

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA PACIENTES COM INFECÇÃO POR HIV:
MATERIAL EDUCATIVO SOBRE PROGNÓSTICO, ACESSO AO CUIDADO E
ADESÃO AO TRATAMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Bruna Costa de Souza Ramos

Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

Orientador(a):

Prof.(a). Dr(a) Ligia Ferreira Gomes

São Paulo

2020

SUMÁRIO

	Pág
	.
LISTA DE ABREVIATURAS	1
RESUMO	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	6
3. MATERIAIS E MÉTODOS	7
4. RESULTADOS	8
5. DISCUSSÃO	20
6. CONCLUSÃO	21
7. BIBLIOGRAFIA	21
8. ANEXOS	28

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária em Saúde
ARV	Antirretrovirais
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
SAE	Serviços de Atendimento Especializado
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral

RESUMO

RAMOS, B. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA PACIENTES COM INFECÇÃO POR HIV: UMA NARRATIVA LIVRE DO PROGNÓSTICO E ACESSO AO CUIDADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. 2020. no. 54 f. : il. color. Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia-Bioquímica – Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Durante os anos iniciais da epidemia de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) era considerada uma condição determinante de múltiplas complicações associadas a doenças oportunistas, neoplasias, adoecimentos e morte prematura; praticamente uma sentença de terminalidade.

Com o surgimento da terapia antirretroviral (TARV) e sua disponibilidade no sistema único de saúde (SUS) uma maior quantidade de pacientes têm acesso à terapia, o que permite que a infecção não progrida para formas graves da doença. Isso se deve ao fato dela ser capaz de reduzir os níveis do vírus no corpo a tão baixos que o sistema imunológico funciona suficientemente bem, proporcionando uma boa saúde ao paciente e uma menor probabilidade de transmissão.

Para que a TARV seja eficiente, é necessário que as pessoas sejam testadas, diagnosticadas e executem corretamente o tratamento; pois falhas relacionadas à ela dificultam a manutenção de um estado de saúde satisfatório. A má adesão ao tratamento é considerada a principal causa; contudo, fatores psicossociais como depressão, uso de substâncias psicoativas, dificuldade de acesso e fatores relacionados aos medicamentos, tais quais efeitos adversos e posologia complexa, também exercem grande influência. Por este motivo, é importante orientar os pacientes em relação à gravidade da doença, a fim de conscientizá-lo e aumentar a adesão ao tratamento.

Este trabalho busca desenvolver uma cartilha voltada à apresentação dos efeitos adversos relacionados ao uso da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), de maneira clara e objetiva, com a finalidade de proporcionar a estes indivíduos, que se encontram debilitados emocionalmente, uma informação de qualidade em relação às adversidades que podem ocorrer nos dias que sucedem uma possível contaminação e mantê-los aderidos ao tratamento.

Palavras-chave: HIV, AIDS, *Incidence, Brazil, Treatments, Policy.*

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença causada pela infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus*), o HIV (10). Trata-se de um retrovírus que tem como alvo células do sistema imunológico, principalmente os linfócitos T CD4+, que ajudam o corpo a responder à infecção. Sem a utilização de tratamento eficaz, através de uma combinação de medicamentos antirretrovirais, o sistema imunológico se enfraquece a ponto de não poder mais combater infecções e doenças (1).

Por ser um retrovírus, o HIV apresenta um longo período de incubação antes do aparecimento dos sintomas, o que dificulta um diagnóstico precoce e aumenta os riscos de transmissão (3). Desse modo, faz-se necessário o acompanhamento médico dos grupos que possuem maiores chances de exposição; a fim de diagnosticar uma possível infecção o mais cedo possível, aumentando a eficácia do tratamento (10).

O HIV é encontrado em certos fluidos corporais de pessoas contaminadas, e sua transmissão se dá através de contato com tais fluidos (1). Para quebrar tabus e evitar estigmatização social desses indivíduos, é importante conscientizar a população e ressaltar que nem todo contato com pessoas infectadas com HIV é capaz de transmiti-lo (3).

Desde o início de sua epidemia, aproximadamente 76 milhões de pessoas no mundo adquiriram HIV e 33 milhões de vidas foram perdidas até 2019 (39). Somente em 2019, foram relatados 1,7 milhão de novos casos, e 690 000 mil mortes devido à doença e causas relacionadas em função das lacunas nos serviços de saúde (5).

Atualmente, ainda não há cura para a infecção pelo HIV (1); porém ela pode ser tratada com medicamentos antirretrovirais (ARV), que funcionam interrompendo a replicação do vírus (1) e contribuindo para impedir o enfraquecimento do sistema imunológico (3). Por esta razão, o uso regular desta terapia é fundamental para aumentar o tempo e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, além de reduzir internações e infecções por doenças oportunistas (3).

Além disso, o acesso ao tratamento, a prevenção, o diagnóstico e a assistência eficaz ao HIV, inclusive para infecções oportunistas; também colaboraram para que a infecção se tornasse uma condição de saúde crônica administrável, possibilitando que as pessoas contaminadas tenham uma vida longa e saudável (5).

No entanto, para que a progressão da doença seja mais lenta, é necessário que as pessoas infectadas sejam testadas, diagnosticadas (preferencialmente em um estágio não avançado da infecção) e consigam aderir ao tratamento (1). Em outras circunstâncias, é possível que os níveis séricos de medicamentos não seja suficientes para realizar adequadamente a supressão viral (2).

Apesar do grande avanço, ainda existem muitas brechas no acesso e na qualidade dos serviços (6). Essas lacunas compreendem toda a cascata de cuidado, inclusive ações focadas na prevenção primária; como profilaxia pré-exposição, teste de HIV, acesso e iniciação à TARV, acesso ao teste de carga viral, retenção e adesão ao mesmo e um atendimento periódico e abrangente (6).

Como nem todos os infectados são capazes de acessar os serviços e cuidados relacionados ao HIV ocorrem falhas associadas à infecção (5). Visando amenizar esse quadro, o reconhecimento precoce da falha virológica e a escolha adequada da nova estratégia de medicamentos a serem utilizados são essenciais para se evitar consequências graves, como maior progressão de doença ou acúmulo de mutações de resistência e perda de opções terapêuticas (2).

O principal parâmetro para a caracterização de falha ao tratamento é a falha virológica (2). Dentre os fatores associados a ela estão: a baixa adesão ao tratamento, esquemas de tratamento inadequados, fatores farmacológicos e a resistência viral (2).

Esquemas inadequados e fatores farmacológicos, como administração incorreta dos medicamentos ou comorbidades; são associados a um maior risco de falha evitável na terapia(2). Por este motivo, é tão importante analisar as particularidades do paciente e realizar orientações sobre a gravidade da doença de modo a conscientizá-lo. Também é de suma importância que exista uma rede de apoio que permita aumentar a adesão ao tratamento, principalmente vinculada a

familiares e profissionais que trabalham nos instrumentos da Atenção Primária em Saúde (APS) (UBS), nos centros de atendimento especializado (SAE-IST/AIDS) e nos serviços de atenção psicossocial (CAPS).

Permanecem também pendências em relação à equidades e direitos humanos dos pacientes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que as populações-chave são desassistidas e sofrem diversos tipos de violência (6), o que evidencia o insucesso dos sistemas legais de muitos países em proteger estes indivíduos (12). O estigma e a discriminação relacionados ao vírus provocam danos significativos na sociedade e contribuem para a realidade desafiadora que estes pacientes enfrentam.

Eles causam o isolamento das populações-chave, dificultando a obtenção de informações e as impedindo de acessar e utilizar serviços indispensáveis para a proteção de seu bem-estar; podendo até mesmo fazer com que estes indivíduos não busquem saber seu status sorológico (12), o que pode agravar a infecção ou as outras ameaças à saúde diretamente relacionadas a ela (12).

Pesquisas atuais demonstram que apesar de estarem diminuindo em alguns locais, grande parte da população ainda tem atitudes discriminatórias em relação a essas pessoas (12). Outro ponto de desafio é o tratamento inadequado dos profissionais de saúde (6). Estigma e discriminação estão demasiadamente presentes em estabelecimentos de saúde na forma de omissão de cuidados, desdém, coação para realização de procedimentos médicos (como testes de HIV) ou quebras de confidencialidade (12). Parcelas significativas das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) relataram que a obtenção da TARV estava condicionada ao uso de formas específicas de contracepção (12); e por ano, entre 5,7 e 8,4 milhões de mortes em países de baixa e média renda são atribuídas a cuidados de pouca qualidade; representando até 15% do total das mortes (6; 8).

Estudos revelam uma relação evidente entre a satisfação do paciente com os serviços de saúde e sua adesão ao tratamento (26). Quando dados como o tempo de espera até o atendimento e a possibilidade de receber assistência em unidades de saúde descentralizadas foram levados em consideração (26),

demonstram a importância que estes serviços têm sobre a melhoria dos resultados relacionados à terapia (26).

Mesmo com os avanços proporcionados pela terapia antirretroviral, que salvou cerca de 15,3 milhões de vidas desde 2000; o HIV continua a ser um grande problema de saúde pública (5). Todos os anos, centenas de milhares de pessoas ainda contraem o vírus ou morrem; vítimas de uma doença prevenível e que possui disponíveis vários regimes de tratamento eficazes e relativamente baratos (12). O estudo minucioso do perfil dos indivíduos que adquirem o vírus é de extrema importância para que seja possível direcionar a abordagem das intervenções disponíveis para o interesse desse público; tornando-as mais efetivas.

2. OBJETIVOS

Este trabalho possui como objetivo a seleção de material coerente com as recomendações atualizadas, nacional e internacionalmente aceitas, sobre a Atenção Básica em Saúde e os tratamentos farmacológicos oferecidos para os pacientes com HIV; analisando tanto o aumento da adesão e da sobrevivência, quanto a melhoria na qualidade de vida destes indivíduos após o diagnóstico.

Além disso, prevê a organização destas informações em saúde no formato de material educativo, apoiando a confecção de uma cartilha para promover, especificamente, o acolhimento dos indivíduos expostos ao vírus e sua adesão ao tratamento.

Para isso, serão apresentados os efeitos adversos relacionados ao uso da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) a fim de proporcionar à esta população, que se encontra, muitas vezes, debilitada emocionalmente, uma informação de qualidade que permita que ela seja orientada de maneira clara e objetiva em relação às dificuldades pelas quais pode passar nos dias que sucedem uma possível contaminação.

Adicionalmente, será desenvolvida uma versão voltada para pacientes com deficiência visual, através do uso de letras em tamanho maior e braille.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Foram utilizados conteúdos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) Brasil e Internacional AIDS Society. Para seleção do conteúdo, considerou-se a facilidade de acesso a eles e a linguagem informal e acessível utilizada, favorecendo um maior entendimento sobre a infecção e menor resistência ao tratamento (37). Aspirava-se também que as informações disponibilizadas na cartilha estivessem de acordo com as encontradas pelos pacientes em casos de posteriores pesquisas na internet sobre o tema, já que cada vez mais pacientes buscam informações relacionadas ao tratamento na internet (35).

A síntese dos dados obtidos e a seleção da bibliografia foram dirigidas pelo objetivo do trabalho e pelo público alvo ao qual se destina. Considerou-se que, apesar da qualidade técnica dos elementos utilizados; a organização do conteúdo em um formato mais simples, dirigido a um objetivo específico e que possa estar disponível em Unidades Básicas de Saúde e locais estratégicos como serviços de Medicina do Trabalho e Unidades de Pronto Atendimento, poderia contribuir para a adesão ao tratamento pelos indivíduos que receberam recentemente o diagnóstico ou que foram expostos ao vírus.

A produção literária sobre AIDS e o estigma relacionado a ela no Brasil é relativamente baixa se comparada a outros países (38)., Informações relativas a aspectos da doença como, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, efeitos adversos e onde encontrar tratamento foram obtidas principalmente no site do Ministério da Saúde; por se tratarem de informações consolidadas, amplamente conhecidas e disseminadas.

Dados epidemiológicos foram utilizados para compreensão das características da população recentemente acometida, e adequação das informações presentes no material informativo. Para se obter a incidência de HIV/AIDS no país, os progressos em relação à metas estabelecidas, ou lacunas em serviços de saúde; deu-se preferência por literaturas internacionais e que não

tivessem relação com as informações apresentadas a fim de diminuir a possibilidade de viés na pesquisa.

Tais informações foram obtidas principalmente de relatórios da UNAIDS; programa das Nações Unidas que tem como objetivo nortear os países no combate à AIDS, auxiliando-os através de metas e soluções. O programa é direcionado especificamente à doença abordada, obtém dados de abrangência global e os compara ao longo dos anos, através de diversos tipos de publicações, como boletins publicados anualmente.

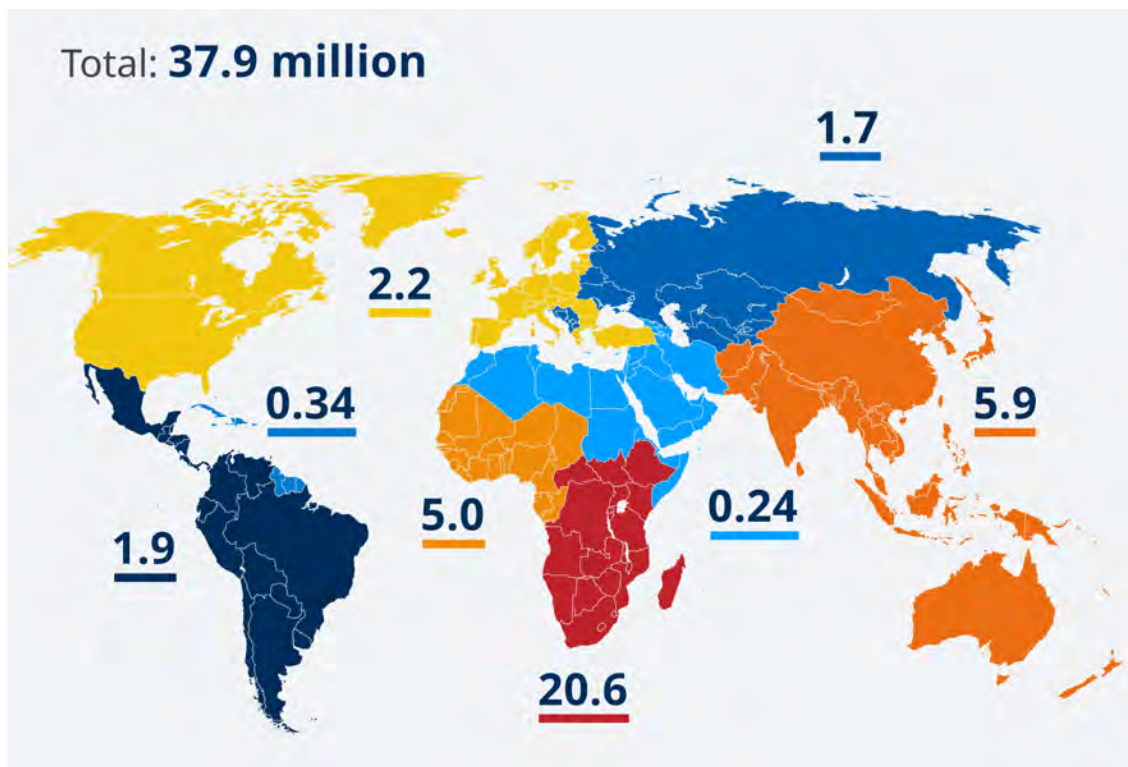
Adicionalmente, foram utilizados artigos publicados em língua inglesa, portuguesa a respeito do tema proposto e de temas complementares, como adesão a tratamento e validação de materiais informativos, para orientar a estratégia de construção da cartilha. A busca foi realizada por meio de bases de dados científicas como PubMed, SciELO, *Web of Science* e SciFinder; sendo feitas pesquisas por palavras-chaves como “HIV”, “AIDS”, “Brazil”, “policy”, “informative material”, “validation”, “incidence” e “treatments”.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização do Público Alvo

Apesar da AIDS estar presente no mundo todo, ela apresenta uma incidência que varia consideravelmente entre os países e regiões (12). Conforme é possível visualizar na Figura 1, a região da África Subsaariana é notavelmente a mais afetada e representa mais de dois terços dos casos em todo o mundo (14).

Figura 1 - Estimativa de pessoas vivendo com HIV no mundo (em milhões).

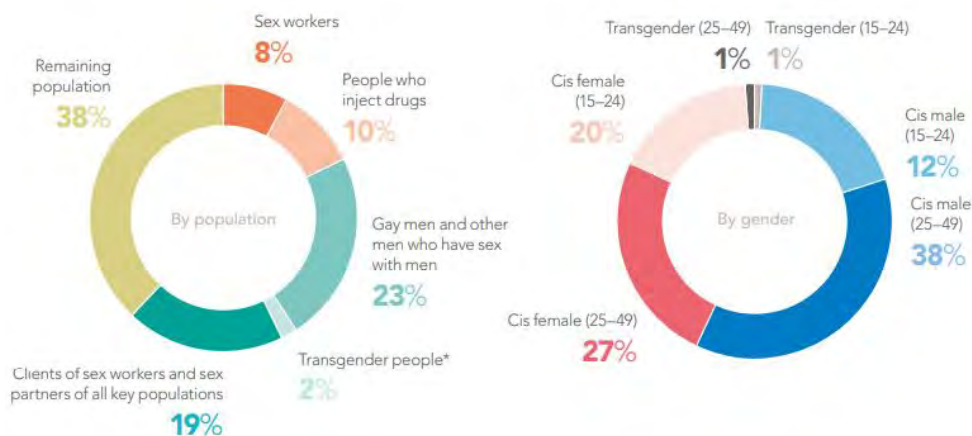


Fonte: Adaptado de UNAIDS, 2018.

É perceptível que, embora tenha ocorrido uma redução global do número de novas infecções, esta foi motivada por regiões específicas; como as do continente africano (exceto o Norte) e Caribe, que apresentaram decréscimos entre 25 e 38% em relação à 2010 (12). Todavia, em alguns locais a epidemia continuou a crescer, como foi o caso da América Latina, que teve seu índice elevado em 21% (12). Além de uma diferença significativa na incidência da doença de acordo com a região, observa-se também que algumas subpopulações, faixas etárias e gêneros apresentam um maior risco de contração do HIV dependendo do perfil da epidemia local (12), denominadas populações-chave. Esta alta prevalência está associada ao predomínio da violência e discriminação contra grupos marginalizados da sociedade (12), que incluem homossexuais do sexo masculino e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadores do sexo e seus clientes, usuários de drogas injetáveis, prisioneiros e indivíduos transgênero (5), que apesar de corresponderem à uma pequena parcela da população, representam grande parte das novas infecções (12).

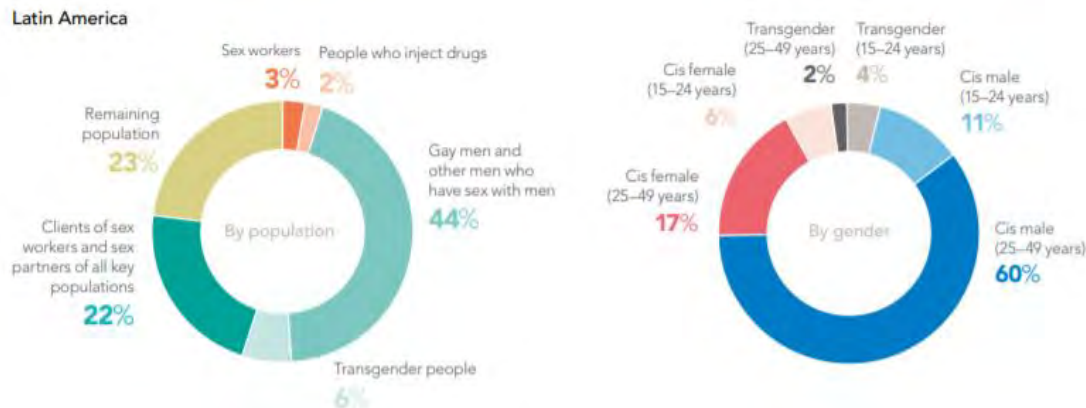
Observa-se globalmente uma tendência de concentração do HIV nas populações chave e nos indivíduos com os quais se relacionam sexualmente (62%). Na América Latina, esta tendência foi ainda mais expressiva e correspondeu a 77% dos novos casos em 2019 (12), evidenciando a importância de ações de combate ao HIV voltadas a essas pessoas.

Figura 2: Distribuição de novas infecções por HIV por gênero e população global.



Fonte: Adaptado de UNAIDS, 2019.

Figura 3: Distribuição de novas infecções por HIV por gênero e população latina americana.



Fonte: Adaptado de UNAIDS, 2019.

De acordo com as Figuras 2 e 3, é possível visualizar que dentre estes grupos, homossexuais do sexo masculino e outros homens que fazem sexo com homens se destacam, correspondendo a 44% dos novos casos na região (12). Também merece atenção especial, a população transgênero, que contabiliza um número três vezes maior que a média global (12).

Figura 4: Estimativas epidêmicas no Brasil.

	2010	2015	2018	2019
NOVAS INFECÇÕES POR HIV	41 000	50 000	53 000	48 000
MORTES RELACIONADAS A AIDS	15 000	16 000	15 000	14 000
PESSOAS VIVENDO COM HIV	670 000	800 000	900 000	920 000
% DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS	-	79%	85%	88%
% DE PACIENTES EM TRATAMENTO	-	63%	66%	69%
% DE PACIENTES COM SUPRESSÃO VIRAL	-	57%	62%	65%

Fonte: Adaptado de UNAIDS (12,22,23).

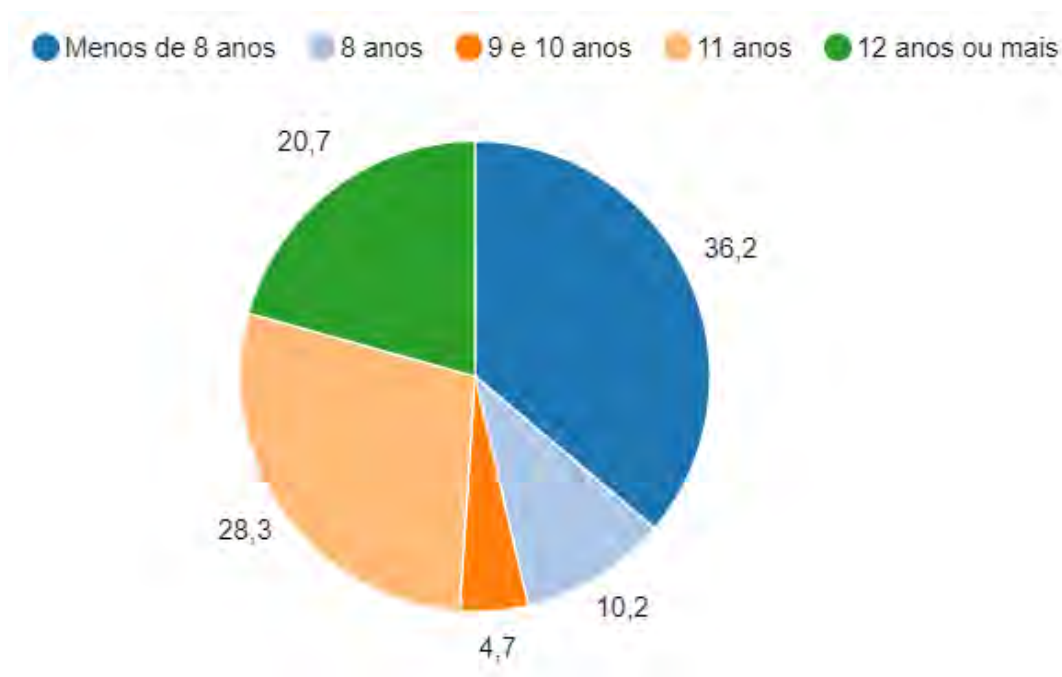
No Brasil, a AIDS também se concentra nos grupos descritos como “populações-chave”, que normalmente estão em situação de maior vulnerabilidade e marginalização (3). Por este motivo, é importante criar estratégias e políticas públicas voltadas para a realidade dessas populações; e que tenham como objetivo não apenas oferecer tratamento, mas também promover acesso, educação e acolhimento (3).

Analisando mais intimamente como a distribuição da PEP se dá pelo país e as pessoas mais afetadas por ela, observa-se que, do total de dispensações em 2020, 42% não foram enquadrados em alguma população específica, 20% foram entre mulheres cis, seguidas por gays e outros HSH (18%) e homens cis hétero

(17%) (27). Mulheres e homens trans representaram apenas 1,8% das dispensações entre grupos identificados (27). Já em relação à faixa etária da população, 52% dos pacientes tinham entre 25 e 39 anos, 28% entre 15 e 24 anos e 18% mais de 40 anos (27).

Na população brasileira como um todo, grande parte possui 8 anos de estudo (10,2%) ou menos (36,2%) (28). No acumulado dos anos, dentre os casos de AIDS que notificaram o grau de escolaridade, o maior índice (21%) ocorreu entre indivíduos com a 5ª à 8ª série incompleta, apesar de existir uma tendência de redução do mesmo (19).

Figura 5: Grupos de anos de estudo



Fonte: IBGE, 2015.

Levando esses dados em consideração, optou-se por realizar o desenvolvimento da cartilha focando em pacientes na faixa dos 15 aos 39 anos e com diferentes índices de escolaridade. Por isso, foi utilizada linguagem coloquial e

de baixo nível técnico visando abranger o maior número possível de usuários na transmissão das informações desejadas.

4.2. Seleção da informação para compor a cartilha

A escolha dos dados presentes na cartilha foi baseada em:

1. Perguntas mencionadas no site do Ministério da Saúde como dúvidas frequentes relacionadas à PEP;
2. Cartilhas pré-existentes, especialmente as que apresentavam informações sobre efeitos adversos da terapia;
3. Informações presentes nos PCDT relacionadas ao tratamento do HIV, como possíveis efeitos adversos e contraindicações dos medicamentos;
4. Informações que o paciente gostaria de receber no momento da dispensação do tratamento baseadas em dúvidas comuns sobre a PEP de acordo com o Ministério da Saúde e também nas informações mais procuradas pelos pacientes segundo o Google (32);
5. Orientações de caráter mais urgente, que podem influenciar a decisão entre fazer ou não o uso da profilaxia e também na experiência do paciente naquele determinado momento;
6. Dados disponibilizados em sites oficiais, de fácil acesso e consolidadas.

Para a elaboração da cartilha, associaram-se informações técnicas de qualidade com uma abordagem focada em cuidados ao paciente, levando em consideração seus anseios e sua visão da situação, para que seja possível transmitir a mensagem pretendida e confortá-los o máximo possível. Foram utilizadas dúvidas que de acordo com o Ministério da Saúde são comuns, pesquisas realizadas com profissionais de saúde, indivíduos de populações chave ou que já utilizaram a profilaxia.

Segundo uma pesquisa realizada pelo Google em 2008, as informações de saúde mais procuradas na internet pelos pacientes foram referentes ao tratamento (60% dos usuários pesquisaram por este tema); seguidas por informações gerais (52%), causas e sintomas (48%), informações sobre medicamentos (40%),

consequências potenciais de tratamentos (39%), busca por especialistas (39%) e diagnóstico (28%) (32). De acordo com a plataforma, dá-se prioridade a buscadores simples, como o próprio Google, Yahoo e Cadê para a realização de tais pesquisas (32). Do público consultado neste trabalho, 85% informou utilizar esses buscadores, sendo 72% como primeira escolha, chegando a classificá-los como a mais útil fonte de informação sobre o tema (32).

Um dos principais tópicos abordados no material produzido foi o de efeitos adversos; considerando sua prevalência (50%), o alto interesse dos pacientes em relação ao tema, e sua grande influência no índice de abandonos ao tratamento (2, 21).

Mais de 50% das pessoas submetidas à profilaxia antirretroviral apresentam efeitos adversos (17), sendo fundamental que os médicos, especialmente os que atuam nos serviços de saúde, estejam capacitados para lidar com os mesmos (21). De modo geral, os sintomas são leves, autolimitados e inespecíficos; sendo mais frequentes os gastrointestinais, cefaleia e fadiga (17), porém também são comuns sintomas gerais, como astenia, tontura, entre outros (21).

Náuseas leves ou diarréias podem estar presentes desde começo do tratamento, porém, os efeitos adversos gastrointestinais diversas vezes melhoram espontaneamente, o que também se aplica a algumas reações alérgicas e a sintomas leves do SNC (2). Em sua maioria, não é necessária a interrupção da profilaxia, sendo possível contornar os efeitos com medicamentos sintomáticos (17). Alterações laboratoriais são pouco frequentes e quando ocorrem, geralmente são discretas e transitórias (17).

Outro aspecto importante são os sintomas psíquicos e emocionais experienciados pelos pacientes, que incluem desespero, dificuldades de concentração, diminuição da atenção e irritabilidade, entre outros componentes cognitivos e afetivos (17). Essas manifestações ocorrem tanto pelo contato com o vírus, quanto pelos efeitos causados pela PEP (21) e não devem ser negligenciadas; tendo em vista que podem se progredir para quadros persistentes e graves (17), resultando em disfunções na vida social e no trabalho, independente

da soroconversão (21). Por este motivo, o acompanhamento psicossocial é crucial (17).

No Anexo 1 são apresentados os eventos adversos associados aos ARV separados por medicamento, bem como os fatores de risco relacionados a eles e suas respectivas recomendações de manejo. Apesar de raros, podem ocorrer eventos adversos mais graves, como informados no Anexo 2 (2). Nestes casos, deve-se avaliar a necessidade de descontinuar e substituir a medicação (21).

Considerando todos estes aspectos, a taxa de descontinuação do tratamento com antirretrovirais provocadas por eventos adversos nos estudos de PEP tem variado entre 11,7 a 21% (21). Por isso, é de suma importância que os médicos e outros profissionais de saúde que realizam o acompanhamento destes pacientes estejam preparados para reconhecê-los e atualizados quanto às diretrizes nacionais de profilaxia (21).

A equipe envolvida no acompanhamento deve ser capacitada para orientá-los quanto aos objetivos da terapia, e destacar a importância de se seguir rigorosamente as doses, intervalos de administração e duração da profilaxia, para que se garanta a eficácia pretendida (21). Conversas sobre como tolerar e diminuir alguns desconfortos, além de explicar estes não se estenderão por muito tempo tendem a ajudar na adesão (2).

Além disso, profissionais de saúde que se encontram em espaços não convencionais de atendimento a pacientes em tratamento crônico também possuem um papel importante no esquema de combate à não adesão. Médicos do trabalho, por exemplo, representam uma ferramenta importante por possuírem acesso facilitado ao paciente, que não depende de uma busca proativa por ajuda e que permite um acompanhamento longitudinal (41).

Caso identificados efeitos adversos, cabe ao médico do trabalho tranquilizar o trabalhador exposto quanto à possível reversibilidade do quadro, reforçando a importância de se completarem as quatro semanas da profilaxia e fazer o acompanhamento clínico e laboratorial com maior frequência (21).

Existe atualmente um esquema preferencial da TARV, que se aplica também à PEP, e apresenta menos efeitos adversos e uma baixa interação medicamentosa

(17). Todavia, casos de intolerâncias ou contraindicações a algum dos medicamentos requerem adequação para opções alternativas (2). Também deve ser avaliada a necessidade de alteração nos casos de coinfeção com tuberculose, gestantes, ou de pessoas com possibilidade de engravidar (2).

É necessário que ao iniciar a PEP, os pacientes sejam instruídos sobre a necessidade de procurar atendimento caso apresentem algum sinal ou sintoma clínico, já que alguns podem sugerir uma toxicidade medicamentosa mais grave (17). Nos casos de intolerância medicamentosa, o usuário deve ser reavaliado para que seja possível realizar a adequação ou troca, do esquema terapêutico (17). Mesmo caso o paciente não identifique alguma irregularidade, recomenda-se uma reavaliação após 2 semanas de uso da PEP, almejando reconhecer possíveis efeitos adversos e reafirmar a importância da adesão completa (17).

Ponderou-se também a falta de materiais educativos com foco no assunto. Seguindo as fontes de busca citadas como preferidas pela população (32) e buscando informações sobre “Cartilha HIV” ou “Cartilha AIDS” em 29 de outubro de 2020; foram encontradas 12 cartilhas; das quais quatro abordaram a possibilidade da ocorrência de efeitos adversos e apenas duas citaram quais os sintomas mais frequentes. Apesar de apresentarem informações relevantes, as longas extensões destes materiais (28 e 35 páginas), fizeram com que o acesso à informação específica dos efeitos colaterais fosse dificultado; contrapondo o objetivo proposto do material a ser desenvolvido em se de transmitir estes conhecimentos de maneira sucinta.

A distribuição gratuita da TARV através do Sistema Único de Saúde (SUS), a todas as pessoas que foram expostas ao HIV e que necessitem de tratamento ocorre desde 1996 e colabora/contribui diretamente para o aumento da adesão ao tratamento (24).

Ao todo, no Brasil, são 937 postos que fornecem a PEP a qualquer pessoa que precise, esses incluem UBSs, AMAs, Serviços de Atendimento Especializado em IST (SAE-IST), Hospitais, Pronto atendimentos, pronto socorros, centro de referência de IST, etc (40). O estado de São Paulo foi o que mais dispensou a PEP

em 2019, com 35% do total de distribuições (27). Nele, 56 locais oferecem este serviço (40); e os 17 que atendem 24 horas foram informados na cartilha.

De acordo com a constituição, todo e qualquer cidadão brasileiro têm obrigações e direitos garantidos, como a dignidade humana e o acesso à saúde pública (20). Contudo, o Brasil possui uma legislação específica para os grupos mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação; como homossexuais, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas infecciosas e de deficiências (3). O que é de extrema importância para a garantia do acesso à saúde destas pessoas.

Foi criada, em 1989, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS. O documento foi formulado por profissionais de saúde e membros da sociedade civil com o objetivo de proteção aos direitos das PVHIV; e recebeu apoio do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais (20).

Com o mesmo propósito, publicou-se a Lei nº 12.984, que define como crime a discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS (20). Existem também outras medidas que podem se aplicar a PVHIV a fim de garantir seus direitos; como auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e benefício de prestação continuada (20).

Além do tratamento medicamentoso, disponibiliza-se toda a cascata de cuidado em saúde para estes pacientes (15), incluindo ações de assistência, prevenção, e diagnóstico através de serviços de saúde e organizações da sociedade civil (15).

Serviços de cuidados de enfermagem, orientação e apoio psicológico, atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia, controle e distribuição de antirretrovirais, orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento, distribuição de insumos de prevenção, atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS são oferecidos nesses locais (15).

Pacientes com infecção por HIV têm acesso gratuito a exames laboratoriais e testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o vírus em aproximadamente 30 minutos (3). Os exames podem ser realizados de forma anônima nas unidades

da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Neles, além da coleta e execução dos testes, existe um processo de aconselhamento para auxiliar o paciente a interpretar o resultado (3). Ainda, é possível utilizar o Disque Saúde (136) para saber onde realizar o procedimento, que também pode ser realizado por intermédio de uma Organização da Sociedade Civil, através do Programa Viva Melhor Sabendo (3).

Foram utilizados como fonte os Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento (PCDT), os quais têm o intuito de orientar sobre alguns aspectos da doença (como critérios de diagnóstico, tratamentos, monitoramento clínico e supervisão de efeitos adversos) e buscam garantir que os pacientes recebam os tratamentos adequados, abordando as mudanças a serem realizadas no esquema preferencial dependendo das condições individuais de cada um (34).

A seleção do autor se dá de grande importância no referido projeto/trabalho tendo em vista a mensagem personalizada que se pretende transmitir com a distribuição da cartilha desenvolvida. Esta etapa, e a empatia presente nela, é o que caracteriza o instrumento técnico produzido como um de atenção centrada no indivíduo.

4.3. Organização dos dados buscando clareza e aplicabilidade

Estudos demonstraram que o sucesso de intervenções que buscavam disseminar conhecimento em relação ao HIV foi maior naquelas que utilizaram educação entre pares para alcançar seu objetivo (29). Esse tipo de intervenção, no qual a informação é transmitida em grupos pequenos ou mesmo individualmente, pode aumentar o comprometimento dos pacientes com o combate à infecção (29).

Cada vez mais, os materiais educativos impressos desempenham um papel significativo no processo de educação em saúde; porque além de ajudar na transmissão de orientações aos pacientes, podem ser utilizados mesmo quando os profissionais não estão presentes (30). Tratam de informações consolidadas e que, caso o paciente se esqueça ou deseje, podem ser consultadas a qualquer momento e facilmente disseminadas através de plataformas digitais. O formato de cartilha,

por ser muito objetivo e pela linguagem simples utilizada, provavelmente contribuirá com os fatores citados.

Neste projeto, optou-se por um formato de perguntas e respostas, pois permite a utilização de uma linguagem mais pessoal, possibilita uma separação das informações por tópicos e que estes sejam introduzidos por meio de perguntas. Assim, a transmissão das informações acontece de maneira dinâmica e aplicável para o dia-a-dia do paciente, o que aumenta o entendimento e engajamento por parte do leitor (31). Também buscando proporcionar uma melhor experiência na leitura, buscou-se utilizar, sempre que possível, imagens ou outros elementos gráficos, que também resultam em um maior interesse e compreensão das informações (30).

4.4. Desenho de um plano de aplicação futura

Espera-se contribuir com uma cartilha que possa ser utilizada em postos de saúde auxiliando os profissionais destes locais a fornecer um atendimento ainda mais completo e imediato; no qual o paciente pode receber as informações enquanto espera o resultado do teste, por exemplo.

A cartilha poderá ser disponibilizada em qualquer estabelecimento de saúde, onde algum profissional pode realizar atendimento a pacientes portadores ou com suspeita de HIV, ou que sejam passíveis de exposições ocupacionais ao vírus. Além disso, estudando o crescimento que a internet apresentou como canal para pesquisas relacionadas à saúde nos últimos anos, nota-se que grande parte dos brasileiros procura informações sobre questões relacionadas ao tratamento e suas consequências (32); por isso a disponibilização da cartilha também em canais digitais seria interessante.

As desvantagens desse tipo de comportamento como tentativas de autodiagnóstico, possível automedicação ou acesso à informações equivocadas, incompletas ou desatualizadas (32) requerem ações para orientar e reforçar aos pacientes que as informações encontradas na internet não substituem o atendimento médico e que algumas condutas como automedicação e diagnóstico equivocado apresentam vários riscos (32).

5. DISCUSSÃO

Foram criadas políticas globais bastante estruturadas que propuseram metas para controle e eliminação da endemia de AIDS até 2030 (18). Estes objetivos implicam benefício para a humanidade, em termos de saúde e economia (24). Entretanto, as metas ambiciosas estabelecidas requerem estratégias alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão (18).

A estratégia educativa é considerada potente quando associada a elementos como a necessidade de aprender, a motivação e a aplicabilidade ou utilidade do conteúdo (42). Estratégias coercivas tendem a afastar as pessoas dos serviços que precisam e violam direitos humanos fundamentais (18); mesmo quando objetivam o atendimento de necessidades reais e legítimas e a redução de riscos e danos para essas populações. No caso das terapias antiretrovirais, observa-se esse mesmo panorama de prejuízos ao avanço rumo ao fim da epidemia da AIDS caso sejam utilizadas ações coercivas.

O desenho de material educativo e a sua aplicação consideraram que a adesão ao tratamento pode ser modificada, entre os indivíduos que vão iniciar a terapia antirretroviral, pela disponibilização de informação adequada associada ao tratamento clínico. Para a elaboração do material, estudou-se o perfil dos “novos” doentes, que formam o público alvo das ações educativas.

A seleção dos tópicos e o modo de apresentação do material foram escolhidos de acordo com o perfil da população em questão, buscando despertar o interesse e a motivação por aprender. A necessidade e a aplicabilidade do que se aprende foi abordada a partir do conteúdo, através do qual buscou-se apresentar aspectos da doença que influenciam diretamente no cotidiano destes indivíduos.

Em relação às fontes, foram selecionados dados consolidados de relatórios institucionais e artigos científicos. Para a cartilha o conteúdo foi organizado em uma diagramação que buscou proporcionar leveza e conforto ao leitor.

6. CONCLUSÃO

A investigação da bibliografia com base nos critérios mencionados para seleção do público alvo resultou em uma análise cuidadosa sobre a população que representa os novos casos de infecção por HIV a cada ano; tendo em vista que o material desenvolvido se dirigirá diretamente a estes indivíduos. Foi possível realizar a escolha das informações contidas na cartilha pesquisando temas e conteúdos que estes indivíduos almejam receber em relação a esta condição de saúde; a fim de aumentar o interesse pelo material informativo e proporcionar uma educação efetiva sobre o tema.

Esta abordagem permitiu que fosse produzida uma cartilha que se direciona ao aumento da adesão à terapia por parte de público que representa a população mais atingida pelos novos diagnósticos, para promover as melhorias advindas do tratamento e o melhor prognóstico relacionado à infecção.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1) **HIV/AIDS.** Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/hiv-aids>>. Acesso em: 9 fev. 2020.

- 2) **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS.** 1 ED. BRASÍLIA: MS, 2018. 420 P. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

- 3) **AIDS/HIV: O QUE É, CAUSAS, SINTOMAS, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO.** Ministério da Saúde (Brasil), 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>>. Acesso em: 9 fev. 2020.

4) BELLIO, Maria. **Os linfócitos T desempenham um papel central na resposta imunitária contra patógenos.** Instituto de Microbiologia Paulo de Góes UFRJ, 2017. Disponível em: <<http://www.microbiologia.ufrj.br/portal/index.php/pt/destaques/novidades-sobre-a-micro/663-crucial-role-for-t-cell-intrinsic-il-18r-myd88-signaling-in-cognate-immune-response-intracellular-parasite-infection-2>>. Acesso em: 24 mai. 2020.

5) **HIV/AIDS.** Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

6) **MAINTAINING AND IMPROVING QUALITY OF CARE WITHIN HIV CLINICAL SERVICES.** World Health Organization, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325857/WHO-CDS-HIV-19.17-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 26 jan. 2020.

7) **STIGMA AND DISCRIMINATION: HUMAN RIGHTS AND HIV/AIDS.** World Health Organization, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/hiv/events/wad2003/departments/en>>. Acesso em: 8 jul. 2019.

8) **CROSSING THE GLOBAL QUALITY CHASM: IMPROVING HEALTH CARE WORLDWIDE.** National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018. Disponível em: <<http://nationalacademies.org/hmd/Reports/2018/crossing-global-quality-chasm-improvinghealth-care-worldwide.aspx>>. Acesso em: 8 jul. 2019.

9) SUTTON, S. Scott; MAGAGNOLI, Joseph; HARDIN, James W.. Impact of Pill Burden on Adherence, Risk of Hospitalization, and Viral Suppression in Patients with HIV Infection and AIDS Receiving Antiretroviral Therapy. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**, [S.L.], v. 36, n. 4, p. 385-401, abr. 2016. Wiley. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/phar.1728>>.

Acesso em: 4 nov. 2020.

10) **HIV/AIDS**. Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/hiv-aids/#tab=tab_1>. Acesso em: 30 ago. 2020.

11) **HIV COUNTRY INTELLIGENCE**. World Health Organization, 2020. Disponível em: <<https://cfs.hivci.org/country-factsheet.html>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

12) **UNAIDS DATABOOK 2020**. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

13) **HIV/AIDS DEATHS**. Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/gho/hiv/en/>>. Acesso em: 29 ago. 2020.

14) **PREVALENCE OF HIV AMONG ADULTS AGED 15 TO 29**. Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/prevalence-of-hiv-among-adults-aged-15-to-49>>. Acesso em: 29 ago. 2020.

15) **SERVIÇOS DE SAÚDE**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude>. Acesso em: 30 ago. 2020.

16) **DIAGNÓTICO DO HIV**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/diagnostico-do-hiv#:~:text=Conhecer%20o%20quanto%20antes%20a,muito%20em%20qualidad e%20de%20vida.>>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

17) **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS.** Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>>. Acesso em: 6 set. 2020.

18) **90–90–90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.** UNAIDS, 2017. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

19) **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HIV/AIDS 2019.** Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>>. Acesso em: 26 set. 2020.

20) **DIREITOS DAS PVHIV.** Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>>. Acesso em: 10 out. 2020.

21) ALVERCA, Vanessa de Oliveria; QUIXABEIRO, Elinaldo Leite; MARTINS, Laura Maria Campello. **Efeitos adversos da profilaxia antirretroviral após exposição ocupacional ao HIV.** Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 2018. Disponível em: <<https://www.rbmt.org.br/details/320/pt-BR/efeitos-adversos-da-profilaxia-antirretroviral-apos-exposicao-ocupacional-ao-hiv#%3A%7E%3Atext%3DOs%20efeitos%20adversos%20mais%20frequente%20Co%20segundo%20dia%20da%20PEP>>. Acesso em: 09 out. 2020.

22) **UNAIDS** **DATABOOK** **2019.** Disponível em:

<https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

23) **AIDSINFO**. UNAIDS, 2020. Disponível em: <<https://aidsinfo.unaids.org/>>. Acesso em: 17 out. 2020.

24) GALVÃO, Jane. **Brazil and access to HIV/AIDS drugs: a question of human rights and public health**. PubMed, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15933238>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

25) DOURADO, Inês; VERAS, Maria Amélia de S. M.; BARREIRA, Dráurio; BRITO, Ana Maria de. **Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral**. Revista de Saúde Pública. 2006; 40(Supl):9-17. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2006.v40suppl0/9-17/>>. Acesso em: 17 out. 2020.

26) LEON, Carlued; KOOSSED, Tamar; PHILIBERT, Bryn; RAPOSO, Cristina; BENZAKEN, Adele Schwartz. **HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment**. PubMed, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31146738/>>. Acesso em: 17 out. 2020.

27) **PAINEL PEP**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-prevencao-combinada/painel-pep>>. Acesso em: 4 out. 2020.

28) IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável: Tabela 3897 - Pessoas de 25 a 64 anos de idade e distribuição percentual, por grupos de anos de estudo**. Disponível em <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3897#notas-tabela> >. Acesso em: 24 out. 2020.

29) FAUST, Lena; YAYA, Sanni. **The effect of HIV educational interventions on HIV-related knowledge, condom use, and HIV incidence in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis.** PubMed, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30424761/>>. Acesso em: 13 set. 2020.

30) CORDEIRO, Luana I.; LOPES, Thais de O.; LIRA, Luciane E. de A.; FEITOZA, Sarah M. de S.; BESSA, Maria E. P.; PEREIRA, Maria L. D.; FEITOZA, Aline R.; SOUZA, Adriano R. de. **Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos.** Scielo, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000400775&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 24 set. 2020.

31) **A GUIDE TO CREATING AND EVALUATING PATIENT MATERIALS: GUIDELINES FOR EFFECTIVE PRINT COMMUNICATION.** Maine Health, 2010. Disponível em: <<https://www.mainehealth.org/-/media/community-education-program-cep/health-literacy/mh-print-guidelines.pdf?la=en>>. Acesso em : 28 out. 2020.

32) MORETTI, Felipe A.; OLIVERIA, Vanessa E. de; SILVA, Edina M. K. da. **Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?** Scielo, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008>. Acesso em : 28 out. 2020.

33) **PERGUNTAS FREQUENTES PEP.** Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/acesso_a_informacao/faq/pep>. Acesso em: 29 out. 2020.

34) **PROTOCOLOS CLÍNICOS E MANUAIS.** Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>>. Acesso em: 04 out. 2020.

35) RAMOS, Christian L.; WILLIAMS, Jonathan E.; BABABEKOV, Yanik J. CHANG, David C.; CARTER, Bob S.; JONES, Pamela S. **Assessing the Understandability and Actionability of Online Neurosurgical Patient Education Materials.** Science Direct, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875019318236#bib9>>.

Acesso em: 28 out. 2020.

36) GOLDSTEINS, Benjamin A.; PHELAN, Matthew; PAGIDIPATI, Neha J.; PESKOE, Sarah B. **How and when informative visit processes can bias inference when using electronic health records data for clinical research.** PubMed, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31553474/>>.

Acesso em: 28 out. 2020.

37) NAVARRA, Ann-Margaret; NEU, Natalie; TOUSSI, Sima; NELSON, John; LARSON, Elaine L. **Health literacy and adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected youth.** PubMed, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23433916/>>. Acesso em: 28 out. 2020.

38) MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza Vieira; KNAUTH, Daniela. Discriminação, estigma e AIDS: revisão da produção acadêmica nacional (2005-2010). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-176, jan. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000100018>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100018&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 29 out. 2020.

39) **UNAIDS GLOBAL HIV & AIDS STATISTICS 2020.** Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>>. Acesso em: 10 out. 2020.

- 40) MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Onde encontrar a PEP**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/onde-encontrar-peg>>. Acesso em: 10 set. 2020.
- 41) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica nº5. Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 42) KNOWLES, Malcolm S. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 8ª edição. Abingdon: Routledge, 01 de dezembro de 2014.

8. ANEXOS

Anexo 1 - Eventos adversos associados aos ARV (por medicamento).

ARV	EFEITOS ADVERSOS DE RELEVÂNCIA CLÍNICA	FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO ^(d)
ABC	Reação de hipersensibilidade	Presença do alelo HLA-B*5701	Não usar se teste para HLA-B * 5701 positivo. Avaliar substituição por TDF. Se TDF contraindicado, avaliar uso de AZT.
ATV/r	Anormalidades eletrocardiográficas (prolongamento do intervalo QRS e PR)	Pessoas com doença pré-existente do sistema de condução Uso concomitante de outros medicamentos que podem prolongar os intervalos PR ou QRS Síndrome do QT longo congênito	Usar com precaução em pessoas com doença pré-existente de condução ou que estejam tomando medicamentos concomitantes que possam prolongar os intervalos PR ou QRS.
	Hiperbilirrubinemia indireta (icterícia clínica)	Presença de alelo difosfato de uridina (UDP) - glucuronosiltransferase 1A1*28 (UGT1A1*28)	Fenômeno clinicamente benigno, mas potencialmente estigmatizante. A ocorrência de icterícia pode afetar a imagem e a autoestima da PVHIV, devendo, portanto, ser cuidadosamente avaliada, considerando-se a substituição do medicamento quando houver desconforto para o paciente.
	Nefrolitíase	História de nefrolitíase	Avaliar substituição por DRV/r ou LPV/r. Se os IP/r estiverem contraindicados e houver resistência documentada aos ITRNN (EFV e NVP), considerar a substituição por INI (INI deverão ser solicitados à Câmara Técnica, com justificativa de indicação)
AZT	Anemia e neutropenia grave	LT-CD4+ < 200 cels/mm ³	Substituir se Hb < 10,0g/dL e/ou neutrófilos < 1.000 cels/mm ³ . Avaliar substituição por TDF ou ABC ^(d)
	Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose Lipodistrofia Miopatia	IMC > 25 (ou peso corporal > 75 kg) Exposição prolongada a ITRN	
DTG	Insônia (<3%), cefaleia (<2%), náuseas e vômitos (<1%)		Se DTG tiver sido usado como esquema inicial preferencial ("primeira linha") e se houver intolerância/toxicidade, avaliar substituição por EFV ^(b) . Se contraindicação ao uso do EFV, avaliar substituição por ATV/r (se impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r ou LPV/r)
	Reação de hipersensibilidade Hepatotoxicidade	Coinfecção hepatite B ou C Doença hepática	Quando utilizado como TARV de uso restrito ("terceira linha"), opções disponíveis limitadas – avaliar genotipagem Seu uso em MVHIV com possibilidade de engravidar deve ser associado a método contraceptivo eficaz, preferencialmente os que não dependam da adesão (DIU ou implantes anticoncepcionais)

ARV	EFEITOS ADVERSOS DE RELEVÂNCIA CLÍNICA	FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO ⁽⁴⁾
DRV/r	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Coinfecção HBV e/ou HCV Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos	Avaliar substituição por ATV/r. Se ATV/r contraindicado, avaliar LPV/r Quando utilizado como TARV de uso restrito ("terceira linha"), opções disponíveis limitadas – avaliar genotipagem
	Reações de hipersensibilidade e cutâneas graves	Alergia às sulfonamidas	Para reações de hipersensibilidade, substituir por outra classe terapêutica
EFV	Toxicidade persistente no SNC (tonturas, sonolência, insônias, sonhos vívidos, "sensação de embriaguez") ou sintomas mentais (ansiedade, depressão, confusão mental)	Depressão ou outro transtorno mental (anterior ou no início)	Orientar sobre tais eventos e informar que normalmente desaparecem ao final das primeiras semanas de tratamento Orientar tomada da medicação ao dormir. Avaliar substituição por NVP ou IP/r se persistirem os sintomas neurológicos.
	Convulsões	Histórico de convulsões	Os efeitos adversos neurológicos podem ser exacerbados com o uso concomitante de álcool. É necessário que abordar o uso recreativo de álcool e outras drogas, aconselhando o paciente para que o uso do medicamento não seja interrompido
	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Coinfecção HBV e/ou HCV Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos	Se hepatotoxicidade grave, reações de hipersensibilidade ou intolerância/toxicidade, avaliar substituição por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
	Reações de hipersensibilidade e cutâneas graves	Fator(es) de risco desconhecido(s)	Se hepatotoxicidade grave, reações de hipersensibilidade ou intolerância/toxicidade, avaliar substituição por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
	Ginecomastia	Fator(es) de risco desconhecido(s)	Avaliar substituição por NVP ou ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
ETV	Reações de hipersensibilidade e cutâneas graves	Fator(es) de risco desconhecido(s)	Opções disponíveis limitadas – avaliar genotipagem

ARV	EFEITOS ADVERSOS DE RELEVÂNCIA CLÍNICA	FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO ¹⁴
LPV/r	Anormalidades eletrocardiográficas (prolongamento do intervalo QRS e PR, torsades de pointes)	Pessoas com doença pré-existente do sistema de condução Uso concomitante de outros medicamentos que podem prolongar os intervalos PR ou QRS Síndrome do QT longo congênito Hipocalcemia	Usar com precaução em pessoas com doença pré-existente de condução ou que estejam tomando medicamentos concomitantes que possam prolongar os intervalos PR ou QRS
	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Coinfecção HBV e/ou HCV Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos	Substituir por EFV (se sensível) ou ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r) Se falha terapêutica com ITRNN (EFV, NVP), e demais IP/r contraindicados, considerar INI (INI deverão ser solicitados à Câmara Técnica, com justificativa de indicação)
	Pancreatite	Aids avançada, abuso de álcool	Substituir por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r) Se falha terapêutica com ITRNN (EFV, NVP), e demais IP/r contraindicados, considerar INI (INI deverão ser solicitados à Câmara Técnica, com justificativa de indicação)
	Dislipidemia	Fatores de risco para doença cardiovascular, como obesidade e diabetes	Estimular a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo alimentação equilibrada, prática de atividade física e redução do tabagismo ¹⁵ Considerar uso de fibratos e estatinas Substituir por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
	Diarreia		A diarreia pode ser manejada com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos, como a loperamida Substituir por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
NVP	Hepatotoxicidade Erupção cutânea (rash) grave e reação de hipersensibilidade, incluindo síndrome de Stevens-Johnson	Doença hepática prévia Coinfecção HBV e/ou HCV Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos LT-CD4+ inicial alto (>250 cels/mm ³ em mulheres ou >400 cels/mm ³ em homens)	Se hepatotoxicidade leve, considerar a substituição por EFV Se hepatotoxicidade grave e hipersensibilidade, avaliar substituição por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r ou LPV/r)

ARV	EFEITOS ADVERSOS DE RELEVÂNCIA CLÍNICA	FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO ^(d)
RAL	Rabdomiólise, miopatia, mialgia	Uso concomitante de outras drogas que aumentam o risco de miopatia e rabdomiólise, incluindo estatinas	Opções disponíveis limitadas – avaliar histórico de uso e genotipagem
	Hepatotoxicidade Erupção cutânea (rash) grave e reação de hipersensibilidade	Fator(es) de risco desconhecido(s)	
TDF ^(e)	Risco de toxicidade renal Lesão renal aguda e síndrome de Fanconi	Doença renal prévia Mais de 50 anos IMC <18,5 ou baixo peso corporal (<50 kg), especialmente em mulheres Diabetes não tratada Hipertensão não tratada O uso concomitante de fármacos nefrotóxicos ou de IP/r	Avaliar substituição por ABC ^(a) ou AZT Não iniciar TDF se doença renal prévia, TFGe <60 mL/min ou insuficiência renal. Usar com precaução quando hipertensão não controlada, diabetes não tratada, idoso ou baixo peso corporal ^(a)
	Diminuição da densidade mineral óssea	História de osteomalácia ou fratura patológica Fatores de risco para osteoporose ou perda de densidade mineral óssea Deficiência de vitamina D	
	Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose	Exposição prolongada a ITRN Obesidade Doença hepática	

Fonte: Ministério da Saúde, 2018

Anexo 2 - Eventos adversos mais comuns e/ ou graves por classe de ARV.

EVENTO ADVERSO	ITRN	ITRNN	IP	INI	IE
Adoção lática	Relatada com ITRN, especialmente d4T, AZT e ddI. Indiv insidioso com prolapso gástrico intestinal, perda de peso e fadiga. Pode progredir rapidamente com taquicardia, taquipneia, icterícia, fraqueza, alterações no estado mental, pancreatite e falência de órgãos. Mortalidade alta se lactato sérico >10mmol/L. Mulheres e pacientes obesos têm risco aumentado.	S/D	S/D	S/D	S/D
Alteração de DMO	TDF: associado a maior perda de DMO que outros ITRN. Osteomalácia pode estar associada a tubulopatia renal e perda de fosfato urinário.	Diminuição da DMO é observada após o início de qualquer esquema de TARV.			
Colelitíase	S/D	S/D	ATV: colelitíase e cálculos renais	S/D	S/D
Diabetes/resistência insulínica	AZT, d4T e ddI	S/D	Relatado para alguns (IDV, LPV/r), mas não todos os IP	S/D	S/D
Dislipidemia	d4T > AZT > ABC ↑ TG e LDL	EFV ↑ TG, ↑ LDL, ↑ HDL	Todos os IP/r: ↑ TG, ↑ LDL, ↑ HDL LPV/r = FPV/r e LPV/r > DRV/r e ATV/r: ↑ TG	S/D	S/D
Doença cardiovascular	ABC e ddI: associados a um aumento do risco de IAM em alguns estudos de coorte. Risco absoluto maior em pacientes com fatores de risco tradicionais de DCV	S/D	Assoçado com IAM e AVC em algumas coortes. SQV/r, ATV/r e LPV/r: prolongamento PR (os riscos incluem doença cardíaca preexistente, outros medicamentos). SQV/r: prolongamento QT	S/D	S/D

EVENTO ADVERSO	ITRN	ITRIN	IP	INI	IE
Eventos gastrointestinais	ddl e AZT > outros ITRN: náusea e vômitos ddl pancreatite	ddl e AZT > outros ITRN: náusea e vômitos ddl pancreatite	S/D	S/D	S/D
Eventos hepáticos	Relatos com a maioria do ITRN AZT d4T ou ddl mais com um esteatose ddl: exposição prolongada associada a hipertensão portal não cirrótica e varizes esofágicas Quando TDF e 3TC são retirados ou quando HBV desenvolve resistência: pacientes coinfetados HIV/HBV podem desenvolver fígados hepáticos graves.	NVP > outros ITRN NVP: hepatotoxicidade grave associada a erupção cutânea (rash) ou hiper-sensibilidade. O aumento progressivo da co-se em 2 semanas pode reduzir o risco. O risco é maior para mulheres com contagem de LT-CD4+ "pré-NVP" > 2.50 céls/ mm ³ e homens com contagem "pré-NVP" LT-CD4+ > 400 céls/ mm ³ A NVP está contraindicada em pacientes com insuficiência hepática (Child-Pugh B ou C)	Todos os IP: hepatite induzida por drogas e descompensação hepática; maior frequência com TPV/r. IDV, ATV: icterícia devido a hiperbilirrubinemia indreta benigna TPV/r: contraindicado em pacientes com insuficiência hepática (Child-Pugh B ou C)	S/D	MVC: hepatotoxicidade com ou sem rash e reação de hiper-sensibilidade
Eventos renais/ urolitase	TDF, ↑Cr, proteinúria, hipofosfatemia, perda de fosfato urinário, glicocúria, hipocalcemia, acidose metabólica		S/D	DTG: inibe a secreção de Cr sem reduzir a função renal glomerular	S/D
Lipo distrofia	Lipoatrofia d4T > AZT. Pode ser mais provável quando os ITRN são combinados com EFV que com um IP/r.	Lipo-hipertrofia: aumento de gordura em tronco e RAL; entretanto, a relação causal não foi estabelecida.			S/D
Miopatia/ elevação de creatinina fosfoquinase (CPK)	AZT: miopatia		S/D	RAL: ↑CPK fraqueza e rabdomiólise	S/D

EVEN TO ADVERSO	ITRN	ITRNN	IP	INI	IE
Rash	FTC: hiperpigmentação ABC: contraindicado se HLA-B*5701 positivo. Início médio de 9 dias; 90% das reações ocorrem nas primeiras 6 semanas de tratamento Sintomas de RHS (por ordem de frequência decrescente): febre, erupção cutânea (rash), mal-estar, náuseas, cefaleias, mialgia, calafrios, diarreia, vômito s. obr abdominal, dispnéia, artralgia e sintomas respiratórios Os sintomas pioram com a continuação do ABC. Os pacientes, independentemente do status do HLA-B*5701, não deve iniciar com ABC, se hou ver suspeita de RHS	To dos os ITRNN NVP: síndrome de hipersensibilidade por hepatotoxicidade e erupção cutânea (rash) que pode ser acompanhada por febre, mal-estar, fadiga, mialgias, artralgias, tosse, lesões orais, conjuntivite, edema facial, eosinofilia, disfunção renal, granulocitopenia ou linfadenopatia. Risco é maior para mulheres com contagem de LT-CD4+ "pre-NVP" >250 céls./mm ³ e homens com contagem "pre-NVP" LT-CD4 >400 céls./mm ³ . Em geral, o risco é maior para as mulheres que para os homens. O escalonamento de duas semanas da NVP reduz o risco (iniciar com 1 comprimido de 200mg 1x/dia durante 14 dias e após aumentar para 1 comprimido de 12,712g)	ATV, DRV, FPV, LPV/r, TPV	RAL RAL: RHS relatada quando RAL administrado em combinação com outros fármacos conhecidos por causar RHS. Todos os ARV devem ser interrompidos se RHS ocorrer. DTG relatado em <1% dos pacientes	MVC
Sangramentos	S/D	S/D	Hemorragia espontânea e hematuria na hemofilia TPV: hemorragia intracraniana associada a lesões do SNC, trauma, abuso de álcool, hipertensão, coagulopatia, agentes anticoagulantes ou antiplaquetários, vitamina E	S/D	S/D
Síndrome de Stevens-Johnson/neurólise epidérmica tóxica	ddl AZT: relato de casos	NVP > EPV, ETR	FPV, DRV, IDV, LPV/r, ATV: relato de casos	RAL	S/D

EVENTO ADVERSO	ITRN	ITRNN	IP	INI	IE
Sistema nervoso/ eventos psiquiátricos	d4T > dcl: neuropatia periférica (pode ser irreversível) d4T: Associado a fraqueza neuromuscular progressiva ascendente, semelhante à síndrome de Guillain-Barré (rara).	EFV: sonolência, insônia, sonhos anormais, tontura, diminuição da concentração, depressão, psicose e ideação suicida. Os sintomas geralmente desaparecem ou diminuem após 2 a 4 semanas. A tomada da medicação ao dormir pode reduzir os sintomas. Os riscos incluem doença psiquiátrica prévia não controlada, uso concomitante de agentes com efeitos neuropsiquiátricos e concentrações aumentadas de EFV por predisposição genética ou ingestão com alimentos. Foi encontrada associação entre EFV e ideação suicida, suicídio e tentativa de suicídio (especialmente entre pacientes mais jovens e com história de doença mental ou abuso de substâncias).	S/D	Todos os INI: insônia, depressão e suicídio foram relatados raramente com INI, principalmente em pacientes com condições psiquiátricas preexistentes.	S/D
Supressão de medula óssea	AZT: anemia, neutropenia	S/D	S/D	S/D	S/D

S/D = indica que não há relatos de casos para o efeito adverso ou que não há dados disponíveis para a classe de ARV.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)

O QUE É?



A PEP ou Profilaxia Pós-Exposição é um tratamento que busca prevenir uma doença, neste caso, prevenir a AIDS depois de um contato ou possível contato com o HIV (que é o vírus responsável por ela).

QUANDO USAMOS?

Ela é utilizada após uma situação em que exista risco de contágio: Relação sexual sem preservativo, Violência sexual, Acidente ocupacional (com Instrumentos que perfuram/cortam ou contato direto com material biológico)



SE EXPÔS AO VÍRUS?

Aconteceu alguma dessas situações?
CALMA! Mas é importante que você vá até o posto de Saúde mais próximo o quanto antes! Lá eles vão te acolher e te explicar quais são os próximos passos para evitar uma infecção



URGÊNCIA

A PEP é uma URGÊNCIA médica, e por isso o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, em no máximo 72 HORAS depois da exposição!

IMPORTANTE: ADOLESCENTES TÊM DIREITO À PEP MESMO SEM A PRESENÇA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS!

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

Neste caso, vão avaliar a capacidade de discernimento do adolescente, com exceção das situações de violência.

ONDE ENCONTRAR A PEP?

Acesse o site www.alds.gov.br/pt-br/onde-encontrar-pep.
Ou escanele o QR CODE ao lado com a câmera do seu celular



PONTOS DE ATENÇÃO

AVALIAÇÃO

Não é todo mundo que vai precisar tomar o coquetel. Quem avalia se você vai ou não precisar usar a PEP é um profissional de saúde, lá no posto de saúde!



VOU PRECISAR TOMAR A PEP?

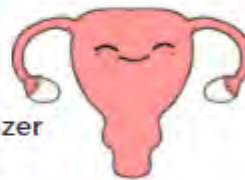
Lá no posto, o profissional vai te fazer 4 PERGUNTAS; para ver se você vai precisar tomar ou não os medicamentos. Mas se você precisar, fique tranquilo! Vão te explicar direitinho como o tratamento funciona



GESTANTES

Pessoas grávidas não podem tomar um dos remédios do coquetel. Por isso, se você está gestante, é importante falar para os profissionais de saúde! Assim eles vão trocar esse remédio e você pode fazer o tratamento normalmente :)

PESSOAS QUE PODEM ENGRAVIDAR



Como alguns dos remédios do coquetel pode fazer mal aos bebês, pessoas que podem engravidar devem tomar cuidado! Se você está nesse grupo e não usa DIU ou implantes de anticoncepcional, a equipe médica talvez troque algum remédio, apenas por segurança!!

ALGUNS REMÉDIOS



Se você toma alguns desses remédios abaixo, também precisa avisar quem estiver atendendo você.

FENITOÍNA, FENOBARBITAL, OXICARBAMAZEPINA OU CARBAMAZEPINA

Os nomes são difíceis mesmo, e caso você não lembre se toma algum deles, converse com os profissionais.

PONTOS DE ATENÇÃO

HEPATITE B

Pessoas infectadas pelo vírus da Hepatite B devem informar isso à equipe médica! Pois talvez uma mudança no tratamento seja feita



DOENÇAS NOS RINS

Caso você tenha algum problema nos rins, ou um fator de risco para alguma doença, informe o médico!

DIABETES OU PRESSÃO ALTA

Mesmo que você tome remédio para essas doenças, é importante informar!



REMÉDIOS PARA O ESTÔMAGO

Se você usa remédios para diminuir a acidez gástrica (do estômago), para azia ou refluxo, os profissionais vão te dar algumas orientações! Alguns exemplos desses remédios são o omeprazol, pantoprazol, ranitidina e cimetidina



DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

É importante contar para os profissionais caso você seja dependente de álcool para que eles te orientem da melhor maneira possível!

DOENÇAS PSICOLÓGICAS

Caso você tenha transtorno de ansiedade, depressão, transtorno de alimentação, transtorno de personalidade, transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático, esquizofrenia ou qualquer outro, é muito importante avisar a equipe de saúde!



**NÃO ESQUEÇA DE INFORMAR AOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUALQUER
CONDIÇÃO QUE VOCÊ TENHA!**

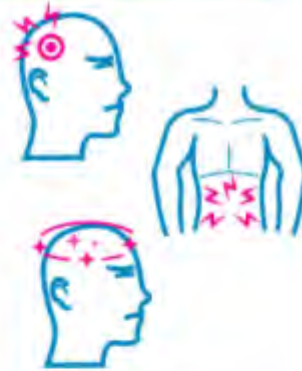
EFEITOS COLATERAIS

Podem acontecer alguns efeitos colaterais. Mas em **MUITOS CASOS ELES NEM APARECEM**, e mesmo quando aparecem podem **SUMIR RÁPIDO!!**



Durante sua consulta, você deverá ser informado sobre quais os possíveis efeitos que você pode sentir e o que fazer caso apresente algum!

A maioria deles é **LEVE**,
como dor de cabeça,
cansaço, ou desarranjo
intestinal



FIQUE CALMO!

É **possível diminuir o desconforto** causado por esses sintomas com remédios, alimentação correta, exercícios físicos, tratamento psicológico e apoio de profissionais de saúde, familiares e amigos!

**MUITOS DESSES EFEITOS SÃO POR CAUSA DO HIV
OU POR NÃO TOMAR OS MEDICAMENTOS
CORRETAMENTE, POR ISSO É IMPORTANTE NÃO
PARAR COM O TRATAMENTO SEM A ORIENTAÇÃO
DO MÉDICO!!**

EFEITOS ADVERSOS

EFEITOS NO SISTEMA DIGESTIVO

Alguns exemplos são: diarreia, enjoos, vômitos, desconforto ou dor abdominal ou flatulência (gases). Eles podem aparecer logo no começo do tratamento, mas muitas vezes eles melhoram sozinhos ou podem ser tratados com remédios para diminuir o desconforto.



DORES DE CABEÇA OU TONTURA



CANSAÇO

Cansaço exagerado, pouca energia e um forte desejo de dormir, perda ou diminuição da força física

SINTOMAS PSICOLÓGICOS OU EMOCIONAIS



Alguns exemplos são desespero, dificuldade de concentração, diminuição da atenção e você pode ficar mais irritado.

Esses sintomas devem ser levados a sério. Por isso, se você sentir algum deles, procure ajuda dos profissionais! E Lembre-se de que esses sintomas **não vão continuar para sempre!**
VOCÊ NÃO ESTÁ SOZINHO!

DÚVIDAS FREQUENTES



POR QUE DEVO VOLTAR SE JÁ RECEBI OS COMPRIMIDOS?

Apesar de você já ter recebido 30 comprimidos para os 28 dias de tratamento, mais da metade das pessoas apresentam efeitos adversos. Na maioria das vezes eles são leves, mas é preciso verificar outras questões, inclusive se vai ser necessária a troca dos remédios.

SE EU SENTIR UM EFEITO ADVERSO, POSSO PARAR DE TOMAR OS REMÉDIOS?



Não! Não é indicado para com nenhum dos medicamentos sem antes falar com o médico!

O ideal é ir imediatamente ao serviço de saúde que te indicou o tratamento e contar o que você está sentindo!

Os remédios poderão ser trocados, mas lembre que, se o médico concordar, é melhor terminar o mês de tratamento e se livrar do HIV do que ficar com ele pelo resto da vida!

Na maioria dos casos, não vai ser necessário trocar os remédios, porque é possível resolver o problema com algumas medicações indicadas pelos profissionais de saúde que buscam aliviar os sintomas que você está sentindo.

ONDE ENCONTRO O TRATAMENTO?

937 LOCAIS

No Brasil, ao todo são 937 postos de saúde que fornecem a PEP a qualquer pessoa que precise!

Eles incluem **UBSs, AMAs, Serviços de Atendimento Especializado em DST(SAE DST), Hospitais, Pronto Atendimentos, Pronto Socorros, Centros de referencia de IST, etc.**



24 HORAS

Muitos destes postos são 24 horas e possuem telefone para contato!

POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO

Para buscar onde encontrar a PEP no seu município, vá até o site: www.prefeitura.sp.gov.br e pesquise sobre a PEP



Ou aponte a câmera do seu celular para o QR CODE ao lado!

No topo da tela do seu celular, aparecerá um link da internet que pode ser clicado. Ele vai te direcionar ao site da Prefeitura e lá você conseguirá pesquisar qual o local mais perto de você!



MAIS INFORMAÇÕES

PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Se você é um profissional da área da saúde e gostaria de saber mais sobre os efeitos adversos relacionados ao tratamento ou sobre esquemas terapêuticos alternativos; consulte o [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos](#) e o [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição \(PEP\) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais](#).

Disponibilizados em:

www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais
através do QR CODE ao lado

REFERÊNCIAS

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco
à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco
à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais

Cartilha HIV: E agora, o que eu faço?

(www.aids.gov.br)

Onde encontrar a PEP

(www.aids.gov.br/pt-br/onde-encontrar-pep)

Perguntas Frequentes PEP

(www.aids.gov.br/pt-br/acesso_a_informacao/faq/pep)

Outros Serviços de Saúde:


(www.aids.gov.br/pt-br/acesso_a_informacao/servicos-de-saude)



Bruno CS Romão

06/11/2020

Data e assinatura do aluno(a)



06/11/2020

Data e assinatura do orientador(a)