



# O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica



Manual para Profissionais Médicos



---

# O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica

---

Manual para Profissionais Médicos

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 3.000 exemplares

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais  
SAF Sul Trecho 2, Bloco E, Torre 1, Edifício Premium  
CEP: 70070-600 – Brasília /DF  
Site: www.aids.gov.br  
E-mail: aids@aids.gov.br

**Projeto gráfico e diagramação**

Fernanda Dias Almeida Mizael  
Marcos Cleuton de Oliveira

**Editor gráfico**

Dario Noleto

**Textos, fotografias e tratamento de imagens**

Verônica Costa Barbosa

**Organização e revisão**

Ana Izabel Costa de Menezes  
Beatriz Bergamini Sossai  
João Paulo Toledo  
Helena Barroso Bernal  
Marcelo Araújo de Freitas

**Equipe Técnica**

Alexandre Fonseca Santos  
Alice Oliveira Rocha

Aline Coletto  
Ana Flávia Nacif P. Coelho Pires  
Ana Izabel Costa de Menezes  
Ana Lúcia Ferraz Amstalden  
Ana Monica de Mello  
Antônio Neves  
Beatriz Bergamini Sossai  
Camila Alves Bastos  
Charleni Scherer  
Cynthia Júlia Braga Batista  
Damiana Bernardo de Oliveira Neto  
Daniela Cerqueira Batista  
Daniela Cristina Moreira M. de Figueiredo  
Davi Rumel  
Deisy Rodrigues Felício de Souza  
Denise Serafim  
Denise Arakaki  
Dráurio Barreira  
Elizabeth Fagundes  
Eduardo Malheiros  
Ellen Zita Ayer  
Fabiana Sales Vitoriano Uchoa  
Fabrício de Maicy Bezerra  
Francisca Lidiane Sampaio Freitas  
Fernanda Borges Magalhães  
Fernanda Dockhorn Costa Johansen  
Gabriella Nunes Neves  
Gerson Fernando Mendes Pereira  
Helena Barroso Bernal  
Ivo Brito  
João Paulo Toledo  
Joséli Maria Araújo

Josué Nazareno de Lima  
Juliana Uesono  
Larissa de Faro Valverde  
Leandro Soares Sereno  
Marcelo Araújo de Freitas  
Márcia Leal  
Marcio José Villard Aguiar  
Maria Bernadete Moreira  
Marcos Franco  
Maria Bernadete Moreira  
Maria Vitória Ramos Gonçalves  
Mariana Borges  
Mariana Jorge de Queiroz  
Mariana Veloso Meireles  
Marihá Camelo Madeira de Moura  
Marina Mendes de Oliveira Pecoraro  
Mauro Sanchez  
Mayara Zenni Zin  
Miriam Franchini  
Moacir Pires Ramos  
Nazle Mendonça Collaço Vêras  
Nereu Mansano  
Nívea Orém Guedes  
Patrícia Araújo Bezerra  
Regiani Nunes de Oliveira  
Ricardo Brasil Charão  
Roberto da Justa Pires Neto  
Romina Oliveira  
Sandra Regina  
Sérgio Luis Teixeira de Aquino  
Vânia Camargo da Costa  
Ximena Pamela Diaz Bermudez

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

**Ficha Catalográfica**

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.  
O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos - Ministério da Saúde,  
Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.  
24 p. : il.

1. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos

CDU 000.00:000.000

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS

**Títulos para indexação**

Em inglês:

Em espanhol:

## O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica

Ao longo da história da infecção pelo HIV e da evolução do tratamento antirretroviral, diferentes níveis de complexidade no cuidado a saúde podem ser identificados. Inicialmente, os pacientes eram diagnosticados em estágios avançados de imunodeficiência, com poucas e complexas opções terapêuticas e alta morbimortalidade associada à infecção. Mais recentemente, observa-se o manejo de pacientes estáveis, em uso de esquemas simplificados de tratamento, que se assemelha ao cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas. Dentro de uma perspectiva de equidade, diferentes níveis de necessidade requerem diferentes estratégias de intervenção.

Diante da mudança no panorama do manejo da infecção pelo HIV, um novo modelo de atenção vem-se estabelecendo em municípios brasileiros. Esse novo modelo apresenta uma evolução dos modelos de atenção centrados em serviços especializados para modelos matriciados, dinâmicos, em que diferentes pontos de atenção participam da linha de cuidado ao HIV/aids, formando uma rede integrada e articulada.

Nesse novo modelo, os serviços especializados continuam sendo fundamentais. Contudo, o desenho da linha de cuidado passa a contar com novos serviços, tendo a atenção básica como porta de entrada e ordenadora do cuidado. Estratégias como o suporte dos serviços especializados para atenção básica e o atendimento compartilhado entre esses serviços garantem maior acesso dos usuários ao sistema de saúde.

A decisão pela implementação desse novo modelo é local, e seu planejamento deve fazer parte dos processos locais de construção das redes de atenção à saúde, que buscam a melhoria da qualidade da atenção às pessoas infectadas pelo HIV. Um dos pontos fundamentais para reorganização do modelo de atenção é que os profissionais de saúde estejam inseridos em processos de educação permanente, garantindo assim qualificação adequada para resposta às novas demandas.

Este manual foi elaborado com o intuito de apoiar processos educativos de médicos da Atenção Básica no manejo da infecção pelo HIV. Ele é um documento simplificado que buscou resumir as principais recomendações do documento de referência para o tratamento da infecção pelo HIV no Brasil, o “*Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*” (PCDT), que poderá ser acessado em [www.aids.gov.br/pcdt](http://www.aids.gov.br/pcdt) sempre que houver interesse de complementação ou aprofundamento no estudo dos temas aqui apresentados.

Esse manual reúne recomendações relativas ao manejo de pessoas infectadas pelo HIV na atenção básica – **pacientes assintomáticos, estáveis, em uso de esquemas de primeira linha de tratamento**. Coinfectados, gestantes, crianças e pacientes com indicação de uso de segunda ou terceira linhas de tratamento, condições que envolvem maior complexidade no manejo, não foram contempladas neste manual.

## Roteiro para a realização do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica

1

### Acolhimento e avaliação inicial

Acolhimento das pessoas diagnosticadas com HIV

Primeira consulta

Escuta e avaliação clínica

Exame físico

Pág.  
7

2

### Definição dos pacientes que poderão ser acompanhados na Atenção Básica

Estratificação de risco

Pág.  
10

3

### Manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica

Exames de seguimento

Profilaxia para infecções oportunistas

Imunizações

Terapia antirretroviral – quando e como iniciar

Pág.  
11

4

### Deteção precoce de falha à terapia antirretroviral e encaminhamento ao serviço especializado

Pág.  
22

## 1

**Acolhimento e avaliação inicial**

Acolhimento das pessoas diagnosticadas com HIV

Primeira consulta

Escuta e avaliação clínica

Exame físico

**Acolhimento das pessoas diagnosticadas com HIV**

Os serviços de saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade na atenção às pessoas. A Atenção Básica (AB), em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente as condições de saúde. Caracteriza-se também por acompanhar as pessoas ao longo do tempo e coordenar os cuidados na rede de atenção à saúde.

O serviço de saúde deve garantir a oferta do exame de HIV para todos os usuários que busquem a unidade, independentemente do motivo da procura. A confidencialidade de seu resultado e o acesso humanizado para as pessoas vivendo com HIV/aids que já chegam com o diagnóstico também devem ser garantidos.

O usuário deve se sentir acolhido, sem discriminação, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida. Grupos populacionais considerados mais vulneráveis, como, por exemplo, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, homossexuais e travestis sempre estiveram submetidos a julgamento moral. É importante e necessário reforçar o acolhimento desses segmentos populacionais no serviço, como um direito de cidadania.

As equipes de Atenção Básica devem realizar uma abordagem multiprofissional e de maneira integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção de agravos, diagnóstico e assistência para os usuários.

**Primeira consulta****a) Escuta e avaliação clínica**

Desde o início do acompanhamento, é importante:

- Abordar a compreensão e aceitação do diagnóstico pela pessoa;
- Avaliar a necessidade e o estabelecimento de redes comunitárias e/ou familiares de apoio ao usuário;
- Orientar o usuário para a incorporação de hábitos saudáveis, como evitar o tabagismo, etilismo ou uso de substâncias ilícitas, adotar a prática de atividade física e alimentação saudável e usar preservativos nas relações sexuais;
- Pesquisar história clínica atual e pregressa, doenças prévias e atuais, uso de medicamentos, vacinações, história de doença mental, etc.;

- Pesquisar história de tuberculose, perguntando sempre sobre febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento;
- Indagar sobre uso de métodos contraceptivos, número de gestações prévias e se há desejo de ter filhos.

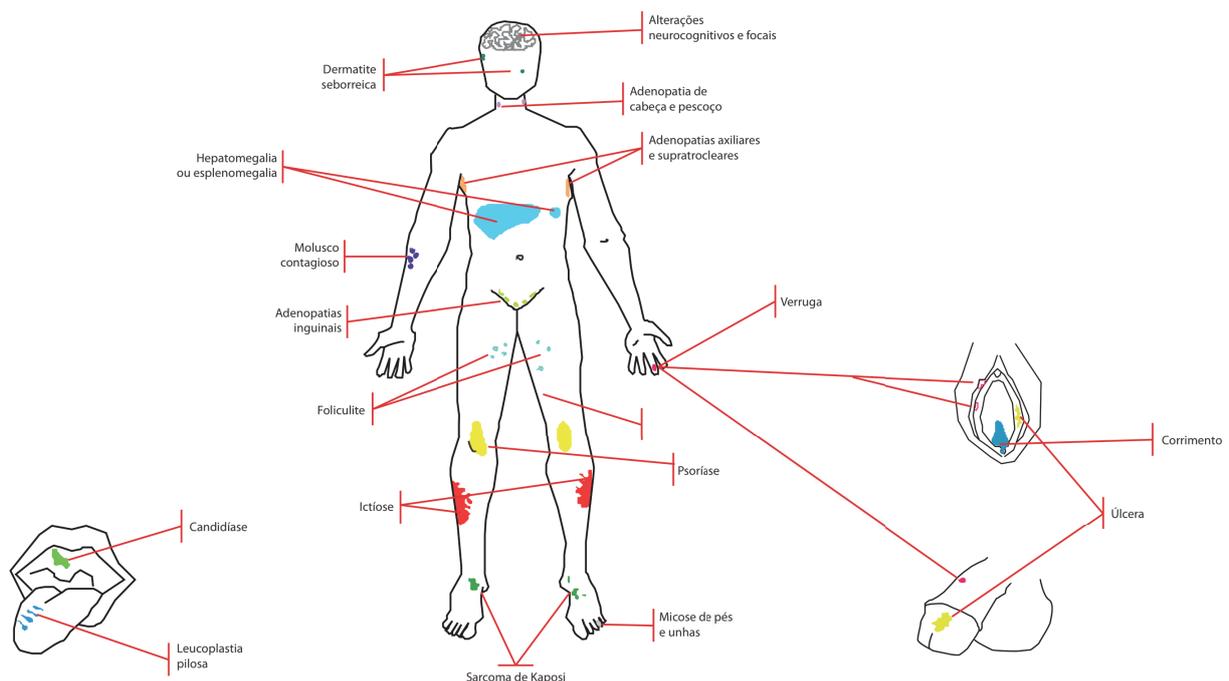
### b) Exame físico

O exame físico deve incluir, necessariamente:

- Ectoscopia geral;
- Pesagem;
- Medida da pressão arterial;
- Cálculo do índice de massa corpórea;
- Exame do aparelho cardíaco, respiratório e abdominal.

Lesões bucais como candidíase, leucoplasia pilosa, alterações periodontais, herpes, papiloma, sarcoma de Kaposi, entre outras, podem estar associadas à infecção pelo HIV. Dessa

A figura a seguir representa os sinais clínicos que podem estar relacionados ao HIV:



forma, é extremamente importante a realização de um minucioso exame clínico por parte do cirurgião-dentista para o estabelecimento de um diagnóstico precoce.

### c) Exames complementares

#### Exames complementares para abordagem inicial

- Hemograma
- Contagem de LT-CD4+ e carga viral do HIV
- Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)
- Exame parasitológico de fezes
- Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)
- Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBs Ag, anti-HBcT e anti-HBs para verificação de imunização)
- IgG para toxoplasma
- Sorologia para HTLV I e II e Chagas (considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas)
- Dosagem de lipídios
- Glicemia de jejum
- Prova tuberculínica (PT)
- Radiografia de tórax

#### Uso dos exames de CD4 e CV:

A **contagem de linfócitos T-CD4+ (CD4)** no sangue é utilizada para analisar a condição imunológica do paciente. O exame de CD4, sobretudo aquele solicitado logo após o estabelecimento do diagnóstico de infecção pelo HIV, tem importante papel para avaliar a urgência de início da terapia antirretroviral, além de ser preditor da síndrome de reconstituição imune. Além disso, o CD4 é necessário para avaliar a indicação de profilaxias para as infecções oportunistas e imunizações.

A quantificação do vírus HIV na corrente sanguínea, ou **carga viral (CV)**, é utilizada para o monitoramento da resposta ao tratamento antirretroviral e detecção precoce da falha virológica.

## 2

**Definição dos pacientes que poderão ser acompanhados na Atenção Básica**

Estratificação de risco

**Estratificação de risco**

Logo nas consultas iniciais, é importante reconhecer quais os usuários portadores de HIV poderão ser acompanhados na Atenção Básica e quais deverão ser encaminhados para seguimento nos Serviços de Atenção Especializada – SAE.

Para isso, critérios claros precisam estar definidos em um modelo de estratificação de risco.

A seguir, apresentamos uma proposta de modelo para estratificação de risco:

| <b>Condições</b>  | <b>Serviço responsável pelo acompanhamento</b> |
|---|--|
| <b>Assintomáticos estáveis</b>                          | Atenção Básica                                 |
| <b>Sintomáticos, coinfectados*, gestantes, crianças</b> | Serviço de Atenção Especializada               |

\* Exemplos: HIV-Hepatite B; HIV-Hepatite C, etc.

Essa proposta deve ser adaptada de acordo com as realidades locais, a depender da capacidade da rede de serviços instalada e da disponibilidade de profissionais de saúde.

Enfatizamos novamente que este manual contém recomendações relativas a **pacientes assintomáticos estáveis, com indicação de uso de primeira linha de tratamento.**

Coinfectados, gestantes, crianças e pacientes com indicação de uso de segunda ou terceira linhas de tratamento, condições essas que envolvem maior complexidade no manejo, não foram contempladas neste manual.

3

**Manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**

- Exames de seguimento
- Profilaxia para infecções oportunistas
- Imunizações
- Terapia antirretroviral – quando e como iniciar

Uma vez definido, pelos critérios de estratificação de risco, que um paciente poderá ser acompanhado na Atenção Básica, uma série de medidas deverão ser realizadas, como colocado a seguir:

**Exames laboratoriais de seguimento**

Em **pacientes estáveis, em TARV e com CV indetectável**, o foco do monitoramento laboratorial deve ser a detecção precoce de falha virológica, caracterizada por dois exames sequenciais de cargas virais detectáveis.

**Quadro 1.** Frequência de solicitação de exames de LT-CD4+ para monitoramento laboratorial de pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA), de acordo com a situação clínica

| Situação clínica  | Valor do CD4   | Frequência de solicitação |
|---|--|---------------------------|
| <b>PVHA com as 3 condições:</b>   | - CD4 < 350 células/mm <sup>3</sup>  | A cada 6 meses            |
| - Em uso de TARV<br>- Assintomática<br>- Com carga viral indetectável   | - CD4 > 350 células/mm <sup>3</sup> em dois exames consecutivos, com pelo menos 6 meses entre eles | Não solicitar             |
| PVHA que NÃO apresentem as 3 condições acima, tais como:<br><br>- Sem uso de TARV<br>- Evento clínico*<br>- Em falha virológica | - Qualquer valor de CD4  | A cada 6 meses            |
| * Infecções, toxicidade e possíveis causas de linfopenias (neoplasias, uso de interferon, etc)                                  |  |                           |

**Quadro 2.** Frequência de solicitação de exames de carga viral para HIV para monitoramento laboratorial de PVHA, de acordo com a situação clínica

| Situação clínica              | Frequência de solicitação |
|-------------------------------|---------------------------|
| PVHA em seguimento clínico    | A cada 6 meses            |
| Início ou modificação de TARV | Após 8 semanas            |

**Quadro 3.** Frequência de solicitação de outros exames para monitoramento laboratorial de PVHA

| Exame  | Periodicidade  | Observação   |
|--|--|--|
| Hemograma  | <b>3-6 meses</b>   | <b>Repetir com maior frequência em pacientes sintomáticos ou em uso de medicamentos mielotóxicos</b>               |
| Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)            | <b>Anual</b>   | <b>Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV</b>   |
| Cálculo do <i>clearance</i> da creatinina ou Taxa de filtração glomerular <sup>1</sup> | <b>Anual</b> , em pacientes com maior risco de insuficiência renal (diabéticos, coinfectados com HCV, negros, hipertensos) | <b>Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV</b>   |
| Escore de risco cardiovascular de Framingham <sup>2</sup>                              | <b>Anual</b>   | <b>Homens &gt; 40 anos e mulheres &gt; 50 anos, na ausência de risco cardiovascular</b>                            |
| Prova tuberculínica (PT)   | <b>Anual</b> , caso o exame inicial seja < 5 mm  | Indicar tratamento da infecção latente quando PT ≥ 5mm, desde que excluída tuberculose ativa                       |
| Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)  | 6 meses  |  |
| Anti-HCV   | <b>Anual</b> , em caso de sorologia não reagente   |  |
| Dosagem de lipídios  | <b>Anual</b>   |  |
| Glicemia de jejum  | <b>Anual</b>   | <b>Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125 mg/dL</b> |
| Densitometria óssea  | <b>2-5 anos</b> (mulheres pós-menopausa e homens após 50 anos)   | <b>Deve ser indicada apenas para pacientes em TARV</b>   |
| Fundoscopia  | 6 meses, <b>em indivíduos com LT-CD4+ &lt; 50 células/mm<sup>3</sup></b>   | <b>Deve ser indicada apenas para pacientes em TARV</b>   |

1 <http://www.sbn.org.br/equacoes/eq1.htm>; <http://mdrd.com/>

2 [http://dab.saude.gov.br/cnhd/score\\_framingham/framingham.php](http://dab.saude.gov.br/cnhd/score_framingham/framingham.php)

## Profilaxia de infecções oportunistas

### Profilaxia primária de infecções oportunistas:

O uso de **profilaxia primária** visa **evitar o primeiro episódio** de uma infecção oportunista. As recomendações de profilaxias primárias estão resumidas no quadro a seguir:

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

## Profilaxia secundária de infecções oportunistas:

O uso de **profilaxia secundária** visa **evitar a recidiva de uma infecção oportunista já ocorrida**.

As recomendações de profilaxias secundárias estão resumidas no quadro a seguir:

| Profilaxia secundária das infecções oportunistas (prevenção de recorrência)       |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Agente  | 1ª. Escolha   | Alternativas  | Critérios de suspensão   |
| <i>Pneumocystis jirovecii</i>   | <b>Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg)</b> três vezes por semana  | <b>Dapsona</b> 100mg/dia ou <b>Pentamidina</b> 300mg aerosol uma vez por mês (respigard II)   | <b>Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ &gt; 200 células/mm<sup>3</sup> por mais de 3 meses</b>   |
| <i>Toxoplasma gondii</i>  | <b>Peso &lt; 60kg:</b><br><b>sulfadiazina</b> 500mg quatro vezes ao dia + <b>pirimetamina</b> 25mg uma vez ao dia + <b>ácido fólico</b> 10mg uma vez ao dia | <b>Clindamicina</b> 600mg três vezes ao dia + <b>pirimetamina</b> 25-50mg uma vez ao dia + <b>ácido fólico</b> 10mg uma vez ao dia<br>*Acrescentar cobertura profilática para pneumocistose | <b>Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ &gt; 200 células/mm<sup>3</sup> por mais de 6 meses</b>   |
|   | <b>Peso &gt; 60kg:</b><br><b>sulfadiazina</b> 1000mg quatro vezes ao dia + <b>pirimetamina</b> 50mg por dia + <b>ácido fólico</b> 10mg uma vez ao dia       |   |  |
| Complexo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)   | <b>Clarithromicina</b> 500mg duas vezes ao dia + <b>etambutol</b> 15mg/kg/dia (máximo 1.200mg/dia)  | <b>Azitromicina</b> 500mg uma vez ao dia + <b>etambutol</b> 15mg/kg/dia (máximo 1.200mg/dia)  | <b>Após um ano de tratamento para MAC</b> , na ausência de sintomas e LT-CD4+ > 100 células/mm <sup>3</sup> , estável por mais de 6 meses.<br><b>Reintroduzir se LT-CD4+ &lt; 100 células/mm<sup>3</sup></b> |
| <i>Cryptococcus sp.</i>   | <b>Fluconazol</b> 200mg uma vez ao dia  | <b>Itraconazol</b> 200mg duas vezes ao dia ou <b>anfotericina B desoxicolato</b> 1mg/kg uma vez por semana  | <b>Término do tratamento da criptococose e boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ &gt; 200 células/mm<sup>3</sup> por mais de 6 meses</b>   |
| <i>Isospora belli</i>   | <b>Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg)</b> três vezes por semana  | <b>Pirimetamina</b> 25mg uma vez ao dia + <b>ácido fólico</b> 10mg três vezes por semana  | <b>Não há recomendação específica. No entanto, indica-se a suspensão da profilaxia com LT-CD4+ estável &gt; 200 células/mm<sup>3</sup> por mais de 3 meses</b>   |
| <i>Citomegalovírus</i> (não indicada rotineiramente para doença gastrointestinal) | <b>Ganciclovir EV</b> 5mg/kg cinco vezes por semana   | <b>Foscarnet</b> 90-120mg/kg uma vez ao dia   | <b>Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ &gt; 100-150 células/mm<sup>3</sup> por mais de 3-6 meses</b>   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <i>Histoplasmosse</i><br><b>(doença disseminada ou infecção de sistema nervoso central)</b> | <b>Itraconazol 200mg</b><br>uma vez ao dia                      |   | Manutenção por tempo indeterminado, <b>pois não há evidência suficiente para a recomendação de interrupção do itraconazol. Considerar suspensão após um mínimo de um ano de tratamento de manutenção, na ausência de sintomas e LT-CD4+ &gt; 150 células/mm<sup>3</sup>, estável por mais de seis meses. Reintroduzir se LT-CD4+ &lt; 150 células/mm<sup>3</sup></b> |
| Candidíase esofágica  | Não se indica a profilaxia secundária para candidíase esofágica |   |  |
| Herpes simplex (infecção recorrente > 6 vezes por ano)                                      | Aciclovir <b>400mg</b><br><b>duas vezes ao dia</b>              | Fanciclovir <b>500mg duas vezes ao dia</b> ou valaciclovir <b>500mg duas vezes ao dia</b> |  |

### Imunizações

Adultos e adolescentes que vivem com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante. À medida que aumenta a imunodepressão, eleva-se também o risco relacionado à administração de vacinas de agentes vivos, bem como se reduz a possibilidade de resposta imunológica consistente.

Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm<sup>3</sup>), até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de terapia antirretroviral, o que proporciona melhora na resposta vacinal e redução do risco de complicações pós-vacinais.

A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (poliomielite oral, varicela, rubéola, febre amarela, sarampo e caxumba) em pacientes com imunodeficiência deve ser condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave, como colocado no quadro a seguir:

| <b>Parâmetros imunológicos para imunizações com vacinas de bactérias ou vírus vivos em pacientes infectados pelo HIV com mais de 13 anos de idade</b>        |  |
|--|--|
| Contagem de LT-CD4+ (percentual)   | Recomendação para uso de vacinas com agentes vivos atenuados                       |
| <b>&gt; 350 células/mm<sup>3</sup> (&gt; 20%)</b>  | <b>Indicar o uso</b>   |
| <b>200-350 células/mm<sup>3</sup> (15-19%)</b>   | <b>Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão</b> |
| <b>&lt; 200 células/mm<sup>3</sup> (&lt; 15%)</b>  | <b>Não vacinar</b>   |
| <b>Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV. Brasília, 2002.</b> |  |

O esquema vacinal básico para adultos e adolescentes que vivem com HIV é apresentado a seguir:

| Esquema vacinal para pacientes maiores de 13 anos infectados pelo HIV |  |
|---|--|
| Vacina  | Recomendação   |
| Tríplice viral <sup>1</sup>   | Uma ou duas doses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup>  |
| Varicela <sup>2</sup>   | Duas doses com intervalo de três meses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup>   |
| Febre amarela <sup>3</sup>  | Individualizar o risco/benefício conforme a situação imunológica do paciente e a situação epidemiológica da região e, em caso de exposição, vacinar quando LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup> |
| Dupla do tipo adulto (dT)   | Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos  |
| <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)                            | Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados  |
| Hepatite A  | Duas doses (0 e 6 meses) em indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo), portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C              |
| Hepatite B <sup>4</sup>   | Dose dobrada recomendada pelo fabricante, administrada em quatro doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses) em todos os indivíduos suscetíveis à hepatite B (anti-HBc negativo, anti-HBs negativo)          |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> (23-valente)                          | Uma dose para indivíduos com contagem de LT-CD4+ > 200 células/mm <sup>3</sup> . Apenas um reforço após cinco anos   |
| Influenza   | Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza  |

1 Considerando os atuais surtos de sarampo na Europa e nos EUA, eventuais viajantes HIV+ que receberam apenas uma dose em seu histórico vacinal devem receber uma segunda dose se estiverem com LT-CD4+ > 200 células/mm<sup>3</sup>.

2 Existem poucos dados que respaldem seu uso de rotina em adultos e adolescentes HIV+ suscetíveis à varicela. É contraindicada em gestantes.

3 Contraindicada em gestantes.

4 A imunogenicidade e eficácia da vacina contra hepatite B são inferiores em pacientes imunodeprimidos em relação aos imunocompetentes. Doses maiores e número aumentado de doses são necessários à indução de anticorpos em níveis protetores. Por esse motivo, são recomendadas quatro doses de vacina contra hepatite B, com o dobro da dose habitual.

É importante lembrar que vacinações podem causar variações transitórias da carga viral do HIV. Desse modo, os exames de rotina não devem coincidir com as vacinações, necessitando ser realizados com pelo menos 30 dias de intervalo destas.

## Início da terapia antirretroviral - TARV

### Quando iniciar a TARV?

A instituição da terapia antirretroviral (TARV) tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das PVHA, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV.

Seu foco principal sempre foi a redução de risco de infecções oportunistas, evolução para aids e óbito.

Entretanto, atualmente há evidências de que, mesmo em indivíduos assintomáticos com contagens elevadas de CD4, a replicação viral e a ativação imune crônica estão associadas ao desenvolvimento de doenças não tradicionalmente relacionadas à infecção pelo HIV, tais como eventos cardiovasculares. De fato, estudos observacionais têm demonstrado redução da morbimortalidade com o início mais precoce de TARV.

Além disso, vários estudos demonstram que o **uso de antirretrovirais representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV**. Um estudo (HPTN 052) chegou a demonstrar uma diminuição de 96% na taxa de transmissão do vírus quando a pessoa que vive com HIV iniciava tratamento com contagem de LT-CD4+ entre 350 e 550 células/mm<sup>3</sup>, em casais sorodiscordantes.

A partir das evidências de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV com o tratamento precoce, recomendações para o início da terapia antirretroviral foram estabelecidas e são apresentadas no quadro a seguir:

## Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

**Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4**

**Estimular início imediato da TARV**, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.

**Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4**

**Iniciar TARV**

**Assintomáticos**

CD4  $\leq$  500 células/mm<sup>3</sup>

**Iniciar TARV**

CD4  $>$  500 células/mm<sup>3</sup>

**Iniciar TARV** na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B

**Considerar TARV** nas seguintes situações:

- neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia
- doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham)
- coinfeção HIV-HCV
- carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL

Sem contagem de LT-CD4+ disponível

Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, **não se deve adiar** o início do tratamento

**Gestantes**

**Iniciar TARV**

**A terapia antirretroviral deve ser oferecida a TODAS as pessoas com diagnóstico do HIV, independentemente da carga viral e da contagem de linfócitos T-CD4+, visando benefícios clínicos e redução da transmissibilidade do HIV.**

A TARV poderá ser iniciada desde que a pessoa que vive com HIV seja esclarecida sobre os seus benefícios e riscos, além de estar fortemente motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se a autonomia do indivíduo. Em nenhuma situação deverá haver qualquer tipo de coerção para início da TARV.

Uma vez iniciada, a TARV não deverá ser interrompida.

A utilização de terapia antirretroviral não elimina a possibilidade de transmissão sexual do HIV. Além disso, há fatores que podem aumentar a possibilidade de transmissão, como a presença de doenças sexualmente transmissíveis. Portanto, o uso de preservativos deve ser sempre estimulado, mesmo em pacientes que apresentem supressão viral.

### **Síndrome de Reconstituição Imune (SRI)**

A SRI apresenta quadro clínico de caráter inflamatório exacerbado, associado ao início da TARV, que se caracteriza por agravamento de uma doença já diagnosticada, bem como o aparecimento de uma doença não diagnosticada previamente, exacerbando uma doença subclínica preexistente.

A SRI ocorre principalmente em pacientes que apresentam baixas contagens de CD4 ao iniciarem a terapia antirretroviral.

Deve-se suspeitar de SRI nas seguintes situações:

#### **Critérios para suspeita clínica de Síndrome da Reconstituição Imune**

1. Piora de doença reconhecida ou surgimento de nova manifestação após início da TARV
2. Presença de Imunodepressão grave (contagem de LT-CD4+ <100) antes do início ou modificação do esquema
3. Relação temporal entre início da TARV e o aparecimento das manifestações inflamatórias (dentro de 4 a 8 semanas do início da TARV).
4. Presença de resposta imune, virológico ou ambas após início da TARV.
5. Exclusão de falha terapêutica, reação adversa ou superinfecção.

Quando da suspeita de SRI, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação urgente a um médico que tenha experiência no manejo antirretroviral, em serviço especializado.

### **Como iniciar a TARV?**

Como regra, o esquema de primeira linha de tratamento deve ser o seguinte:

#### **Esquema de terapia Inicial – primeira linha**

Tenofovir<sub>300mg</sub> + lamivudina<sub>300mg</sub> + efavirenz<sub>600mg</sub>

Utilizar a dose fixa combinada (1 cápsula por dia) sempre que disponível

**Contraindicações absolutas e relativas ao uso de TDF:**

**Absolutas** – Insuficiência renal dialítica ou não dialítica e reação de hipersensibilidade ao tenofovir ou componentes da fórmula.

**Relativas** – Cautela em paciente com risco de osteopenia ou osteoporose, tendo em vista que o uso de tenofovir está associado com redução da densidade mineral óssea.

**Contraindicações absolutas e relativas ao uso de EFV:**

**Absolutas** – Pacientes com ideação suicida, insuficiência hepática grave, hipersensibilidade ao fármaco, uso concomitante de alcaloides do ergot.

**Relativas** – Pacientes que necessitam ficar em vigília durante a noite, cautela em idosos e pacientes com doenças psiquiátricas pelo aumento do risco de desenvolvimento de depressão e convulsões.

**A dispensação de zidovudina (AZT), abacavir (ABC), didanosina (ddl) e nevirapina (NVP) está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contra-indicação no formulário de solicitação de antirretrovirais.** A contra-indicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário.

**Alternativas ao uso do tenofovir (TDF):**

|          | Utilizar         | Situação clínica                   |
|----------|------------------|------------------------------------|
| 1ª opção | Zidovudina (AZT) | Contra-indicação ao TDF            |
| 2ª opção | Abacavir (ABC)   | Contra-indicação ao TDF e AZT      |
| 3ª opção | Didanosina (ddl) | Contra-indicação ao TDF, AZT e ABC |

**Alternativas ao uso do efavirenz (EFV):**

|          | Utilizar         | Situação clínica        |
|----------|------------------|-------------------------|
| 1ª opção | Nevirapina (NVP) | Contra-indicação ao EFV |

**O uso da nevirapina:**

Na impossibilidade de uso do EFV, a nevirapina é preferencial em relação aos inibidores da protease (segunda linha de tratamento), exceto nos casos de exantema com EFV. Isso porque a NVP está associada a maior toxicidade hepática, exantema e risco de síndrome de Stevens-Johnson.

Por isso, sempre que o tratamento for iniciado com nevirapina, suas doses devem ser aumentadas de forma escalonada para diminuir o risco de exantema: inicia-se com 1 comprimido ao dia durante 14 dias e após esse período a dose deve ser aumentada para 1 comprimido a cada 12 horas.

O quadro a seguir apresenta a posologia dos ARV que compõem esquemas de primeira linha de tratamento:

|  |       |   |
|--|-------|---|
| Abacavir (ABC) 300mg   |       | 1 comprimido de 12/12h ou<br>2 comprimidos 1x/dia |
| Didanosina (ddl)   | 250mg | < 60 kg: 1 cápsula 1x/dia                         |
|  | 400mg | > 60 kg: 1 cápsula 1x/dia                         |
| Efavirenz (EFZ)600mg   |       | 1 comprimido 1x/dia                               |
| Lamivudina (3TC)150mg  |       | 1 comprimido de 12/12h ou<br>2 comprimidos 1x/dia |
| Nevirapina (NVP)200mg  |       | 1 comprimido de 12/12h                            |
| Tenofovir (TDF)300mg   |       | 1 comprimido 1x/dia                               |
| Tenofovir + lamivudina (TDF300mg + 3TC300mg)                       |       | 1 comprimido 1x/dia                               |
| Tenofovir + lamivudina + efavirenz (TDF300mg + 3TC300mg+ EFV600mg) |       | 1 comprimido 1x/dia                               |
| Zidovudina + lamivudina (AZT300mg + 3TC150mg)                      |       | 1 comprimido de 12/12h                            |
| Zidovudina (AZT)100mg  |       | 3 comprimidos de 12/12h                           |

#### Interações medicamentosas:

Estão mais relacionadas com antirretrovirais que não fazem parte dos esquemas da primeira linha de tratamento. Para informações sobre possíveis interações medicamentosas, acessar [www.aids.gov.br/pcdt/anexos](http://www.aids.gov.br/pcdt/anexos).

#### Eventos adversos:

##### **Principais eventos adversos decorrentes do uso de TDF:**

Droga com potencial nefrotóxico e de levar a diminuição da densidade óssea. Atenção no uso, principalmente em pacientes diabéticos, hipertensos, negros, idosos e em uso de outras drogas nefrotóxicas.

Também podem acontecer com menor frequência: náusea, vômito, diarreia, flatulência, anorexia, cefaleia, depressão, insônia, astenia, neuropatia periférica e mialgia.

##### **Principais eventos adversos decorrentes do uso de EFV:**

Tonturas, sonhos vívidos, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, cefaleia, dificuldade de concentração e alucinações, que **costumam desaparecer entre 2 e 4 semanas**.

Também podem acontecer com menor frequência: *rash* cutâneo, síndrome de Stevens-Johnson, dor abdominal, diarreia, náusea, vômitos, pancreatite, hepatite, insuficiência hepática, psicose, mania, tendência suicida, amnésia, ataxia, convulsões, visão embaçada, ginecomastia e fotossensibilidade.

### **Esquemas de segunda e terceira linhas de tratamento:**

Como colocado anteriormente, este documento se refere ao acompanhamento de pacientes assintomáticos, em uso de primeira linha de tratamento. Para mais informações sobre esquemas antirretrovirais de segunda e terceira linhas, acessar o documento *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* em: [www.aids.gov.br/pcdt](http://www.aids.gov.br/pcdt).

## **4**

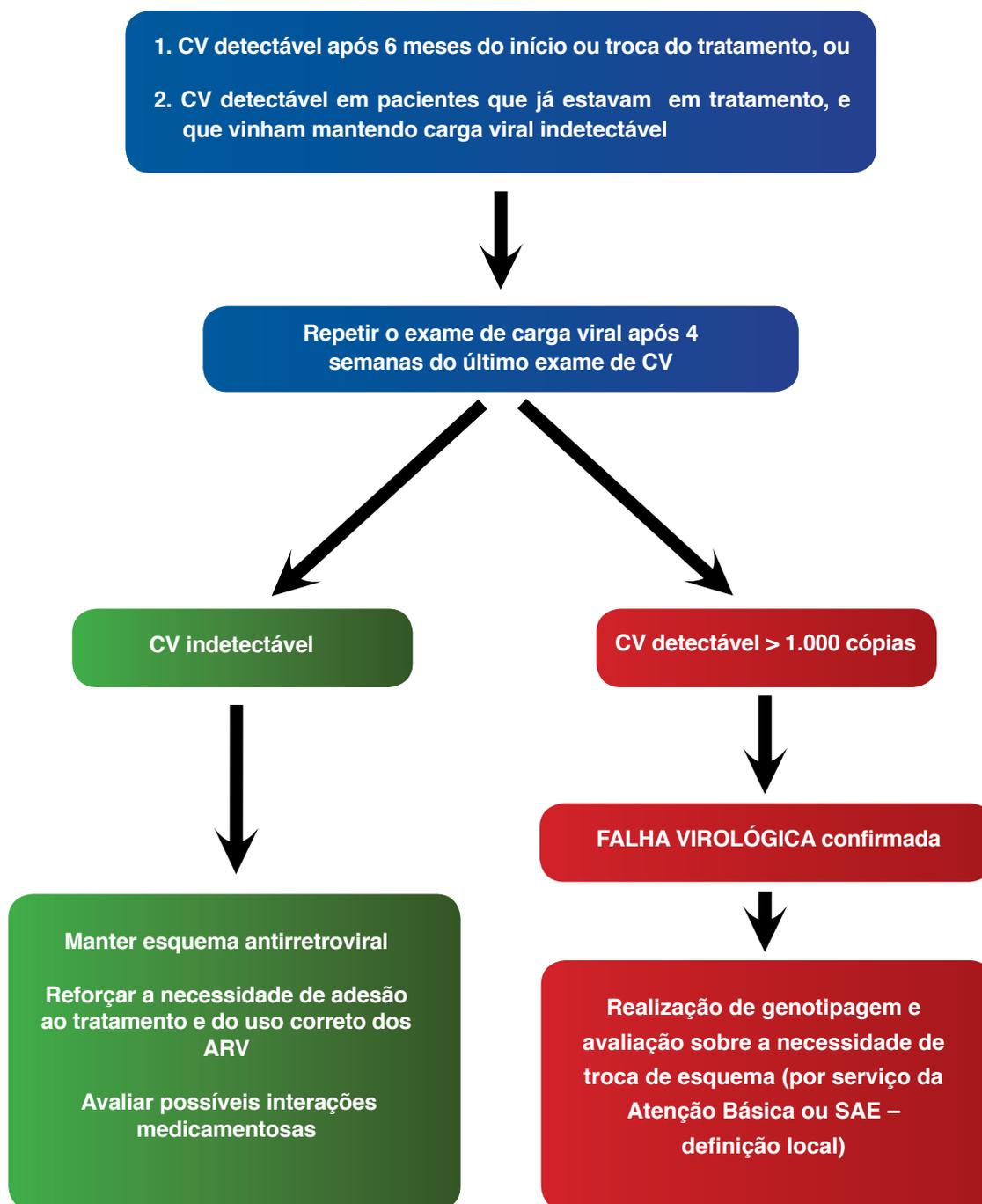
### **Deteção precoce de falha à terapia antirretroviral e encaminhamento ao serviço especializado**

O reconhecimento precoce da falha virológica e a escolha adequada e oportuna do novo tratamento são fundamentais para evitar graves consequências, como uma maior progressão de doença e, principalmente, o **acúmulo de mutações de resistência aos antirretrovirais e perda de futuras opções terapêuticas**.

Os fatores associados à falha terapêutica são: baixa adesão ao tratamento, utilização de esquemas antirretrovirais subótimos, tomada incorreta da medicação, interação medicamentosa ou resistência viral.

A **falha virológica** é o principal parâmetro para caracterização da falha ao tratamento antirretroviral. Ela é definida pela presença de níveis detectáveis de vírus na corrente sanguínea (carga viral detectável) em pacientes em TARV. Nessas situações, o paciente deve realizar o exame de genotipagem para avaliação do novo esquema antirretroviral.

Dessa maneira, carga viral é o exame a ser utilizado para deteção precoce da falha ao tratamento. A caracterização da falha virológica deve ser realizada da seguinte forma:



Outros materiais sobre atenção às pessoas que vivem com HIV estão disponíveis em [www.aids.gov.br/pcdt](http://www.aids.gov.br/pcdt) e [www.aids.gov.br/hivab](http://www.aids.gov.br/hivab)

**DISQUE SAÚDE**

**136**

Ouvidoria Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)



Ministério da  
**Saúde**

