



GUIA DE CONSULTA RÁPIDA

**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES  
TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA  
INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA  
**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES  
TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA  
INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS**

Brasília – 2013



## 1. Quando iniciar a TARV

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**

## 2. Como iniciar a TARV

### 2.1. Primeira linha de tratamento

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três

antirretrovirais, sendo dois **ITRN/ITRNT** associados a um **ITRNN**.

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

#### Esquema de terapia inicial – primeira linha

TDF + 3TC + EFV\*

\* na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível

Alternativas ao uso do TDF:

	Utilizar	Situação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

**A contraindicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário. A dispensação de AZT, ABC e ddl está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contraindicação.**

**A estavudina (d4T), bem como o indinavir (IDV), não devem compor esquemas antirretrovirais, de modo que pacientes adultos em uso dessas drogas deverão ter seus esquemas reestruturados imediatamente.**

## 2.2. Segunda linha de tratamento

**Em situações em que o uso de efavirenz e nevirapina esteja impossibilitado, deve-se proceder à sua substituição por um**

**Inibidor de Protease, de modo que o esquema ARV fique estruturado da seguinte forma:**

### 2 ITRN + IP/r

O lopinavir com **booster** de ritonavir (LPV/r) é a opção preferencial na classe dos inibidores da protease, quando da impossibilidade de uso de **ITRNN** na composição do esquema.

Alternativas ao uso do LPV/r:

	Utilizar	Situação
1ª opção	ATV/r	Contraindicação ao LPV/r
2ª opção	FPV/r	Contraindicação ao LPV/r e ATV/r

A contra-indicação ao uso de antir-retrovirais deve ser registrada em prontuário. A dispensação de ATV/r e FPV/r

está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contra-indicação.

## 2.3. TARV em situações especiais

Existem algumas situações clínicas nas quais a terapia

inicial deve ser particularizada, conforme descritas no quadro a seguir.

## Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais

Condição clínica	Recomendação	Comentários
<b>Hepatite B</b>	A dupla de ITRN/ITRNt preferencial é TDF + 3TC	Essa dupla tem ação contra o HBV
<b>Nefropatia</b>	A dupla de ITRN/ITRNt preferencial é AZT + 3TC	Evitar uso de TDF em razão da nefrotoxicidade
<b>Tuberculose</b>	EFV deve preferencialmente compor o esquema	Evitar uso de IP/r Iniciar TARV entre a 2 <sup>a</sup> e a 8 <sup>a</sup> semana após o início do tratamento de TB
<b>Gestação</b>	O esquema preferencial deve ser AZT + 3TC + LPV/r	EFV é contraindicado

### 3. Investigação e tratamento da coinfeção TB/HIV

A tuberculose deve ser pesquisada em todas as consultas, mediante o questionamento sobre a presença de sintomas como tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas pode indicar TB ativa e deve ser investigada.

A TARV deve ser iniciada mais precocemente nos coinfectados TB-HIV. Deve-se iniciar a TARV 2 semanas após

o início do tratamento para TB nos pacientes com LT CD4+ < 200 células/mm<sup>3</sup> e 8 semanas depois nos pacientes com LT CD4+ > 200 células/mm<sup>3</sup>.

Uma vez que a TB é a principal causa de óbito por doença infecciosa com origem definida em PVHA, o tratamento para TB latente com isoniazida 10 mg/kg (no máximo 300 mg/dia) está indicado em todas as PVHA que apresentem PT ≥ 5 mm, desde que excluída TB ativa.



### Esquema básico com rifampicina para tratamento de adultos e adolescentes (> 10 anos de idade)

Regime	Fármaco	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
<b>2 RHZE</b> <b>Fase intensiva</b>	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combi- nada	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
<b>4 RH</b> <b>Fase de manutenção</b>	RH 150/75 com- primido em dose fixa combinada	36 kg a 50 kg	3 comprimidos	4
		> 50 kg	4 comprimidos	
		20 kg a 35 kg	2 comprimidos	

R= rifampicina, H= isoniazida, Z= pirazinamida, E= etambutol

**Esquema com rifabutina para tratamento de adultos e adolescentes (> 10 anos de idade), quando em uso de TARV que não seja com ITRNN ou lopinavir/ritonavir**

Meses	Fármaco	Doses por faixa de peso		
		20 kg a 35 kg	36 kg a 50 kg	> 50 kg
<b>Fase intensiva (2 meses)</b>	Rifabutina 150 mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Pirazinamida 500 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Etambutol 400 mg*	1 a 2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
<b>Fase de manutenção (4 meses)</b>	Rifabutina 150 mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos

\*Isoniazida: 10 mg/kg/dia, dose máxima de 300 mg/dia; pirazinamida: 35 mg/kg/dia, dose máxima de 1.500 mg/dia; etambutol: 25 mg/kg/dia, dose máxima de 1.200 mg/dia

#### 4. Investigação do risco cardiovascular (RCV)

Recomenda-se que a avaliação do risco cardiovascular global seja feita como rotina em toda pessoa com in-

fecção pelo HIV, utilizando o Escore de Risco de Framingham para homens e mulheres, apresentado a seguir:

## MULHERES

Idade	Pontos
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

### Colesterol

Colesterol total (mg/dL)	idade 20/39	idade 40/49	idade 50/59	idade 60/69	idade 70/79
<160	0	0	0	0	0
160/199	4	3	2	1	1
200/239	8	6	4	2	1
240/279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2

### Fumo

	idade 20/39	idade 40/49	idade 50/59	idade 60/69	idade 70/79
Não	0	0	0	0	0
Sim	9	7	4	2	1

### HDL-colesterol

HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

### PA

PA (sistólica, mm Hg)	Não tratada	Tratada
<120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥160	4	6

Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (10%)	Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (10%)
<9	<1	17	5
9	1	18	6
10	1	19	8
11	1	20	11
12	1	21	14
13	2	22	17
14	2	23	22
15	3	24	27
16	4	≥25	≥30

## HOMENS

Idade	Pontos
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

### Colesterol

Colesterol total (mg/dL)	idade 20/39	idade 40/49	idade 50/59	idade 60/69	idade 70/79
<160	0	0	0	0	0
160/199	4	3	2	1	0
200/239	7	5	3	1	0
240/279	9	6	4	2	1
≥280	11	8	5	3	1

### Fumo

	idade 20/39	idade 40/49	idade 50/59	idade 60/69	idade 70/79
Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1

### HDL-colesterol

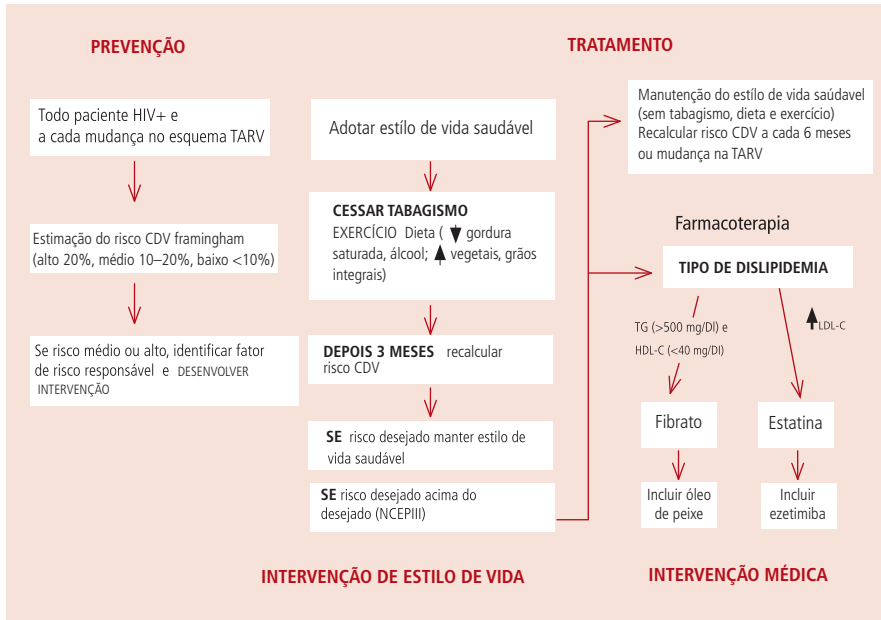
HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

### PA

PA (sistólica, mm Hg)	Não tratada	Tratada
<120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥160	2	3

Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (10%)	Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (10%)
<0	<1	9	5
0	1	10	6
1	1	11	8
2	1	12	10
3	1	13	12
4	1	14	16
5	2	15	20
6	2	16	25
7	3	≥17	≥30
8	4		

# Esquema de prevenção cardiovascular em PVHA



## 5. Profilaxia de infecções oportunistas

### 5.1. Profilaxia primária

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 cel/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 aerosol uma vez por mês (respigard II).	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+>200 cel/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+<200 cel/mm <sup>3</sup>
<b>Toxoplasma gondii</b>	Pacientes com IgG positiva para toxoplasma e LT-CD4+<100 cel/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	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+>200 cel/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+<100 cel/mm <sup>3</sup>
<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		Duração de no mínimo 6 meses
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	LT-CD4+<50 cel/mm <sup>3</sup>	Azitromicina 1.200mg por semana	Clarithromicina 500mg duas vezes por dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+> 100 cel/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+<50 cel/mm <sup>3</sup>
<i>Cryptococcus sp.</i> <i>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			
<b>Citomegalovírus</b>	Não se indica profilaxia primária. Recomenda-se diagnóstico precoce de retinopatia mediante fundoscopia rotineira em PVHA com LT-CD4+<50cel/mm <sup>3</sup>			
<b>Herpes simplex</b>	Não se indica profilaxia primária			

## 5.2. Profilaxia secundária (prevenção da recorrência)

Essa estratégia tem como objetivo evitar a recidiva de IO 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	Critério de suspensão
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) três vezes por semana	Dapsona 100mg/dia ou Pentamidina 300mg aerosol uma vez por mês (respigard II)	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm <sup>3</sup> por mais de três meses
<i>Toxoplasma gondii</i>	Peso < 60kg: sulfadiazina 500 mg quatro vezes ao dia + pirimetamina 25mg uma vez ao dia + ácido fólico 10mg uma vez ao dia Peso > 60kg: sulfadiazina 1.000 mg quatro vezes ao dia + pirimetamina 50mg por dia + ácido fólico 10 mg uma vez ao dia	Clindamicina 600mg três vezes ao dia + pirimetamina 25-50mg uma vez ao dia + ácido fólico 10mg uma vez ao dia *Acréscimo de cobertura profilática para pneumocistose	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm <sup>3</sup> por mais de seis meses
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	Clarithromicina 500mg duas vezes ao dia + etambutol 15mg/kg /dia (máximo 1.200mg/dia)	Azitromicina 500mg uma vez ao dia + etambutol 15mg/kg /dia (máximo 1.200mg/dia)	Após um ano de tratamento para MAC, na ausência de sintomas e LT-CD4+ > 100 cel/mm <sup>3</sup> , estável por mais de seis meses.
<i>Cryptococcus sp.</i>	Fluconazol 200mg uma vez ao dia	Itraconazol 200mg duas vezes ao dia ou anfotericina B desoxicolato 1mg/kg uma vez por semana	Término do tratamento da criptococose e boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm <sup>3</sup> por mais de seis meses
<i>Isospora belli</i>	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) três vezes por semana	Pirimetamina 25mg uma vez ao dia + ácido fólico 10mg três vezes por semana	Não há recomendação específica. No entanto, indica-se a suspensão da profilaxia com LT-CD4+ estável > 200 cel/mm <sup>3</sup> por mais de três meses
Citomegalovírus (não indicada rotineiramente para doença gastrointestinal)	Ganciclovir EV 5mg/kg cinco vezes por semana	Foscarnet 90-120mg/kg uma vez ao dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 100-150 cel/mm <sup>3</sup> por mais de 3-6 meses
Histoplasmose (doença disseminada ou infecção de sistema nervoso central)	Itraconazol 200mg uma vez ao dia		Manutenção por tempo indeterminado, 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+ > 150 cel/mm <sup>3</sup> , estável por mais de seis meses. Reintroduzir se LT-CD4+ < 150 cel/mm <sup>3</sup>
Candidíase esofágica	Não se indica a profilaxia secundária para candidíase esofágica		
Herpes simplex (infecção recorrente > 6 vezes por ano)	Aciclovir 400mg duas vezes ao dia	Fanciclovir 500mg duas vezes ao dia ou valaciclovir 500mg duas vezes ao dia	



Ministério da  
**Saúde**

