



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.

### 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda início de terapia antirretroviral (TARV) para todos os adultos vivendo com HIV/aids, independente de resultados laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4, no reconhecido termo “Tratamento para todos”. Ainda, recomenda desde 2017 o início de TARV em até 07 (sete) dias do diagnóstico de infecção pelo HIV; associada à oferta preferencial de início no mesmo dia (“*Same-day ART start*”).

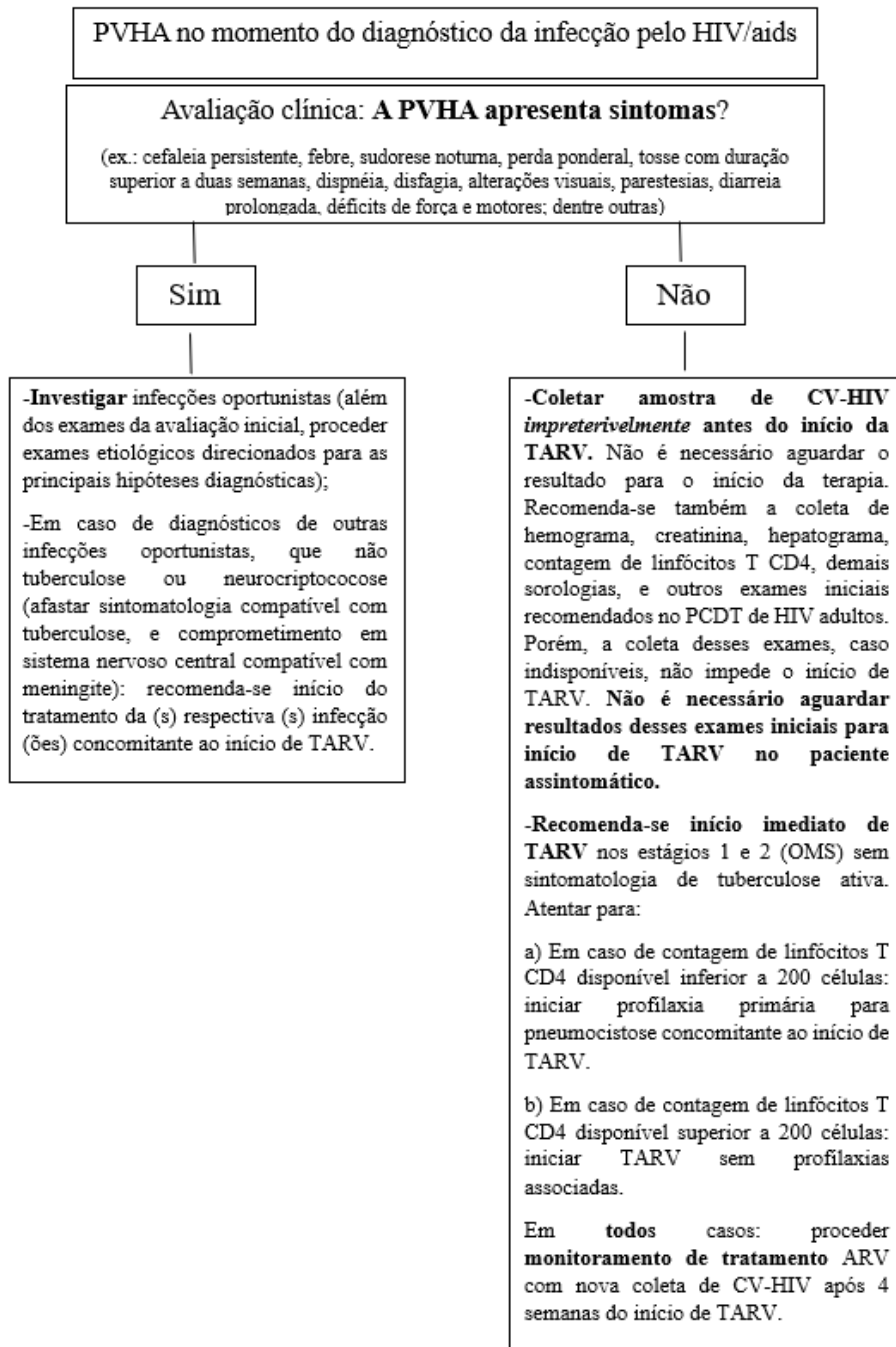
1.2. O cuidado inicial da pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) é de extrema relevância para reduzir morbimortalidade e evolução para quadros de aids, contribuindo para ampliação de sua qualidade de vida, e para alcance e manutenção de supressão viral do HIV; além de interromper a cadeia de transmissão.

### 2. RECOMENDAÇÕES

2.1. A Coordenação Geral de Vigilância do HIV/aids e Hepatites Virais/DCCI/SVS/MS recomenda o **início oportuno de TARV**:

- Início rápido de TARV deve ser oferecido a todas as PVHA após o diagnóstico com realização de pelo menos 2 testes diagnósticos em amostras diferentes (conforme fluxos recomendados no Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças do Ministério da Saúde versão de 2018, disponível em [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual\\_tecnico\\_hiv\\_27\\_11\\_2018\\_web.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf)) e avaliação clínica. A iniciação rápida é definida como dentro de 7 (sete) dias a partir do dia do diagnóstico. (Recomendação forte: evidências de alta qualidade para adultos e adolescentes; evidências de baixa qualidade para crianças).
- Início de TARV deve ser oferecido no mesmo dia do diagnóstico para as pessoas que estão prontas para começar o tratamento medicamentoso. O profissional de saúde deverá explicar as vantagens da indicação precoce de TARV, solucionando todas as dúvidas da PVHA. (Recomendação forte: evidências de alta qualidade para adultos e adolescentes; evidências de baixa qualidade para crianças).
- Pessoas que apresentem **sintomas** (como cefaléia persistente, febre, sudorese noturna, perda ponderal, tosse com duração superior a duas semanas, dispnéia, disfagia, alterações visuais, parestesias, déficits de força e motores; dentre outros síndromicos) devem **investigar infecções oportunistas**. Indica-se realização de avaliação clínica e laboratorial/radiológica, antes do início da TARV, para que uma eventual infecção oportunista seja diagnosticada e seu tratamento iniciado (figura 1). Esta investigação deve ser realizada com celeridade. Uma vez descartada uma infecção oportunista, a TARV deve ser iniciada imediatamente.

Figura 1. Fluxograma para Avaliação inicial e início oportuno de TARV



Ressalta-se a **importância da coleta de Carga Viral do HIV antes do início da TARV** (não sendo necessário aguardar seu resultado para prescrição inicial).

Indica-se para confirmação diagnóstica da infecção por HIV, bem como, para monitoramento/controle de resposta ao tratamento.

- Atentar aos critérios de **genotipagem do HIV pré-tratamento** (otimizar oportunidades de coleta): em gestantes, crianças e adolescentes até 17 anos, casais sorodiferentes, e usuários de PrEP que apresentem soroconversão.
- Na presença de sinais e sintomas condizentes com os estágios clínicos 3 e 4 de aids avançada da OMS (figura 2), deve-se prescrever imediatamente a profilaxia primária para **pneumocistose** com:
  - Sulfametoxazol/trimetoprim (800/160 mg - 3x/semana).

Assim como naqueles pacientes com contagem de linfócitos T CD4 inferior à 200 céls/mm<sup>3</sup>. Atentar que para os casos com linfócitos T CD4 inferior à 100 céls/mm<sup>3</sup> recomenda-se: sulfametoxazol-trimetoprim (800/160 mg), em dose diária.

Figura 2. Estágios clínicos 3 e 4 de aids (OMS).

ESTÁGIO CLÍNICO 3 DA OMS	ESTÁGIO CLÍNICO 4 DA OMS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perda de peso inexplicada (&gt;10% do peso)</li> <li>✓ Diarreia crônica por mais de um mês</li> <li>✓ Febre persistente inexplicada por mais de um mês (&gt;37,6°C, intermitente ou constante)</li> <li>✓ Candidíase oral persistente</li> <li>✓ Candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou não responsiva à terapia</li> <li>✓ Leucoplasia pilosa oral</li> <li>✓ Infecções bacterianas graves (por exemplo: pneumonia, empiema, meningite, piomiosite, infecções osteoarticulares, bacteremia, doença inflamatória pélvica grave)</li> <li>✓ Estomatite, gengivite ou periodontite aguda necrosante</li> <li>✓ Anemia inexplicada (&lt;8 g/dL), neutropenia (&lt;500 células/μL) e/ou trombocitopenia crônica (&lt;50.000 células/μL)</li> <li>✓ Angiomatose bacilar</li> <li>✓ Displasia cervical (moderada ou grave) /carcinoma cervical in situ</li> <li>✓ Herpes zoster (≥2 episódios ou ≥2 dermatomas)</li> <li>✓ Listeriose</li> <li>✓ Neuropatia periférica</li> <li>✓ Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síndrome consumptiva associada ao HIV/Aids (perda involuntária de mais de 10% do peso habitual), associada a diarreia crônica (dois ou mais episódios por dia com duração ≥1 mês) ou fadiga crônica e febre ≥1 mês</li> <li>✓ Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i></li> <li>✓ Pneumonia bacteriana recorrente (dois ou mais episódios em um ano)</li> <li>✓ Herpes simples com úlceras mucocutâneas (duração &gt;1 mês) ou visceral em qualquer localização</li> <li>✓ Candidíase esofágica ou de traqueia, brônquios ou pulmões</li> <li>✓ Tuberculose pulmonar e extrapulmonar</li> <li>✓ Sarcoma de Kaposi</li> <li>✓ Doença por CMV (retinite ou outros órgãos, exceto fígado, baço ou linfonodos)</li> <li>✓ Toxoplasmose cerebral</li> <li>✓ Encefalopatia pelo HIV/Aids</li> <li>✓ Criptococose extrapulmonar</li> <li>✓ Infecção disseminada por micobactérias não <i>M. tuberculosis</i></li> <li>✓ Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP)</li> <li>✓ Criptosporidiose intestinal crônica (duração &gt;1 mês)</li> <li>✓ Isosporíase intestinal crônica (duração &gt;1 mês)</li> <li>✓ Micoses disseminadas (histoplasmose, coccidiomíose)</li> <li>✓ Septicemia recorrente por <i>Salmonella não thyphi</i></li> <li>✓ Linfoma não Hodgkin de células B ou primário do sistema nervoso central</li> <li>✓ Carcinoma cervical invasivo</li> <li>✓ Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)</li> <li>✓ Leishmaniose atípica disseminada</li> <li>✓ Nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao HIV/aids</li> </ul>

## 2.2. Reforça os seguintes **pontos-chave** para o cuidado de adultos/adolescentes vivendo com HIV/Aids:

- Que médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) devem também solicitar os exames de Carga Viral de HIV e CD4+ para os usuários diagnosticados nesse ponto da rede de atenção.
- Avaliação rigorosa das equipes assistenciais (todos os responsáveis pelo acolhimento inicial, prescritores e demais) da **condição clínica inicial das PVHA** após diagnóstico, com intuito de priorizar o encaminhamento, quando o serviço de diagnóstico não estiver habilitado para o início da TARV.
- Incentivar o início imediato da TARV entre adultos/adolescentes motivados, clinicamente estáveis e sem sintomas de infecções oportunistas. O usuário deve receber a prescrição de TARV e ser orientado a iniciar os antirretrovirais assim que coletar o exame de carga viral.
- Atenção para **exceções clínicas**, como forte suspeição diagnóstica de tuberculose e meningite criptocócica. Tais situações **contraindicam o início imediato** da TARV. Recomenda-se início da terapia antirretroviral nas duas primeiras semanas após o início do tratamento da tuberculose independentemente da contagem de LT-CD4, exceto se sinais/sintomas ou diagnóstico confirmado de **tuberculose meningoencefálica**. Casos de **meningite/meningoencefalite criptocócica**, também se recomenda postergar o início da TARV.
- Compartilhamento entre todos membros das equipes multidisciplinares (nas unidades da APS e rede de Serviços Especializados em HIV/aids) da **não obrigatoriedade de exames específicos** (monitoramento laboratorial de *status* imunológico, ou bioquímica completa, entre outros) para início da TARV nas PVHA, de acordo com o contexto acima detalhado. Os exames devem ser solicitados na avaliação inicial e reavaliados em retorno precoce após início da TARV, assim como, reforçadas medidas de incentivo à retenção das PVHA no seguimento/serviço.
- A dosagem de creatinina sérica antes do início da TARV não é impeditiva para a prescrição. Recomenda-se avaliação clínica que inclua histórico prévio de doença renal e/ou óssea. É aconselhável a avaliação prévia do exame em pessoas de *alto risco* para doença renal (idade superior a 50 anos, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica não controladas, histórico de doença renal prévia).
- Esclarecimento dessas informações, ainda, às próprias PVHA, com objetivo de **reforçar adesão inicial**, pronta vinculação, o apoio da equipe, além, de minimizar possíveis barreiras e desafios que comprometam a manutenção do esquema inicial ARV indicado.

### Referências

Coffey S, Bacchetti P, Sachdev D, et al. *RAPID antiretroviral therapy: high virologic suppression rates with immediate antiretroviral therapy initiation in a vulnerable urban clinic population*. AIDS. 2019;33(5):825-832. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30882490>.

Grinsztejn, Beatriz et al. "Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial." *The Lancet. Infectious diseases* vol. 14,4 (2014): 281-90. doi:10.1016/S1473-3099(13)70692-3

Labhardt ND, Ringera I, Lejone TI, et al. *Effect of offering same-day ART vs usual health facility referral during home-based HIV testing on linkage to care and viral suppression among adults with HIV in Lesotho: The CASCADE Randomized Clinical Trial.* *JAMA.* 2018;319(11):1103-1112. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29509839>.

Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2018, Brasília/DF. Disponível em [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual\\_tecnico\\_hiv\\_27\\_11\\_2018\\_web.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf).

Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. National Institutes of Health, Centers for Disease Control and Prevention, and the HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/mycobacterium-0?view=full>

Pilcher CD, Ospina-Norvell C, Dasgupta A, et al. *The effect of same-day observed initiation of antiretroviral therapy on HIV viral load and treatment outcomes in a U.S. public health setting.* *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017;74(1):44-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27434707>.

World Health Organization. *Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy.* Geneva: World Health Organization; 2017.

World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.* Geneva: World Health Organization 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cristina Garcia Ferreira, Coordenador(a)-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais**, em 09/11/2022, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Angelica Espinosa Barbosa Miranda, Diretor(a) do Depto de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sex. Transmissíveis substituto(a)**, em 09/11/2022, às 17:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0030225101** e o código CRC **DFOE5E0D**.