Manejo e Tratamento do HIV/Aids 2024–2026

- Fabianna Bahia / Infectologista / CEDAP

TELESSAÚDEBA

Objetivos

- Reconhecer quando iniciar TARV e como selecionar o esquema inicial.
- Monitorar resposta, adesão, toxicidade e falha virológica.
- Aplicar as novas indicações de BIC/FTC/TAF no SUS.

→ PCDT de manejo da infecção pelo HIV em adultos — Módulo 2024
→ Atualização: Nota Técnica nº 104/2026 — BIC/FTC/TAF
→ Aula para profissionais de saúde: decisões terapêuticas e aplicação clínica

Por que tratar?

- A TARV reduz morbimortalidade, melhora a qualidade de vida e transforma o HIV em condição crônica.
- Metas 95–95–95: diagnóstico, tratamento e supressão viral.
- Acesso, retenção e adesão são partes essenciais do tratamento.

Indetectável = Intransmissível

- Supressão viral sustentada elimina o risco de transmissão sexual do HIV. Ausência de transmissão sexual com CV <200 cópias/mL por pelo menos seis meses.

- Comunicar I=I é parte do cuidado e combate o estigma.

Avaliação inicial

- Anamnese: histórico clínico, medicamentos, uso prévio de ARV, comorbidades e vulnerabilidades.
- Exame físico completo e investigação de infecções oportunistas.
- Avaliação laboratorial, incluindo CD4, carga viral e condições clínicas relevantes.

Investigações prioritárias

- Rastrear tuberculose ativa e infecção latente conforme avaliação clínica.
- Considerar rastreamento de doença criptocócica na imunossupressão avançada.
- Avaliar coinfecções e condições que modificam a escolha do esquema.

Quando iniciar TARV?

→ Recomenda-se início em 7 dias para pessoas com diagnóstico de HIV, independentemente do CD4.
→ Não atrasar desnecessariamente o início da TARV à espera de exames de rotina.
→ Meningite criptocócica e meningite tuberculosa exigem avaliação do momento do diagnóstico.

Alternativas do PCDT 2024

- Contraindicação/intolerância ao DTG: considerar DRV/r ou efavirenz nas condições do protocolo.
  - Contraindicação ao TDF: abacavir (HLA-B*5701 negativo) ou zidovudina.
    - A Nota Técnica de 2026 acrescenta BIC/FTC/TAF para perfis específicos.

Coinfecção TB-HIV

→ Investigar tuberculose ativa antes e durante o tratamento.
→ A escolha da TARV deve considerar as interações com rifampicina.
→ O momento de iniciar TARV depende da apresentação clínica.

Coinfecção HIV-Neurocriptococo

→ Critério para coleta de Crag sérico e no liquor.
→ O momento de iniciar TARV deverá ser postergado.
→ Evitar síndrome de reconstituição imune.

Acompanhamento após início

- Verificar tolerabilidade, adesão, dispensação e interações medicamentosas.
- Carga viral: aproximadamente oito semanas após o início da TARV.
- Em supressão viral e estabilidade clínica: carga viral a cada seis meses.

Monitoramento do CD4

- O CD4 orienta avaliação imunológica e decisões relacionadas a infecções oportunistas.

- Em pessoas assintomáticas, com CV indetectável e CD4 >500 em duas medidas consecutivas, o PCDT dispensa CD4 de rotina.

- Priorizar carga viral para monitorar a eficácia da TARV.

Falha virológica: definição e manejo

- PCDT: falha virológica envolve carga viral >200 cópias/mL confirmada.
- Repetir carga viral, investigar adesão, interações e barreiras de acesso.
- Solicitar genotipagem quando indicada e viável antes de definir resgate.

- Não atribuir automaticamente a viremia à resistência.
- Revisar histórico de esquemas, dispensações, resultados anteriores e genotipagens.
- Esquema de resgate deve considerar medicamentos plenamente ativos.

Reforçar adesão medicamentosa

TELESSAÚDEBA

Interrupção da TARV

- Investigar motivos da interrupção e acolher sem julgamento.
- Reavaliar estado clínico, histórico terapêutico e exames.
- Retomada e eventual mudança de esquema devem seguir os critérios do PCDT

Troca de esquema (switch)

- Considerar toxicidade, comorbidades, interações e simplificação.
- Verificar supressão viral e ausência de resistência relevante ao novo esquema.
- Após troca: retorno em 7–15 dias e carga viral preferencialmente em 6–8 semanas.

Terapia dupla 3TC/DTG

- Estratégia de simplificação em pessoas selecionadas com supressão sustentada.
- Não é recomendada para início de TARV na Nota Técnica de 2026.
- Em dano renal ou ósseo, permanece a estratégia preferencial quando elegível.

Atualização 2026: BIC/FTC/TAF

- Bictegravir: inibidor da integrase; emtricitabina e TAF: ITRN.
- Combinação de dose fixa em um comprimido diário.
- A incorporação não substitui indiscriminadamente o esquema inicial de todos os adultos.

TELESSAÚDEBA

Elegibilidade para simplificação 3TC/DTG

- Adesão regular; CV ≤50 cópias/mL por ≥12 meses; sem falha virológica prévia.
- Dano renal/ósseo ou alto risco; anti-HBc não reagente e vacinação HBV comprovada.
- Sem TB ativa; não gestante; TFGe >30; idade ≥12 anos e peso ≥25 kg.

TELESSAÚDEBA

Por que considerar BIC/FTC/TAF?

- Alta eficácia virológica e barreira à resistência, conforme a Nota Técnica.
- TAF apresenta menor toxicidade renal e óssea em comparação ao TDF.
- Individualizar conforme função renal, saúde óssea, histórico e interações.

BIC/FTC/TAF: início da TARV

- Adultos ≥18 anos com contraindicação ao TDF, conforme critérios da Nota Técnica.
- Crianças e adolescentes de 6 a 17 anos e peso ≥25 kg, mesmo sem contraindicação ao TDF.
- As indicações são específicas e não constituem recomendação universal.

Contraindicação ao TDF — critérios renais

- TFGe <60 mL/min ou relação albumina/creatinina urinária >30 mg/g.
- Fosfato sérico <2,5 mg/dL.
- Uso atual de imunossupressores ou quimioterapia nefrotóxica.

Contraindicação ao TDF — critérios ósseos

- Osteopenia ou osteoporose documentada por densitometria.
- FRAX ≥10% para fraturas osteoporóticas.
- Corticosteroides sistêmicos por ≥3 meses ou outros fármacos que reduzam densidade mineral óssea.

BIC/FTC/TAF: substituição I

- TDF/3TC + DTG com nova contraindicação ao TDF e inelegibilidade a 3TC/DTG.
- AZT/3TC + DTG ou ABC + 3TC + DTG com supressão viral sustentada.
- Esquemas com TAF monofármaco e supressão sustentada.

TELESSAÚDEBA

BIC/FTC/TAF: substituição II

- DRV/r + DTG (±3TC) com supressão sustentada, quando usado por contraindicação ao TDF e não como resgate.

- 3TC/DTG em falha virológica confirmada sem possibilidade de genotipagem, se houver contraindicação ao TDF e indicação de intensificação empírica.

- Crianças ≥6 anos e ≥25 kg: troca total ou parcial sem resistência que comprometa o esquema.

TELESSAÚDEBA

Segurança do BIC/FTC/TAF

- Eventos adversos comuns: cefaleia, náusea e diarreia.
- Acompanhar peso e perfis lipídico e glicêmico conforme risco.
- Contraindicado com rifampicina e dofetilida; atenção a anticonvulsivantes e cátions polivalentes.

Câmara Técnica Estadual — quando solicitar?

- Contraindicação ao TDF para uso de BIC/FTC/TAF: requer avaliação da CTE.
- Intensificação empírica de 3TC/DTG com contraindicação ao TDF: requer CTE.
- Manutenção de BIC/FTC/TAF iniciado fora do Brasil: comprovação e CTE.

Câmara Técnica — fluxo

- Solicitar parecer no Laudoaids concomitantemente à primeira prescrição, com documentos comprobatórios.
- Primeira dispensação autorizada automaticamente por até 180 dias.
- Manutenção após esse período depende da aprovação da Câmara Técnica.

Quando a CTE é dispensada?

- Troca de AZT/3TC+DTG, ABC+3TC+DTG, DRV/r+DTG (±3TC) ou uso de TAF com CV < 20cp/ml.
- Início ou substituição em crianças/adolescentes ≥6 anos e ≥25 kg.
- Mesmo sem CTE, é indispensável revisão clínica, virológica e de interações.

Mensagens finais

- Iniciar TARV precocemente e manter cuidado longitudinal.
- TDF/3TC + DTG é o esquema preferencial geral apresentado no PCDT 2024.
- BIC/FTC/TAF amplia opções em indicações específicas definidas em 2026.
- Avaliar adesão, carga viral, comorbidades e interações antes de qualquer troca.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Módulo 1: Tratamento. 2024.

- Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 104/2026-CGHA/DATHI/SVSA/MS.

- Material didático baseado exclusivamente nos dois documentos anexados.

TELESSAÚDEBA