

TeleCondutas[®]

HIV

Acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com
HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde

Versão digital

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar

Bairro Rio Branco

CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3333-7025

Site: www.telessauders.ufrgs.br

E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:

Roberto Nunes Umpierre

Natan Katz

Coordenação Científica:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Rudi Roman

Autoria:

Alexandre Wahl Hennigen

Ana Cláudia Magnus Martins

Ana Flor Hexel Cornely

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Guilherme Geraldo Lovato Sorio

Juliana Keller Brenner

Juliana Nunes Pfeil

Laura Ferraz dos Santos

Laureen Engel

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Renata Rosa de Carvalho

Rudi Roman

Colaboração:

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e

Infecções Sexualmente Transmissíveis - SVS/ MS

Thiago Cherem Morelli

Alexandre Alberto Cunha Mendes Ferreira

Alexsana Sposito Tresse

Lino Neves da Silveira

Pâmela Cristina Gaspar

Mariana Villares Martins

Coordenação Estadual de IST/Aids -SES/RS

Maria Letícia Ikeda

Revisão Ortográfica e Normalização:

Bruna Rodrigues da Silva

Letícia Pereira de Souza

Diagramação:

Camille Luiza da Silva Borges

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **TeleCondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids na Atenção Primária à Saúde: versão digital 2023.** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 jul. 2020 [atual. 14 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano da citação.

Publicado em 10 de julho de 2020.
Atualizado em 14 de março de 2023.

Abreviaturas

3TC lamivudina	ITRN inibidor da transcriptase reversa nucleosídeo
ABC abacavir	ITRNN inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo
AIDS síndrome da imunodeficiência adquirida (<i>acquired immunodeficiency syndrome</i> , em inglês)	MVHIV mulher vivendo com HIV
APS Atenção Primária à Saúde	OMS Organização Mundial da Saúde
ARV antirretroviral	PCDT Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
ATV atazanavir	PEP profilaxia pós-exposição (Post-Exposure Prophylaxis)
AZT zidovudina	PrEP profilaxia pré-exposição (Pre-Exposure Prophylaxis)
BT bilirrubina total	PT prova tuberculínica
CD4 linfócitos T-CD4+	PVHIV pessoa vivendo com HIV
CRIE Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais	RAL raltegravir
CT colesterol total	RH rifampicina (R), isoniazida (H)
CV carga viral do vírus HIV	RHZE rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E)
DIU dispositivo intrauterino	RPR Teste de reaginina plasmática rápida (do inglês rapid plasmatic reagin)
DM diabetes mellitus	RTV ritonavir
dT vacina dupla adulto	SAE Serviço de Assistência Especializada
DRV Darunavir	SIR Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune
DTG dolutegravir	SMX-TMP sulfametoxazol-trimetoprima
EFV efavirenz	SRA Síndrome Retroviral Aguda
EQU exame qualitativo de urina ou EAS	SUS Sistema Único de Saúde
FA fosfatase alcalina	TAF tenofovir alafenamida
FRAX ferramenta para avaliação de risco de fratura	TARV Terapia Antirretroviral
FTC entricitabina	TB tuberculose
GVHIV gestante vivendo com HIV	TDF tenofovir disoproxil fumarato
HAS hipertensão arterial sistêmica	TDO terapia diretamente observada
HAV vírus da hepatite A (hepatitis A vírus)	TFG taxa de filtração glomerular
HbA1C hemoglobina glicosilada	TGO ou AST transaminase glutâmica oxalacética ou aspartato transaminase
HBV vírus da hepatite B (hepatitis B virus)	TGP ou ALT transaminase glutâmica pirúvica sérica ou alanina transaminase
HCV vírus da hepatite C (hepatitis C virus)	TR teste rápido
HDL lipoproteína de alta densidade (high density lipoprotein)	TRM-TB teste rápido molecular para tuberculose
HIV vírus da imunodeficiência humana	UDM Unidade Dispensadora de Medicamentos
HTLV vírus T linfotrópico humano (human T lymphotropic virus)	VDRL Venereal Disease Research Laboratory
ILTB infecção latente da tuberculose	
IMC índice de massa corpórea	
INI inibidor da integrase	
INR índice internacional normalizado	
IO infecção oportunista	
IP/r inibidor de protease com reforço de ritonavir	
IST Infecção Sexualmente Transmissível	

TELECONDUTAS Nº 29 – HIV

Sumário

Atualizações desta versão	4
Introdução.....	5
Diagnóstico precoce do HIV	5
Síndrome Retroviral Aguda (SRA).....	5
Testagem e confirmação do diagnóstico.....	5
Avaliação clínica na primeira consulta	7
Avaliação complementar na primeira consulta.....	8
Acompanhamento clínico e laboratorial na APS	9
Risco cardiovascular	11
Avaliação de massa óssea	12
Rastreamentos de neoplasias	13
Terapia antirretroviral (TARV) na APS.....	13
Situações de exceção ao esquema preferencial.....	14
Situações que indicam início de TARV com brevidade.....	16
Troca (<i>switch</i>) para dolutegravir	16
Situações para utilização da terapia dupla.....	17
Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR)	17
Monitoramento da CV durante terapia antirretroviral	18
Falha ao tratamento com terapia antirretroviral	18
Critérios para falha virológica.....	19
Abandono de TARV ou má adesão ao tratamento.....	20
Principais interações medicamentosas com a TARV	21
Eventos adversos da terapia antirretroviral.....	24
Prevenção primária de infecções oportunistas (IO)	26
Coinfecção HIV e TB.....	27
Tratamento de tuberculose ativa em PVHIV.....	27
Infecção latente da tuberculose (ILTb).....	28
Coinfecção HIV e Sífilis.....	30
Vacinação	33
Saúde sexual e reprodutiva	35
Anticoncepção.....	35
Desejo de concepção.....	36
Gestação e HIV	37
Profilaxia Pós-Exposição (PEP).....	42
Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).....	48
Encaminhamento ao Serviço de Assistência Especializada (SAE).....	57
Referências.....	60
Apêndices.....	70

Atualizações desta versão

- Atualização de recomendações para tratamento antirretroviral em gestantes.
- Acréscimo de indicações de terapia dupla.
- Atualização do tempo de monitoramento da carga viral.
- Atualização de recomendações de tratamento de ILTB.
- Atualização das recomendações para PVHIV que desejam anticoncepção.
- Atualização das recomendações de PrEP, incluindo PrEP sob demanda.

Introdução

A infecção pelo vírus HIV e a aids são graves problemas de saúde pública no Brasil. No ano de 2020, foram detectados 32.701 casos novos de HIV no Brasil (a maior parte nas regiões Sudeste e Nordeste) e 29.917 casos de aids. Nesse mesmo ano, foram notificadas 7.814 gestantes vivendo com HIV, sendo que o Rio Grande do Sul foi o estado com maior taxa de detecção (8,1 casos/1.000 nascidos vivos) [1].

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela coordenação dos cuidados das pessoas e por uma atenção integral e contínua à saúde. Por isso, é essencial que a APS tenha condições de ofertar ferramentas de prevenção combinada do HIV e de realizar diagnóstico, acompanhamento e tratamento de primeira linha das pessoas que vivem com HIV/aids [2].

Além do protocolo clínico, médicos, enfermeiros e dentistas que trabalham na APS podem utilizar o canal gratuito **0800 644 6543** para discussão de casos clínicos com o **TelessaúdeRS-UFRGS**, e obter auxílio no manejo de HIV/aids e de outros agravos ou condições de saúde dos usuários.

Diagnóstico precoce do HIV

Síndrome Retroviral Aguda (SRA)

Entre 50 e 90% dos indivíduos infectados apresentam sintomas da infecção aguda, que geralmente ocorre entre a segunda e a quarta semanas após a infecção [3,4]. Como em outras infecções virais, a SRA apresenta manifestações clínicas inespecíficas e sistêmicas, como: febre, sudorese, linfadenomegalia (principalmente nas cadeias cervicais anteriores e posteriores, submandibular, occipital e axilar), esplenomegalia, faringite, astenia, mialgia e cefaleia. Alguns indivíduos apresentam também exantema de curta duração em face, pescoço ou tórax superior e sintomas digestivos como náusea, vômitos, diarreia e perda de peso [2].

A SRA é autolimitada e seus sintomas duram cerca de três a quatro semanas. Manifestações clínicas mais intensas e prolongadas da síndrome podem estar associadas com a progressão rápida da doença. Os sinais e sintomas que caracterizam a SRA são muito semelhantes aos de outras infecções virais. Por isso, diante de um quadro de infecção viral aguda, é muito importante considerar esse diagnóstico diferencial e investigar potenciais fontes recentes de exposição ao vírus HIV [2].

Testagem e confirmação do diagnóstico

Deve-se oferecer testagem para HIV para todas as pessoas com exposição sexual de risco ou diagnosticadas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Devido à facilidade de acesso, ausência de necessidade de ambiente laboratorial para sua execução, rapidez e confiabilidade, o emprego de testes rápidos (TR) deve ser a estratégia preferencial [2,5].

A infecção pelo HIV é definida com dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes e usados em sequência. O primeiro teste deve ter sensibilidade equivalente ou superior ao segundo teste, mais específico, a fim de eliminar resultados falso-positivos [2,6].

A pessoa que apresentar resultados reagentes em dois testes será encaminhada para consulta médica ou de enfermagem, na qual deverá ser solicitado o teste para quantificação de carga viral (CV), o HIV-1 RNA, e a contagem de linfócitos T-CD4+ (CD4) [2].

Quadro 1 – Diagnóstico de HIV na APS utilizando testes rápidos.

TESTES REALIZADOS		RESULTADO	OBSERVAÇÃO
TR1	TR2		
Não reagente	-	Amostra não reagente para HIV	Em casos de suspeita persistente de infecção pelo HIV, um novo teste deverá ser realizado em 30 dias, com a coleta de uma nova amostra.
Reagente	Reagente	Amostra reagente para HIV	Solicitar o teste de quantificação de CV do vírus HIV e contagem de linfócitos T-CD4+.
Reagente	Não reagente	Discordância entre testes	Repetir os testes com os mesmos conjuntos diagnósticos utilizados anteriormente e na mesma ordem. Permanecendo a discordância, uma amostra por punção venosa deverá ser coletada e submetida a um dos fluxogramas de laboratório.

*Um TR só pode ter seu resultado interpretado se for considerado um teste válido (ter a presença visual de uma linha ou ponto na região controle do teste). Caso algum teste seja inválido, deve-se repetir o teste com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível, com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

**Tabela não adequada para diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses, devido à transferência de anticorpos maternos. A tabela também não define o diagnóstico de infecção por HIV-2.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2018b) [6].

Em caso de indisponibilidade de testes rápidos, o diagnóstico poderá ser feito por meio de coleta de amostra de sangue para análise laboratorial, inicialmente com imunoenaios (3ª geração ou, preferencialmente, de 4ª geração) e com teste confirmatório complementar sequencial (Western Blot, imunoblot ou teste molecular). No caso de resultados discordantes dos exames laboratoriais, se disponível, solicitar quantificação da CV para HIV para confirmação do diagnóstico. Se CV não disponível, os testes laboratoriais devem ser repetidos em 30 dias, para confirmar ou descartar soroconversão recente [6].

Após confirmação do resultado reagente, a notificação do caso deve ser realizada com o preenchimento da ficha de notificação ([Apêndice A](#)). Tanto os casos de HIV (sem critérios de aids), quanto os já com critérios de aids ao diagnóstico devem ser notificados. Casos que foram classificados inicialmente como sem critérios de aids e que desenvolvem critérios após um período de acompanhamento devem ser notificados novamente. Toda gestante vivendo com HIV (GVHIV) deve ser notificada em ficha de notificação específica ([Apêndice B](#)), mesmo que já tenha sido notificada previamente [7].

Avaliação clínica na primeira consulta

A primeira consulta médica deve ocorrer tão logo o indivíduo seja informado de que apresenta infecção pelo vírus HIV. A avaliação clínica inicial tem como objetivo conhecer a pessoa e suas condições gerais de saúde, bem como informar sobre a doença. Estabelecer boa relação e vínculo com a equipe também é fundamental para o sucesso terapêutico [2,8,9].

É muito importante que o usuário conheça as características da doença, entenda o propósito da terapia antirretroviral (TARV) e participe da decisão de iniciá-la, compreendendo a importância da tomada continuada e correta do medicamento, com o objetivo de atingir a supressão da replicação viral. Discussões sobre prognóstico e a grande mudança na história natural da doença com tratamento regular são importantes nesse primeiro momento. Também se deve abordar sobre as formas de transmissão, o acompanhamento e o significado dos exames laboratoriais (como contagem de CV e CD4), além de possíveis eventos adversos a curto e longo prazo, relacionados à TARV [2,8,9,10].

Quadro 2 – Pontos importantes na avaliação clínica da primeira consulta.

Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV; Tempo provável de soropositividade; Uso anterior de antirretrovirais e eventos adversos prévios; Compreensão sobre a doença: transmissão, história natural, significado da contagem de CD4 e CV; Impacto da TARV na diminuição da morbimortalidade.
Abordagem do risco	Parcerias e práticas sexuais, uso de preservativos; Uso de tabaco, álcool e outras drogas.
História médica atual e passada	História de doença mental; História de tuberculose (profilaxia e/ou tratamento prévio); História de sífilis, hepatites e outras IST; Outras doenças atuais ou pregressas; Imunizações; Medicamentos em uso; Necessidade de profilaxia de infecções oportunistas.
História reprodutiva	Desejo de ter filhos; Estado sorológico das parcerias e filhos; Métodos contraceptivos.
História psicossocial	Reação emocional ao diagnóstico; Rede de apoio e capacidade de autocuidado; Condições de trabalho e domicílio; Identidade de gênero, nome social.
História familiar	Doenças cardiovasculares e hipertensão; Dislipidemias; Diabetes mellitus.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2018a) [2].

A tuberculose é a principal causa infecciosa de mortalidade das pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Por isso, deve-se ter uma atenção especial na avaliação dessa comorbidade. Em todas as visitas ao serviço de saúde, a PVHIV deve ser rastreada, questionando sobre tosse, febre, perda de peso e/ou sudorese noturna [2,11].

Ao exame físico, buscar sinais clínicos de patologias e de infecções associadas ao HIV: dermatite seborreica, alterações neurocognitivas, hepato/esplenomegalia, molusco contagioso, verrugas virais, adenopatias, foliculites, psoríase, ictiose, micose de unhas e pés, sarcoma de Kaposi, candidíase oral, leucoplasia pilosa oral, gengivite. Também incluir no exame físico a aferição da pressão arterial, peso, altura, cálculo do índice de massa corporal e medida da circunferência abdominal [2].

Avaliação complementar na primeira consulta

Os seguintes exames ajudam a avaliar a condição geral de saúde, comorbidades e urgência no início da TARV, e devem ser solicitados na primeira consulta [2,10,12]:

- contagem de CD4 e CV do HIV (em formulários específicos, [Apêndice C](#));
- genotipagem pré-tratamento (apenas para gestantes, casos novos com coinfeção TB/HIV, crianças/adolescentes, pessoas com indicação de início de TARV com Efavirenz e pessoas que tenham se infectado com parceria em uso atual ou prévio de TARV, soroconversão em uso de PrEP); (em formulários específicos, [Apêndice D](#));
- hemograma e plaquetas;
- glicemia em jejum;
- perfil lipídico (colesterol total, HDL, triglicerídeos);
- avaliação hepática (TGO, TGP, bilirrubinas);
- avaliação renal (creatinina, exame qualitativo de urina);
- teste para hepatites virais: Anti-HCV, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc total, Anti-HAV IgG;
- toxoplasmose IgG;
- Anti-HTLV I e II;
- sorologia para Chagas (triagem para indivíduos oriundos de áreas endêmicas);
- teste imunológico para sífilis (teste rápido/FTa-Abs ou VDRL se história prévia de sífilis);
- testagem para clamídia e gonococo (por biologia molecular, quando disponível). Pesquisa de acordo com a prática sexual: urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta;
- radiografia de tórax;
- prova tuberculínica intradérmica (PT ou Reação de Mantoux).

Acompanhamento clínico e laboratorial na APS

Avaliação clínica no acompanhamento

A frequência das consultas médicas deve se adequar às condições clínicas e à fase do tratamento do indivíduo [2].

Sugere-se retorno em 15 dias após início ou alteração da TARV, para avaliar eventos adversos e dificuldades que possam comprometer a adesão, além de fortalecer o vínculo com a equipe de saúde. Após essa consulta, sugere-se retorno mensal até adaptação da TARV – observando-se efeitos adversos tardios e adesão ao tratamento – e semestral em pessoas assintomáticas, com supressão viral e bem adaptadas ao tratamento. Quando houver sintomas ou não houver supressão viral após 6 meses de tratamento, a periodicidade da consulta deve ser individualizada, avaliando possíveis falhas na adesão ao tratamento, possibilidade de resistência viral, manejo dos sintomas e de comorbidades associadas [2].

A abordagem multiprofissional deve ser reforçada nos períodos entre as consultas médicas, para fortalecer a adesão e avaliar potenciais eventos adversos ou situações clínicas que sugiram retorno em consulta médica antes do período combinado [2].

Nos primeiros seis meses de tratamento, espera-se que o indivíduo apresente melhora clínica, imunológica e supressão da carga viral. Entretanto, deve-se atentar para:

- infecções oportunistas (IO);
- eventos adversos relacionados à medicação ([quadro 5](#));
- Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune: presença de sinais ou sintomas inflamatórios entre 4 a 8 semanas após início da TARV. Pode se apresentar como agravamento de doença já diagnosticada, como a tuberculose, bem como aparecimento de uma doença subclínica preexistente (infecções fúngicas, virais e bacterianas, neoplasias e fenômenos autoimunes). A SIR é um evento incomum quando a TARV é iniciada precocemente (mais informações em [SIR](#)) [2].

É fundamental que a equipe tenha disponibilidade para acolher os usuários com HIV, quando eles procuram a unidade de saúde, mesmo em momentos não previstos no cronograma de reavaliações (demanda espontânea). O sucesso do tratamento depende da identificação precoce de quadros agudos (infecciosos ou não), de orientações sobre eventos adversos e de adesão à TARV, além de um adequado acesso e vinculação aos serviços e às equipes multiprofissionais e sua capacidade de articulação e integração com os demais serviços da rede [13] Mais informações podem ser obtidas no manual para equipe multiprofissional: [Cuidado Integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica](#).

Avaliação laboratorial no acompanhamento

A avaliação laboratorial no acompanhamento de pessoas assintomáticas vivendo com HIV é mostrada no [quadro 3](#).

Quadro 3 – Avaliação laboratorial no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/aids.

Exame	Periodicidade	Observação
Carga viral (CV)	Semestral	<u>Início ou modificação de TARV</u> : após 4 semanas. <u>Confirmação de falha virológica</u> : após 4 semanas da primeira CV detectável.
Contagem de CD4	Semestral	Se paciente em uso de TARV, assintomático, com CV indetectável e CD4 >350 céls/mm ³ em dois exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de intervalo: NÃO SOLICITAR ¹ . Pacientes em uso de profilaxia de infecções oportunistas podem ter a frequência de solicitação de contagem de CD4 reduzida para 3 meses , a fim de avaliar critérios de resposta imunológica para suspensão ou manutenção da profilaxia.
Hemograma e plaquetas	Anual	Repetir em 2 a 8 semanas, se início ou troca para TARV contendo AZT. Se uso de AZT ou outras drogas mielotóxicas, solicitar a cada 3 a 6 meses.
Creatinina e exame qualitativo de urina (EQU)	Semestral	<u>Exceção</u> : anual, se paciente sem uso de tenofovir (TDF), atazanavir (ATV) ou outras drogas nefrotóxicas, sem risco aumentado para doença renal (DM, HAS) e TFG > 60 mL/min. <u>Início ou modificação de TARV</u> : após 8 semanas ² .
Perfil lipídico (CT, HDL, triglicérides)	Anual	Se alterações prévias, a cada 6 meses.
Glicemia de jejum	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose, caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125 mg/dL.
TGO, TGP, FA, BT	Semestral	A cada 3 a 6 meses, se uso de drogas hepatotóxicas, doença hepática ou coinfeção por hepatites virais.
Teste rápido para sífilis ou outro teste treponêmico	Semestral	Considerar maior frequência em pessoas de alto risco ou exposição. Em pessoas com história prévia de diagnóstico de sífilis, solicitar VDRL.
Anti-HCV, HBsAg (ou testes rápidos)	Anual	Considerar maior frequência em pessoas de alto risco ou exposição. Pacientes imunizados (anti-HBs positivos) não necessitam nova triagem para HBV.
PT	Anual, se exame inicial for < 5mm	Pacientes com infecção latente da tuberculose (ILTb) documentada ou histórico de TB ativa não necessitam repetir a PT. Para mais informações sobre tratamento, ver capítulo de ILTB .

¹A realização de CD4 no acompanhamento de pacientes estáveis em uso de TARV, com CV indetectável e contagem de CD4 > 350 céls/mm³, não traz benefício ao monitoramento do caso. Flutuações laboratoriais e fisiológicas não têm relevância clínica e podem levar a erro de conduta. Portanto, quando o exame CD4 estiver acima de 350 céls/mm³, após duas coletas consecutivas com intervalo de 6 meses, o exame deve ser solicitado somente se a CV se tornar detectável.

²Recomenda-se estabelecer um novo ponto de corte para creatinina basal do paciente, após 30 a 60 dias de início da TARV, em razão do uso conjunto de dolutegravir e tenofovir. Mais detalhes na seção de efeitos adversos da TARV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Brasil (2018a) [2].

Os exames de CD4 e CV podem ser solicitados por médicos e enfermeiros de unidades de saúde, por meio de formulários específicos, conforme fluxo estabelecido e pactuado entre o serviço especializado de referência e unidade de saúde. Os formulários estão disponíveis no [Apêndice C](#). O Ministério da Saúde também disponibiliza o [Sistema Laudo](#) para médicos e enfermeiros da APS, mediante cadastro e assinatura do termo de responsabilidade. O sistema permite acesso online ao histórico de exames de CV, CD4 e genotipagem de HIV realizados na rede pública de saúde, e ao histórico de dispensação dos medicamentos antirretrovirais [2].

Risco cardiovascular

Na abordagem integral de PVHIV, recomenda-se que a avaliação do risco cardiovascular seja feita por meio do Escore de Risco de Framingham [2].

PVHIV apresentam risco cardiovascular aumentado, quando comparado com a população geral [9,14].

Tanto na abordagem inicial, quanto a cada mudança de TARV, é recomendada a revisão dos seguintes parâmetros para avaliação do risco cardiovascular: escore de risco de Framingham, perfil lipídico, presença de diabetes¹ ou resistência insulínica, tabagismo, hábitos alimentares, atividade física, medida de pressão arterial, circunferência abdominal e índice de massa corporal [2].

O intervalo de reavaliação do risco cardiovascular varia de acordo com o risco inicial e o esquema de TARV em uso, conforme sugestão a seguir [2]:

- Risco baixo (< 10%): reavaliar a cada dois anos.
- Risco moderado (entre 10 e 20%): reavaliar a cada 6 a 12 meses.
- Risco elevado (> 20%): reavaliar a cada 3 meses (após aconselhamento/intervenção).

A prevenção das doenças cardiovasculares é semelhante entre as pessoas que apresentam ou não infecção pelo HIV. Deve-se estimular estilo de vida saudável – alimentação equilibrada, prática de atividade física e cessação de tabagismo – e, quando indicado, medicamentos como estatinas e fibratos [2].

O uso de **estatinas** está recomendado em pessoas com alto risco cardiovascular (escore de Framingham > 20%). Em pessoas com risco moderado, a decisão deve ser individualizada e compartilhada, informando sobre riscos e benefícios relacionados ao tratamento, sempre atentando para as interações medicamentosas com a TARV. A presença de história familiar de doença cardiovascular precoce pode auxiliar na tomada de decisão [2].

¹ A hemoglobina glicosilada (HbA1c) pode estar subestimada em até 1% na PVHIV. Por esse motivo, uma meta terapêutica mais baixa desse parâmetro é desejável, desde que o paciente não experimente hipoglicemia associada.

O uso de fibratos está indicado quando triglicéridos > 500 mg/dL e opções para o tratamento incluem fenofibrato 200 mg 1x/dia ou gemfibrozil 600 mg 2x/dia, antes do café da manhã e do jantar. A vantagem dessa classe de medicação é que ela não costuma causar interação medicamentosa com os antirretrovirais [2,15].

Quando necessário utilizar estatinas, deve-se iniciar em baixas doses, visando minimizar os eventos adversos. Pessoas em uso de TARV devem utilizar sinvastatina e lovastatina com cautela, devido interação medicamentosa e risco de toxicidade, sendo contraindicadas em pacientes que fazem uso de inibidores de protease (ex. atazanavir, darunavir). Nesses casos, opta-se por pravastatina (20 a 40 mg/dia) ou atorvastatina (10 a 80 mg/dia) [2].

Avaliação de massa óssea

A infecção pelo HIV e o uso de TARV estão associados a maior perda de massa óssea, sendo consideradas causas secundárias de osteoporose. Fatores de risco tradicionais para osteoporose também são mais frequentes entre PVHIV, tais como baixo IMC, sedentarismo, tabagismo, etilismo, uso de corticoides e hipogonadismo [2].

Rastreamento das alterações ósseas em PVHIV

A avaliação do risco de fraturas em 10 anos deve ser determinada pela calculadora [FRAX Brasil](#), sem necessidade de exames complementares nesse momento. O FRAX deve ser refeito a cada 2 a 3 anos ou em caso de surgimento de um novo risco clínico. Ao usar a calculadora FRAX, deve-se clicar na caixa de causa secundária de osteoporose, já que o HIV e seu tratamento são considerados risco para baixa massa óssea [2,9].

Recomenda-se o cálculo do risco de fraturas nos seguintes pacientes com HIV [2]:

- uso de corticoide por mais de 3 meses (equivalente a >5 mg de prednisona/dia);
- alto risco de quedas;
- homens e mulheres (pré-menopausa) com mais de 40 anos.

Já a realização de densitometria óssea deve ser considerada nas seguintes circunstâncias, quando disponível [2,16,17]:

- história prévia de fraturas de fragilidade;
- risco intermediário de fraturas em 10 anos (> 10% de risco de fraturas osteoporóticas), determinado pela FRAX;
- diagnóstico prévio de osteoporose (a cada 2 anos) ou osteopenia (a cada 3-5 anos);
- mulheres na pós-menopausa;
- homens com mais de 50 anos.

Rastreamentos de neoplasias

Câncer de colo

O exame citopatológico deve ser realizado em mulheres vivendo com HIV (MVHIV), após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normal, manter seguimento anual. MVHIV com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 céls/mm³ devem ter o rastreamento citológico a cada 6 meses, até recuperação imunológica [2,18].

Câncer de mama

A recomendação é de mamografia bienal dos 50 aos 69 anos, pois não há indicação diferenciada para MVHIV [2,19].

Câncer de canal anal

PVHIV têm 20 vezes mais chance de ter câncer de canal anal do que pessoas sem o HIV. É recomendado o rastreio de sinais e sintomas clínicos anualmente em PVHIV e com histórico de relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal. Em indivíduos sintomáticos, proceder com toque retal. Se suspeita de neoplasia anal, encaminhar à atenção especializada em proctologia [2,17].

Terapia antirretroviral (TARV) na APS

A TARV está indicada para todas as PVHIV, incluindo indivíduos assintomáticos, independente do seu estado imunológico [2,9,10,12,20].

A primeira linha de tratamento é*:

tenofovir 300 mg (TDF) + lamivudina 300 mg (3TC) + dolutegravir 50 mg (DTG).

A medicação é composta por 1 comprimido (“2 em 1” TDF+3TC) e 1 comprimido de DTG a serem tomados juntos em dose única diária [2].

*A TARV inicial atualmente inclui a combinação de dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (lamivudina e tenofovir) associados a um inibidor da integrase (dolutegravir) [2].

Os exames laboratoriais devem ser solicitados na primeira consulta, mas não é necessário aguardar seus resultados para o início da TARV [2,21]. A CV deve ser coletada antes do início da TARV, porém o paciente deve ser aconselhado a iniciar a medicação assim que realizar a coleta. A coleta de outros exames, como CD4, hemograma, exames de função hepática e renal, sorologias ou PT, caso indisponíveis, não impedem o início da TARV. No entanto, é aconselhável a avaliação prévia com creatinina em pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal [21]. Se a PVHIV estiver motivada e preparada para iniciar o tratamento, é possível que ela saia da primeira consulta já com a receita médica de TARV [2,21].

A recomendação de início precoce de TARV traz benefícios na redução de morbimortalidade para PVHIV, além de diminuição na transmissão da infecção [2].

PVHIV que apresentam sintomas (como cefaleia persistente, febre, sudorese noturna, perda ponderal, tosse com duração superior a duas semanas, dispneia, disfagia, alterações visuais agudas/subagudas, parestesias, déficits de força/motores, dentre outros) devem investigar a possibilidade de infecções oportunistas antes do início de TARV. Indica-se avaliação complementar (com exames definidos a depender da suspeita clínica), que deve ser realizada com celeridade, a fim de identificar e de tratar uma eventual IO precocemente. Uma vez descartada a IO, a TARV deve ser iniciada imediatamente [21].

A **prescrição de antirretrovirais** é realizada em formulários específicos, disponíveis no [Apêndice E](#). No formulário de prescrição, atentar para informações importantes:

- Sempre que disponível, deve ser informado o valor do último exame de CV, a data de realização e se foi realizado na rede pública ou privada de saúde. Para casos de início de tratamento, a coleta do exame de CV é imprescindível antes do início de TARV, mas não é necessário aguardar seu resultado para prescrever a medicação [21,22].
- É muito importante o preenchimento completo do formulário de dispensação de TARV, especialmente quando for realizada mudança de esquema ARV. Nesse caso, é necessário justificar o motivo da troca no formulário de prescrição (em item específico) [22].

Na consulta, é importante explicar os **efeitos adversos mais comuns** (náusea, diarreia, cefaleia, cansaço, sintomas alérgicos leves) que, em geral, são temporários e cessam após o primeiro mês de uso. Também se deve orientar sobre a importância do uso regular da medicação e verificar interações com outros medicamentos que a pessoa já faz uso ([quadro 4](#)). Após o início da TARV, assegurar ao paciente o retorno breve à unidade para avaliação de adaptação ao tratamento, em cerca de **15 dias**, ou antes, se necessário [2].

Para retirada da medicação, cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM) que lhe for mais conveniente. O link de contato das farmácias de dispensação de antirretrovirais no Rio Grande do Sul pode ser acessado [aqui](#) [23].

Situações de exceção ao esquema preferencial

Situações de exceção ao esquema preferencial são:

- coinfeção HIV e TB [24];
- insuficiência renal crônica pré-existente [2];
- uso de anticonvulsivantes [25].

Essas situações sempre deverão ser avaliadas na atenção especializada, pela necessidade de esquemas alternativos de TARV [2].

Veja as especificações dessas situações:

- **Coinfecção HIV e TB:** Todos os casos de coinfecção TB/HIV virgens de tratamento devem ter genotipagem pré-tratamento solicitada. Se o resultado estiver disponível em até 2 semanas e não apontar resistência primária, deve-se iniciar o esquema ARV preferencial com TDF/3TC + efavirenz (1 comprimido à noite). Contudo, a realização da genotipagem não deve atrasar o início do tratamento para tuberculose, nem do tratamento do HIV. Caso a genotipagem não esteja disponível ou não tenha resultado em até 2 semanas, o esquema ARV a ser iniciado como primeira alternativa deve ser TDF/3TC (1 comprimido 1x/dia) associado a DTG 50 mg 1 comprimido de 12/12h. A dose do DTG deve ser aumentada devido a interação farmacológica do dolutegravir com rifampicina, que reduz o nível sérico do ARV e pode comprometer a eficácia da TARV quando utilizado na dose habitual. Casos com uso prévio de esquemas ARV devem ser avaliados individualmente, respeitando o histórico de TARV previamente utilizada e risco de resistência [24]. Mais informações no capítulo sobre tratamento da [Coinfecção HIV e TB](#).
- **Insuficiência renal crônica preexistente:** Pessoas com TFG < 60 mL/min/1,73m² têm contraindicação ao uso de TDF. As possibilidades de tratamento são abacavir (ABC) ou zidovudina (AZT). Para utilizar o abacavir, deve ser solicitado o exame de Tipificação do alelo HLA-B*5701 e o paciente deve ser encaminhado com prioridade. O abacavir está contraindicado para pessoas com HLA-B*5701 positivo [2].
- **Uso de anticonvulsivantes:** Nas situações em que há indicação de uso do DTG, poderá ser utilizado o esquema com DTG 50 mg 2x/dia (de 12/12 horas) por pacientes em uso de carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, na impossibilidade de substituição destes medicamentos. Pacientes com indicação de DTG em uso de oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações, a fim de viabilizar o uso do dolutegravir. Caso não seja possível, o dolutegravir não deve ser coadministrado com esses medicamentos. Tais recomendações se aplicam para pessoas com indicação de uso do dolutegravir, sem resistência comprovada a integrase e/ou falha ao uso de raltegravir [25].

Situações que indicam início de TARV com brevidade

Algumas situações devem ter priorização de acesso ao atendimento pelos serviços da rede de assistência à PVHIV, pois o início da TARV precocemente tem impacto importante na redução da mortalidade, na transmissão vertical e no tratamento de comorbidades graves [2]. São elas:

- PVHIV sintomática;
- CD4 < 350 céls/mm³;
- gestante;
- tuberculose ativa;
- coinfeção HBV;
- coinfeção HCV;
- risco cardiovascular elevado (> 20%).

Em locais com dificuldade de acesso ao especialista, em caso de PVHIV com coinfeção, PVHIV com doença avançada, gestante com início de pré-natal tardio ou na impossibilidade de obter exames como contagem de CD4, é recomendado a discussão do caso com o TelessaúdeRS-UFRGS, visando não adiar o início do tratamento e possível início de TARV na APS.

Troca (*switch*) para dolutegravir

A decisão de troca do esquema ARV para esquemas novos contendo DTG deve ser individualizada. Não é necessária a substituição para esquema terapêutico com DTG em PVHIV que já estão em uso de outros esquemas, mais comumente a TARV combinada (3 em 1: tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + efavirenz 600 mg); que tenham boa adesão à TARV atual; que estejam bem adaptadas, sem sinais de toxicidade medicamentosa e em supressão viral estável, uma vez que os riscos de troca para DTG podem superar os benefícios [26].

Casos que apresentem efeitos adversos ao esquema ARV em uso podem se beneficiar da troca de ARV para esquemas contendo DTG. A avaliação dos riscos e benefícios da substituição (*switch*) da TARV deve ser realizada em conjunto com a PVHIV, respeitando-se a autonomia do indivíduo [26]. Para tanto, é necessário que TODAS as seguintes condições sejam cumpridas:

- não apresentar condições que contraindiquem o uso de DTG (intolerância à medicação ou uso de anticonvulsivantes como oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida);
- PVHIV em TARV com supressão viral (CV < 50 cópias/mL) nos últimos 6 meses;
- PVHIV em TARV sem histórico de falha virológica prévia (é necessário avaliar todo histórico de ARV prévios e motivos da troca para poder realizá-la com segurança);
- não estar em abandono de tratamento [27].

Situações para utilização da terapia dupla

O dolutegravir (DTG) e o darunavir com reforço de ritonavir (DRV + RTV) são antirretrovirais de alta barreira genética. Quando associados à lamivudina (3TC), demonstram segurança e eficácia na manutenção da supressão virológica. Pacientes que mantêm controle virológico, que apresentam múltiplas comorbidades ou que podem evoluir com alteração da função renal, osteopenia/osteoporose, além daqueles que apresentam intolerância ou evento adverso relacionado a outros ARV, podem se beneficiar da simplificação para a terapia dupla. Esses pacientes também devem ser acompanhados na atenção especializada. Recomenda-se que para a realização da simplificação, sejam seguidos **todos** os critérios abaixo [27]:

- adesão regular à TARV;
- CV indetectável nos dois últimos exames, sendo a última CV realizada há menos de 6 meses;
- exclusão de coinfeção com hepatite B ou tuberculose;
- pacientes com estabilidade clínica (sem infecções oportunistas);
- função renal que não implique na redução de dose de lamivudina (TFG acima de 49 mL/min);
- idade maior ou igual a 18 anos;
- não estar gestante;
- nos casos de falha prévia:
 - que não tenha sido a esquemas contendo INI (raltegravir ou dolutegravir);
 - ausência de mutações para o darunavir em genotipagem atual ou prévia;
 - garantir que mantenha ITRN plenamente ativo (ausência de mutações para lamivudina ou falha prévia à lamivudina).

Esquemas recomendados para terapia dupla [27]:

- 1ª opção: 3TC (300 mg) + DTG (50 mg);
- 2ª opção: 3TC (300 mg) + DRV (800 mg) + RTV (100 mg).

A primeira opção de terapia dupla com lamivudina e dolutegravir (3TC + DTG) não está recomendada para os pacientes em uso de medicações que requeiram dose dobrada de DTG, como carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, ou com medicações contraindicadas ao uso concomitante com DTG, como oxcarbazepina, dofetilida, pilsicainida. Nessas situações, deve-se optar por darunavir com *booster* de ritonavir (DRV + RTV).

Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR)

A SIR consiste em um conjunto de distúrbios inflamatórios associados ao início da TARV e se manifesta como uma piora paradoxal de doenças preexistentes ou aparecimento de novos sintomas anteriormente subclínicos. A SIR é mais comum em pacientes que iniciam TARV com doença avançada e

imunodeficiência grave ($CD4 < 100$ céls/ mm^3), na presença de coinfeções, principalmente TB-HIV e meningite criptocócica, e com comorbidades como anemia e desnutrição [2].

O diagnóstico de SIR é clínico e deve ser suspeitado quando sinais e sintomas inflamatórios ocorrerem entre 4 a 8 semanas após o início da TARV, reintrodução de um esquema interrompido ou modificação para um esquema mais eficaz após falha virológica. Também se observa, no mesmo período, o aumento na contagem de CD4 e redução na CV do HIV, o que demonstra a efetividade da TARV. É essencial a exclusão de outros fatores, como resistência aos medicamentos para tratamento da TB, baixa adesão ao tratamento e outras infecções oportunistas [2].

Em geral, os sintomas desaparecem espontaneamente após dias ou poucas semanas, mas pode ser necessário uso de anti-inflamatórios não esteroides para redução dos sintomas inflamatórios. O uso de corticosteroides é reservado para casos graves. Não existe indicação de interromper a TARV ou o tratamento da TB para obter melhora da SIR [2,28].

Os benefícios do início precoce da TARV superam enormemente o risco de SIR, um fenômeno que pode ser manejado e com baixo risco de morte. O receio da ocorrência de SIR não deve retardar o início do tratamento para o HIV [2].

Monitoramento da CV durante terapia antirretroviral

O monitoramento da CV deve ser realizado após **quatro semanas do início ou mudança** de esquema ARV [21,29,30,31]. Este monitoramento precoce visa avaliar se houve uma queda significativa da CV [30]. Após a medição inicial em quatro semanas, recomenda-se repetir a CV a cada 4 a 8 semanas, até que seja atingida a supressão virológica [30]. Após atingir a supressão virológica, o exame pode ser repetido a cada 6 meses [2].

Múltiplos fatores, incluindo adesão à TARV, CV basal, potência do esquema ARV, interações medicamentosas, podem interferir na dinâmica da queda da CV. Contudo, espera-se que pacientes com adesão adequada e que não tenham mutações de resistência aos ARV em uso tenham uma queda de ao menos $2 \log_{10}$ cópias/mL na CV em 2 a 4 semanas [32] e atinjam supressão virológica em 8 a 24 semanas do início da TARV [30,32]. É sempre importante revisar a adesão e interações medicamentosas em pacientes que não estão apresentando a resposta esperada [2].

Falha ao tratamento com terapia antirretroviral

A falha virológica é o principal parâmetro para a caracterização de falha ao tratamento [2].

Critérios para falha virológica

As seguintes situações caracterizam a falha virológica:

- CV plasmática detectável após **seis meses** do início ou modificação do tratamento antirretroviral; ou
- Detecção da CV nos indivíduos que a mantinham indetectável (< 50 cópias/mL), na vigência de tratamento [2].

Nessas situações, a CV sempre deve ser confirmada em nova coleta, com intervalo mínimo de **quatro semanas** em relação à coleta anterior. Se a nova CV for indetectável na coleta após 4 semanas, repetir CV em 6 meses. Se baixa viremia (CV < 200 cópias/mL) for detectada na coleta após 4 semanas, realizar uma nova CV em 12 semanas, com o objetivo de avaliar a permanência de baixa viremia e a necessidade de troca futura da TARV [2].

Alguns fatores podem determinar elevação da CV, sem representar falha virológica, devendo ser considerados no seu diagnóstico diferencial:

- *Baixa adesão ao tratamento*: É a principal causa de falha virológica. É fundamental pedir que o paciente descreva detalhadamente como está tomando as medicações, avaliar adesão, interações farmacológicas, efeitos adversos, dificuldades no acesso e crenças sobre a TARV [2].
- *“Blips”*: viremia transitória e isolada entre medidas de CV indetectável, abaixo de 200 cópias/mL. Não é uma viremia sustentada, a CV deve estar indetectável na coleta de confirmação após 4 semanas [2].
- *Transativação heteróloga*: processos infecciosos ou vacinação que podem promover viremia transitória (com resolução em aproximadamente 4 semanas) [33].

Se comprovada **falha virológica** (CV detectável coletada após 4 semanas da primeira CV detectável) depois de avaliada adesão, a pessoa deverá ser encaminhada para atendimento no SAE com celeridade, com indicação de realização de genotipagem e readequação da TARV com mais chances de supressão viral. A falha virológica está associada a esquemas terapêuticos inadequados, fatores farmacológicos (administração incorreta dos medicamentos) e resistência viral. O reconhecimento precoce de falha virológica e da necessidade de genotipagem é essencial para evitar o acúmulo de mutações e resistência cruzada nas classes dos medicamentos em uso [2].

Abandono de TARV ou má adesão ao tratamento

Abandono de tratamento no HIV é definido quando o paciente fica um período maior que 100 dias sem retirada dos antirretrovirais [34].

Considera-se como **adesão insuficiente** ao tratamento a tomada de medicamentos com uma frequência de menos de 80% das doses, que é a quantidade necessária para alcançar a supressão viral e sua manutenção [34]. Ressalta-se que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica [2].

Tanto em casos de abandono, como de má adesão, é importante revisar todo o histórico de ARV utilizados, com quais esquemas havia supressão virológica e se há genotipagens prévias, além das barreiras de adesão e/ou motivos relacionados ao abandono de tratamento, para definir qual esquema ARV deve ser reiniciado. Frequentemente, a conduta será restabelecer o mesmo esquema anterior do paciente (em caso de abandono), ou manter esquema atual (em caso de má adesão), mesmo que esse não seja o esquema de primeira linha e desde que o abandono ou má adesão não esteja relacionado a efeitos adversos das medicações. Pacientes cujo esquema ARV prévio for composto por ARV com baixa barreira genética (por exemplo, efavirenz ou nevirapina) têm um risco maior de falha, portanto, sugere-se discussão com especialista para definição do melhor esquema ARV, em especial em pacientes com imunossupressão grave. Em casos de abandono de longa data, deve-se observar se o esquema prévio ainda está disponível para utilização no Brasil, caso contrário, o caso deve ser encaminhado ao SAE, para definição do melhor esquema [35]. Deve-se solicitar uma CV do HIV basal (preferencialmente logo antes do reinício de ARV) e avaliar a necessidade de coleta também de CD4, a depender dos exames prévios, presença de sintomas e tempo desde o abandono. Contudo, a coleta de exames não deve atrasar o reinício de ARV. Após o reinício da medicação, uma nova CV deverá ser solicitada, com 8 semanas de tratamento regular com boa adesão [2].

A troca de TARV só será indicada em casos de falha virológica comprovada por dois exames de CV, efeitos adversos graves ou intoleráveis, comorbidades, uso de medicações ou situação que contraindique o esquema em uso. Quando houver indicação de troca de esquema por qualquer um dos motivos acima, ou pessoa em uso de TARV que não seja esquema de primeira linha, o paciente deverá ser encaminhado ao SAE [2,36].

É fundamental orientar sobre a importância da adesão ao tratamento, avaliar o perfil de vulnerabilidade e as razões que motivaram o abandono. A falha de adesão geralmente depende de múltiplos fatores, entre eles: efeitos adversos das medicações, dificuldade de aceitação da doença, dificuldade de compreensão da doença e de sua evolução sem tratamento, polifarmácia, uso de drogas e álcool, transtornos psiquiátricos associados, entre outros. Para auxiliar na adesão, é de extrema importância a compreensão por parte da equipe das razões envolvidas na má adesão ao tratamento [2,37].

Principais interações medicamentosas com a TARV

Todo e qualquer medicamento, bem como os fitoterápicos, devem ser avaliados. Algumas interações medicamentosas mais comuns são exemplificadas no [quadro 4](#), a seguir [2]. Informações recentes e atualizadas sobre interação entre todos os tipos de ARV e outros medicamentos podem ser obtidas na página <<http://www.hiv-druginteractions.org>>.

Quadro 4 – Principais interações medicamentosas com TARV.

Antifúngicos	
Fluconazol	Não necessita de ajuste de doses. Sem impacto significativo, tanto com uso com EFV, quanto com uso com DTG.
Itraconazol	Pode apresentar diminuição de sua eficácia, quando administrado em associação com Ajustar dose conforme resposta clínica. Sem interação com DTG. A coadministração com inibidores de protease deve ser realizada com cautela, pois pode aumentar o nível sérico de ambas medicações. A dose diária de itraconazol não deve ultrapassar 200 mg.
Cetoconazol	Não deve ser administrado em associação com EFV, por redução significativa de sua eficácia, considerar outro antifúngico. Sem interação com DTG.
Antimicrobiano	
Claritromicina	Risco de falha da claritromicina quando administrada em conjunto com EFV. Monitorar eficácia ou considerar agente alternativo conforme quadro infeccioso. Sem interação com DTG.
Aminoglicosídeos	Se possível, não coadministrar devido risco de nefrotoxicidade. Considerar outro antimicrobiano.
Rifampicina	Sem interação com EFV. O DTG deve ter sua dose aumentada para 50 mg, de 12/12h, sempre que for utilizada rifampicina em concomitância, pois ela reduz o nível sérico do ARV, levando ao risco de falha do tratamento do HIV. Contraindicada a administração com inibidores de protease (ex: atazanavir, darunavir).
Contraceptivos	
Etinilestradiol, levonorgestrel	O uso combinado com EFV pode reduzir a efetividade dos contraceptivos. Sugere-se dupla contracepção com preservativo ou método alternativo. O uso com DTG não altera a eficácia contraceptiva, e a escolha pelo método contraceptivo deve ser feita de forma compartilhada entre a equipe de saúde e a própria mulher.
Hipolipemiantes	
Atorvastatina, pravastatina	Quando usado em combinação com EFV, pode haver redução do nível de pravastatina e atorvastatina, sendo necessário monitorar níveis de colesterol para ajuste de dose. Sem interação com DTG.
Sinvastatina, lovastatina	Sinvastatina e lovastatina devem ter uso com cautela com efavirenz, pois podem ter seu nível sérico reduzido. É necessário monitorar níveis de colesterol para definir ajuste de dose. Não apresentam interações com dolutegravir. São contraindicadas em pessoas que usam TARV com inibidores de protease (ex. atazanavir, darunavir), devido interação e risco de toxicidade.
Anticonvulsivantes	
Carbamazepina, fenobarbital, fenitoína	Pacientes em uso de carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, e que não possam substituí-los ou interrompê-los, o DTG poderá ser associado na posologia de 50 mg 2x/dia.
Oxcarbazepina, dofetilida, pilsicainida	Pacientes com indicação de DTG em uso de oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações, a fim de viabilizar o uso do dolutegravir. Caso não seja possível, o dolutegravir não deve ser coadministrado com esses medicamentos.
Benzodiazepínicos	
Diazepam, clonazepam	Podem ser usados com cautela com EFV. Sem interações com DTG.
Alprazolam	Poucos dados. Monitorar eficácia e considerar outros benzodiazepínicos, quando associada ao EFV. Sem interações com DTG.
Lorazepam	Não precisa de ajuste.
Midazolam, triazolam	Não utilizar em conjunto com EFV. Sem interação com DTG.
Anticoagulante	

Varfarina	Resposta incerta da varfarina (pode aumentar ou diminuir sua ação), quando associada ao EFV. Monitorar INR e ajustar dose quando necessário. Sem interação com DTG.
Rivaroxabana	Sem interações com DTG. O efeito da rivaroxabana pode ser reduzido com EFZ.
Antidepressivos	
Inibidor seletivo recaptção da serotonina	Primeira escolha do tratamento para depressão. Sem eventos adversos significativos ou interações importantes com EFV ou DTG.
Bupropiona	O efeito da bupropiona pode ser diminuído com uso de EFV. Sem interação com DTG.
Tricíclicos	Considerados como segunda escolha de tratamento para depressão em PVHIV. Pode apresentar eventos adversos, como alterações cognitivas. Usar a menor dose possível e monitorar eventos adversos. Amitriptilina e nortriptilina sem interações significativas com DTG e EFV. Imipramina tem potencial interação com EFV, provocando diminuição do nível sérico do antidepressivo e pode exigir ajuste de dose.
Inibidores da MAO	Devem ser evitados em decorrência do risco de interação medicamentosa grave em associação com EFV. Sem interação com DTG.
Medicamentos utilizados em cardiologia	
Anlodipina, nifedipina	Possível diminuição da eficácia, quando utilizada em conjunto com EFV. Ajustar dose conforme resposta clínica. Sem interação com DTG.
Verapamil, diltiazem	Usar com cautela, associação com EFV pode diminuir o nível sérico das drogas. Ajustar dose conforme resposta clínica e toxicidade. Sem interação com DTG.
Amiodarona	Potencial de interação, risco de maior toxicidade quando associada ao EFV, podendo aumentar ou reduzir seu nível sérico. Sem interação com DTG.
Anti-inflamatórios não esteroidais	Associado ao aumento de toxicidade renal com o uso de tenofovir. Evitar uso.
Fitoterápicos	
Erva-de-São João	Reduz ação dos antirretrovirais. Não associar.
Inibidores da Fosfodiesterase-5	
Sildenafil	Possível interação com EFV com redução da dose do sildenafil, monitorar eficácia. Sem interação com DTG. A coadministração com inibidores de protease (ex. atazanavir, darunavir) deve ser realizada com cautela, pois aumenta o nível sérico do sildenafil. Nesse caso, a dose de sildenafil não deve ultrapassar 25 mg a cada 48h, monitorar efeitos adversos.
Antiácidos	
Antiácidos contendo cátions polivalentes (Al/Mg)	Devem ser ingeridos 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do dolutegravir, por risco de diminuição da absorção do ARV. Sem interação com EFV.
Inibidores da Bomba de Prótons	
Omeprazol, pantoprazol, esomeprazol	Sem interações impeditivas com esquemas de primeira e segunda linhas (TDF+3TC, DTG ou EFV). Não administrar em conjunto com atazanavir, pelo risco de redução da eficácia do ARV.
Suplementos	
Suplementos alimentares que contenham cálcio ou ferro	Devem ser ingeridos 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do dolutegravir, por risco de redução da absorção do ARV. Caso o DTG seja ingerido com alimentos, os suplementos podem ser ingeridos ao mesmo tempo. Sem interações com EFV.
Hipoglicemiantes orais	
Metformina	Possível interação com DTG. Há necessidade de ajustar a dose da metformina e realizar acompanhamento do controle glicêmico. O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Sugere-se limitar o uso da metformina a uma dose máxima de 1.000 mg/dia e manter acompanhamento clínico/laboratorial da DM. Sem interação com EFV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2018a) e University of Liverpool (2023) [2,38].

Eventos adversos da terapia antirretroviral

Os potenciais efeitos adversos dos ARV atualmente utilizados são muito inferiores aos seus benefícios no tratamento do HIV. Hoje, a TARV é muito mais bem tolerada, e a descontinuidade do tratamento em razão de efeitos adversos, menos frequente [2].

Os eventos adversos são mais comuns nos primeiros três meses de tratamento, e as manifestações leves não indicam interromper a TARV. Em caso de efeito adverso grave ou potencialmente fatal, ou, ainda, reação de hipersensibilidade (início abrupto de sintomas semelhantes à gripe, dor abdominal, icterícia e febre, com ou sem farmacodermia), a TARV deve ser descontinuada, até que os sintomas se resolvam e um esquema de substituição possa ser iniciado com segurança pelo SAE [2].

A **hepatotoxicidade** é um dos eventos adversos mais comumente associados aos antirretrovirais. A apresentação clínica pode variar de elevação assintomática de transaminases, até falência hepática grave. Sintomas como anorexia, perda de peso, fadiga, icterícia, dor abdominal ou náusea e vômitos devem ser sempre avaliados com investigação da causa e, quando indicado, suspensão da TARV. Nesses casos, sugere-se também fazer diagnóstico diferencial com hepatite viral aguda ou reativação de portador de doença crônica, abuso de álcool e drogas, entre outros. Na vigência de sintomas compatíveis com hepatotoxicidade, solicitar avaliação laboratorial com TGO, TGP, bilirrubinas e sorologias para hepatites [2].

Elevação discreta das transaminases geralmente é transitória e não necessita interrupção do tratamento. Porém, se houver toxicidade grave (transaminases > 5 vezes o limite superior da normalidade e bilirrubina direta elevada OU transaminases > 10 vezes o limite superior da normalidade), ou a pessoa apresentar sintomas graves, sugere-se suspender o tratamento e, conforme o quadro clínico, avaliar em serviço de emergência. Encaminhar o paciente ao SAE para dar seguimento no tratamento para HIV [2].

Os eventos adversos comuns nas primeiras semanas de TARV e as condutas sugeridas estão apresentados no [quadro 5](#) a seguir:

Quadro 5 – Eventos adversos comuns dos principais ARV utilizados na APS e seu manejo.

Medicação	Eventos adversos	Manejo
Lamivudina (3TC)	Mais comumente associada a cansaço, cefaleia, mialgia. São eventos raros: pancreatite, neutropenia ou neuropatia periférica.	Queixas de cansaço, cefaleia e mialgia leve não indicam a suspensão da TARV e devem ser manejadas sintomaticamente. Em casos de suspeita de pancreatite, deve-se suspender os medicamentos e encaminhar à emergência. Após essa avaliação, a pessoa deve procurar o SAE para reiniciar TARV. Pessoas com neuropatia periférica e neutropenia (< 1.000 céls/mm ³) também devem ser avaliadas no SAE de referência.
Tenofovir (TDF)	Associado à insônia, cefaleia, vertigem, <i>rash</i> cutâneo ou prurido, dor abdominal, náusea, diarreia e vômito. Risco de toxicidade renal (redução da TFG) e de disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi).	Sintomas leves e autolimitados, como cansaço, cefaleia e mialgia, não indicam a suspensão da TARV e devem ser manejados sintomaticamente. Pacientes com insônia devem utilizar o ARV pela manhã. Realizar avaliação de função renal 30-60 dias após início de TDF e encaminhar ao SAE para troca de esquema em caso de TFG < 60

	<p>Diminuição da densidade mineral óssea.</p> <p>Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose são incomuns.</p>	<p>mL/min/1,73 m² ou queda > 25% da TGF em relação aos valores basais.</p> <p>Controlar fatores de risco para osteoporose.</p> <p>Avaliar substituição por ABC ou AZT.</p> <p>OBS: Usar com precaução quando hipertensão não controlada, diabetes não tratada, idoso ou baixo peso corporal.</p>
Dolutegravir (DTG)	<p>Associado a hiperglicemia e hepatotoxicidade.</p> <p>Menos frequentemente associado a insônia, cefaleia, náuseas, vômitos e <i>rash</i> (raros relatos de hipersensibilidade).</p> <p>O DTG diminui a secreção tubular de creatinina sem afetar a função glomerular, com possível aumento na creatinina sérica observado nas primeiras 4 semanas de tratamento.</p>	<p>Podem ser necessários ajustes na dose de metformina em diabéticos.</p> <p>Pacientes com insônia em uso de DTG devem utilizar o ARV pela manhã.</p> <p>Não há necessidade de ajuste de dose em casos de elevação da creatinina sérica. Determinar nova creatinina basal após 1 a 2 meses.</p>
Efavirenz (EFV)	<p>Sintomas associados ao sistema nervoso central, tais como tonturas, “sensação de embriaguez”, sonolência ou insônia, dificuldade de concentração e sonhos vívidos.</p> <p>Sintomas de ansiedade, depressão, confusão mental.</p> <p>Hepatotoxicidade.</p> <p>Ginecomastia.</p>	<p>Informar que normalmente desaparecem no final das primeiras 2 a 4 semanas de tratamento.</p> <p>Orientar utilizar o medicamento antes de deitar-se para dormir e, preferencialmente, duas horas após o jantar.</p> <p>O álcool pode acentuar os eventos neurológicos. Orientar evitar o uso de álcool e outras drogas.</p> <p>Se sintomas graves (hepatotoxicidade, hipersensibilidade), suspender medicação e encaminhar para SAE.</p> <p>Ginecomastia: avaliar substituição da TARV se esteticamente incômodo ao paciente.</p>
	<p>Exantema, geralmente maculopapular, podendo se apresentar em formas mais graves como a Síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica.</p>	<p>A maioria dos casos tem manifestações leves e autolimitadas (<i>rash</i> nas primeiras semanas sem sinais de gravidade), não sendo necessária a suspensão da TARV (considerar anti-histamínico).</p> <p>Formas graves são sugeridas por lesões de mucosa, bolhas e erosões cutâneas. Suspender TARV, encaminhar ao SAE e considerar avaliação na emergência.</p>
Atazanavir com ritonavir (ATV/r)	<p>Anormalidades eletrocardiográficas (prolongamento do QRS e PR).</p> <p>Icterícia clínica (hiperbilirrubinemia indireta).</p> <p>Nefrolitíase.</p>	<p>Usar com precaução em pessoas com doença pré-existente de condução ou que estejam tomando medicamentos concomitantes, que possam prolongar os intervalos PR ou QRS.</p> <p>A icterícia é clinicamente benigna, mas potencialmente estigmatizante. A sua ocorrência pode afetar a imagem e a autoestima da PVHIV, e deve ser cuidadosamente avaliada, considerando-se a substituição do medicamento quando houver desconforto para o paciente.</p> <p>Em caso de nefrolitíase, avaliar substituição da TARV.</p>
Darunavir com ritonavir (DRV/r)	<p>Diarreia, náusea, vômitos, cefaleia e <i>rash</i>.</p> <p>Hepatotoxicidade.</p> <p>Reação de hipersensibilidade.</p>	<p>Em geral autolimitados e leves, manejo sintomático.</p> <p>Maior risco em pacientes hepatopatas (coinfecção com HCV ou HBV) ou em uso concomitante de medicações hepatotóxicas.</p> <p>Não deve ser utilizado em pacientes com hepatopatia grave prévia.</p> <p>Se toxicidade, avaliar substituição por ATV/r quando possível.</p> <p>Maior risco em pacientes com alergia a sulfonamidas. Se houver hipersensibilidade grave, avaliar substituição por outra classe de ARV.</p>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2018a) [2].

Prevenção primária de infecções oportunistas (IO)

Pacientes com sinais clínicos ou laboratoriais de imunossupressão avançada devem ser prontamente encaminhados para acompanhamento no SAE. Contudo, o início de profilaxia de IO na APS, enquanto o paciente aguarda a consulta, é uma estratégia oportuna que visa evitar o desenvolvimento dessas infecções em PVHIV em risco [2].

O [quadro 6](#) resume as indicações de profilaxia para IO na PVHIV.

Quadro 6 – Profilaxia primária das infecções oportunistas.

Agente	Indicação	Droga de escolha	Critério de suspensão
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	CD4 < 200 céls/mm³ (ou <14%), ou presença de candidíase oral, ou febre indeterminada por mais de duas semanas, ou doença definidora de aids.	SMX-TMP (800/160 mg), 3x/semana.	Manutenção de CD4 > 200 céls/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se CD4 < 200 céls/mm ³ .
<i>Toxoplasma gondii</i>	CD4 < 100 céls/mm³ e toxoplasmose IgG reagente	SMX-TMP (800/160 mg), 1x/dia.	Manutenção de CD4 > 200 céls/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se CD4 < 100 céls/mm ³ .
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	CD4 < 50 céls/mm³	Azitromicina 1.500 mg, 1x/semana.	Manutenção de CD4 > 100 céls/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se CD4 < 50 céls/mm ³ .
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (tuberculose latente) Mais informações em Infecção latente da tuberculose (ILTb) , a seguir.	<ul style="list-style-type: none"> PVHIV assintomática com radiografia de tórax normal e: <ul style="list-style-type: none"> contato de pacientes com TB pulmonar ou laríngea, com confirmação laboratorial, independentemente da PT; ou contagem de CD4 \leq 350 céls/mm³, independentemente da PT; ou PT \geq 5 mm; ou PT < 5 mm com registro documental de PT \geq 5 mm anterior, não tendo sido submetido a tratamento de TB ou ILTB previamente; ou PVHIV com radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior, independentemente do resultado da PT, desde que excluída doença ativa. 	Rifapentina + isoniazida (900/900 mg) em 12 doses semanais, por 3 meses; ou isoniazida 5 mg/kg/dia (dose máxima 300 mg/dia); ou rifampicina 10 mg/kg (dose máxima 600 mg/dia).	Duração de 3 meses para rifapentina + isoniazida, 6 ou 9 meses para isoniazida (preferencialmente a utilização de 270 doses em 9-12 meses), 4 meses para rifampicina. De forma geral, não se recomenda repetir o tratamento da ILTB em pessoas que já fizeram o curso completo de tratamento ou que já se trataram para TB. A exceção são casos de PVHIV que já fizeram o tratamento da ILTB no passado e foram reexpostas a um outro caso de TB pulmonar ou laríngea com confirmação laboratorial. Esses casos devem iniciar novo tratamento após exclusão de TB ativa.

Pacientes em uso de profilaxia de IO podem ter a frequência de solicitação de contagem de CD4 reduzida para **3 meses**, a fim de avaliar critérios de resposta imunológica para suspensão ou manutenção da profilaxia [2].

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2018a, 2021d, 2022c, 2018d) [2,39,40,41].

Coinfecção HIV e TB

Tratamento de tuberculose ativa em PVHIV

O teste de HIV está recomendado em todas as pessoas com diagnóstico de tuberculose [11].

A genotipagem pré-tratamento (para PVHIV virgens de TARV) e o acompanhamento no SAE estão indicados para pacientes coinfectados com TB e HIV, mas não devem retardar o início do tratamento [2].

PVHIV que nunca utilizaram terapia antirretroviral (TARV): o tratamento para tuberculose e a TARV devem ser iniciados o mais precocemente possível após o diagnóstico, mas não de forma concomitante, com o objetivo de evitar eventos adversos cumulativos das medicações e sintomas da síndrome inflamatória de reconstituição imune [2].

Em caso de diagnóstico simultâneo das duas condições, o tratamento para tuberculose deve ser iniciado primeiro e a TARV deve ser iniciada em até 2 semanas, independente da contagem de CD4 [9,21]. É importante ressaltar que, para os casos de TB meníngea, o início precoce da TARV não altera o prognóstico da doença e ainda se relaciona à maior ocorrência de eventos adversos limitantes ou com risco à vida. Assim, nessa forma de TB, recomenda-se que o início da TARV seja postergado para depois da fase intensiva do tratamento da TB (dois meses), independentemente da contagem de CD4 [2,11].

PVHIV que já faziam uso de TARV: assim que tenham sido diagnosticadas com tuberculose, deve-se iniciar o tratamento para tuberculose, sem indicação de suspensão da TARV. Contudo, deve-se avaliar as interações medicamentosas e a necessidade de troca da TARV tão logo quanto possível. A rifampicina é contraindicada em concomitância a esquemas antirretrovirais contendo inibidor de protease (IP/r), e esquemas contendo dolutegravir devem ter sua dose aumentada para 50 mg, de 12/12h, pois a rifampicina reduz os níveis séricos dessas drogas. Nestes casos, a TARV deve ser modificada, sempre que possível, mediante avaliação criteriosa dos esquemas de TARV prévios e risco de resistência, pois a rifampicina é o principal fármaco para o tratamento da TB e sua utilização deve ser priorizada. Em caso de necessidade de uso de IP/r, avaliar manter TARV na dose habitual e substituir a rifampicina por rifabutina [2,11].

PVHIV com diagnóstico de TB que estavam em abandono do tratamento do HIV: devem primeiramente iniciar o tratamento de TB e respeitar as mesmas recomendações do momento de reinício de ARV dos pacientes virgens de tratamento. O esquema de TARV a ser iniciado deve ser avaliado individualmente, respeitando o histórico de TARV prévios, o registro de falha prévia em genotipagem anterior e as interações medicamentosas [2,24].

O esquema antirretroviral (ARV) indicado no caso de coinfecção TB-HIV é descrito no [quadro 7](#).

Quadro 7 – Esquema antirretroviral indicado no caso de coinfeção TB-HIV.

PVHIV com TB, virgem de tratamento para HIV.	Se resultado de genotipagem pré-tratamento disponível em até 2 semanas e sem indicativo de resistência: ESQUEMA PREFERENCIAL: TDF/3TC + EFZ (1 comprimido à noite)
PVHIV com TB, virgem de tratamento para HIV, sem possibilidade de realização de genotipagem ou com resultado indisponível em até 2 semanas.	ESQUEMAS ALTERNATIVOS: 1º: TDF/3TC + dolutegravir (TDF/3TC 1 comprimido/dia + DTG 50 mg 1 comprimido de 12/12h). Na impossibilidade de uso do DTG: 2º: TDF/3TC + raltegravir (TDF/3TC 1 comprimido/dia + RAL 400 mg 1 comprimido de 12/12h).
PVHIV com tuberculose, com histórico prévio ou uso atual de TARV.	Adequar TARV conforme histórico de uso de ARV e genotipagem prévia (se disponível). PVHIV em uso de TARV com esquemas TDF/3TC + DTG ou TDF/3TC/EFZ, sem história de falha prévia ou uso de esquema ARV de resgate, podem ter seu esquema ARV mantido, com a ressalva que os com uso de DTG devem ter a dose do DTG aumentada para 50 mg, de 12/12h, durante o tratamento de TB.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2019c, 2019d, 2019e) [24,42,43].

Após 15 dias da conclusão do tratamento para tuberculose, deve ser feito o ajuste da dose para TDF/3TC + DTG 50 mg 1x/dia nos pacientes virgens de tratamento e naqueles que já estavam em uso de DTG previamente [24]. Pacientes que estavam em uso de TDF/3TC/EFZ ou TDF/3TC + RAL podem ter seu esquema modificado para TDF/3TC + DTG desde que tenham CV indetectável dos últimos 6 meses e não tenham falha virológica prévia, respeitando-se também as contraindicações ao uso de DTG (intolerância à medicação ou uso de anticonvulsivantes oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida) [24,26]. Para os pacientes com histórico de tratamentos prévios, que estejam em uso de outros esquemas ARV, deve-se avaliar o caso individualmente, sempre respeitando o histórico prévio de uso de TARV e risco de resistência [2,26].

O tratamento de tuberculose pulmonar em PVHIV é o mesmo da população sem a infecção do vírus: RHZE por 2 meses + RH por 4 meses, totalizando 6 meses de tratamento. Recomenda-se a realização de TDO para tuberculose, que deve ser realizado de forma compartilhada entre o SAE e a unidade de atenção básica [11]. Mais informações no **“Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil”**, do Ministério da Saúde. Deve-se prescrever piridoxina 50 mg/dia durante todo o tratamento da tuberculose, para prevenção de neuropatia periférica, visto que os ARV podem potencializar o efeito adverso da isoniazida [11].

Infecção latente da tuberculose (ILTB)

A **prova tuberculínica** é importante para o diagnóstico da ILTB e constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de tuberculose ativa. Ela deve ser realizada em todas as PVHIV assintomáticas para tuberculose e que nunca tenham realizado tratamento para TB. **Caso a PT seja menor que 5 mm, recomenda-se que seja repetida anualmente [2,11].**

É importante lembrar que a **tuberculose ativa deve sempre ser afastada** por meio do questionamento dos quatro sintomas prioritários: tosse (independentemente do tempo), febre, emagrecimento e sudorese noturna. Na presença de qualquer alteração, considerar a possibilidade de TB ativa e proceder com investigação diagnóstica por meio de anamnese, exame físico, baciloscopia, cultura para micobactérias com teste de sensibilidade aos fármacos, Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), quando disponível, radiografia de tórax, ou outros exames complementares [11]. Se houver evidência clínica, radiológica e laboratorial de tuberculose ativa, deve-se iniciar tratamento para TB e não iniciar tratamento de ILTB ou TARV, além de encaminhar para SAE para tratamento apropriado da coinfeção HIV/TB [36].

PVHIV que já fizeram o tratamento da ILTB no passado e foram reexpostas a um outro caso de TB pulmonar ou laríngea com confirmação laboratorial devem iniciar novo tratamento após exclusão de TB ativa [40].

Tratar ILTB se:

- PVHIV assintomática com radiografia de tórax normal e:
 - contato de pacientes com TB pulmonar ou laríngea, com confirmação laboratorial, **independentemente da PT**; ou
 - contagem de CD4 ≤ 350 céls/mm³, **independentemente da PT**; ou
 - PT ≥ 5 mm; ou
 - PT < 5 mm com registro documental de PT ≥ 5 mm anterior, não tendo sido submetido a tratamento de TB ou ILTB previamente; ou
- PVHIV com radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior, independentemente do resultado da PT, desde que excluída doença ativa [40,41].

Para casos que não se enquadram nas situações descritas acima, deve ser considerado o risco e o benefício do tratamento. Em gestantes vivendo com HIV, tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação [40,41]. Para indicações de ILTB em gestantes vivendo com HIV, consultar “**PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**”, do Ministério da Saúde.

Quadro 8 – Tratamento de ILTB em pessoas vivendo com HIV.

Esquema terapêutico	Indicações	Contraindicações	Posologia e tempo de tratamento
Isoniazida¹ + Rifapentina Esquema preferencial sempre que disponível.	A maioria das indicações de ILTB.	- gestantes; - uso dos antirretrovirais: inibidores de protease (ex. atazanavir, darunavir), nevirapina e TAF; - contato de pessoas com TB monorresistente à isoniazida; - intolerância à isoniazida.	- 900 mg + 900 mg/semana, preferencialmente com alimentos, em 12 doses semanais, por 3 meses, em adultos (> 14 anos). - Deverá ser sempre administrado sob TDO em todas as doses ou com tratamento autoadministrado, sendo organizadas estratégias de adesão. - Pode ser usado com tenofovir, efavirenz, dolutegravir e raltegravir sem necessidade de ajuste da dose.
Isoniazida¹	A maioria das indicações de ILTB.	- contato de pessoas com TB monorresistente à isoniazida; - intolerância à isoniazida; - hepatopatas (cirrose ou doença hepática em atividade, por ex.: hepatite viral ou alcoólica); - idade > 50 anos.	- 5 a 10 mg/kg até a dose máxima de 300 mg/dia, em tomada única diária, preferencialmente em jejum. - Recomenda-se o tratamento com 270 doses (tomadas de 9 a 12 meses). Considerar a utilização de 180 doses (tomadas entre 6 a 9 meses) somente em casos individuais, se identificado problemas com a adesão. O esquema de 270 doses tem maior eficácia quando comparado ao de 180 doses. O mais importante é o número de doses tomadas e não somente o tempo de tratamento.
Rifampicina	- idade > 50 anos; - hepatopatas (cirrose ou doença hepática em atividade, como hepatite viral ou alcoólica); - contato de pessoas com TB monorresistente à isoniazida; - intolerância à isoniazida.	- uso dos antirretrovirais inibidores de protease (ex. atazanavir, darunavir).	- 10 mg/kg, até a dose máxima de 600 mg/dia, preferencialmente em jejum. - Recomenda-se a utilização de 120 doses, que poderão ser tomadas de 4 a 6 meses. - O dolutegravir deve ter sua dose ajustada para 50 mg, 12/12h, quando usado em concomitância com rifampicina. Neste caso, encaminhar ao SAE para avaliação do tratamento da ILTB.

¹A associação com piridoxina 50 a 100 mg/dia reduz o risco de neuropatia periférica causada pela isoniazida.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2021d, 2022c, 2022d) [39,40,44].

Coinfecção HIV e Sífilis

A prevalência de sífilis é até 8 vezes mais elevada em PVHIV [45]. As apresentações clínicas de cada estágio geralmente são semelhantes às dos pacientes soronegativos, entretanto, podem ocorrer manifestações atípicas ou mais agressivas [5].

Algumas **características diferenciais** da coinfecção sífilis/HIV são destacadas, como:

- desenvolvimento de cancro múltiplos e profundos, apresentando resolução mais lenta que em pessoas não infectadas pelo HIV;
- maior sobreposição de estágios e concomitância de lesões primárias e secundárias no momento do diagnóstico;

- maior frequência de sífilis secundária, com lesões cutâneas atípicas e exuberância de sinais e sintomas;
- predisposição para acometimento oftalmológico e neurológico, com progressão mais rápida da sífilis precoce à neurosífilis (pode ocorrer a qualquer momento, após a infecção inicial) [5].

Rastreamento

Todas as PVHIV que têm vida sexual ativa devem ser rastreadas a cada 6 meses para sífilis. Além disso, deve-se realizar teste para sífilis após cada exposição de risco [2,5].

Diagnóstico

O diagnóstico de sífilis na coinfeção com HIV é feito da mesma forma que na população geral (teste treponêmico + teste não treponêmico reagentes) [5,46]. Para o diagnóstico da sífilis, deve-se correlacionar dados clínicos, resultados dos testes diagnósticos, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado [5].

Recomenda-se iniciar a investigação com um teste treponêmico (teste rápido, imunoensaio, FTA-Abs), considerando a epidemia de sífilis e a sensibilidade dos testes diagnósticos. Caso o teste inicial seja reagente, deve-se realizar a coleta de teste não treponêmico (ex: VDRL, RPR). Todo resultado de teste não treponêmico reagente deve ser acompanhado com a titulação dos anticorpos da amostra, que será crucial para o monitoramento do tratamento. Pessoas com história prévia de infecção por sífilis devem ser investigadas com o teste não treponêmico (ex: VDRL, RPR), pois o teste treponêmico tende a permanecer positivo por toda a vida, em até 85% dos pacientes [5,46].

Tratamento

Não há particularidades no tratamento e monitoramento de sífilis em PVHIV. Pacientes que apresentam reação alérgica grave (anafilaxia) à penicilina benzatina devem ser cuidadosamente avaliadas quanto à necessidade de receber outra droga que não a penicilina [5,47].

As seguintes populações já podem ser tratadas **apenas com um teste reagente** (treponêmico ou não treponêmico), sem a necessidade de aguardar resultados do teste complementar:

- gestantes;
- vítimas de violência sexual;
- pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis [5,46,47].

A avaliação clínica e sorológica das parcerias sexuais de PVHIV com diagnóstico de sífilis é fundamental. Parcerias sexuais, com contato nos 90 dias precedentes ao diagnóstico de pacientes com sífilis primária, secundária ou latente recente (com até 1 ano de evolução), devem ser tratados com penicilina benzatina 2.400.000 UI, mesmo com exames negativos. O tratamento das parcerias sexuais com teste de sífilis reagente deve seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico [5,47].

Neurossífilis

A neurossífilis precoce manifesta-se com sintomas de meningite, cefaleia, confusão mental, náusea, vômito e rigidez cervical ou acidente vascular encefálico. Entre os sintomas neurológicos que se manifestam meses a anos após o contágio, os mais comuns são paralisia de nervos cranianos, perda de força generalizada, ataxia, *tabes dorsalis*, mudanças de comportamento, demência/deficiência cognitiva, psicose e crises convulsivas. Pode ainda haver comprometimento oftalmológico (neurite óptica, uveíte), auditivo, perda de reflexos periféricos e sensibilidade tátil [45]. Entretanto, até 33% dos PVHIV com neurossífilis são assintomáticos [5,48].

Deve-se suspeitar de neurossífilis em uma PVHIV que apresentar sintomas neurológicos, psiquiátricos ou oftalmológicos e que tenha um teste treponêmico reagente, ou quando houver falha ao tratamento clínico da sífilis [5].

Recomenda-se que seja realizada punção liquórica em indivíduos coinfectados com sífilis e HIV que apresentem pelo menos um dos critérios apresentados no [quadro 9](#).

Quadro 9 – Critérios de recomendação para punção liquórica em pessoas com coinfeção por sífilis e HIV e conduta recomendada.

<ul style="list-style-type: none"> Sinais ou sintomas de neurossífilis agudos/subagudos (como sintomas neurológicos, psiquiátricos, oftalmológicos ou otológicos); ou 	Avaliação em serviço de urgência/emergência.
<ul style="list-style-type: none"> Evidência de sífilis terciária ativa (gomas sífilíticas, periostite, artrite ou aortite); ou 	
<ul style="list-style-type: none"> Falha ao tratamento clínico adequado (independente de ocorrência de nova exposição sexual ou não): <ul style="list-style-type: none"> ausência de redução da titulação em 2 diluições, no intervalo de 6 meses (sífilis primária, secundária e latente recente), ou 12 meses (sífilis latente tardia, latente com duração ignorada, ou terciária), após o tratamento adequado (ex. de 1:32 para 1:8); ou aumento da titulação em 2 diluições em qualquer momento do seguimento (ex. de 1:16 para 1:64); ou persistência ou recorrência de sinais ou sintomas de sífilis; Sinais ou sintomas de neurossífilis crônicos (como sintomas neurológicos, psiquiátricos, oftalmológicos ou otológicos). 	Avaliação ambulatorial para investigação de neurossífilis.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS (2015) e Brasil (2022a) [5,36].

Para mais informações, consultar “PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”, do Ministério da Saúde.

Vacinação

A situação vacinal de adolescentes e adultos vivendo com HIV deve ser avaliada individualmente. Todas as vacinas do calendário nacional devem ser administradas, desde que não haja imunodepressão grave. A imunodepressão eleva o risco da administração de agentes vivos e reduz a resposta imunológica adequada [2].

Portanto, recomenda-se adiar a administração de vacinas com vírus vivo ou atenuados em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de CD4 < 200 céls/mm³), até que a reconstituição imune seja obtida com o uso de terapia antirretroviral (contagem de CD4 ≥ 200 céls/mm³). Para as outras vacinas, em situações de imunossupressão (contagem de CD4 < 200 céls/mm³), avaliar individualmente o benefício da vacinação. Se possível, deve-se adiá-la no intuito de melhorar a resposta vacinal e reduzir o risco de complicações pós-vacinais, exceto se o risco de exposição à doença for muito alto [2].

Considerações:

- A vacinação pode elevar a carga viral transitoriamente. Portanto, deve-se aguardar um período de até quatro semanas após a vacinação para coletar CV [49].
- Levantar em consideração para decisão sobre a vacinação, a contagem dos últimos dois exames de CD4, preferencialmente no último ano [50].
- Quando houver necessidade de imunização com vacinas de **vírus vivos** atenuados (ex.: febre amarela, varicela, tríplice viral), a PVHIV deve apresentar TODOS os critérios abaixo, para que o último exame de CD4 possa ser considerado na tomada de decisão: 1) uso de TARV com boa adesão, 2) estar assintomática e 3) CV indetectável desde última contagem. Em todas as outras situações, há possibilidade de solicitação da contagem de CD4, cabendo ao profissional de saúde solicitar o exame e sinalizar o motivo específico de imunização no formulário [50].

As vacinas com agentes vivos podem ser aplicadas conforme o [quadro 10](#).

Quadro 10 – Parâmetros imunológicos para tomada de decisão em imunizações com vacinas de bactérias ou vírus vivos atenuados em adultos e adolescentes infectados pelo HIV.

Contagem de CD4 em céls/mm ³	Recomendações para o uso de vacinas com agentes vivos atenuados
≥ 350	Indicar uso.
200 a 350	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para tomada de decisão.
< 200	Não vacinar.

Fonte: Brasil (2018a, 2019f) [2,51].

O esquema vacinal básico para adultos e adolescentes está apresentado no [quadro 11](#). Os imunobiológicos que não estiverem disponíveis nas unidades básicas de saúde devem ser solicitados junto ao Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Quadro 11 – Esquema vacinal para pessoas maiores de 13 anos infectadas pelo HIV.

Vacina	Recomendação
COVID-19	PVHIV independente da contagem de CD4. Dose adicional 8 semanas após a última dose do esquema inicial (D1 + D2 ou D, a depender do imunizante utilizado) e dose de reforço 4 meses após a dose adicional [52].
Dupla do tipo adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos.
Febre amarela ¹	Dose única. Havendo registro de dose anterior, não é necessário revacinar. Individualizar o risco/benefício conforme a situação imunológica da pessoa e a situação epidemiológica da região e, em caso de exposição, vacinar somente quando CD4 \geq 200 céls/mm ³ .
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	2 doses com intervalo de 2 meses em indivíduos com idade até 19 anos, nunca vacinados.
Hepatite A	2 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 ²	Dose dobrada recomendada pelo fabricante, administrada em 4 doses (0, 1, 2 e 6 a 12 meses) em todos os indivíduos suscetíveis à hepatite B (anti-HBc total negativo, anti-HBs negativo).
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza.
Meningo C ou ACWY	Conforme situação vacinal encontrada, 2 doses com intervalo de 8 semanas. Revacinar a cada 5 anos. Indivíduos que já receberam a vacina meningo C podem ser vacinados com a meningo ACWY, respeitando intervalo mínimo de um mês após a última dose da meningo C.
Pneumo 13 <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Dose única, a partir de 5 anos de idade. Não está recomendada para aquele que foi imunizado previamente com vacina pneumocócica 10-valente. Para quem já recebeu uma dose de Pneumo 23, deve-se respeitar o intervalo mínimo de 1 ano para a administração da pneumo 13 [53].
Pneumo 23 <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Uma dose e um reforço após 5 anos. Para aqueles não vacinados com pneumo 10 na infância, administrar preferencialmente após a dose única de pneumo 13 (com no mínimo 8 semanas de intervalo) [53].
Tríplice viral ³	2 doses em suscetíveis até 29 anos, com CD4 \geq 200 céls/mm ³ . Uma dose em suscetíveis entre 30 e 49 anos, com CD4 \geq 200 céls/mm ³ .
Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV quadrivalente	PVHIV até 45 anos, desde que tenham contagem de CD4 \geq 200 céls/mm ³ . Vacina administrada em 3 doses (0, 2 e 6 meses) [54].
Varicela ⁴	2 doses com intervalo de um mês nos suscetíveis com CD4 \geq 200 céls/mm ³ .

¹Contraíndicada para gestantes. Em regiões de risco elevado pode ser considerada, a partir do terceiro trimestre, em gestantes com CD4 \geq 200 céls/mm³, sempre considerando a relação risco-benefício.

²A imunogenicidade e eficácia da vacina contra hepatite B são inferiores em pessoas imunodeprimidas em relação aos imunocompetentes. Doses maiores e número aumentado de doses são necessários a indução de anticorpos em níveis protetores. Por esse motivo, são recomendadas 4 doses de vacina contra hepatite B, com o dobro da dose habitual.

³Considerando 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 CD4 \geq 200 céls/mm³.

⁴Há poucos dados respaldando seu uso de rotina em adultos e adolescentes com HIV suscetíveis à varicela. É contraíndicada para gestantes.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2014, 2021f, 2019g, 2021g) [50,53,55,56].

Saúde sexual e reprodutiva

A APS deve ser um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais das PVHIV, bem como sobre suas perspectivas de reprodução. A escuta ativa e empática deve nortear os atendimentos no serviço de saúde, possibilitando o fortalecimento do vínculo e a adesão às tecnologias disponíveis, que devem sempre ser oferecidas pelos profissionais [2,57].

Recomenda-se uma nova abordagem do cuidado – não mais a oferta exclusiva do preservativo masculino, mas a ampliação da perspectiva para a **Prevenção Combinada** (combinação de diferentes ações de prevenção do HIV e outras IST), que inclui o uso de preservativos masculinos e femininos, o uso de TARV e a CV indetectável como método de prevenção, a testagem regular de parcerias para HIV e IST, PrEP e PEP quando indicados, entre outros [58].

Os profissionais também devem fornecer orientações sobre anticoncepção e concepção seguras, assim como encorajar a revelação oportuna e voluntária do estado sorológico do HIV e as intenções relacionadas à fertilidade às parcerias [57].

TARV como prevenção

O uso de ARV representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. Portanto, uma PVHIV, sem nenhuma outra IST, seguindo TARV corretamente e com CV suprimida há pelo menos 6 meses não transmite o vírus HIV por via sexual. Evidências científicas recentes sustentam o uso do termo Indetectável = Intransmissível (I=I) para a via sexual. Não há evidência científica suficiente para afirmar que I=I no contexto da amamentação e, portanto, a amamentação é contraindicada para MVHIV [57,59].

O uso do preservativo continua sendo recomendado como forma de cuidado adicional para evitar reinfecção pelo HIV e para prevenção de outras IST [59].

Algumas condições devem ser atendidas e levadas em consideração ao informar os pacientes sobre a redução do risco de transmissão sexual do HIV:

- deve-se ter adesão à TARV e monitorização da CV do HIV; e
- a CV deve estar indetectável há pelo menos 6 meses [59].

Anticoncepção

O uso de preservativo é sempre recomendado, mesmo se outros métodos anticoncepcionais sejam utilizados, a fim de evitar transmissão do vírus HIV e de outras IST. Parceiros soroconcordantes também devem usar preservativo, pelo risco de infecção com cepas distintas [5,60].

A presença da infecção pelo HIV não contraindica qualquer método anticoncepcivo [60]; no entanto, existem algumas considerações especiais:

- **Espermicidas e diafragma:** seu uso deve ser evitado, pelo risco de microfissuras na parede vaginal e, conseqüentemente, risco aumentado de transmissão do HIV e exposição a outras IST [57].
- **Métodos hormonais orais (combinados ou apenas de progesterona) e injetável mensal (combinado):** são liberados para uso em MVHIV (categoria 2, segundo critérios de elegibilidade para métodos anticoncepcionais da OMS). Não há interações medicamentosas que diminuam a eficácia contraceptiva com dolutegravir. No entanto, esquemas contendo efavirenz podem diminuir a eficácia desses anticoncepcionais hormonais, reduzindo os seus níveis séricos. Por isso, em mulheres em uso de TARV com efavirenz que não desejam gestar, sugere-se dupla proteção com preservativo. [57].
- **Método hormonal injetável trimestral (apenas de progesterona):** pode ser usado, tanto em esquemas contendo dolutegravir, quanto efavirenz, sem efeito significativo na diminuição da eficácia (categoria 1, segundo critérios de elegibilidade para métodos anticoncepcionais da OMS) [57].
- **DIU (de cobre ou com levonorgestrel):** é classificado como categoria 2 em mulheres com HIV (vantagens do método superam os riscos comprovados ou teóricos). Portanto, é uma opção aceitável para inserção ou manutenção do dispositivo. Em pessoas com aids, com contagem de CD4 < 200 céls/mm³, o método é classificado como categoria 3 (riscos comprovados e teórico em geral superam os benefícios do uso) para inserção (não devendo, portanto, ser indicado) e categoria 2 para continuação do uso em mulher estável em uso de TARV [57].

TARV para mulheres em idade fértil sem plano de gestar

Para as MVHIV virgens de tratamento, sem plano de gestar, recomenda-se início de TARV com regime contendo DTG. A TARV deve estar associada à prescrição de anticoncepção e orientações sobre planejamento familiar, com nova abordagem sobre desejo/planejamento gestacional nas consultas subsequentes [57,61,62,63].

Desejo de concepção

A decisão de concepção deve, idealmente, ser feita no melhor cenário clínico possível, para que as chances de transmissão vertical e sexual (no caso de casais sorodiscordantes) sejam muito reduzidas, garantindo que a PVHIV exerça sua prática sexual de forma plena e segura [57].

Orientações específicas para cada cenário (casais soroconcordantes e sorodiferentes), assim como diferentes técnicas contraceptivas, podem ser encontradas em “PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”, do Ministério da Saúde [57].

MVHIV que planejam engravidar devem ser informadas de que as últimas evidências científicas não confirmaram associação do uso do DTG aos defeitos de tubo neural. Por isso, recomenda-se início de TARV com regime contendo DTG [61]. Apesar disso, o profissional de saúde deve fornecer as informações de segurança de antirretrovirais na gestação e, após o esclarecimento e discussão, a MVHIV pode optar por esquemas de TARV alternativos (ATV/r, DRV/R ou RAL) [61].

Recomendações para PVHIV que desejam concepção:

- Estar em uso de TARV com boa adesão ao tratamento.
- Ter pelo menos duas cargas virais indetectáveis, sendo a mais recente nos últimos 6 meses.
- Ausência de infecções do trato genital ou outras IST.
- Ausência de infecções oportunistas ativas e de manifestações clínicas associadas à infecção pelo HIV.
- Informar sobre os riscos de transmissão do HIV e estratégias de redução de riscos na pré-concepção e na gestação.
- A relação sexual sem preservativo é a primeira opção para concepção, desde que a PVHIV esteja em uso regular de TARV e com CV indetectável há pelo menos 6 meses. As relações sexuais podem ocorrer a cada 1 ou 2 dias, ou apenas no período fértil. No caso de mulheres HIV positivo e homens HIV negativo, a autoinseminação vaginal também é uma estratégia possível.
- Iniciar suplementação de ácido fólico 0,4 mg/dia, 3 meses antes da gestação, e mantê-la até as 12 semanas de gestação [57].
- Considerar PrEP para a parceria soronegativa [57].

Mulheres HIV negativas, com desejo de engravidar de parceria vivendo com HIV ou com frequentes situações de potencial exposição ao HIV, podem se beneficiar do uso de PrEP de forma segura, também ao longo da gravidez e amamentação, para se proteger e proteger o bebê. Recomenda-se também que a parceria vivendo com HIV esteja em tratamento e com CV indetectável, durante o período de planejamento reprodutivo, para mais informações veja a seção de PrEP [57,64].

Gestação e HIV

O pré-natal deve ser realizado na APS e compartilhado com o SAE. O objetivo do tratamento é atingir uma CV abaixo de 50 cópias/mL, o que reduziria a chance de transmissão vertical de 30% para 1% [57].

Toda gestante vivendo com HIV deve ser notificada a cada gestação, mesmo que já tenha notificação de HIV ou aids prévia ([Apêndice B](#)) [65].

TARV durante a gestação:

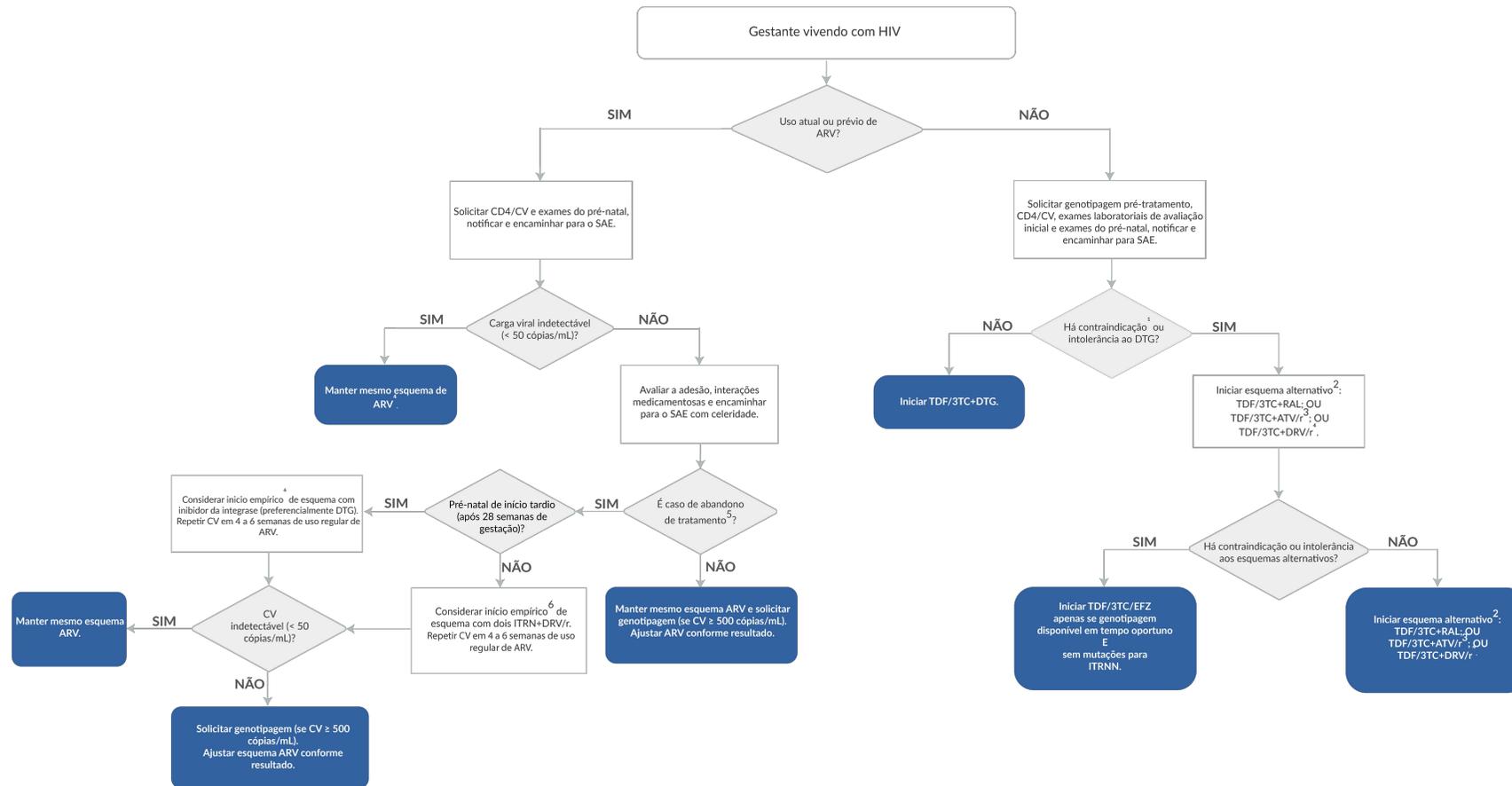
O esquema preferencial para início de tratamento para o HIV em **gestantes virgens de tratamento** é o mesmo esquema de primeira linha para outras PVHIV [57,61]:

Tenofovir (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 300 mg + Dolutegravir (DTG) 50 mg.

A medicação é composta por 1 comprimido (“2 em 1” TDF+3TC) e 1 comprimido de DTG a serem tomados juntos, em dose única diária.

O fluxograma de abordagem da TARV para GVHIV pode ser consultado na [figura 1](#).

Figura 1 – Fluxograma para definição de TARV na gestação.



ARV: antirretroviral; ATV/r: atazanavir/ritonavir; CD4: contagem de linfócitos T CD4+; CV: carga viral do HIV; DRV/r: darunavir/ritonavir; DTG: dolutegravir; EFZ: efavirenz; HIV: vírus de imunodeficiência humana; ITRN: inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo; ITRNN: inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo; RAL: raltegravir; SAE: serviço de atendimento especializado; TARV: terapia antirretroviral; TDF/3TC: tenofovir/lamivudina.

¹São contraindicações ao uso de DTG o uso concomitante com oxcarbazepina, dofetilida e pilsicainida, devido a interações medicamentosas impeditivas. Pacientes em uso destas medicações devem ser avaliados quanto a possibilidade de troca a fim de viabilizar o uso de DTG. Pacientes em uso de carbamazepina, fenitoina ou fenobarbital e aqueles em tratamento de tuberculose com rifampicina devem ajustar a dose do DTG para 50 mg, de 12/12h.

²A definição de qual esquema alternativo escolher deve levar em consideração perfil de efeitos adversos, comorbidades e interações medicamentosas, posologia e potência antiviral. O profissional de saúde deve fornecer as informações de segurança de antirretrovirais na gestação e, após o esclarecimento da discussão, a pessoa pode optar por esquemas de TARV alternativos. Na possibilidade de composição da TARV com esquema preferencial, o caso deve ser discutido em conjunto com o especialista.

³Importante ressaltar que o ATV/r não deve ser utilizado junto com inibidores da bomba de prótons, pelo risco de redução da eficácia da TARV.

⁴O DRV 800 mg não está recomendado para gestantes, pois há diminuição de seu nível sérico a partir do 2º trimestre. Dessa forma, recomenda-se que mulheres que estejam em uso de DRV 800 mg e engravidarem, ou aquelas com indicação de iniciar DRV durante a gestação devam utilizar a apresentação de DRV 600 mg + RTV 100 mg administrados 2x/dia. Após o parto, avaliar a substituição para DRV 800 mg associado a RTV 100 mg, 1x/dia.

⁵Abandono de tratamento no HIV é definido quando o paciente fica um período maior que 100 dias sem retirada dos antirretrovirais.

⁶Para definir o melhor esquema terapêutico para a gestante em abandono de tratamento, é importante avaliar o histórico de uso de ARV, a resposta viral obtida com cada esquema, a tolerância e a adesão da paciente e os resultados da genotipagem já realizadas, caso existam. Casos de tratamento empírico ou esquemas de resgate devem ser sempre discutidos com especialista.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022h) [61].

- Gestantes vivendo com HIV, virgens de TARV: a genotipagem pré-tratamento está indicada para todas as gestantes virgens de tratamento. No entanto, a TARV poderá ser iniciada logo após a coleta dos exames, antes mesmo dos resultados de CD4, CV e genotipagem – principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente o acompanhamento pré-natal, com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível [57]. O esquema ARV preferencial é TDF/3TC+DTG [57,61]. A GVHIV deve ser informada de que as últimas evidências científicas não confirmaram associação do uso do DTG aos defeitos de tubo neural [61,66,67,68,69,70]. Apesar disso, o profissional de saúde deve fornecer as informações de segurança de antirretrovirais na gestação e, após o esclarecimento e discussão, a MVHIV pode optar por esquemas de TARV alternativos. Casos com contraindicação (uso de anticonvulsivantes como oxcarbazepina, dofetilida ou pilsicainida) ou intolerância ao DTG podem utilizar os esquemas alternativos de TARV disponíveis no [quadro 12](#) [61].

Quadro 12 – Esquemas alternativos de TARV para GVHIV virgens de tratamento.

2 ITRN (preferencialmente TDF/3TC)

+

- Raltegravir¹ 400 mg de 12/12h; OU
- Atazanavir 300 mg 1cp/dia + Ritonavir 100mg 1cp/dia; OU
- Darunavir² 600 mg 1cp de 12/12h + Ritonavir 100 mg 1cp de 12/12h.

Em situações de contraindicação aos ARV alternativos ou considerando particularidades do caso: Efavirenz (EFZ) 600 mg/dia³.

¹ Avaliar a troca de RAL por DTG, após o parto.

² Darunavir (DRV) 800 mg não está recomendado para gestantes, pois há diminuição de seu nível sérico a partir do 2º trimestre. Dessa forma, recomenda-se que MVHIV que estejam em uso de DRV 800 mg e engravidarem, ou aquelas com indicação de iniciar DRV durante a gestação, devam utilizar a apresentação de DRV 600 mg + RTV 100 mg, administrados 2x/dia. Após o parto, substituir para DRV 800 mg, 1x/dia.

³ O uso de EFZ durante gestação está condicionado à sensibilidade demonstrada no exame de genotipagem do HIV pré-tratamento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022h) [61].

- Gestantes vivendo com HIV com uso atual ou prévio de TARV: Nesses casos, o principal a observar é a CV.
 - Se CV indetectável (<50 cópias/mL): preferencialmente manter o esquema ARV vigente. Observar necessidade de ajustes de dose no caso do uso de Darunavir, conforme descrito no quadro 12. As trocas de medicação podem trazer eventos adversos e piora de adesão associada a escapes virais que, durante a gestação, aumentam o risco de transmissão vertical do HIV. As trocas, nesse cenário, devem ser restritas a situações excepcionais, sempre com avaliação de CV precoce para confirmar o controle viral [61].

- Se CV detectável (> 50 cópias/mL): independente da idade gestacional, avaliar as possíveis barreiras para adesão, interações medicamentosas e esquemas ARV utilizados previamente. A definição de falha virológica e consequente necessidade de genotipagem para guiar o melhor esquema ARV deve ser feita precocemente. Ressalta-se que, para gestantes em uso de TARV regular, apenas uma CV detectável (> 500 cópias/mL) já é critério para solicitação de genotipagem. A definição do melhor esquema de tratamento deve ser avaliada no SAE e dependerá do resultado da genotipagem [61].

GVHIV em início de tratamento ou após modificação de TARV deverão ter nova amostra de CV coletada em 2 a 4 semanas. Caso não tenha ocorrido queda de pelo menos 1 log na CV, avaliar adesão e interação medicamentosa, especialmente quanto à efetividade dos ARV prescritos. Adequar a TARV de acordo com o resultado do exame de genotipagem, no menor prazo possível [57].

- Gestantes vivendo com HIV, em abandono de TARV: é necessário revisar todo o histórico de uso de ARV, a resposta viral obtida com cada esquema, os eventos adversos apresentados previamente, os resultados de genotipagens prévias, se existirem, bem como identificar os fatores que estão relacionados ao abandono de tratamento. Nesse caso, recomenda-se iniciar empiricamente TARV com dois ITRN associados a um IP/r, preferencialmente DRV/r (DRV 600 mg 1cp de 12/12h + RTV 100 mg 1cp de 12/12h). Para aquelas gestantes que iniciam tardiamente o pré-natal (após 28 semanas), considerar o uso empírico de ARV com esquemas com INI, preferencialmente DTG, a fim de atingir a supressão viral mais rapidamente. Esquemas de tratamento empíricos devem ser sempre discutidos com o especialista, por maior risco de falha aos fármacos. Uma nova CV deve ser coletada após 4 a 6 semanas de uso efetivo de TARV e, se CV detectável \geq 500 cópias/mL, faz-se necessária uma coleta de genotipagem para readequação do esquema de tratamento [57,61].

Todas as gestantes deverão coletar CV a partir da 34ª semana, para auxiliar na definição da via de parto e do uso de profilaxias [57].

Recomenda-se também a **manutenção da TARV após o parto**, independente do status imunológico, preferencialmente mantendo-se o mesmo esquema de tratamento, se estiver bem adaptada e com CV suprimida [57]. Trocas para outros esquemas podem ser avaliadas e o esquema ARV após o parto deve ser definido conforme o histórico prévio de uso de ARV e genotipagem, se disponível. Exceção se dá para gestantes em uso de Raltegravir (RAL), em que ele deve preferencialmente ser trocado para DTG, após o parto, sempre se respeitando as condições já descritas para [troca para DTG](#) [26,57]. Gestantes em uso de Darunavir (DRV) 600 mg, 2x/dia, devem trocar para DRV 800 mg, 1x/dia, no parto ou cerca de 3 semanas após o parto [57].

Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

As principais formas de exposição ao HIV são acidente ocupacional e via sexual (violência ou relação consentida com risco de infecção), embora essas não sejam as únicas. É importante atentar que, quando houver exposição ao HIV, também há risco de contração de outras IST, como hepatite B e C, sífilis, gonorreia e clamídia [71].

Para avaliar o risco da exposição, temos que ter 4 informações básicas: qual o tipo de material biológico envolvido, qual o tipo de exposição, o tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento, e a condição sorológica da pessoa exposta e da pessoa-fonte. A somatória dessas informações define a indicação de PEP ou não, conforme resumido na [figura 2](#) [71].

1. Tipo de material biológico:

- **COM risco:** sangue, sêmen, fluidos vaginais, líquidos de serosas (peritoneal, pleural e pericárdico), líquido amniótico, líquor, líquido articular e leite materno. Indicam profilaxia [71].
- **SEM risco:** suor, lágrima, fezes, urina, vômitos, secreções nasais e saliva (exceto em ambientes odontológicos). Não indicam necessidade de profilaxia. Caso haja sangue presente nos materiais sem risco, há indicação da PEP [71].

2. Tipos de exposição:

- **COM risco:** percutânea (lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurocortantes), membranas mucosas (exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca), cutâneas envolvendo pele não íntegra e mordedura com presença de sangue [71].
- **SEM risco:** cutâneas com pele íntegra e mordedura sem a presença de sangue [71].

3. Avaliação da situação sorológica:

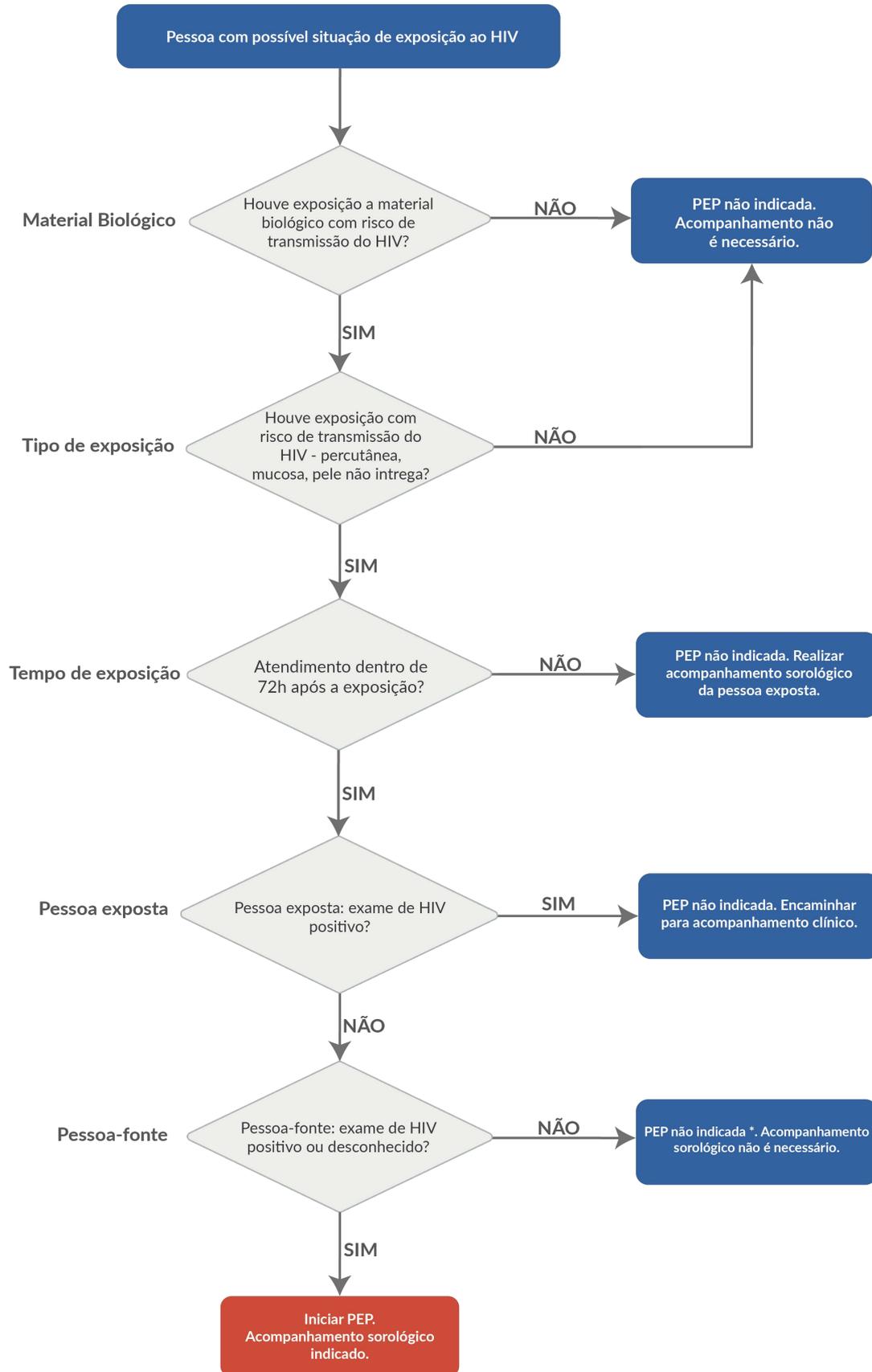
- **Da pessoa exposta:** deve ser feita por meio de teste rápido, apenas em situações de exposição de risco. Não há indicação de PEP, caso a pessoa exposta já esteja infectada pelo HIV [71].
- **Da pessoa-fonte:** quando a pessoa-fonte está presente e disponível para testagem, é indicado fazê-lo com teste rápido. No entanto, não se deve atrasar o atendimento da pessoa exposta em razão da ausência da pessoa-fonte [71].
 - TR reagente: casos com fonte positiva indicam a PEP.
 - TR não reagente: não há indicação de PEP quando a infecção da pessoa-fonte pode ser descartada. Em casos que a sorologia dessa pessoa-fonte for negativa, mas há

relato de exposições de risco nos últimos 30 dias, a PEP também poderá ser indicada.

- Status desconhecido (testagem não possível): a conduta deve ser individualizada conforme o risco da exposição [71].

4. **Tempo transcorrido:** A PEP, quando indicada, deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como tempo limite 72h. Não há benefício da profilaxia após 72 horas da exposição. Caso a pessoa procure o serviço após as 72h, ela deve ser acompanhada clínica e laboratorialmente, assim como se deve também investigar a pessoa-fonte [71].

Figura 2 – Fluxograma para indicação de PEP ao HIV.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Brasil (2021h) [71].

O esquema preferencial para a PEP em adultos é:

Tenofovir (TDF) 300 mg 1 cp + lamivudina (3TC) 150 mg 2 cp + dolutegravir (DTG) 50 mg 1 cp, tomados juntos, 1x/dia. O TDF + 3TC estão disponíveis em comprimido coformulado. O tratamento deve durar 28 dias e a adesão ao tratamento completo é essencial para efetividade da profilaxia [71,72,73].

As mesmas contraindicações aos ARV devem ser observadas ao se iniciar PEP:

- insuficiência renal crônica*;
- crianças menores de 6 anos ou com menos de 35 kg;
- uso de medicações anticonvulsivantes com interação medicamentosa, oxcarbazepina, dofetilida e pilsicainida [71].

*TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco), quando a taxa de filtração glomerular for menor que 50 mL/min, ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal. Nesses casos, a indicação deve ser avaliada, já que a duração da exposição ao medicamento será curta (28 dias) e, provavelmente, reversível, com a suspensão do medicamento [71].

ATENÇÃO: o uso concomitante de rifampicina, fenitoína, fenobarbital ou carbamazepina requer ajuste da dose do DTG para 50 mg, de 12/12h [25].

As contraindicações à TARV de primeira linha podem ser observadas em [Terapia antirretroviral \(TARV\) na APS](#). Nesses casos, devem ser usados esquemas alternativos que podem ser consultados no 'PCDT para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais', do Ministério da Saúde [71]. Algumas situações indicam a necessidade de avaliação com brevidade em serviço especializado, após o início da PEP:

- Pessoa-fonte que já utilize TARV em esquemas alternativos ou tenha CV detectável. Nesses casos, é importante que a pessoa exposta inicie a PEP e seja reavaliada o mais brevemente possível, em serviço especializado para adequação do esquema de PEP.
- Pessoa exposta seja portadora de hepatite B concomitante.
- Necessidade de utilizar esquemas alternativos [71].

Às lactantes com exposição de risco, deve-se orientar sobre o potencial risco de transmissão do HIV pelo leite materno e, nesses casos, é recomendada a interrupção temporária da amamentação. Durante o período de janela imunológica, deve-se realizar orientação quanto ao cuidado das mamas e extração e descarte do leite ordenhado, além de garantir o fornecimento de leite para a criança pelo Banco de Leite ou por fórmula láctea. Se o exame de controle, na 12ª semana após a exposição, obtiver resultado do teste HIV não reagente, estará autorizada a reintrodução do aleitamento materno [71].

Para as crianças que foram amamentadas por pessoa-fonte com risco de transmissão de HIV, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação, enquanto se realiza investigação diagnóstica. Na criança, deverá ser imediatamente realizado exame de CV e o início da PEP (até 72 horas da última exposição), simultaneamente à investigação diagnóstica [71]. Na criança, também se recomenda a repetição da CV em 2 e 6 semanas após o início da PEP [2].

O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina, cabendo especial atenção a pacientes diabéticos que utilizam metformina (dose máxima: 1 g/dia) [71].

Outras medidas incluem cuidados com o local (ferida), como lavar o local exposto com água e sabão ou apenas com água ou soro fisiológico, caso seja mucosa. Não realizar procedimentos que aumentem a área exposta. Importante realizar contracepção de emergência nos casos indicados, tratar outras IST, e realizar imunização para tétano e hepatite B, quando não imunizado ou com imunização incompleta [71].

Seguimento

O acompanhamento clínico-laboratorial da pessoa exposta deve levar em consideração a avaliação de medos e expectativas pós-exposição de risco ao HIV, a toxicidade dos ARV, a testagem para HIV, a avaliação laboratorial e a manutenção de medidas de prevenção combinada do HIV [71].

Deve-se orientar o retorno à unidade de saúde, caso apresente efeitos adversos da medicação. Quando presentes, os sintomas costumam ser inespecíficos, leves e autolimitados e, na maioria das vezes, não há necessidade de suspensão da PEP [71].

Há, ainda, indicação de monitoramento ativo de sinais e de sintomas compatíveis com infecção retroviral aguda, outras IST (para pessoas com exposição sexual) e hepatites virais agudas durante o seguimento. As indicações de exames laboratoriais no início da PEP e no seguimento devem ser adequadas às condições de saúde pré-existentes da pessoa exposta e à toxicidade conhecida dos ARV indicados para PEP. A realização dos exames não deve condicionar o início da PEP. O seguimento laboratorial é descrito no [quadro 13](#). Testagem para HIV deve ser feita no início da PEP, repetida em 30 dias e em 3 meses [71].

Quadro 13 – Exames de avaliação inicial e seguimento de profilaxia pós-exposição.

Exame	Tempo em relação à exposição				
	Primeiro atendimento	Avaliação de efeitos adversos	4 a 6 semanas	3 meses	4 a 6 meses
TR para HIV (ou anti-HIV)	X		X	X	
TR para hepatite C (ou anti-HCV)	X		X ¹		X ¹
TR para hepatite B (ou HBsAg)	X		X ²	X ²	
TR para sífilis (ou teste treponêmico) ³	X		X		
Creatinina ⁴	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal.	X			
AST, ALT ⁴		X			
Anti-HBs ⁵	X				X
Anti-HAV IgM e IgG ou total ⁶	X				
Carga viral do HCV (HCV-RNA) ¹	Testar se anti-HCV reagente no 1º atendimento.		X		X
Testagem para <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i> ⁷	X		X		
Teste de gravidez ⁸	X		X		

¹O seguimento quanto a infecção pelo HCV deve ser realizado quando a pessoa-fonte tiver exame positivo para HCV (TR, anti-HCV ou HCV-RNA), ou em casos de pessoa-fonte com exames não reagentes/negativos, mas com vínculo epidemiológico ou clínica sugestiva de infecção aguda. Casos de fonte desconhecida devem ser avaliados individualmente quanto ao seguimento, com base na gravidade da exposição e na probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo vírus da hepatite C.

²O seguimento com teste rápido para hepatite B somente deve ser realizado se o paciente não for imune (anti-HBs não reagente), ou se não realizou profilaxia adequada (vacina e/ou imunoglobulina quando indicada), especialmente se houver sinais ou sintomas de hepatite B aguda durante o seguimento (alterações de prova de função hepática, icterícia, náusea, vômito).

³Apenas em casos de exposição sexual: repetir em 4 a 6 semanas, se teste inicial negativo ou não realizado.

⁴Exames recomendados apenas em pacientes com indicação de PEP. Em pacientes que vão realizar PEP com AZT, recomenda-se solicitar também hemograma completo no primeiro atendimento (se suspeita de anemia) e no seguimento. Para pacientes com diabetes, recomenda-se realização de glicemia de jejum no 1º atendimento e no seguimento. Caso não haja possibilidade de realização dos exames no tempo 0, isso não deve postergar o início da PEP, nesse caso, os exames devem ser solicitados apenas no seguimento.

⁵O anti-HBs está indicado para casos com HBsAg não reagente, para avaliar suscetibilidade e indicação de (re)vacinação. Repetir em 30 a 60 dias após completo o esquema vacinal, quando indicado.

⁶Apenas em casos de exposição sexual: anti-HAV IgG ou total para avaliar suscetibilidade. Anti-HAV IgM deve ser solicitado se suspeita clínica de infecção aguda.

⁷Apenas para casos de exposição sexual. Preferencialmente uso de PCR (*swab* ou urina), quando esse método diagnóstico estiver disponível no serviço de saúde. Repetir o teste no seguimento se o primeiro negativo. Em todas as consultas, investigar presença de sinais e sintomas de IST.

⁸Apenas para casos de exposição sexual com suspeita ou possibilidade de gestação. Repetir em 4 a 6 semanas, se teste inicial negativo ou não realizado.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2021h) [71].

A pessoa em uso de PEP deve ser orientada a manter as medidas de prevenção da infecção do HIV (uso de preservativos, não compartilhar agulhas e seringas, além da contra-indicação da doação de sangue, órgãos, tecidos ou esperma, a importância de evitar a gravidez e de suspender temporariamente a amamentação, até conclusão do caso). Se a infecção pelo HIV for detectada na pessoa exposta durante o acompanhamento da PEP, o esquema ARV deve ser mantido e deve-se iniciar a avaliação inicial da infecção pelo HIV [71].

Nos casos com exposição de risco, mas sem indicação de PEP, deve-se orientar medidas de prevenção combinadas, manter vigilância sobre sinais de sintomas de infecção aguda pelo HIV, além de sintomas de IST e hepatites virais agudas, e realizar o seguimento sorológico, conforme o [quadro 13](#) [71].

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

A PrEP de risco à infecção pelo HIV consiste no uso de antirretrovirais, na modalidade de uso diário ou sob demanda (para populações específicas), para diminuição do risco de transmissão do HIV. Essa estratégia demonstrou ser eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de adquirir a infecção [64,74].

A PrEP deve ser considerada para pessoas a partir de 15 anos, com peso igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e com risco aumentado de serem expostas ao HIV, em relação à população geral. Algumas populações são consideradas prioritárias para avaliação de PrEP, por terem uma prevalência maior de infecção pelo HIV ([quadro 14](#)). Contudo, o pertencimento a um dos segmentos populacionais-chave não é suficiente para caracterizar indivíduos com frequentes situações de exposição ao HIV. A PrEP também deve ser considerada para outras pessoas sem infecção pelo HIV, não pertencentes às populações prioritárias, conforme suas práticas sexuais, número de parcerias, uso irregular de preservativos, ou qualquer outro contexto de alto risco de exposição ao vírus HIV. É necessário que as pessoas demonstrem interesse e motivação em relação ao uso da profilaxia [64]. O [quadro 15](#) indica as condições de risco aumentado de infecção pelo HIV [64].

Quadro 14 – Populações consideradas prioritárias para uso de PrEP.

- Profissionais do sexo;
- gays e homens que fazem sexo com homens;
- mulheres trans e travestis;
- pessoas que usam drogas (exceto maconha e álcool);
- pessoas que mantêm relação sexual recorrente com pessoas que vivem com HIV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022i) [64].

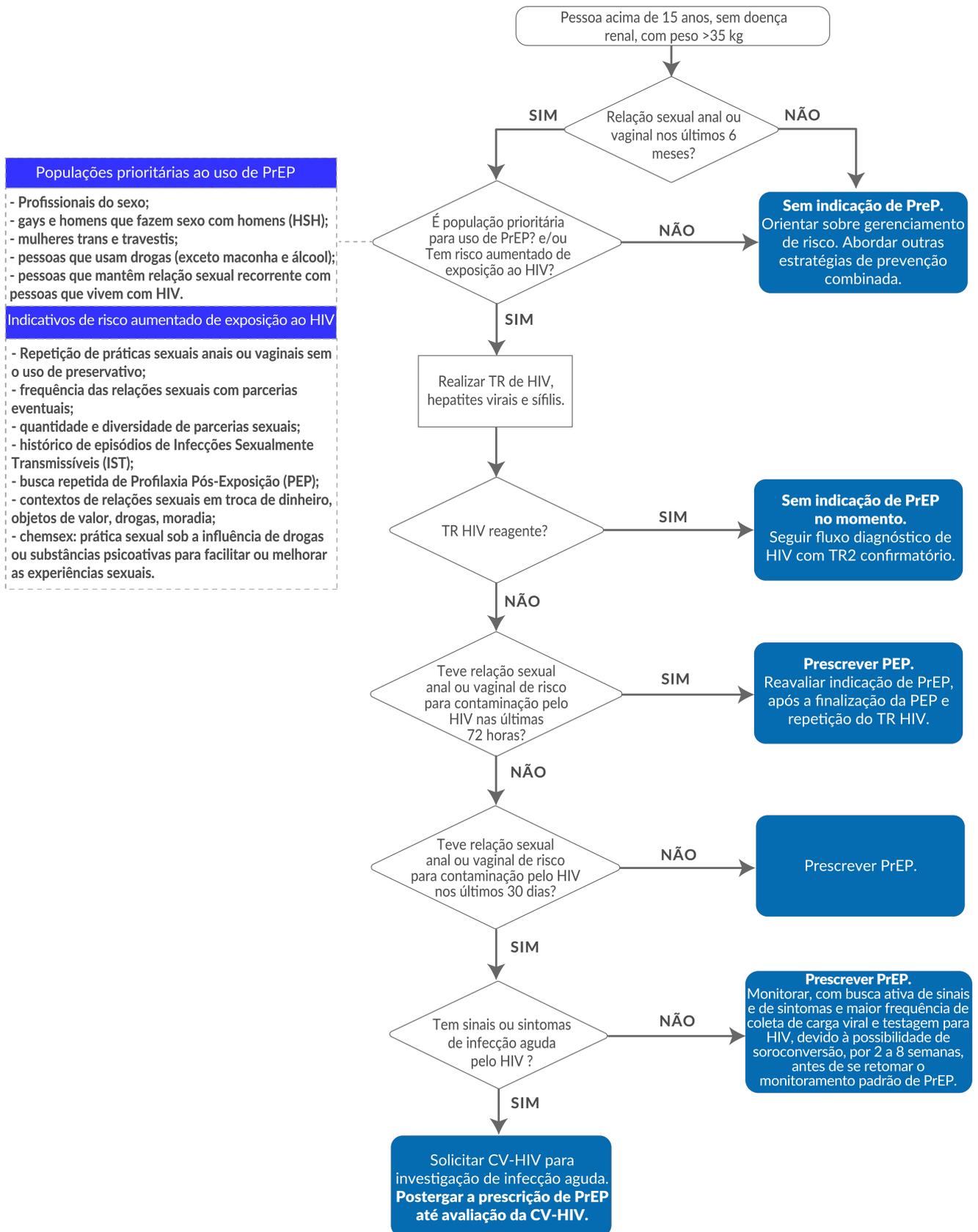
Quadro 15 – Indicativos de risco aumentado de exposição ao HIV.

- Repetição de práticas sexuais anais ou vaginais, sem o uso de preservativo;
- frequência das relações sexuais com parcerias eventuais;
- quantidade e diversidade de parcerias sexuais;
- histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- busca repetida de Profilaxia Pós-Exposição (PEP);
- contexto de relações sexuais em troca de dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia;
- *chemsex*: prática sexual sob a influência de drogas ou substâncias psicoativas para facilitar ou melhorar as experiências sexuais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022i) [64].

A [figura 3](#) resume as indicações de PrEP.

Figura 3 – Avaliação para uso de PrEP.



CV-HIV: exame de carga viral do HIV ; PEP: profilaxia pós-exposição; PrEP: profilaxia pré-exposição, TR HIV: teste rápido de HIV; TR2: segundo teste rápido de HIV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022i) [64].

As evidências científicas atuais corroboram para a afirmação de que não há transmissibilidade do HIV por via sexual, quando uma pessoa vivendo com HIV está sob TARV há mais de 6 meses, apresenta carga viral indetectável e não tem nenhuma outra IST [59]. No entanto, entende-se que a PrEP pode ser utilizada pela parceria soronegativa, como forma complementar de prevenção em casos de relato frequente de sexo sem uso de preservativo ou múltiplas parcerias, e para o planejamento reprodutivo de casais sorodiferentes. A PrEP pode ser utilizada com segurança por gestantes e lactantes [59].

A modalidade da **PrEP sob demanda** pode ser ofertada para homens cisgêneros e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer, que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol e que tenham uma frequência menor de relações sexuais. Além disso, devem preencher todos os seguintes critérios [6,74]:

- considerar a PrEP sob demanda mais conveniente; **E**
- ter habitualmente relação sexual com frequência menor do que 2 vezes por semana; **E**
- conseguir planejar quando a relação sexual ocorrerá e/ou poder antecipar (ou retardar) a relação sexual, para permitir o uso da dose inicial recomendada, entre 2 e 24 horas antes da relação sexual.

Para indivíduos desses grupos que tenham práticas sexuais mais frequentes, segue sendo recomendado o uso de PrEP oral diária [74]. As demais populações também devem utilizar a modalidade diária [74].

O esquema de PrEP sob demanda não deve ser prescrito nos seguintes casos [74]:

- pessoa que não seja homem cisgênero ou pessoa trans designada como sexo masculino ao nascer;
- pessoa do grupo elegível que esteja em uso de hormônios à base de estradiol;
- pessoa do grupo elegível que tenham dificuldade em compreender ou gerir o regime posológico 2+1+1, uma vez que pode ser mais complexo que o esquema de uso diário;
- pessoa utilizando a associação de tenofovir alafenamida + entricitabina (TAF/FTC), uma vez que o uso dessa associação no regime posológico 2+1+1 não foi estudado até o momento. Essa associação de antirretrovirais atualmente não se encontra disponível no SUS.

As contraindicações gerais ao uso da PrEP são: pessoas já infectadas pelo HIV, ou aquelas com taxa de filtração glomerular (TFG) estimada abaixo de 60 mL/min [64]. Os pacientes com diagnóstico de hepatite B e/ou C crônica não têm contraindicação ao uso de PrEP. Em pessoas com diagnóstico de hepatite B crônica com indicação de PrEP, recomenda-se, preferencialmente, a PrEP oral diária, pela possibilidade de indução de resistência do vírus da Hepatite B ao tenofovir com o uso intermitente do mesmo [74].

Avaliação inicial para PrEP

Na primeira consulta de PrEP, além de teste rápido para HIV, deve-se realizar a testagem para sífilis, hepatites B e C (preferencialmente por teste rápido), pesquisa para clamídia e gonorreia por biologia molecular (quando disponível), e avaliação da TFG com dosagem de creatinina [64].

Deve-se avaliar se houve alguma exposição de risco ao HIV nas últimas 72 horas, a fim de definir se há necessidade de Profilaxia Pós-exposição (PEP). Caso haja indicação de PEP, deve-se prescrevê-la inicialmente. Mais informações sobre PEP no capítulo sobre PEP. Após a finalização da PEP, a indicação de PrEP deve ser revista e, se a nova testagem de HIV for negativa, a PrEP pode ser iniciada imediatamente [64].

As pessoas com indicação para PrEP e sem exposição de risco recente poderão iniciar a profilaxia mediante testagem negativa do HIV, sem necessidade de aguardar o resultado dos demais exames, que devem ser vistos na consulta de retorno, em 30 dias [64].

As pessoas com exposição de risco nos últimos 30 dias devem ser orientadas quanto à possibilidade de infecção pelo HIV, mesmo com resultado não reagente nos testes realizados. Nesses casos, deve-se investigar a presença de sinais e sintomas de infecção viral aguda. Caso eles estejam presentes, há indicação de realizar exame de carga viral para HIV e postergar o início da PrEP até elucidação diagnóstica. Se confirmada a infecção pelo HIV, a PrEP não está mais indicada [64]. A tabela 1 resume os principais sinais e sintomas de infecção viral aguda pelo HIV e sua frequência.

Esperar, todavia, que a pessoa esteja fora do período de janela imunológica para iniciar a PrEP pode aumentar o risco de novas exposições. Portanto, os indivíduos com uma exposição de risco no período entre 72 horas e 30 dias, que tenham alto risco de infecção pelo HIV (quadro 15), e cujo teste rápido de HIV seja negativo, podem iniciar a PrEP, desde que não apresentem sinais ou sintomas de infecção aguda pelo HIV ([tabela 1](#)). Esses casos devem ser monitorados, com busca ativa de sinais e sintomas e maior frequência de coleta de carga viral e testagem para HIV, devido à possibilidade de soroconversão, por 2 a 8 semanas, antes de se retomar o monitoramento padrão de PrEP [64].

Tabela 1 – Sinais e sintomas mais frequentes de infecção aguda pelo HIV/ Síndrome Retroviral Aguda.

Sinais ou sintomas	Frequência
Febre	75%
Fadiga/mal-estar	68%
Mialgias	49%
Exantema	48%
Cefaleia	45%
Faringite	40%
Linfadenopatias	39%
Artralgias	30%
Sudorese noturna	28%
Diarreia	27%

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Sax (2022) e Brasil (2022i) [4,64].

Prescrição

A PrEP é realizada com 1 comprimido combinado de Tenofovir 300 mg associado a Entricitabina 200 mg (TDF/FTC). Existem dois esquemas de prescrição de PrEP oral disponíveis no Brasil: a PrEP diária e a PrEP sob demanda [74].

A PrEP diária é realizada com o esquema de [64]:

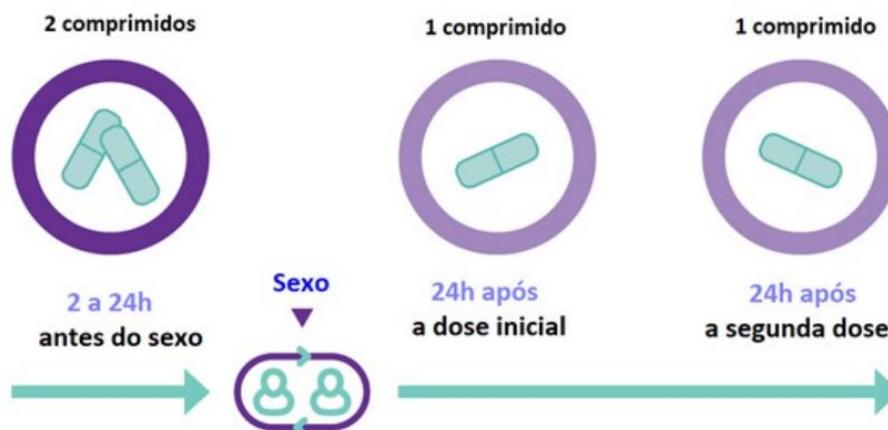
- dose de ataque de 2 comprimidos de TDF/FTC no primeiro dia de uso, seguido de:
- dose fixa combinada de TDF/FTC, 1 comprimido/dia, em uso contínuo.

Deve-se orientar que são necessários 7 dias de uso da medicação para atingir níveis de proteção ideais. Antes desse período, outras medidas preventivas devem ser utilizadas [74,75].

A PrEP sob demanda é realizada com o esquema 2 + 1 + 1, conforme a [figura 4](#):

- dose de ataque de 2 comprimidos com TDF/FTC, de 2 a 24 horas antes da relação sexual, seguido de:
- 1 comprimido, 24 horas depois da primeira dose;
- 1 comprimido, 24 horas após a segunda dose.

Figura 4 – Esquema posológico 2+1+1 para PrEP sob demanda.



Fonte: Brasil (2022k) [74].

É possível alternar entre o uso de PrEP diária e sob demanda, conforme as circunstâncias e o estilo de vida de cada indivíduo, levando em consideração a frequência, a previsibilidade e a possibilidade de planejamento de quando ocorrerá a relação sexual. Se a pessoa em uso de PrEP sob demanda for ter relação sexual nos dias subsequentes da realização do esquema 2+1+1, deve ser orientada a seguir tomando 1 comprimido por dia, enquanto estiver mantendo relações sexuais, e a parar de tomar o medicamento somente depois de 2 dias após o último ato sexual [74].

Na primeira prescrição, um [formulário de cadastro](#) deve ser preenchido [76]. A medicação também deve ser prescrita em [documento específico](#). A dispensação é feita pelas Unidades Dispensadoras de

Medicamento (UDM). Para visualizar as UDM do estado do Rio Grande do Sul, [clique aqui](#) [23]. Nas UDM também podem ser dispensados autotestes de HIV para distribuição pelo paciente (mediante indicação no documento de prescrição). Essa é uma estratégia para ampliação de testagem de pares e parcerias que ainda não acessaram o sistema de saúde [64].

No âmbito do SUS, a PrEP pode ser prescrita por profissionais médicos e enfermeiros, devidamente capacitados, como uma medida para ampliação do acesso à PrEP [64]. A prescrição pela enfermagem está autorizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), desde que esteja prevista em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pelas instituições [77].

Antes da prescrição de PrEP é importante verificar interações medicamentosas com medicações de uso contínuo. Informações sobre interação entre TDF/FTC e outros medicamentos podem ser obtidas na página <<http://www.hiv-druginteractions.org>>. A PrEP não afeta a eficácia dos contraceptivos e repositores hormonais, assim como os contraceptivos e repositores hormonais não afetam a eficácia da PrEP [64].

Apesar de não haver contraindicação ao uso concomitante de PrEP e hormônios em pessoas trans, alguns estudos apontaram para uma menor concentração de tenofovir em mucosa retal de mulheres transexuais em hormonização, levantando a possibilidade de redução da eficácia da PrEP nessa população [78,79]. Contudo, em análise *post hoc*, a redução da concentração do tenofovir foi ligada a adesão insuficiente nesse subgrupo [80]. Adicionalmente, estudos menores e mais recentes não demonstraram redução da eficácia da PrEP nessa população, mesmo em uso de terapias hormonais [81]. Portanto, considera-se que, neste momento, a otimização da adesão à PrEP diária é a ferramenta mais importante para o sucesso da profilaxia nessa população [64].

Seguimento clínico e laboratorial

Pessoas usuárias de PrEP devem realizar seguimento periódico, que é o mesmo para pacientes na modalidade diária ou sob demanda. A primeira avaliação após o início da medicação deve ser em até 30 dias (entre 20 e 25 dias), e, depois, se estável, a cada 90 dias. Um seguimento mais próximo pode ser necessário, caso haja sintomas de IST, de SRA, eventos adversos da medicação, ou alterações nos exames de seguimento. O serviço de saúde deve estar aberto para atendimentos não programados, caso haja intercorrências durante o uso da PrEP [64,82].

Em todas as consultas para PrEP (inicial e seguimento), é necessário realizar novo exame para HIV por teste rápido (preferencialmente), ou sorologia, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma [64].

O [quadro 16](#) descreve a abordagem e exames no seguimento de pacientes em uso de PrEP.

Quadro 16 – Abordagem e exames de seguimento pelo uso da PrEP.

Ação / Tempo após o início da PrEP	Primeira Consulta	Retorno em até 30 dias	3 meses	6 meses	1 ano
Avaliar e reforçar adesão.		x	x	x	x
Avaliar comportamentos de risco e reforçar a redução de danos.	x	x	x	x	x
Avaliar efeitos colaterais.		x	x	x	x
Avaliar sinais e sintomas compatíveis com SRA (tabela 1).	x	x	x	x	x
Avaliar sinais e sintomas de IST.	x	x	x	x	x
Testar para HIV.	x	x	x	x	x
Solicitar creatinina e calcular a TFG ¹ .	x			x (com fatores de risco)	x (sem fatores de risco)
Testar para sífilis.	x		x	x	x
Coletar PCR para clamídia e gonococo.	x			x	
Testar gravidez.	x	x	x		
Testar para Hepatite B ² .	x				x (se anti-Hbs negativo)
Testar para Hepatite C ³ .	x		x	x	x

TFG: taxa de filtração glomerular; IST: infecção sexualmente transmissível; SRA: síndrome retroviral aguda.

¹Para o cálculo da TFG, o método CKD-EPI é o preferido, pois é o método mais acurado e fácil de calcular. *Se não foi possível avaliar na primeira consulta, a creatinina pode ser coletada no primeiro dia, e seu resultado avaliado no retorno de 30 dias.

**Se o paciente tiver menos de 50 anos, não tiver fatores de risco para perda de função renal (diabetes, hipertensão arterial sistêmica, proteinúria e história prévia de insuficiência renal) e tiver uma TFG inicial ≥ 90 mL/min, pode-se realizar a avaliação da função renal anualmente [64].

² Caso a vacina da Hepatite B seja realizada na primeira consulta, é indicado solicitar Anti-HBS 1 mês após a última dose.

³ O seguimento dos indivíduos que já realizaram o tratamento para hepatite C e que obtiveram a resposta virológica sustentada deve ser realizado por meio da dosagem semestral de alanina aminotransferase (ALT/TGP) e coleta de HCV-RNA. O último nas seguintes situações: i) no caso de alteração de ALT/TGP; ii) a cada 12 meses, mesmo que não haja alteração de ALT; iii) em situações de exposição de risco à infecção pelo HCV [64].

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2022i), Mayer e Krakower (2022) [64,82].

A vacinação para Hepatite B está recomendada em todos os adultos não imunizados e é prioritária na população com indicação de PrEP. A vacinação de hepatite A deve ser recomendada caso o paciente seja suscetível (anti-HAV IgG ou anti-HAV total não reagente), conforme disponibilidade local [64,83].

Critérios para interrupção da PrEP

As situações descritas abaixo indicam interrupção da PrEP [64]:

- diagnóstico de infecção pelo HIV;
- desejo da pessoa de não mais utilizar o medicamento;
- mudança no contexto de vida, com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção;
- persistência ou ocorrência de eventos adversos relevantes;
- baixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão.

Antes da interrupção da PrEP, recomenda-se que o usuário mantenha o uso da profilaxia por um período mínimo após a última relação sexual com risco de infecção pelo HIV, conforme descrito no [quadro 17](#) [74].

Quadro 17 – Tempo necessário para interrupção de PrEP oral com segurança.

População	Tempo para interrupção segura
Homens cisgêneros ou pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer, que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 1 comprimido por dia, por 2 dias após a última prática sexual.
Mulheres cis, pessoas trans designadas como sexo feminino ao nascer, OU Homens cisgêneros e pessoas trans designadas como sexo masculino ao nascer, que façam uso de hormônios à base de estradiol.	Tomar 1 comprimido por dia, por 7 dias após a última prática sexual.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brasil (2022k) [74].

No momento da decisão de descontinuação da PrEP, deve-se documentar o *status* sorológico da pessoa que estava em uso da profilaxia, a sua adesão até então, as razões para a interrupção do medicamento e possíveis situações de risco [64].

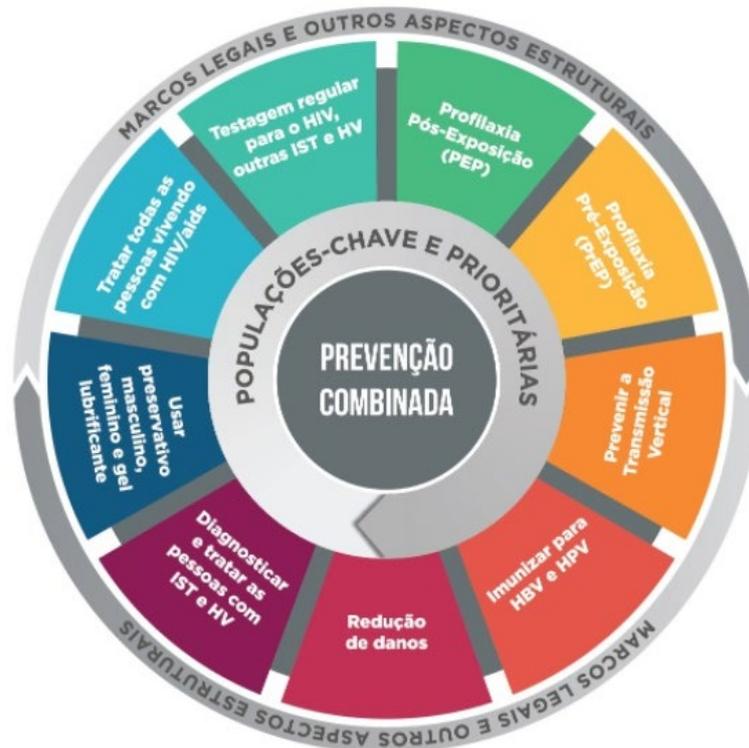
Se a pessoa desejar reiniciar a profilaxia após um período de interrupção, é necessário realizar novamente a abordagem inicial, verificar critérios de elegibilidade e reintroduzir o medicamento [64].

Pacientes com hepatite B crônica devem ser avaliados quanto à indicação de tratamento para HBV antes da interrupção da PrEP, a fim de evitar uma possível reativação do HBV, ou descompensação hepática. Também se deve avaliar a necessidade de manutenção do tratamento com tenofovir, após interrupção da PrEP [64].

Prevenção Combinada à infecção pelo HIV

A PrEP compõe uma das estratégias no contexto de prevenção combinada. A prevenção combinada envolve o uso “combinado” de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método ao outro [64]. As estratégias estão descritas na mandala da Prevenção Combinada, conforme a [figura 5](#).

Figura 5 – Mandala da Prevenção Combinada.



Fonte: UNAIDS (2022) [84].

Encaminhamento ao Serviço de Assistência Especializada (SAE)

Pessoas que vivem com HIV com imunodeficiência leve e sem os critérios abaixo podem ser acompanhadas e tratadas na atenção primária, sem prejuízo ao seu cuidado. Essas situações são identificadas no momento do diagnóstico, ou em pessoas que recebem alta ambulatorial do SAE [36].

As seguintes condições clínicas e laboratoriais devem ser avaliadas o mais brevemente possível no SAE em HIV/aids:

- imunodeficiência avançada ou moderada e/ou $CD4 < 200$ céls/mm³ (inclui pacientes com doenças definidoras de aids e infecções oportunistas, ver [quadro 18](#) e [quadro 19](#));
- neoplasia não definidora de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia;
- contraindicação ao esquema antirretroviral de primeira linha (por resistência evidenciada em genotipagem, histórico de uso prévio de esquema de segunda ou terceira linha, comorbidades ou interações medicamentosas);
- falha terapêutica comprovada após trabalhada a adesão;
- intolerância ao esquema antirretroviral de primeira linha por efeitos adversos, após tentativa de manejo do efeito adverso;
- coinfeção com vírus da Hepatite C ou B;

- coinfeção com tuberculose ou indicação de ILTB com rifampicina ([quadro 8](#));
- suspeita ou diagnóstico de neurosífilis (após avaliação em serviço de emergência, se necessário) (ver [quadro 9](#) para recomendação de punção líquórica em pessoas coinfectadas com sífilis e HIV);
- PVHIV e comorbidades graves como:
 - doença renal crônica (TFG < 60 mL/min/1,73m² ou proteinúria); ou
 - cardiomiopatia (insuficiência cardíaca classe III e IV, cardiomiopatia isquêmica, outras cardiomiopatias); ou
 - alterações neurológicas ou psiquiátricas – quadros demenciais, depressão grave, transtorno de humor bipolar, esquizofrenia, outras condições neurológicas ou psiquiátricas incapacitantes ou de difícil manejo medicamentoso por interações com a TARV;
- gestantes (cuidado compartilhado entre atenção básica e SAE);
- crianças;
- preocupação do paciente relativa ao sigilo da doença e local de atendimento na APS (após explicado sobre questões éticas e reforçado o ambiente de segurança da unidade de saúde) [36].

Embora o tratamento de alguns pacientes seja realizado no SAE, a equipe de saúde deve estar atenta para coordenar o cuidado dos pacientes que lá estão em acompanhamento, reforçando adesão farmacológica, orientações sobre eventos adversos, vacinações e demais cuidados integrais para PVHIV [2,36].

Em casos de imunossupressão grave comprovada por infecções oportunistas ou outras doenças definidoras de aids, o paciente não necessita aguardar o resultado da contagem de CD4/CV para encaminhamento ao serviço especializado [2,36].

Critérios para acompanhamento e tratamento na APS de pessoas em uso de TARV com esquema de 1º linha, após alta ambulatorial do SAE:

- morbidades possíveis de serem acompanhadas na APS; e
- 2 cargas virais indetectáveis consecutivas com intervalo de 6 meses; e
- CD4 ≥ 200 céls/mm³ [36].

Quadro 18 – Manifestações de imunodeficiência avançada (doença definidora de aids).

- Síndrome consumptiva associada ao HIV (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual) associada à diarreia crônica (dois ou mais episódios por dia, com duração \geq 1 mês) ou fadiga crônica e febre \geq 1 mês
- Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*
- Pneumonia bacteriana recorrente (2 ou mais episódios em 1 ano)
- Herpes simples com úlceras mucocutâneas (duração $>$ 1 mês), ou visceral em qualquer localização
- Candidíase esofágica ou de traqueia, brônquios ou pulmões
- Tuberculose pulmonar e extrapulmonar
- Sarcoma de Kaposi
- Doença por citomegalovírus (retinite ou outros órgãos, exceto fígado, baço ou linfonodos)
- Neurotoxoplasmose
- Encefalopatia pelo HIV
- Criptococose extrapulmonar
- Infecção disseminada por micobactérias não *M. tuberculosis*
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Criptosporidiose intestinal crônica (duração $>$ 1 mês)
- Isosporíase intestinal crônica (duração $>$ 1 mês)
- Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidioidomicose)
- Septicemia recorrente por *Salmonella* não *thyphi*
- Linfoma não-Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central
- Carcinoma cervical invasivo
- Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite ou miocardite)
- Leishmaniose atípica disseminada
- Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV

Fonte: Brasil (2018a) [2].

Quadro 19 – Manifestações de imunodeficiência moderada.

- Perda de peso inexplicada ($>$ 10% do peso)
- Diarreia crônica por mais de 1 mês
- Febre persistente inexplicada por mais de 1 mês ($>$ 37,6 °C, intermitente ou constante)
- Candidíase oral persistente
- Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia
- Leucoplasia pilosa oral
- Tuberculose pulmonar
- Infecções bacterianas graves (por ex.: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave)
- Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante
- Anemia inexplicada ($<$ 8 g/dL), neutropenia ($<$ 500 céls/mm³) e/ou trombocitopenia crônica ($<$ 50.000 céls/mm³)
- Angiomatose bacilar
- Displasia cervical (moderada ou grave)/carcinoma cervical in situ
- Herpes zoster (\geq 2 episódios ou \geq 2 dermatomos)
- Listeriose
- Neuropatia periférica
- Púrpura trombocitopênica idiopática

Fonte: Brasil (2018a) [2].

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>. Acesso em: 27 jan. 2023.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view. Acesso em: 23 jan. 2023.
3. DYNAMED. **Acute HIV infection**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 5 mar. 2021. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/acute-hiv-infection#RATES_OF_SYMPTOMATIC_PRESENTATION. Acesso em: 27 jan. 2023.
4. SAX, P. E. **Acute and early HIV infection: clinical manifestations and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 18 abr. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 23 jan. 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 23 jan. 2023.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://www.pncq.org.br/uploads/2018/manual_tecnico_hiv_20_09_2018_web.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html. Acesso em: 27 jan. 2023.
8. DYNAMED. **Overview of HIV infection**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 5 out. 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114424>. Acesso em: 23 jan. 2023.
9. EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY. **Guidelines**. Bruxelas: EACSociety, out. 2022. (Versão 11.1). Disponível em: https://www.eacsociety.org/media/guidelines-11.1_final_09-10.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.
10. LIBMAN, H.; POLLACK, T. M. **Initial evaluation of adults with HIV**. Waltham (MA): UpToDate, 30 jun. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-of-adults-with-hiv>. Acesso em: 27 jan. 2023.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.
12. DYNAMED. **Initial evaluation of the patient with HIV**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 5 out. 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/evaluation/initial-evaluation-of-the-patient-with-hiv-2>. Acesso em: 27 jan. 2023.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado Integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.
14. CURRIER, J. S. **Management of cardiovascular risk (including dyslipidemia) in patients with HIV**. Waltham (MA): UpToDate, 11 fev. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-cardiovascular-risk-including-dyslipidemia-in-patients-with-hiv>. Acesso em: 23 jan. 2023.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite**. Brasília, DF: CNITEC, 2019b. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/relatorio_pcdd_dislipidemia_cp04_2019.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.
16. WEINBERG M.; SCHAMBELAN M. **Bone and calcium disorders in patients with HIV**. Waltham (MA): UpToDate, 6 jan. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/bone-and-calcium-disorders-in-patients-with-hiv>. Acesso em: 26 jan. 2023.
17. ABERG, A. J. et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV medicine association of the Infectious Diseases Society of America. **Clinical Infectious Diseases**, v. 58, n. 1, p. 1-34, jan. 2014. DOI: 10.1093/cid/cit665. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24235263/>. Acesso em: 23 jan. 2023.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: INCA, 2016a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 23 jan. 2023.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes para a detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2015a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 12 jan. 2023.
20. SAX, P. E. **When to initiate antiretroviral therapy in persons with HIV**. Waltham (MA): UpToDate, 30 mar. 2022. <https://www.uptodate.com/contents/when-to-initiate-antiretroviral-therapy-in-persons-with-hiv>.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Nota Técnica nº 534/2022-CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre reforço na recomendação de início imediato de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/aids, independente do estágio clínico/imunológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/notas-informativas/nota-tecnica-no-534-2022-cgahv-dcci-svs-ms/view>. Acesso em: 26 jan. 2023.
22. SICLOM. **Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos) , Gestante e Adulto**. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/NOVO_SOLICITA%C3%87%C3%83O_TRATAMENTO_ADULTO_AGOSTO_2021.pdf. Acesso em: 26 jan. 2023.
23. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Unidades Dispensadoras de Medicamentos ARV**. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, ago. 2012. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/26144122-unidades-dispensadoras-de-medicamentos.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Ofício Circular nº 47/2019/CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. Assunto: substituição do ofício circular no 46/2019/CGAHV/DCCI/SVS/MS – Ampliação do uso de dolutegravir (DTG) 50mg 2X/dia para paciente com coinfeção tuberculose e HIV em uso de rifampicina 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 6 dez. 2019c. Disponível em: https://siclom.aids.gov.br/informativo/Informe%20n%C2%BA%2001_20%20-%20Of%C3%ADcio%20circular%2047_19%20-%20DTG%20para%20coinfec%20TB.HIV.pdf. Acesso em:
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Ofício Circular nº 3/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. Assunto: Atualizar as recomendações sobre a coadministração de Dolutegravir (DTG) e medicamentos com potencial interação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 jan. 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_portarias/2020/oficio-circular-no-3-2020-cgahv-dcci-svs-ms/view. Acesso em: 23 jan. 2023.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Preservação e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Coordenação de Vigilância das IST, AIDS e Hepatites Virais. **Nota Informativa nº 03/2018 – COVIG/CGVP/.DIAHV/SVS/MS**. Apresenta as recomendações de substituição (switch) de esquemas de terapia antirretroviral contendo ITRNN ou IP/r por dolutegravir, para pessoas vivendo com HIV com supressão viral maiores de 12 anos de idade. Brasília, DF, 10 abr. 2018c. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/informes/Informe%2009_18%20-%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA%2003_18%20switch%20de%20esquemas%20com%20ITRNN%20e%20IP.r%20por%20DTG.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Nota Informativa nº 22/2021-CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre as recomendações para utilização de terapia dupla para Pessoas Vivendo com HIV (>18 anos). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Nota%20Informativa%20N%C2%BA%2022-2021-CGAHV_DCCI_SVS_MS.pdf. Acesso em: 26 jan. 2023.
28. WOLFE, C. **Immune reconstitution inflammatory syndrome**. Waltham (MA): UpToDate, 29 ago. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/immune-reconstitution-inflammatory-syndrome>. Acesso em: 26 jan. 2023.
29. NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH AIDS INSTITUTE. **Clinical guidelines program**. New York, 2022. Disponível em: https://cdn.hivguidelines.org/wp-content/uploads/20221007123732/NYSDOH-AI-Selecting-an-Initial-ART-Regimen_10-7-2022_HG.pdf. Acesso em: 26 jan. 2023.
30. PANEL ON ANTIRETROVIRAL GUIDELINES FOR ADULTS AND ADOLESCENTS. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services, 2022. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv>. Acesso em: 26 jan. 2023.
31. DYNAMED. **Antiretroviral Therapy in Adults and Adolescents with HIV Infection**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 27 dez. 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/management/antiretroviral-therapy-in-adults-and-adolescents-with-hiv-infection>. Acesso em: 26 jan. 2023.
32. SAX, P. E. **Patient monitoring during HIV antiretroviral therapy**. Waltham (MA): UpToDate, 15 jun. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/patient-monitoring-during-hiv-antiretroviral-therapy>. Acesso em: 26 jan. 2023.
33. CALIENTO, A. M. **Techniques and interpretation of HIV-1 RNA quantitation**. Waltham (MA): UpToDate, 12 mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/techniques-and-interpretation-of-hiv-1-rna-quantitation>. Acesso em: 26 jan. 2023.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de Monitoramento Clínico setembro 2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/relatorio-de-monitoramento-clinico-setembro-2021/view>. Acesso em: 26 jan. 2023.
35. DAAR, E. S. **Evaluation of the treatment-experienced patient failing HIV therapy**. Waltham (MA): UpToDate, 19 ago. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-treatment-experienced-patient-failing-hiv-therapy>. Acesso em: 26 jan. 2023.

36. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para Infectologia Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 set. 2015 [atualizado em 6 fev. 2020]. Disponível em: 26 jan. 2023.
https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolo_encaminhamento_infectologia_202002_13_004.pdf. Acesso em: 26 jan. 2023.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Manuais n. 84. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 26 jan. 2023.
38. UNIVERSITY OF LIVERPOOL. **HIV drug interactions**. Liverpool: University of Liverpool, 2022. Disponível em: <https://www.hiv-druginteractions.org/>. Acesso em: 26 jan. 2023.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. **Nota Informativa nº 5/2021-CGDR/DCCI/SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 6 jul. 2021d. Disponível em:
<https://www.saude.go.gov.br/files/sistemas/silt/NOTA-INFORMATIVA-N-5-RIFAPENTINA.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/protocolo-de-vigilancia-da-infeccao-latente-pelo-mycobacterium-tuberculosis-no-brasil.pdf/view>. Acesso em: 26 jan. 2023.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Nota Informativa nº 11/2018-DIAHV/SVS/MS**. Recomendação para o tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb) em Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018d. Disponível em:
<http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%2011-2018%20-%20TRATAMENTO%20DA%20ILTV%20EM%20PVHIV.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Dolutegravir para o tratamento de pacientes coinfectados com HIV e tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019d. (Relatório de Recomendação n. 488) Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2019/relatorio_dolutegravir_hiv_tb_cp_49_2019.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.

43. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Portaria nº 53, de 5 de novembro de 2019. Torna pública a decisão de ampliar o uso do dolutegravir para o tratamento de pacientes coinfectados com HIV e tuberculose, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 156, n. 215, p. 195, 6 nov. 2019e.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. **Nota Informativa nº 1/2022-CGDR/.DCCI/SVS/MS**. Disponibilidade da rifapentina para o Tratamento da Infecção Latente pelo Mycobacterium Tuberculosis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 31 Jan 2022d. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-informativas/2022/2022_-_nota_informativa_n_1_2022_disponibilidade_rifapentina.pdf/view. Acesso em:
45. ROMPALO, A. Syphilis in patients with HIV. Waltham (MA): UpToDate, 17 out. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/syphilis-in-patients-with-hiv>. Acesso em: 26 jan. 2023.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf/view>. Acesso em: 26 jan. 2023.
47. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas**: Sífilis: versão digital 2020. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 mar. 2020 [atual. 15 dez. 2020]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: 25 jan. 2023.
48. FLOOD, J. M. *et al.* Neurosyphilis during the AIDS epidemic, San Francisco, 1985-1992. **The Journal of infectious diseases**, v. 177, n. 4, p. 931-940, abr. 1998. Disponível em: <https://academic.oup.com/jid/article/177/4/931/929182>. Acesso em: 25 jan. 2023. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Sociedade Brasileira de Imunizações. **Guia de imunização SBI/SBI – HIV/AIDS 2016-2017**. São Paulo: SBI/SBI, 2016-2017. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/guia-hiv-sbim-sbi-2016-2017-160915b-bx.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.
49. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa nº 01/2017-SVS/MS**. Estabelece recomendações sobre a vacinação contra febre amarela em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-012017-svsm>. Acesso em: 25 jan. 2023.

50. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais** [recurso eletrônico]. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019f. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.
51. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. Gabinete. **Nota Técnica nº 11/2022- SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no11.pdf/view>. Acesso em: 25 jan. 2023.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota informativa nº 4/2021- .DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre a vacina para doença pneumocócica em pessoas vivendo com HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021f. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-informativas/2021/nota-informativa-no-4-2021-dcci-svs-ms/view. Acesso em: 25 jan. 2023.
53. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Ofício nº 810/2022/CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Assunto: Ampliação da faixa etária da vacina HPV quadrivalente para homens com imunossupressão até 45 anos de idade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 jun. 2022f. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/oficio-810-2022-pni-deidt-svs-ms-hpvimunossuprimidoshomens45.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota informativa nº 85/2019- CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. Reforça a recomendação de vacinação para pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Brasília, DF, 17 jul. 2019g. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 23 jan. 2023.
55. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Ofício nº 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS/**. Assunto: ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 3 mar. 2021g. Disponível em: https://mncp.org.br/wp-content/uploads/2021/03/OFICIO_203.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.
56. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022g. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.

57. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view. Acesso em:
58. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota informativa n. 5/2019-.DCCI/SVS/MS.** Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6(seis) meses. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019h. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-informativas/2019/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf/view. Acesso em: 23 jan. 2023.
59. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** 8. ed. Geneva: WHO, 2015. p. 86. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.
60. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota informativa n. 1/2022-CGIST/.DCCI/SVS/MS.** Dispõe sobre as recomendações do uso de dolutegravir em gestantes independentemente da idade gestacional e mulheres vivendo com HIV em idade fértil, com intenção de engravidar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022h. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-informativa-no-1-2022-cgist-dcci-svs-ms/>. Acesso em: 25 jan. 2023.
61. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.
62. ABERG, J. A.; CESPEDES, M. S. **HIV and women.** Waltham (MA): UpToDate, 6 out. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hiv-and-women>. Acesso em: 23 jan. 2023.
63. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022i. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.
64. BRASIL. Sistema De Informação De Agravos De Notificação (SINAN). **Gestante HIV.** Brasília, DF: Sinan, 7 mar. 2016b. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/gestante-hiv>. Acesso em: 25 jan. 2023.

65. PEREIRA, G. F. M. *et al.* Dolutegravir and pregnancy outcomes in women on antiretroviral therapy in Brazil: a retrospective national cohort study. **Lancet HIV**, v. 8, n. 1, p. 33-41, jan. 2021. DOI: 10.1016/S2352-3018(20)30268-X. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33387477/>. Acesso em: 25 jan. 2023.
66. MONEY, D. *et al.* Congenital anomalies following antenatal exposure to dolutegravir: a Canadian surveillance study. **BJOG**, v. 126, n. 11, p. 1338-1345, 3 jul. 2019. DOI:10.1111/1471-0528.15838. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188522/>. Acesso em: 25 jan. 2023.
67. ZASH, R. *et al.* Update on neural tube defects with antiretroviral exposure in the Tsepamo study, Botswana. In: **AIDS 2020 – 23rd INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE**. Virtual, 6-8 jul. 2020. Disponível em: <https://theprogramme.ias2021.org/Abstract/Abstract/2562>. Acesso em: 25 jan. 2023.
68. PANEL ON TREATMENT OF HIV DURING PREGNANCY AND PREVENTION OF PERINATAL TRANSMISSION. Recommendations for the use of antiretroviral drugs during pregnancy and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. Rockville, 30 dez. 2021. Disponível em: https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/Perinatal_GL.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.
69. EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY GUIDELINES. **Guidelines**: version 11.0. Belgium: EACS, out. 2021. Disponível em: https://www.eacsociety.org/media/final2021eacsguidelinesv11.0_oct2021.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.
70. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021h. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pos_exposicao_risco_infeccao_hiv_ist_hepatites_virais_2021.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.
71. TAN, D. H. S. et al. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 189, n. 47, p. E1448-E1458, nov. 2017. Doi 10.1503/cmaj.170494. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29180384/>. Acesso em: 23 jan. 2023.
72. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe nº 11/2022**. Ampliação do uso de Dolutegravir (DTG) para PEP. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 13 abr. 2022j. Disponível em: <http://azt.aids.gov.br/main.html>. Acesso em: 25 jan. 2023.

73. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Nota técnica nº 563/2022-CGAHV/.DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre recomendações e atualizações acerca do uso da Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP) oral, incluindo a modalidade “sob demanda”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022k. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/SEI_MS%20-%200030684487%20-%20Nota%20T%C3%A9cnica%20563.2022.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention**: update to WHO implementation guidance. Geneva: WHO, 27 jul. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694>. Acesso em: 25 jan. 2023.
75. SICLOM. **Formulário de Solicitação de Medicamentos AZT para HTLV**. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php. Acesso em: 25 jan. 2023,
76. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer de Câmara Técnica nº 12/2020/CTAS/COFEN**. Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros. Brasília, DF: Cofen, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/81126_81126.html. Acesso em: 25 jan. 2023.
77. HIRANSUTHIKUL A. et al. Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. **Journal of the International AIDS Society**, v. 22, n. 7, p. e25338, jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31298497/>. Acesso em: 25 jan. 2023.
78. COTTRELL, M. L. et al. Decreased tenofovir diphosphate concentrations in a transgender female cohort: implications for human immunodeficiency virus preexposure prophylaxis. **Clinical Infectious Diseases**, v. 69, n. 12, p. 2201-2204, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30963179/>. Acesso em: 23 jan. 2023.
79. DEUTSCH, M. B. et al. HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a subgroup analysis of the iPrEx. **Lancet HIV**, v. 2, p. e512-e519, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26614965/>. Acesso em: 23 jan. 2023.
80. BERG CATTANI, V. et al. No impact of feminizing hormone therapy on daily oral pre-exposure prophylaxis effectiveness among Brazilian trans women vulnerable to HIV infection: the PrEPParadas Study. In: **INTERNATIONAL AIDS SOCIETY CONFERENCE ON HIV SCIENCE**, 11, p. 18-21, jul. 2021, Berlim. Abstracts [...]. Berlim: IAS, 2021.
81. MAYER, K. H.; KRAKOWER, D. **Administration of pre-exposure prophylaxis against HIV infection**. Waltham (MA): UpToDate, 18 jul. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/administration-of-pre-exposure-prophylaxis-against-hiv-infection>. Acesso em: 23 jan. 2023.

82. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa nº 10/2018 - COVIG/CGVP/.DCCI/SVS/MS.** Ampliação da indicação do uso da vacina Hepatite A para pessoas que tenham prática sexual com contato oral-anal (com priorização de gays e homens que fazem sexo com homens - HSH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018e. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-102018-covigcgvpdiahvsms>. Acesso em: 23 jan. 2023.
83. UNAIDS BRASIL. **Prevenção Combinada.** Brasília, DF: Unaid Brasil, 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/prevencao-combinada/>. Acesso em: 23 jan. 2023.

Apêndices

A. Ficha de notificação para o HIV e aids. Link:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/Aids_adulto_v5.pdf

B. Ficha de notificação para gestante vivendo com HIV. Link:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/GestanteHIV/Gestante_HIV_v5.pdf

C. Formulários específicos para solicitação de linfócitos T CD4/CD8 e carga viral. Link:

http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php

D. Formulário específico para solicitação de genotipagem. Link:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/formulario-de-solicitacao-sistema-e-informacao-para-rede-de-genotipagem-sisgeno-29122017>

E. Formulário específico para prescrição de terapia antirretroviral. Link:

http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/NOVO_SOLICITA%C3%87%C3%83O_TRATAMENTO_ADULTO_AGOSTO_2021.pdf

F. Formulário específico para prescrição de PEP. Link:

[http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicitação_Medicamentos_Profilaxia.p
df](http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Solicitação_Medicamentos_Profilaxia.pdf)

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br



0800 644 6543

