

EBSERH - MEC

Universidade de Brasília - UnB

Hospital Universitário de Brasília - HUB

HIV - AIDS

Terapia Antirretroviral



Prof. PhD. Hugo Campos

Brasília, 2019.

Panorama do Brasil

- Taxa de prevalência de HIV na população
 - População geral – 0,4%
 - Homens – 0,5%
 - Mulheres – 0,3%
 - HSH (Homens que fazem sexo com homens) $\geq 10,5\%$
 - Profissional do sexo – 4,9%
 - Usuários de drogas – 5,9%

1982 – Doença dos 5H: Homossexuais, Hemofílicos, Heroína, Haitianos e *Hookers* (profissionais do sexo)

Estima-se que +530 mil pessoas vivam com HIV/Aids no país.

Destas, ± 135 mil não sabem ou nunca fizeram o teste.

Panorama da Aids no Brasil

- 1980 a 2012:
 - > 656.701 casos registrados de Aids
- Taxa de incidência de Aids em 2011:
 - Brasil: 20,2 casos por 100 mil habitantes
 - Centro-Oeste: 17,5 casos por 100 mil habitantes

A principal forma de transmissão é a sexual

Panorama Mundial (HIV/AIDS)

GRUPOS DE MAIOR PREVALÊNCIA PARA O HIV E PRÁTICAS SEXUAIS

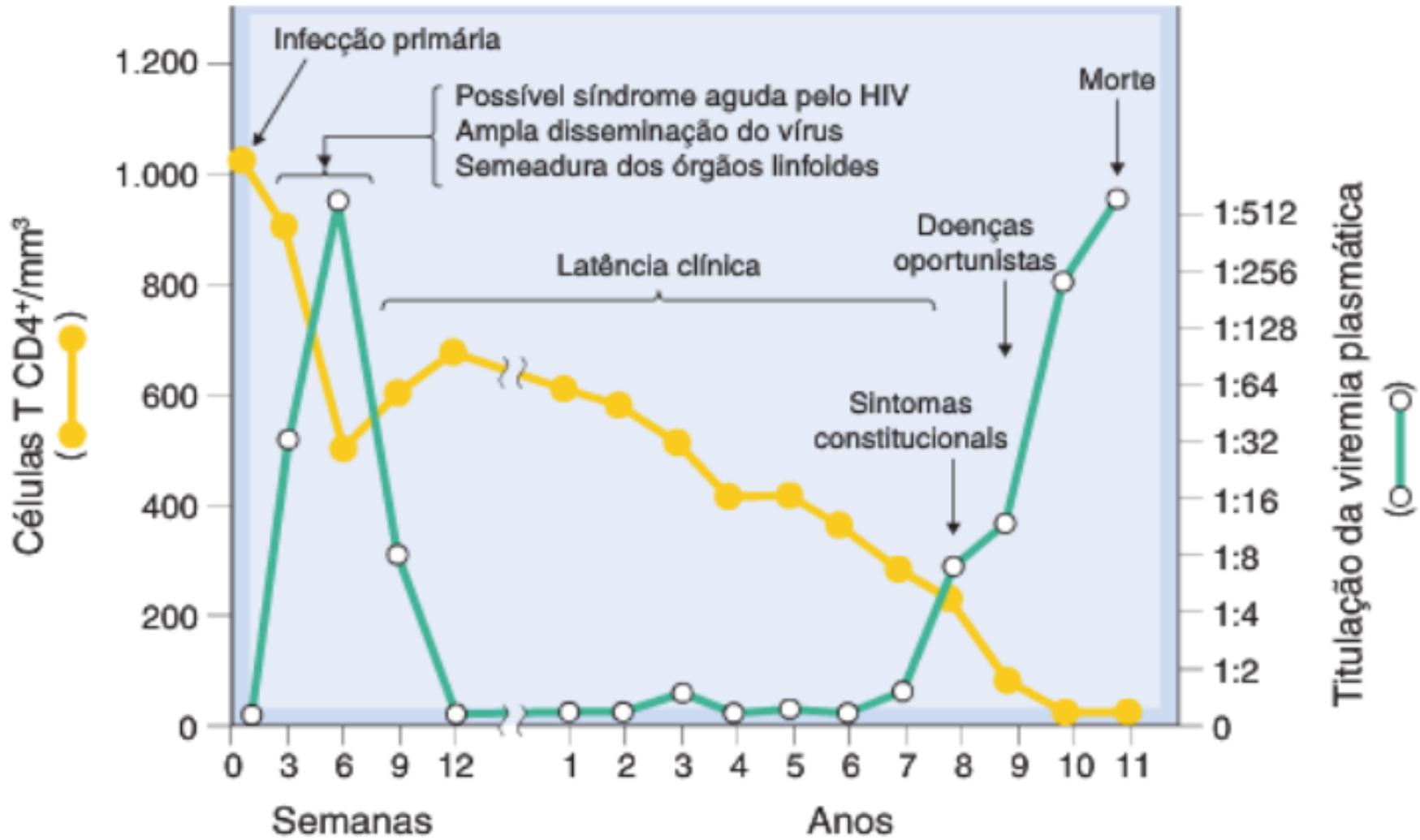
- Anais e vaginais (receptivas ou insertivas) sem uso de preservativo e um dos seguintes critérios:
 - › Pertencer a algum grupo social com maior prevalência de HIV:
 - » **Gays e outros homens que fazem sexo com homens;**
 - » **Pessoas trans;**
 - » **Trabalhadores(as) do sexo;** ou
 - › Ter parceria com pessoa infectada por HIV.

CONTEXTOS DE MAIOR VULNERABILIDADE

- Contextos de práticas sexuais que reduzam a autonomia do indivíduo para se proteger:
 - › Locais de troca ou comércio sexual
 - › Relações em espaços públicos (banheiros, saunas etc.)
 - › Uso de álcool e outras drogas
 - › Locais com relatos rotineiros de violência (situação de rua etc.)
- Recorrência de IST
- Uso repetido de profilaxia pós-exposição (PEP) sexual

Lembrete: para pessoas com situações esporádicas de substancial exposição ao HIV, deve ser avaliada a indicação de outros métodos, como por exemplo PEP

ESBOÇO ESQUEMÁTICO DA EVOLUÇÃO DA INFEÇÃO PELO HIV



TARV

Os antirretrovirais (ARV) são fármacos usados para o tratamento de infecções por retrovírus, principalmente o HIV.

A terapia altamente eficaz com antirretrovirais é conhecida como **TARV**.



O que são IST

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos.

- São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação.
- O tratamento das pessoas com IST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções. O atendimento e o tratamento são gratuitos nos serviços de saúde do SUS.
- A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

PEP

PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao **HIV**) A **PEP** é uma medida de prevenção de urgência à infecção pelo **HIV**, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções.

PrEP

É uma sigla que vem do inglês, que significa Profilaxia Pré-Exposição.

A **PrEP** é a utilização de um medicamento para evitar que uma pessoa que não tem o **HIV** adquira a infecção quando se expõe ao vírus.

Como acontece o **tratamento** de **PEP** para o **HIV**? Na **PEP** se toma medicamentos antirretrovirais para **HIV** durante 28 dias, sem interrupção, sob orientação médica após avaliação do risco. O início desse **tratamento** deve ser iniciado nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo até as próximas 72 horas.



Essa forma de prevenção já é usada com sucesso nos casos de violência sexual e de profissionais de saúde que se acidentam com agulhas e outros objetos cortantes contaminados.

PEP



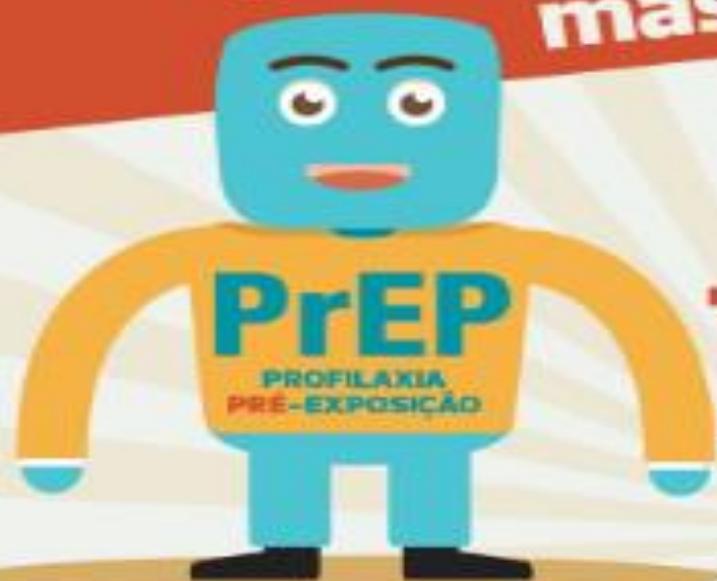
PrEP

Essa forma de prevenção já é usada para grupo de risco e deve ser tomada todos os dias.



Na Profilaxia pré-exposição (**PrEP**), um indivíduo toma um medicamento para o **tratamento** do **HIV** como prevenção à infecção. O único medicamento recomendado atualmente é o Truvada (1 comprimido por dia).

Os nomes são parecidos, mas há diferenças.



É um estilo de vida.

Indicada para quem não tem HIV, mas está mais exposto ao vírus (pessoas trans e travestis, gays e outros HSH, profissionais do sexo e parcerias sorodiferentes).

Deve ser tomada todos os dias para proteger do HIV.

É uma urgência.

Indicada para quem pode ter sido exposto ao HIV em situações como sexo desprotegido, violência sexual e acidente de trabalho.

Deve ser tomada em até 72h após a exposição ao HIV, por 28 dias.



Camisinha continua sendo importante: além do HIV, protege você de outras IST e da gravidez indesejada.

Se expôs ao HIV?



O relógio está correndo!



**ROMPEU,
NÃO USOU ou SAIU**

E AGORA



Busque a

PEP

Profilaxia Pós-Exposição



72

HORAS

PrEP HIV



Definição

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso oral e diário de dois medicamentos antirretrovirais – tenofovir (TDF) e entricitabina (FTC) – em um único comprimido, para prevenir a infecção por HIV.



Eficácia

A PrEP é eficaz e oferece um grau de proteção contra a infecção pelo HIV superior a 90%, quando tomada regularmente.



Segurança e resistência viral

A PrEP é segura. A maioria dos usuários não apresenta reações adversas e, quando apresentam, estas tendem a desaparecer com o tempo. Os casos de seleção de cepas resistentes ocorreram em pessoas que utilizaram a PrEP quando já infectadas. Por isso a importância do usuário realizar o teste anti-HIV em todas as consultas.

Profilaxia pré-exposição sexual ao HIV



Tempo necessário para fazer efeito no organismo

A proteção depende da concentração do medicamento em determinada região do corpo. Para relações anais, são necessários sete dias de uso de PrEP para alcançar a proteção. Para relações vaginais, são necessários 20 dias.



Adesão

Em estudos demonstrativos, quando as pessoas conheciam a PrEP e escolheram tomá-la, a adesão foi alta. Contudo, algumas pessoas terão dificuldades e necessitarão de acompanhamento mais frequente, especialmente no início.



PrEP e uso de outras substâncias

O medicamento pode ser tomado quando se ingere álcool ou se consomem drogas.



Mudança nas práticas sexuais

Não há evidências consistentes de que o uso da PrEP tenha estimulado a adoção de práticas que levem a um aumento da exposição sexual ao HIV, tais como aumento do número de parceiros sexuais e/ou diminuição do uso de preservativo.



IST

A PrEP não protege das outras IST ou das hepatites virais. Recomenda-se orientar os usuários sobre as estratégias de redução de risco, sendo o uso do preservativo a melhor proteção para as IST. Porém, aqueles que não querem ou não conseguem usar o preservativo devem ser orientados a procurar o serviço de saúde quando houver sinais ou sintomas de alguma IST.



A PrEP é indicada somente para pessoas com maior chance de se infectar por HIV

As pessoas que mais se beneficiarão do uso da PrEP são aquelas que estão entre os grupos com maior prevalência para o HIV, têm relações anais e vaginais desprotegidas com frequência, apresentam IST repetidas vezes e/ou fazem uso repetido de PEP.

IMPORTANTE!

O melhor método é aquele que o **indivíduo escolhe** e que atende suas necessidades sexuais e de proteção. Portanto, escolher a PrEP envolve:

- Avaliar com o usuário os benefícios e riscos do uso da PrEP
- Discutir as condições de utilizar a PrEP diariamente
- Apoiar a decisão do indivíduo



Profilaxia pré-exposição sexual ao HIV

COMO OFERTAR A PrEP?

Haverá indivíduos que chegarão ao serviço com bastante conhecimento e motivação para usar a PrEP.

Para essas pessoas, ofertar a PrEP é praticamente atender a uma demanda de prevenção.

Por outro lado, muitas pessoas apresentarão conhecimento parcial ou nenhum conhecimento a respeito da PrEP, assim como variadas motivações de uso. Especialmente nesses casos, o modo como o profissional de saúde 'apresenta' a PrEP pode ser decisivo para a escolha e o uso do método.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

PEP

72 horas

Este é o tempo máximo para iniciar a Profilaxia Pós-Exposição

3 dias

Não interrompa a profilaxia

28

Reduza a possibilidade de se infectar com o HIV

2 horas

Após a exposição, procure um serviço de saúde imediatamente. O ideal é iniciar a profilaxia em até duas horas após a exposição.

Complete 28 dias

A Profilaxia Pós-Exposição é realizada por 28 dias consecutivos.

**PCDT - PROTOCOLO CLÍNICO
E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
PARA ADULTOS VIVENDO
COM HIV/AIDS-2018**



O que é importante saber (I e II)

A Parte I faz uma breve introdução à rede de assistência em saúde, prevenção combinada e saúde reprodutiva das PVHIV (Portador do Vírus HIV), procurando apresentar conceitos fundamentais para a compreensão do cuidado integral, das novas metodologias de prevenção e melhoria da oferta de serviços e da qualidade de assistência à saúde aos pacientes.

A Parte II aborda a evolução da infecção pelo HIV, a importância do diagnóstico precoce e a abordagem inicial da PVHIV, trazendo informações para o esclarecimento dos pacientes e recomendações aos profissionais de saúde sobre o manejo clínico inicial e contínuo das PVHIV.

O que é importante saber (III)

Já a Parte III versa sobre a terapia antirretroviral (TARV), quando e como iniciar o tratamento, seus efeitos adversos e interações medicamentosas, bem como o manejo da falha virológica e substituição de esquemas antirretrovirais (ARV).

As principais mudanças do PCDT encontram-se nessa seção, em especial a introdução da classe de inibidores de integrase como escolha para compor os esquemas iniciais preferenciais em adultos e pacientes coinfectados TB-HIV graves, possibilitando a prescrição de uma TARV com melhor perfil de tolerabilidade, barreira genética e eficácia, já como primeira oferta de terapia às PVHIV.

Novas tecnologias também foram incorporadas e recomendadas, como o uso do teste de HLA-B*5701 para maior segurança da prescrição do abacavir e redução do limite de solicitação do teste de genotipagem para 500 cópias/mL de carga viral do HIV, permitindo um monitoramento mais próximo da falha virológica e oferta de opções terapêuticas mais adequadas.

Também inclui capítulos novos sobre a infecção pelo HIV-2 e controladores de elite, populações minoritárias no contexto brasileiro, mas que não dispunham de orientações claras e objetivas para o seu manejo.

O que é importante saber (IV e V)

A Parte IV atualiza informações sobre as comorbidades não infecciosas relacionadas ao HIV, realidade cada vez mais presente na vida das PVHIV, uma vez que felizmente tem havido aumento da sobrevida decorrente do uso dos medicamentos antirretrovirais – entretanto, expondo as PVHIV aos efeitos degenerativos da doença em outros âmbitos de sua saúde.

A Parte V trata das principais coinfeções relacionadas ao HIV, com destaque para o manejo da coinfeção TB-HIV (ainda responsável por um significativo percentual de mortes em PVHIV), atualizações dos novos tratamentos concomitantes para hepatites virais B/C e HIV, além de orientações objetivas de enfrentamento da sífilis, uma antiga IST, mas com novo recrudescimento mundial e nacional.

O que é importante saber (VI)

Por fim, a Parte VI aborda o manejo das principais infecções oportunistas que acometem os PVHIV, uma situação ainda presente no indesejável cenário de diagnóstico tardio do HIV. Incluindo o abandono do tratamento e as dificuldades de acesso rápido ao atendimento e a TARV.

Sinais de avanço da infecção

- Marcadores clínico precoce de imunodepressão grave:
 - Candidíase oral
 - Diarréia crônica
 - Febre de origem indeterminada
 - Leucoplasia pilosa oral

LT-CD4+ > 350 células/mm³ :

Infecções respiratórias bacterianas

Tuberculose

OUTROS DOENÇAS:

Miocardiopatia

Nefropatia

Neuropatia

Neoplasia

Alterações Neurológicas

Sinais de avanço da infecção

- LT-CD4+ < 200 células/mm³ :
 - Pneumocistose
 - Neurotoxoplasmose
 - Tuberculose pulmonar atípica ou disseminada
 - Meningite criptocócica
 - Retinite por citomegalovírus

OUTRAS DOENÇAS:

Neoplasias mais comuns: sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin e câncer de colo uterino em mulheres jovens.

Razões para início precoce da TARV

- LT-CD4+ elevado e assintomático:
 - Replicação viral e a ativação imune crônica → Eventos cardiovasculares.
- Outros benefício do início precoce:
 - LT-CD4+ > 500 e CV indetectável → Expectativa de vida da população geral
 - Redução da transmissão do HIV
 - Redução da tuberculose ← Principal causa de morte

Riscos associados à infecção não tratada
X
Risco da exposição prolongada aos medicamentos



Objetivos da TARV

- Diminuir morbidade e mortalidade
- Melhorar a qualidade de vida
- Aumentar a expectativa de vida
- Diminuir transmissibilidade
- Pode ser usado em alguns casos como prevenção

Antirretrovirais disponíveis

- ITRN/Nt
 - TDF, AZT, ABC, 3TC, ddI, d4T
- ITRNN
 - EFZ, NVP, **ETR**
- Inibidor de Protease (IP)
 - LPV, ATV, FPV, RTV, SQV, **DRV**, **TPV**
- Inibidor de Integrase
 - **RAL**
- Antagonista de correceptores CCR5
 - **MVQ**
- Inibidor de Fusão
 - **T-20**

ABC: Abacavir
ddI: Didanosina
d4T: Estavudina
3TC: Lamivudina
TDF: Tenofovir
AZT: Zidovudina

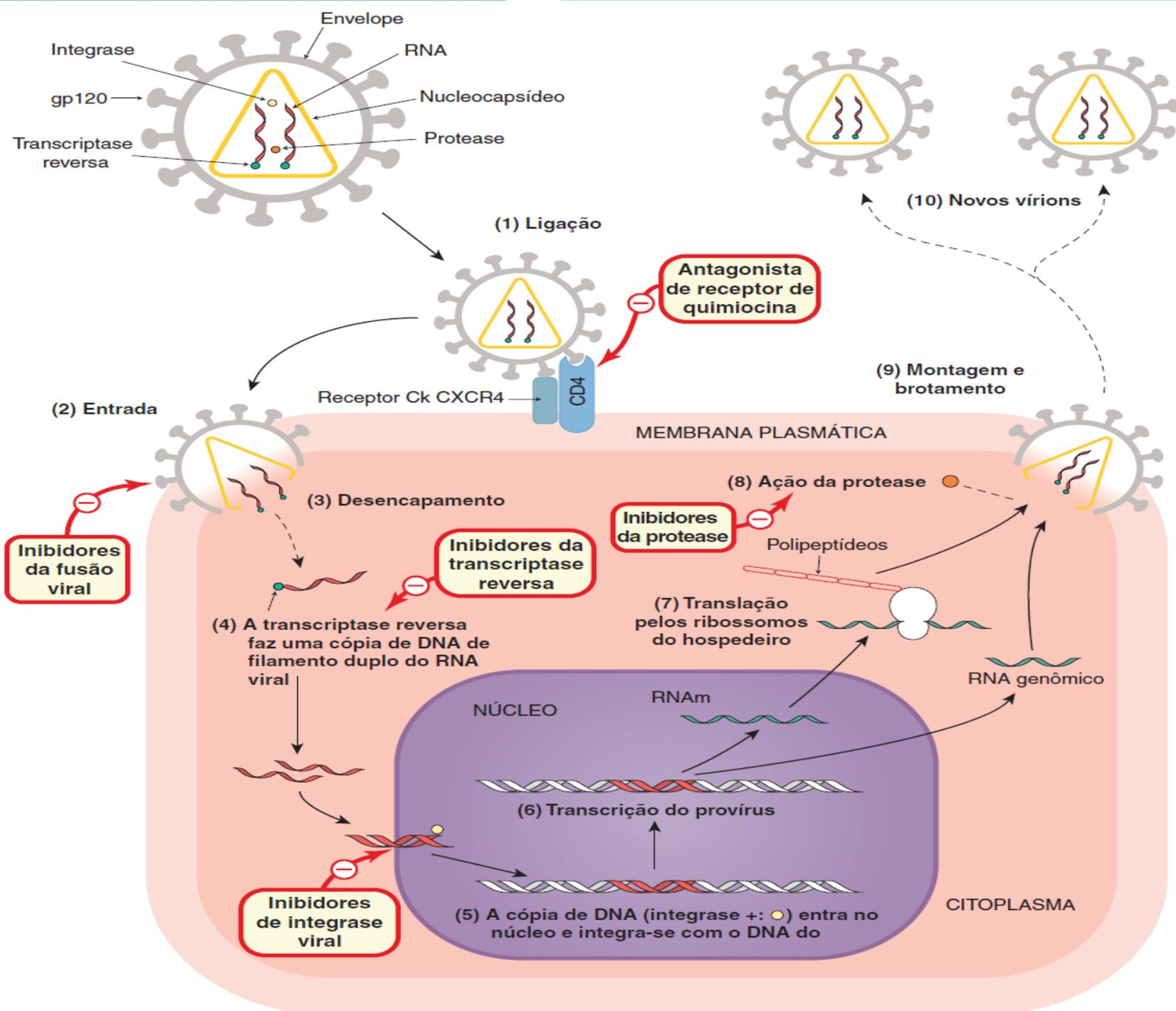
EFZ: Efavirenz
ETR: Etravirina
NVP: Nevirapina

ATV: Atazanavir
DRV: Darunavir
FPV: Fosamprenavir
LPV: Lopinavir
RTV: Ritonavir (r)
SQV: Saquinavir
TPV: Tipranavir

RAL: Raltegravir

MVQ: Maraviroque

T-20: Enfuvirtida



Reações potencialmente fatais

- Reação de hipersensibilidade ao ABC
- Síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica, associadas ao uso de NVP, mas também relatada com o uso de EFZ, ETR, todos os IP (exceto SQV) e ITRN, como AZT, ddI e ABC
- Necrose hepática induzida por NVP
- Exacerbação aguda da Hepatite B devido a descontinuação de ARV ativo contra HBV, como TDF, 3TC e FTC, devido a **síndrome inflamatória da reconstituição imune** ou devido a resistência do HBV aos ITRN
- Acidose láctica com perda de peso, fadiga e sintomas gastrintestinais, devido a toxicidade mitocondrial de certos ITRN, como ddI, AZT e d4T.

Quadro 1. Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4

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

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

Iniciar TARV

Assintomáticos

CD4 \leq 500 células/mm³

Iniciar TARV

CD4 > 500 células/mm³

Iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B
Considerar TARV nas seguintes situações:

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

Sem contagem de LT-CD4+ disponível

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

Gestantes

Iniciar TARV

Escolha do esquema inicial

- Considerar
 - Eficácia e toxicidade imediata e no longo prazo;
 - Presença de conifecções e comorbidades;
 - Uso concomitante de outros medicamentos;
 - Potencial de adesão;
 - Adequação a rotina de vida do paciente;
 - Interação com a alimentação;
 - Custo dos medicamentos.

**Montar esquema com
3 drogas ativas!!**

Escolha da TARV

Esquema de 1ª linha Preferencial (≥35kgs)	Contraindicação na classe de ITRN	Esquema alternativo
TDF +3TC +EFV	TDF	AZT +3TC + EFV
	TDF e AZT	ABC + 3TC + EFV
	TDF, AZT e ABC	ddl +3TC + EFV

Contraindicação na classe de ITRNN	Esquema alternativo
EFV	TDF + 3TC + NVP
EFV e NVP	TDF +3TC + LPV/r
EFV, NVP e LPV/r	TDF + 3TC + ATV/r (a partir de 6 anos)
EFV, NVP, LPV/r e ATV/r	TDF + 3TC + FPV/r (a partir de 2 anos)

Quadro 8. Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais

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

Terapia de Resgate

- **Esquema de resgate:**

Esquema escolhido para substituir o esquema inicial ao qual o vírus se tornou resistente (falha virológica).

A falha virológica é o principal parâmetro para a caracterização da falha terapêutica.

Fatores associados à falha terapêutica

- Baixa adesão a TARV
- Potência virológica insuficiente
- Fatores farmacológicos
- Resistência viral

Terapia de Resgate

- Genotipagem

O teste de genotipagem otimiza a escolha do esquema de resgate, reduzindo a chance de acúmulo progressivo de mutações e de ampla resistência a antirretrovirais.

- Critérios para realização

- Falha virológica confirmada em coleta consecutiva de carga viral após intervalo de quatro semanas;
- Carga viral superior a 1.000 cópias/mL;
- Uso regular de TARV por pelo menos *seis meses*

Pode apresentar valor preditivo positivo alto e preditivo negativo baixo

Terapia de Resgate

- Genotipagem

O Ministério da Saúde indica a realização de genotipagem pré-tratamento nas seguintes situações:

- **Pessoas que tenham se infectado com parceiro em uso de TARV (atual ou pregresso)**
- **Gestantes infectadas pelo HIV**

Esquema de resgate

- Incluir IP/r é a base do manejo da falha terapêutica
- Evitar estruturar esquema de 2 ITRN com 1 medicamento de baixa barreira genética, como EFZ, NVP, ETR, T-20, RAL e MVQ

Quadro 13. Orientações gerais para esquemas de resgate

1. Solicitar precocemente o teste de genotipagem.
2. Buscar sempre carga viral indetectável.
3. Manter a lamivudina (3TC), mesmo na presença de resistência (exceção: resgate com esquemas contendo ABC ou ddl).
4. Incluir IP potencializado com ritonavir.
5. Considerar o efeito residual dos ITRN.
6. Não usar efavirenz ou nevirapina se já houve falha prévia, interrupção de tratamento prévio ou resistência documentada a esses medicamentos.
7. Evitar “monoterapia funcional”. → **Pelo menos 2 drogas ativas!!**
8. Basear as escolhas nos dados de resistência (analisar também as mutações dos testes anteriores), na história terapêutica do paciente (esquemas prévios e atuais) e nos dados de estudos clínicos.
9. Considerar nível de carga viral, contagem de LT-CD4+ e perfil de resistência à protease para avaliar a necessidade de adição de novas classes de antirretrovirais.
10. Discutir ou encaminhar casos de multifalha ou resistência ampla.

Escolha do ARV de terceira linha

DRV/r: É considerado o ARV de terceira linha preferencial e deverá ser incluído no esquema somente na ausência de outro IP/r com atividade plena (S).

TPV/r: Representa uma alternativa dentro da classe dos IP, caso o DRV/r se mostre menos ativo que este no teste de genotipagem.

RAL: Está indicado nos casos em que somente o uso do DRV/r ou TPV/r não permita estruturar um esquema com potência para suprimir a replicação viral.

ETR: É recomendada para situações em que, mesmo com a utilização de DRV/r e RAL, a chance de obtenção de supressão viral seja considerada baixa. Além disso, só poderá ser indicada caso se demonstre sensibilidade plena (S) à ETR e resistência documentada ou falha prévia aos outros ITRNN (EFV e NVP). Ressalta-se que a genotipagem pode subestimar a resistência à ETR e que este ARV apresenta interações medicamentosas frequentes, sendo incompatível com TPV, FPV e ATV.

MVQ: É recomendado para situações em que, mesmo com a utilização de DRV/r e RAL, a chance de obtenção de supressão viral seja considerada baixa. Além disso, só poderá ser indicado se houver teste de tropismo viral evidenciando presença exclusiva de vírus R5, realizado no máximo 6 meses antes da início do novo esquema.

ENF: Permanece como antirretroviral “reservado” para pacientes sem outras opções que permitam estruturar esquemas potentes de resgate.



Resistência plena!!!

O que fazer?

**PCDT para Profilaxia
Antirretroviral Pós-Exposição
de Risco à Infecção pelo HIV.**

Profilaxia Pós-exposição (PEP)

- Recomendação realizada conforme avaliação do risco da situação de exposição
 - Como e quando ocorreu?
 - Teste: Pessoa exposta e Pessoa fonte
 - Recomendada em todos os casos de exposição com risco significativo

CONSTITUI UMA URGÊNCIA MÉDICA

Deve ser iniciada nas primeiras 2 horas, mas tem como limite 72h após a exposição.

Materiais biológicos com risco de transmissão do HIV

- Sangue e outros materiais contendo sangue;
- Sêmen;
- Fluidos vaginais;
- Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquor e líquido articular.

NÃO SÃO INFECTANTES:

Suor, lágrima, fezes, urina, vômitos,
secreções nasais e saliva.

Exposição com risco de transmissão do HIV

- Percutânea (perfurocortantes)
- Membranas mucosas (exposição sexual; respingos em olhos, nariz e boca)
- Cutâneas envolvendo pele não íntegra (feridas)
- Mordeduras com presença de sangue

RISCOS DE INFECÇÃO:

- Percutâneo: **0,3%**
- Mucocutâneo: **0,09%**

Investigação da pessoa exposta e da pessoa fonte

- **A PEP não está indicada:**
 - Quando a pessoa exposta já se encontra infectada
 - Quando a infecção pelo HIV pode ser descartada na pessoa fonte

PESSOA FONTE COM RESULTADO NEGATIVO:

A PEP poderá ser indicada quando a pessoa fonte tiver história de exposição de risco nos últimos **30** dias, devido ao período de **janela imunológica**.

Esquema preferencial para PEP

Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir 300mg (ATV) + ritonavir 100mg (r)
(1 comp. Coformulado/dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)

DURAÇÃO: 28 dias

- Tomar a PEP após alimentação
- Alertar sobre o risco do uso de inibidores de secreção ácida
- Icterícia (4%), de curso benigno, não requer interrupção da PEP

Esquemas alternativos

Contraindicação ao	Esquemas alternativos de PEP
TDF	AZT/3TC + ATV/r
ATV/r	AZT/3TC + LPV/r
ATV/r e LPV/r	AZT/3TC + TDF

DURAÇÃO: 28 dias

- Evitar uso de TDF se $Cl_{Cr} < 50$, DM de longa duração, HA descontrolada ou IR
- O uso de IBP contraindica o uso de ATV/r

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)

--	--	--	--

2 - Nº de Prontuário

3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta

4 - Sexo

Feminino Masculino

5 - Data da exposição

6 - Circunstância de exposição

- Acidente Ocupacional
 Exposição Sexual Consentida
 Planejamento Reprodutivo
 Violência Sexual
 Outros _____

7 - Nº de dias para dispensa

Transmissão Vertical:

- Parturiente
 RN de mãe infectada pelo HIV

8 - Categoria de usuário (Populações Chave)

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens
 Profissional do Sexo
 Pessoas que usam álcool e outras drogas
 Transexual
 Travesti
 Outras populações

9 - Esquema preferencial para PEP

Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Atazanavir 300mg (ATV) + ritonavir 100mg (r)
 (1 comp. Coformulado/dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)

10 - Esquemas alternativos para PEP

- Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Atazanavir (ATV/r) + ritonavir 100mg (r)
 (2 comp./dia) (1 comp./dia) (1 comp./dia)
- Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Lopinavir/r (LPV/r) 200mg+50mg
 (1 comp./dia) (4 comp./dia)
- Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Tenofovir 300mg
 (2 comp./dia) (1 comp./dia)

12 - Médico

Data ____/____/____ CRM: _____

(carimbo e assinatura)

13 - Farmacêutico responsável

Data ____/____/____ CRF: _____

(carimbo e assinatura)

14 - Recebi em ____/____/____

(assinatura do usuário)

Pessoa fonte multiexperimentada

- Requer avaliação de médico especialista
- Avaliar a história de uso dos ARVs
- Avaliar parâmetros que podem sugerir a presença de cepas virais resistentes
- Na ausência de um médico especialista ou em caso de indisponibilidade de ARV de terceira linha no momento do atendimento pós-exposição, a profilaxia deve ser iniciada com o esquema preferencial (TDF + 3TC + ATV/r).
 - Neste caso, a pessoa exposta deve ser encaminhada para serviço de referência para ser reavaliada com urgência

Teste de genotipagem não está indicado

Toxicidade dos ARVs

- Mais de 50% das pessoas apresentam efeitos adversos
 - Efeitos gastrintestinais, cefaleia e fadiga
 - Alterações laboratoriais discretas e transitórias
 - Reações graves podem ocorrer: nefrolitíase complicada por sepse urinária, rabdomiólise, pancitopenia, síndrome de Stevens-Johnson e hepatite medicamentosa.

Recomendação de exames laboratoriais mínimos para seguimento da PEP

EXAMES	PRIMEIRO ATENDIMENTO	1ª SEMANA	2ª SEMANA	12ª SEMANA
Hemograma, glicose, ureia, creatinina, TGO, TGP	X	X	-	-
Teste de HIV*	X	-	X	X

*Pessoas em risco continuado ou expostas nos últimos 30-90 dias, gestantes e pessoas com resultados indeterminados podem necessitar de testes posteriores a esse período

Prevenção da infecção pelo HIV durante o uso da PEP

- Manter medidas de prevenção à infecção:
 - Usar preservativos
 - Não compartilhar seringas e agulhas
 - Não doar sangue, órgãos, tecidos ou esperma
 - Evitar gravidez

Vigilância Epidemiológica

- Acidentes Ocupacionais:
 - SINAN: Ficha de investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico*.
- Violência Sexual:
 - SINAN: Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais*.

*Fichas disponíveis no endereço <http://www.saude.gov.br/sinanweb>

Referências

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2013. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/SVS/Ministério da Saúde.
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxias Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV (Versão Preliminar – 26/8/2015). Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/SVS/Ministério da Saúde.
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2018. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/SVS/Ministério da Saúde.



Agrateço !!