

Novo cenário da terapia antirretroviral no Brasil

Roberto Zajdenverg

Médico

GSK Brasil / ViiV Healthcare

CRM: 52487374

Conflito de Interesses

De acordo com a Resolução 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina e com a RDC 96 / 2008 da ANVISA, declaro que:

- Esta apresentação é patrocinada pela GSK;
- Sou funcionário GSK.

Agenda

1. Epidemiologia

2. Guidelines

3. Dolutegravir

HIV – Impacto Global

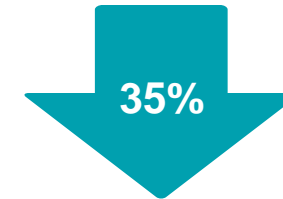
Desde que o HIV surgiu há 30 anos, se tornou a maior causa de morte por doença infecciosa

No mundo
78 MILHÕES DE PESSOAS
Se infectaram com o HIV desde o início da epidemia

39 MILHÕES DE VIDAS
se perderam desde o início da epidemia

Progressos
ocorreram na luta
contra o HIV...

2005



2013

Mortes relacionadas à
**AIDS caíram 35% entre
2005 e 2013**

Epidemiologia global em 2016

36,7 milhões

Estimativa de pessoas vivendo com HIV

1,8 milhão

Novas infecções

1,0 milhão

Mortes relacionadas ao HIV

Número de novas infecções

2000	3 milhões
2010	2,2 milhões
2016	1,8 milhões
2020	500.000
2030	200.000

Número de PVHIV em tratamento

2000	685.000
2005	2,1 milhões
2010	7,7 milhões
2016	19,5 milhões
2020	30 milhões
2030	33 milhões

Número de óbitos

2000	1,5 milhão
2005	1,9 milhão
2016	1,0 milhão
2020	500.000
2030	400.000

Metas 90-90-90 UNAIDS

90%



das PVHA diagnosticadas

90%



das PVHA diagnosticadas
➡ em tratamento

90%



das PVHA em tratamento
➡ em supressão viral

O Brasil e as metas 90-90-90

- diagnosticadas: 84%
- em tratamento: 72%
- em supressão viral: 88% (< 1 mil cps/mL)

Brasil

(2016/2017)

- **Cerca de 830 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS;**
- **Mais de 517 mil estão em tratamento (quase 35 mil iniciaram TARV);***
- **Cerca de 136 mil pessoas ainda não sabem;**
- **177 mil já sabem que têm o HIV, mas não iniciaram o tratamento.**

Prevalência no Brasil

População Geral (2015)	0,4%
Mulheres Trans, +18 (2016)	31%
HSH, +18 (2015)	15%
Usuários de crack, 18+ (2013)	6%
Mulheres PS, +18 (2010)	5%

Diferenças entre as faixas etárias

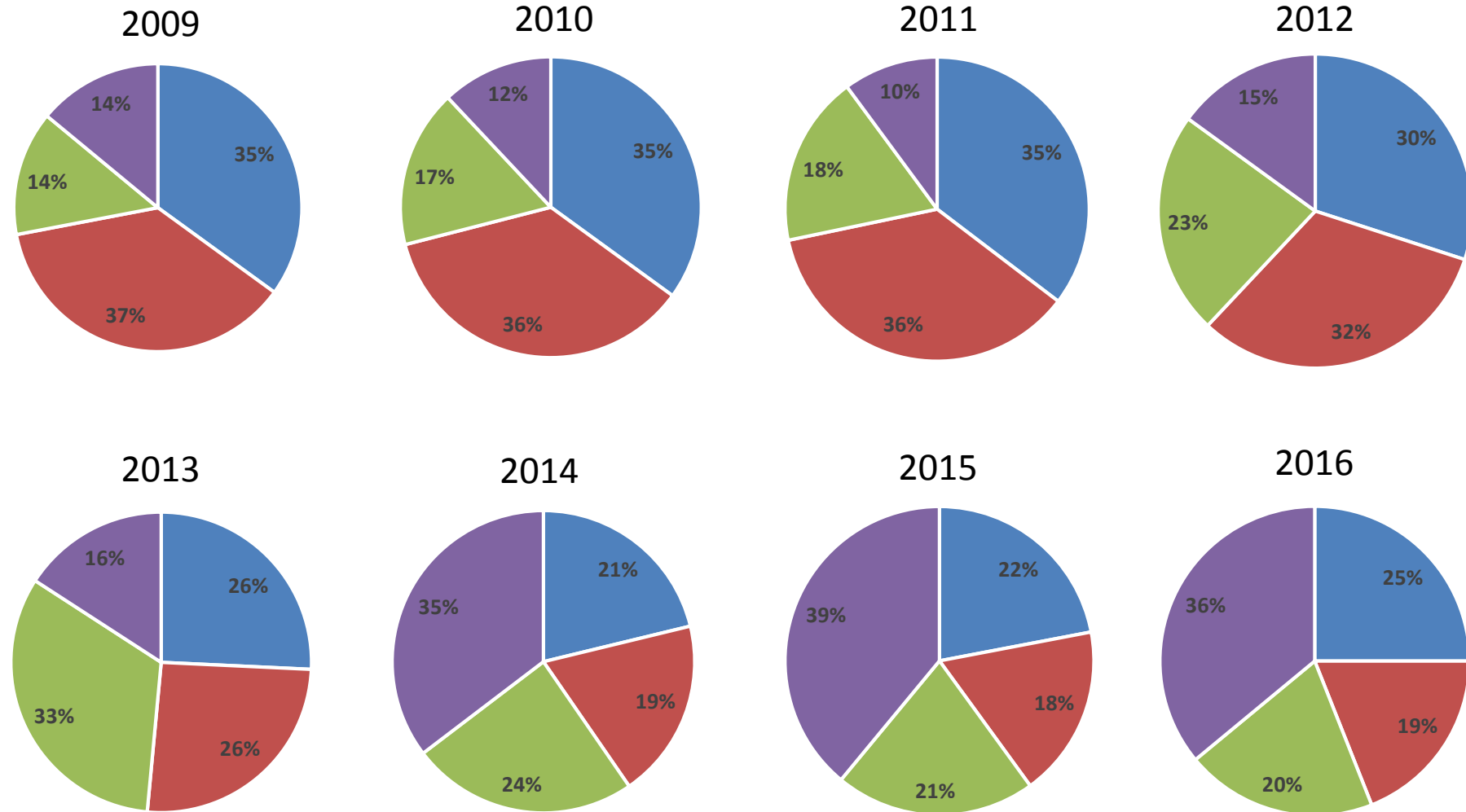
18 a 24 anos	
No serviço de saúde	74%
Em tratamento	57%
Carga viral indetectável	47%

40 a 49 anos	
No serviço de saúde	86%
Em tratamento	70%
Carga viral indetectável	64%

25 a 39 anos	
No serviço de saúde	82%
Em tratamento	65%
Carga viral indetectável	57%

50 anos ou mais	
No serviço de saúde	88%
Em tratamento	72%
Carga viral indetectável	67%

Percentual de início tardio no Brasil

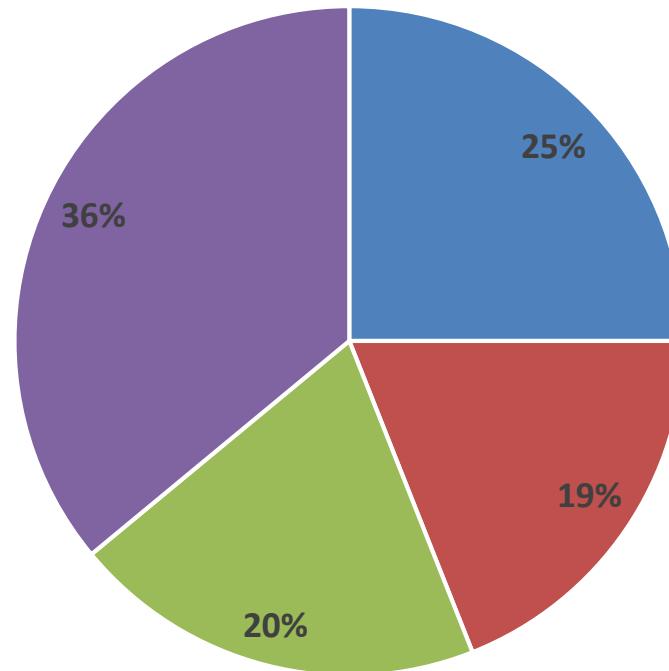


CD4 <200
CD4 200-349

CD4 350-499
CD4 500+

Percentual de início tardio no Brasil

2016

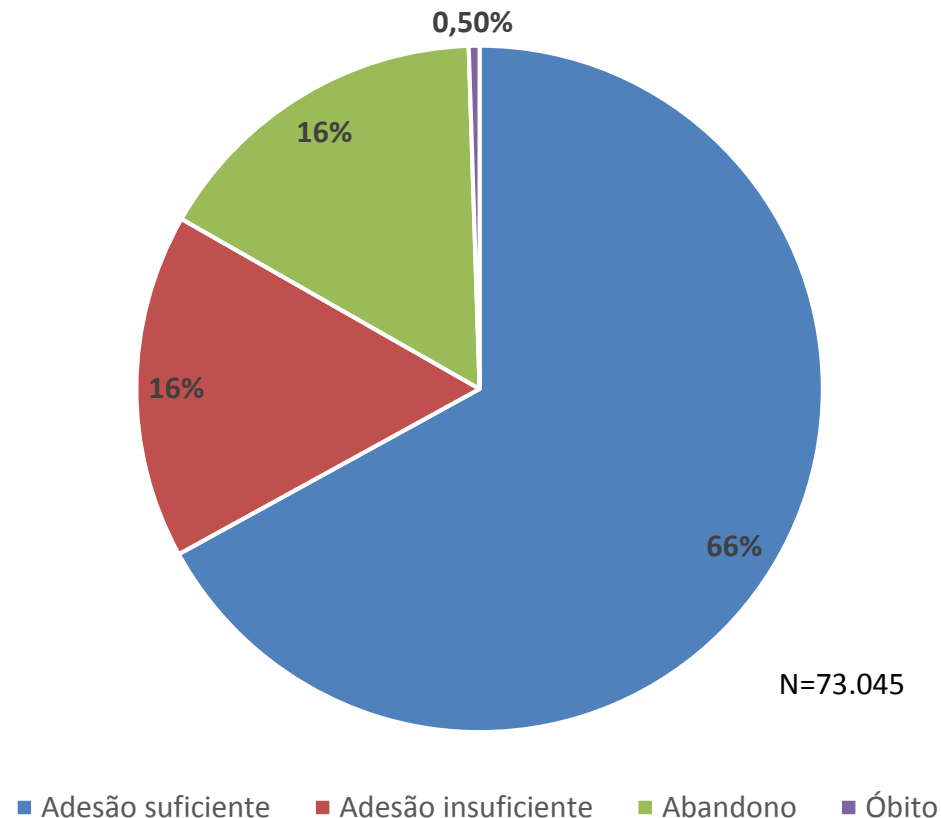


CD4 <200
CD4 200-349

CD4 350-499
CD4 500+

Adesão, abandono e óbito* um ano após o início do tratamento

Status em 2016 (ano da primeira dispensa: 2015)



Definições

Adesão suficiente = dispensa com no máximo 20% de atraso

Adesão insuficiente = dispensa com mais de 20% de atraso

Abandono = sem dispensa por mais de 100 dias

Óbito = registrado no SIM até 2015 ou no Siclom até 31/12/2016

N = número de PVHIV que iniciou TARV no ano

Agenda

1. Epidemiologia

2. Guidelines

3. Dolutegravir

Como começar a TARV em adultos

GUIDELINES	ITRN			ITRNN			INI			IP		
	TDF ou TAF/ FTC/3TC	ABC/3TC	AZT/3TC	EFV	NVP	RPV	DTG	EVG	RAL	ATV	DRV	LPV
IAS-USA	Preferencial	Preferencial	Não recomendada ou Situações especiais	Alternativa	Não recomendada ou Situações especiais	Alternativa	Preferencial	Preferencial	Preferencial	Não recomendada ou Situações especiais	Alternativa	Não recomendada ou Situações especiais
DHHS	Preferencial	Preferencial	Não recomendada ou Situações especiais	Alternativa	Não recomendada ou Situações especiais	Alternativa	Preferencial	Preferencial	Preferencial	Alternativa	Preferencial	Não recomendada ou Situações especiais
EACS	Preferencial	Preferencial	Não recomendada ou Situações especiais	Alternativa	Não recomendada ou Situações especiais	Preferencial	Preferencial	Preferencial	Preferencial	Alternativa	Preferencial	Alternativa
OMS	Preferencial	Não recomendada ou Situações especiais	Alternativa	Preferencial *	Alternativa	Não disponível	Alternativa	Não disponível	Não disponível	Não recomendada ou Situações especiais	Não recomendada ou Situações especiais	Não recomendada ou Situações especiais
Brasil	Preferencial	Alternativa	Não recomendada ou Situações especiais	Alternativa	Não recomendada ou Situações especiais	Não disponível	Preferencial	Não disponível	Alternativa	Não recomendada ou Situações especiais	Não recomendada ou Situações especiais	Não recomendada ou Situações especiais

- Preferencial
- Alternativa
- Não recomendada ou Situações especiais
- Não disponível

*400 mg

Motivos para adoção de INI em esquema de 1ª linha no Brasil

- ❖ Protocolo da OMS para Vigilância de resistência aos ARVs em adultos que iniciam TARV → estudo abrangendo todas as regiões do país:
- ✓ Prevalência global de resistência transmitida foi de 9,5% em 2015, atingindo 11,2% no Sudeste;
- ✓ Resistência para ITRNN foi de 5,62% (variando de 4,5% no Nordeste e Centro-Oeste a 7,0% no Sul).

Comparação da eficácia e segurança da 1ª linha de tratamento para HIV: revisão sistemática e metanálise

Kanters S, Vitoria M, Doherty M, Socias ME, Ford N, Forrest JI, Popoff E, Bansback N, Nsanzimana S, Thorlund K, Mills EJ
Lancet HIV; 3: e510–20, 2016

Dolutegravir teve o maior efeito protetor relacionado a interrupções por eventos adversos comparado ao efavirenz de 600mg

Dolutegravir foi o mais eficaz, seguido pelos demais INIs, comparado ao efavirenz

Atualização da TARV no Brasil

Preferencial	
TDF ¹ /3TC + DTG	Esquema inicial
Alternativo	
ABC ² + 3TC + DTG	Esquema para início de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com teste negativo para HLA-B*5701
TDF ¹ /3TC/EFZ	Esquema alternativo em casos de intolerância ou contraindicação ao DTG ⁵
Coinfecção TB-HIV / Gestantes	
TDF ¹ /3TC/EFZ	Esquema inicial em situações especiais: ³ <ul style="list-style-type: none">- coinfecção TB-HIV sem critérios de gravidade- gestação
TDF ¹ /3TC + RAL ⁴	Tratamento na coinfecção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo ³ : <ul style="list-style-type: none">- CD4 < 100 céls/mm³- Presença de outra infecção oportunista- Necessidade de internação / doença grave- TB disseminada

¹ O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF e ABC.

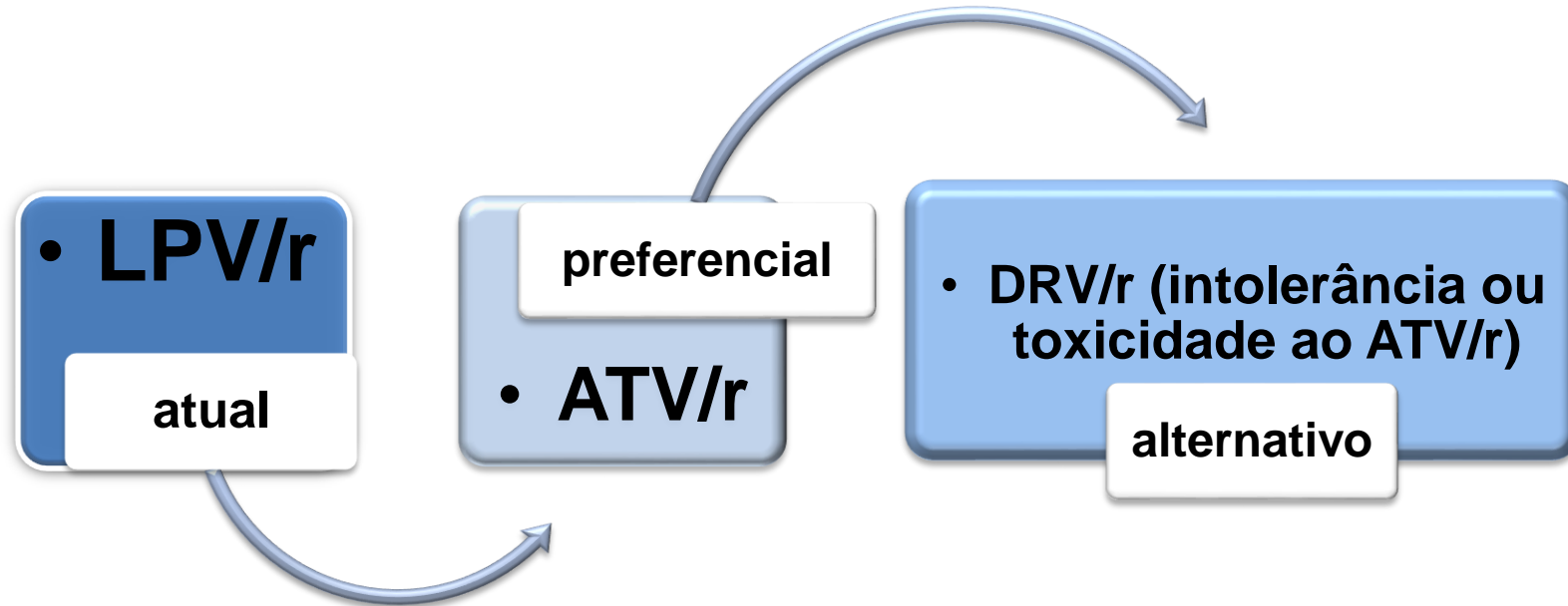
² O ABC é alternativa de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com teste negativo de HLA-B*5701 e CV < 100.000 cópias/mL, quando associado ao EFZ.

³ Realizar genotipagem pré-tratamento e iniciar TARV (não postegar).

⁴ Concluída a situação (tratamento TB ou parto) **deverá ser** feita a mudança para TDF/3TC + DTG.

⁵ Contraindicações ao uso de DTG: PVHA em uso de **fenitoína, fenobarbital, "oxicarbamazepina"**.

Outras mudanças



- ❖ **ATV/r: não associado ao ↑ risco cardiovascular e dose única diária;**
- ❖ **DRV/r: mais alta barreira genética.**

Coinfectado TB/HIV (PCDT 2017)

Coinfecção TB-HIV sem critérios de gravidade (indicados abaixo)	TDF/3TC/EFZ Dose Fixa Combinada (DFC)	300mg/300mg/600mg 1x/dia	Concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feito o <u>switch do EFZ para DTG</u>
Coinfecção TB-HIV com um dos critérios de gravidade abaixo: LT-CD4+ < 100 céls/mm ³ <ul style="list-style-type: none">• Presença de infecção oportunista• Necessidade de internação hospitalar/doença grave• Tuberculose disseminada	TDF/3TC + RAL	300mg/300mg 1x/dia + 400 mg 12/12h	Concluído o tratamento completo para TB, deverá ser feito o <u>switch do RAL para DTG</u> em até 3 meses

Agenda

1. Epidemiologia

2. Guidelines

3. Dolutegravir

Farmacovigilância - DTG

Uso de dolutegravir de Janeiro a Junho de 2017:

Total de 39.990 pacientes

- 22.683 iniciaram TARV DTG
- 17.307 trocaram RAL para DTG

Eventos adversos reportados (qualquer) até 30 de Junho de 2017: (3.086 questionários preenchidos)

- Não: 93% (n=2879)
- Sim: 7% (n=207)

Dolutegravir: Posologia

População		Posologia
Adultos	Sem resistência a inibidores da integrase	50 mg uma vez ao dia
	Com resistência a inibidores da integrase (documentada ou com suspeita clínica)	50 mg duas vezes ao dia
Adolescentes (de 12 até menos de 18 anos e com peso mínimo de 40 kg)		50 mg uma vez ao dia Não há dados suficientes para recomendação de uma dose de Tivicay® a crianças e adolescentes com menos de 18 anos resistentes a inibidores da integrase.

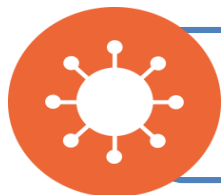
Informações Médicas GSK

Canal de comunicação *exclusivo* para os *Profissionais de Saúde*



Artigos científicos na íntegra

Respostas a questionamentos científicos sobre os produtos GSK



Levantamentos bibliográficos relacionados às áreas terapêuticas de atuação da GSK

Bulas completas dos produtos GSK



Faça a sua solicitação através de

medinfo@gsk.com

Construindo Confiança, Promovendo Transparência

Obrigado

INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA - TIVICAY

REAÇÕES ADVERSAS

As reações a seguir foram identificadas em estudos clínicos realizados com Tivicay: cefaleia, náusea, diarreia, insônia, tontura, vômito, erupção cutânea, hipersensibilidade, síndrome de reconstituição imune, dor e desconforto abdominal, hepatite.

PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS

Há relato de reações de hipersensibilidade aos inibidores da integrase, inclusive ao Tivicay, caracterizadas por erupção cutânea, sintomas gerais inespecíficos e, às vezes, disfunção de órgãos, inclusive lesão hepática. Interrompa imediatamente o uso de Tivicay e de outros agentes suspeitos caso surjam sinais ou sintomas de reações de hipersensibilidade. Deve-se monitorar o estado clínico, inclusive as aminotransferases hepáticas, e iniciar tratamento adequado. A demora em interromper o tratamento com Tivicay ou outros medicamentos suspeitos depois do início da reação de hipersensibilidade pode ser fatal.

CONTRAINDICAÇÃO:

É contraindicada a administração de Tivicay em combinação com a dofetilida ou pilsicainida.

É contraindicada a administração de Tivicay a pacientes com hipersensibilidade conhecida ao dolutegravir ou a algum dos excipientes.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A etravirina sem reforço de inibidor de protease diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir. A dose recomendada de Tivicay é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de etravirina sem reforço de inibidor de protease. Não se deve usar Tivicay com etravirina sem a coadministração de darunavir/ritonavir ou lopinavir/ritonavir em pacientes resistentes a INI.

MINIBULA DE TIVICAY

Tivicay (dolutegravir sódico). **Indicação:** tratamento da infecção pelo HIV em combinação com outros agentes antirretrovirais em adultos e crianças acima de 12 anos, com peso mínimo de 40 kg. **Contraindicações:** administração de Tivicay com a dofetilida, pilsicainida e em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao dolutegravir ou a algum dos excipientes. **Precauções e advertências:** Relato de reações de hipersensibilidade aos inibidores da integrase, inclusive ao Tivicay. Interrompa imediatamente o uso caso surjam sinais ou sintomas (erupção cutânea intensa ou acompanhada de febre, mal-estar geral, fadiga, dor muscular ou articular, vesículas, lesões orais, conjuntivite, edema facial, hepatite, eosinofilia, angioedema). Deve-se monitorar o estado clínico, inclusive as aminotransferases hepáticas, e iniciar tratamento adequado. A demora em interromper o tratamento depois do início da reação de hipersensibilidade pode ser fatal. Pacientes podem apresentar uma reação inflamatória e infecções oportunistas residuais ou assintomáticas (retinite por citomegalovírus, micobacterianas generalizadas e/ou focais e a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (*P. carinii*)), que causa distúrbios clínicos graves ou agravamento dos sintomas. Distúrbios autoimunes podem ocorrer (doença de Graves, polimiosite e síndrome de Guillain-Barré) nos casos de reconstituição imune. O tempo até o início é mais variável e podem ocorrer muitos meses do início do tratamento e, às vezes, têm apresentação atípica. A elevação de marcadores bioquímicos da função hepática compatível com a síndrome de reconstituição imune foi observada em alguns pacientes coinfectados por hepatite B e/ou C no início do tratamento com Tivicay. Recomenda-se o monitoramento bioquímico da função hepática. Cuidado especial em iniciar ou manter tratamento efetivo da hepatite B ao instituir a terapia com dolutegravir nos pacientes coinfectados por hepatite B. Pacientes tratados com Tivicay ou qualquer outra terapia antirretroviral ainda podem ter infecções oportunistas e outras complicações da infecção por HIV. Não deve ser coadministrado com antiácidos que contenham cátions polivalentes. Recomenda-se a administração duas horas antes ou seis horas depois desses medicamentos. Tivicay pode aumentar a concentração de metformina. Os pacientes devem ser monitorados durante o tratamento e pode ser necessário ajustar a dose de metformina. **Gravidez e Lactação:** Não existem estudos satisfatórios e bem controlados sobre o uso em gestantes. Estudos de toxicidade reprodutiva em animais mostraram que o dolutegravir atravessa a placenta. Só deve ser usado durante a gravidez se o benefício esperado justificar o risco potencial para o feto. É recomendado que as mulheres com HIV não amamentem para evitar a transmissão do HIV. Em situações em que o uso de fórmulas infantis não é viável e o aleitamento materno durante o tratamento antirretroviral for considerado, devem seguir os guias locais para amamentação e tratamento. De acordo com dados obtidos em animais, presume-se que o dolutegravir seja secretado no leite humano, embora não haja confirmação disso. **Reações adversas:** Reações muito comuns (>1/10): cefaleia, náusea e diarreia. Reações comuns (>1/100 e <1/10): insônia, tontura, sonhos anormais, depressão, vômito, flatulência, dor na porção alta do abdômem, dor e desconforto abdominal, erupção cutânea, prurido e fadiga. Reações incomuns (>1/1000 e <1/100): Hipersensibilidade, síndrome de reconstituição imune, hepatite e ideias suicidas ou tentativas de suicídio (especialmente em pacientes com histórico de depressão ou alterações psiquiátricas pré-existentes). Observou-se semelhança do perfil de segurança entre a população de pacientes virgens de tratamento, a daqueles previamente tratados com antirretrovirais (sem uso prévio de inibidor de integrase) e a dos resistentes a inibidor da integrase. Os aumentos de creatinina foram comparáveis aos observados na terapia de base com ITRNs e semelhantes em pacientes previamente tratados. O perfil de segurança em pacientes coinfectados por hepatite B e/ou C foi semelhante ao observado em pacientes sem infecção por esses, embora as taxas de anormalidades de AST e ALT fossem maiores no subgrupo coinfectado. A elevação de marcadores bioquímicos da função hepática compatível com a síndrome de reconstituição imune foi observada em alguns indivíduos coinfectados por hepatite B e/ou C no início do tratamento com Tivicay, sobretudo naqueles cuja terapia da hepatite B foi interrompida. **Interações Medicamentosas:** Pode aumentar a concentração plasmática de fármacos cuja excreção dependa do OCT2. Efavirenz, etravirina, nevirapina, rifampicina, carbamazepina e tipranavir combinado ao ritonavir reduziram consideravelmente a concentração plasmática de Tivicay, o que requer ajuste da dose para 50 mg duas vezes ao dia. Não é necessário ajustar a dose de Tivicay quando coadministrado com etravirina e lopinavir/ritonavir, darunavir/ritonavir ou atazanavir/ritonavir. Fosamprenavir combinado ao ritonavir, reduziu a concentração plasmática de Tivicay, mas não exigiu ajuste da dose. Um estudo da interação medicamentosa com atazanavir, que inibe a UGT1A1, não demonstrou aumento clinicamente importante da concentração plasmática de Tivicay. O efeito de tenofovir, lopinavir/ritonavir, darunavir/ritonavir, rilpivirina, boceprevir, telaprevir, prednisona, rifabutina, daclastavir e omeprazol na farmacocinética do Tivicay foi nulo ou mínimo, portanto, não é necessário ajustar a dose. **Posologia:** Adultos sem resistência a inibidores de integrase: dose recomendada de Tivicay é de 50 mg uma vez ao dia. Adultos com resistência a inibidores de integrase (documentada ou com suspeita clínica): dose recomendada de Tivicay é de 50 mg duas vezes ao dia. Adolescentes: dose recomendada de Tivicay para os pacientes nunca tratados com inibidores da integrase (de 12 até menos de 18 anos e com peso mínimo de 40 kg) é de 50 mg uma vez ao dia. Crianças: Não há dados suficientes sobre a segurança e a eficácia para recomendação de uma dose de Tivicay a crianças com menos de 12 anos ou menos de 40 kg. Idosos: Não existem evidências de que os pacientes idosos necessitem de uma dose diferente. **Superdosagem:** A experiência limitada com doses maiores isoladas (até 250 mg em indivíduos saudáveis) não mostrou sinais nem sintomas específicos, exceto aqueles citados como reações adversas. Outros procedimentos devem ser instituídos de acordo com a indicação clínica ou segundo a recomendação do centro nacional de toxicologia, quando disponível. Não há tratamento específico para a superdosagem de Tivicay. A terapia recomendada é de suporte com monitoramento apropriado, quando necessário. Em razão da alta ligação do às proteínas plasmáticas, é improvável que seja removido em quantidade considerável por diálise. **Dados pós-comercialização:** Reações incomuns (>1/1000 e <1/100): artralgia e mialgia. Para dados completos sobre a segurança do medicamento, a bula na íntegra deverá ser consultada e poderá ser solicitada à empresa através do Departamento de Informação Médica da GSK (SAC 08007012233 e/ou medinfo@gsk.com). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg MS:101070300. mBL_Tivicay_com_rev_GDS08_IPI08_L0833

Referências Bibliográficas

1. WHO. The top 10 causes of death. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
2. UNAIDS. Fact Sheet: Global statistics. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
3. UNAIDS. The Gap Report. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2017.
4. WHO. Contents - HIV global slides. Disponível em: <http://www.who.int/entity/hiv/data/2016_global_summary_web4.pptx?ua=1>. Acesso em: 14 ago. 2017.
5. UNAIDS. 90–90–90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
6. BENZAKEN, AS. Ministério da Saúde. Situação atual da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/noticia/2017/59489/apresentacao_panorama_resposta_brasileira_a_epidem_24914.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: HIV-AIDS. 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2017.
8. DDAHV. As conquistas e desafios no enfrentamento ao HIV/aids no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2017/conquistas-e-desafios-no-enfrentamento-ao-hiv-aids-no-brasil>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
9. BENZAKEN, AS. Enhanced ARV monitoring in countries: Brazil. In: IAS, 9. Paris, 2017. Abs. SUSA1309. Disponível em: <http://programme.ias2017.org/PAGMaterial/PPT/3073_4542/IAS%20Enhanced%20ARV%20Monitoring%20in%20countries%20Brazil%20_%20Benzaken%20A_FINAL.pptx>. Acesso em: 07 ago. 2017.
10. DHHS. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Disponível em: <<https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adul>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
12. WHO. Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection 2016: Recommendations for a public health approach. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 07 ago. 2017.
13. EACS. Guidelines. Version 8.2. Disponível em: <http://www.eacsociety.org/files/guidelines_8.2-english.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.
14. GÜNTARD, HF. JAMA; 316(2):191-210, 2016.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa N° 007/2017-DDAHV/SVS/MS. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2017/59412/nota_informativa_007_protocolo_de_uso_arv_2017_29907.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2017.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa Complementar N° 019/2017-DDAHV/SVS/MS. Disponível em: <<http://azt.aids.gov.br/documentos/Nota%20Informativa%20COMPLEMENTAR%20019-2017.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa N° 059/2017-DDAHV/SVS/MS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2017/diahv-substitui-lopinavir-por-atazanavir-no-tratamento-do-hiv-aids>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
18. BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em adultos: relatório de recomendação. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_ManejoInfeccaoHIVadultos_CP.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.
19. KANTERS, S. et al. Lancet HIV; 3: e510–20, 2016.
20. TIVICAY (dolutegravir sódico). Bula do produto.

Material destinado exclusivamente para profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

A bula completa do medicamento e outras informações estão à disposição sob solicitação ao departamento de Informações Médicas (DDG 0800 701 22 33 ou e-mail medinfo@gsk.com). Para notificar eventos adversos ocorridos durante o uso de medicamentos da GlaxoSmithKline/Stiefel, entre em contato diretamente com o Departamento de Farmacovigilância da empresa pelo e-mail farmacovigilancia@gsk.com ou através do representante do grupo de empresas GSK.

As marcas registradas pertencem ou são licenciadas ao grupo ViiV Healthcare.
Material de autoria e propriedade GSK, a reprodução deste é proibida sem o consentimento da empresa



INFORMAÇÕES
MÉDICAS
medinfo@gsk.com

FARMACO
VIGILÂNCIA
farmacovigilancia@gsk.com

www.gsk.com.br
Estrada dos Bandeirantes 8464 – Jacarepaguá
Rio de Janeiro – RJ . CEP 22783-110.
CNPJ 33.247743/0001-10