	Depressão	Náusea
Sínd. de Stevens-Johnson	Dificuldade de concentração	Agitação	Idéias suicidas	Cefaléia
Prurido	Sensação de estranhamento	Confusão	Tentativas de suicídios	Fadiga
Distúrbios do sono (sono agitado, insônia, sonolência, alteração do padrão dos sonhos, pesadelos)	Alterações de pensamento	Estupor	Convulsões	Vômito
Tonturas	Amnésia	Ansiedade	Delírios	Diarréia
Vertigem	Dificuldade de concentração	Labilidade emocional	Visão turva	Dor abdominal
	Alucinações	Psicoses.	Dislipidemia	Hepatite
		Neuroses	Elevação das enzimas hepáticas	Ginecomastia
		Reações paranóides	Teratogenicidade	Insuficiência hepática
		Euforia		
Os sintomas neurológicos tendem a se resolver com a continuidade do tratamento, dentro de 2 a 4 semanas.				
<b>NEVIRAPINA (NVP)</b> Comprimidos de 200 mg				
<b>Frequentes</b>		<b>Raras</b>		<b>Muito raras</b>
Erupções cutâneas (rash), de grau leve e moderado (nas 6 primeiras semanas de tratamento)		Reações cutâneas graves e potencialmente fatais como síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica		Granulocitopenia
Testes de função hepática anormais (TGO, TGP, GGT, Bilirrubinas, FA)		Artralgia		Anemia (mais observadas em crianças)
Náusea e vômito		Icterícia		
Fadiga		Hepatite, incluindo hepatotoxicidade grave e potencialmente letal e hepatite fatal fulminante		
Febre		Reações alérgicas (anafilaxia, angioedema e urticária).		
cefaléia				
Diarréia e Dores abdominais				
Mialgia				
<b>ETRAVIRINA (ETR)</b> Comprimidos de 100 mg				
Erupções cutâneas (rash) com remissão após 1 a 2 semanas de tratamento contínuo.	Diarréia	Parestesia	Visão turva	
Reações cutâneas graves e potencialmente fatais como síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica. (requerem interrupção imediata).	Náusea e vômito	Hipoestesia	Vertigem	
Xerodermia	Anorexia	Amnésia	Hiperglicemia	
Prurigo	Distensão abdominal	Convulsão	Dislipidemia	
Hiperhidrose	Pancreatite	Síncope	Hiperglicemia	
Edema facial	Constipação	Distúrbio da atenção	Dislipidemia	
	Xerostomia	Hipersonia	Sínd. da reconstituição imunológica	
	Hematêmese	Tremor		
	Estomatite	Letargia		
	Angina pectoris	Dispnéia de esforço		
	Fibrilação atrial	Broncoespasmo		
<b>INIBIDORES DA PROTEASE - IP</b>				
<b>AMPRENAVIR (APV)</b> Cápsulas de 150 mg				
<b>FOSAMPRENAVIR (FPV)</b> Comprimidos de 700 mg				
Exantema (evitar o uso em alérgicos a sulfas)	Flatulência	↑ Glicemia	Acidose láctica em gestantes e crianças abaixo de dois anos induzida por propilenoglicol	
Diarréia	Cefaléia	↑ Triglicerídeos		
Náusea	Astenia	↑ enzimas hepáticas		
Vômito	Parestesia oral			
Dor abdominal	Lipodistrofia			
	Diabetes			
<b>ATAZANAVIR (ATV)</b> Cápsulas de 150 e 200 mg				



Hiperbilirrubinemia indireta (não indica suspensão)	Náusea	<u>Muito raros</u>	Pequeno ou nenhum efeito sobre os níveis lipídicos, sobre o acúmulo de gordura e sobre a resistência à insulina	
Distúrbios de condução cardíaca	Vômito	Cristalúria		
Dor abdominal	Exantema	Urolitíase		
	↑ transaminases	Nefrite intersticial		
<b>DARUNAVIR (DRV)</b>		Comprimidos de 300 mg	(Reservado para casos multirresistentes)	
Exantema	Lipodistrofia	Vômito	↑ Glicemia	
Eritema multiforme e Síndrome de Steven-Johnson (raros)	Acúmulo de gordura	Dor abdominal	↑ Triglicérides	
	Febre	Cefaléia	↑ Transaminases	
	Diarréia			
<b>INDINAVIR (IDV)</b>		Cápsula de 400 mg		
Hiperbilirrubinemia indireta, assintomática, predominantemente indireta	Ressecamento da pele, boca e olhos	Artralgia	Odores no corpo	Parestesia
Nefrolitíase	Dispepsia	Dorsalgia	Dermatites	Neuropatia periférica
Cólica renal	Anorexia ou ↑ do apetite	Mialgia	Prurido	Alterações do sono
Lombalgia	Aftas, queilite	Câimbras	Rubores	Sonolência
Hematúria	↑ do apetite	Fraqueza muscular	Suores noturnos	Tremores
Proteinúria	Aftas, queilite	Insônia	Disestesia	Distúrbios de acomodação
Disúria	Glossodinia	Tonteira / Vertigem	Hipoestesia	Visão embaçada
Nictúria	Halitose	Exantema	Neuralgia	Dor ocular
Polaciúria	Estomatite	Anemia	Nervosismo	Edema ocular orbital
Hidronefrose	Gengivite	Trombocitopenia	Neuroses	↑ Glicemia insulino-resistente
Nefrite intestinal com piúria	Flatulência	Hemorragia gengival	Excitação	Aumento de transaminases
Insuficiência renal	Gastrite	Hepatite fulminante (associada a esteatose e infiltrado eosinofílico, sugerindo dano pela droga)	Agitação	Hipercolesterolemia
Paroníquia e encravamento das unhas do pé	Icterícia	Ginecomastia	Ansiedade	Hipertrigliceridemia
Alopécia	Colecistite	Dispneia	Depressão	Aumento de sangramentos em hemofílicos
	Coletase	Cefaléia	Tontura	Acúmulo de gordura
	Cirrose hepática	Diarréia	Bruxismo	
	Alteração do paladar	Constipação	Redução da acuidade mental	
	Gosto metálico		Alterações dos sonhos	
	Lipodistrofia		Fasciculação	
	Fadiga			
<b>LOPINAVIR/r (LPV/r)</b>		Comp. de 200 / 50 mg		
Diarréia	Dor subesternal	Esofagite	Intolerância à glicose	Alterações ungueais
Constipação	Calafrios	Incontinência fecal	Acidose láctica	Prurido
Náusea, Vômito	Edema de face	Gastrite	Obesidade	Neoplasia benigna da pele
Dor Abdominal	Febre	Gastroenterite	Perda de peso	Descoloração da pele
Parestesias (perioral e de extremidades)	Síndrome gripal	Colite hemorrágica	Artralgia	Sudorese
Aumento de sangramentos em hemofílicos	Tromboflebite	Aumento do apetite	Artrose	Distúrbios oculares
↑ enzimas hepáticas	Hipertensão arterial	Pancreatite	Edema periférico	Otite média
Dislipidemia	Palpitação	Sialadenite	Bronquite	Alterações no paladar
Lipodistrofia	Vasculite	Estomatite	Dispneia	Tinido auditivo
↑ Glicemia	Anorexia	Sínd. de Cushing	Edema de pulmão	Distúrbios da ejaculação
Diabetes	Acolecistite	Hipotireoidismo	Sinusite	Ginecomastia
Dorsalgia	Boca seca	Anemia	Acne	Hipogonadismo masc.
Dor torácica	Dispepsia	Leucopenia	Alopécia	Cálculo renal
	Disfagia	Linfadenopatia	Pele seca	Acúmulo de gordura
	Enterocolite	Avitaminose	Dermatite esfoliativa	
	Erucação	Desidratação	Furunculose	
			Exantema	
			maculopapular	

<b>NELFINAVIR (NFV)</b>		Comprimido de 250 mg	
<b>Medicamento recolhido pelo Laboratório Roche</b>			
Diarréia	Astenia	Osteoporose	↑ Creatinofosfoquinase
Flatulência	Lipodistrofia	Acúmulo de gordura	↑ Enzimas hepáticas
Náusea	Diabetes	Aumento de sangramentos	↑ Colesterol
Dor abdominal	Neutropenia	em hemofílicos	↑ Triglicerídeos
Exantema	Linfocitose		↑ Glicemia
<b>RITONAVIR (RTV)</b>		Cápsulas de 100 mg	
Diarréia	Parestesias (perioral e de extremidades)	Diabetes	↑ Colesterol
Náusea e vômito		Hepatite clínica	↑ Triglicerídeos
Dor abdominal	Cefaléia	Lipodistrofia	↑ Glicemia
Flatulência	Astenia	Acúmulo de gordura	↑ CPK
Alteração do paladar	Tontura	↑ de sangramento	↑ Ácido úrico
Anorexia	Insônia	em hemofílicos	↑ Enzimas hepáticas
<b>SAQUINAVIR (SQV)</b>		Cápsula dura ou gelatinosa, de 200 mg	
Diarréia	Fadiga	Alteração no paladar	Diabetes
Constipação	Diminuição do apetite	Mialgia	↑ Glicemia
Náusea	Cefaléia	Artralgia	↑ Enzimas hepáticas
Dor abdominal	Depressão	Distúrbios dermatológicos	Aumento de sangramentos em hemofílicos
Dispepsia	Insônia	Dislipidemia	
Flatulência	Ansiedade	Lipodistrofia	
Vômito	Alterações na libido	Acúmulo de gordura	
<b>TIPRANAVIR (TPV)</b>		Cápsulas de 250 mg Solução de 100 mg/ml	
<b>Medicamento reservado para casos multirresistentes</b>			
Diarréia	Hepatite clínica	Câimbras	Rash cutâneo
Náusea	Hiperbilirrubinemia	Mialgia	Prurido
Cefaléia	Insuf. hepática	Insuf. Renal	Hipersensibilidade
Febre	Fadiga	Perda de peso	Insônia
Vômito	Alteração do paladar	Hemorragia intracraniana	Sonolência
Dor abdominal	Pancreatite	↑ risco de sangramentos	Neuropatia periférica
Distensão abdominal	Diabetes mellitus	Lipoatrofia	Dispnéia
Flatulência	Anorexia	Lipoipertrofia	Refluxo gastroesofágico
	Dispepsia	Lipodistrofia adquirida	Sínd. Reconst. Imune
<b>INIBIDORES DA FUSÃO</b>			
<b>ENFUVIRTIDA - T20 (ENF)</b>		Fracos descartáveis com 108 mg para reconstituição em 1,1 ml de água	
<b>Medicamento reservado para casos multirresistentes</b>			
Rubor	Hipotensão	Distúrbios respiratórios	Neutropenia
Exantema	Diarréia	Glomerulonefrite	Eosinofilia
Febre	Reações locais (dor, prurido, induração, nódulos, cistos, abscesso, celulite)	Sínd. de Guillain-Barré	↑ Enzimas hepáticas
Náusea e Vômito		Pneumonias	↑ Glicemia
Calafrios	Reação primária	Linfadenopatias	↑ Amilase
Tremores	de imunocomplexos	Trombocitopenia	↑ Lipase

INIBIDORES DA INTEGRASE					
RALTEGRAVIR (RAL)		Comprimidos revestidos de 400 mg			
Medicamento reservado para casos multirresistentes					
Náusea e Vômito	Fadiga	Hiperbilirrubinemia	Perda	Espasmos musculares	Hiperidrose
Dor abdominal	Alodinia (dor aos	de peso		Dor musculoesquelética	Dermatite
Distensão	estímulos táteis	Aumento de peso		Miosite	acneiforme
abdominal	leves)	Acúmulo de gordura		Atrofia muscular	Eritema
Cefaléia	Parestesia	Diabetes		Miopatia	Xerodermia
Diarréia	Polineuropatia	Dislipidemia		Rabdomiólise	Prurigo
Constipação	Cefaléia tensional	Edema facial		Nefropatia tóxica	Atrofia gordurosa
Flatulência	Sonolência	Anemia		Síndrome nefrótica	Lipodistrofia
Dispepsia	Insônia	Neutropenia		Noctúria	Sudorese noturna
Gastrite	Depressão	Extrassistolia		Polaciúria	↑ Lactado
Glossite	Ansiedade	Infarto agudo do miocárdio		Necrose tubular renal	↑ Colesterol
Refluxo gastro- esofágico	Astenia	Desconforto torácico		Insuficiência renal	↑ Triglicerídeos
	Pirexia	Vertigem		Disfunção erétil	↑ CPK
Febre	Calafrios	Distúrbios visuais		Ginecomastia	↑ Colesterol
Tonturas	Sensação de calor	Artralgia		Epístaxe	(pouco)
Neuropatia	Irritabilidade	Mialgia		Lipodistrofia	↑ Triglicerídeos
periférica	Hepatite	Dor nas extremidades		Exantema maculopapular	(pouco)
Sonhos anormais	Hepatomegalia	Lombalgia			

Fonte: Adaptado de MS, SVS, PN-DST/AIDS, 2006; MS, SVS, PN-DST/AIDS, 2007/2008; BARTLETT et al 2009, HALLAL et al, 2010 e <http://www.bulas.com.br>.

## **PARTE II – Considerações médico-periciais em HIV/AIDS**

### **1 – Considerações gerais**

A função básica da perícia médica do INSS/MPS é a avaliação da incapacidade laborativa e intercorrências restritivas ao bem estar físico, psíquico e social, decorrentes de doença ou agravo, para fins de concessão de benefícios previdenciários, acidentários, assistenciais ou indenizatórios, dentro das previsões legais, regulamentares e normativas, pertinentes a cada modalidade de benefício.

O diagnóstico, tratamento e prevenção são competências de outras esferas de governo, instituições e serviços, com os quais uma boa interface permite a obtenção de informações que não só facilitam, como tornam mais justas as decisões.

No que tange a requerentes vivendo com HIV/AIDS, a principal interação da Perícia Médica deve se dar em âmbito local, através da SIMA (Solicitação de Informações ao Médico Assistente), com a rede de profissionais de referência dos Programas Municipais de DST/AIDS, nos quais os indivíduos se encontram cadastrados e sob acompanhamento.

A incapacidade laborativa, para fins de estabelecimento ou prorrogação de prazos de afastamento, está na dependência do estado geral, situação imunológica, gravidade do quadro clínico, presença de comorbidades, intensidade dos efeitos adversos medicamentosos e exigências físicas para a atividade exercida.

### **2 – Evitando o preconceito e a discriminação**

Tal cuidado busca atender a um dos objetivos fundamentais da Constituição da República Federativa do Brasil, artigo 3º, inciso IV, que é o de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. No sentido de evitar tais práticas, sugere-se:

- nunca utilizar o termo “aidético”, pois além de ser tecnicamente incorreto, acompanha-se de forte carga de preconceito. O correto é “pessoa com HIV/AIDS” ou “pessoa vivendo com HIV/AIDS”;
- em relação à transmissão e prevenção do HIV/AIDS, é mais correto referir-se hoje a “comportamento de risco” (*termo mais abrangente, por se relacionar a prática(s) de risco, adotada(s) por qualquer indivíduo que não se previna*) ao invés de “grupo de risco” (*termo discriminatório e incorreto, por taxar indivíduos não necessariamente expostos, pelo simples fato de pertencerem a esse ou aquele grupo específico*);
- não compete à perícia médica qualquer tipo de julgamento de valores, nem questionamentos quanto à forma de contágio dos portadores, pois, tais informações seriam meramente especulativas, uma vez que, a princípio, nada acrescentam à conclusão médico-pericial para a grande maioria dos benefícios requeridos. Excetuam-se os casos em que tais informações

epidemiológicas se tornem essenciais para o julgamento da matéria em questão, como por exemplo nas exposições ocupacionais ou outras raríssimas exceções.

### **3 – Principais aspectos a serem considerados na avaliação da incapacidade ou invalidez:**

- a evolução crônica da história natural da infecção pelo HIV e suas comorbidades, envolvem tratamento(s) complexo(s);
- a amplitude do conceito de indivíduo sintomático, pode envolver não só a síndrome e doença(s) intercorrente(s), como também os efeitos colaterais medicamentosos;
- questões de ordem psicossocial associadas ao diagnóstico, e mesmo ao prognóstico da infecção pelo HIV, podem levar à incapacidade temporária;
- independentemente do valor limite adotado para a contagem de células CD4, o seu uso como parâmetro isolado não parece ser adequado para fins previdenciários, devendo-se, portanto, evitá-la como indicador primário de incapacidade laborativa. Trata-se de informação complementar aos achados clínicos e demais achados laboratoriais que, em conjunto devem ser cotejados com o tipo de atividade laborativa exercida pelo requerente.

### **4 – Informações médico-assistenciais relevantes:**

- manifestações clínicas atuais e progressas;
- resultados de exames complementares recentes, inclusive contagem de CD4+ e carga viral;
- local de tratamento clínico e terapêutica instituída;
- fatores psicossociais adicionais e potencialmente agravantes para o quadro.

### **5 – Dados objetivos do exame físico médico pericial:**

- características físicas e sinais vitais: peso, altura, pulso, temperatura, pressão arterial, frequência respiratória, etc;
- inspeção física: hidratação, trefismo muscular, alteração na distribuição da gordura corpórea, sinais de anemia, icterícia, presença de erupções maculopapulosas / pruriginosas, eczemas, manchas violáceas e outras dermatoses;
- inspeção das mucosas: candidíase oral, leucoplasia pilosa oral e outras lesões orais;
- palpação de cadeias ganglionares;
- avaliação de distúrbios neurológicos sensitivo-motores e do estado mental.
- alterações ao exame clínico dos aparelhos respiratório, urogenital, cardiovascular e digestivo;
- outras condições relevantes: higiene pessoal, alimentação, alcoolismo, tabagismo, consumo de drogas, comportamento, etc.

## 6 – Conduta médico-pericial em HIV/AIDS

O quadro 8 procura sistematizar as possíveis conclusões médico-periciais frente às principais situações clínico-laboratoriais envolvendo requerentes com HIV/AIDS.

### Quadro 8

#### Conclusões médico-periciais em HIV/AIDS, nas diferentes modalidades de benefícios

AUSÊNCIA DE INCAPACIDADE E/OU INVALIDEZ Conclusão = T1	Infecção Retroviral Aguda ASSINTOMÁTICA	
	Indivíduo ASSINTOMÁTICO, com CD4 > 350 células/mm <sup>3</sup> (Em uso ou não de TARV)	
	Indivíduo ASSINTOMÁTICO, com CD4 de 200 a 350 células/mm <sup>3</sup> (Em uso ou não de TARV)	
	Indivíduo ASSINTOMÁTICO, com CD4 < 200 células/mm <sup>3</sup> (Em uso ou não de TARV)	<i>A necessidade ou não de afastamento está na dependência do grau das exigências físicas para a atividade exercida e, sobretudo, do risco de exposição a agentes biológicos. Se houver afastamento, será por 30 a 90 dias, até a melhora imunológica, a partir da instituição da TARV, ou seja, a contagem de CD4 atingir ou ultrapassar o limite de 200 células/mm<sup>3</sup>.</i>
DATA DA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO – DCB Conclusão = T2	Infecção Retroviral Aguda SINTOMÁTICA	<i>O afastamento está na dependência da intensidade dos sinais e sintomas, com possibilidade de retorno à função no prazo de 30 a 60 dias ou mesmo, nos casos com sinais e sintomas leves, nem haver afastamento.</i>
	Indivíduo SINTOMÁTICO, com incapacidade temporária, em decorrência da síndrome e/ou de comorbidade(s) e/ou de efeitos adversos medicamentosos	<i>Afastamento por 60 a 90 dias, na dependência da resposta ao(s) tratamento(s), com DCB no limite concedido. O prazo de afastamento inicial poderá ser superior ao estabelecido acima(*) ou, posteriormente, ser estendido(*) em PP ou PR, conforme a gravidade e intensidade dos sinais e sintomas. (*) Se &gt;1ano, requer homologação superior.</i>
REABILITAÇÃO PROFISSIONAL Conclusão = T4	Indivíduo com quadro clínico estabilizado, definitivamente incapaz para a atividade exercida, em decorrência da síndrome e/ou de comorbidades e/ou de efeitos adversos medicamentosos, porém com residual laborativo para outras atividades.	<i>Encaminhar para reabilitação profissional</i>

<p>REVISÃO EM 2 ANOS Conclusão = R2</p>	<p>Indivíduo SINTOMÁTICO, com Incapacidade temporária, porém prolongada, em decorrência da síndrome e/ou de comorbidade(s) e/ou de efeitos adversos medicamentosos, com possibilidade futura de retorno à mesma atividade ou à atividade diversa.</p>	<p><i>Afastamento por 2 anos, sujeito à homologação superior e reavaliação no limite, para conclusão do caso (DCB, RP ou LI), na dependência de sua evolução no período.</i></p>
<p>LIMITE INDEFINIDO Conclusão = LI</p>	<p>Indivíduo SINTOMÁTICO, com Incapacidade definitiva para todas as atividades, em decorrência da síndrome e/ou de comorbidade(s) e/ou de efeitos adversos medicamentosos, considerado inelegível para reabilitação profissional.</p>	<p><i>Aposentadoria por invalidez, sujeita à homologação superior e, conforme previsão legal, à revisão em 2 anos.</i></p>
<p>ISENÇÃO DE CARÊNCIA</p>	<p>A AIDS (e não a simples infecção assintomática pelo HIV) faz parte lista de doenças que isentam de carência.</p> <p>Para fazer jus a tal direito, a legislação exige que a data do início da doença (DID) e a data do início da incapacidade ou invalidez (DII) recaiam do 2º dia de filiação ao Regime Geral de Previdência Social, em diante.</p> <p>Para a fixação da DID poderão ser considerados na história natural da doença os seguintes marcos referenciais apresentados anteriormente no gráfico 1 e nos quadros 2 e 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AIDS Sintomática → casos que tenham apresentado sinais ou sintomas, independentemente da quantificação do CD4, enquadráveis nos “Critérios para definição de caso de AIDS - Rio de Janeiro / Caracas, 1992 (Quadro 2) com os acréscimos da revisão feita em 1997”. Também poderão ser enquadrados os casos sintomáticos previstos nas categorias A3, B3, C1, C2 e C3 da “Classificação do CDC (EUA) para adultos e adolescentes infectados pelo HIV, baseada na quantificação do CD4 (Quadro 3). Nesse último critério, inclui-se a síndrome retroviral aguda que, porventura, acarrete queda do CD4 a níveis inferiores a 200 células/mm<sup>3</sup> (categoria A3);</li> <li>• AIDS Assintomática → Casos assintomáticos ou com linfadenopatia generalizada persistente, que apresentem CD4 &lt; 350, segundo revisão efetuada em 1997 nos “Critérios para definição de caso de AIDS - Rio de Janeiro / Caracas, 1992 (Quadro 2). Da mesma forma, casos assintomáticos ou com linfadenopatia generalizada persistente, que apresentem CD4 &lt; 200, também são enquadrados como AIDS, segundo a categoria A3 da “Classificação do CDC (EUA) para adultos e adolescentes infectados pelo HIV, baseada na quantificação do CD4 (Quadro 3).</li> </ul> <p>Assim, todo e qualquer caso com DID fixada pelos critérios acima, antes ou exatamente na data da filiação ao sistema, não tem direito à isenção de carência.</p>	

	<p>A DII, por sua vez, na maioria das vezes, é observada em indivíduos francamente sintomáticos, em decorrência da síndrome e/ou da(s) comorbidade(s) e/ou dos efeitos adversos medicamentosos.</p> <p>Constituem exceção os indivíduos assintomáticos, com CD4 &lt; 200, expostos a risco biológico, passíveis de serem considerados temporariamente incapazes, quando não for possível o exercício de outra atividade sem risco, até a melhora da condição imunológica.</p> <p>A DII deve sempre ser analisada em função da atividade exercida pelo indivíduo, podendo recair durante ou depois do período de carência, na dependência do reconhecimento ou não do direito à isenção, conforme a fixação da DID.</p>
ACRÉSCIMO DE 25%	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Em casos excepcionais, que resultem em grave seqüela decorrente da síndrome e/ou comorbidades, passível de enquadramento em um ou mais itens do Anexo I do Decreto 3.048/99, sobretudo os de números 1, 3, 7, 8 e 9: <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - <i>Cegueira total.</i></li> <li>.....</li> <li>3 - <i>Paralisia dos dois membros superiores ou inferiores.</i></li> <li>.....</li> <li>7 - <i>Alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social.</i></li> <li>8 - <i>Doença que exija permanência contínua no leito.</i></li> <li>9 - <i>Incapacidade permanente para as atividades da vida diária.</i></li> </ul> </li> </ul>
NEXO TÉCNICO PREVIDENCIÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) está prevista como doença profissional ou relacionada ao trabalho, nas listas A, B e C do anexo II do Regulamento da Previdência Social, Decreto 3.048/99, para fins de reconhecimento das diferentes modalidades de nexo técnico previdenciário<sup>(*)</sup>.</li> <li>✓ Na Lista A, que se refere a “Agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional relacionados com a etiologia de doenças profissionais e de outras doenças relacionados com o trabalho”, ela está presente no item XXV.10.</li> <li>✓ Na lista B, referente às “Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o Trabalho”, está mencionada no item X.</li> <li>✓ A Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) <u>não faz parte</u> da lista C, relativa ao Nexo Técnico Epidemiológico, conforme exclusão expressa constante do Item 6 (Método), do Anexo da Resolução CNPS nº 1.269, de 15.02.2006, “devido à complexa etiogenia e ao forte estigma social”.</li> </ul> <p><sup>(*)</sup> <i>Destaque-se que a Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) também faz parte da lista de “Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho”, estabelecida pela Portaria/MS n.º 1.339/1999, do Ministério da Saúde.</i></p>
AUXÍLIO-ACIDENTE	<p>Situação excepcional, requerendo a conjugação da ocorrência de acidente de qualquer natureza, por exposição a agente biológico, no caso o HIV, com ou sem nexo com o trabalho, e evolução com seqüela definitiva decorrente de grave comprometimento pela AIDS e/ou por comorbidade(s) consequente(s) dela, passível de enquadramento em um dos quadros do Anexo III, do Regime Geral de Previdência Social, Decreto 3.048/99.</p>



<p style="text-align: center;">ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proventos decorrentes de afastamento por incapacidade temporária (auxílio-doença) e de indenização por sequela (auxílio-acidente de qualquer natureza) no Regime Geral de Previdência Social isentam de imposto de renda, independentemente do diagnóstico.</li> <li>✓ A AIDS faz parte da lista de doenças que isentam do imposto de renda os proventos decorrentes de aposentadoria ou reforma, devendo, no entanto, ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, que deve fixar o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle.</li> <li>✓ Prevista mesmo nos casos em que a doença tenha sido contraída após a aposentadoria ou reforma do requerente.</li> <li>✓ O direito está presente mediante o diagnóstico de AIDS, não contemplando a simples condição de portador do HIV. Considerando que a AIDS é passível de controle medicamentoso, porém não de cura, e que esse controle é relativo, já que depende do uso da TARV por tempo indeterminado, com potenciais efeitos adversos a curto, médio e longo prazos, entende-se que o direito e prazo de isenção estão na dependência da condição clínico-laboratorial e prognóstica do requerente, variando de indivíduo para indivíduo.</li> <li>✓ Fundamentação: Lei 7.713-88; a IN SRF nº 15/01.</li> </ul>
<p style="text-align: center;">BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O diagnóstico de AIDS, por si só, não confere o direito. Este se restringe a casos com renda <i>per capita</i> familiar inferior a ¼ de salário mínimo, associada à presença de deficiência funcional <u>moderada a completa</u> que, frente a barreiras diversas, que gerem impedimentos de longo prazo (2 anos ou mais) decorrentes da síndrome e/ou suas comorbidades, com limitação para o desempenho de atividades e restrição à participação social.</li> <li>✓ Portadores assintomáticos do HIV, assim como, casos de AIDS assintomáticos ou sintomáticos, mas com deficiência funcional <u>leve ou ausente</u>, não fazem jus ao benefício, mesmo na presença de barreiras que limitem o desempenho de atividades e restrinjam a participação social.</li> <li>✓ A avaliação social e médico pericial é realizada através de instrumentos específicos aprovados pela Portaria Conjunta MDS/INSS, nº 1, de 24/05/2011, que disciplina a matéria e estabelece os critérios para a concessão do benefício.</li> <li>✓ Fundamentação: Lei 8.742/93 (alterada pela Lei 12.435/11), Decreto 6.214/07 (alterado pelo Decreto 6.564/08) e Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e promulgados pelo Decreto nº 6.949/2009.</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado, complementado e atualizado a partir da Resolução INSS/DC nº 89, de 05.04.2002.

## 11 – Referências bibliográficas

- BARTLETT, JG; GALLANT, JE; PHAM, PA. **Medical management of HIV infection. – 2009-2010.** USA, Johns Hopkins University School of Medicine, 2009.
- BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: **DOU 7 Mai, 1999, republicado no DOU de 12 Mai 1999, retificado nos DOU 18 e 21 Jun, 1999.** Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao>. Acessado em Ago 2008.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília: **DOU 27 Set, 2007.** Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/legislacao>. Acessado em Ago 2008.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. Brasília: **DOU 15 Set, 2008.** Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/legislacao>. Acessado em Jan 2009.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro e 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. Brasília: **DOU 23 Dez 1988.** Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/legislacao>. Acessado em Jul 2009.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: **DOU 25 Jul 1991, republicada DOU 11 Abr 1996 e DOU 14 Ago 1998.** Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/legislacao>. Acessada Ago 2010.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: **DOU 7 Dez 1993.** Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/legislacao>. Acessado em Ago 2008.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 12.435 de 06 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília: **DOU 7 Jul 2011.** Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/legislacao>. Acessado em Jul 2011.
- BRASIL, INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Resolução INSS/DC nº 89, de 05 de abril de 2002. Aprova a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa para fins de Benefícios Previdenciários em HIV/AIDS. Brasília: **DOU 29 Abr 2001.** Disponível em <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-DC/2002/89.htm>. Acessado em Jan 2010.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST.** Brasília: MS, CN-DST/AIDS, 3ª Ed., 1999. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/37manual\\_controle\\_dst.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/37manual_controle_dst.pdf), acessado em Ago 2011.
- \_\_\_\_\_. **Revisão da definição nacional de caso de AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, para fins de vigilância epidemiológica.** Brasília: MS, CN-DST/AIDS, 1997. Disponível em [http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/programas\\_dst-aids\\_definicao\\_adulto.pdf](http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/programas_dst-aids_definicao_adulto.pdf). Acessado em Jan 2011.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Exposição a materiais biológicos.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_expos\\_mat\\_biologicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf). Acessado em 20 Nov 2010.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria SVS/MS Nº 151, de 14 de outubro de 2009. Aprova etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas. Brasília: MS, SVS, 2009. **DOU 16 Out 2009.** Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151\\_14\\_10\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html). Acessado em Fev 2011.

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2008.** Brasília: MS, SVS, PN-DST e AIDS, 2008. Disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consensoAdulto005c\\_2008montado.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consensoAdulto005c_2008montado.pdf). Acessado em Ago 2010.
- \_\_\_\_\_. **Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças.** Brasília: MS, SVS, PN-DST e AIDS, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2006.** Brasília: MS, SVS, PN-DST e AIDS, 2006. Disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Consenso\\_adulto\\_2006\\_-\\_final.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Consenso_adulto_2006_-_final.pdf). Acessado em Mai 2010.
- BRASIL, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME; INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. Portaria Conjunta MDS/INSS nº 1, de 24 de maio de 2011. Estabelece os critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médico-pericial da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência requerentes do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, revoga com ressalva a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01, de 29 de maio de 2009, e dá outras providências. Brasília: **DOU, 26 Mai 2011.** Disponível em <http://www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/assistenciasocial/portarias/2011>. Acessado em Jul 2011.
- BRASIL, SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL. Instrução Normativa SRF nº 15, de 06.02.2001 - Dispõe sobre normas de tributação relativas à incidência do imposto de renda das pessoas físicas. Brasília: **DOU 8 Fev 2001.** Disponível em <http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/ins/2001/in0152001.htm>. Acessado em Jan 2010.
- CASTRO, K.G; WARD, J.W; SLUTSKER, L; BUEHLER, J.W; JAFFE H.W; BERKELMAN, R.L.; CURRAN, J.W. **Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults.** Center for Disease Control. EUA Dez 18, 1992.
- FAUCI, A.S. ; PANTALEO, G.; STANLEY, S.; WEISSMAN, D. Immunopathogenic mechanism of HIV infection. **Ann Inter Med**, 124: 654-64, 1996.
- HALLAL, R. & GRINSZTEJN, B. (org). Comitê Assessor em Terapia Antirretroviral para Adultos Infectados pelo HIV. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008 – Suplemento IV – Manejo da falha terapêutica. Critérios de Indicação de Etravirina para pacientes experimentados em TARV.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília, 2010. Disponível em <http://www.aids.df.gov.br/sites/400/446/00000067.pdf>. Acessado em Nov 2010.
- HALLAL, R. (Org) et al. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008 - Suplemento II – Critérios para início do tratamento antirretroviral (atualização das páginas 34-36).** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, Fev, 2010. Disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/suplemento\\_II\\_web.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/suplemento_II_web.pdf). Acessado em Ago 2010.
- HALLAL, R. (Org); ROSSI, A.S. (Org) et al. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008 - Suplemento III - Tratamento e prevenção.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, Out, 2010. Disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2007/suplemento\\_consensus\\_adulto\\_01\\_24\\_01\\_2011\\_web\\_pdf\\_13627.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2007/suplemento_consensus_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf). Acessado em Fev 2011.
- MARCELINO, M.A. **AIDS e Incapacidade.** Rio de Janeiro: 3º Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária da Associação Nacional dos Médicos Peritos, 26 a 29 de abril de 2011 (11 slides).
- RACHID, M. & SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS.** Rio de Janeiro: Ed.Revinter, 9ª Ed. Revisada e Ampliada, 2008.