

The background of the entire page is a decorative pattern of red dots and squares. The dots are arranged in a grid that is slightly offset, creating a sense of depth and movement. The squares are larger and are placed at the intersections of the dot grid, also slightly offset. The overall effect is a textured, modern aesthetic.

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA

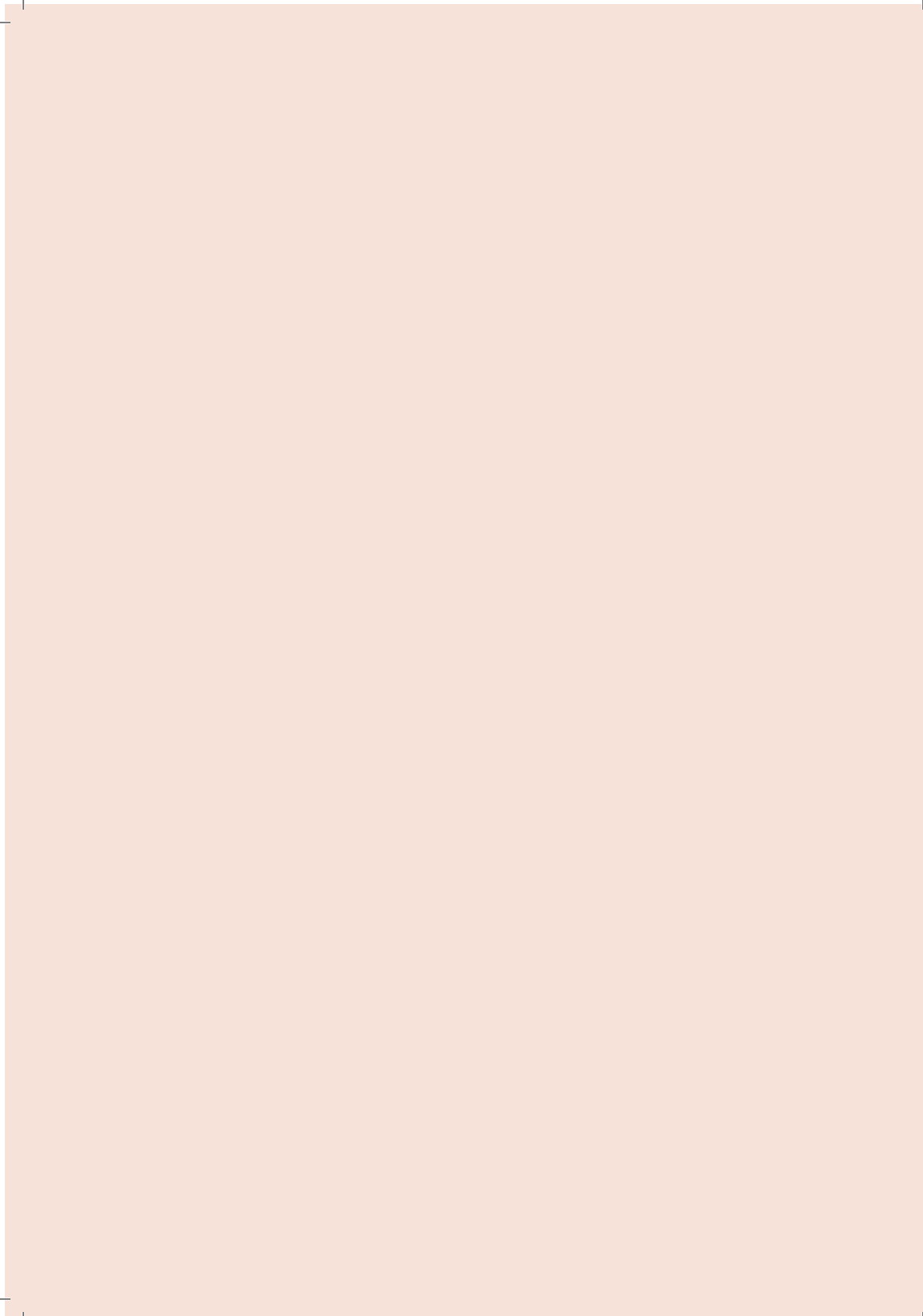
**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES  
TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA  
INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS**



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

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

Brasília – 2013



## 1. Quando iniciar a TARV

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

**Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4**

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

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

**Iniciar TARV**

**Assintomáticos**

CD4  $\leq$  500 células/mm<sup>3</sup>

**Iniciar TARV**

CD4  $>$  500 células/mm<sup>3</sup>

**Iniciar TARV** na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B

**Considerar TARV** nas seguintes situações:

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

Sem contagem de LT-CD4+ disponível

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

**Gestantes**

**Iniciar TARV**

## 2. Como iniciar a TARV

### 2.1. Primeira linha de tratamento

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois **ITRN/ITRNT** associados a um **ITRNN**.

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

#### Esquema de terapia inicial – primeira linha

TDF + 3TC + EFV\*

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

Alternativas ao uso do TDF:

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

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

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

## 2.2. Segunda linha de tratamento

**Em situações em que o uso de efavirenz e nevirapina esteja impossibilitado, deve-se proceder à sua substituição por um Inibidor de Protease, de modo que o esquema ARV fique estruturado da seguinte forma:**

### 2 ITRN + IP/r

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

Alternativas ao uso do LPV/r:

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

A contra-indicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário. A dispensação de ATV/r e FPV/r está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contra-indicação.

## 2.3. TARV em situações especiais

Existem algumas situações clínicas nas quais a terapia inicial deve ser particularizada, conforme descritas no quadro a seguir.

### Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais

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

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

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

A TARV deve ser iniciada mais precocemente nos coinfectados TB-HIV. Deve-se iniciar a TARV 2 semanas após o início do tratamento para TB nos pacientes com LT CD4+ < 200 células/mm<sup>3</sup> e 8 semanas depois nos pacientes com LT CD4+ > 200 células/mm<sup>3</sup>.

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



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

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

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

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

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

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

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

Recomenda-se que a avaliação do risco cardiovascular global seja feita como rotina em toda pessoa com infecção pelo HIV, utilizando o Escore de Risco de Framingham para homens e mulheres, apresentado a seguir:

## MULHERES

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

### Colesterol

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

### Fumo

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

### HDL-colesterol

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

### PA

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

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

## HOMENS

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

### Colesterol

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

### Fumo

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

### HDL-colesterol

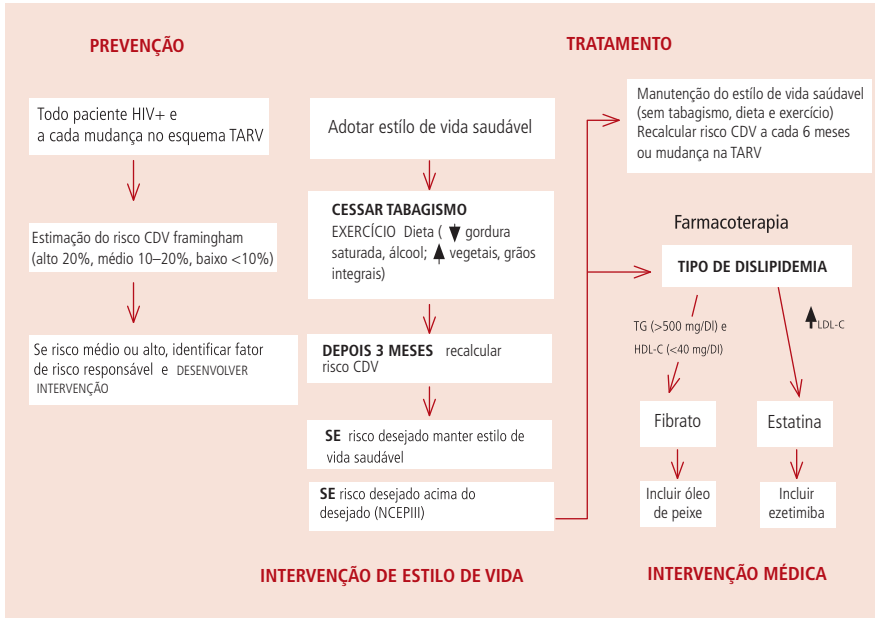
HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

### PA

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

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

## Esquema de prevenção cardiovascular em PVHA



## 5. Profilaxia de infecções oportunistas

### 5.1. Profilaxia primária

Profilaxia primária das infecções oportunistas (evitar o primeiro episódio de doença)				
Agente	Indicação	1ª. escolha	Alternativas	Critérios de suspensão
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	LT-CD4+ < 200 cel/mm <sup>3</sup> (ou <14%) ou presença de candidíase oral ou febre indeterminada com mais de duas semanas de duração ou doença definidora de aids	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) três vezes por semana	Dapsona 100mg/dia ou pentamidina 300mg aerossol uma vez por mês (respigard II).	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 200 cel/mm <sup>3</sup>
<i>Toxoplasma gondii</i>	Pacientes com IgG positiva para toxoplasma e LT-CD4+ < 100 cel/mm <sup>3</sup>	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) uma vez por dia	Dapsona 50mg/dia + pirimetamina 50mg/semana + ácido fólico 10mg três vezes por semana ou clindamicina 600mg 3 vezes por dia + pirimetamina 25- 50mg/dia + ácido fólico 10mg três vezes por semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 100 cel/mm <sup>3</sup>
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (tuberculose latente)	PT ≥ 5mm ou história de contato com paciente bacilífero ou radiografia de tórax com cicatriz de TB sem tratamento prévio	Isoniazida 5mg/kg/dia (dose máxima 300mg/dia). A associação com piridoxina 50mg/dia pode reduzir o risco de neuropatia		Duração de no mínimo 6 meses
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	LT-CD4+ < 50 cel/mm <sup>3</sup>	Azitromicina 1.200mg por semana	Clarithromicina 500mg duas vezes por dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 100 cel/mm <sup>3</sup> por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 50 cel/mm <sup>3</sup>
<i>Cryptococcus sp.</i> <i>Histoplasma capsulatum</i>	Não se indica profilaxia primária para criptococose e histoplasrose. Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas ou se expor a fezes de pássaros e morcegos			
<b>Citomegalovírus</b>	Não se indica profilaxia primária. Recomenda-se diagnóstico precoce de retinopatia mediante fundoscopia rotineira em PVHA com LT-CD4+ < 50 cel/mm <sup>3</sup>			
<b>Herpes simplex</b>	Não se indica profilaxia primária			

## 5.2. Profilaxia secundária (prevenção da recorrência)

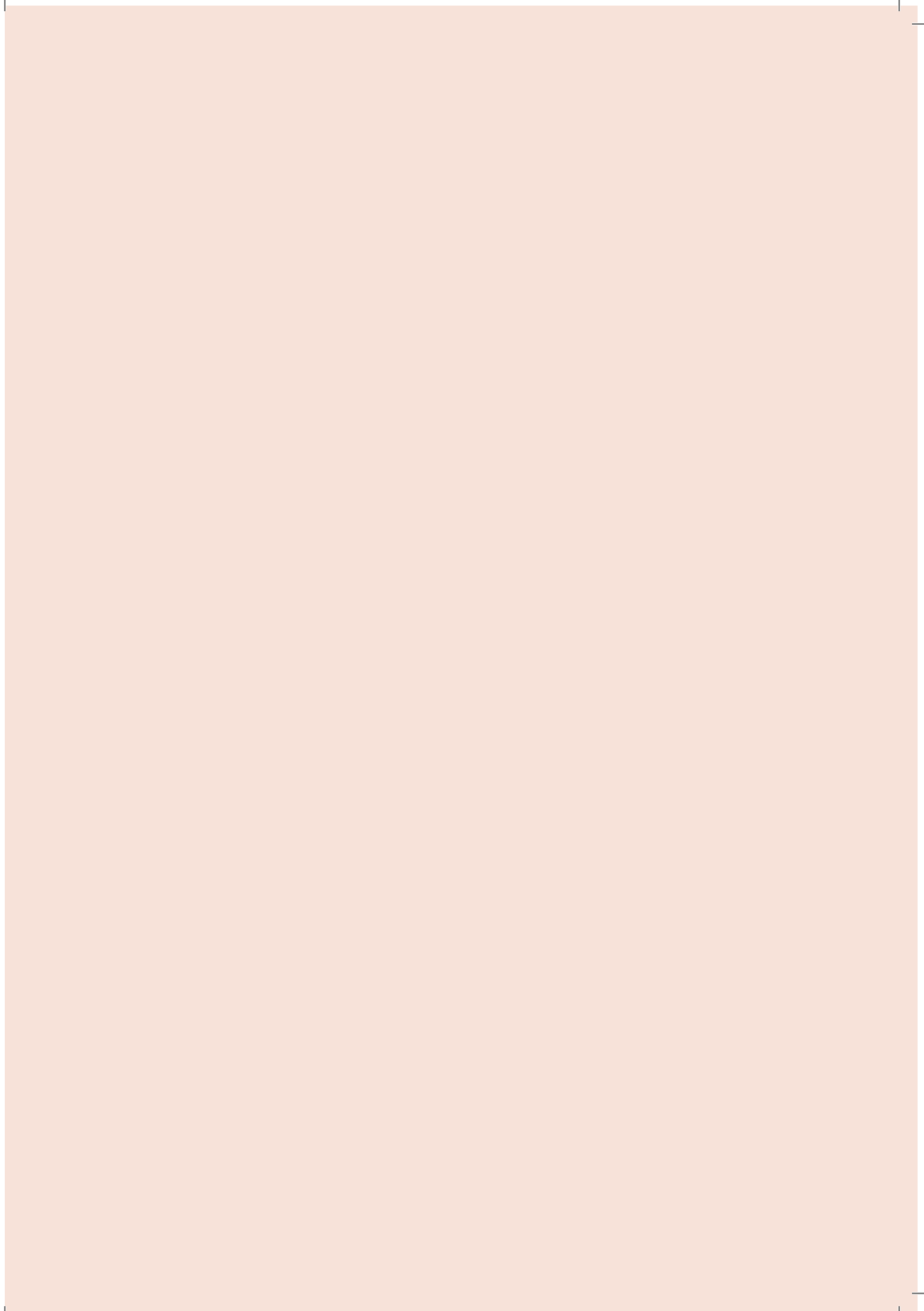
Essa estratégia tem como objetivo evitar a recidiva de IO já ocorrida. As recomendações de profilaxias secundárias estão resumidas no quadro a seguir.

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

## 6. Posologia dos antirretrovirais

Quadro 1. Antirretrovirais e suas doses	
Antirretrovirais	Posologia
Abacavir (ABC)	300mg 12/12h ou 600mg 1x/dia
Atazanavir (ATV)	300mg 1x/dia (se associado com RTV) ou 400mg 1x/dia
Darunavir (DRV)	600mg 12/12h
Didanosina (ddl)	<60kg 250mg, >60kg 400mg, 1x/dia
Efavirenz (EFZ)	600mg 1x/dia
Enfuvirtida (ENF) (T-20)	1 amp 12/12h (SC)
Etravirina (ETR)	200mg 2x/dia
Fosamprenavir (FPV)	700mg 2x/dia
Lamivudina (3TC)	150mg 12/12h ou 300mg 1x/dia
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	2 comp. associados 12/12h
Maraviroque (MVQ)	Com IP, exceto TPV/r, 150mg 12/12hs – com EFZ ou ETR, s/ IP, 600mg 12/12hs – com DRV/r + ETR ou EFZ + IP/r (exceto TPV/r) 150mg 12/12hs – TPV/r ou NVP, TDF, Biovir, Raltegravir, s/ IP, 300mg 12/12hs
Nevirapina (NVP)	200mg 12/12h
Raltegravir (RAL)	400mg 12/12h
Ritonavir (RTV)	100mg/d (sempre associado a outro IP)
Saquinavir (SQV)	1.000mg 2x/dia
Tenofovir (TDF)	300mg 1x/dia
Tipranavir (TPV)	500mg 2x/dia
Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	1 cp combinado 12/12h
Zidovudina (AZT)	300mg 12/12h







The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every entry, no matter how small, should be recorded to ensure the integrity of the financial data. This includes not only sales and purchases but also expenses, income, and any other financial activities.

The second part of the document provides a detailed overview of the accounting cycle. It outlines the ten steps involved in the process, from identifying the accounting entity to preparing financial statements. Each step is explained in detail, with examples provided to illustrate the concepts.

The third part of the document focuses on the classification of accounts. It discusses the different types of accounts, such as assets, liabilities, equity, and income, and explains how they are used to record and summarize financial transactions.

The fourth part of the document covers the process of journalizing and posting. It describes how transactions are recorded in the journal and then transferred to the ledger accounts. This process is essential for maintaining the double-entry system and ensuring that the books are balanced.

The fifth part of the document discusses the preparation of financial statements. It explains how the data from the ledger is used to create the balance sheet, income statement, and statement of cash flows. These statements provide a comprehensive view of the company's financial performance and position.

The sixth part of the document covers the closing process. It describes how the temporary accounts, such as revenues, expenses, and dividends, are closed to the permanent accounts, such as retained earnings. This process is necessary to reset the temporary accounts for the next accounting period.

The seventh part of the document discusses the importance of adjusting entries. It explains how these entries are used to ensure that the financial statements reflect the true financial position of the company at the end of the period. Examples of adjusting entries are provided to illustrate the process.

The eighth part of the document covers the process of reconciling the books. It describes how the company's records are compared with external statements, such as bank statements, to identify and correct any discrepancies. This process is crucial for maintaining the accuracy of the financial records.

The ninth part of the document discusses the importance of internal controls. It explains how these controls are used to prevent and detect errors and fraud, and to ensure the reliability of the financial information. Examples of internal controls are provided to illustrate the process.

The tenth part of the document covers the final steps of the accounting process, including the preparation of the final financial statements and the closing of the books. It emphasizes the importance of accuracy and transparency in all aspects of the process.



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA