



# REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E BEM ESTAR

FACULDADE SANTO AGOSTINHO DE ITABUNA

## **Prevenção combinada: uma estratégia de efetivação da política nacional de DST/AIDS**

Combined prevention: a national STD/AIDS policy effective strategy

Clara Kist Ibiapino <sup>1\*</sup>, Isadora Salvador Silva<sup>1</sup>, Luiza Batista de Oliveira<sup>1</sup>, Luciano de Oliveira Souza Tourinho <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade Santo Agostinho de Itabuna, FASAI, Itabuna, Bahia, Brasil.

\*Autor correspondente: Clara Kist Ibiapino, Graduanda em Medicina. - E-mail: claraibiapino@yahoo.com.br, Faculdade Santo Agostinho de Itabuna, Rua Fernando Cordier, n 82, 45600-030

### **Resumo**

A presente investigação aborda a utilização da Prevenção Combinada como uma alternativa de aprimoramento da Política Nacional de Controle de DST/AIDS, visto que, essa se mostrou ineficiente na contenção da incidência de casos no Brasil. Democratizar a informação acerca da Prevenção Combinada é relevante para uma consequente diminuição futura dos casos de HIV no país. Como objetivos, pretende-se analisar a Prevenção Combinada como mecanismo de efetivação da Política Nacional de Controle de DST/AIDS através da comparação entre as estratégias de prevenção da Política Nacional de Controle de DST/Aids do ano de 1999 com as estratégias de Prevenção Combinada do HIV de 2017. Além de auxiliar no caminho de enfrentamento ao HIV e disseminar informações no meio acadêmico para que o tema tenha mais visibilidade no meio científico. Sobre os procedimentos utilizados, essa investigação científica se caracteriza por ser bibliográfica e documental, com embasamento em análise de artigos, livros, manuais, portarias e protocolos vigentes em território nacional. Com respeito ao tema, possui abordagem qualitativa, natureza aplicada e perfil explicativo. Por fim, é cabível discutir o desempenho prático da Política Nacional de Controle de DST/AIDS, em paralelo à Prevenção Combinada, visando suprir suas lacunas. Ademais, a desinformação vem acompanhada de desinteresse estatal, que ao fazer as recomendações das cartilhas, carece na aplicação prática completa das orientações.

**Palavras-chave:** HIV; Prevenção Combinada; PEP; PrEP.

## **ABSTRACT**

The present investigation addresses the use of Combined Prevention as an alternative to improve the National Policy for the Control of STD/AIDS, since it proved to be ineffective in containing the incidence of cases in Brazil. Democratizing information about Combined Prevention is relevant for a consequent future decrease in HIV cases in the country. As objectives, it is intended to analyze the Combined Prevention as a mechanism for the effectiveness of the National Policy for the Control of STD/AIDS through the comparison between the prevention strategies of the National Policy for the Control of STD/AIDS of the year 1999 with the strategies of Combined Prevention of HIV 2017. In addition to helping in the way of fighting HIV and disseminating information in the academic environment so that the topic has more visibility in the scientific environment. Regarding the procedures used, this scientific investigation is characterized by being bibliographic and documentary, based on the analysis of articles, books, manuals, ordinances and protocols in force in the national territory. Regarding the topic, it has a qualitative approach, applied nature and explanatory profile. Finally, it is appropriate to discuss the practical performance of the National STD/AIDS Control Policy, in parallel with Combined Prevention, in order to fill its gaps. In addition, disinformation is accompanied by state disinterest, which, when making the recommendations of the booklets, lacks the full practical application of the guidelines.

**Keywords:** HIV; Combined Prevention; PEP; PrEP.

## **Introdução**

Com o intuito de conter a epidemia no Brasil, no ano de 1999, foi criada a Política Nacional de Controle de DST/AIDS que define as estratégias e diretrizes no âmbito da prevenção, articulação com direitos humanos, relação entre drogas e AIDS, promoção de ajustes, reorganização de ações e estabelecimento de novos procedimentos. Nesse sentido, o principal objetivo da política foi reduzir a incidência da AIDS por meio de ações voltadas para a sua prevenção em nível nacional, que abrange as campanhas de massa por intermédio da mídia, ações educativas diversas, apoio às iniciativas comunitárias, que visam reduzir as vulnerabilidades sociais e possível risco de infecção, desenvolvimento de parcerias com setores privados e órgãos governamentais, além de estímulo à promoção do acesso de dispositivos preventivos (seringas descartáveis e preservativos) (BRASÍLIA, 1999).

No entanto, no Brasil, no período entre 1999 a 2019 houve aumento da incidência, passando de 15,9/100mil habitantes para 17,8/100 mil habitantes. (BRASÍLIA, 1999). Com isso, observa-se que as estratégias de prevenção preconizadas pela Política Nacional de Controle de DST/AIDS não foram suficientes para conter esse avanço.

Desde o surgimento da epidemia de AIDS, a promoção do uso do preservativo tem sido a principal estratégia preventiva no Brasil. Porém, houve uma mudança dessa perspectiva na medida em que outras estratégias envolvem aspectos comportamentais e biomédicos. Apesar do uso do preservativo continuar sendo a principal estratégia de prevenção contra o vírus HIV, ela não se constitui como única e deve ser combinada a outras formas de prevenção, como exemplo, o uso dos antirretrovirais. Esse conjunto de tecnologias serve como fundamentação para o modelo mais recente de prevenção, denominado “Prevenção Combinada” (UNAIDS, 2017).

A definição do termo abrange diferentes estratégias conjuntas de prevenção focadas na abordagem biomédica, comportamental e estrutural, não enfatizando apenas no impedimento do contágio, mas em todas as situações sociais envolvidas. As estratégias de prevenção vão desde uso de preservativos masculinos ou femininos associados a lubrificantes, utilização de antirretrovirais, intervenções comportamentais que diminuam a exposição ao vírus até intervenções estruturais que visam diminuir estruturas e causas que afetam os riscos de infecção pelo HIV.

Nesse sentido, observa-se como a implementação deste novo modelo de prevenção se faz necessária mediante o insucesso das medidas preventivas traçadas em 1999 pela Política Nacional de Controle de DST/AIDS. Diante do exposto, observa-se que as estratégias de prevenção preconizadas pela Política Nacional de Controle de DST/AIDS não foram suficientes para conter esse avanço, sendo necessária a reformulação das estratégias preventivas a fim de efetivar a Política.

A temática objeto de estudo tem foco na necessidade do conhecimento e utilização de métodos de prevenção modernos, seguros e abrangentes para

diminuir a incidência de casos de HIV no Brasil, reafirmando assim, o que preconiza a Política Nacional de Controle de DST/AIDS. Dessa forma, a importância do tema se faz evidenciar, uma vez que, na atualidade, ocorre o descuido e a banalização dos preservativos, uma vez que, este ainda é o principal método de prevenção conhecido.

A relevância da pesquisa está na democratização da informação acerca da Prevenção Combinada visando uma conseqüente diminuição futura dos casos de HIV no Brasil. A vantagem desta pesquisa está na procura pela melhora da situação de saúde pública com relação ao HIV. Sua desvantagem se encontra no fato de que o tema é relativamente novo no meio científico e os resultados da investigação podem não ser satisfatórios para uma mudança significativa na situação de saúde atual.

O objetivo dessa pesquisa foi auxiliar no caminho de enfrentamento ao vírus HIV, com o intuito de analisar a Prevenção Combinada como mecanismo de efetivação da Política Nacional de Controle de DST/AIDS e disseminar informações no meio acadêmico para que o tema tenha mais visibilidade no meio científico.

## **Material e Métodos**

A presente pesquisa, no que se refere a metodologia, possui caráter bibliográfico e documental, com embasamento em análise de artigos, livros, manuais, portarias e protocolos vigentes em território nacional. Com respeito ao tema, possui abordagem qualitativa, que busca entender os protocolos de implementação da Prevenção Combinada e sua aplicabilidade. Quanto à sua natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, uma vez que visa produzir conhecimentos destinados à solução de problemas práticos, notadamente no que se refere à prevenção combinada. No que tange aos objetivos, o perfil explicativo permite identificar e explicar os fenômenos que condicionaram a existência da Prevenção Combinada, bem como, seu funcionamento e aplicabilidade clínica. Foram analisados 43 artigos, manuais, portarias, guidelines, selecionados através do Google Acadêmico, Pubmed, Scielo, sites do Ministério da Saúde,

principalmente, e, nesse universo, 21 materiais abarcaram os critérios de inclusão: literaturas que explicassem a definição, composição e entraves da aplicação da PC, respondendo os principais questionamentos acerca do funcionamento, aplicabilidade no contexto da saúde pública brasileira e que abarcassem cronologia de 1980 até os dias atuais sobre o descobrimento da doença, dos últimos 22 anos pra aplicação prática da Política Nacional de Controle de DST/AIDS e recursos limitados a 5 anos para atualização de medidas já colocadas em vigor. Enquanto demais literaturas que trouxeram Terapia Anti-Retroviral (TARV) para pessoas já HIV positivo, necessidade de planejamento familiar e estudos sobre cinética de fármacos preencheram critérios de exclusão.

## **Resultados e Discussão**

### **SEÇÃO 1- POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS: PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E PREVENÇÃO**

Em retrospectiva aos hábitos sociais e culturais das diferentes etnias africanas, a hipótese cientificamente mais aceita para o surgimento da AIDS foi através da interação animal-homem. Devido às práticas de caça e alimentação de primatas, houve a oportunidade para disseminação do vírus em hospedeiros que estavam biologicamente dispostos à suscetibilidade do germe. Os primeiros relatos do surgimento do patógeno são da década de 1930, entretanto com a relação de sociedades colonizadoras-colônias o HIV recebeu atenção mundial em 1980 devido sua alta patogenicidade (GRMEK, 1995).

A percepção de uma nova doença ocorreu em 1981, aproximadamente. A AIDS teve seu agente etiológico descoberto em 1983, o qual foi denominado HIV 1 e posteriormente foi identificado outro subtipo, denominado HIV 2. Embora derivados do vírus HIV, ambos os subtipos do patógeno têm expressões genômicas diferentes. Enquanto o HIV 2 foi percebido na África Oriental, o HIV 1 possui foco em três localidades: África central e 2 pontos na América do Norte, que através da seleção natural darwiniana das cepas virais mediante contextos sociais e biológicos, propiciaram a multiplicação viral entre as populações:

[...] é possível e até provável não haver reservatório animal privilegiado do HIV-1 e tampouco reservatório humano na forma de uma população isolada e fortemente infectada, mas esse vírus estaria persistindo, espalhado pelo mundo, há vários séculos, manifestandose um tanto discretamente por casos esporádicos e pequenas epidemias que, até 1980, escaparam totalmente à observação médica. No passado, o vírus era menos violento e as vias de infecção mais reduzidas (GRMEK, 1995, p. 230).

Em âmbito nacional, no ano de 1980 houve o primeiro caso notificado de óbito pela doença, transmitido por via sexual. Nos biênios subsequentes, a mídia mundial ajudou a propagar a incorreta veiculação de informações sobre a enfermidade: chamando-a de "Câncer Gay". Tal teoria foi firmemente negada pela ciência após a descoberta de casos em mulheres, homens héteros, usuários de drogas, hemofílicos, receptores de transfusão de sangue e bebês, sendo renomeada como AIDS em 1982. Embora cientificamente refutado, a sociedade permaneceu em estado de descrença, afirmando, equivocadamente, a premissa de que a população LGBTQI+ era a responsável pelo surgimento e propagação do patógeno, limitando a busca de conhecimento sobre a doença (GUÉRCIO, 2020).

Progressivamente, houve avanços científicos que possibilitaram a detecção por meio dos testes rápidos que, embora eficientes, possuíam um alto custo e eram pouco utilizados. Em 1985, ocorreu a I Conferência Internacional de AIDS contando com 51 países que alegavam possuir casos notificados da doença. Em São Paulo, a sociedade civil organizada deu início à primeira organização não governamental: Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPASP), seguido pelo Programa Nacional de DST/AIDS-MS em 1986, determinando a obrigatoriedade da notificação de novos casos da doença (GUÉRCIO, 2020).

Até o final do século XX, houve os maiores avanços tecnológicos que propiciaram o início da possibilidade terapêutica da doença com a descoberta dos antirretrovirais: azidotimidina (AZT), didanosina (DDI), zalcitabine (DDC) e saquinavir, que atuam através do mecanismo inibidor da transcriptase reversa e protease. Na data de 1996, o Governo Federal, oficialmente, fez a tripla terapia conhecida como coquetel, usando de combinação entre antiretrovirais, dois

inibidores de transcriptase reversa e um de protease. Ainda nesse ano, foi aprovada a Lei 9.313/96 que determina ao SUS a obrigação de distribuição gratuita de remédios para HIV/Aids para todos os brasileiros infectados pelo HIV (GUÉRCIO, 2020).

Em 1999, o Governo Federal divulgou nota afirmando que houve redução em 50% nas mortes e a redução em 80% das infecções oportunistas em função do uso do coquetel. Após isso foi criada a Política Nacional de DST/AIDS Princípios e Diretrizes, na qual a mesma se define como um documento sistemático que norteia as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, que tem como objetivo orientar as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/AIDS; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Os objetivos gerais direcionam os princípios e diretrizes dos três eixos que compõem o Programa Nacional de DST/AIDS e servirão como base para a efetivação das ações estratégicas de prevenção, manutenção e promoção da saúde da população brasileira. Dito isso, a divisão organizacional é feita em: Componente 1 - Promoção, Proteção e Prevenção; Componente 2 - Diagnóstico e Assistência; e Componente 3 - Desenvolvimento Institucional e Gestão.

Segundo o Ministério da Saúde:

Essas ações têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social [...]. Dessa forma, a política do Programa Nacional de DST/Aids é formulada e executada de acordo com essa concepção, expressando-se nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.5)

Essa pesquisa se direciona à análise, apenas, do Componente 1 da Política Nacional de DST/AIDS. A promoção à saúde é baseada nos seguintes conceitos: “ [...] vulnerabilidade e risco, redução de danos, direitos humanos, participação e controle social, e comunicação social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

1999, p.13). Nesse contexto, a vulnerabilidade e o risco estão diretamente relacionados aos fatores socioeconômicos, culturais, políticos e biológicos, que permitem a interpretação de que o indivíduo não infectado e seu grupo social não podem decidir sobre sua situação de risco. Já aos infectados, dificuldade em alcançar e fazer uso de serviços terapêuticos ofertados. A redução de danos foca na mudança de condutas que aumentem o risco de contágio até a redução ou desaparecimento deste comportamento, a exemplo do compartilhamento de objetos perfuro cortantes e relações sexuais desprotegidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A participação e controle social tem como objetivo reduzir a marginalização do portador da doença, visando sua inserção na sociedade e estímulo às instâncias democráticas para melhor direcionamento de recursos no âmbito das ações sociais direcionadas à causa. Em conjunto, os Direitos Humanos permitem a relação das políticas governamentais de DST/AIDS ao enfrentamento de estigmas para com as pessoas enfermas. Por fim, a comunicação social almeja alertar sobre condições biopsicossociais/comportamentais de risco e a existência de recursos ofertados pelo SUS para efetivação do cuidado com a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Nesse íterim, para efetivação das medidas propostas pelo Componente 1, as ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde devem ser norteadas pelos determinantes socioculturais, relação saúde-doença e fatores epidemiológicos, econômicos e biológicos. Sendo assim:

[...] este componente específico enfatiza a qualidade de vida como condição mínima necessária para que o indivíduo possa ser sujeito de sua cidadania. Tendo em vista essa prioridade, a promoção à saúde resgata o pragmatismo das dimensões sociais, políticoinstitucionais e comportamentais, oferecendo elementos para a avaliação objetiva das diferentes situações dos indivíduos em face da epidemia de aids. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.14)

Como medidas operacionais para alcançar os objetivos propostos pelo Componente 1, faz-se necessário garantir ações solidárias, educacionais e



integrativas sobre a doença e ao portador. Em consonância, é importante que estratégias de acesso aos recursos terapêuticos sejam reforçadas para assegurar os direitos individuais e sociais das pessoas infectadas pelo vírus HIV, com medidas descentralizadoras para melhor enfoque nas particularidades epidemiológicas da doença. Para efetivação de tais ações, a Política Nacional traz:

As estratégias pertinentes à promoção da saúde contemplam três níveis de complexidade: preparar a sexualidade plena e responsável [...], proteção específica aos agravos e riscos individuais e sociais, tornando disponível conhecimento e instrumental específico de prevenção às doenças de transmissão sexual e sanguínea e controle dos danos ou da não-progressão de lesão já estabelecida, buscando-se a reabilitação das funções perdidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.14).

Visando atingir os objetivos propostos pela Competência 1, houve duas divisões de modelos organizacionais: Modelo de Intervenção Centrado no Indivíduo e Modelo de Intervenção Centrado no Coletivo. À efetivação dos modelos é necessário levar em consideração a identificação da população alvo e suas características, bem como vulnerabilidade e risco, condições socioeconômicas e padrão comportamental. Nesse contexto, os Modelos de Intervenção são subdivididos em medidas que abrangem a população geral e específicas: com enfoque amplo, visando ações preventivas que contemplem a diversidade populacional, e foco delimitado em grupos populacionais cujo comportamento aumente o risco à exposição do vírus, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.18).

Definido o conceito de prevenção como “Conjunto de atividades e medidas que, feitas com antecipação, busca evitar um dano ou mal” (Dicionário Aurélio, atualizado), a Política Nacional de DST/AIDS estabelece estratégias que abarcam a população brasileira em geral e os grupos em situação de risco, através da relação entre poderes público, privado e civil, e fortalecimento de programas e projetos direcionados à causa que estimulem mudanças comportamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.19). Ademais, utiliza-se como recurso para efetivação das estratégias preventivas, a popularização ao acesso de informações qualificadas, mediante campanha de massa como mídia impressa e eletrônica, acesso a projetos de intervenção comportamental,

materiais educativos, facilitação ao uso de preservativos e seringas descartáveis, além de capacitação profissional para propagação de informação qualificada.

Estas ações tornam efetivas as mudanças comportamentais por meio do acesso à informação de qualidade, a aplicação de modelos e intervenção direcionada aos grupos vulneráveis, produção de trabalhos educativos, cooperação com organizações não-governamentais, comunitárias e setor empresarial. Dentre os mecanismos de execução das estratégias preventivas, ressalta-se serviços e insumos de prevenção compostos pelo Centro de Testagem e Aconselhamento, que dispõe de programas educacionais, diagnóstico, aconselhamento e intervenção. Seguido pelo Serviço de Informação por Telefonia Disque Saúde/Pergunte Aids, que conta com serviço gratuito que disponibiliza dados sobre transmissão, prevenção e informações sobre os serviços qualificados para assistência. Por fim, a promoção ao uso do preservativo, o qual é caracterizado como insumo de maior relevância para a redução das taxas de incidência da infecção pelo vírus HIV, que passou a ser ofertado gratuitamente pelo SUS e teve sua importância fortalecida por meio de campanhas educativas e ações de marketing veiculadas pela mídia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999)

## SEÇÃO 2- A IMPLEMENTAÇÃO DA PREVENÇÃO COMBINADA COMO UMA ESTRATÉGIA DE EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS

Ao decorrer do ano de 2009, houve a interrupção da compreensão equivocada das ideias de medidas preventivas e o tratamento do vírus HIV, na qual os antirretrovirais tinham o uso exclusivo para o tratamento. Essa ruptura colocou em voga que tais medicamentos poderiam ser usados, também, para a prevenção, considerando vulnerabilidades sociais individuais e em grupo. Assim, passou-se a utilizar o conceito de Prevenção Combinada, modelo que contempla estratégias biomédicas, estruturais e comportamentais. Em 2010, a UNAIDS publicou uma definição mais completa, definida como:

Programas baseados em evidências, que utilizam uma combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, priorizados para atender às necessidades atuais de prevenção de HIV de indivíduos e comunidades em particular, de modo a ter o maior impacto

sustentado na redução de novas infecções. (UNAIDS, 2010, p. 08 *apud* Brasil. Ministério da Saúde, 2017, p. 24).

Nesse universo de discussão, as intervenções biomédicas caracterizam-se por medidas focadas em coibir a exposição à infecção e à transmissão do vírus HIV em situações risco como relações sexuais desprotegidas e contato com secreções humanas potencialmente contaminadas. Tais intervenções podem ser divididas entre estratégias de contenção por uso de barreiras físicas, como o preservativo masculino e feminino, e utilização de antirretrovirais, caso o indivíduo não tenha utilizado o método preventivo supracitado e tenha um risco em potencial de contaminação pelo HIV, inibindo a replicação viral no organismo infectado e, conseqüentemente, sua transmissão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Sobre o uso dos antirretrovirais, pode ser dividido em três situações: Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), Profilaxia Pós Exposição (PEP) e Tratamento para todas as Pessoas (TTP). A PrEP é utilizada antes da eventual exposição ao vírus em que há risco conhecido, de modo contínuo, enquanto a PEP é utilizada após um possível contato com o vírus no período de 28 dias. Já o TTP é uma terapia direcionada para Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) de uso regular para reduzir adoecimentos, transmissão e aumentar a longevidade, servindo como garantia na prevenção da transmissão do vírus através de pessoas portadoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Já as intervenções comportamentais visam evitar situações de risco por meio da conscientização de determinados grupos sociais em relação às situações de vulnerabilidade às quais estão expostos. O conceito de vulnerabilidade perpassa por diversas esferas, sendo essas questões socioculturais, comportamentais, cognitivas, raciais, geracionais, religiosas, governamentais, econômicas, além do acesso aos sistemas de informação. Ao identificar tais fatores e compreender como estes podem aumentar a possibilidade de infecção é possível planejar ações de intervenção mais específicas objetivando mudanças comportamentais eficazes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Por fim, as intervenções estruturais buscam identificar e intervir nos aspectos socioeconômicos, culturais e políticos que originam e potencializam vulnerabilidades de determinados grupos populacionais, levando em consideração os fatores que intensificam entraves sociais. Para que haja o real entendimento das questões que reafirmam a continuidade das situações de risco, faz-se necessário a compreensão da realidade demográfica e epidemiológica. Dito isso, as intervenções estruturais têm como objetivo reduzir ideias preconceituosas, atitudes discriminatórias e comportamentos intolerantes ainda enraizados no contexto social atual e muito bem explicitados no Manual de Prevenção Combinada de 2017:

Preconceito de classe social, preconceito religioso, preconceito linguístico, machismo, chauvinismo, racismo, xenofobia, etnocentrismo, homofobia, lesbofobia, transfobia, bifobia, heterossexismo, estereótipos degradantes, elitismo, preconceito contra portadores de deficiência e pessoas vivendo com HIV e preconceito quanto à conduta em relação a sexo ou drogas [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p.21).

Mediante análise de todo o contexto sociocultural do país, embora o termo Prevenção Combinada tenha surgido anos antes, apenas em 2017 o Ministério da Saúde reuniu em um só compilado de informações medidas informativas sobre o melhor manejo para pessoas em risco para o HIV, o Manual de Prevenção Combinada.

No dia 24 de agosto de 2021, a PORTARIA SCTIE/MS Nº 54 tornou pública a decisão de atualizar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais, que objetiva orientar acerca do uso e recomendações para a PEP, simplificar e reduzir os entraves ao acesso da Prevenção Combinada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

O presente protocolo clínico de 2021 revoga as orientações do protocolo clínico de 2015 acerca do uso da PEP a partir de exposições específicas ao risco, como exemplo, exposição a material biológico ou violência sexual. Sendo assim, na atualização, o uso da PEP se expandiu para situações menos específicas, permeando circunstâncias diversas desde que apresentem risco de infecção, a exemplo, relações sexuais consentidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Essa ampliação do acesso fez com que a PEP passasse a ser utilizada nos diversos setores da saúde, como unidades de emergência e urgência, nas Redes de Atenção à Saúde e não apenas aos centros especializados em HIV, bem como, fora autorizada a sua prescrição por profissionais enfermeiros de forma a facilitar o acesso dos pacientes a essa estratégia. Além disso, para consolidar a “estratégia”, foi implementado o acolhimento à pessoa exposta que garante o direito à privacidade sem julgamentos morais incluindo um acolhimento direcionado à avaliação da exposição ao risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No atendimento inicial após a exposição ao HIV é preciso avaliar se o paciente tem indicação para uso da PEP ou não, direcionando questionamentos acerca dos potenciais riscos aos quais o indivíduo foi exposto. Sendo assim, quatro perguntas são feitas: o tipo de material biológico confere risco para a transmissão do HIV? O tipo de exposição confere risco de transmissão do HIV? O tempo entre a exposição ao HIV e o atendimento é menor que 72 horas? O paciente exposto é não reagente para HIV no momento do atendimento? Caso todas as respostas para essas perguntas forem positivas, o paciente tem indicação para uso da PEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Com relação ao tipo de material biológico a que o indivíduo foi exposto, os que apresentam maior risco de transmissão são: sangue, sêmen, secreções vaginais, líquido amniótico, líquido e líquidos peritoneais, pleurais e pericárdicos. Além destes, existem os materiais biológicos que conferem exposição, mas que possuem um baixo risco de transmissão do vírus, como lágrimas, suor, urina, vômitos, secreções nasais e saliva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A exposição de maior ou menor risco também depende do meio de contato com o material biológico em questão. Sendo assim, as exposições que acontecem por via percutânea, mucosa, cutânea envolvendo pele não íntegra e mordeduras com presença de sangue, apresenta risco de transmissão do HIV. Diferentemente do contato cutâneo através de pele íntegra ou mordeduras com ausência de sangue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No que tange ao tempo transcorrido entre a exposição até o primeiro atendimento, a PEP deve ser iniciada em caráter de urgência dentro de 72 horas

após a exposição, pois quanto mais precocemente for instituída a profilaxia, maior a sua eficácia. Sendo assim, terapias iniciadas após o período das 72 horas da exposição não são indicadas por não apresentarem benefícios. Caso o material biológico seja de risco, deverá ser feito o acompanhamento sorológico e orientações acerca da prevenção combinada, que permeiam as seguintes questões: ofertar a testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C; orientar a vacinação contra hepatite B e HPV quando indicado; diagnosticar IST's; orientar sobre o sexo seguro; verificar se há indicação para uso da PrEP, principalmente em casos de uso frequente da PEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Para dar seguimento a avaliação da indicação para o uso da PEP, deve haver o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, sendo feito através de testes rápidos. Tais testes são dispositivos que produzem resultados em cerca de 30 minutos e devem ser disponibilizados em todos os locais que a PEP é ofertada. A confirmação diagnóstica se inicia através de uma primeira testagem com um teste rápido inicial (TR1) e caso o resultado seja reagente, outro teste rápido complementar deverá ser realizado, o TR2. Caso o TR2 também for reagente, o diagnóstico da infecção pelo HIV é confirmado. Em situações de discordância entre os resultados do TR1 e TR2 o fluxograma deverá ser repetido, e caso a divergência persista, deverá ser coletada uma amostra por punção venosa seguida de encaminhamento para testagem em laboratório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Acerca do status sorológico da pessoa exposta ao HIV, terá indicação ao PEP indivíduos não reagentes (TR1 não reagente) através do Teste Rápido, pois se encontram suscetíveis ao HIV. Já os indivíduos reagentes (TR1 e TR2 reagentes) não têm indicação para o uso da PEP já que a infecção pelo vírus ocorreu antes da exposição que levou o paciente a procurar atendimento e este deve, então, ser encaminhado para um acompanhamento clínico direcionado ao início da terapia antirretroviral (TARV). Em caso de indivíduos com resultados soro discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente) não é possível determinar o status sorológico do paciente exposto, sendo assim, este deve ser encaminhado para o fluxo laboratorial a fim de elucidar o diagnóstico e a

instituição da PEP deve ser avaliada a partir de critérios clínicos junto à pessoa exposta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No que tange ao status sorológico da pessoa-exposta, duas variáveis são possíveis: se conhece o status sorológico da pessoa-fonte (o possível transmissor do HIV) ou esta pessoa está presente no momento do atendimento. Em caso de amostra não reagente (TR1 não reagente) a PEP não está indicada para a pessoa exposta. No entanto, caso haja conhecimento da pessoa-fonte ter tido comportamento de risco no período de até 30 dias antes do contato com a pessoa-exposta, a PEP está indicada. Já nos casos de amostra reagente (TR1 e TR2 reagente), a PEP está indicada para a pessoa-exposta. Nesse contexto, se o status sorológico da pessoa-fonte for desconhecido, esta deve ser comunicada acerca dos resultados diagnósticos e devidamente encaminhada para o acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (TARV) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Por fim, caso a origem do agente-transmissor seja desconhecida, a decisão sobre o uso da PEP deve ser individualizada, como exemplifica o Ministério da Saúde (2021): “agulha em lixo comum, lavanderia, coletor de material perfurocortante ou fonte conhecida com sorologia desconhecida (ex.: pessoa-fonte que faleceu ou que não se apresenta ao serviço para testagem)”.

Deve-se levar em conta a chance provável do risco da exposição e condições biológicas/demográficas que envolveram o acidente, como dados epidemiológicos positivos para casos de HIV. Devido à análise individualizada dos acontecimentos, condições de exposição e risco ao vírus, não são todos os casos que possuem indicação absoluta para a terapia PEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em situações em que a PEP está indicada, o esquema antirretroviral padrão é:

**Figura 01: Esquema preferencial para PEP**

**1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg +  
1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50mg ao dia.**

A duração da PEP é de 28 dias.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.30

O esquema antirretroviral é constituído por três medicamentos: dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) e um inibidor da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo – ITRNN / inibidor de protease com ritonavir – IP + RTV / inibidor da integrase – INI). O esquema preferencial (TDF/3TC+DTG) possui baixo número de efeitos adversos, interações medicamentosas, alta barreira genética, o que propicia seu uso e aumenta a adesão ao tratamento. Ademais, o DTG possui baixa interação com os contraceptivos orais, possibilitando seu uso em mulheres sem intenção de engravidar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No entanto, o DTG deve ser utilizado com atenção em pacientes diabéticos, pois possui a capacidade de aumentar a concentração plasmática de metformina. Como medicamentos alternativos ao DTG no esquema de PEP estão o ATV+RTV com administração em dose única diária. Em relação ao uso do ATV, deve-se questionar se o paciente utiliza medicamentos que interferem na acidez gástrica, a exemplo, nos casos de uso de inibidores da bomba de prótons existe contraindicação ao uso de ATV+RTV. Já em casos de uso concomitante de antagonistas de receptores de H2 poderá ocorrer uma diminuição da concentração plasmática de ATV/r, por isso, o intervalo entre a administração destes medicamentos deve ser o maior possível, no entorno de 12 horas. Em casos de contraindicação ao ATV e DTG utiliza-se o esquema alternativo de darunavir + ritonavir (DRV + RTV) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Para pacientes que fazem uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital possuem orientação para o uso de tenofovir/lamivudina 300mg/300mg (TDF/3TC), 1 comprimido ao dia + dolutegravir 50mg (DTG), 1 comprimido de 12/12h. O DTG não está recomendado em pessoas que façam



uso de dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o RAL é a medicação alternativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em contrapartida, existe uma possibilidade de toxicidade renal pelo uso do TDF em pessoas com doenças renais ou que possuem fatores de risco, quando a taxa de filtração glomerular está abaixo de 50 ml/min ou hipertensos descompensados, diabéticos de longa duração ou indivíduos com insuficiência renal. Nesses casos, deve-se avaliar a indicação ao tratamento considerando que a exposição à terapêutica será curta, de 28 dias, mas tal exposição será reversível com o fim do tratamento. Também existe a possibilidade de exacerbação hepática, principalmente, em portadores de Hepatite B (HBV) quando o esquema com o TDF é finalizado. No entanto, a extensão do risco ainda não é bem conhecida e a avaliação do status sorológico não deve ser impeditiva para o uso da PEP com o TDF. Sendo assim, recomenda-se que o esquema preferencial seja instituído para que estes pacientes sejam encaminhados para centros de referência para maior suporte e cuidado de reações associadas ao HBV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em casos de contra-indicação ou intolerância ao TDF, o tratamento alternativo de combinação do AZT + 3TC é recomendado. Além do esquema padrão, o Ministério da Saúde, 2021, faz uso de esquemas alternativos para possíveis cenários em que pessoas estejam grávidas ou pessoas que tenham potencial para engravidar:

Pessoa que usa método contraceptivo, não pretende iniciar o processo de engravidar, realizou método contraceptivo definitivo (ex.: laqueadura tubária) ou tenha outras condições biológicas que impeçam a ocorrência de uma gestação (ex.: histerectomia, climatério): - iniciar PEP com TDF + 3TC+ DTG. Pessoa que está no processo de tentar engravidar, atraso menstrual e presença de sinais e sintomas de gravidez (com risco de já ter concebido): iniciar PEP com TDF + 3TC + ATV/r, conforme recomendação dos Quadros 6 e 7.

**Figura 02: Esquemas alternativos para PEP**

<b>Impossibilidade de TDF: AZT/3TC + DTG</b>
<b>Impossibilidade de DTG: TDF/3TC + ATV + RTV</b>
<b>Impossibilidade de ATV + RTV: TDF/3TC + DRV + RTV</b>
<b>A duração da PEP é de 28 dias.</b>

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.31

**Figura 03: Apresentações e posologias de antirretrovirais alternativos para PEP**

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
AZT/3TC	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	1 comprimido VO 2x/dia
TDF	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x/dia
ATV + RTV	ATV: Comprimido 300mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x/dia 1 comprimido VO 1x/dia
DRV + RTV	DRV: comprimido 600mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 2x/dia 1 comprimido VO 2x/dia

Fonte:MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.32

**Figura 04: Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para PEP**

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF <sup>(a)</sup> + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>  Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>  1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
DTG <sup>(a)</sup>	<b>Comprimido DTG 50mg</b>	<b>1 comprimido VO 1x/dia</b>

Fonte:MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.30

No que tange à escolha terapêutica para indivíduos em relacionamento soro convergente ou se relacionam com pessoas sabidamente expostas ao HIV, faz-se necessário analisar o antirretroviral em uso, uma vez que pode existir a possibilidade de cepas virais resistentes. Devido a utilização do DTG como componente do esquema preferencial, existe maior segurança ao contato da pessoa- fonte em uso da terapia antirretroviral. Reforça-se que a terapia profilática deve ser iniciada mesmo não havendo médico infectologista, sendo orientado o encaminhamento aos centros de referência para ajustes terapêuticos. Ademais, a genotipagem da pessoa fonte não se faz imperativa para o início da PEP, entretanto resultado recente (até 12 meses) também permite adequação medicamentosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Quanto ao tratamento de pessoas gestantes, faz-se a subclassificação de acordo com a idade gestacional: após 12 semanas de gestação é obrigatório o uso de DTG no esquema, enquanto idade inferior, o padronizado é a associação de TDF/3TC e ATV + RTV, como mostram as tabelas:

**Figura 05: Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em gestantes**

ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
TDF/3TC + DTG <sup>(a)</sup>	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de DTG <sup>(b)</sup> : ATV + RTV Impossibilidade de ATV + RTV: DRV + RTV

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.34

**Figura 06: Apresentações e posologias de ARV preferenciais para PEP em gestantes**

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b> Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b> 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.34

Pessoas com risco de exposição ao vírus devem ser orientadas quanto à possibilidade de transmissão vertical, devendo ser indicada a interrupção do aleitamento enquanto não há decisão diagnóstica. Ainda, deve-se orientar a mãe sobre as técnicas corretas de ordenha e descarte ao leite durante o período de janela imunológica, assegurando o acesso ao banco de leite ou utilização de fórmulas lácteas. O aleitamento materno deve ser incentivado quando o exame de controle com resultado Não-Reagente ocorrer após 12 semanas pós exposição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Por fim, considerando pessoas em relação de sorodiscordância, a indicação ou não de PEP deve avaliar o perfil da parceria que vive com HIV no que tange à adesão à TARV, supressão da carga viral do HIV, presença de outras ISTs e identificação de práticas sexuais de risco com outras parcerias, além de

reforçar orientações preventivas ao indivíduo que não vive com HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

É importante ressaltar que para a maior efetividade da PEP, deve-se esclarecer ao paciente que para melhor eficácia da terapia deve-se completar o esquema dentro de 28 dias, além de observar atentamente as doses tomadas e a duração do tempo de intervalo entre elas. Durante esse período, o paciente exposto também deve passar por avaliações clínicas que levem em consideração seus medos e expectativas após o contato com o HIV, a toxicidade dos antirretrovirais, testagens do HIV para acompanhamento e definição do status sorológico, avaliações laboratoriais e a manutenção das medidas de Prevenção Combinada do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No decorrer do tratamento, caso a pessoa exposta manifeste sintomas que possam indicar intoxicação medicamentosa grave, é indicada a procura do serviço de saúde. Embora os medicamentos atuais possuam toxicidade e efeitos colaterais limitados, os sintomas mais prevalentes são inespecíficos, de baixa intensidade e curso limitado. Caso haja sinais de desconforto à terapia, como cefaleia, sintomas gastrointestinais e fadiga, a pessoa exposta deve fazer uso de esquema terapêutico secundário e uso de medicações sintomáticas, não sendo necessário a interrupção da PEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Durante esse período, devem ser pesquisados sintomas sugestivos de infecção pelo HIV que podem manifestar um quadro semelhante à mononucleose infecciosa após a terceira ou quarta semana de pós-infecção. São sinais e sintomas sugestivos de infecção aguda pelo HIV: febre, linfadenopatias, faringite, exantema, ulcerações mucocutâneas, mialgias, artralrias, fadiga e hepatoesplenomegalia. Caso sinais e sintomas estejam presentes, recomenda-se avaliação laboratorial para o HIV, que leva em consideração condições pregressas da pessoa exposta e reações de toxicidade prévia aos antirretrovirais da terapia com a PEP. Contudo, os exames laboratoriais não devem ser uma barreira para a oferta de PEP e devem ser realizados conforme as seguintes recomendações:

**Figura 07: Seguimento laboratorial de PEP**

	<b>PRIMEIRO ATENDIMENTO<sup>(a)</sup></b>	<b>PARA INVESTIGAÇÃO DE EFEITOS ADVERSOS</b>	<b>4-6 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO</b>	<b>12 SEMANAS APÓS A EXPOSIÇÃO</b>
Creatinina <sup>(a)</sup>	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	X		
ALT, AST		X		
Amilase		X		
Glicemia	Em caso de pessoas expostas com diabetes mellitus	X		
Hemograma <sup>(b)</sup>	Em caso de indicação de PEP com AZT	X		
Teste de HIV <sup>(c)</sup>	X		X	X

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.41

Todos os pacientes potencialmente expostos ao HIV devem realizar testagem dentro de 4 a 6 semanas e repeti-la 12 semanas após a exposição, mesmo se a terapia com antirretroviral já tenha sido finalizada. Além disso, devem ser fornecidas orientações acerca do uso de preservativos em todas as relações sexuais, não compartilhar agulhas e seringas com terceiros, não realizar doação de sangue, órgãos, tecidos ou esperma, além da importância da prevenção da gravidez (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2021).

Se o paciente for diagnosticado durante o período de terapia da PEP, deve ser encaminhado para avaliação e atendimento especializados em serviços que realizam o seguimento de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Além disso, outras medidas devem ser tomadas no momento do atendimento após a exposição a materiais biológicos, sendo: lavagem de feridas cutâneas e percutâneas com água e sabão ou soluções degermantes; em casos de feridas em mucosas a lavagem deve ser feita apenas com água abundante ou solução salina fisiológica; em casos de mordeduras, lesões e cortes considerar a imunização contra o tétano; avaliar a necessidade de anticoncepção de emergência com o levonorgestrel em mulheres de idade fértil após relação sexual desprotegida em que não há desejo de engravidar e esteja excluída a gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Figura 08: Apresentação e posologia do levonorgestrel

APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
Comprimidos de 0,75mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5mg de levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)	<b>1ª opção</b> – 1 comprimido de 1,5mg VO ou 2 comprimidos de 0,75mg, dose única, até 5 dias após a relação sexual <sup>(a)</sup>
	<b>2ª opção</b> – 1 comprimido de 0,75mg VO de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual <sup>(a)</sup>

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.64

Tratando-se de exposição proveniente de violência sexual, existe um sistema de abordagem ao paciente seguindo os seguintes critérios:

Figura 09: Cuidados às pessoas vítimas de violência sexual

- › Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- › Providências policiais e judiciais cabíveis (entretanto, caso a vítima não as tome, não lhe pode ser negado atendimento);
- › Anticoncepção de emergência e profilaxia das IST não virais e do HIV;
- › Vacinação e imunoglobulina para HBV;
- › Realização de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites virais B e C ou coleta de material para avaliação do status sorológico, para seguimento e conduta específica;
- › Teste para investigação de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, quando disponível;
- › Agendamento de retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, quando indicado.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.68

**Figura 10: Resumo das condutas de atendimento às vítimas de violência sexual**



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.69

No ano de 2018, o Ministério da Saúde atualizou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV, que explicita as orientações acerca do uso de antirretrovirais no contexto de prevenção da infecção pelo HIV em determinados grupos e situações de suscetibilidade. A PrEP já teve sua eficácia, segurança e efetividade comprovada em diversos ensaios clínicos, no entanto, sua efetividade depende do uso correto da medicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A população-chave para o uso da PrEP engloba grupos sociais inseridos em contextos de vulnerabilidade e que possuem certos comportamentos de risco que aumentam a probabilidade de infecção pelo HIV. Dentre estes, estão gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas, profissionais do sexo e pessoas trans, além destas, são prioridade pessoas em parceria sorodiscordante para o HIV. Neste caso, o indivíduo soronegativo

utilizará a PrEP como prevenção em casos de sexo frequente sem uso de preservativo, múltiplos parceiros ou para o planejamento reprodutivo de casais sorodiscordantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

No entanto, a subclassificação dos grupos de risco não é critério único para considerar a maior suscetibilidade destes ao HIV. Sendo assim, devem ser avaliadas questões específicas que conferem maior risco para que a infecção ocorra, como: “ Repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo, frequência das relações sexuais com parcerias eventuais, quantidade e diversidade de parcerias sexuais, histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP), contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, etc “(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Ainda visando o pensamento da profilaxia individualizada, a abordagem se inicia com uma avaliação clínica e laboratorial que investiga e direciona critérios de inclusão para a adesão à terapia antirretroviral (TARV).



**Figura 11: Componentes da consulta inicial de PrEP**

<b>AValiação INICIAL</b>	
Abordagem sobre gerenciamento de risco e vulnerabilidades (ver item 4.1.1).	
Avaliação do entendimento e motivação para início da PrEP (ver item 4.1.2).	
Avaliação da indicação de uso imediato de PEP, em caso de exposição recente (72hs) (ver item 4.1.3).	
Exclusão da possibilidade de infecção pelo HIV (por meio do teste e avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda para HIV) (ver item 4.1.4).	
Identificação e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) de acordo com o PCDT de IST <sup>22</sup> (< <a href="http://www.aids.gov.br/pcdt">http://www.aids.gov.br/pcdt</a> >) (ver item 4.1.5).	
Testagem para hepatites virais B e C (ver item 4.1.6)	
Vacinação para hepatite B <sup>23</sup> (ver item 4.1.6)	
Avaliação das funções renal e hepática (ver item 4.1.7)	
Avaliação do histórico de fraturas patológicas (ver item 4.1.8)	
<b>EXAMES DE TRIAGEM</b>	
Exames	Método
Teste para HIV	Teste rápido (TR) para HIV, utilizando amostra de sangue
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex. teste rápido ou ELISA) ou não treponêmico (ex. VDRL ou RPR ou Trust)
Identificação de outras IST (clamídia e gonococo)	Pesquisa em urina ou secreção genital (utilizar metodologia disponível na rede. Ex. cultura)
Teste para hepatite B <sup>24</sup>	Pesquisa de HBsAg (ex. teste rápido) e Anti-HBs
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV (ex. teste rápido)
Função renal <sup>25</sup>	Clearance de creatinina Dosagem de ureia e creatinina sérica Avaliação de proteinúria (amostra isolada de urina)
Função hepática	Enzimas hepáticas (AST/ ALT)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.20

Os pacientes que estiverem dentro dos critérios de grupo e comportamento de risco poderão iniciar a PrEP mediante resultado negativo da testagem para HIV, aguardar os resultados dos demais exames e retornar em 30 dias para continuidade da avaliação. Concomitante a isso, deve ser aberto um espaço de discussão com o paciente acerca do gerenciamento de riscos, levando em conta suas práticas sexuais, comportamentos de risco, tipo e frequência das parcerias sexuais, histórico de doenças sexuais e possíveis exposições ao HIV. Além disso, deve-se compreender a motivação do paciente em iniciar a terapêutica, orientando-o acerca da eficácia do uso da PrEP e característica transitória de seus efeitos adversos, necessidade de uso diário e regular da

medicação para assegurar sua eficácia e uso de preservativos para prevenir demais IST's e Hepatites Virais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Para assegurar a efetividade da PEP, deve-se iniciar a terapêutica imediatamente após exposição de risco ao HIV dentro das últimas 72 horas. Os pacientes que iniciaram a terapia com PEP podem ser possíveis candidatos para a PrEP, podendo esta ser instituída após 28 dias de uso da PEP e exclusão do diagnóstico de HIV, pois o uso da PrEP em pacientes já infectados pelo HIV pode gerar o aparecimento de cepas resistentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A exclusão do diagnóstico deve ser feita mediante realização do Teste Rápido para HIV, em que o primeiro teste realizado (TR1) sendo não reagente constitui indicação para o uso da PrEP. No entanto, sendo o TR1 reagente, deve-se realizar uma segunda testagem (TR2) e esta, se provando não reagente, explicita um diagnóstico de sorodiscordância, sendo necessário a repetição dos testes rápidos. Caso a sorodiscordância persista, deve ser colhida nova amostra através de punção venosa que será enviada para análise laboratorial. Aguardar resultado laboratorial para indicação de PrEP ou TARV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Em casos de indisponibilidade do Teste Rápido para HIV com amostras de sangue total, soro ou plasma, poderá ser realizada investigação laboratorial. No entanto, o rastreio através de testes rápidos com amostras de fluido oral está contraindicado, pois este tipo de amostra possui baixa sensibilidade e quantidade de anticorpos para o HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Se, no momento da avaliação clínica, o paciente trazer exame prévio com resultado não reagente para o HIV, deverá, ainda, realizar nova testagem, visto que pessoas com exposição de risco recente, sobretudo nos últimos 30 dias, devem ser orientadas quanto à possibilidade de infecção, mesmo mediante resultado não reagente nos testes realizados. Frente a resultados reagentes para HIV, não há indicação para a PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Contudo, em casos de suspeita de infecção aguda por HIV no momento da avaliação clínica, para confirmar ou excluir o diagnóstico deverá ser realizado teste de carga viral do HIV.

Levando em consideração indivíduos que possuem indicação para a PrEP, há recomendação de testagem de outras IST's, já que a maior parte delas

compartilha os mesmos comportamentos de risco e vias de transmissão do HIV. Sendo assim, está orientada a testagem para sífilis, pesquisa e tratamento quando indicado- para *Chlamydia sp.* e gonococo, testagem para hepatites virais B e C e documentação do perfil sorológico para todos que possuem indicação para a PrEP, a fim de reduzir possíveis interações farmacológicas e estabelecer melhor conduta terapêutica para o paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Uma vez estabelecido as indicações da PrEP, devem ser avaliadas funções renais e hepáticas, devido a eventual comprometimento renais e alterações metabólicas ou agravo de quadro clínico pelo TDF. Portanto, a solicitação de creatinina sérica, dosada pelo CICr, e marcadores de lesão hepática (ALT/AST) servem como um dos critérios para indicação do uso da PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Se instruído o uso da PrEP, deve ser feita a reavaliação dos exames iniciais solicitados após duas semanas do atendimento inicial e prescrita a terapia em até 30 dias da primeira consulta, mediante resultado de novos exames solicitados:

[...] novo TR para HIV, avaliação do resultado de triagem, reavaliação da indicação de PEP, avaliação da motivação para uso da PrEP, prescrição de PrEP, avaliação de gerenciamento de risco e prevenção combinada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Faz-se necessária, para uma melhor orientação do paciente, a coleta de história clínica completa, com análise criteriosa de eventuais fatores e comportamentos de risco, além de ciência de doenças prévias, uso de fármacos e avaliação de risco para efeitos adversos. Nesse momento é importante a orientação clínica quanto à prevenção combinada e esclarecimento de eventuais dúvidas sobre medidas protetivas. Em situação do paciente retornar à consulta após 3 meses, uma nova avaliação completa com todos os exames e procedimentos acima citados devem ser refeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A terapia medicamentosa da PrEP é composta pela associação dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC) em proporção TDF/FTC 200/300mg em dose fixa, um comprimido ao dia, via oral em uso contínuo. Nesse período, é importante orientar o usuário sobre o uso de preservativos e/ou outros métodos de barreira, uma vez que, a concentração de

eficiência dos fármacos ocorre no período de 7 dias para relações anais e 20 dias para relações vaginais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Uma vez estabelecida a conduta, nas consultas de acompanhamento do paciente é necessária a avaliação clínica por meio de exames clínico e laboratorial, eventuais efeitos adversos, avaliação de adesão ao tratamento, cumprimento de orientações comportamentais e análise de momento ideal para interromper o uso da PrEP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Com relação ao acompanhamento clínico subsequente ao início da terapia com a PrEP, é necessário avaliar os exames laboratoriais de forma trimestral, observar o surgimento de eventos adversos, avaliar se existe adesão ao tratamento, orientar acerca das exposições de risco e prevenção e, por fim, analisar necessidade de interrupção da PrEP. No que tange aos critérios de interrupção da PrEP, podem ser listados os seguintes: diagnóstico de infecção pelo HIV, desejo da pessoa de não mais utilizar a medicação, mudança no contexto de vida, com importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção, persistência ou a ocorrência de eventos adversos relevantes, baixa adesão à PrEP, mesmo após abordagem individualizada de adesão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Ressaltamos que, no Brasil, ainda não há estudos que abordam sobre a eficácia da Prevenção Combinada em sua totalidade, focando apenas em seus componentes específicos, a exemplo do uso isolado dos antirretrovirais ou do uso do preservativo. Sabe-se que a eficácia da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) foi comprovada por estudos clínicos, reduzindo o risco de infecção entre 92% a 100%, no entanto, a eficácia da medicação está diretamente relacionada ao uso correto dos medicamentos e adesão do paciente à terapêutica. Além disso, a quantificação da sua eficiência é de difícil mensuração, já que não é amplamente difundida nos países subdesenvolvidos. A exemplo, no Brasil, a PrEP foi disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2017, em apenas 10 estados e Distrito Federal, não atendendo à ampla cobertura ideal. (BERNARDES et al., 2019; MATOS et al., 2021)

No dia 1 de abril de 2014, no Brasil, foi realizado um estudo com intuito de avaliar a eficácia da PrEP que no início envolveu um total de 450 participantes, sobrando apenas 375 ao final da 48ª semana. Dentre os participantes, estavam

mulheres transgêneros, HSH e gays, abordado anteriormente, e que fazem parte do grupo de comportamento de risco. Após as 48 semanas, os 277 (74%) restantes obtiveram bons resultados de proteção, ingerindo pelo menos quatro doses semanais. No decorrer da pesquisa, ocorreram dois casos (0,51%) de soroconversão, sendo um na 24ª semana e outro na 36ª semana. Esses resultados apontam altos níveis de adesão à terapêutica, além de viabilidade para implementação em países de média renda. Nesse contexto, o Brasil foi o primeiro país a ter destaque na implementação da PrEP na América Latina visando a melhor qualidade na profilaxia ao contato com o HIV (OLIVEIRA; SANTOS, 2020).

De acordo com informações compreendidas por Castoldi, L. *et al* (2021), o entendimento da eficácia da PEP é muito mais complexo do que a PrEP, uma vez que a janela de terapêutica profilática perdura por 28 dias, o indivíduo está sujeito aos efeitos colaterais dos medicamentos e deve comparecer a posterior retorno para nova avaliação, necessitando de intenso comprometimento com a adesão à terapêutica. Devido a todos os fatores condicionantes à adesão da PEP, os dados científicos são ainda mais escassos sobre a eficácia da medida profilática e não são suficientes para possível conclusão acerca da eficiência deste componente. Sendo assim, é necessário que se produzam mais estudos para conseguir difundir a PC e, conseqüentemente, dados informativos acerca do tema.

## **Conclusão**

Estabelecendo comparativo entre a Política Nacional de DST/AIDS do ano de 1999 e o Manual de Prevenção combinada do HIV do ano de 2017, que inicialmente continha explicações de medidas educativas em saúde, foi ampliada visão sob análise criteriosa, fluxograma para avaliar se houve possível exposição prévia ou pós contato com respectiva prática medicamentosa, além de reforçar comportamentos de risco e grupos sociais em vulnerabilidade.

Partindo do pressuposto que a Prevenção Combinada é importante no controle/combate/prevenção do HIV, nesse artigo foram analisados documentos que esclarecem os protocolos acerca das medidas profiláticas da doença.

Entretanto, houve dificuldade para encontrar dados acerca da implementação e eficácia desses protocolos supracitados, refletindo falta de informação científica sobre o tema. Além disso, a desinformação vem acompanhada de desinteresse estatal, que ao fazer as recomendações das cartilhas, carece na aplicação prática completa das orientações.

Somado à escassez de execução por parte da União, a falta de informação também possui caráter social que está diretamente associado ao preconceito acerca da doença: o desinteresse da população em buscar conhecer sobre o tema, métodos preventivos propostos pela PC e modo de funcionamento, causando por consequência uma redução global da adesão à medida profilática. Essa indiferença gera ação contrária à busca por conhecimento, estímulos à pesquisa e redução de subsídios, que colaboram intensamente para reforçar o estigma social já existente.

A partir desta pesquisa, está evidenciada a carência de acervo e de disponibilidade de estudos e dados informativos sobre Prevenção Combinada, o que culmina em dificuldades na implementação da medida dentro do contexto local-regional. De igual modo, revela a necessidade de ampliação da visibilidade do tema para que, em um momento futuro, seja possível a sua implementação em âmbitos local e regional. Não obstante, a educação sexual também merece lugar de importância frente ao combate à epidemia da desinformação: por meio da ruptura de barreiras de conhecimento sobre a utilização dos métodos preventivos de modo correto, a informação acerca de HIV e ISTs e como todas essas medidas estão presentes na Prevenção Combinada.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS- ABIA. **Prevenção Combinada: barreiras ao HIV.** Disponível a partir de: <http://www.abiaids.org.br/img/media/Prevencao%20combinada.pdf>. Acessado em 06 outubro de 2019 às 08:30.

BARP, Luiz Fernando Greiner; MITJAVILA, Myriam Raquel. **O reaparecimento da homossexualidade masculina nas estratégias de prevenção da infecção por HIV: reflexões sobre a implementação da PrEP no Brasil.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 30, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/3ZSRsv5Rj7bqpqcxNfjPXpD/?format=pdf>> Acessado em 30 de maio de 2022 às 07:42.

BERNARDES, Cristiane Teixeira Vilhena et al. **Análise da profilaxia pré-exposição para Hiv**. Brazilian Journal of Development, v. 5, n. 10, p. 18310-18316, 2019. Disponível

em:<[https://www.researchgate.net/publication/337110369\\_Analise\\_Da\\_Profilaxia\\_a\\_Pre-Exposicao\\_Para\\_Hiv](https://www.researchgate.net/publication/337110369_Analise_Da_Profilaxia_a_Pre-Exposicao_Para_Hiv)>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 07:44.

BORGES, Claudia de Barros. **Implementação da linha de cuidado em HIV/aids na atenção básica no município de Rio Grande/RS**. 2017. Disponível em:<<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/6639>>. Acessado em 30 de maio de 2022 Às 07:47.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cinco (5) passos para implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: guia para gestores**. Brasília- DF. 2014. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencaobasica>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 07:47.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica. Manual para a equipe multiprofissional**. Brasília-DF. 2017. Disponível a partir de:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_integral\\_hiv\\_manual\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf)>. Acessado em 03 de Jun de 2022 às 14:23.

BRASIL. Departamento de Condições Crônica e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Qual é a diferença entre a PrEP e PEP**. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/qual-e-diferenca-entre-prep-e-pep>>. Acessado em 03 de Jun de 2021 às 15:51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Infecção Sexualmente Transmissível (IST), AIDS e Hepatites Virais**. Brasília- DF. 2016. Disponível a partir de:<[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) > pt-br.> Acessado em 02 de Jun de 2021 às 14:34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria SCTIE/MS Nº 54, de 24 de Agosto de 2021**. Torna pública a decisão de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de ago. 2021, p. 78. Disponível em:<<https://brasilsus.com.br/wpcontent/uploads/2021/08/portaria54-1.pdf>>. Acessado em 25 de outubro de 2021 às 15:21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV**. Brasília- DF. 2017. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencaocombinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 07:55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080/1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**.

Brasília- DF. Disponível em:<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acessado em 30 de maio de 2022 Às 07:56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília- DF. 2017. Disponível em:<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. A cessado em 30 de maio de 2022 às 07:57.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Política nacional de dst/aids princípios, diretrizes e estratégias.** 1999. Disponível a partir de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_17.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf). Acessado em 19 de Maio de 2021 às 18:59.

CASTOLDI, Luciana et al. **Profílixia pós-exposição ao HIV em populações vulneráveis: estudo longitudinal retrospectivo em um ambulatório da rede pública do Rio Grande do Sul, 2015-2018.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, p. e2020646, 2021. Disponível em:<[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16794974202100200018](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974202100200018)>. A cessado em 30 de maio de 2022 às 07:58.

DIARIO BAHIA. **Aids em Itabuna: número alto de casos e jovens vulneráveis.** Disponível a partir de:<<http://diariobahia.com.br/aids-em-itabunanumero-alto-de-casos-e-jovens-vulneraveis>>. Acessado em 09 outubro de 2019 às 20:00.

DO PROGRAMA, Coordenação. **Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo.** Rev Saúde Pública, 2009, 43.2: 383-6. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/rsp/2009.v43n2/383-386/>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:03.

ESPIRITO SANTO, Governo do Estado do Espírito Santo, Secretaria Estadual da Saúde - ES. **Prevenção Combinada: Estado amplia profilaxias de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais.** Disponível a partir de:<<https://saude.es.gov.br/Contents/Item/Display/39544>>. Acessado em 10 outubro de 2019 às 20:30.

GRMEK, Mirko. **O enigma do aparecimento da Aids. Estudos avançados**, v. 9, p. 229-239, 1995. Disponível em:<<https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/8876>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:28.

GUERCIO,PMS. **História da AIDS no Brasil.** 2020. Disponível em:<[https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids\\_dst/arquivos/historia\\_brasil.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/arquivos/historia_brasil.pdf)>. Acessado em 29 de maio às 21:50.



GUERCIO, PMS. **Programa Municipal DST e AIDS. Atuação e atualização.** 2003. Disponível em:<<https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/8876>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:05.

IWUJI, Collins C. et al. **The art of HIV elimination: past and present science.** Journal of AIDS & clinical research, v. 6, 2015. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27774350/>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:06.

Júnior, Luiz Salvador de Miranda-Sá. **Uma introdução à medicina.** Volume I. 2013. Disponível em:<[https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/introduo%20e%20medicina\\_livro.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/introduo%20e%20medicina_livro.pdf)>. Acessado em 03 de Jun de 2021 às 19:49.

MATOS, Matheus Costa Brandão et al. **Conhecimento de estudantes de saúde acerca da profilaxia pré e pós exposição ao HIV.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 42, 2021. Disponível em:<<https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/111495/0>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:07.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. **Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?** Revista Panamericana de Salud Pública, 2018, 42: e 151. Disponível em:< <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:08.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Organização PanAmericana da Saúde, 2ª edição. Brasília-DF. 2011, 549 p. Disponível em:<[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:09.

MINAS GERAIS, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. **Prevenção combinada reduz riscos de contaminação pelo HIV.** Disponível a partir de: <<https://ufmg.br/comunicacao/noticias/prep-tire-suas-duvidas-sobre-a-profilaxiapre-exposicao-ao-hiv>>. Acessado em 10 outubro de 2019 às 21:00.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. **Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2019, 23. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/Interface.180410>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:10.

OLIVEIRA IG, SANTOS LVF, SILVA AUA, ARAÚJO MFM, BRAGA HFGM, MELO ESJ. **Análise de campanhas televisivas sobre HIV/AIDS: interfaces entre Brasil e Angola.** Rev baiana enferm. 2021;35:e38280. Disponível em:<[https://www.researchgate.net/publication/347295753\\_ANALISE\\_DE\\_CAMPAHAS\\_TELEVISIVAS SOBRE HIVAIDS INTERFACES ENTRE BRASIL E ANGOLA](https://www.researchgate.net/publication/347295753_ANALISE_DE_CAMPAHAS_TELEVISIVAS SOBRE HIVAIDS INTERFACES ENTRE BRASIL E ANGOLA)>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:10.

OLIVEIRA, MCB de; SANTOS, N. S. **Profilaxia Pré-Exposição ao HIV no Brasil**. Revista Brasileira De Educação E Saúde, v. 10, n. 3, p. 92-99, 2020. Disponível em:<<https://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/7863>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:16.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e Definições em Epidemiologia importantes para Vigilância Sanitária**. 2004. Disponível em:<[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visu.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf)>. Acessado em 03 de Jun de 2021 às 19:03

SALA, Eliane Aparecida. **Estratégias de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/AIDS na Atenção Básica de Saúde de Guaianases** - São Paulo/SP. 2017. Disponível em:<<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/6587>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:17.

SÃO PAULO, Governo do Estado de São Paulo, Secretaria Estadual da Saúde-SP. **Guia Básico de Prevenção Combinada**. Disponível em:<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/juventudes/fundacao-casa/guia\\_basico\\_de\\_prevencao\\_combinada\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/juventudes/fundacao-casa/guia_basico_de_prevencao_combinada_2.pdf)>. Acessado em 12 outubro de 2019 às 08:00.

SILVA, Fatima Aparecida; AZEREDO, Sheila Galdino; LARA, Simone Correa. **Prevenção combinada: introduzindo a prep no município de Praia Grande**. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 2018, 22: 36-37. Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2018.10.069>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:19.

SIMPÓSIO BRASILEIRO DE QUÍMICA TEÓRICA - SBQT, 17º **Simpósio Brasileiro de Química Teórica. Angra dos Reis** - Rio de Janeiro: Editora IBJ, 2013. Disponível a partir de:<[http://bqp.sbqt-2015.net.br/arquivos/edicoesanteriores/XVII-SBQT\\_2013.pdf](http://bqp.sbqt-2015.net.br/arquivos/edicoesanteriores/XVII-SBQT_2013.pdf)> Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:19.

SOARES JP, SILVA ACO, SILVA DM, FREIRE MEM, NOGUEIRA JA. **Prevalência e fatores de risco para o hiv/aids em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura**. Arq. Catarin Med. 2017 out-dez; 46(4):182-194. Disponível em:<<https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/126>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:20.

STRAUBINGER, Thomas; KAY, Katherine; BIES, Robert. **Modeling HIV preexposure prophylaxis**. Frontiers in pharmacology, v. 10, p. 1514, 2020. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32082142/>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:21.

UNAIDS. **Prevenção Combinada do HIV**. 2017. Disponível a partir de: [https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2017/08/2017\\_08\\_15\\_preven%C3%A7](https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2017/08/2017_08_15_preven%C3%A7)

[%C3%A3o combinada FINAL.pdf](#). Acessado em 19 de Maio de 2021 às 19:33.

VENTER, Willem DF. **Pre-exposure prophylaxis: the delivery challenge**. *Frontiers in public health*, v. 6, p. 188, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30035106/>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:22.

VIRAIS, E. DAS HEPATITES. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV**. 2021. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_profilaxia\\_exposicao\\_HIV\\_IST\\_hepatites\\_virais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf)>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:23.

VIRAIS, E. DAS HEPATITES. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_profilaxia\\_pre\\_exposicao\\_risco\\_infeccao\\_hiv.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_pre_exposicao_risco_infeccao_hiv.pdf)>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:24.

VON KLEIST, Max et al. **Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of PreExposure Prophylaxis Against HIV**. *Frontiers in Pharmacology*, p. 1288, 2020.

Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/research-topics/7483/pharmacokinetics-and-pharmacodynamics-of-pre-exposureprophylaxis-against-hiv>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:25.

ZUCCHI, Eliana Miura, et al. **Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade**. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018, 34. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00206617>>. Acessado em 30 de maio de 2022 às 08:25.