



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS

NOTA TÉCNICA Nº 69/2026-CGHA/.DATHI/SVSA/MS

Dispõe sobre a desincorporação do medicamento nevirapina na apresentação de comprimidos revestidos de 200 mg do elenco terapêutico de antirretrovirais no SUS e reforça orientações sobre esquemas antirretrovirais preferenciais para manutenção do tratamento de pessoas vivendo com HIV ou aids em uso deste medicamento.

1. CONTEXTO

1.1. A nevirapina (NVP) pertence ao grupo dos inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN), sendo suas principais limitações a **baixa barreira genética** e sua **posologia menos cômoda de duas tomadas diárias**. Seu uso nos últimos anos se concentrou em usuários na primeira linha de tratamento, porém, considerando as opções terapêuticas disponíveis atualmente, **não é mais recomendada** formalmente como opção terapêutica de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos vigente. De 2021 a 2025 a tendência observada de uso de NVP é de queda significativa, com uma redução de 84% no número de usuários nesse período.

1.2. Em fevereiro de 2026 foram identificados **1201 usuários** cuja última dispensação continha NVP na composição do esquema terapêutico, sendo que aproximadamente 48% desses usuários estava em perda de seguimento (atraso > 60 dias em relação à data prevista para retirada de ARV). Dentre os usuários regulares, 97% apresentavam último exame carga viral (CV) com resultado < 200 cópias/mL, e em relação aos esquemas terapêuticos, 58% dos usuários faziam uso de AZT/3TC+NVP e 33% de TDF/3TC+NVP.

1.3. Dessa forma, considerando as tendências observadas de uso e o perfil atual de usuários, a presente Nota Técnica dispõe sobre a **descontinuidade da oferta da nevirapina na apresentação de comprimidos revestidos de 200 mg** do elenco de antirretrovirais (ARV) para **tratamento** de adultos e crianças vivendo com HIV. Tal ação visa a qualificação do cuidado dos

usuários remanescentes, permitindo que utilizem esquemas terapêuticos atualizados, com melhor perfil de eficácia e segurança, bem como maior barreira genética.

1.4. Ressalta-se que a **nevirapina em apresentação de solução oral de 10 mg/mL continuará sendo disponibilizada no SUS** para composição de esquemas para profilaxia da transmissão vertical.

2. RECOMENDAÇÕES

2.1. As recomendações para **substituição da NVP 200 mg** para pessoas vivendo com HIV e/ou aids (PVHA) em uso regular de terapia antirretroviral (Tarv), com última CV realizada há no máximo seis meses, estão descritas a seguir:

a. PVHA com última CV \leq 200 cópias/mL: a NVP deve ser substituída preferencialmente por **dolutegravir (DTG) 50 mg**. Alternativamente, em casos com contra-indicação a DTG, pode ser substituída por **darunavir 800 mg associado a ritonavir 100 mg (DRV/r)**. Destaca-se que para PVHA em uso regular de esquemas de primeira linha, mantendo CV suprimida por pelo menos 12 meses, que tenham dano ou alto risco renal e/ou ósseo, é recomendado que se avalie a possibilidade de uso da **terapia dupla** composta apenas por lamivudina (3TC) associada preferencialmente a DTG, de acordo com as recomendações do PCDT.

b. PVHA com última CV $>$ 200 cópias/mL: pessoas em uso regular de Tarv com resultado CV $>$ 200 cópias/mL confirmado em dois exames consecutivos, realizados com intervalo de quatro semanas, apresentam **falha virológica**. Recomenda-se a realização de genotipagem caso o resultado da última CV seja $>$ 500 cópias/mL. A maioria das PVHA em uso de NVP está na primeira linha de tratamento e, de modo geral, os esquemas recomendados pelo PCDT para resgate de falha de primeira linha com ITRNN são baseados em **DTG 50 mg** ou **DRV/r 800 mg**. Recomenda-se que, caso necessário, a estruturação do esquema de resgate seja discutida com médicos referência em genotipagem (MRG) e Câmaras Técnicas Estaduais.

2.2. Para os casos de usuários em **perda de seguimento**, devem ser utilizadas as opções estabelecidas pelo PCDT para reintrodução de Tarv. Nos casos de interrupção de esquemas iniciais baseados em ITRNN os principais esquemas recomendados para reintrodução são **TDF/3TC + DTG**, **TDF/3TC + DRV/r** ou **DRV/r + DTG**, mas outros esquemas baseados em DTG ou DRV podem ser considerados de acordo com as especificidades de cada caso. Caso necessário, o esquema para reintrodução deve ser discutido com as Câmaras Técnicas Estaduais.

3. CONCLUSÃO

3.1. Solicitamos que as coordenações municipais e estaduais de HIV e aids **divulguem** de forma mais ampla esta Nota Técnica às equipes assistenciais.

3.2. O prazo até a interrupção da oferta de nevirapina será de **06 (seis) meses** a partir da publicação desta Nota Técnica.

3.3. O Ministério da Saúde permanece à disposição para realização de webinários, capacitações técnicas e ações de educação continuada no contexto das atualizações do manejo do HIV em adultos e crianças/adolescentes.



Documento assinado eletronicamente por **Artur Olhovetchi Kalichman, Coordenador(a)-Geral de Vigilância do HIV/AIDS**, em 02/06/2026, às 10:00, 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 **Draurio Barreira Cravo Neto, Diretor(a) do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 02/06/2026, às 18:51, 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, informando o código verificador **0055775834** e o código CRC **CC5215CF**.